

KONCEPTET

LEV LIVET MED TYPE 2- DIABETES

LEV LIVET MED TYPE 2-DIABETES

Udarbejdet af:

Steno Diabetes Center Odense i tæt samarbejde med Billund, Esbjerg, Fanø, Varde og Vejen Kommune.

Udgiver:

Steno Diabetes Center Odense

Tryk:

Clausen Grafisk
Odense, december 2019

Materialer fra konceptet kan downloades på

www.ouh.dk/wm510158

Ved spørgsmål til konceptet

Steno Diabetes center Odense
Mail: ouh.sdco@rsyd.dk

INDHOLD

FORORD	4
KONCEPTETS ORGANISERING	5
SAMARBEJDET MELLEM STENO DIABETES CENTER ODENSE OG DE 5 KOMMUNER	5
PROJEKT: LEV LIVET - DIN HVERDAG MED TYPE 2-DIABETES	5
KOMPETENCEUDVIKLING	6
EVALUERING AF KONCEPTET	6
SUNDHEDSPÆDAGOGISK TILGANG	7
DE 5 SUNDHEDSPÆDAGOGISKE PRINCIPPER	7
DET DOBBELTE KRAM	8
LEV LIVET MED TYPE 2-DIABETES	9
KONCEPTETS OPBYGNING	9
DEN AFKLARENDE SAMTALE	10
DET GRUPPEBASEREDE FORLØB	11
DET DIGITALE FORLØB	13
DET INDIVIDUELLE FORLØB	14
REFERENCELISTE	16
MATERIALER BRUGT I KONCEPTET	16
VIDENSKABELIGE BAGGRUNDSARTIKLER	17
NOTER	18

FORORD

Sundhedsstyrelsen udgav i 2016 anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. Konceptet "Lev livet med type 2-diabetes" er et bud på, hvordan kommunerne kan tilrettelægge deres tilbud om sygdomsmestring til borgere med type 2-diabetes.

Konceptet er udviklet i tæt og konstruktivt projektsamarbejde mellem Steno Diabetes Center Odense (SDCO) og Billund, Esbjerg, Fanø, Varde og Vejen Kommune. SDCO og de fem kommuner etablerede samarbejdet af flere grunde. For det første deler SDCO og kommunerne en ambition om at hjælpe mennesker med type 2-diabetes til at få det bedste liv med diabetes. Et liv, hvor sygdommen ikke fylder meget i hverdagen, hvor livskvaliteten er høj, og hvor komplikationer af sygdommen holdes på afstand. For det andet ønskede vi at samle vore kræfter og kompetencer, så kommunernes faglighed og forståelse for borgernes hverdagsliv blev koblet med SDCO som fagligt kraftcenter for udvikling af diabetesområdet i Region Syddanmark.

Det er vores mål, at vi med dette koncept kan bidrage til at skabe et mere ensartet tilbud på tværs af kommunegrænser til borgere med type 2-diabetes. Et ensartet tilbud vil være til stor gavn for kommunernes samarbejdspartnere i almen praksis og på sygehusene, så de over tid får et styrket kendskab til, hvad kommunerne kan tilbyde deres borgere. Ensartethed på tværs af kommunegrænser giver desuden mulighed for at styrke evalueringen af tilbuddet og den databaserede udvikling af tilbuddets kvalitet. Vi tror således på, at ensartethed er en vigtig forudsætning for, at flere mennesker med type 2-diabetes deltager i kommunernes tilbud, og at deres udbytte af tilbuddet bliver større.

Vi har tilstræbt at finde den rette balance mellem at lave et fælles koncept, som ensretter det kommunale tilbud, og som samtidig giver plads til, at de sundhedsprofessionelle undervisere i kommunerne kan udfolde deres faglighed og erfaring.

Det er desuden vores intention, at konceptet finder anvendelse for mennesker med andre sygdomme end type 2-diabetes. Vi har tilrettelagt tilbuddet med en første del, der går på tværs af diagnoser, og en anden del, der er målrettet mennesker med type 2-diabetes. Den diagnosespecifikke del vil nemt kunne bruges som ramme til at udvikle et lignende tilbud til mennesker med fx hjertesygdom eller KOL.

Vi håber, at konceptet bliver taget vel imod og kan være til inspiration for andre kommuner i Region Syddanmark og i resten af landet.

Med venlig hilsen,

formandskabet for styregruppen bag projektet

Arne Gårn

Programleder for tværsektorielt samarbejde
Steno Diabetes Center Odense
Odense Universitetshospital

Irene Ravn Rossavik

Sundhedschef
Sundhed og Omsorg
Esbjerg Kommune

KONCEPTETS ORGANISERING

SAMARBEJDET MELLEML STENO DIABETES CENTER ODENSE OG DE 5 KOMMUNER

På et møde i det lokale samordningsforum (SOF) v. Sydvestjysk sygehus (SVS) i juni 2018 præsenterede programleder Arne Gårn det nyetablerede Steno Diabetes Center i Odense (SDCO) og de strategisk prioriterede indsatsområder for det tværsektorielle spor, herunder gruppebaseret patientuddannelse.

På mødet var der en umiddelbar interessetilkendegivelse blandt de kommunale mødedeltagere i at deltage i udvikling, afprøvning og evaluering af et fælles diabetesrehabiliterings-koncept på tværs af de fem kommuner: Varde, Esbjerg, Billund, Vejen og Fanø.

