



Steno Diabetes Center  
Copenhagen

Center for Diabetes  
og Hjertesygdomme

Center for Mental  
Sundhed - Kbh



Evalueringsrapport:

# Diabetesstress interventioner for bogere med type 2-diabetes i kommunal rehabilitering

Dato: Januar 2026



## **GODKENDT AF PROJEKTPARTNERE**

Charlotte Glümer (Centerchef, Center for Diabetes, Hjerte- og Lungesygdomme, Københavns Kommune)

Bryan Cleal (Forskningsgrubeleder, Afdelingen for forebyggelse, sundhedsfremme og samfundet, Steno Diabetes Center Copenhagen)

Sten Kruse-Blinkenberg (Centerchef, Center for Mental Sundhed, Københavns Kommune)

## **UDARBEJDET AF**

Maiken Bejerholm, Mette Jarne Due-Christensen, Kasper Olsen, Regitze Anne Saurbrey Pals og Mie Espenhein

## **BIDRAG FRA:**

Morten Hedelund, Luise Moustgaard Frandsen

## **FORSIDE DESIGN & MATERIALER**

Lisa Lang Graphic Design

## **UDGIVER**

Center for Diabetes, Hjerte- og Lungesygdomme, Københavns Kommune

Center for Mental Sundhed, Københavns Kommune

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.*

# Indholdsfortegnelse

---

<b>1</b>	<b>Resumé</b> .....	4
<b>2</b>	<b>Indledning</b> .....	7
	2.1 Baggrund .....	7
	2.2 Formål med projektet.....	7
	2.3 Evalueringsmål for projektet.....	8
	2.4 Beskrivelse af de tre udviklingskomponenter.....	9
<b>3</b>	<b>Metode og metodiske overvejelser</b> .....	12
	3.1 Projektet målhierarki .....	12
	3.2 Dataindsamling .....	12
	3.3 Styrker og svagheder ved evalueringsdesign .....	14
<b>4</b>	<b>Evaluering af projektets målopfyldelse</b> .....	15
	4.1 Opsporing af diabetesstress (komponent 1) .....	15
	4.2 Forebyggelse af diabetesstress (komponent 2).....	18
	4.3 Kursusforløb til håndtering af diabetesstress (komponent 3) .....	22
	4.4 Business case for kurset til borgere med moderat til høj diabetesstress .....	26
<b>5</b>	<b>Evaluering af projektets gennemførelse</b> .....	28
	5.1 Resultat af vurdering af tilfredshed med projektgennemførelse .....	28
	5.2 Centrale læringspunkter .....	29
<b>6</b>	<b>Overgang til drift og evt. udbredelse i Region H.</b> .....	30
	<b>Referencer</b> .....	33
	<b>Bilagsliste</b> .....	34

# 1 Resumé

---

Diabetesstress er betegnelsen for de negative følelsesmæssige belastninger og bekymringer, som er en følge af at leve med og konstant skulle håndtere diabetes i hverdagen. Personer med moderat til høj diabetesstress er ofte udfordret i forhold til deres livsstil og har ofte forringet livskvalitet. Studier har vist, at en målrettet indsats kan reducere diabetesstress og give bedre blodsukkerkontrol samt forbedre trivsel. På den baggrund er dette projekt igangsat, og det har været målrettet borgerne i Københavns Kommune, der er knyttet til Center for Diabetes og Hjertesygdomme (CFDH). Men intentionen er, at de udviklede redskaber kan finde gavn hos andre aktører, der arbejder med rehabiliteringsindsatser til borgere med type 2-diabetes i Danmark.

Projektet har bestået af tre dele (komponenter):

1. Implementering af et screeningsredskab til at identificere diabetesstress (komponent 1).
2. Tilpasning, afprøvning og implementering af metoder til at forebygge diabetesstress i eksisterende samtaler og undervisning i CFDH (komponent 2).
3. Udvikling, afprøvning og implementering af et nyt initiativ rettet mod borgere med moderat til høj diabetesstress (komponent 3).

I projektets udviklingsfase har der været aktiv inddragelse af borgere gennem workshops, der har bidraget med at belyse borgernes behov i forhold til diabetesstress og tilpasse eksisterende værktøjer samt udvikle nye til dialogen om dette emne. Nedenfor gennemgås resultater og målopfyldelsen for hver af de tre komponenter i projektet.

## Komponent 1: Udvikling af et screeningsværktøj

Formålet var at implementere et screeningsredskab til at identificere diabetesstress hos personer med type 2-diabetes og henvise dem til et relevant tilbud i CFDH. En undersøgelse af forskellige kombinationer af spørgsmål fra spørgeskemaet PRO-Diabetes<sup>1</sup> viste, at det ikke er muligt at identificere, om en borger har diabetesstress ved hjælp af de spørgsmål, som tidligere har været benyttet til at komme omkring diabetes-bekymringer i afklarende samtaler med borgerne i CFDH.

Resultater/målopfyldelse:

- PAID-5, som er en del af PAID-20, er identificeret som det mest brugbare redskab i forhold til identifikation af diabetesstress hos borgerne og implementeret som opsporingsværktøj i CFDH.
- PAID-5 er implementeret i alle afklarende samtaler i CFDH. Samtalerne om diabetesstress følger en struktureret model, der bygger på en samtaleguide, som støtter de sundhedsprofessionelle<sup>2</sup> i at vejlede borgere med diabetesstress.
- Projektets mål om at screene 70 % af borgerne, som kommer til en afklarende samtale i 2024, er opnået.
- PAID- 5 er efter analyserne blevet en fast del af det nationale skema for PRO-Diabetes.

1 PRO står for Patient Rapporteret Oplysninger. Det er data, der omhandler patientens helbredstilstand herunder det fysiske og mentale helbred, symptomer, helbredsrelateret livskvalitet og funktionsniveau. PRO-data er patientens svar. Det er svar, som patienten har angivet i et spørgeskema. Patienten svarer på spørgsmål omkring deres helbredstilstand (Kilde: PRO-danmark.dk / Sundhedsdatastyrelsens PRO sekretariat).

2 Sundhedsprofessionelle er alle ansatte i CFDH, der møder borgere med type 2-diabetes (f.eks. sygeplejersker, træningsansvarlige, diætister).

## **Komponent 2: Afprøvning og implementering af værktøjer til forebyggelse af diabetesstress**

Formålet er at tilpasse, afprøve og implementere metoder til at forebygge diabetesstress og integrere dialog om dette i eksisterende samtaler og undervisning.

Resultater/målopfyldeelse:

- Følgende aktiviteter er afholdt: 1) Indsamlet data fra observationer af samtaler og eksisterende undervisning, 2) afholdt udviklingsworkshops med både borgere og sundhedsprofessionelle, 3) gennemført et kompetenceløft af alle de sundhedsprofessionelle.
- Projektmålet om, at 90% af sundhedsprofessionelle i CFDH deltager i kompetenceudvikling om diabetesstress og psykosociale aspekter af diabetes, er nået.
- Projektmålet om, at 90 % af de sundhedsprofessionelle i høj grad oplever at have øget deres viden og kompetencer, er ikke nået. I 12 ud af 16 spørgsmål oplevede 90 % eller flere af de sundhedsprofessionelle, at de havde øget deres viden og kompetencer om diabetesstress. For de sidste fire spørgsmål var der en markant fremgang i kompetencerne og målene lå mellem 82 og 88 %.

## **Komponent 3: Udvikling og afprøvning af kursus for borgere med moderat til høj diabetesstress**

Formålet er at tilpasse, afprøve og evaluere et nyt initiativ rettet mod borgere med moderat til høj diabetesstress. Målene omfatter udvikling af et kursusforløb, reduktion af diabetesstress blandt deltagerne, forbedret livskvalitet og reduceret HbA1c samt tilfredshed med forløbet blandt mindst 80% af deltagerne.

Resultater/målopfyldeelse:

- Målet for ændringer i diabetesstress, forbedret livskvalitet og øgede kompetencer til at håndtere diabetes samt udbytte af kurset er nået, idet gruppen af deltagere i gennemsnit oplevede signifikante forbedringer fra baseline til afslutning på alle parametrene.
- Over 90 % af deltagerne rapporterede, at de i nogen, høj eller meget høj grad var tilfredse med udbyttet fra kurset, og at de brugte deres viden fra kurset.
- Over 90 % angav, at kurset havde bidraget til forbedret livskvalitet, og at de havde fået det bedre psykisk.
- En lidt mindre andel, 73 % af deltagerne, rapporterede, at kurset havde medvirket til, at de havde fået det bedre fysisk.
- For kursusdeltagerne oplevede 54,3 % et fald i HbA1c mellem baseline og opfølgning (et begrænset, men signifikant ( $p=0,042$ ) gennemsnitligt fald i HbA1c på 1,9 mmol/mol fra baseline til 3. måneders opfølgningen).
- 97 % rapporterede, at de vil anbefale kurset til andre med type 2-diabetes.

Systematisk opsporing af diabetesstress, øvelser til forebyggelse i den almindelige sygdomsmestrings-undervisning og kurset til reducere af diabetesstress er implementeret i CFDH.

### **Tilfredshed med projektgennemførelse**

Der har generelt været en høj grad af tilfredshed med projektgennemførelsen. Det gælder både beskrivelsen af formålet med projektet, fokus på data, ressourceanvendelse og organisering. Projektets opstart bar præg af en uklar rollefordeling, men samarbejds-klimaet blev bedre i løbet af projektperioden – dette er et normalt fund i samarbejdsprocesser omkring opgaver på tværs af afdelinger/ sektorer. En læring er, at der skal bruges tid/ressourcer til forventningsafstemning og rolleafklaring, særligt når et projekt går på tværs af hospital og kommune og mange fagligheder skal kunne samarbejde. Projektet har i høj grad skabt grundlag for at beslutte, hvad der skal videreføres af indsatser til borgere med diabetesstress.

## Overgang til drift

Hovedparten af indsatserne, der er udviklet i regi af projektet, er allerede blevet implementeret i CFDH: Systematisk opsporing af diabetesstress, forbyggende komponenter i de almindelige sygdomsme-strings-kurser samt kurset til reducere af diabetesstress. Der er i projektet udarbejdet en implementeringsguide og anbefalinger til at understøtte implementeringen i andre kommuner.

### Tekstboks 1 – Baggrundsoplysninger om projektet

**Formålet** er at udvikle, tilpasse og afprøve indsatser til at opspore, forebygge og reducere diabetesstress blandt borgere med type 2-diabetes samt styrke sundhedsprofessionelles kompetencer i at facilitere dialog om psykosociale aspekter af livet med diabetes og identificere og støtte borgere, som oplever diabetesstress.

**Organisatorisk forankring:** Center for Diabetes og Hjertesygdomme (projektledelse), Center for Mental Sundhed og Steno Diabetes Center Copenhagen (opdragsgiver, bevillingshaver).

**Projektperiode:** 2022-2024.

**Budget:** 4,9 mio. kr.

## 2 Indledning

---

I dette kapitel gengives kortfattet baggrunden for projektet om diabetesstress. Desuden beskrives formålet med projektet og formålet med evalueringen.

### 2.1 Baggrund

Psykologisk velbefindende og sociale relationer har en stor betydning for, hvordan personer med diabetes oplever og håndterer deres sygdom. Diabetesstress er betegnelsen for de negative følelsesmæssige belastninger og bekymringer, som er en følge af at leve med og konstant skulle håndtere diabetes i hverdagen (1,2).

Personer med moderat til høj diabetesstress bevæger sig mindre, spiser mindre sundt, tager i mindre grad deres medicin, foretager færre blodglukosemålinger og har højere HbA1c samt forringet livskvalitet (3,4). Interventionsstudier har vist, at en målrettet indsats kan reducere diabetesstress (5,6), HbA1c (6) samt forbedre borgernes trivsel (7).

I det danske sundhedssystem findes der ikke en tilgang til systematisk identifikation af personer med moderat til høj diabetesstress og forebyggelse af diabetesstress. Indsatser målrettet personer med moderat til høj diabetesstress findes kun i meget begrænset omfang og er primært målrettet personer med type 1-diabetes. Diabetesstress forekommer dog i høj grad blandt personer med type 2-diabetes.

Et studie gennemført af Center for Patientinddragelse og Steno Diabetes Center Copenhagen har vist, at der blandt personer med type 2-diabetes er 31 % som oplever moderat til høj diabetesstress (8). I Center for Diabetes og Hjertesygdomme (CFDH) er dette tal 38 % (9). Der er derfor et stort behov for opsporing og forebyggelse af diabetesstress samt videreudvikling og tilpasning af konkrete indsatser til personer med type 2-diabetes og diabetesstress. Det er centralt at afprøve disse i praksis f.eks. i kommunalt regi, hvor en stor andel af personer med type 2-diabetes deltager i rehabiliterings- og forebyggelsesforløb. Desuden er der behov for systematisk kompetenceudvikling af kommunale sundhedsprofessionelle, så de kan medvirke til at forebygge diabetesstress samt identificere og støtte de borgere, der har behov for en målrettet indsats for at reducere diabetesstress.

