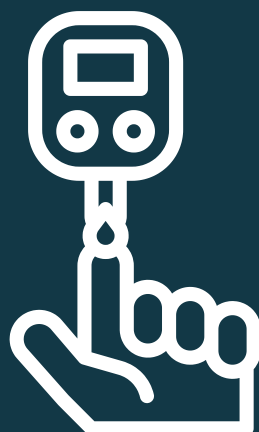


Forandringsforslag til en behovsdrevet behandlingstilgang til personer med diabetes

Udviklet i samarbejde med Steno Diabetes Center Nordjylland



Laura Celine Rømer 20210523
Caroline Toldbod Christoffersen 20210518

Kandidat i Folkesundhedsvidenskab, 4. semester
Aalborg Universitet

Vejleder: Henrik Vardinghus-Nielsen
Afleveringsdato: 01/06-2023
Gruppenummer: 10311
Anslag: 171.107

Resumé

Titel	Forandringsforslag til en behovsdrevet behandlingstilgang til personer med diabetes.
Baggrund	Steno Diabetes Center Nordjylland (SDCN) vil ændre behandlingstilgangen i ambulatorierne til personer med diabetes fra en fast standardiseret behandlingstilgang til en behovsdreven behandlingstilgang. Formålet er, at personer ikke længere skal komme til behandlinger, de ikke oplever et behov for. Det skal frigive ressourcer til de personer med diabetes, der har et større behov for behandling og samtidig øge patienttilfredsheden på tværs af alle personer tilknyttet ambulant behandling. Den nye behandlingstilgang vil for nogle medføre en øget egenhåndtering, hvorfor det er problematisk, hvis de ikke er i stand hertil.
Formål	At undersøge hvilke barrierer og facilitatorer personer med diabetes, tilknyttet ambulant behandling i Region Nordjylland, oplever i forbindelse med at egenhåndtere diabetes. Viden herom skulle bidrage med forandringsforslag til fremtidig praksis, så personer med diabetes understøttes bedst muligt i egenhåndteringen.
Metode	Specialet tog udgangspunkt i en filosofisk hermeneutisk videnskabsteoretisk position. Der blev udført interviews af 8 personer med diabetes, og empirien blev analyseret ud fra en hermeneutisk analysestrategi. Herudover blev der udført en systematisk litteratursøgning samt et interview af en diabetessygeplejerske tilknyttet ambulant behandling i Region Nordjylland, som blev brugt til diskussionen af resultaterne.
Resultater	Facilitatorer for egenhåndtering var accept af diabetes, social støtte fra omgangskredsen og den sundhedsprofessionelle, digital hjælp og medicinsk teknologi. Barrierer for egenhåndtering er manglende social støtte fra omgangskredsen, fysiske og følelsesmæssige konsekvenser af diabetes, komorbiditeter, økonomiske udfordringer, manglende initiering af kontakt ved behov for hjælp samt udfordringer ved at vurdere sit behov for hjælp. Med afsæt i resultaterne blev der udviklet forandringsforslag til fremtidig praksis, som skal kunne imødekomme disse barrierer og facilitatorer.
Konklusion	For at imødekomme de utilsigtede negative konsekvenser, som den behovsdrevne behandlingstilgang kan være forbundet med, anbefales det, at SDCN tager højde for de facilitatorer og barrierer, der er for egenhåndtering gennem inddragelse af forandringsforslagene udviklet i specialet.

Abstract

Title

Proposals for change for a needs-driven treatment approach for people with diabetes.

Background

Steno Diabetes Center Nordjylland (SDCN) wants to change the approach for treatment in the outpatient clinics for people with diabetes from a fixed standardized treatment to an individual needs-driven treatment. The aim is that people no longer have to come to treatments they do not feel a need for. This will release resources for those with greater needs for treatment and at the same time increase patient satisfaction across all people associated with outpatient treatment. For some, the new treatment approach will lead to increased self-management, which is why it is problematic, if they are not able to do this.

Purpose

The purpose of this project was to examine which barriers and facilitators people with diabetes, associated with an outpatient treatment in Region Nordjylland, experience in relation to self-management of diabetes. This knowledge was supposed to contribute to proposals for change for future practice, so that people with diabetes are supported in the best possible way in self-management.

Method

This project was based on a philosophical hermeneutic scientific theoretical approach. Interviews were conducted with 8 people with diabetes, which was analyzed with a hermeneutic analysis strategy. In addition, a systematic literature search was carried out as well as an interview of a diabetes nurse associated with SDCN, which was used for the discussion of the results.

Results

Facilitators for self-management were acceptance of diabetes, social support from the circle of friends and the health professional, digital help and medical technology. Barriers for self-management were lack of social support from the social network, physical and emotional consequences of diabetes, comorbidities, financial challenges, failure to initiate contact when help is needed and challenges in assessing one's need for help. Based on the results, proposals were developed for what changes can be made in future practice to meet these barriers and facilitators.

Conclusion

In order to meet the unintended consequences that the needs-driven treatment approach may be associated with, it is recommended that the SDCN, as far as possible, takes into account the facilitators and barriers to self-management through the inclusion of the change proposals developed in this project.

Indholdsfortegnelse

1. Initierende problem.....	1
2. Problemanalyse.....	2
2.1 <i>Diabetes som et folkesundhedsmæssigt problem</i>	2
2.1.1 Stigningen i antallet af personer med diabetes og problemet herved.....	2
2.1.2 Negative konsekvenser af diabetes	2
2.2 <i>En behovsdrevet behandlingstilgang som forsøg på at imødekomme den stigende andel af personer med diabetes</i>	4
2.3 <i>Kompleksiteten i at egenhåndtere diabetes</i>	6
2.4 <i>Mulige utilsigtede negative konsekvenser af en behovsdrevet behandlingstilgang.....</i>	9
2.5 <i>Social ulighed i egenhåndtering af diabetes.....</i>	11
3. Problemafgrensning	14
4. Problemformulering.....	15
5. Metode	15
5.1 <i>Planlægningsmodel for udviklingen af forandringsforslag</i>	15
5.2 <i>Hermeneutikken som videnskabsteoretisk position.....</i>	17
5.3 <i>Etiske overvejelser</i>	19
5.4 <i>Interview som metode</i>	21
5.4.1 Rekrutteringsproces.....	21
5.4.2 Indsamling af empiri	22
5.4.3 Bearbejdning af empiri.....	24
5.5 <i>Systematisk litteratursøgning.....</i>	27
5.5.1 Valg af databaser.....	27
5.5.2 Søgeprotokol	27
5.5.3 Udvælgelse af studier	29
6. Analyse af interviews.....	31
6.1 <i>Barrierer og facilitatorer.....</i>	33
6.1.2 Accept af diabetes	33
6.2 <i>Barrierer</i>	34
6.2.1 Manglende initiering af kontakt ved behov	34
6.2.3 Svært ved at vurdere hvornår der er behov for hjælp af de sundhedsprofessionelle	36
6.2.4 Frygt for forkert blodsukkerniveau	38
6.2.5 Fysiske konsekvenser af diabetes.....	39

6.3 Facilitatorer.....	41
6.3.1 Social støtte	41
6.3.2 Digital hjælp.....	45
6.3.3 Medicinsk teknologi.....	47
7. Diskussion.....	50
7.1 Resultatdiskussion.....	50
7.1.1 Social støtte fra omgangskreds.....	51
7.1.2 Social støtte fra de sundhedsprofessionelle.....	53
7.1.3 Fysiske og følelsesmæssige konsekvenser af diabetes samt komorbiditeter	54
7.1.4 Økonomiske udfordringer	57
7.1.5 Digital hjælp.....	57
7.1.6 Medicinsk teknologi.....	59
7.1.7 Svært ved at vurdere behov og manglende initiering af kontakt.....	61
7.2 Metodediskussion.....	64
7.2.1 Pålidelighed og bekræftelighed.....	64
7.2.2 Troværdighed	65
7.2.3 Overførbarhed	68
8. Forandringsforslag til praksis	70
9. Konklusion	74
10. Perspektivering	75
11. Referenceliste	76

1. Initierende problem

Der er i dag ca. 1,2 mio. danskere med kroniske sygdomme (Diabetesforeningen, 2022), hvoraf diabetes er en af de sygdomme, som flest danskere rammes af (Sundhedsstyrelsen, 2023). I år 2022 var 348.901 danskere diagnosticeret med diabetes, hvilket svarer til 5,6% af befolkningen (Videncenter for Diabetes, 2023). Diabetes kan være forbundet med flere følgesygdomme og komplikationer, og er en af de sygdomme med de største velfærdsmæssige udgifter i Danmark (Sundheds- og ældreministeriet, 2017). Antallet af personer med diabetes har været stigende gennem mange år (Videncenter for Diabetes, 2023), og Sundhedsministeriet vurderer, at stigningen vil fortsætte (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2016).

I Danmark er Steno Diabetes centrene udviklet for at øge kvaliteten af behandlingen af diabetes og styrke forebyggelsen heraf (Novo Nordisk Fonden, 2018). En fælles oplevelse på tværs af centrene er dog, at der ikke er tilstrækkelige ressourcer til at give alle den nødvendige behandling (Praksiskontakt, SDCN, 2023). For at imødekomme dette problem vil Steno Diabetes Center Nordjylland (SDCN) forsøge at ændre behandlingstilgangen i ambulatorierne, som på nuværende tidspunkt består af mindst én årlig behandling til personer med type 1-diabetes samt personer med type 2-diabetes, der har svære komplikationer (Steno Diabetes Center Nordjylland, 2023b). Med denne ændring vil SDCN skabe en mere behovsdrivet behandlingstilgang ved at flytte ressourcer fra personer med et mindre behov for behandling til dem med et større behov (Praksiskontakt, SDCN, 2023). Den behovsdrivne del indebærer, at konsultationer først aftales og bookes, når personen selv eller behandleren identificerer et behov (Praksiskontakt, SDCN, 2023). Behandlingstilgangen kan således medføre en øget egenhåndtering hos de personer med diabetes, der i en længere periode ikke skal ses med en sundhedsprofessionel. SDCN er bevidste om, at en mulig utilsigtet negativ konsekvens af forandringen af den grund kan være, at nogle personer ikke får den nødvendige behandling (Praksiskontakt, SDCN, 2023). Dette er et problem, da formålet med forandringen netop er, at flere får den nødvendige behandling.

2. Problemanalyse

2.1 Diabetes som et folkesundhedsmæssigt problem

De følgende to afsnit har til formål at belyse prævalensen og incidensen af diabetes og de sundheds- og samfundsmæssige konsekvenser heraf. Det skal samlet være med til at belyse, hvorfor diabetes kan anses som et folkesundhedsmæssigt problem både på individ- og samfundsniveau.

2.1.1 Stigningen i antallet af personer med diabetes og problemet herved

I Danmark er der næsten 350.000 personer med diabetes (Videnscenter for diabetes, 2023). Knap 32.000 (ca. 9%) har type 1-diabetes, hvorimod knap 310.000 (ca. 89%) har type 2-diabetes (Videnscenter for diabetes, 2023). De resterende har andre typer af diabetes (Videnscenter for diabetes, 2023). Der er de sidste 20 år sket en fordobling af antallet af personer med diabetes, og stigningen forventes at fortsætte (Sundhedsstyrelsen, 2023 - *Tal og fakta om diabetes*). Antallet af personer med type 1-diabetes har været relativt stabilt, hvorfor fordoblingen skyldes den stigende andel af personer med type 2-diabetes (Sundhedsstyrelsen, 2023 - *Tal og fakta om diabetes*). I 2030 forventes der at være 467.000 personer med diabetes i Danmark (Diabetesforeningen, 2023d). Årligt koster diabetes samfundet min. 31,8 mia. kroner (Diabetesforeningen, 2023m). Omkostningerne er fordelt på hhv. produktivitetstab, pleje, behandling på sygehus og hos almen praksis samt medicin (Diabetesforeningen, 2023m). Problemet med den stigende forekomst af diabetes skal ses i lyset af det pres, som det danske sundhedsvæsen i dag er under (Diabetesforeningen, 2022). Sundhedspersonalet er tidspresset og pga. faldet af sundhedspersonale, og en samtidig stigning af ældre og personer med kronisk sygdom, er der et manglende match mellem andelen af sundhedspersonale og andelen af patienter (Diabetesforeningen, 2022). Den stigende andel af personer med diabetes anses derfor som værende et problem for samfundet, da behandlingen ikke kan følge med. Det er et problem, da alle dermed ikke vil få den nødvendige behandling, og dermed vil være i større risiko for de sundhedsmæssige konsekvenser, som vil blive uddybet i følgende afsnit.

2.1.2 Negative konsekvenser af diabetes

Diabetes kan medføre alvorlige følgesygdomme i form af øjen-, nerve-, nyre- og hjertekarsygdomme (Diabetesforeningen, 2023i). De to sidstnævnte øger risikoen for død

markant (Sapra & Bhandari, 2022). Diabetisk øjensygdom kan i værste tilfælde medføre blindhed (Diabetesforeningen, 2023h), og diabetisk nervesygdom kan medføre skader på det autonome, motoriske og sensoriske nervesystem (Diabetesforeningen, 2023g). Diabetisk nervesygdom er en årsag til den udbredte følgesygdom 'diabetisk fodsår', som kan forårsage alvorlige infektioner og ende ud i amputationer (Diabetesforeningen, 2023j). Andre følgesygdomme, der er af mindre alvorlig grad, er bl.a. tandkødsbetændelse, paradentose, kropslig træthed i led og muskler, cøliaki, søvnapnø samt hudforandringer (Diabetesforeningen, 2023i). Alle ovenstående følgesygdomme kan forringe livskvaliteten markant (Diabetesforeningen, 2023d). Personer med en velreguleret diabetes, herunder et kolesterolniveau, langtidsblodsukker og blodtryk så tæt på det normale niveau, som muligt (Diabetesforeningen, 2023c), har lavere risiko for at udvikle følgesygdomme end personer med en dysreguleret diabetes (Diabetesforeningen, 2023i).

Diabetes kan også påvirke det psykologiske og sociale helbred (Duinkerken et al., 2020). Flere studier viser, at personer med diabetes har en lavere livskvalitet sammenlignet med personer uden diabetes (Alonso et al., 2004; Rubin & Peyrot, 1999; de Grauw et al., 1994). Herudover ses personer med diabetes at have en øget risiko for depression og angst sammenlignet med personer uden diabetes (Kalra et al., 2018). I et tværsnitsstudie af Nicolucci et al. (2013) er prævalensen af udvalgte diabetesrelaterede psykosociale udfald undersøgt på tværs af 17 lande heriblandt Danmark. 44,6% af de i alt 8596 deltagende angiver at have diabetesstress (Nicolucci et al., 2013), som er en reaktion på de bekymringer og belastninger, der kan opstå ifm. håndteringen af diabetes (Diabetesforeningen, 2023e). 46,2% rapporterer, at deres diabetes har en negativ indflydelse på deres emotionelle velvære, og 55,5% føler sig bekymret for hændelser med for lavt blodsukker (hypoglykæmi) (Nicolucci et al., 2013). En af de sociale konsekvenser af diabetes kan være en negativ påvirkning på parforholdet (Diabetesforeningen, 2000). Det kan både være i form af konflikter i parforholdet relateret til hensyn, der skal tages ift. diabetes (Diabetesforeningen, 2000), og en påvirkning på sexlivet for begge køn (Diabetesforeningen, 2023n). De seksuelle komplikationer udløses af et dårligt reguleret blodsukker (Diabetesforeningen, 2023l; Diabetesforeningen, 2023k). En anden social konsekvens af diabetes er oplevelsen af ensomhed (Duman, 2016). En undersøgelse af Diabetesforeningen viser, at 14,6% af personer med diabetes over 18 år føler sig ensomme (Duman, 2016). Et tværsnitsstudie af Kobo et al. (2021) viser tilmed, at cirka en femtedel af personer med diabetes oplever svær ensomhed.

Med afsæt i den store stigning i andelen af personer med diabetes og de individorienterede og samfundsmæssige konsekvenser heraf vurderes diabetes at udgøre et folkesundhedsmæssigt problem. Det vurderes problematisk, såfremt der ikke er ressourcer til at give personer med diabetes den nødvendige behandling. Hos Steno Diabetes Center Nordjylland (SDCN) ønsker de at imødekomme denne problematik ved at ændre i behandlingstilgangen til personer med diabetes. Det vil blive uddybet i det følgende.

2.2 En behovsdrevet behandlingstilgang som forsøg på at imødekomme den stigende andel af personer med diabetes

I det følgende afsnit vil det belyses, hvor SDCN ser potentiale i at foretage en forandring for at imødekomme problemet med den stigende sygdomsbyrde relateret til diabetes og de deraf begrænsede ressourcer til behandling.

I 2017-2018 blev Steno Diabetes Center Sjælland, Copenhagen, Odense, Aarhus og Region Nordjylland etableret gennem en bevilling fra Novo Nordisk Fonden (Novo Nordisk Fonden, 2018). Formålet med centrene er i højere grad at forebygge komplikationer samt højne livskvaliteten blandt personer med diabetes gennem en øget kvalitet af behandlingen (Novo Nordisk Fonden, 2018). Centrene oplever dog alle den stigende sygdomsbyrde relateret til diabetes som værende et problem grundet de færre økonomiske og menneskelige ressourcer hertil (Praksiskontakt, SDCN, 2023). Problemet består i, at der ikke er ressourcer til at give dem med størst behov den nødvendige behandling, hvilket bl.a. kan resultere i, at for mange personer med diabetes er dysreguleret (Praksiskontakt, SDCN, 2023). Hos SDCN ser de en nødvendighed i at foretage en forandring i diabetesbehandlingen for at imødekomme problemet ift. den stigende sygdomsbyrde relateret til diabetes. Her ser de et potentiale i at foretage en forandring i den ambulante behandling (Praksiskontakt, SDCN, 2023).

I 2020-2022 oplevede SDCN, at de i ambulatorierne ikke overholdt minimumskravet for, hvor stor en andel af personer med diabetes, der skal have et normalt langtidsblodsukker og blodtryk (RKKPs Videncenter, 2023). Det betyder, at der i ambulatorierne i Region Nordjylland er en for stor andel, der har en dysreguleret diabetes. De borgere, der er tilknyttet ambulatorierne, er voksne over 18 med type 1-diabetes og personer med type 2-diabetes, der har svære komplikationer (Steno Diabetes Center Nordjylland, 2023b). Den nuværende behandling i ambulatorierne i Region Nordjylland består af en fast årlig sammedagsscreening (Steno

Diabetes Center Nordjylland, 2023b) og konsultationer med en sygeplejerske flere gange om året afhængig af den enkeltes situation (Praksiskontakt, SDCN, 2023). Sammedagsscreeningen består af en blodprøvetagning og en screening for nyre-, øjen-, nerve- og hjertekarsygdom samt fodproblemer (Steno Diabetes Center Nordjylland, 2023b). Herudover består screeningen af en samtale med en sygeplejerske, hvor risikofaktorer relateret til kost, rygning, alkohol og motion bliver vurderet, og hvor borgerne modtager rådgivning og sparring omkring injektionsteknik og et liv med diabetes (Steno Diabetes Center Nordjylland, 2023b). Sidst består screeningen af en samtale med en læge, hvor borgeren får svar på de prøver, der er taget på dagen (Steno Diabetes Center Nordjylland, 2023b). I behandling gøres brug af et PRO-spørgeskema, også kaldet DiaProfil, som forud for konsultationen sendes til borgerne (Praksiskontakt, SDCN, 2023). Spørgeskemaet er et værktøj til at få et kendskab til personens fysiske og mentale helbredstilstand, funktionsniveau samt livskvalitet, og gør det muligt for de sundhedsprofessionelle at tage udgangspunkt i den enkeltes behov ud fra spørgeskemaet (Praksiskontakt, SDCN, 2023).

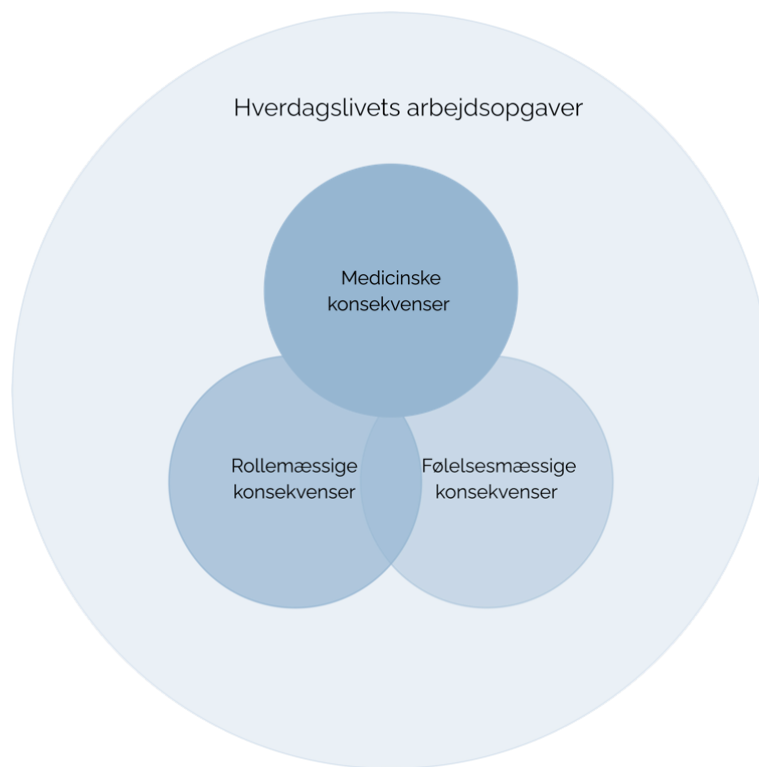
SDCN ønsker at ændre strukturen af behandlingstilgangen i ambulatorierne til en mere behovsdrivet behandling (Praksiskontakt, SDCN, 2023). Ved behovsdrivet skal forstås, at personer med diabetes kun modtager behandling, når de selv, eller de sundhedsprofessionelle, identificerer et behov herfor (Praksiskontakt, SDCN, 2023). Formålet med forandringen er, at de personer, som fra et sundhedsfagligt perspektiv, ikke har et behov for behandling, kan frigive ressourcer til dem, der har et behov (Praksiskontakt, SDCN, 2023). På den måde skal det være med til at imødekomme problemet med, at ikke alle borgere får den nødvendige behandling og dermed minimere andelen af personer med en dysreguleret diabetes (Praksiskontakt, SDCN, 2023). Formålet er dog ikke kun at omstrukturere ressourcerne, men ligeledes at øge patienttilfredsheden, både for personer med et øget behov for behandling og for personer, der ikke oplever et behov for behandling, da de dermed ikke længere skal bruge tid og ressourcer på at komme til behandling, de ikke oplever et behov for (Praksiskontakt, SDCN, 2023). Den behovsdrivne behandlingstilgang vil komme til at stille større krav til de borgere, der i en længere periode skal egenhåndtere, fordi de ikke får samme hjælp til deres diabetes som tidligere og fordi de selv har et ansvar for at henvende sig ved et behov (Praksiskontakt, SDCN, 2023). Det at egenhåndtere viser sig dog at være en kompleks opgave, hvorfor det kan have den utilsigtede negative konsekvens, at personen med diabetes kan udvikle komplikationer, såfremt personen ikke er i stand til at håndtere kompleksiteten. Kompleksiteten af egenhåndtering vil uddybes i det følgende.

2.3 Komplexiteten i at egenhåndtere diabetes

Følgende afsnit har til formål at belyse, hvad det indebærer at egenhåndtere diabetes, og fremanalysere hvilket problem, der kan opstå ifm. den øget egenhåndtering i den behovsdrevne behandlingstilgang. Sundhedsstyrelsen benytter begreberne egenbehandling, selvhjælp, selvbehandling, egenomsorg og selvmonitorering synonymt for dét at håndtere sygdom, og på engelsk sidestilles begreberne med self-management og self-care (Sundhedsstyrelsen, 2009). Egenhåndtering er den direkte oversættelse af self-management og udtrykker tydeligere end de andre synonymer, at det handler om at håndtere sin egen sygdom. Derfor er der gjort brug af begrebet egenhåndtering igennem hele specialet.

Der er ingen konsensus om definitionen af egenhåndtering (Willemann & Hanak, 2006; Van de Velde et al., 2019), og der er ikke entydige retningslinjer for, hvordan sundhedspersonalet med fordel kan vejlede i egenhåndteringen (Sundhedsstyrelsen, 2015; Lorig, & Holman, 2003). I 2019 blev der af Van de Velde et al. (2019) udarbejdet en begrebsanalyse af egenhåndtering ift. kronisk sygdom, netop med formålet om at opstille en klar definition herpå. Her fremgår det, at egenhåndtering kan defineres som den enkeltes evne til, i samarbejde med sundhedsprofessionelle og den sociale omgangskreds, at håndtere de medicinske samt følelses- og rollemæssige konsekvenser af den kroniske sygdom (Van de Velde et al., 2019). Det medicinske handler om de sygdomsspecifikke konsekvenser, sygdommen medfører. Det følelsesmæssige handler om at håndtere de følelser, sygdommen medfører, og det rollemæssige handler om at håndtere de konsekvenser, sygdommen har på den enkeltes hverdagsliv og roller i livet (Van de Velde et al., 2019). Definitionen tydeliggør, at egenhåndtering ikke udelukkende omhandler sygdomshåndtering, og at det ikke blot er et individuelt ansvar, da sundhedspersonalet og borgerens sociale omgangskreds spiller en væsentlig rolle for egenhåndteringen. En hensigtsmæssig egenhåndtering af diabetes er vigtig, da det ses at forbedre livskvaliteten, mindske risikoen for at udvikle senkomplikationer samt forhindre eller forkorte hospitalsindlæggelser (Diabetes UK, 2009). Det fremgår dog hverken i begrebsanalysen af Van de Velde et al. (2019) eller i studiet af Diabetes UK (2009), hvordan 'hensigtsmæssig' defineres, og hvordan dette måles eller afgøres. Når der i specialet refereres til en hensigtsmæssig egenhåndtering henfører det til, at en person netop er i stand til at håndtere de medicinske samt følelses- og rollemæssige konsekvenser af diabetes.

Egenhåndtering skal ses som en kontinuerlig opgave, som altid vil være en del af borgerens hverdag (Van de Velde et al., 2019), og mennesker vil derfor altid egenhåndtere (Lorig & Holman, 2003). Det er ikke muligt ikke at egenhåndtere, idet al form for adfærd vil afspejle en egenhåndtering (Lorig & Holman, 2003). Den største del af al egenhåndtering af sygdom foregår i individers hverdagsliv (Grøn et al., 2009). Hverdagslivet har stor indflydelse på borgerens mulighed for at gennemføre og fastholde en hensigtsmæssig egenhåndtering af sygdom (Grøn et al., 2009). Det skyldes, at egenhåndtering af sygdom kan ses som et arbejde, som skal balanceres med andre arbejdsopgaver (Corbin & Strauss, 1985). Arbejdsopgaverne består af dagligdagsarbejde såsom rengøring, erhvervsarbejde, ægteskabeligt arbejde, børneopdragelse og madlavning samt biografisk arbejde, som handler om at acceptere og håndtere ens nye identitet forbundet med sygdommen (Corbin & Strauss, 1985). Ifølge Corbin & Strauss (1985) kan egenhåndtering af sygdom således sidestilles med et arbejde, der dagligt skal afsættes ressourcer til ved siden af de øvrige arbejdsopgaver. Dét at egenhåndtere sygdom kan derfor ses som en kompleks opgave, idet individer dagligt skal prioritere sine ressourcer mellem de forskellige arbejdsopgaver, som alle kan opleves som værende af ligeværdig betydning (Corbin & Strauss, 1985). I tillæg hertil fremlægger Townsend et al. (2006) moralske dilemmaer, som handler om, at personen med sygdom kan opleve udfordringer med at prioritere mellem de forskellige arbejdsopgaver. I disse moralske dilemmaer ses det, at personer med sygdom til tider prioriterer at opretholde sin nuværende identitet og “normale liv” til fordel for sygdomshåndtering (Townsend et al., 2006). Foruden de moralske dilemmaer kan individet tilmed opleve daglige variationer inden for arbejdsområderne, fordi hverdagslivet og kontekstuelle betingelser er foranderlige (Corbin & Strauss, 1985). Et mixed method studie af Adu et al. (2019), som belyser hvilke udfordringer, der kan være forbundet med at egenhåndtere diabetes, belyser i tillæg hertil, at det, der virker den ene dag ift. sygdomshåndtering, ikke nødvendigvis vil virke den anden dag. Det betyder, at personer med diabetes ikke nødvendigvis kan lave en standardiseret plan for egenhåndtering af deres diabetes, da kroppens respons kan variere (Adu et al., 2019). De flertallige arbejdsopgaver, de moralske dilemmaer og den daglige variation i, hvad der virker og ikke virker, fremhæver kompleksiteten i at egenhåndtere diabetes. En fremstilling af kompleksiteten ved at egenhåndtere diabetes fremgår af figur 1.



Figur 1: Egenhåndtering involverer håndtering af medicinske, følelses- og rollemæssige konsekvenser af diabetes i samspil med hverdagslivets arbejdsopgaver.