Mødet i SOF blev fulgt op af et møde mellem de kommunale repræsentanter, SVS og SDCO den 13. september 2018, hvor det blev besluttet, at gå videre med samarbejdet om et fælles tværkommunalt patientuddannelseskonscept. Den 31. oktober 2018 blev samarbejdsaftale og kommissorier for styregruppe og projektgruppe godkendt, og arbejdet med at definere og beskrive projektets indhold kunne gå i gang.

Deltagerkommunerne har helt fra starten af samarbejdet udtrykt en ambition om, at de kommunale tilbud skal være mere ensrettede på tværs af kommunerne, og i styregruppen har det været et udtrykt ønske, at der i det nye fælles konscept skal være fokus på den sundhedspædagogiske tilgang. SDCO ser ligeledes et potentiale i at ensrette, afprøve og evaluere diabetesrehabiliterings-tilbuddene på tværs af flere kommuner således at borgere med diabetes modtager et ensartet tilbud, uanset hvilken kommune borgerne tilhører.

De fem deltagerkommuner (Varde, Billund, Vejen, Esbjerg og Fanø) har tilsammen 238.862 indbyggere (4. kvartal 2018, Dansk Statistikbank), og det samlede antal borgerne med type2-diabetes er jf. opgørelserne fra Sundhedsprofilen 2018 ca. 11.000.

Deltagerkommunerne adskiller sig fra hinanden på flere områder; Der er stor forskel på kommunernes størrelse og indbyggertal, der er både fastlandskommuner og en enkelt ø-kommune, der er kommuner med meget og mindre erfaring med patientuddannelsesforløb, en enkelt kommune har gjort brug af det digitale tilbud, der er forskel på hvor højt diabetesrehabiliteringen er prioriteret og hvor mange ressourcer, der afsættes, der er forskel på den politiske velvilje, og der er forskellige erfaringer med rekruttering af borgere til de kommunale tilbud. En afprøvning af et fælles konscept på tværs af disse forskelle vil understøtte at konsceptet efterfølgende kan anbefales som et godt bud på et diabetesrehabiliteringstilbud, som kan implementeres i de andre kommuner i Region Syddanmark.

PROJEKT: LEV LIVET - DIN HVERDAG MED TYPE 2-DIABETES

En styregruppe med kommunale ledere fra de 5 kommuner og repræsentation fra SDCO blev nedsat og rammerne for projekt "Lev livet - din hverdag med type 2-diabetes" sat. SDCO varetager i projektperioden projektledelsen. Gennem projekt- og materialegrupperne, har kommunernes sundhedsprofessionelle været fagligt bredt repræsenteret (sundhedskonsulenter, diætister, fysioterapeuter og sygeplejersker).

Idéen med projektet er at skabe et fælles patientuddannelsesforløb på baggrund af allerede eksisterende og validerede materialer fra bl.a. Stenos værktøjskasser (se referencelisten) og praksiserfaring fra de involverede kommuner. Kommuner uden for projektet, har også budt ind med erfaringer undervejs i udviklingsperioden. Ud fra erfaringer og ønsker om nye øvelser, er der til dette konscept udviklet nye materialer til enkelte temaer i konsceptet.

Pilotperioden for nærværende konscept er hele 2020, hvorfor der må forventes at komme tilretninger af konsceptet og det tilhørende materiale undervejs.

Projektet har resulteret i konsceptet: Lev livet med type 2-diabetes. Konsceptet indeholder 3 forløb; et gruppebaseret, et individuelt og et digitalt forløb (for yderligere information gå til beskrivelsen af disse).

KOMPETENCEUDVIKLING

I januar 2020 tilrettelægges i samarbejde med de sundhedsprofessionelle fra kommunerne et kompetenceudviklingsforløb fordelt på 3 dage. Heri indgår hovedsageligt tværfaglig fælles undervisning og desuden fagopdelt opkvalificering for sygeplejersker, fysioterapeuter og diætister. Disse faggrupper er som nævnt de primære undervisere i konceptet hos kommunerne. Indholdet i den opkvalificerende undervisning, tager udgangspunkt i deltagernes egne ønsker og er derudover koblet til konceptets indhold. Dette er med henblik på at klæde de sundhedsprofessionelle i kommunerne på til at udvikle egne faglige og sundhedspædagogiske handlekompetencer til brug i konceptet. Der vil endvidere på dagene foregå decideret undervisning af konceptets materialer og indhold fra det gruppebaserede forløb.

Det psykosociale aspekt, den sundhedspædagogiske tilgang og den biomedicinske undervisning koordineres og kobles med det samlede koncept på kompetenceudviklingsdagene.

Undervisningsmaterialet fra Det Digitale Sundhedscenter, som er konceptets digitale forløb, gennemgås af en IT-projektleder, fra Digital Innovation. Deltagerne bliver undervist i såvel den praktiske del i forhold til at give borgere adgang til systemet samt i den indholdsmæssige del i Det Digitale Sundhedscenter.

Sideløbende med kompetenceudviklingsforløbet udleveres konceptets materialer til kommunerne. Dette er med til at give en hands-on tilgang, hvor de sundhedsprofessionelle får mulighed for at få praktisk erfaring med materialerne samtidig med at de modtager undervisning i brugen heraf. De sundhedsprofessionelle får alle udleveret et personligt eksemplar af konceptbeskrivelsen, hvor det også er muligt at tage noter undervejs under kompetenceudviklingen samt i den øvrige projektperiode.

Statens Institut for Folkesundhed (SIF) deltager med 2 medarbejdere, som gennemgår evalueringsprocessen i projektperioden. SIF uddeler en tjekliste til de sundhedsprofessionelles hvor opgaverne vedr. evalueringen i kommunerne er klar og tydelig.

