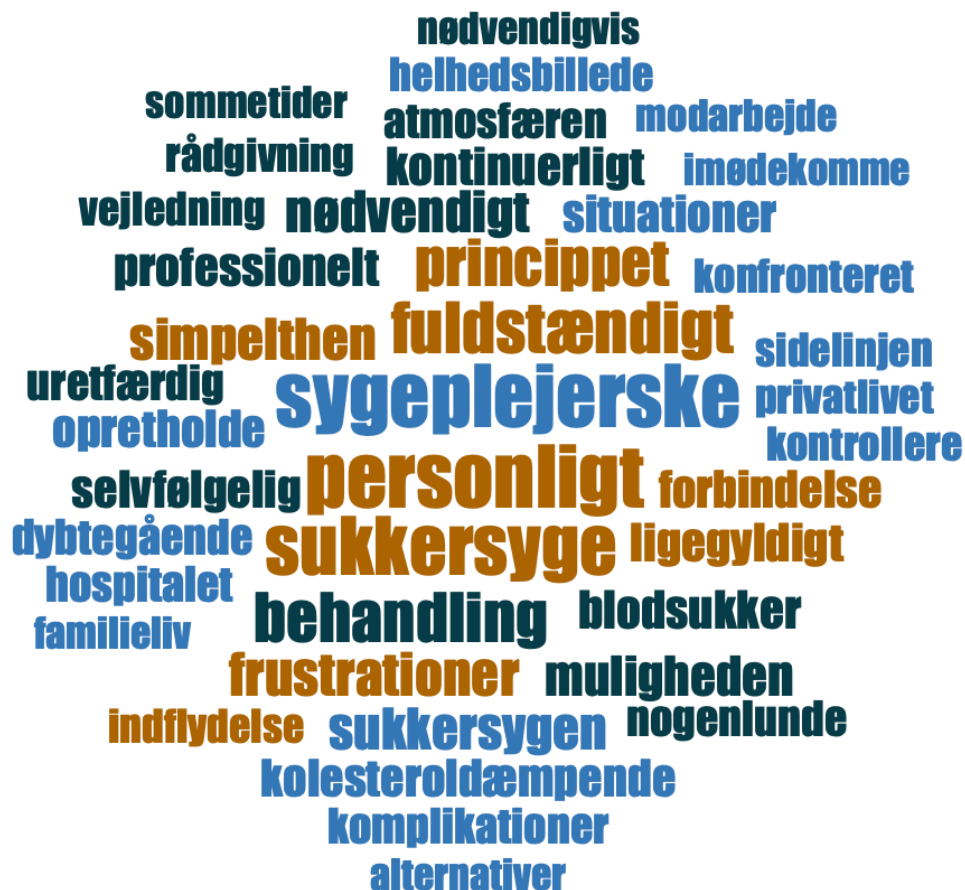


Fleksible konsultationsformer til sårbare voksne med diabetes

- En teoribaseret evaluering med henblik på forandring af standardbehandlingskonsultationerne i Steno Diabetes Center Aarhus



4. Semester Kandidatspeciale

Folkesundhedsvidenskab, Aalborg Universitet

Det sundhedsvidenskabelige fakultet

Vejleder: Henrik Bøggild

Tegn inkl. Mellemrum: 191.072

Specialegruppe: 10-313

Anne Emilie Aastrup

Resume

Titel: Fleksible konsultationsformer til sårbare voksne med diabetes - En teoribaseret evaluering med henblik på forandring af standardbehandlingskonsultationerne i Steno Diabetes Center Aarhus (SDCA).

Formål: Projektet, *En teoribaseret evaluering med henblik på forandring af standardbehandlingskonsultationerne i Steno Diabetes Center Aarhus* (2022) af A.E Aastrup, Aalborg Universitet, har til formål om at udarbejde konkrete anbefalinger, som skal medvirke til at forandre standardbehandlingskonsultationerne i SDCA, målrettet sårbare voksne med diabetes.

Metode: Med baggrund i den videnskabsteoretiske position, kritisk realisme, er der udført en teoribaseret evaluering af interventionen, Fleksible konsultationsformer, med inspiration fra H.K. Krogstrup (2016). Til at udføre den teoribaseret evaluering anvendes egne empiriske data i form af realistiske interviews samt videnskabeligt litteratur. Ud fra data søges det at klarlægge hvilke kontekster, mekanismer, utilsigtede konsekvenser samt interventioner, der har betydning for at sårbare voksne med diabetes hverdagsliv og sundhedskompetence forbedres.

Resultater: Resultaterne fra den teoribaseret evaluering finder at fleksible konsultationer, tæt kontakt til en faste sygeplejerske, sundhedsteknologisk udstyr samt sygeplejerskens kompetencer og kendskab til den sårbare voksne med diabetes har betydning for, at den enkelte opnår motivation, støtte, kontrol samt forståelse med sygdommen og personliggørelse af deres diabetes, hvormed deres sundhedskompetence forbedres. Ligeledes viser resultaterne fra den systematiske litteratursøgning, at interventioner rettet mod, at forbedre sårbare voksne med diabetes sundhedskompetence kan ske gennem Self-management, god patient-behandler relation og fleksible konsultationer, hvor der er fokus på de forhold og barrierer, som hæmmer den enkelte i, at håndtere og mestre hverdagslivet med diabetes.

Konklusion: Det kan konkluderes, at de sårbare voksne med diabetes sundhedskompetence forbedres gennem deltagelse i interventionen, Fleksible konsultationer. Dog, peger analysen af de realistiske interviews og resultatdiskussionen på, at dette i højere grad sker ud fra en kollektiv sundhedskompetence. Anbefalingerne til SDCA omhandler derfor en sundhedsfremmende strategi, hvor Self-management konsultationer bør implementeres i standardkonsultationerne, med et fokus på kollektiv sundhedskompetence, fleksibilitet, sundhedsteknologisk udstyr og hverdagslivet med diabetes. Trods dette, så kan analysen af de realistiske interviews ikke identificere alle ni af Osborne et. al's (2013) domæner af sundhedskompetence, hvorfor yderligere undersøgelse af disse, havde været fordelagtigt til indeværende projekt.

Abstract

Title: Flexible consultations for vulnerable adults with diabetes - A Theory-based evaluation with the purpose to change the standard consultations of treatment at Steno Diabetes Center Aarhus (SDCA).

Aim: The project, A Theory-based evaluation with the purpose to change the standard consultations of treatment at Steno Diabetes Center Aarhus (2022) by A.E. Aastrup, Aalborg University, aims to change the standard consultations in SDCA, towards vulnerable adults with diabetes, where the most important findings from the theory-based evaluation are included in a change strategy.

Method: Based on the theoretical position, critical realism, a theory-based evaluation of the intervention, Flexible forms of consultations, with the inspiration from H.K. Krogstrup (2016) are used. To perform the theory-based evaluation, empirical data are used in the form of realistic interviews as well as scientific literature. Based on the data, an attempt is made to clarify which contexts, mechanisms, unanticipated consequences and interventions that are most important for the improvement of vulnerable adults with diabetes health literacy.

Findings: The results of the theory-based evaluation find that flexible consultations, close contact with a regular nurse, health technology as well as the nurse's professional competence and knowledge of the vulnerable adults with diabetes, are important contexts for the vulnerable adults to achieve motivation, support, control and understanding of the disease and personalization of their diabetes. The results from the scientific literature shows that interventions aimed at improving vulnerable adults with diabetes health literacy can be made through Self-management, well established patient-care relations and flexible consultations where there's focus on the conditions and barriers that limits the vulnerable adults from managing everyday life with diabetes.

Conclusion: It can be concluded that the vulnerable adults with diabetes health literacy improves after participating in the intervention, Flexible consultations. However, the analysis of the realistic interviews and the discussion indicates that this is done to a greater extent on the basis of distributed health literacy. The recommendations to SDCA thereby recommends a health-promoting strategy, where Self-management consultations should be implemented in the standard consultations, with a focus on distributed health literacy, flexibility, health technology and everyday life with diabetes. Despite this, further investigation of Osborne et. al's (2013) nine domains of Health literacy could have been beneficial for the present study as the analysis of the realistic interviews cannot identify all of the nine domains.

Indholdsfortegnelse

1.0 Initierende problem	1
2.0 Problemanalyse.....	2
2.1 Sårbarhed som begreb inden for sundhed og sygdom	2
2.1.1 Sårbarhed ud fra et Emic-perspektiv	2
2.1.2 Sårbarhed ud fra et Etic-Perspektiv.....	3
2.1.3 Sårbarhed ud fra en forståelse om hverdagslivsteori.....	4
2.1.4 Forståelsen af sårbarhed i Steno Diabetes Center Aarhus	5
2.2 Sårbarhed og Diabetes.....	5
2.2.1 Forekomsten af diabetes inden for dansk kontekst.....	5
2.2.1.1 Hvem er sårbare voksne med diabetes?	6
2.2.2 Sårbarheds betydning for hverdagslivet med diabetes	7
2.3 Sundhedskompetence som determinant for sundhed	9
2.4 Utilsigtede konsekvenser som et strukturelt og individuelt problem	11
2.5 Fleksible konsultationsformer til sårbare voksne med diabetes	13
3.0 Problemformulering	15
3.1 Problemafgrænsning.....	15
4.0 Programteori.....	16
4.1 Målgruppe og aktiviteter.....	17
4.2 Kontekster.....	17
4.3 Mekanismer og utilsigtede konsekvenser	18
4.4 Outcome	20
5.0 Videnskabsteoretisk position	20
6.0 Metode.....	23
6.1 Teoribaseret evaluering	23
6.1.1 Den realistiske evalueringscirkel	24
6.2 Programteori	25
6.3 Teoretiske referenceramme.....	26
6.4 litteraturstudie	27
6.4.1 Indledende søgning	27
6.4.2 Systematisk Litteratursøgning	27
6.4.2.1 Valg af databaser	28
6.4.2.2 Søgestrategi.....	29
6.4.2.3 In- og eksklusionskriterier.....	31
6.4.2.4 Selektionskriterier.....	32
6.5 Realistiske interviews	33
6.5.1 Dataindsamlingsmetode	33
6.5.2 Udvalgelse og rekruttering af informanter	34
6.5.3 Udarbejdelse af interviewguide	35
6.5.4 Gennemførelse af interviews	37
6.5.5 Transskribering og datahåndtering.....	37
6.5.6 Ethiske overvejelser	38
6.5.7 Realistisk analysestrategi.....	40

7.0 Analyse	41
7.1 Kritisk læsning og kvalitetsvurdering af udvalgte studier	41
7.1.1 Studie 1: Maximizing diabetes education efforts in vulnerable populations - newer delivery concepts (Torres & Schmidt, 2022)	42
7.1.2 Studie 2: Effect of Problem-Solving-Based Diabetes Self-Management Training on diabetes Control in a Low-Income Patient Sample (Hill-Briggs et al., 2011)	43
7.1.3 Studie 3: Simplicity, flexibility, and respect: preferences related to patient education in hardly reached people with type 2 diabetes (Torenholt et al., 2015)	44
7.1.4 Studie 4: "Why Am I Not Taking Medications?" Barriers and Facilitators of Diabetes Medication Adherence Across Different Health Literacy Levels (Huang et al., 2020)	46
7.2 Sammenfatning af studierne	47
7.3 Analyse af den reviderede programteori	48
7.3.1 Tæt og fleksible kontakt til en fast sygeplejerske skaber motivation og støtte for den enkelte	53
7.3.2 Sundhedsteknologi som redskab til at få kontrol og forståelse for sygdommen	55
7.3.3 Sygeplejerskens kendskab til den enkelte kontekstualisere hverdagslivet med diabetes	56
8.0 Diskussion	58
8.1 Metodediskussion	58
8.1.1 Videnskabsteori og metodiske overvejelser	58
8.1.2 Teoribaseret evaluering	59
8.1.3 Diskussion af den systematiske litteratursøgning	60
8.1.3.1 Valg af databaser og søgestrategi	60
8.1.3.2 Udvælgelse af studier	62
8.1.4 Diskussion af de realistiske interviews	62
8.1.4.1 Udvælgelse og rekruttering af informanterne	62
8.1.4.2 Interview og interviewguide	63
8.1.4.3 Den teoretiske referenceramme	65
8.1.4.4 Tematisk analyse og analysestrategi	65
8.2 Resultatdiskussion	66
8.2.1 Kan man skabe fleksibilitet uden tid?	66
8.2.2 Kollektiv sundhedskompetence som middel til forbedret diabetesbehandling	67
9.0 Forandringsforslag til Steno Diabetes Center Aarhus	69
9.1 Forandring i Steno Diabetes Center Aarhus og deres standardbehandlingskonsultationer	69
9.2 anbefalinger	69
9.2.1 Udviklingen af Self-management konsultationer	71
9.2.2 Fast kontaktsygeplejerske skal spare SDCA ressourcer og empower den sårbare patient	71
9.2.3 Fleksibilitet for sygeplejersken og for den sårbare voksne med diabetes	71
9.2.4 Sundhedsteknologiske løsninger skal fastholde den sårbare patients sundhedskompetencer	72
9.2.5 Self-management konsultationer med udgangspunkt i den enkeltes hverdagsliv	72
9.2.6 Utsigtede konsekvenser	73
9.3 Forandringsstrategi	73
9.3.1 Udarbejdelsen af en organisationsplan til sikring af en succesfuld implementering	74
10. Konklusion	75
11. Referencer	76

1.0 Initierende problem

Sårbarhed er et nyere begreb inden for internationale og nationale sundhedsdiskurser, og kan karakteriseres som en determinant for sundhed, idet der er evidens for, at sårbarhed har en negativ betydning for individets generelle sundhed, hvor sårbare individer i højere grad har svært ved at opnå og opretholde de rette handlekompetencer til at mestre og håndtere en hensigtsmæssig sundhedsadfærd (Grabovschi et al., 2013). Sårbarhed er associeret med svære sociale levevilkår, hvor især lav uddannelse og lav social position, har en væsentlig betydning for individets eksponering af sårbarhed, hvorfor hverdagslivet kan fremstå usikkert og turbulent for sårbare individer (Bo et al., 2014). Samtidig er sårbarhed også associeret med forekomsten og udviklingen af specifikke sygdommen, som diabetes, hvorfor der også findes problemstillinger vedrørende social ulighed i sundhed blandt sårbare individer og udviklingen af diabetessygdom (Martin & Topholm, 2020). Sundhedsstyrelsen (SST) anslår, at der for kvinder med en grundskole som højeste uddannelse er 2,36 højere odds for udvikling af diabetes og for mænd 2,02 højere odds, sammenlignet med kvinder og mænd med en længerevideregående uddannelse (Sundhedsstyrelsen, 2020). Individer med en lav uddannelse er altså i højere risiko for at udvikle diabetes, hvilket medfører en øget risiko samt eksponering for sårbarhed, som hæmmer den enkeltes handlekompetencer til at mestre selve sygdommen. Dette kan komme til udtryk igennem den enkeltes grad af sundhedskompetence, hvor et tværsnitsstudie af Friis et al., (2016) belyser, at individer med lav sundhedskompetence har sværere ved at håndtere deres diabetessygdom, udebliver fra behandling og kan have svært ved at følge samt forstå behandlingsanbefalinger fra sundhedsprofessionelle. Ovenstående understøtter derfor behovet om sundhedsfremmende interventioner målrettet mod sårbare voksne med diabetes og deres sundhedskompetence. I den forbindelse, udviklede Steno Diabetes Center Aarhus (SDCA) interventionen, Fleksible konsultationsformer, idet SDCA oplevede, at sårbare voksne med diabetes havde svært ved helt eller delvist at indgå i de standardbehandlingsforløb, som tilbydes i Steno Diabetes Center Aarhus. Til indeværende projekt, ønskes der derfor at opnå en øget forståelse af de kontekster og mekanismer, som har betydning for, at sårbare voksne med diabetes oplever, at hverdagslivet og deres sundhedskompetence forbedres gennem deltagelse i Fleksible konsultationsformer. Dette med formålet om at udføre en teoribaseret evaluering (Krogstrup, 2016), hvor de væsentligste fund fra analysen af de realistiske interviews og den systematiske litteratursøgning, skal bidrage til en forandring af de standardbehandlingskonsultationer, som tilbydes til sårbare patienter i SDCA.

2.0 Problemanalyse

2.1 Sårbarhed som begreb inden for sundhed og sygdom

Inden for litteraturen er der bred enighed om, at sårbarhed har en negativ betydning for individets sundhed, idet sårbarhed er associeret med svære sociale levevilkår og udviklingen af specifikke sygdomme (Grabovschi et al., 2013). På trods af begrebets popularitet er der forsat uenighed om den generelle afgrænsning af, hvad sårbarhed som begreb egentlige indebærer. Sårbarhed kan nemlig karakteriseres, som et fundamentalt aspekt af individets hverdagsliv og subjektive oplevelser med sundhed og sygdom, som udspringer af individets sociale, kulturelle, strukturelle og interpersonelle forhold og levevilkår (Zarowsky et al., 2013). Dette betyder også, at den generelle afgrænsning og betydning af sårbarhed, kan være svær at afgrænse til den generelle befolkning i forbindelse med sundhed og sygdom, fordi sårbarhed kan være svær at måle og kategorisere ud fra et folkesundheds-perspektiv (Virokannas et al., 2020). Til indeværende projekt, vil der være fokus på sårbare voksne med diabetes, som uddybes længere nede i afsnit 2.1.4 og 2.2.

2.1.1 Sårbarhed ud fra et Emic-perspektiv

Ifølge Spiers (2000) kan sårbarhed defineres ud fra et *Emic-perspektiv*, hvor individets hverdagsliv er i fokus og sårbarhed vurderes ud fra en selvopfattede følelse af at være sårbar. Dette perspektiv kan ud fra Timm (2013), karakteriseres som værende lægmandsperspektivet eller det hverdagslivs-orienterede, hvor individet ud fra bestemt viden og erfaringer tillægger sårbarhed en bestemt værdi. Denne viden og erfaring, er ifølge Timm (1997) konstrueret, idet individet er et socialt væsen, hvis tanker og handlinger interagerer med en kontekst, som både er socialt, kulturelt og historisk betinget. Dette betyder, at lægsperspektiver er dominerende inden for individets hverdagsliv, hvor fænomener som sårbarhed, er en subjektiv oplevelse, som forstås og tilskrives mening ud fra den kontekst og det livsforløb, som den enkelte befinder sig i (Timm, 1997). Spiers (2000) pointerer endvidere, at sårbarhed først opstår, når individet har ressourcerne og handlekompetencerne til at opfatte sig selv, som værende truet af bestemte risikofaktorer. *Emic-perspektivet* vidner altså om, at sårbarhed er forbundet med individets muligheder for at handle og reagere på en ydre trussel, som truer individets selvbillede og integritet (Spiers 2000). Dette betyder også, at der kan være individer, som ikke opfatter eller reagerer på den sårbarhed, som deres sociale levevilkår eksponerer dem for, hvilket begrænser individets muligheder for at forbedre dets generelle helbred (Spiers 2000). Carel (2009) understreger i samme forbindelse, at det enkelte individ aldrig kan være fri for objektive risikofaktorer, som eksponerer individet for en sårbarhed, men der kan være forskel på, om individet

har ressourcerne til at mestre disse inden for hverdagslivet. Sårbarhed kan altså potentielt ramme alle sociale grupper i samfundet, dog i varierende grad og over varierende tid, fordi der er en grundlæggende risiko forbundet med de levevilkår og det hverdagsliv, som det enkelte individ eksponeres for, inden for lægmandsperspektivet (Spiers 2000).

2.1.2 Sårbarhed ud fra et *Etic-Perspektiv*

Spiers (2000) anskuer også sårbarhed ud fra et *Etic-perspektiv*, hvilket referer til de normative og sociale levevilkår som individet fødes, lever og trives under. Disse omhandler de strukturelle og grundlæggende omstændigheder såsom uddannelse, hvor det professionelle perspektiv sørger at klassificere disse med objektive risikofaktorer i form sygdom, som har betydning for individets grad af sårbarhed. *Etic-perspektivet* kontekstualisere altså sårbarhed til de sociale levevilkår, som udgør en bestemt risiko for udviklingen af specifikke risikofaktorer eller sygdomme, som en indikator for ulighed i sundhed (Spiers 2000). Spiers (2000) understreger endvidere, at sårbarhed inden for *Etic-perspektivet* anvendes som en risiko for en bestemt sundhedsadfærd, der er tilknyttet individets interpersonelle forhold. Ifølge Spiers (2000) betyder dette, at en forståelse af sårbarhed ud fra et *Etic-perspektiv* kan medføre, at det professionelle perspektiv kan overse de strukturelle omstændigheder, som skaber eller opretholder situationer, hvor individet eksponeres for en sårbarhed. Dette kan altså resultere i, at det professionelle perspektiv gennem forebyggende strategier, som omhandler et individorienteret fokus (Vallgård et al., 2016), vil drage den enkelte til ansvar for selve sårbarheden, selvom denne ud fra Spiers (2000) *Etic-perspektivet* opstår, som følge af individets sociale og strukturelle levevilkår, hvorfor det enkelte individ vil have begrænsede muligheder for at opnå og opretholde en hensigtsmæssige sundhedsadfærd.

Til indeværende projekt vil forståelsen af sårbarhed tage udgangspunkt i Spiers (2000) *Etic-perspektiv* og *Emic-perspektiv*, med en viden om, at sårbarhed eksisterer når individet eksponeres for bestemte risikofaktorer, men at denne først bliver mulige at handle på, når individet har de rette ressourcer til at modvirke de omstændigheder, som eksponerer den enkelte for selve sårbarheden (Spiers 2000). Dette med formålet om, at kontekstualisere begrebet inden for SDCA's kliniske praksis, således dette bidrager med en forandring af interventionen, Fleksible konsultationsformer, i form af en teoretiseret og kontekstbetinget forståelse af sårbarhed blandt voksne med diabetes. Samtidig vil en forståelse af sårbarhedsbegrebet også bidrage til at få identificeret, hvilke kontekster og mekanismer, der har betydning for et forbedret hverdagsliv med diabetes og en øget sundhedskompetence.

2.1.3 Sårbarhed ud fra en forståelse om hverdagslivsteori

Spiers (2000) to perspektiver har altså ikke en endimensionel forståelse af sårbarhed, men hviler på en forståelse af både sundhedsfundamentalisme og sundhedsrelativisme (Wackerhausen, 1995), hvilket betegner begrebets rummelighed og kompleksitet på samme tid. Denne kompleksitet kan skildres ud fra Kleinman's, (1989) teori om *Illness* og *Disease*, hvor Kleinmann (1989) anskuer disse, som et udtryk for tidstypiske og kulturelle perspektiver, der er relateret til en specifik kontekst. Ifølge Kleinmann (1989) er der ikke fokus på værdien af den sandhed, som det enkelte perspektiv besidder, men det handler i højere grad om at forstå de kulturelle, sociale samt historisk betingede forståelser og kontekster, som perspektiverne indgår i. *Disease* relaterer sig til det professionelle perspektiv, som er betinget af en biomedicinsk rationalitet, hvor disse er historiske betinget af at fortolke sygdom ud fra en medicinsk kontekst (Kleinmann, 1989), således sårbarhed hos den enkelte med diabetes opstår på baggrund af risikofaktorer eller diagnoser. *Illness* relaterer sig derimod til hverdagslivet og lægmandsperspektiver, som ifølge Kleinmann (1989) er forankret i den personlige, psykosocial og kropslige oplevelse af fænomenet, som tilskrives sygdom eller sårbarhed. Dette betyder også, at ændringen af en specifik sundhedsadfærd, udspringer af den måde hvorpå det enkelte individ opfatter, fortolker, kommunikere og reagerer på de symptomer, som de konfronteres med inden for hverdagslivet (Kleinmann 1989). I forlængelse heraf, belyser Kleinmann (1989) også *Illness narratives*, som omhandler de lidelsesfortællinger, der er knyttet til den personlige lidelse og fortolkning af de negative helbreds-fænomener, som opstår i forbindelse med sygdom eller en specifik sundhedsadfærd, som eksempelvis dårlig diabetes regulering. For den sårbare voksne med diabetes omhandler det altså, at få de negative helbreds-fænomener fortolket og sat i en forståelsesramme, således disse tilskrives mening og sammenhæng ud fra hverdagslivet. Denne forståelsesramme er ikke nødvendigvis bundet af årsagssammenhænge, som er orienteret mod *Disease* perspektivet, men omhandler i langt højere grad den enkeltes sårbare voksnes hverdagsliv og den forståelsesramme, som er dominerende her inden for. Dette peger altså på, at før den sårbare voksne med diabetes og det professionelle perspektiv vil opleve en behandlingssucces og en fællesforståelsesramme, så afhænger dette af, at individet ifølge Kleinmann (1989) føler, at der drages omsorg for såvel *Illness* som *Disease* perspektivet. Opnås dette ikke, så vil der opstå en uoverensstemmelse mellem den sårbare voksne med diabetes og det professionelle perspektiv, som kan komme til udtryk igennem kommunikationsproblemer, non-compliance eller utilstrækkelig behandling (Kleinmann, 1989), hvorfor hverdagslivet med diabetes forsat vil fremstå usikkert og turbulent. Dette kan endvidere betyde, at den sårbare voksne med diabetes vedholdes i selve sårbarheden, hvorfor

muligheden for at opnå og opretholde ressourcer til at ændre sundhedsadfærd i forbindelse med diabetes sygdom, hæmmes af det professionelle perspektiv.

2.1.4 Forståelsen af sårbarhed i Steno Diabetes Center Aarhus

Aktuelt anvender projektets praksiskontakt, SDCA, Sundhedsstyrelsens (SST) definition på sårbarhed, som en forståelsesramme for de patienter, som de kalder sårbare voksne med diabetes. Sårbarhed defineres som følge af SST: *”Patienter som på grund af svage personlige ressourcer og dårlig eller anderledes sygdomsindsigt, sociale eller kulturelle forhold er ude af stand til at yde en hensigtsmæssig adfærd og egenomsorg”* (Forløbsprogrammer for kronisk sygdom, 2008). Definitionen kan karakteriseres som værende kompleks, idet sårbarhed skildres ud fra en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd gennem individuelle, sociale og kulturelle kontekster. Ud fra denne definition kan der argumenteres for, at sårbarhed skildres ud fra Spiers (2000) *Etic-perspektiv* og Kleinmann’s (1989) *Disease* perspektiv, hvor sårbarhed anskues ud fra risikofaktorer og medicinsk rationalitet. Dette betyder også, at der mangler en forståelse for det hverdagsorienterede og Spiers (2000) *Emic-perspektiv* samt Kleinmann’s (1989) *Illness* perspektiv, hvorfor der kan være risiko for, at SDCA vil drage den enkelte til ansvar for en sårbarhed, der opstår som følge af de sociale og strukturelle levevilkår, den enkelte lever og trives under. Dette kan altså resultere i, at SDCA kan ignorere de sociale samt strukturelle omstændigheder, som skaber eller opretholder situationer, hvor individet eksponeres for en sårbarhed, hvorfor den enkelte sårbare med diabetes, kan have svært ved at opnå sundhedskompetencer til at opretholde en hensigtsmæssig diabetes adfærd.

2.2 Sårbarhed og Diabetes

2.2.1 Forekomsten af diabetes inden for dansk kontekst

Diabetes er en kronisk sygdom, som er karakteriseret ved forhøjet blodsukkerniveau i kroppen, grundet defekt i insulinsekretion eller nedsat insulinfølsomhed. Diabetes inddeles primært i type 1 eller type 2 diabetes, hvor type 1 diabetes skyldes defekt i insulinsekretion og type 2 diabetes skyldes nedsat insulinfølsomhed (Carstensen et al., 2020). Risikofaktorer for at udvikle type 1 diabetes er tilstedeværelse uklare, men et review af Redondo et al., (2018) belyser, at genetiske risikofaktorer har en væsentlig betydning for udviklingen af denne type. For type 2 diabetes, belyser et review af Weisman et al., (2018), at risikofaktorer såsom fysisk inaktivitet, svær overvægt og usund livsstil har en sammenhæng med udviklingen af type 2 diabetes. Weisman et al., (2018) klarlægger

endvidere, at der inden for de seneste års forskning også er en sammenhæng mellem udviklingen af type 2 diabetes og genetiske risikofaktorer, men at disse forsat er uklare.

Inden for dansk kontekst er der en generel stigning i forekomsten af diabetes, hvor der findes en prævalens på 280.000 danskere, som aktuelt lever med diabetes (Carstensen et al., 2020). Ud af disse, lever 10% med enten type 1 diabetes eller en undertype heraf og 90% med type 2 diabetes (Diabetesforeningen, 2018). Det estimeres, at der i år 2030 vil være en prævalens på 467.000 diagnosticeret individer med diabetes i den danske befolkning (Carstensen et al., 2020a), hvoraf denne stigning vurderes at skyldes flere årsager såsom multisygdom, højere middellevetid samt højere gennemsnitligt BMI i den generelle befolkning (Standl et al., 2019). I forlængelse heraf, belyser SST (2020), at der inden for udviklingen og forekomsten af diabetes forekommer en moderat til høj grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af diabetes pr. 100.000 individer, blandt kvinder og mænd i perioden 2010-2017. Uddannelse ses at have største betydning for incidensen, hvor der for kvinder med en grundskole som højeste uddannelse er 2,36 højere odds for udvikling af diabetes og for mænd 2,02 højere odds, sammenlignet med kvinder og mænd med en længerevideregående uddannelse (Sundhedsstyrelsen, 2020). Dette understøtter altså et udviklingsbehov for forebyggende og sundhedsfremmende interventionen, grundet incidens af antallet af nye tilfælde med diabetes, som rammer socialt skævt i den dansk befolkning.