Det er vigtigt, at personer med diabetes er i stand til at håndtere kompleksiteten, da det i afsnit 2.1.2 fremgår, at risikoen for følgesygdomme er lavere ved dem med en velreguleret diabetes, herunder en hensigtsmæssig egenhåndtering. Da den behovsdrevne behandlingstilgang for nogle personer med diabetes vil medføre en øget egenhåndtering, vil det således være problematisk, såfremt de ikke evner at egenhåndtere alle tre domæner i et komplekst samspil med andre arbejdsopgaver. SDCN har en bevidsthed om, at der er forskel på den enkeltes evne til at kunne egenhåndtere, hvorfor de har et ønske om at kunne identificere dem, der har sværere herved, da disse personer skal undtages fra selv at booke en tid (Praksiskontakt, SDCN, 2023). De har dog endnu ikke klarlagt, hvordan de sundhedsprofessionelle kan sikre sig, at de får sendt de rette borgere hjem for at egenhåndtere i en længere tidsperiode og hvordan de sikrer, at personer med behov for behandling får tildelt en tid (Praksiskontakt, SDCN, 2023). Den største utilsigtet negative konsekvens ved forandringen er derfor, at ikke alle får den nødvendige hjælp (Praksiskontakt, SDCN, 2023). Det vil være problematisk, da formålet med forandringen er, at flere personer med diabetes får den nødvendige hjælp. Det vurderes derfor relevant at belyse,

hvad andre har gjort sig af erfaringer med en behovsdrevet behandlingstilgang, hvorfor det vil fremgå i det følgende afsnit.

2.4 Mulige utilsigtede negative konsekvenser af en behovsdrevet behandlingstilgang

I det følgende afsnit vil det belyses, hvad der er gjort af erfaringer med en behovsdrevet behandlingstilgang i en sammenlignelig kontekst. Herudover vil det belyses, hvad oplevelsen er af en behovsdrevet behandlingstilgang blandt borgere og sundhedsprofessionelle. Samlet har det til formål at fremanalysere mulige utilsigtede negative konsekvenser ved en behovsdrevet behandlingstilgang.

På Sydvestjysk Sygehus i Esbjerg har de foretaget et randomiseret kontrolleret forsøg, der netop belyser forandringen fra standardiseret fast behandling til behovsdrevet behandling blandt personer med type 1-diabetes eller insulinkrævende diabetes (Ryg et al., 2021). Resultaterne af forsøget viser, at den behovsdrevne behandlingstilgang medfører færre konsultationer i ambulatoriet og et mindre ressourceforbrug af personalet (Ryg et al., 2021). Det skyldes bl.a. erstatning af fysisk fremmøde med telefoniske opkald, som er af kortere varighed end et fysisk fremmøde (Ryg et al., 2021). Personerne randomiseret til den behovsdrevne behandlingstilgang ses at opleve en større tilfredshed med behandlingen, fordi de undgår at møde op uden et behov, og fordi de føler sig mere involveret i håndteringen af deres diabetes (Ryg et al., 2021). Herudover viser forsøget ingen signifikante ændringer i langtidsblodsukkeret, LDL-kolesterol, blodtryk samt komplikationer sammenlignet med den standardiseret faste behandlingstilgang efter 2 års opfølgning (Ryg et al., 2021). Det angives at være positivt, da det var et mål, at kliniske parametre ikke måtte forringes (Ryg et al., 2021). Umiddelbart tyder forsøget derfor ikke på, at den behovsdrevne behandlingstilgang vil medføre den utilsigtet negative konsekvens, at ikke alle får den nødvendige behandling. Forskerne af studiet forholder sig dog kritiske over for de positive resultater. De beskriver, at 2 års opfølgning kan være for kort en tidshorisont til at opdage senkomplikationer af diabetes, hvorfor det er uklart, om der, inden for en længere tidsperiode, er større risiko for senkomplikationer ved den behovsdrevne behandlingstilgang (Ryg et al., 2021). I forsøget ekskluderede de personer med alvorlige psykiatriske lidelser, kognitive lidelser, andre lidelser, som kunne nedsætte patientens egen vurdering af behov for behandling og personer, hvor en behovsdrevet behandlingstilgang kunne udgøre en risiko for deres helbred (Ryg et al., 2021).

Det beskriver forskerne ydermere som en begrænsning for resultaterne, da de derfor ikke er overførbare til alle personer med type 1-diabetes eller insulinkrævende diabetes (Ryg et al., 2021). I forsøget er personernes langtidsblodsukker i begge grupper ved baseline inden for det normale niveau (Ryg et al., 2021). Forskerne skriver, at eksklusionskriterierne derfor kan have medvirket til, at de kun fik personer med, som havde en velreguleret diabetes (Ryg et al., 2021). Med afsæt i at forsøget ekskluderer sårbare grupper for en behovsdrevet behandlingstilgang kan der således alligevel stilles spørgsmål ved, hvorvidt en behovsdrevet behandlingstilgang kan medføre den utilsigtet negative konsekvens, at ikke alle får den nødvendige hjælp. Det er ligeledes uklart, hvorvidt en behovsdrevet behandlingstilgang af denne grund kan medføre den utilsigtet negative konsekvens, at patienttilfredsheden falder.

Foruden de målbare resultater af en behovsdrevet behandlingstilgang, er der lavet flere undersøgelser af hhv. borgernes samt sundhedsprofessionelles oplevelse heraf. Generelt ses personer med diabetes at værdsætte de fastlagte konsultationer, da det har en tryghedsskabende effekt, at lægen kan følge med i deres diabetes, og fordi de giver en motivation for at fastholde en sund livsstil (Martin & Topholm, 2021). En forandring af strukturen af den nuværende behandlingstilgang kan derfor give anledning til den utilsigtet negative konsekvens, at personer med diabetes kan opleve en utryghed forbundet hermed og en manglende motivation for at egenhåndtere hensigtsmæssigt. En rapport fra VIVE, som bl.a. omhandler patienters oplevelser af behovsdrevet behandling, viser, at den behovsdrevne behandlingstilgang, for nogle personer, kan være uhensigtsmæssig, fordi nogle kan være tilbageholdende ift. at tage kontakt til sundhedsvæsenet til trods for et behov herfor (Martin et al., 2019). Denne tilbageholdenhed kan skyldes en angst for at ringe, en overbevisning om, at symptomerne går væk af sig selv samt en manglende lyst til at være til besvær (Martin et al., 2019). Når borgerne venter for længe med kontakt, kan det resultere i indlæggelser, som ellers kunne være undgået (Martin et al., 2019). Den behovsdrevne behandlingstilgang kan derfor have den utilsigtet negative konsekvens, at borgere, der ikke formår at tage kontakt ved behov, ikke får den nødvendige hjælp. Det er derfor problematisk, hvis der i den behovsdrevne behandlingstilgang i ambulatorierne i Region Nordjylland ikke tages højde for, at ikke alle personer med diabetes vil initiere en kontakt ved et behov. I rapporten af VIVE fremgår det ikke, hvilke personer, der særligt ses at være forbeholden over for at tage kontakt til sundhedsvæsenet. I et kvalitativt studie af Lorenc et al. (2022), som undersøger sundhedsprofessionelle perspektiv på en behovsdrevet behandlingstilgang relateret til hoved- og nakkekræft, fremgår der dog en særlig bekymring for, at personer med konkurrerende helbredsproblemer og en lavere

socioøkonomisk status i mindre grad vil initiere kontakten til sundhedsprofessionelle, da de generelt ses at have en mindre hensigtsmæssig egenhåndtering af sygdom. Det er således et problem, såfremt de personer med diabetes, der vælger ikke at initiere kontakten, i forvejen ses at have en mindre hensigtsmæssig egenhåndtering, da det dermed kan forøge deres risiko for at udvikle negative konsekvenser af diabetes. Danske sundhedsprofessionelle udtrykker generelt en forbeholdenhed overfor en behovsdrevet behandlingstilgang, fordi de er bekymret for, hvorvidt borgerne er i stand til at håndtere den øget egenhåndtering, den behovsdrevet tilgang medfører (Sundhedsstyrelsen, 2012a). Den behovsdrevne behandlingstilgang kan derfor tillige medføre en utryghed blandt de sundhedsprofessionelle.

Ovenstående tydeliggør, at en behovsdrevet behandlingstilgang kan medføre flere utilsigtede negative konsekvenser, som potentielt kan være forårsaget af en social ulighed i egenhåndtering. Det vurderes problematisk, såfremt de sundhedsprofessionelle og SDCN ikke har en viden om, hvorvidt der er en social ulighed i egenhåndteringen af diabetes, da en viden herom kan være afgørende for, at de sundhedsprofessionelle får sendt de rette borgere hjem for at egenhåndtere i en længere tidsperiode.

2.5 Social ulighed i egenhåndtering af diabetes

Det følgende afsnit har til formål at belyse, hvorvidt der er en social ulighed i egenhåndtering af diabetes. Hertil vil det fremanalyseres, hvorvidt det for SDCN er muligt at klarlægge, hvordan de sundhedsprofessionelle kan sikre sig, at de rette borgere sendes hjem for at egenhåndtere og at de rette borgere får tildelt en tid til behandling. I studierne i det følgende afsnit måles egenhåndtering ud fra reguleringen af blodsukkerniveauet. Følgende afsnit rummer derfor kun en analyse af social ulighed ift. det medicinske domæne af egenhåndtering.

Køn ses at være en faktor, der har indflydelse på egenhåndteringen af diabetes, idet kvinder ses at have en bedre regulering af sin diabetes end mænd (Gonzalez-Zacarias et al., 2016; Abubakari et al., 2016; Sortsø et al., 2016). I en nøgletalsmappe af SDCN fremgår det ligeledes, at mænd har flere senkomplikationer af diabetes sammenlignet med kvinder (Nikontovic & Appel, 2020). I Region Nordjylland viser tal fra 2021, at der i gennemsnit ikke er stor forskel i langtidsblodsukkeret mellem mænd og kvinder (Ekspertudsagn, SDCN, 2023), men det er uvist, hvorvidt det generelt gør sig gældende, og dermed hvorvidt der ses en social ulighed i egenhåndtering relateret til køn i Region Nordjylland. Det er desuden uklart, hvorvidt alder har

en betydning for borgernes egenhåndtering. Flere kvantitative studier viser, at ældre har en bedre egenhåndtering af sin diabetes end yngre (Abubakari et al., 2016; Xie et al., 2020). Et systematisk review af kvalitative studier peger dog modsat på, at ældre kan have sværere ved at egenhåndtere deres diabetes, fordi de ligeledes skal håndtere andre aldersrelaterede sygdomme (Li et al., 2022). Hos SDCN har de ikke observeret en forskel i egenhåndtering ift. forskellige aldersgrupper (Praksiskontakt, SDCN, 2023), og statistikker hos SDCN viser, at de forskellige aldersgrupper har nogenlunde ens gennemsnitligt langtidsblodsukker (Ekspertudsagn, SDCN, 2023). Med afsæt i statistikkerne fra SDCN vil det derfor ikke være muligt at bruge køn og alder som en af indikatorerne for, om borgerne kan sendes hjem for i højere grad at egenhåndtere eller bør få tildelt en tid.

Flere kvantitative studier belyser en ulighed i egenhåndteringen af diabetes relateret til socioøkonomisk status, primært målt på uddannelsesniveau og indkomst, hvor lav socioøkonomisk status er associeret med en dårligere egenhåndtering (Bott et al., 1994; Adwan & Najjar, 2013; Sortsø et al., 2018; Gonzalez-Zacarias et al., 2016; Grintsova et al., 2014; Abubakari et al., 2016; Wiebe et al., 2016). En dansk registerbaseret undersøgelse af Sortsø et al. (2018) viser, at personer med en lav socioøkonomisk status, herunder lavt uddannelsesniveau og lav indkomst, i højere grad udvikler senkomplikationer af diabetes og lever kortere tid sammenlignet med personer med en høj socioøkonomisk status. Et systematisk review af Gonzalez-Zacarias et al. (2016) viser, at dobbelt så mange personer med lav socioøkonomisk status, herunder lavt uddannelsesniveau og lav indkomst, har flere tilfælde med hypoglykæmi sammenlignet med personer med høj socioøkonomisk status. Sammenhængen mellem lav socioøkonomisk status og en mindre hensigtsmæssig egenhåndtering af diabetes kan blandt andet tilskrives en lav self-efficacy (Xie et al., 2020) og lave sundhedskompetencer (Friis et al., 2016). Begrebet self-efficacy refererer til personers tro på egne evner til at kunne opnå det, der sættes for (Bandura, 1997). Sundhedskompetence angives at være personers evne til at kunne tilgå, forstå samt handle på sundhedsinformation, herunder evnen til at kunne begå sig i sundhedsvæsenet og tage beslutninger om egen sundhed (Aaby et al., 2022). Ovenstående viser, at self-efficacy og sundhedskompetence er væsentlige faktorer for den sociale ulighed i egenhåndtering af diabetes, og at der er en tæt sammenhæng mellem lav socioøkonomisk status og disse faktorer. De sundhedsprofessionelle i diabetesambulatorierne indhenter ikke oplysninger om socioøkonomisk status, da de rent juridisk ikke har tilladelse hertil (Ekspertudsagn, SDCN, 2023). De indhenter heller ikke oplysninger om borgernes self-efficacy og sundhedskompetencer. Det er vurderet ud fra at

sammenholde spørgsmålene i spørgeskemaet DiaProfil med validerede spørgeskemaer omhandlende sundhedskompetence udarbejdet af Jensen et al. (2021) og self-efficacy udarbejdet af Chen et al. (2001). Sundhedsprofessionelle i diabetesambulatorierne har derfor heller ikke på nuværende tidspunkt mulighed for at bruge socioøkonomisk status, self-efficacy eller sundhedskompetence som en indikator for, om de kan sende borgere hjem til en øget egenhåndtering eller om de bør få tildelt en tid.

Der ses ligeledes en ulighed i egenhåndtering mellem personer med type 1-diabetes og type 2-diabetes (Abubakari et al., 2016). Personer med type 1-diabetes ses at have en mere hensigtsmæssig egenhåndtering sammenlignet med personer med type 2-diabetes (Abubakari et al., 2016). I ambulatorierne i Region Nordjylland ses der generelt også at være en større procentdel hos personer med type 2-diabetes, der har en dysreguleret diabetes, vurderet ud fra langtidsblodsukker, sammenlignet med personer med type 1-diabetes (RKKPs Videnscenter, 2023). Flere kvantitative studier viser dog, at personer med type 2-diabetes oftere har en lavere socioøkonomisk status sammenlignet med personer med type 1-diabetes (Connolly et al., 2000; Evans et al., 2000), hvorfor sammenhængen i relation til diabetes type kan være forårsaget af den socioøkonomisk status. Foruden sygdomstype og/eller socioøkonomisk status ses varighed af diabetes også at have en betydning for egenhåndteringen (Abubakari et al., 2016; Xie et al., 2020). Personer, der har haft diabetes over en længere tidsperiode, ses at have en mere hensigtsmæssig egenhåndtering end personer, der har haft diabetes i en kortere tidsperiode (Abubakari et al., 2016; Xie et al., 2020). Det kan skyldes, at personer, der har haft diabetes i en længere tidsperiode, over længere tid har fået hjælp og dermed i højere grad formår at kontrollere deres diabetes (Xie et al., 2020). Da de sundhedsprofessionelle både har oplysninger om diabetestype og varighed af diabetes, vil det være muligt for dem at bruge disse to parametre, som indikatorer på, hvorvidt borgere skal sendes hjem til en øget egenhåndtering eller tildeles en tid til behandling.

Andre grupper, der er i øget risiko for at have en mindre hensigtsmæssig egenhåndtering af diabetes er personer uden social støtte (Xie et al., 2020; Sayeed et al., 2020; Ahola & Groop, 2013; Glasgow et al., 2001), personer med etnisk minoritetsbaggrund, psykisk sygdom, multisygdom og socialt udsatte (VIVE, 2020). Socialt udsatte defineres som borgere, der lever med belastende livsomstændigheder såsom alkohol- og stofmisbrug, prostitution, fattigdom og hjemløshed (VIVE, 2020). De sundhedsprofessionelle i diabetesambulatorierne indhenter, gennem spørgeskemaet DiaProfil, oplysninger om social støtte, multisygdom og psykisk

sygdom (Praksiskontakt, SDCN, 2023), hvor de kan se, at multisygdom og psykisk sygdom er associeret med en mindre hensigtsmæssig egenhåndtering af diabetes (Ekspertudsagn, SDCN, 2023). Gennem DiaProfil indhentes der tilmed oplysninger om alkoholforbrug, men ikke de andre beskrevne livsomstændigheder ift. at være socialt udsat, hvilket begrænser de sundhedsprofessionelle i at kunne identificere, hvorvidt personen er socialt udsat.

De ovenstående afsnit belyser, at der kan være nogle forskellige indikatorer, som de sundhedsprofessionelle kan bruge i vurderingen af, hvorvidt borgere kan sendes hjem til en øget egenhåndtering eller om de bør tildeles en tid til behandling. Det vil dog altid være en individuel samlet vurdering ud fra alle ovenstående faktorer, hvad de forskellige borgere bør tilbydes. Herudover er der nogle faktorer, der har en stærk sammenhæng med egenhåndteringen, herunder socioøkonomisk status, self-efficacy og sundhedskompetence, som de sundhedsprofessionelle på nuværende tidspunkt ikke afdækker i konsultationen. Med afsæt i den individuelle vurdering og manglende viden om disse væsentlige faktorer kan det derfor blive en udfordring for de sundhedsprofessionelle at sikre sig, at de får sendt de rette borgere hjem for at egenhåndtere og får tildelt de rette borgere en tid til behandling. Hvis de sundhedsprofessionelle ikke kan sikre sig, at de får sendt de rette borgere hjem til en øget egenhåndtering kan den behovsdrevne behandlingstilgang medføre den utilsigtet negative konsekvens, at sundhedspersonalet fejlagtigt sender personer hjem til en øget egenhåndtering, som er i risiko for at have en mindre hensigtsmæssig egenhåndtering.

3. Problemafgrænsning

Med afsæt i udfordringen forbundet med at sikre, at de sundhedsprofessionelle får sendt de rette borgere hjem til en øget egenhåndtering og får tildelt de rette borgere tid til behandling, vil den behovsdrevne behandlingstilgang komme til at stille større krav til alle personer med diabetes. Det skyldes, at alle potentielt kan risikere at blive sendt hjem for at egenhåndtere sin diabetes i en længere periode. Foruden denne risiko for at sende alle hjem fremgår det tilmed, at kompleksiteten ved at egenhåndtere diabetes kan medføre, at alle potentielt kan være i risiko for at have en mindre hensigtsmæssig egenhåndtering. Det tydeliggør derfor, at den behovsdrevne behandlingstilgang forudsætter, at alle personer med diabetes er tilstrækkeligt understøttet i at kunne egenhåndtere i et dynamisk hverdagsliv. Såfremt det ikke er tilfældet, kan det medføre den utilsigtet negative konsekvens, at nogle ikke får den nødvendige behandling og dermed er i øget risiko for at udvikle negative konsekvenser af diabetes. Hvis

de sundhedsprofessionelle skal kunne opfylde kravene om at understøtte personer med diabetes i en hensigtsmæssig egenhåndtering, vurderes det således problematisk, hvis de ikke har indsigt i, hvilke barrierer og facilitatorer personer med diabetes oplever ifm. at egenhåndtere.

4. Problemformulering

Med afsæt i ovenstående problemstilling var problemformuleringen for specialet:

Hvilke barrierer og facilitatorer oplever personer med diabetes, tilknyttet ambulant behandling i Region Nordjylland, i forbindelse med at egenhåndtere diabetes? Hvordan kan denne viden integreres i fremtidig praksis med formålet om at understøtte den øget egenhåndtering af diabetes ifm. en behovsdrevet behandlingstilgang?

Besvarelsen af problemformuleringen skulle føre til forandringsforslag til fremtidig praksis. Problemformuleringen blev besvaret gennem interviews af personer med diabetes tilknyttet ambulant behandling i Region Nordjylland og en systematisk litteratursøgning. Den systematiske litteratursøgning havde til formål at undersøge, hvad tidligere kvalitativ forskning har fundet af barrierer og facilitatorer ift. egenhåndtering af diabetes, og denne viden blev brugt til at diskutere resultaterne fra interviewene, herunder til at understøtte eller supplere fundene.

5. Metode

De følgende afsnit har til formål at beskrive, hvilke metodiske valg, der blev taget undervejs i specialet.

5.1 Planlægningsmodel for udviklingen af forandringsforslag

Formålet med problemformuleringen var at bidrage med forandringsforslag til den behovsdrevne behandlingstilgang. Derfor kunne specialet ses som et bidrag til udviklingen heraf. Følgende afsnit har derfor til formål at beskrive og argumentere for, hvilken model, der er taget udgangspunkt i for at udvikle forandringsforslagene.

Det problem, som specialet tager udgangspunkt i er, at alle personer med diabetes ifm. med den behovsdrevne behandling potentielt kan blive sendt hjem for at egenhåndtere i en længere

periode. Det er et problem, da ikke alle nødvendigvis vil være i stand til at håndtere den øget egenhåndtering, hvorfor disse personer er i risiko for at have en mindre hensigtsmæssig egenhåndtering kan medføre flere fysiske, psykiske og sociale problematikker, som både er et problem for individet og samfundet. Problemer, der er en konsekvens af menneskers adfærd og som ikke blot har én årsagsforklaring, er ifølge Krogstrup (2020) komplekse problemer. Da egenhåndtering kan sidestilles med menneskets adfærd ift. sygdom, og er influeret af mange forskellige faktorer, som eksempelvis hverdagslivets opgaver og sociodemografiske karakteristika, kan den mindre hensigtsmæssige egenhåndtering ifm. en behovsdreven behandlingstilgang derfor anskues som et komplekst problem. Ved komplekse problemer er det nødvendigt at tænke i komplekse interventioner (Petersen et al., 2022). Komplekse interventioner kan beskrives som ikke-standardiserede interventioner, der bliver tilpasset efter det enkelte individ (Petersen et al., 2022). I udviklingen af den behovsdrevne behandlingstilgang er det vigtigt, at kompleksiteten i at egenhåndtere imødekommes. Forandringsforslagene har derfor til formål at imødekomme de barrierer og facilitatorer, personer med diabetes oplever ifm. egenhåndteringen. Forandringsforslagene er dog afhængige af det enkelte individs behov og kontekst, hvorfor de ikke skal ses som faste standardiserede løsninger til alle personer med diabetes. Til udviklingen af forandringsforslagene blev der taget udgangspunkt i Medical Research Councils (MRC) planlægningsmodel, som er en planlægningsmodel for komplekse interventioner (Skivington et al., 2021). I relation til udviklingen af interventioner henviser MRC til INDEX-guidance (Skivington et al., 2021). INDEX-guidance er en trinvis guide for, hvad der bør gøres i en udviklingsproces (O’Cathain et al., 2019), og denne blev anvendt i specialet. Guiden indeholder 11 trin, men trinene blev ikke fulgt slavisk, da udviklingen, ifølge O’Cathain et al. (2019), skal ses som en dynamisk og iterativ proces.

Med afsæt i INDEX-guiden blev problemet identificeret gennem indledende søgninger samt involvering af stakeholders, herunder praksiskontakter og andre medarbejdere fra SDCN. Udtalelserne herfra tager afsæt i noter fra møder med stakeholders samt mailkorrespondancer. Planlægningen af udviklingsprocessen tog afsæt i et Gantt-skema (bilag 1), hvor opgaver og tidsfordeling blev skitseret. Der blev udført interviews for at opnå indsigt i personer med diabetes’ oplevelser af det undersøgte fænomen samt en systematisk litteratursøgning for at opnå en indsigt i den kvalitative litteratur ift. fænomenet. Den systematiske litteratursøgning blev brugt i diskussionen af resultaterne fra interviewene. Herudover blev der foretaget et interview af en diabetessygeplejerske med 15 års erfaring med den ambulante behandling af

personer med diabetes i Region Nordjylland. Dette blev gjort for at opnå en indsigt i en sundhedsprofessionels oplevelse af den nuværende behandling af diabetes samt tanker om den behovsdrævede behandlingstilgang. Diabetessygeplejerskens udtalelser, som kunne tilgås af lydoptagelsen fra interviewet, blev tilmed brugt i diskussionen af resultaterne. Der blev opstillet en programteori over den behovsdrævede behandlingstilgang. En programteori er antagelser om en interventions virkning (O’Cathain et al., 2019). I specialet rummer programteorien de aktiviteter, der er relateret til den behovsdrævede behandlingstilgang, målene hermed, forudsætninger for implementering samt mulige utilsigtede negative konsekvenser. Programteorien kan ses i bilag 2.

5.2 Hermeneutikken som videnskabsteoretisk position

Følgende afsnit har til formål at belyse, hvad videnskabsteori er, samt hvilken videnskabsteoretisk position, der i specialet blev taget udgangspunkt i og hvorfor. Herudover vil det fremgå, hvilken betydning den videnskabsteoretiske position havde for indsamling og bearbejdning af empiri.

Videnskabsteori er en filosofisk disciplin, som beskæftiger sig med teorier om, hvad videnskaben er og bør være (Birkler, 2021). Videnskabsteori er tilmed en praktisk disciplin (Klausen, 2016), fordi den har indflydelse på måden, hvorpå der tænkes og ageres i indhentning af viden (Bjørnlund et al., 2017). Filosofiske nøglebegreber inden for videnskabsteori er ontologi og epistemologi (Bjørnlund et al., 2017). Ontologien handler om læren om verden (Bjørnlund et al., 2017) og er antagelser om, hvad der opfattes som virkeligt (Gildberg & Hounsgaard, 2018). Epistemologien handler om læren om viden (Bjørnlund et al., 2017), og er antagelser om, hvordan viden skabes (Gildberg & Hounsgaard, 2019). Forskellige videnskabsteoretiske positioner bygger på forskellige ontologiske og epistemologiske antagelser (Gildberg & Hounsgaard, 2019). I forskning er det vigtigt at være bevidst om valg af videnskabsteoretisk position, da det danner grundlag for de metodiske overvejelser i forskningen (Bjørnlund et al., 2017). I nedenstående vil der argumenteres for valg af videnskabsteoretisk position i specialet.

Til at afdække barrierer og facilitatorer ift. egenhåndtering af diabetes blandt personer tilknyttet ambulant behandling, blev der taget udgangspunkt i en filosofisk hermeneutisk videnskabsteoretisk position. Hermeneutikken er en fortolkningsvidenskab, som søger at skabe

en dybere forståelse for menneskers erfaringer og oplevelser med et fænomen (Juul, 2012). Hermeneutikken opererer med en ontologisk antagelse om, at naturen er fundamental forskellig fra den sociale virkelighed, hvilket betyder, at den menneskelige og sociale verden ikke kan undersøges på samme måde som den fysiske verden, hvor lovmæssigheder søges (Juul, 2012). Den epistemologiske antagelse inden for hermeneutikken er, at al erkendelse i den sociale verden er en fortolkning, som er underlagt en usikkerhed, fordi det aldrig er muligt at opnå en endegyldig og universel sandhed (Juul, 2012). Denne antagelse bygger på opfattelsen af, at mennesker har forskellige refleksioner og erfaringer og derfor ikke vil agere ens i den sociale verden (Juul, 2012). Inden for den filosofiske hermeneutik af Hans-Georg Gadamer spiller menneskers forforståelse en aktiv rolle i forståelsen af bestemte fænomener, og ifølge Gadamer er det, der udforskes, og den der udforsker uadskillelige (Dahlager & Fredslund, 2011). Valget om en filosofisk hermeneutisk videnskabsteoretisk position er med afsæt i overbevisningen om, at al forståelse vil være en fortolkning, og at det derfor ville være umuligt i indhentning og bearbejdning af empiri i specialet at tilsidesætte sin forforståelse. I tillæg hertil var valget om en filosofisk hermeneutisk tilgang med afsæt i, at det i interviewene af personer med diabetes ville være uundgåeligt at påvirke hinanden og gøre brug af forforståelsen. I det følgende vil det uddybes, hvordan den filosofisk hermeneutiske tilgang influerede indsamlingen og bearbejdningen af empiri.

Et nøgleord inden for hermeneutikken er 'Den hermeneutiske cirkel' (Birkler, 2021). Den hermeneutiske cirkel bygger på, at forforståelsen er afgørende for forståelsen, og at der er et cirkulært forhold herimellem (Birkler, 2021). Inden for den filosofiske hermeneutiske tilgang af Gadamer vil menneskers forforståelse altid være til stede og dermed være en nødvendig betingelse for forståelse (Dahlager & Fredslund, 2011). Da forforståelsen er en nødvendig betingelse for forståelse, er mennesket derfor en del af den hermeneutiske cirkel inden for den filosofiske hermeneutik (Dahlager & Fredslund, 2011). I specialet blev det erkendt, at forskernes forforståelse hverken skulle eller kunne tilsidesættes ifm. indsamling og bearbejdning af empiri. Forforståelsen havde derfor indflydelse på hele specialet som eksempelvis interviewguiden, selve interviewene samt analysen heraf. Forskernes forforståelse af problemfeltet var foruden den personlige baggrund formet af bl.a. problemanalysen, som fremhæver kompleksiteten ved at håndtere diabetes. Denne kompleksitet forstås at kunne forårsage negative utilsigtede konsekvenser ved den behovsdrevne behandlingstilgang. Derudover var der en forståelse af, at nogle personer med diabetes muligvis ikke opsøger behandling til trods for et behov herfor. Forskernes forforståelse ansås dog ikke at kunne gøres

fuldkommen explicit, da det ifølge Gadamer (2007) ikke er muligt at fremlægge alt det, der ligger til grund for forforståelsen. Der var derfor en bevidsthed om, at forskernes forforståelse var formet af en kontekst, som ikke kunne gøres explicit, herunder den enkeltes opvækst og livsbegivenheder.

