

Diabetes

December 2022 | 56

Behandler

DIABETESFORENINGENS FAGLIGE TIDSSKRIFT



Skyld, skam, stigma

Gestationel diabetes **16**

Sociale medier

Plads i konsultationen? **30**

HJERTET

på rette sted

Behandlerprisen 2022 går til
to diabetessygeplejersker **09**

diabetes
foreningen



Lever du i samme virkelighed?

Kære behandler

Virkeligheden kan se forskellig ud for behandler og patient. Det sætter vi fokus på i dette nummer af Diabetes Behandler. En ny undersøgelse viser for eksempel, at behandlere og mennesker med type 2-diabetes ofte taler forbi hinanden. For det første har de vidt forskellige syn på alvorligheden af sygdommen – mennesker med type 2-diabetes oplever ikke sygdommen lige så alvorlig som behandlerne. For det andet, tror behandlerne ikke i samme grad, at patienterne motiveres af behandlingsmål, som de rent faktisk gør. Læs om det på side 24, hvor professor og overlæge Filip Krag Knop kommenterer på undersøgelsen og giver fem råd til at styrke dialogen – og på den måde afstemme virkeligheden.

En anden virkelighed er den virtuelle. Er du med der? Ved du, hvilken information der findes om diabetes på sociale medier? Respekterer du, at den virkelighed måske er meget virkelig for din patient, og hjælper du dem med at sortere i den information?


Som en del af sit ph.d.-projekt har Emilie Møhlholm Kjærulff undersøgt, hvordan personer med diabetes søger og bruger information på de sociale medier. Hun kommer frem til, at de færreste taler med deres behandler om de informationer, de får der. Og hun foreslår, at du anerkender den informationsvej og husker at spørge din patient ind til den. Sådan undgår I nemlig bedst at tale forbi hinanden.

En anden ting, mange ofte ikke taler med deres behandler om, er spiseforstyrrelser. Det har vi fokus på i vores medlemsblad nr. 04 2022. For at give jer behandlere indblik i den virkelighed, bringer vi også artiklerne her i Diabetes Behandler.

Jeg er glad for, at modtagerne af Diabetesforeningens Behandlerpris netop har fokus på at sætte sig ind i hver enkelt families situation og ikke klemme dem ned i en pakkedløsning. De fortjener dette års Behandlerpris, fordi de bruger tid på at skabe et trygt rum for hver eneste familie og sætte sig ind i deres virkelighed. Det gør en kæmpe forskel.

Tanja Thybo

Forskningschef
Diabetesforeningen



Hjælper du dine patienter med at sortere i den information, de får fra sociale medier?

Du er **den eneste**, jeg har sagt det til

Fokus på type 2-diabetes,
overvægt, forstyrret
spisning og
spiseforstyrrelse.

40-47

Pil Lindgreen,
sygeplejerske,
forsker.



**Helle neergaard
Grønæk,**
psykolog



Inger Bols,
aut. diæstis



Loa Clausen,
psykolog



- 03 Kommentar
- 09 Behandlerprisen 2022
- 16 Gestationel diabetes
- 22 Faglige noter
- 25 Behandlingsmål
- 30 Sociale medier i konsultationen
- 34 Sundhedsvæsenets opbygning -
en barriere for behandlingsforløb
- 36 Fleksible konsultationer
- 39 Fra Diabetesforeningen
- 40 Du er den eneste, jeg har sagt det til
- 42 Du er ikke alene om at føle skam
- 44 Slankekur erklærer krig mod hjernen
- 46 BED begynder ofte i puberteten
- 48 Fra Diabetesforeningen
- 50 Kolofon



Kære behandler og patient

Ny undersøgelse viser, at behandlere
og patienter ofte taler forbi hinanden,
når der skal kommunikeres
om behandlingsmål.

25

Skyld, skam og stigma

Kvinder med gestationel
diabetes er i risiko for at
opleve stigmatisering.

16



SoMe – en parallelverden i konsultationen

30



diabetes
foreningen



ANNONCE:
INFUCARE

Tekst Ninett Rohde Brandt Foto Heidi Lundsgaard

Diabetesforeningens Behandlerpris 2022

Familier med diabetes får prisværdig behandling på Kolding Sygehus

Diabetesforeningen hylder hvert år behandlere, som gør en kæmpe indsats for at give børn og familier den bedst mulige oplevelse i deres diabetesbehandling. I år havde Behandlerprisen 2022 rekordmange indstillede – i alt 49 – og den gik til to diabetessygeplejersker fra diabetesteamet i børne- og ungeambulatoriet på Kolding Sygehus.

■ Anette Sørensen og Hanne Grunnet er begge diabetes-sygeplejersker i diabetesteamet i børne- og ungeambulatoriet på Kolding Sygehus, en del af Sygehus Lillebælt. De modtog i september Diabetesforeningens Behandlerpris 2022.

– Vi fik overvældende mange indstillinger og opløbet var tæt. Men Anette Sørensen og Hanne Grunnet er blevet indstillet flere gange, og det er tydeligt, at de begge gør et fantastisk



Tanja Thybo,
forskningschef,
Diabetesforeningen.

arbejde for børn og unge med diabetes og deres forældre. Derfor besluttede vi, at de begge fortjente dette års Behandlerpris, siger Tanja Thybo, forskningschef i Diabetesforeningen.

245 børn og unge med diabetes i alderen 0 til 18 år og deres familier er tilknyttet diabetesteamet på Kolding Sygehus. Her møder Anette Sørensen og Hanne Grunnet hver dag ind og behandler og vejleder familier med diabetes både telefonisk og ambulant. De deltager i diabeteskonferencer og diverse projekter, de underviser personalet i dagplejer, vuggestuer, børnehaver og skoler i diabetes, og de deltager i netværksmøder med kommuner for at sikre den bedst mulige støtte til familier med diabetes.

📍 Se alle de indstillede **side 14.**

DIABETESFORENINGENS BEHANDLERPRIS

■ Diabetesforeningen har stiftet Behandlerprisen for én gang om året at hædre behandlere, der gør en forskel for mennesker med diabetes. Medlemmer af Diabetesforeningen indstiller deres yndlingsbehandler. Prisen består af 25.000 kroner, som er delt mellem 20.000 kroner til et relevant projekt på prisvinderens arbejde og 5.000 kroner som en personlig gave.

diabetes.dk/forskning

Tekst Ninett Rohde Brandt, journalist **Foto** Heidi Lundsgaard

Diabetesforeningens Behandlerpris 2022

Giv den rette hjælp i skolen

Anette Sørensen modtager årets Behandlerpris for sit stærke fokus på et trygt samarbejde med familierne. Hun peger på, at skolen også spiller en vigtig rolle i forhold til trivsel og behandling.

Når et barn får diabetes, bliver hverdagen fra den ene dag til den anden markant anderledes, og hele familien skal fra den dag lære at leve med diabetes som livslang følgesvend. Det gør indtryk på 53-årige Anette Sørensen, der arbejder som diabetessygeplejerske i børne- og ungeambulatoriet på Kolding Sygehus, en del af Sygehus Lillebælt.

– Det er en fuldstændig livsomvæltende ting, og det har virkelig gjort indtryk på mig, hvor seje familierne er. De står over for en sygdom, som de bare SKAL lære at mestre, men de klarer det!

Det siger Anette Sørensen, den ene af de to vindere af Diabetesforeningens Behandlerpris 2022. I år kan hun tilmed fejre 20-års jubilæum i diabetesteamet i børne- og ungeambulatoriet.

FAMILIERNE LØFTER I FLOK

Hun gør en dyd ud af at anerkende forældrene til de børn med diabetes, hun møder i sit arbejde. Men understreger, at det er vigtigt at være opmærksom på, hvordan man anerkender dem.

– Jeg prøver virkelig at møde familierne med respekt og anerkendelse for at håndtere den kæmpe store opgave, det er at have diabetes i familien. Det er en balancegang, hvor det er vigtigt at være opmærksom på kommunikationen, så barnet ikke ender med at føle, at det er deres skyld, at forældrene står med en stor opgave på grund af barnets diabetes. Jeg formulerer diabetes som en fælles opgave i familien, så selvom de uddelegerer opgaverne, hjælper de hinanden og løfter i flok. Og barnet skal inddrages i deres behandling på det niveau, de kan, så de mærker, at de positivt er med til at løfte den opgave, siger Anette Sørensen.

BEHANDLING ER ET SAMARBEJDE

Viden og erfaring er nødvendige ingredienser i en god diabetesbehandling. Ifølge Anette Sørensen er det også vigtigt, at man som behandler virkelig prøver at sætte sig ind i hver enkelt families situation.

– De skal ikke klemmes ned i en pakked løsning. Jeg skal støtte og hjælpe dem ud fra de betingelser, de har i netop deres familie, for diabetes er en sygdom, der påvirker hele familien, og ikke to mennesker med diabetes er ens.

Af den grund er det essentielt, at den rette behandling findes i samarbejde med den enkelte familie.

– Jeg dikterer ikke deres behandling. Det er vigtigt, at familierne inddrages i beslutningerne og har medbestemmelse, understreger Anette Sørensen, der ligesom de andre behandlere i diabetesteamet er fast kontaktperson for en række familier. En praksis afdelingen arbejder med blandt andet for at sikre en stærk tillid og fortrolighed i relationen.

DEN RETTE STØTTE

Teknologiske hjælpemidler til diabetes som for eksempel insulinpumper og glukosesensorer er et af de områder, Anette Sørensen fremhæver, når hun skal sætte ord på, hvad det ifølge hende kræver af systemet, hvis man skal sikre børn og unge med diabetes en god behandling.

Hun fremhæver også mulighed for orlov til forældrene for eksempel ved skolestart som et vigtigt element i den gode behandling. I forhold til børn og unge med diabetes i institutioner og skoler er der ifølge Anette Sørensen noget, der er særligt vigtigt.

– Hvis vi skal sikre børn og unge med diabetes en god behandling, bør alle børn få den hjælp i børnehaven og skolen, de har brug for. Det kræver rigtig meget af en skolelærer til en klasse med 30 børn også at skulle hjælpe et barn med diabetes. De har brug for hjælp mange gange i løbet af en dag, og man kan ikke forvente af børn, at de udviklingsmæssigt kan overskue de udregninger og den nødvendige planlægning, deres diabetesbehandling kræver. Alle de her ting i hverdagen er en kæmpe udfordring for børnene at håndtere, forklarer hun.

– Vi kan se, at det gør en positiv forskel for børnenes diabetesbe-



Hvis vi skal sikre børn og unge med diabetes en god diabetesbehandling, bør alle børn få den hjælp i børnehaven og skolen, de har brug for.

Anette Sørensen, diabetessygeplejerske



handling i de familier, hvor børnene får den rette hjælp til deres diabetes i skolen. Og så betyder det rigtig meget for de forældre, at de kan sende deres børn i skole med ro i sindet og vide, at barnet er i gode hænder, siger Anette Sørensen og understreger, at manglende støtte i skolen også påvirker børn med diabetes psykisk.

– Børn kan mærke, når deres forældre er pressede. Og så er vi igen tilbage til det her med, at børnene ikke skal ende med at føle, at de er en belastning for deres familie, fordi de har fået diabetes. Børnene bliver også meget hurtigt bevidste om deres situation, og det betyder rigtig meget for deres tryghed, at de har tillid til, at der er en voksen i skolen, der kan hjælpe dem, hvis de får brug for det.