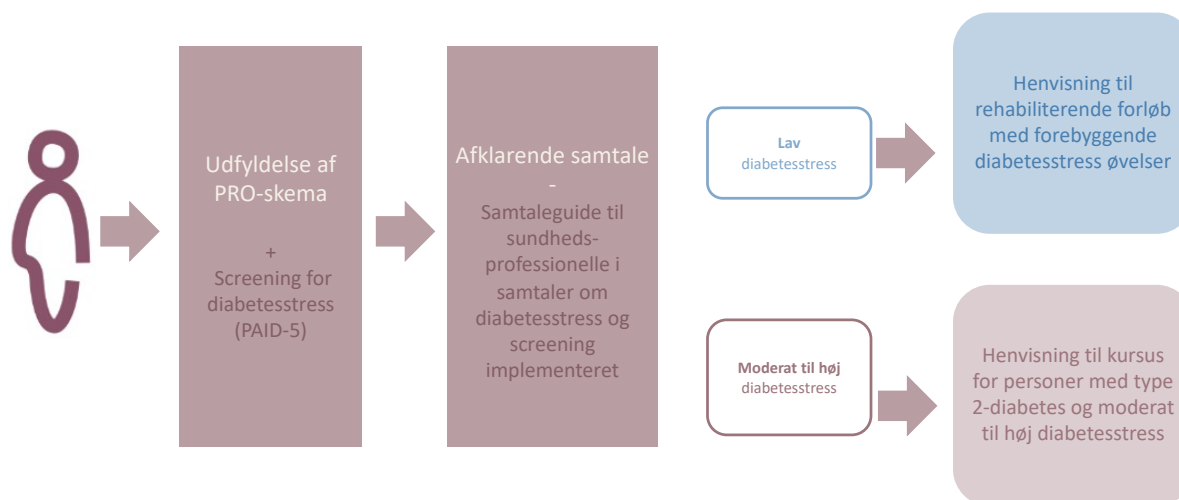
Projektet er et samarbejde mellem SDCC og CFDH samt Center for Mental Sundhed (CMS) og har kørt i perioden fra 2022-2024.

### 2.2 Formål med projektet

Formålet er at udvikle, tilpasse og afprøve indsatser til at opspore, forebygge og reducere diabetesstress blandt borgere med type 2-diabetes. Samtidig skal projektet styrke sundhedsprofessionelles kompetencer i at facilitere dialog om psykosociale aspekter af livet med diabetes samt identificere og støtte borgere, som oplever diabetesstress. For at opnå dette har projektet arbejdet med tre centrale komponenter:

- Systematisk opsporing af diabetesstress blandt borgere med type 2-diabetes, som er henvist til CFDH (komponent 1).
- Integration af formidling om og forebyggelse af diabetesstress i eksisterende undervisning og samtaler med borgere med ingen eller lav grad af diabetesstress (komponent 2).
- Tilpasning af øvelser udviklet til type 1-diabetes, afprøvning og evaluering af nyt gruppetiltag for borgere med moderat eller høj grad af diabetesstress (komponent 3).

**Figur 1** – Forløbsdiagram for borgere med type 2-diabetes fra screening til kursusforløb og rehabilitering



## 2.3 Evalueringsmål for projektet

Formålet med evalueringen af Supplerende Behandlingsinitiativer (SBI) er at:

- Sikre dokumentation af projektets effekt og tilfredshed med gennemførelse af projektet.
- Sikre et solidt grundlag for vurdering og beslutning om projektets overgang til drift og evt. udbredelse i Region Hovedstaden.

Særligt for dette SBI-projekt har evalueringen til formål at belyse:

- Hvilken metode til systematisk opsporing af personer med type 2-diabetes og moderat til høj diabetesstress, der kan implementeres i CFDH?
- Om sundhedsprofessionelle i CFDH har fået øgede kompetencer til at adressere diabetesstress og psykosociale aspekter af diabetes i samtaler og undervisning?
- Om personer med type 2-diabetes er tilfredse med indsatserne til forebyggelse og reduktion af diabetesstress?
- Om indsatsen for personer med type 2-diabetes og moderat til høj diabetesstress medfører et fald i diabetesstress og HbA1c og bidrager til forbedret livskvalitet og øgede kompetencer til at håndtere diabetes?

På baggrund af ovenstående er der opstillet følgende evalueringsmål:

### **Komponent 1:**

- At 200 PRO- og PAID-skemaer er indhentet og analyseret med henblik på at finde en screeningsmetode til implementering i CFDH.
- 70 % af personer med type 2-diabetes, der er henvist til CFDH<sup>3</sup>, er screenet for diabetesstress i den afklarende samtale i 2024.

### **Komponent 2:**

- 90 % af sundhedsprofessionelle, som arbejder med personer med type 2-diabetes i CFDH, inden for projektperioden har deltaget i kompetenceudvikling om diabetesstress og psykosociale aspekter af diabetes.
- 90 % af de sundhedsprofessionelle oplever at have viden om og mestre kompetencer til at adressere diabetesstress og psykosociale aspekter af diabetes.

### **Komponent 3:**

- Der er udviklet et nyt kursusforløb i CFDH i samarbejde med borgere og sundhedsprofessionelle.
- Signifikant fald i diabetesstress fra start til slut for deltagere på diabetesstresskurset.
- 60 % oplever en forbedret livskvalitet.
- 70 % oplever at have øgede kompetencer til at håndtere deres diabetes.
- 80 % af deltagerne er tilfredse med kurset.

Et opstillet succeskriterie er derudover, at 30 % af personer med moderat til høj diabetesstress, som har gennemført kurset, opnår et fald i HbA1c.

Der er endelig også opstillet evalueringsmål vedrørende en business case:

#### **Business case:**

- Der er lavet økonomiske beregninger, der belyser udgifter til implementering og drift af indsatsen samt nogle perspektiver ift. mulige effekter ved opsporing og behandling af diabetesstress.

## 2.4 Beskrivelse af de tre udviklingskomponenter

Projektet har gennemført en lang række aktiviteter med henblik på styrke indsatsen overfor diabetesstress hos personer med type 2-diabetes. Der er afprøvet screeningsværktøjer, afholdt workshops, udarbejdet kursusmateriale, gennemført interviews og afholdt kurser mv. I hele processen har metoden været baseret på Design Thinking-tilgangen, så borgere med type 2-diabetes og sundhedsprofessionelle løbende har været involveret i så mange aktiviteter som muligt og selv har været med til at udvikle, skabe og forme indholdet af indsatserne. Design-thinking er en samskabende tilgang, der fokuserer på aktivt at inddrage målgruppen i idéudvikling og udvikling af prototyper, som løbende testes og forbedres baseret på målgruppens feedback (10,11). Ud over udviklingsaktiviteterne er de udviklede metoder afprøvet (intervention) i regi af CFDH. I alt har 514 borgere været inddraget i forskellige projektaktiviteter:

- 260 har besvaret spørgeskemaerne PRO/PAID til analyser (K1)
- 35 deltaget i workshops (K2/K3)
- 159 har afprøvet forebyggende øvelser (K2) og besvaret spørgeskemaer om deres oplevelser med redskaberne
- 60 borgere med moderat til høj diabetesstress har afprøvet interventionen K3 og besvaret før, efter og opfølgende spørgeskemaer (heraf er 19 også blevet interviewet).

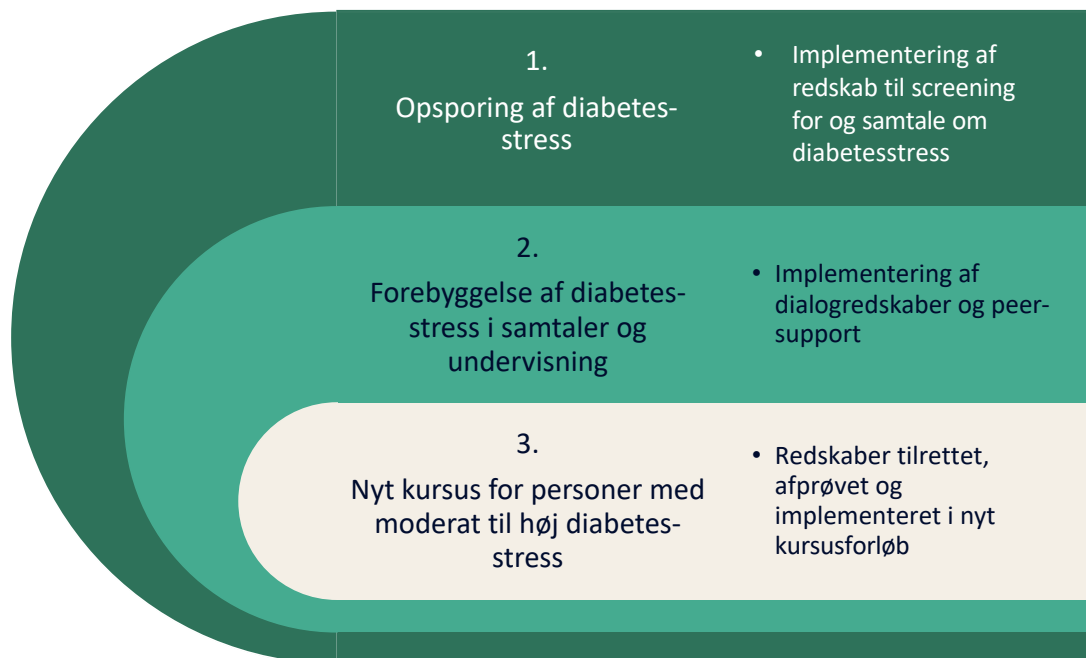
---

3 Det er en forudsætning for både screening og deltagelse i projektet, at deltagerne kan kommunikere på dansk.

Ud over borgerne har alle sundhedsprofessionelle i CFDH på forskellig vis deltaget enten i udvikling af materialet eller i aktiviteter i projektperioden.

Samlet kan projektets forløb illustreres ved de tre projektkomponenter i figuren nedenfor.

**Figur 2 –** Oversigt over projektets tre komponenter og hovedleverancer



Det er vigtigt at understrege, at de tre komponenter ikke kan ses som isolerede indsatser, da der er overlap mellem dem. Komponent 1 har således været en forudsætning for gennemførelse af komponent 2 og 3, da en opsporing af diabetesstress har været grundlaget for at udvikle forebyggende dialogværktøjer sammen med personer med lav diabetesstress (komponent 2) samt udvikle et kursus målrettet personer med høj diabetesstress (komponent 3).

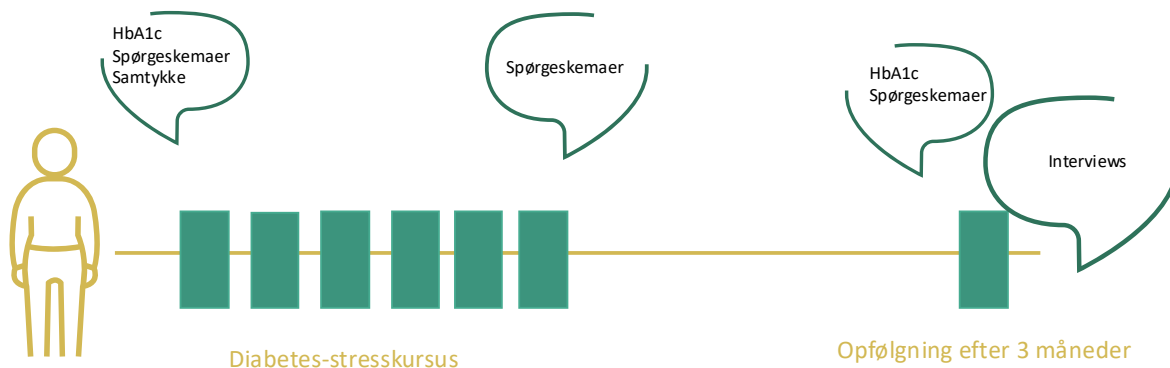
Følgende konkrete hovedaktiviteter er gennemført som led i de tre komponenter, jf. tabellen nedenfor.