Foruden at have taget højde for forforståelsen indflydelse på indsamling og bearbejdning af empiri, blev der ligeledes taget stilling til, hvordan der skulle ageres i selve interviewene. Det var med afsæt i, at forståelse, ifølge Gadamer, skabes i et møde mellem to forskellige horisonter (Dahlager & Fredslund, 2011). Horisont refererer til menneskers kontekster, herunder den situation eller baggrund, hvorudfra der handles og tales (Dahlager & Fredslund, 2011). Forudsætningen for, at en ny forståelse kan ske, er forekomsten af en horisontsammensmeltning (Dahlager & Fredslund, 2011). Horisontsammensmeltningen kræver, at mennesker kan sætte sig ind i en andens sted og er åbne for at overskride deres egen forståelseshorisont (Dahlager & Fredslund, 2011). Sigtet med interviewene var at opnå en horisontsammensmeltning med informanterne, så der kunne skabes en fælles forståelse af barrierer og facilitatorer for egenhåndtering. I specialet var forskerne opmærksomme på at have en villighed til at overskride den tidligere forståelseshorisont for at kunne opnå denne horisontsammensmeltning. Det betød, at der i interviewene var en åbenhed over for informanternes forståelse. Formålet med denne åbenhed er ikke en absolut enighed, men at der opnås en forståelse for den andens forståelse (Birkler, 2021). Dog er forståelsesprocessen uendelig, hvorfor det ikke er muligt at opnå en endelig forståelse af noget eller nogen (Dahlager & Fredslund, 2011). Det kan derfor være svært at opnå en fuldkommen forståelse af barrierer og facilitatorer, hvorfor nogle potentielt er forblevet i det uvisse i specialet.

5.3 Ethiske overvejelser

Følgende afsnit har til formål at beskrive, hvilke forskningsetiske overvejelser, der blev gjort gennem specialet. Etik kan henføres til det græske begreb *ethos*, som betyder normer for, hvordan mennesker bør opføre sig (Bjørnlund et al., 2017). Etik er noget, der udspiller sig mellem mennesker og er det værdimæssige grundlag, som mennesker retter sine handlinger efter (Bjørnlund et al., 2017).

Undervejs i specialet blev der taget udgangspunkt i tre etiske principper fra Belmontrapporten, som handler om at have respekt for personen, at gøre godt og være retfærdig (Kjellström, 2019).

Respekt for personen handler om respekten for autonomi og privatliv (Kjellström, 2019). Det indebærer, at personer, ud fra tilstrækkelig information, kan give informeret samtykke til deltagelse, og at personfølsomme oplysninger opbevares og behandles fortroligt (Kjellström, 2019). For at imødekomme dette princip, blev der i specialet indhentet informeret samtykke på alle informanter forinden interviews. En samtykkeerklæring skal indeholde tilstrækkelige informationer om formålet med undersøgelsen, fordele og konsekvenser ved deltagelse, databehandlingen samt informanternes rettigheder, så informanternes deltagelse er på et velinformeret grundlag (Kjellström, 2019). Samtykkeerklæringen blev udformet med afsæt i ovenstående punkter og kan ses i bilag 3. Ift. kravet om respekt for privatliv, blev der gjort overvejelser om at behandle data fortroligt. Ifølge Databeskyttelsesloven skal alle personoplysninger beskyttes og behandles sikkert (Retsinformation, 2018). For at imødekomme Databeskyttelsesloven og dermed kravet om fortrolighed af data, blev lydfilerne fra interviewene opbevaret krypteret på en ekstern server, så kun forskerne i specialet havde adgang hertil. Herudover blev der gjort brug af anonymisering, hvor informanternes navne og andre henførbare steder og udtalelser blev pseudonymiseret. På den måde kan informanternes udtalelser ikke føres tilbage til dem selv eller andre. Det næste princip handler om at gøre godt og om ikke at gøre skade (Kjellström, 2019). Dette princip indebærer at udarbejde en nytte- og risikoanalyse, hvor det analyseres, hvor meget nytte og hvor mange risici, der er forbundet med deltagelse (Kjellström, 2019). Risici og nytte forbundet med deltagelse blev forinden vurderet og tilføjet til samtykkeerklæringen. Af tabel 1 fremgår mulige risici og nytte forbundet med deltagelse.

Mulig nytte forbundet med deltagelse	Mulig risici forbundet med deltagelse
1. At informanterne føler sig inddraget og hørt. 2. At informanterne får mulighed for at udtrykke, hvad de mangler i behandlingen, hvilket dermed kan forsøges imødekommet. 3. At informanterne får mulighed for at hjælpe på et større plan, så ressourcerne i sundhedsvæsenet bruges bedst muligt.	1. At informanterne har urealistiske forventninger til, hvad deres udtalelser kan bidrage med. 2. At informanternes udtalelser ikke vil blive brugt i praksis, og at deres deltagelse derfor kommer til at føles forgæves, hvorfor de mister lysten til at deltage i anden forskning. 3. At interviewet medfører udtalelser om følsomme emner, som bevirker til ubehag og utryghed

Tabel 1: Informanternes mulige risici og nytte forbundet med deltagelse i specialet.

Tredje nytteprincip handler om retfærdighed, herunder retfærdig udvælgelse af informanter til forskningen (Kjellström, 2019). Her er det vigtigt ikke at inddrage sårbare grupper, som ikke er i stand til at beskytte sig selv (Kjellström, 2019). Det er ligeledes vigtigt at indtænke, hvem forskningen skal være til gavn for, hvorfor det også er vigtigt ikke at udelukke en vigtig gruppe (Kjellström, 2019). I dette tilfælde var forskningen til gavn for alle personer med diabetes, da alle i den behovsdrivne behandlingstilgang potentielt kan blive sendt hjem for at egenhåndtere i en længere periode, og alle samtidig potentielt kan have en mindre hensigtsmæssig egenhåndtering grundet kompleksiteten i at egenhåndtere.

5.4 Interview som metode

Når der ønskes en større forståelse af et bestemt fænomen, vurderes interview som metode relevant (Kvale & Brinkmann, 2015). Interview kan give en indsigt i menneskers følelser, holdninger og oplevelser og en forståelse for, hvordan mennesker forstår og oplever verden (Kvale & Brinkmann, 2015). Med ønsket om at opnå en større forståelse af mulige barrierer og facilitatorer ift. egenhåndtering af diabetes, blev det derfor vurderet relevant at anvende interviews. De følgende afsnit har til formål at beskrive rekrutteringsprocessen af informanter samt metoden til indsamling og bearbejdning af empiri.

5.4.1 Rekrutteringsproces

Et kriterium for deltagelse var en tilknytning til den ambulante behandling i Region Nordjylland, hvilket også betød, at alle var over 18 år. Det blev som nævnt også vurderet væsentligt både at rekruttere personer med en hensigtsmæssig og mindre hensigtsmæssig egenhåndtering af diabetes. Grundet manglende muligheder for at rekruttere personer med diabetes ud fra alle tre domæner af egenhåndtering, herunder den medicinske, følelses- og rollemæssige håndtering, blev informanternes egenhåndtering vurderet ud fra reguleringen af langtidsblodsukkeret. Informanterne blev rekrutteret gennem hhv. forskernes netværk, et opslag på SDCN's Facebookside samt gennem en sundhedsprofessionel tilknyttet diabetesbehandling i et ambulatorium i Region Nordjylland. Sidstnævnte arbejder særligt med personer med en dysreguleret diabetes, og blev derfor vurderet særligt relevant for at højne muligheden for at få rekrutteret personer med et dysreguleret langtidsblodsukker.

5.4.2 Indsamling af empiri

5.4.2.1 Semistrukturerede interviews

Interviewene var semistrukturerede. Et semistruktureret interview giver mulighed for både at tilstræbe sig bestemte informationer om det undersøgte fænomen og samtidig være åben for nye og relevante perspektiver, da der er mulighed for at forfølge informanternes oplevelser og erfaringer med et bestemt fænomen (Merriam og Tisdell, 2016). Muligheden herfor blev vurderet vigtig for at opnå en horisontsammensmeltning, hvilket kunne bidrage med en dybere forståelse for mulige barrierer og facilitatorer for egenhåndtering.

5.4.2.2 Interviewguide

Til interviewene blev der anvendt en interviewguide, som ifølge Merriam og Tisdell (2016) er et væsentligt redskab til at skabe overblik og struktur over interviewet. Interviewguiden blev udformet med inspiration fra hhv. Merriam & Tisdell (2016), Brinkmann & Tanggaard (2020) samt Kvale & Brinkmann (2015). Interviewguiden bestod af nogle specifikke spørgsmål, og nogle mere åbne spørgsmål, hvor svaret afgjorde, hvilken retning interviewer tog. I det semistrukturerede interview er det tilladt at afvige fra interviewguiden for at forfølge informanternes fortællinger (Merriam & Tisdell, 2016), og interviewguiden blev derfor ikke fulgt slavisk. Interviewguiden blev inddelt i hhv. forsknings- og interviewspørgsmål. Forskningsspørgsmålene blev stillet ud fra problemformuleringen, og interviewspørgsmålene havde til henseende at give svar herpå og var formuleret i et forstående lægmandssprog. Interviewguiden kan ses i bilag 4.2.

Interviewguiden bestod til en start af en briefing og til slut af en debriefing. Briefingen havde til formål at fortælle informanten om formålet med interviewet, indhente mundtligt samtykke, samt give informanten mulighed for at stille spørgsmål forud for interviewet, herunder bl.a. til den tilsendte samtykkeerklæring. Debriefingen havde til formål at give informanten mulighed for at uddybe eller tilføje perspektiver. De første interviewspørgsmål bestod af indledende spørgsmål, da de ifølge Brinkmann & Tanggaard (2020) kan skabe en god og tryk relation mellem interviewer og informant. Efter de indledende spørgsmål blev der skiftevis gjort brug af strukturerende spørgsmål og sonderende spørgsmål. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) sætter de strukturerende spørgsmål rammen for det, der skal tales om, mens de sonderende spørgsmål medvirker til en dybere refleksion over fænomenet. Der blev desuden udformet uddybende og opfølgende spørgsmål, så forskerne hele tiden blev gjort opmærksom på at

forfølge fortællingerne og få informanterne til at uddybe. Ifølge Nielsen et al. (2019) er refleksion og uddybelse netop essensen i et hermeneutisk interview, da det kan give en dybere forståelse af et fænomen. Interviewguiden indeholdt både spørgsmål til oplevelsen af nuværende barrierer og facilitatorer ift. egenhåndtering af diabetes samt spørgsmål om mulige barrierer og facilitatorer, som i fremtiden kan gøre sig gældende i relation til den behovsdrivne behandlingstilgang.

5.4.2.3 Udførelsen af interviews

Forinden interviewene blev der gjort overvejelser om hhv. interviewmetode, rammer for interviewene samt interviewform. Barrierer og facilitatorer blev vurderet at kunne være private og følsomme emner for nogle personer med diabetes, hvorfor det blev valgt at foretage enkeltpersonsinterview. Fordele ved denne interviewmetode er, at den giver en større åbenhed for følsomme emner og en større mulighed for at opnå en dybere forståelse af den enkelte persons forståelser, oplevelser og meninger om fænomenet (Nielsen et al., 2019). Ift. rammerne, herunder om det skulle foregå fysisk eller online, blev det besluttet, at informanterne selv kunne vælge. Valget om at imødekomme informanternes præferencer blev gjort med sigtet om at øge sandsynligheden for lysten til at deltage. Interviewene foregik enten fysisk, over telefonen eller på Microsoft Teams. I den forbindelse blev der gjort overvejelser om, hvad de forskellige rammer kunne have af indvirkning på interviewet, da de medførte nogle forskellige interviewformer. De fysiske interviews og interviewene over Microsoft Teams gav mulighed for en ansigt-til-ansigt kommunikation. Et ansigt til ansigt-interview giver mulighed for både at kommunikere verbalt og nonverbalt (Nielsen et al., 2019). Den nonverbale kommunikation kan være med til at skabe en tryghed hos informanten gennem eksempelvis anerkendende nik og øjenkontakt (Nielsen et al., 2019). I de tre fysiske interviews var der derfor fra forskerens side et stort fokus på at bruge den nonverbale kommunikation i form af smil, anerkendende nik, øjenkontakt og et åbent kropssprog således, at der blev skabt en god og tryk stemning i lokalet. De samme overvejelser blev gjort ved de to interviews over Microsoft Teams, da disse blev foretaget med kamera. Ifølge Nielsen et al. (2019) er det ikke muligt at opnå samme dynamiske samspil med informationen gennem telefoniske interviews. Derfor blev der i de tre telefoniske interviews fokuseret på at kommunikere med en positiv stemmeføring og frembringe grin i den indledende snak for at skabe en god stemning mellem informanten og interviewer. Herudover blev der lagt fokus på at holde pauser mellem spørgsmål, da det over telefonen ikke på samme måde var muligt at observere, hvornår informanten var færdig med at svare. Pauserne havde derfor til formål at give plads til refleksion og undgå afbrydelser. Til

interviewene blev der afsat 45-60 minutter. Under alle interviews var begge forskere til stede, da det blev vurderet hensigtsmæssigt ift. at sikre at mest mulig relevant information blev afdækket. De to forskere i specialet skiftede mellem rollen som interviewer og suppleant. Intervieweren havde ansvaret for at skabe en god kontakt til informanten og foretage selve interviewet. Suppleanten havde ansvaret for lydoptagelse, notetagning samt at sikre, at alle spørgsmål i interviewguiden blev gennemgået. Efter hvert endt interview fik suppleanten mulighed for at stille uddybende eller supplerende spørgsmål.

5.4.2.4 Pilotinterview

Der blev indledningsvis foretaget et pilotinterview af en person med diabetes, som opfyldte kriteriet for deltagelse. Dette blev gjort med henblik på 1) at teste relevansen og forståeligheden af spørgsmålene i interviewguiden, 2) at afdække, hvorvidt interviewet i tilstrækkelig grad omfavnede det undersøgte fænomen og 3) at afdække, om den afsatte tid til interviewene var passende. Forinden pilotinterviewet blev der gjort overvejelser om, at pilotinterviewet muligvis også kunne være brugbart i den endelige empiri. Derfor blev der forinden interviewet indhentet en samtykkeerklæring ift. brug af empirien i analysen. Efter endt interview blev interviewguiden tilrettet. Tilretningen bestod af ændringer i formuleringer af spørgsmål, fjernelse af overlappende spørgsmål samt tilføjelse af relevante spørgsmål. Ændringer i formuleringer af spørgsmål var med afsæt i, at spørgsmålene i høj grad lagde op til den medicinske del af egenhåndtering, og i mindre grad de andre domæner. Et eksempel på en ændring i en formulering var: “Hvad oplever du af udfordringer i forbindelse med at håndtere din diabetes?” til “Kan du prøve at sætte ord på, hvad der kan være svært ved at leve et liv med diabetes?”. Interviewguiden til pilotinterviewet kan ses i bilag 4.1 og den reviderede interviewguide kan ses i bilag 4.2.

5.4.3 Bearbejdning af empiri

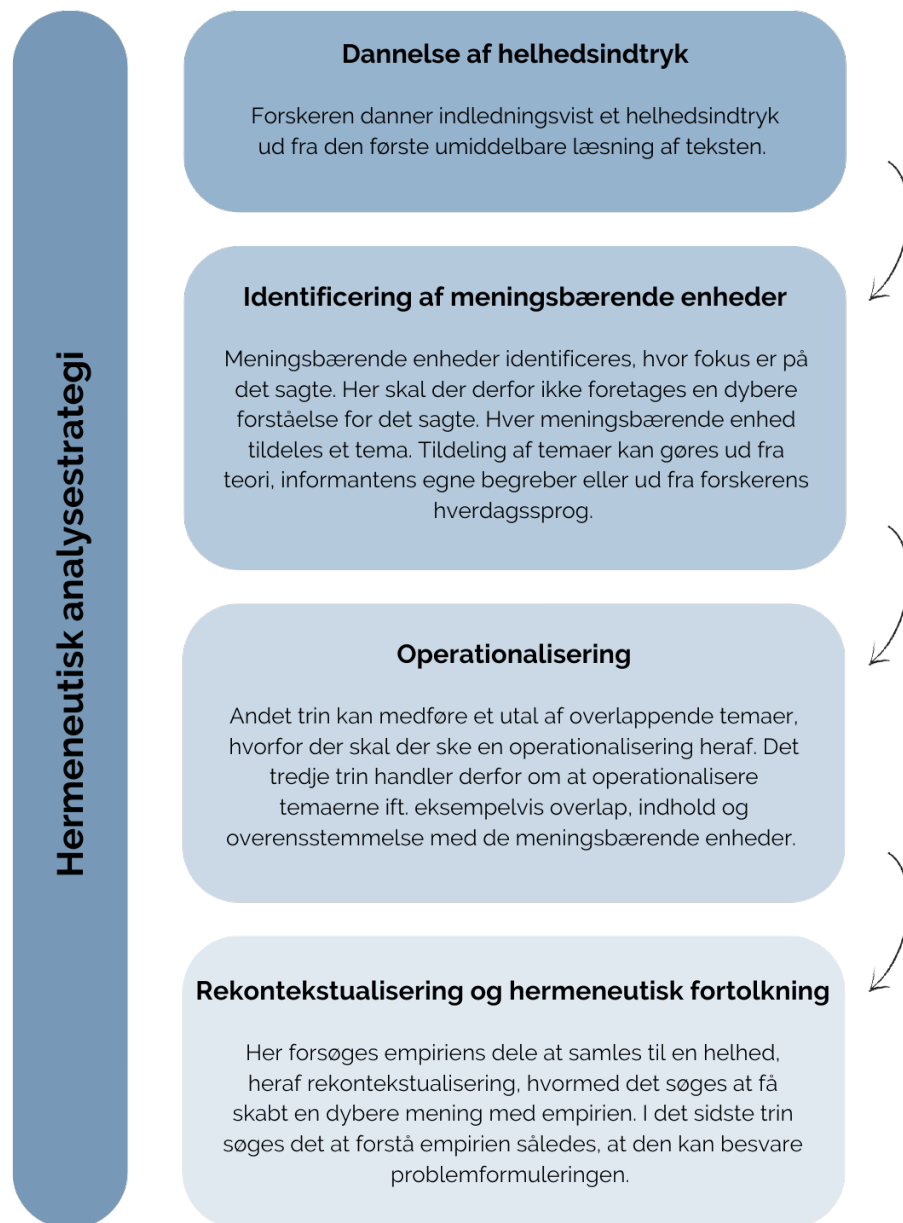
5.4.3.1 Transskribering

Alle interviews blev optaget og transskriberet. Efter interviewet blev lydfilen overført til et krypteret drev. Håndteringen af interviewene blev således gjort i overensstemmelse med Databeskyttelsesloven. Transskriberingerne blev foretaget individuelt af begge gruppemedlemmer ud fra en transskriptionsnøgle. Transskriptionsnøglen kan ses i bilag 5.1 og et uddrag af transskriptionen kan ses i 5.2.

5.4.3.2 Analysestrategi

Det blev vurderet relevant at tage afsæt i en hermeneutisk analysestrategi, da det stemte overens med den videnskabsteoretiske position. Denne tilgang vil blive uddybet i det nedenstående afsnit.

Med afsæt i hermeneutikken som videnskabsteoretisk position kan og skal forskerens forforståelse ikke sættes i parentes (Dahlager & Fredslund, 2011). Til analyse af interviewene blev den hermeneutiske analysestrategi af Dahlager & Fredslund (2011) derfor anvendt, da denne har til formål at skabe en ny forståelse af et bestemt fænomen gennem forforståelsen (Dahlager & Fredslund, 2011). Analysestrategien handler overordnet om en de- og rekontekstualisering (Dahlager & Fredslund, 2011). Dekontekstualiseringen består i at tage dele af empirien ud, som vurderes relevant for det undersøgte fænomen, hvor rekontekstualiseringen består i at samle delene igen, så der opstår en ny forståelse (Dahlager & Fredslund, 2011). Analysestrategien tager afsæt i fire trin, herunder dannelsen af helhedsindtryk, identificering af meningsbærende enheder, operationalisering samt rekontekstualisering og hermeneutisk fortolkning (Dahlager & Fredslund, 2011). De fire trin er beskrevet i nedenstående figur 2 og er med afsæt i Dahlager & Fredslund (2011).



Figur 2: Trinnene i analysestrategien af Dahlager og Fredslund (2011).

I analysen blev meningsbærende enheder og dertilhørende temaer udformet ud fra forskernes hverdagssprog. Den første del af analysen blev udført med en åben tilgang, hvor fokus var på det sagte. De meningsbærende enheder udelukkede sig derfor ikke kun til barrierer og facilitatorer for egenhåndtering. Operationaliseringen af temaer i trin tre blev indledningsvist gjort for hvert enkelt interview og dernæst på tværs af interviewene. I det fjerde og sidste trin blev indholdet i de enkelte temaer vurderet ift., hvorvidt de besvarede problemformuleringen. Temaer der ikke relaterede sig til problemformuleringen, blev derfor slettet. De tilbageværende otte temaer blev fortolket for at opnå en forståelse for informanternes barrierer og facilitatorer

for egenhåndteringen af diabetes. Analysen foregik i analyseprogrammet NVivo. Det sidste trin blev fremstillet i en tekst med sigende citater og fremgår i resultatafsnittet (afsnit 6).

5.5 Systematisk litteratursøgning

Der blev foretaget en systematisk litteratursøgning, som havde til formål at undersøge, hvad tidligere kvalitativ forskning har fundet af barrierer og facilitatorer ift. egenhåndtering af diabetes. Den eksisterende litteratur blev brugt til at diskutere resultaterne fra interviewene. I de følgende afsnit vil søge- og udvælgelsesmetoden for litteratursøgningen blive gennemgået.

5.5.1 Valg af databaser

For at opnå en udtømmende og dybdegående søgning er det relevant at søge i flere databaser (Lund et al., 2014). Den systematiske søgning blev derfor foretaget i databaserne Embase, ProQuest, PubMed, PsycInfo og Cinahl. Udvælgelsen af databaserne var med afsæt i deres relevans for fænomenet barrierer og facilitatorer ift. egenhåndtering af diabetes. Embase er den største database inden for det biomedicinske område (Aalborg Universitetsbibliotek, 2023c). ProQuest er en database, der dækker meget bredt inden for humaniora, samfundsvidenskab, naturvidenskab og medicin (Aalborg Universitetsbibliotek, 2023d ProQuest), mens Pubmed indeholder mere end 35 mio. studier relateret til sundhedsområdet (Aalborg Universitetsbibliotek, 2023e). Cinahl er den mest omfattende database til studier, der relaterer sig til sygepleje og beslægtede sundhedsfag (Aalborg Universitetsbibliotek, 2023b). Med formålet om at søge viden på diabetes-området, som relaterer sig til sundhed og biomedicin, blev disse databaser derfor vurderet relevante at søge i. PsycInfo indeholder videnskabelig litteratur inden for psykologi samt social-, adfærds- og sundhedsvidenskab (Aalborg Universitetsbibliotek, 2023a). Med afsæt i formålet om at opnå en viden om barrierer og facilitatorer i relation til egenhåndtering af diabetes, blev denne database vurderet relevant grundet det psykologiske og adfærdsvidenskabelige indhold.

5.5.2 Søgeprotokol

Ud fra problemformuleringen blev der udformet en søgeprotokol, som tog udgangspunkt i fem blokke: *Personer med diabetes, voksne over 18 år, egenhåndtering, barrierer og facilitatorer og kvalitativ studiedesign*. Søgeordene blev søgt som hhv. kontrollerede emneord og fritekstord. Kontrollerede emneord kan præcisere søgningen, da det inkluderer de studier, der er indekseret med det pågældende emneord, hvormed referencerne med sikkerhed omhandler

det søgte emne eller område (Buus et al., 2008). Fritekst udvider søgningen til at indeholde studier, som ikke er indekseret (Hørmann, 2015), og blev medtaget for at undgå, at eventuelle relevante studier blev overset. For at undgå for meget støj i søgningen, blev fritekstordene begrænset til at skulle fremgå i enten titel eller abstract. Ved fritekstordene blev der gjort brug af trunkering og frasering. Trunkering indebærer, at databasen søger på samtlige endelser af ordet, hvor frasering indebærer, at databasen søger på flere ord samlet (Rienecker & Jørgensen, 2017). I bloksøgningens facetter blev relevante synonymer for det pågældende søgeord medtaget for i højere grad at sikre, at alle relevante studier blev fundet. Synonymerne blev fundet på baggrund af flere indledende databasesøgninger, hvor databaser og fundne studier anvendte forskellige begreber. Mellem hver søgeblok blev der gjort brug af den boolske operator AND. AND indikerer, at studierne skal indeholde begge blokke (Lund et al., 2014), og var således medvirkende til at snævre søgningen. Indenfor hver søgeblok blev der gjort brug af den boolske operator OR. OR udvider søgningen, da det indikerer, at studiet skal indeholde ét af søgeordene (Lund et al., 2014). Alle databaser har hver sin opbygning og individuelle kontrollerede emneord, hvorfor én søgning i en database ikke er direkte overførbart til andre databaser (Buus et al., 2008). For at bevare systematikken på tværs af databasesøgninger, er det væsentligt at den grundlæggende struktur for søgningen forbliver den samme (Lund et al., 2017). Søgeprotokollen, som er illustreret i tabel 2, blev derfor brugt som en skabelon for søgningerne i de respektive databaser således, at det kun var de kontrollerede emneord, der varierede. De endelige søgninger i de 5 databaser kan ses i bilag 6.

AND					
OR	Personer med diabetes	Egenhåndtering	Barrierer og facilitatorer	Alder	Kvalitativ studiedesign
	Diabetes	Self-management	<u>Barrierer:</u> Barrier	Middle aged	Qualitative research
	Diabetic	Management	Challenge	Adult	Qualitative study
	Diabetes mellitus	Self control	Limitation	Young Adult	Qualitative design
	Type 2-diabetes	Self monitoring	Restriction		
	Type 1-diabetes	Self care	Inhibition		Qualitative Narrativ
		Diabetes management	Treatment barrier		Qualitative method
		Self regulation	<u>Facilitatorer:</u> Facilitator		Interview
		Self help	Help		
		Patient engagement	Engagement		
		Patient compliance	Motivation		
		Treatment compliance	Support		
			Contribution		
		Diabetes control	Assistance		
		Self governing			
		Disease managing			

Tabel 2: Søgeprotokollen.

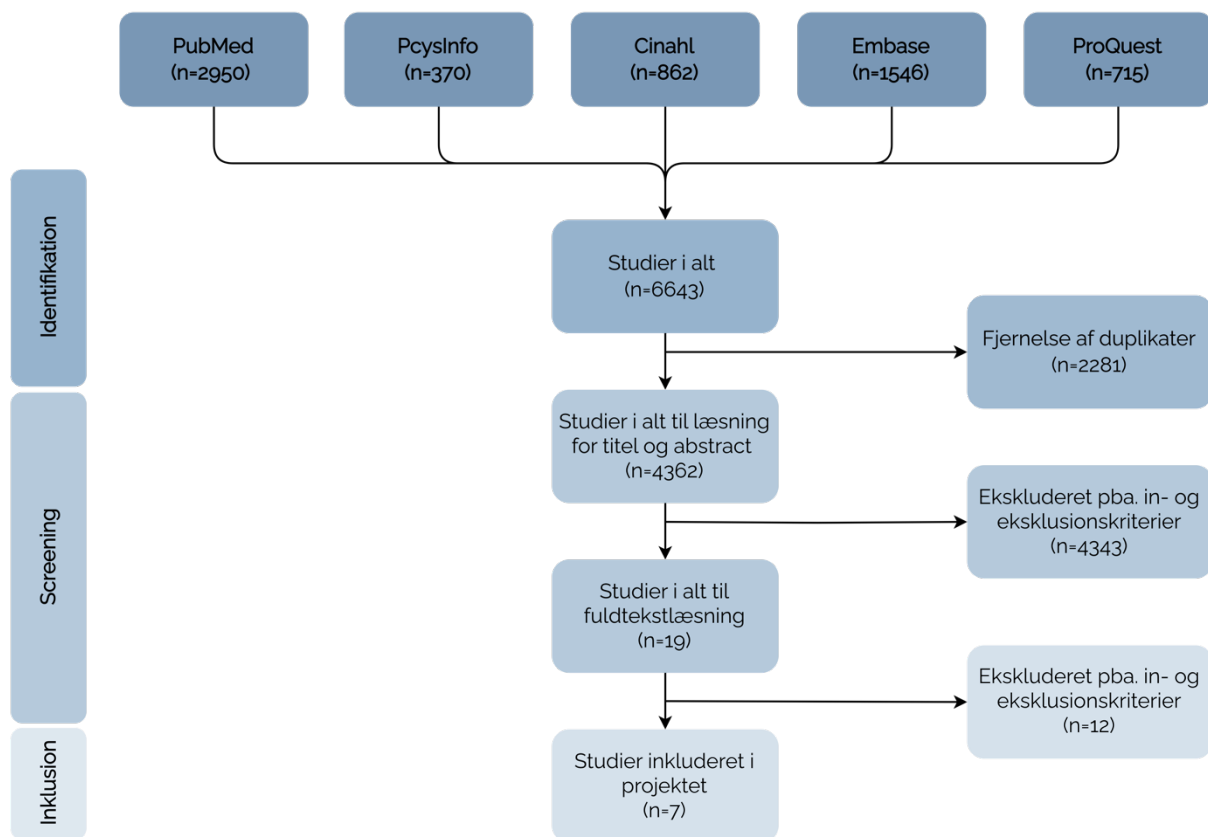
5.5.3 Udvælgelse af studier

Forud for udvælgelsen af studier blev der opstillet en række in- og eksklusionskriterier. Kriterierne blev opstillet med afsæt i det ønskede fænomen om barrierer og facilitatorer ift. egenhåndtering af diabetes samt med afsæt i hvilken viden, der ville være overførbar til en dansk kontekst. In- og eksklusionskriterierne fremgår i tabel 3.