I projektperioden vil SDCO stå for efterfølgende at afholde supervision hos kommunerne med henblik på at kunne give feedback på undervisning i konceptet. Ydermere afholder SDCO en dag i maj 2020, som vil bære præg af erfaringsudveksling og kompetenceudvikling mellem de sundhedsprofessionelle i kommunerne.

EVALUERING AF KONCEPTET

Statens institut for Folkesund står for at evaluere konceptet og evalueringsperioden varer i år 2020.

Evalueringen skal bidrage med viden om følgende fire evalueringstemaer:

- 1. Dimensionering og rekruttering:** Der afdækkes, hvor mange borgere med type2-diabetes der visiteres til det kommunale diabetes-rehabiliteringstilbud, hvordan borgerne fordeler sig på de tre tilbud, hvorfor de visiteres til et af de tre tilbud og i forlængelse heraf, undersøges hvordan borgerne er blevet rekrutteret til de tre kommunale tilbud og hvilken betydning rekrutteringen har haft for borgerens oplevelse. Karakteristika på borgerne der visiteres til tilbuddene kortlægges ift.- antal borger i alt/per kommune, alder, køn, patientgruppe, diagnosetidspunkt mm. Desuden undersøges evalueringen frafald og fravær på tilbuddene.
- 2. Borgeroplevet kvalitet:** Der indsamles viden om, hvordan borgerne oplever og vurderer de tre tilbud, samt borgerens oplevede udbytte og selvrapporteret effekt.
- 3. Implementering:** Der undersøges om de kommunale sundhedsprofessionelle føler sig kompetente til at varetage patientuddannelsen samt hvilken opfattelse de har af det udviklede koncept herunder implementering, kvalitet, tid, fleksibilitet mm.
- 4. Organisatoriske rammer:** Der indsamles viden om, hvilke organisatoriske rammer der hhv. hæmmer og fremmer de kommunale sundhedsprofessionelles arbejde med patientuddannelsen i praksis. Endvidere indsamles der information om ressourceforbruget i hver kommune pr. borger som gennemfører forløbet.

SUNDHEDSPÆDAGOGISK TILGANG

I udviklingen af dette koncept har den sundhedspædagogiske tilgang været en integreret og bevidst del af processen. Det dobbelte KRAM og Bjarne Bruun Jensens 5 sundhedspædagogiske principper danner således rammen for konceptets opbygning og indhold. For at give borgerne, som deltager i konceptets forløb, mulighed for at arbejde inden for de 5 sundhedspædagogiske principper, er det dobbelte KRAM brugt som et gennemgående og konkret redskab. Herunder forklares kort de 5 sundhedspædagogiske principper og det dobbelte KRAM.

DE 5 SUNDHEDSPÆDAGOGISKE PRINCIPPER¹

1) Et bredt og positivt sundhedsbegreb

Sundhed er mere end blot fravær af sygdom. Det handler bl.a. om betydningen af sociale relationer og at leve et godt liv. En given intervention bør derfor tage udgangspunkt i borgerens livssituation og livsvilkår.

2) Deltagelse og dialog

"Deltagelse og involvering er måske det mest centrale af de sundhedspædagogiske principper, idet varig sundhedsfremmende forandring hos mange målgrupper kun kan lade sig gøre, hvis de har mulighed for at udvikle ejerskab."

3) Handling og handlekompetence

Handlekompetence indebærer fem komponenter, der tilsammen udgør graden af handlekompetence hos et individ; indsigt, engagement, visioner, handleerfaringer og kritisk sans.

Med et sundhedspædagogisk afsæt kan man øge deltagernes handlekompetence ved at tage udgangspunkt i deltagernes egne erfaringer og give deltagerne mulighed for at reflektere over de konsekvenser, som deres handlinger fører til. Handling og handlekompetence er ikke det samme. Deltagerne kan godt være handlekompetente, men forhold i deres liv kan forhindre at handlingen kan ske. Derfor kan den sundhedsprofessionelle sammen med deltageren forsøge at åbne op for "handlerum" fx via metoder, som dialog, dialogværktøjer, billedkort mv, så den enkelte støttes i at finde veje og måder, hvor den ønskede handling kan gøres mulig².

4) Sundhed skal ses i et settingperspektiv

De rammer og den kontekst, som man lever, arbejder og bor i, påvirker de valgmuligheder, som man har for at leve sundt.

5) Lighed i sundhed

Alle har ikke de samme muligheder for at leve sundt og for at ændre vaner og praksis. De pædagogiske tilgange og andre interventioner må tage højde for disse forskelle.

DET DOBBELTE KRAM

KRAM-faktorerne indeholder elementer som kan påvirke et individs sundhed. KRAM er forkortelsen af; Kost, Rygning, Alkohol, Motion. Overbygningen (det dobbelte KRAM) siger noget om den mentale sundhed og hvordan et individ kan arbejde evnen til at tackle modstand og belastninger i livet. Overbygningen består af Kompetence, Relationer, Accept og Mestring³. I dette koncept har vi valgt at udbygge KRAM-faktorerne med S, som står for **søvn, stress og seksuel sundhed**.

