

Evaluering af Lev livet med type 2-diabetes

Amalie Oxholm Kusier
Ida Nielsen Sølvhøj
Jens Elmelund Rise
Stine Vork Rosenwein
Maja Bæksgaard Jørgensen
Sigurd Lauridsen

Evaluering af *Lev livet med type 2-diabetes*

Amalie Oxholm Kusier
Ida Nielsen Sølvhøj
Jens Elmelund Rise
Stine Vork Rosenwein
Maja Bæksgaard Jørgensen
Sigurd Lauridsen

Copyright © 2022
Statens Institut for Folkesundhed, SDU

Uddrag, herunder figurer og tabeller, er tilladt mod tydelig kildegengivelse.

Elektronisk udgave: ISBN 978-87-7899-564-3

Statens Institut for Folkesundhed
Stu­diestræde 6
1455 København K
www.sdu.dk/sif

Rapporten kan downloades fra www.sdu.dk/sif

Forord

Rapporten *Evaluering af Lev livet med type 2-diabetes* har som formål at undersøge mulige potentialer og begrænsninger i diabetesrehabiliteringsforløbet *Lev livet med type 2-diabetes (Lev livet)*.

I 2020 og 2021 blev *Lev livet* afprøvet i fem danske kommuner; Billund, Esbjerg, Fanø, Varde og Vejen. Med udgangspunkt i kommunernes afprøvning af *Lev livet* belyser rapporten, hvordan *Lev livet* i praksis er blevet udmøntet, samt fremmende og hæmmende faktorer for implementering, borgernes og de sundhedsprofessionelles tilfredshed med *Lev livet*, borgernes oplevede udbytte af det gruppebaserede forløb på *Lev livet*, samt hvorvidt det er nødvendigt med justeringer af rehabiliteringsforløbet før en eventuel videre udbredelse til flere kommuner.

Analyserne i rapporten er baseret på kommuneregistreringer i forbindelse med afholdelse af forløb på *Lev livet*, spørgeskemadata fra borgere samt interviews med borgere, sundhedsprofessionelle og styregruppen.

Rapporten skal føde ind i den videre udvikling af diabetesrehabiliteringsforløbet *Lev livet* og bidrage med viden om, hvor der er behov for justeringer i forbindelse med en videre udbredelse af *Lev livet* til flere kommuner.

Undersøgelsen er finansieret af Steno Diabetes Center Odense og er gennemført af en projektgruppe på Statens Institut for Folkesundhed, SDU. Projektgruppen består af videnskabelig assistent Amalie Oxholm Kusier, videnskabelig assistent Ida Nielsen Sølvhøj, videnskabelig assistent Jens Elmelund Rise, videnskabelig assistent Stine Vork Rosenwein, forsker Maja Bæksgaard Jørgensen og lektor Sigurd Lauridsen.

Januar 2022



Morten Klöcker Grønbæk

Direktør, professor, dr med
Statens Institut for Folkesundhed

T [65 50 77 00](tel:65507700)

mgr@sdu.dk

www.si-folkesundhed.dk

Syddansk Universitet

Stu­di­es­træ­de 6
1455 Kø­ben­havn K

www.sdu.dk

SDU 

Indhold

1 Resumé	5
2 Baggrund og formål	8
2.1 Evalueringen i lyset af covid-19.....	8
2.2 Formål med evalueringen.....	9
2.3 Læsevejledning	9
3 Lev livet med type 2-diabetes	11
3.1 Projekts organisering og udvikling.....	11
3.2 Den teoretiske referenceramme – den sundhedspædagogiske tilgang.....	12
3.3 <i>Lev livet</i> – indhold og opbygning	12
3.4 Kompetenceudvikling af sundhedsprofessionelle.....	16
4 Metode	17
4.1 Datakilder	17
4.2 Registrering i OneDrive, et GDPR-sikret drev	18
4.3 Spørgeskema.....	19
4.4 Interviews	20
5 Implementeringen af <i>Lev livet</i> som et tværgående kommunalt koncept	22
5.1 Implementering på tværs af kommunegrænser.....	22
6 Ressourceforbrug	27
6.1 Timeforbrug ved afvikling af det gruppebaserede forløb	27
7 Borgernes vej til <i>Lev livet</i>	30
7.1 Kendskab til <i>Lev livet</i>	30
7.2 Tildeling af forløbstype og den afklarende samtale	33
7.3 Karakteristika af borgerne visiteret til <i>Lev livet</i>	37
8 Deltagelse på det gruppebaserede forløb	41
8.1 Deltagelse, fravær og frafald	41
9 Forventning, tilfredshed og udbytte af <i>Lev livet</i>	45
9.1 Borgernes motivation og forventninger til deltagelse på <i>Lev livet</i>	46
9.2 Tilfredshed med det gruppebaserede forløb	48
9.3 Borgernes oplevede udbytte af at have deltaget på det gruppebaserede ...	61
10 Erfaringer med det 9'ende modul	65
11 Opsamling og anbefalinger	68
12 Referencer	71

1 Resumé

Diabetesrehabiliteringsforløbet *Lev livet med type 2-diabetes (Lev livet)* blev udviklet i 2019 som et bud på, hvordan kommunerne kan tilrettelægge deres tilbud om sygdomsmestring til borgere med type 2-diabetes. *Lev livet* er opbygget af tre forløbstyper; et gruppebaseret-, et individuelt- og et digitalt forløb, der tilbydes borgere med type 2-diabetes afhængigt af borgerens behov. Derudover udbydes der en fast track version af det gruppebaserede forløb, bestående af fire færre moduler end den fulde version. Formålet med forløbene er, at borgeren opnår handlekompetencer til at mestre sin dagligdag med type 2-diabetes med udgangspunkt i borgerens økonomiske, sociale og kulturelle ressourcer, livskvalitet og motivation.

Lev livet er udviklet i et tæt projektsamarbejde mellem Steno Diabetes Center Odense (SDCO) og fem kommuner (Billund, Esbjerg, Fanø, Varde og Vejen) med ønsket om at skabe et mere ensartet tilbud på tværs af kommunegrænser. I 2020 og 2021 afprøves *Lev livet* i de fem deltagerkommuner og evalueres af Statens Institut for Folkesundhed. Denne rapport præsenterer evalueringens resultater.

Evalueringen har det overordnede formål at identificere og undersøge mulige potentialer og begrænsninger i *Lev livet*. Evalueringen belyser 1) hvordan *Lev livet* praktisk er blevet udmøntet samt fremmende og hæmmende faktorer for implementeringen, 2) borgernes tilfredshed og oplevede udbytte af det gruppebaserede forløb på *Lev livet*, og 3) hvorvidt det er nødvendigt med justeringer i forbindelse med en videre udbredelse af *Lev livet* til flere kommuner.

I evalueringen anvendes kommuneregistreringer i forbindelse med afholdelse af forløb på *Lev livet*, spørgeskemadata fra borgerne samt interviews med borgere, sundhedsprofessionelle og styregruppen til at belyse evalueringstemaerne.

Evalueringens overordnede resultater

- 94% af borgerne angiver i meget høj grad eller i høj grad at være motiveret til at starte på det gruppebaserede forløb. Ved det individuelle- og det digitale forløb angiver 78% af borgerne en meget høj grad eller en høj grad af motivation. Der er også en generel overbevisning blandt borgerne om, at *Lev livet* kan motivere dem til at leve en sundere livsstil.
- Størstedelen af borgerne angiver at være meget tilfredse eller tilfredse med det gruppebaserede forløb, uafhængigt af køn, kommune og hvor lang tid, borgerne har haft diabetes. Borgerne fortæller også i interviewene, at de synes, at øvelserne på det gruppebaserede forløb er brugbare og illustrative, at materialet som udgangspunkt fungerer fint, og at underviserne er kompetente og gode til at formidle indholdet på forløbet. Ligeledes giver borgerne udtryk for tilfredshed med form og opbygning af det gruppebaserede forløb.
- Borgerne oplever også, at det gruppebaserede forløb har været udbytterigt. Særligt angiver de, at de ved deltagelse på forløbet har fået mere viden om type 2-diabetes og om, hvordan kroppen påvirkes (100%), at de har fået mere viden om sundere madvaner (100%), og at det har været positivt for dem at være på et gruppeforløb med andre i samme situation (94%).

- Analyserne peger på, at det kan være udfordrende at implementere et samlet rehabiliteringsforløb på tværs af kommunegrænser, men at det samtidig er det, der kan give særlig værdi i form af etablering af nye samarbejder og udvikling af et fagligt netværk.
- Kommunerne anvender en varierende grad af timer til at afvikle det gruppebaserede forløb, men på baggrund af kommunernes registrering af timer fremgår det at afholdelse af det første hold generelt kræver mere forberedelsestid, hvorfor der ses en tidsoptimering ved en mere regelmæssig afvikling af forløbene.
- Borgerne opnår hovedsageligt kendskab til *Lev livet* via egen læge. Dog rapporterer en del af borgerne, at de har fået kendskab til *Lev livet* gennem en kommunal kontakt, hvis de for eksempel har kontakt til kommunen i en anden sammenhæng.
- I spørgeskemaet angiver 68% af borgerne at skulle deltage på det gruppebaserede forløb, 22% angiver at skulle have det individuelle forløb, og 10% angiver at skulle deltage på det digitale forløb.
- Blandt borgerne, der har fået tilbudt en af de tre forløbstyper på *Lev livet*, ses der en jævn fordeling af mænd (48%) og kvinder (52%). 55% af borgerne er i alderen 45-64 år, og i forhold til uddannelse udgør borgere med en erhvervsfaglig eller gymnasial uddannelse den største gruppe (39%). Hvad angår erhvervsmæssig stilling, udgør kategorien alders- og førtidspensionister samt tidligere virksomhedsejere næsten halvdelen (49%). 63% angiver at bo sammen med en partner med/uden hjemmeboende børn, og 55% af borgerne angiver at have været diagnosticeret med diabetes i over et år.
- I forhold til borgernes gennemførelse af det gruppebaserede forløb tegner der sig også et billede af, at borgerne i højere grad gennemfører fast track versionen af det gruppebaserede forløb sammenlignet med den fulde version af forløbet.

Anbefalinger til fremtidige forløb

Evalueringen viser, at deltagelse på *Lev livet* har en positiv værdi for borgerne, men at der samtidig er behov for, at der justeres på konceptet, før at det udbredes til flere kommuner. Evalueringen peger på, at følgende tiltag kunne forbedre konceptet og gøre det endnu bedre for borgerne og de sundhedsprofessionelle involveret i diabetesrehabiliteringsforløbet:

- **Lav hold med færre deltagere:** Evalueringen viser, at færre deltagere på holdet opleves positivt, da dette bedre kan understøtte dialog blandt borgerne på det gruppebaserede forløb. Det nuværende krav om minimum 10 borgere på det gruppebaserede forløb ved forløbets opstart kan derfor med fordel revurderes.
- **Supplér det gruppebaserede forløb med et madlavningskursus:** Særligt emnet omkring kost og madvaner fremstår som vigtigt og udbytterigt for borgerne, men nogle af borgerne efterspørger også at kunne anvende den viden, de tilegner sig om kost og madvaner, i form af et madlavningskursus. Hvis der er kapacitet til det i kommunerne, kunne et madlavningskursus derfor udbydes som et uafhængigt supplement til det gruppebaserede forløb på *Lev livet*.
- **Gør indholdet på det gruppebaserede forløb mere fleksibelt for de sundhedsprofessionelle:** De sundhedsprofessionelle synes overordnet set, at det gruppebaserede forløb indeholder nogle gode og meningsfulde øvelserne, men de giver også udtryk for, at det indeholder

nogle udfordringer i form af at være tidspresset og have en stramt styret opbygning. Der efterspørges således, at kurset gøres mere fleksibelt, hvor der er plads til at følge borgernes ønsker og til at kunne tilrettelægge kurset med de øvelser, de sundhedsprofessionelle vurderer dækker borgernes behov på det pågældende gruppeforløb. *Lev livet* kunne således udgøre rammen for et 'katalog' med relevant materiale og øvelser, som de sundhedsprofessionelle vil kunne tilrettelægge undervisningen efter.

- **Inddrag eventuelt pårørende via individuelle samtaler:** Grundet covid-19 har inddragelse af pårørende på det gruppebaserede forløb ikke været muligt. For nogle af borgerne vækker det dog en bekymring at inddrage pårørende i forhold til, hvilken betydning det vil have for gruppedynamikken på det gruppebaserede forløb. Som alternativ kunne kommunerne tilbyde individuelle samtaler, hvor pårørende har mulighed for at deltage, som et supplement til det gruppebaserede forløb.

2 Baggrund og formål

Diabetes er en af de væsentligste folkesygdomme i Danmark. Cirka 256.000 danskere er diagnosticeret med type 2-diabetes [1]. Det vurderes derudover, at 57.000 danskere endnu ikke er blevet diagnosticeret med type 2-diabetes, mens cirka 270.000 danskere skønnes at have forstadie til type 2-diabetes [2]. Det er estimeret, at omfanget af danskere, der er diagnosticeret med type 2-diabetes, vil være omkring 430.000 i 2030, da flere diagnosticeres med diabetes, og fordi flere i gennemsnit lever længere med sygdommen [3]. Type 2-diabetes rammer primært voksne, og selvom sygdommen er arvelig, udløses den oftest af faktorer som fysisk inaktivitet, overvægt eller nogle former for medicin. Type 2-diabetes kan derfor i en vis grad forebygges [4].

Ud over at diabetes påvirker kroppens evne til at optage og/eller producere tilstrækkelig insulin, har mennesker med diabetes en øget risiko for at udvikle en række følgesygdomme såsom hjertekarsygdomme, beskadigelse af nyrerne, øjenkomplikationer og mindsket følesans i fødderne [5]. For at nedsætte risikoen for senkomplikationer er det vigtigt, at personer med type 2-diabetes som en integreret del af deres behandling har fokus på at styre deres blodsukker, hvilket de kan støttes til gennem kommunale patientuddannelses- og rehabiliteringsforløb. Ud over at forbedre livskvaliteten for mennesker med en kronisk sygdom som diabetes er håbet også, at patientuddannelser kan nedsætte behovet for sundhedsydelse og dermed mindske presset på sundhedsvæsenet [5].

I 2016 udgav Sundhedsstyrelsen anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom [6]. Diabetesrehabiliteringsforløbet *Lev livet med type 2-diabetes (Lev livet)* er et bud på, hvordan kommunerne kan tilrettelægge deres tilbud om sygdomsmestring til borgere med type 2-diabetes. *Lev livet* er opbygget af tre forløbstyper; et gruppebaseret forløb, et individuelt forløb og et digitalt forløb, der tilbydes borgerne alt efter behov (se afsnit 3.3 for beskrivelse af indholdet på forløbstyperne). *Lev livet* er udviklet i et tæt projektsamarbejde mellem Steno Diabetes Center Odense (SDCO) og fem kommuner (Billund, Esbjerg, Fanø, Varde og Vejen). Formålet er at skabe et mere ensartet tilbud på tværs af kommunegrænser til borgere med type 2-diabetes. Projektet forløber over en toårig afprøvningsperiode fra 2020-2021¹, og som et led i projektet gennemfører Statens Institut for Folkesundhed (SIF), SDU, en evaluering af afprøvningen i de fem deltagerkommuner. Denne rapport formidler resultaterne af evalueringen.

2.1 Evalueringen i lyset af covid-19

Udbruddet af covid-19 og nedlukning af samfundet i marts 2020 har haft en væsentlig betydning for afprøvning af *Lev livet* samt indsamling af data og evaluering af konceptet. Dette afsnit skitserer de væsentligste overordnede ændringer og tilpasninger, der er sket løbende i projektet på grund af covid-19. Gennem rapporten vil det også fremgå, hvis covid-19 har betydet, at der er sket konkrete ændringer i for eksempel implementeringen af konceptet, indsamling af data eller afrapportering af resultatet.

¹ Pilotperioden for afprøvning af *Lev livet* var oprindeligt hele 2020, men blev udvidet grundet nedlukningen af samfundet i marts 2020.

Den 11. marts 2020 blev samfundet lukket ned og medarbejdere på offentlige arbejdspladser hjemsendt. Igangværende gruppeforløb af *Lev livet* blev afbrudt på ubestemt tid og rekruttering til forløbene sat på pause. I forhold til denne evaluering betyder dette, at der er et antal af borgere, hvis deltagelse på forløbene ikke har været kontinuerlig. I afrapportering af resultaterne vil det fremgå, hvordan data fra disse borgere er blevet behandlet og indgår i resultaterne.

Som nævnt består *Lev livet* af et gruppe-, et individuelt-, og et digitalt forløb. På grund af covid-19 formåede Fanø Kommune ikke at gennemføre det gruppebaserede forløb. Fanø Kommune indgår derfor ikke i evalueringen. De resterende fire deltagerkommuner fik opstartet de gruppebaserede forløb igen i efteråret 2020. Der har dog igennem hele 2020 og 2021 været lokale restriktioner, hvorfor kommunerne hver især har været nødsaget til at tilpasse de gruppebaserede forløb, så de efterlevede de lokale retningslinjerne.

2.2 Formål med evalueringen

Evalueringen har det overordnede formål at identificere og undersøge mulige potentialer og begrænsninger i *Lev livet*. Mere konkret undersøger evalueringen:

- Hvordan *Lev livet* praktisk er blevet udmøntet samt fremmende og hæmmende faktorer for implementeringen (kapitel 5-8).
- Borgernes tilfredshed og oplevelse af udbytte af det gruppebaserede forløb på *Lev livet* (kapitel 9-10).
- Hvorvidt det er nødvendigt med justeringer i forbindelse med en videre udbredelse af *Lev livet* til flere kommuner (kapitel 11).

Evalueringen har et særligt fokus på udførelsen af det gruppebaserede forløb i *Lev Livet*, hvorfor den kvantitative dataindsamling primært undersøger det gruppebaserede forløb og den kvalitative dataindsamling udelukkende undersøger det gruppebaserede forløb. Derudover undersøger evalueringen et mere tværgående perspektiv på organiseringen og potentialerne for forankringen af *Lev livet*.

2.3 Læsevejledning

Denne rapport består af 11 kapitler. Efter denne læsevejledning følger **kapitel: 3 *Lev livet med type 2-diabetes***, som omfatter beskrivelse af organiseringen og udviklingen af projekt *Lev livet*, projektets teoretiske referenceramme samt en detaljeret beskrivelse af indholdet af de tre forløbstyper på *Lev livet*. **Kapitel: 4 Metode** præsenterer evalueringens metode, herunder indsamling og analyse af den kvantitative og kvalitative data.

Kapitel 5-10 omfatter resultatet af evalueringen. I **Kapitel: 5 Implementeringen af *Lev livet* som et tværgående kommunalt koncept** beskrives de identificerede fremmende og hæmmende faktorer for implementeringen af *Lev livet*. **Kapitel: 6 Ressourceforbrug** præsenterer medarbejdernes timeforbrug ved afvikling af det gruppebaserede forløb på *Lev livet*. **Kapitel: 7 Borgernes vej til *Lev livet*** beskriver, hvordan borgerne har fået kendskab til *Lev livet*, hvordan borgerne fordeler sig på de tre forløbstyper, samt borgernes og de sundhedsprofessionelles oplevelse af den afklarende samtale. Afslutningsvis præsenterer kapitlet også karakteristika af borgerne, der har deltaget på *Lev livet*. **Kapitel: 8 Deltagelse på det gruppebaserede forløb** omhandler deltagelse, fravær og frafald på det gruppebaserede forløb samt strategier til fastholdelse af borgere på forløbet. **Kapitel: 9 Forventning, tilfredshed og udbytte af *Lev livet*** beskriver borgernes motivation og forventninger til deltagelse på *Lev livet*, de sundhedsprofessionelles og borgernes tilfredshed med det gruppebaserede forløb samt borgernes oplevede udbytte af at have deltaget på det gruppebaserede forløb.

Kapitel: 10 Erfaringer med det 9'ende modul samler op på de oplevelser, borgerne og de sundhedsprofessionelle har af deltagelse og afholdelse af det 9'ende modul på det gruppebaserede forløb.

Kapitel: 11 Opsamling og anbefalinger beskriver en opsamling af resultaterne præsenteret i rapporten samt nogle anbefalinger relateret til en videre udbredelse af *Lev livet* til flere kommuner.

3 Lev livet med type 2-diabetes

I dette kapitel præsenteres baggrunden for diabetesrehabiliteringsforløbet *Lev livet*. Kapitlet vil indledningsvis beskrive organiseringen og udviklingen af *Lev livet* som forebyggelsestilbud. Herefter gives en beskrivelse af konceptets sundhedspædagogiske tilgang. Kapitlet afsluttes med en detaljeret beskrivelse *Lev livets* opbygning og af de tre forløbstypers faglige indhold.

3.1 Projekts organisering og udvikling

Steno Diabetes Center Odense (SDCO) har i projektperioden varetaget projektledelsen, mens de fem deltagerkommuner har en central funktion i både implementeringen og afprøvningen af tilbuddet samt også i udviklingen af tilbuddet. I projektperioden har der været nedsat:

- En styregruppe med kommunale ledere fra de fem deltagerkommuner og en repræsentant for SDCO, der i fællesskab har defineret de overordnede rammer for projektet.
- En projektgruppe med sundhedsprofessionelle, der repræsenterede de fem deltagerkommuner, hvor de faglige emner for diabetesrehabiliteringstilbuddet blev besluttet.
- En materialegruppe med sundhedsprofessionelle, der repræsenterede tre deltagerkommuner (Varde, Vejen og Esbjerg), hvis formål var at udvælge og/eller udvikle materialer til de udvalgte emner indsatsen.

Kommunernes sundhedsprofessionelle har således været fagligt bredt repræsenteret i både projekt- og materialegruppen og har inkluderet sundhedskonsulenter, diætister, fysioterapeuter og sygeplejersker.

Projektet er gennemført i tre faser: En udviklingsfase, en afprøvningsfase og en udbredelsesfase (Figur 3.1.1), hvoraf denne rapport samler op på erfaringer fra afprøvningsfasen.

- I udviklingsfasen udformer SDCO i samarbejde med projekt- og materialegruppen opbygningen og indholdet af diabetesrehabiliteringsforløbet *Lev livet*.
- I afprøvningsfasen implementeres, afprøves og evalueres *Lev livet* i fire af de fem deltagerkommuner. Evalueringen, som gennemføres af Statens Institut for Folkesundhed skal munde ud i anbefalinger, der kan bidrage til arbejdet med at udbrede konceptet.
- På baggrund af erfaringer fra afprøvningsfasen udføres en udbredelsesfase, hvor formålet er at udbrede konceptet til en række kommuner i Region Syddanmark og eventuelt resten af landet.

Figur 3.1.1: Projektets tre faser



3.2 Den teoretiske referenceramme – den sundhedspædagogiske tilgang

Lev livet er udviklet på baggrund af allerede eksisterende og validerede materialer fra blandt andet det tidligere Steno Diabetes Centers værktøjskasser og praksiserfaringer fra de involverede kommuner². *Lev livet* er sundhedspædagogisk baseret på det dobbelte KRAM, og de 5 sundhedspædagogiske principper udviklet af professor Bjarne Bruun Jensens [9] danner rammen for tilbuddets opbygning og indhold.

Det dobbelte KRAM består af elementer, der kan påvirke et individs sundhed. Foruden det traditionelle KRAM, der dækker over fysiske faktorer som Kost, Rygning, Alkohol og Motion, inkluderer det dobbelte KRAM faktorer, der påvirker den mentale sundhed, og hvordan et individ kan arbejde med at tackle modstand og belastninger i livet i form af Kompetence, Relationer, Accept og Mestring. I udviklingen af konceptet *Lev livet* er det dobbelte KRAM ydermere blevet udbygget med S, som dækker over elementerne Søvn, Stress og Seksuel sundhed.

De fem sundhedspædagogiske principper inkluderer:

- 1) *Et bredt og positivt sundhedsbegreb*, hvor sundhed er mere en blot fravær af sygdom, da det blandet andet også handler om betydningen af sociale relationer og at leve et godt liv.
- 2) *Deltagelse og dialog* med fokus på, at sundhedsfremmende forandring kun kan lade sig gøre, hvis borgerne udvikler og tager ejerskab.
- 3) *Handling og handlekompetence*, hvor de sundhedsprofessionelle sammen med borgerne skal forsøge at åbne for "handlerum" via forskellige metoder og værktøjer.
- 4) *Sundhed i et setting-perspektiv*, hvor rammer og den kontekst, man lever, arbejder og bor i, påvirker de valgmuligheder, som man har for at leve sundt.
- 5) *Lighed i sundhed*, hvor der tages højde for individers forskellige muligheder for at leve sundt og for at ændre vaner og praksis.