**Table 1 –** Oversigt over hovedaktiviteter i forbindelse med projektets tre komponenter

Komponent	Hovedaktiviteter
<b>Komponent 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyse af PAID20 og PRO-besvarelser for at undersøge om indhentede PRO-data kunne prædiktere diabetesstress</li> <li>• Implementering af screeningsværktøj til opsporing af diabetesstress</li> <li>• En guide til samtalen om diabetesstress.</li> </ul>
<b>Komponent 2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Udvikling og afprøvning af dialogværktøjer til forebyggelse af diabetesstress</li> <li>• Implementering af forebyggende dialogværktøjer i sygdomsmestringskurser</li> <li>• Kompetenceudvikling af de sundhedsprofessionelle til systematisk opsporing af diabetesstress og anvende forebyggende værktøjer i gruppesammenhænge.</li> </ul>
<b>Komponent 3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Udvikle og afprøve diabetesstress kursus til borgere med moderat til høj diabetesstress</li> <li>• Kompetenceudvikle sundhedsprofessionelle til at undervise på kurset</li> <li>• Implementere kurser til borgere med moderat til høj diabetesstress</li> <li>• Udarbejde materiale der kan tilgås af og implementeres i andre kommuner.</li> </ul>

Alle tre komponenter har overordnet været igennem forskellige faser: Forberedelse, udvikling, afprøvning og implementering. Faserne er foregået i iterative processer, hvor der f.eks. er udviklet metoder, som har været afprøvet i undervisningen, og som efter afprøvning og interviews er tilrettet og afprøvet igen. Til alle tre komponenter er der indsamlet evalueringsdata, hvor der både er indhentet kvantitative spørgeskemadata før og efter indsatserne. I forbindelse med komponent 3, der evaluerer udbyttet af det udviklet kursusforløb for borgere med moderat til høj diabetesstress, ser indsamlingen eksempelvis ud som illustreret i figuren nedenfor.

**Figur 3 –** Dataindsamling Diabetesstress kurset, borgere



Det endelige mål for projektet har været at vurdere, om den udviklede indsats for personer med type 2-diabetes og moderat til høj diabetesstress vil medføre et fald i diabetesstress og HbA1c og kunne bidrage til forbedret livskvalitet og øgede kompetencer for personerne til at håndtere deres diabetes. Hvis der kan svares positivt på dette spørgsmål, har det også været intentionen, at projektet skulle igangsætte en proces med udbredelse af værktøjer, dialogredskaber mv. til landets andre kommuner.

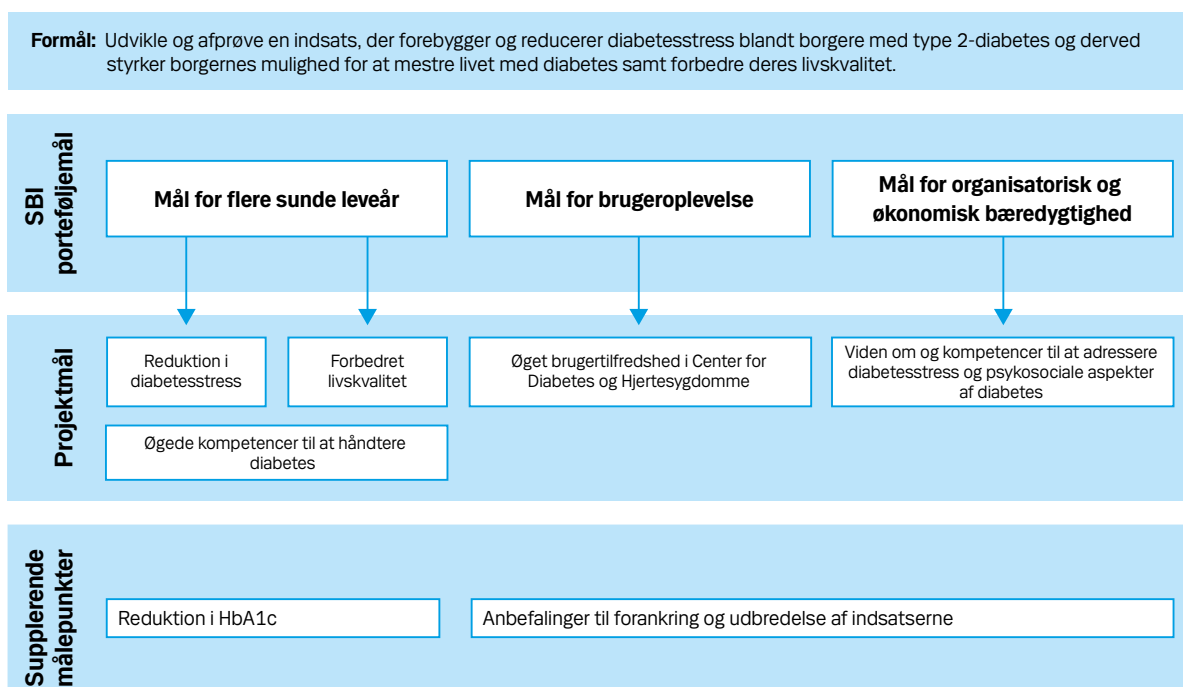
### 3 Metode og metodiske overvejelser

I det følgende afsnit gennemgås evalueringens metode og dataindsamling. Desuden belyses styrker og svagheder ved evalueringsdesignet.

#### 3.1 Projektet målhierarki

Det primære sigte for en SBI-evaluering er målopfyldelse. Projekterne stiler generelt efter at sikre opfyldelse af en række porteføljemål (se figur 4) og har desuden en række individuelle projektmål.

**Figur 4** – Sammenhæng mellem SBI’s porteføljemål og projektets specifikke mål



De specifikke og målbare projektmål er gengivet i kapitel 4 om projektets målopfyldelse.

#### 3.2 Dataindsamling

Til evaluering af projektets tre komponenter er anvendt forskellige metoder i form af kliniske, kvantitative og kvalitative data. De kliniske data krævede godkendelser fra de Videnskabsetiske Komitéer, Datatilsynet samt samtykker fra borgerne, der kan findes i *Bilag 1,2 og 3*. Tabellen nedenfor viser projektets og evalueringens dataindsamling og beskriver kortfattet formålet med at indsamle de forskellige data.

**Table 2** – Samlet overblik over datagrundlaget for de tre komponenter

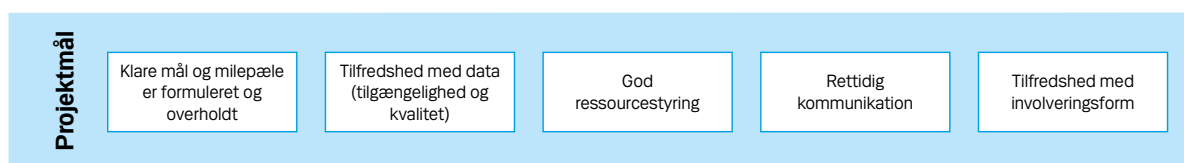
Data	Formål	Komponent	Deltagere
Observation af samtaler og undervisning i CFDH	At få et indblik i hvordan de professionelle adresserer mentale aspekter af diabetes i eksisterende samtaler og undervisning	K1, K2	Observation af individuelle samtaler (n=9) og gruppesessioner med 4-11 borgere (n=10)
Spørgeskemaer (PAID og PRO)	At undersøge hvilke spørgsmål, der kan prædiktere diabetesstress	K1	260 besvarelser (heraf 245 unikke besvarelser)
Spørgeskema til sundhedsprofessionelle (n=3)	At afdække de professionelle kompetencer i forhold til at adressere diabetesstress og tilpasse kompetenceudviklingen til deres behov	K1, K2	Besvarelser henholdsvis (n=18), (n=16), (n=17)
Kompetenceudvikling af professionelle (n=5)	At oplære de professionelle i at facilitere en forebyggende dialog om diabetesstress	K1, K2	Sundhedsprofessionelle (n=19)
Workshops med borgere (n=5)	At videreudvikle og afprøve metoder til at facilitere dialog om og håndtering af diabetesstress	K2, K3	35 borgere
Workshops med professionelle (n=5)	Afdække sundhedsprofessionelles behov og forståelse af diabetesstress og mental sundhed og få feedback på metoder til at adressere diabetesstress	K2, K3	1. workshop sundhedsprofessionelle (n=19) Øvrige workshops sygeplejersker (n=5-6)
Fokusgruppeinterviews med professionelle (n=3)	At undersøge brug af PAID-5 som screeningsværktøj i den afklarende samtale samt supplerende værktøjer til at støtte dialogen om diabetesstress  At samle op på de professionelle oplevelser og erfaringer fra kurset og undersøge facilitatorer og barrierer i forbindelse med implementeringen af kurset	K1, K2, K3	Sundhedsprofessionelle henholdsvis (n=7), (n=4), (n=4)
Feedbackskemaer til borgere	Indhente feedback på brug af forebyggende øvelser i gruppeundervisning	K2	Besvarelser (n=159)
Feedbackskemaer til sundhedsprofessionelle	Indhente feedback på brug af forebyggende øvelser i gruppeundervisning	K2	Besvarelser (n=30)
Kompetenceudvikling af professionelle (n=3)	At oplære sundhedsprofessionelle i at facilitere kursus til borgere med moderat til høj diabetesstress	K3	Sundhedsprofessionelle (n=4)

Med hensyn målingen af HbA1c og de forskellige måleredskaber for diabetesstress (PAID), livskvalitet (WHO 5), kompetencer til at håndtere diabetes (SDSCS) er i analyserne anvendt t-test til at undersøge forskelle mellem gennemsnit, og det er defineret, at en forskel kun anses for statistisk signifikant, hvis sandsynligheden for, at forskellen skyldes tilfældigheder, er under 5 % (signifikansniveau), jf. figurene i afsnit 4.3 (kapitel 4). Der henvises til *bilag 4* for en nærmere beskrivelse af de anvendte statistiske metoder.

### Måling af tilfredshed med projektgennemførelse

Alle SBI-projekter skal måle tilfredsheden med gennemførelse af projektet. Afdækningen er sket med udgangspunkt i de fem projektmål listet i figur 5 nedenfor. Tilfredsheden er undersøgt med et elektronisk spørgeskema udsendt til 22 personer, som har være involveret i projektet på forskellig vis. 19 har besvaret spørgeskemaet (svarprocent 86 procent). Undersøgelsens resultater er beskrevet i kapitel 5 i denne rapport.

**Figur 5 – SBI-porteføljemål og projektmål**



### 3.3 Styrker og svagheder ved evalueringsdesign

Evalueringsdesignet for projektet har en række styrker og svagheder:

**Tablet 3 – Liste med styrker og begrænsninger ved evalueringsdesign**

Styrker	Begrænsninger
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Benyttet en meget bred vifte af forskellige målinger, såvel kvalitative som kvantitative.</li> <li>• Design thinking tilgangen har betydet at borgerne løbende er inddraget og har været aktive medskabere af de øvelser og metoder, der benyttes i projektet.</li> <li>• Kliniske data (HbA1c) er indhentet for alle deltagere i K3 og analyseret på SDCC.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mange data er selvrapporterede, og der kan knytte sig bias til sådanne data.</li> <li>• For så vidt angår selve interventionen (kursusforløbet for borgerne) har der ikke været en kontrolgruppe.</li> </ul>

## 4 Evaluering af projektets målopfyldelse

I dette kapitel evalueres projektet i forhold til opstillede projektmål mv. i evalueringsplanen. Kapitlet er inddelt efter de tre komponenter i projektet.

### 4.1 Opsporing af diabetesstress (komponent 1)

Som led i opsporingen af diabetes (komponent 1) havde projektet to projektmål, der begge blev nået, jf. skemaet nedenfor:

Mål	Resultat	Status
At 200 PRO og PAID 20-skemaer er indhentet og analyseret med henblik på at finde og implementere en enkel metode til systematisk opsporing af diabetesstress i CFDH.	Der er indsamlet og analyseret 260 (245 unikke) PRO- og PAID-skemaer. PAID-5 er implementeret til systematisk opsporing af diabetesstress i den afklarende samtale.	<b>Mål opnået</b>
70 % af personer med type 2-diabetes, der er henvist til CFDH, er screenet for diabetesstress i den afklarende samtale i 2024.	I 2024 blev en gennemsnitlig andel på 87 % af personer med type 2-diabetes screenet for diabetesstress til den afklarende samtale i CFDH.	<b>Mål opnået</b>

Nedenfor gennemgås de to projektmål og deres resultater mere detaljeret.

#### Analyse af PRO-spørgsmål

Der blev gennemført en analyse af relevante PRO-domæner/spørgsmål fra det nationale PRO-skema for Diabetes. Analysen viste, at kombinationen af spørgsmål 1, 2, 3 og 4 resulterede i den højeste sensitivitet og specificitet i forhold til at prædiktere diabetesstress sammenlignet med de øvrige kombinationer af spørgsmål fra PRO-skemaet (en sensitivitet på 82 % og en specificitet på 71 %). Dermed levede det afprøvede PRO-indeks ikke op til målet om, at mindst 85 % bliver korrekt identificeret (for uddybende rapport, se *Bilag 4*). Det ville være muligt at afprøve alternative kombinationer af PRO-spørgsmål, men det var uden for projektets ramme.