K ost	K ompetence
R ygning	R elationer
A lkohol	A cept
M otion	M estring

(**S**øvn, **S**tress, **S**eksuel sundhed)

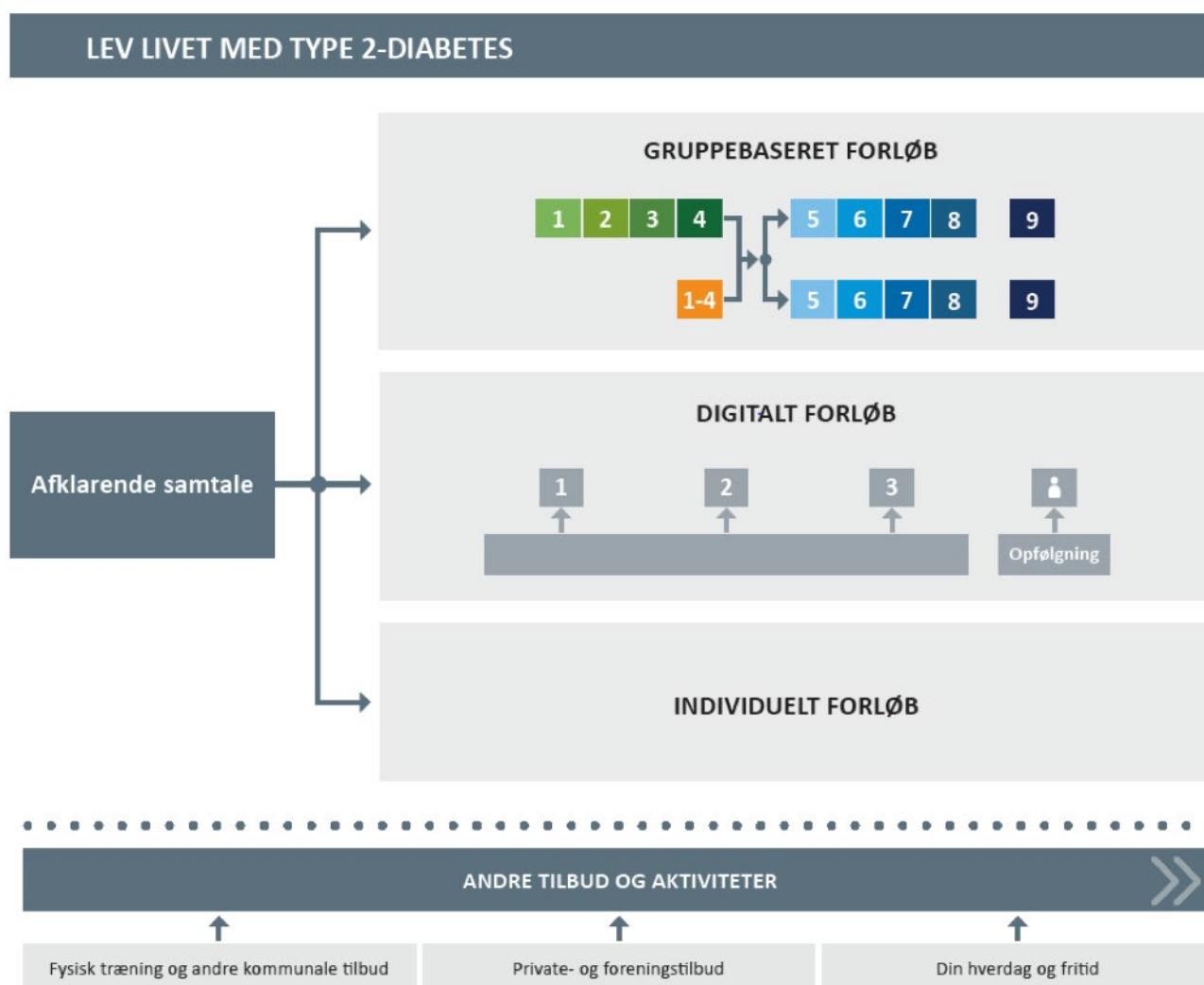
1) Jensen, B. B (2015). Når sundheden skal frem. Steno Diabetes Center: Frederiksberg Trykkeri A/S.

2) Grabowski, D., Andersen, T.H., et al (2016). Guide til Familiekassen. København; Diabetesforeningen, Region Hovedstaden, Region Syddanmark og Steno Diabetes Center Copenhagen.

3) Thybo, Peter (2018). Det dobbelte KRAM: Et tværfagligt arbejdsgrundlag for mental sundhed, helbred og trivsel. Han Reitzels forlag.

KONCEPTETS OPBYGNING

Konceptet består af 3 forløb; et gruppebaseret, et digitalt og et individuelt forløb. Indgangen til forløbene er gennem den afklarende samtale i kommunen. Den sundhedsprofessionelle i kommunen aftaler sammen med borgeren, hvilket forløb der passer bedst til borgeren. Indholdet i den afklarende samtale og de 3 forløb gennemgås yderligere på de følgende sider. Figur 1 herunder viser konceptets opbygning. Den stiplede linje i figuren symboliserer afgrænsningen af projektet. Projektets og konceptets indhold er således vist over linjen.



Figur 1 - Det samlede koncept

DEN AFKLARENDE SAMTALE

MÅLGRUPPE

Borgere, der er henvist til kommunale forebyggelses-/rehabiliteringstilbud via egen læge og sygehus.