3.3 *Lev livet* – indhold og opbygning

Henvisning og rekruttering

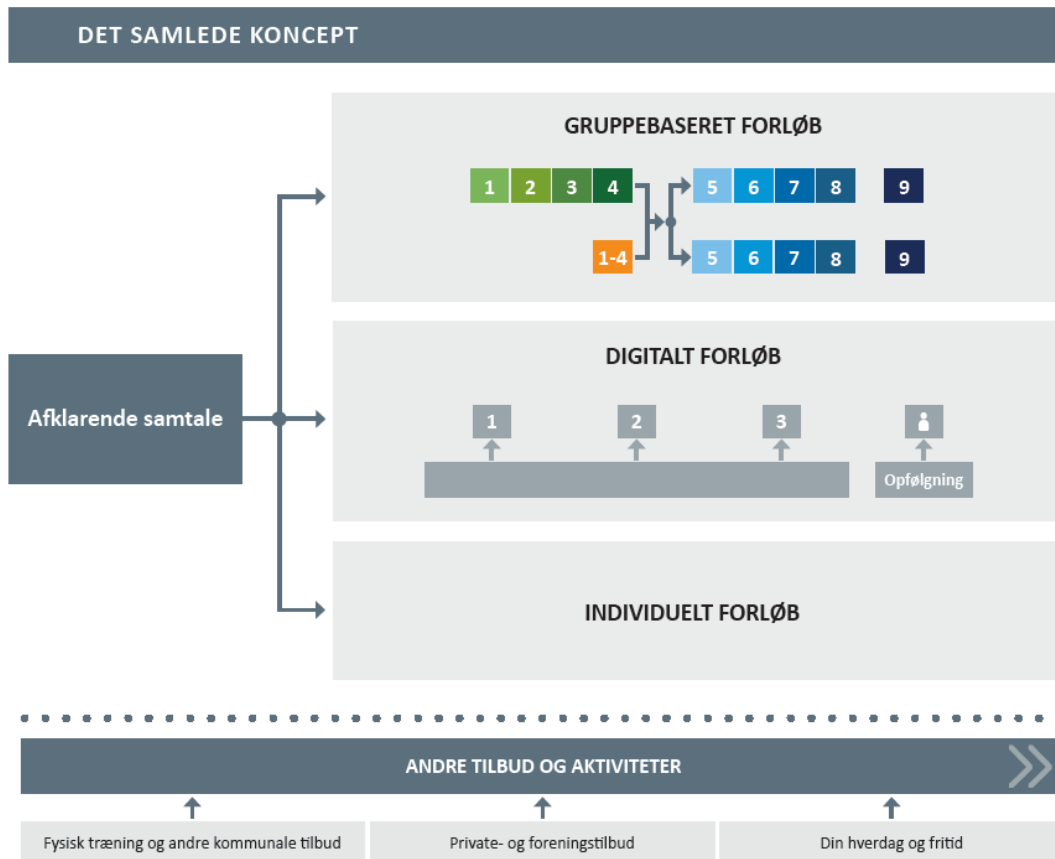
Lev livet indeholder tre forskellige forløb: Et gruppeforløb, et digitalt forløb og et individuelt forløb. Indgangen til de forskellige forløb sker via en afklarende samtale med en sundhedsprofessionel i kommunen. Henvisning til den afklarende samtale i kommunen, sker via egen læge eller sygehus. I nogle af kommunerne er det dog muligt for borgerne at komme til en afklarende samtale blot ved at borgeren selv henvender sig. Figur 3.3.1 illustrerer opbygningen af *Lev livet*. Den stiplede linje i

² Den faglige ramme for det gruppebaserede forløb baserer sig primært på følgende to koncepter: 1) "Vejen Videre – kursus til et bedre liv med KOL, hjertesygdom og type 2-diabetes", som er udviklet i et samarbejde mellem Region Syddanmark og Komiteen for Sundhedsoplysning 7. Wiuff, M.B., et al., *Vejen Videre - Kursus til et bedre liv med KOL, hjertesygdom og type 2-diabetes - Evaluering af en pilotafprøvning i fire kommuner i Region Syddanmark*. 2013, KORA. og 2) "I balance med kronisk sygdom – sundhedspædagogisk værktøjskasse til patientuddannelse", som er udviklet af Steno Center for Sundhedsfremme i samarbejde med patienter med kronisk sygdom og kommunale sundhedsprofessionelle i perioden 2011-2012 8. Engelund, G., *I balance med kronisk sygdom - pædagogisk værktøjskasse til patientuddannelse* ed. N. Vinter-Andersen, M.U. Hansen, and I. Willaing. 2012, Gentofte: Steno Center for Sundhedsfremme..

Indholdet for det digitale forløb (digital patientuddannelse) er udviklet i partnerskabssamarbejdet "Det Digitale Sundhedscenter" mellem Region Syddanmark, seks syddanske kommuner samt Diabetesforeningen og Hjerteforeningen. Det digitale Sundhedscenter er oprindeligt afprøvet i fire syddanske kommuner og er evalueret af den regionale enhed Syddansk Sundhedsinnovation (SDSI). Det Digitale Sundhedscenter er senere udbredt til mere end 15 kommuner.

figuren symboliserer afgrænsningen af diabetesrehabiliteringsforløbet, hvorfor tilbud og aktiviteter illustreret under den stiplede linje ikke er en del af konceptet, men kan køre parallelt med forløbet.

Figur 3.3.1: Det samlede koncept for *Lev livet*.



Kilde: SDCO

Ved den afklarende samtale træffes der en fælles beslutning mellem borgeren og den sundhedsprofessionelle om, hvilket af de tre forløb borgeren skal deltage i. Den afklarende samtale har som formål at understøtte, at borgeren tilbydes et meningsfuldt og relevant forløb gennem en fælles forståelse om forventninger, behov og muligheder i forhold til kommunale forebyggelsestilbud og lokale foreningstilbud.

Det gruppebaserede forløb tilbydes borgere med type 2-diabetes, som har behov for at få øget hand-
 lekompetencer til at mestre hverdagen. For at kunne deltage på det gruppebaserede forløb skal borgeren kunne forstå og tale dansk. Hvis borgeren ikke ønsker eller har mulighed for at deltage i et gruppeforløb grundet særlige udfordringer, kan borgeren tilbydes det individuelle tilbud. For det individuelle forløb er målgruppen borgere med type 2-diabetes, som for eksempel ikke kan rumme at være i større grupper, eller som har brug for megen støtte til at opnå små mål i deres arbejde med deres diabetes i hverdagslivet. Borgere, der venter på opstart i et gruppeforløb, kan dog også tilbydes et individuelt forløb. Hvis borgeren ikke ønsker eller har mulighed for at deltage i det gruppebaserede forløb eller det individuelle forløb med fysisk fremmøde, kan de tilbydes det digitale forløb. Dog kan det digitale forløb også tilbydes borgere, der venter på at opstarte et gruppebaseret forløb, eller hvis de har gennemført det individuelle eller gruppebaserede forløb og ønsker at supplere disse

forløb med et digitalt forløb. For at kunne deltage på det gruppebaserede, individuelle eller digitale forløb skal borgeren være fyldt 18 år.

Når det er afgjort, hvilket af de tre forløb borgeren skal deltage på, har den sundhedsprofessionelle til opgave at informere borgeren om praktiske detaljer omkring forløbet. I det følgende præsenteres indholdet i de tre forløb.

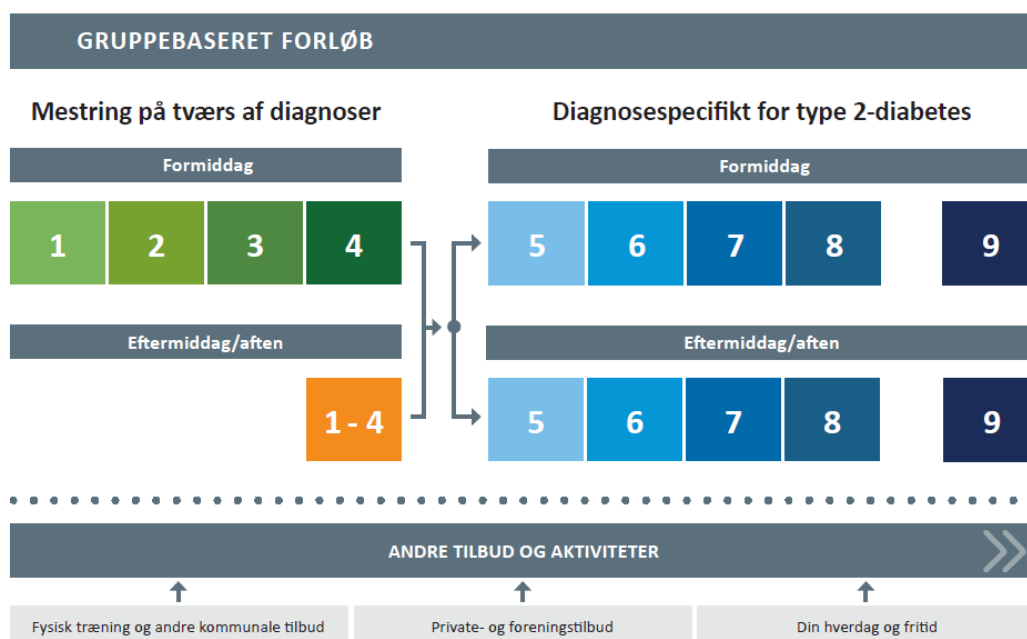
Det gruppebaserede forløb

Formålet og det ønskede udbytte med det gruppebaserede tilbud er, at borgerne skal opnå handlekompetencer til at mestre deres dagligdag med type 2-diabetes, med udgangspunkt i borgerens økonomiske, sociale og kulturelle ressourcer, livskvalitet og motivation.

Det gruppebaserede forløb består af i alt 9 kursusmoduler (Figur 3.3.2) med en varighed af tre timer for hvert modul. I de første fire kursusmoduler undervises der i mestring på tværs af forskellige kroniske diagnoser, hvor der deltager borgere med forskellige kroniske sygdomme. Herefter overgår borgerne med type 2-diabetes til fire diagnosespecifikke kursusmoduler efterfulgt af et 9'ende opfølgingsmodul. Det er også muligt for borgeren at tage en fast track version af det gruppebaserede forløb, hvor de første fire moduler er slået sammen til ét modul. Dette er udviklet med henblik på at give et mere fleksibelt tilbud, så tilbuddet er bedre tilpasset den enkelte borgers motivation og praktiske forhold som for eksempel arbejde i dagtimerne.

Som udgangspunkt afholdes modulerne i forlængelse af hinanden over otte uger med undtagelse af eventuelle ferie- og helligdage, der kan medføre, at modulerne skubbes. Det 9'ende modul afholdes tre måneder efter ottende modul. Af hensyn til frafald skal der minimum være 10 borgere på det gruppebaserede forløb ved forløbets opstart.

Figur 3.3.2: Det gruppebaserede forløb



Kilde: SDCO

På modulerne undervises der i forskellige emner, som har betydning for borgere med type 2-diabetes mestring af deres sygdom og deres hverdag. Gennemgående er der fokus på at skabe de rigtige rammer for erfaringsudveksling borgerne imellem samtidig med, at borgerne får redskaber til at håndtere hverdagslivet og dets tilhørende udfordringer. Modulerne omhandler følgende temaer:

- Modul 1: Hverdagen med kronisk sygdom
- Modul 2: Hverdag, vaner og motivation
- Modul 3: Vaner, netværk og mental sundhed
- Modul 4: Energiforvaltning og balance i hverdagen
- *Fast track (modul 1-4)*
- Modul 5: Diabetes, kroppen og kost
- Modul 6: Blodsukkermåling og forebyggelse af følgesygdomme
- Modul 7: Kost, motion og medicin
- Modul 8: Hverdagen med diabetes
- Modul 9: Hvor er du nu?

Som udgangspunkt er der to undervisere på hvert modul, hvoraf den ene er gennemgående for alle modulerne. Underviserne er sundhedsprofessionelle ansat i kommunen med en faglig baggrund såsom sygeplejerske, fysioterapeut eller diætist.

Ændringer grundet covid-19:

- Oprindeligt er det en del af konceptet, at pårørende kunne inviteres med på modulerne. Dette har ikke været en mulighed for borgerne.
- Kriteriet om deltagelse af minimum 10 borgere ved opstart af det gruppebaserede forløb har flere kommuner valgt ikke at efterfølge af hensyn til at kunne overholde afstandskravet.
- Nogle af kommunerne har også valgt af afkorte varigheden på modulerne, således at borgerne ikke skulle opholde sig i samme rum i længere tid.
- Grundet den længere nedlukning af landet har nogle af kommunerne også valgt kun at udbyde fast track versionen af det gruppebaserede forløb, således at holdene kunne nå at afslutte for eksempel inden sommerferien.

Det individuelle forløb

På det individuelle forløb er det ønskede udbytte, at borgeren øger viden om type 2-diabetes med henblik på at kunne omsætte denne viden til konkrete handlinger i hverdagen. Borgeren skal støttes til at mestre de udfordringer, de møder i hverdagen, og i at sætte hverdagsnære konkrete mål samt hjælpes til at se muligheder for at ændre vaner og leve det bedste liv med type 2-diabetes. Den sundhedsprofessionelle arbejder ud fra en forståelse for den enkeltes livsforløb og støtter borgeren i at nå sine mål.

Ved det individuelle forløb er der lagt op til, at det bygger på de gennemgående læringsmål fra gruppebaserede forløb, ligesom at den sundhedsprofessionelle kan inddrage samme sundhedspædagogiske værktøjer, der også er anvendt i det gruppebaserede forløb. Det individuelle forløb har dog ikke standardiseret form og indhold, men baseres på de erfaringer kommunerne har med at tilrettelægge og gennemføre individuelle forløb. Den sundhedsprofessionelle sammensætter sam-

men med borgeren et forløb, der passer til borgerens behov og ønsker, og det er op til den sundhedsprofessionelle at vurdere, hvilke elementer fra det gruppebaserede forløb, der er relevant at inddrage.

Ændringer grundet covid-19

- Flere af kommunerne har valgt at afholde de individuelle forløb som samtaler over telefon frem for fysisk fremmøde.

Det digitale forløb

Formålet med det digitale tilbud er at give borgerne mulighed for at øge deres viden om livet med type 2-diabetes på en fleksibel og individuel måde via e-læring og webinarer. Det digitale forløb udbydes af Det Digitale Sundhedscenter. Tilbuddet består af to elementer: 1) et e-læringskoncept med tre moduler, og 2) tre webinarer, som borgeren kan logge på efter aftale med kommunale sundhedsprofessionelle, som faciliterer gruppesessioner³.

3.4 Kompetenceudvikling af sundhedsprofessionelle

Forud for opstart af *Lev livet* blev relevante sundhedsprofessionelle inviteret til at deltage i et kompetenceudviklingsforløb over tre dage. Dagene inkluderede fælles undervisning og fagopdelt opkvalificering af de sundhedsprofessionelle, som hovedsageligt bestod af fysioterapeuter, diætister og sygeplejersker.

Fællesundervisningen bestod blandt andet af undervisning i konceptets materialer og indhold fra det gruppebaserede forløb. Over de tre dage blev materialet for hvert af det gruppebaserede forløbs 9 moduler gennemgået. Den fagopdelte opkvalificering havde til formål at klæde de sundhedsprofessionelle på til at udvikle egne faglige og sundhedspædagogiske handlekompetencer til brug i konceptet. Undervisningen blev koblet til konceptets indhold, men tog udgangspunkt i de sundhedsprofessionelles egne ønsker for undervisningen.

I projektperioden stod SDCO for at afholde supervision hos kommunerne med henblik på at give feedback på undervisning i konceptet. SDCO afholdt efter første gennemførte forløb en virtuel *erfaringsudvekslingsdag*, hvor sundhedsprofessionelle fra de fem kommuner var inviteret. Supervisionen blev på grund af covid-19 ændret til virtuel supervision baseret på cases fra undervisningen, som underviserne selv medbragte til supervisionen.

³ Styregruppen i Det Digitale Sundhedscenter har besluttet i fremtiden at omlægge e-læringen og webinarerne til et app-baseret tilbud.

4 Metode

I dette kapitel beskrives evalueringens metode, herunder de datakilder og analysestrategier, der ligger til grund for evalueringen. Kapitlet beskriver evalueringens kvalitative og kvantitative datakilder i form af registreringer på OneDrive, spørgeskemabesvarelser og interviews.

4.1 Datakilder

I evalueringen anvendes kommunernes registreringer på OneDrive (der er en sikker online løsning til opbevaring af filer (se afsnit 4.2)), spørgeskemabesvarelser og interviews til at afdække de seks evalueringstemaer, der ønskes viden om:

- Organiseringen og potentialer for forankring af *Lev livet*
- Ressourceforbrug
- Kendskab og henvisning til *Lev livet*
- Deltagelse, fravær og frafald på det gruppebaserede forløb
- Borgeroplevet kvalitet i form af forventning, tilfredshed og udbytte af deltagelse i det gruppebaserede forløb
- Erfaringer med det 9'ende modul

I Tabel 4.1.1. præsenteres de datakilder, der anvendes til at undersøge de seks evalueringstemaer.

Tabel 4.1.1: Fordelingen af datakilder på evalueringstemaer

Evalueringstemaer	Datakilder				
	Kommunal registrering	Spørgeskemabesvarelser	Interview med sundhedsprofessionelle	Interview med borgere	Interview med styregruppe
Organisering og potentialer for forankring af <i>Lev livet</i>					
Vurdering af konceptet			X		X
Vurdering af implementeringen af konceptet			X		X
Organisering, der hæmmer og fremmer implementeringen			X		X
Ressourceforbrug					
Timeforbrug ved afvikling af det gruppebaserede forløb	X		X		X
Kendskab og henvisning til <i>Lev livet</i>					
Hvordan borgerne opnår kendskab til <i>Lev livet</i>		X	X	X	
Antal borgere, der henvises	X				
Fordeling af borgere på forløbstyperne	X		X		
Den afklarende samtale			X	X	
Karakteristika af borgere		X	X		
Deltagelse, fravær og frafald på det gruppebaserede forløb					

Deltagelse, fravær og frafald		X	X	X	
Forventning, tilfredshed og udbytte med Lev livet					
Borgernes motivation for deltagelse		X		X	
Borgernes tilfredshed og udbytte af forløbet		X		X	
Selvrapporteret udbytte		X			
De sundhedsprofessionelle tilfredshed			X		
Erfaringer med det 9'ende modul					
Borgerne og de sundhedsprofessionelles tilfredshed med 9'ende modul			X	X	

Data er indsamlet over to perioder i henholdsvis 2020 og 2021. Indsamlingen af data i de to perioder er dog ikke identisk, da det grundet omstændighederne med covid-19 var nødvendigt at justere på dataindsamlingen løbende. I Tabel 4.1.2 ses hvilke data, der er indsamlet i de to perioder.

Tabel 4.1.2: Datakilder

Datakilder		
	2020	2021
Registrering på OneDrive (på gruppe- og individuelle forløb)	X	X
Spørgeskema (på alle forløbstyper)	X	X
Interview med sundhedsprofessionelle (om det gruppebaserede forløb)	X	X
Interview med borgere (om det gruppebaserede forløb)	X	X
Opfølgningsinterview med sundhedsprofessionelle (om det gruppebaserede forløb)		X
Opfølgningsinterview med borgere (om det gruppebaserede forløb)		X
Interview med styregruppe (om alle forløbstyper)		X

Foruden variationen i, hvornår de forskellige data er indsamlet, er det også varierende hvilke forløb, der er indsamlet data på. Både det gruppebaserede-, det individuelle- og digitale forløb er gennem begge perioder blevet registeret på OneDrive. I forhold til besvarelsen af spørgeskemaer blev borgere, der har gået på enten det gruppebaserede-, individuelle- eller digitale forløb i 2020, tilbudt at besvare et spørgeskema. I 2021-perioden er det kun borgere, der har deltaget på det gruppebaserede forløb, der er blevet tilbudt at besvare spørgeskemaet.

Da det primære fokus for evalueringen er at opnå viden om det gruppebaserede forløb, er der således også kun foretaget interviews med borgere, der har deltaget i gruppeforløbene, ligesom at de sundhedsprofessionelle, der er blevet interviewet, alle har undervist på det gruppebaserede forløb. Fokus for styregruppeinterviewet har været det organisatoriske perspektiv, hvorfor dette nærmere omhandler hele konceptet.

4.2 Registrering i OneDrive, et GDPR-sikret drev

Som illustreret i 4.1.1 er formålet med registreringer i OneDrive at opnå viden om ressourceforbruget forbundet med afholdelse af forløbene samt dimensioneringen på holdene i forhold til, hvor mange borgere der deltager på de forskellige forløb.

Deltagerkommunerne har haft en central rolle i at indsamle denne data. For at skabe et data-flow mellem kommunerne og projektgruppen på SIF blev der for hver kommune oprettet en mappe på OneDrive, hvor data kunne deles. I hver kommunemappe kunne udvalgte medarbejdere få adgang til fire Excel-registreringsark:

- 1) Den afklarende samtale
- 2) Det gruppebaserede forløb
- 3) Det individuelle forløb
- 4) Det digitale forløb

Den sundhedsprofessionelle, som afholdt den afklarende samtale, havde til opgave at registrere borgerne i registreringsarket "Den afklarende samtale" i henhold til, hvilket af de tre forløb borgeren skulle følge, og om det var planlagt, at borgeren skulle følge flere forløb.

Ved borgerens opstart på det gruppebaserede forløb eller det individuelle forløb havde underviserne på forløbet til opgave at registrere borgerens fremmøde, fravær og frafald ved hver modul/samtale. Derudover skulle de indtaste et samlet estimat på, hvor meget tid de brugte på undervisning inklusive forberedelse eller individuelle samtaler med mere. Hvis der blev indkøbt materialer til forløbene, skulle dette også registreres. Tidsregistreringerne bidrager med viden om omkostninger i forbindelse med projektet og vil ikke blive benyttet på individniveau.

4.3 Spørgeskema

I evalueringen er der anvendt et før-spørgeskema og et efter-spørgeskema. Både før- og efter-spørgeskemaet er udviklet af projektgruppen på SIF i dialog med SDCO og repræsentanterne fra de fem deltagerkommuner.

Før-spørgeskemaet består af 36 spørgsmål og efter-spørgeskemaet 44 spørgsmål. Spørgsmålene i før- og efter-spørgeskemaet er i høj grad overlappende, men efter-spørgeskemaet indeholder yderligere spørgsmål vedrørende borgernes oplevelse, tilfredshed og udbytte af at have deltaget på forløbet. Temaerne for spørgeskemaerne fremgår i Tabel 4.3.1.

Alle spørgsmål, der *ikke* omhandler konceptet, borgernes baggrundsoplysninger eller helbred, er validerede spørgsmål. Det samme gør sig gældende ved efter-spørgeskemaet.

Tabel 4.3.1: Tematikker i spørgeskemaerne

Før-spørgeskemaet	Efter-Spørgeskemaet
<ul style="list-style-type: none"> • Baggrundsoplysninger • Diabetesforløb (nuværende og tidligere tilbud) • Selvvurderet helbred og trivsel • Sociale relationer • KRAM-faktorerne (kost, rygning, alkohol og motion) • Mental sundhed 	<ul style="list-style-type: none"> • Baggrundsoplysninger • Selvvurderet helbred og trivsel • Sociale relationer • KRAM-faktorerne (kost, rygning, alkohol og motion) • Mental sundhed • Deltagelse på og tilfredshed med forløbet

Indsamling af spørgeskemaerne

De borgere, der blev visiteret til diabetesrehabiliteringsforløbet, fik også tilbudt at besvare et før-spørgeskema. Det var således de fire deltagerkommuners ansvar at uddele spørgeskemaet til borgerne. Det var kun borgere med type 2-diabetes, der fik tilbuddet om at indgå i evalueringen. Det var også muligt for borgerne at deltage på et forløb i *Lev livet* uden at indgå i evalueringen. Såfremt borgeren ønskede at deltage i evalueringen, fik de udleveret et før-spørgeskema i papirform eller en

unik kode, så de kunne tilgå spørgeskemaet digitalt derhjemme. Det digitale spørgeskema blev opsat i programmet SurveyXact. Sammen med før-spørgeskemaet fik borgerne udleveret:

- Et informationsbrev, der beskrev evalueringens formål, gav en introduktion til før- og efter-spørgeskemaet og indeholdt kontaktoplysninger på en kommunal repræsentant, såfremt borgeren havde yderligere spørgsmål til evalueringen.
- En samtykkeerklæring, der beskrev formålet med behandlingen af personfølsomme oplysninger i evalueringen og forskningshjemmel §10, som benyttes i evalueringen.
- En frankeret returkonvolut, som borgere, der fik udleveret spørgeskemaet i papirformat, kunne anvende til at sende spørgeskemaet retur til SIF.

Hos nogle af kommunerne var det muligt for borgerne at besvare før-spørgeskemaet på første modul på det gruppebaserede forløb eller ved den første individuelle samtale.

Alle borgere, der havde besvaret før-spørgeskemaet, fik udleveret efter-spørgeskemaet på 8. modul på det gruppebaserede forløb eller ved et fuldført individuelt eller digitalt forløb. Borgerne kunne vælge at bevare efter-spørgeskemaet i papirform eller digitalt – uafhængigt af hvordan de havde besvaret før-spørgeskemaet. Ved udlevering af efter-spørgeskemaet fik borgerne ligeledes tildelt et informationsbrev samt eventuelt en frankeret returkonvolut til returnering af det udfyldte spørgeskema i papirform.

Analyse af spørgeskemaer

I alt er der indsamlet 130 besvarede før-spørgeskemaer og 67 besvarede efter-spørgeskemaer. I Tabel 4.3.1 fremgår fordelingen af de besvarede spørgeskemaer i henholdsvis papirform eller digitalt. I tilfælde af, at en deltager har indsendt mere end ét spørgeskema, anvendes det seneste indsendte spørgeskema i denne undersøgelse.

Tabel 4.3.1 Antallet af borgere, der har besvaret før- og efterspørgeskemaet i henholdsvis papirform eller digitalt.

	Før-spørgeskema	Efter-spørgeskema
Papirform	99	63
Digitalt	31	4
I alt	130	67

Kilde: Før- og efterspørgeskema

På baggrund af spørgeskemadata foretages ikke statistiske analyser af forskelle. Når der tales om, at der observeres en forskel, er det udelukkende begrundet i et skøn af de numeriske forskelle. Grundet et lavt antal besvarelser vil der flere steder i de præsenterede tabeller fremgå værdien nul, da data præsenteres i en anonymiseret form.

4.4 Interviews

I den kvalitative dataindsamling blev der indsamlet interviews med henholdsvis borgere, der havde deltaget på det gruppebaserede forløb, sundhedsprofessionelle, der havde en tovholderfunktion, havde afholdt afklarende samtaler og/eller undervist på de gruppebaserede forløb samt styregruppen i *Lev livet*. Til alle interviewene er der anvendt en semistruktureret interviewguide. Alle interview blev optaget og efterfølgende transskriberet af studentermedhjælpere. Interviewene er analyseret i det kvalitative softwareprogram NVivo med udgangspunkt i en tematisk tekstanalyse.

Interview med styregruppen

Interviewet med styregruppen blev afholdt som et gruppeinterview med fysisk tilstedeværelse. Til interviewet deltog fire ud af de fem af de kommunale medlemmer af styregruppen, der består af én leder på sundhedsområdet fra hver af de fem deltagerkommuner, samt én forsker fra SIF, der gennemførte interviewet.

Interviews med sundhedsprofessionelle

Der blev foretaget interviews med syv sundhedsprofessionelle tilknyttet de fire deltagerkommuner. Fem interviews blev afholdt i efteråret 2020, med henholdsvis én sundhedsprofessionel fra Billund, Varde og Esbjerg og to fra Vejen. I sommeren 2021 blev der afholdt fire interviews med én sundhedsprofessionel fra hver af de fire deltagerkommuner. De sundhedsprofessionelles faglige baggrunde dækker over sygeplejerske eller diætist. Alle interviewene blev foretaget som individuelle interviews over telefon i forlængelse af, at den enkelte kommune havde afsluttet 8. modul på det gruppebaserede forløb.

Foruden interviewene efter 8. modul er der foretaget ét opfølgningsinterview med fire sundhedsprofessionelle i de fire deltagerkommuner interviewet i 2021. Opfølgningsinterviewet blev afholdt efter afholdelse af det 9'ende opfølgningsmodul og omhandlede udelukkende de sundhedsprofessionelles oplevelser af opfølgningsmodulet.