SÅ TRYK SOM MULIGT

Evnen til at skabe tryghed er noget af det, der er fremhævet i motivationen for, at Anette Sørensen er den ene af dette års vindere af Behandlerprisen.

Anette Sørensen får Behandlerprisen, fordi hun formår at skabe tryghed, lytte og hjælpe den enkelte person med diabetes og deres forældre og gør en vigtig forskel i familiernes liv. Alise er på ambulatoriet med mor Linda Briede.

Det sidste, hun nævner som et kerneelement i at kunne give familier med diabetes en god behandling, er oprigtig interesse. Man skal virkelig ville det bedste for dem – og det er helt tydeligt, at det vil Anette Sørensen.

– Jeg håber, at jeg bidrager og gør en forskel for familierne. Jeg arbejder for at skabe tryghed, være lyttende og hjælpe den enkelte familie, så hvis bare en enkelt eller to synes, at det lykkes, så er jeg meget glad. De her familier har ikke valgt livet med diabetes. Men hvis jeg kan hjælpe dem med at leve godt med den her situation og gøre det til en så god oplevelse som muligt, så er jeg rigtig, rigtig glad, lyder det fra den stolte og taknemmelige behandlerprisvinder. ▶

Tekst Ninett Rohde Brandt, journalist **Foto** Heidi Lundsgaard

Diabetesforeningens Behandlerpris 2022

Familierne **fortjener** hyldest

Diabetessygeplejersken **Hanne Grunnet** modtager Diabetesforeningens Behandlerpris 2022 for sin særlige imødekommethed og villighed til at gå en ekstra mil for familier med diabetes. Og stod det til hende, fortjener familierne også en pris.

Diabetes har altid været en del af Hanne Grunnets liv. Hendes far fik konstateret type 1-diabetes, inden hun blev født. I 1986 blev hun færdiguddannet som sygeplejerske, og året efter blev hun ansat på Niels Steensens Hospital – nordens første diabeteshospital, der senere blev en del af det, der i dag er kendt som Steno Diabetes Center Copenhagen.

– Min far har klart været min inspiration til at arbejde med diabetes, fordi han altid har levet ud fra en overbevisning om, at hans diabetes ikke skulle spænde ben for ham. Selvfølgelig gjorde den det i perioder, men det var hans udgangspunkt, at den ikke skulle. Jeg blev ikke involveret så meget i hans diabetes, da jeg var barn, men jeg har set hans forløb tæt på. Jeg kendte til Niels Steensens Hospital, fordi min far gik til kontrol derude, og jeg tænkte, det kunne være spændende at blive endnu klogere på diabetes og dygtiggøre mig fagligt inden for diabetesbehandling, forklarer den 60-årige diabetessygeplejerske, der er udvalgt som den ene af de to vindere af Diabetesforeningens Behandlerpris 2022.

Hun har arbejdet med diabetes størstedelen af sit arbejdsliv og var indtil i sommer også diabeteskonsulent på Skolen for Gastronomi, Musik & Design, der hvert år tilbyder ti pladser særligt til unge med diabetes.

I mange år arbejdede hun med voksne mennesker med diabetes, indtil hun for 13 år siden startede i diabetesteamet i børne- og ungeambulatoriet på Kolding Sygehus, en del af Sygehus Lillebælt.

SVÆRT AT SIGE, DET ER SVÆRT

Diabetesteamet tildeler hver familie en fast kontaktlæge og en fast kontaktsygeplejerske. Det betyder, at Hanne Grunnet ofte behandler børnene fra deres diabetesdebut, til de fylder 18 år og overgår til voksenafdelingen. Hvis et barn har diabetesdebut som tiårig, betyder det altså, at Hanne Grunnet ender med at følge barnet i otte år af deres liv.

– Jeg er virkelig taknemmelig over at få lov til at være en del af de her familiers fortælling. Det er afgørende, at vi får skabt en god rela-

tion til hver enkelt familie og får den indsigt i deres liv, så vi kan være den bedst mulige sparringspartner og hjælpe dem med at navigere i livet med diabetes. Med den relation vi skaber ved at give familierne en fast kontaktperson, kan vi komme dybere ned i det, der ikke kun handler om diabetes, men om livet og hverdagen – som også har betydning for behandlingen. Vi bruger meget tid på at skabe et trygt rum, hvor de kan fortælle os ærligt om, hvordan det går. Der er mange ting, der kan være svære at åbne op om, hvis man sidder over for en, man ikke kender. Det kan være svært at sige, at det er svært, understreger hun.

MED DIT INDERSTE HJERTE

Hanne Grunnet har en stærk faglighed, stor viden om diabetes og mange års erfaring. Men når hun modtager årets Behandlerpris er det blandt andet på grund af hendes helt særlige imødekommethed.

– Jeg håber, at alle de familier, jeg møder, oplever, at jeg er imødekommende og engageret. Når man er så vild med sit arbejde, som jeg er, så går man den ekstra mil. Jeg glæder mig hver dag til at møde de her familier og forhåbentlig være med til at hjælpe dem lidt på deres vej i livet med diabetes.

– Jeg bruger også mig selv, når jeg skaber en relation til en familie. Det handler om at gå pædagogisk og engageret ind i arbejdet. Du skal ville hver familie af dit inderste hjerte og være på som menneske. Vi har et fælles fodslag i ambulatoriet med værdier, vi sætter højt i arbejdet, men det er også vigtigt virkelig at være indstillet på at yde det bedste for de her gode mennesker, siger Hanne Grunnet.



På en eller anden måde er det jo familierne, der skal have en pris. De står med den her store udfordring, som diabetes kan være, og de klarer det.

Hanne Grunnet, diabetessygeplejerske



Hanne Grunnet får Behandlerprisen for at være særligt imødekommende og villig til at gå en ekstra mil for den enkelte person med diabetes.

FAMILIERNES FORTJENESTE

Når hun og kollegaerne formår at give prisværdig behandling, understreger Hanne Grunnet, at det i lige så høj grad er på grund af familiernes tilgang.

– Den gode behandling, vi giver, er også børnene, de unge og forældrenes fortjeneste. Vi kan kun gøre det arbejde, fordi de lukker os behandlere ind og fortæller åbent om, hvad der sker i deres liv, og hvad der er vigtigt for dem, siger hun og tilføjer:

– På en eller anden måde er det jo dem, der skal have en pris. De står med den her store udfordring, som diabetes kan være, og de klarer det.

SKAL FYLDE MINDST MULIGT

Diabetes kan på mange måder være en stor udfordring, og det er ingen hemmelighed, at det at have diabetes 24/7 kræver et vist overskud. Derfor er Hanne Grunnet og hendes kollegaer i diabetes-

teamet også meget optagede af børnenes, de unges og familiernes trivsel.

– Diabetes kræver, at man hele tiden skal evaluere på det, man har gjort eller skal gøre. Man kommer til at tænke på, om man nu skulle have gjort noget anderledes eller har gjort noget forkert. Det er en hård dommer, man har i sig selv, siger hun.

Derfor er det også vigtigt for Hanne Grunnet, at en central del af diabetesbehandlingen handler om at opnå behandlingsmålene i god balance med børnene og de unges trivsel og liv.

– Den mest optimale behandling er den, hvor deres diabetes fylder mindst muligt i deres liv. Det kan være forskelligt fra person til person, for alle med diabetes er forskellige. Diabetes skal selvfølgelig have sin plads, for den kræver opmærksomhed hele døgnet. Men den skal ikke fylde mere, end den skal. Behandlingen må ikke gå på kompromis med deres livskvalitet. Det er så vigtigt, at vi hjælper med at skabe balance – ikke kun i deres blodsukker, men i deres liv – med diabetes og alt, hvad livet ellers indebærer, understreger hun. ■ ►

De gør en forskel

Medlemmer af Diabetesforeningen har hvert år mulighed for at indstille deres yndlingsbehandler til **Behandlerprisen**. I år var der hele **49 behandlere** indstillet til prisen - vi hædrer:



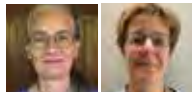
Tina Gylling, fodterapeut, endokrinologisk afdeling, Hvidovre Hospital



Kirsten Nørgaard, professor, SDCC



Kirsten Østergaard Aarup, diabetes-sygeplejerske, endokrinologisk ambulatorium 0652, Nordsjællands Hospital



Lis Stilgren og **Lone Rasmussen**, overlæge og diabetessygeplejerske, endokrinologisk ambulatorium, medicinsk afdeling, Svendborg sygehus, OUH



Susanne Lisbjerg, børmediabetessygeplejerske, SDCC



Linda Knappe, diabetessygeplejerske, klinik for diabetes og hormonsygdomme, Regionshospitalet Gødstrup



Anitta Maibrith Vejrum Thomsen, konsultationssygeplejerske, Dronninglund Lægehus



Helle Madsen, statsautoriseret fodterapeut, Klinik for fodterapi ved Helle Madsen



Anne-Marie Hertz, diabetessygeplejerske, børne-unge teamet, SDCC



Anna Pietraszek, endokrinologisk overlæge, endokrinologisk afdeling, Aalborg Universitetshospital og SDCN



Eva Elisabeth Hommel, overlæge, SDCC



Hanne Grunnet, diabetessygeplejerske, børne- og ungeambulatoriet, Kolding sygehus



Jan Carstens, overlæge PhD, nyremedicinsk afdeling, Y-ambulatoriet, OUH



Anne-Mette Veber Tønder, klinisk sygeplejespecialist, medicinsk afdeling, M/FAM, endokrinologisk ambulatorium, OUH Svendborg Sygehus,



Marianne Lundgreen, fodterapeut, endokrinologisk ambulatorium, Klinikhuset i Ringe og Svendborg sygehus,



Linda Thygesen og **Christina Bjørn**, hhv. børnesygeplejerske og overlæge, børne- og ungeafdeling, Sydvestjysk sygehus,



Julie Støy, afdelingslæge, SDCA



Jane Yndgaard, konsultationssygeplejerske, Aaruplægerne, Aarup



Jane Hoffmann og **Anne Falgren Jensen**, hhv. klinisk sygeplejespecialist og sygeplejerske, børne- og ungdomsambulatoriet, Nykøbing F. Sygehus



Jane Hoffmann, klinisk sygeplejespecialist, børne- og ungdomsambulatoriet, Nykøbing F. Sygehus



Manja Frederiksen, diabetessygeplejerske, Slagelse Sygehus, børne- og unge ambulatoriet



Merete Meldgaard Andersen, sygeplejerske, int. certificeret coach, endokrinologisk ambulatorium 0652, Nordsjællands Hospital, Hillerød



Lisbeth Jensen og **Britta Kremke**, hhv. diabetessygeplejerske og overlæge, børne- og unge klinikken, Regionshospitalet Randers



Anette Sørensen, diabetessygeplejerske, børne- og ungeambulatoriet, Kolding sygehus,

➔ diabetes.dk/forskning



Julie Bech Olesen, sygeplejerske,
H.C. Andersen Børne- og ungehospital, OUH



Dorte Vilsgaard, konsultationssygeplejerske,
Lægehuset Herlev



Kasper Ascanius Pilgaard, overlæge,
PhD, teamleder, børn og unge teamet, SDCC



Birgitte Røge Brandstrup, klinisk diætist,
Det kommunale sundhedscenter, Skanderborg