FORMÅL

Formålet med den afklarende samtale er, at den sundhedsprofessionelle i samarbejde med borgeren træffer en fælles beslutning om, hvordan borgeren bedst støttes i et individuelt tilrettelagt forebyggelses-/rehabiliteringsforløb. Formålet er desuden at understøtte et meningsfuldt og relevant forløb gennem fælles forståelse af forventninger, behov og muligheder for kommunale forebyggelsestilbud og lokale foreningstilbud

RETNINGSLINJER

Den enkelte kommune vælger en metode, der lever op til Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger for behovsvurdering i den afklarende samtale" indeholdende nedenstående principper:

1. Afklaring af, hvad der er vigtigt for borgeren Formålet er en afdækning af borgerens ressourcer og livskvalitet og sigter mod afklaring af, hvad der er vigtigt for borgeren
2. Afklaring af, hvad borgeren er motiveret for Formålet er en afdækning af borgerens parathed til at ændre vaner, herunder opfattelse af egen sundhed
3. Afklaring af, hvordan borgeren bedst støttes i forhold til princip 1 (vigtighed) og princip 2 (motivation) Formålet er at kunne afdække, hvordan borgeren bedst kan støttes med udgangspunkt i, hvad borgeren finder vigtigt og er motiveret for (2)

Modellen for den motiverende samtale kan bruges som metodisk tilgang til den afklarende samtale:

- Etablering af tillidsfuld relation (kontakt)
- Forventningsafstemning (kontrakt)
- Afdækning af motivation, parathed og ambivalens (katalysér)
- Tilrettelæggelse af en realistisk plan for forløbet (konkretiser)

Den sundhedsprofessionelle vurderer hvilke materialer, der konkret kan understøtte samtalen.

KOMPETENCER, VÆRDIER OG VÆRKTØJER

Ifølge Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger for behovsvurdering i den afklarende samtale" bør sundhedsprofessionelle, der gennemfører behovsvurdering, som minimum have en mellemlang sundhedsfaglig uddannelse, sundhedspædagogiske kompetencer samt løbende gennemgå nødvendig kompetenceudvikling.

Kommunens værdier er fundamentet for, hvordan den sundhedsprofessionelle arbejder, og bør derfor fungere som et fælles fagligt udgangspunkt for behovsvurderingen i den afklarende samtale.

Behovsvurdering baseres ikke kun på ét værktøj. Det er principperne og værdierne bag tilgangen samt den sundhedsprofessionelles kompetencer i overensstemmelse med disse principper og værdier, der er afgørende.

Vigtige værktøjer er desuden et velfungerende og løbende samarbejde med regionen og almen praksis, som henviser borgeren til afklarende samtale i kommunen, viden om kriterierne for deltagelse i kommunens tilbud og viden om lokale tilbud i foreningsregi.

4) "Anbefalinger for behovsvurdering i den afklarende samtale" s. 4-5 Sundhedsstyrelsen 2019

5) "Anbefalinger for behovsvurdering i den afklarende samtale" s. 8 Sundhedsstyrelsen 2019

DET GRUPPEBASEREDE FORLØB

INDHOLD

Det gruppebaserede forløb består først af 4 moduler på tværs af diagnoser. Herefter overgår borgerne til diagnosespecifikke moduler. I figuren nedenfor ses det, at der er mulighed for at tage et kortere mestrings modul om eftermiddagen/aften fremfor de fire formiddagsmoduler. Yderligere er der mulighed for diagnosespecifikke moduler eftermiddag/aften med henblik på at tilgodese de borgere, der arbejder i dagtimerne. Til den afklarende samtale vurderes det, hvilket af de gruppebaserede forløb, som passer bedst til borgeren. Som udgangspunkt vil modulerne afholdes i forlængelse af hinanden, og dermed otte uger i træk med undtagelse af eventuelle ferie- og helligdage, der kan medføre at modulerne skubbes. Det niende modul afholdes tre måneder efter ottende modul. Af hensyn til frafald skal der min. være 10 borgere på det gruppebaserede forløb fra start. Som det ses nederst i figuren tilbydes eventuelle kommunale træningsforløb og øvrige tilbud uafhængigt af modulerne, og er dermed ikke en del af konceptet.

Der er mulighed for, at borgerne kan optages til og med andet modul. Hvis en borger tilknyttes efter første modul, skal borgeren tilbydes en ekstra individuel samtale som forberedelse. Det gruppebaserede forløb afholdes af en gennemgående medarbejder. Det er ikke afgørende, hvilken faglig uddannelse denne gennemgående sundhedsprofessionelle har; sygeplejerske, fysioterapeut eller diætist. Der vil dog som udgangspunkt altid være 2 undervisere på modulerne.

Pårørende til borgere med type 2-diabetes inviteres med til de diagnosespecifikke moduler.

I modulerne i det gruppebaserede forløb er der gennem forløbet fokus på forskellige elementer, som har betydning for borgere med type 2- diabetes og deres hverdag. Gennemgående er der fokus på at skabe de rigtige rammer for erfaringsudveksling deltagerne imellem samtidig med, at borgerne får redskaber til at håndtere hverdagslivet og dets tilhørende udfordringer.