Interviews med borgere

Der er interviewet 14 borgere, der har deltaget på den fulde version eller fast track versionen af det gruppebaserede forløb i 2020 eller 2021. Borgerne blev interviewet kort tid efter deltagelse på 8. modul. Alle interviewene er foretaget som individuelle interviews over telefon.

Borgerne blev rekrutteret til interview via deres besvarede spørgeskema, hvor borgerne kunne markere, hvis vedkommende ønskede at deltage i et interview. Seks af de interviewede borgere er fra Esbjerg, fire er fra Varde, to er fra Billund, og to er fra Vejen. Det var hensigten at rekruttere fire borgere fra hver kommune. Dette var dog ikke muligt at indfri, da der ikke var nok borgere fra Billund og Vejen, der havde deltaget i det gruppebaserede forløb, og som ønskede at deltage i et interview. Vi har således været nødsaget til at rekruttere flere borgere fra andre kommuner. Det har været et opmærksomhedspunkt, at den samlede informantgruppe varierede i forhold til køn, alder og i hvor lang tid, borgeren havde været diagnosticeret med diabetes.

Af de 14 informanter er 6 kvinder og 8 mænd i alderen mellem 49 og 81 år. Hvor lang tid, borgerne har været diagnosticeret med diabetes, varierer i høj grad, da nogle for nyligt var blevet diagnosticeret, og andre havde levet med sygdommen i op til 15 år.

For at opnå viden om borgernes oplevelse af det 9'ende modul blev der også lavet et opfølgningsinterview med fire af de 14 borgere, der tidligere var blevet interviewet.

5 Implementeringen af *Lev livet* som et tværgående kommunalt koncept

På baggrund af interviewene med de sundhedsprofessionelle og styregruppen belyser dette kapitel, hvordan styregruppemedlemmerne og de sundhedsprofessionelle oplever implementeringen af *Lev livet* som et tværgående kommunalt koncept.



Resultaterne i dette kapitel – helt kort

Det kan være udfordrende at implementere et ensartet koncept på tværs af kommunegrænser, men *Lev livet* bidrager stadig med en større ensartethed i diabetestilbuddene, end der tidligere har været. Derudover understøtter *Lev livet* også en etablering af et fagligt netværk på tværs af kommunegrænser både på et medarbejder- og lederniveau. For at *Lev livet* kan forankres i kommunerne, er det dog væsentligt med medarbejderengagement og med ledelsesopbakning, hvilket fremgår som at have været til stede i deltagerkommunerne.

5.1 Implementering på tværs af kommunegrænser

Da implementeringen af *Lev livet* i høj grad har været præget af de ændringer og lokale restriktioner, kommunerne har været underlagt under covid-19, vil afsnittet med udgangspunkt i interviewene præsentere nogle overordnede og tværgående refleksioner om fremmende og hæmmende faktorer for implementeringen af det tværgående koncept. Afsnittet belyser derfor ikke, hvordan og i hvilken grad de enkelte kommuner har implementeret konceptet. Kapitel 9, *Forventning, tilfredshed og udbytte af Lev livet*, belyser nærmere de sundhedsprofessionelles holdninger og tilfredshed med *Lev livet*.

På baggrund af interviewene fremgår det, at der generelt er en positiv indstilling til *Lev livet* og de rammer, konceptet opsætter. I gruppeinterviewet med styregruppemedlemmerne berøres dog også de udfordringer, der kan være til stede ved implementeringen af sådan et koncept. Særligt ideen om at implementere en ensartet diabetesrehabiliteringsforløb på tværs af kommunegrænser synes at være udfordrende. Ud over de lokale covid-19 restriktioner, kommunerne hver især har været underlagt, der i høj grad har haft betydning for, hvordan konceptet er blevet implementeret, er der også andre omstændigheder, der spiller ind. Styregruppemedlemmerne nævner for eksempel, at traditioner og kommunens størrelse har betydning for, hvordan konceptet kan implementeres, foruden politik, ansatte medarbejdere og borgerrekruttering. Følgende samtale opstår, da snakken går på, hvorfor kommunernes implementering afviger fra hinanden:

”Styregruppemedlem 2: Traditioner og [kommunes] størrelse. Alt muligt.

Styregruppemedlem 3: Og forskellige typer hold. Hvad er det for nogle borgere, vi har inde på? Der kan være forskellige mestringssevner og hvad kompetencer, de sidder med de her borgere.

Styregruppemedlem 1: Ja, og hvad har vi af medarbejdere. Det nævnte du jo også før, det kan der også være lidt forskel på.

Styregruppemedlem 3: Og hvad er det for nogle kompetencer de har, ikke også? Den der del af det.

Styregruppemedlem 2: Og så er der også noget politik, hvor mange ressourcer er der prioriteret til kronikerområdet i hver enkelt kommune? Det er jo også fuldstændig forskelligt, hvordan det er blevet prioriteret." (Styregruppemedlemmer)

At det er udfordrende at implementere konceptet på tværs af kommunegrænser, synes dog ikke at være en overraskelse for styregruppemedlemmerne. Jo flere involverede, der er i projektet, jo flere udfordringer kan der opstå, men dette er også dét, der kan gøre projektet særligt værdifuldt:

"Styregruppemedlem 2: Fordi det er gået på tværs af kommuner, så har det også været *endnu* flere kanter, der skulle slibes til, fordi det har været en diætist fra [den ene kommune] og en fysioterapeut fra [den anden kommune], altså de skulle ligesom blive enige på meget større område, end de er vant til. De er vant til at sidde med en sygeplejerske, en fysioterapeut og en diætist og blive enige, nu skal de ligesom have alle trukket med ind. Hvor *alle* kunne se meningen. Så det er et meget større apparat, kan man sige, selvom målene er fuldstændig det samme. Og sådan vil det jo være.

Styregruppemedlem 3: Ja, men der er også den fordel ved det, at så er der jo også flere vinkler ind i det.

Styregruppemedlem 2: Ja ja ja. Og alle skal høres, og så tager det længere tid, så det er jo bare, som det er.

Styregruppemedlem 1: Så det man kan sige, du [intervieweren] spørger, om der er udfordringer, ja det er der, men de er forventelige, og de skal være der, og det er en del af det. Fordi hvis ikke der var noget, så ville vi også blive bekymrede.

Styregruppemedlem 2: Og det vidste vi jo godt, da vi sagde ja, tænker jeg, hver især. At det ville være lidt tungere, end det plejer at være. Men så med en lidt større gevinst måske. (Styregruppemedlemmer)

For styregruppemedlemmerne er den fælles overordnet ramme for konceptet dog stadig beskrevet som meningsfuld på trods af, at indholdet til en vis grad bliver tilpasset de enkelte kommuner:

"Styregruppemedlem 1: Der er jo stadigvæk en eller anden ramme, som er nogenlunde ens, og så kan der godt være nogle variationer inden for det, men når vi siger *Lev livet*, så ved vi alligevel godt, hvad vi snakker om.

Styregruppemedlem 3: Hvad er det for nogle mål, man skal nå, men hvad vælger du som øvelse det enkelte sted for at nå det mål, så det kan godt være, at et hold har brug for to af de her øvelser, og det andet hold har kun brug for én altså.

Styregruppemedlem 4: Ja blive ved med at tillempe konceptet nu her.

Styregruppemedlem 3: Men det er tankegangen fremadrettet, og det synes jeg er spændende." (Styregruppemedlemmer)

På trods af at der er en variation i forankringen af *Lev livet* i kommunerne, påpeges det også, at *Lev livet* trods alt skaber en mere ensartethed på tværs af kommunegrænser end kommunernes tidligere diabetestilbud. Et af styregruppemedlemmerne fortæller:

"Altså hvis man vil opnå ensartethed i større udstrækning end før, så bidrager dette her jo med noget. Men som vi har snakket om tidligere i dag på styregruppemødet, så vil det jo være sådan, at når vi bliver sluppet løs, så vil vi gå lidt ad en anden retning på nogle måder end før, sådan er det jo bare. Men det har jo givet rigtig, rigtig meget læring til medarbejderne, og til os som ledere tænker jeg også, det har givet noget." (Styregruppemedlem 2)

Blandt styregruppemedlemmerne synes det overordnede projekt således stadig at være værdifuldt og meningsfuldt til trods for, at forankringen af konceptet måske også kommer til at ændre sig efter projektets udgang.

Etablering af nye samarbejder

På baggrund af interviewene med styregruppen og de sundhedsprofessionelle fremgår det, at projektet netop har været med til at etablere nogle gode samarbejder på tværs af kommuner og med SDCO. I følgende citater fortæller tre sundhedsprofessionelle, hvilket betydning det har haft for dem:

"Det giver en masse faglig sparring på tværs af kommunerne og med Steno. Det er også guld værd." (Sundhedsprofessionel 6)

"Det har også været helt vild fedt at have samarbejde og tætte relationer med Odense også, alle de folk der er derovre. Det er virkelig blevet nært på én eller anden måde, også kommunerne imellem, vi har det godt, og vi kan måske hurtigt få noget i gang og få sparret om, hvad kan vi gøre. Så på den måde har det virkelig også styrket netværket. Fagligt også." (Sundhedsprofessionel 9)

"Nu kendte jeg også lidt diabetessygeplejersken fra [en anden kommune]. [...] Da jeg lavede mit diasshow, så sendte jeg det til hende og sagde, 'kan du ikke lige læse det igennem og se, om jeg er helt ved siden af?' Så jo, jeg synes, vi har brugt hinanden. Det har vi ja." (Sundhedsprofessionel 8)

Blandt styregruppemedlemmerne fremgår det også, at de har en oplevelse af, at projektet har været med til at skabe samarbejder på tværs af de sundhedsprofessionelle:

"[Medarbejderne] har jo lært hinanden at kende, og så er afstanden bare blevet kortere. Så kigger man ikke så meget på, om man går på tværs af en kommunegrænse, men mere at man ved, der er én, der har en kompetence. [...] de har haft gavn af at have lært hinanden at kende." (Styregruppemedlem 2)

Dette gør sig ikke kun gældende for deres medarbejdere, men også blandt dem selv. Et medlem i styregruppen fortæller for eksempel, hvordan vedkommende er begyndt at erfaringsudveksle med et af de andre medlemmer i styregruppen på baggrund af at have lært hinanden at kende i projektet:

"Men én ting er medarbejderne, noget andet er os ledere. Vi har jo også lært hinanden bedre at kende ved at være med i dette her, så det giver jo også noget, hvor vi ringer til hinanden og hører, 'jeg har denne her oplevelse...' i en helt anden sammenhæng, hvor vi så bruger hinanden." (Styregruppemedlem 2)

At projektet er med til at etablere et stærkere fagligt netværk og samarbejder på tværs af kommunegrænser kan derfor også ses som at have en positiv værdi for de involverede parter i projektet.

Kompetencedagene

Som et led i projektet har de sundhedsprofessionelle fået mulighed for at deltage på tre kompetencedage, hvor de blev introduceret til konceptet og nogle af øvelserne. Det er ikke alle de interviewede sundhedsprofessionelle, der har deltaget på kompetencedagene, men nogen af dem, der har, fortæller, at de synes, det var nogle brugbare dage:

"Det er jo ikke alt, der bliver gennemgået, men nogle af øvelser fik jeg sådan lidt en forståelse for, og vi afprøvede dem også. Ja, hvor jeg så allerede der tænkte, 'jamen de er egentlig ret gode'." (Sundhedsprofessionel 1)

Styregruppemedlemmerne fortæller også, at de havde en oplevelse af, at dagene var anvendelige for deres medarbejdere:

"Det var i hvert fald de tilbagemeldinger, jeg fik, at det var nogle gode dage. Men også, at de fik øjnene op for hinanden på de dage og måske også fik blik for, at selvom man synes, man har ret godt styr på sit, at så have blik for, at der er faktisk også andre, der kan byde ind med noget rigtig godt. Jo det synes jeg. Ja. Det er i hvert fald de tilbagemeldinger, jeg synes, jeg fik efterfølgende." (Styregruppemedlem 1)

Nogle af de sundhedsprofessionelle efterspørger dog, at der var afsat mere tid af til, at man kunne få kendskab til øvelserne og dermed i højere grad være forberedt på den undervisning, de skulle varetage:

"Jeg tror godt, jeg kunne have tænkt mig, at der havde været mere tid til at prøve øvelserne af. Og sidde og arbejde med dem og gøre os nogle erfaringer sammen. Men jeg tror måske også, det er et vilkår, fordi der er så mange øvelser i projektet, som man ikke bare kan nå på tre dage." (Sundhedsprofessionel 6)

Ledelsesopbakning og medarbejderengagement

Et væsentligt element i, at *Lev livet* kan få rod fæste i kommunerne, er, at der er ledelsesopbakning til konceptet, og at de involverede medarbejdere engagerer sig og kan se mening i projektet. De interviewede sundhedsprofessionelle fortæller, at de har en oplevelse af, at der er opbakning til projektet blandt ledere og kollegaer:

"Jeg synes egentligt, at der har været meget rum og plads og tid og fokus på det. [...] Det er så meget et fast punkt, at på vores teammøde, altså på dagsordenen, ligger *Lev livet* som et fast punkt på dagsordenen. Så det er blevet en meget naturlig arbejdsgang egentligt. En meget naturlig del." (Sundhedsprofessionel 3)

"Vi finder selv ud af tingene, men vi er helt sikre på, at vi har [lederens] opbakning, og når vi sådan mødes med hende, så kan hun godt spørge interesseret til det, om 'hvordan har det så været?', og hun synes da også, at det er spændende, at det er et nyt koncept. Så helt sikkert." (Sundhedsprofessionel 1)

Styregruppemedlemmerne fortæller også, hvordan at de som ledere har som opgave at understøtte medarbejderne, skabe de bedste rammer og vise interesse for de arbejdsopgaver, de har i projektet:

"Så dette her med at facilitere og understøtte medarbejderne og være lidt nysgerrige på sidelinjen og prøve at skabe rammerne for dem til, at det kan fungere." (Styregruppemedlem 1)

"Jeg tænker, det er sådan hos os allesammen, meget engagerede medarbejdere, det er det i hvert fald inde hos mig, så [medarbejderen] er også meget opsøgende, så lige så snart, der er et eller andet, så er [medarbejderen] også på at fortælle om både i forhold til lokalbefolkningen og så også, hvordan vores venteliste ser ud og i forhold til corona og sådan noget. Men også sådan mere bredt i forhold til samarbejde med de andre og så videre." (Styregruppemedlem 4)

For styregruppemedlemmerne indebærer dette også at tage hånd om de frustrationer, medarbejderne har oplevet i forbindelse med projektet. Af styregruppemedlemmerne fremgår det, at projektets evalueringsdel i høj grad har skabt frustration hos flere medarbejdere, og at der har været en større ledelsesmæssig opgave i at holde gejsten oppe hos medarbejderne:

"Nu spurgte du [intervieweren] lige, hvordan vi understøtter vores medarbejdere altså, og det kan jo være lidt ærgerligt, det der med at selve konceptet og det faglige og selve projektet, det kører egentlig, men at evalueringsdelen, registreringsdelen fylder så meget, ja negativt det vil jeg faktisk godt sige, at det er, nok det, der har givet mest frustration faktisk. Så det har været en ledelsesmæssig opgave at prøve at få det på plads, hvis man kan sige det sådan." (Styregruppemedlem 1)

"[Evalueringsdelen], den har simpelthen frustreret dem. Det har den virkelig, og det har været rigtig svært, også da corona så ramte os, helt at holde fokus på, 'hvorfor var det nu lige, at det var en god idé?' Ja. Så der har været noget arbejde. Og der er det jo en stor fordel, at man selv som leder har siddet i styregruppen, så man vidste, hvad det var, der rørte sig, og hvad vi kunne se for enden af tunnellen, ikke også?" (Styregruppemedlem 2)

På baggrund af interviewene fremgår det således, at det er vigtigt med en støttende ledelse, der også kan tage hånd om nogle af de frustrationer, sådan et projekt kan medføre.

6 Ressourceforbrug

Med udgangspunkt i kommunernes registrering af timer præsenterer dette kapitel ressourceforbruget ved afholdelse af det gruppebaserede forløb i *Lev livet*.



Resultaterne i dette kapitel – helt kort

Kommunerne anvender en varierende grad af timer til at afvikle det gruppebaserede forløb. Grundet de lokale covid-19 restriktioner, kommunerne har været underlagt, har kommunerne haft forskellige muligheder for at afholde kurserne. Det afspejler sig også i høj grad i kommunernes registreringer af forbrug af ressource ved afholdelse af det gruppebaserede forløb. Dog er der også andre omstændigheder der spiller ind på det anvendte timeforbrug ved afvikling af det gruppebaserede forløb, herunder antallet af undervisere på modulerne, og antallet af hold der afholdes. Det registrerede timeforbrug viser, at afholdelse af det første hold generelt kræver mere forberedelsestid, og at der derfor sker en tidsoptimering ved en mere regelmæssig afvikling af forløbene.

6.1 Timeforbrug ved afvikling af det gruppebaserede forløb

Tabel 6.1.1 viser antallet af timer, hver kommune har afrapporteret ved afvikling af det gruppebaserede forløb opgjort på tre forskellige hold. Antallet af timer dækker både over medarbejdernes arbejdstid i forbindelse med forberedelse til undervisningen og ved afholdelse af undervisningen. Af tabellen fremgår det, at kommunerne anvender et forskelligt antal af timer i forbindelse med afvikling af det gruppebaserede forløb. Dette skyldes til dels de omstændighederne kommunerne har været underlagt ved afvikling af forløbene under covid-19 og til dels at kommunerne afvikler forløbene på forskellige måder. I Esbjerg og Varde ses der et øget timeforbrug ved afvikling af hold 1. Dette skyldes, at begge kommuner har afholdt de første 4 moduler to gange grundet nedlukningen af samfundet. Hos Vejen ses der er en forholdsvis lav registrering af timeforbrug ved afvikling af hold 1, hvilket skyldes at Vejen kun fik afholdt de første 3 moduler af forløbet grundet nedlukningen.

Foruden omstændighederne under covid-19 afvikler kommunerne forløbene på forskellige måder, hvilket kan have betydning for det anvendte timeforbrug. Varde og Billund har begge afholdt hold 2 og hold 3 samme dag (for eksempel ét formiddagshold og ét eftermiddagshold), hvilket har været med til at reducere i omfanget af forberedelsestimer. Således ses det i Tabel 6.1.1, at både Varde og Billund har registeret færre timer til afvikling af hold 2 og 3 sammenlignet med afvikling af hold 1. Hos Vejen ses der et øget timeforbrug ved afvikling af hold 3 sammenlignet med hold 2, hvilket skyldes antallet af undervisere på holdene. Da hold 2 hos Vejen kommune var særligt lille valgte Vejen kun at have én underviser på, hvor der på hold 3 har været 2-3 undervisere tilknyttet.

Ud over de beskrevet omstændigheder, der kan have betydning for det anvendte timeforbrug, fremgår det også, at afholdelse af det første hold generelt kræver mere forberedelsestid. Dette afspejler sig også i Tabel 6.1.1, hvor kommunerne generelt registrerer det højeste antal af anvendte timer på hold 1.

Da omstændighederne under covid-19 i høj grad afspejler sig i kommunernes timeregistreringer er kommunerne efterfølgende blevet spurgt ind til, hvad deres umiddelbare vurdering ville være af, hvor mange timer det vil være nødvendigt at afsætte til forberedelse og gennemførelse af det gruppe-

pebaserede forløb. Den generelle tilbagemelding hertil har været, at det forventes at der vil anvendes cirka den samme tid som der blev registreret ved afholdelse af hold 3. Dog påpeges det også her, at det er forventeligt, at afholdelse af første hold er mere ressourcetrækkende, men at der også kan opnås en tidsoptimering med en mere regelmæssig afvikling af forløbene, da dette i endnu højere grad vil mindske forberedelsestiden.

Tabel 6.1.1 Antal timer der er anvendt ved afvikling af gruppebaserede forløb, opdelt i kommuner og hold.

	Hold 1	Hold 2	Hold 3
	Antal timer ¹	Antal timer ¹	Antal timer ¹
Kommune			
Billund	134	82	77
Esbjerg	113 ³	69	83
Varde	107 ³	30 ²	29 ²
Vejen	46 ⁴	42 ²	67 ²

¹ Samlet antal timer, de pågældende kommuner har indberettet i forbindelse med afholdelse af det gruppebaserede forløb.

² Indikerer hvilke hold, der har anvendt fast track.

³ På det første hold afholdt Esbjerg og Varde de 4 første moduler to gange grundet nedlukning.

⁴ På det første hold afholdt Vejen kun de 3 første moduler grundet nedlukning.

Kilde: Kommunernes afrapportering i registreringsark. Baseret på tre afholdte hold i kommunerne.

I interviewet med styregruppemedlemmerne påpeges der også, hvordan *Lev livet* indebærer mere arbejde i starten i form af forberedelse til undervisningen, men at disse arbejdsopgaver på sigt bør reduceres, når man er mere inde i undervisningsmaterialet:

Styregruppemedlem 3: Man skal i hvert fald være klar over, når man starter op for første gang, at der er noget, der er et forberedelsesstykke arbejde, det er ikke bare et koncept, du kan tage, og så kan du tænde ved computeren og så sætte PowerPoint på, du er nødt til at forberede dig og have lavet de her PowerPoint og have forberedt dig i, hvad indholdet er i de her øvelser, hvordan er det så, vi tjekker op. Have sat dig ind i materialet.

Styregruppemedlem 1: Og så sparer vi jo lidt af forberedelsen på sigt, ikke også? Men det er rigtigt, det er en kæmpe ting, der ligger lige der i starten.

Styregruppemedlem 3: Men det har jo været alle kronikertilbud, vi har startet op, og forløbsprogrammer, så det er et kæmpe stykke arbejde i starten. (Styregruppemedlemmer)

Ligeledes fortæller en sundhedsprofessionel, hvordan vedkommende har skulle forberede sig til undervisningen, hvilket har været mere tidskrævende i starten:

"Vi har sat os sammen og lige sådan kigget på hver modul, inden vi skulle have det. Og jeg har så lige skulle forstå nogle af de her øvelser, hvordan jeg skulle gribe dem an og lige læse lidt på det. Når vi skulle have det første modul for første gang, så har der været lidt mere forberedelsestid jo. Men jeg tænker allerede her på det næste hold, så tror jeg ikke, vi behøver at bruge særlig meget forberedelsestid. Fordi nu har vi prøvet de forskellige ting." (Sundhedsprofessionel 1)

Tabel 6.1.2 viser det samlede antal timer, hver kommune har brugt på afvikling af det pågældende hold pr. antal registreret "deltager" på holdet. Tabellen er opgjort på hold og kommuneniveau. Antallet af timer, der anvendes til udregninger af tallene i Tabel 6.1.2 beror udelukkende på moduler, hvor der også er foretaget deltagerregistrering. Dette forbehold skal forsøge at give et mere retvisende billede. Det bør dog nævnes, at grundet covid-19 har Vejen afholdt modul 9 på hold 2 som individuelle telefoniske opfølgninger og der er derfor ikke registreret anvendt tid på afvikling af modul 9 på hold 2. Tabel 6.1.2 tager højde for den manglende deltagerregistrering. På baggrund af Tabel 6.1.2 synes det ikke at være muligt at identificere et mønster.

Tabel 6.1.2 Antal timer anvendt til at afvikle det gruppebaserede forløb, opgjort pr. antallet af gange, borgeren deltog i det pågældende gruppeforløb, opdelt i kommuner og hold.

	Hold 1 Antal timer ¹	Hold 2 Antal timer ¹	Hold 3 Antal timer ¹
Billund	2	1,7	2
Esbjerg	1,6 ³	1,7	1,9
Varde	1,9 ³	0,8 ²	0,9 ²
Vejen	1,7 ⁴	1,1 ^{2, 5}	2,8 ²

¹ Samlet antal timer, kommunerne har indberettet i forbindelse med afvikling af det pågældende hold pr. antal registreret "delta-ger" på holdet.

² Indikerer hvilke hold, der har anvendt fast track.

³ På det første hold afholdt Esbjerg og Varde de 4 første moduler to gange grundet nedlukning.

⁴ På det første hold afholdt Vejen kun de 3 første moduler grundet nedlukning.

⁵ Indikerer hvilke hold, hvor der er taget højde for, at der ikke er foretaget deltagerregistrering (Vejen, modul 9 hold 2).

Kilde: Kommunernes afrapportering i registreringsark. Baseret på tre afholdte hold i kommunerne.

7 Borgernes vej til *Lev livet*

Dette kapitel belyser, hvordan borgerne har opnået kendskab til *Lev livet*, og hvordan borgerne og den sundhedsprofessionelle oplever den afklarende samtale, herunder belyser afsnittet, hvordan borgerne fordeler sig på henholdsvis det gruppebaserede forløb, det individuelle forløb og digitale forløb. Afslutningsvis præsenteres karakteristika af borgerne, der har deltaget på det gruppebaserede forløb.



Resultaterne i dette kapitel – helt kort

Borgerne opnår primært kendskab til *Lev livet* hos egen læge, men det fremgår også, at en del af borgerne opnår kendskab til *Lev livet* via en kommunal kontakt. På baggrund af interviewene med de sundhedsprofessionelle er det ikke entydigt, hvorvidt det har været udfordrende at få visiteret nok borgere til forløbet, men de beskriver samtidig, at der er uudforsket potentiale i at rekruttere via sygehusene og at få udbredt kendskabet til *Lev livet* i lokalmiljøet.

I forhold til fordeling af borgerne på de tre forløbstyper fremgår det, at 68% af borgerne har angivet at skulle deltage på det gruppebaserede forløb, 22% har angivet at skulle have individuelle samtaler, og 10 % har angivet at skulle deltage på det digitale forløb. Dette understøttes i interviewene med de sundhedsprofessionelle, hvor flere fortæller, at de primært henviser borgerne til det gruppebaserede forløb, men at dette selvfølgelig er baseret på en vurdering af borgerens behov og muligheder som afdækkes til den afklarende samtale.

Blandt borgerne, der får tilbudt én af de tre forløbstyper, ses der en jævn fordeling mellem mænd (48 %) og kvinder (52 %), størstedelen af borgerne er i alderen 45-65 år (55%), og størstedelen (63%) lever sammen med partner med/uden hjemmeboende børn. I forhold til uddannelse og arbejde har størstedelen (39%) en erhvervsfaglig eller gymnasial uddannelse, og næsten halvdelen (49 %) af borgerne indgår i kategorien 'alders- og førtidspensionister, samt tidligere virksomheds-ejere'. Af borgerne, der får tilbudt *Lev livet*, fremgår det også, at der er lidt flere borgere, der har haft diabetes i over 1 år (55%), end borgere diagnosticeret inden for det seneste år (45 %). I interviewene med de sundhedsprofessionelle beskrives det også, at de gruppebaserede forløb er udgjort af en blandet borgergruppe, men at dette kan bidrage med en positiv værdi til gruppeforløbene.