Med baggrund i projektets mål om at finde en enkel metode til at screene for diabetesstress rettede vi blikket mod PAID-5, som er en tilgængelig og velafprøvet forkortet version af PAID-20. Med baggrund i analyserne (bilag 4) og rammerne for projektet, blev det besluttet at anvende PAID-5 som screeningsredskab til at identificere diabetesstress i den afklarende samtale. I *Bilag 4* er en diskussion af, hvorfor dette valg er truffet. PAID-5 er efterfølgende på baggrund af bl.a. disse analyser nu en del af det nationale PRO-Diabetes-skema.

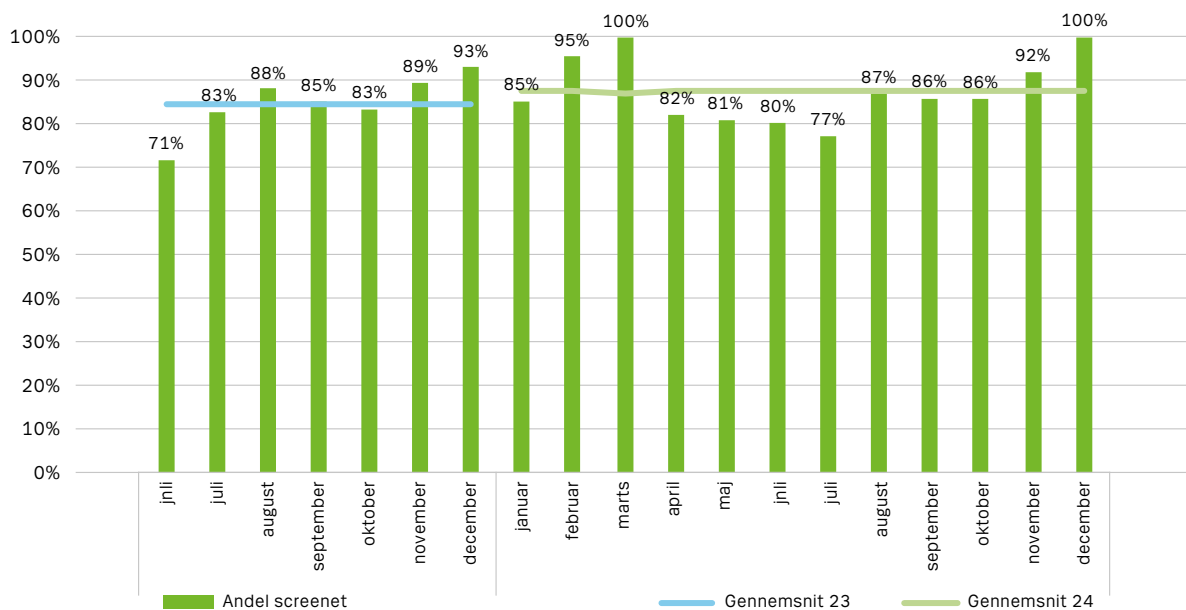
#### Karakteristika i gruppen af borgere med og uden diabetesstress

For at blive klogere på målgruppen for kurset i komponent 3, har vi analyseret karakteristika for de 260 borger der udfyldte PAID-20 ifm. komponent 1. Sammenlignes gruppen med moderat til høj diabetesstress (25 %), med de resterende personer, ses der ingen forskel i køn, hvorimod andelen af personer der har moderat til høj diabetesstress er lidt højere blandt personer på 60 år eller derunder. Data er præsenteret i *Bilag 5*.

### Implementering af systematisk screening for diabetesstress

Screening for diabetesstress (via PAID-5) er i dag implementeret i alle afklarende samtaler i CFDH. Spørgeskemaet udsendes til borgerne før den afklarende samtale og kan udfyldes enten hjemmefra eller i centret. I 2023 lå den gennemsnitlige screeningsprocent på 85%. I 2024 blev en gennemsnitlig andel på 87 % af personer med type 2-diabetes screenet for diabetesstress til den afklarende samtale i CFDH (ref. Figur 6).

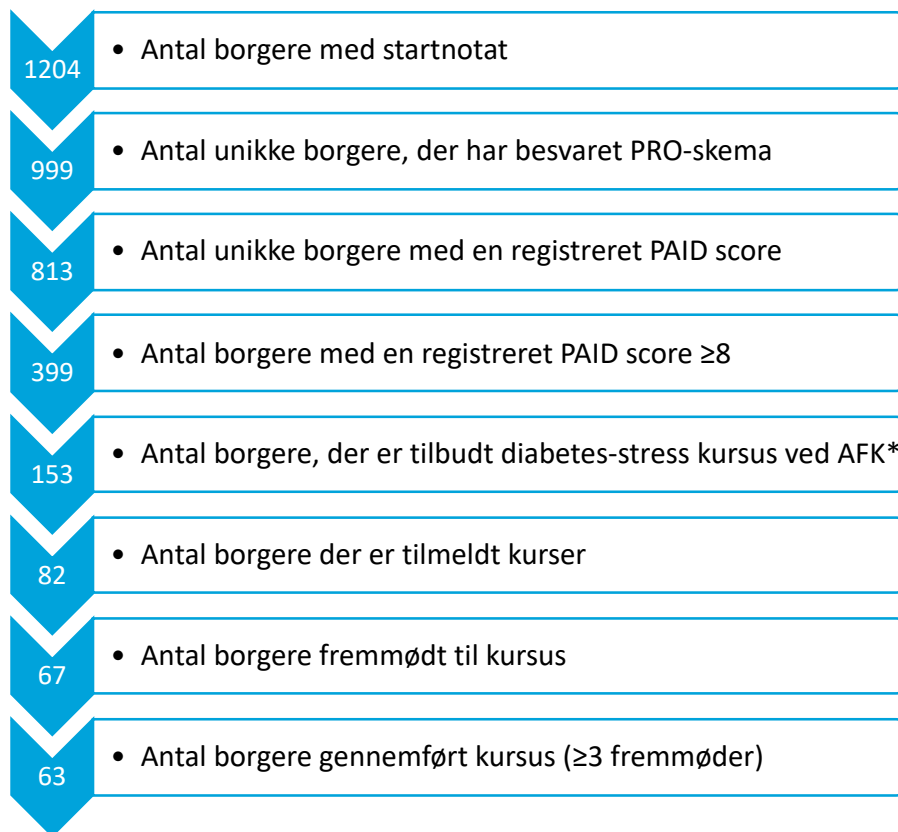
Figur 6 – Besvarelsesprocenter for PAID-5 til afklarende samtale



Kilde: Datatræk fra Click-sense, Københavns Kommune.

Nedenstående flowchart viser CFDHs samlede borgergruppe med type 2-diabetes i perioden juni 2023 til december 2024.

**Figur 7** – Antal borgere, der hhv. henvises til CFDH, screenes for diabetesstress og henvises til kurset i perioden for indsatserne



\* Det har alene været muligt at registrere tilbud om kursus i startnotatet til den afklarende samtale, hvorfor antallet af borgere, der er tilbudt kurset, er underestimeret. Undervejs i projektperioden er der indført fast praksis for at følge op på de borgere, der ikke er tilbudt kurset under den afklarende samtale, ved løbende forløbssamtaler.

I de løbende opsporinger af diabetesstress i den afklarende samtale efter implementeringen af PAID-5 i PRO-skemaet ses en højere andel af borgerne, der har diabetesstress (47 %) end det kom frem i analyserne af de 260 indhentede PRO- og PAID-skemaer (25 %). På trods af lokale dataudtræk og sammenhold af baggrundsdata fra forskermaskinen, er det ikke lykkedes at finde en forklaring på dette.<sup>4</sup>

### Sundhedsprofessionelles brug af værktøj til opsporing af diabetesstress (PAID-5)

I fokusgruppeinterviewene gav de sundhedsprofessionelle udtryk for, at værktøjet til opsporing af diabetesstress (PAID-5) og samtaleguiden gav dem en struktur til at italesætte og normalisere borgernes bekymringer i forhold til diabetes. De oplevede dog, at det kunne være vanskeligt at vurdere relevansen, når de skulle henvise borgere med nyopdaget diabetes og borgere med særlige behov og udfordringer til diabetesstress kurset. De fremhævede derfor, at diabetesstress-scoren ikke kan stå alene, og at det er vigtigt at bruge screeningen for diabetesstress som udgangspunkt for en samtale om den enkelte borgers behov og forløb.

<sup>4</sup> I begge tilfælde har deltagerne alene haft mulighed for at besvare på dansk. Derudover har der været betingelser, der kan have selekteret grupperne på forskellig vis. Eksempelvis blev de 260 spørgeskemaer indhentet som en 'ekstra undersøgelse' (med tilhørende samtykkeerklæring) udover de i forvejen op til 80 spørgsmål i PRO, hvilket kan være medvirkende til at nogle med høj diabetes-stress er sprunget fra. Modsat er vi blevet opmærksomme på, at der i den løbende udfyldelse oftere er enkelte ubesvarede spørgsmål, der betyder at en samlet score ikke kan udregnes. Dog svarer en prævalens på 47 % i de løbende screeninger til den, der tidligere er dokumenteret i en CFDH effektrapport fra 2022.

## 4.2 Forebyggelse af diabetesstress (komponent 2)

Forebyggelse af diabetesstress (komponent 2) havde to projektmål, hvor det ene blev nået, mens det andet ikke blev nået, jf. skemaet nedenfor:

Mål	Resultat	Status
90 % af sundhedsprofessionelle, som arbejder med personer med type 2-diabetes i CFDH, inden for projektperioden har deltaget i kompetenceudvikling om diabetesstress og psykosociale aspekter af diabetes.	100 % af de sundhedsprofessionelle, der i 2022 & 2023 arbejdede med personer med type 2-diabetes i CFDH (N=16), har modtaget kompetenceudvikling om diabetesstress og psykosociale aspekter af diabetes i projektet.	<b>Mål opnået</b>
90 % af de sundhedsprofessionelle oplever at have viden om og mestre kompetencer til at adressere diabetesstress og psykosociale aspekter af diabetes.	Sundhedsprofessionelle oplever generelt at have øget deres viden om og kompetencer til at adressere diabetesstress. Andelen, der svarer ”i nogen” eller ”i høj grad” er øget for 14 ud af de 16 spørgsmål, fra baseline til slutevalueringen. Forbedringerne ligger mellem 11 og 67 procentpoint.  Der er i alt 4 spørgsmål, der ikke lever op til succes-kriteriet.	<b>Ikke opnået</b>

Nedenfor gennemgås de to projektmål og deres resultater mere detaljeret.

### Sundhedsprofessionelles kompetenceudvikling

Der har været afholdt fem kompetenceudviklingsdage af personalet i CFDH. 100 % af de sundhedsprofessionelle, der i 2022 & 2023 arbejdede med personer med type 2-diabetes i CFDH (N=16), har modtaget kompetenceudvikling om diabetesstress og psykosociale aspekter af diabetes i projektet. Grundet sygdom, ferie, uddannelse, barsel mv. har der været et gennemsnitsfremmøde pr. dag på mellem 81-100 %, med et gennemsnitligt procentvist fremmøde på 89 % for de fem dage.

Erfaringer fra projektet har medvirket til, at der fremover er der igangsat en grunduddannelse i Center for Mental Sundhed på 4 kursusdage, der indeholder samme grundelementer som ovennævnte kompetenceudviklingsdage. De tilbydes nu i modereret udgave til alle forebyggelsescentre i Københavns Kommune (herunder Center for Kræft og Sundhed, Lunge- og Hjertesygdomme) hvert andet år. Nyansatte fra CFDH, der er kommet til i projektperioden, opstartede denne uddannelse i efteråret 2024.

### Sundhedsprofessionelles vurdering af egen kompetenceudvikling

18 sundhedsprofessionelle udfyldte første spørgeskema, 16 udfyldte midtvejs og 17 udfyldte det tredje og afsluttende spørgeskema. Antallet svarer til 94-100 % af de sundhedsprofessionelle, der arbejder med borgere med type 2-diabetes på undersøgelsestidspunkterne.