**Hanne Nielsen, Annie Ellermann og
Camilla Asmussen**, hhv. ambulatoriesygeplejersker
og overlæge, børne- og ungeambulatoriet, Holbæk sygehus



Inger Vestergaard, diabetessygeplejerske,
Aalborg Universitetshospital



Leif Hougaard Poulsen Salmonsen,
sygeplejerske, børne- og unge klinik,
Regionshospital Viborg



Henrik Rømer, praktiserende læge,
diplomeret idrætslæge, formand PLO-K Fredensborg
kommune, Fredensborg lægehus



Claus Bogh Juhl, overlæge,
klinisk professor, afdeling for nyresygdomme, diabetes
og hormonsygdomme og diætister, Sydvestjysk Sygehus



Olga Koch-Müller, praktiserende læge,
Lægerne Købmagergade, Næstved



Dorte Steinmetz Jensen og Per Porsborg,
hhv. sygeplejerske og overlæge, endokrinologisk afsnit,
medicin 1, Holbæk Sygehus



Trine Tang Christensen, uddannelsesansvarlig overlæge,
endokrinologisk afdeling, Aalborg Universitetshospital
og SDCN



Søren Gregersen og Solveig Sørensen,
hhv. overlæge, klinisk lektor, PhD og diabetessygeplejerske,
SDCA



Berit Reimers, diabetessygeplejerske,
børne- og ungeambulatorium,
Sjællands Universitetshospital, Roskilde



Elisabeth R. Mathiesen, professor og overlæge,
center for gravide med diabetes, Rigshospitalet



Claus Noringriis, praktiserende læge og praksiskonsulent,
Lægerne i Viuf, Sygehus Lillebælt i Region Syddanmark



Anne Dorella Lundgreen, diabetessygeplejerske,
SDCC



Bente Pihl Alstrup, diabetessygeplejerske,
SDCN



Signe Buch Skindbjerg, diabetessygeplejerske
diabetesteam for børn og unge,
Aalborg Universitetshospital, SDCN



Børn og unge afsnit og diabetes klinik
Regionshospitalet Gødstrup



Louise Kragelund Hansen, diabetessygeplejerske,
ambulatorium for børn og unge,
Regionshospitalet Nordjylland



Hanne Toft Andersen, sygeplejerske,
H.C. Andersen børne- og ungehospital, OUH



Diabetesteamet, diabetessygeplejersker, diætist og læger,
Regionshospitalet Randers



Lise Havbæk Troelsen, sygeplejerske,
afdeling for hormon- og stofskiftesygdomme,
Aalborg Universitetshospital


Emma Davidsen

emma.davidsen@regionh.dk
Ph.d.-studerende, Cand.Scient.San.Publ.,
Enhed for Sundhedsfremmeforskning, SDCC
& Aarhus Universitet


Helle Terkildsen Maindal

htm@ph.au.dk
Professor, MPH, ph.d., Forskningsenhed for Applied Public
Health, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet
& Enhed for Sundhedsfremmeforskning, SDCC


Karoline Kragelund Nielsen

karoline.kragelund.nielsen@regionh.dk
Seniorforsker, cand.ccient.san.publ, ph.d.,
Enhed for Sundhedsfremmeforskning, SDCC


Peter Damm

nis.peter.damm@regionh.dk
Professor, Afdeling for Graviditet, Fødsel og Barsel,
Rigshospitalet & Institut for Klinisk Medicin,
Københavns Universitet

Skyld, skam og ges

Kvinder med gestationel diabetes risikerer at opleve stigmatisering og skyld og skam i forbindelse med at få stillet diagnosen. Dette er fokus for et igangværende forskningsprojekt, der undersøger oplevet stigma blandt danske kvinder med gestationel diabetes.

Gestationel diabetes mellitus (GDM) er en form for diabetes, som opstår hos gravide, der ikke i forvejen har diabetes(1). Forekomsten er stigende(2), og i dag diagnosticeres tilstanden hos cirka 6 procent af danske gravide(3).

GDM er forbundet med en højere forekomst af komplikationer under graviditet og fødsel(4), og kvinder diagnosticeret med GDM har en øget risiko for efterfølgende at udvikle type 2-diabetes og hjerte-kar-sygdomme(5,6). Deres børn er også i øget risiko for senere at udvikle overvægt og type 2-diabetes(7,8).

STIGMA FORBUNDET MED GDM

Stigma som teoretisk begreb har sin oprindelse i sociologien. Det handler om, hvordan specifikke negative kendetegn eller stereotyper kan bidrage til en kategorisering af mennesker på en måde, der negativt adskiller dem fra andre. De negative kendetegn – eller stigmaet – overskygger således personens øvrige karakteristika i den måde, de bliver set på af andre(9).

Det er velkendt, at der kan være negative helbredsmæssige og sociale konsekvenser af stigmatiserede tilstande. Eksisterende forskning har undersøgt stigma forbundet med type 1- og type 2-diabetes(10). Blandt personer med type 1- og 2-diabetes rapporterede henholdsvis 76 procent og 52 procent, at diabetes er en stigmatiseret diagnose(11).

Inden for GDM har forskning relateret til stigma været meget begrænset.

Vi har for nyligt gennemgået eksisterende litteratur på området. Samlet set fandt vi, at GDM er en stigmatiseret diagnose(12). I alt inkluderede vi 42 studier, hvoraf størstedelen var kvalitative forskningsstudier omfattende erfaringer fra i alt 879 kvinder diagnosticeret med GDM fra 19 forskellige lande. Vi fandt ingen studier, der undersøgte prævalensen af kvinder, der oplever stigma forbundet med GDM.

I analysen af de eksisterende studier anvendte vi etableret teori om stigma(9), og det var tydeligt, at kvindernes oplevelser med GDM opfyldte kriterierne for definition af stigma.

tationel diabetes

Dette indebar blandt andet, at kvinder diagnosticeret med GDM oplevede at blive tildelt et mærkat - for eksempel som diabetiker frem for gravid - og at blive tilskrevet negative stereotyper, som for eksempel at være uærlige, inaktive, mangle viljestyrke, eller at diagnosen var selvforskyldt(12).

DISKRIMINATION SOM FØLGE AF GDM

Som konsekvens af den negative stereotypificering viste de inkluderede studier også, at nogle kvinder oplevede at blive diskriminerede som følge af deres diagnose. Studierne fandt blandt andet, at kvinderne berettede om at blive skældt ud af sundhedsprofessionelle ved vægtøgning eller forhøjede blodsukkerværdier, blive anklaget for at lyve eller talt til på en nedladende facon.

Der var også eksempler på, at kvinder diagnosticeret med GDM rapporterede diskriminerende adfærd – som for eksempel forskelsbehandling eller nedsættende kommentarer – fra deres partner og familie.

Derudover fortalte kvinderne i studierne også om at blive mødt med fordomme om GDM fra folk generelt, som for eksempel at det ikke var rigtig diabetes, at det var deres egen skyld, eller at de ville dø af det.

SELVBEBREJDELSE OG SKAM

Et andet centralt fund i litteraturstudiet var, at nogle kvinder med GDM rapporterede en stor grad af skyldfølelse, dårlig samvittighed og skam i forbindelse med deres diagnose.

Ud af de 42 inkluderede studier dokumenterede 37 studier, at kvinderne oplevede en eller anden form for skyld, skam eller dårlig samvittighed(12). Interessant nok var disse fund gældende på tværs af studier fra en række forskellige lande og kulturer. Kvinderne i studierne rapporterede, at de i høj grad følte sig ansvarlige for deres diagnose og følte, at de havde fejlet, da de blev diagnosticeret med GDM. Følelsen af at fejle blev også rapporteret i forbindelse med høje blodsukkermålinger efter diagnosticering.

Ud fra et stigma teoretisk perspektiv indikerer denne skyld og skam, at kvinderne har internaliseret det stigma, der er forbundet med GDM.

KONSEKVENSER AF STIGMA

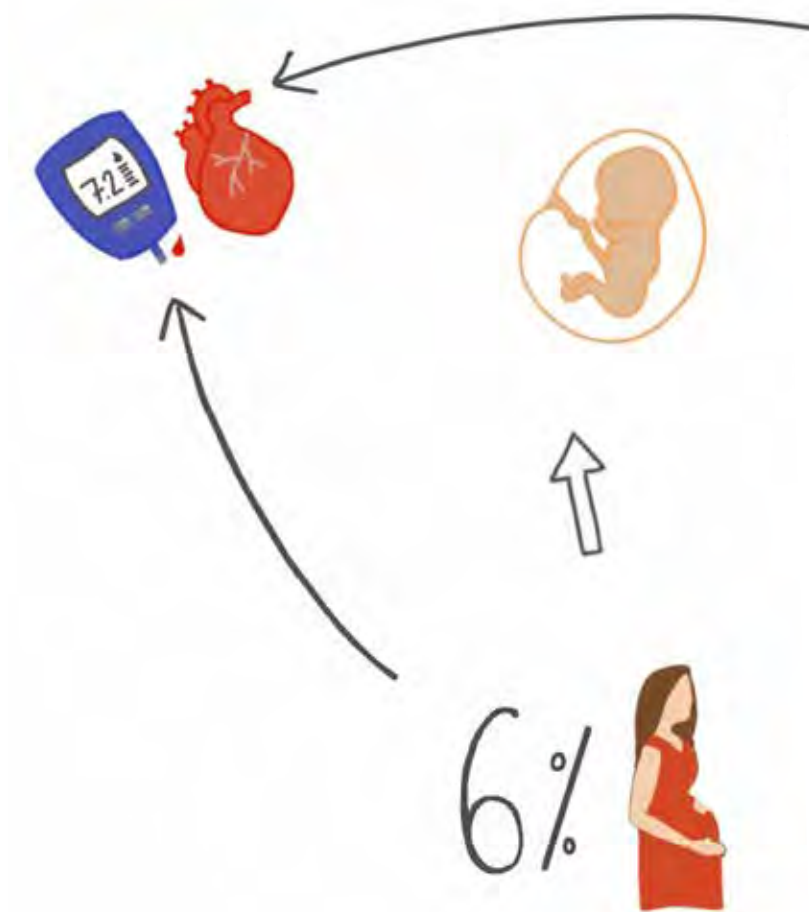
Der findes kun begrænset forskning, der undersøger konsekvenserne af at opleve eller have internaliseret stigma i forbindelse med GDM. De studier, der findes på området, indikerer at konsekvenserne i værste fald omfatter, at kvinder, der oplever stigma i forbindelse med GDM, afholder sig fra at blive screenet for GDM i fremtidige graviditeter, udvikler et forstyrret forhold til mad og motion, afholder sig fra at rapportere høje blodsukkermålinger eller oplever en negativ påvirkning af deres mentale trivsel under og efter graviditeten(12).

På trods af disse negative konsekvenser fandt de inkluderede studier dog også, at kvindernes frygt og dårlige samvittighed over for deres ufødte barn også kunne være en stor motivation for dem, når de skulle ændre mad- og motionsvaner. Disse mulige konsekvenser er baseret på kvalitative studier, og det er derfor ikke muligt at generalisere eller rapportere på prævalensen af disse. Vores fund stemmer imidlertid overens med resultater fra studier af konsekvenserne ved oplevet type 2-diabetesstigma og overvægtstigma(11,13).