7.1 Kendskab til *Lev livet*

For at borgerne kan komme til den afklarende samtale og herefter deltage i *Lev livet*, kræver det en henvisning fra egen læge eller sygehuset. Tabel 7.1.1 viser, at det hovedsageligt er via egen læge, at borgerne har opnået kendskab til *Lev livet*, men at en del også opnår kendskab til via en kommunal sagsbehandler⁴.

I tabellen fremgår det også, at hovedparten af Billunds og Vardes borgere får kendskab til tilbuddet gennem egen læge, hvor det i Esbjerg er mere varieret, hvor borgerne opnår kendskab til *Lev livet*. Af besvarelserne i spørgeskemaet fremgår det, at 4 deltagere har opnået kendskab til *Lev livet* gennem patientforeninger, disse er dog ikke præsenteret i Tabel 7.1.1 grundet lavt deltagerantal. Få

⁴ Kommunal sagsbehandler skal her forstås i en bred forstand som en fagprofessionel, visitator osv.

eller ingen deltagere har tilkendegivet at være blevet rekrutteret gennem sygehuse, annoncering i aviser og sociale medier.

Tabel 7.1.1 Hvor borgerne opnår kendskab til *Lev livet*. Opdelt på køn, alder, uddannelsesniveau og kommune. Antal al (n) og procent (%).

	Egen læge		Kommunal sagsbehandler		Andet	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Køn						
Mænd	35	(65%)	18	(33%)	8	(15%)
Kvinder	32	(53%)	21	(35%)	15	(25%)
Alder						
30-44 år	6	(100%)	0	(0%)	0	(0%)
45-64 år	29	(51%)	21	(37%)	15	(26%)
65+ år	25	(64%)	13	(33%)	7	(18%)
Uddannelsesniveau						
Grundskole ¹	17	(74%)	4	(17%)	4	(17%)
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	23	(57%)	15	(38%)	8	(20%)
Videregående uddannelse ²	16	(55%)	11	(38%)	6	(21%)
Andet	4	(50%)	4	(50%)	0	(0%)
Kommune						
Billund	15	(83%)	0	(0%)	0	(0%)
Esbjerg	16	(40%)	16	(40%)	13	(33%)
Varde	26	(72%)	8	(22%)	4	(11%)
Vejen	10	(50%)	13	(65%)	4	(20%)
Diagnosetidspunktet						
Under 1 år siden	22	(50%)	16	(36%)	10	(23%)
Over 1 år siden	32	(59%)	20	(37%)	12	(22%)

¹Grundskole 1. til 10. klasse; ² Kort- mellem- og lang videregående uddannelse samt ph.d.

'0 (0%)' Indikerer, at der er for få eller ingen respondenter, der har svaret det pågældende spørgsmål.

Note: Borgerne kan have tilkendegivet flere former for opnået kendskab, og den samme borger kan derfor fremgå flere gange i hver underkategori. 15 personer har tilkendegivet mere end én kendskabsform, dette medfører, at den totale procent i tabellen er over 100%.

Kilde: Før-spørgeskema.

I interviewene med borgerne og de sundhedsprofessioneller bliver det uddybet, at det primært er gennem egen læge, at borgerne opnår kendskab til *Lev livet*:

"Ja det er kun fra henvisninger fra egen læge, så vidt jeg ved. Man skal have en henvisning for at komme ind i vores team som det allerførste. Så det kan godt være, at der nogle, der har været interesserede i et eller andet, og så har de så fået at vide, at de skulle have en henvisning, og så er de gået til egen læge og fået en henvisning. Jeg tror ikke, at det er tilfældet ved nogle af dem, vi har haft. Jeg tror, at de har været til en samtale ved egen læge og sagt, 'okay dit blodsukker det stikker lidt af, eller du vil gerne tabe dig' – eller hvad det nu kunne være – 'vi laver en henvisning ud til sundhedscentret', og så fanger vi dem der." (Sundhedsprofessionel 3)

"Det var første gang, hvor jeg er ved min læge, og vi så finder ud af, at, 'jamen nu er det bare, fordi tallene de går sådan støt og roligt op af, nu skal du til at starte på nogle piller', og så i samme ombæring så siger [lægen] så, 'og så har vi det tilbud her, som vi synes, du skal tage imod.' (Borger 10)

Tilsvarende fortæller flere borgere dog også, at de fik kendskab til *Lev livet* via en kommunal kontakt. Dette kan for eksempel være, hvis borgeren i en anden sammenhæng har været tilknyttet et kommunalt forløb, og i denne forbindelse er blevet oplyst om, at det ville være oplagt for dem at komme på *Lev livet*. I følgende citat fortæller en borger for eksempel, hvordan vedkommende efter en indlæggelse fik tilbudt et træningsforløb, og på denne måde fik kendskab til *Lev livet*, hvorefter vedkommende selv opsøgte egen læge for at få en henvisning til tilbuddet:

”Jeg fik jo noget træning. Der havde jeg jo en fysioterapeut en halv time hver dag, og jeg kunne jo godt tænke mig noget fortsat træning, og der har vi jo sådan et sundhedscenter. Jamen så siger de [på sundhedscenteret]: ’jamen så skal du gå til din egen læge og få en henvisning,’ og det gjorde jeg så. Og [lægen] troede så egentligt ikke, at jeg kunne komme til noget, men så kom jeg så på et diabeteskursus.” (Borger 3).

Ligeledes fortæller en sundhedsprofessionel, hvordan borgerne kan opnå kendskab til *Lev livet* via andre veje end den almindelige vej gennem egen læge. I sit arbejde som diætist kan vedkommende opleve at have borgere til samtale om for eksempel kost, hvor det i denne forbindelse bliver klart, at borgeren også har diagnosticeret diabetes. Den sundhedsprofessionelle fortæller, hvordan vedkommende her har oplyst borgerne om *Lev livet*:

”Der kan jo godt komme nogle andre til en samtale, hvor primære fokus er vægttab eller et eller andet, og så kommer de, og så viser det sig, at de siden har været ved lægen og har fået en henvisning, så har de fået diabetes. Altså så er det jo så mig alligevel, der tager den eller også så er det en af mine andre kollegaer, og så aftaler vi jo selvfølgelig med [den kommunale koordinator på *Lev livet*], hvad skal denne her borger.” (Sundhedsprofessionel 7)

Få af de interviewede borgere fortæller også, at de fik kendskab til *Lev livet* via eget netværk, og derfor selv har taget initiativ til at opsøge tilbuddet hos sundhedscenteret eller hos egen læge:

”Jeg så, at Diabetesforeningen har sådan nogle motionsgrupper, man kan gå i, og det deltog jeg så i 10 gange. [...] Og der mødte jeg nogle andre, der havde nogle af de samme problemer, men havde levet med det længere end mig, og hvad de så havde gjort. Og jeg fik nogle ideer til madlavning og sådan nogle ting, så det var bare alletiders. Og der hørte jeg så også, at kommunen havde et tilbud. Det havde jeg nemlig ikke hørt om før. Og så ringede jeg til [sundhedscenteret] og fik snakket med én, og hun fik skaffet mig en plads på trods af, at det var coronatider.” (Borger 7)

Et bredere kendskab til *Lev livet*

På baggrund af interviewene med de sundhedsprofessionelle er det ikke entydigt, hvorvidt de oplever det som udfordrende at få visiteret nok borgere til *Lev livet* og få fyldt holdene op. Nogle af de interviewede sundhedsprofessionelle beskriver det som udfordrende at få visiteret nok borgere og begrunder dette i de særlige omstændigheder, der har været under covid-19, hvor der har været et andet dominerende sundhedsfokus, og borgerne sandsynligvis ikke på samme måde har gået til deres diabeteskontroller. Andre sundhedsprofessionelle har ikke oplevelsen af, at det har været en udfordring at få nok borgere visiteret til holdene i deres kommune.

Uafhængigt af om de sundhedsprofessionelle beskriver det som udfordrende at få visiteret nok borgere til *Lev livet*, fortæller flere af de sundhedsprofessionelle, at der kan være et potentiale i at få visiteret borgere fra sygehusene, da meget få borgere på nuværende tidspunkt opnår kendskab til *Lev livet* gennem sygehusene. En sundhedsprofessionel fortæller, hvordan de allerede er i dialog med sygehusene med hensigten at få udbredt kendskabet til *Lev livet*:

”Altså i virkeligheden kunne sygehuset jo henvise dem også, men det er måske, hvad skal man kalde det, et forbedringsområde. Og vi er egentligt også i dialog med dem. Ikke så meget på ambulatorierne, men på sengeafdelingerne, at de skal have kendskab til tilbuddene. Fordi der er mange, der måske får det konstateret ved et tilfælde, når de er på sygehuset, og så får de en pille, og så tænker de, nå, så er den ged barberet med den pille. Og så kører det jo bare. Så det kunne jo være rigtig fint, at sygehuset var mere, i hvert fald var opmærksomme på, at vi har tilbud til de her borgere.” (Sundhedsprofessionel 5)

Foruden sygehusene mener nogle af de sundhedsprofessionelle også, at der kunne ligge en arbejdsopgave i blot at få spredt kendskabet til tilbuddet i lokalsamfundet:

”Jeg tror altså, det stadigvæk skal drives i gang på en eller anden måde, og så skal det sprede sig lidt som ringe i vandet. [...] Men det der med at vi må være tålmodige også og prøve at få det i gang, og nu har vi jo haft denne her nedlukning, og det har jo ikke gjort det bedre vel? Men simpelthen få det til at sprede sig som ringe i vandet, og så det kan rygtes ude i byen, og ’nej, jeg var også på det der kursus, det skulle du tage at gøre, for der var rigtig meget godt og...’.” (Sundhedsprofessionel 9)

En måde, dette kunne gøres på, var at dele for eksempel pjecer om tilbuddet ude i lokalmiljøerne. En sundhedsprofessionel fortæller, hvordan de ved deres tidligere diabetestilbud i kommunen har haft et samarbejde med apotekerne om at dele information om tilbuddet:

”I forhold til at [borgerne] kan komme ned og få undervisning i deres medicin dernede på apoteket. Så giver [apoteket] dem en folder i forhold til diabetesskole. Men det var vores gamle diabetes-skole, og jeg ved ikke helt, om de gør det mere.” (Sundhedsprofessionel 8)

Afhængigt af om kommunerne mangler borgere til deres tilbud, kunne der således være et potentiale i at udbrede kendskabet til *Lev livet* gennem andre veje end den praktiserende læge samt at få sygehusene til at visitere flere borgere.

7.2 Tildeling af forløbstype og den afklarende samtale

På baggrund af borgernes besvarelser i før-spørgeskemaet viser Tabel 7.2.1, at 68% af borgerne har angivet at skulle deltage på det gruppebaserede forløb, 22% har angivet at skulle have individuelle samtaler, og 10% har angivet at skulle deltage på det digitale forløb. Borgerne kan været blevet tilbudt mere end ét forløb, men tabellen indikerer kun ét forløb, hver borger har tilkendegivet at skulle deltage på i besvarelsen af før-spørgeskemaet.

Tabel 7.2.1 Fordeling af borgerne på de tre forløb: det gruppebaserede, det individuelle og det digitale. Antal (n) og procent (%).

	n	(%)
Forløbstype		
Gruppe	62	(68%)
Individuelt	20	(22%)
Digitalt	9	(10%)

Kilde: Før-spørgeskema.

Ttabel 7.2.2 viser, hvilke forløbstyper borgerne har fået tildelt, opdelt på kommuner. Her fremgår det, at størstedelen af borgerne i henholdsvis Billund, Esbjerg og Varde har angivet at skulle deltage på

det gruppebaserede forløb. I Vejen er der flere borgere, der har angivet at skulle deltage på det individuelle- og det digitale forløb.

Tabel 7.2.2 Forløbstyper, borgerne har gået på i forbindelse deltagelse på *Lev livet*. Opdelt på kommune. Antal (n) og procent (%)

	n	(%)
Billund		
Det gruppebaserede forløb	13	(81%)
Det individuelle og det digitale forløb	3	(19%)
Antal ¹	16	(100%)
Esbjerg		
Det gruppebaserede forløb	28	(70%)
Det individuelle og det digitale forløb	12	(30%)
Antal ¹	40	(100%)
Varde		
Det gruppebaserede forløb	15	(71%)
Det individuelle og det digitale forløb	6	(29%)
Antal ¹	21 ²	(100%)
Vejen		
Det gruppebaserede forløb	6	(43%)
Det individuelle og det digitale forløb	8	(57%)
Antal ¹	14	(100%)

¹ Samlet antal personer, der er blevet registeret på det pågældende forløb.

² Det bør bemærkes, at kun 21 ud af 38 mulige borgere i Varde har tilkendegivet en forløbstype, hvilket giver en stor uvished i forhold til fordelingen af borgernes forløbstype.

Kilde: *Før-spørgeskema*.

Den afklarende samtale

Som en indgang til *Lev livet* får borgerne indledningsvis tilbudt at deltage i en afklarende samtale. Det er gennemgående blandt de interviewede sundhedsprofessionelle, at de anvender den afklarende samtale til at få afdækket, hvad borgerens behov og ønsker indebærer, for derefter at kunne tilbyde de forløb, der er mest egnede til borgeren. Den afklarende samtale berører således ikke blot borgerens diabetes sygdom og fysiske sundhed, men også hvad der fylder i borgerens hverdag, herunder psykiske og sociale aspekter. I de følgende citater beskriver to sundhedsprofessionelle, hvad de ser som formålet med den afklarende samtale:

"Jamen hvad er oplevelsen med at have diabetes? Hvad er deres tal? Hvad er deres sygdomshistorik generelt? Også andre sygdomme. Hvad dyrker de af fysisk aktivitet? Hvad spiser de nogenlunde af kost? Hvad er de private forhold? Er der nogle børn, der skal tages højde for og så videre. Så det er sådan meget lige for at få et overblik over borgeren, og hvad borgeren så har behov for." (Sundhedsprofessionel 1)

"Jeg bruger det meget som at visitere, og det er også derfor, jeg bruger meget tid på at komme så godt rundt om mennesket, som jeg kan, fordi at så ville jeg sige, 'vi har en diætist, hvis du er interesseret, så synes jeg, det kunne være rigtig godt at prøve, så jeg synes, vores diætist må lave en aftale med dig.' Hvis de så har lyst til det, jamen så markerer jeg faktisk, at min diætist så kan kontakte dem bagefter. Så går de ud med den, at de ved, at de bliver kontaktet. [...] så jeg bruger det rigtig meget til at finde ud af, hvor er det, jeg skal støtte denne her borger?" (Sundhedsprofessionel 4)

Ved den afklarende samtale prøver den sundhedsprofessionelle således også at få afklaret, hvorvidt det er et tilbud inden for *Lev livet*, der er det mest hensigtsmæssige for borgeren på tidspunktet, eller om der er andre ting, som borgeren skal støttes i først eller parallelt med en deltagelse på et af *Lev livets* tilbud:

"Altså den afklarende samtale, det er jo lige præcis det, der er med den, det er jo at finde ud af, hvad er det. Altså det kan godt være, at de er ved lægen, og så får de konstateret en diabetes, også siger han: 'nå har du styr på det,' også siger hun: 'nej', og så bliver hun sendt videre. Og når hun så kommer til mig, så får vi jo en snak hele vejen rundt. Så kan det være, at hun sover ekstremt dårligt om natten, og det er det, vi skal arbejde med. Det kan være, at der er noget socialt, noget psykisk, som fylder endnu mere, hvor det giver mening at sætte ind der først. Der kan være 1.000 andre ting, som fylder, men som man ikke når at få italesat ved lægen eksempelvis, men så er de ligesom inde i huset. Og det kan være, at det er noget, jeg kan tage mig af, men det kan også være, at jeg skal henvise til nogle andre i huset. Er det eksempelvis noget med søvn ikke også, jamen skal der noget søvnvejledning? Er det noget omkring trivsel, så har vi en psykolog i huset, som det kan være, at hun skal have et par samtaler med ham. Eller er hun overhovedet klar til at arbejde med det her." (Sundhedsprofessionel 5)

Ud over *Lev livet* har alle kommunerne også mulighed for at tilbyde træningsforløb til borgerne, hvorfor borgerne som supplement til for eksempel deres deltagelse på det gruppebaserede forløb kan blive understøttet af fysioterapeuter i deres træning.

Hvis de sundhedsprofessionelle vurderer, at borgeren skal tilbydes *Lev livet*, fortæller flere af de sundhedsprofessionelle, at de som udgangspunkt tilbyder borgeren det gruppebaserede forløb. Dette begrundes blandt andet i, at de mener, at det gruppebaserede forløb giver et særligt udbytte til borgere med diabetes:

"Jeg har prøvet meget at få dem på gruppeforløbet, fordi jeg synes, det giver rigtig meget. Så har jeg mere brugt de andre [forløb], som hvis de ikke sådan 'arh det vidste de ikke helt', og nogle har svært ved, til den afklarende, måske lige at sige, om de vil inviteres til det. For eksempel har jeg lige haft én i sidste uge, hvor hun så er blevet inviteret til at komme på, men hun ved ikke, om hun takker ja til det. Så fortæller jeg hende også, at der er andre muligheder, men som hovedregel så prøver jeg meget at sælge det gruppebaserede, fordi jeg synes, det kan noget helt specielt." (Sundhedsprofessionel 4)

"[Den sundhedsprofessionelle, der afholder den afklarende samtale] har prøvet at sælge det her holdforløb, fordi vi tænker også, det kan også give noget andet og være sammen med andre i samme båd og blive inspireret af hinanden. Også at det kan sparre nogle mødegange på det individuelle, at de får noget gruppeforløb. Så det tror jeg da nok, at hun prøver, og hvis hun tænker, de er egnede til, at de kunne få noget ud af at være på holdet, så tror jeg da helt sikkert, at hun prøver at overtale dem til det." (Sundhedsprofessionel 1)

De sundhedsprofessionelle vurderer dog også nogle gange, at borgeren ikke er egnede til et gruppeforløb, og at det her er oplagt at tilbyde dem individuelle samtaler eller det digitale forløb. Ligeledes er de sundhedsprofessionelle også opmærksomme på, hvorvidt borgerne er motiverede til at deltage på det gruppebaserede forløb, og om det giver mening i forhold til borgerens hverdag:

"Er det én [borger] som, hvor livet kører derudaf på skinner, så har man fået denne her sygdom og skal selvfølgelig rette nogle ting ind, men der er stor forskel på at sidde med en på 45, som har et liv dér, hvor han arbejder, end at sidde med én på 60, som måske er gået ned med stress og er i ressourceforløb og føler sig presset af kommunen. Det er igen det der spænd, og man kan

ikke sådan bare fyre noget af. Man er nødt til hele tiden at opveje, 'hvad er det for en borger, jeg sidder med?'. (Sundhedsprofessionel 4)

Tilbud om det individuelle- eller digitale forløb

Det individuelle forløb eller det digitale forløb kan tilbydes borgerne, hvis de for eksempel stadig er på arbejdsmarkedet og ikke har mulighed for at deltage i nogle af de gruppebaserede forløb:

"For nogle, hvis de har et fast arbejde med faste tider, så er det sommetider, at vi ikke lige kan få dem ind, at det ikke kan passe med de tider, vi har på vores holdforløb. Og så af den grund, så bliver det individuelt og måske det digitale, ikke også. Så det er også lidt i forhold til, hvornår de kan, selvfølgelig." (Sundhedsprofessionel 1)

Flere af de sundhedsprofessionelle fortæller dog også, at de anvender de individuelle samtaler eller det digitale forløb som et supplement til det gruppebaserede forløb. Borgerne kan for eksempel få tilbudt nogle individuelle samtaler, indtil at det gruppebaserede forløb starter op, hvis borgeren har et brændende behov for at få information. En sundhedsprofessionel fortæller:

"Jeg har siddet med folk, der jo er grædende, fordi de troede, at det næsten var i morgen, vi startede, og de havde bare et brændende behov. Og der samler vi dem op selvfølgelig og tilbyder dem. [...] Og der har vi haft nogle, der har fået noget individuelt indtil. For ligesom at brandslukke lige for dem." (Sundhedsprofessionel 8)

Ligeledes reflekterer nogle af de sundhedsprofessionelle over potentialet i at anvende de individuelle samtaler eller digitale forløb som opfølgning efter et gruppeforløb, hvis borgeren har behov for yderligere information:

"Hvis det sådan rigtigt skulle implementeres, og det skulle ligge og køre lidt mere fast, det har det ikke lige gjort her for os i hvert fald, så ville det være meget smart, at de måske bare startede på undervisningen, og hvis de så havde brug for mere, så kunne vi arrangere det." (Sundhedsprofessionel 3)

"Det er jo heller ikke altid et enten/eller, det kan jo sagtens være et både/og. At de *både* kan orientere sig lidt på hjemmesider og på e-læring, og at de også kan deltage i gruppe, hvis de har lyst til det, og sådan starter nogle måske med at gå e-læring, og andre starter på gruppe, og så kan de senere tage det e-læring eller webinar." (Sundhedsprofessionel 9)

Borgernes oplevelse af den afklarende samtale

Flere af borgerne beskriver den afklarende samtale som en god oplevelse, hvor de fik den nødvendige information om *Lev livet* til at beslutte, om de ville deltage på forløbet eller ej.

"De forklarede selvfølgelig, hvad det var, og det var de fem moduler, der kørte og kom ind på de forskellige ting. Blandt andet hørte man noget mere om diabetes og følgesygdomme og om hvad, der kunne være. Så det forklarede de sådan set fint nok med, at hvordan det foregik." (Borger 14)

I overensstemmelse med, hvad de sundhedsprofessionelle fortæller, fortæller flere af borgerne også, at de kun blev præsenteret for det gruppebaserede forløb.

For nogle af borgerne beskrives den afklarende samtale ikke som en særskilt samtale, da de er blevet præsenteret til det gruppebaserede forløb i led med afholdelsen af almindelige individuelle

samtaler, som borgeren har haft med for eksempel en diætist eller diabetessygeplejerske i kommunen.

"Jamen jeg har været til en del samtaler i kommunen. Jeg tror egentlig, at den første kontakt, jeg jo egentlig fik, det var så diætisten, og det var hende, der henviste til det her kursusforløb." (Borger 11)

"Jeg startede med to samtaler med sygeplejersken over på sundhedshuset. Og så var det jo egentlig igennem den vej også, at jeg kom på det kursusforløb." (Borger 6)

Det fremgår dog ikke, at det af den afklarende samtale ikke opleves som en særskilt samtale har en negativ betydning for deres oplevelse af at blive introduceret til *Lev livet* og mulighederne for at deltage på det gruppebaserede forløb.

7.3 Karakteristika af borgerne visiteret til *Lev livet*

Dette afsnit belyser karakteristika af borgerne, der har fået tilbudt én af de tre forløbstyper på *Lev livet*. I tabel 7.3.1 er deltagelsen i *Lev livet* opgjort i forhold til køn, alder, uddannelsesniveau, erhvervsmæssig stilling, boligforhold, kommune og diagnostetidspunkt. Det fremgår af tabellen, at der er en næsten jævn fordeling af mænd og kvinder, som er blevet tilbudt *Lev livet*. Ved opdeling på alder ses det, at størstedelen af borgerne ligger i aldersgruppen 45-64 år og 65+ år, hvor kun ganske få deltagere er mellem 30 til 44 år. Ved fordeling på uddannelsesniveau viser det sig, at størstedelen (39%) har en erhvervsfaglig eller gymnasial uddannelse, 29% har en videregående uddannelse, og 24% har kun gennemført grundskolen. I forhold til erhvervsmæssig stilling udgør alders- og førtidspensionister samt tidligere virksomhedsejere næsten halvdelen (49%) af borgerne. Den næststørste gruppe er de beskæftigede (29%). Arbejdsløse, andre uden for arbejdsmarkedet og andet udgør de mindste grupper. Størstedelen (63%) er sammen med partner med/uden hjemmeboende børn, og 37% angiver at være enlige med/uden hjemmeboende børn.

Tabel 7.3.1 Sociodemografiske karakteristika af borgerne i *Lev livet* opdelt på køn, alder, uddannelsesniveau, erhvervsmæssig stilling, boligforhold og kommune. Antal (n) og procent (%).

	n ¹ (%)
Køn	
Mænd	58 (48%)
Kvinder	63 (52%)
Alder	
30-44 år	8 (7%)
45-64 år	61 (55%)
65+ år	42 (38%)
Uddannelsesniveau	
Grundskole ²	26 (25%)
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	41 (39%)
Videregående uddannelse ³	30 (29%)
Andet	8 (8%)
Erhvervsmæssig stilling	
Beskæftigede ⁴	35 (29%)
Arbejdsløse	9 (7%)
Alders- og førtidspensionister samt tidligere virksomhedsejer	59 (49%)
Andre uden for arbejdsmarkedet ⁵	3 (2%)

Andet	14 (12%)
Boligforhold⁶	
Enlig med/uden hjemmeboende børn	42 (37%)
Bor sammen med partner med/uden hjemmeboende børn	73 (63%)
Kommune	
Billund	19 (16%)
Esbjerg	44 (36%)
Varde	38 (31%)
Vejen	20 (17%)

¹Antal personer, der har besvaret det aktuelle spørgsmål.

²Grundskole 1. til 10. klasse;

³Kort- mellemlang- og lang videregående uddannelse samt ph.d.

⁴ Under uddannelse, beskæftiget, selvstændig, ansat i familieforetagende eller praktikant (lønnet/ulønnet).

⁵ Hjemmegående og permanent uarbejdsdygtig.

⁶ Respondenterne har kunne angive følgende boligforhold: Enlig uden hjemmeboende børn, enlig med hjemmeboende børn, bor sammen med partner uden hjemmeboende børn, bor sammen med partner og hjemmeboende børn, Bor hos familie, fx voksne børn, søskende, forældre, bor i bofællesskab for eksempel med ven, i kollektiv eller lignende, bor i bolig med tilknyttet personale, andet.

Kilde: Før-spørgeskema.

Tabel 7.3.2 viser, hvor længe borgerne, der har deltaget på *Lev livet*, har været diagnosticeret med diabetes opgjort som under 1 år eller over 1 år, hvilket bidrager med en indikator på, hvor mange nydiagnosticeret borgere med type 2-diabetes, der deltager på *Lev livet*. Af tabellen fremgår det, at der er lidt flere borgere, der har haft diabetes i over 1 år (55%) end borgere diagnosticeret inden for det seneste år.