**Table 4** – Sundhedsprofessionelles besvarelse af start-, midtvejs- og slutevaluering og den procentvise udvikling fra start til slut

Spørgsmål		Andel, der har svaret "i nogen-" eller "i høj grad"			Udvikling	Mål nået?
Nr	I hvilken grad..	Start	Midt	Slut	Procent-point	
1	..oplever du at have viden om diabetesstress?	83%	100%	100%	17	Ja
2	.. oplever du at kunne genkende tegn på diabetesstress?	89%	88%	100%	11	Ja
3	.. føler du dig fortrolig med at spørge ind til borgernes bekymringer og belastninger i forhold til diabetes?	83%	94%	100%	17	Ja
4	.. oplever du at være fortrolig med at vurdere graden af diabetesstress hos personer med diabetes?	50%	88%	100%	50	Ja
5	.. føler du dig fortrolig med at vejlede en person med diabetesstress omkring håndtering af bekymringer og udfordringer?	61%	69%	88%	27	Nej
6	..føler du dig klædt på til at rådgive og forklare om tegn på diabetesstress?	50%	75%	94%	44	Ja
7	..vælger du at normalisere de følelsesmæssige reaktioner en person har på sin diabetes?	94%	88%	82%	-12	Nej
8	..oplever du at have værktøjer, der hjælper dig med at støtte borgeren i at håndtere deres bekymringer og udfordringer i relation til diabetes?	44%	75%	88%	44	Nej
10	..oplever du at være i stand til at vurdere, hvad den bedste hjælp og støtte vil være for en person med diabetesstress?	33%	81%	100%	67	Ja
11	..oplever du at være klædt på til at henvise personer med diabetesstress til den rette hjælp og støtte?	39%	81%	94%	55	Ja
12	.. oplever du at være rustet til sammen med borgeren at udarbejde en plan for, hvordan du kan følge op på borgerens diabetesstress?	33%	63%	82%	49	Nej
13	..oplever du at være rustet til at håndtere en situation, hvor flere personer giver udtryk for mentale belastninger i deres hverdag med diabetes?	67%	88%	94%	27	Ja
14	..føler du dig i stand til at identificere personer på dit hold, som mistrives (eller har bekymringer omkring deres diabetes)?	83%	88%	94%	11	Ja
15	.. er du i stand til at tilgodese behovene hos en person der mistrives?	50%	75%	94%	44	Ja
16	oplever du at have kompetence til at håndtere konflikter mellem personer i din undervisning?	61%	75%	100%	39	Ja
17	.. føler du dig i stand til at hjælpe deltagerne på holdet med at udveksle erfaringer og gøre brug af hinandens oplevelser (peer support)?	94%	100%	94%	0	Ja


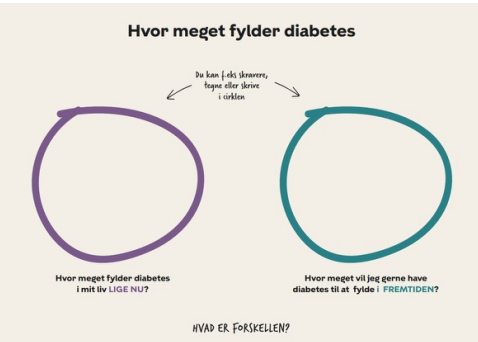
Bortset fra at normalisere følelsesmæssige reaktioner (spørgsmål 7) er der sket en fremgang i alle andre 16 evalueringsspørgsmål fra start- til slutmålingen. Succeskriteriet for kompetenceudviklingen var, at 90 % svarer "i nogen" eller "i høj grad" på spørgsmål 1-8 og 10-17 (spørgsmål 9 er deskriptivt). Generelt er andelen, der svarer "i nogen" eller "i høj grad" øget for 14 ud af de 16 spørgsmål, fra baseline til slutevalueringen jf. *Table 4*. Forbedringerne ligger mellem 11 og 67 procentpoint. Der er i alt fire spørgsmål, der ikke lever op til succeskriteriet, men de ligger tæt på de 90 %. Da det samlede antal besvarelser er begrænset, kan enkelte besvarelser have stor betydning for den samlede andel.

### Dialogværktøjer til forebyggelse af diabetesstress

Der er i projektperioden implementeret forskellige redskaber i den rehabiliterende praksis i CFDH med henblik på at øge bevidstheden om de psykosociale aspekter af diabetes og mental sundhed for at forebygge udvikling af diabetesstress.

I juni 2024 afholdt projektgruppen en 2½ times workshop med de involverede sundhedsprofessionelle med henblik på at drøfte implementeringen af dialogværktøjerne. Skemaet nedenfor viser de tre dialogværktøjer, der blev udvalgt fra forskellige undervisningsmaterialer blandt andet fra *Reduce* – målrettet personer med type 1-diabetes, og tilpasset undervejs baseret på feedback fra sundhedsprofessionelle og borgere. Værktøjerne blev justeret til en version, målrettet personer, som ikke oplever moderat til højt niveau af diabetesstress.

**Skema 1** – Dialogværktøjer til forebyggelse af diabetesstress, implementeret i CFDH's almindelige undervisningsforløb om diabetes

Øvelse	Formål	Billede af øvelsen
<p>Livet med diabetes</p>	<p>Formålet er at skabe opmærksomhed om, at diabetes kan påvirke forskellige forhold i livet, og at der er en sammenhæng mellem krop, tanker og hverdagsliv, som diabetes indgår i.</p>	
<p>Vidste-du? Om diabetesstress</p>	<p>Formålet er at introducere borgerne for viden om diabetesstress for at øge deres bevidsthed om, at det kan opstå, og hvordan deres tanke- og reaktionsmønstre kan være påvirket af diabetes. Derudover er hensigten at gøre borgerne opmærksomme på, at negative følelsesmæssige reaktioner eller udfordringer relateret til diabetes er almindelige, og at der er hjælp at hente, hvis de oplever følelsesmæssige belastninger.</p>	
<p>Hvor meget fylder diabetes</p>	<p>Formålet er at skabe bevidsthed om, hvordan diabetes kan have indflydelse på tanker og handlinger. Øvelsen kan hjælpe med at få øje på og reflektere over, hvor meget diabetes fylder i dagligdagen, samt hvor meget man ønsker, at diabetes skal fylde.</p>	

## Resultater fra feedbackbesvarelser

Overordnet vurderede både borgere og sundhedsprofessionelle dialogværktøjerne som gode og gavnlige til at fremme en dialog om psykosociale aspekter af diabetes. Dialogværktøjerne hjalp med at sætte ord på sygdommens mange aspekter og skabte et trygt rum for refleksion og samtale:

- 87 % af borgerne og 85 % af de sundhedsprofessionelle vurderede dialogværktøjerne som gode eller meget gode
- 77 % af de sundhedsprofessionelle og 57 % af borgerne oplevede, at dialogværktøjerne gjorde det nemmere at tale om, hvordan diabetes kan påvirke borgernes liv i et bredere perspektiv.

Besvarelserne for begge grupper lignede hinanden, men der er en tendens til, at borgerne vurderede brugen af dialogværktøjerne højere end de sundhedsprofessionelle. I *Bilag 6* findes grafer over borgerne og de sundhedsprofessionelles besvarelser fra feedbackskemaerne, hvor kommentarfeltet giver et uddybende indblik i brugen af dialogøvelserne.

Borgerne oplevede, at dialogværktøjerne skabte et rum for sparring og erfaringsudveksling. Nogle borgere med ny-diagnosticeret type 2-diabetes beskrev dog, at dialogværktøjerne kunne være svære at forholde sig til, da de endnu ikke havde fået et overblik over, hvordan diabetes påvirkede deres hverdag, tanker, krop og følelser og stadig var i gang med at "lande" i deres diagnose.

De sundhedsprofessionelle oplevede, at dialogværktøjerne bidrog væsentligt til at åbne op for samtaler om de mentale aspekter af diabetes. De beskrev, at dialogværktøjerne hjalp borgerne med at blive opmærksomme på, at de ikke var alene om deres bekymringer og frustrationer. Derudover oplevede de sundhedsprofessionelle, at borgerne fik hjælp til at sætte ord på sygdommens kompleksitet, hvilket gjorde dem mere bevidste om de udfordringer, de kunne møde.

## Resultat af fokusgruppeinterview med sundhedsprofessionelle

De sundhedsprofessionelle, som var ansvarlige for den almindelige diabetesundervisning, gav udtryk for, at dialogværktøjerne skabte en god dialog i undervisningen. De havde dog forskellige perspektiver på og forudsætninger for at bruge dialogværktøjerne. Nogle oplevede, at dialogværktøjerne var svære at introducere og kunne skabe forvirring blandt borgerne, mens andre oplevede, at dialogværktøjerne støttede borgerne i at sætte ord på deres tanker og oplevelser i forhold til diabetes. Sundhedsprofessionelle, der også var facilitatorer på diabetesstress kurset, virkede mere trygge ved at bruge dialogværktøjerne, hvilket kan hænge sammen med, at de havde deltaget i flere kompetenceudviklingssessioner og havde opnået mere erfaring med at bruge dialogværktøjerne.

### 4.3 Kursusforløb til håndtering af diabetesstress (komponent 3)

Komponent 3 i projektet havde seks projektmål, der alle blev nået, jf. skemaet nedenfor:

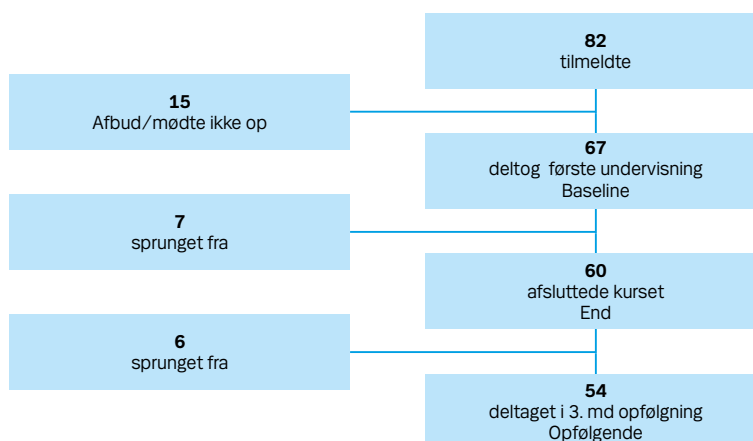
Mål	Resultat	Status
Der er udviklet et nyt kursusforløb i CFDH i samarbejde med borgere og sundhedsprofessionelle	Nyt kursusforløb til borgere med moderat til høj diabetesstress er udviklet.	<b>Mål opnået</b>
Signikant fald i diabetesstress fra start til slut for deltagere på diabetesstresskurset	Gruppen af deltagere oplevede i gennemsnit signifikant fald i diabetesstress fra baseline til afslutning (PAID-20 score: 46,2-34,9).	<b>Mål opnået</b>
60 % oplever en forbedret livskvalitet	Gruppen af deltagere oplevede i gennemsnit signifikant forbedret livskvalitet (WHO-5 score: 47,9-55,2)	<b>Mål opnået</b>
70 % oplever at have øgede kompetencer til at håndtere deres diabetes	Gruppen af deltagere oplevede i gennemsnit signifikant øgede kompetencer til at håndtere diabetes (DES score: 3,1-3,7).	<b>Mål opnået</b>
80 % af deltagerne er tilfredse med kurset	Over 90 % af deltagerne rapporterede, at de i nogen, høj eller meget høj grad var tilfredse med udbyttet fra kurset. 97 % vil anbefale kurset til andre med type 2-diabetes.	<b>Mål opnået</b>
Et opstillet succeskriterie var, at 30 % af personer med moderat til høj diabetesstress, som har gennemført kurset, opnår et fald i HbA1c	For kursusdeltagerne oplevede 54,3 % et fald i HbA1c mellem baseline og opfølgning. Der ses et begrænset, men signifikant ( $p=0,042$ ) gennemsnitligt fald i HbA1c på 1,9 mmol/mol fra baseline til 3. måneders opfølgningen.	<b>Mål opnået</b>

Nedenfor gennemgås de seks projektmål og deres resultater mere detaljeret.

#### Ændringer i diabetesstress, livskvalitet og øgede kompetencer samt udbytte af kurset

I perioden maj 2023 til december 2024 blev 11 kursusforløb gennemført i CFDH for personer med moderat til høj diabetesstress. Et enkelt kursus var derudover planlagt, men måtte aflyses grundet for få deltagere. 67 personer deltog i baseline, hvoraf 60 gennemførte kurset. I figur 8 ses udviklingen i dataindsamlingen fra baseline til 3. mdr. opfølgning. Af de 15 tilmeldte til kurset, der ikke dukkede op, er flere af de samme personer (12 unikke). En person var eksempelvis tilmeldt kurset tre gange uden at møde op.