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Personer med diabetes' oplevelser af barrierer og facilitatorer for at egenhåndtere.	- Personer med diabetes under 18 år. - Andre typer af diabetes end type 1- og 2-diabetes. - Personer, der ikke har diabetes men andre kroniske sygdomme eller prædiabetes. - Personer fra ikke-vestlige lande. - Studier på andet sprog end dansk, svensk, norsk eller engelsk. - Kvantitative studier, pilotstudier, protokoller og bøger.

Tabel 3: In- og eksklusionskriterier for udvælgelsesprocessen.

Den systematiske søgning gav i alt 6443 hits. 2281 dubletter blev frasorteret, hvilket resulterede i 4162 studier. Først blev studierne sorteret ud fra titel og abstract med afsæt i in- og eksklusionskriterierne. Herefter blev de sorteret ud fra fuldtekstlæsning. Udvalgelsesprocessen blev opdelt mellem de to forskere grundet tidsmæssige begrænsninger, hvormed den ene halvdel af studierne blev screenet af den ene forsker, mens den anden forsker screenede den anden halvdel. De resterende studier, efter fuldtekstlæsning, blev herefter kritisk læst for at vurdere, hvorvidt kvaliteten heraf var tilstrækkelig til at indgå i specialet. Til kvalitetsvurderingen blev tjeklisten til kvalitative studier af Joanna Briggs anvendt (Joanna Briggs Institute, 2017). Vurderingen af studierne blev indledningsvist foretaget af forskerne uafhængigt af hinanden for dernæst at sammenligne og diskutere vurderingerne. Figur 3 viser et flowchart over udvælgelsesprocessen, og i bilag 7 kan et eksempel på en kvalitetsvurdering af et studie ses.



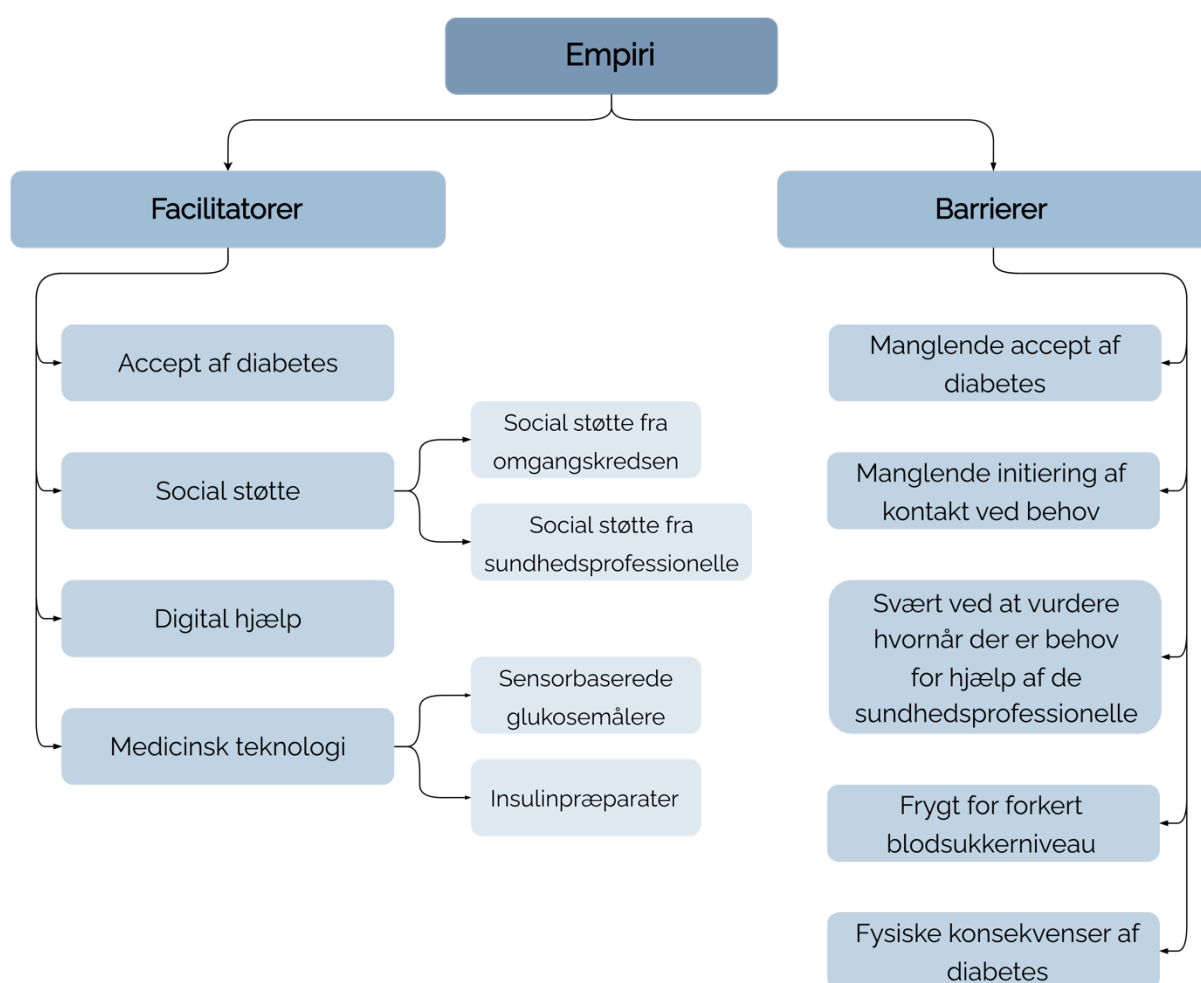
Figur 3: Flowchart over udvælgelsesprocessen.

6. Analyse af interviews

Følgende afsnit indeholder en analyse af interviewene. Tabel 4 viser et overblik over informanternes karakteristika, mens figur 4 viser de fremkomne temaer og undertemaer fra interviewene, som er barrierer og facilitatorer ift. egenhåndtering af diabetes. Nogle barrierer og facilitatorer relaterer sig til informanternes nuværende dagligdag, mens andre relaterer sig til fremtidige mulige barrierer og facilitatorer i relation til den behovsdrivne behandlingstilgang. I analysen blev der taget udgangspunkt i de tre domæner i egenhåndtering herunder det medicinske, følelses- og rollemæssige domæne. Det vil derfor fremgå for hvilket eller hvilke domæner, de forskellige barrierer og facilitatorer udgør en barriere eller facilitator for.

	Køn	Alder	Alder ved diagnose	Diabetes type	Regulering af blodsukker
Informant 1	Kvinde	57 år	7 år	1	Velreguleret
Informant 2	Kvinde	25 år	14 år	1	Dysreguleret
Informant 3	Mand	62 år	43 år	2	Dysreguleret
Informant 4	Mand	65 år	31 år	1	Velreguleret
Informant 5	Kvinde	47 år	33 år	1	Dysreguleret
Informant 6	Kvinde	26 år	9 år	1	Velreguleret
Informant 7	Mand	63 år	33 år	1	Velreguleret
Informant 8	Mand	54 år	32 år	1	Velreguleret

Tabel 4: Informanternes karakteristika.



Figur 4: Barrierer og facilitatorer.

6.1 Barrierer og facilitatorer

I nedenstående fremgår ét tema, som både kan udgøre en barriere og facilitator for egenhåndteringen af diabetes.

6.1.2 Accept af diabetes

I alle interviewene fremgår accept som en væsentlig forudsætning for at kunne egenhåndtere diabetes. Seks af informanterne giver udtryk for at have en accept af deres diabetes, hvorimod to giver udtryk for en manglende accept heraf. Accepten bidrager til færre bekymringer og begrænsninger forbundet med diabetes:

“Jeg går ikke sådan og tænker ‘du kan også sidde i en kørestol en dag uden dine ben, altså du kan også miste synet en dag’, for det har jeg ligesom sagt til mig selv, at det kan ikke nytte noget. Fordi det kommer, hvis det kommer”. (Informant 1)

“Jamen nu er det de vilkår, hvad er så det bedste, du kan gøre i den situation, og så lad vær med at gå og tænk over, hvordan det kunne have været. Altså det er måske det, der får ens hverdag til at hænge sammen.” (Informant 3)

Informant 1's accept medvirker til, at hun i mindre grad lader sig påvirke følelsesmæssigt af sin diabetes, hvorfor accepten er med til at gøre hende i stand til at håndtere det følelsesmæssige domæne af egenhåndtering. Informant 3 fortæller, at accepten medvirker til, at hans hverdag hænger sammen, hvorfor accepten angiveligt har en positiv indflydelse på alle tre domæner af egenhåndtering. For de to informanter, som giver udtryk for en manglende accept, fremgår det modsat, at diabetes har en større følelsesmæssig påvirkning:

“Nej, jeg tror stadigvæk... Jeg tror, det er noget, jeg skal arbejde med hele tiden (mangler stadig accept af diabetes). (...) Der er jo ikke en dag eller en time, hvor jeg ikke tænker på diabetes (...) det giver en form for stress på en eller anden måde.” (Informant 5)

“Jamen de første mange år var det egentlig meget svært for mig at acceptere det. Og det tror jeg ikke, at jeg har helt endnu. (...) det er da noget, der sidder i baghovedet hele

tiden, at man har en sukkersyge, som gør, at man skal være opmærksom på flere ting i sin hverdag.” (Informant 2)

Ovenstående citater viser, at de to informanter ikke formår at egenhåndtere det følelsesmæssige domæne, da de endnu ikke har accepteret diabetes. Informant 2 udtrykker, at den manglende accept kan være årsag til, at hun har et for højt blodsukkerniveau:

“Jamen det har det alle dage gjort (blodsukker lagt for højt). Og det er nok fordi, at jeg har haft svært ved at acceptere det. Så det er egentlig det grundlæggende. For jeg kan godt tage min insulin, som jeg skal, men jeg har svært ved at acceptere, at jeg har sukkersyge, så det sætter nogle mentale udfordringer i at kunne passe det til punkt og prikke.” (Informant 2)

Det fremgår dermed, at fravær af evne til at kunne håndtere det følelsesmæssige domæne tilmed påvirker evnen til at håndtere det medicinske domæne af egenhåndtering. Det viser, at de tre domæner af egenhåndtering har indflydelse på hinanden, hvorfor det er vigtigt at være i stand til at kunne håndtere alle tre domæner. Accept af diabetes kan derfor ses som en facilitator for egenhåndteringen, hvorimod en manglende accept kan ses som en barriere herfor.

6.2 Barrierer

I nedenstående fremgår fire temaer, som er barrierer for egenhåndtering af diabetes. ‘Manglende initiering af kontakt ved behov’ og ‘Svært ved at vurdere, hvornår der er behov for hjælp af de sundhedsprofessionelle’ er barrierer, der relaterer sig til den behovsdrevne behandlingstilgang.

6.2.1 Manglende initiering af kontakt ved behov

Seks af informanterne giver udtryk for, at de ikke selv ville initiere en kontakt til de sundhedsprofessionelle, hvis de i fremtiden selv skulle booke tid ved behov. Begrundelsen herfor er forskellig. Én af begrundelserne, som udtrykkes af flere af informanterne, er en oplevelse af, at symptomer skal være særligt alvorlige forud for en kontakt til de sundhedsprofessionelle:

“Fordi de er presset alle læger og sygeplejersker, læser man i medierne, så derfor vil jeg tænke, det skal være alvorligt, før jeg kommer derind. For ellers så er der nogen, der har mere behov end mig.” (Informant 1)

“Jamen det er jo fordi, at jeg synes jo det går godt nok, og så er det ikke nødvendigt at sætte andre i gang. Det er nok først, når det går helt skævt, at jeg ville tænke “nå jeg må nok hellere lige”. (...) Det er nok måske også alderen og opdragelse. ‘Nå ja, det går jo nok, ikke også?’ Så er det ikke nødvendigt at forstyrre andre eller nå, der er nok en anden, der kan komme til der, ikke. (Informant 7)

Informant 1 udtrykker, at den manglende initiering af kontakt er med afsæt i en bevidsthed om sygehusvæsenets begrænsede ressourcer, hvilket giver en oplevelse af ikke at ville være til besvær. Den manglende kontakt fremgår af begge informanter at være med tanken om ikke at ville spille de sundhedsprofessionelles tid, da de tænker, at der kan være andre, der har et større behov for hjælp end dem. Herudover fremgår det i citatet af Informant 7, at den manglende kontakt også kan være med afsæt i opdragelsen om, at “det går nok”. Det kan være et udtryk for, at til trods for, at han vil opleve symptomer, kan han være af den overbevisning om, at det nok skal gå, hvorfor han ikke vil initiere en kontakt til de sundhedsprofessionelle. To af informanterne udtrykker, at initieringen af kontakt til de sundhedsprofessionelle kan være svært grundet en generel dårlig evne til at bede om hjælp ved et behov. En af informanterne udtrykker følgende:

“Jeg er absolut ikke god til at kontakte folk for at bede om hjælp. (...) Så derfor gør jeg det ikke, medmindre jeg ligger på dødslejet (grin).” (Informant 1)

Den manglende evne til at række ud efter hjælp vil, som i de ovenstående tilfælde, igen medføre, at personen ikke initierer kontakten, før det er meget alvorligt. Sidst er der to af informanterne, der udtrykker, at den manglende initiering af kontakt vil være grundet en travl hverdag. Informant 8 udtrykker således:

“Altså man går i en travl hverdag og... Ja. (...) Det er jo det, jeg godt kunne frygte, at det bliver bare sådan noget, der bare ryger ud på sidelinjen sådan.” (Informant 8)

Informant 8 oplever en frygt for at komme til at tilsidesætte bookingen af konsultationer ved sygehuset grundet en travl hverdag. Den behovsdrevne behandlingstilgang kan således være forbundet med en utryghed blandt nogle personer med diabetes, da det både kan være svært at række ud efter hjælp ved et behov, og fordi det muligvis kan nedprioriteres i en travl hverdag med andre daglige opgaver. En mulig måde at imødekomme dette på, udtrykkes af samme informant at være, at den sundhedsprofessionelle initierer kontakten:

“Jamen så skulle man have en læge eller sygeplejerske til at ringe til en og spørge ‘hvordan har du det?’, altså.” (Informant 8)

Den manglende initiering af kontakt til de sundhedsprofessionelle kan ses som en barriere for egenhåndteringen, da personer med diabetes, der ikke formår at initiere en kontakt ved et behov, muligvis ikke får den nødvendige hjælp til at håndtere de medicinske, følelses- og rollemæssige konsekvenser af diabetes. En forudsætning for, at nogle personer med diabetes vil benytte sig af hjælpen er, at det er de sundhedsprofessionelle, der henvender sig til dem.

6.2.3 Svært ved at vurdere hvornår der er behov for hjælp af de sundhedsprofessionelle

Fire af informanterne giver udtryk for, at det kan være svært selv at vurdere, hvornår de har behov for at opsøge hjælp fra de sundhedsprofessionelle. Informant 2 udtaler således ifm. et spørgsmål om, hvornår hun vil tage kontakt til de sundhedsprofessionelle:

“Jamen det vil helt klart være omkring årskontroller. Og ellers så der, hvor det bliver nødvendigt, men det er jo så der, hvor jeg har svært ved at vurdere ‘er det nødvendigt det ekstra halvårlige?’ (...) det vil jeg have svært ved (at vurdere hvornår det er nødvendigt at booke en tid).” (Informant 2)

Årsagen til, at det kan være svært at vurdere hvornår, det er nødvendigt at kontakte de sundhedsprofessionelle er ifølge to af informanterne, at det ikke altid er muligt selv at mærke, om der er noget galt i kroppen:

“Men du kan ikke måle kolesterol, altså der er mange ting, du ikke selv kan måle. (...) Fordi der er et eller andet på vej, hvis der er et eller andet, som du ikke selv ved, hvis

du går rundt med et højt kolesteroltal eller.. En eller anden anden ting. Det behøver du jo ikke sådan lige umiddelbart at kunne mærke.” (Informant 1)

“Jamen, min hverdag, som jeg har sagt, den er jo ikke påvirket af, at jeg er diabetiker, jeg har det jo fint, men, så hvornår har jeg det skidt? Jeg har været derinde også nogle gange, hvor de siger: ‘dine kalktal Lars, de er faldet helt vildt’ (...) Det er jo ikke noget jeg selv kan mærke, at jeg havde et... at jeg var ude på et skråplan.” (Informant 4)

Den manglende mulighed for at kunne mærke, hvorvidt der er noget galt i kroppen, kan være et udtryk for, at personer med diabetes ikke alene kan have fuld kontrol over deres diabetes. Den manglende kontrol kan gøre det svært for personer med diabetes at tage ansvar for at håndtere de fysiologiske konsekvenser af diabetes, hvorfor det kan udgøre en barriere for egenhåndtering af det medicinske domæne. Andre årsager til, at det kan være svært at vurdere, hvornår der er behov for hjælp af de sundhedsprofessionelle, udtrykkes af to af informanterne at være udfordringen ved at vurdere, hvornår det er acceptabelt at opsøge hjælp, og hvad der er nødvendigt at opsøge hjælp til:

“Jeg vil så sige, jamen i jeres optik, hvad er behov? (...) Må jeg kun tage kontakt til jer hvis jeg for eksempel har svært ved eller får det, eller hvis jeg bliver svimmel, vil det ikke være min læge jeg vil gå til så? Hvad er det, jeg skal være obs på?” (Informant 4)

“Jeg vil ikke tænke, at for højt blodsukker, det er sådan en usædvanlig situation for mig, så jeg vil ikke føle, at det var noget, jeg skulle henvende mig ekstra om. Det tror jeg faktisk ikke, at jeg ville.” (Informant 3)

Ovenstående citater er et udtryk for, at der er en manglende viden om, hvem der bør tages kontakt til ved behov og hvad der bør ligge til grund for at tage kontakt, herunder bl.a. hvilke symptomer, de skal være opmærksomme på og henvende sig med. Det kan betyde, at nogle personer med diabetes i flere tilfælde afholder sig fra at søge hjælp. Den behovsdrivne behandlingstilgang kan dermed være forbundet med en utryghed blandt nogle personer med diabetes grundet en uvished om, hvornår man bør tage kontakt. Manglende klare retningslinjer for hvornår personer med diabetes bør henvende sig, og en manglende viden om, hvor de bør henvende sig ved et behov, kan dermed være barrierer for egenhåndteringen.

6.2.4 Frygt for forkert blodsukkerniveau

Alle informanter udtrykker en bevidsthed om blodsukkerniveauets mulige konsekvenser af enten at ligge for højt eller for lavt, hvilket for fire af informanterne udmunder sig i en frygt for at have et forkert blodsukkerniveau. Frygten for et forkert blodsukkerniveau kommer til udtryk i nedenstående citat:

“Der sidder jo en konstant angst især for at få for lavt blodsukker eller insulinchok. Ikke fordi, det har aldrig været et problem, men det er en frygt, der sidder, at man på et tidspunkt har så lavt et blodsukker, at man måske besvimer og forsvinder lidt. Og lige så vel som de høje blodsukre, for det har jo en langtidskonsekvens, hvis det ikke bliver håndteret rigtigt.” (Informant 2)

Informanten oplever ikke problemer med sin blodsukkerregulering, men alligevel er der en konstant frygt for, at det kan blive et problem. Frygten ses at komme til udtryk ved bevidst at vælge at have enten et for lavt eller for højt blodsukkerniveau. I nedenstående citat fremgår det, at Informant 1 helst vil have et for lavt blodsukkerniveau, hvorimod informant 5 helst vil have et for højt blodsukkerniveau:

“Det er fordi, jeg tænker, at... At det er bedre for mig, at det ligger sådan liiiiige i underkanten end det ligger for højt med hensyn til de følgevirkninger, der kan komme.” (Informant 1)

“Men jeg har oplevet og stå og blive dårlig i motionscenteret eller være ude og gå en tur, hvor jeg bliver lav, og bliver nødt til at ringe og blive hentet. Og det giver jo sådan et eller andet med... Det vil man ikke ud i. Så derfor der... så... så vil man hellere ligge lidt for højt eller lade vær med at presse sig selv så meget fysisk.” (Informant 5)

Frygten for at opleve de konsekvenser, der kan forekomme på længere sigt af enten hyper- eller hypoglykæmi, kan udgøre en barriere for egenhåndteringen af det medicinske domæne. Samme informant og to andre informanter udtrykker udfordringer ved at dyrke motion forårsaget af en frygt for forkert blodsukkerniveau:

“Så ja, det er nok min største udfordring med min sukkersyge. Det er simpelthen det her med at dyrke motion, om man kan... Om min sukkersyge, den tillader det. Der er jo virkelig mange ting, der kan påvirke ens blodsukre så... Selvom jeg har spist, det jeg skal, jeg har taget min insulin, så står du og skal løbe en tur, og det kan du bare ikke.”

(Informant 6)

Blodsukkerniveauet angives at være påvirkelig af flere ting, hvorfor det aldrig er til at vide, hvordan kroppen vil reagere på fysisk aktivitet. Blodsukkerniveauets lette påvirkelighed betyder, at selvom personen med diabetes har en viden om, hvordan blodsukkeret skal reguleres, kan det være udfordrende at have fuld kontrol over blodsukkerniveauet. To ud af de tre informanter, der udtrykker udfordringer ved at dyrke motion, oplever begrænsninger i form af ikke at kunne dyrke den ønskede mængde motion. Disse begrænsninger resulterer i en negativ følelsesmæssig påvirkning. Den følelsesmæssige påvirkning udtrykkes af en af informanterne i form af en frustration, fordi motion er en stor del af hendes liv, hvorfor hun tillægger det stor værdi. Den manglende kontrol kommer i dette tilfælde til at have en konsekvens for hendes identitet, som indebærer at være fysisk aktiv, hvilket kan være årsag til den følelsesmæssige påvirkning. Informanten udtrykker følgende:

“Altså det er vildt frustrerende. For jeg er en af dem, at motion... Altså det påvirker mig psykisk. Så jeg elsker at dyrke motion. (...) Altså det påvirker mig også meget mentalt, at man bare går derhjemme og ikke kommer ud og får brugt kroppen.”

(Informant 6)

Frygten for et forkert blodsukkerniveau er forårsaget af frygten for konsekvenserne forbundet hermed samt den manglende kontrol over blodsukkerniveauet. Frygten for forkert blodsukkerniveau kan derfor have medicinske, følelses- og rollemæssige konsekvenser og kan udgøre en barriere for egenhåndtering.

6.2.5 Fysiske konsekvenser af diabetes

Fire af informanterne oplever fysiske konsekvenser af deres diabetes, hvoraf fællesnævneren er træthed. Trætheden udtrykkes af 3 af informanterne at have følelsesmæssige konsekvenser i form af frustrationer og tristhed:

“Jamen det er jo det her med, at man har træthed. Det kan godt påvirke mig negativt, altså sådan hvor man er mere ked af det og synes, at det hele er uretfærdigt og føler sig anderledes end andre.” (Informant 6)

“Når man er træt, så har man bare ikke energi til det, man også skal, og det er også frustrerende.” (Informant 5)

Træthed kan udløse en følelse af uretfærdighed og at være anderledes samt sætte begrænsninger for at gøre de ting, personen med diabetes skal eller gerne vil. En anden informant understøtter oplevelsen af, at trætheden kan sætte begrænsninger i hverdagen, hvilket for informanten påvirker livskvaliteten:

“Så den ting, der kommer til at skulle fylde meget i hverdagen, når man dør med træthed og sådan, det er ligesom arbejde, som har taget ens vågne tid. (...) Så det vil jeg sige, det har gjort, at det med manglende overskud til alt muligt andet, det kunne give noget tab af livskvalitet, vil jeg sige. At man sådan hele tiden skal økonomisere med kræfterne.” (Informant 3)

Træthed er en fysisk konsekvens, som kan medføre nogle følelsesmæssige konsekvenser i form af nedsat livskvalitet. Træthed kan også påvirke evnen til at tage den foreskrevne medicin. Informant 3 udtrykker således:

“For træthed det er noget mærkeligt noget, for det betyder, at ens rationelle beslutninger, der bliver sat lidt ud af spil, og det bliver bare sådan en dyne, der overvælder en og siger ‘ej det orker du ikke i dag, det her’. (...) Jeg ligger ned og skal træffe den beslutning, der handler om og rejse mig op og gå ud og tage medicinen. Eller gå ud og lave noget aftensmad, eller hvad det nu er... ‘Ej jeg vil hellere lige blive liggende lidt’.” (Informant 3)

Citatet af Informant 3 viser, at træthed kan have indflydelse på de rationelle beslutninger og dermed betyde, at der tages irrationelle beslutninger såsom at fravælge medicin eller ikke at få lavet mad. Foruden trætheden oplever samme informant, som den eneste af de otte informanter, også en anden fysisk komplikation af diabetes i form af fodsår. Det udfordrer ham i at være fysisk aktiv:

“Man vil jo gerne have, at... at vi diabetikere, vi får motion, ikk’. (...) Den del af det har jo knebet lidt for mig, efter jeg har fået de der fodproblemer.” (Informant 3)

Citatet er et udtryk for et dilemma mellem, hvad der forventes af personer med diabetes, og hvad der for ham er en mulighed grundet hans fodsår. De fysiske konsekvenser kan udfordre muligheden i at imødekomme de anbefalinger, der er til personer med diabetes, og udfordre evnen til at tage ansvar for sin diabetes. De fysiske konsekvenser af diabetes såsom træthed og fodsår kan således udgøre barrierer for egenhåndteringen.

6.3 Facilitatorer

I nedenstående fremgår tre temaer, som er facilitatorer for egenhåndtering.

6.3.1 Social støtte

I interviewene fremgår social støtte som en væsentlig facilitator for egenhåndtering. Social støtte er opdelt i to undertemaer, herunder ‘Social støtte fra omgangskredsen’ og ‘Social støtte fra de sundhedsprofessionelle’.

6.1.3.1 Social støtte fra omgangskredsen

Alle informanterne oplever en støtte fra deres sociale omgangskreds, hvilket har en positiv indflydelse på egenhåndteringen på forskellig vis. En af informanterne udtaler, at familien yder økonomisk støtte til betaling af insulin:

“De hjælper mig faktisk økonomisk. Mens jeg er studerende, så betaler de min insulin, for det er simpelthen for dyrt at kunne betale på en SU.” (Informant 6)

Den økonomiske støtte fra omgangskredsen betyder, at informanten i højere grad kan egenhåndtere det medicinske domæne. Fem af informanterne udtaler, at deres omgangskreds kan hjælpe ift. blodsukkerreguleringen:

“Der har været nogle gange, hvor specielt mine kvindelige kollegaer nok, kvinder er nok lidt bedre til at observere, hvis der er noget, der ikke fungerer, som er kommet og

har sat en juice til mig. Og det er selvfølgelig fordi hun kan høre, at der er noget, der er lidt omtåget.” (Informant 1)

“Jamen det (den sociale omgangskreds hjælper med) er egentlig sådan en påmindelse om, at nu skal man huske at tage sin insulin, fordi ellers så er det, at blodsukkeret bliver for højt.” (Informant 2)

Den social omgangskreds kan støtte med at være opmærksom på de symptomer, diabetes kan medføre, og dermed hjælpe med at reagere herpå. Herudover kan de hjælpe med at huske at tage medicinen. Foruden at hjælpe med blodsukkerreguleringen udtrykker tre af informanterne, at de bruger deres sociale omgangskreds som støtte til de følelsesmæssige konsekvenser af diabetes. Følgende citat er et eksempel på:

“Nogle gange får jeg også bare lov til at skælde ud og være sur og være træt af det hele, og så lægger de ører til og siger ‘det er okay’.” (Informant 6)

Den sociale omgangskreds kan derfor udøve en støtte til både de medicinske og følelsesmæssige konsekvenser af diabetes. En af informanterne udtrykker dog, at en forudsætning for, at hans sociale omgangskreds kan støtte ham i egenhåndteringen er, at de har nok viden om diabetes. Denne viden angives at være nødvendig at tilstræbe gennem de sundhedsprofessionelle, da den viden, personen med diabetes selv kan give, ikke opleves at være tilstrækkelig:

“Og vi har snakket om det derhjemme, fordi Merete, hun har jo ikke altså, altså hun ved jo kun, hvad jeg har fortalt, og hun siger også selv: ‘jamen det kan jo godt være, at der er nogle ting du ikke fortæller Lars, fordi du ikke ser det som et problem, men det kan jo blive et problem’.” (Informant 4)

Det er således ikke kun personer med diabetes, der skal have tilstrækkelige viden om diabetes, men også den nærmeste omgangskreds, da det har en betydning for, hvorvidt de kan støtte personer med diabetes i at egenhåndtere. Foruden social støtte fra den sociale omgangskreds ses sparring med andre med diabetes også at have positiv indflydelse på egenhåndtering grundet forståelsen for hinandens situation:

“(…) Og hvis det er helt slemt, så er det jo, at jeg ringer ude til sygehuset, eller ringer til en veninde, der også har sukkersyge og spørger ‘hvad gør du?’. Eller har brug for at få alle mine frustrationer ud, så er det fedt, at der er en, der siger ‘JA, jeg ved, hvordan du har det’.” (Informant 6)

“Altså apropos hvad der hjælper. Det er, at man ikke er alene. Så lave sådan noget, hvor det ikke er... Hvor man ikke bliver inviteret til en ‘nu skal vi have en eller anden samtale gruppe’, men hvor der er noget fagligt indhold, som man kan byde ind med, og så er en sideeffekt jo også, at man får nogle gode relationer med nogle, der er i samme båd.” (Informant 5)

Sparring med andre med diabetes kan give en følelse af ikke at være alene, og en følelse af, at andre har det på samme måde. Sparring med andre med diabetes kan derfor potentielt have en positiv indflydelse på alle tre domæner, da de gennem sparring kan få råd og vejledning til, hvordan andre lykkes med at leve et liv med diabetes. Social støtte fra omgangskredsen, herunder både fra familie, venner, kollegaer og andre med diabetes, kan derfor udgøre en facilitator for egenhåndteringen.