Af Tabel 7.3.2 fremgår der yderligere en underopdeling på køn, alder, uddannelsesniveau og kommune. Det ses, at der er en større andel af kvinder, der har haft diabetes i over 1 år, sammenlignet med mænd. Ved alder ses ingen nævneværdig forskel på varigheden af diabetes. Ved uddannelsesniveau ses det, at størstedelen af de erhvervsfaglig/gymnasial uddannede har været diagnosticeret med diabetes i over 1 år, hvor det modsatte gør sig gældende for borgerne med en videregående uddannelse. Dette kunne tyde på, at de højest uddannede borgere kommer i det kommunale tilbud tidligere i deres sygdomsforløb sammenlignet med borgere med et lavere uddannelsesniveau.

Tabel 7.3.2 Varighed af borgernes diabetes. Opdelt på Køn, alder, uddannelsesniveau og kommune. Antal (n) og procent (%).

	Under 1 år		Over 1 år	
	n	(%)	n	(%)
Samlet	46	(45%)	57	(55%)
Køn				
Mænd	26	(54%)	22	(46 %)
Kvinder	20	(36%)	35	(64%)
Alder				
30-44 år	3	(50 %)	3	(50%)
45-64 år	24	(46 %)	28	(54%)
65+ år	17	(49 %)	18	(51%)
Uddannelsesniveau				
Grundskole ¹	8	(40%)	12	(60 %)
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	12	(33%)	24	(67 %)
Videregående uddannelse ²	16	(67%)	8	(33 %)
Andet	4	(50%)	4	(50 %)

Kommune		
Billund	7 (50%)	7 (50%)
Esbjerg	18 (47%)	20 (53%)
Varde	16 (50%)	16 (50%)
Vejen	5 (26%)	14 (74%)

¹Grundskole 1. til 10. klasse;

² Kort-, mellem- og lang videregående uddannelse samt ph.d.

Kilde: Før-spørgeskema.

Borgersammensætningen på det gruppebaserede forløb

Blandt de interviewede sundhedsprofessionelle fremgår det, at de oplever, at det er en blandet deltagerguppe, der går på de gruppebaserede forløb, og at dette fungerer godt:

”Ja jeg synes faktisk, det har været meget blandet. Det har både været ældre og yngre, og folk uden arbejde og folk i arbejde, folk på pension, ja folk, som også har andre udfordringer ud over lige en diabetes, og ja, det synes jeg faktisk, det har været meget blandet. Men de har været mega gode til at drage omsorg for hinanden og være nysgerrige på hinanden og viser interesse for hinanden altså. Det synes jeg.” (Sundhedsprofessionel 7)

For eksempel fortæller flere, at det fungerer godt, at holdene er sammensat af personer, der har haft diabetes i lang tid, og at nogle har haft i kort tid:

Det er rigtig godt at have nogle med, som har haft det i nogle år, og som er vant til at tale om det. Det giver godt, synes jeg. [...] Nogle, som på nogle punkter godt kan fylde lidt meget, hvis du forstår mig, altså nogle, som gerne vil fortælle, men der er også brug for nogle, der gerne kan fortælle. Så jeg synes faktisk, det er godt at have en blanding, fordi jeg synes, det kan give noget, fordi nogle af dem, som ikke siger så meget, de kan godt suge rigtig meget til sig. Så jeg synes faktisk, det er rart at have en blanding. (Sundhedsprofessionel 4)

”Det synes jeg kun er en styrke egentlig. Fordi vi oplever nogle gange til den afklarende samtale, at dem, der lige har fået det diagnosticeret, de stadigvæk er lidt i chok over det. Og benægter det. Og vi hører meget den der, ’så nu skal jeg bare hjem og give den en skalle med kosten og motionen, og så kan det være, det går væk’. Mmh... Ja. Så jeg synes, det er rigtig fint, at det er et mix.” (Sundhedsprofessionel 8)

At holdene kan rumme mange forskellige borgertyper, det er dog noget, der bør tages højde for både i planlægningen af de praktiske rammer for undervisningen og for selve formidlingen af undervisningen. For at kunne inkludere de yngre borgere, der stadig er på arbejdsmarkedet, på holdet, er det nødvendigt at kunne lægge holdene senere på dagen:

Det er i hvert fald planen til foråret, at der skal lægges et eftermiddagshold. Vi synes måske, at vi får lidt yngre med diabetes end sådan tidligere. [...] Så for at kunne give dem et tilbud, så er vi nødt til at lægge det senere [på dagen]. Også for at få rekrutteret flere til, så skal vi have det tilbud, så det giver helt vildt god mening, hvis man både kunne have i dagtimerne og i eftermiddagstimerne. (Sundhedsprofessionel 3)

I formidlingen af indholdet og i udførelsen af øvelserne på det gruppebaserede forløb påpeger de sundhedsprofessionelle også, at det er nødvendigt at være opmærksom på, at borgerne har forskellige udgangspunkter for at kunne deltage:

"I forhold til vidensforståelse. Det er virkelig forskelligt, og nogle, de kan sidde og sige: 'det vi havde sidste gang, det forstod jeg slet ikke noget som helst af, men det vi har i dag, det forstår jeg godt'. Også i forhold til, at der er jo også nogle fysiske øvelser på de forskellige moduler, og der har det været en stor udfordring. Der har de virkelig været *meget* forskellige, altså nogle har været meget svage og har næsten ikke engang kunnet gå 20 meter, og andre har bare kunnet gå lang tur selv i højt tempo. Så det har været en stor udfordring, synes jeg." (Sundhedsprofessionel 9)

"Altså vi synes, der er mange blandt diabetikere, der har sådan lidt, hvad skal man sige, ressourcesvage eller har en masse andre ting, de også lidt kæmper med." (Sundhedsprofessionel 1)

"Vi sidder jo også med ordblinde på holdet. Det skal vi også huske, og det er også en ting, vi skal forholde os til, at de skal være med på de hold her. Men de får jo tingene ind på en anden måde, end vi andre gør, og skal også bruge kurset på en anden måde. Det kræver altså også noget at undervise, at man lige får favnet alle de her personlige tilgange, når vi arbejder." (Sundhedsprofessionel 6)

Selvom det kan være udfordrende at tage højde for alles kompetencer i en blandet borgergruppe, der deltager på de gruppebaserede forløb, synes det dog også at give en positiv værdi til gruppeforløbene.

8 Deltagelse på det gruppebaserede forløb

Dette kapitel belyser deltagelse, fravær og frafald på det gruppebaserede forløb. Kommunerne har ved hvert modul (modul 1-9) registreret, hvorvidt borgerne har deltaget på modulet, haft fravær på modulet eller helt er frafaldet kurset.



Resultaterne i dette kapitel – helt kort

Med 43% der har deltaget på 8-9 moduler og 78% der har deltaget på 5-6 moduler, har Varde den højeste deltagerprocent på både den fulde version og på fast track versionen af den gruppebaserede forløb. Der tegner sig også et billede af, at borgerne i højere grad gennemfører fast track versionen af det gruppebaserede forløb til sammenligning med den fulde version af forløbet. I forhold til frafald på det gruppebaserede forløb fremgår det både ved den fulde version og ved fast track versionen, at antallet af frafaldet deltagere stiger jævnt med antallet af afholdte moduler.

Den primære årsag til fravær på det gruppebaserede forløb angives af borgeren som værende sygdom ikke relateret til diabetes. Kommunerne anvender ikke en decideret fastholdelsesstrategi, men flere sundhedsprofessionelle fortæller, at de følger op på borgerne med telefonopringninger, hvis borgerne er fraværende for et modul uden afbud.

8.1 Deltagelse, fravær og frafald

Tabel 8.1.1 viser, hvor mange moduler borgerne har deltaget på, på den fulde version (9 moduler) af det gruppebaserede forløb, og i Tabel 8.1.2 fremgår det, hvor mange moduler borgerne har deltaget på i fast track versionen af det gruppebaserede forløb (6 moduler). Borgere, som både har gået på den fulde version af det gruppebaserede forløb og fast track versionen af forløbet (for eksempel på grund af nedlukningen af nogle af holdene), bliver kun talt med i Tabel 8.1.2. Borgere, som har gået på et hold, der er blevet nedlukket, men som ikke har valgt at starte op på et nyt hold, er ikke repræsenteret i tabellerne.

Tabel 8.1.1 er opgjort i intervaller, der indikerer, om borgerne har deltaget i 0-5 moduler, i 6-7 moduler eller 8-9 moduler. Her fremgår det, at Varde har den højeste deltagelse (43%) på den fulde version. Tabel 8.1.2 **Fejl! Henvisningskilde ikke fundet.** er opgjort i intervallerne 0-2 moduler, 3-4 moduler og 5-6 moduler. Af tabellen fremgår det, at Varde også har den højeste deltagerprocent på fast track versionen, da 78% af borgerne har deltaget på 5-6 moduler.

På baggrund af tabellerne tegner der sig også et billede af, at borgerne i højere grad gennemfører størstedelen af fast track versionen af det gruppebaserede forløb (5-6 moduler) til sammenligning med den fulde version af forløbet (8-9 moduler).

Tabel 8.1.1: Fremmøde blandt borgerne, der har deltaget på den fulde version af *Lev livet* (9 moduler). Fremmøde er opgjort i intervaller af, hvor mange moduler en borger har gennemført. Opdelte på kommuneniveau. Antal (n) og procent (%).

Kommune	0 til 5 moduler ¹		6 til 7 moduler ¹		8 til 9 moduler ¹	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Billund	6	(25%)	9	(38%)	9	(38%)
Esbjerg	16	(57%)	5	(18%)	7	(25%)
Varde	5	(36%)	3	(21%)	6	(43%)
Vejen ²	0	(. %)	0	(. %)	0	(. %)

¹Antal moduler borgeren er blevet registreret som deltagende af kommunerne.

²Vejen har kun afholdt fast track versionen af det gruppebaserede forløb.

Kilde: Kommunernes afrapportering i registreringsark. Baseret på alle afholdte hold i kommunerne.

Tabel 8.1.2: Fremmøde blandt borgerne, der har deltaget på fast track versionen af *Lev livet* (6 moduler). Fremmøde er opgjort i intervaller af, hvor mange moduler en borger har gennemført. Opdelte på kommuneniveau. Antal (n) og procent (%).

Kommune	0 til 2 moduler ¹		3 til 4 moduler ¹		5 til 6 moduler ¹	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Billund	4	(36%)	0	(0%)	7	(64%)
Esbjerg	0	(0%)	3	(25%)	9	(75%)
Varde	3	(11%)	3	(11%)	21	(78%)
Vejen ²	3	(25%)	0	(0%)	9	(75%)

¹Antal moduler, borgerne er blevet registreret som deltagende af kommunerne.

²Vejen kommune har ikke foretaget deltagerregistrering på modul 9 hold 2, hvorfor det må forventes at Vejen har en lidt lavere registreret deltagelse.

Kilde: Kommunernes afrapportering i registreringsark. Baseret på alle afholdte hold i kommunerne.

Tabel 8.1.3 viser det samlede antal af borgere der er blevet registreret som frafaldet på den fulde version af det gruppebaserede forløb, og i Tabel 8.1.4 fremgår det samlede antal af borgere som er blevet registreret som frafaldet på fast track versionen. Af tabellerne indgår kun borgere der er blevet registreret som værende frafaldet forløbene, fordi de for eksempel har oplyst de sundhedsprofessionelle om, at de ikke længere ønsker at deltage på forløbet. I begge tabeller ses det, at antallet af frafaldet deltagere stiger med antallet af afholdte moduler. På den fulde version af det gruppebaserede forløb er i alt 20 borgere registreret som frafaldet ved 9'ende modul, og på fast track versionen er i alt 8 borgere registreret som frafaldet ved det 9'ende modul.

Tabel 8.1.3: Frafall blandt deltagere, der har deltaget på den fulde version af *Lev livet* (9 moduler) fra Esbjerg, Billund, Vejen og Varde kommune. Opgjort i antal (n).

	Modul 1	Modul 2	Modul 3	Modul 4	Modul 5	Modul 6	Modul 7	Modul 8	Modul 9
	n ¹	n ¹	n ¹	n ¹	n ¹	n ¹	n ¹	n ¹	n ¹
Frafald	4	4	6	9	14	17	20	20	20

¹ Antal personer, der er blevet registreret som frafaldet på det pågældende forløb.

Kilde: Kommunernes afrapportering i registreringsark. Baseret på alle afholdte hold i kommunerne.

Tabel 8.1.4: Frafall blandt deltagere, der har deltaget på fast track versionen af *Lev livet* (6 moduler) fra Esbjerg, Billund, Vejen og Varde kommune. Opgjort i antal (n).

	Fast track	Modul 5	Modul 6	Modul 7	Modul 8	Modul 9
	n ¹	n ¹	n ¹	n ¹	n ¹	n ¹
Frafald	6	7	8	8	8	8

¹ Antal personer, der er blevet registreret som frafaldet på det pågældende forløb.

Kilde: Kommunernes afrapportering i registreringsark. Baseret på alle afholdte hold i kommunerne.

Tabel 8.1.5 viser de primære årsager til fravær blandt borgerne på det gruppebaserede forløb, hvor det fremgår, at sygdom, der ikke er relateret til diabetes, er den hyppigste årsag til fravær, hvor næsthypigste årsag angives som andet.

Tabel 8.1.5 De primære årsager til fravær blandt deltagere. Opgjort i antal (n) og procent (%).

	n	(%)
Årsag til fravær¹		
Arbejde, ferie, modul irrelevant ²	4	(21%)
Sygdom	8	(42%)
Andet	7	(37%)
Samlet antal	19	(100%)

¹ Respondenterne har kunne angive følgende årsager til fravær: på grund af arbejde, problemer med transport, på grund af manglende overskud, på grund af ens type 2-diabetes, på grund af sygdom (ikke relateret til diabetes), på grund af ferie, man glemte det, man ikke oplevede modulet som relevant, man ikke passede ind i gruppen, eller andet.

² Kategorierne er lagt sammen grundet få besvarelser.

Note: Respondenterne kan afgive flere årsager til, hvorfor de er udeblevet fra det gruppebaserede forløb og kan derfor være repræsenteret mere end én gang.

Kilde: Efter-spørgeskema.

Flere af de sundhedsprofessionelle fortæller, at de har en oplevelse af, at der er en god mødedeltagelse blandt borgerne. De påpeger dog, at der ofte er 1-2 borgere, der melder fra til hver undervisningsgang, men at dette ofte er på grund af sygdom:

"Der er jo altid for en mødegang 1-2, der ikke lige dukker op, fordi de er syge, eller der er noget andet i vejen, men sådan er det jo altid." (Sundhedsprofessionel 1)

Jeg synes faktisk generelt, så har de en god mødedeltagelse. Det synes jeg faktisk, de har. Det synes jeg. Der er gerne 1-2, der ikke er der, men det er enten sygdom eller et eller andet." (Sundhedsprofessionel 8)

Strategier til fastholdelse

Selvom kommuner ikke har nogen decideret fastholdelsesprocedure, fortæller flere af de sundhedsprofessionelle, at de følger op med en telefonopringning på borgerne, hvis de bliver væk fra undervisningen uden at have meldt afbud:

"Vi snakker jo med dem, når de ikke dukker op. Hvis de ikke har meldt afbud, så ringer vi selvfølgelig til dem og spørger, hvordan de har det, og om det var med vilje, eller hvad de tænker med det videre forløb." (Sundhedsprofessionel 6)

"De får vores nummer. Det har vi klistret ind som sådan en post-it ind i deres undervisningshæfte. Hvor der står telefonnummer og telefontid, hvornår de kan ringe og sådan noget. Og hvis ikke de møder op, så ringer vi også gerne lige til dem. [...] Vi venter lige 10 minutter og ser, om de kommer, og så hvis de ikke kommer, så prøver vi lige at ringe til dem." (Sundhedsprofessionel 8)

En enkelt kommune benytter sig af at udsende sms-remindere til borgerne inden afholdelse af et modul:

"Så sms enten dagen før eller også om morgenen, alt efter hvad tidspunkt, det lige har ligget på dagen. Så de har altså fået sådan en påmindelse dagen før eller tidligt om morgenen, at de skal

huske, at der er diabeteskole i dag. Men der er jo også nogle, der dukker op og siger, at det har de slet ikke set.” (Sundhedsprofessionel 7)

Som det fremgår af citatet, har brug af sms-remindere dog ikke nødvendigvis den største effekt på denne borgergruppe.

9 Forventning, tilfredshed og udbytte af *Lev livet*

I dette kapitel præsenteres, hvordan de sundhedsprofessionelle og borgerne på *Lev livet* oplever indholdet og rammerne for diabetesrehabiliteringsforløbet. Afsnit 9.1 belyser borgernes motivation og forventninger til deltagelse på *Lev livet*. Med udgangspunkt i det gruppebaserede forløb belyser afsnit 9.2 borgernes og de sundhedsprofessionelles tilfredshed med kurset, herunder tilfredshed med materialerne og øvelserne, der anvendes på kurset, samt med form og opbygning af kurset. I afsnittet 9.3 analyseres borgernes oplevede udbytte af at have deltaget på det gruppebaserede forløb.



Resultaterne i dette kapitel – helt kort

94% af borgerne angiver i meget høj grad eller i høj grad at være motiveret til at starte på det gruppebaserede forløb. Ved det individuelle- og det digitale forløb angiver 78% af borgerne en meget høj grad eller en høj grad af motivation. Der er også en generel overbevisning blandt borgerne om, at *Lev livet* kan motivere dem til at leve en sundere livsstil.

Størstedelen af borgerne angiver at have været meget tilfredse eller tilfredse med deltagelse på det gruppebaserede forløb, hvilket ses uafhængigt af køn, kommune og hvor lang tid, borgerne har haft diabetes. De interviewede borgere og sundhedsprofessionelle beskriver øvelserne på det gruppebaserede forløb som brugbare og illustrative, og borgerne oplever at det udleverede materiale fungerer fint. Borgerne giver også udtryk for at have været tilfredse med underviserne på det gruppebaserede forløb. De sundhedsprofessionelle fortæller, at de oftest er to undervisere på ad gangen, hvilket beskrives som værdifuldt. Hvor indholdet på det gruppebaserede forløb fordrer tre undervisere på ad gangen, beskrives dette som tids- og ressourcekrævende.

Borgerne synes også at være meget tilfredse med indholdet på det gruppebaserede forløb, men flere af borgerne udtrykker et ønske om yderligere fokus på emnet kost, for eksempel i form af et madlavningskursus. Ligeledes påpeges det, at økonomiske og praktiske aspekter af livet med diabetes også er emner, der med fordel kunne inddrages på forløbet. Blandt de sundhedsprofessionelle fremgår det, at de generelt er positive over for det gruppebaserede forløb, men at der er et behov for, at der justeres på den tidsramme, de sundhedsprofessionelle skal undervise indenfor, således at kurset gøres mere fleksibelt, hvor der er mulighed for at følge borgernes ønsker.

Både borgerne og de sundhedsprofessionelle giver udtryk for tilfredshed med form og opbygning af det gruppebaserede forløb, herunder de justeringer, der har været nødvendige grundet covid-19, hvor der blandt andet er blevet justeret på antallet af deltagere på holdene samt muligheden for at tage pårørende med på det gruppebaserede forløb.

Deltagelse på det gruppebaserede forløb har været udbytterigt for borgerne, ved at de har fået mere viden om type 2-diabetes og om, hvordan kroppen påvirkes (100%), at de har fået mere viden om sundere madvaner (100%), og at det har været positivt for dem at være på et gruppeforløb med andre i samme situation (94%). I interviewene med borgerne er det særligt viden om sygdommen, viden om kost og sundere madvaner samt erfaringsudvikling og sparring med ligesindede, der beskrives som udbytterigt. Yderligere fortæller nogle af borgerne, at en afklarethed omkring deres diabetes og om, hvordan man skal håndtere den, har været med til at forbedre deres livskvalitet.

9.1 Borgernes motivation og forventninger til deltagelse på *Lev livet*

Ved besvarelse af før-spørgeskemaet er borgerne blevet spurgt ind til, hvor motiveret de har været til at starte på kursusforløbet *Lev livet*. I Tabel 9.1.1 ses det, at langt størstedelen af borgerne i meget høj grad (55%) eller i høj grad (39%) er motiveret for at starte på det gruppebaserede forløb. Ved det individuelle- og det digitale forløb ses det, at størstedelen (52%) af borgerne har tilkendegivet en høj grad af motivation. Dernæst ses det, at 22% af borgerne på det individuelle- eller digitale forløb har svaret nogen grad af motivation for at starte på kursusforløbet, hvor på gruppebaserede forløb det er 6%, der har angivet dette. Tabellen indikerer således, at borgerne er mere motiveret til at deltage på det gruppebaserede forløb sammenlignet med de andre kursusforløbstyper.

Tabel 9.1.1 Borgernes motivation for at starte på *Lev livet* opdelt på forløbstype. Antal (n) og procent (%).

	I meget høj grad ²		I høj grad		I nogen grad		Samlet antal	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Gruppeforløb	34	(55%)	24	(39%)	4	(6%)	62	(100%)
Individuelle- eller digitale forløb¹	7	(26%)	14	(52%)	6	(22%)	28	(100%)

¹ Grundet, at få deltagere er blevet tildelt det individuelle og eller det digitale forløb, er disse forløbstyper blevet lagt sammen.

² Ingen eller få respondenter har angivet svaret 'Slet ikke', hvorfor svarmuligheden ikke er angivet i tabellen.

Kilde: Før-spørgeskema.

Tabel 9.1.2 viser borgernes motivation for at starte på deres pågældende kursusforløb, opdelt på køn, alder, uddannelsesniveau og kommune. Størstedelen af kvinder har tilkendegivet at have en meget høj grad af motivation, hvor størstedelen af mænd har tilkendegivet at have en høj grad motivation. Ligeledes ses det at borgerne fra Billund kommune er lidt mere motiveret til at deltage på *Lev livet* sammenlignet med de resterende kommuner.

Tabel 9.1.2 Borgernes motivation for at starte på *Lev livet*. Opdelt på køn, alder, uddannelsesniveau og kommune. Antal (n) og procent (%).

	Meget høj grad		Høj grad		I nogen grad ¹	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Køn						
Mænd	18	(32%)	29	(51%)	10	(18%)
Kvinder	32	(52%)	22	(36%)	7	(11%)
Alder						
30-44 år	6	(100%)	0	(0%)	0	(0%)
45-64 år	21	(36%)	26	(45%)	11	(19%)
65+ år	18	(43%)	19	(45%)	5	(12%)
Uddannelsesniveau						
Grundskole	11	(44%)	10	(40%)	4	(16%)
Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse	14	(36%)	18	(46%)	7	(18%)
Videregående uddannelse	13	(43%)	12	(40%)	5	(17%)
Andet	6	(100%)	0	(0%)	0	(0%)
Kommune						
Billund	10	(59%)	7	(41%)	0	(0%)
Esbjerg	19	(44%)	17	(40%)	7	(16%)

Varde	15 (41%)	17 (46%)	5 (14%)
Vejen	6 (32%)	10 (53%)	3 (16%)

'0 (0%)' Indikerer, at der er for få eller ingen respondenter, der har svaret det pågældende spørgsmål.

¹ Ingen eller få respondenter har angivet svaret 'Slet ikke', hvorfor svarmuligheden ikke er angivet i tabellen.

Kilde: Før og efter-spørgeskema.

I interviewene med borgerne fremgår det, at det særligt er ønsket om at opnå mere viden om diabetes, der har været en motivationsfaktor for at deltage på det gruppebaserede forløb.

"Jeg synes, det lyder rigtig spændende, og jeg synes altid, man kan lære noget nyt. Altså man kan altid blive klogere, tænker jeg, fordi når du går meget med det selv, jamen så kan man godt glemme nogle af de gode ting, man skal, og ja, så får man lidt sådan sine egne vaner, og det går nok, og det er nok ikke så slemt og ja... ja, man kommer ud på et sidespor rent ud sagt. Så jeg synes, det lød spændende i hvert fald." (Borger 1)

"Jamen man kan jo altid lære noget nyt. Så at få nogle oplysninger, som man normalt ikke får nogle steder. Det er jo så svært at finde rundt i de her ting, hvad man har lov til, og hvad man har ret til og så videre." (Borger 12)

"Jeg vil gerne vide alt om det [diabetes], for jeg synes, det er svært at finde noget hjælp til det." (Borger 13)

"Jeg ville også gerne have noget mere viden, hvad det egentlig var, der foregik, altså kropsmæssigt og alt det der." (Borger 6)

For nogle af borgerne indebærer dette også et håb om at få hjælp og vejledning til, hvordan de bedst kan håndtere deres diabetes. I de følgende citater beskriver to borgere, hvordan de efter at have fået konstateret diabetes, havde et brændende behov og ønske om at få støtte og vejledning til deres sygdom:

"Jamen altså det er jo egentlig såre simpelt altså, fordi når du får konstateret sukkersyge, jamen så ser du jo en masse røde lamper stå og blinke. Altså nu stopper mit liv, nu kan jeg ikke... så jeg bliver nødt til at skulle have noget hjælp. Jeg bliver nødt til at have nogle eksperter, som kan fortælle mig, hvad er det, det indebærer, og hvad er det, jeg skal passe på, fordi man har simpelthen så mange spørgsmål inde i hovedet, som man ikke sådan lige helt ved, hvad man skal gøre med. Så det er faktisk en stor hjælp, at man bliver tilbudt det der, synes jeg." (Borger 10)

"Jeg har gået igennem hele mit liv stort set uden at være syg. Og så pludselig, så vælter det bare ned over mig, og jeg har fantastisk svært ved, og det har jeg stadigvæk, ved at erkende, at jeg er syg. [...] Så det var bare simpelthen i et eller andet desperat forsøg på, om jeg da et eller andet sted kunne finde et eller andet, der kunne starte en god cirkel og skabe nogle broer over de problemstillinger, jeg havde i mit liv. Det var ren og skær desperation." (Borger 11)

Nogen af borgerne beskriver det også som motiverende, at man på det gruppebaserede forløb har mulighed for at møde andre folk med diabetes og dele erfaringer:

"Altså det jeg var interesseret i, det var at høre, hvordan andre havde tacklet det at få at vide, at de havde sukkersyge. Hvor gode de var til at omlægge deres liv, hvis der var brug for det, og hvor godt det lykkedes for dem. [...] Det var nok egentlig mere det, jeg efterlyste, end sådan helt eksakt viden, fordi den havde jeg jo med mig fra mit arbejdsliv. Men én ting er, hvad man har med sig fra sit arbejdsliv af, noget andet er at bruge det selv." (Borger 11)

”Også det er et møde med andre med diabetes. Det synes jeg også var dejligt.” (Borger 1)

Motivation for en sundere livsstil

I før-spørgeskemaet er borgerne på *Lev livet* også blevet spurgt ind til, hvor sikre de er på, at de bliver mere motiveret til en sundere livsstil ved at deltage på *Lev livet*. Borgerne har skulle tilkendegive deres holdning på en skala der går fra 0 til 10, hvor 0 er meget usikker, og 10 er meget sikker. Tabel 9.1.3 viser en grupperet version af skalaen, der går fra henholdsvis lav motivation (0-4), mellem motivation (5-7) og høj motivation (8-10). I tabellen fremgår det, at ved både det gruppebaserede forløb og det individuelle- og digitale forløb har størstedelen af borgerne tilkendegivet en høj grad af motivation (8-10), hvorfor der generelt er en overbevisning blandt borgerne om, at *Lev livet* kan motivere dem til at leve en sundere livsstil.