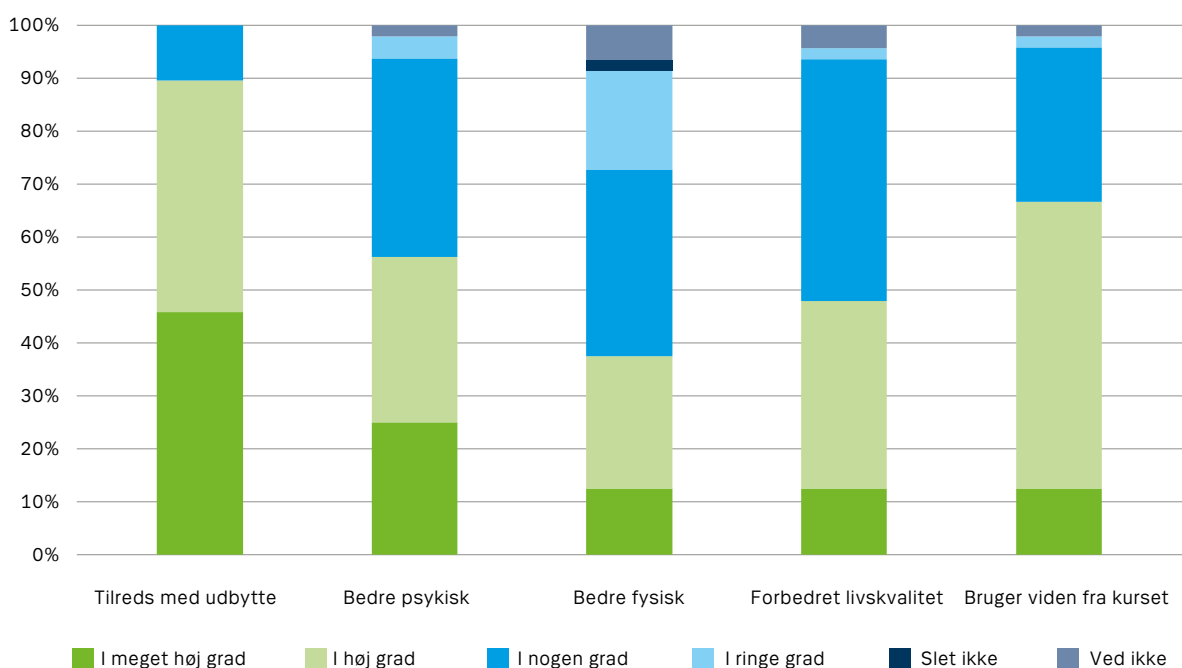
**Figur 8 –** Antal personer, der har deltaget i målinger af kurset for personer med moderat til høj diabetesstress



Målet for ændringer i diabetesstress, forbedret livskvalitet og øgede kompetencer til at håndtere diabetes samt udbytte af kurset er nået, idet gruppen af deltagere i gennemsnit oplevede signifikante forbedringer fra baseline til afslutning på alle parametrene: diabetesstress (PAID-20 score: 46,2-34,9), forbedret livskvalitet (WHO-5 score: 47,9-55,2) og øgede kompetencer til at håndtere diabetes (DES score: 3,1-3,7). Deltagerne rapporterer desuden et stort udbytte af kurset:

- Over 90 % af deltagerne rapporterer, at de i nogen, høj eller meget høj grad var tilfredse med udbyttet fra kurset, og at de brugte deres viden fra kurset.
- Over 90 % angav, at kurset havde bidraget til forbedret livskvalitet, og at de havde fået det bedre psykisk.
- 73 % af deltagerne, rapporterede, at kurset også havde medvirket til, at de havde fået det bedre fysisk, hvilket ellers ikke var en del af undervisningen.
- 97 % sagde, at de vil anbefale kurset til andre med type 2-diabetes.

Figur 9 – Deltagernes vurdering af udbytte af kurset

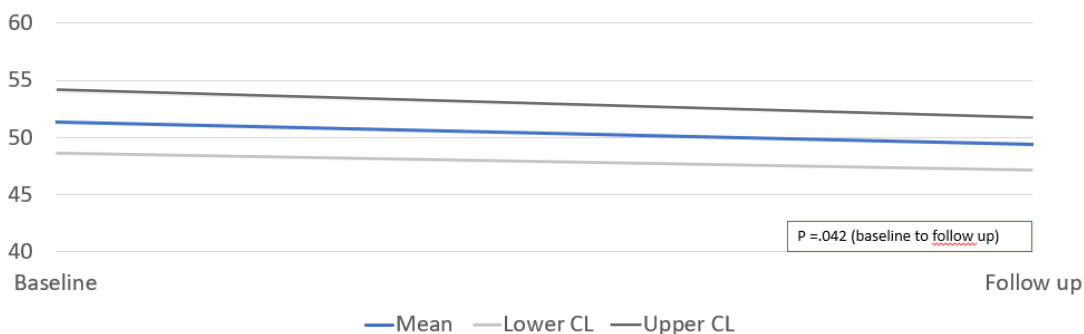


Kilde: Data indsamlet af CFDH via spørgeskema.

Jævnfør figurerne nedenfor ses også forbedringer af HbA1c, diabetesstress, livskvalitet og diabeteskompetencer:

- For HbA1c oplevede 54,3 % et fald mellem baseline og opfølgning. Dette er bemærkelsesværdigt, idet deltagerne havde relativt lave langtidsblodsukkerværdier på mellem 33-83 mmol/mol ved baseline. Blandt det mindretal af personer, der ikke oplevede fald i HbA1c, var der i mange tilfælde tale om bevarelse af status quo og ikke en forværring. Derudover var der et begrænset, men signifikant ( $p=0,042$ ) gennemsnitligt fald i HbA1c på 1,9 mmol/mol fra baseline til 3. måneders opfølgningen.
- 77 % af de individuelle deltagere oplevede en reduktion i diabetesstress fra baseline til afslutning. Ved 3. måneders opfølgningen var denne reduktion yderligere steget til 84 %.
- I vurderingen af livskvalitet (WHO 5) oplevede 69 % en øget livskvalitet fra baseline til afslutning, der dog ved 3. måneders opfølgningen var faldet til 64 %.
- 79 % af de individuelle deltagere oplevede at have øget deres kompetencer fra baseline til slutmåling. Ved opfølgningen var dette steget yderligere til 85 %.

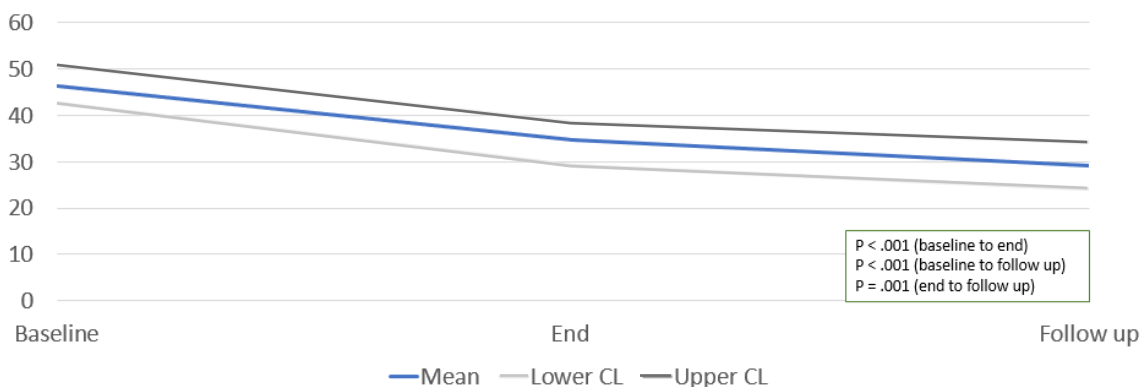
**Figur 10 – HbA1c**



Kilde: Data indsamlet af CFDH via HbA1c-målinger, databehandling hos SDCC.

Anm.: N=67 ved baseline, N=60 ved afslutning af kurset (End) og N=54 ved opfølgning (Follow up).

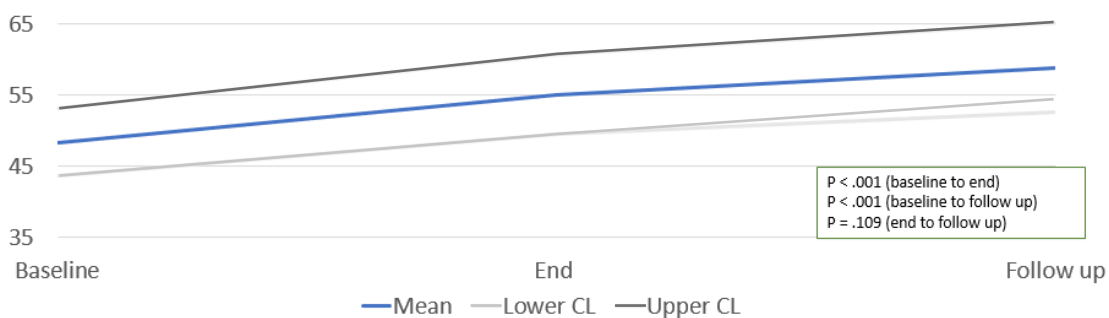
**Figur 11 – Diabetesstress**



Kilde: Data indsamlet af CFDH via spørgeskema, databehandling hos SDCC.

Anm.: N=67 ved baseline, N=60 ved afslutning af kurset (End) og N=54 ved opfølgning (Follow up).

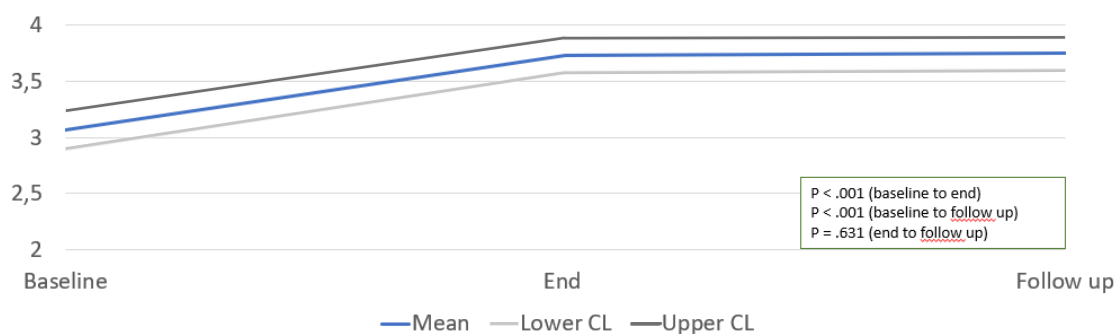
**Figur 12 – Livskvalitet**



Kilde: Data indsamlet af CFDH via spørgeskema, databehandling hos SDCC.

Anm.: N=67 ved baseline, N=60 ved afslutning af kurset (End) og N=54 ved opfølgning (Follow up).

**Figur 13 –** Kompetence til at håndtere diabetes



Kilde: Data indsamlet af CFDH via spørgeskema, databehandling hos SDCC.

Anm.: N=67 ved baseline, N=60 ved afslutning af kurset (End) og N=54 ved opfølgning (Follow up).

Analyserne er alene baseret på deltagere med relevante og valide før- og eftermålinger. Det er derfor usikkert, om der blandt deltagere med manglende besvarelser tegnede sig et andet mønster.

I forbindelse med diabetesrelateret adfærd målt via skemaet Diabetes Self-Care Activities (SDSCA), var der en signifikant gennemsnitlig stigning i antal dage, hvor deltagerne havde spist sundt (0,3 dag), og antal dage, hvor de havde dyrket motion (0,4 dag) fra baseline til kursets afslutning. Ved opfølgning var forbedringen i sunde spisevaner bevaret, mens forbedringen i motionsvaner var øget til i alt 1,1 dag. Analysen er udelukkende lavet på deltagere med alle tre målinger, men i SDSCA-besvarelserne ses en øget "missing", der kan have medvirket til et kunstigt positivt resultat.

### Resultater fra deltagerinterviews

Deltagerne gav udtryk for, at kurset havde bidraget til positive forandringer for dem. Blandt de mest fremtrædende var færre bekymringer og negative følelser omkring diabetes, mindre ensomhed i livet med diabetes samt større selvmedfølelse. Analysen identificerede desuden følgende nøglefaktorer, der havde betydning for disse positive oplevelser:

- et trygt rum for deling af oplevelser og erfaringer
- en støttende og empatisk tilgang fra sundhedsprofessionelle
- en mental pause fra bekymringer
- normalisering af livet med diabetes.

Deltagerne oplevede, at kurset havde givet dem støtte og konkrete værktøjer til at håndtere diabetesstress. Deltagerne værdsatte den respektfulde, åbne atmosfære, der fremmede refleksion og læring, samt den fleksible tilgang til at tilpasse værktøjerne til deres individuelle behov. Analysen identificerede desuden dynamikker, der kunne udfordre deltagerens udbytte af kurset og påvirke deres motivation og engagement, både under og efter forløbet. Der var f.eks. nogle af deltagerne, der oplevede en uoverensstemmelse mellem deres forventninger til og udbytte af kurset, og at det kunne være svært at spejle sig i de deltagere, som var meget forskellige fra dem selv. Derudover fremhævede nogle deltagere behovet for yderligere støtte til at integrere øvelser og værktøjerne i deres dagligdag efter endt kursusforløb. I *Bilag 7* findes en oversigt over analytiske temaer med uddybende pointer og udvalgte citater til understøttelse af borgernes perspektiver på kurset.