STIGMA OG GDM I DANMARK

På baggrund af ovenstående fund er vi i gang med at undersøge stigma relateret til GDM – herunder både oplevet diskrimination og selvbekendelse – blandt danske kvinder diagnosticeret med GDM. Dette afdækkes i en interviewundersøgelse med kvinder, der er blevet diagnosticeret med GDM, hvor vi blandt andet undersøger deres oplevelser og refleksioner i forbindelse med at blive diagnosticeret.

Desuden undersøger vi prævalensen af selvrapporteret skyld og skam blandt kvinder med tidligere GDM i det igangværende Face-it-projekt. Undersøgelsen af stigma og GDM forventes afsluttet i efteråret 2024. Det er vores håb og forventning, at studiet vil bidrage til at forbedre forløbet for gravide med GDM. www.faceit-info.dk



Figur 1: Cirka 6 procent af fødsler i Danmark påvirkes af gestationel diabetes. Forhøjede blodsukkerværdier under en graviditet kan påvirke moderens og barnets sundhed på kort og lang sigt. Et nyt studie finder, at kvinder med gestationel diabetes kan opleve at blive stigmatiseret som følge af deres diagnose; dette værende som oplevet diskrimination eller følelser af skyld og skam. Studiet fandt også, at konsekvenserne af stigma blev rapporteret som uønsket sundhedsadfærd. Denne ændrede sundhedsadfærd risikerer også at påvirke både mor og barns sundhed på kort og lang sigt.

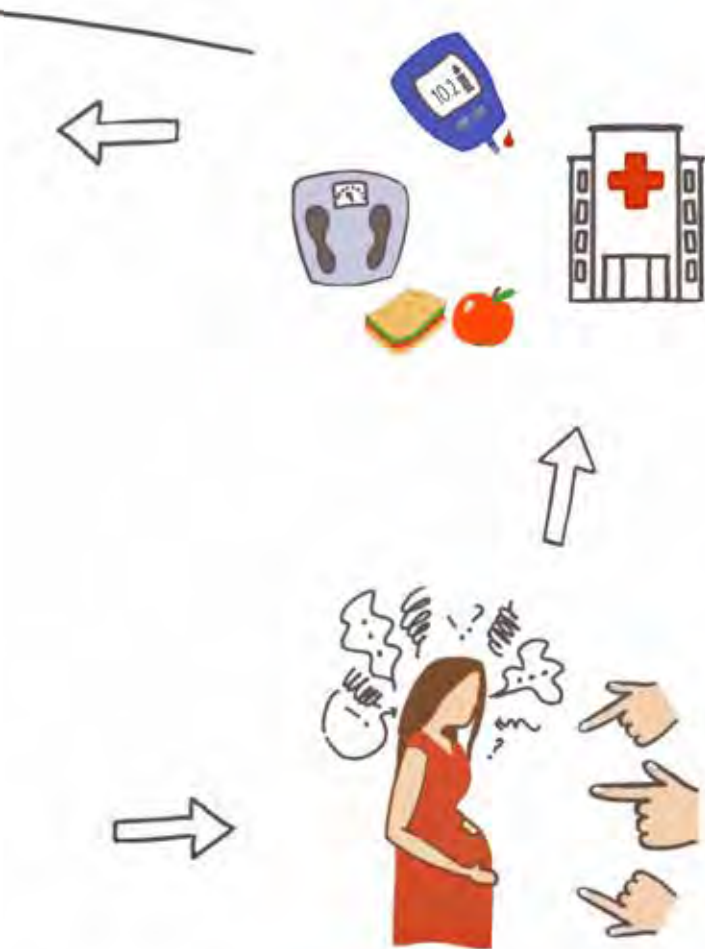
Illustration Emma Davidsen.

HVAD ER STIGMA

■ Stigma er et teoretisk begreb, der ifølge Link og Phelans definition fra 2011 består af fire sameksisterende komponenter.

- Tildeling af mærkat
- Negativ stereotypificering
- Separation mellem dem med og dem uden stigmaet
- Diskrimination som følge af stigmaet(9).

Stigmabegrebet kan anvendes til at forstå kategoriseringen af mennesker på gruppe- eller samfundsniveau og skabe indblik i, hvordan denne kategorisering påvirker de mennesker, det berører.



PERSPEKTIVERING

■ Gestational diabetes mellitus (GDM) kan være forbundet med stigma. Oplevet stigma rapporteres af nogle kvinder med GDM som diskrimination fra sundhedspersonale, familie og deres lokalmiljø og som skyld og skam hos den enkelte kvinde. Konsekvenserne af stigma er i værste fald, at kvinderne ikke føler sig trygge ved at være ærlige over for deres behandlere, føler sig ensomme under graviditeten eller undgår screening for GDM.

■ Ved at anvende et teoretisk begreb som stigma kan vi systematisk undersøge, hvad der bidrager til, at kvinder med GDM kan føle sig stigmatiserede. Det vil også skabe vigtig viden om, hvordan vi i fremtiden bedre kan hjælpe og forstå kvinder med GDM.

■ Vores fund peger på, at den måde, vi italesætter GDM og dertilhørende sundhedsadfærd og ændringer, spiller en vigtig rolle i kvindernes selvforståelse og oplevelser med sundhedsvæsenet. Vores fund er dog baseret på internationale studier, hvorfor det er vigtigt, at GDM-specifikt stigma undersøges nærmere i en dansk kontekst.

KEYWORDS

Gestational diabetes mellitus. Psykosocial sundhed. Stigma. Sundhedsfremmeforskning.

REFERENCER

1. American Diabetes Association. 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes – 2020. *Diabetes Care*. 2019 Dec 16;43(Supplement_1):S14-31.
2. Jeppesen C, Maindal HT, Kristensen JK, Ovesen PG, Witte DR: National study of the prevalence of gestational diabetes mellitus among Danish women from 2004 to 2012. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2017 Dec;45(8):811-7.
3. Medicinsk fødselsregister. Nyfødte og fødsler (1997-) [Internet]. [cited 2022 Oct 3]. Available from: <https://www.esundhed.dk/home/emner/graviditet%20foedsler%20og%20boern/nyfoedte%20og%20foedsler%201997-#tabpanel8870B21F0AD248ECB7EB2A9A69B-1B5D9>
4. HAPO Study Cooperative Research Group, Metzger BE, Lowe LP, Dyer AR, Trimble ER, Chaovarindr U, et al.: Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. *N Engl J Med*. 2008 May 8;358(19):1991-2002.
5. Kramer CK, Campbell S, Retnakaran R: Gestational diabetes and the risk of cardiovascular disease in women: a systematic review and meta-analysis. *Diabetologia*. 2019 Jun;62(6):905-14.
6. Song C, Lyu Y, Li C, Liu P, Li J, Ma RC, et al.: Long-term risk of diabetes in women at varying durations after gestational diabetes: a systematic review and meta-analysis with more than 2 million women. *Obes Rev*. 2018 Mar;19(3):421-9.
7. Grunnet LG, Hansen S, Hjort L, Madsen CM, Kampmann FB, Thuesen ACB, et al.: Adiposity, Dysmetabolic Traits, and Earlier Onset of Female Puberty in Adolescent Offspring of Women With Gestational Diabetes Mellitus: A Clinical Study Within the Danish National Birth Cohort. *Diabetes Care*. 2017;40(12):1746-55.
8. Clausen TD, Mathiesen ER, Hansen T, Pedersen O, Jensen DM, Lauenborg J, et al.: High prevalence of type 2 diabetes and prediabetes in adult offspring of women with gestational diabetes mellitus or type 1-diabetes: the role of intrauterine hyperglycemia. *Diabetes Care*. 2008 Feb;31(2):340-6.
9. Link BG, Phelan JC: Conceptualizing Stigma. *Annu Rev Sociol*. 2001 Aug 1;27(1):363-85.
10. Schabert J, Browne JL, Mosely K, Speight J: Social stigma in diabetes: a framework to understand a growing problem for an increasing epidemic. *Patient*. 2013;6(1):1-10.
11. Liu NF, Brown AS, Foliás AE, Younge MF, Guzman SJ, Close KL, et al.: Stigma in People With Type 1 or Type 2 Diabetes. *Clin Diabetes*. 2017 Jan;35(1):27-34.
12. Davidsen E, Maindal HT, Rod MH, Olesen K, Byrne M, Damm P, et al.: The stigma associated with gestational diabetes mellitus: A scoping review. *EClinicalMedicine*. (52).
13. Pearl RL: Weight Bias and Stigma: Public Health Implications and Structural Solutions. *Social Issues and Policy Review*. 2018;12(1):146-82.

ANNONCE:
OZEMPIC



Etabler en kronikerplan!

■ Diabetesforeningen har opfordret Folketinget og den næste regering til at etablere en kronikerplan med tre mål og fire løsninger til at knække den kroniske kurve og give den stille sundhedskatastrofe den modstand, den fortjener. I Diabetesforeningen ved vi, at Danmark står overfor næsten en fordobling af danskere med diabetes frem mod 2030, hvor særligt type 2-diabetes er i hastig vækst. Samtidig ved vi, at alt for mange med netop type 2-diabetes bliver tabt i systemet i dag. Antallet af mennesker med kroniske diagnoser stiger voldsomt, mens antallet af sundhedsprofessionelle bliver færre. I 2030 er vi 700.000 mennesker over 75 år. Med alderen følger de kroniske diagnoser. Alene tallene for diabetes er voldsomme: 280.000 mennesker lider i dag af diabetes – i 2030 er det steget til 467.000. Og de fagpersoner, der skal behandle dem, bliver færre: Antallet af praktiserende læger er faldet fra 3.590 i 2015 til 3.315 i 2021.

Derfor appellerer Diabetesforeningen til den næste regering: Kom ind i kampen! Knæk den kroniske kurve, og giv området klar prioritering.

Det bør vi love kronikerne

- Andelen af danskere, der udvikler kronisk sygdom, skal falde.
 - Danskere med kronisk sygdom skal leve længere og bedre.
 - Flere danskere med kronisk sygdom skal bevare tilknytningen til arbejdsmarkedet
- De tre mål skal sikre et klart sundhedspolitisk fokus på kronisk sygdom. Det

mangler i dag, og det er dyrt for os alle i kroner og øre og for den enkelte i et levet liv. Vi kommer en del af vejen mod mål blot ved at stramme op på patientens vej gennem systemet og indføre standarder, for kroniske patienter oplever i dag mangel på sammenhæng.

Men der skal også investeres. Diabetesforeningen foreslår fire konkrete politiske bud:

- Lær af kræftområdets pakkeforløb og patientrettigheder. Er du som kronisk patient trådt ind ad døren hos lægen, slipper hun dig ikke, før næste led i systemet har grebet dig. Og patientuddannelse af høj kvalitet skal være en mulighed for den enkelte.
- Opspor og find de kroniske patienter tidligt, så alvorlige følgesygdomme undgås. Det skal ske ud fra fælles nationale standarder for tidlig opsporing og diagnosticering for alle væsentlige kroniske sygdomme.
- Lever du med en kronisk sygdom, skal du have lige adgang til teknologi, der kan forbedre din behandling og dit liv. Uanset hvem du er, og hvor du bor.
- Se sundhed som en investering i stedet for en omkostning. Sæt penge af, som de nye sundhedsklynger kan få del i. Men kun hvis de forpligter sig på resultater til at nå målene om, at andelen af kronisk syge skal falde, og at kronisk syge skal have bedre liv og blivende tilknytning til arbejdsmarkedet.