Til indeværende projekt vil der være fokus på sårbare voksne med både type 1 og type 2 diabetes, på trods af sygdommens forskelligheder ud fra et biomedicinsk perspektiv. Dette skyldes, at typen af diabetes ikke har betydning for inklusion i interventionen, Fleksible konsultationsformer, men at det i langt højere grad omhandler hvorvidt den enkelte sårbare voksne med diabetes har et problematiseret behandlingsforløb, hvor den enkelte helt eller delvist udebliver fra behandlingstilbuddene i SDCA, grundet sociale eller psykosociale omstændigheder (Initiativbeskrivelse, SDCA, 2019).

2.2.1.1 Hvem er sårbare voksne med diabetes?

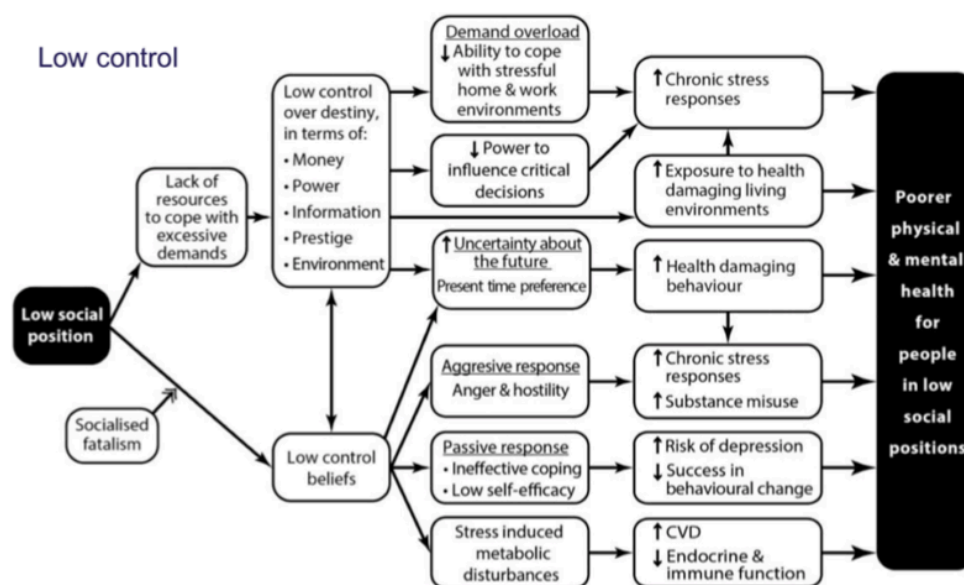
For at udvikle interventioner målrettet sårbare voksne med diabetes, er det essentielt at have en forståelse for hvilke karakteristika og risikofaktorer, der er forbundet med sårbare voksne med diabetes. Martin & Topholm (2020) belyser, at der inden for litteratur forekommer fire overordnede sårbare grupper inden for diabetes, der er konstitueret med bestemte risikofaktor, såsom kulturelle eller socioøkonomiske forhold, som gør dem sårbare i forbindelse med deres diabetes. Disse er: *Personer*

med etnisk minoritetsbaggrund, personer med psykisk sygdom, personer med multisygdom og socialt udsatte (Martin & Topholm, 2020). Sårbarhed forekommer som et resultat af sociale, kulturelle og livsbetingede omstændigheder, som påfører den enkelte med diabetes en sårbarhed, hvorfor dette henleder til Spiers (2000) og Kleinmann's (1989) forståelser af sårbarhed ud fra *Etic-* og *Disease* perspektivet. Foruden disse, peger Bo et al., (2014) endvidere på, at diabetes patienter med en lav social position, som enten er lavt uddannede eller er på en offentlig ydelse, sammenlignet med individer med en høj social position, oftere oplever en række barrierer i forbindelse med hverdagslivet med diabetes. Disse barrierer kan komme til udtryk i form af en psykosocial stress grundet arbejdsløshed, psykisk sygdom eller ensomhed, som kan hæmme den enkeltes mestring og håndtering af selv sygdommen og eksponere den enkelte for en sårbarhed, hvorfor hverdagslivet med diabetes vil fremstå usikkert og turbulent Bo et al., (2014). Martin & Topholm (2020) klarlægger endvidere, at individer med diabetes som bor alene, der har et sparsomt socialt netværk, også er udsat for en øget sårbarhed, idet socialt netværk kan fungere som beskyttende faktor for udviklingen af en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd. Ovenstående peger altså på, at sårbarhed er et resultat af de social og strukturelle omstændigheder, som den enkelte med diabetes lever og trives under, hvorfor der kan være risiko for at sårbarhed ud fra Spiers (2000) og Kleinmann's (1989) *Emic-* og *Illness* perspektiv hermed ignoreres. Jf. afsnit 2.1.1 og 2.1.2 kan dette altså medføre, at sårbare voksne med diabetes enten ikke føler sig sårbare ud fra det hverdagsorienterede perspektiv eller forbliver i sårbarheden grundet det professionelle perspektiv, hvorfor der ifølge Kleinmann (1989) kan være risiko for, at en uoverensstemmelse og manglende forståelsesramme mellem disse perspektiver opstår, hvormed behandlingssuccesen for at opnå et forbedret hverdagsliv med diabetes eller en hensigtsmæssig diabetesadfærd forringes.

2.2.2 Sårbarheds betydning for hverdagslivet med diabetes

Ovenstående afsnit, afsnit 2.2.1 og 2.2.1.1 peger altså på, at der i forbindelse med sårbarhed er en sammenhæng mellem social ulighed i sundhed, forringet sociale og strukturelle levevilkår, hvilket har negativ betydning for den enkeltes hverdagsliv samt mestring og håndtering af diabetes sygdom. Denne problematik kan skildres ud fra Whitehead et al., (2016) teoretiske model, *low control to socio-economic inequalities in health*, hvor lav social position ansues som en indikator for mangel på ressourcerne til at mestre både eksterne og interne sociale levevilkår. Lav social position, er ifølge Whitehead et. al., (2016) et udtryk for, at det enkelte individ besidder en lav grad af kontrol over tilværelsen, som følge af de fysisk samt psykosociale konsekvenser, som den lave social position

medfører. Dette vil altså betyde, at hverdagslivet vil fremstå usikkert og ukontrollerbart, hvormed et et forringet fysisk samt psykisk helbred fremmes.



Figur 1: Theoretical pathways at the Micro/personal level leading from low control to socio-economic inequalities in health (Whitehead et. al., 2016)

Oveføres dette til indeværende projekt, kan den manglende kontrol over hverdagslivet betyde, at den sårbare voksne med diabetes har ringere mulighed for at modvirke de stressorer og barrierer, som en kompleks hverdag med diabetes kan indeholde. Dette kan eksempelvis betyde, at den enkelte med diabetes har svært ved at drage egenomsorg for selve sygdommen, fordi stressorer som arbejdsløshed eller ensomhed begrænser individets sundhedskompetencer. Disse stressorer kan komme til udtryk igennem en psykosocial stress hvor individets motivation og forandringspotentiale til at opretholde en hensigtsmæssig sundhedsadfærd begrænses, fordi den psykosocial stress i stedet vil eksponere individet for en sårbarhed. Som konsekvens heraf, kan disse sociale problemstillinger i takt med den komplekse tilværelse medfører, at den sårbare voksne med diabetes tillid og tro på egne evner begrænses, idet kapaciteten af udfordringer samt problemstillinger vedrørende den enkeltes hverdagsliv overstiger den mængde af ressourcer, den enkelte sårbare voksne med diabetes besidder. Modellen illustrerer ligeledes Kleinmann's (1989) *Illness narratives* og begrebets kompleksitet, hvor behovet for en forståelsesramme mellem det professionelle perspektiv og den enkelte er essentiel for, at den sårbare voksne med diabetes kan ændre sundhedsadfærd, idet den sårbare og det professionelle perspektiv begge skal forstå den lidelse, der er forbundet med sårbarhed, social ulighed og diabetessygdom ud fra hverdagslivsperspektivet. Lykkedes det ikke at skabe

denne fællesforståelsesramme, vil det altså have en negative sundhedsmæssige konsekvenser for den sårbare voksne med diabetes generelle mentale og fysiske helbred, hvorfor den enkelte kan forblive i en social ulighed og sårbarhed, som medvirker et usikkert og turbulent hverdagsliv med diabetes.

Til indeværende projekt kan Whitehead et. al's, (2016) model altså anvendes som et teoretisk redskab til at forstå den kompleksitet og de konsekvenser, som har en negativ betydning for sårbare voksne med diabetes og deres hverdagsliv. Modellen illustrerer ligeledes, at den sårbare voksne med diabetes besidder en væsentlig viden omkring lægmandsperspektivet (Timm, 1997), i form af hverdagslivet. Denne viden er essentiel til indeværende projekt, idet der ønskes at undersøge hvilke kontekster og mekanismer, der har betydning for et forbedret hverdagsliv og sundhedskompetencer gennem deltagelse i interventionen, Fleksible konsultationsformer.

2.3 Sundhedskompetence som determinant for sundhed

I takt med det moderne sundhedsvæsens øgede kompleksitet og teknologiske udvikling, er der inden for det senmoderne samfund, også kommet et øgede fokus på sundhedsinformation, som det enkelte individ i en dynamisk hverdag skal kunne håndtere og navigere rundt i (Maindal & Vinther-Jensen, 2016). Politisk er der samtidigt vedtaget et øget fokus på patient -og brugerinddragelse, hvor patienterne skal kunne varetage selvstændige beslutninger inden for forebyggende og sundhedsfremmende behandling (Maindal & Vinther-Jensen, 2016). Dette forudsætter altså, at patienterne skal have bestemte kompetencer og evner for at kunne forstå disse komplekse systemer og fortolke de sundhedsinformationer, som anvendes her inden for. Disse kompetencer, omtales inden for internationale sundhedsforskning som individets *Health Literacy*, der Ifølge (Osborne et al., 2013) kan betegnes, som individers motivation og færdigheder til at forstå og anvende sundhedsinformation til at opretholde og fremme et god helbred. Til indeværende projekt, vil *Health Literacy* anvendes ud fra SST's (2009) danske oversættelse, *Sundhedskompetence*, så dette stemmeroverens med projektets praksiskontakts nuværende forståelse af begrebet i forhold til sårbare voksne med diabetes.

Inden for et folkesundhedsperspektiv kan individets sundhedskompetence både opfattes som høj og lav, hvor en lav grad af sundhedskompetence, kan have en negativ betydning for det enkelte individs generelle sundhedstilstand og hverdagsliv (Kickbusch, 2013). Der findes en sammenhæng

mellem lav grad af sundhedskompetence og øget hospitalisering, øget dødlighed, indtag af forkert medicin og mindre tilbøjelighed til at følge en behandlingsplan (Berkman et al., 2011). Derfor kan sundhedskompetence også anskues, som en faktor for risikoadfærd (Kickbusch, 2013), hvor lav grad af sundhedskompetence, ligesom social ulighed og sårbarhed, kan være med til at belyse, hvorfor højrisikogrupper som sårbare voksne med diabetes ikke opretholder en hensigtsmæssige sundhedsadfærd, i forhold til deres diabetesbehandling. I forlængelse heraf, belyser et tværsnitstudie af Friis et al., (2016), at individer med lav sundhedskompetence har sværere ved at tage vare på deres diabetessygdom, udebliver fra behandling og kan have svært ved at følge og forstå behandlingsanbefalinger, som kan understøtte behovet for forebyggende eller sundhedsfremmende interventioner, som er målrettet sårbare voksne med diabetes og deres sundhedskompetence. På trods heraf, så er der flere oversete faktorer ved anvendelsen af sundhedskompetence inden for forebyggende og sundhedsfremmende arbejde, som kan have en negativ betydning for sårbare voksne med diabetes sundhed. Et review af Chinn, (2011) belyser, at sundhedskompetence er begrænset til en forståelse, som udspringer af grundlæggende færdigheder, forståelse og fortolkning af en medicinsk kontekst og professionelt perspektiv, hvor der er fokus på den enkeltes ansvar. Sundhedskompetence lægger sig altså op ad et individorienterede perspektiv inden for forebyggelse og sundhedsfremme, hvor det er den enkeltes sundhedsadfærd og færdigheder, som har betydning for lav grad af sundhedskompetence (Chinn 2011). Dette betyder også, at grundlæggende sociale og strukturelle årsager hos den sårbare voksne med diabetes dermed overses, hvorfor der kan være risiko for at forebyggende og sundhedsfremmende interventioner rettet mod sårbare med diabetes og deres sundhedskompetence, ikke har den intenderende effekt (Schwartz et al., 2017). For at modvirke dette understreger Chinn (2011), at sundhedskompetence skal kontekstualiseres ud fra et socioøkologisk perspektiv, idet konteksten har en essentiel betydning for individets ressourcer og kompetencer. Dette understøttes af McCormack et al., (2016), som klarlægger at de sociale omstændigheder og den kontekst, som den enkelte befinder sig i, i ligeså høj grad har betydning for de forudsætninger og kompetencer, som det kræver at mestre sundhed og sygdom. Dette vidner altså om, at højrisikostrategier målrettet sårbare voksne med diabetes, skal omhandle strukturelle interventioner (Vallgård et al., 2016), idet sociale og strukturelle omstændigheder eksponerer den enkelte med diabetes for en sårbarhed, som kan have betydning for den enkeltes hverdagsliv, forandringspotentiel og dermed en lav grad af sundhedskompetence (Schwartz et al., 2017). Beregnes de sociale, hverdagsorienterede og kontekstuelle omstændigheder ikke i arbejdet med at forbedre den enkelte sårbare voksne med diabetes sundhedskompetence, kan der altså være risiko for at grundlæggende mekanismer og kontekster

dermed ignoreres, hvorfor der være risiko for at udviklingen af utilsigtede konsekvenser opstår (Merton, 1936).

2.4 Utilsigtede konsekvenser som et strukturelt og individuelt problem

Ovenstående analyse belyser altså at sårbarhed, social ulighed og lav sundhedskompetence har betydning for både udviklingen af diabetes, men også for den enkeltes sundhedskompetencer og ressourcer, som har betydning for at opretholde en hensigtsmæssige sundhedsadfærd. På trods af, at det professionelle perspektiv søger at kategorisere højrisikogrupper med bestemte risikofaktorer, kan labeling og kategorisering af bestemt grupper medfører en øget risiko for udviklingen af utilsigtede konsekvenser (Courtwright, 2013). Utilsigtede konsekvenser kan ifølge Robert K. Merton (Merton) (1936) beskrives som de konsekvenser, der opstår på baggrund af en bestemt social handling, som ikke giver den intenderende eller ønskede effekt. Merton (1936) beskriver, at disse opstår, når der er en ubalance mellem sociale indsatser, adfærdsmønstre og strukturelle vilkår, der alle interagerer i en foranderlig kontekst, hvorfor kompleksiteten i arbejdet med forebyggende og sundhedsfremmende interventioner øges. Grundlæggende peger Merton (1936) på, at der i udvikling af disse forebyggende og sundhedsfremmende indsatser ikke tages højde for bestemte strukturelle vilkår, hvorfor grundlæggende årsager i forbindelse med ændring af en specifik sundhedsadfærd ignoreres. Dette fænomen omtaler Merton (1936) som værende *ignorance* og problematisere endvidere, at denne ignorance kan hæmme interventionens intenderende effekt, hvorfor der er risiko for, at de utilsigtede konsekvenser skader individet i stedet. Merton (1936) skildrer altså utilsigtede konsekvenser ud fra et strukturelt og socialt perspektiv, hvor utilsigtede konsekvenser som ulighed i sundhed kan opstå, fordi forebyggende og sundhedsfremmende interventioner ud fra et individorienterede perspektiv kan have en iatrogen effekt, som rammer socialt skævt (Bell et al., 2010). Udover et strukturelt syn på utilsigtede konsekvenser, så kan utilsigtede konsekvenser ifølge Lupton (1993) også opstå, fordi risikoadfærd er forbundet med individet selv og dets handlinger ud fra lav selvkontrol, hvilket stemmer overens med Whitehead et al., (2016) model om lav social position og ulighed i sundhed. Dette betyder altså, at det professionelle perspektiv vil anse den sårbare med diabetes og dets handlinger, som et udtryk for en risikofaktor for udviklingen af sygdom, hvorfor det professionelle perspektiv vil søge at afhjælpe denne risiko igennem folkesundsinterventioner (Lupton, 1993). Disse forebyggende og sundhedsfremmende interventioner bygger inden for en dansk kontekst oftest på biomedicinsk rationalitet (Vallgarda, 2001), som har betydning for den generelle opfattelse og forståelse af en hensigtsmæssig sundhedsadfærd. En sårbare voksen med

diabetes vil derfor komme til at afspejle en irrationel og normafvigende adfærd, som kan lede til stigmatisering, fordømmelsen eller social eksklusion fra samfundet (Lupton, 1993). Der kan altså være risiko for, at den sårbare voksne med diabetes forsat vil afvige en hensigtsmæssige sundhedsadfærd, hvorfor utilsigtede konsekvenser som modmagt eller boomerangeffekt også kan opstå (Allen-Scott et al., 2014). Dette kan komme til udtryk igennem fravalg af behandling eller mistillid til det professionelle perspektiv, som kan have sundheds -og sygdomsmæssige konsekvenser for den enkeltes hverdagsliv (Allen-Scott et al., 2014).

Ovenstående peger altså på utilsigtede konsekvenser som både et strukturelt og individuelt problem, som inden for forebyggelsesetik giver anledning til etiske problemstillinger, idet forebyggende og sundhedsfremmende interventioner, kan være indgribende i det enkelte individs liv gennem påtvungne handlemønstre og levevilkår (Vallgård et al., 2016). Denne problematik kan skildres ud fra Wackerhausens (1995) teori om *Det åbne sundhedsbegreb*, som skitserer sundhed ud fra lægmandsperspektivet og det professionelle perspektiv. Sundhed ud fra lægmandsperspektivet, hænger ifølge Wackerhausen (1995) sammen med individets handlemuligheder, mål og livsbetingelser til at indfri ægte mål, som tvangsfrit udspringer fra individet selv og dets egne. Omvendt, så skitserer det professionelle perspektiv sundhed ud fra indsatser, som skal øge individets mål-indfrielsespotentialer (Wackerhausen, 1995), så individets handlepotentialer og sundhedskompetencer øges. Der kan altså være risiko for, at det professionelle perspektiv igennem forebyggende eller sundhedsfremmende interventioner målrettet sårbar voksne med diabetes, ud fra Spiers (2000) *Etic-perspektiv* vil skabe og etablere mål, som for lægmandsperspektivet, ikke fremstår som ægte mål for deres hverdagsliv, sårbarhed og sundhed. Dette kan ske, fordi disse mål ikke hviler på Kleinmann's (1989) *Illness narratives*, hvor en uhensigtsmæssig diabetes adfærd endnu ikke er kontekstualiseret til den enkeltes hverdagsliv og forståelsesrammen. Oplevelsen af uægte mål, mindsker altså den sårbare voksne med diabetes handlepotentialer til at opnå ekspertsystemernes mål, hvor påtvungne handlemønstre eller normer omkring sårbarhed, sundhed og diabetes i stedet vil sætte den sårbare med diabetes i risiko for at blive pådraget "skade", hvilket står i kontrast til det etiske princip, ikke-skades principet (Det Ethiske Råd, 1995).

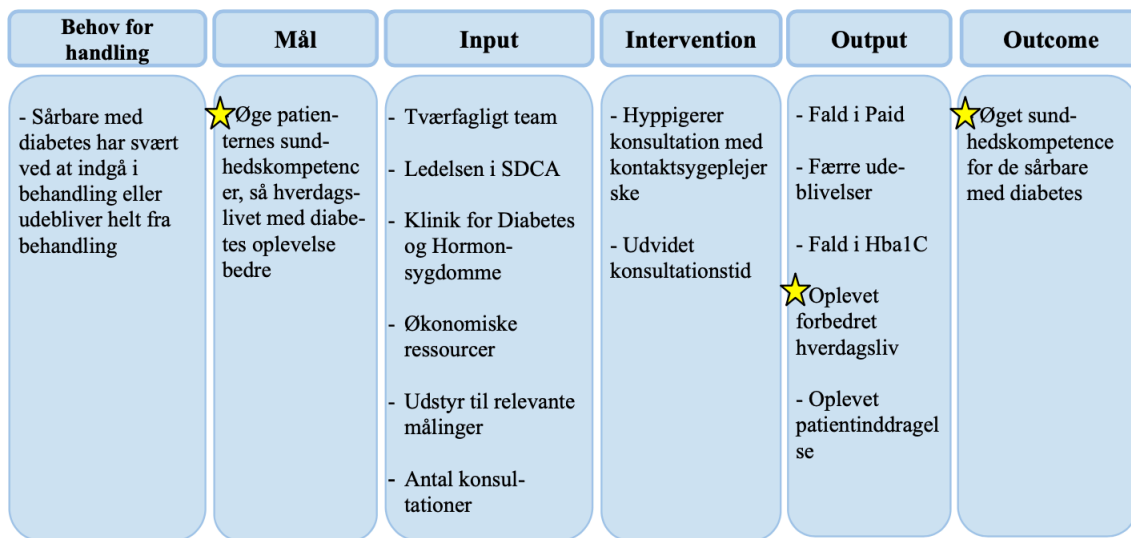
Viden om utilsigtede konsekvenser anses at være essentielle til indeværende opgave, idet SDCA ikke har nogen viden om de utilsigtede konsekvenser, som interventionen Fleksible konsultationsformer potentielt kan medføre. Viden herom, skal altså anvendes med formålet om at skabe en

forandring i SDCA, i standardbehandlingskonsultationerne, så SDCA har viden om de utilsigtede konsekvenser, der kan have betydning for den sårbare voksne med diabetes hverdagsliv.

2.5 Fleksible konsultationsformer til sårbare voksne med diabetes

Ud fra ovenstående problemanalyse fremkommer der flere udfordringer hos sårbare voksne med diabetes, som understøtter behovet for udviklingen af sundhedsfremmende interventioner, rettet mod denne specifikke målgruppe. I forlængelse heraf, har SDCA udviklet interventionen, Fleksible konsultationsformer hos sårbare voksne med diabetes, som et pilotprojekt i klinikken for Diabetes og Hormonsygdomme på Aarhus Universitetshospital. Dette med formålet om, at fremme sårbare voksne med diabetes sundhedskompetencer gennem fleksible konsultationsformer - ud fra hyppigere konsultationer eller længere konsultationer i klinikken eller over telefonen. I et standardbehandlingsforløb i SDCA, bliver patienterne set maksimalt fire gang årligt af 15 minutters varighed pr. konsultation, hvor sårbare voksne som deltager i interventionen, Fleksible konsultationsformer, i stedet ses otte gange årligt af maksimalt 60 minutters varighed pr. konsultation (Initiativbeskrivelse, SDCA, 2019).

For at skabe et overblik over selve interventionen, er der udarbejdet en logisk model ud fra interview med det tværfaglige team, bestående af tre sygeplejesker, en psykolog, en læge og social rådgiver (Interview T), som er illustreret i figur 2. Den logiske model er udformet med inspiration fra Krogstrup (2016), hvilket har til hensigt at tydeliggøre og forbinde interventionens aktiviteter med de specifikke outcomes. Den logiske model illustrerer ligeledes, at Fleksible konsultationsformer, ud fra Skivington et al., (2021) kan karakteriseres som en komplekse intervention, da flere interagerende komponenter i form af individuelle, sociale, organisatoriske samt strukturelle faktorer interagerer på tværs af en specifik kontekst. De interagerende komponenter anskues i form af lægmandsperspektiver (sårbare voksne med diabetes), det professionelle perspektiv (SDCA) der begge interagerer med de organisatoriske betingelser (klinik SDCA) og konteksten (AUH, primær/sekundær sektor, samarbejdspartnere, hverdagslivet mm.).



Figur 2: Logisk model

Disse interagerende komponenter som fungerer i forskellige kontekster, er ifølge Skivington et al., (2021) væsentlige at kende til i arbejdet med evaluering af folkesundhedsintervention, fordi der kan stor forskel i interventionens output alt efter hvilke komponenter og kontekster, der interagerer med hinanden. Komplekse interventioner omfatter altså komplekse problemstillinger, hvorfor det er essentielt at kende til disse, så der ikke opstår utilsigtede konsekvenser i arbejdet med sårbare voksne med diabetes. Til indeværende projektet vil den logiske model ligeledes anvendes til at øge forståelsen af selve interventionen og til udviklingen af projektets programteori, således et forandringsbehov fremtræder.

Aktuelt har SDCA udført en effektevaluering af de biomedicinske markører og spørgeskemaer, som indgår i den logiske models output ud fra Paid, færre udeblivelser, fald i HbA1C og WHO-trivsels spørgeskema, som udtryk for øget patientinddragelse. SDCA konkluderede herudfra, at de sårbare voksne med diabetes opnår det ønskede outcome, at disse opnår forbedret sundhedskompetence gennem deltagelse i interventionen, Fleksible konsultationsformer. På trods heraf, så ved SDCA ikke hvilke kontekstuelle betingelser og underliggende mekanismer, der har betydning for interventionens *mål*, *input*, *output* og *outcome*, ud fra de sårbare voksne med diabetes oplevelser og perspektiver i henhold til et forbedret hverdagsliv med diabetes. Derfor vil der til indeværende projekt udformes en teoribaseret evaluering af Fleksible konsultationsformer, med henblik på at undersøge hvilke kontekster og mekanismer, som har betydning for sårbare voksnes oplevelser omkring hverdagslivet og sundhedskompetencer gennem deltagelse i interventionen, Fleksible konsultationsformer, som er illustreret i den logiske model, ud fra markeringen af de tre gule stjerner.

3.0 Problemformulering

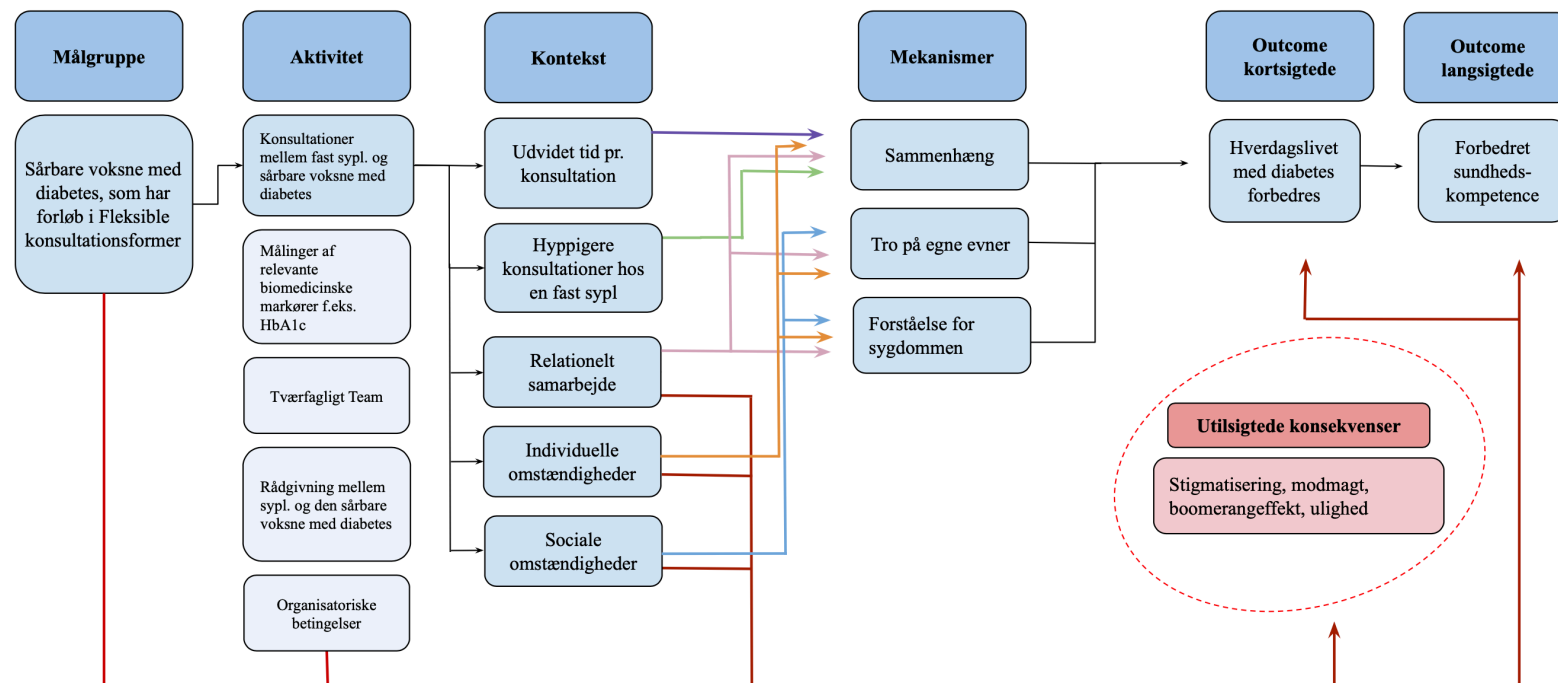
Hvilke kontekster og mekanismer har betydning for, at sårbare voksne med diabetes oplever et forbedret hverdagsliv og sundhedskompetence efter deltagelse i Fleksible konsultationsformer? Og hvordan kan en forståelse af disse kontekster og mekanismer, samt viden om indsatser rettet mod at øge deres sundhedskompetence, bidrage til at skabe en forandring i standardbehandlingsforløbene som tilbydes i Steno Diabetes Center Aarhus?