6.1.3.2 Social støtte fra de sundhedsprofessionelle

Alle informanterne giver udtryk for, at de sundhedsprofessionelle spiller en væsentlig rolle for deres egenhåndtering af deres diabetes. Fem af informanterne udtrykker, at de sundhedsprofessionelle kan støtte dem i den medicinske behandling af diabetes, hvilket følgende citat er et eksempel på:

“Det vi snakker om, det er hvordan mit blodsukker, det ligger og hvordan hun mener det, om jeg skal have noget mere af det hurtigtvirkende eller om jeg skal tage noget mere af det langsomtvirkende. Det er jo en stor hjælp at have en til.” (Informant 7)

Støtten fra de sundhedsprofessionelle kan gøre det lettere for personer med diabetes at styre blodsukkerreguleringen. I tillæg hertil udtaler to af informanterne, at det er væsentligt, at de sundhedsprofessionelle har fokus på mere end bare sygdomshåndteringen, hvortil Informant 2 udtrykker følgende:

“Og jeg har egentlig en oplevelse af, at den sygeplejerske jeg har nu, hun fokuserer på, hvordan jeg kan fungere med min sukkersyge i stedet for, hvordan min sukkersyge fungerer. Og det er egentlig meget rart, for på børneafdelingen så skulle sukkersygen bare ligge pænt hele tiden, hvor jeg nu har en sygeplejerske der siger ‘Emma, du skal fungere i sukkersygen og ikke omvendt’. Det har hjulpet en del.” (Informant 2)

Citatet er et udtryk for, at den sundhedsprofessionelle har formået at have en personcentreret tilgang og dermed tage hele konteksten i betragtning, så Informant 2 kan leve et liv med diabetes uden, at diabetes bliver styrende for hendes hverdag. Informant 3 uddyber, hvorfor det er vigtigt, at den sundhedsprofessionelle har fokus på mere end bare sygdomshåndteringen:

“(…) fordi hvis nu patienten har det dårligt mentalt, så er det ikke sikkert, at man når så langt med alle de her ting, som man aftalte til sådan en samtale, ‘at nu skal du huske det medicin, eller du skal huske at tage de målinger’ og sådan noget der. Hvis der er noget andet, der blokerer først.” (Informant 3)

I ovenstående citat fremgår det, at der kan være udfordringer i det ene domæne af egenhåndtering, som blokerer for et andet domæne. Det fremgår derfor, at det er vigtigt, at sundhedsprofessionelle har fokus på alle tre domæner for egenhåndtering. I tillæg hertil udtrykker én af informanterne, at tryghed er en forudsætning for, at der kan åbnes op for personlige emner foran den sundhedsprofessionelle:

“Og hvis man starter med at spørge ‘hvordan har du det med mentalt?’, altså før man har fået en eller anden relation, en eller anden tryghed over for den, man sidder over for, så får man måske ikke så meget ud af det.” (Informant 3)

En tryghed i relationen er en forudsætning for, at personen kan åbne op for det følelses- og rollemæssige domæne, og er derfor en forudsætning for, at de sundhedsprofessionelle kan understøtte personer med diabetes tilstrækkeligt i egenhåndteringen. Fire af informanterne udtrykker, at skiftende behandlere i konsultationerne er noget, der påvirker relationen negativt og deraf åbenheden over for at snakke om andet end det medicinske domæne. Det kommer til udtryk i følgende citat af samme informant som ovenstående:

“Det er sjældent, at man træffer den samme person mere end to eller tre gange i et forløb. Så man får jo ikke ligesom den relation på den måde, som altså... Det er nogle andre ting, som man bruger sundhedspersonalet til, og det er meget over i det sundhedsprofessionelle.” (Informant 3)

Det fremgår, at skiftende behandlere kan resultere i en manglende relationsdannelse, hvilket kan være medvirkende til, at personer med diabetes kun anser dem som værende behjælpelige med det medicinske domæne. Den samme behandler kan derfor ses som en forudsætning for, at personen kan opnå en tryghed i relationen og dermed kan understøttes i alle tre domæner i egenhåndtering. En informant udtrykker, hvad det gør for hende, at hun har en fast behandler tilknyttet:

“Det er også dem, der måske har tiden til at lytte, når det psykisk begynder at påvirke en for meget. (...) de er også gode til at tage snakken om, hvordan det går med livet med sukkersyge. Og så er det nok også fordi, at de har kendt mig i så mange år, som sygeplejersken har, så hun ved også, hvad hun skal spørge om.” (Informant 6)

Her fremgår det, at en fast behandler gør det muligt at opnå op for andet end de medicinske udfordringer. Støtten fra den sundhedsprofessionelle kan dermed udgøre en facilitator for egenhåndteringen. Støtte fra de sundhedsprofessionelle kan dog være forudsat af, at der en personcentreret tilgang, hvor der tages højde for hele menneskets kontekst og alle tre domæner af egenhåndtering. I forlængelse heraf ses det at være en forudsætning for at kunne snakke om mere end det medicinske, at personen med diabetes er tilkoblet den samme behandler, da det i højere grad giver en fortrolig relation, hvori personen føler sig tryk.

6.3.2 Digital hjælp

Syv af informanterne giver udtryk for, at digital hjælp er noget, der kan gøre hverdagen nemmere med diabetes. Den digitale hjælp nævnes af to af informanterne at kunne være en applikation (app), af én af informanterne et chatforum og af fem af informanterne telefonisk kontakt. To af informanterne udtrykker, hvad app'en med fordel kan indeholde. De foreslår, at appen kan indeholde en samling af den nyeste viden om diabetes, og at den kan fungere som en digital patientuddannelse:

“Altså lave det, der hedder digital patientuddannelse eller et eller andet. (...) det kan også godt være, at man én gang årligt lige skulle tjekke... eller læse et eller andet, eller tjekke lige op, er det her noget... Der er kommet ny viden på noget, eller et eller andet. Løbende retningslinjer.” (Informant 5)

“(...) at man kan søge på et eller andet, hvor der kommer artikler om det. Hvor man ved, her kan jeg gå ind og læse om det (...) Sådan 10 gode råd for, hvordan du kommer igennem en god træning.” (Informant 6)

Årsagen til, hvorfor en app vil kunne gøre hverdagen nemmere med diabetes, fremgår i følgende citater af samme informanter:

“Fordi man kan sige, det er en jungle. Vi kan ikke læse alt, vi kan ikke vide alt.” (Informant 5)

“Jeg tror bare sådan, hvis der lige er noget, der kommer af tanker i hovedet, så vil jeg kunne bruge den i stedet for, at man får at vide af sygehuset ‘om 2 måneder, så kan det være...’ Altså at det er lidt tættere på, at man ligesom har den her grundbog til livet med sukkersyge.” (Informant 6)

En app vil kunne gøre det nemmere at få adgang til gode råd og nye retningslinjer for diabetes, både fordi det uden en app kan være svært at navigere i den viden, der ellers er tilgængelig, og fordi det er tættere ved hånden end fysisk kontakt med sundhedspersonalet. App'en angives også med fordel at kunne indeholde et chatforum, hvor det vil være muligt at henvende sig til en sundhedsprofessionel ved spørgsmål:

“Nærmest sådan en lille hotline, hvor der er en, der lige kan svare på et spørgsmål. At man lige kan skrive ind til dem.” (Informant 6)

“Men hvis jeg var inde i et eller andet, hvor man siger, her er et chatforum eller et eller andet, så kan det godt være, at jeg vil bruge det. Altså et eller andet sted, hvor man siger, her kan jeg sådan uforpligtende gå ind.” (Informant 2)

Chatforummet kan opleves som uforpligtende, hvilket kan være medvirkende til, at personer med diabetes i højere grad vil benytte sig af hjælp fra de sundhedsprofessionelle. Et chatforum kan derfor bidrage til et større samarbejde med de sundhedsprofessionelle og dermed en større hjælp herfra. Foruden en app og et chatforum, angives en anden digital hjælp at være telefonisk kontakt med de sundhedsprofessionelle. Én af informanterne udtaler sig om, at den telefoniske kontakt med de sundhedsprofessionelle er vigtig for ham i hans hverdag, fordi det giver ham en tryghed:

“Det er da dejligt (at han hele tiden kan komme i kontakt med sygeplejersken). (...) fordi hvis der er noget, så kan du bare ringe til hende. (...) Men det er stadigvæk, også som jeg siger, betryggende, at du kan ringe til hende.” (Informant 7)

I tillæg hertil udtrykker informant 2 ligeledes, at den telefoniske kontakt er vigtig for hende, fordi hun tror, at de sundhedsprofessionelle kan gøre hende opmærksom på nogle ting, hun ikke selv er opmærksom på:

“Mhm, jeg tænker, at det egentlig er fordi, at sygeplejersken måske stiller nogle andre spørgsmål end det, man lige selv går og tænker over. Så at man via en samtale kan sige ‘jamene jeg synes lige, at vi skal ses, eller vi kan snakke om, hvad det er’.” (Informant 2)

Muligheden for at komme i kontakt med en sundhedsprofessionel er betryggende, fordi det hurtigt er muligt at få en sparring om, hvad der vil være det hensigtsmæssige at gøre med afsæt i den enkeltes situation. Herudover kan citatet af Informant 2 være et udtryk for, at den telefoniske kontakt bidrager med tryghed, idet den sundhedsprofessionelle kan være opmærksom på nogle ting, som personen ikke nødvendigvis selv er opmærksom på. Den digitale hjælp kan således udgøre en facilitator for egenhåndteringen.

6.3.3 Medicinsk teknologi

I interviewene fremgår medicinsk teknologi at udgøre en væsentlig facilitator for egenhåndtering. Medicinsk teknologi er opdelt i to undertemaer, herunder ‘Sensorbaserede glukosemålere’ og ‘Insulinpræparater’.

6.3.3.1 Sensorbaserede glukosemålere

Syv ud af otte informanter har en sensorbaseret glukosemåler, og alle ser det som en stor hjælp i egenhåndteringen. Alle syv informanter udtrykker, at sensoren gør det nemmere at holde styr på sit blodsukker. En af årsagerne hertil er hyppigere målinger af blodsukkerniveauet:

“Jamen altså, efter jeg har fået sensoren, så er jeg blevet meget bedre til at måle blodsukkeret en ekstra gang eller tre om dagen. For at vurdere om man har taget for lidt eller for meget insulin.” (Informant 2)

De hyppigere målinger giver flere af informanterne en større kontrol over at kunne holde blodsukkerniveauet stabilt:

“Det er noget mere reguleret, end hvis jeg ikke havde det. (...) Det var en life changer helt bogstaveligt, da jeg fik den.” (Informant 5)

“Nu har jeg jo helt kontrol, egenkontrol, over min egen... mit daglige blodsukker.” (Informant 4)

Den sensorbaseret glukosemåler kan medvirke til, at personer har en større kontrol over deres diabetes, hvorfor de dermed i højere grad kan monitorere det optimalt. Derudover gør sensoren det muligt for sundhedsprofessionelle at følge med i den enkeltes blodsukkerniveau, hvilket to af informanterne udtrykker som værende en tryghed:

“Nu kan man jo sige (navn på sygeplejerske) der, hun kan sidde og følge mig i, hvordan mit blodsukker, det ligger, og hvad der er godt, ikke. (...) Det er også betryggende.” (Informant 7)

Trygheden udspringer af, at de sundhedsprofessionelle har mulighed for at følge med i personens blodsukkerniveau, hvilket kan være et udtryk for, at det er trygt, at ansvaret for blodsukkerniveauet ikke alene lægger på personen med diabetes. De sundhedsprofessionelle kan ud fra dataene have et medansvar for at sikre, at blodsukkerniveauet er optimalt. I forlængelse heraf udtrykker én af informanterne, at hun gerne vil kontaktes, såfremt de sundhedsprofessionelle ser et behov herfor:

“Hvis de så på mine data og sagde ‘vi kan se, at der er et behov her’. Så vil jeg meget gerne kontaktes.” (Informant 5)

Medansvaret hos den sundhedsprofessionelle lægger således ikke alene i at holde øje med blodsukkerniveauet, men tilmed at tage kontakt, hvis der vurderes et behov herfor. Den sensorbaseret glukosemåler udgør dermed en facilitator for egenhåndteringen.

6.3.3.2 Insulinpræparater

Fem af informanterne udtrykker, at forskellige insulinpræparater, herunder insulinpenne- og pumper, er noget af det, der er med til at gøre hverdagen lettere med diabetes. Både insulinpennen- og pumpen kan bruges til at regulere blodsukkeret gennem hurtigtvirkende insulin. En af informanterne udtaler, hvorfor en insulinpen med hukommelsesfunktion gør hverdagen nemmere, og to udtaler, hvorfor en insulinpumpe vil kunne gøre hverdagen nemmere, da ingen af informanterne på nuværende tidspunkt har en. Eksempler herpå fremgår i følgende citater:

“Men så har jeg ikke fået taget min insulin, og det kan man også læse på de nye penne der, hvornår har du sidst taget insulin. Det er jo skide smart. Jeg kunne jo godt på et tidspunkt, når jeg skulle i seng ‘jeg kan slet ikke huske, om jeg har taget insulin?’. Altså i en stress situation ikke, nu kan jeg lige trykke på den der, ikke, altså det tog jeg så for fire timer siden, jamen så er det jo fint, så har jeg taget det.” (Informant 4)

“Jamen det er fordi, at den (insulinpumpen) egentlig gør det selv. Den måler dit blodsukker. Den giver dig... Hvis nu dit blodsukker er højt, så giver den selv noget mere insulin. Omvendt så advarer den dig også, hvis den er nede. Så du får måske nogle advarsler hurtigere. Altså den reagerer måske hurtigere end du selv vil gøre.” (Informant 8)

Begge redskaber er dermed medvirkende til at hjælpe med at sikre, at blodsukkerniveauet er velreguleret. Det at kunne se på insulinpennen, hvornår den seneste insulinindsprøjtning er foretaget, kan give en tryghed i en travl hverdag, hvor der kan være tvivl om, hvorvidt insulinen er blevet taget. Derudover kan en insulinpumpe reagere hurtigere end, hvad personen med

diabetes potentielt selv er i stand til. Informant 6 udtrykker desuden, at en insulinpumpe vil kunne fjerne bekymringer forbundet med at stikke sig:

“Det kan godt være sådan... Ja. Det her med ‘åh er der nogen, der kigger? Er der nogen, der synes, at det er ulækkert? Eller er der nogen, der bliver dårlig, hvis jeg finder en nål frem?’. Og det er også derfor, med de her apparater, at så kan man lige gøre det så diskret altså.” (Informant 6)

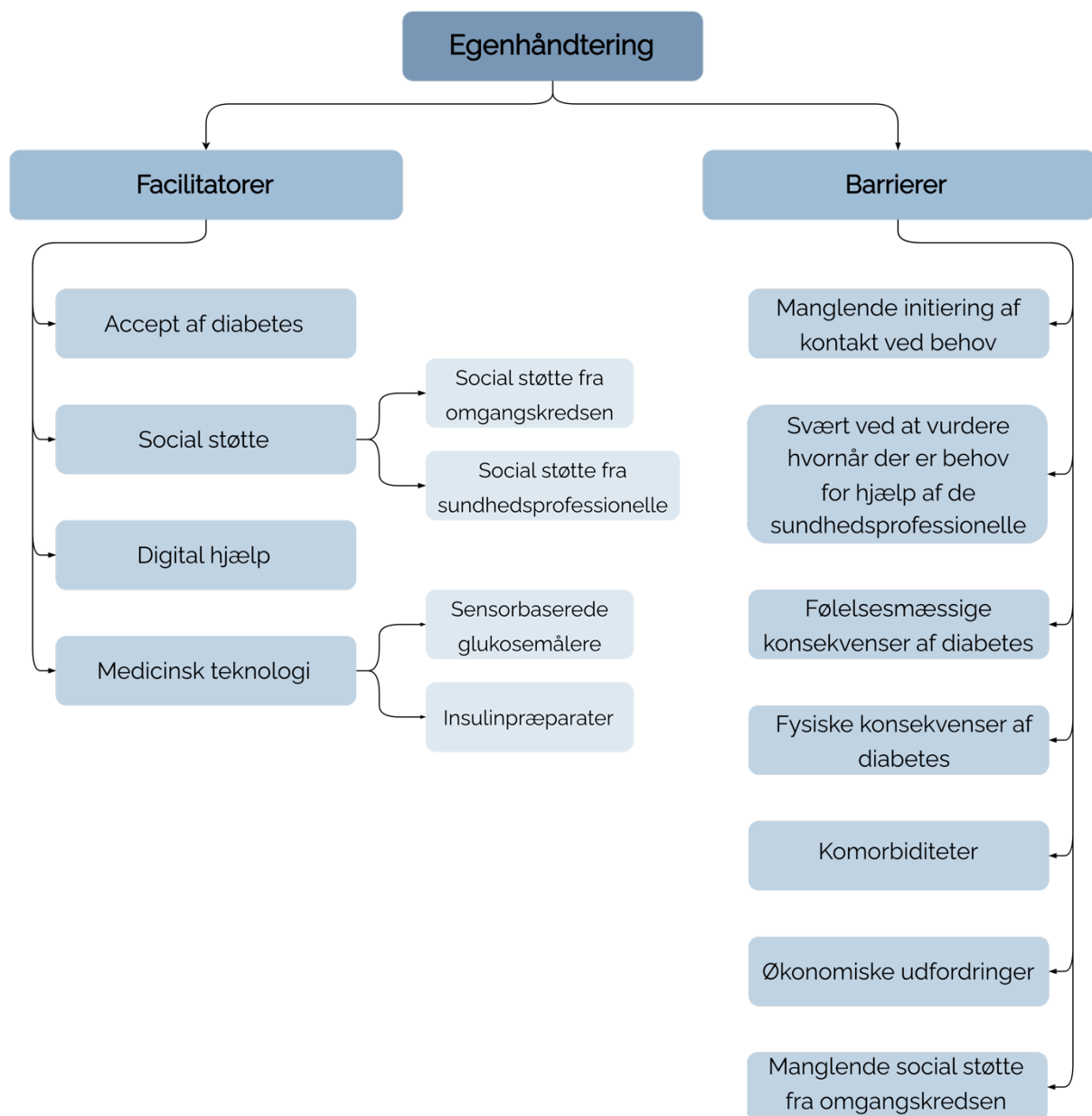
Insulinpenne med hukommelsesfunktion og insulinpumper kan derfor udgøre facilitatorer for egenhåndteringen.

7. Diskussion

I de følgende afsnit vil resultaterne og metoderne i specialet diskuteres.

7.1 Resultatdiskussion

I det følgende afsnit vil der fremgå en diskussion af ovenstående barrierer og facilitatorer fra interviewene. I diskussion inddrages kvalitativ forskning fra den systematiske litteratursøgning, anden relevant litteratur samt udtalelser fra en diabetessygeplejerske i Region Nordjylland. Figur 5 viser en oversigt over barrierer og facilitatorer ud fra empirien og diskussionen heraf. Diskussionen vil danne grundlag for forandringsforslag til SDCN ift. fremtidig praksis, som vil opsummeres i afsnit 9.



Figur 5: Barrierer og facilitatorer.

7.1.1 Social støtte fra omgangskreds

I interviewene fremgår det, at social støtte fra omgangskredsen udgør en facilitator for egenhåndteringen. Flere studier understøtter dette fund (Laranjo et al., 2015; Dao et al., 2019; Fukunaga et al., 2011; Vasconcelos Silva et al., 2022). Studierne af Laranjo et al. (2015) og Dao et al. (2019) uddyber, at den sociale støtte fra familie og venner kan være i form af hjælp til det medicinske, at spise sundt og at dyrke motion. Studiet af Fukunaga et al. (2011) understøtter tilmed interviewene i, at en forudsætning for, at den sociale omgangskreds kan yde social støtte er, at de, såvel som personer med diabetes, modtager information og undervisning i diabetes. I interviewene fremgår den sociale støtte at kunne være i form af

sparring med andre med diabetes. Dette understøttes af studierne af Fukunaga et al. (2011) og Vasconcelos Silva et al. (2022), hvortil det i det ene af studierne uddybes, at dette er tilfældet, fordi sparringen giver motivation og viljestyrke til egenhåndteringen (Fukunaga et al., 2011). Flere af studierne fra den systematiske søgning belyser, at den sociale omgangskreds også omvendt kan udgøre en barriere for egenhåndteringen (Adu et al., 2019; Chepulis et al., 2021; Laranjo et al., 2015; Dao et al., 2019). Det kan skyldes en manglende forståelse fra familie og venner (Laranjo et al., 2015) eller en oplevelse af, at de rådgiver i håndteringen af diabetes på en måde, som er i uoverensstemmelse med, hvad personen selv oplever som værende effektivt (Adu et al., 2019; Dao et al., 2019). Denne uoverensstemmelse kan medføre en forvirring og frustration blandt personen med diabetes og påvirke egenhåndteringen negativt (Adu et al., 2019). Omgangskredsen kan tilmed udgøre en barriere for, at personer med diabetes måler blodsukkeret og tager sin medicin grundet en oplevelse af, at omgangskredsen i flere sammenhænge udtrykker det som værende upassende at stikke sig (Chepulis et al., 2021).

I ovenstående fremgår det, at den sociale omgangskreds både kan udgøre en facilitator og barriere for egenhåndteringen. Der kan argumenteres for, at for at undgå, at de udgør en barriere ved at mislede i egenhåndtering og udvise manglende forståelse, vil det kræve, at den sociale omgangskreds får den tilstrækkelige viden og uddannelse i diabetes. Det fremgår netop i interviewene og flere af studierne som en forudsætning for, at den sociale omgangskreds kan yde social støtte. I de nationale behandlingsvejledninger til arbejdet med personer med diabetes anbefales det, at pårørende medtænkes i patientuddannelsen ved opstartsforløbet af diabetesbehandlingen (Søndergaard et al., 2022). Diabetesforeningen anbefaler, at pårørende generelt bør inddrages i behandlingskonsultationerne for at øge forståelsen og samhørigheden (Diabetesforeningen, 2023o). Studiet af Dao et al. (2019) viser tilmed, at sundhedsprofessionelle oplever det som værende nemmere at kunne understøtte personer med diabetes, når familien inddrages i behandlingskonsultationerne, da familien anses at have en væsentlig betydning for personens egenhåndtering. I fremtidig praksis kan det derfor anbefales, at pårørende inddrages i behandlingskonsultationerne, for på den måde at kunne øge deres evne til at yde social støtte. Herudover kan det anbefales, at omgangskredsen tilbydes indsatser, der kan give viden om diabetes og råd til, hvordan de bedst kan støtte personer med diabetes. Diabetesforeningen har udviklet flere tilbud til pårørende til diabetes som eksempelvis netværksgrupper, støttegrupper og uddannelse om diabetes, men tilbuddene er ikke til stede i alle kommuner (Diabetesforeningen, 2023o) og ej heller i kommunerne i Region Nordjylland (Sundhed.dk, 2023). Såfremt tilbuddet om patientuddannelse har en god virkning i de

respektive kommuner, kan det overvejes, at disse skal implementeres i alle landets kommuner. Udviklingen af andre tilbud kan overvejes, såfremt nuværende tilbud ikke vurderes relevante for at kunne give omgangskredsen den nødvendige viden. Den sociale støtte fremgår også at kunne være gennem sparring med andre med diabetes. Det anbefales derfor, at der identificeres eller udvikles relevante tilbud, hvor personer med diabetes har mulighed for at mødes og sparre med hinanden, da det kan understøtte dem i egenhåndteringen.

7.1.2 Social støtte fra de sundhedsprofessionelle

I interviewene fremgår den sociale støtte fra sundhedsprofessionelle at være en facilitator for egenhåndteringen. Den sociale støtte ses dog at være forudsat af, at den sundhedsprofessionelle har en personcentreret tilgang, hvor hele personens kontekst og alle tre domæner af egenhåndtering tages i betragtning. Dette fund understøttes af studiet af Vasconcelos Silva et al. (2022). En spørgeskemaundersøgelse fra 2019 af Diabetesforeningen, omhandlende personer med diabetes' oplevelser og behov i sundhedsvæsenet, viser, at 19% af de 9.108 deltagende oplever et behov for forbedringer i relation til at kunne få hjælp til bekymringer afledt af diabetes (Nielsen & Golubovic, 2019). Dette indikerer, at personen med diabetes i flere tilfælde angiveligt ikke understøttes tilstrækkeligt i egenhåndteringen. I interviewene fremgår det tilmed, at en tilknytning til den samme behandler er en forudsætning for, at personer med diabetes er villige til at åbne op for andet end medicinske udfordringer. Det skyldes, at tilknytningen til den samme behandler i højere grad skaber en tryk og fortrolig relation. Et kvalitativt studie af Benton et al. (2023), der har undersøgt sundhedsprofessionelles oplevelser af at identificere og understøtte følelsesmæssige udfordringer relateret til diabetes, viser i tillæg hertil, at de sundhedsprofessionelle oplever, at personer med diabetes i højere grad bliver fortrolig i relationen, når de har et godt kendskab til deres behandler. Dette understøttes af en diabetessygeplejerske i Region Nordjylland, som tilmed forklarer, at en fortrolig relation er vigtigt, da det skaber et bedre samarbejde og dermed gør det nemmere for de sundhedsprofessionelle at yde den tilstrækkelige støtte (Ekspertudsagn, Diabetesambulatorium i Region Nordjylland, 2023). I 2021 var der dog 37,1% af personer med type 1-diabetes og 20,4% med type 2-diabetes, fordelt på landsplan, som angav at være meget utilfredse med skiftende behandlerkontakt (Iken, 2021). Den skiftende behandlerkontakt kan ses som værende problematisk, da der kan stilles spørgsmål ved, i hvor høj grad personen med diabetes får den tilstrækkelig hjælp til egenhåndtering grundet en potentiel manglende fortrolighed i samarbejdet.

Med afsæt i ovenstående vurderes det væsentligt, at den sundhedsprofessionelle i konsultationen har en personcentreret tilgang, og formår at understøtte både de medicinske, følelses- og rollemæssige konsekvenser, diabetes kan medføre. Foruden en anbefaling om, at behandlingen bør være personcentreret, vurderes det tillige væsentligt, så vidt det er muligt, at personen med diabetes er tilknyttet den samme behandler grundet dets betydning for samarbejdet. Anbefalingen om en personcentreret tilgang understøtter de nuværende nationale og internationale behandlingsvejledninger til diabetes (Søndergaard et al., 2022; Davis et al., 2022). Til at understøtte de sundhedsprofessionelle i at kunne have en personcentreret tilgang og tage udgangspunkt i den enkeltes behov, er det tidligere nævnte spørgeskema, DiaProfil, udviklet (Praksiskontakt, SDCN, 2023). Spørgsmålene afdækker biologiske, psykologiske og sociale faktorer og afspejler derfor en hensigt om, at der i behandlingen vil tages højde for mere end bare det biologiske aspekt af diabetes. Spørgeskemaet bruges på nuværende tidspunkt ifm. konsultationen med den sundhedsprofessionelle (Ekspertudsagn, Diabetesambulatorium i Region Nordjylland, 2023). Da de sundhedsprofessionelle gennem spørgeskemaet kan se, hvor personen med diabetes oplever et særligt behov for hjælp (Praksiskontakt, SDCN, 2023), vurderes brugen heraf væsentlig i praksis for at de sundhedsprofessionelle kan imødekomme anbefalingen om en personcentreret tilgang. Diabetessygeplejersken i Region Nordjylland udtalte dog, at de 20 minutters konsultationstid er en begrænsning for at kunne rumme alt det, personen med diabetes har behov for at snakke om (Ekspertudsagn, Diabetesambulatorium i Region Nordjylland, 2023). I studierne af Benton et al. (2023) og Vasconcelos Silva et al. (2022) fremgår det tilmed, at tiden i konsultationen er begrænsende for, at de sundhedsprofessionelle kan levere en tilstrækkelig behandling til den enkelte person med diabetes. Såfremt den behovsdrivet behandlingstilgang frigiver tid til dem med størst behov, kan det muligvis imødekomme begrænsningen om ikke at kunne give den tilstrækkelige behandling og tage afsæt i den enkeltes kontekst.

7.1.3 Fysiske og følelsesmæssige konsekvenser af diabetes samt komorbiditeter

Flere af studierne fra den systematiske litteratursøgning understøtter interviewene med, at fysiske komplikationer kan udgøre en barriere for egenhåndteringen (Adu et al., 2019; Chepulis et al., 2021; Fukunaga et al., 2011; Gardsten et al., 2018; Laranjo et al., 2015). Det fremgår bl.a., at de fysiske komplikationer såsom fodsår, træthed samt muskel- og ledsmerter kan gøre det sværere at indgå i jævnlig fysisk aktivitet (Fukunaga et al., 2011; Gardsten et al., 2018;

Laranjo et al., 2015). En af de gennemgående fysiske konsekvenser af diabetes i interviewene er træthed. Diabetesforeningen understøtter, at diabetestræthed er en hyppigt forekommende konsekvens, som kan påvirke egenhåndteringen negativt (Diabetesforeningen, 2023f). Flere af studierne understøtter ligeledes, at følelsesmæssige konsekvenser af diabetes kan udgøre en barriere for egenhåndtering (Adu et al., 2019; Chepulis et al., 2021; Fukunaga et al., 2011; Gardsten et al., 2018). I studierne henvises dog ikke til frygt for forkert blodsukkerniveau og en manglende accept, men til psykologiske tilstande såsom stress, depression og udbrændthed (Adu et al., 2019; Fukunaga et al., 2011). Frygt for forkert blodsukkerniveau eller manglende accept af diabetes ses dog ikke at være ukendte følelsesmæssige konsekvenser. Frygt for hypoglykæmi ses ifølge Diabetesforeningen at være et udbredt problem blandt personer med type 1-diabetes (Diabetesforeningen, 2023a), og et litteraturreview af Przekacki et al. (2022), som omhandler frygt for hypoglykæmi, belyser, at det er et underestimeret problem i klinisk praksis, som bør adresseres, fordi det kan have en negativ indflydelse på hverdagslivet og blodsukkerniveauet. Ift. den manglende accept viser flere kvantitative studier, at en manglende accept af diabetes er associeret med en dårligere kontrol af blodsukkerniveauet (Bonikowska et al., 2021; Schmitt et al., 2014; Richardson et al., 2001).