### Sundhedsprofessionelles perspektiver på at facilitere kurset

De sundhedsprofessionelle beskrev, at de skulle vænne sig til rollen som facilitator, og at det kunne være udfordrende at bevæge sig væk fra en didaktisk rolle. De oplevede derfor, at det var en stor styrke at være to facilitatorer på hvert hold, da det gav dem mulighed for at dele deres oplevelser og drøfte håndteringen af forskellige undervisningssituationer. Samtidig lagde de vægt på vigtigheden af kursusmaterialet og den oplæring, de havde modtaget, i forhold til at blive fortrolig med rollen som facilitator. De beskrev, at trin-for-trin guiden gav dem tryk i forhold til at facilitere kurset, men at den var tidskrævende at sætte sig ind i. De udtrykte, at det var vigtigt for dem at opnå erfaring med at bruge kursusmaterialet og finde deres egne ord for at introducere og samle op på øvelserne. Derudover fremhævede de, at supervisionen var meget vigtig for deres kompetencer til at facilitere kurset, da det gav dem et rum for at drøfte deres oplevelser og strategier til at håndtere forskellige situationer på kurset. I *Bilag 8* er der en oversigt over temaerne med uddybende beskrivelser og udvalgte citater fra analysen.

#### 4.4 Business case for kurset til borgere med moderat til høj diabetesstress

Mål	Resultat	Status
Der er udarbejdet business case, der belyser udgifter til implementering og drift af indsatsen samt forventede effekter ved opsporing og behandling af diabetesstress.	Der er lavet økonomiske beregninger, som viser, at indsatsen for borgere med moderat til høj diabetesstress er en billig indsats. Derfor forekommer det sandsynligt, at <i>såfremt</i> de opnåede resultater på diabetesstress og blodsukker <i>fastholdes</i> på længere sigt, så vil udgifterne til indsatsen mere end opvejes af en reduktion i udgifter til behandling af følgesygdomme i såvel kommunen som på hospitalerne.	<b>Mål opnået</b>

Det er valgt at udelade omkostningsberegninger for den del af indsatsen som udvikles og integreres i eksisterende tilbud inden for nuværende økonomiske ramme i kommunal rehabilitering (komponent 1 og 2). Opsporing og måling af diabetesstress forventes at blive implementeret inden for eksisterende økonomiske rammer som et led i den afklarende samtale. Implementeringen er allerede gradvist sket som led i daglig praksis i CFDH i takt med projektets udvikling. Derudover er integrationen af den forebyggende indsats for diabetesstress for borgere med ingen eller lav diabetesstress også sket som led i den nuværende daglige praksis i CFDH.

Der er i projektet således udarbejdet en business case, hvor formålet var at beregne meromkostningerne ved den nye indsats (komponent 3) for borgere med moderat til høj diabetesstress.

På baggrund af den tilgængelige litteratur, blev der set på *mulige* afledte økonomiske effekter på længere sigt. Med andre ord kiggede vi på, hvad man kan forvente af økonomiske effekter, hvis der opnås resultater af kurset i form af reduktion af diabetesstress og reduktion i HbA1c. I forhold til sidstnævnte – reduktion i blodsukkeret – peger litteraturen på, at der er en sammenhæng med betydelige økonomiske effekter på den længere bane på grund af en reduceret risiko for følgesygdomme og senfølger (12). Såfremt man i projektet formår at fastholde den opnåede reduktion i diabetesstress og i blodsukker for borgere med type 2-diabetes, så kan der på længere sigt formentlig være betydelige afledte effekter i form af lavere risiko for følgesygdomme. Netop behandling af følgesygdomme er forbundet med høje omkostninger. Flere danske studier har dokumenteret omkostninger relateret til behandling af følgesygdomme for borgere med type 2-diabetes.

Ift. omkostningen for det nye initiativ (komponent 3) er den gennemsnitlige meromkostning pr. borger med 10 deltagere på hvert kursushold beregnet til ca. 2.200 kr. ift. den gennemsnitlige omkostning for et rehabiliteringsforløb i CFDH. Det betyder, at det koster ca. 2.200 kr. ekstra ift. hvad det i dag koster at have en borger gennem et rehabiliteringsforløb. Denne merudgift er beregnet ud fra, at et forløb strækker sig over 6 gange a 2 timer, varetaget af to sundhedsprofessionelle, formentlig en sygeplejerske og en diætist/fysioterapeut og med 10 deltagere pr. hold. Hvis holdstørrelsen ændres til 8 pr. hold, så stiger den gennemsnitlige omkostning til lige knap 2.700 kr. Holdstørrelsen på nuværende hold har dog været mindre, og den gennemsnitlige omkostning derved højere. Forventningen er dog, at dette ændrer sig i takt med, at der afvikles færre hold, så holdstørrelsen formentlig bliver ca. 10 borgere.

Forventningen i projektet var en reduktion i blodsukkeret for 30 % af de borgere, der gennemfører kurset. Dette er opnået, men det afgørende er dog, hvorvidt dette resultat kan fastholdes. Det ved vi ikke noget om på nuværende tidspunkt, og det falder uden for projektet at følge op på dette. Men hvis vi *antager*, at resultatet kan fastholdes, så kan man gøre visse overvejelser ift. de økonomiske perspektiver.

Hvis man ser på mulige, afledte økonomiske gevinster sat over for, hvad det koster at drive kurserne, så skal disse borgere (der opnår et positivt resultat) så at sige "bære" meromkostningen for de resterende borgere, som ikke opnår et positivt resultat i diabetesstress eller i blodsukkeret (i det her tilfælde ca. 46%). Det vil sige, at de økonomiske gevinster, der potentielt kan være for borgere, som oplever fald i deres blodsukker, skal opveje de omkostninger, som der er forbundet med kurserne for både de borgere, som opnår fald i blodsukkeret og for dem, som ikke opnår et fald. Dette er dog *meget* forsimplet, da der sagtens kan være økonomiske effekter for nogle af disse som følge af reduktionen i diabetesstress og øget livskvalitet. Hvis vi her antager, at de 54 % med et positivt resultat på blodsukkeret bærer meromkostningen for de resterende 46 %, så betyder det, at meromkostningen reelt er  $1,46 \times 2.200 = 3.212$  kr. som skal hentes hjem i lavere behandlingsomkostninger (for de 54% af borgerne) i kommunen og på hospitalerne i fremtiden for, at der bliver tale om en omkostningsbesparende indsats. Dette forekommer sandsynligt, hvis man f.eks. antager, at bare hver femte af dem med fastholdt positivt resultat har en mindre indlæggelse – så spares der i gennemsnit ca. 25.000 kr. for den pågældende, som så kan "bære den ekstra rehabiliteringsomkostning" for 7-8 af de andre deltagere. Dette er utrolig forsimplet, men giver et indtryk af, at en samfundsmæssig omkostningsneutral indsats kun kræver et fastholdt positivt resultat for ganske få af deltagerne. Samtidig bemærkes, at der her er tale om et samfundsmæssigt perspektiv. Der ses således ikke på, hvem der får ekstra udgifter, og hvem der sparer.

Endeligt vil det være væsentligt at bemærke, at en reduktion i diabetesstress i sig selv formentlig har betydning for borgernes håndtering af deres sygdom, og derved potentielt kan have betydning for forekomsten af følgesygdomme. Vi har her dog ikke data for dette, og der er ikke studier, som viser dette på nuværende tidspunkt.

## 5 Evaluering af projektets gennemførelse

I dette kapitel evalueres projektet i forhold til de opstillede projektmål for projektets gennemførelse, som udmøntes i en række spørgsmål med udgangspunkt i følgende:

- Klare mål og milepæle er formuleret og overholdt
- Tilfredshed med data
- God ressourcestyring og organisering
- Rettidig kommunikation og tilfredshed med involveringsform
- Grundlag for beslutning om overgang til drift

Spørgeskemaundersøgelsen er sendt elektronisk til 22 personer, der i forskellige grader har været involveret i projektet, og 19 har helt eller delvist besvaret spørgeskemaet (svarprocent 86 %). Respondenterne har haft følgende roller: projektejer, projektleder, projektdeltager, projektpartner eller SBI-team-medlem. Heraf er 15 respondenter fra Københavns Kommune og syv respondenter fra SDCC.

### 5.1 Resultat af vurdering af tilfredshed med projektgennemførelse

Af tabellen nedenfor ses resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen opsummeret. Fuld rapport ses i bilag 9.

**Tablet 5 –** Opfyldelse af projektmål om tilfredshed med gennemførelse

Mål	Opfyldelse (vurdering)
Klare mål og milepæle er formuleret og overholdt	Formålet med projektet har været tydeligt beskrevet, og der er høj tilfredshed med graden af justering i mål og milepæle efter behov.
Tilfredshed med data	Projektet vurderes at have haft tilstrækkeligt fokus på data, og der har været god adgang til data i forbindelse med løbende status og evaluering. Dog er tilfredsheden med en smidig og hensigtsmæssig tilvejebringelse af data en smule lavere.
God ressourcestyring og organisering	Projektet har i høj grad anvendt ressourcerne effektivt og projektet har været organiseret hensigtsmæssigt. Respondenterne vurderer, at de i høj grad har deltaget med ressourcer og fagligt input til projektet.
Rettidig kommunikation og tilfredshed med involveringsform	Projektets opstart bar præg af en uklar rollefordeling – særligt ifm. beslutningskompetence og udfordringer i opstartsfasen, men samarbejds-klimaet blev bedre i løbet af projektperioden, og besvarelserne afspejler en høj tilfredshed.
Grundlag for overgang til drift	Projektet har i høj grad skabt grundlag for at beslutte hvad der skal viderebringes, med en meget positiv tilbagemelding. Dog har projektet ikke i så høj grad formået at gøre det klart, hvordan det kan påvirke den individuelle arbejdsområde.

## 5.2 Centrale læringspunkter

I spørgeskemaundersøgelsen om projektets gennemførelse er der et længere citat, der fortæller lidt om nogle udfordringer ift. organisering af projektet: *”Der er fordele og ulemper ved, at projektledelsen har været funderet i den kommunale part i dette projekt. En fordel var, at projektlederen havde kendskab til og var tæt på den kommunale praksis. En ulempe var, at vedkommende ikke var tæt på SBI og dermed de rammer og vilkår, der var for projektet. I praksis betød det, at en betydelig del af projekt-lederskabet uformelt kom til at ligge hos centrale projektmedarbejdere fra SDCC. Det udfordrede fordelingen af roller og ansvar i projektet og kan være med til at forklare, at samarbejdet kom lidt skævt fra start.”* Andre skriftlige besvarelser pointerer også vigtigheden i en tydelig projektledelse og beslutningskompetence, og hvordan der opstår nye udfordringer, når flere aktører skal samarbejde, og når man skal samarbejde på tværs af region (SDCC) og kommune (Center for Diabetes og Hjertesygdomme og Center for Mental Sundhed).

I et projekt med mange samarbejdspartnere, der både er tværfagligt og tværsektorielt (region/kommune), vil der uundgåeligt skulle investeres mange ressourcer i dialog, forventningsafstemning og rolleafklaring i starten af projektperioden. Udfordringer i opstarten af projektet er derfor noget, som man må forvente, og som man godt kan argumentere for er normalt i et projekt af denne karakter, som det også afspejles i følgende citat: *”Samarbejdet endte rigtigt godt, men var forventeligt udfordret fra en start. Det blev der taget godt hånd om fra alle parter.”*

Kommentarerne viser, at der har skullet bruges energi på at skabe klarhed om roller og ansvar i projektet, særligt i opstartsfasen. Projektet var desuden ramt af en række udskiftninger af personale i opstartsfasen, hvilket også bidrog til en opstart med visse udfordringer. Ledelserne fra de tre organisationer blev indkaldt af projektejeren i starten, da det blev klart, at der var udfordringer i forhold til fælles forståelse mellem parterne, og der blev aftalt en klarere rollefordeling og forståelse for, at lederne har et ansvar i at følge med og lede.

En vigtig læring fra projektet er, at der er behov for at allokere tid og ressourcer til forventningsafstemning og rolleafklaring, når et projekt som dette går på tværs af hospital og kommune, og når mange fagligheder skal kunne samarbejde. Ændringer i rammer og vilkår for de Supplerede Behandlingsinitiativer kan også have skabt problemer undervejs, men det er et rammevilkår, som man som projekt er nødt til at leve med.

## 6 Overgang til drift og evt. udbredelse i Region H.

---

I dette kapitel beskrives, hvad der taler for og imod at overgå til drift med projektets udviklede indsatser. Det diskuteres også, hvordan indsatserne kan implementeres i driften i Københavns Kommune, og hvordan de evt. kan udbredes andre steder i Region Hovedstaden/ny Region Østjylland.