3.1 Problemafgrænsning

Det står klart i problemanalysen, at sårbarhed har en negativ betydning for individer med diabetes og deres overordnede sundhed, idet sårbarhed hænger sammen med forhold som social ulighed, lav social position og lav sundhedskompetence, hvilket bevirker et usikkert og turbulent hverdagsliv med diabetes (Martin & Topholm, 2020). I forlængelse heraf, peger problemanalysen på flere udfordringer med anvendelsen af sårbarhed som determinant for sundhed, idet denne både kan skildres ud fra en forståelse af lægmandsperspektivet og det professionelle perspektiv (Kleinmann, 1989), som understreger de udfordringer og problemer, der kan opstå, hvis ikke perspektiverne arbejder ud fra samme forståelsesramme. Dertil illustreres det også i problemanalysen, at sårbare voksne med diabetes hverdagsliv, ud fra en forståelse af Kleinmann's (1989) *Illness narratives* er væsentligt for, at sårbare voksne med diabetes kan opretholde eller opnå ressourcerne til en hensigtsmæssig sundhedsadfærd, idet der skabes en forståelse, som er kontekstualiseret igennem hverdagslivet, for både den enkelte, men også det professionelle perspektiv. Til indeværende projekt ønskes det derfor, at undersøge hvilke kontekstuelle betingelser og mekanismer, der har betydning for sårbare voksne med diabetes oplever et forbedret hverdagsliv og sundhedskompetence gennem deltagelse i Fleksible konsultationsformer. Dette understøtter derfor valget om en teoribaseret evaluering og realistiske interviews, idet disse kan bidrage med at belyse kontekster, mekanismer og utilsigtede konsekvenser, som kan have indflydelse på disse. En systematisk litteratursøgning vil bidrage med viden om de indsatser, der er rettet mod at øge sårbare voksne med diabetes og deres sundhedskompetencer. Den systematiske litteratursøgning vil endvidere bidrage med viden om de kontekster og mekanismer, der har betydning for sårbare voksne med diabetes og deres sundhedskompetencer. På baggrund af de valgte metoder vil dette tilsammen kunne bidrage til besvarelse af ovenstående problemformulering, så der skabes en forandring i standardbehandlingskonsultationer i SDCA, hvor de væsentligste fund fra analysen af realistiske interviews og den systematiske litteratursøgning inddrages.

4.0 Programteori

På baggrund af problemanalysen og interview med det tværfaglige team, interview T, og et fokusgruppeinterview med de tre sygeplejersker, interview S, som indgår i det tværfaglige team, danner det på nuværende tidspunkt antagelser og teorier omkring kontekst, mekanismer og outcome forbundet med interventionen Fleksible konsultationsformer. Nedenstående illustration af programteori over interventionen, figur 3, lægger op til projektets problemformulering.



Figur 3: Programteori over interventionen, Fleksible konsultationsformer

4.1 Målgruppe og aktiviteter

Ud fra ovenstående programteori illustreres det, at målgruppen for interventionen henvender sig til sårbare voksne med diabetes. Forud for etableringen af Fleksible konsultationsformer, er der følgende aktiviteter, som er nødvendige før interventionen kan forløbe. Dette omhandler relevant udstyr, som eksempelvis redskaber til at måle et langtidsblodsukker (HbA1c), der anvendes i den daglige behandling af de sårbare. Udover relevant udstyr, er der også udformet et tværfagligt team, hvor sundhedsfaglige problemstillinger omhandlende de sårbare med diabetes, kan drøftes blandt tre sygeplejersker, en psykolog, social rådgiver og en læge (interview T). Til selve konsultationerne, forekommer der en faglig rådgivning mellem den enkelte sygeplejerske og den sårbare voksne med diabetes, som jf. Interview S, skal fremme en sundhedsfremmende tilgang til diabetesbehandling fremfor en forebyggende tilgang. Afslutningsvis, er der også bestemte organisatoriske betingelser i SDCA som økonomiske ressourcer, lokaler, IT-udstyr mm., som har betydning for, at interventionen forløber. Ud fra indeværende problemanalyse blev der, jf. afsnit 2.4, fremanalyseret en risiko for udviklingen af utilsigtede konsekvenser i arbejdet med sårbare grupper, hvorfor dette også er anført i programteorien, ud fra *den overordnede intervention og de organisatoriske betingelser*. Disse kan føre til utilsigtede konsekvenser, fordi der ud fra selve intervention og organisationen kan etableres forhold, som ifølge Merton (1936) skaber strukturelle utilsigtede konsekvenser, såsom ulighed i sundhed.

4.2 Kontekster

Aktiviteterne som er angivet i programteorien interagerer i forskellige kontekster, som har betydning for interventionens overordnede forløb, men også for den enkelte konsultation mellem sygeplejersken og den sårbare voksne med diabetes, hvilket illustreres i figur 3. Dette omfatter konteksten i form af *udvidet tid pr. konsultation*, hvor tiden pr. konsultation, jf. interview S samt initiativbeskrivelsen (2019), tilpasses den enkelte sårbare voksne med diabetes behov. *Udvidet tid pr. konsultation* omfatter ikke kun konsultationer i SDCA, men omfatter alle de kontakter, som den sårbare voksne har med den faste sygeplejerske, hvorfor dette også kan omfatte et telefonopkald eller en sms-korrespondance. Konteksten *hyppigere konsultationer hos en fast sygeplejerske* skal, jf. Interview S og initiativbeskrivelsen (2019), have fokus på at etablere en relation og et tillidsfuldt samarbejde. *Hyppigere konsultationer hos en fast sygeplejerske* skal dermed sikre, at den enkelte sygeplejerske har frihed og fleksibilitet til at planlægge konsultationerne, hvorfor nogle sårbare voksne med diabetes kan blive set flere gange end de oprindelige otte gange, hvis behovet er for dette eller

omvendt (Interview S). *Relationelt samarbejde* belyses også, jf. interview S, som en væsentlig kontekst for interventionens outcome, eftersom det relationelle samarbejde har en fremmede betydning for den støtte, som den enkelte sårbare med diabetes får til at opretholde og mestre sygdommen, så hverdagslivet med diabetes forbedres. Samtidig, så udspringer denne kontekst også ud fra en forståelse af Kleinmann's (1989) teori omhandlede *Illness* og *Disease*, hvor en horisontsammensmeltning af begge perspektiver kan fremme deres fælles forståelse af hverdagslivet, sårbarhed og diabetessygdom, så hverdagslivet med diabetes forbedres for den enkelte. *Individuelle omstændigheder* er en kontekst, som udspringer af indeværende problemanalyse, hvor individuelle forhold hos den sårbare voksne med diabetes kan have en negativ betydning for den enkeltes mestring og håndtering af selve sygdommen, hvorfor hverdagslivet med diabetes vil fremstå usikkert og turbulent. Indeværende problemanalyse peger også på de *sociale omstændigheder*, som forhold der pådrager den enkelte en sårbarhed ud fra social position, men tilskrives også en forståelse for, hvorfor sårbare voksne med diabetes forbliver sårbare, grundet deres sociale position, hvilket har en negativ betydning for den enkeltes hverdagsliv.

4.3 Mekanismer og utilsigtede konsekvenser

På baggrund af ovenstående kontekster, genereres der bestemte mekanismer, som har betydning for det *kortsigtede outcome*; *Hverdagslivet med diabetes forbedres*, med henblik på, at den enkelte har opnår det *langsigtede outcome*; *Forbedret sundhedskompetence*. Dette omhandler mekanismerne; *Sammenhæng*, *Tro på egne evner* og *Forståelse for sygdommen*, som er illustreret i figur 3. Til indeværende projekt vil der fokus på disse tre mekanismer, eftersom disse vurderes som de tre væsentligste til indeværende opgaven på baggrund af problemanalysen, interview T og interview S, velvidende at der findes flere mekanismer end ovenstående.

Sammenhæng som mekanisme aktiveres på baggrund af programteoriens tre kontekster; *Udvidet tid pr. konsultation*, *Hyppigere konsultationer hos en fast sypl.* og *Relationelt samarbejde*. Grundlæggende udspringer denne mekanisme af projektets problemanalyse, jf. afsnit 2.1.3, omhandlende Kleinmann's (1989) hverdagslivsteori, *Illness* og *Disease*. Dette betyder, at før den enkelte sårbare voksne med diabetes kan ændre diabetesadfærd, skal det professionelle perspektiv og det hverdagsorienterede perspektiv opnå en fælles forståelsesramme omkring både *Illness* og *Disease* perspektiverne. Dette med formålet om, at konkret viden og oplysning skal kontekstualiseres til begge perspektiver, så den sårbare voksne med diabetes tilskriver mening med *Disease* inden for *Illness*

perspektivet, hvor det professionelle perspektiv ligeledes opnår en øget forståelse for *Illness narrative* inden for en biomedicinsk kontekst. Lykkedes dette, vil mekanismen *sammenhæng* have effekt, idet der skabes en sammenhæng mellem diabetesadfærd, sygdom og hverdagsliv, som giver mening for den enkelte sårbare voksne med diabetes. Herudover så trues denne mekanisme af konteksterne *individuelle omstændigheder* og *sociale omstændigheder*, idet forståelsen af disse to kontekster, jf. problemanalysen, er truende omstændigheder for de sårbare voksne med diabetes og deres mestring samt håndtering af selve sygdommen, hvorfor et forbedret hverdagsliv med diabetes begrænses. Dette kan altså medføre, at mekanismen *sammenhæng* begrænses eller ikke træder i kraft, hvorfor utilsigtede konsekvenser i form af stigmatisering, modmagt eller ulighed i stedet vil fremtræde.

Mekanismen *tro på egne evner* træder i kraft på baggrund af programteoriens kontekst *relationelt samarbejde*. Som det fremgår af problemanalysen, jf. afsnit 2.2.2, så kan sårbarhed opstå som følge af lav social position, hvor hverdagslivet for den sårbare voksne med diabetes vil være domineret af en lav grad af kontrol over tilværelsen, som hæmmer den enkelte i at fastholde samt opretholde sundhedskompetencer til at forbedre hverdagslivet med diabetes. Sammenholdes dette med interview S, så oplever sygeplejerskerne ligeledes, at hverdagslivet for den enkelte sårbare voksne med diabetes fremstår komplekst grundet de sygdomsmæssige og sociale omstændigheder, som disse lever og trives under, hvorfor mangel på kontrol påvirker den enkeltes tro på egne evner (Interview S). Ovenstående tyder altså på, at hvis den sårbare voksne med diabetes igennem et *relationelt samarbejde* opnår en øget selvkontrol over tilværelsen og sygdommen, så kan det medføre at den enkelte har opnået sundhedskompetencer og ressourcer til at mekanismen *tro på egne evner* aktiveres, hvorfor hverdagslivet med diabetes forbedres. Sygeplejerskernes perspektiv kan endvidere tilskrives Kleinmann's (1989) teori vedrørende *Disease*, hvor sygeplejerskernes forståelse kan være forbundet med en biomedicinsk viden, hvor manglende kontrol over tilværelse eller troen på egne evner, kan tilskrives en manglende forståelse af selve sygdommen. Dette betyder også, at der kan være risiko for, at sygeplejerskerne ikke tager højde for konteksterne *individuelle omstændigheder* eller *sociale omstændigheder*, som påvirker hverdagslivet og troen på egne evner, hvorfor der kan være risiko for at utilsigtede konsekvenser opstår, i form af stigmatisering eller modmagt.

Det understreges, jf. Interview S, at konteksterne *Udvidet tid pr. konsultation*, *Hyppigere konsultationer med en fast sygeplejerske* og *Relationelt samarbejde*, har betydning for at mekanismen *forståelse for sygdommen* træder i kraft. Dette skyldes, at en fleksible tilgang til sårbare voksne med

diabetes fremmer mulighederne for, at skabe et rum og rammerne for, at der er tid til at identificere og klarlægge de færdigheder, som begrænser den enkeltes muligheder i at forstå og anvende sundhedsinformation, således hverdagslivet med diabetes forbedres. Ifølge problemanalysen, kan dette perspektiv også anskues ud fra Kleinmann's (1989) teori om *Illness narrativ*, hvor det professionelle perspektiv skal kende til og forstå den enkeltes hverdagsliv samt livssituation ud fra *Illness narrative*, før der kan skabes en fælles forståelsesramme for både samarbejdet, men også for den enkeltes diabetes behandling. Dette understøttes også af indeværende problemanalyse, hvor sundhedskompetence som begreb, ifølge Chinn, (2011a) skal tage højde for hverdagslivet, de sociale samt strukturelle omstændigheder, idet disse har betydning for, om den enkelte kan opnå handlekompetencer til at forbedre hverdagslivet med diabetes. Denne mekanisme trues endvidere af de *individuelle omstændigheder og sociale omstændigheder*, hvor det fremkommer i problemanalysen, at disse har en negativ betydning for udviklingen af sårbarhed, diabetes og mestring af sygdommen i en kompleks hverdag. Dette betyder også, at disse kontekster kan være hæmmende for *forståelsen af sygdommen*, hvorfor der i stedet er risiko for, at utilsigtede konsekvenser som stigmatisering, boomerangeffekt eller modmagt vil opstå.

4.4 Outcome

Ovenstående mekanismer skal henlede til at det *kortsigtede outcome*; *Hverdagslivet med diabetes forbedres*, aktiveres. Ud fra dette, vil det *langsigtede outcome*; *Forbedret sundhedskompetence*, se figur 3, aktiveres idet et forbedret hverdagsliv med diabetes, vil være et udtryk for, at den sårbare voksne med diabetes har formået at sammenkoble og tilskrive mening med diabetesadfærd og det hverdagsorienterede perspektiv. Dette betyder, at den enkelte har opnået færdigheder og ressourcer inden for hverdagslivet til at mestre selve sygdommen, forstå samt anvende sundhedsinformation, som udtryk for en forbedret sundhedskompetence (Osborne et. al., 2013).

5.0 Videnskabsteoretisk position

Idet indeværende projekt søger at klarlægge, hvilke underliggende kontekster og mekanismer, der har betydning for sårbare voksne med diabetes og deres oplevelser med hverdagslivet og sundhedskompetencer, gennem deltagelse i interventionen Fleksible konsultationsformer, så omhandler den videnskabsteoretiske position for indeværende projekt kritisk realisme. Kritisk realisme positionerer sig mellem positivismen og konstruktivismen, hvor den objektive virkelighed eksisterer uanset

erfaringen og erkendelse heraf, hvilket betyder, at der er lovsmæssigheder og årsager, som ikke kan påvirkes (Wad, 2015). Samtidig erkender kritisk realisme også, at virkeligheden er konstruktivistisk, hvor viden om verden er socialt konstrueret, formet og skabt af en forforståelse, som eksisterer i samspil mellem bestemte sociale handlinger og individer (Danermark et al., 2019). Viden om verden, kan ud fra kritisk realisme pege på en ontologi, som er *intransitiv* (Wad, 2015), hvor virkeligheden eksisterer uafhængigt af den enkelte sårbare med diabetes forståelse og iagttagelser af hverdagslivet, hvorfor denne tager udgangspunkt i en positivistisk forståelse. Måden hvorpå viden vil opnås, kan forklares som værende *transitiv* (Wad, 2015), hvor den sårbare med diabetes forforståelse har en betydning for den viden og virkelig, som bliver konstrueret i henhold til deres oplevelser med hverdagslivet. Denne vil konstrueres gennem menneskelige handlinger ud fra sociale strukturer og processer, som er skabt ud fra en allerede konstrueret virkelighed (Wad, 2015). Den viden som skabes, dannes altså igennem den *intransitive sfære*, men behandles samtidigt af den *transitive sfære*, hvorfor viden inden for kritisk realisme kan betegnes som en usikker viden (Danermark et al., 2019). Derfor vil alt viden være fejlbarlig, historisk samt social betinget, som inden for kritisk realisme kan betegnes som *epistemeologiske relativisme* (Wad, 2015). På trods af, at viden inden for kritisk realisme kan betegnes som usikker og fejlbarlig, så er alt viden ikke lige gyldig, da det er muligt at rationalt bedømme kvaliteten af denne viden, hvorfor dette tilskrives *metodologisk rationalisme* (Wad, 2015). Dette betyder også, at når kritisk realisme anvendes som videnskabsteori til indeværende projekt, så er der forbundet en vis usikkerhed omkring den viden som frembringes igennem indeværende programteori og de realistiske interviews.

Ovenstående peger på en virkelighed, som ikke kun er socialt frembragt, men også en virkelighed der er lagdelt og ontologisk dyb (Danermark et al., 2019), hvor et udfald i form af et forbedret hverdagsliv og sundhedskompetencer, skabes af underliggende årsager og mekanismer. Disse underliggende mekanismer omtales også som *generative mekanismer*, idet de er med til at generere et bestemt udfald eller effekt (Danermark et al., 2019). De generative mekanismer kommer til udtryk igennem faktiske begivenheder, som et resultat af forskellig mekanismernes sammensatte virkning (Wad, 2015), hvilket er illustreret i indeværende programteori ud fra CMO-konfigurationerne. Selvom disse mekanismer kan have et bestemt kausalt potentiale for programteoriens outcome, så betyder det ikke, at dette sker, fordi der kan være andre underliggende mekanismer, som blokerer for disse sammensætninger (Danermark et al., 2019). Dette betyder også, at der til indeværende programteori kan være flere mekanismer i spil, end de identificerede i henhold til sårbare voksne med

diabetes og deres oplevelser med hverdagslivet og sundhedskompetencer, som illustreres i indeværende programteori.

For at undersøge de generative mekanismer, som kan have betydning for at sårbare voksne med diabetes hverdagsliv og sundhedskompetence forbedres gennem deltagelse i interventionen, Fleksible konsultationsformer, er det nødvendigt at forstå lagdelingen af virkeligheden. Virkeligheden kan forstås som opdelt i tre domæner; *Det empiriske subjektive domæne*, *Det aktuelle domæne* og *Det reale domæne* (Wad, 2015). Ud fra *det empiriske, subjektive domæne* omhandler dette den oplevede virkelighed (Wad, 2015), som i indeværende projekt omhandler sårbare voksne med diabetes og deres erfaringer samt oplevelser med hverdagslivet ud fra interventionen, Fleksible konsultationsformer. *Det aktuelle domæne* omhandler derimod de faktisk eksisterende forhold (Wad, 2015), som findes uafhængigt af de sårbare voksne med diabetes og deres erkendelse af disse. Det betyder, at der rent faktisk eksisterer en intervention omkring Fleksible konsultationsformer, uafhængigt af deres erkendelse eller erfaring herom. *Det reale, dybe domæne* er inden for kritisk realisme væsentligt fordi dette omhandler de underliggende mekanismer og strukturer, som bidrager til at frembringe de faktiske begivenheder på *det reale dybe domæne* (Wad, 2015). De underliggende mekanismer som findes på *det real, dybe domæne* er ikke synlige for den sårbare voksne med diabetes, hvorfor der i indeværende projekt derfor søges at identificere disse, som har betydning for sårbare voksne med diabetes og deres hverdagsliv samt sundhedskompetence, så disse forbedres. Ud fra dette domæne, skabes der en *generative kausalitetsforståelse* (Danermark et al., 2019), hvor sociale kræfter, processer og handlinger er med til at genererer og skabe en effekt ud fra indeværende programteoriens underliggende mekanismer. Selvom interventionen, Fleksible konsultationsformer, fører til en effekt eller ej, så er det væsentligt at pointere at disse kausale kræfter eksisterer, hvorfor det kan nævnes, at årsager eksisterer uden at skabe en effekt, og en effekt kan have mange uidentificerede årsager (Martin, 2020). Dette betyder, at hvis der kun søges viden ud fra *det empiriske subjektive domæne* og *det aktuelle domæne*, så vil det ikke være muligt at identificere de underliggende strukturer og mekanismer, som har betydning for sårbare voksne med diabetes og deres oplevelser med hverdagslivet gennem deltagelse i interventionen, Fleksible konsultationsformer. Dette medfører endvidere, at der ikke vil være transparens og sammenhæng mellem projektets problemformulering, programteori og den videnskabsteoretiske position, idet viden om *det reale, dybe domæne* vil bidrage med viden om de kausale kræfter og generative mekanismer, som har betydning for programteoriens outcome; *Forbedret hverdagslivs med diabetes og forbedret sundhedskompetence*.

Til indeværende projekt søges disse uidentificerede årsager og grundlæggende mekanismer at få belyst, således der opnås en større forståelse for de kausale kræfter, som kan medføre tilsigtede såvel om utilsigtede konsekvenser, i forbindelse med den teoribaseret evaluering af Fleksible konsultationsformer, med henblik på at forandre det standardkonsultationerne i SDCA. Dette kan skildres således, at virkeligheden kan anses som et åbent system, hvor strukturer og generative mekanismer er i et konstant samspil igennem social processer, som er årsagen til bestemte udfald (Martin, 2020). Netop derfor, er det i indeværende projekt relevant både at få identificeret de underliggende mekanismer, men også at få klarlagt konteksten, som disse mekanismer skabes indenfor.

6.0 Metode

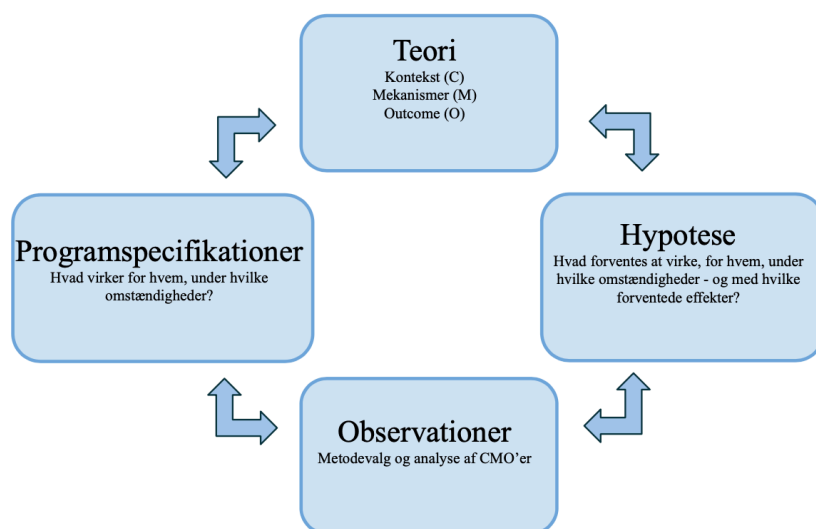
6.1 Teoribaseret evaluering

Som led i den videnskabsteoretiske position, kritisk realisme, er der til indeværende projekt valgt at udføre en teoribaseret evaluering med inspiration fra H. K. Krogstrup (2016). Teoribaseret evaluering er anvendelig til evaluering af sociale og komplekse interventioner, fordi denne type af evaluering, modsat eksperimentelle metoder, har fokus på en probabilistisk forståelse af sammenhæng mellem en intervention og dens virkning (Krogstrup, 2016). I indeværende projekt, fremkommer den probabilistisk effekt ud fra de kontekster og mekanismer, som har en forøget eller formindsket effekt på programteoriens outcome; *Et forbedret hverdagsliv med diabetes og forbedret sundhedskompetence*. Teoribaseret evaluering skønner altså, i forlængelse af den videnskabsteoretiske position, at udfolde *den generative kausalitetsforståelse*, ved at identificere hvilke kontekster og mekanismer, der generer et bestemt udfald, både tilsigtede og utilsigtede (Pawson & Tilley, 2004), som har betydning for et forbedret hverdagsliv med diabetes og sundhedskompetence gennem deltagelse i Fleksible konsultationsformer. Lykkedes det at udfolde disse generative mekanismer, så åbnes ”the black box” i programteoriens implementeringsled (Krogstrup, 2016), hvilket styrker den probabilistiske sammenhængen mellem Fleksible konsultationsformer og indeværende programteoriens kortsigtede samt langsigtede outcome, således der opnås en viden om, for hvem og under hvilke kontekstuelle betingelser disse mekanismer opstår (Pawson & Tilley, 2004). Teoribaseret evaluering kan derfor karakteriseres som en formativ evalueringsform, idet formålet med denne type af evaluering omhandler at identificere og derved forbedre interventionens generative mekanismer, således at disse optimere mulighederne for den ønskede effekt (Krogstrup, 2016). Samtidig, omhandler teoribaseret evaluering også en summativ evaluering, idet denne kan drage konklusioner om sammenhænge mellem selve interventionen og dennes effekt (Krogstrup, 2016).

Den teoribaseret evaluering, vurderes ligeledes væsentlig til indeværende projekt, idet denne kan bidrage med viden om uidentificerede årsager og bestemte udfald, som følge af interventionens formål om at ændre adfærd (Krogstrup, 2016), således sårbare voksne med diabetes hverdag og sundhedskompetence forbedres. Teoribaseret evaluering tager altså højde for, at der kan være flere forhold og uidentificerede årsager, som påvirker indeværende programteoris outcome (Krogstrup, 2016), hvilket frembringer *det reale, dybe domæne* og disses kausale kræfter. Krogstrups (2016) teoribaseret evaluering, anvendes ligeledes med formålet om at identificere mulige utilsigtede konsekvenser, som skal bidrage til en forandring i SDCA's standardkonsultationer, hvor de væsentligste elementer fra indeværende teoribaseret evaluering inddrages.

6.1.1 Den realistiske evalueringsskema

Teoribaseret evaluering kan ifølge Krogstrup (2016) skildres ud fra den realistiske evalueringsskema, som skitserer evalueringsskemaen på baggrund af en programteori, hvor underliggende antagelser såkaldt kontekst-mekanismer-outcome konfigurationer, CMO-konfigurationer, etableres (Pawson & Tilley, 2004). Den realistiske evalueringsskema indeholder fire faser; *Teori, Hypotese, Observationer og Programspecifikationer* (Krogstrup, 2016), hvilket er illustreret i figur 4.



Figur 4: Den realistiske evalueringsskema (Krogstrup, 2016)

Den realistiske evalueringsskema omhandler en iterativ og dynamisk proces, hvor første fase ifølge Krogstrup (2016) omhandler at opstille en programteori gennem CMO-konfigurationer, på baggrund af de antagelser og teorier om hvordan, under hvilke kontekstuelle betingelser, hvorfor og for

hvilke sårbare voksne hverdagslivet forbedres gennem deltagelse i interventionen, Fleksible konsultationsformer. Dette uddybes i metodeafsnit 6.2, omhandlende programteori. Andet punkt i den realistiske evalueringscirkel omhandler at opstille hypoteser om, hvad der skaber en forandring, for hvem og under hvilke omstændigheder opnås det forventede outcome. Dette uddybes ligeledes i metodeafsnit 6.2, omhandlende programteori. I det tredje punkt, i den realistiske evalueringscirkel gennemføres evalueringen af programteorien. I indeværende projekt omhandler dette indsamlingen af data ud fra realistiske interviews, med henblik på at identificere mulige kontekster og mekanismer, som har betydning for programteoriens outcome (Krogstrup 2016). Dette omhandler et forbedret hverdagsliv med diabetes, men henblik på forbedret sundhedskompetence, hvilket uddybes i metodeafsnit 6.5.1. Efterfølgende analyseres de realistiske interviews ud fra Braun & Clarks (2006) tematiske analyse hvor kontekster, mekanismer, tilsigtede samt utilsigtede konsekvenser identificeres, analyseres og vurderes med henblik på første programteori (Krogstrup 2016), hvilket udføres i afsnit 7.3. Afslutningsvis vil dette ende ud i en programspecifikation af og viden om, hvad der virker for hvem og under hvilke omstændigheder, således den første programteori revurderes og forbedres (Krogstrup 2016), så sandsynligheden for at de ønskede effekter af interventionen, Fleksible konsultationsformer opstår.

6.2 Programteori

Ud fra den realistiske cirkel omhandler første fase at udvikle en programteori, som er illustreret i afsnit 4.0. Ifølge Krogstrup (2016) kan en programteori karakteriseres som en illustration over de antagelser og hypoteser, som vurderes væsentlige i forbindelse med en interventions intenderende effekt. Idet kritisk realisme søger at belyse de generative mekanismer, som findes på *det reale, dybe domæne* (Wad, 2018), så kan disse både omhandle programteoriens CMO'er, men kan også, som tidligere nævnt, omhandle uidentificerede årsager og mekanismer, som ikke er synligt på *det empiriske subjektive domæne* og *det aktuelle domæne*. Dette bevirker altså en vis kompleksitet, hvorfor teoribaseret evaluering og programteori, forsøger at indfange denne kompleksitet af virkeligheden, så de underliggende mekanismer fremtræder af *det reale, dybe domæne* (Pawson & Tilley, 2004). Herudfra kommer der en øget viden og opmærksomhed på målgruppen, sårbare voksne med diabetes reaktioner og adfærd ud fra interventionen, Fleksible konsultationsformer, som kan klarlægge de CMO-konfigurationer, der kan bidrage til en forandring af SDCA's standardkonsultationer. Ifølge Krogstrup (2016) omhandler dette udfoldelsen af interventionens implementeringsled og forandringsled, herunder hvad der ved interventionen skaber tilsigtede effekter samt utilsigtede konsekvenser. Disse to led omhandler programteoriens handlingsteori og forandringsteori.

Programteoriens handlingsteori omhandler en beskrivelse af Fleksible konsultationsformer og hvordan denne er tilrettelagt i praksis. Handlingsteorien udgør viden omkring programteoriens implementeringsled bestående af målgruppe og aktivitet, som er identificeret ud fra et interview med det tværfaglige personale, ud fra interview T, og et fokusgruppe interview med de tre sygeplejersker fra det tværfaglige personale, interview S. Disse interviews er anvendt, idet praksis har en unik viden omkring implementeringsleddet af Fleksible konsultationsformer, som har betydning for handlingsteoriens opbygning.