Foruden de fysiske og følelsesmæssige konsekvenser, supplerer flere af studierne fra den systematiske litteratursøgning med, at komorbiditeter ligeledes kan udgøre en barriere for egenhåndtering (Adu et al., 2019; Laranjo et al., 2015; Fukunaga et al., 2011). Sammenhængen mellem en mindre hensigtsmæssig egenhåndtering af diabetes og komorbiditeter understøttes af flere kvantitative undersøgelser, hvor personer med en eller flere komorbiditeter oftere ses at have en dysreguleret diabetes sammenlignet med personer uden komorbiditeter (Kerr et al., 2007; Schulman-Green et al., 2016; VIVE, 2020). Diabetessygeplejersken fra Region Nordjylland udtalte, at der i ambulatorierne er mange med diabetes med andre samtidige sygdomme, og udtalte, at det kan være udfordrende at hjælpe disse personer, fordi diabetes oftest nedprioriteres til fordel for andre sygdomme (Ekspertudsagn, Diabetesambulatorium i Region Nordjylland, 2023). I tillæg hertil fremgår det i en rapport af Sundhedsstyrelsen, at personer med diabetes med en eller flere komorbiditeter ofte er i kontakt med flere forskellige sundhedspersoner på tværs af sektorer, og mange oplever usammenhængende behandlingsforløb, som kan medføre, at personen med diabetes udebliver fra konsultationer (Sundheds- og ældreministeriet, 2017). De rekrutterede informanter fortalte ikke om komorbiditeter, men med afsæt i diabetessygeplejerskens udtalelse og rapporten af

Sundhedsstyrelsen vurderes komorbiditeter dermed i tillæg til de fysiske-og følelsesmæssige konsekvenser også at kunne udgøre en barriere for egenhåndteringen.

Med afsæt i ovenstående vurderes det væsentligt, at personer med diabetes bliver understøttet i både de fysiske og følelsesmæssige konsekvenser, der kan være af diabetes, og tilmed understøttes i at kunne egenhåndtere diabetes samtidig med andre sygdomme. Dette kan ses i tråd med anbefalingen om, at behandlingen bør være personcentreret, da en personcentreret tilgang netop vil tage højde for den enkeltes kontekst og behov. Det kvalitative studie af Benton et al. (2023), finder, at de sundhedsprofessionelle generelt ikke oplever at have tilstrækkelige færdigheder til at kunne understøtte de følelsesmæssige udfordringer relateret til diabetes. Diabetessygeplejersken fortæller i tillæg hertil, at de ikke modtager en bestemt efteruddannelse i at adressere de følelsesmæssige konsekvenser af diabetes (Ekspertudsagn, Diabetesambulatorium i Region Nordjylland, 2023). Det anbefales derfor i fremtidig praksis, at de sundhedsprofessionelle efteruddannes heri. At kunne adressere de følelsesmæssige konsekvenser vurderes at være en forudsætning for, at de sundhedsprofessionelle kan arbejde ud fra en bio-psyko-social tilgang og dermed have en personcentreret tilgang i behandlingen. SDCN arbejder på nuværende tidspunkt på at igangsætte et koncept, der skal specialuddanne sundhedsprofessionelle i at kunne adressere følelsesmæssige konsekvenser af diabetes, der ikke kræver henvisning til psykolog (Steno Diabetes Center Nordjylland, 2023d). De nationale behandlingsvejledninger til personer med diabetes understøtter, at sundhedsprofessionelle regelmæssigt bør afdække psykosociale behandlingsbehov og anbefaler, at personer med diabetes henvises til psykolog eller psykiater, hvis der vurderes et behov herfor (Søndergaard et al., 2022). Diabetessygeplejersken udtaler, at de ikke har særlig mange muligheder for at henvise til en psykolog (Ekspertudsagn, Diabetesambulatorium i Region Nordjylland, 2023), men det fremgår ikke, hvorfor det gør sig gældende. I fremtidig praksis kan det derfor tillige anbefales, at sundhedsprofessionelle i højere grad supplerer egen behandling med henvisning til psykolog, som besidder yderligere ekspertise i det psykosociale aspekt. Ift. komorbiditeter er der på nuværende tidspunkt igangsat et forskningsprojekt, der skal undersøge, om behandlingen af personer med diabetes og komorbiditeter kan samles hos ét multidisciplinært team (Steno Diabetes Center Nordjylland, 2023a). Målet er at skabe en større patienttilfredshed ved at skabe en større sammenhæng i behandlingen samt understøtte de sundhedsprofessionelle i det komplekse behandlingsforløb (Steno Diabetes Center Nordjylland, 2023a). I fremtidig praksis kan multidisciplinære teams derfor potentielt understøtte de sundhedsprofessionelles arbejde med personer med komorbiditeter.

7.1.4 Økonomiske udfordringer

En af informanterne fra interviewene udtrykker, at familien yder økonomisk hjælp til eksempelvis diabetesrelateret medicin. Såfremt det ikke var tilfældet, ville økonomien kunne udgøre en barriere for egenhåndteringen, idet hun potentielt ikke ville have råd til medicin. Flere af studierne understøtter, at økonomiske udfordringer kan udgøre en barriere for egenhåndteringen af diabetes (Adu et al., 2019; Chepulis et al., 2021; Fukunaga et al., 2011; Gardsten et al., 2018; Laranjo et al., 2015). Her ses omkostninger forbundet med medicin (Adu et al., 2019; Chepulis et al., 2021 & Fukunaga et al., 2011), indkøb af sunde madvarer (Fukunaga et al., 2011; Laranjo et al., 2015) og fysisk aktivitet (Gardsten et al., 2018) at være barrierer for egenhåndteringen. Diabetessygeplejersken i Region Nordjylland beskriver også, at hun i sit arbejde oplever, at økonomi er en væsentlig barriere for egenhåndteringen (Ekspertudsagn, Diabetesambulatorium i Region Nordjylland, 2023).

Med afsæt i ovenstående vurderes det væsentligt, at sundhedsprofessionelle tager højde for de økonomiske udfordringer, personen med diabetes kan opleve. Dette kan igen sættes i relation til anbefalingen om en personcentreret tilgang, hvor der skal tages højde for den enkeltes kontekst. I de nationale behandlingsvejledninger til personer med diabetes fremgår det, at sundhedsprofessionelle kan understøtte de økonomiske udfordringer ved at undersøge muligheder for billigere medicin (Hansen et al., 2022). Diabetessygeplejersken i Region Nordjylland udtaler, at de har mulighed for at henvise til en socialrådgiver, som kan hjælpe med den økonomiske situation (Ekspertudsagn, Diabetesambulatorium i Region Nordjylland, 2023). Fordi økonomiske udfordringer kan udgøre en barriere for egenhåndteringen, vurderes det væsentligt, at sundhedsprofessionelle i fremtidig praksis enten selv adresserer de økonomiske udfordringer eller tilbyder hjælp fra en socialrådgiver.

7.1.5 Digital hjælp

Muligheden for nemt at kunne komme i kontakt med de sundhedsprofessionelle, enten via et chatforum eller telefonisk kontakt, fremgik i interviewene at kunne udgøre en facilitator for egenhåndteringen. Studiet af Vasconcelos Silva et al. (2022) understøtter, at den nemme og hurtige mulighed for kontakt gennem digital kontakt kan udgøre en facilitator. Det supplerer med, at sundhedsprofessionelle tillige oplever den digitale kontakt som en facilitator, da de herigennem hurtigere kan yde støtte og vejledning til personer med diabetes (Vasconcelos Silva et al., 2022). I interviewene fremgår det tilmed, at en app med mulighed for digital kontakt,

information om nyeste viden og råd og vejledning til bestemte udfordringer, vil kunne udgøre en facilitator for egenhåndteringen. De internationale standarder for uddannelse og støtte til egenhåndtering af diabetes understøtter, at apps kan være effektive til at levere støtte til egenhåndteringen (Davis et al., 2022). Behovet for en nemmere tilgængelighed til den nyeste viden gennem eksempelvis en app kan udspringe af, at personer med diabetes kan opleve det som en jungle at opsøge den nyeste viden om diabetes. Dette understøttes af flere studier fra den systematiske søgning, som finder, at personer med diabetes oplever en uvished om, hvor de, foruden hos de sundhedsprofessionelle, kan indhente viden om håndtering af diabetes (Chepulis et al., 2021; Laranjo et al., 2015; Gardsten et al., 2018; Vasconcelos Silva et al., 2022).

I fremtidig praksis vurderes det relevant, at der i behandlingen, i højere grad gøres brug af digital kontakt, herunder telefonisk kontakt eller et chatforum, da det gør det nemmere for personer med diabetes at komme i kontakt med de sundhedsprofessionelle. Diabetessygeplejersken i Region Nordjylland oplever, at de i højere grad benytter sig af telefoniske konsultationer og udtaler, at det gør det nemmere at følge op på den fysiske konsultation og at holde en løbende tæt kontakt (Ekspertudsagn, Diabetesambulatorium i Region Nordjylland, 2023). De nationale behandlingsvejledninger til personer med diabetes understøtter, at den sundhedsprofessionelle med fordel kan benytte sig af digital kontakt mellem de obligatoriske fysiske konsultationer (Søndergaard et al., 2022). I studiet af Ryg et al. (2021), omhandlende virkningen af den behovsdrevet tilgang på Sydvestjysk Sygehus, viser den digitale kontakt at kunne erstatte det fysiske fremmøde, hvilket frigiver ressourcer til de sundhedsprofessionelle, fordi de digitale konsultationer oftest er af kortere varighed end de fysiske. I et systematisk review af Reed & Crellin (2022), omhandlende virkningen af behovsdrevet behandling, fremgår den digitale kontakt omvendt også at kunne medføre et overforbrug af ressourcer i sundhedsvæsenet. Dette vil forekomme, såfremt den samlede tid på telefonen overstiger den tid, der førhen blev brugt på fysiske konsultationer (Reed & Crellin, 2022). I fremtidig praksis er det derfor relevant at undersøge, hvorvidt digital kontakt overstiger eller er lig med de ressourcer, der på nuværende tidspunkt bruges på fysisk kontakt, da det vil være afgørende for, hvorvidt det rent praktisk er muligt at fortsætte med i praksis. Foruden en anbefaling om brug af telefonisk kontakt eller brug af et chatforum, kan det med fordel overvejes at udvikle en app, som voksne med diabetes kan anvende i egenhåndteringen. Diabetessygeplejersken i Region Nordjylland udtaler i tillæg, at en app med et chatforum kan gøre det nemmere at kommunikere med personen med diabetes (Ekspertudsagn,

Diabetesambulatorium i Region Nordjylland, 2023). Der er i Danmark udviklet en app til kulhydrattælling og insulinberegning (Diabetesforeningen, 2023b), men app's med yderligere indhold til håndteringen af diabetes, herunder opdatering af nyeste viden og et chatforum, er endnu ikke udviklet til voksne. SDCN har dog på nuværende tidspunkt et mål om at gøre brug af app's i den fremtidige behandling, og arbejder på at udvikle en app, som skal understøtte sammenhængen i behandlingen og indeholde hjælp og information til behandlingen (Steno Diabetes Center Nordjylland, 2023c). Der er tidligere udviklet en app til unge med type 1-diabetes, som havde til formål at forbedre unges egenhåndtering af diabetes (Kjølhede et al., 2017). En evaluering heraf viste, at der efter 12 måneders ugentlig brug af app'en ikke var nogen signifikant forskel på langtidsblodsukkeret og brug af hospitalsydelser sammenlignet med kontrolgruppen (Kjølhede et al., 2017). Brugen af chatfunktionen i app'en var begrænset og flere stoppede med at bruge app'en efter nogle få måneder, hvilket bl.a. var forårsaget af en manglende opdatering af nyeste viden om diabetes (Kjølhede et al., 2017). I udviklingen af en app til voksne med diabetes vurderes det derfor relevant, at borgerne inddrages heri for at sikre, at den imødekommer deres behov og ønsker. På den måde vil det øge sandsynligheden for, at den vil blive brugt og dermed udgøre en facilitator for egenhåndteringen.

7.1.6 Medicinsk teknologi

Den sensorbaseret glukosemåler måler blodsukkerniveauet automatisk, og fremgår tydeligt i interviewene at være en facilitator for egenhåndteringen, idet alle informanter udtaler, at sensoren gør egenhåndteringen nemmere. Herudover udtrykker flere, at forskellige insulinpræparater gør eller vil gøre livet lettere med diabetes. Studiet af Adu et al. (2019) finder ligeledes, at sensorbaserede glukosemålere og forskellige insulinpræparater kan udgøre en facilitator for egenhåndtering, fordi disse redskaber kan gøre det lettere for personer med diabetes at regulere blodsukkerniveauet. I 2022 foretog Behandlingsområdet en dybdegående analyse af sensorbaserede glukosemålere til personer med type 1-diabetes (Behandlingsrådet, 2023). Komparatoren for analysen var selvmonitorering af blodsukkerniveau (SMBG) gennem fingerprik (Behandlingsrådet, 2023). Analysen viser, at sensorbaserede glukosemålere med dertilhørende alarmfunktion giver personer med diabetes oplevelsen af større kontrol over blodsukkerniveauet (Behandlingsrådet, 2023). Den øgede kontrol viser bl.a. at have en positiv indflydelse på det generelle velvære samt nedsætte graden af diabetesrelateret stress og frygt for hypoglykæmi (Behandlingsrådet, 2023). Derudover ses sensorbaserede glukosemålere at have positiv indvirkning på nattesøvnen, evnen til at være fysisk aktiv, det sociale liv,

sygdommens synlighed for omverdenen samt livskvaliteten (Behandlingsrådet, 2023). Analysen viser desuden, at sensorbaserede glukosemålere kan øge muligheden for, at personer med diabetes kan tage større aktiv del og ansvar i sin behandling, hvilket dermed kan reducere behovet for ambulant kontakt (Behandlingsrådet, 2023). Analysen af behandlingsrådet understøtter derfor, at sensorbaserede glukosemålere kan udgøre en facilitator for egenhåndteringen. De sensorbaserede glukosemålere viser også at skabe større værdi for pengene sammenlignet med SMBG og er dermed omkostningseffektive (Behandlingsrådet, 2023). Konklusionen på analysen var, at sensorbaserede glukosemålere bør tilbydes til alle voksne personer med type 1-diabetes (Behandlingsrådet, 2023). I studiet af Vasconcelos Silva et al. (2022) fremgår de sensorbaserede glukosemålere også at kunne gøre det nemmere for de sundhedsprofessionelle at understøtte personer med diabetes i en hensigtsmæssig egenhåndtering, da de hermed kan overvåge personernes blodsukkerniveau. Dette understøttes af diabetessygeplejersken i Region Nordjylland, som fortæller, at de i klinisk praksis bruger programmet LibreView til at følge med i data fra de sensorbaserede glukosemålere (Ekspertudsagn, Diabetesambulatorium i Region Nordjylland, 2023). Herigennem kan de kontakte personer med diabetes, der ud fra blodsukkerniveauet ses at have en dysreguleret diabetes (Ekspertudsagn, Diabetesambulatorium i Region Nordjylland, 2023), hvorfor den sensorbaserede glukosemåler tilmed kan gøre det nemmere for de sundhedsprofessionelle at understøtte egenhåndteringen.

I interviewene fremgår det, at insulinpræparater såsom insulinpenne- og pumper også kan udgøre en facilitator for egenhåndteringen. Insulinpennen med hukommelsesfunktion angives at være en facilitator, fordi den kan angive dosis ved og tiden siden sidste injektion. Et kvantitativt studie viser, at brugen af insulinpen med hukommelsesfunktion reducerer antallet af glemte insulininjektioner med 43% sammenlignet med en pen uden denne funktion (Adolfsson et al., 2020). Insulinpumpen angives at være en facilitator, fordi reguleringen af insulinet kan ske mere automatisk. Flere kliniske forsøg viser, at insulinpumper sammenlignet med multiple injektioner med sprøjte har en signifikant positiv effekt på langtidsblodsukkeret (DeVries et al., 2002; Hoogma et al., 2006; McAuley et al., 2021) og på tilfælde med hypoglykæmi (McAuley et al., 2021; Karges et al., 2017). En dansk omkostningseffektanalyse fra 2010 viser, at insulinpumper sammenlignet med multiple injektioner med sprøjte vil medføre en meromkostning, men samtidig medføre øget livslængde, øget kvalitetsjusterede leveår og færre diabeteskomplikationer (Nørgaard et al., 2010). I analysen konkluderes det, at insulinpumpen er omkostningseffektiv, og at reduktionen i diabeteskomplikationer potentielt

kan opveje for meromkostninger forbundet med behandling med insulinpumpe (Nørgaard et al., 2010). Studierne er dermed med til at understøtte, at både insulinpenne med hukommelsesfunktion samt insulinpumper kan udgøre facilitatorer for egenhåndteringen. Ifølge Diabetesforeningen er der dog også nogle ulemper ved en insulinpumpe (Schmidt, 2023). En af ulemperne er, at personer med en insulinpumpe skal have god teknisk kunnen og formå regelmæssigt at måle sit blodsukker (Schmidt, 2023). Herudover kan pumpen medføre en risiko for infektion, og pumpen kan svigte, hvilket kan medføre en syreforgiftning (Schmidt, 2023).

På nuværende tidspunkt eksisterer der ikke en ensartet praksis for, hvornår sensorbaserede glukosemålere tildeles den enkelte (Behandlingsrådet, 2023). Insulinpumper tilbydes kun til personer med type 1-diabetes, der ikke har en velreguleret diabetes (Sundhedsstyrelsen, 2012b; Schmidt, 2023), mens tilbuddet om insulinpenne med hukommelsesfunktion gives på baggrund af den sundhedsprofessionelles vurdering af behov (Andersen, 2021). Da alle tre medicinske teknologier viser sig at udgøre en facilitator for egenhåndteringen af diabetes, vurderes de at kunne understøtte den behovsdrivne behandlingstilgang, som lægger op til en øget egenhåndtering. I fremtidig praksis vurderes det derfor relevant, at der i højere grad tilbydes brug af sensorbaserede glukosemålere, insulinpenne med hukommelsesfunktion og insulinpumper. Med afsæt i ulemperne ved f.eks. en insulinpumpe er det dog vigtigt, at de positive konsekvenser ved de tre medicinske teknologier til enhver tid overstiger eventuelle utilsigtede negative konsekvenser.

7.1.7 Svært ved at vurdere behov og manglende initiering af kontakt

I interviewene fremgår det, at barrierer for egenhåndtering kan være udfordringer ved at vurdere, hvornår der er behov for hjælp samt en manglende initiering af kontakt ved behov. Der kan være to forskellige årsager til, at det kan være en udfordring at vurdere sit behov for hjælp 1) fordi der kan være noget i kroppen, som ikke selv kan mærkes, og 2) fordi det kan være svært at vide, hvad "behov" er, og dermed hvad, der bør ligge forud for at tage kontakt til de sundhedsprofessionelle. Den manglende initiering af kontakt kan også skyldes flere ting, herunder 1) manglende evner til at række ud efter hjælp ved et behov, 2) en overbevisning om, at det skal være alvorligt, før der bør initieres en kontakt til de sundhedsprofessionelle, 3) en følelse af ikke at ville spilde de sundhedsprofessionelles tid og 4) en tilsidesættelse af behandling grundet en travl hverdag. De to barrierer for egenhåndtering fremkom i relation til

spørgsmål om en behovsdrivet behandlingstilgang. At de relaterer sig specifikt til en bestemt behandlingstilgang, kan være årsagen til, at disse barrierer ikke understøttes af studierne fra den systematiske litteratursøgning, hvor andre barrierer og facilitatorer for egenhåndtering fremgår. I undersøgelsen af VIVE, hvor oplevelser af en behovsdrivet behandlingstilgang er undersøgt, er det belyst, at en manglende initiering af kontakt er en utilsigtet negativ konsekvens af denne behandlingstilgang (Martin et al., 2019). Heri fremgår flere af de samme årsager til, hvorfor der ikke initieres en kontakt til de sundhedsprofessionelle (Martin et al., 2019). Undersøgelsen er derfor med til at understøtte, at den manglende initiering af kontakt kan udgøre en barriere for egenhåndteringen. Undersøgelsen er samtidig til dels med til at understøtte, at udfordringer ved at vurdere, hvornår der er behov for hjælp grundet manglende viden om, hvad der bør ligge forud for en kontakt, kan være en barriere. Det er med afsæt i, at undersøgelsen viser, at noget af det, der gør personer i stand til at initiere en kontakt ved behov er en klar vished om, hvornår der bør initieres en kontakt til de sundhedsprofessionelle (Martin et al., 2019). På den måde ses der en forbindelse mellem de to barrierer for egenhåndtering, da en manglende vished om hvornår der bør tages kontakt kan medføre en manglende initiering af kontakt. En klar vished om hvornår der bør initieres en kontakt til de sundhedsprofessionelle, fremgår i interviewene dog ikke altid at være tilstrækkeligt til at kunne vurdere sit behov for hjælp. Det skyldes, at der kan være noget galt i kroppen, som personen ikke nødvendigvis selv kan mærke. Et eksempel herpå er diabetisk retinopati. Diabetisk retinopati er den mest udbredte årsag til synstab blandt midaldrende voksne i den vestlige befolkning, og tilstanden er i en lang periode asymptomatisk (Shukla & Tripathy, 2023). Studiet er derfor med til at understøtte, at det kan udgøre en barriere for egenhåndtering, at det i mange tilfælde ikke selv er muligt at mærke, hvis der er noget galt i kroppen. En manglende mulighed herfor gør det tilsvarende umuligt at reagere herpå. De ovenstående to barrierer for egenhåndtering kan således medføre den utilsigtet negative konsekvens, at personer med diabetes ikke får den nødvendige behandling. I interviewene fremgår det, at det kan medføre en utryghed. Denne utryghed forbundet med en behovsdrivet behandlingstilgang kan potentielt påvirke patienttilfredsheden negativt.

Med afsæt i de utilsigtede negative konsekvenser de ovenstående barrierer kan medføre, vurderes det væsentligt, at der i fremtidig praksis tages højde for disse barrierer. For at imødekomme udfordringen ved at tage kontakt grundet svært ved at vurdere, hvad der bør ligge forud for at søge hjælp, vurderes det væsentligt, at der udarbejdes klare retningslinjer for hvilke symptomer, der bør reageres på samt hvor hurtigt, der bør reageres. Diabetessygeplejersken i

Region Nordjylland understøtter dette, da hun udtrykker, at der kan være en uoverensstemmelse mellem, hvad hun vil vurdere som et behov for kontakt, og hvad personen med diabetes kan vurdere som et behov (Ekspertudsagn, Diabetesambulatorium i Region Nordjylland, 2023). Klare retningslinjer kan derfor være med til at imødekomme den utilsigtede negative konsekvens, at ikke alle får den nødvendige hjælp grundet usikkerhed forbundet med hvornår, der bør tages kontakt. Disse klare retningslinjer kan med fordel formidles mundtligt eller skriftligt gennem en folder i konsultationen, eller fremgå digitalt, så personer med diabetes til enhver tid kan tilgå dem.

For at imødekomme de utilsigtede konsekvenser, der kan forekomme ift. ikke at kunne måle og reagere på forskellige fysiske parametre i kroppen, vurderes det væsentligt, at personer med diabetes fortsat regelmæssigt tilbydes screeninger og andre målinger. Af de nationale behandlingsvejledninger fremgår det, at alle personer med diabetes årligt bør screenes for eksempelvis diabetisk nyresygdom, kardiovaskulær sygdom (Søndergaard et al, 2022) samt diabetisk fodsygdom (Buhl et al., 2021). Andre komplikationer anbefales at blive screenet gennem individualiseret intervaller, da der er eksempler på, at dette kan gøres uden at være forbundet med fysiske konsekvenser. Screeningsintervallet af retinopati vises eksempelvis at kunne forlænges fra 1 år til mellem 2-3 år hos personer med diabetes med ingen eller lette symptomer på retinopati grundet den lille risiko forbundet hermed (Andersen et al., 2021). I fremtidig praksis kan det derfor undersøges nærmere, om frekvensen af undersøgelserne kan reduceres.

For at imødekomme den utilsigtet negative konsekvens, at personer med diabetes ikke initierer en kontakt ved behov og dermed ikke får den nødvendige hjælp, vurderes det væsentligt, at de sundhedsprofessionelle kontakter personer med diabetes for at følge op på, om der er et behov for hjælp. Dette foreslås i interviewene at kunne være gennem telefonisk kontakt. På Sydvestjysk Sygehus i Esbjerg har de ifm. den behovsdrevet behandlingstilgang benyttet sig af SMS-påmindelser, der efterspørger behovet for behandling (Sydvestjysk Sygehus, 2022). Effekten er dog ikke evalueret, men et systematisk review af Stubbs et al. (2012) har undersøgt, hvorvidt påmindelser gennem hhv. brev, SMS og e-mail kan være med til at reducere udeblivelser til behandling. Reviewet finder, at alle metoder reducerer antallet af udeblivelser, men at SMS er den mest effektive metode (Stubbs et al., 2012). SMS angives at være fordelagtig, fordi det let kan integreres i eksisterende systemer på sygehuse, ikke kræver efteruddannelse af personale til håndtering heraf samt at SMS kan automatiseres til at blive

sendt på fastlagte datoer (Stubbs et al., 2012). Foruden telefoniske opringninger vurderes påmindelse på SMS også at være en måde, hvorpå personer med diabetes kan gøres opmærksomme på at række ud efter hjælp, hvis de oplever et behov.

7.2 Metodediskussion

I de følgende afsnit vil de metodiske valg diskuteres ift. kvalitetskriterier inden for kvalitativ forskning. I de fleste sammenhænge bruges validitet og reliabilitet som kvalitetskriterier, men kvalitetskriterierne adskiller sig fra hinanden alt efter hvilken forskningstype, der arbejdes indenfor (Merriam & Tisdell, 2016). Der blev derfor taget udgangspunkt i kvalitetskriterierne inden for kvalitativ forskning af Lincoln & Guba, som er 'pålidelighed', 'bekræftelighed', 'troværdighed' og 'overførbarhed' (Nielsen et al., 2019). Pålideligheden opnås ved at gøre forskningen transparent, så det for udenforstående er let at forstå, hvordan forskningen er foregået (Nielsen et al., 2019). Bekræftelighed handler om, i hvilken grad forskningens resultater kan bekræftes af andre og afhænger derfor af pålideligheden af forskningen (Nielsen et al., 2019). Troværdighed handler om at være tro mod empirien således, at informanternes oplevelser gengives korrekt samt at vurdere, om det, der var ønsket at undersøge, blev undersøgt (Nielsen et al., 2019). Overførbarhed handler om at vurdere, hvorvidt resultaterne kan overføres til en anden kontekst (Nielsen et al., 2019).

7.2.1 Pålidelighed og bekræftelighed

Alle valg og overvejelser i specialet, herunder videnskabsteoretisk position samt indsamling og bearbejdning af empiri, er gjort transparent. Der er desuden vedlagt bilag for interviewguiden fra pilotinterviewet (bilag 4.1), den reviderede interviewguide (bilag 4.2), søgningerne i de 5 databaser (bilag 6) og et eksempel på en kvalitetsvurdering af de udvalgte studier (bilag 7). Udenforstående har således mulighed for at se overensstemmelsen mellem det, der er skrevet i metoden, og det, der er blevet gjort. Transparensen er med til at højne pålideligheden af resultaterne i specialet, da det gør det muligt for udenforstående at følge hvilke metodiske valg, som ligger til grund for konklusionerne. Transparensen højner tilmed bekræfteligheden af resultaterne, da det gør det muligt for udenforstående at gentage metoderne og dermed til en vis grad at bekræfte resultaterne. I kvalitativ forskning vil det dog aldrig være muligt at reproducere de helt samme resultater, da menneskelig adfærd aldrig er statisk (Merriam & Tisdell, 2016). I den systematiske litteratursøgning vil det være muligt at fremsøge samme studier. Der kan dog være forskel i udvælgelsesprocessen og i den kritiske læsning af

studierne, da det er en subjektiv vurdering. Derfor er det ikke sikkert, at udenforstående vil nå frem til samme resultater i specialet, og det tydeliggør blot, at kvalitativ forskning kan være en dynamisk og iterativ proces, hvor ny viden kontinuerligt kan findes.

7.2.2 Troværdighed

Der er flere metodiske valg i specialet, der influerer på troværdigheden af resultaterne. Det gælder de metodiske valg i interviewene, herunder valg af informanter, spørgsmålene i og rammerne for interviewene, analyseprocessen, den systematiske litteratursøgning og udvælgelsen af studier.