Tabel 9.1.3 Kategorisering af, hvor sikre borgerne er på at blive mere motiveret til at leve en sundere livsstil ved at deltage i *Lev livet*. Tabellen opererer med en skala fra 0 til 10, hvor 0 er meget usikker og 10 er helt sikker. Skalaen er blevet kategoriseret således, at 0-4 indikerer en lav motivation, 5-7 indikerer mellem motivation og 8-10 indikerer høj motivation. Antal (n) og procent (%).

	Lav motivation (0-4)	Mellem motivation (5-7)	Høj motivation (8-10)	Samlet antal
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Gruppeforløb	3 (5%)	21 (36%)	35 (59%)	59 (100%)
Individuelle- og digitale forløb¹	4 (6%)	11 (17%)	49 (77%)	64 (100%)

¹ Grundet, at få deltager er blevet tildelt det individuelle og/eller det digitale forløb, er disse forløbstyper blevet lagt sammen.
Kilde: Før-spørgeskema.

I interviewene fortæller enkelte borgere, at de også håber, at kurset kan være med til at skabe nogle positive vaneændringer hos dem:

”Nå jamen altså til at blive motiveret for, at, ja måske holde mere fast i nogle ting. [...] Jeg tager imod det, jeg bliver budt på, og så håber jeg, at jeg ligesom bliver motiveret til at tage mig endnu mere sammen.” (Borger 3)

”Jamen begynde at motionere noget mere... men det der med at selv komme i gang med motion uha, det var altså ikke lige mig. Jeg havde det jo fint med... hvis jeg har et tidspunkt, så kommer jeg også afsted, men det der med at melde sig til ude i sådan et [motions]center. Jamen, jeg kommer ikke afsted, når man selv skal bare afsted.” (Borger 9)

9.2 Tilfredshed med det gruppebaserede forløb

I efter-spørgeskemaet er borgerne på det gruppebaserede forløb blevet spurgt til, hvor tilfredse de har været med at deltage på forløbet. Tabel 9.2.1 viser, at størstedelen af borgerne har været meget tilfredse eller tilfredse med det gruppebaserede forløb. Som det fremgår af tabellen, er dette uafhængigt af køn, kommune og hvor lang tid, borgerne har haft diabetes.

Tabel 9.2.1 Borgernes tilfredshed med det gennemførte gruppebaserede forløb på *Lev livet*. Opdelt på Køn kommune og diagnosetidspunkt. Antal(n) og procent (%).

	Meget tilfreds		Tilfreds		Hverken tilfreds eller utilfreds, Utilfreds, samt meget utilfreds ¹	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Køn						
Mænd	15	(68%)	7	(32%)	0	(0%)
Kvinder	24	(60%)	13	(33%)	3	(8%)
Kommune						
Billund	4	(100%)	0	(0%)	0	(0%)
Esbjerg	11	(69%)	5	(31%)	0	(0%)
Varde	18	(75%)	6	(25%)	0	(0%)
Vejen	0	(0%)	3	(100%)	0	(0%)
Diagnosetidspunktet						
Under 1 år siden	14	(70%)	6	(30%)	0	(0%)
Over 1 år siden	16	(80%)	4	(20%)	0	(0%)

⁰(0%)' Indikerer, at der er for få eller ingen respondenter, der har svaret det pågældende spørgsmål.

¹Grundet få eller ingen besvarelser er kategorierne 'Hverken tilfreds eller utilfreds', 'Utilfreds', og Meget Utilfreds lagt sammen.

Kilde: Før- og efter-spørgeskema.

I interviewene med borgerne, der har deltaget på det gruppebaserede forløb, fortæller flere af dem også, at de ville anbefale kurset til andre, hvis de kendte nogle, det var aktuelt for:

"Jo det vil jeg helt klart anbefale, at man lige kom på sådan et forløb, fordi der er altid noget, der hænger ved, og man får altid noget nyt at vide." (Borger 14)

"Ja hvis jeg hørte om andre, der havde fået konstateret diabetes, så ville jeg absolut." (Borger 8)

Generelt fortæller de interviewede borgere, at de har været glade og tilfredse med at gå på det gruppebaserede forløb.

Brugbare og illustrative øvelser

Borgerne fortæller også, at de synes, at øvelserne i undervisningen har været brugbare og har været en god måde at illustrere betydningen af for eksempel kost og motion for diabetes:

"Jeg føler virkelig, vi har fået alt af vide. Så fik vi også udleveret en hel masse, nu siger jeg madvarer, men det var tomme varer, det var vist nede fra Kvickly, de havde fået alle de der ting, og så skulle vi ind og analysere omkring fedt og, ja, proteiner og kulhydrater og så videre. Og hvad skulle vi helst holde os fra, og hvad var fint til os. Og der må jeg godt nok sige, der var vi målløse allesammen. Vi havde ikke drømt om', at der var kulhydrater i så meget." (Borger 9)

"Så skal vi så lige ud og gå sådan noget intervalgang. [...] Så måler man lige sit blodsukker, inden man går ud og går, og så kommer man med ud, og så går man sådan noget intervalgang, hvor [...] pulsen den stiger, og så når vi kommer tilbage igen, så tager vi lige en måling mere, så kan man se, jamen hvorfor er det lige, det er vigtigt, at du kommer ud og bevæger dig? Ja det kan du jo så se på det blodsukker dér, fordi for en halv time siden, der var blodsukkeret sådan, og nu er blodsukkeret sådan efter en gåtur. Mere skal der såmænd ikke til, ikke også? Så det er sådan ligesom en øjenåbner, at det er måske en god idé lige at bevæge dig lidt en gang imellem også.

[...] Man fik jo syn for sagen, ikke også. Jo det var rigtig godt. I stedet for at du sidder nede ved lægen og lægen siger til dig: 'Jeg synes, det er en god idé, hvis du lige går en halv time nu her, når det er godt vejr, så kom lige ud og bevæg dig lidt, for det har dit blodsukker sgu egentlig godt af og...'. Om jeg så måske bare ville have tænkt: 'ja ja, det er godt med dig'." (Borger 10)

De sundhedsprofessionelle udtrykker også stor tilfredshed med øvelserne, da de bidrager til en mere praksisnær tilgang til undervisningsmaterialet, der skaber refleksion hos borgerne:

"Jeg kan godt se at nogle af de øvelser, de fungerer rigtig godt. De får dem virkelig til at reflektere, ikke også." (Sundhedsprofessionel 1)

"Altså jeg er rigtig fan af de her øvelser, der er der. Jeg kan rigtig godt nikke genkendende til Stenos idé om, at man skal bevæge sig lidt væk fra PowerPoints og køre det mere praktisk. Og den idé deler jeg." (Sundhedsprofessionel 2)

"På kostområdet, der synes jeg, at der er mange gode øvelser. Altså med duge og med brikker og med alt muligt, de kan arbejde med. Det har vi så også fået på, hvad hedder det, noget omkring følgesygdomme. Der har vi også sådan en dug." (Sundhedsprofessionel 5)

Nogle af de sundhedsprofessionelle påpeger dog, at de har lavet småændringer, der hvor de synes, der har været behov for det. Det har særligt været i PowerPoint-præsentationer, eller hvis de synes, at der var behov for at supplere med materialer, der kunne understøtte formidlingen. For eksempel har disse sundhedsprofessionelle anvendt en plakat og YouTube-videoer som supplement til øvelserne:

"Så prøver vi at være meget sådan visuelle i vores rum. [...] Altså sådan et billede af – nu er det i forhold til diabetes for eksempel – jamen hvad er det, der sker i kroppen med et normalt stofskifte, og hvad sker der, hvis man har type 2-diabetes. Og den har jeg simpelthen forstørret op i en kæmpe plakat, og så har vi den hængende i undervisningslokalet, så man hele tiden kan vende tilbage til, om det så er kost, vi taler om, eller om vi snakker om medicin, eller om vi snakker om, hvad er diabetes for noget. At man hele tiden kan sige, det er det her, der sker." (Sundhedsprofessionel 5)

"Jeg har selv nogle videoer med fra YouTube i forhold til, hvad sker der fysiologisk, når det er, du har diabetes, sådan lavpraktisk. Og der er også "Emmas-dilemma", vi har sådan til sidst, og der har jeg også et... der er lavet et interview inde på Diabetesforeningen. En video med en, og så prøver jeg at koble til, at 'er der nogle af jer, der kan genkende det hun siger?', og det er der jo virkelig nogle, der kan. Så for at få det gjort lidt mere spændende, end at jeg bare står og braller." (Sundhedsprofessionel 8)

Materialets brugbarhed

Flere af borgerne synes også, at materialet, i form af en lille bog, de har fået udleveret på kurset, har fungeret fint. Blandt borgerne er det dog forskelligt, i hvilken grad de har benyttet sig af materialet undervejs i undervisningen og derhjemme, og at det nogle gange er det materiale, underviserne selv har suppleret med, som de har haft mest gavn af:

"Nu har de [underviserne] også sendt nogle papirer med for eksempel med frugtsukker og sådan. Der var jeg så også en af dem, der tog noget papir til de andre og lige var aktiv i det. Vi fik jo den der fine bog der. Den synes jeg så, at man måske godt kunne have undværet, fordi der er alt for mange sider med, hvad man selv skal skrive. Dem bruger du faktisk ikke ret meget." (Borger 14)

Nogle af borgerne efterspørger også, at materialet i højere grad refererer til øvelserne og den undervisning, de har haft:

"Det, jeg så måske godt kunne mangle bagefter her, det var, at nogle af de der, du ved, med de der duge, altså det vi har snakket om oppe i klassen, det er ikke noget, vi har med os hjem, at vi kan sætte os ned, og sige: 'hvad var det nu lige, det var,' og så kunne man sætte sig ned og kigge på det, altså. Der kunne jeg godt nogle gange mangle nogle kopier af noget af det, som kører på slides i forhold til det, der står i bogen." (Borger 2)

Kompetente undervisere

Generelt fremgår det blandt de interviewede borgere, at de synes, det har været nogle kompetente undervisere på de gruppebaserede forløb, der har været gode til at formidle undervisningsmaterialet:

"Superdygtige og kompetente og havde en meget stor viden og erfaring." (Borger 1)

"Man kan jo hurtigt fornemme, hvis dem, som underviser, også har lidt liv i øjnene, så det smitter jo også af. Altså jeg ved ikke, om vi bare har været heldige, at vi har nogle, for at sige det på godt jysk, nogle *pissegode* til at fortælle om det her og gøre det sådan livligt. Ikke sådan, at vi står og danser over i et hjørne, altså det er slet ikke i den dur, men altså du forstår godt, hvad jeg mener? I stedet for at der er en, der står og læser op fra en bog af, det kan godt blive sådan lidt trivielt. Der var sådan lidt liv i øjnene på dem, som underviste os." (Borger 10)

"Selvom noget af det jo er tungt stof, men altså de er gode til at få én til at lytte. Det var de. [...] Jeg synes, det gik hurtigt. Men jeg synes også, de var gode til at fortælle. Det betyder også noget, de var gode til at formidle og *høre*, om man havde forstået det, de sagde. Det kunne jeg godt lide." (Borger 13)

"Jamen det har givet mening. Og det er blevet forklaret på en god måde, synes jeg. Og noget, nu er jeg jo ikke lige alderspræsident, så det er også sådan, at alle kunne være med jo." (Borger 6)

Ligeledes beskriver flere af borgerne, at underviserne har været gode til at skabe dialog med borgerne på holdet og give plads til, at man kunne stille spørgsmål, hvilket de beskriver som særligt værdifuldt:

"Det var rigtig, rigtig godt, fordi at når de lagde noget op i undervisningen, der var så nogle, der havde prøvet de ting og så videre, så fik vi så en snak om de forskellige ting og fik nogle andre inputs samtidig." (Borger 12)

"Så jeg synes de [underviserne] var gode til også at høre ind, når man havde nogle spørgsmål og finde ud af det, hvis de ikke lige kunne besvare det, jamen så sagde de, at de ville finde ud af det til næste gang, hvad det var, man havde spurgt om. Det skal de have ros for. Helt sikkert." (Borger 14)

På baggrund af interviewene med de sundhedsprofessionelle fremgår det, at det er lidt forskelligt, hvor mange undervisere de er på ad gangen, når de underviser på det gruppebaserede forløb. Som oftest er der to undervisere på per gang. For flere af de sundhedsprofessionelle beskrives dette som værdifuldt, da de kan supplere hinanden og hjælpe hinanden med praktiske ting:

"Vi holder faktisk fast i den også ledelsesmæssigt med, at vi skal være to på holdene, fordi det synes vi, at det giver noget ping-pong, og vi kan hjælpe hinanden med at holde fokus eller lige at

komme lidt ind på sporet eller holde tiden og alle de her ting, ikke. Men også dette her med at vi skal altså øve os i, hvordan kan vi sparre noget bedre med hinanden? Altså kan vi have fokus på nogle bestemte ting, når vi underviser, i stedet for at vi egentlig bare sidder og lytter med. [...] Også dette her med, at når man er observatør, og den anden underviser, altså dette her med at hjælpe hinanden med lige, at der er fokus på, 'hov du havde lige fingeren oppe' eller være opmærksom på, hvad sker der ude i borgergruppen, ikke? For man kan jo godt blive optaget af sit eget stof og så bare køre derudaf, men måske ser man ikke lige, at der sidder én og er hægtet af. Men også dette her med at supplere hinanden med eksempler eller ting, man har glemt at sige eller et eller andet, det synes jeg, det har været rart." (Sundhedsprofessionel 7)

På nogle af modulerne har det krævet tre undervisere, hvis modulerne har omhandlet emner inden for tre forskellige fagområder. Dette bliver beskrevet som tids- og ressourcekrævende, og de sundhedsprofessionelle giver således udtryk for, at det ville være bedst, hvis modulerne ikke omhandler emner, der kræver mere end to fagpersoner:

"Der har været tre faggrupper på nogle gange, og det synes jeg har været lidt ærgerligt, at det ikke er tænkt ind og sørget for, at det max er to, der skal på. [...] For vi kan selvfølgelig godt varetage hinandens, men vi vil jo også gerne tage vores eget. Det, som berører vores fagområde. [...] så er der jo både koordineringen imellem hinanden, men også fordi, at så skal der være tre personer på arbejde. Nu har vi haft et hold fra 15-18 om eftermiddagen, og så er det mange og skal sidde og være på arbejdet, selvom vi ikke alle sammen er i lokalet på samme tid. Så skal man jo være i nærheden, så man kan komme ind og overtage undervisningen." (Sundhedsprofessionel 6)

Ønsker til indhold i undervisningen

Emnet om kost går igen blandt borgerne som noget, de gerne vil have yderligere fokus på. Flere borgere giver udtryk for, at de også gerne ville have haft et madlavningskursus, hvor man ikke blot talte om mad, men også fik mulighed for at lave mad. Dette kunne enten være en del af kurset eller som et supplement til kurset.

"Hvis der havde været tid til at lave mad et par gange, så havde det været helt fantastisk." (Borger 7)

"Jeg kunne godt tænke mig, at der måske blev sådan nogle madlavningshold, så man lavede noget mad sammen. For diabetes, ikke også. Altså det behøver ikke være mange gange, men bare lige nogle gange, så man lige får lidt inspiration fra hinanden. [...] Det kunne være både parallelt, og det kunne være som denne her kursuspakke, køre selvstændigt. Det er godt begge dele faktisk." (Borger 13)

"Så jeg synes godt, man kunne lave [...] nogle kurser med, at man godt kan lave noget *almindelig mad*. Altså hvor man siger, 'det kan vi ikke, fordi vi har diabetes, det kan vi ikke spise' og sådan – Jo! Man skal bare bruge fantasien og lave det på en anden måde, ikke? [...] Så kan man også have dette her, hvor man skal lære dette her med kalorier og alle de her ting. Det kan man jo godt slå sammen med det der [madlavning]." (Borger 12)

En anden borger efterspørger muligheden for at få tilrettelagt en individuel kostplan som en del af det gruppebaserede forløb:

"Det jeg godt kunne tænke mig, det var måske, man ligesom individuelt lavede en form for kostplan. Og sige; 'hvad er det, du spiser, og hvad er det, du gør? Og hvad kan du lige skrue ned på?' og sådan noget. Det efterlyste jeg lidt af." (Borger 14)

Foruden kost nævner få borgere også, at kurset mangler fokus på nogle af de mere praktiske og økonomiske aspekter af at have diabetes, og at dette med fordel kunne inddrages på kurset:

"Ja altså nu sådan en ting med kørekort, og hvornår man skal have det fornyet, sådan nogle rent praktiske ting dér. 'Jamen det skal du nå sådan og sådan.' 'Jamen okay så finder jeg ud af det altså.'" (Borger 3)

"Jeg fik også via en anden kursist dette hersens med, at man kan få afdragsordning på apoteket, når man er oppe på et vist beløb [på medicin]. Sådan nogle ting synes jeg godt, man kunne, hvad skal man sige, undervise lidt mere i, fordi det er jo ikke noget, vi kan få at vide nogen steder." (Borger 12)

Dette fremgår også i et af interviewene med en sundhedsprofessionel, der påpeger, at der på det hold, hun har undervist på, har været et behov fra deltagerens side om at få mere viden om nogle af de praktiske og økonomiske aspekter af at have diabetes:

"Jeg tror, vi er kommet ind på det lidt i forhold til medicin og økonomi, i forhold til det, og hvad kan der være af udfordringer der. Der er jo rigtig mange, der faktisk ikke har råd til medicinen og måske ikke får hentet sin medicin, og det er da også en stor udfordring. Også i forhold til hvordan det går med diabetes. Ja. Jeg synes i hvert fald, at økonomien, det fylder mere, end jeg havde troet, det gjorde. For mange. Det gør det. Ja men prøve at holde dem ajour med noget nyt [...]. De skal jo også selv søge om at få et blodsukkerapparat, hvor det før var lægen, der sendte en henvisning eller en ansøgning ind til kommunen." (Sundhedsprofessionel 9)

Økonomiske og praktiske aspekter af livet med diabetes er derfor også et emne, man kunne overveje at inkludere på det gruppebaserede forløb.

Et tidspressede og stramt styret gruppeforløb

På baggrund af interviewene med de sundhedsprofessionelle fremgår det, at de generelt er positive over for det gruppebaserede forløb på *Lev livet*, og at de har en oplevelse af, at det har en positiv værdi for borgerne. Samtidig synes de dog, at det gruppebaserede forløb indeholder nogle udfordringer, der med fordel kunne justeres. I interviewene med de sundhedsprofessionelle bliver det gennemgående beskrevet som en væsentlig udfordring at skulle nå alle øvelserne inden for tidsrammen på nogle af modulerne. Dette beskrives som ærgerligt, da det kan gå ud over kvaliteten af undervisningen. En sundhedsprofessionel fortæller for eksempel, hvordan undervisningen har været præget af en "speed talk":

"Altså jeg har været lidt presset med min diætistundervisning, det skal jeg nok indrømme, men vi har nået det hele, og i går der fik de bare en 'speedtalk', og det sagde jeg også til dem; 'det går stærkt det her, men det er simpelthen bare fordi, jeg vil have så meget viden med jer hjem, nu når det er sidste gang', og det synes jeg også, de er forstående overfor." (Sundhedsprofessionel 2)

En anden sundhedsprofessionel fortæller, hvordan de har været nødsaget til at skære nogle af øvelserne fra for at overholde tiden, hvilket borgerne på det gruppebaserede forløb synes var ærgerligt:

"De [borgerne] kunne godt mærke det der med, at vi var presset på tid. Det kan godt være lidt at gøre med, at vi var sådan lidt uerfarne. Vi lige sådan var lidt vaklende i noget af det. Det ved jeg ikke. At vi måske kan køre lidt hurtigere... Men de synes også, at det var lidt ærgerligt, at der var nogle ting, der blev cuttet helt igennem og øvelserne, vi kom ikke igennem alle madbrikkerne. Vi var nødt til at stoppe før, fordi tiden den løb." (Sundhedsprofessionel 1)

Selvom de sundhedsprofessionelle oplever, at de bliver presset på tid i deres undervisning, understreger flere af de sundhedsprofessionelle, at løsningen ikke er at gøre de enkelte kursusmoduler længere. Der er afsat tre timer til hvert kursusmodul, og dette er et absolut max. Særligt af hensyn til de borgere, der kommer direkte fra en lang arbejdsdag, synes de sundhedsprofessionelle ikke, at kursusmodulerne kan vare i længere tid:

"Nu var vi heldige, at der var nogle på arbejdsmarkedet, men jeg kunne godt se, at de kæmpede. Og sidde der i tre timer. Altså det er jo lidt noget andet, når vi ikke kunne lave gruppearbejde på grund af corona, men der er jo ikke helt så meget aktivitet, når man rejser sig op og går hen til hinanden og sådan nogle ting. [...] Alt efter emnet, der kan det godt være lidt tungt at være der i tre timer. Især når der er så lidt tid til pauser. Det kunne jeg godt tænke mig at udfordre med varighed." (Sundhedsprofessionel 6)

"Det duer ikke. De kan ikke samle sig til mere. Det er folk, som nogle gange har et meget aktivt arbejde, og derfor gør vi også det, at bevægelsesdelen ligger vi ind midt i det hele, fordi de dør langsomt af og sidde på deres flade mås og bare lytte. Så det tager vi meget højde for. Det gør vi. Det må ikke være mere end tre timer. Det må det ikke." (Sundhedsprofessionel 8)

Et sted, der kunne være behov for at justere, er i forhold til det faglige niveau og indhold på kursusmodulerne. Nogen af de sundhedsprofessionelle fortæller, at de oplever, at noget af indholdet på kursusmodulerne er for fagligt i forhold til, hvad der egentlig er relevant for borgerne at opnå viden om. I stedet for en teoretisk viden efterspørges der, at der på kursusmodulerne præsenteres en mere grundlæggende viden, hvor borgeren opnår viden om, *hvorfor* det aktuelle emne er vigtigt at vide noget om som borger med diabetes, og *hvad* denne viden skal bruges til. I de følgende citater reflekterer tre sundhedsprofessionelle over det faglige indhold på kursusmodulerne:

"Jeg går lidt i nogle overvejelser sådan lige pt. om det måske, altså dette her; bliver noget af det lidt for teoretisk? Fordi der er meget teoretisk. Så det er lidt dette her med, skal vi skrue lidt ned for noget af teorien og simpelthen give dem mere plads til at være gruppe og sparre med hinanden og sådan noget, ikke? Det er sådan lige en balancegang, hvor jeg godt kan tænke, om det er vores eller mit ambitionsniveau, der ligger lige lidt for højt." (Sundhedsprofessionel 7)

"Altså det er også dejligt at have så store forventninger til deltagerne, men man skal også lige have dem med. Og der kunne jeg godt se, at de flere gange lige tabte tråden, fordi man ikke havde fået det basic på plads endnu. Det skal simpelthen være mere grundlæggende viden, og der tænker jeg måske, man skal igen fokusere fra projektets side; hvad er vigtigt, at de ved, og hvorfor? Helt konkret. Hvad er det, det hold der, skal gå derfra med og helst have allermest styr på. Så er alt det andet, det er nice to know." (Sundhedsprofessionel 6)

"Det, jeg skal formilde som sygeplejerske, [...] der mangler der noget lidt mere, nu siger jeg sundhedspædagogiske igen, men at de [borgerne] får lidt mere fingrene i noget, som de også kan finde ud af, eller hvad man nu skal sige." (Sundhedsprofessionel 5)

De sundhedsprofessionelle understreger ligeledes vigtigheden af at gøre plads til, at borgerne på kurset har mulighed for at dele deres erfaringer og få svar på de spørgsmål, de eventuelt har. Dette

er noget, de allerede i høj grad prøver at inkludere i undervisningen, men det beskrives som udfordrende hvis de i forvejen er presset på tid i deres undervisning. I det følgende citat fortæller en sundhedsprofessionel for eksempel om en episode i undervisningen, hvor vedkommende valgte at tilrette undervisningen efter et behov, én af kursUSDeltagerne gav udtryk for, på trods af at der var en stram dagsorden i undervisningen:

"Der var for eksempel her det sidste hold, hvor der er én, der siger: 'jeg troede, at jeg fik en masse opskrifter med hjem,' hvor jeg så tænker: 'nej, her får du ikke opskrifter, dem må du selv gå hjem og finde,' ikke? Men så tænkte jeg jo ved mig selv, det er ikke det, hun har brug for, hun har brug for noget andet. Så spørger jeg: 'hvad er det helt konkret, du har brug for, hvorfor er det, du gerne vil have opskrifter?'. 'jamen jeg mangler bare inspiration til aftensmaden.' Okay, så det fik vi jo talt os sammen til, og så lavede vi jo sådan en runde, 'hvad spiser du til aftensmad?' og 'hvad skal du have i aften, og hvad skal du have i aften?'. De blev så glade, deltagerne, hvor jeg egentlig ikke sådan tænkte... Men det tog jo nemt tyve minutter, og så kunne jeg jo sådan rette det lidt til undervejs og sige 'okay hvad... hvordan kunne man gøre denne her lidt mere diabetesvenlig eller sund,' ikke? Men hvor jeg sådan tænkte: 'shit mand, der er en dagsorden lige i ryggen på mig, så hvad for noget af det...'. Altså hvis jeg skal følge konceptet, så har jeg pænt travlt resten af tiden, Så dette her med, at man bare vurderer, ikke tænker, at alle skal have det samme, men vurderer fra gang til gang: jamen så tager jeg simpelthen det der ud, for det giver ikke mening i denne her sammenhæng. At man sådan lige kan være en lille smule mere loose der. (Sundhedsprofessionel 7)

Generelt påpeges det af flere af de sundhedsprofessionelle, at kurset er for stramt styret, og de godt kunne tænke sig et koncept, der nærmere var et inspirationskatalog, hvor man kunne udplukke de emner og øvelser, man ønskede at gå i dybden med, hvor der var mulighed for, at man selv kunne supplere med fagligt indhold, og hvor der var plads til, at man kunne følge borgernes behov og ønsker i forhold til, hvad de efterspørger:

"I stedet for at det var så opdelt på moduler og så planlagt, selve undervisningsgangene, hvor meget tid man bruger på det ene og det andet, så kunne jeg godt tænke mig den frihed, at jeg kunne plukke i det, lidt som jeg var nødt til at gøre her i min nødløsning. Men at der stadigvæk var et kursushæfte, hvad hedder det, hvor der var de her ting i, men hvor man måske ikke skriver det under moduler, men hvor man bare kan sige: 'på side 20, det er lige det, vi snakker om i dag, der kan I se, at der står det her med mål og plan,' eller sådan noget. Så kan man måske godt dele det op i noget, der hedder mestring og noget diagnosespecifik, men at man så selv kunne plukke lidt i det, og vi kan planlægge lidt. Så var man måske heller ikke så bundet af, hvis man har noget sygdom, at der er andre, der lige kan træde til og tage deres del bare i en anden rækkefølge, eller et eller andet. At det var lidt mere fleksibelt, kunne jeg godt tænke mig. Men at man har de der øvelser at ty til, så man ikke skal til at opfinde, hvad man skal undervise i. Det er jo meget smart." (Sundhedsprofessionel 3)

"Et ønskescenarie ville faktisk være, lad os nu sige, man havde de her tre overskrifter, hvis nu vi bare sagde, at den ene var medicin og den anden var følgesygdomme, og så var det noget kost. At man så ligesom brugte det som et idékatalog, [...] hvis nu der var tre øvelser ved hvert hovedemne cirka eller tre måder, man kunne gøre det på, så kunne man selv vælge, hvordan man stykkede det sammen. Så man ligesom prøvede at sige 'jamen vi ved, hvis I bruger det her, så er vi inden for det der, hvor der er noget evidens. Vi ved, det er en måde, man kan bruge det'. De her øvelser giver, at man sammentømmer borgerne, de får mere dynamik sammen. Det ville for mig gøre det mere spændende, for jeg ville føle, jeg havde lidt mere noget råderum, men samtidig skal jeg heller ikke altid ud at opfinde noget nyt hver gang. Det synes jeg kunne være fedt at prøve at arbejde med et projekt, der var mere fleksibelt." (Sundhedsprofessionel 4)

”Måske at det er sådan emnestyret, at man ligesom siger, at de her emner skal I igennem, og vi synes, det skal være i denne her rækkefølge. Og så er det selvfølgelig det, vi gør efter, men mere vælger nogle øvelser, som passer til det i emner. Ud fra et katalog, ja. Som man kan tilpasse. Så man ved, at man også kan nå at bruge god tid på det, hvis der kommer nogle gode snakke, at man ikke skal videre til noget andet også.” (Sundhedsprofessionel 6)

Med udgangspunkt i interviewene efterspørges der således et behov for, at der justeres på den tidsramme, de sundhedsprofessionelle skal arbejde inden for på det gruppebaserede forløb. Dette skal ikke være i forhold til varigheden på modulerne, men nærmere at kurset gøres mere fleksibelt, således at der er mulighed for at følge borgernes ønsker og tilrettelægge kurset med de øvelser, de sundhedsprofessionelle vurderer dækker borgernes behov på det gældende gruppeforløb.