Forandringsteorien omhandler ifølge Krogstrup (2016) de eksplicitte antagelser og hypoteser, som understøtter sammenhængen mellem Fleksible konsultationsformer og dets outcome. Disse eksplicitte antagelser og hypoteser, kommer til udtryk igennem CMO-konfigurationer i selve programteorien bestående af kontekst, mekanismer og outcome (Pawson & Tilley, 2004). Grundlæggende vil indeværende programteori anvendes til at forklare hvilke *mekanismer (M)*, der aktiveres under bestemte *kontekster (C)* og hvilket *outcome (O)* disse generer, både tilsigtede og utilsigtede (Pawson & Tilley, 2004). Konteksten har altså en afgørende betydning for, om mekanismerne aktiveres eller hæmmes (Pawson & Tilley, 2004), som har betydning for Fleksible konsultationsformers effekt og dets overordnede outcome, hvilket understøtter frembringelse af den generative kausalitetsforståelse på *det reale, dybe domæne*. Programteorien tester altså hypoteserne om CMO-konfigurationer, altså hvad der virker for hvem og under hvilke omstændigheder (Krogstrup 2016). Til indeværende projekt, anvendes programteorien med formålet om at evaluere interventionen Fleksible konsultationsformer, med henblik på at klarlægge de CMO-konfigurationer (Pawson & Tilley, 2004), der har betydning for at hverdagslivet med diabetes opleves forbedret, således den enkelte sårbare voksne med diabetes opnår en forbedret sundhedskompetence. Programteorien vil efterfølgende testes gennem realistiske interviews, analyseres ud fra indeværende teoretiske referenceramme og sammenholdes med den systematisk litteratursøgning, med formålet om at revurdere samt forbedre den eksisterende programteori (Krogstrup, 2016), som bidrager til at skabe en forandring i SDCA's standardkonsultationer.

6.3 Teoretiske referenceramme

Til indeværende projekt anvendes Richard H. Osbornes (Osborne) (2013) udviklingen af begrebet, *Health literacy*, som inspiration til indeværende interviewguide, men også som den teoretiske referenceramme til analysen af de realistiske interviews. Osborne et al. (2013) vælges idet indeværende

projekt søger at klarlægge hvilke af de ni domæner inden for sundhedskompetence, som de sårbare voksne med diabetes opnår gennem deltagelse i interventionen, Fleksible konsultationsformer. Dette med formålet om at skabe en forandring i SDCA, hvor de væsentligste fund fra denne teoribaseret evaluering skal implementeres i standardkonsultationerne. Health Literacy kan ifølge Osborne et al., (2013) måles ud fra det validerede spørgeskema, *Health Literacy Questionnaire* (HLQ), som består af 44 spørgsmål fordelt på ni domæner, der hver især beskriver et aspekt af sundhedskompetence ud fra fire-fem spørgsmål. De ni domæner af sundhedskompetence indeholder; 1. *Forståelse og støtte fra sundhedsprofessionelle*, 2. *Tilstrækkelig information*, 3. *Aktiv håndtering af sundhed*, 4. *Social støtte*, 5. *Kritisk vurdering*, 6. *Aktiv involvering med sundhedsprofessionelle*, 7. *Navigation i sundhedsvæsenet*, 8. *Evne til at finde god sundhedsinformation*, 9. *Læse og forstå sundhedsinformation* (Osborne et al., 2013). HLQ er udviklet således, at en eller flere af de ni områder kan anvendes særskilt, alt efter den enkelte organisations forudsætninger for anvendelse af selve spørgeskemaet og begrebet (Osborne et al., 2013).

6.4 litteraturstudie

6.4.1 Indledende søgning

Til projektets initierende problem og problemanalyse er der anvendt bevidste og tilfældige søgninger på Google Scholar og AAU-bibliotek, for at identificere og fremanalysere projekts overordnede og generelle problemstillinger. Disse søgninger skal ifølge Buus et al., (2008) sikre projekts faglige konsistens og kontekst, idet disse bidrager til videns udvikling inden for forskning. Der blev altså foretaget retrospektive kædesøgninger, hvor relevante videnskabelige studier og grå litteratur blev inkluderet, såsom ulighedsrapporten fra SST (2020) eller Diabetesforeningen. Eftersom søgeordene til de retrospektive kædesøgninger ikke er nøje udvalgt, kan disse ikke karakteriseres som systematiske søgninger, men anvendes i stedet med henblik på at klarlægge projektets problemfelt. Dette med formålet om at identificere søgetermer til den systematiske litteratursøgning.

6.4.2 Systematisk Litteratursøgning

Den systematiske litteratursøgning skal bidrage med en øget viden om de indsatser og interventioner, som er rettet mod at øge sårbare voksne med diabetes og deres sundhedskompetence. Dette med formålet om, at identificere både effekt af disse interventioner, men også klarlægge de kontekster og mekanismer, der øger sårbare diabetes voksnes sundhedskompetence. Idet indeværende teoribaseret evaluering søger at belyse for *hvilke*, vil den systematiske litteratursøgning også kunne bidrage

med viden herom, idet der ud fra denne, kan forekomme videnskabeligt litteratur, som undersøger og klarlægger evidens af, for hvilke sårbare voksne, en bestemt indsats eller intervention rettet mod at øge disses sundhedskompetence, medfører en bestemt effekt. Den systematiske litteratursøgning er udformet på baggrund af følgende søgespørgsmålet: *Hvordan kan interventioner øge sårbare voksne med diabetes og deres sundhedskompetence?*

6.4.2.1 Valg af databaser

Til indeværende projekt er der udvalgt fem databaser til at belyse projektets problemfelt; *Scopus*, *CINAHL*, *PsycInfo*, *Embase* og *Pubmed*. Scopus er valgt, idet det er en bred og tværfaglig database. CINAHL, Embase, PsycInfo og Pubmed er valgt, fordi disse er fire specialiserede videnskabelige databaser, som ud fra deres overordnede styrker vurderes fordelagtige til at belyse indeværende problemfelt. I forlængelse heraf, belyser et systematisk review af Bramer et al., (2017), at anvendelsen af brede og specialiserede databaser kan optimere den systematiske litteratursøgning, idet databasernes søgevidde, muligheder og begrænsninger fordelagtigt vil supplere hinanden. Til indeværende projekt betyder dette, at databaser som Scopus, Embase og Pubmed kan understøtte med en viden om den evidens, der er omkring de indsatser, som øger sårbare voksne med diabetes og deres sundhedskompetence, hvor databaser som Scopus, CINAHL og PsycInfo kan bidrage med en viden om det hverdagsorienterede perspektiv, hvilket udbydes længere nede i afsnittet.

Idet indeværende projektet indeholder flere videnskabelige paradigmer, eftersom der både søges af forklare effekt, men også at forstå dennes årsagssammenhænge (Launsø et al., 2011), blev der i søgt i den flere videnskabelige data, Scopus, som indeholder videnskabelige litteratur bestående af positivistisk, konstruktivistisk og sociologiske samt psykologiske videnskabelige forståelser. Scopus er desuden den største abstract- og citationsdatabase, hvilket betyder, at denne database fremviser et bredt udsnit af videnskabelige studier og Peer-reviewed litteratur (Elsevier, 2021b). CINAHL, PsycInfo, Embase og Pubmed blev anvendt grundet databaserenes specifikke videnskabelige ståsted, som understøtter fokuserede søgninger, der kan supplere den brede søgning fra Scopus. CINAHL anvendes, idet denne database indeholder en overvægt af kvalitative samt psykosocial forskning (EBSCO, 2021), hvorfor CINAHL er anvendelig til at belyse sårbare voksnes perspektiv, men også for at identificere de kontekster og mekanismer, som kan have betydning for at sårbare voksne og deres sundhedskompetence. PsycInfo blev valgt som database til indeværende projekt, idet denne indeholder videnskabeligt litteratur omhandlende psykologisk samt sociologisk materiale,

som kan bidrage til at identificere de kontekster og mekanismer, som har betydning for sårbare voksne med diabetes og deres sundhedskompetence (APA PsycNET, 2018). Databasen Embase blev valgt til indeværende systematiske litteratursøgning, idet denne er en af verdens største biomedicinske databaser (Elsevier, 2021a), hvorfor Embase kan bidrage med relevant litteratur omkring effekt og interventioner målrettet sårbare voksne og deres sundhedskompetence. Databasen indeholder desuden fortrinsvis europæiske artikler (Elsevier, 2021a), hvilket øger muligheden for at kunne finde studier, som i højere grad kan overføres til en dansk kontekst. Afslutningsvis blev der søgt i databasen, Pubmed, der ligesom Embase er en af verdens største databaser inden for det positivistiske og medicinske paradigme, som også indeholder databasen, Medline (Elsevier, 2021). Pubmed blev anvendt med formålet om, at identificere samt klarlægge evidensen for sammenhængen mellem interventioner rettet sårbare voksne og deres sundhedskompetence, med henblik på at understøtte forandringsperspektivet i indeværende projekt. Pubmed blev ligeledes anvendt, idet databasen kan bidrage med viden om for hvilke sårbare voksne, der findes en sammenhæng mellem interventioner og øget sundhedskompetence.

6.4.2.2 Søgestrategi

For at kunne besvare projektets søgespørgsmål, er der inden for hver af de valgte databaser udformet en søgestrategi. Denne har til formål om at skabe en struktureret plan for indsamlingen af data, så der sikres en konsistens i søgningerne, hvilket også øger reproducerbarheden i selve søgningen (Frandsen et al., 2014). Til indeværende søgestrategi blev der udvalgt de fire mest relevante søgeord ud fra selve søgespørgsmålet; *Diabetes*, *Sårbarhed*, *Sundhedskompetence* og *Intervention*. I databaserne CINAHL, Embase og Pubmed er der anvendt både kontrollerede emneord, *thesaurus*, ud fra databasernes egne indeksering, så søgningerne blev mere præcis og målrettet (Frandsen et al., 2014), hvorfor referencer om samme emne indekseres ensartet (Buus et al., 2008). Der blev også gjort brug af fritekstsøgning, hvis der ikke var en tilstrækkelig dækning af det kontrollerede emneord, som kan medfører en bedre afdækning af selve emnet (Hørmann, 2015). Eksempelvis, er der i databaserne CINAHL, Embase og Pubmed ikke et emneord om ”*Sårbare voksne*”, hvorfor der blev gjort brug af fritekstordet ”*Vulnerable adults*” for at indfange indeværende projekts målgruppe, og dermed udelukke videnskabeligt litteratur vedrørende sårbare børn.

Ud fra de søgninger som blev udført i CINAHL, Embase og Pubmed blev der både anvendt kontrollerede emneord og fritekstsøgning, som ifølge Frandsen (2014) oftest vil give den bedste søgning, hvor der i Scopus og PsycInfo kun blev gjort brug af fritekstsøgning. Til de systematiske søgninger

blev der anvendt frasesøgning (""") ved søgeord, som er sammensat af flere ord, eksempelvis "*Vulnerable adults*", idet frasesøgning sikrer, at ordene bliver søgt som et sammenhængende søgeord, fremfor for to separate ord (Buus et al., 2008). Dette med formålet om at præcisere søgning og minimere den støj, som kan komme ved ikke at indkredse søgeordet til ét ord (Rasmussen et al., 2017). Der blev endvidere anvendt trunkering (*) ved de søgeord, hvor der kunne være flere endelser på ordet, eksempelvis "*Interventio**". Dette med henblik på, at udvide søgningen ud, idet databaserne medtager alle endelser af det søgte ord (Rasmussen et al., 2017). Til fritekstsøgninger er trunkering især velegnet, eftersom der kan være forskellige ord og endelser af det enkelte ord, idet databaserne kun genkender bogstavskombinationerne (Rasmussen et al., 2017).

Ud fra tabel 1 illustreres de kontrollerede emneord og fritekstsøgninger i databasen Embase, som inden for hver facetterne blev sat sammen af den boolske operatorer, OR, med formålet om at udvide selve søgningen (Rasmussen et al., 2017). Efterfølgende blev alle fire facetter kombineret med den boolske operatorer, AND, med henblik på at indsnævre selve søgeresultatet (Rasmussen et al., 2017). Søgestrategien til alle fem databaser tager udgangspunkt i de fire facetter, men i databasen CINAHL gav denne søgestrategi et minimalt antal hits, hvorfor søgeordene til facet fire omhandlende "*Intervention*" alle blev udskiftet med søgeord, som "*Public Health*" og "*Interventio**", hvilket ses i bilag 2. Dette med formålet om at brede søgning ud, idet søgeord som "*Program evaluation*" kan henlede til en medicinsk forståelse af effekt og evaluering, hvor CINAHL fortrinsvis indeholder artikler med udgangspunkt i kvalitativt samt psykosocial forskning (EBSCO, 2021). Søgestrategien for de enkelte databaser er vedhæftet i bilag.

AND				
OR	<u>Facet 1:</u> Diabetes	<u>Facet 2:</u> Sårbarhed	<u>Facet 3:</u> Sundhedskompetence	<u>Facet 4:</u> Intervention
	<i>Kontrollerede emneord:</i> Diabetes mellitus Diabetic patient	<i>Kontrollerede emneord:</i> Vulnerable population Vulnerability Health status Lowest income group	<i>Kontrollerede emneord:</i> Health literacy Information literacy Patient education Diabetes education Medical information	<i>Kontrollerede emneord:</i> Patient attitude Program evaluation

<i>Fritekst:</i> "Diabetes mellitus"	<i>Fritekst:</i> "Vulnerable adults"	<i>Fritekst:</i> Literacy	<i>Fritekst:</i> "Patient acceptability"
---	---	------------------------------	---

Tabel 1: Eksempel på søgestrategi fra Embase

6.4.2.3 In- og eksklusionskriterier

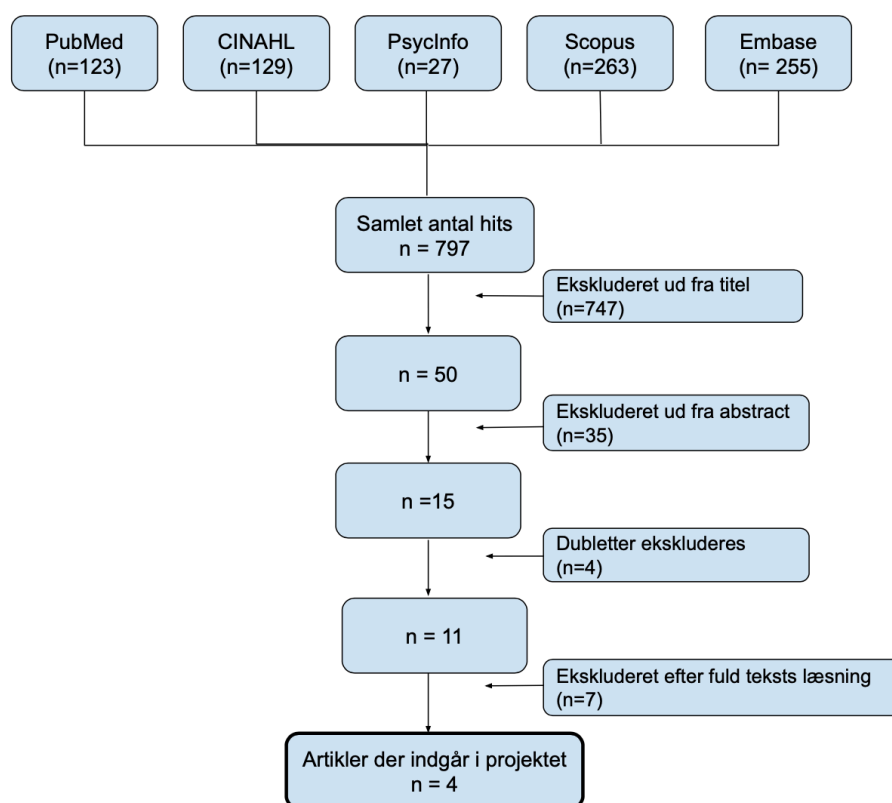
Til den systematisk litteratursøgning og søgestrategi blev der opstillet in -og eksklusionskriterier med udgangspunkt i indeværende problemformulering, som ses i tabel 2. In -og eksklusionskriterier er anvendt, idet disse kan være med til at øge systematikken og præciseringen af den enkelte søgning (Rasmussen et al., 2017). Målgruppen til indeværende projekt omhandler sårbare voksne med diabetes, hvorfor inklusionskriteriet til den videnskabelige litteratur omhandler individer på 18 år og derover. Herudover, blev interventioner eller indsatser rettet mod sårbare voksne med diabetes sundhedskompetence også valgt, eftersom det blev vurderet relevant for forandringsperspektivet til indeværende projekt, hvilket er understreget i indeværende problemanalysen. Der blev til den systematiske litteratursøgning også lagt vægt på evidensen af det udvalgte materiale hvorfor bøger, avisartikler, rapporten mm. blev ekskluderet i de enkelte søgninger. Desuden blev videnskabelig litteratur fra ikke-vestlige lande ekskluderet, grundet overførbarheden til dansk kontekst, dette med henblik på de sundhedsforskelle som er indlejret i forebyggende samt sundhedsfremmende arbejde, på tværs af lande, kulturer mm. Desuden blev alt videnskabeligt litteratur, som omhandlede andet end diabetes frasorteret, eftersom diabetes er en speciel og kronisk sygdom, hvorfor overførbarheden fra andre sygdomme kan risikere at pege på andre kontekster og mekanismer, end dem som belyses i dette projekt.

Inklusionskriterier:	Eksklusionskriterier:
Sprog: dansk, svensk, norsk og engelsk	Bøger, avisartikler, rapporter mm.
Alder: 18 år <	Videnskabeligt litteratur fra ikke-vestlige lande
Skal indeholde en intervention eller indsats omkring sårbare voksne med diabetes og sundhedskompetence	Andre sygdomme end diabetes

Tabel 2: In -og eksklusionskriterier

6.4.2.4 Selektionskriterier

Ud fra ovenstående in -og eksklusionskriterier blev det videnskabelige litteratur, systematisk vurderet og selekteret på baggrund af en selektionsproces, som fremgår af et flowchart i figur 5. Dette flowchart skal bidrage med et systematisk og samlede overblik over selektionsprocessen, hvilket højner gennemsigtigheden i selve processen og indeværende projekt (Rasmussen et al., 2017). På tværs af de fem databaser, blev der fremsøgt 797 artikler i alt, som er illustreret i nedstående flowchart. Selve selektionsprocessen består af fire sorteringsfaser, hvor den videnskabelige litteratur ud fra første sorteringsfase blev selekteret ud fra titel i forhold til indeværende in -og eksklusionskriterier. Her blev 747 frasorteret. Efterfølgende resulterede det i en gennemlæsning af titel og frasortering af dubletter, som led i anden sorteringsfase, hvor i alt 35 artikler blev ekskluderet. Ud fra tredje sorteringsfase, blev i alt fire artikler ekskluderet på baggrund af en gennemlæsning af abstract. De resterende 11 artikler blev gennemlæst, som resulterede i fire udvalgte artikler. Disse er alle kritisk læst og kvalitetsvurderede, hvilket illustreres i bilag 6. De fire resterende videnskabelige studier er desuden udvalgt efter relevans, kontekst samt overførbarehed ud fra indeværende in -og eksklusionskriterier, til besvarelse af indeværende projektets problemformulering.



Figur 5: Flowchart

6.5 Realistiske interviews

6.5.1 Dataindsamlingsmetode

Idet indeværende projekt tager udgangspunkt i en teoribaseret evaluering og kritisk realisme som videnskabsteoretisk position, så antages det at viden om virkeligheden fremkommer af *det reale, dybe domæne* gennem underliggende CMO-konfigurationer i projektets programteori. Der søges derfor til indeværende projekt at anvende en dataindsamlingsmetode, som kan belyse disse CMO-konfigurationer og deres betydning for programteoriens kortsigtede samt langsigtede outcome, hvorfor dette omhandler realistiske interviews. Formålet med de realistiske interviews er at teste de CMO-konfigurationer, som er opstillet i indeværende programteori, men anvendes også til at udforske de uidentificerede CMO-konfigurationer og utilsigtede konsekvenser (Manzano, 2016), som kan have betydning for hverdagslivet med diabetes og den sårbare voksne med diabetes sundhedskompetence. Herigennem søges det at forstå, hvordan sårbare voksne med diabetes forstår og oplever hverdagslivet gennem deltagelse i interventionen, Fleksible konsultationsformer, hvor disse efterfølgende sammenlignes med hypoteserne fra den første programteori (Manzano, 2016). Indeværende programteori danner altså baggrund for de realistiske interviews, hvor de sårbare voksne med diabetes enten be- eller afkræfter programteoriens CMO-konfigurationer med henblik på at revurdere eller forbedre programteorien og dennes CMO-konfigurationer (Pawson & Tilley, 2004). De realistiske interviews er altså drevet af en teoribaseret dataindsamlingsmetode, som anvendes til formative metoder (Manzano, 2016), hvilket adskiller disse former for interviews fra andre typer af interviews. Ifølge Manzano (2016) kommer dette til udtryk igennem en *teacher/learner cycle*, hvor interviewer lærer informanten om programteoriens CMO-konfigurationer, hvorefter informanterne enten be- eller afkræfter disse eller identificerer nye CMO-konfigurationer og utilsigtede konsekvenser (Pawson & Tilley, 2004). Denne proces omhandler i alt tre faser, hvor første fase understøtter *theory gleaning interview*, som har til formål om at identificere CMO-konfigurationer gennem eksplorative spørgsmål i henhold til programteoriens kontekst, mekanismer og outcome. Fase to, *theory refinement interviews*, omhandler et større fokus på at identificere de CMO-konfigurationer, som søges be- eller afkræftet i indeværende programteori. I forlængelse heraf, har den sidste fase til formål om at be- eller afkræfte og yderligere revurderer samt forbedre de tilbageværende CMO'er. Denne form for interviews er ifølge Manzano (2016) en iterativ proces, hvor alle tre faser ikke nødvendigvis skal afdækkes i alle interviews, men skal fungere som en fleksible proces hvor informant og interviewer mødes igen for at afdække CMO-konfigurationer. Lykkedes det ikke, kan der være risiko for, at interviewer ikke får afdækket programteoriens CMO-konfigurationer,

hvilket medfører at *den generative kausalitetsforståelse* ikke frembringes på *det empiriske subjektive domæne* (Wad, 2015). Til indeværende projekt, har der grundet pragmatiske årsager ikke været mulighed for at udføre sådan en iterativ og fleksible tilgang, hvorfor det er forsøgt at samle *theory gleaning interview* og *theory refinement interviews* i én interviewguide ved hjælp af indeværende programteori. Interviewguiden er vedhæftet i bilag 7. Som led i *teacher/learner cycle*, kan der ifølge Manzano (2016) anvendes ledende spørgsmål som spørgeteknik, omkring de antagelser samt hypoteser der kan være ud fra programteoriens CMO-konfigurationer (Manzano, 2016). Til indeværende projekt anvendes disse ikke, men der anvendes en semistruktureret tilgang til de realistiske interviews for sikre en åbenhed overfor informanternes oplevelser og holdninger (Kvale & Brinkmann, 2015), hvilket uddybes i afsnit 6.5.3. Dette understøtter ligeledes Manzano's (2016) grundlæggende antagelse om, at realistiske interviews bør være iterative og fleksible, hvor det er muligt, at udfolde mindre detaljer og samle disse til én samlet forståelse.

6.5.2 Udvælgelse og rekruttering af informanter

Til indeværende projekt er der udvalgt en formålsrettet rekrutteringsstrategi, som ifølge Manzano (2016) er særlig velegnet til realistiske interviews, idet informanterne rekrutteres med formålet om at disse besidder en viden, som kan be- eller afkræfte programteoriens CMO-konfigurationer. Til indeværende projekt søges det at klarlægge, hvilke kontekster og mekanismer der har betydning for, at sårbare voksne med diabetes oplever et forbedret hverdagsliv gennem deltagelse i interventionen, *Fleksible konsultationer*, med henblik på om disse opnår en forbedret sundhedskompetence. Informanterne til de realistiske interviews omhandler derfor sårbare voksne med diabetes, som har været tilknyttet interventionen, *Fleksible konsultationsformer*. Disse rekrutteres igennem indeværende praksiskontakt, SDCA, ud fra de tre sygeplejersker som er tilknyttet projektet. De sårbare voksne med diabetes rekrutteres på baggrund af et inklusionskriterie om grad af succesoplevelse med interventionen, *Fleksible konsultationsformer*, hvorfor dette både omhandler sårbare voksne med diabetes, som har haft et progressivt og regressivt forløb. Dette medfører altså, at der kommer flere oplevelser, perspektiver og holdninger i spil, som har betydning for selve programteoriens CMO'er, men også for de uidentificerede CMO-konfigurationer og utilsigtede konsekvenser, som kan have betydning for programteoriens outcome. Sårbare voksne med diabetes kan anses som værende eksperter i programteoriens handlingsteori, idet disse kender *Fleksible konsultationsformers* grundlæggende elementer (Krogstrup 2016), men også er eksperter omkring hverdagslivet med diabetes. I forlængelse af indeværende problemanalyse, så kan sårbare voksne med diabetes karakteriseres som

individer, som er underlagt en eller flere risikofaktorer, som eksponerer dem for en sårbarhed og begrænse deres sundhedskompetencer, hvorfor hverdagslivet med diabetes kan opleves usikkert og turbulent. Dette betyder også, at denne målgruppe kan karakteriseres som værende en bred målgruppe, men at disse alle har tilfælles, at hverdagslivet med diabetes fremstår komplekst og turbulent. Nedenstående tabel 3 viser en oversigt over de informanter, som er rekrutteret til de semistruktureret realistiske interviews og til udarbejdelsen af indeværende logiske model.

Informanter	Pseudonym
Interview T; Tværfagligt team i SDCA	T
Interview S; Tre sygeplejesker fra tværfaglige team	S
Informant A; Kvinde	A
Informant B; Kvinde	B
Informant C; Kvinde	C
Informant D; Mand	D
Informant E; Mand	E
Informant F; Mand	F
Informant G; Kvinde	G

Tabel 3: Oversigt over informanter

6.5.3 Udarbejdelse af interviewguide

Forinden gennemførelsen af de realistiske interviews blev der udarbejdet en interviewguide på baggrund af den teoretiske referenceramme og programteorien i figur 3, se bilag 7. Dette med formålet om at skabe tringens og sammenhæng i indeværende projekt og i de realistiske interviews, således programteoriens CMO'er fremtræder og de sårbare voksne med diabetes kan be eller afkræfte disse, med henblik på at revurdere og forbedre denne programteori (Pawson & Tilley, 2004). Indeværende interviewguide indeholder semistrukturerede spørgsmål, opdelt i Manzano's (2016) to første faser, med henblik på at identificere nuværende og uidentificerede CMO'er samt utilsigtede konsekvenser. Interviewguiden anvendes som en semistruktureret interviewguide, således en fleksible tilgang

til interviewet understøttes, hvor interviewerens kan tilpasse selve spørgsmålene og rækkefølgen alt efter det enkelte interview (Kvale & Brinkmann, 2015). Denne interviewteknik giver interviewerens muligheden for at stille opfølgende spørgsmål, som kan være fremmende for forståelse af den enkelte sårbare voksne med diabetes, således CMO-konfigurationerne be- eller afkræftes og den første programteori revurderes.

Til selve udførelsen af de realistiske interviews, blev der indledt med en briefing, hvor de sårbare voksne med diabetes blev informeret om interviewets formål, længde, relevante GDPR-regler samt informeret samtykke. Som tidligere nævnt, så er spørgsmålene i interviewguiden udformet med inspiration fra Mazano's (2016) første to faser til det realistiske interview. Den første fase omhandler *theory gleaning*, hvor eksplorative spørgsmål anvendes til at udforske indeværende programteoriens kontekst, mekanismer og outcome (Manzano, 2016). Gennem denne fase, vil de sårbare voksne med diabetes hjælpe med at formulere teorier, som har betydning for hvordan kontekstuelle omstændigheder påvirker hverdagslivet med diabetes. Der blev eksempelvis valgt at spørge ind til informanternes oplevelser vedrørende det relationelle samarbejde, idet denne vurderes som en vigtig kontekst for aktiveringen af programteoriens tre mekanismer, det kort -og langsigtede outcome. Dette blev formuleret således: "*Vil du prøve at fortælle mig om dine samtaler med sygeplejersken?*" se bilag 7. Anden fase i det realistiske interview omhandler *theory refinement*, hvor be- eller afkræftelse af CMO-konfigurationerne i programteorien søges. Disse spørgsmål fungerer typisk således, at dele af teorien introduceres for den enkelte, hvor informanten efterfølgende enten be- eller afkræfter CMO-konfigurationer ved at samle denne i ét spørgsmål. Disse spørgsmål er forholdsvis mindre åbne, men mere koncentreret og specifikke i forhold til at be- eller afkræfte specifikke CMO-konfigurationer i interviewet (Manzano, 2016). Til indeværende projekt, anvendes der ikke spørgsmål som indfanger både kontekster, mekanismer og outcome, idet denne teknik til indeværende målgruppe kan fungere for ledende. I stedet anvendes semi-strukturerede spørgsmål, hvor maksimalt to af elementerne fra CMO-konfigurationerne indgår, dette med formålet om at identificere det sidste element i CMO-konfigurationen og lade uidentificerede CMO'er fremtræde. Dette kommer eksempelvis til udtryk ud fra følgende spørgsmål: "*Er der sket ændringer i din hverdag, efter du har deltaget i Fleksible konsultationsformer?*" se bilag 7. I hvert af de realistiske interviews, blev der afsluttet med en debriefing, hvor den sårbare voksne med diabetes har muligheden for at stille spørgsmål retur til interviewerens. Dette har til formål om at runde et interview af på en hensigtsmæssige måde, idet debriefing kan skabe tryghed for selve informanten (Kvale & Brinkmann,

2015). Interviewguiden er pilottestet i samarbejde med indeværende praksiskontakt, SDCA, med formålet om at øge kvaliteten af de efterfølgende interviews (Merriam & Tisdell, 2016).