Til interviewene blev der rekrutteret informanter, der er tilknyttet ambulant behandling i Region Nordjylland. At alle informanter er tilknyttet ambulant behandling øger troværdigheden af resultaterne, da de dermed afspejler barrierer og facilitatorer for personer med diabetes i den ønskede kontekst. De har derfor bidraget med væsentlig viden om, hvad der i fremtidig praksis er relevant at tage højde for, for at undgå utilsigtede negative konsekvenser af en behovsdrivet behandlingstilgang i ambulatorierne. Den væsentlige viden har bl.a. gjort det muligt at udforme specifikke anbefalinger til en behovsdrivet behandlingstilgang, herunder klare retningslinjer for, hvornår personer med diabetes bør tage kontakt og fortsat brug af obligatoriske screeninger. Denne viden var potentielt ikke fremkommet, såfremt de rekrutterede informanter ikke havde været tilknyttet ambulant behandling.

Interviewene var semistruktureret, hvilket gav plads til, at interviewerens kunne forfølge det sagte ved i mindre grad at være bundet til interviewguiden. Denne mulighed kan have været med til at højne troværdigheden af resultaterne, da det potentielt har øget sandsynligheden for at flest mulige oplevede barrierer og facilitatorer er blevet afdækket. Pilotinterviewet kan tilmed have været med til at højne troværdigheden af interviewene, da det bidrog til, at relevante barrierer og facilitatorer relateret til de tre domæner i højere grad blev afdækket i de efterfølgende interviews. Til trods for ændringerne i interviewguiden var det dog en generel tendens i interviewene, at informanterne i høj grad snakkede om det medicinske domæne. Det primære fokus herpå kan være et udtryk for, at det særligt er der, de oplever barrierer eller facilitatorer. Det kan dog også være et udtryk for, at de tilrettede spørgsmål i interviewguiden ikke var tilstrækkelige til at afdække barrierer og facilitatorer relateret til alle tre domæner, eller at interviewerens ikke havde de rette kompetencer til at få afdækket disse. Såfremt

sidstnævnte to muligheder var tilfældet, påvirker det troværdigheden af resultaterne negativt, da der kan være barrierer og facilitatorer relateret til det rolle- og følelsesmæssige domæne af egenhåndtering, som ikke er blevet belyst. I problemanalysen fremgår der også flere faktorer, der har en sammenhæng med egenhåndtering af diabetes herunder bl.a. self-efficacy, sundhedskompetencer, komorbiditeter, psykisk sygdom samt det at være socialt udsat. Viden herom blev ikke brugt i interviewguiden, hvilket kan have været med til at mindske troværdigheden af resultaterne, da det kan have medvirket til, at potentielle barrierer og facilitatorer ift. disse faktorer ikke er fremkommet. Omvendt kan det også have været med til at højne troværdigheden af resultaterne, at informanterne ikke blev præget i en bestemt retning, hvorfor de fundne barrierer og facilitatorer potentielt i højere grad afspejler informanternes umiddelbare oplevelser heraf.

Interviewene foregik under forskellige rammer, og det blev erfaret, at interaktionen med informanten var afhængig heraf. De fysiske interviews samt interviewene over Microsoft Teams gjorde det muligt at observere informantens mimik og kropslige reaktioner. I de fysiske interviews blev det observeret, at nogle af informanterne blev berørte under interviewet. Muligheden for at observere dette, gjorde det muligt for intervieweren at udtrykke medfølelse både verbalt og nonverbalt gennem anerkendende nik og øjenkontakt, og det var tilmed muligt at spørge uddybende ind til reaktionen. Det gjorde sig ikke gældende i de telefoniske interviews, da det ikke var muligt at observere, hvordan informanterne reagerede undervejs i interviewet. Muligheden for den nonverbale kommunikation kan potentielt have bidraget til, at informanterne åbnede op for flere barrierer og facilitatorer relateret til det følelses- og rollemæssige domæne. Den nonverbale kommunikation i de fysiske interviews og interviewene over Microsoft Teams kan derfor have højnet troværdigheden, fordi rammerne bidrog med en større fortrolighed mellem intervieweren og informanten. Gennem ét af interviewene, blev det dog erfaret, at et telefonisk interview også kunne skabe rum for personfølsomme emner. Fravær af ansigt-til-ansigt kontakt kan derfor også medvirke til, at nogle kan have nemmere ved at snakke om personfølsomme emner. Derfor kan informantens mulighed for selv at vælge rammerne for interviewet have højnet troværdigheden af resultaterne, da de selvvalgte rammer kan have været med til at skabe en større tryghed for at åbne op for barrierer og facilitatorer for egenhåndteringen. I de telefoniske interviews var det udfordrende at give informanterne tilstrækkelige rum til refleksion, fordi det var svært at afgøre, hvorvidt de blot afventede næste spørgsmål. Det betød, at intervieweren hurtigere sprang videre til næste spørgsmål. Herudover var det udfordrende at høre, hvad informanterne sagde over telefonen, hvilket påvirkede

dynamikken mellem interviewer og informant grundet begrænsninger ved at følge op på det sagte. Under transskriberingen var det tilmed flere steder ikke muligt at høre, hvad der blev sagt i de telefoniske interviews, hvorfor det måtte udelades. Begrænsningerne ved de telefoniske interviews betød, at det var sværere at opnå en forståelse for informantens oplevede barrierer og facilitatorer, hvorfor det var sværere at opnå en horisontsammensmeltning. Begrænsningerne kan derfor have været med til at mindske troværdigheden af resultaterne. Til trods for ovenstående begrænsninger ved de telefoniske interviews var der dog i alle interviewene en oplevelse af, at alle informanter svarede på alle spørgsmål, og at mange svar indeholdt flere refleksioner. Dette vurderes at være forårsaget af, at intervieweren formåede at skabe en tillidsfuld relation med rum for ærlighed og åbenhed. Den tillidsfulde relation vurderes at have været med til at øge horisontsammensmeltningen og dermed højne troværdigheden af resultaterne.

Den efterfølgende analyseproces tog afsæt i en meget åben tilgang til empirien for i højere grad at opnå en horisontsammensmeltning med informanterne. Denne åbenhed betød, at temaer og undertemaer blev dannet ud fra informanternes udsagn, hvilket har været med til at højne troværdigheden af resultaterne, da forskerne har været tro mod empirien. I det sidste trin i analysestrategien blev empirien fortolket. Ifølge Anthony Giddens kaldes det dobbelt hermeneutik, når forskere fortolker de virkeligheder, der i forvejen er fortolket af de indgående informanter (Launsø et al., 2017). Dobbelt hermeneutik kan medføre, at informanternes egne opfattelser overskrides (Launsø et al, 2017). Der kan dermed være en risiko for, at forskerne i fortolkningen af empirien har overskredet informanternes egne opfattelser, hvilket potentielt har haft en negativ indflydelse på troværdigheden. I udlægningen af resultaterne fra interviewene er temaerne og fortolkningerne heraf dog præsenteret troværdigt ved brug af understøttende citater fra forskellige informanter, så sammenhængen mellem analysen og empirien er tydeliggjort. Fremstillingen af citater er derfor med til at højne troværdigheden.

Foruden de metodiske valg ifm. interviewene, er der tilmed nogle metodiske valg i den systematiske litteratursøgning, som vurderes at påvirke troværdigheden af litteratursøgningen. Litteratursøgningen resulterede i 4162 studier eksklusiv dubletter, hvoraf kun 7 studier blev vurderet relevante ud fra in- og eksklusionskriterierne. Resultaterne var således præget af meget støj, hvilket var forårsaget af en bred søgning med mange databaser og søgeord. Den brede søgning anses dog at øge troværdigheden af litteratursøgningen, da det i højere grad blev sikret, at al relevant litteratur blev fundet. Forskerne screenede hver halvdelen af

søgeresultaterne. Opdelingen kan have forårsaget, at relevante artikler blev frasorteret, hvilket dermed har påvirket troværdigheden af de endelige søgeresultater negativt. Der er dermed mulighed for, at flere studier enten kunne have understøttet eller suppleret resultaterne fra interviewene. Det samme gør sig gældende ift. valget om kun at inkludere kvalitative studiedesigns, da kvantitative undersøgelser ifølge Launsø et al. (2017) også, til en vis grad, kan afdække menneskers oplevelser (Launsø et al., 2017).

7.2.3 Overførbarhed

Med afsæt i den epistemologiske antagelse inden for hermeneutikken om, at det aldrig er muligt at opnå en endegyldig og universel sandhed, vil de fundne barrierer og facilitatorer ikke nødvendigvis gøre sig gældende for alle personer med diabetes. Med et hermeneutisk syn på videnskab udgør den epistemologiske antagelse derfor en begrænsning i sig selv ift. at overføre resultaterne i specialet til andre personer med diabetes tilknyttet ambulant behandling. Foruden denne begrænsning er der også nogle metodiske valg ift. rekruttering af informanterne, som påvirker overførbarheden. Her vurderes de inkluderede informanternes karakteristika at have indflydelse på overførbarheden, hvor den ligelige fordeling af alder, køn samt vel- og dysregulerede ift. blodsukkerniveau vurderes at højne overførbarheden, mens den ulige fordeling af diabetes-type samt manglende eller begrænset inklusion af personer med komorbiditeter, nylig diagnose og uden sensorbaseret glukosemåler vurderes at have negativ indflydelse på overførbarheden. Det vil blive uddybet i de nedenstående afsnit.

Fordi alle personer med diabetes i den behovsdrivne behandlingstilgang potentielt kan blive sendt hjem for at egenhåndtere sin diabetes i en længere periode, blev det vurderet relevant at rekruttere både mænd og kvinder i alle aldre. Af de rekrutterede informanter var der en ligelig repræsentation af mænd og kvinder og en relativ stor spredning af alder (25-63 år), hvortil to af informanterne var i 20'erne, én i 40'erne, to i 50'erne og tre i 60'erne. Den ligelige repræsentation af begge køn og det brede aldersspænd er med til at højne overførbarheden af resultaterne til andre personer med diabetes tilknyttet den ambulante behandling. Foruden ønsket om en ligelig fordeling ift. alder og køn var der ligeledes et ønske om både at rekruttere personer med en hensigtsmæssig og mindre hensigtsmæssig egenhåndtering. I interviewene fremgik det, at tre af informanterne havde et dysreguleret langtidsblodsukker, mens fem af informanterne havde et velreguleret langtidsblodsukker. Med afsæt i det medicinske domæne var der derfor rekrutteret personer med både en mindre hensigtsmæssig og hensigtsmæssig

egenhåndtering. Det højner overførbarheden af resultaterne, da de dermed kan overføres til alle personer med diabetes tilknyttet ambulant behandling uanset evne til at egenhåndtere det medicinske domæne.

I rekrutteringen var det tilmed ønskeligt med en ligelig fordeling af hhv. personer med type 1- og type 2-diabetes, da det blev vurderet, at der kunne være en forskel i barrierer og facilitatorer afhængig af diabetestype. Det var med afsæt i en viden om, at personer med type 1-diabetes ses at have en mere hensigtsmæssig egenhåndtering (Abubakari et al., 2016) og en signifikant højere livskvalitet og bedre trivsel (Steno Diabetes Center Nordjylland, 2023e) sammenlignet med personer med type 2-diabetes. Det var dog kun muligt at rekruttere én person med type 2-diabetes, og såfremt barrierer og facilitatorer relaterer sig til typen af diabetes, mindskes resultaternes overførbare til personer med type 2-diabetes. Dog omhandler seks ud af syv af studierne fra den systematiske søgning oplevelser fra personer med type 2-diabetes. Da flere af studierne understøtter resultaterne fra interviewene, er der indikation for, at diabetestype ikke er af betydning for oplevelsen af facilitatorer og barrierer. Derfor kan der argumenteres for, at resultaterne både er overførbare til personer med type 1- og type 2-diabetes.

Kun én informant oplevede fysiske komplikationer af diabetes ud over træthed og ingen udtalte sig om komorbiditeter. Flere studier viste, at fysiske komplikationer og komorbiditeter kan udgøre barrierer for egenhåndtering af diabetes (Adu et al., 2019; Chepulis et al., 2021; Fukunaga et al., 2011; Gardsten et al., 2018; Laranjo et al., 2015), og diabetessygeplejersken i Region Nordjylland udtalte ligeledes, at komorbiditeter kan få personer til at underprioritere deres behandling af diabetes (Ekspertudsagn, Diabetesambulatorium i Region Nordjylland, 2023). Interviewguiden indeholdt ikke spørgsmål relateret til komorbiditeter, og det vides derfor ikke, hvorvidt informanterne havde komorbiditeter, hvorfor det er uklart, i hvilken grad resultaterne er overførbare til denne målgruppe. Alle informanter havde haft diabetes i over 11 år. Som beskrevet i afsnittet om social ulighed i egenhåndtering, ses personer, der har haft diabetes i en længere tidsperiode, generelt at have en mere hensigtsmæssig egenhåndtering end personer, der har haft diabetes i en kortere tidsperiode (Abubakari et al., 2016; Xie et al., 2020). Resultaterne kan derfor være mindre overførbare til personer med en nylig diagnose, da de muligvis oplever andre facilitatorer og barrierer. Syv ud af otte af informanterne havde desuden en sensorbaseret glukosemåler, som de udtalte havde en stor positiv indvirkning på deres egenhåndtering. Det kan således antages, at personer med diabetes uden en sensorbaseret glukosemåler kan opleve nogle andre barrierer og facilitatorer, hvorfor resultaterne muligvis er

mindre overførbare til disse personer. For i højere grad at have sikret en større repræsentativitet i studiepopulationen, kunne der derfor med fordel have været opstillet flere in- og eksklusionskriterier for rekrutteringen.

Flere faktorer vurderes også at have indflydelse på overførbarheden af studierne. Her ses særligt in- og eksklusionskriterierne at have været med til at øge overførbarheden til personer med diabetes tilknyttet ambulant behandling i en dansk kontekst. Valget om at ekskludere studier, der omhandlede andre typer af diabetes end type 1- og type 2-diabetes var med til at højne overførbarheden til ambulatorierne i Region Nordjylland, da personer tilknyttet disse er personer med type 1- eller 2-diabetes. Valget om at ekskludere studier fra ikke-vestlige lande var med til at højne overførbarheden til en dansk kontekst. Informanternes karakteristika i de inkluderede studier vurderes tilmed at højne overførbarheden til alle voksne med diabetes. Studierne inkluderer mellem 10-17 informanter i alderen 18-74 år. Begge køn er repræsenteret, og flere af studierne inkluderer både personer, der er hhv. nyligt diagnosticeret samt personer, der har en længere historik med diabetes. Både personer med en vel- og dysreguleret diabetes, målt ud fra langtidsblodsukkeret, er tilmed repræsenteret. Konteksten i de forskellige studier vurderes dog at mindske overførbarheden til personer med diabetes tilknyttet ambulant behandling. Informanterne i studierne er ikke tilknyttet et ambulatorium i Region Nordjylland, hvorfor resultaterne herfra ikke udspringer fra denne studiepopulation, hvilket påvirker overførbarheden negativt. Dog undersøger alle studier oplevelser af barrierer og facilitatorer ift. egenhåndtering blandt personer med enten type 1- eller type 2-diabetes, hvorfor de alligevel blev vurderet relevante til besvarelsen af problemformuleringen.

8. Forandringsforslag til SDCN

Resultatdiskussionen affødte flere forandringsforslag til fremtidig praksis til behandlingen af personer med diabetes. Følgende afsnit skitserer forandringsforslagene og indeholder overvejelser om implementeringen heraf.

Forandringsforslagene er udviklet til SDCN og retter sig til den behovsdrævet behandlingstilgang. Formålet med forslagene er, at de skal understøtte personer med diabetes ifm. den øget egenhåndtering, som den behovsdrævet behandlingstilgang kan medføre. Forandringsforslagene er delt i forslag til behandlingen i og uden for ambulatorierne og kan ses i nedenstående tabel 5.

Forandringsforslag til behandlingen i ambulatorierne	
Forandringsforslag	Formål
Personcentreret behandlingstilgang bl.a. ved brug af DiaProfil.	Det skal bidrage til, at behandlingen er behovsdrevet og med afsæt i den enkeltes kontekst så eksempelvis økonomiske samt fysiske- og følelsesmæssige udfordringer imødekommes.
Tilknytning til samme behandler.	Det skal bidrage til at skabe større fortrolighed i samarbejdet mellem personen med diabetes og den sundhedsprofessionelle.
Inddrag den sociale omgangskreds i behandlingskonsultationer.	Det skal bidrage til, at omgangskredsen får viden og indsigt i behandlingen af diabetes og deraf bedre kan yde social støtte.
Henvisning til andre sundhedsprofessionelle (f.eks. socialrådgiver, psykolog og psykiater).	Det skal bidrage til, at personer med diabetes får den tilstrækkelige ekspertise til egenhåndtering, herunder eksempelvis hjælp til økonomiske samt følelses- og rollemæssige udfordringer.
Mulighed for kontakt med sundhedsprofessionelle gennem chatforum eller telefon.	Det skal bidrage til nem og hurtig adgang til sin behandler. Det kan gøre det nemmere for nogle personer med diabetes at tage kontakt ved spørgsmål frem for at booke en konsultation.
Faste henvendelser fra de sundhedsprofessionelle til borgerne om, hvorvidt de har behov for behandling.	Det skal imødekomme, at ikke alle personer med diabetes tager kontakt ved et behov og være med til at sikre, at alle får den nødvendige behandling.
Faste screeninger, som tager afsæt i evidensen ift. tidsintervaller herimellem.	Det skal understøtte personens egenhåndtering af diabetes, da personen ikke altid selv mærker fysisk, hvis der er noget galt. Det kan derfor være med til at sikre, at alle får den nødvendige behandling.
Udvikle retningslinjer for hvornår personer bør henvende sig til ambulatoriet.	Det skal sikre, at personer med diabetes ved hvilke symptomer, de skal henvende sig med. Retningslinjerne kan med fordel gives verbalt og skriftligt i konsultationen samt kunne tilgås digitalt.

Tilknytte personer med diabetes med komorbiditeter til multidisciplinære teams.	Det skal gøre det nemmere for personer med komorbiditeter at navigere i flere samtidige sygdomme og skabe en større patienttilfredshed ved at skabe en større sammenhæng i personens behandlingsforløb.
Forandringsforslag til behandlingen uden for ambulatorierne	
Forandringsforslag	Formål
Identificere eller udvikle tilbud til pårørende med fokus på viden om diabetes og vejledning til at støtte personer heri.	Det skal bidrage med, at omgangskredsen får viden og indsigt i behandlingen af diabetes og skal derfor kunne være med til at understøtte omgangskredsen i at kunne yde social støtte.
Identificere eller udvikle tilbud til personer med diabetes, som gør det muligt at sparre med andre personer med diabetes.	Det skal gøre det muligt for personer at sparre med hinanden om diabetes og kunne støtte hinanden i egenhåndteringen.
Udvikle en app til understøttelse af egenhåndteringen med afsæt i personer med diabetes' ønsker og behov.	Det skal bidrage med nyeste viden og vejledning til egenhåndtering af diabetes samt mulighed for kontakt til de sundhedsprofessionelle.
Efteruddannelse til læger og sygeplejerske i håndtering af følelsesmæssige konsekvenser af diabetes.	Det skal støtte de sundhedsprofessionelle i at kunne yde tilstrækkelig psykosocial støtte.
Tilbyde alle personer med type 1-diabetes sensorbaserede glukosemålere.	Det skal gøre det nemmere at måle blodsukkeret og dermed sikre, at blodsukkerniveauet er velreguleret.
Tilbyde alle personer med insulinkrævende diabetes en insulinpumpe eller en insulinpen med hukommelsesfunktion.	Det skal gøre det nemmere at regulere blodsukkeret.

Tabel 5: Forandringsforslag til SDCN

Der er i forandringsforslagene ikke taget højde for organisatoriske begrænsninger, hvorfor SDCN må vurdere, hvorvidt det er muligt at implementere forandringsforslagene. Fælles for de fleste forandringsforslag til behandlingen i ambulatorierne er, at de kræver ekstra tid. Det er opgaver såsom faste henvendelser til borgerne på telefon, viderehenvvisning til andre sundhedsprofessionelle eller inddragelse af pårørende i behandlingskonsultationen. Da de sundhedsprofessionelle i forvejen er tidspresset i konsultationen, vil disse forandringsforslag

derfor forudsætte, at en behovsdreven behandlingstilgang formår at frigive tid til de sundhedsprofessionelle. Fælles for flere af forandringsforslagene til behandlingen uden for ambulatorierne er, at de indebærer en række arbejdsopgaver, som kræver de rette faglige kompetencer. Identificering eller udvikling af tilbud til pårørende og personer med diabetes forudsætter kompetencer ift. at identificere behov blandt borgerne, at undersøge virkningen af andre allerede udviklede tilbud og at kunne udvikle nye tilbud. Udvikling af en app vil kræve teknologiske kompetencer, mens den kontinuerlige opdatering af app'en vil kræve personer med kompetencer til at opdatere den til den nyeste forskning inden for diabetes. Sidst vil udviklingen af retningslinjer for, hvornår personer bør kontakte ambulatoriet, forudsætte kompetencer ift. at kunne afgøre, hvilke symptomer, der skal reageres på. For at der i ambulatorierne kan tilbydes faste screeninger, som tager afsæt i evidens ift. screeningsintervaller, vil det tilmed kræve kompetencer ift. at undersøge disse screeningsintervaller nærmere. SDCN må derfor vurdere, hvorvidt de på nuværende tidspunkt har medarbejdere med de rette kompetencer hertil, om nye medarbejdere skal ansættes eller om der skal indgås samarbejde med aktører uden for SDCN. Fælles for alle forandringsforslagene til SDCN er også, at de kræver, at SDCN har de tilstrækkelige økonomiske ressourcer hertil. Med afsæt i en bevidsthed om, at forandringsforslagene vil forudsætte tid og menneskelige og økonomiske ressourcer, vil SDCN derfor potentielt skulle foretage en prioritering af forslagene.

9. Konklusion

I resultaterne af specialet fremgår flere barrierer og facilitatorer for egenhåndtering af diabetes. Facilitatorer er accept af diabetes, social støtte fra omgangskredsen og sundhedsprofessionelle, digital hjælp og medicinsk teknologi. Barrierer er manglende social støtte fra omgangskredsen, fysiske og følelsesmæssige konsekvenser af diabetes, komorbiditeter, økonomiske udfordringer, manglende initiering af kontakt ved behov for hjælp samt udfordringer ved at vurdere sit behov for hjælp. De to sidstnævnte barrierer relaterer sig specifikt til en behovsdreven behandlingstilgang. Resultaterne er med til at give en forståelse for, hvad sundhedsprofessionelle og SDCN i fremtidig praksis bør tage højde for. Med afsæt i resultaterne er der udviklet forslag til, hvilke forandringer, der kan gøres i praksis for at imødekomme ovenstående barrierer og facilitatorer. Forandringsforslagene relaterer sig både til behandlingen i og uden for ambulatorierne og har alle til formål at understøtte borgerne i den øget egenhåndtering, som en behovsdrevet behandlingstilgang kan medføre. Grundet begrænsede ressourcer i sundhedsvæsenet kan det dog ikke forventes, at alle forandringsforslag er mulige at implementere i praksis, hvorfor der må foreligge en prioritering heraf.

10. Perspektivering

Specialet har kun afdækket barrierer og facilitatorer kvalitativt. Af problemanalysen fremgår flere kvantitative studier, som viser en sammenhæng mellem egenhåndtering og hhv. socioøkonomisk status, varigheden af diabetes, etnicitet, psykisk sygdom, multisygdom, at være socialt udsat, self-efficacy og sundhedskompetencer. De to sidstnævnte er ifølge Van de Velde et al. (2019) to af de vigtigste forudsætninger for at kunne egenhåndtere og i problemanalysen fremgår de som to væsentlige faktorer for den sociale ulighed i egenhåndtering af diabetes. I specialet er ovenstående faktorer ikke afdækket, og det vurderes derfor relevant at supplere resultaterne fra specialet med yderligere undersøgelser. Det kan enten gøres gennem flere kvalitative undersøgelser eller gennem en kvantitativ undersøgelse, da andre barrierer og facilitatorer potentielt kan blive afdækket heri. Sidstnævnte kan eksempelvis gøres gennem en systematisk gennemgang af kvantitative studier eller en kvantitativ undersøgelse af mulige sammenhænge blandt personer med diabetes tilknyttet ambulant behandling i Region Nordjylland. På den måde vil det være muligt at udvikle forandringsforslag, der relaterer sig til andre potentielle væsentlige barrierer og facilitatorer. En mere udtømmende viden om barrierer og facilitatorer vil øge de sundhedsprofessionelles forudsætninger for at kunne understøtte personer med diabetes bedst muligt ifm. den øget egenhåndtering, som en behovsdrivet behandlingstilgang kan medføre. En større viden om mulige barrierer og facilitatorer vil samtidig gøre det nemmere for de sundhedsprofessionelle at screene for, hvilke borgere, der kan blive sendt hjem for at egenhåndtere i en længere tidsperiode og hvilke borgere, der har et større behov for behandling.

11. Referenceliste

- Abubakari, A.-R., Cousins, R., Thomas, C., Sharma, D., & Naderali, E. K. (2016). Sociodemographic and Clinical Predictors of Self-Management among People with Poorly Controlled Type 1 and Type 2 Diabetes: The Role of Illness Perceptions and Self-Efficacy. *Journal of Diabetes Research*, 2016, 6708164. <https://doi.org/10.1155/2016/6708164>
- Adolfsson, P., Hartvig, N. V., Kaas, A., Møller, J. B., & Hellman, J. (2020). Increased Time in Range and Fewer Missed Bolus Injections After Introduction of a Smart Connected Insulin Pen. *Diabetes Technology & Therapeutics*, 22(10), 709–718. <https://doi.org/10.1089/dia.2019.0411>
- Adu, M. D., Malabu, U. H., Malau-Aduli, A. E. O., & Malau-Aduli, B. S. (2019). Enablers and barriers to effective diabetes self-management: A multi-national investigation. *PLOS ONE*, 14(6), e0217771. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217771>
- Adwan, M. A., & Najjar, Y. W. (2013). The Relationship between Demographic Variables and Diabetes Self-Management in Diabetic Patients in Amman City/Jordan. *Global Journal of Health Science*, 5(2), p213. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v5n2p213>
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., Girolamo, G., Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J. M., Katz, S. J., Kessler, R. C., Kovess, V., Lepine, J. P., Ormel, J., Polidori, G., Russo, L. J., Vilagut, G., ... Vollebergh, W. A. M. (2004). Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(s420), 38–46. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00329.x>
- Andersen, L. T. (2021). *Diabeteshjælpemidler og procedurer*. Region Nordjylland: Aalborg Universitetshospital.
- Andersen, N., Andresen, J., Bek, T., Flesner, P., Grauslund, J., Haamann, P., Larsen, M., Laugesen, C., Schielke, K., & Skov, J. (2021). *National retningslinje for screening for diabetisk retinopati*. Dansk Oftalmologisk Selskab.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W.H. Freeman.

Behandlingsrådet. (2023). *Anvendelse af glukosemonitoreringsmetoder til behandling af voksne patienter med type 1 diabetes*.

Benton, M., Baykoca, J., Ismail, K., & Price, H. (2023). Healthcare professionals' experiences in identifying and supporting mental health problems in adults living with type 1 diabetes mellitus: A qualitative study. *Diabetic Medicine*, e15103.

<https://doi.org/10.1111/dme.15103>

Birkler, J. (2021). *Videnskabsteori - En grundbog* (2. udg.). Munksgaard.

Bjørnlund, I. B., Sjöberg, N. E., & Lund, H. (2017). *Basisbog i fysioterapi* (2. udg.). Munksgaard.

Bonikowska, I., Szwamel, K., & Uchmanowicz, I. (2021). Analysis of the Impact of Disease Acceptance, Demographic, and Clinical Variables on Adherence to Treatment Recommendations in Elderly Type 2 Diabetes Mellitus Patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 8658. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168658>

Bott, U., Jörgens, V., Grüsser, M., Bender, R., Mühlhauser, I., & Berger, M. (1994). Predictors of Glycaemic Control in Type 1 Diabetic Patients after Participation in an Intensified Treatment and Teaching Programme. *Diabetic Medicine*, 11(4), 362–371.

<https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.1994.tb00287.x>

Brinkmann, S., & Tanggaard, L. (2020). *Kvalitative metoder - En grundbog* (3. udg.). Hans Reitzels Forlag.

Buhl, C. S., Wasehuss, V. S., Holm, P. C., Rasmussen, A., Yderstræde, K., Hedetoft, C., Rasmussen, S. S., Jørgensen, L. B., Svendsen, O. L., Kirketerp-Møller, K., & Black, E. (2021). *Diabetisk Fodsygdom*. endocrinology.dk. <https://endocrinology.dk/nbv/diabetes-melitus/den-diabetiske-fod/>

Buus, N., Tingleff, E. B., Rossen, C. B., & Kristiansen, H. M. (2008). *Litteratursøgning i praksis: Begreber - Strategier - Modeller*. Sygeplejersken.

Chen, G., Gully, S. M., & Eden, D. (2001). Validation of a New General Self-Efficacy Scale. *Organizational Research Methods*, 4(1), 62–83. <https://doi.org/10.1177/109442810141004>

Chepulis, L., Morison, B., Cassim, S., Norman, K., Keenan, R., Paul, R., & Lawrenson, R. (2021). Barriers to Diabetes Self-Management in a Subset of New Zealand Adults with Type 2 Diabetes and Poor Glycaemic Control. *Journal of Diabetes Research*, 2021, 1–8. <https://doi.org/10.1155/2021/5531146>

Connolly, V., Unwin, N., Sherriff, P., Bilous, R., & Kelly, E. (2000). Diabetes prevalence and socioeconomic status: A population based study showing increased prevalence of type 2 diabetes mellitus in deprived areas. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 54(3), 173–177. <https://doi.org/10.1136/jech.54.3.173>

Corbin, J., & Strauss, A. (1985). Managing chronic illness at home: Three lines of work. *Qualitative Sociology*, 8(3), 224–247. <https://doi.org/10.1007/BF00989485>

Dahlgren, L., & Fredslund, H. (2011). Hermeneutisk analyse - Forståelse og forforståelse. I S. Vallgård & L. Koch (Red.), *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab* (4. udg., s. 157–181). Munksgaard.