➔ diabetes.dk/politik



DIABETESFORENINGEN MENER

Claus Richter,

adm. direktør, Diabetesforeningen



Se sundhed som en investering

- Det er ikke uden omkostninger at knække den kroniske kurve og afværge en sundhedskatastrofe. Men investeringer i sundhedsvæsenet giver mere end pengene igen. Og meget kan spares, hvis man indfører standarder og planer, der giver kroniske patienter en lige vej gennem sundhedssystemet. For slet ikke at tale om den enkeltes liv, der bliver bedre og længere. Så vi skal investere. Vi skal løfte kvaliteten. Og vi skal stille alle lige. Det koster, hvis den kroniske kurve skal knækkes. Men det er dyrere at lade stå til.

Pris for fremragende diabetesforskning

■ Jesper Johannesen har fået den svenske Børnediabetes Fonds Johnny Ludvigsson-pris for hans store bidrag til forståelsen for mekanismerne bag udviklingen af type 1-diabetes. Prisen hædrer de mest fremtrædende nordiske forskere inden for type 1-diabetesområdet. I Børnediabetesfondens begrundelse lyder det: Jesper Johannesen har i mere end 25 år udført både klinisk og grundvidenskabelig forskning i type 1-diabetes med fokus på afklaring af stofskifte- og hormonelle forhold hos børn og unge med diabetes. Han har et meget stort videnskabeligt output inden for både klinisk og præklinisk diabetesforskning og har været drivkraften i at organisere flere internationale forskningssamarbejder inden for diabetesområdet. Gennem denne indsats har Jesper Johannesen udvist et stort videnskabeligt engagement og har bidraget væsentligt til en øget forståelse af de underliggende mekanismer for udvikling af diabetes. ■



– Mit håb er, at vi gennem denne forskning både nu og i fremtiden kan hjælpe børn med type 1-diabetes og deres familier med at opnå et blodsukkerniveau, der er så tæt på det normale som muligt. At modtage denne pris bekræfter vigtigheden af denne udfordrende opgave, som jeg vil fortsætte med stor respekt for disse familier, siger Jesper Johannesen, diabetesforsker og overlæge i pædiatrisk endokrinologi på Herlev og Gentofte Hospitals børne- og ungeafdeling og medlem af Diabetesrådet.

ANNONCE



Filip Krag Knop,

filip.krag.knop.01@regionh.dk

Professor og overlæge på Herlev og Gentofte Hospital

Kære behandler og patient

Måske taler I forbi hinanden

Ny undersøgelse viser, at behandlere og patienter ofte taler forbi hinanden, når der skal kommunikeres behandlingsmål. Det er et problem. Bevidsthed om behandlingsmål kan nemlig være afgørende for at opnå god kontrol med sin diabetes.

I en ny undersøgelse blandt 217 behandlere svarer 90 procent af dem, at de 'ofte' eller 'altid' taler med deres patienter med type 2-diabetes om behandlingsmål. Det tal er rigtig pænt, men når vi omvendt spørger patienterne, er det blot 59 procent, der mener, at de har talt med deres behandler om behandlingsmål for de fire diabetestest langtidssukker, vægt, blodtryk og kolesterol.

Det viste undersøgelsen 'Kend dine tal', som Diabetesforeningen gennemførte i 2019, hvor de fik svar fra næsten 2.000 personer med type 2-diabetes.

Når vi sammenligner de to undersøgelser, er der en klar diskrepans i opfattelsen af type 2-diabetes og behandlingsmål blandt behandlere og patienter.

Det kalder på et behov for at styrke dialogen. For når mennesker med diabetes opnår bedre indsigt i deres behandlingsmål – og et godt samarbejde med behandleren om at opnå dem, kan det være et rigtig godt grundlag for at opnå bedre kontrol med deres diabetes.

TYPE 2-DIABETES ER EN ALVORLIG SYGDOM

En anden vigtig læring fra undersøgelsen er, at læger og patienter ser vidt forskelligt på spørgsmålet om, hvorvidt diabetes er en alvorlig sygdom.

I undersøgelsen blandt behandlere svarede 85 procent, at de anser type 2-diabetes som en 'alvorlig' eller 'meget alvorlig' sygdom. Blandt patienterne var det tal blot 56 procent.

Jeg tror, at grunden til, at mange patienter ikke anser type 2-diabetes som en alvorlig sygdom, skal findes i, at type 2-diabetes i vid udstrækning – specielt omkring diagnosetidspunktet – er en asymptomatisk sygdom. I de tidlige stadier kan man ikke mærke, at man har forhøjet blodsukker, begyndende kolesterolafløjninger i blodkarrene eller for højt blodtryk.

Det gør, at man som person med type 2-diabetes ikke rigtig erkender farligheden. Så der er det meget vigtigt, at patienterne bliver informeret grundigt om, at type 2-diabetes er en alvorlig sygdom, hvad angår risiko for både de mikrovaskulære komplikationer, men måske specielt de makrovaskulære komplikationer som apopleksi, iskæmisk hjertesygdom og perifer arteriosklerose samt for tidlig død på grund af hjerte-kar-sygdom.

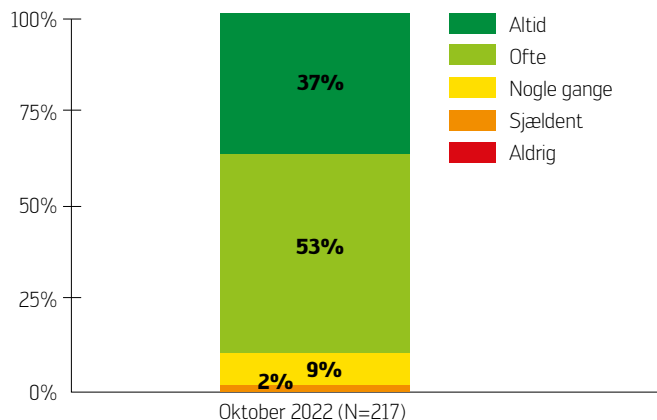
UNDER HALVDELEN AF PATIENTERNE OPNÅR BEHANDLINGSMÅL

Undersøgelsen blandt behandlerne viser, at lægerne godt er klar over, at mange af deres patienter med type 2-diabetes ikke kender deres behandlingsmål. Behandlerne vurderer, at det er omkring halvdelen af patienterne, 49 procent, der kender deres behandlingsmål.

Derfor er det måske heller ikke så underligt, at blot 46 procent af lægerne mener, at deres patienter opnår deres behandlingsmål for alle fire diabetestest – langtidssukker, vægt, blodtryk og kolesterol.

Grafik 1

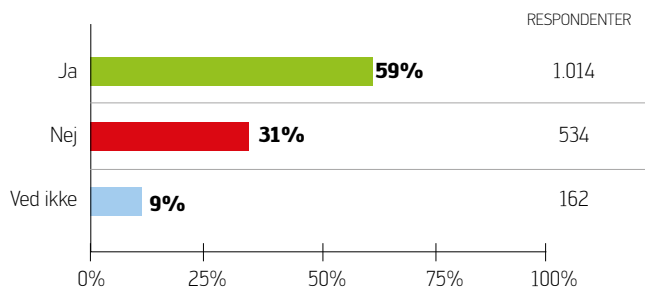
Behandlere som taler med patienter om behandlingsmål for type 2-diabetes



Grafik 2

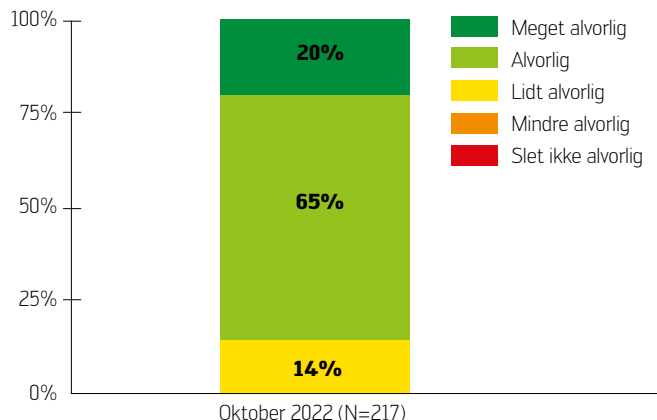
Patienter som har talt med deres behandler om behandlingsmål for type 2-diabetes (undersøgelsen Kend dine tal, 2019)

Har din behandler talt med dig om behandlingsmål i forhold til din diabetes?



Grafik 3

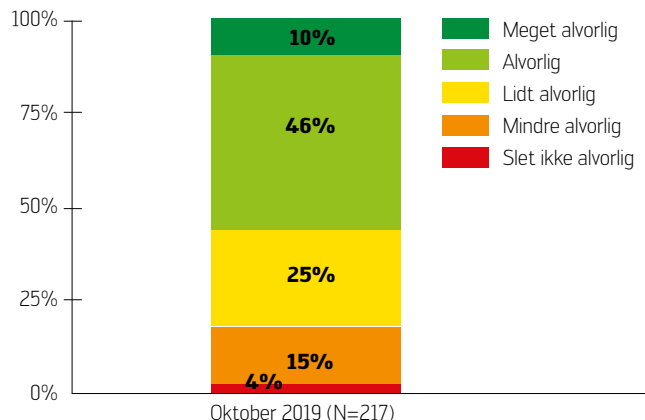
Behandlernes syn på alvorligheden af type 2-diabetes



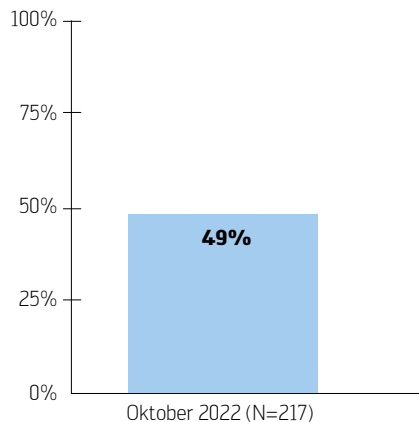
Grafik 4

Patienternes syn på alvorligheden af type 2-diabetes (undersøgelsen Kend dine tal, 2019)

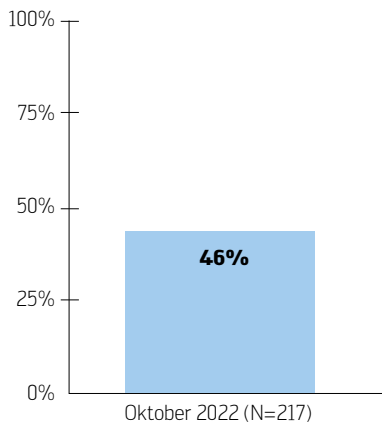
I følge dig, hvor alvorlig en sygdom er type 2-diabetes?



Grafik 5 Behandlernes vurdering af andelen af patienter med type 2-diabetes, der kender deres behandlingsmål for både HbA1c, vægt, LDL-kolesterol og blodtryk.



Grafik 6 Behandlernes vurdering af andelen af patienter med type 2-diabetes, der opnår deres behandlingsmål for både HbA1c, vægt, LDL-kolesterol og blodtryk.