6.5.4 Gennemførelse af interviews

De syv realistiske interviews blev afholdt mellem d. 11.04.2022 og 22.04.2022, hvor der blev udført telefoniske interviews grundet geografiske udfordringer, da flere af informanterne er bosat i en anden region, men også været efter informanternes eget ønske. Der kan argumenteres for, at denne beslutning er forholdsvis pragmatisk, men der forekommer også fordele ved at anvende sådanne interviews. I et kvalitativt studie klarlægger Sturges & Hanrahan, (2004), at rekruttering af informant gennem telefoninterviews kan forekomme nemmere, idet barrierer som geografisk placering kan have en negativ indflydelse på, om det enkelte individ ønsker at deltage. Alle informanter er forelagt muligheden for at mødes ansigt-til-ansigt både på Steno Center Diabetes Aarhus eller i deres private hjem, men har trods dette foretrukket telefoninterviews. På trods heraf, så belyser Sturges og Hanrahan (2004) endvidere, at sårbare og følsomme emner i stedet omfavnes og belyses af informanterne, idet telefoninterviewet skaber en vis distance mellem det enkelte individ og forskeren, som kan bevirke, at den enkelte føler, at samtalen føles mere anonymt. I forlængelse heraf, ønskes der til indeværende projekt at opnå en forståelse for de kontekster og mekanismer, som har betydning for den sårbare voksne med diabetes og et forbedret hverdagsliv, med henblik på at den enkelte opnår en øget sundhedskompetence. Dette omhandler emner som sårbarhed og dårlig diabetes regulering, hvorfor emnet kan være forbundet med følelsen af skam og stigmatisering. Derfor kan et telefoninterview skabe muligheden for, at de sårbare voksne med diabetes føler en øget tryghed ved at tale om hverdagslivet med diabetes. Samtidig kan der også forekomme udfordringer med telefoninterviews, hvor det for informanten og interviewer kan være svært at afkode følelsesmæssige udtryk og kropssprog, som kan forringe den interaktion og det samspil, som opstår mellem informanten og interviewer, hvorfor der kan være risiko for at misforståelser eller misfortolkning opstår (Sturges og Hanrahan, 2004). Dette vil uddybes i metodediskussion, under afsnit 8.1.4.

6.5.5 Transskribering og datahåndtering

Efter endt interview blev de enkelte lydoptagelser transskriberet til et skriftligt produkt, som danner grundlag for den videre analyse. Selve interviewene er optaget på en diktafon, som er udlånt af indeværende praksiskontakt, og blev efterfølgende transskriberet i programmet, Nvivo, som er et datamanagementprogram til både analyse og transskribering af kvalitative materiale (Jackson &

Bazeley, 2019). Transskribering kan betegnes som en systematisk proces, hvor talesprog overgår til skriftsprog (Kvale & Brinkmann, 2015). Til indeværende projekt ønskes det at sikre en ensartet transskribering, hvorfor der udformet en transskriberingsguide, se bilag 8. Denne guide fremhæver de fravalg, som der er taget i forbindelse med selve transskriberingen, således der forekommer en ensartet formatering fra talesprog til skriftsprog (Kvale & Brinkmann, 2015). Til transskriberingsguiden er der eksempelvis valgt at udelade pauser, meningsforstyrrende ord i form af tøvelyde eller gentagelser, idet disse ikke har betydning for analysen eller fortolkning af det empiriske materiale (Kvale & Brinkmann, 2015). Transskriberingen udgør altså den første analytiske proces i indeværende opgave.

Til indeværende projekt er det nødvendigt at udfører en god datahåndtering og en forsvarlig opbevaring af selve lydoptagelserne, idet disse indeholder personspecifikt data, hvorfor GDPR-reglerne for projektudførelse skal opretholdes (Aalborg Universitet, 2018). Alle navne og specifikke påtalte omstændigheder, som kan medføre, at den enkelte informant kan blive genkendelig, er derfor sløret i transskribering ud fra anvendelsen af (X). Lydoptagelserne og det transskriberede materiale opbevares ligeledes på en krypteret mappe, hvorefter lydoptagelserne slettes efter endt eksamen, men det transskriberede materiale bibeholdes i den krypterede mappe, med henblik på muligheden om en publicering af en artikel omkring indeværende speciale. Dette er alle informanter informeret om både mundtlig og skriftlig, se bilag 9.

6.5.6 Ethiske overvejelser

For at sikre god forskningsetik og integritet, er det i indeværende projekt væsentligt at være bevidst om de etiske problemstillinger og dilemmaer, der kan opstå i kvalitativ forskning. Kvalitativ forskning er forbundet med en social praksis, hvor menneskers personlige erfaringer og ytringer i henhold til det hverdagsorienterede perspektiv blottes, hvilket forudsætter en vis standard af etisk integritet fra den enkelte forsker (Brinkmann, 2010). Dette kan skildres ud fra flere niveauer, hvor specielt god forskningsetik på mikroniveau, er betydningsfuld for den enkelte informant. Det skriftlige informerede samtykke vægtes derfor højt, idet informantens beslutning om at deltage i de realistiske interviews skal, jf. persondataloven, træffes på et oplyst grundlag. Det informerede samtykke er vedhæftet bilag 9. Samtidig, skal den enkelte også informeres om, at interviewet er frivilligt, hvorfor informanten altid har retten til at tilbagekalde deres samtykke (Datatilsynet, 2019). I forlængelse af det informerede samtykke, så oplyses informanterne også om, at datamaterialet anvendes i

indeværende projekt med henblik på dataminimering (Aalborg universitet, 2020), så det indsamlede data og opbevaringen heraf kun anvendes efter dets formål. For at sikre informanternes anonymitet og sikkerhed anvendes der også pseudonymisering af informanternes navne (Aalborg universitet, 2020), så det kun er informanten selv, der kan genkende data. Ud fra dette sikres der altså god forskningsetik og integritet på mikroniveau, som også understøtter et pligtetiske perspektiv (Etisk Råd, 2013), idet der til indeværende projekt handles i overensstemmelse med lovgivning og regler med respekt for informanternes autonomi (Det Etiske Råd, 1995).

Udover mikro etiske forhold, er der også etiske forhold, som omhandler forskerens rolle. Inden for kvalitativ forskning kan forskeren karakteriseres som en aktiv del af hele den kvalitative proces, hvor forskeren skal udvise god etisk praksis gennem hele processen lige fra rekruttering, interview og databehandling (Brinkmann, 2010). Dette betyder altså, at den enkelte forsker skal være bevidst om egen forforståelse, position og tilstedeværelse overfor informanterne, eftersom disse kan have indvirkning på informanternes respons og interaktion under selve interviewet (Brinkmann, 2010). Forskerens rolle kan henlede til udfordringer ud fra et dydsetisk perspektiv (Etisk Råd, 2013), hvor sårbarhed og uhensigtsmæssig regulering af diabetessygdom kan karakteriseres som sårbare emner, der omhandler skyld, skam og stigmatisering. Dette betyder også, at forskeren skal være opmærksom på disse forhold under interviews, og at disse kan være forbundet med informanternes narrativ og fortælling omkring hverdagslivet med diabetes, hvorfor informanterne kan tilbageholde relevant information. Der kan altså være risiko for, at informanten udsættes for en unødigt skade, hvilket er i uoverensstemmelse med ikke-skades princippet (Etisk Råd, 2013).

De etiske overvejelser til indeværende projekt, bygger endvidere på en dialog med indeværende praksiskontakt, SDCA, hvor der er fokus på sikre informanternes ve og vel. Herudfra blev det besluttet, at rekrutteringen af informanterne foregik igennem de tre sygeplejersker, som er tilknyttet selve projektet. Dette med formålet om, at sikre en hensigtsmæssig rekruttering, hvor informanterne blev informeret og oplyst af et velkendt personale, fremfor en fremmed. På trods heraf, der kan endvidere opstå etiske udfordringer ud fra denne rekrutteringsstrategi, idet der kan være risiko for, at de tre sygeplejerskerne ubevidst vælger de sårbare voksne med diabetes, som har haft det mest hensigtsmæssige forløb. Samtidig kan der også være risiko for, at fordi den sårbare voksne med diabetes er rekrutteret igennem den enkeltes faste sygeplejerske, så har den sårbare voksne med diabetes et mere positivt svar, da de vælges af én, som de har en tæt relation til.

Ovenstående etiske overvejelser skal endvidere anses om iterativ og integreret del af hele projektet, hvor der løbende har været overvejelser og genovervejelser i samarbejde med praksis, som har skabt grobund for de resultater, som er anvendes i indeværende teoribaseret evaluering.

6.5.7 Realistisk analysestrategi

For at skabe konsistens og transparens i indeværende projekt, så tager projektets analysestrategi udgangspunkt i den videnskabsteoretiske position, kritisk realisme, hvorfor abstraktion og reduktion anvendes til at belyse metodologien (Wad, 2015). Abstraktion omhandler de opstillede teorier omkring programteoriens kontekster og mekanismer, som medfører et bestemt outcome (Wad, 2015). Overføres det til indeværende projekt, så omhandler dette SDCA og de indledende interviews, interview T og interview S, som understøtter fremstillingen af programteoriens handlingsteori, så en dybere forståelse for programteoriens CMO-konfigurationer opnås. Abstraktion tager også udgangspunkt i indeværende problemanalyse, hvorfor programteoriens CMO'er også er opstillet ud fra andet empiri, teori og videnskabelig litteratur, hvilket karakteriserer denne analysestrategi som teorisstyret. Der anvendes også retroduktion til den realistiske analysestrategi, som omhandler den kritiske proces, hvor der ud fra programteoriens forandringsteori søges at identificere de dybe kausale kræfter og den generative kausalitetsforståelse, som har betydning for programteoriens outcome (Wad, 2015). For at identificere disse, opnås det igennem de realistiske interviews med de sårbare voksne. Herigennem anvendes retroduktion ud fra empirisk samt subjektive oplevelser af *det aktuelle domæne*, så det er muligt at identificere og udfolde den generative kausalitets forståelse af CMO-konfigurationer, som er årsagen til det, der sker på *det reale domæne* (Wad, 2015). Abstraktion og retroduktion, anvendes som led i indeværende analysestrategi til at klarlægge de CMO-konfigurationer, som har betydning for et forbedret hverdagsliv med diabetes, med henblik på, at den enkelte opnår en forbedret sundhedskompetence gennem deltagelse i interventionen, Fleksible konsultationer. Dette skal altså bidrage til en forandring i SDCA's standardbehandlingskonsultationer, hvor de væsentligste fund medtages i dette forandringsspektiv til praksis.

Udover en analysestrategi med udgangspunkt i indeværende videnskabsteoretiske position, så anvendes der også en tematisk analyse fra Braun & Clarke, (2006) til de realistiske interviews. Denne analysestrategi er tværgående, hvorfor denne kan anvendes på tværs af videnskabsteoretiske positioner og paradigmer (Braun & Clarke, 2006). Formålet med den tematiske analyse er at identificere, analysere og skitsere bestemt mønstre samt temaer med udgangspunkt i seks faser, hvor første fase omhandler transskribering af data, således man bliver bekendt med sit data (Braun & Clarke, 2006).

Anden fase omhandler kodningsprocessen, som i indeværende projekt udføres ud fra programteorien opstillede CMO-konfigurationer. Dette betyder også, at denne fase er deduktivt betinget, idet disse CMO-konfigurationer tager udgangspunkt i teori, ud fra programteoriens handlingsteori og forandringsteori, hvilket betyder at de mest betydningsfulde CMO'er enten isoleres eller tydeliggøres (Wad, 2015). Når alle relevante tekststykker er kodet ud fra programteoriens CMO-konfigurationer, så begynder den tematiske analyses tredje fase, hvor koderne genereres til temaer (Braun & Clarke, 2006). I denne fase anvendes en vekselvirkning mellem en deduktiv og induktiv tilgang til datamaterialet, idet der også søges at undersøge andre temaer og CMO-konfigurationer, som ikke er identificeres af indeværende programteori. Der kan altså argumenteres for, at der anvendes en abduktiv tilgang til analysen af empirien, grundet vekselvirkningen mellem en deduktiv og induktiv tilgang (Kvale & Brinkmann, 2015). Efter denne fase indledes femte fase, hvor alle nye temaer gennemgås så der er mulighed for, at bestemte koder kan flyttes fra et tema til et andet (Braun & Clarke, 2006). Afslutningsvis, indledes sjette fase ved at navnegive de endelige temaer (Braun & Clarke, 2006), som skal bruges i den revurderede programteori.

Ovenstående analysestrategi illustrerer altså en iterativ proces, hvor der søges at identificere allerede opstillede CMO-konfigurationer i projektets programteori. Analysestrategien tillader også, at der kan forekomme nye CMO'er ud fra det empiriske materiale, igennem de subjektive erfaringer og oplevelser, som den sårbare voksne med diabetes besidder. Dette med formålet om at revurdere og tilpasse projektets programteori, således denne bidrager med et forandringsperspektiv til indeværende praksiskontakt, SDCA.

7.0 Analyse

7.1 Kritisk læsning og kvalitetsvurdering af udvalgte studier

På baggrund af den systematiske litteratursøgning blev der udvalgt fire videnskabelige artikler, som skal indgå i indeværende projekt til at understøtte udviklingen af et forandringsperspektiv til SDCA. Dette med formålet om, at forandre klinisk praksis i det generelle behandlingskonsultationer, således de væsentligste fund fra analyse af den systematiske litteratursøg, målrettet indsats samt interventioner som forbedre sårbare voksne og deres sundhedskompetence, medinddrages. Samtidig vil videnskabeligt litteratur omhandlende det hverdagsorienterede perspektiv, i henhold til de kontekster og mekanismer som kan have betydning for sårbare voksnes sundhedskompetence, medinddrages.

7.1.1 Studie 1: Maximizing diabetes education efforts in vulnerable populations - newer delivery concepts (Torres & Schmidt, 2022)

Formål: Formålet med dette studie omhandler at belyse og klarlægge den videnskabelig litteratur, der findes omkring de interventioner som er målrettet sårbare voksne med diabetes, deres diabetes regulering og sundhedskompetence, således disse forbedres.

Design og metode: Indeværende artikel er et review, som indeholder videnskabeligt litteratur omkring interventioner, der er rettet mod at forbedre sårbare voksne med diabetes og deres diabetes regulering samt sundhedskompetence.

Resultater: Studiet finder, at diabetes self-management uddannelse, som er målrettet og tilrettelagt efter sårbare voksne med diabetes og deres udfordringer samt behov, har en forøget effekt på den enkeltes diabetes kontrol, hvor der er en signifikant forbedring i kliniske markører som HbA1c, diabetes distress og sundhedskompetence. Indeværende review finder også, at der sammenholdt med diabetes self-management uddannelse også anvendes redskaber, som SMS-beskeder eller hyppigere telefonopkald, hvilket har en positiv betydning for den enkeltes diabetes regulering, hvor der ud fra en metaanalyse findes, at de sårbares HbA1c og sundhedskompetence forbedres.

Kvalitetsvurdering: Indeværende review er kvalitetsvurderet ud fra *JBI Critical Appraisal Checklist for systematic reviews and research syntheses*. Dennes vurderes middellav-middel kvalitet, idet denne mangler en transparens i forhold til metoden, herunder et flowchart omkring hvordan den enkelte litteratur er indsamlet. Dette mindsker altså artiklens gennemsigtighed og reliabilitet (Launsø et al., 2011). I forbindelse med studiets sammenhæng mellem formål og metode, så vurderes studiets interne validitet middel, idet der forekommer en klar sammenhæng, men denne trues af de metodiske mangler.

Vurdering af overførbarhed: Studiet kan bidrage med viden om hvilke indsatser samt interventioner, som forbedre sårbare voksne med diabetes og deres diabetes regulering samt sundhedskompetence. I forhold til studiets eksterne validitet er der udfordringer med generaliserbarhed samt overførbarheden til indeværende projekt, idet studiets sårbare voksne omhandler en bredere gruppe af sårbare med blandt andet etniske minoriteter, sammenlignet med de informanter, som er rekrutteret til de realistiske interviews. Resultaterne skal derfor anvendes med omtanke, idet der kan være andre mekanismer på spil, når det omhandler etniske minoriteter, som eksempelvis kulturelle

omstændigheder, normer og værdier. På trods heraf, så finder problemanalysen, at etniske minoriteter er udsat for en sårbarhed, grundet kulturelle forhold, som kan have en negativ betydning for deres sundhedskompetence.

7.1.2 Studie 2: Effect of Problem-Solving-Based Diabetes Self-Management Training on diabetes Control in a Low-Income Patient Sample (Hill-Briggs et al., 2011)

Formål: Formålet med dette studie omhandler at evaluere effekten af en intervention, som anvender diabetes self-management uddannelse målrettet sårbare voksne med type 2 diabetes og lav sundhedskompetence, ud fra et intensivt og et kondenseret forløb. Self-management uddannelsen anvendes en problemorienterede løsningsmetode, ud fra *Decision-making Education for Choices In Diabetes Everyday* (DECIDE), hvilket har til formål om understøtte og fremme de ressourcer samt sundhedskompetencer, som den enkelte mangler til at mestre et godt hverdagsliv med diabetes.

Design og metode: Indeværende studie er et RCT-studie, hvor 56 sårbare patienter med type 2 diabetes blev rekrutteret til et intensivt og kondenseret forløb. Interventionsgruppen indgik i et intensivt diabetes Self-management forløb med ni kurser, inden follow-up ved tredje måned. Kontrolgruppen indgik i et forkortet diabetes self-management forløb med i alt to kurser, inden follow-up ved tredje måned. I interventionsgruppen deltog 29 og kontrolgruppen 27 sårbare voksne med type 2 diabetes. Diabetes Self-management forløbet tager udgangspunkt i og med inspiration fra en problemorienteret model for kroniske sygdomme, som har fokus på sundhedsadfærd, kognitiv forståelse og teknikker til sundhedsforandring. Formålet er at sætte ind overfor de barrierer, som blokerer for en u hensigtsmæssige sundhedsadfærd. Interventionen tager ligeledes udgangspunkt i en forståelse omkring sundhedskompetence, hvor en u hensigtsmæssige adfærd som usund kost, manglende motion eller dysregulation af det enkeltes blodsukker er et udtryk for, at den enkelte har brug for understøttelse af diabetes Self-management.

Resultater: Studiets resultater viser, at der blandt de sårbare voksne med type 2 diabetes, som deltager i det intensivt Self-management forløb sker en forbedring af deres viden ($p < 0.001$), problemorienterende samt problemløsning ($p = 0.01$) og self-management adfærd ($p = 0.04$) sammenlignet med kontrolgruppen. Studiet konkluderer, at de sårbare voksne som deltager i det intensive forløb opnår en forbedret sundhedskompetence sammenlignet med kontrolgruppen. Desuden klarlægger studiets resultater også, at der ved follow-up ved tre måneder er en forbedring i interventions-

gruppens HbA1c sammenlignet med kontrolgruppen. Der er en procentpointsforskel på -0.72% ($p=0.02$), hvor interventionsgruppen gennemsnitlige HbA1c falder og kontrolgruppens stiger.

Kvalitetsvurdering: Indeværende studie er kvalitetsvurderet ud fra *Revised Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials (RoB 2)*. I randomiseret kontrolleret forsøg er der taget højde for eventuelle confoundere, idet de sårbare voksne med type 2 diabetes, er randomiseret i et intensivt forløb og et kondenseret forløb, hvorfor studiets interne validitet vurderes som værende middel til moderat af kvalitet. Randomisering har til formål om at mindske selektionsbias, fordi fordelingen af de sårbare voksne sker tilfældigt igennem randomisering (Juul et al., 2017). Samtidig er muligheden for misklassifikation forebygget ved brugen af in- og eksklusionskriterier herunder alder, dato og tidspunkter ved måling af HbA1c, som endvidere styrker reliabilitet i selve studiet. På trods heraf, så er det en forholdsvis kort follow-up periode, hvilket svækker studiet reliabilitet, selvom der ved tre måneder er en forskel i grupperne. Det havde været anvendeligt at have en follow-up periode på 6 og 9 måneder til at sammenligne med baseline data. Ud fra ovenstående vurderes studiet som værende af middel til middelhøj kvalitet.

Vurdering af overførbarehed: Indeværende studiet kommer fra USA, hvorfor der kan være udfordringer med overførbareheden til dansk kontekst i forbindelse med de enkelte sundhedssystemer. På trods heraf, så er de sårbare voksne med type 2 diabetes, som er inkluderet i studiet, ud fra deres baseline karakteristika lavt uddannede med en lav indkomst, som har en lav sundhedskompetence. Dette betyder også, at den eksterne validitet vurderes god, idet indeværende projekt også belyser ovenstående som dele af det, at være sårbar voksne med diabetes. Dette RCT-studie kan altså bidrage med viden om en specifik intervention, der forbedre sårbare voksne med diabetes sundhedskompetence, som kan bruges til at udforme samt skabe et forandringsperspektiv hos indeværende praksiskontakt, SDCA.

7.1.3 Studie 3: *Simplicity, flexibility, and respect: preferences related to patient education in hardly reached people with type 2 diabetes* (Torenholt et al., 2015)

Formål: Formålet med dette studie omhandler at udforske og belyse sårbare voksne med type 2 diabetes oplevelser og holdninger omkring diabetesuddannelse som intervention, med fokus på deres ønsker og behov i forhold til selve uddannelsens format og tilgang til den enkelte. Se bilag 6, for en fuld kvalitetsvurdering af dette studie.

Design og metode: Studiet er et kvalitativt studie, som bygger på ni semistrukturerede interviews med sårbare voksne med type 2 diabetes. Der er rekrutteret fem mænd og fire kvinder, som enten har en lav eller ingen uddannelse og mere end én kronisk sygdom. De enkelte interviews er analyseret ud fra en systematisk tekst kondensering fra K. Malterud (2017) og resulterede i fire overordnede temaer.

Resultater: Der fremkommer fire overordnede temaer af den systematiske tekst kondensering, som har betydning for formatet og tilgangen til selve diabetesuddannelsen; 1) Fleksibilitet i forbindelse med uddannelses opbygning, mødetidspunkt og intensitet, 2) Simple og konkrete uddannelses værktøjer, 3) Genkendelse fra andre med samme problemstillinger og 4) Respekt fra underviserne - relateret til det relationelle samarbejde.

Kvalitetsvurdering: Indeværende studie er kvalitetsvurderet ud fra tjeklisten *CASP-Qualitative Checklist*. Studiets resultater og troværdighed vurderes overordnet set at være høj, idet der er en klar transparens og tydelige metodologiske samt analytisk fremstilling af de muligheder og begrænsninger, som studiets resultater indebærer. I indeværende studie er der udført ni semi-strukturerede interviews, hvorfor det kan diskuteres, om antallet af informant har opnået den rette mætningsgraden i forbindelse med artiklens undersøgelse og formål. Sammenholdes dette med studiets karakteristika af informanterne illustreres der her en bred, men homogengruppe af sårbare voksne med type 2 diabetes på tværs af køn, alder, sygdomme, jobs, uddannelse mm., hvorfor der kan argumenteres, at den valgte målgruppe udgøre nok i forhold til mætningsgraden. Artiklen er desuden Peer-reviewed, hvorfor denne er kritisk vurderet af forskere inden for området, som understøtter en høj faglig standard inden for videnskabelige metode (Lund et al., 2014).

Vurdering af overførbarehed: Overførbareheden til indeværende studie vurderes høj idet studiet er udarbejdet inden for en dansk kontekst, hvorfor forståelsen af sårbare voksne med diabetes er forholdsvis ens, idet der arbejdes ud fra samme patientgruppe. Dette kvalitative studie kan altså bidrage med viden om de kontekster, mekanismer og utilsigtede konsekvenser, som har betydning for at sårbare voksne deltager i interventioner, som er rettet mod at ændre en specifik diabetesadfærd samt sundhedskompetence, hvorfor dette kan bidrage til forandringsperspektivet i indeværende projekt.

7.1.4 Studie 4: “Why Am I Not Taking Medications?” Barriers and Facilitators of Diabetes Medication Adherence Across Different Health Literacy Levels (Huang et al., 2020)

Formål: Formålet med dette studie omhandler at belyse type 2 diabetikere, som har en tilstrækkelig samt utilstrækkelig sundhedskompetence, og deres oplevelser samt holdninger omkring de fremmende og hæmmende forhold, som har betydning for medicinregulering. Dette med henblik på at revurdere og tilrettelægge forebyggende samt sundhedsfremmende interventioner, som er målrette medicinregulering, blandt denne målgruppe på et hospital i USA.

Design og metode: Studiet er et kvalitativt studie, som indeholder 23 semi-strukturerede interviews med type 2 diabetikere med en tilstrækkelig og utilstrækkelig sundhedskompetence, enten på et hospital eller i patientens eget hjem. Ud af de 23 semi-strukturerede interviews er 12 af disse karakteriseret som værende sårbare ud fra lav uddannelse, lav indkomst og lav sundhedskompetence. De enkelte interviews er analyseret ud fra en indholdsanalyse af Hsich & Shannon (2005) og resulterede i fire overordnede temaer.

Resultater: Der fremkommer fire overordnede temaer af studiet indholdsanalyse, som har betydning for de fremmende og begrænsende faktorer i forbindelse med medicinregulering: 1) Self-efficacy som middel til at fremme og begrænse medicinregulering, 2) Patient-behandler kommunikation, 3) Motivation for medicinregulering, og 4) Andre opfattede barrierer i forhold til medicinregulering.

Kvalitetsvurdering: Indeværende studie er kvalitetsvurderet ud fra tjeklisten *CASP-Qualitative Checklist*. Studiets resultater og troværdighed vurderes overordnet set at være høj, idet der er en klar transparens og tydelige metodologiske samt analytisk fremstilling af de muligheder og begrænsninger, som studiets resultater indebærer. Eksempelvis, så er interviewguide til indeværende studie udviklet med udgangspunkt i den teoretiske model, The Health Literacy Pathway af Paasche-Orlow & Wolf (2007), hvorfor konsistensen i indeværende studie er høj, idet der er sammenhæng mellem studiets formål, teori og metodologiske præcision. Endvidere anvender studiet en indholdsanalyse, som analysestrategi til de semi-strukturerede interviews. Det kan diskuteres om en indholdsanalyse kan mangle en dybde og sammenhæng i forhold til analysen af det kvalitative materiale, sammenlignet med en tematiskanalyse. Artiklens forfatter nævner ikke fordele for og imod deres analysestrategi, som kunne hvis det havde været relevant for deres studie, have været værd at belyse.

Vurdering af overførbarehed: Studiet er udarbejdet på et hospital i USA, hvorfor der er nogle generelle udfordringer og overvejelser i forbindelse med dets overførbarehed til en dansk kontekst. Som tidligere nævnt, så er det amerikanske sundhedsvæsen og det danske sundhedsvæsen byggede op to forskellige systemer. Dette betyder også, at de kontekster og mekanismer, som findes i dette studie kan være påvirket af det amerikanske sundhedsvæsens opbygning og tilgang til behandling af den sårbare med type 2 diabetes, hvorfor resultaterne skal anvendes med omhu. Desuden anvendes der også en gruppe af type 2 diabetikere, som har en tilstrækkelig sundhedskompetence, hvorfor resultaterne fra denne gruppe ikke kan overføres til indeværende projekt, idet dette omhandler en helt anden målgruppe. På trods af at studiet klarlægger, at de har at gøre med sårbare type 2 diabetikere med en utilstrækkelig sundhedskompetence, så nævner de også selv, at denne målgruppe ikke nødvendigvis er ”repræsentativ” i forhold til deres klassificering af sårbare med type 2 diabetes, hvorfor denne målgruppe og de dertilhørende resultater, skal anvendes med omhu.

7.2 Sammenfatning af studierne

Resultaterne fra de fire artikler i den systematiske litteratursøgning sammenfattes med henblik på at belyse den evidens, som har betydning for projektets empiriske materiale, som vil blive anvendt i forandringsforslaget til indeværende praksiskontakt, Steno Diabetes Center Aarhus, hvilket uddybes i afsnit 9.0. De to første artikler af Torres & Schmidt, (2022) og Hill-Briggs et al., (2011) viser, at der er evidens for, at Self-management uddannelse målrettet sårbare voksne med diabetes, har betydning for at deres sundhedskompetence forbedres, idet Self-management uddannelse tilrettelægges efter den enkeltes individuelle behov, ressourcer og mangel herpå. Reviewed af Torres & Schmidt, (2022) belyser endvidere at teknologiske løsninger, som SMS-beskeder eller hyppigere kontakt igennem telefonopkald, har effekt i forbindelse med ovenstående outcomes. Disse studier anvendes til at belyse evidensen omkring de indsatser samt interventioner, som er rettet mod at øge sårbare voksne med diabetes og deres sundhedskompetence, hvilket udgør første del af den systematiske litteratursøgnings formål. De resterende to artikler af Torenholt et al., (2015) og Huang et al., (2020) anvendes med formålet om, at belyse de kontekster og mekanismer, som har betydning for at sårbare voksne med diabetes sundhedskompetence forbedres. Det kvalitative studie af Torenholt et al., (2015) finder, at fleksibilitet i forbindelse med interventionens tilbud og forløb har betydning for de sårbare voksne med diabetes deltagelse, idet interventionen tilpasses den enkeltes hverdagsliv. Studiet belyser endvidere, at respekt fra det sundhedsfaglige personale medfører, at den sårbare voksne med diabetes får en oplevelse af, at blive mødt og anerkendt i hans/hendes sygdom og problemstillinger, hvorfor der er større lyst og vilje til at deltage. I forlængelse heraf,

belyser det kvalitative studie af Huang et al., (2020), at en god patient-behandler kommunikationen har en væsentlig betydning for, at den enkelte opnår en god medicinregulering, idet den sårbare med diabetes har tiltro til behandlingen. Kvaliteten af studierne vurderes at have en middelhøj kvalitet, idet tre af studierne vurderes som værende middel til høj kvalitet (Hill-Briggs et al., (2011); Torenholt et al., (2015); Huang et al., (2020)), og et studie vurderes af middellav til lav kvalitet (Torres & Schmidt, 2022). Resultaterne af studiet af Torres & Schmidt (2022) anvendes stadig på trods af dets lave kvalitetsvurdering, dog ud fra en kritisk forståelse af studiets resultater og de metodiske mangler, hvilket medfører at resultaterne skal anvendes med omhu.