FORMÅL MED DET GRUPPEBASEREDE FORLØB

Borgere med type 2-diabetes skal opnå handlekompetence til at mestre hverdagslivet med diabetes med udgangspunkt i borgerens ressourcer*, livskvalitet og motivation

*økonomiske, sociale og kulturelle

MÅLGRUPPE

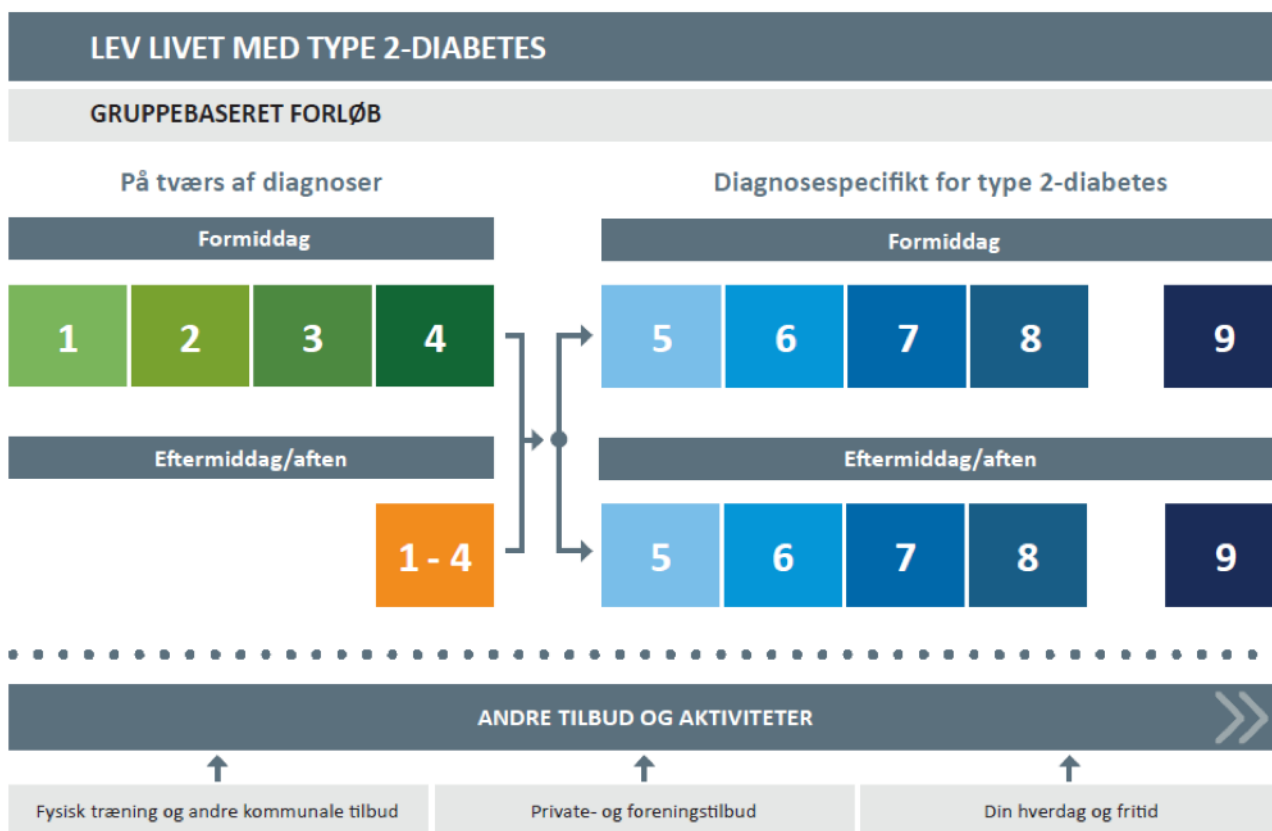
Borgere med type 2-diabetes som har behov for at få øget handlekompetence til at mestre hverdagen med type 2-diabetes.

INKLUSIONSKRITERIER

- Borgere over 18 år
- Borgere der kan forstå og tale dansk
- Borgere der vurderes til at kunne indgå i gruppebaserede forløb

VISITERING

I den afklarende samtale i kommunen aftaler borgeren sammen med den sundhedsprofessionelle hvad der passer bedst til borgerens behov og ønsker. Skal borgeren indgå i det gruppebaserede forløb, anviser den sundhedsprofessionelle opstartsdato for forløbet. Såfremt der er ventetid, kan borgeren henvises til det individuelle eller digitale forløb og den sundhedsprofessionelle instruerer i den praktiske del i at koble borgeren på Det Digitale Sundhedscenter.



Figur 2 - Det gruppebaserede forløb

DET DIGITALE FORLØB

INDHOLD

Indholdet i det digitale tilbud "Det Digitale Sundhedscenter" er udviklet i et partnerskabssamarbejde mellem Region Syddanmark, 6 syddanske kommuner samt Diabetes- og hjerteforeningen. Det Digitale Sundhedscenter er afprøvet i 4 syddanske kommuner og er evalueret af den regionale enhed Syddansk Sundhedsinnovation (SDSI). Tilbuddet består af to elementer: et e-læringsmodul og et webinar, som borgeren kan logge på efter aftale, og hvor kommunale sundhedsprofessionelle faciliterer gruppesessioner.

FORMÅL MED DET DIGITALE SUNDHEDSCENTER

Formålet med det digitale forløb er at give borgeren mulighed for, på en fleksibel og individuelt tilpasset måde, at få viden om livet med diabetes via e-læring og/eller webinarer. I dette koncept kan det Det Digitale Sundhedscenter bruges som supplement til både det gruppebaserede og det individuelle forløb.

MÅLGRUPPE

Borgere der ikke ønsker/har mulighed for et individuelt eller gruppebaseret forløb med fysisk fremmøde. Borgere der venter på opstart af et gruppebaseret forløb. Borgere med et individuelt eller gruppebaseret forløb, der ønsker at supplere med et digitalt forløb og borgere, der ønsker selv at følge op på/vedligeholde deres forløb i kommunalt regi.