FORLØBSPLANER OG BALANCEKORT

Almen praksis skal i forbindelse med årskontrollen tilbyde en digital forløbsplan til patienter med type 2-diabetes. Forløbsplanen er et elektronisk værktøj, der sikrer, at patienten får overblik og viden om behandling og forløb af sin sygdom, og den giver det bedste grundlag for egenomsorg. Der er også mulighed for at printe forløbsplanen ud til patienten, og patienten har ligeledes adgang til sin egen forløbsplan via MitID på forlobsplan.dk

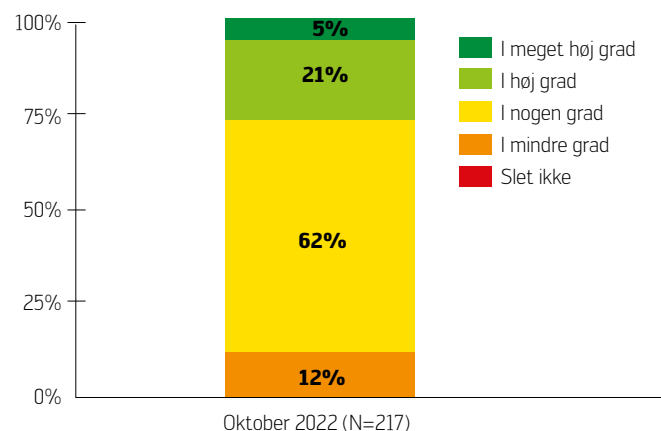


Som behandler giver forløbsplanen også dig et godt overblik over dine type 2 patienter, deres tal og deres behandling. Diabetesforeningen har også udviklet et balancekort til de patienter, der foretrækker at få tallene med hjem på den måde.

➔ netbutik.diabetes.dk/balancekort

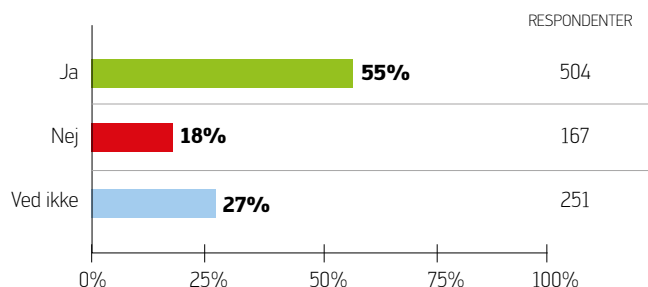
Grafik 7

Behandlernes vurdering af andelen af patienter, der motiveres af at få behandlingsmål for type 2-diabetes

**Grafik 8**

Patienter som mener, at de bliver motiveret af at få behandlingsmål for deres type 2-diabetes (undersøgelsen Kend dine tal, 2019)

Opfattede du det som motiverende, at din læge satte (et) behandlingsmål for din diabetes?



Resultatet kan være et udtryk for, at de praktiserende læger i virkeligheden har en ret god indsigt i, at type 2-diabetes ikke er en helt simpel sygdom at behandle. Især ikke, hvis man har sat sig for, at alle behandlingsmål skal være opnået.

Type 2-diabetes er nemlig en meget forskelligartet sygdom forstøet på den måde, at der kan være stor forskel på, hvor kompliceret sygdommen er at behandle hos den enkelte patient. En patient med tidlig type 2-diabetes er eksempelvis oftere nemmere at behandle sammenlignet med en, der har haft sygdommen i mange år og har flere komplikationer til type 2-diabetes, der kan gøre det sværere at opnå behandlingsmålene.

I min optik er det helt afgørende, at behandleren opstiller og taler om behandlingsmål med hver enkelt patient med udgangspunkt i deres unikke sygdomssituation, så vi kan få løftet antallet af patienter, der opnår deres behandlingsmål.

MENNESKER MED DIABETES BLIVER MOTIVERET AF BEHANDLINGSMÅL

Når vi sammenholder de to undersøgelser, er der noget, der kan tyde på, at behandlerne enten ikke får kommunikeret behandlingsmål – eller at patienten måske ikke er tilstrækkeligt lydhør overfor, at der er noget, som hedder behandlingsmål, som de også selv skal bidrage til at nå.

Det er især interessant, at der i undersøgelsen blandt behandlere kun er en fjerdedel, der mener, at patienterne bliver motiveret af at få behandlingsmål. Hvorimod det faktisk er størstedelen, 55 procent, der i undersøgelsen blandt patienter svarer, at de bliver motiveret af at få sat behandlingsmål.

Denne opfattelse blandt behandlerne kan muligvis medføre, at

de ikke får kommunikeret behandlingsmålene tydeligt nok til patienterne med baggrund i en fejlagtig antagelse af, at patienterne ikke bliver motiveret af at få oplyst deres behandlingsmål. Det er ærgerligt, for kigger vi på tallene, er der et potentiale for en god samtale.

Behandleren bør sætte sig for at dele behandlingsmål med hver enkelt patient. Behandlingsmålene skal være en del af den standardinformation, man giver til patienten. På samme måde som man giver information om eksempelvis bivirkninger ved ny medicin, forsigtighedsregler med videre. Det skal på den måde blive en helt rutinemæssig del af opfølgningen og behandlingen af type 2-diabetes, således, at behandler og patient i samspil øger sandsynligheden for at indfri målene.

UDGANGSPUNKT I ALVORLIGHED KAN STYRKE DIALOGEN

Når jeg taler med praktiserende læger, som jeg gør en hel del – blandt andet gennem undervisning, så kan jeg nogle gange godt få

5 GODE RÅD TIL AT STYRKE DIALOGEN

- Lyt til patienten.
- Få kommunikeret alvorligheden af type 2-diabetes og brug det som udgangspunkt for dialogen om, at alvorligheden kan reduceres markant, hvis visse behandlingsmål opnås.
- Få kommunikeret behandlingsmålene klart og tydeligt for langtidsblodsukker, vægt, blodtryk og kolesterol.
- Få bundet mening op på behandlingsmålene.
- Lav klare aftaler med patienten om behandlingsmål, hvordan de opnås – og følge op løbende.

Kilde: Filip Krag Knop.



BALANCEKORT

Bestil balancekortet eller download det gratis:

➔ netbutik.diabetes.dk/balancekort

- en fornemmelse af, at der er nogle praktiserende læger, der synes, at det her med at omtale type 2-diabetes som en alvorlig sygdom, kan være lidt som at slå patienterne oven i hovedet. Forstået på den måde, at det kan skræmme patienterne væk – eller det kan gøre det svært for patienterne at indgå i et fornuftigt forhold til behandleren.

Jeg mener dog, at patienterne har krav på at være grundigt informerede om, hvad det er for en tilstand, de har, og alvorligheden af den. I mit ambulatorium skræmmer det ikke patienterne væk – tværtimod.

Vi bør bruge alvorligheden af type 2-diabetes som udgangspunkt for en snak om behandlingen af tilstanden – og få understreget overfor patienten, at hvis vi sætter de her behandlingsmål, og hvis vi lægger en plan sammen, så kan vi sammen opnå målene og faktisk gøre sygdommen langt mindre alvorlig end ellers.

BALANCEKORTET KAN VÆRE ET GODT REDSKAB

Hvis vi skal gøre noget ved udfordringen i dialogen mellem læge og patient, så tror jeg, at vi har behov for nogle simple kommunikationsstrategier.

Vi skal få bundet noget mening op på behandlingsmålene. Det kan vi gøre ved at kommunikere fordelene ved at opnå behandlingsmålene til mennesker med diabetes på en måde, hvor vi gør det simpelt og dermed mindre abstrakt for dem. Det handler i høj grad om at gøre patienterne nysgerrige på deres sygdom og behandlingsmål. Når de er nysgerrige, opnår de også større sygdomsindsigt.

Det gør patienterne i stand til bedre at bidrage aktivt i behandlingen og opnå behandlingsmålene. Dialogredskaber kan være et redskab til at understøtte dialogen. Vi har allerede Balancekortet, som er udviklet af Diabetesforeningen. Hensigten med kortet er at få alle fire behandlingsmål på bordet i dialogen mellem læge og patient. Og at få klarlagt målene så både behandler og patient kan samarbejde om at nå dem.

En bredere anvendelse af Balancekortet kan være en vej frem. Det kan tilmed være, at vi skal begynde at kigge på at videreudvikle Balancekortet – eller måske kigge på helt nye dialogstøtteværktøjer. ■

UDVALGTE RESULTATER FRA DE TO UNDERSØGELSER

■ 85 procent af behandlerne anser type 2-diabetes som en 'alvorlig' eller 'meget alvorlig' sygdom. Blandt patienterne var det blot 56 procent, der anså type 2-diabetes som 'alvorlig' eller 'meget alvorlig'.

■ 90 procent af behandlerne mener, at de ofte eller altid taler med deres patienter om behandlingsmål. Dog mente blot 59 procent af patienterne, at de havde talt med deres behandler om behandlingsmål.

■ Blot 26 procent af behandlerne mener, at patienterne i 'høj' eller 'meget høj' grad bliver motiverede af at få behandlingsmål. Blandt patienter med type 2-diabetes mente 55 procent, at de bliver motiverede af behandlingsmål.

■ 82 procent af behandlerne vurderer, at de har givet patienterne mål for deres HbA1c. Blot 40 procent af patienterne kender deres mål for HbA1c.

■ 82 procent af behandlerne vurderer, at de har givet patienterne mål for deres LDL-kolesterol. Blot 31 procent af patienterne kender deres mål for LDL-kolesterol.

■ 45 procent af behandlerne vurderer, at de har givet patienterne mål for deres vægt. Blot 17 procent af patienterne kender deres mål for vægt.

■ 91 procent af behandlerne vurderer, at de har givet patienterne mål for deres blodtryk. 75 procent af patienterne kender deres mål for blodtryk.

■ Behandlerne vurderer, at det er 45 procent af patienterne, der opnår deres behandlingsmål for både HbA1c, LDL-kolesterol, vægt og blodtryk.

OM UNDERSØGELSEN

Undersøgelsen er foretaget blandt 217 behandlere i perioden september-oktober 2022.

■ Den har haft til formål at afdække, hvordan læger, der behandler patienter med type 2-diabetes, taler med deres patienter om deres behandlingsmål, om deres patienter opnår behandlingsmålene, og hvordan lægerne opfatter type 2-diabetes generelt.

■ Et sekundært formål med undersøgelsen har været at spejle patientundersøgelsen 'Kend dine tal' for at afdække, om der er forskellige opfattelser af dialogen om behandlingsmål ud fra henholdsvis et patient- og behandlerperspektiv.

■ Undersøgelsen er udarbejdet for Novo Nordisk af analysebureauet Nordimed. Den er blevet valideret af professor og overlæge Filip Krag Knop, og Diabetesforeningen er kommet med input til spørgerammen.

Kilde til Kend dine tal, Diabetesforeningen. Behandling af type 2-diabetes (2019).

diabetes.dk/undersogelser



Emilie Mølholm Kjærulff

Ph.d.-studerende, antropolog, specialiseret i medicinsk antropologi
 emilie.moelholm.kjaerulff@regionh.dk
 Steno Diabetes Center Copenhagen, afdeling for Uddannelse
 Institut for Folkesundhedsvidenskab, afdeling for Sundhedstjenesteforskning, Københavns Universitet

SOCIALE MEDIER

En parallelverden uden plads i konsultationsrummet?

Personer med kroniske sygdomme som diabetes har selv ansvaret for deres daglige behandling. Behovet for information og støtte kan derfor opstå døgnet rundt. Mens konsultationer med sundhedsprofessionelle behandlere som regel blot finder sted et par gange om året, er andre personer med diabetes altid til rådighed via sociale medier – og de kan ofte relatere til hverdagens problemstillinger og komme med råd.