Overførbareheden vurderes overordnet set at være overført til indeværende projekt og forandringsforslaget til Steno Diabetes Center Aarhus, dog med et vis forbehold for selve målgruppen af de sårbare voksne med diabetes og de kontekster samt mekanismer, som kan være anderledes i henholdsvis et amerikansk og dansk sundhedsvæsen, hvilket diskuteres i afsnit 8.1.3.2.

7.3 Analyse af den reviderede programteori

Programteorien er analyseret og revurderet på baggrund af den forhenværende programteori, figur 3, med udgangspunkt i viden fra projektets problemanalyse, interview T og interview S. Den reviderede programteori, se figur 6, nuancerer de sårbare voksne med diabetes og deres perspektiv omkring hverdagslivet med diabetes. Der er ud fra den tematiske analyse af de realistiske interviews identificeret eksisterende, men også nye CMO-konfigurationer, hvilket har til formål om, at øge forståelsen af de sårbare voksne med diabetes perspektiv, så dette kan bidrage til en evaluering af Fleksible konsultationsformer, med henblik på at skabe en forandring i SDCA, hvilket uddybes i afsnit 9.0. I den reviderede programteori er aktiviteten ændret til evaluering af Fleksible konsultationsformer til sårbare voksne med diabetes. Konteksterne fra den oprindelige programteori, *Udvidet tid pr. konsultation* og *Hyppigere konsultationer hos en fast sygeplejerske*, er modificeret til konteksterne, *Tæt kontakt til fast sygeplejerske* og *Fleksible konsultationsformer*. Dette skyldes, at informanterne i de realistiske interviews ikke kan bekræfte et udvidet tidsaspekt pr. konsultation, men tilkendegiver, at der er mere tid overordnet i projektet, men anskuer denne ud fra en forståelse af, at der er mere tæt og fast kontakt med deres kontaktsygeplejerske, om det så er igennem et besøg i SDCA, telefonopkald eller SMS-korrespondance. I forlængelse heraf så oplever informanterne, at det er nemmere at komme i kontakt med deres faste sygeplejerske, hvorfor der er en vis fleksibilitet, som fremmer den løbende og tætte kontakt, men også kan udløse, at der ikke opstår en forståelse for et lineært

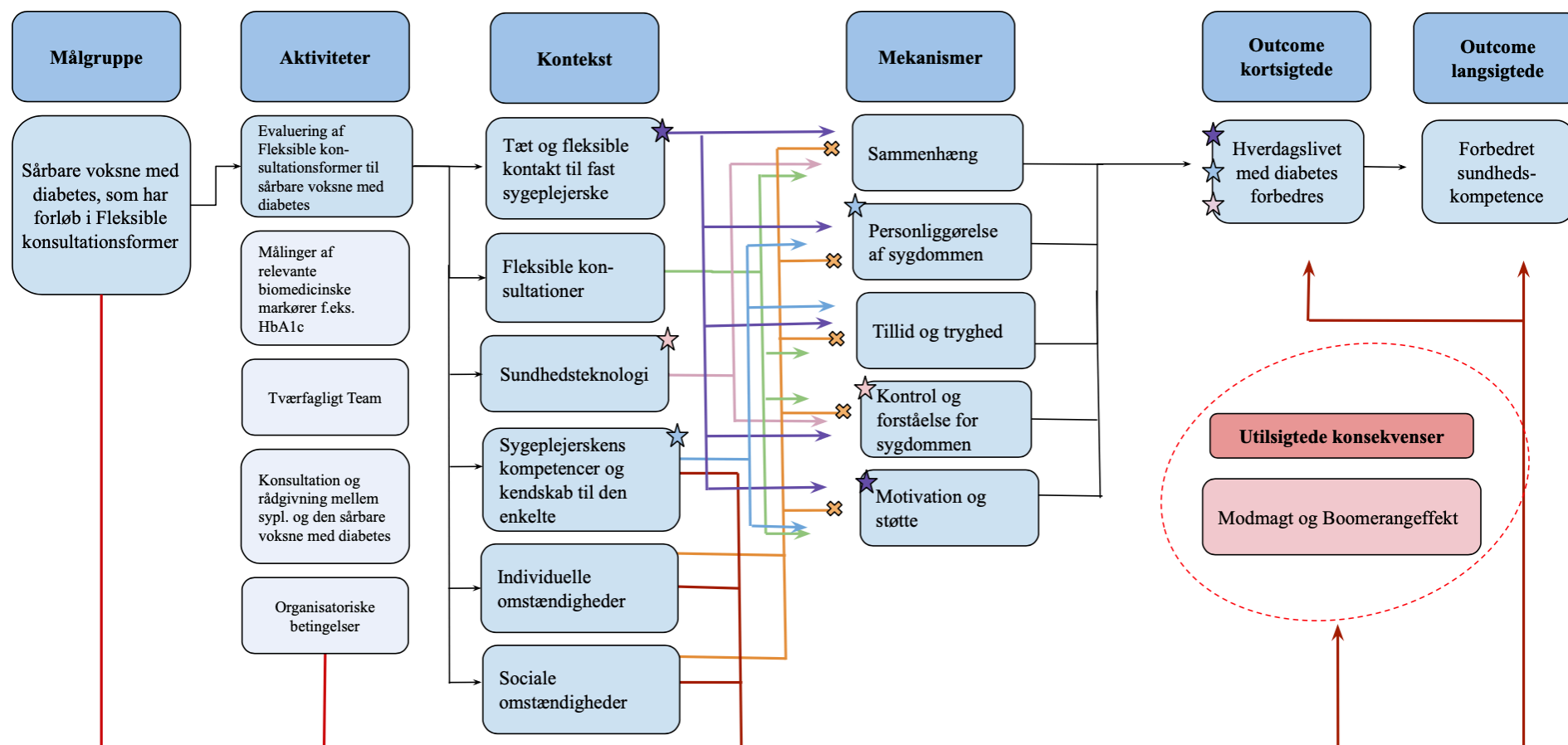
tidsperspektiv. Til den reviderede programteori fremkom der af analysen af de realistiske interviews også en ny kontekst, *Sundhedsteknologi*, hvor flere af informanterne nævner, at sundhedsteknologi som de har fået i forlængelse af dette projekt, har haft stor betydning for deres kontrol og forståelse for deres sygdom. Konteksten fra den første programteori, *Relationelt samarbejde*, udgøres i stedet af konteksten, *Sygplejerskens kompetencer og kendskab til den enkelte*. På baggrund af analysen af de realistiske interviews kunne informanterne ikke bekræfte, at der var et relationelt samarbejde, men anskuede i højere grad deres faste sygeplejerske kompetencer og kendskab til den enkelte, som væsentlig i forbindelse med deres sygdomsforløb.

I den forhenværende programteori blev mekanismen, *Sammenhæng*, vurderet væsentligt i forbindelse med programteoriens kortsigtede og langsigtede outcome, idet den sårbare voksne med diabetes og sygeplejerskerne opnår en øget forståelse for hinandens perspektiver. Informanterne oplever, at der skabes en sammenhæng, men peger ikke nødvendigvis på sammenhæng, som den konkrete årsag til at hverdagslivet med diabetes forbedres. Mekanismen, *Tro på egne evner*, blev i den første programteori vurderet som væsentlig, idet øget handlekompetencer og ressourcer ud fra deltagelse i Fleksible konsultationer bevirker, at den enkelte har tillid og tro på egne evner til at mestre og håndtere hverdagslivet med diabetes. Ingen af informanterne kan bekræfte, at *Tro på egne evner* har betydning for et forbedret hverdagslive med diabetes, hvorfor denne blev ekskluderet fra programteorien. I stedet fremkom mekanismen, *Personliggørelse af sygdommen*, hvor informanterne oplevede en anerkendelse og respekt fra den faste sygeplejerske i forbindelse med deres sygdom, hverdag med diabetes og de udfordringer, som den enkelte finder svært at håndtere. I forlængelse heraf, blev mekanismen, *Tillid og tryghed*, identificeret idet flere af informanterne oplevede, at tillid og tryghed i forbindelse med deres relation til sygeplejersken og deres sygdomsforløb havde en afgørende betydning for deres hverdag med diabetes. I den første programteori blev mekanismen, *Forståelsen af sygdommen*, skabt på baggrund af problemanalysen, hvor lav sundhedskompetence blandt andet hænger sammen med manglende forståelse af sygdommen. Informanterne kan tildeles tilkendegive og bekræfte dette, men det fremkommer tydeligere af analysen af de realistiske interviews, at det i højere grad omhandler, at den enkelte har fået redskaber og sundhedskompetencer til at kontrollere sygdommen, hvorfor forståelsen af sygdommen efterfølgende fremtræder. Derfor er denne mekanisme modificeret til *Kontrol og forståelse for sygdommen*. Afslutningsvis så fremkom der også af analysen af de realistiske interviews mekanismen, *Motivation og støtte*, hvor informanterne oplevede at motivation og støtte fra den enkelte sygeplejerske havde stor betydning for deres forløb, idet

de blev mødt af en sygeplejerske, som havde kompetencerne til at tackle og understøtter deres udfordringer i forhold til mestre deres sygdom.

Til analysen af programteorien fremkom det, at ingen af informanterne havde oplevet utilsigtede konsekvenser ved at deltage i Fleksible konsultationer. På trods heraf, så kunne flere af informanter bekræfte, at specielt den utilsigtede konsekvens *modmagt* kunne fremkomme, idet det kræver ansvar, ressourcer og motivation for at deltage i Fleksible konsultationer. Enkelte af informanterne kunne også bekræfte den utilsigtede konsekvens *Boomerangeffekt*, som omhandlede sygeplejerskerne kompetencer overfor den sårbare voksne med diabetes, eller det teknologisk udstyr som for den enkelte ikke gav mening at anvende. I den følgende analyse vil tre kontekster (C) fra den reviderede programteori blive præsenteret med dertilhørende mekanismer (M), outcomes (O) og utilsigtede konsekvenser (U), hvilket er illustreret med forskellig farvede stjerner i den reviderede programteori. Matrix fra den tematiske analyse er vedhæftet i bilag 11.

Figur 6: Den reviderede programteori over Fleksible konsultationsformer



7.3.1 Tæt og fleksible kontakt til en fast sygeplejerske skaber motivation og støtte for den enkelte

Alle informanterne kan bekræfte at gennem deltagelse i interventionen, Fleksible konsultationsformer, etableres der en *Tæt og fleksible kontakt til en fast sygeplejerske* (C), som medfører at den enkelte opnår *Motivation og støtte* (M), så hverdagslivet med diabetes og deres sundhedskompetence forbedres (O). Informanterne peger alle på, at dette i højere grad sker igennem en tæt og fleksibel kontakt, fremfor en udvidet tid pr. konsultation. En informant udtaler følgende:

"Jeg snakker jo i telefon med hende, når jeg har behov for det. Hun spørger bare lige til, hvordan går det. Så får vi vendt kort, jamen det går sådan med det, også kommer hun måske lige med to eller tre ting, som jeg kan prøve at arbejde med, indtil vi snakkes ved næste gang. Men det er det med, at der er en tæt kontakt, hvor hun spørger ind til mig og hjælper mig med at rette ind, hvis der er noget, som skal rettes ind. Altså jeg tror det handler meget om det med, at der ikke går tre måneder mellem man snakker sammen. Det er så meget det der med, at hun ringer og siger "Hej, dav, hvordan går det", som holder humøret oppe". (Informant D).

Igennem en fleksible og tæt kontakt skabes der altså grobund for en tillidsfuld relation, hvor relationen bruges som et handlekraftigt redskab for informanten til at navigere i samt forstå hverdagslivet med diabetes. Ud fra denne kontekst, opnår informanterne altså færdigheder og kompetencer inden for Osborne et. al's., (2013) domæne 1. *Forståelse og støtte fra sundhedsprofessionelle*, idet et handlingspotentiale fremtræder af den fleksible og tætte kontakt, således informanterne aktivt interagerer med deres faste sygeplejerske omkring sundhed, sygdom og hverdagslivet med diabetes. Den fleksible og tætte kontakt med en faste sygeplejerske, vil altså fremstå som en betydningsfuld og værdifuld relation, der kommer til udtryk igennem en motivation og social støtte i informanternes hverdagsliv. Herudfra vil informanterne igennem den sociale støtte opnå og etablerer ressourcerne til at modvirke de forhold, som hæmmer dem i at mestre og håndterer hverdagslivet med diabetes, hvormed sundhedskompetencer fra domæne 4. *Social støtte* også fremmes (Osborne et. al's., 2013). En anden informant udtaler:

"Jeg er ikke sur på min sukkersyge mere. Jeg brugte meget tid på at modarbejde den før. Jeg er nok blevet bedre til lige at stoppe op, men jeg har helt klart brug for kontakten, at (X) lige ringer engang imellem eller jeg gør. Altså hanker op i mig. For det er jo heller ikke gået rosenrødt. Når det har været sådan, så har hun hanket mig op, også har jeg følt mig motiveret igen". (Informant B).

Den motivation og støtte, som informanten modtager fra den fleksible og tætte kontakt med den faste sygeplejerske, har altså en fremmede betydning for informantens sundhedskompetence, idet informanten ikke længere modarbejder sin diabetes. Informanten oplever dog stadig, at der er forhold og barriere inden for hverdagslivet, som hæmmer hende i at tackle og mestre sygdommen, trods det, at informanten har den fleksible og tætte kontakt, hvorfor der kan være andre uidentificerede årsager til, at den enkelte stadig ikke har opnået ressourcerne til at mestre alt inden for hverdagslivet med diabetes. Det relationelle samarbejde, den tætte kontakt og fleksible tilgang understøtter altså, at informanterne kan få den rette information, motivation og støtte, som gør at den enkelte føler sig empoweret til at tackle og mestre de udfordringer, som findes i en dynamisk hverdag med diabetes. En informant udtaler:

”Det har været den her tætte kontakt. (X) har bare fået mig til at forstå og gøre tingene anderledes. Det er bare sådan noget med, at jeg sover bedre om natten, og jeg står nemmere op om morgenen. Der er mange små ting i det, men mit blodsukker har bare heller aldrig været så stabilt før, som det er nu”. (Informant E).

Den tætte kontakt med en fast sygeplejerske, kan altså være en katalysator for informantens sundhedskompetencer, hvor disse igennem motivation og støtte skaber et forandringspotentiale hos informanternes sundhedskompetencer, således hverdagslivet med diabetes forbedres. Dette kan altså pege på, at informanterne opnår sundhedskompetencer inden for Osborne et. al., (2013) omhandler domæne 3. *Aktiv håndtering af sundhed*, idet deres beslutninger, handlemuligheder og valg træffes som følge af en fleksible og tæt kontakt med en fast sygeplejerske. På trods af, at alle informanter bekræfter, at en fleksible og tæt kontakt med en fast sygeplejerske skaber motivation og støtte i hverdagslivet med diabetes og deres sundhedskompetence forbedres, så peger informanterne også på utilsigtede konsekvenser i forbindelse med den tætte kontakt:

”Det eneste jeg kunne tænke er, at der nok måske vil være nogen, hvor det kommer for tæt på. Man skal jo stadigvæk have et sygeplejerske og patientforhold, og det skal man jo opretholde professionelt, men man skal stadig så tæt på, at man får flyttet de ting, som er tæt på. Der kan jo godt være nogen, som tænker, der kommer du for tæt på”. (Informant C).

Selvom ingen af informanterne selv kan bekræfte, at de oplever ovenstående, så vidner citatet om, at deltagelse i projektet kræver visse ressourcer og kompetencer til at indgå i et relationelt samarbejde med en fast sygeplejerske, hvor sygeplejersken kan have en fagligagenda, hvor konfrontation af den sårbare er nødvendig. Hvis den sårbare voksne med diabetes ikke har ressourcerne eller kompetencer til at modtage dette, så kan den utilsigtede konsekvens i form af modmagt opstå, hvor der kan

være risiko for, at den enkelte vil trække sig relationen. Dette kan altså medføre, at den sårbare vil trække sig fra behandlingen, hvorfor den enkeltes hverdagsliv og sundhedskompetencer potentielt forværres.

7.3.2 Sundhedsteknologi som redskab til at få kontrol og forståelse for sygdommen

Ud fra de realistiske interviews bekræfter flere af informanterne, at den kontekstuelle betingelse *Sundhedsteknologi* (C), aktiverer mekanismen *Kontrol og forståelse for sygdommen* (M), så hverdagslivet med diabetes og deres sundhedskompetence forbedres (O). Flere af informanterne påpeger, at de i forbindelse med Fleksible konsultationsformer, har modtaget et sundhedsteknologisk redskab, der fungerer som et støtteredskab til mestring og håndtering af deres diabetessygdom. En informant udtrykker følgende: *"Det har faktisk haft meget betydning, fordi (X) har virkelig udfyldt sin opgave der. Blandt andet, så har vi snakket typer af insulin, hvor hun har givet mig en blodsuktermåler, som skal sidde i armen. Den ville jeg ønske, at jeg havde haft fra starten af."* (Informant F). Det sundhedsteknologiske udstyr understøtter altså, at informantens forståelse af insulin og måling af blodsukker øges, hvormed en proaktiv beslutningstagen omkring informantens diabetessygdom fremmes. I forlængelse heraf udtrykker en anden informant: *"Det betyder meget, at man har styr på tingene. Det havde man ikke før i tiden. Man kan se nu, at der kommer en kurve frem over hvordan blodsukkerne forløber over dagen. Så kan man altså bedre følge med og styre det."* (Informant A). I forlængelse af det sundhedsteknologiske udstyrs funktioner fremkommer der et handlingspotentialer, hvor informanten kan få en øget indsigt i egen diabetessygdom. Dette vil altså bewirke, at informanterne ud fra udstyrets funktioner, kan opnå en øget forståelse og dermed kontrol over sygdommen, idet disse funktioner understøtter, at informanterne får tilstrækkelig information om deres diabetessygdom. Dette peger altså på, at informanterne opnår sundhedskompetencer ud fra Osborne et. al's., (2013) domæne 2. *Tilstrækkelig information* og 3. *Aktiv håndtering af sundhed*, idet informanterne reagerer og aktivitet tager hånd om deres sundhed og diabetessygdom, ud fra det sundhedsteknologiske udstyr. En informant udtaler i den forbindelse: *"Før kunne jeg godt gå i seng med et blodsukker på 16-17 stykker. Jeg har fået en dexcom, da jeg kom i projektet, den har hjulpet mig til at reagerer på min blodsukre. Nu er det sådan, at hvis den siger noget, så kigger jeg og reagerer. Så nu skal de ikke ligge længere over 12-14"*. (Informant B). Ud fra det sundhedsteknologiske udstyr, opnår informanten altså sundhedskompetencer fra Osborne et. al's., (2013) domæne 9. *Læse og forstå sundhedsinformation*, hvor informanten har formået at mobiliserer hendes

sundhedskompetencer, således et forandringspotentiel i forhold til egen sundhedsadfærd skabes ved hjælp af det sundhedsteknologiske udstyr.

Flere af informanterne kan endvidere bekræfte, at der i forlængelse af det sundhedsteknologiske udstyr også kan opstå utilsigtede konsekvenser, i form af boomerangeffekt. En informant udtaler følgende:

”Den blodsuktermåler, den gør at man bedre kan følge niveauet i løbet af dagen.

Man kan se, at man skal have mere insulin eller et andet. Det giver et meget bedre overblik over hvordan det hele forløber. Før i tiden, der havde man almindelige blodsukker måling, med fingerprik og bloddråber, men man fik ømme fingre. Og det gjorde jo, at man ikke brugte det så tit, som man burde”. (Informant F).

Det sundhedsteknologiske udstyr fungerer altså som et fremmede redskab for den enkeltes sundhedskompetence, idet det skaber et overblik over informantens symptomer, hvilket medfører kontrol og forståelse for den enkeltes diabetessygdom. På trods heraf, så der kan være utilsigtede samt ubehagelige oplevelser, som bevirker, at informanterne ikke anvender udstyret. Dette medfører altså, at udstyret i stedet bliver en barriere for at opnå en kontrol og forståelse med sygdommen, hvorfor hverdagslivet med diabetes og deres sundhedskompetence ikke forbedres.

7.3.3 Sygeplejerskens kendskab til den enkelte kontekstualisere hverdagslivet med diabetes

Alle informanterne bekræfter at konteksten *Sygeplejerskens kompetencer og kendskab til den enkelte* (C) har betydning for at mekanismen, *Personliggørelse af sygdommen* aktiveres, således hverdagslivet med diabetes opleves forbedret og den enkeltes sundhedskompetence øges (O). En informant udtrykker:

”Hun har jo ikke selv sukkersyge. Men det er som om, at hun forstår ting og mine tanker. Det er som om, at hun kan sætte sig ind i det og forstå det med, at det ikke er hverdag, at man kan have et stabilt blodsukker, og alt bare kører derud af. Man skal huske, at det er en kamp hverdag, hvor man godt må have de der svingninger, men hvor der stadig skal være fokus på, at have den her livsstil.” (Informant G).

Informanten fremhæver sygeplejerskens kompetencer og evner til at forstå den enkeltes livssituation, hvormed spejling af den enkeltes hverdagsliv med diabetes fremtræder igennem en øget forståelse for et komplekst hverdagsliv med diabetes, hvorfor personliggørelse af den enkeltes hverdagsliv fremtræder. En anden informant udtrykker følgende:

”Jeg har været ved at give op, har sagt jeg ikke magter den her lorte sygdom mere og de komplikationer, der komme i forbindelse med, at jeg har været syg i 30 år. Det har altså helt klart været en kæmpe hjælp for mig. Man er ikke bare et nummer i køen, når man står ude på Skejby mere. Man er faktisk et menneske, som har en sygdom, der er nogen, som gerne vil hjælpe dig med at gøre noget ved. Og det er det, der flytter bjerge.” (Informant A).

En anerkendelse og omsorg for den enkeltes diabetessygdom kan altså medføre, at informanten opnår en personliggørelse af sygdommen og dét at have en sygdom, så forståelsen for diabetes, diabetessymptomer, blodsukre mm. kan fremstå nemmere at håndtere og begribe, idet disse kontekstualiseres til den enkeltes hverdagsliv. Dette sker fordi informanterne igennem støtte fra deres faste sygeplejersker, som har kendskab til de sårbares *Illness narrative* (Kleinmann, 1989), opnår en fælles forståelsesramme, hvorfor informanten vil have en tillid til den information og hjælp i forbindelse med deres sygdom, hvilket understøtter Osborne et. al., (2013) domæne 1. *Støtte fra sundhedsprofessionelle* og 6. *Aktiv involvering med sundhedsprofessionelle*. En anden informant udtaler:

”Jeg bliver hørt i det jeg havde, jeg fik ikke afslag i det jeg sagde før. Før fik jeg af vide ”nej nej nej, det må du slet ikke”. Men med (X,) der er det mere large, hvor det er sådan, at hun siger, vi anbefaler det ikke, men hvis det er det du har lyst til, så er det fint, men så huske på at måle flere gange. Så finder vi alternativer, så vi kan få det til at hænge sammen. Det har været fint for mig. Det har virkelig været en hjælp for mig”. (Informant E).

Her illustreres det, hvorledes informanten før projektet ikke blev hørt eller imødekommet, hvormed en forståelse for informantens hverdagsliv med diabetes kan fremstå underordnet for sygeplejersken. Dette betyder også, at den manglende forståelse kan være en barriere for, at den enkelte opnår kompetencer fra Osborne et. al’s., (2013) domæne 1. og 6., idet sygeplejerskens perspektiv og informantens perspektiv ikke mødes. Informanten oplever dog, at blive mødt med en vis forståelse i interventionen, Fleksible konsultationsformer, hvor sygeplejersken fastholder sin faglighed, men også understøtter informantens ønsker, således sygdommen personliggørelse til informantens kontekst og hverdagsliv. Dette understøtter altså Osborne et. al’s., (2013) 6. domæne, hvor informanten igennem en aktiv involvering med den faste sygeplejerske er i mere kontrol over relationen, idet informanten anerkendes og imødekommes for sine alternative behov, muligheder og ønsker til hverdagslivet med diabetes. Dette betyder også, at informanterne igennem en personliggørelse af deres diabetessygdom kan opnå en forståelse og oplevelse af sammenhæng, som understøtter deres handlepotentiale og forandringspotentiale, således hverdagslivet og deres sundhedskompetence forbedres:

”Jeg vil ikke sige, at min hverdag er gået til at blive guld og grønne skove, det er det ikke, jeg har stadig en sygdom, som er svær at styre, men jeg vil sige det sådan, før i tiden, der har

det nok mere været sygdommen, der har styret mig og sådan skal det ikke være. Nu kender jeg min sygdom. Det skal være mig, som styrer sygdommen, og det har jeg ligesom prøvet sådan, at holde fast i. Og ja, jeg har fået en bedre hverdag, men det er stadig svært". (Informant D).

Informanten har altså opnået et nyt kendskab til sin diabetessygdom, hvilket medfører, at informanten oplever en øget kontrol over sygdommen. På trods af at informanten oplever at hverdagslivet med diabetes stadig er komplekst, så vidner citatet om, at kendskab og personliggørelse af informanternes diabetessygdom medfører, at informanterne kan træffe oplyste og proaktive beslutninger omkring deres egen sundhed og sygdommen, hvilket understøtter Osborne et. al's., (2013) 5. og 9'ne domæne. I forlængelse heraf, så belyser informanterne også, at der kan opstå utilsigtede konsekvenser i forbindelse med personliggørelse af sygdommen, idet sygdommen, sygeplejerskerne og mangel på færdigheder til at mestre sygdommen kan være hårdt at blive konfronteret med. Det er ikke noget informanterne har oplevet, men flere bekræfter, at det er en mulighed. En informant udtaler: *"Det kan være, at der er nogen, som ikke er klar til at modtage. Altså der ikke er klar til, at nogen lige så stille begynder og rokke lidt i én. Man skal være modtagelig, når man får de ting af vide, ellers kan det være virkelig hårdt".* (Informant G). Det illustreres her, at det kræver et mentalt overskud at indgå i interventionen, idet denne omhandler at fremme informanternes sundskompetencer som kræver ressourcer, indsigt og overskud. Dette kan altså påvirke den sårbare selvværd, idet forringet diabetes regulering kan være skamfuldt og sårbart, som kan resultere i, at lysten til at indgå i et tæt samarbejde omkring den enkeltes hverdagsliv med diabetes begrænses.

8.0 Diskussion

8.1 Metodediskussion

8.1.1 Videnskabsteori og metodiske overvejelser

Til indeværende videnskabsteoretiske position, kritisk realisme, kan der forekomme flere metodiske overvejelser om hvorvidt kritisk realisme, skaber de bedste forudsætninger for at opnå en øget forståelse af de kontekster og mekanismer, som medfører at sårbare voksne med diabetes hverdagsliv og sundhedskompetence forbedres. Idet kritisk realisme positionerer sig inden for både positivisme og konstruktivismen, hvor viden skabes igennem den *intransitive sfære* og behandles gennem den *transitive sfære*, (Danermark et al., 2019), anvendes der altså to paradigmer, hvorfor opfattelsen af virkeligheden står i stærk kontrast til hinanden. Dette kan altså pege på metodiske udfordringer, om hvorvidt det overhovedet er muligt, at indfange den *sande viden*, som findes i den dybe ontologi og på *det reale, dybe domæne*, når begge videnskabspositioner anvendes samtidig, hvilket bevirker

en vis kompleksitet ved anvendelse af kritisk realisme. Trods dette, så anvendes begge videnskabspositioner ikke i indeværende projekt, hvorfor dette ikke bevirker lige så stor kompleksitet til at indfange den *sande viden*, idet der arbejdes med konstruktivisme, som kan placeres inden for det fortolkningsvidenskabelige paradigme (Launsø et al., 2011). I forlængelse heraf, så kan der forekomme udfordringer ved anvendelse af konstruktivisme, idet viden om verden, herunder epistemeologien, er social konstrueret, som bevirker at tolkning af den sociale verden kan være fejlbarlig og usikker (Wad, 2015). Dette kan altså have betydning for de oplevelser og beskrivelser, som fremkommer fra de sårbare på *det subjektive og reale domæne*, hvorfor der kan være risiko for, at disse ikke stemmer overens med den reelle virkelighed, altså *det aktuelle domæne*. Herudfra, kan kritisk realisme og konstruktivisme altså pege på metodiske begrænsninger, idet viden vil være præget af individets forforståelse (Wad, 2015), eftersom de sårbare voksne med diabetes viden er skabt i en social og konstrueret virkelighed.

Grundet ovenstående overvejelser omkring indeværende videnskabsteoretiske position, har andre videnskabsteoretiske positioner også været søgt. Idet indeværende projekt søger at belyse hverdagslivsperspektivet, så havde det været oplagt at anvende en fænomenologisk videnskabsteoretisk position, idet denne sætter forskerens forforståelse i parentes, således forudindtagede meninger og sociale fænomener ikke tillægges en bestemt forståelse eller mening (Jacobsen et al., 2010). Fænomenologien skaber altså muligheden for at undersøge den virkelige verden, som de sårbare voksne beskriver det, hvilket forstås som den fænomenologiske ontologi (Jacobsen et al., 2010). Omvendt, så vil den fænomenologiske videnskabsteori ikke være meningsgivende og anvendelige i teoribaseret evaluering, idet teoribaseret evaluering søger at identificerer virksomme og underliggende mekanismer, som generer et givent outcome ud fra en teoristyret programteori. Dette støtter altså op om den valgte videnskabsteoretiske position, idet denne søger at be- eller afkræfte de virksomme kontekster og mekanismer, som har betydning for at sårbare voksne med diabetes oplever et forbedret hverdagsliv og sundhedskompetence gennem deltagelse i interventionen Fleksible konsultationsformer.