INKLUSIONSKRITERIER

- Borgere inden for konceptets målgruppe som har mod på at arbejde digitalt
- Borgere i individuelt eller gruppebaseret forløb
- Borgere hvor der er ventetid på at komme i gruppebaseret eller individuelt forløb

VISITERING

I den afklarende samtale i kommunen aftaler borgeren sammen med den sundhedsprofessionelle, hvad der passer bedst til borgerens behov og ønsker. Skal borgeren kobles på Det Digitale Sundhedscenter, instruerer den sundhedsprofessionelle i det praktiske. Der aftales en dato for opfølgning af deltagelse i Det Digitale Sundhedscenter. Den sundhedsprofessionelle står for opfølgningen.

DET INDIVIDUELLE FORLØB

INDHOLD

Vurderes borgeren til at få mest gavn af et individuelt forløb, aftaler borgeren og den sundhedsprofessionelle et forløb, som passer til borgerens behov og ønsker. Den sundhedsprofessionelle vurderer, hvilke elementer fra det gruppebaserede forløb, som kan inddrages. Der lægges op til, at indholdet bygger på de gennemgående læringsmål fra det gruppebaserede forløb. I det individuelle forløb får borgeren individuel støtte i forhold til de udfordringer og problemstillinger, som borgerne har ifm. at mestre hverdagen med type 2-diabetes. I det individuelle forløb arbejdes der med at øge borgerens tro på egne evner og med at sætte hverdagsnære og konkrete mål. Den sundhedsprofessionelle arbejder ud fra en forståelse for den enkeltes livssituation (ift. ressourcer, viden, selvindsigt, handleerfaringer, øge handlekompetence og settingsperspektiv) og støtter borgeren i nå sine mål.

FORMÅL MED DET INDIVIDUELLE FORLØB

I det individuelle forløb får borgeren mulighed for at øge sin viden om type 2-diabetes med henblik på at kunne omsætte denne viden til konkrete handlinger i hverdagen. I denne proces skal borgeren opnå indsigt i eget liv og livsvilkår med type 2-diabetes. Borgeren skal hjælpes til at se muligheder for at ændre vaner og leve det bedste liv med type 2-diabetes.

MÅLGRUPPE

(Sårbare) borgere der ikke kan rumme at være i større grupper og som har brug for megen støtte til at opnå små/simple mål i deres arbejde med type 2-diabetes i hverdagslivet. Borgere der venter på opstart af et gruppebaseret forløb.

INKLUSIONSKRITERIER

Borgere over 18 år der ikke opfylder inklusionskriterierne til gruppeforløb, herunder:

- Borgere der ikke forstår eller taler dansk og har brug for tolkebistand
- Borgere der pga. eksempelvis høre- og/eller synshandicap ikke kan indgå i gruppeforløbet
- Borgere der pga. særlige udfordringer vurderes til ikke at kunne få tilstrækkeligt udbytte af at deltage i gruppeforløbet

VISITERING

I den afklarende samtale i kommunen aftaler borgeren sammen med den sundhedsprofessionelle, hvad der passer bedst til borgerens behov og ønsker. Skal borgeren have et individuelt forløb, aftaler borgeren og den sundhedsprofessionelle det videre forløb. Udover det individuelle forløb, aftales der en dato for opfølgning af forløbet. Den sundhedsprofessionelle står for opfølgningen.

REFERENCELISTE MATERIALER BRUGT I KONCEPTET

1. Det Digitale Sundhedscenter. (u.d.). Følgesygdomme og medicin - Andres erfaringer med medicin. Hentet 21. november 2019 fra <https://www.prologio.com/play/3535>
2. Det Digitale Sundhedscenter. (u.d.). Lev livet med diabetes - At passe på min krop. Hentet 4. november 2019 fra <https://www.prologio.com/courses/detdigitalesundhedscenter/lev-livet-med-diabetes-at-passe-paa-min-krop>
3. Diabetesforeningen & Sundhedsstyrelsen. (2019). Ny indkøbsguide til mennesker med til type 2-diabetes. Hentet 21. november 2019 fra <https://diabetes.dk/aktuelt/nyheder/nyhedsarkiv/2019/ny-indkoebsguide-til-mennesker-med-type-2-diabetes.aspx>
4. Diabetesforeningen. (2016). Balancekort. Hentet 4. november 2019 fra <https://diabetes.dk/diabetes-2/egenomsorg-og-foelgesygdomme/apps-og-andre-vaerktoejer-til-hverdagen-med-diabetes-2/balancekort.aspx>
5. Diabetesforeningen. (2017). Sådan påvirker alkohol dit blodsukker. Diabetes, 2017(1), 30-31.
6. Diabetesforeningen. (2018). Hvad er diabetes? Hentet 4. november 2019 fra <https://diabetes.dk/fagfolk/materiale/tegninger-til-undervisningsbrug.aspx>
7. Diabetesforeningen. (2018). Pas på dine fødder. Hentet 4. november 2019 fra <https://diabetes.dk/diabetes-1/egenomsorg-og-foelgesygdomme/pas-paa-dine-foedder.aspx>
8. Diabetesforeningen. (2018). Seksuelle komplikationer. Hentet 4. november 2019 fra <https://diabetes.dk/diabetes-2/foelgesygdomme/seksuelle-komplikationer.aspx>
9. Diabetesforeningen. (2019). Produktoversigter. Hentet 21. november 2019 fra <https://diabetes.dk/velvae-rekoekket/temaer/produktoversigter.aspx>
10. Diabetesforeningen. (2019). Rejse og diabetes 1. Hentet 21. november 2019 fra <https://diabetes.dk/diabetes-1/hjaelp-og-stoette/rejse-og-type-1-diabetes.aspx>
11. Diabetesforeningen, Region Hovedstaden, Region Syddanmark og Steno Diabetes Center Copenhagen. (2017). Guide til familiekassen. København: Frederiksberg Bogtrykkeri A/S.
12. Diabetesforeningen, Region Syddanmark, Steno Diabetes Center. (2015). Guide til sundhedspædagogiske værktøjer - undervisning af sårbare personer med kronisk sygdom (2.1 udg.). København: Frederiksberg Trykkeri A/S.
13. Johansen, C. B., & Mose, A. H. (2013). Et bedre liv med diabetes: en psykologisk håndbog (1.1 udg.). Specialtrykkeriet Viborg A/S.
14. Kommiteen for sundhedsoplysning. (2013). VEJEN VIDERE - Kursus til et bedre liv med KOL, hjertesygdom og type 2-diabetes (2.1 udg.). Vejle: Peter Dyrvig Grafisk Design.
15. Region Syddanmark, De 22 syddanske kommuner, Steno Diabetes Center Copenhagen og Diabetes Management Research. (2017). Livsstilsguide i praksis - Sundhedspædagogisk samarbejde mellem professionelle og voksne med psykisk sygdom (2.1 udg.). København: Frederiksberg Bogtrykkeri A/S.
16. Steno Center for Sundhedsfremme. (2012). I Balance med kronisk sygdom - Sundhedspædagogisk værktøjskasse til patientuddannelse (2.1 udg.). Gentofte.
17. Steno Diabetes Center Copenhagen. (2016). Måling af blodglukose - Vejledning og motivation til nykonstate-rede personer med type 1 diabetes. Hentet 4. november 2019 fra <https://vimeo.com/189299540>
18. Steno Diabetes Center Copenhagen. (u.d.). Injektion af insulin til voksne med diabetes. Hentet 21. november 2019 fra <https://www.sdcc.dk/fagfolk/uddannelsesvideoer/Sider/Injektion-af-insulin-til-voksne-med-diabetes.aspx>
19. Sundhed.dk. (2017). Diabetes. Hentet 4. november 2019 fra <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaand-bogen/hormoner-og-stofskifte/illustrationer/animationer/diabetes/>