### **Dette arbejder CFDH og CMS med for at sikre bæredygtighed og drift**

Center for Diabetes og Hjertesygdomme har forløb for ca. 1.000-1.200 borgere året. Med en forekomst af moderat og høj diabetesstress på mellem 25-38 %, betyder det, at mellem 250-400 borgere er ramt af alvorlig diabetesstress. Da CFDH allerede anvender PRO-diabetes (80 %) i de afklarende samtaler med borgerne, er det muligt at opspore diabetesstress og sikre, at det er de rette borgere, der får tilbudt kursus.

Alle medarbejdere i CFDH har kompetencerne til at håndtere diabetesstress i mødet med borgerne. Desuden har en håndfuld af medarbejdere kompetencerne til at afholde kurserne, og der vil fremadrettet være fokus på, at flere medarbejdere opnår disse kompetencer. Dette sikres konkret ved, at der er nye/andre sundhedsprofessionelle, der bliver undervist i brugen af værktøjerne.

CFDH har fokus på at sikre driften af indsatserne, og at alle relevante borgere, der starter forløb i centret, omfattes. Det kræver ledelsesmæssig fokus, og at der fastholdes et momentum blandt medarbejderne. Metoderne hertil er bl.a. et igangsat arbejde med datadrevet ledelse, hvor der er specifikt fokus på at indrullere borgere med diabetesstress. Desuden arbejdes i CFDH med at vedligeholde og skabe endnu mere fokus på diabetesstress i de ugentlige borgerkonferencer.

Nye medarbejdere, der ansættes i CFDH, skal have kursus i håndtering af diabetesstress i starten af deres ansættelse. CFDH og CMS er i dialog om, hvordan dette kan sikres løbende, når der ansættes nye medarbejdere. CMS har sideløbende udviklet et kompetenceforløb for medarbejdere, der bl.a. adresserer bekymringer om sygdom til borgere med hjertesygdomme, KOL eller kræft.

Alle tre parter i projektet ser store muligheder i, hvordan undervisningsmaterialet til diabetesstresskurset kan anvendes til brug blandt andre patientgrupper. En del af øvelserne er/kan være generiske, og vil derfor kunne anvendes i andre sygdomsgrupper. Dette drøfter parterne i den kommende tid.

### **Implementering af indsatserne i andre kommuner**

En systematisk opsporing af diabetesstress, forebyggende komponenter i de almindelige sygdomsmestringskurser samt kurset til reducere af diabetesstress er alle implementeret i drift i Københavns Kommune. Der er i projektet udarbejdet en implementeringsguide til at understøtte implementeringen i andre kommuner.

På baggrund af arbejdet med evaluering af de tre indsatser til at opspore, forebyggelse og reducere diabetesstress blandt borgere med type 2-diabetes, er derudover udarbejdet en række anbefalinger til implementering af indsatserne i andre kommuner, se tekstboksen nedenfor.

## Tekstboks 2 – Anbefalinger om implementering i andre kommuner

At klæde medarbejderne på:

Det anbefales, at alle relevante medarbejdere introduceres til diabetesstress og til selve indsatserne, så der i organisationen er en fælles forståelse for, hvad det er, hvorfor det er vigtigt, og hvordan man kan arbejde med det i praksis f.eks. gennem spørgemetoder.

I forhold til screening for diabetesstress og dialogværktøjer til forebyggelse af diabetesstress er det vigtigt, at sundhedsprofessionelle:

- får tid til at sætte sig ind i samtaleguiden samt trin-for-trin guiden
- afprøver dialogværktøjerne i praksis
- får mulighed for at sparre med deres kolleger om indsatserne.

Hvad angår rammerne for kurset for borgere med moderat til høj diabetesstress, anbefales det:

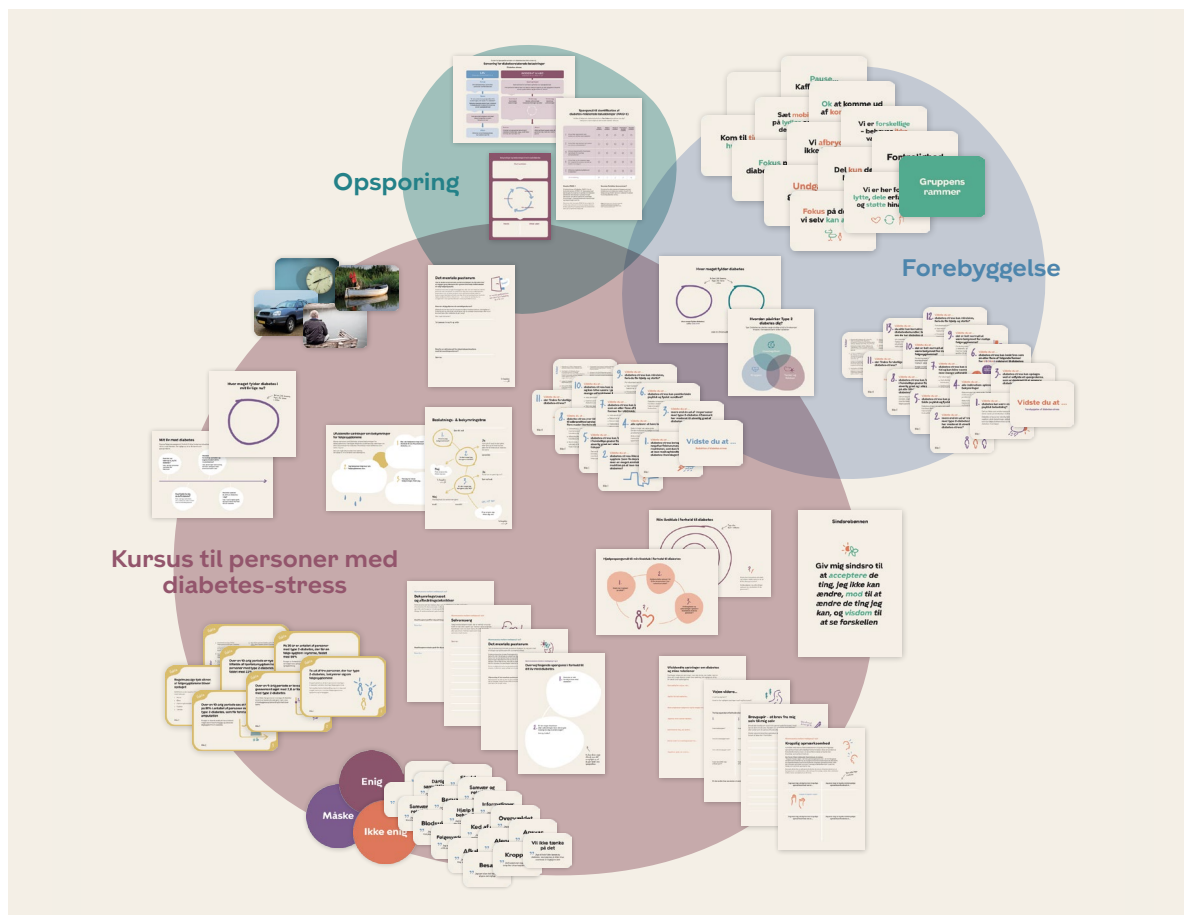
- at facilitatorerne får en introduktion til kurset og rollen som facilitator
- at der er to facilitatorer på hvert hold af borgere
- at der afholdes supervision, hvor facilitatorerne kan udveksle erfaringer, give hinanden feedback og drøfte kursusforløbet.

Det anbefales, at ledelserne i organisationerne:

- sætter ambitionen for brugen af materialet
- sikre de nødvendige ressourcer til, at alle relevante medarbejdere introduceres til diabetesstress og indsatserne
- støtter op om læring og integrering af viden i egen praksis.

Projektet har udviklet en fysisk kasse, der indeholder alt det relevante materiale, som en kommune skal bruge, hvis man ønsker at komme i gang med diabetesstress-indsatserne.

**Figur 14** – illustration af kassen med materialer til opsporing, forebyggelse og reduktion af diabetesstress



Kassen med materiale er allerede blevet præsenteret for et kommunalt netværk og i den forbindelse sendt til 7-8 kommuner. Alt materiale vil blive lagt på SDCCs hjemmeside. Informationsmøder for interesserede er ved at blive planlagt i 2026.

I tabellen nedenfor er forhold som taler henholdsvis for og imod en overgang til drift listet.

**Tabel 6** – Overgang til drift – hvad taler for og imod?

Dette taler for overgang til drift	Dette taler imod overgang til drift
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kompetenceløftkurset af medarbejdere har vist, at medarbejderne i CfDH har opnået viden om diabetesstress og læring om, hvordan de tackler dette i samtaler/møder med borgeren.</li> <li>• Deltagelse i et Diabetesstress kursus har betydning for borgernes diabetesstress, generel livskvalitet, psykisk velbefindende og HbA1c.</li> <li>• Stor tilfredshed af deltagelse på kurset er påvist.</li> <li>• Sundhedsprofessionelle, der har undervist på kurset, har været meget tilfredse med at bruge det udviklede koncept.</li> <li>• Redskaber til implementering i den generelle undervisning udviklet og implementeret.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redskaberne er udviklet til gruppesammenhænge. Det kræver en større volumen af personer, der screenes, for at få borgere nok til at samle hold. I mange mindre kommuner kan det være en udfordring at få stor nok volumen, og derved kan den peer-to-peer effekt, som redskaberne baserer sig på, vanskeliggøres.</li> <li>• Der vil være visse omkostninger for både sundhedsprofessionelle og borgerne forbundet med at implementere indsatserne.</li> </ul>

## 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, Earles J, Dudl RJ, Lees J, Mullan J, et al. Assessing psychosocial distress in diabetes: development of the diabetes distress scale. *Diabetes care*. 2005;28(3):626–31.
3. Fisher L, Mullan JT, Arean P, Glasgow RE, Hessler D, Masharani U. Diabetes distress but not clinical depression or depressive symptoms is associated with glycemic control in both cross-sectional and longitudinal analyses. *Diabetes care*. 2010;33(1):23–8.
4. Skinner TC, Joensen L, Parkin T. Twenty-five years of diabetes distress research. *Diabetic Medicine*. 2020 Mar 1;37(3):393–400.
5. Due Christensen M, Zoffmann V, Hommel E, Lau M. Can sharing experiences in groups reduce the burden of living with diabetes, regardless of glycaemic control? *Diabetic Medicine*. 2012 Feb;29(2):251–6.
6. Schmidt CB, Van Loon BJP, Vergouwen ACM, Snoek FJ, Honig A. Systematic review and meta analysis of psychological interventions in people with diabetes and elevated diabetes distress. *Diabet Med*. 2018 Sep;35(9):1157–72.
7. Sturt J, Dennick K, Due-Christensen M, McCarthy K. The Detection and Management of Diabetes Distress in People With Type 1 Diabetes. *Curr Diab Rep*. 2015 Nov;15(11):101.
8. Foged M, Rimdal K. Trivsel og tilfredshed blandt patienter med diabetes. Available from: <https://videncenterfordiabetes.dk/media/mollnt55/trivsel-og-tilfredshed-blandt-patienter-med-diabetes.pdf>
9. Center for Diabetes og Hjertesygdomme, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen (SUF), Københavns Kommune. Rapport: Hvordan går det borgerne i Center for Diabetes? | Center for Diabetes og Hjertesygdomme [Internet]. [cited 2024 Dec 4]. Available from: <https://diabetes-hjerte.kk.dk/for-fagpersoner/projekter-og-publikationer/artikler-og-publikationer/rapport-hvordan-gaar-det-borgerne-i-center-for-diabetes>
10. Brown T. Design thinking. *Harvard business review*. 2008;86(6):84.
11. Brown T, Wyatt J. Design thinking for social innovation. *Development Outreach*. 2010;12(1):29–43.
12. Lage MJ, Boye KS. The relationship between HbA1c reduction and healthcare costs among patients with type 2 diabetes: evidence from a U.S. claims database. *Current Medical Research and Opinion*. 2020 Sep 1;36(9):1441–7.

# Bilagliste

---

1. Godkendelse af De Videnskabsetiske Komitéer
2. Godkendelse af Datatilsynet
3. Eksempel på samtykkeerklæring til borgere
4. Diabetesstress analyser af PRO og PAID-20
5. Karakteristika i gruppen af borgere med og uden diabetesstress
6. Borgere og de sundhedsprofessionelles besvarelser fra feedbackskemaerne
7. Temaer og citater – borgernes oplevelse af at deltage i diabetesstress-kursus
8. Temaer og citater – sundhedsprofessionelles erfaringer med at adressere diabetesstress og psykosociale aspekter af diabetes
9. Resultater fra målingen af tilfredshed med projektets gennemførelse