8.1.2 Teoribaseret evaluering

Trods det, at teoribaseret evaluering er fordelagtigt at anvende til evaluering af komplekse interventioner, så kan der også forekomme udfordringer ved anvendelsen af denne metode. Idet teoribaseret evaluering søger at klarlægge for hvem og under hvilke kontekster samt mekanismer en intervention generer en bestemt virkning (Krogstrup, 2016), så kan det diskuteres om indeværende teoribaseret evaluering formår at besvare spørgsmålet om, for *hvilke* sårbare voksne resultaterne fra

indeværende projekt gør sig gældende for. Dette betyder altså, at der kan forekomme udfordringer med overførbareheden af resultaterne i indeværende teoribaseret evaluering, idet viden om *hvilke* sårbare voksne med diabetes, den revurderede programteoris CMO-konfigurationer gør sig gældende for, ikke er undersøgt. Derfor, havde det i forlængelse af de realistiske interviews været oplagt at indsamle socio-demografiske data på informanterne, som uddannelse, alder, køn mm., så viden om *hvilke* sårbare voksne den revurderede programteoris CMO-konfigurationer har effekt for, hvilket også højner transparensen af indeværende målgruppe. Omvendt, så belyser både indeværende problemanalyse og den systematiske litteratursøgning *hvilke* sårbare voksne med diabetes der findes inden for litteraturen i henhold til bestemte risikofaktorer og karakteristika, i forbindelse med interventioner, kontekster og mekanismer, som er målrettet at forbedre sårbare voksne med diabetes sundhedskompetence. Overordnet set, så kan resultaterne fra den teoribaseret evaluering være påvirket af den manglende viden om de sårbare voksne med diabetes, som indgår i de realistiske interviews, hvorfor troværdigheden og overførbarehed til eksempelvis den systematisk litteratursøgning begrænses.

Grundlæggende kan der argumenteres for, at teoribaseret evaluering er en kompleks og dynamisk metode, som søger at indfange virkeligheden og dermed interventioners komplekse sammensætninger, interagerende komponenter, kontekster samt mekanismer (Krogstrup, 2016), hvilket bevirker at metoden i sig selv er kompleks og tidskrævende (Krogstrup, 2016). Derfor, kan der også være mulighed for, at indeværende teoribaseret evaluering ikke har indfanget alle CMO-konfigurationer, som er forbundet med interventionen, Fleksible konsultationsformer, og et forbedret hverdagsliv samt sundhedskompetence blandt sårbare voksne med diabetes. Trods dette, så er kritisk realisme skabt ud fra en grundforståelse om, at en effekt kan have mange uidentificerede årsager (Martin, 2020), hvilket bevirker om, at virkeligheden altid er og vil være mere kompleks (Krogstrup, 2016).

8.1.3 Diskussion af den systematiske litteratursøgning

8.1.3.1 Valg af databaser og søgestrategi

Til den systematiske litteratursøgning blev der udvalgt fem databaser, som grundet deres omfang og indhold af videnskabeligt litteratur blev vurderet relevante til at belyse den systematiske litteratursøgnings søgespørgsmål. Herudfra blev der udarbejdet én overordnet søgestrategi i databasen Embase, dette blev gjort med formålet om, at opnå en høj *recall* og *precision* i selve søgninger. *Recall* kan betegnes som den andel af den relevante litteratur i databasen og *precision* omhandler den andel

af søgeresultatet, som er relevant, altså om der igennem søgninger fremkommer det meste relevante i forhold til indeværende problemstilling (Frandsen et al., 2014).

Ud fra de fem databaser, jf. figur 5, kom der en variation i antallet af hits, hvor der i databasen PsycInfo kun fremkom 27 hits. PsycInfo er som tidligere nævnt en database, hvor kontrollerede emneord ikke kan anvendes i selve søgningen, hvorfor der kan være risiko, at søgningens *precision* er begrænset, idet kontrollerede emneord har til formål om at identificere et større antal af relevante hits i søgningen (Lund et al., 2014). Samtidig, blev der til søgningen i PsycInfo forsøgt at undlade én af facetterne for at øge antallet af hits og dermed *recall*, idet fire facetter kan bidrage til at overspecificerer selve søgning, dog uden held, hvorfor det kan diskuteres om denne database overhovedet skulle medtages. I forbindelse med søgningen i CHINAL, fremkom der også et lavt antal af relevante hits ud fra den overordnede søgestrategi, som medførte en lav grad af *precision* i selve søgningen (Frandsen et al., 2014). Som tidligere nævnt, så er CHINAL en database med en overvægt af sygeplejefagligt videnskabeligt litteratur, hvorfor søgetermerne i facet nr. fire omhandlende *intervention*, blev udskiftet til søgeord som ”*Public Health*” og ”*Interventio**”, se bilag 2. Dette med formålet om at brede søgning ud og øge *precision*, idet søgeord som ”*Program evaluation*” kan henvise til en medicinsk forståelse af effekt og evaluering, hvor CINAHL fortrinsvis indeholder artikler med udgangspunkt i kvalitativt samt psykosocial forskning (EBSCO, 2021). Dette var med til at udvide selve søgning i CHINAL, som efter grundig gennemgang og frasortering medført et øget antal af relevante hits (Frandsen et al., 2014), hvor *precision* blev vurderet som høj, da flere af de udvalgte studier indgik i de forskellige databaser.

Den systematiske søgestrategi er opbygget op af en bloksøgning, bestående af relevante søgetermer fra projektets problemformulering, hvor der forinden blev foretaget indledende søgninger, hvor relevante søgetermer under hver facet blev identificeret for at sikre en høj *recall* til selve søgningen (Frandsen et al., 2014). Det kan diskuteres om anvendelsen af denne teknik er optimalt, idet indledende søgninger kan drives af faglig og personlig interesse, hvilket minimere *recall* (Lund et al., 2014), hvorfor det kan være risiko for at søgestrategien bliver for snævre. For at modvirke dette, havde det været fordelagtigt at anvende en åben og iterativ proces til udarbejdelsen af søgestrategien, således et højt *recall* sikres (Lund et al., 2014).

8.1.3.2 Udvælgelse af studier

De fire inkluderede studier består af henholdsvis et RCT-studie, et review og to kvalitative studier, som alle opfylder de opstillede in -og eksklusionskriterier. Udførelsen af in -og eksklusionskriterier har til formål om at skabe en transparens, hvilket øger reliabilitet i den systematiske litteratursøgning (Lund et al., 2014). Hver af de inkluderede studier er grundigt kvalitetsvurderet, hvor det fremkom, at reviewed af Torres & Schmidt, (2022) var af lavest kvalitet, som påvirker studiets interne validitet, grundet metodiske mangler som transparens og gennemsigtighed med studiets resultater, hvilket placerer studiet lavt i et evidenshieraki (Juul et al., 2017). Omvendt, så er der anvendt et RCT-studie af middelhøj kvalitet, som rangerer højt på evidenshierakiet og to kvalitative studier, hvoraf studiet af Torenholt et al., (2015) er Peer-Reviewed, hvilket øger studiets troværdighed og projektets samlede validitet.

I forbindelse med den eksterne validitet, er tre af studierne fra USA og den sidste fra Danmark, hvorfor der kan forekomme udfordringer forbundet med overførbareheden af resultaterne af studierne fra USA. I den for en amerikansk kontekst anvendes en residual velfærdmodel, hvilket henleder til, at den enkelte borger skal sikre egen sundhed og velfærd, hvorfor den amerikanske stat udbyder minimale velfærdsydelser (Esping-Andersen, 1990). Omvendt, så anvendes der en universel velfærdsmodel inden for dansk kontekst, hvor staten prioriterer fri samt lige adgang til det offentlige sundhedsvæsen for alle borgere (Vallgård et al., 2016). Disse grundlæggende forskelle og synet på velfærdsstaten, kan derfor antages at have betydning for, hvordan hvert land anskuer sundhed og sygdom, heriblandt sårbare voksne med diabetes, som kan påvirke de kontekster og mekanismer, der har betydning for sårbare voksne med diabetes og deres sundhedskompetence, hvilket påvirke den eksterne validitet. På trods heraf, så er ét studie som tidligere nævnt fra Danmark hvor overførbareheden vurderes som høj, hvorfor kontekster og mekanismer fra dette studie vægtes højt, da der også fremkommer en analytisk generaliserbarhed fra dette studie til analysen af de realistiske interviews, idet begge finder at fleksibilitet har betydning for sårbare voksnes sundhedskompetence.

8.1.4 Diskussion af de realistiske interviews

8.1.4.1 Udvælgelse og rekruttering af informanterne

Rekrutteringsstrategien til indeværende projekt blev foretaget ud fra en formålsrettede rekrutteringsstrategi (Manzano, 2016), hvor de tre sygeplejersker, som er tilknyttet Fleksible konsultationer, har rekrutteret informanterne til indeværende projekt. Det kan hermed diskuteres, om denne

rekrutteringsstrategi har medført *social desirability bias* (Juul et al., 2017), idet de tre sygeplejersker ubevidst kan have valgt informanter, som de har en god relation til, hvormed informanternes troværdighed kan været påvirket. Dette kan altså medvirke, at informanten vil besvare spørgsmålene med henblik på, hvad der er social acceptabelt i forbindelse med deres sygdomsforløb og relationen til deres faste sygeplejerske. Samtidig så rekrutteres informanterne på baggrund af kriterier om et progressivt eller regressivt succesforløb, som kan opfattes forskelligt af de tre sygeplejersker, hvorfor der kan være risiko for, at meget komplicerede sårbare voksne med diabetes holdninger og perspektiver ikke inddrages, hvorfor uidentificerede CMO-konfigurationer stadig foreligger om interventionen. Omvendt, så kan alle informanterne i indeværende projekt karakteriseret som en ”sårbar patient”, hvorfor disse har oplevet et kompliceret og turbulent forløb med diabetes. For at modvirke at de sårbare patienter, som har haft det mest progressivt forløb er rekrutteret, havde det været fordelagtigt at anvende en klinisk markør som HbA1c (langtidsblodsukker måling), som et kriterium, idet denne markører kan sige noget om de sårbares aktuelle diabetes tilstand.

I indeværende projekt indgår der syv informanter, som ifølge grundforståelsen bag realistisk interviews er acceptable, idet disse søger at identificerer kontekster og mekanismer til indeværende programteori, og ikke søger, at skabe en viden, som er repræsentativ, hvilket tilstræbes i en analytisk induktiv strategi (Emmel, 2013). Antallet af informanter i indeværende teoribaseret evaluering skal altså afspejle deres evne til at bidrage med viden om indeværende problemformulering, programteori og dertilhørende kontekster samt mekanismer, der kan betegnes som mætningsgraden, også kaldt *informationpower* (Malterud et al., 2016). I indeværende projekt, vurderes denne høj, idet informanterne vurderes som programmodtagere og dermed programeksperter (Manzano, 2016), til at be- samt afkræfte indeværende programteoris CMO'er samt identificeret nye CMO-konfigurationer om henholdsvis Fleksible konsultationsformer, hverdagslivet med diabetes og deres sundhedskompetence.

8.1.4.2 Interview og interviewguide

I indeværende projekt er udførelsen af de realistiske interviews forgået som et telefoninterview, hvorfor det kan diskuteres, om dette kan have betydning samt påvirket informanternes svar, og influeret den videre analyse samt tolkning af det empiriske materiale. Grundlæggende, kan der opstå udfordringer og vanskeligheder med at skabe et trygt og tillidsfuldt rum, ved anvendelse af telefoninterviewes, idet interviewer kan have svært ved at afkode den atmosfære, som er tilstede i

rummet, hvorfor samspillet mellem informant og interviewere kan forringes (Merriam & Tisdell, 2016). Der forekommer også udfordringer for intervieweren, hvor der kan udfordringer med at aflæse følelsesmæssige udtryk, som kan opstå gennem non-verbal kommunikation og kropssprog hos informanterne (Sturges og Hanrahan, 2004), hvorfor et ansigt-til-ansigt interview havde været fordelagtigt at anvende til indeværende projekt. Idet informanterne er forelagt muligheden for interview i privatregi eller på SDCA, så kunne det også have været en mulighed at tilbyde informanterne et videointerview. Videointerviewet havde været fordelagtigt idet denne metode, ligesom telefoninterviewet, tilgodeser geografiske begrænsninger, men skaber samtidig muligheden for, at intervieweren kan skabe et tillidsfuldt og trygt rum, hvor det er muligt at afkode og aflæse samspillet mellem informant og interviewere (Merriam & Tisdell, 2016). Trods dette, så finder Sturges og Hanrahan (2004), at der mellem telefoninterviews og ansigt-til-ansigt interview, ikke forekommer den store forskel på dybden og mætningen af informanternes svar, hvorfor dette støtter op om anvendelsen af telefoninterviews i indeværende projekt.

I den videre analyse af den revurderede programteori fremkom der flere faglige overvejelser og refleksioner omkring sammenhængen mellem den første programteori og indeværende interviewguide. Der har været overvejelser om hvorvidt, den første programteori har været udformet og skabt med hensyn til et organisatoriskperspektiv, ud fra eksempelvis konteksten om udvidet tid, som kan have udfordret informanternes mulighed for at be- eller afkræfte programteoriens CMO-konfigurationer eller identificerer nye. Trods dette, så er interviewguiden pilottestet, hvorfor denne efterfølgende er modificeret og rettet til i forbindelse med indeværende problemformulering, hvilket øger kvaliteten af de efterfølgende interviews (Merriam & Tisdell, 2016). I forlængelse heraf, så er indeværende interviewguide også udarbejdet ud fra en semistruktureret tilgang, hvilket understøtter en fleksible og åben tilgang til programteoriens CMO'er, som kan modvirke, at den første programteori kan være præget af et organisatoriskperspektiv. Omvendt, så kan der også være begrænsninger ved anvendelse af en semi-struktureret tilgang i forhold til indeværende teoribaseret evaluering. I indeværende projekt anvendes de realistiske interviews ikke i en klassisk forstand, men med inspiration fra Manzano's (2016) første og anden fase i de realistisk interviews, hvorfor der kan være risiko for, at tredje og sidste fase ikke medtages og derfor ikke undersøges i indeværende projekt. Dette medfører altså, at der kan være risiko for at nye eller tilbageværende CMO'er ikke identificeres eller frembringes fra *det dybe, reale domæne* (Wad, 2015).

8.1.4.3 Den teoretiske referenceramme

I indeværende projekt anvendes Osborne et. al's., (2013) begreb om *Health literacy*, som teoretisk referenceramme med formålet om at udarbejde indeværende interviewguide og til analysen af de realistiske interviews, således der skabes en sammenhæng i indeværende projekt. Til analysen af de realistiske interviews fremkom det, at ikke alle ni domæner kan identificeres, hvorfor det kan diskuteres om interviewguiden har taget nok udgangspunkt i den teoretiske referenceramme og de ni domæner. Dette betyder altså, at der er dele af de ni domæner, som ikke kan identificeres hos informanterne, hvorfor det kan være svært at udelukke om disse findes, som uidentificerede CMO-konfigurationer. For at modvirke dette og hvis der var havde været med tid til projektet, så kunne det have været anvendeligt at benytte Manzano's (2016) *teacher/learn cycle*, med formålet om, at interviewe informanterne i et nyt interview, for at teste om de resterende domæner har betydning for deres sundhedskompetence. Omvendt, så argumenterer Osborne et. al., (2013) for, at de ni domæner kan anvendes separat og efter den specifikke kontekst, hvilket højner projekts resultater.

8.1.4.4 Tematisk analyse og analysestrategi

Til analysen af de realistiske interviews blev Braun & Clarks (2006) tematiske analyse anvendt som analysestrategi. Denne er fordelagtigt at anvende, idet denne bidrager med en systematisk udvikling og gruppering af temaer, hvilket understøtter en transparent dokumentation af det empiriske materiale, hvormed troværdigheden af resultaterne i indeværende projektet øges. Omvendt, så kan der forekomme udfordringer ved at anvende denne analysestrategi, idet helhedsbilledet og perspektivet af analysen kan være svært at anskue, idet man løsriver sig fra den oprindelige kontekst og tekst, ud fra analyse af konkrete tekststykker. En måde hvorpå man kan imødegå dette helhedsperspektiv, er vende at anvende Jackson & Kolla's, (2012) analysestrategi, hvor der kodes direkte i CMO-strings.

Som tidligere nævnt, blev det klarlagt, at der til generering af temaer i den tematiske analyse, blev forsøgt at anvende en induktiv tilgang, således nye CMO'er fremtræder. Det kan dog diskuteres, om dette overhovedet har været muligt for indeværende specialestuderende at udføre, idet indeværende projekt omfatter en deduktiv tilgang, da interviewguiden tager afsæt i den teoretiske referenceramme og teoristyret programteori. Omvendt så tillader semi-struktureret interviews, at der opstår en mulighed for nye tematikker og derved nye CMO'er, hvilket også fremtræder af den reviderede programteori, som understøtter en induktiv analysestrategi. Afslutningsvis, så kan der endvidere være risiko for, at der grundet de barrierer som et telefoninterview medfører, at der enten kan

være en over eller underfortolkning af informanternes svar i forbindelse med transskriberingen, da det ikke har været muligt at observere det nonverbale sprog samtidig med informanternes svar.

8.2 Resultatdiskussion

8.2.1 Kan man skabe fleksibilitet uden tid?

Ud fra analysen af de realistiske interviews kan informanterne ikke bekræfte at konteksten, *udvidet tid pr. konsultation*, har betydning for deres forbedret sundhedskompetence, men at det i højere grad sker igennem en fleksible og tæt kontakt med fastsygeplejerske. I forlængelse heraf, er det væsentlig at diskutere, hvordan tid anskues inden for det moderne samfund i henhold til sundhed samt sygdom, og om nærhed samt fleksibilitet kan skabes uden et tidsforbrug. I takt med det senmoderne samfunds teknologiske udvikling, har dette skabt grobund for adskillelsen af tid og rum, hvor opfattelsen af en synkron tid forskydes, idet grænserne mellem tid og sted er rykket tættere på hinanden grundet digitale løsninger (Bak, 2010). Overføres dette til indeværende projekt, så kan det tyde på, at informanterne ikke oplever et udvidet tidsforbrug pr. konsultation, ud fra en klassisk forståelse af tid og minutter, hvorfor dette kan skyldes interventionens rammer, der understøtter adskillelsen af tid, konsultation og diabetesbehandling ved hjælp af sundhedsteknologisk udstyr, telefonopkald, mail eller SMS-korrespondance. Igennem disse fleksible konsultationer, skabes der samtidig en mere direkte kontakt imellem patient og sygeplejerske, hvor et lineæret og klassisk tidsperspektiv for den enkelte patient sættes i parentes, og en fleksible tid i stedet for lov til at dominere mellem sygeplejersken og den sårbare voksne med diabetes hverdagslivs. Dette kan altså medføre, at hverdagslivet med diabetes igennem fleksible konsultationer med en fast sygeplejerske vil indfange og rumme de komplekse udfordringer og barrierer, som den enkelte oplever i hverdagen, hvorfor der reageres her og nu på udfordringer, som endnu bevirker en forskudt tidsopfattelse. Herudfra vil tiden ikke være den dominerende faktor for behandling, hvorfor de sårbare voksne med diabetes handlings -samt forandringspotentiale, og oplevelse af kontrol samt forståelse for sygdommen i stedet vil fremmes idet en lineær, skematiseret samt synkron tid kan blokere og hæmme fleksibilitet samt den tætte kontakt mellem den sårbare og sygeplejersken.

Trods dette, så kan den manglende tidsforståelse og interventionens tidsforløb også medføre, at informanterne oplever erindringsvanskeligheder, og derfor have svært ved at bekræfte konteksten, *udvidet tid pr. konsultation*, idet deres tidsopfattelse kan være påvirket af interventionens opbygning, hvor tid, konsultationer, diabetesbehandling og hverdagsliv kan være svær at adskille. I forlængelse

heraf, så kan det diskuteres om de sårbare voksne med diabetes er de rette programeksperter (Manzano, 2016), på lige netop denne kontekstuelle betingelse, hvorfor tid også kan anskues ud fra et organisatoriskperspektiv. Det havde i den forbindelse været oplagt, at interviewe de tre sygeplejersker med udgangspunkt i de kontekstuelle betingelser, som indgår i interventionen, idet sygeplejerskerne er med til at styre tiden pr. konsultation og dermed også fleksibilitet. Der kan altså være uidentificerede CMO-konfigurationer ud fra sygeplejerskernes perspektiv, som kan have betydning for at sårbare voksne med diabetes sundhedskompetence forbedres. Det havde altså været fordelagtigt at besidde viden om de tre sygeplejerske perspektiv, kompetencer samt arbejdsgange, idet indeværende teoribaseret evaluering henvender sig til beslutningstagere i SDCA's ledelse. Samtidig kan der også argumenteres for, at etableringen af en tillidsfuld relation mellem den sårbare voksne med diabetes og den faste sygeplejerske, er skabt under de forudsætninger, at der har været mere tid og fleksibilitet i projektet. Disse ekstra ressourcer, sammenlignet med standardbehandlingsforløbene, har altså skabt muligheden for, at den enkelte sygeplejerske kan anvende tiden og fleksibilitet, som et redskab til at lære den enkelte sårbare voksne at kende, hvilket understøtter en forståelse af *Illness narrative* (Kleinmann, 1989), som kræver faglige kompetencer, ressourcer og et vist tidsforbrug at kunne udføre og opretholde. Der kan altså argumenteres for at relationsdannelse, fleksibilitet og tæt kontakt ikke kan opstå uden tid, men at denne tid ikke omfatter en ubegrænset mængde af tid og ressourcer, idet SDCA er en del af det offentlige sundhedssystem, hvor prioritering og allokering af systemet ressourcer er nødvendigt, idet sundhedsvæsenet har begrænsede ressourcer (Pedersen, 2013).

8.2.2 Kollektiv sundhedskompetence som middel til forbedret diabetesbehandling

Som det fremgår i indeværende problemanalyse skildres det hvorledes sundhedskompetence ud fra Osborne et. al., (2013) afhænger af individets egne kompetencer og motivation til at forbedre, forstå og tolke sundhedsinformation. På trods af, at analysen af de realistiske interviews viser, at de sårbare voksne med diabetes sundhedskompetence forbedres, så fremkommer det i højere grad, at dette skyldes sygeplejerskens kompetencer, kendskab til den enkelte, motivation og støtte, fremfor deres tro på egne evner og kompetencer. Det kan altså diskuteres, om hvorvidt de sårbare voksne med diabetes sundhedskompetence i højere grad forbedres som følge af en kollektiv sundhedskompetence, også kaldt *distributed health literacy*, hvor den enkeltes sundhedskompetence afhænger af sociale relationer og netværk (Muscat et al., 2022). Det fremkommer blandt andet af analysen af de realistiske interviews, at de sårbare voksne anser dem selv og deres faste sygeplejerske som én fælles styrke og beslutningstager omkring den enkeltes sundhed og sygdom, hvormed nye

handlemuligheder opstår. I kontrast til dette, anvendes der inden for en dansk sundhedskontekst et fokus på øget middellevetid og forebyggende strategier (Vallgarda, 2001) med udgangspunkt i en sundhedsfundamentalistiske samt patogenetisk sundhedsforståelse (Wackerhausen, 1995). Dette betyder, at individet drages til ansvar for egen sårbarhed, sundhed og sygdom, trods det faktum, at strukturelle og sociale omstændigheder eksponerer individet for disse risikofaktorer. Som modpol til dette, så kan kollektiv sundhedskompetence være en potentiel ressource for en generel håndtering af sundhedsfremmende udfordringer og problemstillinger, blandt sårbare patienter, hvor sundhedsprofessionelle understøtter og afdække de behov samt barrierer sårbare patienter opnår adgang til relevante behandlingstilbud (Aaby et al., 2019). Kollektiv sundhedskompetence kan altså være redskab til at nedbringe den sociale ulighed i sundhed, hvor begrebet anvendes som en socioøkologisk ressource i samfundet, idet der kommer fokus på miljø og kontekst (Maindal & Aaby, 2019), hvilket understøtter indeværende problemanalyse, jf. afsnit 2.3, hvor Osborne et. al's., (2013) begreb om *Health literacy* kan kritiseres for netop at mangle en strukturel samt social forståelse af sundhed og sygdom. Trods dette, så kan det også diskuteres om hvorvidt de ressourcer og forudsætninger, som der er i forlængelse af kollektiv sundhedskompetence, om disse kan anvendes inden for klinisk praksis. Forudsætningerne for at kollektiv sundhedskompetence kan etableres er, at der opstår en etableret og tillidsfuld relation mellem sygeplejersken og patienten, hvorfor det kan diskuteres om denne tilgang altid er universel. Som udgangspunkt forekommer der evidens for, at kollektiv sundhedskompetence virker for sårbare patienter (Aaby et al., 2019), hvilket understøtter indeværende teoribaseret evaluerings fund og resultater. Der kan dog være forhold som påvirker, at kollektiv sundhedskompetence kan fungere, hvilket omhandler ressourceforbrug, tid, politiske forhold samt interpersonelle forhold mellem den enkelte patient og sygeplejerske. Dette betyder også, at kollektiv sundhedskompetence kan være svært at overføre i sundhedsvæsenet, som en generel behandlingsmetode, idet kollektiv sundhedskompetence skabes mellem én specifik sårbar voksen med diabetes og en fast sygeplejerske. Der kan altså være flere forhold, som kan besværliggøre eller komplicere anvendelse af kollektiv sundhedskompetence, hvorfor kollektiv sundhedskompetence ikke i lige så høj grad som individuel sundhedskompetence, kan karakteriseres som en universel og generel sundhedsfremmende strategi til alle sårbare voksne med diabetes (Aaby et al., 2019).

9.0 Forandringsforslag til Steno Diabetes Center Aarhus

9.1 Forandring i Steno Diabetes Center Aarhus og deres standardbehandlingskonsultationer

På baggrund af projektets teoribaseret evaluering, analyse af de realistiske interviews, den videnskabelige litteratur fra den systematiske litteratursøgning og resultatdiskussionen, er der udarbejdet et forandringsforslag til Steno Diabetes Center Aarhus, som skitserer de væsentligste resultater i form af konkrete anbefalinger, se figur 7. De konkrete anbefalinger er udarbejdet til den øverste ledelse i SDCA, idet disse varetager beslutninger omkring standardbehandlingskonsultationerne, som tilbydes i klinikken for Diabetes og Hormonsygdomme på AUH. Forandringspotentialer opstår idet ledelsen i SDCA har vedtaget, at Fleksible konsultationsformer ikke kan forsættes i de rammer og i den form, som interventionen er nu, hvorfor de væsentligste fund fra den teoribaseret evaluering skal bringe forandringselementer i spil, i standardbehandlingskonsultationer. Anbefalingerne søger altså at forandre og modificere kliniske praksis, således standardbehandlingskonsultationerne i SDCA tilpasses den evidens samt de sårbare voksnes perspektiver og holdninger omkring de kontekster og mekanismer som forbedrer deres sundhedskompetence.

9.2 Anbefalinger

Ud fra ovenstående, er anbefalingerne udarbejdet med udgangspunkt i en sundhedsfremmende strategi (Vallgård et al., 2016), hvilket har til formål om, at fremme de sårbare voksne med diabetes sundhedskompetencer til at opnå kontrol over de forhold, som påvirker deres sundhed og mestring heraf. Grundlæggende er anbefalingerne udarbejdet med en viden om, at sårbarhed eksisterer når individet eksponeres for bestemte risikofaktorer, men at denne først bliver mulige at handle på, når individet har de rette ressourcer til at modvirke de omstændigheder, som eksponerer den enkelte for selve sårbarheden (Spiers 2000). Dette støtter altså op om udviklingen af Self-management konsultationer (Hill-Briggs et. al., 2011), hvor individet igennem fleksible konsultationer og kollektiv sundhedskompetence, kan opnå en individuel sundhedskompetence. Anbefalingerne er vedhæftet i figur 7, hvor der er udarbejdet fire konkrete anbefalinger og tre potentielle utilsigtede konsekvenser, som Self-management konsultationerne skal indeholde og tage højde for, hvilket uddybes herefter.

Anbefalinger til udviklingen af Self-management konsultationer i Steno Diabetes Center Aarhus

Formålet med Self-management konsultationer

Self-management konsultationernes overordnede formål er, at tilbyde et self-management forløb til sårbare patienter, hvor den enkelte i samarbejde med en fast sygeplejerske, arbejder mod at fremme den enkeltes ressourcer og sundhedskompetence til at mestre et godt hverdagsliv med diabetes.

Anbefalinger i forbindelse med udviklingen af Self-management konsultationer:

1. Fast kontaktsygeplejerske skal spare SDCA ressourcer og empower den sårbare patient.
2. Fleksibilitet for sygeplejersken og for den sårbare voksne med diabetes.
3. Sundhedsteknologiske løsninger skal fastholde den sårbare patients sundhedskompetencer.
4. Self-management konsultationer med udgangspunkt i den enkeltes hverdagsliv.