Tilfredshed med form og opbygning af det gruppebaserede forløb

Grundet covid-19 har kommunerne kørt hold med færre borgere på holdene, end der oprindeligt var tiltænkt i konceptet. At holdene er lidt mindre, bliver af borgerne beskrevet som positivt, da det giver bedre mulighed for at skabe dialog med hinanden. En borger, der både havde været på et hold inden covid-19, og et hold under covid-19 med færre deltagere, fortæller om, hvordan vedkommende oplever forskellen:

”Men det første hold, jeg var på, der var vi rigtig mange. Der var vi fyldt op. Så der får man diskuteret tingene på en anden måde. Det andet hold, jeg var på [...] der var vi faktisk kun seks på holdet. Så der har man jo fået en hel, hel anden måde at komme ind om tingene og diskutere tingene, og folk lukker sig mere op og fortæller om deres erfaringer, og hvad de har brug for, og på den måde [...]. Det har været bedre at være få. Det har det.” (Borger 2)

Flere af de sundhedsprofessionelle fortæller også, at færre deltagere på holdene ikke nødvendigvis har været en udfordring, men at det ligefrem kan være positivt, da det skaber bedre rammer for at inddrage alle borgerne i undervisningen:

”Jamen nu har vi haft nogle meget mødestabile deltagere. Og det er faktisk også af erfaring, når vi kigger tilbage, at de er meget stabile. Så når folk kommer, så er det jo dejligt kun at være den der lidt mindre folk. Jeg tror, at syv, det er det mindste hold, og det er så mange, at de godt kan få noget dialog i gang og noget dynamik altså. Hvor man kan sige, at når man kommer op på de der 11-12 stykker, så kræver det lidt mere at få alle på banen, ikke også. Så det er jo helt fantastisk med de der – arh syv, det må godt være mere. Men det har fungeret fint. Rigtig fint.” (Sundhedsprofessionel 5)

Som der også beskrives i den ovenstående citatet, kræver få deltagere på holdet dog også, at der er en vis mødestabilitet blandt borgerne. De sundhedsprofessionelle, der har oplevet lidt større fravær blandt borgerne på holdene, beskriver netop, at det også er fint med hold på 10-12 deltagere, så der ikke sidder for få borgere, hvis nogle melder sig syge. Foruden betragtningerne om fravær på holdene er kommunerne ved tilrettelæggelse af holdstørrelserne selvfølgelig også betinget af overvejelser om ressourcetrækket, da små hold fordrer større udgifter per borger.

Borgerne fortæller også, at de har været godt tilfredse med opbygningen af kursusforløbet. Dette er både i forhold de tre timer, som modulerne varer, og i forhold til varigheden mellem modulerne:

”Det er ikke sådan så du sidder og tænker: ‘ah skal vi da ikke snart hjem,’ sådan så du sidder og glør på uret der til sidst, den sidste halve time eller hele time. Altså den sidder lige i skabet. Det snakkede vi nemlig om. Man har jo lige et frikvarter en gang imellem for lige at strække benene

eller få noget frisk luft, og der snakkede vi nemlig om at dette her med, at det var altså skruet rigtig godt sammen sådan rent tidsmæssigt i hvert fald. Der var det rigtig godt, det var *lige* tilpas.” (Borger 10)

Nogle af borgerne påpeger, at det er vigtigt, at kursusmodulerne ikke bliver afholdt hyppigere end én gang om ugen, da dette netop giver dem mulighed for at bearbejde den viden og de inputs, de har fået på kurset:

”Altså det skulle ikke være mere end en gang om ugen, fordi så havde jeg ikke haft tid til at bearbejde det, vi har. Jeg er sådan en mærkelig en, når jeg kommer hjem fra sådan noget, så sætter jeg mig lige og skriver mine noter rent og lige tænker over, hvad jeg har fået ud af det. Og så kan jeg tænke lidt over tingene og bearbejde. Hvis det havde været flere gange, vi havde været der, så havde jeg ikke kunne nå at gøre det ordentligt.” (Borger 7)

I interviewene er der et par af de sundhedsprofessionelle, der reflekterer over, hvorvidt det er den mest frugtbare opbygning, at mestringsmodulerne kommer før de diagnosespecifikke moduler. Overvejelserne går på, hvorvidt det vil være mere meningsfuldt for borgerne, at de opnår viden om sygdommen og om hvilke vaner, de eventuelt skal ændre, før de får undervisning om, hvordan de bliver motiveret til det:

”Jo de skal jo selvfølgelig også kunne se en mening med det. Hvordan det er og nogle... altså det der med, hvordan det er skruet sammen, om det er mestring først eller... og fast track først og så det diagnosespecifikke, jeg kan også sagtens se det brugt omvendt. At det er det diagnosespecifikke først og så ‘okay der er faktisk noget, jeg skal prøve, om jeg kan gøre lidt mere’, altså at de får motivationen for at forandre noget ved at lære lidt om sygdommen.” (Sundhedsprofessionel 9)

Hvorvidt om de diagnosemoduler skal komme før mestringsmodulerne er dog ikke entydigt afklaret for de sundhedsprofessionelle, men blot nogle overvejelser de har haft ved afholdelse af det gruppebaserede forløb. Ligeledes er det ikke noget borgerne har påpeget i interviewene.

Tilfredshed med det gruppebaserede forløb under covid-19

Da undervisningen på det gruppebaserede forløb har været påvirket af omstændighederne under covid-19, er borgerne i interviewet også blevet spurgt ind til, hvordan deres oplevelse har været af forløbet under disse særlige rammer.

For mange af borgerne synes ændringerne på det gruppebaserede forløb ikke at have den store betydning for deres oplevelse af forløbet. De fortæller, at de synes, at de sundhedsprofessionelle var gode til at sikre nogle trygge rammer ved at sørge for, at der for eksempel blev holdt afstand og sprittet af undervejs:

”Vi havde et stort lokale og sad med 2-3 stole imellem os, og de gik meget op i at spritte af og gøre rent, og vi skulle spritte af og sådan noget. Så der var meget opmærksomhed på det.” (Borger 1)

”Hver gang, man rørte et eller andet, jamen så blev det sprittet af, og det var heller ikke sådan, at de rendte rundt og tog på tingene. Jeg synes, at forholdsreglerne, de blev varetaget rigtig godt.” (Borger 14)

Et par af de interviewede borgere har deltaget på et hold under covid-19, hvor varigheden på modulerne blev halveret, således at modulerne kun varede 1½ time. Dette synes at have en væsentlig betydning for borgernes oplevelse af undervisningen, da de oplever, at der manglede tid til at fordybe sig i øvelserne og materialet:

”Jeg synes, at det er rigtig ærgerligt, at det er skåret ned. Altså så havde det måske godt kunne køre over... men det ved jeg godt, der er så mange ting, men at det så havde kørt over 8 uger, hvor vi havde fået halvanden time hver gang, ikke også. Fordi dobbelt så lang tid, det giver også dobbelt så meget ro omkring det, ikke også.” (Borger 3)

”Det er jeg egentlig lidt utilfreds med, fordi jeg synes i foråret, der havde vi mange flere timer, meget bedre tid. Så blev det jo lavet om på grund af corona, og så fik vi halvanden time til en lektion. Og det blev faktisk lidt for meget japperi. [...] Vi havde øvelser i foråret, fordi der havde vi længere tid, hvor vi sad, og så skulle vi op og stå, og så skulle vi lave lidt gymnastikøvelser. [...] Det var jo med til ligesom og gøre kurset længere og sjovere, fordi nogle er tykke og nogle tynde, og nogle bliver forpustet, og nogle bliver ikke forpustet. Det lukker lidt mere op for det sociale.” (Borger 4)

En så radikal ændring af formen på det gruppebaserede forløb kan derfor have en større negativ betydning for borgernes oplevelse af forløbet.

I interviewene med de sundhedsprofessionelle fortæller de lidt mere om, hvilken betydning covid-19 har haft for udførelsen af det gruppebaserede forløb. Her fortæller de sundhedsprofessionelle, hvordan de har tilpasset og justeret på øvelserne og undervisningen:

”Altså det der med at gå hen og tage et billedkort og fortælle om dem selv, der har de jo ikke rigtig måttet. Der har de jo så været henne måske og pege på et kort. Så på den måde har de jo ikke rigtig kunnet røre ved tingene, som vi havde regnet med. Heller ikke det med madkortene. De har bare været lidt pacificerede, imens, kan man sige, siddet ned imens, de har ikke sådan kunnet gå rundt. Men det har da været okay, når nu ikke det kunne lade sig gøre på andre måder, men jeg synes da, at det kunne være rart, hvis vi igen begynder at kunne røre lidt ved tingene.” (Sundhedsprofessionel 9)

”Ja det har fungeret, men det har da været sådan lidt, når vi har skulle lave nogle af øvelserne med dugene og sådan noget. Så er det os, der skulle have lagt brikkerne. Vi kan ikke gå sammen to og to. Men dér skal man jo bare tænke, at deltagerne ved jo ikke, hvordan det skulle have været.” (Sundhedsprofessionel 8)

”Vi har egentlig forsøgt at være meget tro mod konceptet, fordi det har været en projektperiode. Men selvfølgelig været nødt til at tilpasse det lidt i forhold til dette her corona. Så alt dette her motion og bevægelse, der er lagt ind i programmet, det har vi ikke gjort. Det har ikke været muligt på grund af corona og afstand og alle de her ting. Men så har vi forsøgt at lave nogle andre små øvelser indimellem.” (Sundhedsprofessionel 7)

For at muliggøre, at de gruppebaserede forløb kunne blive ved med at køre under covid-19, udviklede SDCO en række retningslinjer og tilføjelser til de specifikke øvelser. Det synes ikke at være en holdning blandt de sundhedsprofessionelle, at det faglige indhold er blevet dårligere grundet ændringerne, men flere af dem beskriver det som udfordrende, at det har været en ekstra arbejdsbyrde for dem at indarbejde disse tilpasninger:

"Det har selvfølgelig givet en ekstra dimension til forberedelsen, fordi vi har jo tænkt rigtig meget gruppearbejde ind og rigtig meget to-og-to arbejde og sådan nogle ting. Det giver bare ikke mening, når holdene bliver så små, og de ikke må være i nærheden af hinanden. Så det er ligesom blevet en anden måde at gøre det på. Heldigvis kan man jo gøre noget, når man er en lille gruppe, som om man er bare en gruppe af en større. Men der er bare rigtig meget undervisning, der lige skal tænkes lidt om og lige justeres på og prøve at give noget andet aktivitet, fordi man jo netop ikke kan gå rundt blandt hinanden, og så er tre timer altså længe. Altså *virkelig* længe. Det er altså hårdt for dem og sidde så meget." (Sundhedsprofessionel 6)

"Altså der kom jo sådan et tillæg ud til *Lev livet*, altså hvor der var corona-restriktioner, og hvor der var kommet med nogle forslag, for eksempel dette her med, at i stedet for at gå i supermarked så kunne man bruge Nemlig.com, hvor man jo stort set kan finde alle fødevarer og næringsdeklarationer og sådan noget. Og så har vi opfordret folk til selv at tage nogle fødevarer med, som de eventuelt kunne være lidt i tvivl om. Og så har de jo siddet med deres eget, og hvis jeg har haft nogle attrapper med, så har vi også stået og sprittet det af. Så det har kunnet lade sig gøre. Jeg synes faktisk, at vi har været gode. Men det har taget noget tid altså. Og gjort os lidt gråhårede en gang imellem." (Sundhedsprofessionel 7)

Overordnet set fremgår det dog både blandt borgerne og de sundhedsprofessionelle, at det stadig har været værdifuldt af afholde det gruppebaserede forløb under covid-19 på trods af de justeringer, der har været nødvendige at foretage.

Deltagelse af pårørende på det gruppebaserede forløb

Som en del af det gruppebaserede forløb er det tiltænkt, at borgerne kan invitere en pårørende med på kursusforløbet. Grundet covid-19 har det ikke været muligt for borgerne på nogle af holdene at medbringe pårørende. Blandt en stor del af de interviewede borgere fremgår det, at dette dog ikke har været noget, de har savnet, og at det ikke er noget, de ville have benyttet sig af, hvis de havde haft muligheden. For de fleste af de interviewede borgere er dette, fordi de er enlige og derfor ikke har nogle pårørende, de synes er relevante at have med. Dog er der også nogle af borgerne med en ægtefælle eller partner, der heller ikke finder det nødvendigt, da de for eksempel føler, at de selv deler den nødvendige viden med deres partnere, eller grundet praktiske omstændigheder.

For de borgere, der fortæller, at de gerne ville have haft en pårørende med på det gruppebaserede forløb, bliver dette for eksempel begrundet i, at de gerne vil have, at deres partner også får viden om diæten eller sygdommen generelt:

"Altså [ægtefællen] er jo lige såvel på bar bund med det hele som mig. Jeg tror da bare, at det er en god idé, at man hører lidt om det. Det tror jeg, at det er." (Borger 5)

"Ja der ville jeg da gerne have haft min [ægtefælle] med. Jeg er en gammel mand, så det er mest [ægtefællen], der står for madlavning, og det kunne da have været godt nok, at [ægtefællen] var med." (Borger 4)

Spørgsmålet om muligheden for at kunne medbringe pårørende på det gruppebaserede forløb vækker dog også en bekymring hos nogle af borgerne. Dette er særligt i forhold til, om pårørende på en negativ måde ville påvirke gruppedynamikken på holdene:

"Måske at man gjorde det på frivillig basis selvfølgelig, at de kursister fik en time eller to sammen med de to undervisere. Ja det var sådan, jeg tænkte det. Fordi jeg tror mange gange, at hvis de

kom, og vi sidder der som gruppe, og så kommer sådan nogle ægtefæller med i det, så tror jeg ikke, at vi får snakket tingene igennem, det tror jeg ikke. Og jeg tror, at det er nemmere, hvis det er de to undervisere sammen med kursisten eller samlever eller ægtemand, eller hvem det er, som er der.” (Borger 12)

”Jeg synes ikke, at det er en god idé at tage pårørende med. Fordi jeg synes det er rart, at man kun er dem, der er der. For ellers har man lige pludselig otte andre mennesker med, som sidder og snakker om et eller andet, som jeg ikke mener bliver nødvendigt. Men altså, det er jo igen en smagssag. Så skal man lave det med et hold der hedder ’ønsker du pårørende’, så laver man et hold med pårørende. ’Ønsker du ikke pårørende’, så laver man et hold med det.” (Borger 14)

Som ovenstående citater peger på, har nogle af borgerne derfor nogle overvejelser om, hvorvidt det ville være bedst at inddrage pårørende som individuelle samtaler med de sundhedsprofessionelle, eller om der bliver lavet hold, hvor alle havde tilkendegivet et ønske om at medbringe pårørende.

Blandt de sundhedsprofessionelle er der heller ikke en entydig oplevelse af, at borgerne har efterspurgt at have pårørende med på holdene. Flere af de sundhedsprofessionelle beskriver på samme måde som nogle af borgerne overvejelser om de fordele og ulemper, der er ved at inkludere pårørende på forløbene:

”For nogle [af borgerne] er det jo også rart at have et frirum, hvor man bare kan være åben, uden der er pårørende, man skal tage hensyn til. Så jeg synes, der er fordele og ulemper, men jeg synes helt klart, at pårørende kan give rigtig meget og være en stor ressource, fordi diabetes er simpelthen noget, der flytter ind i familien. Det kan ikke undgås ikke at påvirke dem alle sammen og måske også åbne op for nogle snakke. Det er i hvert fald det, jeg også synes, det ville kunne.” (Sundhedsprofessionel 4)

”Jeg tror også, at de [borgerne] synes, det er rart, at der er et sted, hvor de kan snakke om personlige udfordringer i familien. Altså hvor man ligesom kan sige ’okay jeg bliver faktisk træt af min kone, når hun...’. Altså når vi laver netværksøvelser og sådan noget, så kan manden placere konen i det røde felt. Så er det måske lidt svært, hvis hun sidder ved siden af. [...] Så der er det måske godt nok at de [pårørende] ikke er der. Så de [borgerne] ligesom får deres eget rum. Og vi snakker lidt om de udfordringer, de oplever.” (Sundhedsprofessionel 6)

Andre af de sundhedsprofessionelle har tidligere haft gode erfaringer med at inkludere pårørende til borgere med diabetes på sådanne forløb og tænker umiddelbart også, dette kunne give en værdi til det gruppebaserede forløb:

”[Tidligere] havde vi pårørende med. Og det gav os noget rigtig godt, fordi der kunne godt sidde nogle pårørende, som var den dominerende i forhold til sygdommen. Så det her med at lade selve diabetikeren tage noget ansvar og lade det være hans banehalvdel, der skal arbejdes på. Så vi har haft ægtepar og sådan noget siddende.” (Sundhedsprofessionel 8)

Ligeledes fortæller nogle af de sundhedsprofessionelle, at de tilbyder borgerne at have pårørende med på de individuelle samtaler, hvilket borgerne benytter sig af. At tilbyde individuelle samtaler, hvor pårørende har mulighed for at deltage, kunne således være et frugtbart alternativ til at inkludere dem på de gruppebaserede forløb.

9.3 Borgernes oplevede udbytte af at have deltaget på det gruppebaserede forløb

I Tabel 9.3.1 fremgår der 14 udsagn, hvortil borgerne har skulle tilkendegive, hvor enige de er med det pågældende udsagn, efter deltagelse på det gruppebaserede forløb. Generelt ses det, at borgerne oftest har svaret, at de er meget enig eller enig i de fleste udsagn, hvilket indikerer, at det gruppebaserede forløb har været udbytterigt for borgerne. Særligt angiver borgerne, at de ved deltagelse på det gruppebaserede forløb har fået mere viden om type 2-diabetes og om, hvordan kroppen påvirkes (100%), at de har fået mere viden om sundere madvaner (100%), og at det har været positivt for dem at være på et gruppeforløb med andre i samme situation (94%). Det borgerne i mindre grad oplever at have fået ud af det gruppebaserede forløb omhandler viden om, hvorledes familie, venner og bekendte kan være med til hjælpe dem med deres sundhedsudfordringer, samt redskaber til at styrke kommunikation til omgivelserne og bedre udtrykke egne holdning, hvor 38% angiver hverken enig eller uenig i begge kategorier.

Tabel 9.3.1 Borgernes holdning til følgende udsagn efter deltagelse på det gruppebaserede forløb i *Lev livet*. Antal (n) og procent (%).

	Meget enig		Enig		Hverken enig eller uenig		Uenig eller meget uenig ¹	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
A. Fået mere viden om type 2-diabetes og om, hvordan kroppen påvirkes.	36	(58%)	26	(42%)	0	(0%)	0	(0%)
B. Fået redskaber til at sætte personlige mål for hverdagen, der kan fremme min sundhed.	23	(36%)	37	(58%)	4	(6%)	0	(0%)
C. Fået mere viden om og redskaber til at forebygge følgesygdomme.	21	(33%)	40	(63%)	3	(5%)	0	(0%)
D. Fået redskaber til at reagere bedre på kroppens signaler og symptomer.	20	(32%)	37	(60%)	5	(8%)	0	(0%)
E. Fået mere viden om virkning og bivirkning af medicin.	15	(23%)	37	(58%)	9	(14%)	3	(5%)
F. Fået indsigt i familie, venner og bekendtes betydning for min sundhed og opretholdelse af sunde vaner.	12	(19%)	27	(43%)	24	(38%)	0	(0%)
G. Fået redskaber til at styrke min kommunikation til andre mennesker og udtrykke egne holdninger.	7	(11%)	30	(46%)	25	(38%)	3	(5%)
H. Fået mere viden om sundere madvaner.	30	(48%)	33	(52%)	0	(0%)	0	(0%)
I. Fået mere viden om rygningens indflydelse på diabetes.	17	(26%)	25	(38%)	19	(29%)	4	(6%)
J. Fået mere viden om alkohols indflydelse på diabetes.	16	(25%)	33	(51%)	13	(20%)	3	(5%)
K. Blevet bedre til at indtænke motion og fysisk aktivitet i hverdagen.	20	(32%)	30	(48%)	13	(21%)	0	(0%)
L. Fået mere viden om, hvad der kan give mig energi i hverdagen.	13	(20%)	41	(64%)	10	(16%)	0	(0%)

M. Blevet bedre til at håndtere min hverdag med type 2-diabetes.	16 (25%)	38 (59%)	10 (16%)	0 (0%)
N. Haft en positiv betydning at være i et gruppeforløb med andre i samme situation.	37 (58%)	23 (36%)	4 (6%)	0 (0%)

'0 (0%)' Indikerer, at der er for få eller ingen respondenter, der har svaret det pågældende spørgsmål.

¹ Grundet, at få eller ingen besvarelser, er kategorierne 'Uenig' eller 'Meget uenig' lagt sammen.

Kilde: Efter-spørgeskema.

Tabel 9.3.2 beskriver, i hvilken grad indholdet på det gruppebaserede forløb har været tilpasset den enkelte deltagers situation. Generelt ses det, at de fleste deltagere føler, at forløbet i høj grad eller i meget høj grad har været tilpasset deres situation, mens 21% føler, at det gruppebaserede forløb i nogen grad, ringe grad eller slet ikke har været tilpasset deres situation.

Tabel 9.3.2: Borgernes holdning til, i hvilken grad indholdet på det gruppebaserede forløb i *Lev livet* har været tilpasset til deres situation. Antal (n) og procent (%).

	n (%)
I meget høj grad	18 (28%)
I høj grad	33 (52%)
I nogen grad	10 (16%)
I ringe grad /slet ikke ¹	3 (5%)
Samlet antal ¹	64(100%)

¹ Grundet at få eller ingen besvarelser er kategorierne 'I ringe grad' eller 'Slet ikke' lagt sammen.

Kilde: Efter-spørgeskema.

De interviewede borgere giver også udtryk for, at det særligt er ny viden om diabetes, viden om sundere madvaner og mødet med andre personer med diabetes, som de har fået ud af deltage på det gruppebaserede forløb.