Begrebet sociale medier dækker over internetbaserede platforme såsom Facebook, Instagram, YouTube, Twitter eller LinkedIn, hvor man kan dele information, billeder og videoer. I skrivende stund er de sociale medier estimeret til at have 4,6 milliarder brugere på verdensplan(1), og i 2020 havde 90 procent af den danske befolkning fra 12 år og derover mindst én profil på de sociale medier(2). Tallene repræsenterer en stor, digital samfundsudvikling.

Spørgsmål om informationers troværdighed er højaktuelle i vores digitale tidsalder. Debatten om sociale medier har i de seneste år båret præg af begreber som misinformation og fake news, der blandt andet har rettet vigtig kritik mod misvisende og farlige sundhedsråd, der flourer online(6,7). Omvendt maler disse begreber også et dystert billede, der kan overskygge, at sociale medier også rummer saglig information, der hjælper folk med at håndtere deres kroniske sygdom(8).

VIDENSLEGIMITET OG AUTORITET

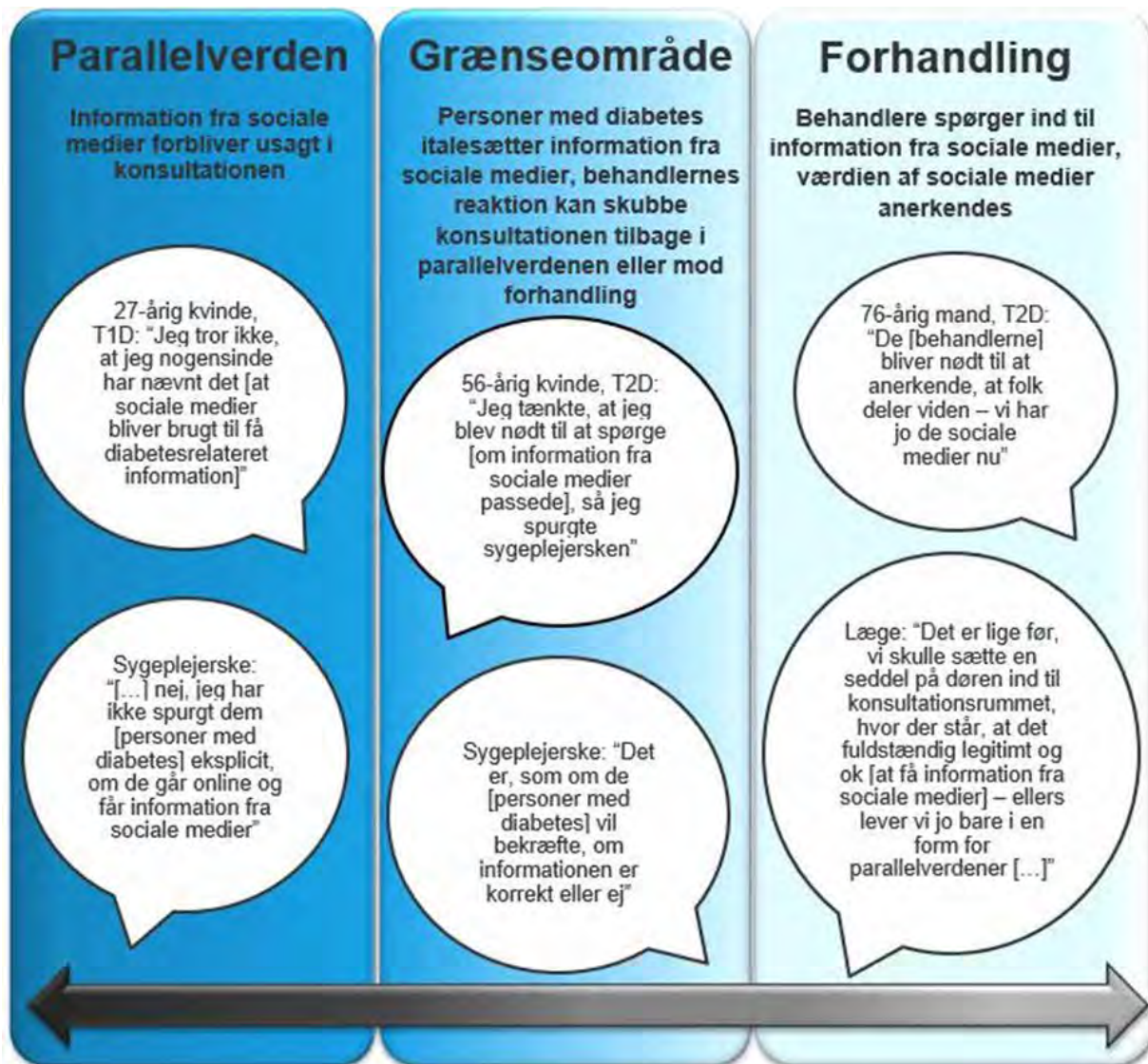
På sociale medier findes mange grupper og netværk, hvor folk ud-

veksler information om kroniske sygdomme herunder type 1- og type 2-diabetes(3-5).

I danske facebookgrupper, der kan tælle op til 8.000 medlemmer, handler interaktionerne om spørgsmål, der relaterer sig til livet med diabetes: Hvilken insulinpumpe skal jeg vælge, hvordan håndterer jeg blodsukkeret under løbeturen, er det normalt at få mavesmerter af Metformin, hvordan får jeg bevilget en kontinuerlig blodsuktermåler, og hvad er jeres erfaringer med low carb-diæt?

Mit ph.d.-projekt handler om, hvordan personer med type 1- og type 2-diabetes bruger sociale medier til at udveksle sygdomsrelateret information, og hvad dette betyder for relationen og mødet med de sundhedsprofessionelle behandlere. Jeg har særligt fokus på spørgsmål om videnslegimitet og autoritet. Et af projektets studier bygger på interviews med behandlere og personer med diabetes, hvor jeg blandt andet har undersøgt, hvordan information fra sociale medier bliver diskuteret i ambulante konsultationer.

Resultaterne viser tre måder, hvorpå information fra sociale medier (ikke) bliver diskuteret i konsultationen. Disse resultater kan placeres i et kontinuum, der rangerer fra 'parallelverden' til 'for-



Figur 1. Studiets resultater placeret i et kontinuum over måder, hvorpå behandlere og personer med diabetes (ikke) diskuterer informationer fra sociale medier i konsultationer.

handling' med et 'grænseområde' i midten, der forbinder de to yderpunkter (se figur 1).

EN PARALLELVERDEN UDEN PLADS

De fleste af de interviewede personer med diabetes fortæller ikke behandlerne, at de får information via sociale medier, og størstedelen af behandlerne spørger heller ikke ind til det. Informationen forbliver på den måde ofte usagt i konsultationer – og i metaforisk forstand bliver de sociale medier en parallelverden uden plads i konsultationsrummet.

Personer med diabetes fortæller ellers i interviewene, at de får informationer, der påvirker måden, de håndterer deres diabetes i hverdagslivet og de beslutninger, de træffer i forhold til behandling. De beskriver forskellige årsager til, at de ikke nævner sociale medier i konsultationen:

- De synes ikke, det har virket relevant at nævne

- Behandlerne spørger ikke ind til informationskilden
- De fleste tvivler på, at behandlerne forstår værdien af de sociale medier.

Behandlerne forklarer, at de ikke har tænkt over at spørge ind til sociale medier, glemmer det eller ikke har tid. Nogle tvivler også på, at patienterne får information via disse kilder.

SKEPSIS, AMBIVALENS OG PROFESSIONEL OMSORG

Knap halvdelen af de interviewede personer med diabetes har direkte nævnt sociale medier i konsultationer – de har dermed initieret samtalen og skubbet konsultationen ind i 'grænseområdet' (se figur 1). Samtalen har ofte drejet sig om informationens troværdighed. Nogle behandlere har hjulpet med at afklare spørgsmålet, andre har reageret med skepsis, ligegyldighed eller afvisende sagt, at 'man ikke skal tro på alt, man læser på nettet'.

Behandlernes reaktion kan på den måde både skubbe sociale

medier tilbage i parallelverdenen, men også åbne for forhandling, hvis informationen bliver mødt med nysgerrighed.

Selvom de fleste behandlere ikke har spurgt ind til sociale medier, kan flertallet berette om episoder, hvor patienter har præsenteret information fra sociale medier. Fra behandlernes perspektiv kan det vække ambivalens. Mange behandlere er nemlig bekymrede for, hvilke råd der flourer online, og de udtrykker tvivl om, hvorvidt det er professionelt ansvarligt at understøtte patienters brug af sociale medier. Den ambivalens kan ses som et udtryk for professionel omsorg. Ikke desto mindre er folk med diabetes alene om at bringe sociale medier op, når behandlere har forbehold i forhold til at spørge ind til emnet.

ANERKENDELSE OG FORHANDLING

Få af de interviewede personer med diabetes oplever, at deres behandlere er åbne for sociale medier. De beskriver, hvordan behandlere bliver inddraget som sparringspartnere i forhold til spørgsmål, idéer og beslutninger, der udspringer fra deres online færden. Parterne får således mulighed for at udveksle perspektiver.

Blandt behandlere rapporterer et fåtal, at de ofte taler om information fra sociale medier i konsultationer, og de understreger vigtigheden i at spørge ind til det for at gøre det til et legitimt emne. De opfordrer også patienter til at søge information i relevante facebookgrupper, fordi de kan se, at mange har gavn af det. Med denne opfordring siger behandlere desuden, at de gerne vil inddrages i den information, personer med diabetes får online. Forhandlingen ligger således i behandlernes åbenhed og i diskussionen af selve informationen, men ikke mindst i anerkendelsen af, at de sociale medier er relevante og værdifulde for livet med diabetes og dermed også for konsultationen. ■

KEYWORDS

Sociale medier. Diabetes. Behandler-patient relation. Autoritet. Videnslegitimitet. Sundhedspædagogik. Kommunikation.

REFERENCER

1. Statista. 2022. Accessed June 24, 2022. <https://www.statista.com/statistics/617136/digital-population-worldwide/>
2. Slots- og Kulturstyrelsen. Mediernes udvikling i Danmark – Internetbrug og enheder 2020. Published online 2020:31.
3. Elnaggar A, Park VT, Lee SJ, Bender M, Siegmund LA, Park LG: Patients' use of social media for diabetes self-care: Systematic review. *J Med Internet Res*. 2020;22(4). doi:10.2196/14209
4. Litchman ML, Walker HR, Ng AH, et al.: State of the Science: A Scoping Review and Gap Analysis of Diabetes Online Communities. *J Diabetes Sci Technol*. 2019;13(3):466-492. doi:10.1177/1932296819831042
5. Stellefson M, Chaney B, Barry AE, et al.: Web 2.0 chronic disease

STUDIETS DESIGN OG METODE

- Semistrukturerede interviews med 19 læger, sygeplejersker og diætister og 25 personer med type 1- eller type 2-diabetes, som er tilknyttet diabetesambulatorier i hovedstadsområdet.
- Interviewdata kodet induktivt i softwareprogrammet NVivo.
- Konceptualisering af resultater fra datakodning ud fra et teoretisk og analytisk fokus på autoritet og forhandling.