Utilsigtede konsekvenser:

- At det sundhedsfaglige personale, der indgår i forløbet ikke stigmatiserer de patienter, som klassificeres som sårbare.
- At det sundhedsfaglige personale er bevidste om, at et relationelt samarbejde med den sårbare med diabetes, kan være overvældende for den enkelte.
- At det sundhedsfaglige personale er bevidste om og opmærksomme på, at sundhedsteknologisk udstyr ikke altid giver mening for den sårbare voksne med diabetes, hvorfor det skal sikres at disse anvender udstyret hensigtsmæssigt.

Figur 7: Oversigt over de udarbejdede anbefalinger og utilsigtede konsekvenser

9.2.1 Udviklingen af Self-management konsultationer

Det anbefales, at der i standardbehandlingskonsultationerne udarbejdes tre selvstændige Self-management konsultationer hvis overordnede formål er, at tilbyde specificerede og fleksible konsultationer til sårbare voksne med diabetes, så patienternes hverdagsliv med diabetes og sundhedskompetence forbedres. Ud fra disse Self-management konsultationer anbefales det, at disse tager udgangspunkt i en sundhedsfremmende strategi, hvor den faste sygeplejerske arbejder ud fra begrebet om kollektiv sundhedskompetence (Muscat et al., 2022). Dette anbefales, idet indeværende teoribaseret evaluering finder, at et tillidsfuldt og tæt relationelt samarbejde medfører, at de sårbare voksne med diabetes opnår en forbedret sundhedskompetence. Det anbefales endvidere, at der nedsættes en konkret projektgruppe bestående af relevante aktører, som klinisk personale, administrative samt ledelsesmæssige medarbejdere, til understøtte forandringen i SDCA med henblik på implementering, hvilket uddybes i afsnit 10.3.1.

9.2.2 Fast kontaktsygeplejerske skal spare SDCA ressourcer og empower den sårbare patient

I forbindelse med udviklingen af Self-management konsultationerne anbefales det, at de tre sygeplejersker, som var tilknyttet Fleksible konsultationer, bibeholdes til de tre Self-management konsultationer. Dette anbefales på baggrund af indeværende teoribaseret evaluering som finder, at funktionen som fast kontaktsygeplejerske, kan være et redskab til at skabe motivation og støtte for den sårbare patient, hvormed sundhedskompetencer til at mestre hverdagslivet med diabetes forbedres og understøttes. Det anbefales endvidere, at SDCA fastholder disse tre sygeplejersker, idet de allerede besidder en faglig viden og erfaring med sårbare voksne med diabetes. Anvendelse af disse aktører, vil altså spare SDCA tid og ressourcer på oplæring samt uddannelse af andre sygeplejersker, idet disse allerede har etableret en tillidsfuld relation til de sårbare patienter, som skal forsætte i Self-management konsultationerne.

9.2.3 Fleksibilitet for sygeplejersken og for den sårbare voksne med diabetes

Til udviklingen af Self-management konsultationerne anbefales det, at bibeholde fleksible konsultationer, idet indeværende teoribaseret evaluering finder, at fleksibilitet medvirker til at de sårbare voksne med diabetes har muligheden for at komme i kontakt med deres fastesygeplejerske, så akutte problemstillinger kan afvikles nu og her. Det anbefales, at bibeholde konsultationer over telefonen, hvor SMS eller mail-korrespondance kan anvendes som en katalysator for, at sygeplejersken eller patient ønsker at snakke med hinanden. Dette skal bidrage med frie samt fleksible rammer, som ud fra den teoribaseret evaluering har vist at understøtte det tætte relationelle samarbejde,

hvormed den enkeltes sundhedskompetencer forbedres. Det anbefales derfor, at SDCA ikke forsætter med have én times konsultationer, med i stedet fokuserer på at integrerer fleksible konsultationer, eftersom disse er mindre ressourcer krævende i form af tid og økonomi både for SDCA, men også for den enkelte patient.

9.2.4 Sundhedsteknologiske løsninger skal fastholde den sårbare patients sundhedskompetencer

For at understøtte og forbedre de sårbare voksne med diabetes sundhedskompetence anbefales det sideløbende med en fast kontaktsygeplejerske og fleksible konsultationer, at den enkelte patient får et sundhedsteknologisk redskab. Dette skal hjælpe den enkelte i hverdagen med at forstå, mestre og håndtere sygdommens symptomer, hvilket bevirker, at den sårbare patient får en kontrol over sygdommen, således deres sundhedskompetence forbedres. Det er dog en forudsætning, at de tre sygeplejersker skal sikre, at den sårbare patient forstår at anvende selve redskabet. Derfor er det væsentligt, at de tre sygeplejersker som tilknyttes Self-management konsultationerne, har en forståelse og viden omkring det sundhedsteknologiske udstyr, som den sårbare patient tilbydes, hvorfor intern sparring fra en pumpe-sygeplejerske i SDCA kan være nødvendig, hvis de tre sygeplejersker ikke har den nødvendige viden.

9.2.5 Self-management konsultationer med udgangspunkt i den enkeltes hverdagsliv

Det anbefales, at Self-management konsultationer sideløbende med standard diabetes behandling tager udgangspunkt i den sårbare patients hverdagsliv, idet indeværende teoribaseret evaluering finder, at en øget anerkendelse og respekt for den sårbare patients diabetessygdom medvirker til en gensidig forståelse og fælles forståelsesramme (Kleinmann, 1989). Med udgangspunkt i dette, så anbefales det, at Self-management konsultationerne kan tage udgangspunkt i en problemorienteret løsningsmodel, DECIDE (Hill-Briggs et. al., 2011), hvor modellens formål omhandler at fremme den sårbare patients beslutningstagen inden for hverdagslivet med diabetes. Formålet med DECIDE er, at den sårbare patient i samarbejde med sygeplejersken skal identificere og udvikle de ressourcer og sundhedskompetencer, som skal understøtte den enkelte i at mestre og håndterer hverdagen med diabetes. Modellen anbefales enten at bruges som baggrundsviden eller konkret værktøj til de tre sygeplejersker, som skal forsætter i Self-management konsultationerne. For at de tre sygeplejersker i SDCA kan opnå kompetencer og færdigheder til at understøtte Self-management blandt sårbare patienter anbefales det i forlængelse heraf, at en aktør i form af en udviklingssygeplejerske

inddrages sammen med de tre sygeplejersker, således DECIDE-modellen anvendes og kontekstualiseres til SDCA og deres kliniske kontekst.

9.2.6 Utilsigtede konsekvenser

Oprettes der alligevel flere spor, end de tre sygeplejersker som deltager interventionen, Fleksible konsultationsformer, anbefales det, at der udføres intern sparring mellem alle SDCA's sygeplejersker og en udviklingssygeplejerske, igennem undervisning eller workshops, hvor disse formidler deres erfaringer, oplevelser og teknikker i forbindelse med sårbare patienter. Dette med formålet om at undgå og minimere at utilsigtede konsekvenser som stigmatisering, modmagt eller boomerang, idet indeværende teoribaseret evaluering finder, at der kan være utilsigtede konsekvenser forbundet med sygeplejerskens kompetencer eller det sundhedsteknologiske udstyr, hvis ikke den sårbar patient forstår at anvende udstyret korrekt.

9.3 Forandringsstrategi

Til indeværende projekt anvendes Skivington et al's., (2021) MRC-model som inspiration til udarbejdelse af indeværende forandringsstrategi. Formålet med at anvende MRC-modellen er, at opnå en forståelse for begrebet *forandring* og udarbejde en forandringsstrategi, der er struktureret og systematisk udarbejdet, som understøtter evidensbaseret praksis, hvor der tages højde for de væsentligste resultater, som har betydning for en forbedret sundhedskompetence blandt sårbare med diabetes og SDCA's organisatoriske kontekst samt processer. Interventionen, Fleksible konsultationsformer, kan desuden karakteriseres som en kompleksintervention, idet der er flere interagerende komponenter og kontekster i spil, som interagerer på flere niveauer (Skivington et al's., 2021), hvilket bevirker en vis kompleksitet i forandringsstrategien. Denne intervention er som sagt *udviklet, pilot-testet* og nu *evalueret* (Skivington et al's., 2021), hvorfor forandringsstrategien vil tage udgangspunkt i *implementeringsdelen* med fokus på forandring af standardbehandlingskonsultationerne i SDCA. I forlængelse af MRC-modellen anvendes Issel & Wells (2018), procesteorien til at udarbejde en konkret *organisationsplan* (Issel & Wells, 2018), således en succesfuld implementering af Self-management konsultationer i SDCA fremmes.

9.3.1 Udarbejdelsen af en organisationsplan til sikring af en succesfuld implementering

Med inspiration fra Issel & Wells, (2018) procestheori, udarbejdes der en organisationsplan med formålet om at beskrive det *input*, altså de ressourcer som forventes brugt, inden for SDCA's organisatoriske kontekst, i forbindelse med implementeringen af Self-management konsultationerne. Jf. de generelle anbefalinger i figur 7, så anbefales det, at de tre samme sygeplejersker bibeholdes til Self-management konsultationerne, idet disse har en særlig viden, erfaring og kompetencer med sårbare voksne med diabetes. Udover disse, anbefales det også at nedsætte en projektgruppe hvor ledelsen i SDCA, tværfaglige professioner og klinisk personale indgår, i forbindelse med implementering af Self-management konsultationerne. I denne projektgruppe kan en afdelingssygeplejersken, udviklingssygeplejersken og AC-medarbejdere i SDCA indgå, idet disse har viden, erfaring og kompetencer i forbindelse med drive forandringsprocesser inden for SDCA's kontekst. Afdelingssygeplejersken skal være mellemlid mellem det kliniske personale og den øverste ledelse i SDCA, som skal skabe dialog mellem to perspektiver og kontekster internt i SDCA. Udviklingssygeplejersken har erfaring, viden og kompetencer til at drive forandringsprocesser mht. udviklingen af sygepleje i klinikken, hvorfor udviklingssygeplejersken kan anvendes, som aktør for uddannelse og workshops omhandlende Self-management. AC-medarbejderne kan bestå af individer med en akademisk uddannelse, eksempelvis folkesundhedsvidenskabelige eller økonomisk uddannede, idet disse besidder en viden om at drive forandringsprocesser, har økonomisk forståelse samt tværororganisatorisk forståelse af evaluering inden for sundhedsvæsenet. I projektgruppe skal det drøftes hvilke fysiske ressourcer, som skal og er til rådighed i forbindelse med Self-management konsultationerne, hvilket omhandler teknologisk udstyr, materiale, lokaler mm. Herudfra vil der fremmekomme et *output*, hvor der foreligger en systematisk samt struktureret plan over de forventede virkninger og effekt (Issel & Wells, 2018). Dette kan blandt andet komme til udtryk igennem en struktureret tidsplan illustreret i et GANT-diagram, hvor organisationsplanen er beskrevet detaljeret med konkrete aktiviteter, rammer og hvor et budget samt procedurer for budgetstyring og tilpasning indgår (Issel & Wells, 2018). Afslutningsvis anbefales det endvidere, at SDCA lægger en plan over evaluering af Self-management konsultationerne hvor en økonomisk, effekt -eller procesevaluering kan være relevant at anvende i praksis (Krogstrup, 2016), hvilket understøtter MRC-modellens cirkulære enheder og formålet med komplekse interventioner (Skivington et al's., 2021).

10. Konklusion

Formålet med indeværende projekt, var at udføre en teoribaseret evaluering med henblik på at få en dybere forståelse for hvilke kontekster og mekanismer, der har betydning for, at sårbare voksne med diabetes oplever et forbedret hverdagsliv og sundhedskompetence gennem deltagelse i interventionen, Fleksible konsultationsformer. På baggrund af resultaterne, kan det konkluderes, at *fleksible konsultationer, tæt kontakt til en fast sygeplejerske og sygeplejerskens kompetencer samt kendskab til den sårbare voksne* er afgørende kontekster, som har betydning for, at sårbare voksne med diabetes sundhedskompetence forbedres, hvor konteksterne *udvidet tid pr. konsultation og relationelt samarbejde* ikke have nogen større selvstændig betydning. Et forbedret hverdagsliv og sundhedskompetence aktiveres altså af mekanismerne *personliggørelse, motivation og støtte*, som ud fra resultatdiskussion henleder til, at de sårbare voksne med diabetes i højere udsættes for en kollektiv sundhedskompetence (Muscat et al., 2022), fremfor en individuel sundhedskompetence (Osborne et. al., 2013). Trods dette, så finder analysen af de realistiske interviews af konteksten, *sundhedsteknologi* er med til at aktivere og generer mekanismen *Kontrol og forståelse for sygdommen*, hvormed denne kontekst i højere grad understøtter en individuel sundhedskompetence (Osborne et. al., 2013). I forlængelse heraf, så finder den videnskabelige litteratur, at kontekster og mekanismer som fleksibilitet, anerkendelse og god samt tæt kontakt til en sundhedsprofessionel understøtter sårbare voksne med diabetes sundhedskompetence, hvormed det kan konkluderes, at der findes en analytisk generaliserbarhed til analysen af den reviderede programteori - omhandlende fleksibilitet. Samtidig finder den videnskabelig litteratur, at interventioner og indsatser, som er udarbejde ud fra Self-management konsultationer og fleksible konsultationer, som telefonopkald eller SMS-korrespondance, forbedrer sårbare voksne med diabetes og deres sundhedskompetence, hvilket understøtter resultaterne i indeværende projekt.

Anbefalingerne til Steno Diabetes Center Aarhus er derfor udviklet ud fra en sundhedsfremmende strategi (Vallgård et al., 2016), med udarbejdelse af Self-management konsultationer hvor kollektiv sundhedskompetence, fleksibilitet, sundhedsteknologisk udstyr og hverdagslivet er omdrejningspunktet for konsultationerne. Trods dette, så kan analysen af de realistiske interviews ikke identificere alle ni domæner af Osborne et. al's (2013) sundhedskompetencer. Dette betyder altså, uidentificerede CMO-konfigurationer om de sårbare voksnes hverdagsliv og sundhedskompetence kan findes, hvormed yderligere undersøgelse af disse, igennem gentagende realistiske interviews med de sårbare voksne med diabetes, havde været fordelagtigt at anvende til indeværende projekt.

11. Referencer

- Aaby, A., Maindal, H. T., Vinther-Jensen, K., Sørensen, K., & Bertram, M. (2019). *Sundhedskompetence i et strukturelt perspektiv—En vej til lighed i sundhed?* [d. 17-05-2022] på:
https://ph.au.dk/fileadmin/ingen_mappe_valgt/Hovedrapport_En_vej_til_lighed__Sundhedskompetence_i_et_strukturelt_perspektiv_Final_Sept_2019.pdf
- Aalborg Universitet. (2018). *Vejledning om databeskyttelsesregler i relation til forskningsområdet*. [d. 23-04-2022] på: https://www.sikkerhed.aau.dk/digitalAssets/810/810203_vejledning-til-databeskyttelsesreglerne-i-relation-til-forskningsomraadet_opdateret-nov.-2019.pdf
- Aalborg universitet, A. (2020). *Få styr på persondata som studerende – Studerende—Forside*. [d. 23-04-2022] på: <https://aaudk.sharepoint.com/sites/persondata-studerende>.
- Allen-Scott, L., Hatfield, J., & McIntyre, L. (2014). A scoping review of unintended harm associated with public health interventions: Towards a typology and an understanding of underlying factors. *International Journal of Public Health*, 59(1), 3–14.
- APA PsycNET. (2018). *Getting Started. APA PsycNET Help*. [d. 19-04-2022] på:
<http://help.psycnet.org/getting-started/>
- Bak, C. K. (2010). Anthony Giddens. I P. Tanggaard Andersen & H. U. Timm, *Sundhedssociologi: En grundbog* (2. udg.). Hans Reitzel.
- Bell, K., Salmon, A., Bowers, M., Bell, J., & McCullough, L. (2010). Smoking, stigma and tobacco ‘denormalization’: Further reflections on the use of stigma as a public health tool. A commentary on Social Science & Medicine’s Stigma, Prejudice, Discrimination and Health Special Issue (67: 3). *Social Science & Medicine* (1982). 70(6), 795–799.
- Berkman, N., Sheridan, S., Donahue, K., Halpern, D., Viera, A., & Crotty, K. (2011). *Health literacy interventions and outcomes: An updated systematic review*. No. 199.

- Bo, A., Friis, K., Osborne, R. H., & Maindal, H. T. (2014). National indicators of health literacy: Ability to understand health information and to engage actively with healthcare providers - a population-based survey among Danish adults. *BMC Public Health*. 14(1), 1095–1095.
- Bramer, W. M., Rethlefsen, M. L., Kleijnen, J., & Franco, O. H. (2017). Optimal database combinations for literature searches in systematic reviews: A prospective exploratory study. *Systematic Reviews*. 6(1), 245.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.
- Brinkmann, S. (2010). Etik i en kvalitativ verden. I L. Tanggaard & S. Brinkmann, *Kvalitative metoder. En grundbog* (2. udg., s. 463–479). Hans Reitzel.
- Buus, N., Tingleff, E. B., Rossen, C. B., & Kristiansen, H. M. (2008). *Litteratursøgning i praksis—Begreber, strategier og modeller*. Sygeplejersken, 10. [d. 21-04-2022] på: <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2008-10/litteratursogning-i-praksis-begreber-strategier-og-modeller>
- Carel, H. (2009). A reply to “Towards an understanding of nursing as a response to human vulnerability” by Derek Sellman: Vulnerability and illness. *Nursing philosophy*, 10(3), 214–219.
- Carstensen, B., Rønn, P. F., & Jørgensen, M. E. (2020). Prevalence, incidence and mortality of type 1 and type 2 diabetes in Denmark 1996–2016. *BMJ open diabetes research & care*. 8(1), 1-9.
- Chinn, D. (2011). Critical health literacy: A review and critical analysis. *Social Science & Medicine* (1982). 73(1), 60–67.
- Courtwright, A. (2013). Stigmatization and public health ethics. *Bioethics*. 27(2), 74–80. Medline.
- Danermark, B., Ekstrom, M., Jakobsen, L., Karlsson, J. C., & Bhaskar, Prof. R. (2019). *Explaining Society*. Taylor & Francis. <https://public.ebookcentral.proquest.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=5121734>

- Det Etske Råd. (1995). *Etik—En introduktion*. Det Etske Råd. [d. 7-4-2022] på:
<https://www.etiskraad.dk/~media/Etisk-Raad/Etske-Temaer/Introduktion-til-etik/Publikationer/1994-etik-en-introduktion.pdf>
- Diabetesforeningen. (2018). *Diabetes i Danmark*. Pentia A/S. [d. 10-02-2022] på: <https://diabetes.dk/forskning/viden-om-diabetes/diabetes-i-danmark/>
- EBSCO. (2021). *CINAHL Database | EBSCO. EBSCO Information Services, Inc.* |
 Www.Ebsco.Com. [d. 21-04-2002] på: <https://www.ebsco.com/products/research-databases/cinahl-database>
- Elsevier. (2021a). *About Embase—Biomedical research | Elsevier*. Elsevier.Com. [d. 22-04-2022]
 på: <https://www.elsevier.com/solutions/embase-biomedical-research>
- Elsevier. (2021b). *About | Elsevier Scopus Blog* [Elsevier.com]. Elsevier Scopus Blog. [d. 22-04-2022] på: <https://blog.scopus.com/about>
- Emmel, N. (2013). *Sampling and Choosing Cases in Qualitative Research: A Realist Approach*. SAGE Publications Ltd.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Princeton University Press.
- Etisk Råd. (2013). *Baggrundstekst: Hvad er etik?* Det Etske Råd. [d. 5-4-2022] på:
<https://www.etiskraad.dk/etiske-temaer/introduktion-til-etik/undervisning-til-gymnasieskolen/hvad-er-etik>
- Frandsen, T. F., Dyrvig, A.-K., Christensen, J. B., Fasterholdt, I., & Oelholm, A. M. (2014). *En guide til valide og reproducerbare systematiske litteratursøgninger*. [d. 21-4-2022] på:
<https://ugeskriftet.dk/videnskab/V02130141>
- Friis, K., Lasgaard, M., Rowlands, G., Osborne, R. H., & Maindal, H. T. (2016). Health literacy mediates the relationship between educational attainment and health behavior: A Danish population-based study. *Journal of Health Communication*, 21(Suppl 2), 54–60.

- Grabovschi, C., Loignon, C., & Fortin, M. (2013). Mapping the concept of vulnerability related to health care disparities: A scoping review. *BMC health services research*. 13(1), 94–94.
- Hill-Briggs, F., Lazo, M., Peyrot, M., Doswell, A., Chang, Y.-T., Hill, M. N., Levine, D., Wang, N.-Y., & Brancati, F. L. (2011). Effect of Problem-Solving-Based Diabetes Self-Management Training on Diabetes Control in a Low Income Patient Sample. *Journal of General Internal Medicine: JGIM*. 26(9), 972–978.
- Huang, Y.-M., Pecanac, K. E., & Shiyanbola, O. O. (2020). “Why Am I Not Taking Medications?” Barriers and Facilitators of Diabetes Medication Adherence Across Different Health Literacy Levels. *Qualitative Health Research*. 30(14), 2331–2342.
- Hørmann, E. (2015). Litteratursøgning. I *Bachelorprojekter indefor det sundhedsfaglige område: Indblik i videnskabelige metoder* (2. udg.). Dansk Sygplejeråd, Nyt Nordisk Forlag.
- Issel, L. M., & Wells, R. (2018). *Health program planning and evaluation: A practical, systematic approach for community health* (4. udg.). Jones & Bartlett Learning.
- Jackson, K., & Bazeley, P. (2019). *Qualitative data analysis with NVivo* (3. udg.). Sage Publications Ltd.
- Jacobsen, B., Tanggaard, L., & Brinkmann, S. (2010). Fænomenologi. I S. Brinkmann & L. Tanggaard, *Kvalitative metoder: En grundbog* (3. udg.). Hans Reitzel.
- Juul, S., Bech, B. H., Dahm, C. C., & Rytter, D. (2017). *Epidemiologi og evidens* (3. udg.). Munksgaard.
- Kickbusch, I. (2013). *Health Literacy. The Solid Facts*. World Health Organization. [d. 16-02-2022] på: http://www.iahm.org/journal/vol_15/num_1/text/vol15n1p12.pdf
- Kleinman, A. (1989). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition* (2. udg.). Basic Books.
- Krogstrup, H. K. (2016). *Evalueringsmodeller* (3. udg.). Hans Reitzels Forlag.

- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Interview: Det kvalitative forskningsinterview som håndværk* (3. udg.). Hans Reitzel.
- Launsø, L., Rieper, O., & Olsen, L. (2011). *Forskning om og med mennesker: Forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning* (7. udg.). Nyt Nordisk Forlag.
- Lund, H., Juhl, C. B., Andreasen, J., & Møller, A. M. (2014). *Håndbog i litteratursøgning og kritisk læsning: Redskaber til evidensbaseret praksis* (1. udg., 1. opl). Munksgaard.
- Lupton, D. (1993). Risk as Moral Danger: The Social and Political Functions of Risk Discourse in Public Health. *International Journal of Health Services*. 23(3), 425–435.
- M. Martin, H., & H.E Topholm, E. (2020). *Sårbarhed og diabetes—En litteraturgennemgang* (2020). VIVE, Den nationale forsknings -og analysecenter for velfærd. [14-02-2022] på: <https://www.vive.dk/da/udgivelser/saarbarhed-og-diabetes-14921/>
- Maindal, A. H. T., & Aaby, A. (2019). *Diabetesforebyggelse og - behandling - kan indsatser overfor sundhedskompetence mindske uligheden?* [d. 23-05-2022] på: https://ph.au.dk/fileadmin/ph/Subsites/HealthLiteracy/HL_figur_Maindal__2019_.pdf
- Maindal, H. T., & Vinther-Jensen, K. (2016). Sundhedskompetence (Health literacy); teori, forskning og praksis—Health Literacy; Theory, Research and Practice. *Klinisk Sygepleje*. 43(01), 3–16.
- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research*. 26(13), 1753–1760.
- Manzano, A. (2016). The craft of interviewing in realist evaluation. *Evaluation*, 22(3), 342–360.
- Martin, L. (2020). Critical realism in theory and practice. I M. Järvinen & N. Mik-Meyer, *Qualitative analysis: Eight approaches for the social sciences*. Sage.

- McCormack, L., Thomas, V., Lewis, M. A., & Rudd, R. (2016). Improving low health literacy and patient engagement: A social ecological approach. *Patient Education and Counseling*. 100(1), 8–13.
- Merton, R. K. (1936). The Unanticipated Consequences of Purposive Social Action. *American Sociological Review*. 1(6), 894–904.
- Muscat, D. M., Gessler, D., Ayre, J., Norgaard, O., Heuck, I. R., Haar, S., & Maindal, H. T. (2022). Seeking a deeper understanding of ‘distributed health literacy’: A systematic review. *Health Expectations*. 25(3), 856–868.
- Osborne, R. H., Batterham, R. W., Elsworth, G. R., Hawkins, M., & Buchbinder, R. (2013). The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*. 13(1), 658–658.
- Pawson, R., & Tilley, N. (2004). *Realist Evaluation*. British Cabinet Office.
på: https://www.communitymatters.com.au/RE_chapter.pdf
- Pedersen, K. M. (2013). *Sundhedsøkonomi* (1. udg.). Munksgaard.
- Rasmussen, L. T., Remvig, K., & Wien, C. (2017). *Litteratur- og informationssøgning til opgaven. Den gode opgave* (5. udg., s. 145–170). Samfundslitteratur.
- Redondo, M. J., Steck, A. K., & Pugliese, A. (2018). Genetics of type 1 diabetes. *Pediatric Diabetes*. 19(3), 346–353.
- Skivington, K., Matthews, L., Simpson, S. A., Craig, P., Baird, J., Blazeby, J. M., Boyd... Moore, L. (2021). A new framework for developing and evaluating complex interventions: Update of Medical Research Council guidance. *BMJ (Online)*. 374, 2061–2061.
- Spiers, J. (2000). New perspectives on vulnerability using emic and etic approaches. *Journal of advanced nursing*. 31(3), 715–721.

- Standl, E., Khunti, K., Hansen, T. B., & Schnell, O. (2019). The global epidemics of diabetes in the 21st century: Current situation and perspectives. *European Journal of Preventive Cardiology*. 26(2), 7–14.
- Steno Diabetes Center Aarhus. (2019). *Initiativbeskrivelse vedr. fleksible konsultationer til sårbare voksne med diabetes*. [d. 07-02-2022] på: https://www.stenoaarhus.dk/siteassets/6.-om-os/steno-diabetes-center-aarhus_aarsrapport2021.pdf
- Sturges, J. E., & Hanrahan, K. J. (2004). Comparing Telephone and Face-to-Face Qualitative Interviewing: A Research Note. *Qualitative Research*. 4(1), 107–118.
- Sundhedsstyrelsen. (2020). *Social ulighed i sundhed og sygdom. Udviklingen i Danmark i perioden 2010-2017*. [d. 15-02-2022] på: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2020/Ulighed-i-sundhed/Social-ulighed-i-sundhed-og-sygdom-tilgaengel.ashx?la=da&hash=CB63CAD067D942FE54B99034085E78BE9F486A92>
- Sundhedsstyrelsen. *Forløbsprogrammer for kronisk sygdom*. (2008). [d. 4-02-2022] på: <https://www.sst.dk/~/-/media/5C35B9DEA91B4E0A91458076F1994019.ashx>
- Timm, H. (1997). At have en krop og at være en krop: Om sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse. *Grus*. 18(52), 24–36.
- Timm, H. (2013). Patientperspektivet. I *Sundhed, menneske og samfund* (1. udgave, s. 145–162). Samfundslitteratur.
- Torenholt, R., Varming, A., Engelund, G., Vestergaard, S., Møller, B. L., Pals, R. A. S., & Willaing, I. (2015). Simplicity, flexibility, and respect: Preferences related to patient education in hardly reached people with type 2 diabetes. *Patient Preference and Adherence*. 9, 1581–1586.

- Torres, H. A., & Schmidt, V. A. (2022). Maximizing diabetes education efforts in vulnerable populations—Newer delivery concepts. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes, and Obesity*. 29(1), 23–28.
- Vallgård, S. (2001). Governing people's lives: Strategies for improving the health of the nations in England, Denmark, Norway and Sweden. *The European Journal of Public Health*. 11(4), 386–392.
- Vallgård, S., Diderichsen, F., & Jørgensen, T. (2016). *Sygdomsforebyggelse* (1. udg.). Munksgaard.
- Virokannas, E., Liuski, S., & Kuronen, M. (2020). The contested concept of vulnerability - a literature review: Vulnerability-käsitteen kiistanalaiset merkitykset - systemaattinen kirjallisuuskatsaus. *European Journal of Social Work*. 23(2), 327–339.
- Wackerhausen, S. (1995). *Et åbent sundhedsbegreb—Mellem fundamentalisme og relativisme* (U. Jensen & P. Andersen, Red.; s. 43–73). PHILOSOPHIA.
- Wad, P. (Red.). (2015). Kap. 10 Realistisk videnskabsfilosofi og kritisk realisme. I *Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning* (3. udg., s. 365–391). Hans Reitzel.
- Weisman, A., Fazli, G. S., Johns, A., & Booth, G. L. (2018). Evolving Trends in the Epidemiology, Risk Factors, and Prevention of Type 2 Diabetes: A Review. *Canadian journal of cardiology*. 34(5), 552–564.
- Whitehead, M., Pennington, A., Orton, L., Nayak, S., Petticrew, M., Sowden, A., & White, M. (2016). How could differences in 'control over destiny' lead to socio-economic inequalities in health? A synthesis of theories and pathways in the living environment. *Health & Place*. 39, 51–61.
- Zarowsky, C., Haddad, S., & Nguyen, V. K. (2013). Beyond “vulnerable groups”: Contexts and dynamics of vulnerability. *Global Health Promotion*. 20(1), 3–9.