VIDENSKABELIGE BAGGRUNDSARTIKLER

Steno Diabetes Center Copenhagens værktøjskasser, som der refereres til i konceptet, er underbygget af videnskabelige artikler. Værktøjskasserne er listet herunder med en kobling artiklerne.

1. **Diabetesforeningen, Region Syddanmark, Steno Diabetes Center. (2015).** Guide til sundhedspædagogiske værktøjer - undervisning af sårbare personer med kronisk sygdom (2.1 udg.). København: Frederiksberg Trykkeri A/S.
 - a. **Varming, A. R., Torenholt, R., Andersen, T. H., Møller, B. L., & Willaing, I. (2018).** Targeting "hardly reached" people with chronic illness: a feasibility study of a person-centered self-management education approach. *Patient Preference and Adherence*, s. 275-289.

2. **Steno Center for Sundhedsfremme. (2012).** I Balance med kronisk sygdom - Sundhedspædagogisk værktøjskasse til patientuddannelse (2.1 udg.). Gentofte.
 - a. **Christoffersen, L. A., Hansen, A. K., Pals, R. A., Willaing, I., Siersma, V., & Olesen, K. (18. September 2018).** Effect of a participatory patient education programme (NEXt Education) in group-based patient education among Danes with type 2 diabetes. *SAGE journals*.
 - b. **Hansen, U. M., Engelund, M. E., Rogvi, S. á., & Willaing, I. (20. Marts 2013).** The Balancing Person: an innovative approach to person-centred education in chronic illness. *European Journal for Person Centered Healthcare*, 3, s. 290-302.
 - c. **Engelund, G., Hansen, U. M., & Willaing, I. (2. februar 2014).** "The Health Education Juggler" Development of a model describing educator roles in participatory, group-based patient education. *Emerald Health Education*, 5, s. 398-412.
 - d. **Pals, R. A., Olesen, K., & Willaing, I. (15. januar 2016).** What does theory-driven evaluation add to the analysis of self-reported outcomes of diabetes education? A comparative realist evaluation of a participatory patient education approach. *Patient Education and Counseling*, 6, s. 995-1001.

3. **Region Syddanmark, De 22 syddanske kommuner, Steno Diabetes Center Copenhagen og Diabetes Management Research. (2017).** Livsstilsguide i praksis - Sundhedspædagogisk samarbejde mellem professionelle og voksne med psykisk sygdom (2.1 udg.). København: Frederiksberg Bogtrykkeri A/S.
 - a. **Hempler, N. F., Pals, R. A., Pedersbæk, L., & DeCosta, P. (oktober 2018).** Barriers and facilitators of effective health education targeting people with mental illness: a theory-based ethnographic study. *BMC Psychiatry*, 18(1).

4. **Diabetesforeningen, Region Hovedstaden, Region Syddanmark og Steno Diabetes Center Copenhagen. (2017).** Guide til familiekassen. København: Frederiksberg Bogtrykkeri A/S.
 - a. **Grabowski D, Andersen TH, Varming A, Ommundsen C, Willaing I.** Involvement of family members in life with type 2 diabetes: Six interconnected problem domains of significance for family health identity and healthcare authenticity. *SAGE Open Med.* 2017;5:1-9.

NOTER:

NOTER:

NOTER:

NOTER:

NOTER:

NOTER:

