

# Mental trivsel i livet med **type** **2-diabetes**

Baggrund for opsporing,  
forebyggelse og reducere af  
diabetes-stress i kommunal  
rehabilitering



## REDAKTION

Mie Madsen, Mette Due-Christensen, Regitze Anne Saurbrey Pals,  
Helle Nergaard Grønbæk, Vibeke Stenov og Maiken Bejerholm

## BIDRAG FRA

Marie-Louise Refskou Djurhuus, Pil Ploug Cramer, Line Timm,  
Mette Lyngbye Christensen, Trine Zimmer og Morten Hedelund,  
Louise Victoria Alliverti Holde

## DESIGN, LAYOUR OG ILLUSTRATIONER

Lisa Lang Graphic Design

## TRYK

Frederiksberg Trykkeri A/S  
1 oplag. Uddrag og kopiering af modeller og materiale er tilladt  
med tydelig kildeangivelse.

## UDGIVER

Center for Diabetes og Hjertesygdomme, Københavns Kommune,  
Center for Mental Sundhed, Københavns Kommune og  
Afdeling for Forebyggelse, Sundhedsfremme og Samfundet,  
Steno Diabetes Center Copenhagen,  
Region Hovedstaden



Særlig tak til alle borgere og  
sundhedsprofessionelle, der har  
været med til at udvikle og afprøve  
redskaberne i konceptet.



**Center for Diabetes  
og Hjertesygdomme**

**Center for Mental  
Sundhed - Kbh**



**Steno Diabetes Center  
Copenhagen**

# Mental trivsel i livet med **type** **2-diabetes**

Baggrund for opsporing,  
forebyggelse og reducere af  
diabetes-stress i kommunal  
rehabilitering



# Forord

Dette hæfte præsenterer baggrunden for tre indsatser, som har til formål at opspore, forebygge og reducere diabetes-stress blandt borgere med type 2-diabetes samt styrke sundhedsprofessionelles kompetencer i at identificere og støtte borgere, der oplever diabetes-stress. Indsatserne består af dialog- og nærværsøvelser til at hjælpe personer med type 2-diabetes med at blive opmærksomme på og håndtere belastninger og bekymringer i livet med diabetes. Ydermere indeholder indsatserne trin-for-trin-guides, der støtter den sundhedsprofessionelle i at facilitere dialog om diabetes-stress i individuelle samtaler og kursusforløb i kommunal rehabilitering.

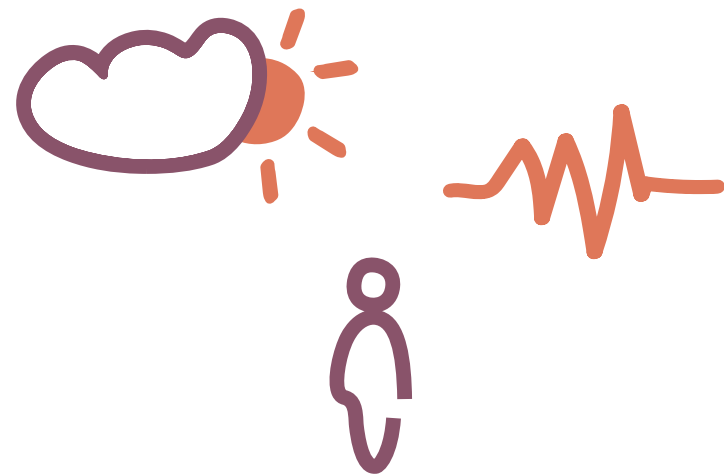
De tre indsatser skal ses som et inspirationskatalog, hvor sundhedsprofessionelle kan udvælge, hvilke tiltag der passer bedst til deres praksis. Det er ikke nødvendigt at implementere alle tre indsatser; hver enkelt indsats kan stå alene og tilbyde relevant støtte til borgere med type 2-diabetes. Dog anbefales det, at der er et relevant tilbud, som borgere med diabetes-stress kan henvises til.

Indsatserne er udviklet og afprøvet i et tæt samarbejde mellem personer med type 2-diabetes, sundhedsprofessionelle, psykologer og forskere fra *Center for Diabetes og Hjertesygdomme, Center for Mental Sundhed, Københavns Kommune samt Afdeling for Forebyggelse, Sundhedsfremme og Samfundet og Afdeling for Diabetesbehandling ved Steno Diabetes Center Copenhagen (SDCC)* i perioden 2022-2024.

Dette projekt ville ikke være muligt uden det store engagement og samarbejde mellem de mange involverede aktører.

Vi ønsker desuden at fremhæve Forsker Vibeke Stenov, som i perioden 2019-2022 har udviklet og afprøvet en indsats til at opspore og reducere diabetes-stress hos voksne med type 1-diabetes og moderat til høj diabetes-stress. Dette projekt er i høj grad inspireret af hendes forskning og arbejde.

De involverede sundhedsprofessionelle og borgere med type 2-diabetes fortjener en særlig tak for deres indsats og engagement i at udvikle og afprøve indsatserne.



# Læsevejledning

Dette baggrundshæfte henvender sig til sundhedsprofessionelle, der arbejder med personer med type 2-diabetes. Hæftet er opdelt i fem afsnit og sigter mod at støtte sundhedsprofessionelle i at opspore, forebygge og håndtere diabetes-stress i individuelle samtaler og kursusforløb. De fem afsnit omfatter følgende:

## Afsnit 1

### Introduktion til diabetes-stress

I dette afsnit introduceres begrebet diabetes-stress. Der gives indblik i, hvad diabetes-stress er, og hvordan det opstår. Afsnittet belyser også de almindelige kilder til diabetes-stress samt variationer i karakter og intensitet. Derudover vises og beskrives eksempler på, hvordan man kan implementere de tre indsatser.

## Afsnit 2

### Opsporing af diabetes-stress i individuelle samtaler

I dette afsnit introduceres en metode og guide til systematisk opsporing af diabetes-stress blandt personer med type 2-diabetes.

## Afsnit 3

### Metoder til forebyggelse af diabetes-stress i rehabiliterende forløb

I dette afsnit gives der indsigt i metoder til at forebygge diabetes-stress i rehabiliterende forløb. Fokus er på øvelser, som kan anvendes til at facilitere dialog om mentale belastninger relateret til at leve med diabetes.

## Afsnit 4

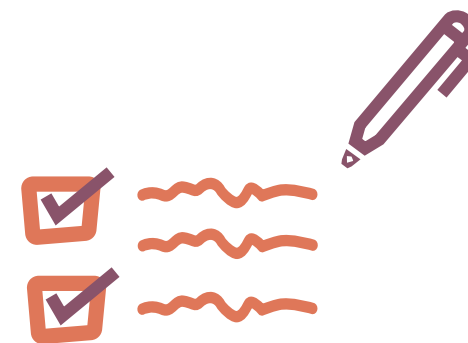
### Kursus til personer med type 2-diabetes og moderat til høj diabetes-stress

I dette afsnit beskrives et kursus, der har til formål at hjælpe personer med type 2-diabetes med at håndtere og reducere diabetes-stress. Der præsenteres et overordnet læringsmål samt kursets metodiske rammer.

## Afsnit 5

### Den sundhedsprofessionelles værdier og kompetencer

I dette afsnit beskrives grundlæggende værdier og kompetencer, som er vigtige for at facilitere samtaler om diabetes-stress samt konkrete forslag til, hvordan sundhedsprofessionelle kan støttes i rollen som facilitator både i de forebyggende og diabetes-stress reducerende øvelser.



# 1. Introduktion til diabetes-stress

## 1.1 Hvad er diabetes-stress?

Diabetes-stress er de bekymringer og følelsesmæssige belastninger, som ofte følger med at leve med og håndtere en kronisk og krævende sygdom som diabetes<sup>1,2</sup>. Hverdagen med diabetes kan være udfordrende, da den involverer opgaver som at tage medicin og insulin samt balancere madindtag og fysisk aktivitet. Disse opgaver kan være tidskrævende og overvældende. Bekymringer om blodsukkeret kan fylde meget og påvirke ens sociale liv og relationer. Diabetes-stress kan også opstå som følge af sociale omstændigheder som f.eks. stigmatisering eller andre menneskers manglende forståelse. Dette gælder både i samvær med familie og venner samt i mødet med sundhedspersonale. Disse belastninger kan føre til frustration, ensomhed og isolation<sup>3</sup>.

**Diabetes-stress er en oversættelse af "diabetes distress".**

**På dansk har vi ikke en direkte og anvendelig oversættelse af ordet 'distress'; derfor kalder vi det "diabetes-stress".**

Diabetes-stress er ikke en psykisk sygdom, men en forventelig følelsesmæssig reaktion på at leve med diabetes<sup>4,5</sup>. Diabetes-stress kan dog udvikle sig til depression, hvis det ikke håndteres eller behandles<sup>5,6,7</sup>. Diabetes-stress kan variere i intensitet fra mild til moderat og høj. Når man oplever moderat eller høj diabetes-stress, kan det have en negativ indvirkning på både fysisk og mental sundhed, hvilket gør det sværere at håndtere diabetes i hverdagen. Dette kan føre til en opfattelse af lavere livskvalitet og ustabile blodsukkerniveauer<sup>8,9,10</sup>.

I Danmark oplever mere end én ud af tre personer med type 2-diabetes moderat til høj grad af diabetes-stress<sup>11,12</sup>. Diabetes-stress hænger tæt sammen med, hvordan diabetes håndteres i mødet med sundhedsprofessionelle i mødet med sundhedsprofessionelle.

Derfor anbefales sundhedsprofessionelle at være opmærksomme på at støtte personer med diabetes i at håndtere diabetes-stress som en integreret del af diabetesbehandlingen<sup>3,13,14</sup>. I overensstemmelse hermed viser undersøgelser, at personer med diabetes-stress ønsker støtte fra sundhedsprofessionelle<sup>15,16</sup>. Både nationale og internationale undersøgelser har vist, at interventioner målrettet diabetes-stress kan mindske forekomsten heraf betydeligt<sup>17,18,19</sup>.

## 1.2 Hvordan kommer diabetes-stress til udtryk?

Diabetes-stress kan forekomme i forskellige grader fra mild til svær grad, i alle aldre og på alle tidspunkter i livet med diabetes. Oplevelsen af diabetes-stress kan være meget forskellig, men forekommer ofte som negative følelsesmæssige reaktioner, der kan beskrives som følgende former for UBEHAG<sup>20</sup>:

### Udbrændt/udmattet:

Personen med diabetes kan opleve aldrig at få en pause fra din diabetes, eller opleve mangel på fysisk eller mental energi til at håndtere sin diabetes.

### Bekymret/bange:

Personen med diabetes kan f.eks. være bekymret for følgesygdomme eller for at få lavt/højt blodsukker.

### Ensom/alene:

Personen med diabetes kan opleve at skille sig ud, og at andre ikke kan forstå, hvordan det er at leve med diabetes.

### Hjælpeløs/fortvivlet:

Personen med diabetes kan opleve at gøre alt det, der anbefales, men alligevel have uforklarligt høje eller lave blodsukkermålinger.

### Afsavn/begrænset:

Personen med diabetes kan opleve, at det er svært at være spontan, og at diabetes kontrollerer mange dele af livet.

### Gentagende bekymringer:

Personen med diabetes kan opleve gentagende irritation, vrede, ligegyldighed eller skyldfølelse.

Diabetes-stress kan variere over tid og blive forværret i perioder, hvor diabeteshåndtering er ekstra udfordrende. Diabetes-stress kan særligt opstå lige efter diagnosetidspunktet, ved ændringer i behandlingen, ved følgesygdomme, eller i perioder med generel livsstress, hvor diabetes-håndteringen føles særligt belastende<sup>2,14,20,21</sup>. Personer med moderat til høj diabetes-stress har brug for målrettet og systematisk støtte til at håndtere deres følelsesmæssige reaktion på at leve med diabetes<sup>14,22</sup>.



### 1.3 Hvad er de hyppigste kilder til diabetes-stress?

En række internationale forskere har udarbejdet en model, som beskriver syv kilder til diabetes-stress blandt personer med type 2-diabetes<sup>2</sup>:

#### 1. Bekymringer om fremtiden:

Bekymringer om fremtiden kan omfatte tanker om alvorlige komplikationer i fremtiden. Særligt bekymringer om for højt blodsukker kan fylde meget. Der kan opstå en vedvarende følelse af usikkerhed og magtesløshed, selv når der gøres en indsats for at håndtere sygdommen, da frygten for potentielle fremtidige komplikationer er overskyggende.

#### 2. Mødet med behandlere:

Oplevelsen af ikke at blive hørt eller forstået af behandlere kan skabe frustration. Personen kan opleve, at der lægges mere vægt på tal og blodsukkerniveauer end på personen selv, hvilket kan give en følelse af ikke at blive mødt eller at stå alene i behandlingsforløbet.

#### 3. Lavt blodsukker:

Frygten for alvorlige episoder med lavt blodsukker, især når man er alene eller i offentligheden, kan føre til en vedvarende bekymring og usikkerhed i dagligdagen.

#### 4. Samvær og relationer:

Diabetes kan påvirke relationerne til familie og venner. Personer med type 2-diabetes kan opleve, at deres nærmeste ikke forstår, hvad det vil sige at leve med diabetes, hvilket kan skabe frustration og en følelse af at stå alene med sygdommen. Der kan også opstå konflikter, når folk omkring dem opfordrer til adfærd, der ikke er hensigtsmæssig for deres diabetes.

#### 5. Skam og stigmatisering:

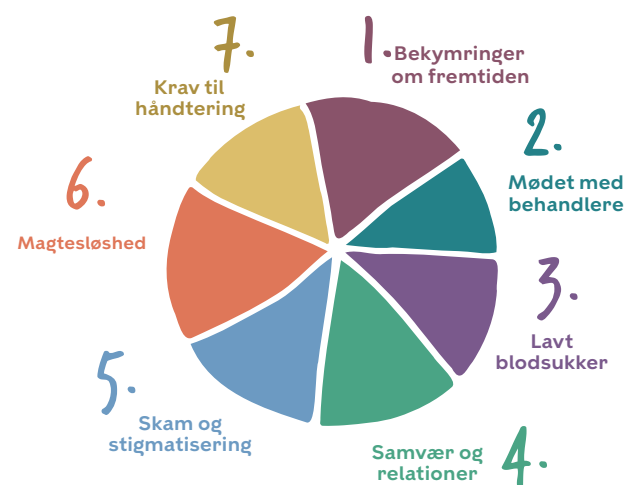
Skamfølelse og stigmatisering kan opstå, når andre ved, at man har diabetes. Mange kan opleve skyld, især når de mødes med fordomme om, at type 2-diabetes forekommer på baggrund af dårlig livsstil. Dette kan føre til selvbeprejelse og en trang til at skjule diabetes, hvilket yderligere forstærker den følelsesmæssige belastning og påvirker selvværdet negativt. Bekymringen om, hvordan andre opfatter én, kan gøre det svært at åbne op om sygdommen.

#### 6. Tilgængelighed af sundhedsydelse:

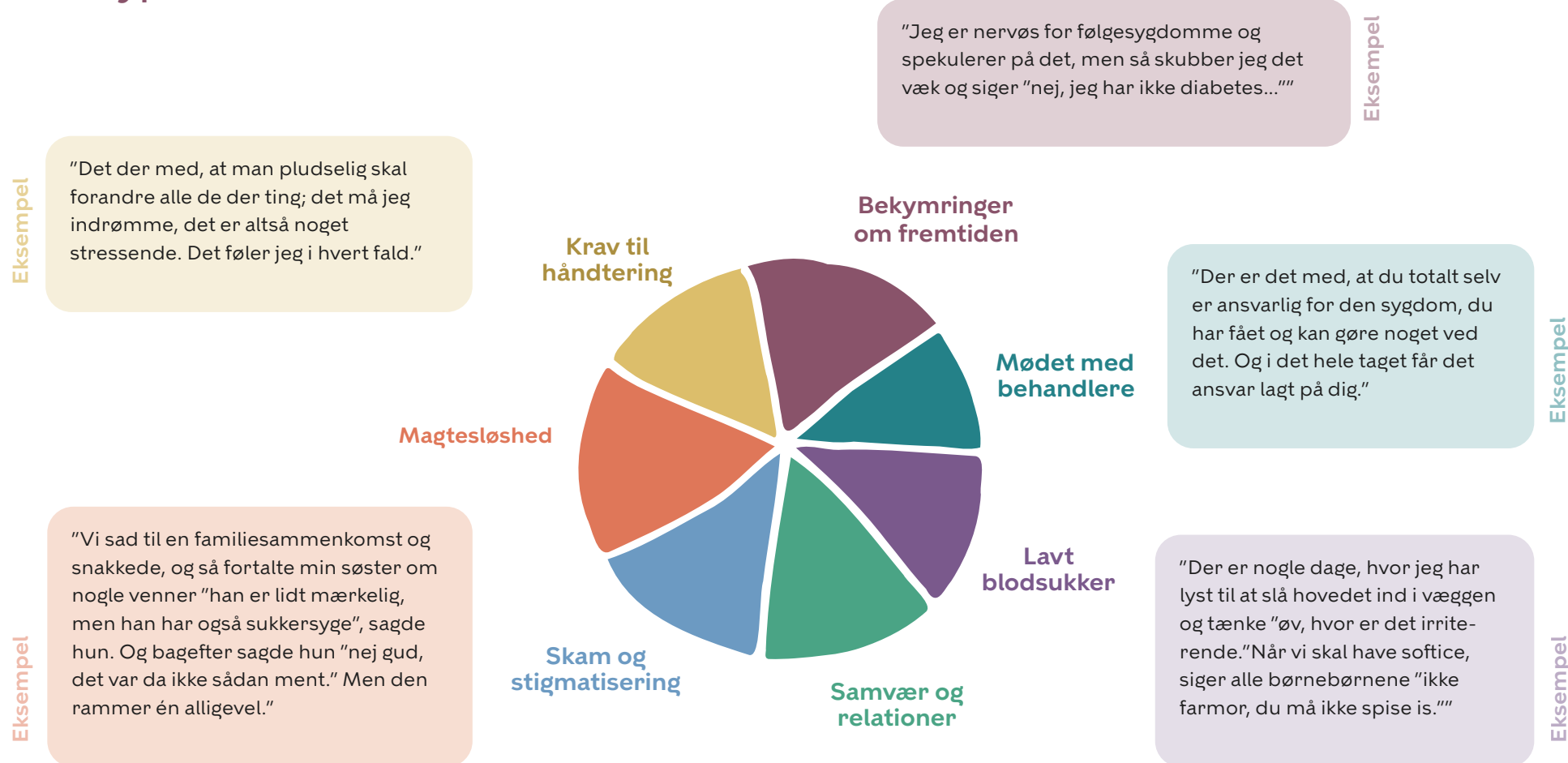
Bekymringer om adgang til nødvendige behandlinger og medicin kan skabe frustrationer, især når der opstår økonomiske eller logistiske udfordringer i forhold til at tilgå sundhedsydelserne.

#### 7. Krav til håndtering:

Frustrationer kan opstå, når håndteringen af diabetes føles overvældende, hvad enten det handler om kost, motion eller opmærksomhed på sygdommen i det daglige.



## Kilder til diabetes-stress hos personer med type 2-diabetes

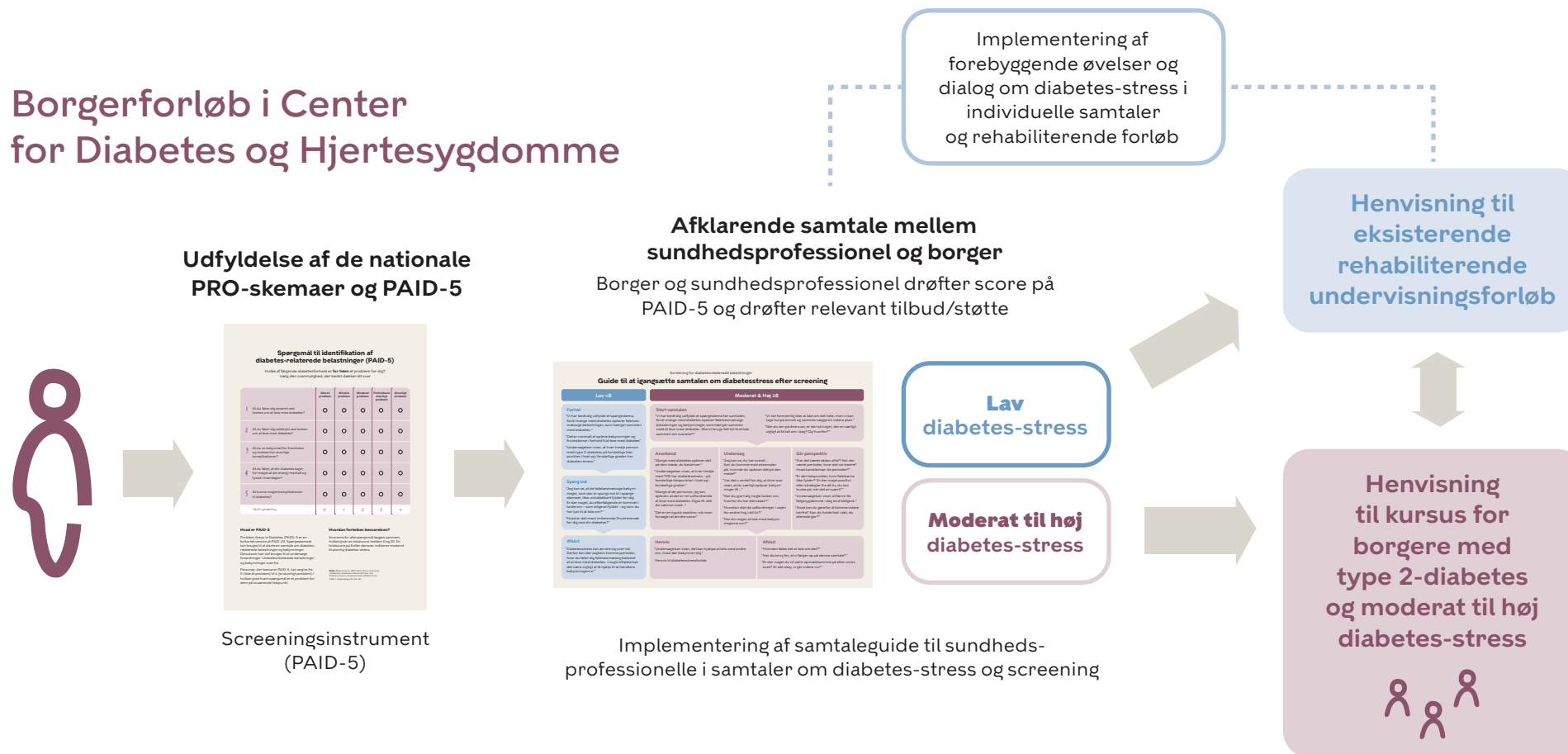


**Figur 1:** Kilder til diabetes-stress hos personer med type 2-diabetes. Oversat og redigeret fra Polonsky WH, Fisher L, Hessler D, et al. 2022 (2).  
 Eksempler på udsagn er fra borgere med type 2-diabetes, som deltog i udviklingen og tilpasningen af indsatserne.

### 1.4 Eksempel på implementering af de tre indsatser

De tre indsatser til at adressere diabetes-stress gennem opsporing, forebyggelse og reducere af diabetes-stress er blevet udviklet, afprøvet og implementeret i Center for Diabetes og Hjertesygdomme i Københavns Kommune. Figur 2 nedenfor illustrerer, hvordan centret har integreret disse indsatser i deres kommunale praksis.

## Borgerforløb i Center for Diabetes og Hjertesygdomme



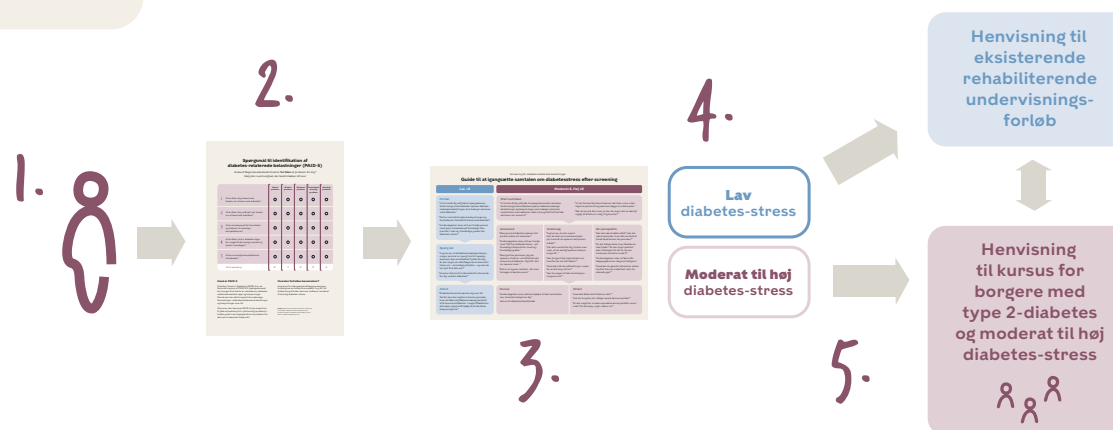
Figur 2: Eksempel på borgerforløb i Center for Diabetes og Hjertesygdomme med implementering af opsporing, forebyggelse og reducere af diabetes-stress.

1. Borgere med type 2-diabetes henvises til Center for Diabetes og Hjertesygdomme.
2. Før opstart i centeret gennemgår borgerne en afklarende samtale for at afdække, hvilke tilbud der bedst matcher deres behov. Inden samtalen udfylder borgerne det nationale PRO-skema, som i dette projekt er udvidet med PAID-5.
3. Under den afklarende samtale drøfter den sundhedsprofessionelle PAID-5-scoren med borgeren. For at støtte samtalen om screening for diabetes-stress kan den sundhedsprofessionelle anvende en samtaleguide.
4. Hvis borgeren har en lav score for diabetes-stress, kan vedkommende henvises til centrets eksisterende rehabiliterende forløb, der blandt andet omfatter træning, kost, ryggestop, alkoholvaner mm. I det eksisterende rehabiliterende forløb er øvelser til forebyggelse af diabetes-stress integreret.
5. Hvis borgeren har en moderat til høj score for diabetes-stress tilbydes borgeren et kursus specifikt målrettet borgere med type 2-diabetes og moderat til høj diabetes-stress.

De tre indsatser fungerer som et inspirationskatalog, der giver sundhedsprofessionelle mulighed for at vælge de tiltag, der bedst passer til deres praksis. Det er ikke nødvendigt at implementere alle tre indsatser, da hver enkelt kan anvendes uafhængigt og stadig tilbyde støtte til borgere med type 2-diabetes.

Det anbefales dog, at der altid findes et relevant tilbud til rådighed, som borgere med moderat til høj diabetes-stress kan henvises til.

I de kommende kapitler vil hver enkelt af de tre indsatser blive uddybet.



## 2. Opsporing af diabetes-stress i individuelle samtaler (Indsats 1)

### 2.1 Hvorfor opspore for diabetes-stress?

Internationale retningslinjer anbefaler systematisk opsporing af diabetes-stress i rutinekonsultationer blandt personer med diabetes<sup>2,14,23,24</sup>.

Systematisk opsporing af diabetes-stress i samtaler kan åbne op for dialog om de bekymringer og belastninger, som ofte følger med at leve med diabetes. Desuden muliggør systematisk opsporing, at man kan følge udviklingen af diabetes-stress over tid og evaluere effekten af de tiltag, der sættes i værk for at reducere diabetes-stress. For mange personer med diabetes kan det være en lettelse at vide, at de ikke er alene med deres oplevelser og følelsesmæssige udfordringer. Systematisk opsporing kan være en vigtig bro til den støtte, som personer med diabetes har brug for.

### 2.2 Hvordan opspores diabetes-stress?

Diabetes-stress kan opspores ved hjælp af validerede screenings-instrumenter. Vi har i dette projekt brugt screeningsinstrumentet Problem Areas in Diabetes (PAID-5), som var det bedst tilgængelige værktøj til formålet på tidspunktet for udviklingen af indsatserne.

PAID-5 er en forkortet version af PAID-20. Screeningsinstrumentet består af fem spørgsmål om følelsesmæssige reaktioner relateret til at leve med diabetes<sup>25</sup>.

Det tager typisk under fem minutter for en person med diabetes at udfylde spørgeskemaet, og scoren kan hurtigt udregnes af personen med diabetes eller den sundhedsprofessionelle. Derfor er spørgeskemaet særligt velegnet til brug i konsultationer og samtaler, hvor tiden ofte er begrænset. Totalscoren giver en indikation af graden af personens diabetes-stress.

#### Fortolkningen af PAID-5 besvarelsen:

Personer, der besvarer PAID-5, kan angive fra 0 (ikke et problem) til 4 (et alvorligt problem) i hvilken grad hvert spørgsmål er et problem for dem på nuværende tidspunkt. Scorerne for alle spørgsmål lægges sammen, hvilket giver en totalscore mellem 0 og 20. En totalscore på 8 eller derover indikerer moderat til alvorlig diabetes-stress. Scoren for moderat til høj grad af diabetes-stress bør diskuteres under konsultationen og medføre henvisning til relevante tilbud.

Hvis besvarelsen af spørgeskemaet ikke viser tegn på diabetes-stress, kan årsagen være, at personen ikke oplever mentale udfordringer eller at personen er tilbageholdende med at tale om sine bekymringer og udfordringer i forhold til diabetes. Derfor anbefales det, at den sundhedsprofessionelle følger op på besvarelsen med åbne spørgsmål f.eks. inspireret af nedenstående guide til samtalen om diabetes-stress.

## 2.3 En guide til samtalen om diabetes-stress

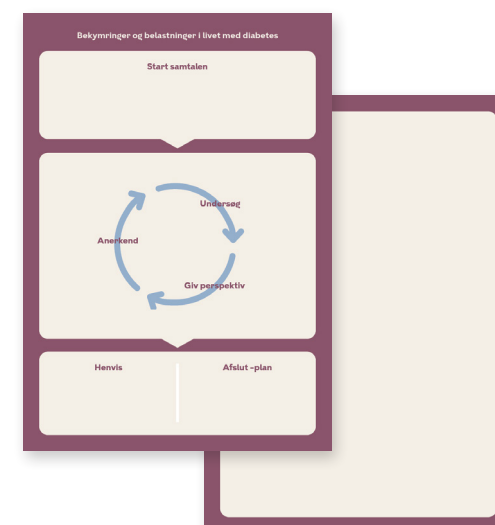
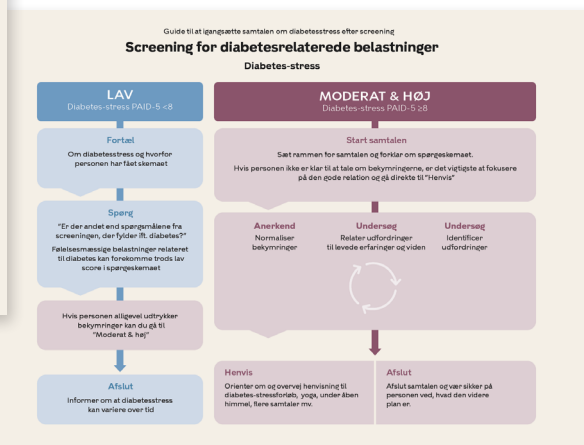
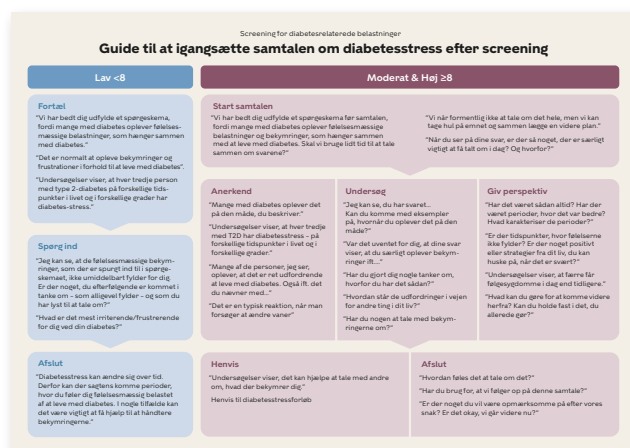
Der er udviklet en samtaleguide, der skal inspirere, støtte og vejlede sundhedsprofessionelle i samtaler efter opsporing af diabetes-stress<sup>26</sup>. Samtaleguiden er ikke designet til lange, dybdegående samtaler om diabetes-stress, men skal snarere ses som inspiration til en samtale, der under en rutinekonsultation kan afdække behovet for fremtidige indsatser.

### Samtaleguiden består af:

1. En illustration af et dynamisk samtaleforløb efter opsporing af diabetes-stress, som giver mulighed for at tilpasse samtalen til situationen.
2. Eksempler på udsagn og åbne spørgsmål, der kan fungere som inspiration til samtalen.

Samtaleguiden kan anvendes fleksibelt, da der er mange måder at starte en samtale om diabetes-stress på. Den er opdelt i sektioner for opsporing af personer med henholdsvis lav eller moderat til høj diabetes-stress. Det anbefales, at sundhedsprofessionelle adresserer og normaliserer diabetes-stress, selv når personen har en lav grad af diabetes-stress, da mange personer med diabetes vil opleve diabetes-stress på forskellige tidspunkter i deres liv. Derudover kan højere grad af diabetes-stress optræde, selv om opsporingen viser en lav score, da ikke alle kilder til diabetes-stress er repræsenteret i det korte screeningsinstrument.

**Støttekort:** Ud over samtaleguiden er der udviklet et støttekort, der giver sundhedsprofessionelle mulighed for at tilpasse og udvikle deres egne hjælpsomme sætninger og spørgsmål til brug i samtalen om opsporing for diabetes-stress.



### 3. Metoder til forebyggelse af diabetes-stress i rehabiliterende forløb (Indsats 2)

Forebyggelse af diabetes-stress i rehabiliterende tilbud er vigtigt for at hjælpe personer med type 2-diabetes med at håndtere de følelsesmæssige udfordringer, der kan følge med livet med diabetes. Ved at øge bevidstheden om de mentale belastninger, der følger med sygdommen, samt identificere tidlige tegn på nedsat psykologisk velbefindende, kan deltagerne blive bedre rustet til at håndtere følelsesmæssige udfordringer, når de opstår.

På baggrund af vores erfaring fra kurset til personer med type 2-diabetes og moderat til høj diabetes-stress (se afsnit 4) og andre lignende koncepter, har vi videreudviklet og tilpasset øvelser i samarbejde med sundhedsprofessionelle og borgere i Center for Diabetes og Hjertesygdomme, så de kan anvendes i en forebyggende kontekst.

Formålet med øvelserne er at skabe et rum for samtaler om de psykosociale aspekter af diabetes og hjælpe personer med diabetes med at blive opmærksomme på og sætte ord på, hvordan sygdommen påvirker deres hverdag, krop, tanker og følelser. Øvelserne tydeliggør også, at forskellige livsomstændigheder og situationer kan påvirke, hvordan man håndterer sin diabetes. Derudover sætter øvelserne fokus på at legitimere, at det er normalt at opleve frustrationer i hverdagen, og at de psykosociale aspekter af diabetes er lige så relevante at drøfte som de fysiske og behandlingsmæssige spørgsmål.

Øvelserne støtter også de sundhedsprofessionelle i at facilitere dialog om psykosociale aspekter af livet med diabetes. Ved at bruge øvelserne får sundhedsprofessionelle konkrete værktøjer til at hjælpe borgere med at italesætte og håndtere mentale belastninger og bekymringer, der kan følge med at leve med diabetes. De forebyggende øvelser ledsages af en detaljeret trin-for-trin-guide med konkrete eksempler på, hvordan sundhedsprofessionelle kan facilitere øvelserne.

**Hvordan påvirker Type 2 diabetes dig?**  
Type 2 diabetes kan påvirke mange områder af dit liv for eksempel kroppens hverdagsliv, tanker og følelser.

**Hvordan påvirker Type 2 diabetes dig?**  
Hverdagslivet  
Kroppen  
Tanker og følelser

**Hvor meget fylder diabetes**  
Du kan f.eks. skænke, tegne eller skrive ordene

Hvor meget fylder diabetes i mit liv LIGE NU?  
Hvor meget vil jeg gerne have diabetes til at fylde i FREMTIDEN?  
HVAD ER FORSKELLEN?

**1. Vidste du at... diabetes kan være en stor psykisk belastning?**  
Det kan føles som en stor opgave hele tiden at skulle tænke på blodsukker, medicin og medicin. Diabetes stress er en naturlig følelsesmæssig reaktion på de belastninger og bekymringer, som kan følge af at søge med og håndtere diabetes i hverdagen.

**2. Vidste du at... mere end én ud af tre personer med type 2-diabetes i Danmark har moderat til alvorlig grad af diabetes-stress?**

**Vi er forskellige - behøver ikke være enige**

**Ok at komme ud af komfortzonen**

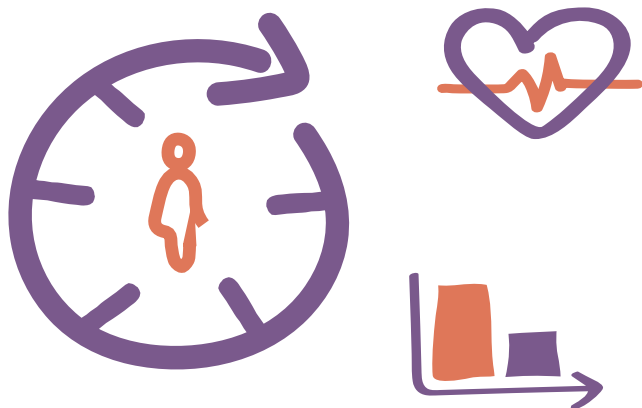
**diabetes-stress kan opdages ved at udfylde et spørgeskema, som er designet til at opspore diabetes-stress?**

**Fortrolighed**

## 4. Kursus til personer med type 2-diabetes og moderat til høj diabetes-stress (Indsats 3)

### 4.1 Læringsmål for kurset

Det overordnede læringsmål for kurset for personer med type 2-diabetes og moderat til høj diabetes-stress er at støtte deltagerne i at reflektere over de mentale belastninger, der følger med livet med diabetes, samt give dem mulighed for at dele deres erfaringer og udfordringer. Ydermere sigter kurset mod at styrke deltagerens evne til at identificere og håndtere disse belastninger ved at introducere strategier og konkrete handlemuligheder, som kan integreres i deres dagligdag.



### 4.2 Metodisk ramme for kurset

Kurset har fokus på diabetes-stress og dermed på belastninger og bekymringer i livet med diabetes. Kurset hjælper deltagerne med at forstå deres diabetes-stress, få indsigt i sammenhængen mellem følelser og bekymringer og finde mere hensigtsmæssige måder at håndtere deres udfordringer på.

Kurset består af 6 mødegange à 2,5 time og er bygget op omkring forskellige øvelser, der hjælper deltagerne med at blive opmærksomme på og håndtere diabetes-stress. Dette inkluderer f.eks. at lægge mærke til kropslige signaler og lære at reagere hensigtsmæssigt på dem.

En detaljeret trin-for-trin-guide beskriver kursets mødegange, og hvordan sundhedsprofessionelle kan facilitere øvelserne.

Kurset er baseret på litteratur og erfaringer med metoder og strategier til håndtering af diabetes-stress. Dette omfatter nationale og internationale metoder og interventionsstudier <sup>(17,19,27,28,29,30,31,32,33)</sup>, anbefalinger <sup>(13,23,34,35)</sup>, peer support-studier <sup>(36,37,38,39)</sup>, samt sundhedspædagogiske øvelser og modeller udviklet på Steno Diabetes Center Copenhagen <sup>(26,40,41,42,43)</sup>.

Kurset er også inspireret af en sundhedspsykologisk forståelsesramme og Center for Mental Sundheds erfaringer og praksis med mindfulness og stresshåndtering <sup>(44,45,46,47,48,49)</sup>.

Metoderne omfatter illustrationer, citater og spørgsmål, som kan hjælpe deltagerne med at sætte ord på deres tanker og fremme refleksion og erfaringsudveksling blandt deltagerne. Metoderne er designet til kurset, men kan tilpasses til individuelle samtaleforløb eller andre patientforløb for personer med diabetes.

### Nogle af de centrale metoder og mekanismer i kurset inkluderer:

- At anerkende og normalisere oplevelser og bekymringer f.eks. ved at sige, "mange personer med diabetes oplever, at det er svært at leve med sygdommen."
- At undersøge og identificere konkrete udfordringer f.eks. "hvad bekymrer dig mest omkring din diabetes og hvorfor?"
- At sætte bekymringer i perspektiv f.eks. "undersøgelser viser, at færre får følgesygdomme i dag end tidligere."
- At skabe afstand til udfordringer f.eks. "det er ikke dig, men specifikke omstændigheder omkring diabetes, der gør, at..."
- At give indsigt i sammenhængen mellem tanker, følelser, krop og adfærd.
- At introducere selv-omsorg og nærvær, så deltagerne bliver opmærksomme på deres oplevelser og udvikler en mere omsorgsfuld tilgang til sig selv.
- At muliggøre erfaringsudveksling med andre deltagere for at mindske følelsen af isolation og inspirere til nye perspektiver på livet med diabetes.



## 5. Den sundhedsprofessionelles værdier og kompetencer

Metoderne og øvelserne kan ikke stå alene. Det er måden, de bruges på, som skaber værdi i mødet mellem personer med diabetes og sundhedsprofessionelle. I materialerne om diabetes-stress bevæger man sig som underviser på tre niveauer - værdier, kompetencer og værktøjer.



**Figur 3:** Illustration over de tre niveauer - værdier, kompetencer og værktøjer.

Værdierne bygger på en personcentreret tilgang, hvor fokus er på at skabe et samarbejde mellem borger og sundhedsprofessionel, som bringer borgernes værdier, prioriteter, (selverkendte) behov og præferencer i spil i de beslutninger, der træffes om behandling<sup>50,51</sup>. Et vigtigt element i den personcentrerede tilgang er de såkaldte 'teachable moments', der henviser til at nogle øjeblikke er mere oplagte end andre i forhold til læring<sup>52</sup>. Fokus er på at udfolde borgerens potentialer og muligheder, hvilket kun kan lade sig gøre gennem kendskab til deltagerne og derigennem viden om, hvilke og hvor mange ændringer personerne kan håndtere, og i hvilket tempo adfærdsændringer kan foregå.

Erfaringsudveksling mellem ligesindede er en væsentlig værdi i materialet, og defineres - i tråd med Socialstyrelsen - som støtte til forandring mod et bedre liv, der finder sted mellem to eller flere personer, der forbindes af fælles erfaringer i livet<sup>53</sup>. Ligeværdighed er afgørende, og deltagerne er eksperter på eget liv, hvor de gennem dialog og aftaler med facilitator og hinanden kan udvide og afprøve mulige handlekompetencer undervejs i forløbet.

Den sundhedsprofessionelle tilgang og kompetencer til at håndtere samtaler om diabetes-stress er afgørende og udfoldes derfor særskilt i de næste underafsnit. Der vil også uddybes en beskrivelse af, hvordan den sundhedsprofessionelle kan etablere gode samarbejdsrelationer til deltagerne, samt hvordan sproget bevidst kan anvendes til at styrke kommunikationen i gruppen. Derudover præsenteres en oversigt med eksempler på kommunikationsteknikker, som kan igangsætte og fastholde en konstruktiv gruppedynamik.

Værktøjerne er de metoder og øvelser, som beskrives særskilt i de to trin-for-trin-guides.

## 5.1 Kompetence - Den sundhedsprofessionelles rolle som facilitator

En væsentlig del af den sundhedsprofessionelles kompetencer til at udfolde de forskellige værktøjer er at indtage en faciliterende rolle. Denne rolle handler om at håndtere og understøtte forløbet, så deltagerne får det størst mulige udbytte af kurset eller dialogen. Det kan f.eks. være at rammesætte og facilitere gruppedialog og erfaringsudveksling blandt deltagerne.

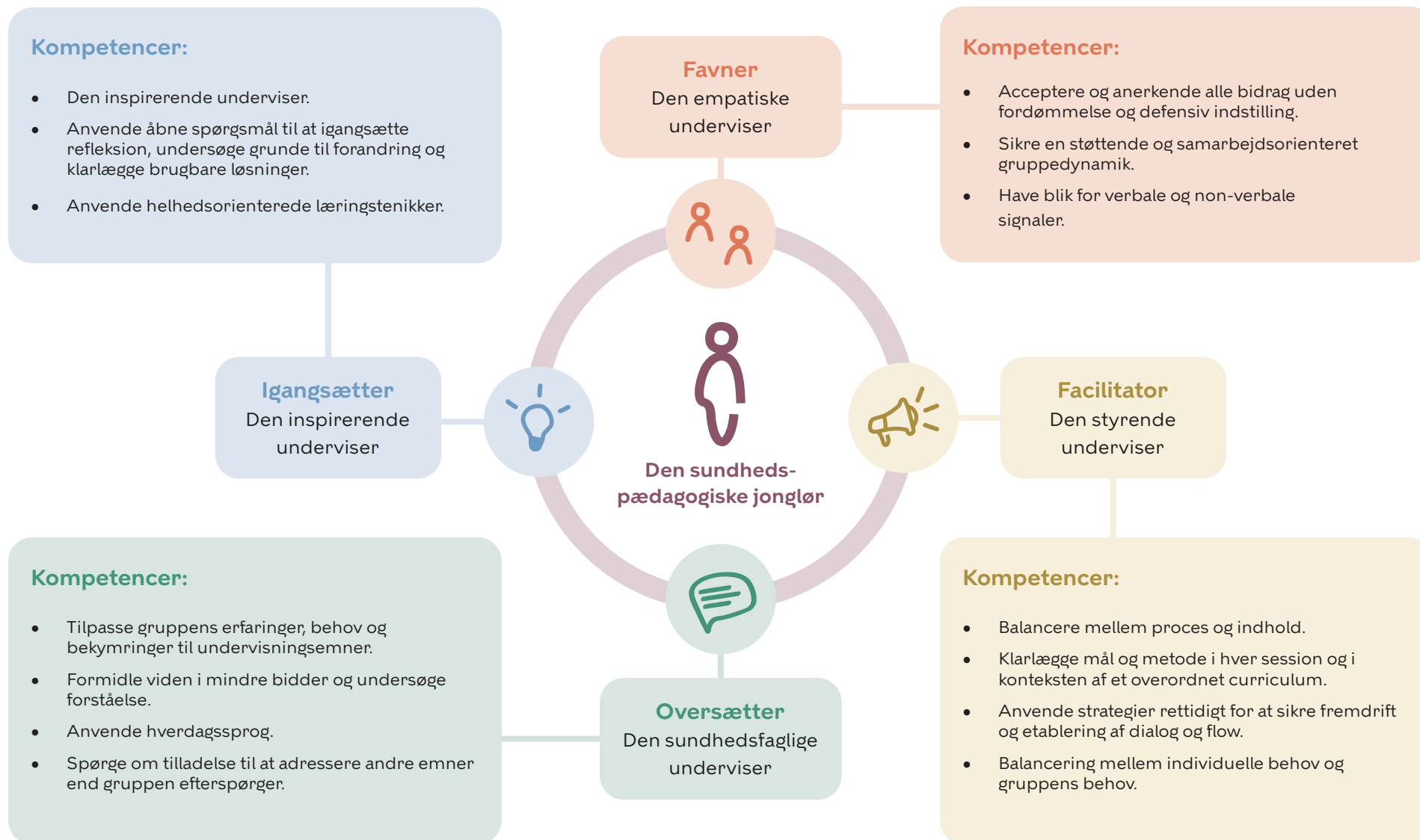
Facilitatorrollen er én af de fire centrale roller, der beskrives i modellen: "Den sundhedspædagogiske jonglør" (figur 4). Modellen ser den sundhedsprofessionelle som en sundhedspædagogisk mediator, hvor jonglørmetaforen illustrerer, hvordan den sundhedsprofessionelle løbende balancerer og skifter mellem fire forskellige roller for at imødekomme deltagerens behov og fremme deres aktive deltagelse og engagement. Som underviser skal man kunne jonglere alle de sundhedspædagogiske roller, men den faciliterende rolle får mere fokus i materialer om diabetes-stress, da den understøtter deltagerens erfaringsudveksling som en drivende faktor i øvelserne.

Rollen som facilitator omfatter følgende centrale kompetencer:

- Balancere mellem proces og indhold
- Klarlægge formål og metode til hver kursusgang
- Anvende strategier på rette tidspunkter for at sikre fremdrift og etablering af dialog og flow
- Balancere mellem individuelle behov og gruppens behov

Som facilitator handler det i høj grad om at styre samtalen og forløbet, så deltagerne får mulighed for at udveksle erfaringer med hinanden og omkring det, som kan opleves svært.

Det kan føles uvant eller udfordrende for sundhedsprofessionelle at gå fra en traditionel undervisningsrolle med fokus på at formidle viden til en mere faciliterende rolle. Det er en fordel at blive opmærksom på og tale om dette skift, så det bliver tydeligt, hvorfor det kan opleves anderledes at være facilitator i denne sammenhæng. Derudover er det afgørende at træne de nødvendige kompetencer for at føle sig tryk i at varetage rollen som facilitator. Supervision kan være én måde at træne disse kompetencer, hvilket uddybes i afsnit 5.3.



Figur 4: Model for den sundhedspædagogiske jonglør<sup>49,54</sup>.

## 5.2 Kompetence til at skabe en god samarbejdsrelation til deltagerne

En grundlæggende forudsætning for en god samarbejdsrelation er, at sundhedsprofessionelle kan rumme og anerkende svære følelser hos personer med diabetes uden at fokusere på at løse problemer. Det anbefales, at den sundhedsprofessionelle er en engageret, empatisk og opmærksom lytter, der opmuntrer deltagerne til at dele deres vanskelige følelser og emner. Det handler ikke om at vurdere, hvad der er 'rigtigt' eller 'forkert', men om at anerkende og fremhæve de forskellige måder, deltagerne træffer beslutninger på. At lytte empatisk til deltagerne og hjælpe dem med at sætte ord på deres tanker og følelser kan være tilstrækkeligt. En god samarbejdsrelation mellem den sundhedsprofessionelle og deltagerne smitter ofte af på samarbejdsrelationen mellem deltagerne, så de føler sig trygge ved at dele deres egne erfaringer og perspektiver. Når deltagerne åbent deler deres oplevelser under kurset, opstår der en vekselvirkning mellem at høre andres perspektiver og relatere deres fortællinger til sig selv. Dette kan skabe en følelse af genkendelighed og åbne op for nye indsigter. Tabel 1 opsummerer de faktorer, der kan fremme eller hæmme samarbejdsrelationen mellem den sundhedsprofessionelle og deltagerne på kurset.

En god samarbejdsrelation skabes også af, at øvelserne opleves som meningsfulde for deltagerne og relevant i deres hverdagsliv. Øvelserne i materialet lægger op til at deltagerne deltager aktivt med egne refleksioner, forslag og drøfter mulige handlinger, med henblik på at skabe forandring i hverdagslivet for den enkelte.

**Tabel 1:** Fremmende og hæmmende faktorer for en god samarbejdsrelation mellem den sundhedsprofessionelle og deltagerne.

Udarbejdet af Vibeke Stenov i arbejdet med at udvikle og afprøve en indsats til at opspore og reducere diabetes-stress hos voksne med type 1-diabetes og moderat til høj diabetes-stress<sup>26</sup>.

Det er fremmende for en god samarbejdsrelation, når den sundhedsprofessionelle...	Det er hæmmende for en god samarbejdsrelation, når den sundhedsprofessionelle...
... befinder sig godt med at lytte aktivt og tale om svære følelser og emner (skaber tillid og engagement).	... er problemløsende, giver råd og forsøger at argumentere for forandringer.
... sænker hastigheden, når man taler, og giver plads til stilhed og pauser (hjælper med at udtrykke tanker og følelser).	... taler meget og hurtigt for at spare tid og udfylde stilhed/pauser.
... stiller åbne og nysgerrige spørgsmål med en ikke-dømmende og ligeværdig attitude (inviterer til at dele oplevelser og opdage nye perspektiver).	... stiller lukkede spørgsmål og alene bestemmer, hvad diskussionsemnet skal være.
... giver bekræftende og anerkendende udsagn (fremmer accept og forståelse).	... affejer deltagerens bekymringer og deler egne holdninger.
... opsummerer centrale pointer og spejler personens/gruppens bekymringer (skaber klarhed og fokus).	... bruger fagtekniske termer/fokuserer på tal og tests.
... sætter diabetes i perspektiv, f.eks. nuancerer urealistiske forventninger til egen diabeteshåndtering/risiko for følgesygdomme (giver overblik og ro).	... advarer og konfronterer personen med diabetes med risikoen for følgesygdomme.

Det er gunstigt for samarbejdsrelationen at skabe samhørighed og tryghed i gruppen, da det giver plads til, at deltagerne etablerer en forbundethed og åbner op for de bekymringer og følelsesmæssige belastninger, som kan hænge sammen med livet med diabetes. Samhørighed og tryghed kan skabes på flere måder i samtalen med gruppen. Nedenstående beskrives aspekter, hvorpå samhørighed og tryghed kan etableres i samarbejdsrelationen:

#### **Opmærksomhed og tilstedeværelse**

Den sundhedsprofessionelle kan signalere tilstedeværelse og opmærksomhed ved at have et åbent kropssprog. Det kan gøres når man selv taler, og holde øjenkontakt med deltagerne. Man kan også signalere tilstedeværelse ved at have et naturligt toneleje og et ansigtsudtryk, der afspejler det, der bliver sagt.

#### **Ligeværdighed og venlighed**

Den sundhedsprofessionelle kan skabe en ligeværdig relation præget af gensidig respekt ved at sidde ned ligesom deltagerne og undgå uniform, så man er i samme position som gruppen. Man kan udvise venlighed i mødet med deltagerne ved hurtigt at lære deres navne udenad (lav huskeregleregler om nødvendigt) og bevidst bruge deres navne undervejs til møderne, når det giver mening.

#### **Afslappethed og overblik**

Den sundhedsprofessionelle kan udvise afslappethed ved ikke at vise tegn på travlhed ved at sænke hastigheden, når man taler, og give plads til stilhed og pauser. Det er vigtigt at være opmærksom på, hvordan det italesættes, når tiden er ved at være løbet ud. Et ur i nærheden er nødvendigt, så det er let at holde øje med tiden. Hvis der opstår tidsnød, kan man revidere programmet ved at fjerne nogle af deløvelserne, mens deltagerne erfaringsudveksler i mindre grupper og/eller i pauser. Man kan også spørge gruppedeltagerne, hvorvidt de foretrækker at bruge mere tid på at gøre den igangværende øvelse færdig, eller om de foretrækker at fortsætte til næste øvelse, som var planlagt på forhånd.

### 5.3 Sprogbrug i kommunikationen

Den sundhedsprofessionelle kan påvirke deltageres tanker og følelser via sproget og bør derfor være opmærksom på, hvordan sprog kan fremme eller hæmme gunstig kommunikation med deltagerne. U hensigtsmæssigt sprogbrug med og om personer med diabetes kan skabe misforståelser og fordomme og medføre urealistiske forventninger til håndteringen af diabetes, der i værste fald kan munde ud i følelsen af fiasko, frustration og selvbeprejdelse. Tabel 2 giver eksempler på, hvordan sproget kan hæmme og fremme en frugtbar kommunikation med deltagerne.

**Tabel 2:** Fremmende eller hæmmende sprogbrug i kommunikation med voksne med diabetes.

*Udarbejdet af Vibeke Stenov i arbejdet med at udvikle og afprøve en indsats til at opspore og reducere diabetes-stress hos voksne med type 1-diabetes og moderat til høj diabetes-stress<sup>26</sup>.*

Fremmende sprogbrug	Hæmmende sprogbrug	Begrundelse
Håndtering af diabetes	Kontrol over diabetes	Bestræbelsen på at opnå kontrol eller opretholde kontrol over diabetes kan i sidste ende føre til følelser af skyld, fortvivlelse og frustration, da kontrol over diabetes er umuligt at opnå.
Indflydelse på blodsukker	Styring af blodsukkeret	Henvi sning til at blodsukkeret kan 'styres' er urealistisk, da en række faktorer påvirker håndteringen af diabetes, hvoraf mange er uden for personens kontrol (f.eks. hormoner, sygdom, stress, temperatur, forsinkede virkninger af fysisk aktivitet, andre lægemidler).
Ustabile/svingende blodsukker-niveauer	Dårlig blodsukker-regulering	Henvi sning til "dårlig" eller "god" regulering indebærer en bedømmelse af, om personen med diabetes har været "god" eller "dårlig". Ingen har brug for kritik, når det ikke går som ønsket.
At leve med diabetes	Accept af diabetes	Accept af diabetes er nødvendigvis ikke et punkt, voksne med diabetes når til. Oplevelsen af at leve med diabetes svinger gennem livet, og diabetes kan i perioder føles uacceptabel. Derfor kan "normen" om at skulle acceptere diabetes medføre, at man føler sig alene, da man kan opleve at være den eneste, der oplever diabetes på den måde.
Diabetes	Sukkersyge	Sukkersyge giver en association til, at man er blevet syg, fordi man har spist for meget sukker, eller at man slet ikke må spise sukker. Det kan være med til at skabe misforståelser og stigmatisere personer med diabetes.
Person med diabete	Diabetiker	Diabetiker er en stereotyp generaliseret term, der sidestiller personen med deres sygdom. Det er bedre at fremhæve personen, som lever med diabetes.

## Opfange og anvende sproglige metaforer

Den sundhedsprofessionelle kan være opmærksom på at opfange og lytte efter meningsfulde sproglige metaforer anvendt af gruppedeltagere, som en metode til at undersøge, udtrykke og uddybe bekymringer og følelsesmæssige belastninger i forhold til diabetes. Ordet metafor er græsk og betyder "overførsel". Metaforer kan overføre abstrakte og avancerede tanker og følelser til en mere konkret, billedlig og forståelig måde, hvis betydningen af metaforen vækker genklang hos og er relevant for deltagerne i gruppen.

Måderne hvorpå deltagerne i gruppen bruger metaforerne, kan give en idé om, hvordan de oplever og forstår det, de står i, og hvordan de forsøger at håndtere det. Det handler om at lytte efter små signalord i en sætning for at undersøge metaforerne og finde ud af, hvilke logikker der ligger bag metaforerne. Den sundhedsprofessionelle kan derfor mere bevidst og aktivt lytte efter sproglige metaforer, når gruppedeltagerne fortæller om deres tanker og følelser.

**Følgende elementer kan bruges af den sundhedsprofessionelle til at opfange og anvende metaforer i gruppeforløbets samtaler:**

- Lyt til fortællingerne og opfang metaforer.
- Stil spørgsmål og undersøg hvilke logikker, der ligger bag metaforerne ved at bede gruppedeltageren om at uddybe og udfolde dem.

Den sundhedsprofessionelle kan også vælge at introducere en metafor og anvende vendinger, som opsummerer og perspektiverer, hvad deltagerne i gruppen siger og oplever. Metaforerne kan danne en ramme for, hvordan deltagerne kan håndtere bekymringerne i forhold til diabetes. Det kan påvirke måden, hvorpå deltagerne oplever bekymringer, og hvad der er af muligheder.

Det er vigtigt at anvende metaforer fleksibelt og tilpasse dem, så det giver mening for deltagerne. Metaforer, der er genkendelige giver mulighed for spejling og understøtter læring og hukommelse. Hvorimod metaforer, der ikke fungerer, kan de være forvirrende og skabe magtesløshed.

Tabel 3 giver eksempler på metaforer, der kan anvendes og introduceres til personer med diabetes-stress for at understrege, hvordan man kan træne at være passiv overfor bekymringer, og blot registrere at de er der, og ikke tænke yderligere over dem.

Metafor	Betydning af metafor
At have bekymringer kan være som 1) skyer, der driver hen over himlen, eller 2) blade, der svæver over himlen <sup>11</sup> .	Dine bekymringer i forhold til diabetes kommer og går. Pointen er, at bekymringerne er flygtige og forsvinder af sig selv medmindre du ikke giver dem lov til det.
At forbyde dig selv at tænke på en lyserød elefant i rummet indebærer, at der straks vil dukke et billede op af en lyserød elefant, og at det kan føles helt umuligt at lade være med at tænke på det billede <sup>10</sup> .	Du kan ikke selv bestemme, hvilke bekymringer du får, og prøve at acceptere, at der af og til vil opstå bekymringer. Du kan bevidst arbejde med, hvordan du vil håndtere bekymringerne, og du kan træne hvilke bekymringer, der er relevante handle på og hvilke du vil lade fare.
At indføre ½ times "bekymringsbank" hvor dine bekymringer kan få frit løb. Opstår bekymringstanker "uden for åbningstiden", sætter du dem i banken og lader dem vente, til banken igen har åbent <sup>9</sup> .	Du kan træne at udsætte bekymringer til et senere tidspunkt. Målet er at have indflydelse på, hvor man retter opmærksomheden hen.
At have bekymringer kan være som en telefon, der ringer. Du vælger ikke selv, om telefonen ringer, men du kan vælge om, du svarer eller bare registrerer opkaldet <sup>10</sup> .	Du vælger selv, om du vil reagere på bekymringer, når de dukker op. Du kan ikke skubbe bekymringerne væk, men derimod registrere, at de er der og træffe beslutning om ikke at "overtænke" dem eller undgå at gøre mere ved tanken.
At have bekymringer kan være som at forestille sig at vælge at blive stående på en perron og lade et tog passere i stedet for at stige på toget. Når toget er kørt væk fra perronen, behøver du ikke at beskæftige dig med det mere. Du registrerede, at toget var der, du så det køre forbi, og du valgte at blive stående på perronen <sup>10</sup> .	Jo mere værdi, du tillægger dine bekymringer, desto større bliver de. Hvis du lader dine bekymringer få frit løb, kan de ende med at styre en stor del af dit liv. Du kan træne at blive bevidst om tilstedeværelsen af bekymringer og forsøge at forholde dig passivt til bekymringerne.

**Tablet 3:** *Eksempler på metaforer, som kan introduceres og anvendes af den sundhedsprofessionelle.*

*Udarbejdet af Vibeke Stenov i arbejdet med at udvikle og afprøve en indsats til at opspore og reducere diabetes-stress hos voksne med type 1-diabetes og moderat til høj diabetes-stress<sup>26</sup>.*

## 5.4 Kommunikationsteknikker til at varetage gruppedynamik og erfaringsudvikling

Tabel 4 giver inspiration til spørgsmål, der indbyder til dialog, samt ideer til spørgsmålstyper, der kan fremme gunstig gruppedynamik, erfaringsudveksling og refleksion. Måden, hvorpå disse øvelser bruges, er med til at skabe værdi i samarbejdsrelationen mellem den sundhedsprofessionelle og deltagerne.



## Kommunikationsteknikker til at varetage gruppedynamik og erfaringsudveksling

Tabel 4 giver inspiration til spørgsmål, der indbyder til dialog, samt ideer til spørgsmålstyper, der kan fremme gunstig gruppedynamik, erfaringsudveksling og refleksion. Måden, hvorpå disse øvelser bruges, er med til at skabe værdi i samarbejdsrelationen mellem den sundhedsprofessionelle og deltagerne.

### Åbne spørgsmål

Når en deltager deler ud af sine oplevelser, er det godt at spørge videre ind til vedkommende med åbne spørgsmål. Derved tilkendegiver man, som sundhedsprofessionel, at det, deltageren siger, er velkomment i gruppen.

For at igangsætte og uddybe refleksioner og dialog i gruppen kan du bruge åbne og afklarende spørgsmål.

Brug altid nysgerrige spørgsmål frem for at fortælle deltagerne, hvad de skal gøre.

Kan du uddybe det? Kan du prøve at sige lidt mere om det? Kan du prøve at sætte lidt flere ord på?

Hvad bekymrer dig mest?

Hvor tror du, at bekymringen/oplevelsen kommer fra/handler om/bunder i?

Hvorfor tror du, at man har det sådan?

Hvad gør det ved dig at føle på den måde?

Hvorfor tror du, at du oplever/føler det på den måde?

Hvad tror du, der ville ske, hvis [...]?

Forklaring

Eksempler

## Anerkendelse og normalisering

Man kan fremme dialogen i gruppen ved at lytte til og anerkende deltagerens tanker og oplevelser uden at dømme.

Man kan også inddrage de andre deltagere, når én person fortæller, for at anerkende og normalisere vedkommendes følelser.

Det giver god mening, at du føler på den måde.

Det er okay/meget normalt at have det sådan.

Set i lyset af det, du fortæller, så giver det god mening, at du får det/reagerer sådan.

Mange af de mennesker med diabetes, jeg møder, oplever det på samme måde, som du gør og særligt med hensyn til [...]

Det er naturligt, at dine problemer skaber bekymring - det ville ske for de fleste andre, som befandt sig i samme situation.

Det lyder til, at flere kan genkende dette? Er der flere her, der også føler sådan?

I andre nikker - er det noget, I kan genkende? Hvordan?

## Spejling og opsummering

Spejling giver deltageren/gruppen mulighed for at se eller høre sig selv udefra, når man, som sundhedsprofessionel genfortæller, hvad man har set eller hørt uden at tolke på det.

Man kan hjælpe deltagerne med at spejle deres bekymringer og udfordringer ved at leve sig ind i og sætte andre/nye ord på deres oplevelser og fortløbende opsummere kernebudskaber for at skabe klarhed.

Man kan evt. skrive stikord op på et whiteboard eller en flipover for at fremhæve centrale pointer (undgå lange sætninger, der tager lang tid at skrive).

Jeg hører, at du føler dig [...]

Er det noget, I andre kan genkende?

Er der andre, der har haft lignende oplevelser? Hvilke?

I andre nikker - er det noget, I kan genkende? Hvordan?

## Anerkendelse og normalisering

Man kan fremme dialogen i gruppen ved at lytte til og anerkende deltagerens tanker og oplevelser uden at dømme.

Man kan også inddrage de andre deltagere, når én person fortæller, for at anerkende og normalisere vedkommendes følelser.

Det giver god mening, at du føler på den måde.

Det er okay/meget normalt at have det sådan.

Set i lyset af det, du fortæller, så giver det god mening, at du får det/reagerer sådan.

Mange af de mennesker med diabetes, jeg møder, oplever det på samme måde, som du gør og særligt med hensyn til [...]

Det er naturligt, at dine problemer skaber bekymring - det ville ske for de fleste andre, som befandt sig i samme situation.

Det lyder til, at flere kan genkende dette? Er der flere her, der også føler sådan?

I andre nikker - er det noget, I kan genkende? Hvordan?

## Aktiv lytning

### Forklaring

Aktiv lytning er en måde at indvie deltageren/gruppen i, hvordan man har opfattet budskabet. Det begynder ofte som spejling og suppleres med en fortolkning af det, man har iagttaget, ved at lytte efter og identificere underliggende temaer.

Det kan være en god idé at spørge deltagerne, om man har forstået budskabet korrekt.

For at inkludere alle deltagere i fælles diskussioner kan man under opsummeringen spørge deltagerne direkte, om de har noget at tilføje.

Må jeg godt lige prøve at opsummere, hvad jeg har hørt: Du forklarer altså, at [...] - er det rigtig forstået?

Er det rigtig forstået, når du siger, at [...] (f.eks. magtesløshed, skyld eller selvkritik).

Okay, så det, du mener, er altså, at [...]

Er der nogle af jer, der har lyst til at tilføje noget? Var der noget, I lagde særligt mærke til ved de andres historier, som I selv kunne genkende? Hvad?

### Eksempler

## Modstand i gruppen

### Forklaring

Nogle deltagere kan verbalt eller via deres kropssprog udtrykke modvilje overfor eller skepsis imod et tema, en øvelse osv. Ofte er det hensigtsmæssigt at adressere direkte.

Hvis en deltager har modstand, kan det vise sig som diskussion, benægtelse, bagatellisering, ligegyldighed eller passivitet. Prøv at acceptere modstanden ved at møde den med refleksion i stedet for konfrontation eller at gå i forsvar.

Det kan modvirke vrede eller frustration at reflektere ved at stille nysgerrige, udforskende spørgsmål i stedet for at blive irriteret over deltagerens modstand.

Det kan fremme deltagerens autonomi og medindflydelse at anmode om tilladelse til at tage et emne eller en øvelse op.

Er I med på at lave den her øvelse?

Jeg forstår, at du er skeptisk. Fortæl lidt mere om dine tanker. Hvor er det, du har særligt svært ved at se meningen med øvelsen?

Hvad mangler du for, at øvelsen giver mere mening for dig?

Jeg kan se/høre på dig, at du ikke er så meget til denne øvelse. Og jeg forstår godt, hvis den kan virke lidt grænseoverskridende/svær/langhåret (passende udtryk - evt. humoristisk hvis passende), men jeg vil høre, om du vil være villig til at give den/en chance, og så kan vi tale om oplevelsen bagefter. Jeg ved fra andre hold/deltagere, at lige præcis denne øvelse var rigtig givende, selvom den kan være lidt svær at komme i gang med.

Jeg kan se/høre på dig, at du ikke er så meget til denne øvelse. Kan vi aftale, at du i første omgang så bare sidder og lytter og ikke behøver at sige noget, men selvfølgelig gerne må, hvis du alligevel får lyst undervejs?

Ved nærværsøvelse: hvis du har mere lyst til bare at sidde og slappe af uden at lytte til min guidning, er du også velkommen til det. Så kan du nyde en lille pause.

### Eksempler

### Erfaringsudveksling

Hvis det er svært at få den samlede gruppe i tale, kan en dialog to-og-to igangsættes, og herefter samles op f.eks. ved at opsummere forskelle og ligheder. Dialog på tomandshånd kan være med til at skabe dynamik i gruppen ved at sørge for, at alle deltagere involveres.

Det kan ske, at nogle deltagere er overvejende tavse eller svære at få i tale. Det kan derfor være en god idé at igangsætte individuelle refleksioner, hvor deltagerne skriver tanker ned for sig selv. Det kan give deltagerne mulighed for hver især at reflektere over det, de har lyst til at sige, og give dem mod på at tale foran de andre deltagere.

Er der én, som har lyst til at starte?  
Hvem har lyst til at starte?

[Anders], har du lyst til at starte runden? Husk, at det selvfølgelig stadig er i orden at springe over, hvis nogen ikke ønsker at sige noget.

### Ligeværdig balance

Gruppedeltagere vil altid fylde og indgå forskelligt i en gruppe. Nogle vil tale meget og andre mindre. Som gruppeleder er det vigtigt at fordele taletiden og også bruge deltageres input strategisk. Nogle deltagere er fx gode til at stimulere til relevante refleksioner hos andre, hvorfor det er hjælpsomt for gruppens proces at få dem til at tale tidligt på en gruppegang. Andre deltagere kan tale meget, men hvor indholdet er mindre givende ift. målet med gruppen.

Hvis en deltager taler ud ad en u hensigtsmæssig tangent, kan det være vigtigt at turde at afbryde for at sikre en positiv dialog og dermed hele gruppens tarv. Det kan du gøre ved at bede deltageren om at vende tilbage til at tale om det, som vedkommende tog udgangspunkt i.

Du startede med at sige, at [...], kan du prøve at vende tilbage det?

Det er rigtig spændende det her, og jeg kan høre, at vi kunne tale længe om det. Har du en afsluttende kommentar, inden vi går videre?

Tak [Sofie]. Er der nogen af jer andre, der har noget at tilføje?

Hvad siger I andre til det her emne/  
Hvad tænker I andre?

Hvis en deltager taler meget, kan det være en god idé kortvarigt at tage kontrol, når det er nødvendigt. Det kan du gøre ved at italesætte deltagerens udsagn, så deltageren føler sig hørt og forstået for herefter at afslutte samtalen. Du kan også tage en runde, hvor du spørger de andre deltagere om deres tanker i forhold til emnet.

[Sofie], jeg stopper dig lige... Tak for dit input, hvor jeg synes, at du peger noget virkelig centralt, og jeg er nysgerrig på, hvad du (anden deltager), tænker om (det berørte tema, det oprindelige eller et nyt, som der introduceres en forbindelse til slut).

[Sofie], jeg stopper dig lige, fordi jeg også gerne vil have jer andre på banen i dag og brede temaet og samtalen lidt ud i gruppen. Så hvis jeg helt kort skal opsummere, det som jeg hører dig sige (navn på den meget talende deltager), så er det, at (kort opsummering, så deltageren fortsat oplever sig hørt/ rummet/set/spejlet) - hvad tænker I andre herom fx dig (navn på deltager, der vurderes relevant at få på banen).

## Følelsesmæssig berørte

Hvis en deltager bliver meget ked af det eller berørt, kan det være en god idé at rumme følelserne og give dem plads. Du behøver ikke komme med løsningsforslag eller forklare hvorfor personen reagerer. Du behøver ikke prøve at fjerne lidelsen. Det er vigtigst blot at lytte og anerkende deltagerens oplevelse.

Det er helt okay at blive ked af det. Har du brug for bare at sidde og lytte lidt, eller har du lyst til at fortsætte med at tale videre?

Jeg kan godt se, at det er svært/du bliver berørt af det, du står i. Det er et svært emne, som vi sidder og taler om, og det er helt forståeligt, at du reagerer sådan.

Det er ikke altid nemt at tale om, tænker jeg. Det er godt, at du fortæller lidt. Tak fordi du deler det.

**Table 4.** Kommunikationsteknikker til at varetage gruppedynamik og erfaringsudveksling.

## Minde om grupperammerne

Det kan være en god idé at italesætte, at alt, hvad deltagerne siger og har på hjerte, er velkomment i gruppen (gerne ved alle møder).

For nogle deltagere vil forhold i deres liv fylde, som ligger udenfor gruppens fokus. Opfordre til at holde samtalen inden for gruppens fokus, da gruppen er her for at tale om diabetes og de udfordringer, der kan følge med. Dette sikrer, at alle får mest muligt ud af deres tid sammen. På den måde kan du også legitimere at afbryde deltagerne for at bringe samtalen tilbage på sporet, hvis den skulle bevæge sig væk fra emnet.

Jeg kan høre og jeg forstår, at det du fortæller om ... fylder meget for dig (lige nu). Men jeg tænker, at det er et tema, som rækker udover, hvad denne gruppe er samlet omkring og kan hjælpe hinanden med. Så jeg tænker, at vi igen lige skal have stillet skarpt på forbindelsen til diabetes.

Jeg kan høre og jeg forstår, at det du fortæller om, er virkelig svært og berører dig meget, og jeg bliver også berørt af din fortælling. Men jeg tænker, at det er et selvstændigt tema, som fortjener at blive behandlet for sig selv i det rette forum/den rette sammenhæng, og at det ikke er i denne gruppe. Så lad os evt. tale sammen efter i dag og finde ud af, hvilke muligheder, der kunne være for dig (jf. henvisning til fx sorg- eller pårørendegruppe, hvis det er temaet).

Det kan være en god idé forud for gruppedialogen at minde deltagerne om rammerne ved at 'give plads fremfor råd'.

Vi vil jo alle gerne hjælpe og kommer derfor let til at give gode råd eller prøve at løse og komme med forklaringer på andres udfordringer. Det er fint og helt logisk, men her er det igen vigtigt at give hinanden plads. Alle kan have forskellige oplevelser og behov. Derfor kan det være godt at tale ud fra egne oplevelser og lytte til, hvad andre har af erfaringer - men ikke prøve at løse eller komme med forklaringer på andres problemer eller udfordringer. I behøver ikke at være enige i gruppen. Det er okay og faktisk ofte givende med flere forskellige perspektiver/ meninger.

## 5.5 Supervision

Kompetenceudvikling af den sundhedsprofessionelle kan omfatte forskellige elementer som f.eks. sparring med andre sundhedsprofessionelle, rollespil og/eller supervision. I dette afsnit beskrives supervision, som vi anbefaler, at sundhedsprofessionelle der er facilitatorer på kurset om diabetes-stress, tilbydes.

Supervision er en struktureret proces, hvor en gruppe f.eks. sygeplejersker, diætister, fysioterapeuter eller andre sundhedsprofessionelle i fællesskab mødes med en supervisor. Supervisoren er en person, der ofte er mere erfaren inden for et område. I relation til kurset om diabetes-stress kunne en supervisor være en person med erfaring inden for at lede kurser, facilitere gruppedynamik og/eller tale om diabetes-stress og relaterede emner.

**Formålet med supervision er:**

- at facilitere refleksion over egen praksis og faglig udvikling inden for det givne arbejdsområde
- at erfaringsudveksle og vidensdele
- at styrke kommunikationen og samarbejdet mellem sundhedsprofessionelle ved at skabe en fælles forståelse og derved bidrage til at sikre kvaliteten af kurserne, der tilbydes
- at sikre arbejdsstrivelsen blandt sundhedsprofessionelle

Supervisionen kan variere i fokus, idet den både kan omhandle specifikke sager, metoder og teknikker samt adressere mere overordnede professionelle udviklingsmål for den enkelte eller gruppen.

Som sundhedsprofessionel møder man ofte komplekse og etiske dilemmaer i arbejdet. Dette gælder i høj grad også, når man varetager kurset for borgere med diabetes-stress. Supervision tilbyder et forum, hvor sådanne spørgsmål kan diskuteres, og hvor der kan findes løsninger, som er i overensstemmelse med både professionel etik og deltagernes tarv. Gennem fælles diskussion og erfaringsudveksling kan supervision desuden hjælpe de sundhedsprofessionelle med at finde løsninger på praktiske problemer, de står over for i arbejdet.

# Referencer

1. Polonsky WH, Anderson BJ, Lohrer PA, Welch G, Jacobson AM, Aponte JE, et al. Assessment of diabetes-related distress. *Diabetes care*. 1995;18(6):754–60.
2. Polonsky WH, Fisher L, Hessler D, Desai U, King SB, Perez-Nieves M. Toward a more comprehensive understanding of the emotional side of type 2 diabetes: a reenvisioning of the assessment of diabetes distress. *Journal of Diabetes and its Complications*. 2022;36(1):108103.
3. Helle Nergaard Grønnebæk. Diabetes-stress kan have stor betydning for personer med diabetes - men er ofte et overset og besværligt spørgsmål i traditionel diabetesbehandling. *Diætisten*. 2024 Apr;(188):23–6.
4. Gonzalez JS, Fisher L, Polonsky WH. Depression in diabetes: have we been missing something important? *Diabetes care*. 2011;34(1):236–9.
5. Fisher L, Gonzalez J, Polonsky W. The confusing tale of depression and distress in patients with diabetes: a call for greater clarity and precision. *Diabetic medicine*. 2014;31(7):764–72.
6. Snoek FJ, Bremmer MA, Hermanns N. Constructs of depression and distress in diabetes: time for an appraisal. *The lancet Diabetes & endocrinology*. 2015;3(6):450–60.
7. Skinner T, Carey M, Craddock S, Dallosso H, Daly H, Davies MJ, et al. Depressive symptoms in the first year from diagnosis of type 2 diabetes: results from the DESMOND trial. *Diabetic Medicine*. 2010;27(8):965–7.
8. Nanayakkara N, Pease A, Ranasinha S, Wischer N, Andrikopoulos S, Speight J, et al. Depression and diabetes distress in adults with type 2 diabetes: results from the Australian National Diabetes Audit (ANDA) 2016. *Scientific reports*. 2018;8(1):7846.
9. Skinner TC, Joensen L, Parkin T. Twenty-five years of diabetes distress research. *Diabetic Medicine*. 2020 Mar 1;37(3):393–400.
10. Chew BH, Vos RC, Pouwer F, Rutten GE. The associations between diabetes distress and self-efficacy, medication adherence, self-care activities and disease control depend on the way diabetes distress is measured: Comparing the DDS-17, DDS-2 and the PAID-5. *Diabetes research and clinical practice*. 2018;142:74–84.
11. Schiøtz M, Bøgelund M, Almdal T, Jensen B, Willaing I. Social support and self-management behaviour among patients with Type 2 diabetes. *Diabetic Medicine*. 2012;29(5):654–61.
12. Bo A, Pouwer F, Juul L, Nicolaisen S, Maindal HT. Prevalence and correlates of diabetes distress, perceived stress and depressive symptoms among adults with early-onset type 2 diabetes: Cross-sectional survey results from the Danish DD2 study. *Diabetic Medicine*. 2020;37(10):1679–87.
13. Speight J, Hendrieckx C, Pouwer F, Skinner T, Snoek F. Back to the future: 25 years of 'Guidelines for encouraging psychological well-being' among people affected by diabetes. *Diabetic Medicine*. 2020;37(8):1225–9.
14. Hendrieckx C, Halliday JA, Beeney LJ, Speight J. Diabetes distress: a practical guide for health professionals supporting adults with type 1 or type 2 diabetes. 2023;
15. Hendrieckx C, Halliday JA, Russell-Green S, Cohen N, Colman PG, Jenkins A, et al. Adults with diabetes distress often want to talk with their health professionals about it: findings from an audit of 4 Australian specialist diabetes clinics. *Canadian journal of diabetes*. 2020;44(6):473–80.
16. Hertroijs DFL, Elissen AMJ, Brouwers MCGJ, Hilgsmann M, Schaper NC, Ruwaard D. Preferences of people with Type 2 diabetes for diabetes care: a discrete choice experiment. *Diabet Med*. 2020 Nov; 37(11):1807–15.
17. Sturt J, Dennick K, Hessler D, Hunter BM, Oliver J, Fisher L. Effective interventions for reducing diabetes distress: systematic review and meta-analysis. *International Diabetes Nursing*. 2015;12(2):40–55.
18. Schmidt CB, van Loon BP, Vergouwen A, Snoek F, Honig A. Systematic review and meta-analysis of psychological interventions in people with diabetes and elevated diabetes-distress. *Diabetic Medicine*. 2018;35(9):1157–72.
19. Stenov V, Due-Christensen M, Cleal BR, Tapager IW. Significant reduction in diabetes distress and improvements in psychosocial outcomes: A pilot test of an intervention to reduce diabetes distress in adults with type 1 diabetes and moderate-to-severe diabetes distress (REDUCE). *Diabetic Medicine*. 2023;40(10):e15187.

20. Polonsky W. Diabetes burnout: What to do when you can't take it anymore. American Diabetes Association; 1999.
21. Fisher L, Mullan JT, Skaff MM, Glasgow RE, Arean P, Hessler D. Predicting diabetes distress in patients with type 2 diabetes: a longitudinal study. *Diabetic Medicine*. 2009;26(6):622-7.
22. Davies M, Dempster M, Malone A. Do people with diabetes who need to talk want to talk? *Diabetic medicine*. 2006;23(8):917-9.
23. Fisher L, Polonsky WH, Hessler D. Addressing diabetes distress in clinical care: a practical guide. *Diabetic Medicine*. 2019;36(7):803-12.
24. American Diabetes Association Professional Practice Committee, ElSayed NA, Aleppo G, Bannuru RR, Beverly EA, Bruemmer D, et al. 5. Facilitating Positive Health Behaviors and Well-being to Improve Health Outcomes: Standards of Care in Diabetes—2024. *Diabetes Care*. 2024 Jan 1;47(Supplement\_1):S77-110.
25. McGuire B, Morrison T, Hermanns N, Skovlund S, Eldrup E, Gagliardino J, et al. Short-form measures of diabetes-related emotional distress: the Problem Areas in Diabetes Scale (PAID)-5 and PAID-1. *Diabetologia*. 2010;53:66-9.
26. Stenov V, Due-Christensen M, Cleal B, Willaing I. En indsats til at opspore og reducere diabetes-stress hos voksne med type 1-diabetes og moderat til høj diabetes-stress. En guide om kompetencer, tilgange og værktøjer. 1. udgave. 2023.
27. Fisher L, Hessler D, Glasgow RE, Arean PA, Masharani U, Naranjo D, et al. REDEEM: a pragmatic trial to reduce diabetes distress. *Diabetes care*. 2013;36(9):2551-8.
28. Fisher L, Hessler D, Polonsky WH, Masharani U, Guzman S, Bowyer V, et al. T1-REDEEM: a randomized controlled trial to reduce diabetes distress among adults with type 1 diabetes. *Diabetes care*. 2018;41(9):1862-9.
29. Due-Christensen M, Joensen LE, Sarre S, Romanczuk E, Wad JL, Forde R, et al. A co-design study to develop supportive interventions to improve psychological and social adaptation among adults with new-onset type 1 diabetes in Denmark and the UK. *BMJ open*. 2021;11(11):e051430.
30. Stenov V, Cleal B, Willaing I, Christensen JN, Jensen CG, Mouritsen JD, et al. An evidence-based nurse-led intervention to reduce diabetes distress among adults with type 1 diabetes and diabetes distress (REDUCE): Development of a complex intervention informed by the Medical Research Council framework. *JMIR formative research*.
31. Varming AR, Torenholt R, Helms Andersen T, Møller BL, Willaing I. Targeting "hardly reached" people with chronic illness: a feasibility study of a person-centered self-management education approach. *Patient preference and adherence*. 2018;275-89.
32. Zoffmann V. Guided Self-Determination: A Life Skills Approach Developed in Difficult Type 1 Diabetes. 2004.
33. Vibeke Zoffmann. Guidet Egen Beslutning [Internet]. Rigshospitalet. [cited 2024 Oct 23]. Available from: <https://www.rigshospitalet.dk/afdelinger-og-klinikker/julianemarie/forskningsenhed-kvindes-boerns-og-familiers-sundhed/forskning/guidet-egen-beslutning/Sider/default.aspx>
34. Halliday JA, Speight J, Bennet A, Beeney LJ, Hendrieckx C. The diabetes and emotional health handbook and toolkit for health professionals supporting adults with type 1 and type 2 diabetes: formative evaluation. *JMIR formative research*. 2020;4(2):e15007.
35. Varming AR, Torenholt R, Møller BL, Vestergaard S, Engelund G. Addressing challenges and needs in patient education targeting hardly reached patients with chronic diseases. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2015;19(2):292-5.
36. Joensen LE, Meldgaard Andersen M, Jensen S, Nørgaard K, Willaing I. The effect of peer support in adults with insulin pump-treated type 1 diabetes: a pilot study of a flexible and participatory intervention. *Patient preference and adherence*. 2017;1879-90.
37. Kong L, Hu P, Zhao Q, Yao H, Chen S. Effect of peer support intervention on diabetes distress in people with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Practice*. 2020;26(5):e12830.
38. Joensen LE, Filges T, Willaing I. Patient perspectives on peer support for adults with type 1 diabetes: a need for diabetes-specific social capital. *Patient Preference and Adherence*. 2016;1443-51.

39. Due-Christensen M, Hommel E, Ridderstråle M. Potential positive impact of group-based diabetes dialogue meetings on diabetes distress and glucose control in people with type 1 diabetes. *Patient Education and Counseling*. 2016;99(12):1978-83.
40. Cleal B, Pals RAS, Willaing I. Når dialogen er på spil. Forskningsbaserede metoder og værktøjer til at skabe dialog og involvering i samarbejdet mellem brugere og sundhedsprofessionelle. Gentofte: Steno Diabetes Center Copenhagen, Diabetes Management Forskning; 2001.
41. Engelund G, Vinther-Andersen N, Hansen UM, Willaing I. I balance med kronisk sygdom. Sundhedspædagogisk værktøjskasse til patientuddannelse. 2011th ed. Gentofte: Steno Diabetes Center;
42. Guide til sundhedspædagogiske værktøjer - Undervisning af sårbare personer med kronisk sygdom. 2. udgave. Gentofte: Diabetesforeningen, Region Syddanmark og Steno Diabetes Center; 2015.
43. Duun R, Willaing I. EMMA: Empowerment, Motivation & Medical Adherence. Dialogværktøj til diabeteskonsultationer. Gentofte: Steno Diabetes Center; 2013.
44. Jensen CG. Åben og Rolig. København: Strandberg Publishing; 2016.
45. Segal Z, Williams M, Teasdale J, Kabat-Zinn J. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression. 2nd ed. New York: Guilford Publications; 2012.
46. Bruun Johansen Clea, Mose Anne Hvarregaard. Et bedre liv med diabetes: en psykologisk håndbog. 1. udgave. Kbh: Dansk Psykologisk Forlag; 2013.
47. White Michael. Kort over narrative landskaber. 1. udg. Kbh: Hans Reitzel; 2008. 303 p.
48. Wells Adrian. Metacognitive therapy for anxiety and depression. New York: The Guilford Press; 2009. 316 p.
49. Elsass Peter. Sundhedspsykologi. 2. udgave. 8. oplag. Kbh: Gyldendal; 2002.
50. Stenov V, Wind G, Skinner T, Reventlow S, Hempler NF. The potential of a self-assessment tool to identify healthcare professionals' strengths and areas in need of professional development to aid effective facilitation of group-based, person-centered diabetes education. *BMC Med Educ*. 2017 Dec;17(1):166.
51. Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, Diamant M, Ferrannini E, Nauck M, et al. Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes: A Patient-Centered Approach. *Diabetes Care*. 2012 Jun 1;35(6):1364-79.
52. Sabourin BC, Pursley S. Psychosocial issues in diabetes self-management: strategies for healthcare providers. *Canadian Journal of Diabetes*. 2013;37(1):36-40.
53. VIVE, Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd. Peer-to-peer-fællesskaber mellem socialt udsatte: På baggrund af vidensindsamling og evaluering af 10 frivillige organisationers og kommuners peer-to-peer-fællesskaber. København: VIVE; 2019
54. Engelund G, Hansen UM, Willaing I. "The health education juggler": development of a model describing educator roles in participatory, group-based patient education. *Health Education*. 2014;114(5):398-412.





Center for Diabetes  
og Hjertesygdomme

Center for Mental  
Sundhed - Kbh



Steno Diabetes Center  
Copenhagen