Viden om sygdommen

Borgerne fortæller, at de har fået en grundlæggende viden om sygdommen diabetes, hvilken nogle af borgerne beskriver som en oplevelse af at få afmystificeret sygdommen og at få styr på det at måle og forstå sit blodsukkertal:

"Jeg er blevet mere rolig med min sukkersyge, fordi jeg ligesom har fået lidt mere styr på de tal og med mine følelser, fordi hvornår føler jeg, at min sukkersygetal er højt, og hvornår føler jeg, det er lavt. Det har jeg fået mere styr eller forhold til." (Borger 4)

"Ja altså jeg har fået viden om, hvad type 2-diabetes er. Meget mere, end jeg havde før. Der havde jeg jo sådan set ikke nogen viden om det. Andet end at jeg kaldte det sukkersyge og troede, at man skulle stikke sig, og man ikke måtte overhovedet spise sukker, og jeg var parat til at smide alt sukkeret ud, jeg har i huset, og sådan noget. Det har jeg jo så heldigvis ladet ligge." (Borger 8)

"Jeg synes, jeg har fået mere tryghed ved det. At jeg gør det rigtige. Fordi nu måler jeg ikke mit blodsukker, for det skal jeg ikke, siger de. Så jeg skal først til december, så jeg har jo ikke rigtig kunnet se endnu, om det har givet nogle resultater. Men jeg synes, jeg har fået det bedre af det. Fået mere ro på, hvad man skal, fordi når det er så nyt det hele, ikke også? Det har i hvert fald givet mig en masse tryghed." (Borger 13)

Etablering af sundere mad- og motionsvaner

At borgerne har fået sundere madvaner, er også noget, der går igen i interviewene. For nogle af borgerne har de ikke blot fået mere viden om sundere madvaner, men også formået at implementere det i deres hverdag:

"Jeg har ændret meget på min kost og det der hurtige mad, det er ovre, så jeg står troligt og laver grøntsagerne næsten hver eneste dag." (Borger 1)

"Jeg har også været hjemme og kontrollere alle mine madvarer, hvordan og hvorledes, og om de var okay at spise, det jeg spiser." (Borger 7)

Ligeledes fortæller nogle af borgerne, at de anvender den viden, de har fået på kurset om kost og madvarer, når de er ude at handle ind. I citatet nedenfor fortæller en borger for eksempel, hvordan vedkommende kigger efter Nøglehulsmærket, når der handles ind:

"Jeg kan jo godt mærke en forskel fra før sukkersyge til *efter* sukkersyge, fordi før, så nogle gange så kunne jeg godt starte mit indkøb nede i butikken henne på hylden, hvor der stod Dancake citronmåner for eksempel. Jeg har været en sucker efter citronmåner. [...] Nu kan jeg godt gå forbi den her reol der, hvor alle de her Dancake og alle de her ting, de står. Nu er det ikke dér, jeg starter mit indkøb, nu er det med at finde de her Nøglehulsmærkevarer, man kan finde rundt omkring på hylderne." (Borger 10)

Hvor det gruppebaserede forløb i høj grad har ændret madvaner hos flere af borgerne, har fokus på at dyrke mere motion i mindre grad haft indflydelse på borgerne. Få borgere fortæller dog, at de også har etableret nogle ændringer i deres motionsvaner efter at have deltaget på det gruppebaserede forløb:

"Jeg har elsket at gå. Og lige nu der har jeg ikke engang gangdistancer på 100 meter, fordi det er så på grund af hjerteproblemer. Hvor så flere har sagt til mig, 'du skal have en rollator', men at få den der rollator... Jeg siger dig, det har altså været så grænseoverskridende. Men både med det der første hold, jeg var på, og så det her andet hold, jeg har været på, der har der været en del snak om den der rollator, og det har fyldt noget. Så jeg har fået en rollator, og jeg har været ude med den der rollator for første gang her i dag. [...] Så et eller andet er der jo sket på motionsdelen." (Borger 11)

"Så for ligesom at holde motion ved lige, når jeg nu er færdig. [...] så blev jeg meget begejstret for romaskinen, da jeg kom i gang derude på centeret. Så jeg havde lige købt mig en romaskine, og så havde jeg installeret min egen motionssæt derhjemme ved mig selv." (Borger 9)

Erfaringsudveksling og sparring med ligestillede

Dét, at der har været mulighed for at spare med hinanden, beskrives som særligt udbytterigt for borgerne på det gruppebaserede forløb. Borgerne fortæller, at de synes, det har været gavnligt, at de kunne dele erfaringer med hinanden. For nogle af borgerne handler dette også om ikke at føle sig alene med en sygdom, men at blive inspireret af, hvordan andre har håndteret det at leve med diabetes:

"Det der med hvordan har andre tacklet det, for det jeg afgjort har haft brug for i det kursusforløb, det var velfungerende personer, der kunne formulere sig, og som kunne gå i dialog, og som forstod problemet. Og det er også der, jeg har hentet mest. Jeg har hentet en del i det der sociale med folks måde og komme ind omkring deres problemstillinger." (Borger 11)

"Også det der med at møde andre, og så man kan acceptere, at nu har man altså fået dette her, og selvfølgelig findes der måske en udvej ved, at man taber sig og så videre, men ja. Den opbakning, man fik af de andre kursister, som også sad i samme båd. Hvordan det havde hjulpet nogle af dem med at tabe sig og så videre. De fleste af os var jo overvægtige, det skal ikke være nogen hemmelighed, overvægt kan jo godt udløse det. [...] Lige pludselig kunne vi sidde og snakke om de samme ting. Vi havde de samme problemer alle sammen, uanset hvordan vi kigger på det, ikke? Og det synes jeg det var dejligt. Og det synes jeg var noget positivt, vi kunne tage med hjem og sige: 'hov, jeg er ikke den eneste'." (Borger 12)

Mental velvære

Foruden den erfaringsdeling, der er mulighed for på det gruppebaserede forløb, har deltagelsen på forløbet også bidraget til en forbedring af mentale velvære hos nogle af borgerne:

"Jeg har ikke så dårlig samvittighed mere. Det har også meget at sige. Det er der, det mentale velvære kommer ind." (Borger 6)

"De lærte mig det om de fire m'er. Og de tre af dem, dem havde jeg jo helt styr på. Nemlig maden, motionen og medicinen. Men jeg havde ikke styr på det mentale velvære. Og da jeg hørte lidt om det og fik det forklaret, og jeg fik tænkt over det, så hjalp det mig, så blev humøret bare meget bedre. De sagde også, at jeg skulle sørge for indimellem at få nogle af de der madoplevelser, som jeg godt kunne lide, fordi ellers kunne jeg slet ikke holde ud at leve. Nu har jeg lavet stegt flæsk med persillesovs én gang siden." (Borger 7)

"Da hun [lægen] sagde, at jeg havde fået sukkersyge. Type 2-diabetes. Jeg gik fuldstændig i selvsving. Det var voldsomt for mig sådan rent psykisk. Så det har kurset hjulpet meget på, og få mig 'grounded', eller hvad kan man sig. Få tingene ned på jorden og få alt det der panik væk, eller hvad man kan sige." (Borger 8)

Om, Som citaterne peger på, har en afklarethed omkring diabetes og hvordan man skal håndtere den, været med til at forbedre borgernes livskvalitet.

10 Erfaringer med det 9'ende modul

Det 9'ende modul er et opsamlingsmodul, der afholdes tre måneder efter det 8'ende modul, hvor der er fokus på, hvordan borgerne har arbejdet med emnerne fra de otte øvrige moduler, og hvilke erfaringer de har gjort sig undervejs. For at få indsigt i, hvordan borgerne og de sundhedsprofessionelle oplever opsamlingsmodulet, er der foretaget opfølgende interviews med de sundhedsprofessionelle, der har undervist på 9'ende modul, og et udpluk af borgerne, der har deltaget på 9'ende modul. I dette kapitel belyses henholdsvis de sundhedsprofessionelles og borgernes oplevelse af indholdet på det 9'ende modul, om det 9'ende modul har betydning for borgernes ændring af vaner samt tilfredsheden med varigheden mellem det 8'ende og 9'ende modul.



Resultaterne i dette kapitel – helt kort

Blandt borgerne og de sundhedsprofessionelle beskrives det 9'ende modul som positivt, herunder den erfaringsudveksling og sparring mellem borgerne, som modulet giver plads til. Det dog ikke entydigt, hvorvidt opfølgingsmodulet har betydning for, om borgerne i højere grad fastholder deres ændringer af vaner. For de sundhedsprofessionelle og borgerne synes varigheden mellem 8'ende og 9'ende modul overordnet set at være passende.

Indholdet på 9'ende modul

Blandt borgerne fremgår det, at 9'ende modul primært omhandler de ændringer, de havde foretaget, og de erfaringer, de havde tilegnet sig siden sidste modul. På modulet er der også mulighed for at stille spørgsmål og få opfrisket nogle ting, hvis der er behov for det:

”Man snakkede lidt om de oplevelser, man har haft inden for de sidste tre måneder, hvor vi ikke har været sammen. Hvordan der var nogle, der var stoppet med deres insulin og så videre. Og havde tabt sig og sådan nogle ting. Det var på den måde, jeg mener, det var lærerigt, og vi snakkede om alt muligt og ingenting. Så det var mest, vi snakkede om de erfaringer, vi har haft, efter vi stoppede.” (Borger 12)

”Ja det var sådan en opfølgning af, hvad vi havde været igennem og sådan nogle sager. Og så blev vi stillet spørgsmål ind til, sådan for lige at få det frisket lidt op igen. Det var rigtig godt.” (Borger 13)

”[Da vi stoppede på 8'ende modul], der var vi rundt alle sammen og sige, hvad var vores mål nu. Hvad ville vi gå hjem og prøve at arbejde videre med, ud fra noget af det, vi havde lært, og så videre. Og det var skrevet ned det hele, og det var vi så inde enkeltvis og fortælle om. Hvor langt vi var nået, kan man sige, i de ting vi havde sagt, vi ville arbejde med. Og selvfølgelig, nogle er nået længere end nogle andre, sådan er det jo. Men alle var meget begejstrede, jamen de skulle også bare videre. Jeg føler selv, at jeg har styr på, jamen altså er nået så langt, at det kører bare derudaf.” (Borger 9)

Som det fremgår af citaterne, bliver denne erfaringsudveksling beskrevet som læringsrig og motiverende af borgerne. I interviewene med de sundhedsprofessionelle fortæller de også, hvordan de gør

plads til, at borgerne har mulighed for at erfaringsudveksle, hvorfor de i højere grad lader borgerne forme undervisningsgangen frem for at inddrage øvelser:

"Altså hvad de havde af forventninger, og hvad de tænkte, vi skulle igennem, og også sådan stille nogle spørgsmål, hvad er der sket siden sidst, vi var sammen? Er der noget særligt, du har gjort? Eller hvad er du lykkes godt med? Hvad er du stolt over? Og hvad er gået mindre godt? Og også hvad ønsker du hjælp til fra gruppen? Nu var de kun fire, men jeg synes egentlig, de var gode nok til sådan at forsøge at hjælpe hinanden". (Sundhedsprofessionel 9)

"Der var jo lagt op til, at vi skulle lave [en øvelse]. Men så valgte vi jo at tage denne her runde, hvor vi sådan lige spørger: 'har du noget på hjerte? Hvad er der sket siden sidst?' altså det endte faktisk med at tage halvanden time eller lidt mere, ikke? Så vi kom aldrig i gang med den der øvelse, men det var simpelthen, fordi de var bare så skidegode til at fortælle, hvad de havde oplevet, og hvad de havde gjort sig af erfaringer, og det var jo bare blevet hverdag for dem alle sammen, uden at de rendte og tænkte på diabetes hele tiden." (Sundhedsprofessionel 7)

"Jeg havde ikke forberedt et bestemt program, men mere at det skulle være det program, som gav mening for *dem*, så jeg var åben overfor, hvad de kom med, sådan at det var dem, der egentlig bestemte dagsordenen." (Sundhedsprofessionel 10)

9'ende moduls betydning for fastholdelse af gode vaner

Som præsenteret i afsnit 9.3 beskriver borgerne også i opfølgningsinterviewene, hvordan de ikke blot har tilegnet sig nogle gode vaner, men også har været i stand til at fastholde ændringerne tre måneder efter 8'ende modul:

"Vi fik sådan en rigtig god folder [indkøbsguiden], og den har jeg liggende inde ved min telefon. Så når jeg er ude at handle, så hvis der er noget, jeg er i tvivl om, hvilken gruppe det [madvaren] ligger i, så bruger jeg den. Det er de der små ændringer. I stedet for at bruge det der, så køber jeg noget andet, som svarer til det samme." (Borger 12)

"Jeg var så parat til at gå hjem og fortsætte i noget af det der. Og jeg kan da sige så meget, at min kostomlægning, den har... den siger da minus tolv kilo nu." (Borger 9)

I interviewene med de sundhedsprofessionelle og med borgerne er det dog ikke entydigt, hvorvidt opfølgningsmodul har betydning for, om borgerne fastholder deres vaner. For nogle af borgerne og de sundhedsprofessionelle synes det 9'ende modul ikke at have nogen betydning for, om borgerne har lettere ved at fastholde deres gode vaner:

"Det tror jeg, at jeg ville alligevel have gjort. Det er jeg faktisk nærmest overbevist om. Der *kan jo* virkelig være nogle, der er gået kløjs i det. Men det virker, som om vi faktisk alle sammen var rimeligt afklarede." (Borger 8)

"Jeg tror, de havde gjort det selvom... Det er bare nogle, der er sådan ressourcestærke og var fast besluttet på, at nu... og havde nogle støttepersoner derhjemme også. Så jeg tror, at det var lykkedes dem alligevel." (Sundhedsprofessionel 8)

Andre fortæller, at opfølgningsmodul kan være med til at motivere folk til at fastholde deres vaner, når de ved, at de skal mødes med resten af holdet igen. I følgende citat fortæller en sundhedsprofessionel, hvordan vedkommende oplever betydningen af det 9'ende modul:

”Altså min oplevelse af dem, som havde ændret noget, og som fortsat er i gang med at ændre, dér gør det en forskel. Fordi jeg tror også, at for nogle, der handler det også om, det der med, at nu sætter man noget i gang, og så ved jeg, at om et par måneder, så følger jeg faktisk op. Jeg mødes faktisk med dem, som jeg har mødtes med, nogle gange, og jeg ved, at der er noget sparring på en eller anden måde dér, og så tror jeg faktisk, at det gør en forskel, frem for at det meget er den allersidste gang, man sætter noget i gang, og så ønsker vi dem held og lykke, og gid dit liv må gå godt. Så mødes man ikke mere. Jeg tror helt klart, at det spiller en væsentlig rolle.” (Sundhedsprofessionel 10)

Varigheden mellem 8’ende og 9’ende modul

Blandt de interviewede sundhedsprofessionelle fremgår det, at de cirka afholder det 9’ende modul 2½-3 måneder efter det 8’ende, hvorfor de lægger sig op ad, hvad der oprindeligt er tiltænkt ved 9’ende modul. I opfølgingsinterviewene med borgerne synes de, at varigheden mellem modulerne har været udmærket. Hvor én af borgerne dog giver udtryk for, at der max må være tre måneder mellem modulerne, fortæller en anden borger, at det ikke må være kortere tid end de 2½ måneder, da man netop skal nå at prøve den nye viden, man har tilegnet sig, af.

Flere af de sundhedsprofessionelle synes, det er passende med varigheden mellem det 8’ende og 9’ende modul, så borgerne kan nå at være på egen hånd og afprøve de redskaber, de har tilegnet sig. Nogle af dem reflekterer dog også over, om varigheden mellem modulerne bør være kortere, da det er en balance i forhold til, at borgerne stadig skal føle, at de er en del af forløbet:

”Jamen altså jeg tænker da, at der skal tid til, fordi ellers vil det måske bare opleves som *endnu* en undervisningsgang, der bare lige lå lidt forsinket i forhold til de andre. Så der *skal* tid til, min oplevelse var, at tre måneder, det er meget fint. Det er alligevel tolv uger på egen hånd, men igen så tænker jeg også, at der ligger også en opgave i, at man ikke glemmer, at den kommer, og at man jo selvfølgelig har de her tre måneder, hvor man jo selvfølgelig, det er jo op til en selv, men muligheden er dér for at prøve nogle forskellige ting af, afprøve noget og se, hvordan virker det? Virker det overhovedet? Og så kan man jo tage det op til drøftelse, hvis ikke før så i hvert fald til det 9’ende modul.” (Sundhedsprofessionel 10)

For at tage hånd om, at borgerne skulle have spørgsmål eller stå over for nogle udfordringer i tiden mellem 8’ende og 9’ende modul, fortæller nogle af de sundhedsprofessionelle netop også, at de har opfordret borgerne til at tage kontakt til dem, hvis der skulle opstå et behov. I disse kommuner har borgerne således hele tiden haft de sundhedsprofessionelle til rådighed til sparring. De sundhedsprofessionelle oplever dog ikke, at det er noget, borgerne i særlig høj grad benytter sig af. At der er en længere varighed mellem 8’ende og 9’ende modul sammenlignet med de resterende moduler, kunne også skabe bekymringer i forhold til, om der vil være et højt fravær på opfølgingsmodulet. I opfølgingsinterviewene med de sundhedsprofessionelle fremgår det dog, at de ikke oplever nogle udfordringer med borgernes fremmøde.

11 Opsamling og anbefalinger

Dette kapitel præsenterer evalueringens overordnede resultater samt anbefalinger i forbindelse med udbredelse af *Lev livet*.

Formålet med evalueringen er at tilvejebringe viden om, hvordan *Lev livet* praktisk er blevet udmøntet, herunder fremmende og hæmmende faktorer for implementeringen samt borgernes tilfredshed og oplevede udbytte af at have deltaget på det gruppebaserede forløb. I det følgende præsenteres resultaterne af evalueringen:

- Analyserne peger på, at det kan være udfordrende at implementere et samlet koncept på tværs af kommunegrænser, men at det samtidig er det, der kan give særlig værdi til konceptet. På baggrund af interviewene med styregruppemedlemmerne og de sundhedsprofessionelle fremgår det netop, at kommunernes deltagelse i *Lev livet* har været med til at etablere nye samarbejder og understøtte udviklingen af et fagligt netværk. Det er dog også vigtigt, at der er en opbakning til konceptet blandt medarbejdere og ledere, og at ledelsen kan håndtere de eventuelle frustrationer, der kan være i forbindelse med implementeringen af konceptet.
- På grund af de lokale covid-19 restriktioner har der været forskellige muligheder for kommunerne for at afholde kurserne, hvilket gør det udfordrende at sammenligne kommunernes resourceforbrug i forbindelse af afvikling af det gruppebaserede forløb. Ligeledes spiller andre omstændigheder ind på det anvendte timeforbrug ved afvikling af det gruppebaserede forløb, herunder antallet af undervisere på modulerne, og antallet af hold af der afholdes. Kommunernes tidsregistreringer for afvikling af det gruppebaserede forløb kunne dog pege på, at der sker en vis procesoptimering fra afvikling af hold 1 til hold 3.
- Borgerne opnår hovedsageligt kendskab til *Lev livet* via egen læge. Dog rapporterer en del af borgerne, at de har fået kendskab til *Lev livet* gennem en kommunal kontakt, hvis de for eksempel har kontakt til kommunen i en anden sammenhæng. I interviewene med de sundhedsprofessionelle fremgår det, at der kunne være et potentiale i udbrede kendskabet til *Lev livet* i lokalmiljøet, men også på sygehusene, hvor borgerne sjældent visiteres fra.
- I før-spørgeskemaet angiver 68% af borgerne at skulle deltage på det gruppebaserede forløb, 22% angiver at skulle have individuelle samtaler, og 10% angiver at skulle deltage på det digitale forløb. De sundhedsprofessionelle fortæller ligeledes, at de som udgangspunkt anbefaler det gruppebaserede forløb, da dette kan give et særligt udbytte til borgere med diabetes. Det individuelle- eller digitale forløb kan tilbydes borgeren, hvis praktikaliteter eller personlige omstændigheder forhindrer borgerne i at kunne deltage på et gruppeforløb.
- Blandt borgerne, der har fået tilbudt en af de tre forløbstyper på *Lev livet*, ses der en jævn fordeling af mænd (48%) og kvinder (52%). 55% af borgerne er i alderen 45-64 år, og størstedelen (39%) af borgerne har en erhvervsfaglig eller gymnasial uddannelse. I forhold til erhvervs-mæssig stilling udgør kategorien alders- og førtidspensionister samt tidligere virksomhedsejere næsten halvdelen (49%) af borgerne. 63% angiver at bo sammen med en partner med/uden hjemmeboende børn, og 55% af borgerne angiver at have været diagnosticeret med diabetes i over et år.

- I forhold til borgernes gennemførelse af det gruppebaserede forløb tegner der sig også et billede af, at borgerne i højere grad gennemfører fast track versionen af det gruppebaserede forløb til sammenligning med den fulde version af forløbet.
- Langt størstedelen af borgerne angiver i meget høj grad (55%) eller i høj grad (39%) at være motiveret for at starte på det gruppebaserede forløb. Til sammenligning angiver 52% af borgerne en høj grad af motivation og 22% af borgerne en nogen grad af motivation for at starte på det individuelle- eller digitale forløb, hvorfor borgerne er mere motiveret til at deltage på det gruppebaserede forløb sammenlignet med de andre forløbstyper. På alle tre forløbstyper angiver størstedelen af borgerne alligevel at være meget sikre på, at *Lev livet* kan motivere dem til at leve en sundere livsstil.
- Størstedelen af borgerne angiver at være meget tilfredse eller tilfredse med deltagelse i det gruppebaserede forløb uafhængigt af køn, kommune og hvor lang tid, borgerne har haft diabetes. Borgerne fortæller også i interviewene, at de synes, at øvelserne på det gruppebaserede forløb er brugbare og illustrative, at materialet som udgangspunkt fungerer fint, og at underviserne er kompetente og gode til at formidle indholdet på forløbet. Ligeledes giver borgerne udtryk for tilfredshed med form og opbygningen af det gruppebaserede forløb.
- Af spørgeskemabesvarelsenerne fremgår det, at det gruppebaserede forløb har været udbytterigt for borgerne. Særligt angiver borgerne, at de ved deltagelse på forløbet har fået mere viden om type 2-diabetes og om, hvordan kroppen påvirkes (100%), at de har fået mere viden om sundere madvaner (100%), og at det har været positivt for dem at være på et gruppeforløb med andre i samme situation (94%). I interviewene med borgerne er det særligt også viden om sygdommen, viden om kost og sundere madvaner samt erfaringsudvikling og sparring med ligesindede, som borgerne mener, at de har fået af at deltage på det gruppebaserede forløb. Yderligere fortæller nogle af borgerne, at en afklarethed omkring deres diabetes og omkring, hvordan man skal håndtere den, har været med til at forbedre deres livskvalitet.
- Blandt borgerne og de sundhedsprofessionelle fremgår det, at de har en positiv oplevelse af det 9'ende modul, herunder den erfaringsudveksling og sparring mellem borgerne, som modulet giver plads til. På baggrund af interviewene er det dog ikke entydigt, hvorvidt opfølgingsmodulet har betydning for, om borgerne i højere grad fastholder deres ændringer af vaner.

Det har yderligere været et formål med evalueringen, at den skulle munde ud i anbefalinger til justeringer i forbindelse med en videre udbredelse af *Lev livet* til flere kommuner. På baggrund af ovenstående resultater er der også identificeret en række opmærksomhedspunkter, der bør tages med i overvejelserne i forbindelse med en justering af det gruppebaserede forløb:

- Hvorimod der som minimum skulle være 10 borgere på det gruppebaserede forløb ved forløbets opstart, har kommunerne i afprøvningsfasen kørt hold med færre deltagere grundet covid-19. Evalueringen peger på, at færre deltagere på holdet er positivt, da dette bedre kan understøtte en dialog blandt borgerne på det gruppebaserede forløb. Der skal selvfølgelig tages højde for, at der ofte vil være borgere, der har fravær på modulet. Derudover er kommunerne også betinget af nogle overvejelser omkring ressourcetræk i forbindelse afholdelse af holdene, da færre borgere på holdene afstedkommer en større udgift.
- Som fremlagt giver borgerne generelt udtryk for, at de har været glade og tilfredse med det gruppebaserede forløb. Særligt emnet omkring kost og madvaner fremstår som vigtigt og udbytterigt for borgerne. I forlængelse heraf udtrykker nogle af borgerne et ønske om også at

kunne anvende den viden, de tilegner sig om kost og madvaner, i form af et madlavningskursus. Hvis der er kapacitet til det i kommunerne, kunne et madlavningskursus derfor udbydes som et uafhængigt supplement til det gruppebaserede forløb på *Lev livet*.

- De sundhedsprofessionelle synes overordnet set, at det gruppebaserede forløb indeholder nogle gode og meningsfulde øvelser, men de giver også udtryk for, at det gruppebaserede forløb indeholder nogle udfordringer i form af at være tidspresset og have en stramt styret opbygning. Der efterspørges således et behov for, at kurset gøres mere fleksibelt, hvor der er plads til at følge borgernes ønsker og til at kunne tilrettelægge kurset med de øvelser, de sundhedsprofessionelle vurderer dækker borgernes behov på det pågældende gruppeforløb. *Lev livet* kunne således udgøre rammen for et 'katalog' med relevant materiale og øvelser, som de sundhedsprofessionelle vil kunne tilrettelægge undervisningen efter.
- Grundet covid-19 har inddragelse af pårørende på det gruppebaserede forløb ikke været muligt. Med udgangspunkt i interviewene er det dog ikke entydigt blandt borgerne, hvorvidt borgerne vil benytte sig af at have pårørende med, hvis de fik tilbuddet. For nogle af borgerne vækker det en bekymring i forhold til, hvilken betydning det vil have for gruppedynamikken at inddrage pårørende. Som alternativ kunne kommunerne tilbyde individuelle samtaler, hvor pårørende har mulighed for at deltage, som et supplement til det gruppebaserede forløb.

12 Referencer

1. Carstensen, B., P.F. Rønn, and M.E. Jørgensen, *Prevalence, incidence and mortality of type 1 and type 2 diabetes in Denmark 1996–2016*. 2020. 8(1): p. e001071.
2. Jørgensen, M.E., et al., *Estimates of prediabetes and undiagnosed type 2 diabetes in Denmark: The end of an epidemic or a diagnostic artefact?* 2020. 48(1): p. 106-112.
3. Jensen, H.A.R., L.C. Thygesen, and M. Davidsen, *Sygdomsudviklingen i Danmark fremskrevet til 2030 – KOL og type 2-diabetes*. Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2017.
4. Davies, M.J., et al., *Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes, 2018. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD)*. 2018. 61(12): p. 2461-2498.
5. Sundhedsstyrelsen, *Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes*. 2017.
6. Sundhedsstyrelsen, *Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom*. 2016.
7. Wiuff, M.B., et al., *Vejen Videre - Kursus til et bedre liv med KOL, hjertesygdom og type 2-diabetes - Evaluering af en pilotafprøvning i fire kommuner i Region Syddanmark*. 2013, KORA.
8. Engelund, G., *I balance med kronisk sygdom - pædagogisk værktøjskasse til patientuddannelse* ed. N. Vinter-Andersen, M.U. Hansen, and I. Willaing. 2012, Gentofte: Steno Center for Sundhedsfremme.
9. Jensen, B.B., I. Willaing, and J. Andersen, *Når Sundheden skal frem - Fem principper, der sætter kursen for sundhedsfremmeforskning på Steno Diabetes Center*. 2015: Steno Diabetes Center A/S.