Dao, J., Spooner, C., Lo, W., & Harris, M. F. (2019). Factors influencing self-management in patients with type 2 diabetes in general practice: A qualitative study. *Australian Journal of Primary Health*, 25(2), 176. <https://doi.org/10.1071/PY18095>

Davis, J., Fischl, A. H., Beck, J., Browning, L., Carter, A., Condon, J. E., Dennison, M., Francis, T., Hughes, P. J., Jaime, S., Lau, K. H. K., McArthur, T., McAvoy, K., Magee, M., Newby, O., Ponder, S. W., Quraishi, U., Rawlings, K., Socke, J., ... Villalobos, S. (2022). 2022 National Standards for Diabetes Self-Management Education and Support. *Diabetes Care*, 45(2), 484–494. <https://doi.org/10.2337/dc21-2396>

de Grauw, W. J., Lisdonk, E. van de, Behr, R., Gerwen, W. van, Hoogen, H. van den, & Weel, C. van. (1994). The impact of type 2 diabetes mellitus on daily functioning. *Family Practice*, 16(2), 133–139. <https://doi.org/10.1093/fampra/16.2.133>

DeVries, J. H., Snoek, F. J., Kostense, P. J., Masurel, N., & Heine, R. J. (2002). A randomized trial of continuous subcutaneous insulin infusion and intensive injection therapy in type 1 diabetes for patients with long-standing poor glycemic control. *Diabetes Care*, 25(11), 2074–2080. <https://doi.org/10.2337/diacare.25.11.2074>

Diabetes UK. (2009). *Improving supported self-management for people with diabetes*. The charity for people with diabetes.

Diabetesforeningen. (2000). *Diabetes og påvirkning af hverdag og livskvalitet - Konklusion* (Nr. 9). Diabetesforeningen.

Diabetesforeningen. (2022). *Den kroniske kurve skal knækkes*. Diabetesforeningen; Kronikerplan.

Diabetesforeningen. (2023a). *Angst for lavt blodsukker*. Diabetes.dk.
<https://diabetes.dk/sundhed/mental-sundhed/angst/angst-for-lavt-blodsukker>

Diabetesforeningen. (2023b). *App til kulhydrattælling - Med insulinberegner*. Diabetes.dk.
<https://diabetes.dk/sundhed/mad/kulhydrat/kulhydrattaelling/insulinberegner>

Diabetesforeningen. (2023c). *Behandling af type 1-diabetes*. Diabetes.dk.
<https://diabetes.dk/diabetes-1/fakta-om-type-1/behandling>

Diabetesforeningen. (2023d). *Diabetes i Danmark*. Diabetes.dk.
<https://diabetes.dk/forskning/viden-om-diabetes/diabetes-i-danmark>

Diabetesforeningen. (2023e). *Diabetesstress - Kend tegnene*. Diabetes.dk.
<https://diabetes.dk/sundhed/mental-sundhed/diabetesstress>

Diabetesforeningen. (2023f). *Diabetestraethed*. Diabetes.dk.
<https://diabetes.dk/sundhed/mental-sundhed/diabetestraethed>

Diabetesforeningen. (2023g). *Diabetisk nervesygdom (Neuropati)*. Diabetes.dk.
<https://diabetes.dk/sundhed/kroppen/følgesygdomme/nervesygdom#anchor-id-fakta-og-behandling-fakta-om-perifer-neuropati>

Diabetesforeningen. (2023h). *Diabetisk øjensygdom—Retinopati*. Diabetes.dk.
<https://diabetes.dk/sundhed/kroppen/følgesygdomme/ojensygdom>

Diabetesforeningen. (2023i). *Forebyg følgesygdomme*. Diabetes.dk.
<https://diabetes.dk/sundhed/kroppen/følgesygdomme>

Diabetesforeningen. (2023j). *Fødder*. Diabetes.dk.
<https://diabetes.dk/sundhed/kroppen/følgesygdomme/fodder>

Diabetesforeningen. (2023k). *Kvinder, sexliv og diabetes*. Diabetes.dk.

<https://diabetes.dk/sundhed/kroppen/sexliv/kvinder-sexliv-og-diabetes>

Diabetesforeningen. (2023l). *Mænd, sexliv og diabetes*. Diabetes.dk.

<https://diabetes.dk/sundhed/kroppen/sexliv/maend-sexliv-og-diabetes#anchor-id-diabetes-og-sexliv-i-tal--andre-noegletal>

Diabetesforeningen. (2023m). *Samfundsøkonomien og diabetes*. Diabetes.dk.

<https://diabetes.dk/forskning/viden-om-diabetes/samfundsokonomi>

Diabetesforeningen. (2023n). *Sexlivet med diabetes*. Diabetes.dk.

<https://diabetes.dk/sundhed/kroppen/sexliv>

Diabetesforeningen. (2023o). *Tilbud til pårørende til personer med diabetes*. Diabetes.dk.

<https://diabetes.dk/diabetes-2/din-situation/parorende/tilbud-til-parorende#anchor-id-oevrige-tilbud-til-paaroerende-tilbud-til-paaroerende-i-kommunen>

Duinkerken, E. V., Snoek, F. J., & Wit, M. de. (2020). The cognitive and psychological effects of living with type 1 diabetes: A narrative review. *Diabetic Medicine: A Journal of the British Diabetic Association*, 37(4), 555–563. <https://doi.org/10.1111/dme.14216>

Duman, B. (2016). *En undersøgelse om ensomhed*. Diabetesforeningen - Forskning & Viden.

https://diabetes.dk/media/wa5bbqhj/ensomhed_diabetes_2016.pdf

ElSayed, N. A., Aleppo, G., Aroda, V. R., Bannuru, R. R., Brown, F. M., Bruemmer, D., Collins, B. S., Cusi, K., Das, S. R., Gibbons, C. H., Giurini, J. M., Hilliard, M. E., Isaacs, D., Johnson, E. L., Kahan, S., Khunti, K., Kosiborod, M., Leon, J., Lyons, S. K., ... Gabbay, R. A. (2023). Summary of Revisions: Standards of Care in Diabetes—2023. *Diabetes Care*, 46(Supplement_1), S5–S9. <https://doi.org/10.2337/dc23-Srev>

Evans, J. M. M., Newton, R. W., Ruta, D. A., MacDonald, T. M., & Morris, A. D. (2000). Socio-economic status, obesity and prevalence of Type 1 and Type 2 diabetes mellitus. *Diabetic Medicine*, 17(6), 478–480. <https://doi.org/10.1046/j.1464-5491.2000.00309.x>

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(sup2), 54–60.

<https://doi.org/10.1080/10810730.2016.1201175>

Fukunaga, L. L., Uehara, D. L., & Tom, T. (2011). Perceptions of diabetes, barriers to disease management, and service needs: A focus group study of working adults with diabetes in Hawaii. *Preventing Chronic Disease*, 8(2), A32.

Gardsten, C., Blomqvist, K., Rask, M., Larsson, Å., Lindberg, A., & Olsson, G. (2018). Challenges in everyday life among recently diagnosed and more experienced adults with type 2 diabetes: A multistage focus group study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(19–20), 3666–3678. <https://doi.org/10.1111/jocn.14330>

Gildberg, F. A., & Hounsgaard, L. (2018). Kvalitative analysemetoder i sundhedsvidenskab. I F. A. Gildberg & L. Hounsgaard (Red.), *Kvalitative analysemetoder i sundhedsforskning* (1. udg.). Forfatterne og Klim.

Gonzalez, J. S., Tanenbaum, M. L., & Commissariat, P. V. (2016). Psychosocial factors in medication adherence and diabetes self-management: Implications for research and practice. *The American Psychologist*, 71(7), 539–551. <https://doi.org/10.1037/a0040388>

Grintsova, O., Maier, W., & Mielck, A. (2014). Inequalities in health care among patients with type 2 diabetes by individual socio-economic status (SES) and regional deprivation: A systematic literature review. *International Journal for Equity in Health*, 13, 43. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-13-43>

Grøn, L., Vang, S., & Mertz, M. K. H. (2009). *Den kroniske patient: Nærbilleder af livet med kronisk sygdom*. Dansk Sundhedsinstitut.

Hansen, K. B., Kristensen, J. K., Balasubramaniam, K., Bjerregaard-Andersen, M., Breum, L., Charles, M., Hansen, L. J., Kielgast, U., Kosjerina, V., Madsen, G. K., Bruun, J. M., Navntoft, D., Pietraszek, A., Rossing, P., Rungby, J., Jensen, M. S., Snorgaard, O., Stidsen, J. V., Søndergaard, E., & Knudsen, S. T. (2022). *Type 2 Diabetes*. endocrinology.dk. <https://endocrinology.dk/nbv/diabetes-melitus/behandling-og-kontrol-af-type-2-diabetes/>

Hoogma, R. P. L. M., Hammond, P. J., Gomis, R., Kerr, D., Bruttomesso, D., Bouter, K. P., Wiefels, K. J., de la Calle, H., Schweitzer, D. H., Pfohl, M., Torlone, E., Krinelke, L. G.,

Bolli, G. B., & 5-Nations Study Group. (2006). Comparison of the effects of continuous subcutaneous insulin infusion (CSII) and NPH-based multiple daily insulin injections (MDI) on glycaemic control and quality of life: Results of the 5-nations trial. *Diabetic Medicine: A Journal of the British Diabetic Association*, 23(2), 141–147. <https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2005.01738.x>

Hørmann, E. (2015). Litteratursøgning. I S. Glasdam (Red.), *Bachelorprojekter indenfor det sundhedsfaglige område: Indblik i videnskabelige metoder* (2. udg., s. 36–46). Nyt Nordisk Forlag, Arnold Busck.

Iken, M. S. (2021). *Appendiks 2: Oplevelser af diabetesbehandlingen* (Livet med diabetes 2021). Diabetesforeningen.

Indenrigs- og sundhedsministeriet. (2016). *Sundhedsminister vil styrke indsatsen på diabetesområdet*. sum.dk. <https://sum.dk/nyheder/2016/oktober/sundhedsminister-vil-styrke-indsatsen-paa-diabetesomraadet>

Jansink, R., Braspenning, J., van der Weijden, T., Elwyn, G., & Grol, R. (2010). Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: A qualitative analysis. *BMC Family Practice*, 11(1), 41. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-11-41>

Jensen, N. H., Aaby, A., Ryom, K., & Maindal, H. T. (2021). A CHAT about health literacy—A qualitative feasibility study of the Conversational Health Literacy Assessment Tool (CHAT) in a Danish municipal healthcare centre. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(4), 1250–1258. <https://doi.org/10.1111/scs.12943>

Joanna Briggs Institute. (2017). *Checklist for Qualitative Research*. The Joanna Briggs Institute Critical Appraisal tools for use in JBI Systematic Reviews.

Juul, S. (2012). Hermeneutik. I S. Juul & K. B. Pedersen (Red.), *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori: En indføring* (1. udg., s. 107–146). Hans Reitzels Forlag.

Kalra, S., Jena, B. N., & Yeravdekar, R. (2018). Emotional and Psychological Needs of People with Diabetes. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 22(5), 696–704. https://doi.org/10.4103/ijem.IJEM_579_17

- Karges, B., Schwandt, A., Heidtmann, B., Kordonouri, O., Binder, E., Schierloh, U., Boettcher, C., Kapellen, T., Rosenbauer, J., & Holl, R. W. (2017). Association of Insulin Pump Therapy vs Insulin Injection Therapy With Severe Hypoglycemia, Ketoacidosis, and Glycemic Control Among Children, Adolescents, and Young Adults With Type 1 Diabetes. *JAMA*, 318(14), 1358–1366. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.13994>
- Kerr, E. A., Heisler, M., Krein, S. L., Kabeto, M., Langa, K. M., Weir, D., & Piette, J. D. (2007). Beyond Comorbidity Counts: How Do Comorbidity Type and Severity Influence Diabetes Patients' Treatment Priorities and Self-Management? *Journal of General Internal Medicine*, 22(12), 1635–1640. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0313-2>
- Kjellström, S. (2019). *Videnskabelig teori og metode - Fra ide til eksamination* (2. udg.). Munksgaard.
- Kjølhede, T., Jensen, L. K., Horup, Mette Bøg, Kidholm, K., Husted, G. R., Teilmann, G., & Castensøe-Seidenfaden, P. (2017). *Evaluering af "Ung med Diabetes"- En app til unge med diabetes*. Odense Universitetshospital - Svendborg Sygehus, Center for Innovativ Medicinsk Teknologi (CIMT).
- Klausen, S. H. (2016). *Hvad er videnskabsteori*. Akademisk Forlag.
- Kobos, E., Szewczyk, A., Kokoszka-Paszkot, J., & Dziedzic, B. (2021). Factors associated with loneliness in patients with diabetes mellitus. *Nursing Open*, 8(1), 517–524. <https://doi.org/10.1002/nop2.655>
- Krogstrup, H. K. (2020). *Evalueringsmodeller* (3. udgave). Hans Reitzels Forlag.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Interview - Det kvalitative forskningsinterview som håndværk* (3. udg.). Hans Reitzels Forlag.
- Laranjo, L., Neves, A. L., Costa, A., Ribeiro, R. T., Couto, L., & Sá, A. B. (2015). Facilitators, barriers and expectations in the self-management of type 2 diabetes - A qualitative study from Portugal. *European Journal of General Practice*, 21(2), 103–110. <https://doi.org/10.3109/13814788.2014.1000855>
- Launsø, L., Rieper, O., & Olsen, L. (2017). *Forskning om og med mennesker: Forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning* (7. udg.). Munksgaard.

Li, T.-J., Zhou, J., Ma, J.-J., Luo, H.-Y., & Ye, X.-M. (2022). What are the self-management experiences of the elderly with diabetes? A systematic review of qualitative research. *World Journal of Clinical Cases*, 10(4), 1226–1241. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v10.i4.1226>

Liamputtong, P. (2019). *Handbook of research methods in health social sciences*. Springer Berlin Heidelberg.

Lorenc, A., Wells, M., Fulton-Lieuw, T., Nankivell, P., Mehanna, H., Jepson, M., Karwath, A., Main, B., Firth, C., Gaunt, C., Greaves, C., Moore, D., Watson, E., Gkoutos, G., Ozakinci, G., Wolstenholme, J., Dretzke, J., Brett, J., Duda, J., ... Wong, W. (2022). Clinicians' Views of Patient-initiated Follow-up in Head and Neck Cancer: A Qualitative Study to Inform the PETNECK2 Trial. *Clinical Oncology*, 34(4), 230–240. <https://doi.org/10.1016/j.clon.2021.11.010>

Lorig, K. R., & Holman, H. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 26(1), 1–7. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01

Lund, H., Juhl, C. B., Andreassen, J., & Møller, A. M. (2014). *Håndbog i litteratursøgning og kritisk læsning: Redskaber til evidensbaseret praksis* (1. udg.). Munksgaard.

Martin, H. M., Grøn, R. R., & Madsen, M. H. (2019). *Patientoplevelser af værdibaseret styring—Interviewundersøgelse af tre indsatser i Region Hovedstaden*. VIVE - Viden til Velfærd. Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Martin, H. M., & Topholm, E. H.-E. (2021). *Livet med type 2-diabetes*. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter For Velfærd.

McAuley, S. A., Vogrin, S., Lee, M. H., Paldus, B., Trawley, S., de Bock, M. I., Abraham, M. B., Bach, L. A., Burt, M. G., Cohen, N. D., Colman, P. G., Davis, E. A., Hendrieckx, C., Holmes-Walker, D. J., Jenkins, A. J., Kaye, J., Keech, A. C., Kumareswaran, K., MacIsaac, R. J., ... Australian JDRF Closed-Loop Research Group. (2021). Less Nocturnal Hypoglycemia but Equivalent Time in Range Among Adults with Type 1 Diabetes Using Insulin Pumps Versus Multiple Daily Injections. *Diabetes Technology & Therapeutics*, 23(6), 460–466. <https://doi.org/10.1089/dia.2020.0589>

Merriam, S. B., & Tisdell, E. J. (2016). *Qualitative Research - Guide to design and implementation* (4. udg.). Josset-Bass.

Nicolucci, A., Kovacs Burns, K., Holt, R. I. G., Comaschi, M., Hermanns, N., Ishii, H., Koszka, A., Pouwer, F., Skovlund, S. E., Stuckey, H., Tarkun, I., Vallis, M., Wens, J., Peyrot, M., & DAWN2 Study Group. (2013). Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study (DAWN2TM): Cross-national benchmarking of diabetes-related psychosocial outcomes for people with diabetes. *Diabetic Medicine: A Journal of the British Diabetic Association*, 30(7), 767–777. <https://doi.org/10.1111/dme.12245>

Nielsen, D. A., Hjørnholm, T. Q., Jørgensen, P. S., & Nygaard Hansen, T. K. (2019). *Det gode bachelorprojekt i sundhedsuddannelserne: Håndbog i opgaveskrivning og metode* (1. udgave). Samfundslitteratur.

Nielsen, K. A., & Golubovic, S. (2019). *Livet med diabetes*. Diabetesforeningen.

Nikontovic, A., & Appel, U. (2020). *Diabetes- Nøgletal 2010-2019*. Steno Diabetes Center Nordjylland.

Novo Nordisk Fonden. (2018). *Vi arbejder og tror på en bedre fremtid*. steno.dk. <https://steno.dk/om-os/>

Nørgaard, K., Sohlberg, A., & Goodall, G. (2010). *Omkostningseffektivitet ved behandling af type 1-diabetes med insulinpumpe*. <https://ugeskriftet.dk/videnskab/omkostningseffektivitet-ved-behandling-af-type-1-diabetes-med-insulinpumpe>

O’Cathain, A., Croot, L., Duncan, E., Rousseau, N., Sworn, K., Turner, K. M., Yardley, L., & Hoddinott, P. (2019). Guidance on how to develop complex interventions to improve health and healthcare. *BMJ Open*, 9(8), e029954. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029954>

Petersen, K. S., Maindal, H. T., Ledderer, L., & Overgaard, C. (2022). *Komplekse interventioner - Udvikling, test, evaluering og implementering* (1. udgave). Aalborg Universitetsforlag.

Przezak, A., Bielka, W., & Molęda, P. (2022). Fear of hypoglycemia-An underestimated problem. *Brain and Behavior*, 12(7), e2633. <https://doi.org/10.1002/brb3.2633>

Reed, S., & Crellin, N. (2022). Patient-initiated follow-up: Will it free up capacity in outpatient care? *Nuffield Trust*.

Retsinformation. (2018). *Databeskyttelsesloven*. <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2018/502>

Richardson, A., Adner, N., & Nordström, G. (2001). Persons with insulin-dependent diabetes mellitus: Acceptance and coping ability. *Journal of Advanced Nursing*, 33(6), 758–763. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01717.x>

Rienecker, L., & Jørgensen, P. S. (2017). *Den gode opgave: Håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser* (5. udg.). Samfundslitteratur.

RKKPs Videncenter. (2023). *Dansk Voksen Diabetes Database og Dansk Register for Børne- og Ungdomsdiabetes*. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram.

Ryg, N. D., Gram, J., Haghighi, M., & Juhl, C. B. (2021). Effects of Patient-Initiated Visits on Patient Satisfaction and Clinical Outcomes in a Type 1 Diabetes Outpatient Clinic: A 2-Year Randomized Controlled Study. *Diabetes Care*, 44(10), 2277–2285. <https://doi.org/10.2337/dc20-3083>

Sayeed, K. A., Qayyum, A., Jamshed, F., Gill, U., Usama, S. M., Asghar, K., & Tahir, A. (2020). Impact of Diabetes-related Self-management on Glycemic Control in Type II Diabetes Mellitus. *Cureus*, 12(4), e7845. <https://doi.org/10.7759/cureus.7845>

Schmidt, S. (2023). *Sådan virker en insulinpumpe*. Diabetes.dk. <https://diabetes.dk/media/evbbdfgm/sådan-virker-en-insulinpumpe.pdf>

Schmitt, A., Reimer, A., Kulzer, B., Haak, T., Gahr, A., & Hermanns, N. (2014). Assessment of diabetes acceptance can help identify patients with ineffective diabetes self-care and poor diabetes control. *Diabetic Medicine: A Journal of the British Diabetic Association*, 31(11), 1446–1451. <https://doi.org/10.1111/dme.12553>

Schulman-Green, D., Jaser, S. S., Park, C., & Whittemore, R. (2016). A metasynthesis of factors affecting self-management of chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*, 72(7), 1469–1489. <https://doi.org/10.1111/jan.12902>

Shukla, U. V., & Tripathy, K. (2023). Diabetic Retinopathy. I *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560805/>

Skivington, K., Matthews, L., Simpson, S. A., Craig, P., Baird, J., Blazeby, J. M., Boyd, K. A., Craig, N., French, D. P., McIntosh, E., Petticrew, M., Rycroft-Malone, J., White, M., & Moore, L. (2021). A new framework for developing and evaluating complex interventions: Update of Medical Research Council guidance. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 374, n2061. <https://doi.org/10.1136/bmj.n2061>

Sortsø, C., Green, A., Jensen, P. B., & Emneus, M. (2016). Societal costs of diabetes mellitus in Denmark. *Diabetic Medicine*, 33(7), 877–885. <https://doi.org/10.1111/dme.12965>

Sortsø, C., Lauridsen, J., Emneus, M., Green, A., & Jensen, P. B. (2018). Social inequality in diabetes patients' morbidity patterns from diagnosis to death - A Danish register-based investigation. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(1), 92–101. <https://doi.org/10.1177/1403494817713648>

Steno Diabetes Center Nordjylland. (2023a). *Kan multisygge med diabetes fremover nøjes med at se én behandler?* <https://stenodiabetescenter.rn.dk/>.
<https://stenodiabetescenter.rn.dk/Viden-om-diabetes/Podcasts/Diabetesforskerne/Diabetesforskerne-saeson-3/11-samlet-behandling-af-diabetes-og-andre-sygdomme?fbclid=IwAR3FAlOyMktDsrBohHyJYtgEtwYTEwIm4X1XKerl98-dXkeolgSjvi85KY8>

Steno Diabetes Center Nordjylland. (2023b). *Sammedagsscreening*.
stenodiabetescenter.rn.dk.
<https://stenodiabetescenter.rn.dk/Diabetesbehandling/Sammedagsscreening>

Steno Diabetes Center Nordjylland. (2023c). *Sammenhængende behandlingsforløb*.
stenodiabetescenter.rn.dk.
<https://stenodiabetescenter.rn.dk/da/Brugerinddragelse/Inspirations-og-dialogmoedet-2021/Tema-4>

- Steno Diabetes Center Nordjylland. (2023d). *Tema 8: Mental sundhed og diabetes*. stenodiabetescenter.rn.dk. <https://stenodiabetescenter.rn.dk/Brugerinddragelse/Inspirations-og-dialogmoedet-2021/Tema-8>
- Steno Diabetes Center Nordjylland. (2023e). *Tilfredshedsundersøgelse: Diabetesambulatorierne leverer "førsteklasses behandling"*. stenodiabetescenter.rn.dk. <https://stenodiabetescenter.rn.dk/da/Service/Nyhedsbase/2023/03/Tilfredshedsundersogelse>
- Stubbs, N. D., Sanders, S., Jones, D. B., Geraci, S. A., & Stephenson, P. L. (2012). Methods to Reduce Outpatient Non-attendance. *The American Journal of the Medical Sciences*, 344(3), 211–219. <https://doi.org/10.1097/MAJ.0b013e31824997c6>
- Sundhed.dk. (2023). Region Nordjylland. sundhed.dk. <https://www.sundhed.dk/borger/guides/sundhedstilbud/region-nordjylland/>
- Sundheds- og ældreministeriet. (2017). *Den Nationale Diabetesbehandlingsplan*.
- Sundhedsstyrelsen. (2009). *Patientuddannelse - En medicinsk teknologivurdering* (Medicinsk Teknologivurdering). Sundhedsstyrelsen, Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering.
- Sundhedsstyrelsen. (2012a). *Hvad mener behandlere om selvstyret behandling?* Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2012b). *VEDRØRENDE BEHANDLING MED INSULINPUMPER 27. JANUAR 2012*. Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2015). *National klinisk retningslinje for udvalgte sundhedsfaglige indsatser ved rehabilitering til patienter med type 2 diabetes*. Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2023). *Tal og fakta om diabetes*. sst.dk. <https://www.sst.dk/da/viden/Sygdomme/Diabetes/Faglige-anbefalinger-om-diabetes/Tal-og-fakta>
- Sydvestjysk Sygehus. (2022). *Diabetespatienterne tager ansvaret for forløbet på sygehuset*. Sydvestjysksygehus.dk. <https://sydvestjysksygehus.dk/om-sydvestjysk-sygehus/nyheder/2020/diabetespatienterne-tager-ansvaret-for-forlobet-pa-sygehuset>

- Søndergaard, E., Gustenhoff, P., Andersen, H. U., Nørgaard, K., Pedersen-Bjergaard, U., Juhl, C. B., Snogdal, L. S., Steineck, I., Svart, M., Fuglsang, R., Jacobsen, S. S., & Knudsen. (2022). *Type 1-diabetes*. endocrinology.dk. <https://endocrinology.dk/nbv/diabetes-mellitus/type-1-diabetes-mellitus/>
- Townsend, A., Wyke, S., & Hunt, K. (2006). Self-managing and managing self: Practical and moral dilemmas in accounts of living with chronic illness. *Chronic Illness*, 2(3), 185–194. <https://doi.org/10.1177/17423953060020031301>
- Van de Velde, D., De Zutter, F., Satink, T., Costa, U., Janquart, S., Senn, D., & De Vriendt, P. (2019). Delineating the concept of self-management in chronic conditions: A concept analysis. *BMJ Open*, 9(7), e027775. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027775>
- Vasconcelos Silva, C., Bird, D., Clemensen, J., Janda, M., de Camargo Catapan, S., Fatehi, F., Gray, L., Menon, A., & Russell, A. (2022). A qualitative analysis of the needs and wishes of people with type 2 diabetes and healthcare professionals for optimal diabetes care. *Diabetic Medicine*, 39(9). <https://doi.org/10.1111/dme.14886>
- Videnscenter for Diabetes. (2023). *Diabetes i tal*. videnscenterfordiabetes.dk. <https://videnscenterfordiabetes.dk/viden-om-diabetes/generelt-om-diabetes/diabetes-i-tal>
- VIVE. (2020). *Sårbarhed og diabetes - En litteraturgennemgang*. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter For Velfærd.
- Wiebe, D. J., Helgeson, V., & Berg, C. A. (2016). The social context of managing diabetes across the life span. *The American Psychologist*, 71(7), 526–538. <https://doi.org/10.1037/a0040355>
- Willemann, M., & Hanak, M. L. (2006). *Egenomsorg - Et særligt perspektiv på forebyggelse og sundhedsfremme*. Viden- og dokumentationsenheden - Sundhedsstyrelsen.
- Xie, Z., Liu, K., Or, C., Chen, J., Yan, M., & Wang, H. (2020). An examination of the socio-demographic correlates of patient adherence to self-management behaviors and the mediating roles of health attitudes and self-efficacy among patients with coexisting type 2 diabetes and hypertension. *BMC Public Health*, 20(1), 1227. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09274-4>

Aaby, A., Meldgaard, M., & Maindal, H. T. (2022). *Sundhedskompetence i det danske sundhedsvæsen*. Sundhedsstyrelsen.

Aalborg Universitetsbibliotek. (2023a). *APA PsycInfo*. https://kdbk-aub.primo.exlibrisgroup.com/discovery/fulldisplay?docid=alma9920644441705762&context=L&vid=45KBDK_AUB:AUB&lang=da&search_scope=MyInst_and_CI&adaptor=Local%20Search%20Engine&tab=Everything&query=any,contains,psycinfo&offset=0

Aalborg Universitetsbibliotek. (2023b). *CINAHL*. https://kdbk-aub.primo.exlibrisgroup.com/discovery/fulldisplay?docid=alma9920755165605762&context=L&vid=45KBDK_AUB:AUB&lang=da&search_scope=MyInst_and_CI&adaptor=Local%20Search%20Engine&tab=Everything&query=any,contains,cinahl&offset=0

Aalborg Universitetsbibliotek. (2023c). *Embase*. https://kdbk-aub.primo.exlibrisgroup.com/discovery/fulldisplay?docid=alma9920724804305762&context=L&vid=45KBDK_AUB:AUB&lang=da&search_scope=MyInst_and_CI&adaptor=Local%20Search%20Engine&tab=Everything&query=any,contains,embase&offset=0

Aalborg Universitetsbibliotek. (2023d). *ProQuest*. https://kdbk-aub.primo.exlibrisgroup.com/discovery/fulldisplay?docid=alma9920727295205762&context=L&vid=45KBDK_AUB:AUB&lang=da&search_scope=MyInst_and_CI&adaptor=Local%20Search%20Engine&tab=Everything&query=any,contains,Proquest

Aalborg Universitetsbibliotek. (2023e). *PubMed*. https://kdbk-aub.primo.exlibrisgroup.com/discovery/fulldisplay?docid=alma9920699421705762&context=L&vid=45KBDK_AUB:AUB&lang=da&search_scope=MyInst_and_CI&adaptor=Local%20Search%20Engine&tab=Everything&query=any,contains,pubmed&offset=0

Anvendt referencestandard: APA 7.th.