CENTRALE FUND

- De fleste interviewede personer med diabetes fortæller ikke behandlere, at de får information via sociale medier, og de fleste interviewede behandlere spørger ikke ind til det.
- Personer med diabetes, der direkte har nævnt sociale medier i konsultationer, beskriver, hvordan behandlernes reaktioner kan virke afvisende eller befordrende for dialogen. At blive konfronteret med information fra sociale medier kan fra behandlernes perspektiv vække ambivalens.
- Få af de interviewede personer med diabetes oplever, at behandlere er åbne for sociale medier. Blandt behandlere rapporterer et fåtal, at de ofte taler om information fra sociale medier i konsultationer, og de understreger vigtigheden i at spørge ind til det for at gøre det til et legitimt emne.

IMPLIKATIONER FOR PRAKSIS

Sociale medier kommer næppe til at fylde mindre i fremtiden, og personer med kroniske sygdomme vil i stigende grad være digitalt indfødte. Det er derfor vigtigt, at behandlere er professionelt klædt på til dialogen om information fra sociale medier.

I konsultationer kan du som behandler:

- Reflektere over, hvordan du møder patienter, der præsenterer information fra sociale medier.
- Spørge direkte og nysgerrigt ind til brugen af sociale medier.
- Fortælle, at du anerkender, at sociale medier tilbyder værdifuld støtte og information.
- Tilbyde dit faglige perspektiv.

- self-management for older adults: A systematic review. *Diabetes Technol Ther*. 2015;17:S57-S58. doi:10.1089/dia.2015.1507
6. Patrick M, Venkatesh RD, Stukus DR: Social media and its impact on health care. *Ann Allergy, Asthma Immunol*. 2022;128(2):139-145. doi:10.1016/j.anai.2021.09.014
 7. Tsao SF, Chen H, Tisseverasinghe T, Yang Y, Li L, Butt ZA: What social media told us in the time of COVID-19: a scoping review. *Lancet Digit Heal*. 2021;3(3):e175-e194. doi:10.1016/S2589-7500(20)30315-0
 8. Kingod N: The tinkering m-patient: Co-constructing knowledge on how to live with type 1 diabetes through Facebook searching and sharing and offline tinkering with self-care. *Heal (United Kingdom)*. 2020;24(2):152-168. doi:10.1177/1363459318800140



Haneen Al-Mersal

haneenalmersal2@gmail.com

Studentermødjhjælper, Steno Diabetes Center Sjælland

Sundhedsvæsenets opbygning kan skabe en barriere for behandlingsforløb

Kan et tværprofessionelt samarbejde trives i et specialiseret og opdelt sundhedsvæsen?

I det danske sundhedsvæsen bliver patienter med diabetes og psykisk sygdom både tilset i et diabetesambulatorium og i psykiatrien, hvilket kan skabe et opdelt behandlingsforløb for patienterne. For at tilbyde denne patientgruppe et sammenhængende behandlingsforløb har Steno Diabetes Center Sjælland etableret Fusionsklinikken, som er bemandet af et tværprofessionelt team, der sammen har fokus på det somatiske og det psykiske. På trods af de mange muligheder Fusionsklinikken bringer med sig, rejser jeg i artiklen spørgsmålet: Kan et tværprofessionelt samarbejde trives i et specialiseret og opdelt sundhedsvæsen?

Sundhedsvæsenets organisatoriske opbygning spiller en væsentlig rolle i patienternes mulighed for at modtage den rette behandling. Med et sundhedsvæsen som opdeler sundhed i en somatisk og en psykisk del, skabes fragmenterede behandlingsforløb for patienterne, da de sundhedsprofessionelle bliver oplært i én sygdomsproblematisering ad gangen(5).

På trods af flere specialister og et fokus på kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet, viser en rapport fra Sundhedsstyrelsen, at sundhedsvæsenet udgør en determinant for social ulighed i sundhed(2). Jeg har derfor fundet det relevant at undersøge, hvilken betydning sundhedsvæsenets organisatoriske opbygning har for Fusionsklinikken tværprofessionelle samarbejde, og hvilke udfordringer personalet møder i praksis. Jeg inddrager mine fund fra bachelorprojektet og bidrager med mulige løsningsforslag i håb om at resultaterne kan tages videre.

SEKTORIELLE OG TVÆRSEKTORIELLE UDFORDRINGER

Fusionsklinikken er bemandet af forskellige professioner og specialer herunder psykiatriske og endokrinologiske sygeplejersker med mere, der i samarbejde med samarbejdspartnere i den primære og sekun-

dære sundhedssektor skal behandle patienternes diabetes og psykiatriske diagnose. Ved brug af deltagerobservationer og kvalitative enkeltmands- og fokusgruppeinterview har jeg i min undersøgelse kunnet se gentagende udfordringer vedrørende det sektorielle og tværsektorielle samarbejde. De opstår både i før- og opfølgingsarbejdet for patienterne og bunder blandt andet i et behov for bedre integrering af Fusionsklinikken i sundhedsvæsenet og bedre involvering af samarbejdspartnere.

MÅL OG RATIONALER

Nogle af Fusionsklinikken patienter er tilknyttet psykiatriske bosteder og kommuner, som sammen med Fusionsklinikken skal behandle patienterne. Udfordringen i praksis opstår konkret, når behandlingsplanen bliver lagt for patienten eller i opfølgingsarbejdet når en af samarbejdspartnere, som for eksempel et bosted, skal overtage behandlingsarbejdet. Fusionsklinikken personale har den rette viden til både at behandle patienternes diabetes og psykiatriske diagnose. Samarbejdspartnere som for eksempel et psykiatrisk bosted kun trænet til at tage hånd om patientens psykiatriske diagnose.

Dette sammenstød mellem mål og rationaler ses også i arbejdet med sengeafsnitene på sygehuset, som i bund og grund er opdelt, og som er underlagt andre vilkår, regler og rammer end personalet i Fusionsklinikken. Andre faktorer, som bidrager negativt til disse samarbejdsudfordringer, er samarbejdspartnernes vilje og motivation til at indgå i sådan et samarbejde og tænke anderledes, end de hidtil har gjort(1). Dog er det vigtigt at understrege, at alle andre end Fusionsklinikken fortsat arbejder ud fra et opdelt sundhedsvæsen og dermed videnskabsmæssigt ikke er indrettet til at kunne understøtte Fusionsklinikken patienters sammenhængende forløb.

Hvordan kan et tværprofessionelt samarbejde integreres bedre i sundhedsvæsenet?

På baggrund af fundene i undersøgelsen fremstår det, at en mulig løsning på de tværsektorielle og sektorielle udfordringer er en aktiv integrering af Fusionsklinikken i sundhedsvæsenet.

Dette løsningsforslag er inspireret af Kurt Lewins klassiske forandringsmodel inden for feltet organisationsteori. Med denne model som udgangspunkt anskuer man hele sundhedsvæsenet som en samlet organisation med diverse organer, som hver har deres funktion i det daglige arbejde. I en organisation kan forandring forekomme, og det betyder, at organisationens medlemmer skal tilpasse sig de nye forandringer, herunder nye krav de bliver påduttet, og som de skal acceptere, før forandringen kan blive en flydende del af organisationen (4).

For samarbejdspartnere er forandringen selve Fusionsklinikken, da deres behandling er fusioneret, mens resten af sundhedsvæsenet fortsat arbejder opdelt. I relation til dette er det væsentligt at overveje, hvorvidt eller i hvilken grad samarbejdspartnerne har været eller er involveret i udformningen af forandringen?

Med udgangspunkt i forandringsmodellen er det vigtigt, at Fusionsklinikken i samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen udvikler en fælles vision, som kan øge samarbejdspartnerne accept af forandringen.

Begreberne involvering og samskabelse er også relevante at medtænke i løsningsforslaget, da disse kan give parterne mulighed for præge processens udvikling på forskellige niveauer. I praksis kan en fælles vision udformes i en fælles handleplan, hvor alle berørte parter i organisationen er enige om samme forståelsesramme, opgavefordeling med mere. Yderligere vil accepten og viljen til at samarbejde øges

PERSPEKTIVERING

Centrale fund

Sundhedsvæsenets opdeling af somatik og psykiatri skaber udfordringer for:

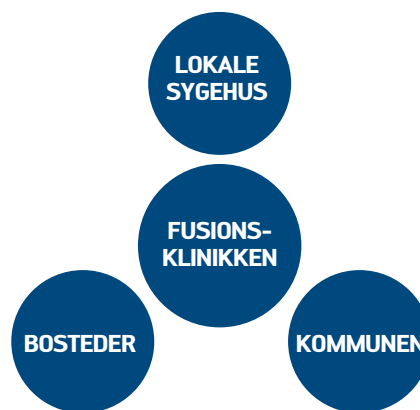
- Nye behandlingsformer
- Bedre og mere sammenhængende behandlingsforløb
- Det sektorielle og tværsektorielle samarbejde.

Hvordan bidrager disse til det, vi ved i forvejen?

Udformningen af nye behandlingsformer kan ikke kun realiseres gennem den enkelte kliniks ambitioner. For at kunne skabe nye forandringer i måden, man behandler denne patientgruppe, er det væsentligt at medtænke, hvordan sundhedsvæsenet er opbygget.

Hvad kan der med fordel ændres i praksis for at få gavn af disse forskningsresultater?

- Nytænkning af sundhedsvæsenets organisatoriske opbygning
- Styrkelse af de sundhedsprofessionelles handlekompetencer
- Bedre involvering, således de sundhedsprofessionelle har indflydelse på forandringerne.



Figur 1. Eksempler på samarbejdspartnere

ved at have et fokus på at udvikle alle berørte parter handlekompetencer (4).

Ifølge andet faglitteratur er det ledelsen, som er med til at udforme organisationens målsætninger og de rammer, den enkelte skal arbejde under, og dermed kan ledelsen bidrage til at skabe et samarbejdsvilligt arbejdsmiljø (1,3).

Disse aspekter, mener jeg, er essentielle at overveje, da Fusionsklinikken personale på nuværende tidspunkt kan opleve 'sammenstød' med de forskellige samarbejdspartnere. For at kunne løse disse udfordringer er det vigtigt at medtænke kontekstens betydning. Her er konteksten det sundhedsvæsen, som er opbygget til at opdele somatik og psykiatri og dermed kan anskues som en barriere for nye behandlingsformer, som ikke stemmer overens med den allerede eksisterende struktur i sundhedsvæsenet.

Fusionsklinikken personale skaber en markant forskel ved at søge at nedbryde denne opdeling, men samtidig er Fusionsklinikken afhængige af og indlejret i en struktur, der reproducerer den ovennævnte opdeling af somatik og psykiatri.

Artiklen er skrevet på baggrund af forfatterens bachelorprojekt med vejledning fra Iben Charlotte Aamann, forsker i Region Sjællands enhed Det Nære Sundhedsvæsen. ■

KEYWORDS

Opdelt sundhedsvæsen. Diabetes. Psykiatrien. Samskabelse. Involvering.

REFERENCER

1. Al-Mersal, Haneen. (2022). "Sundhedsvæsenets betydning for det tværprofessionelle samarbejde". Roskilde Universitet.
2. Diderichsen F, Andersen I, Manuel C: (2011): Ulighed i sundhed – årsager og indsatser. København: Sundhedsstyrelsen.
3. Friis Andersen J, Falk K (red): (2018). Sundhedsvæsenet på tværs. Munkegaard. 3 udgave. Forlaget Munksgaard.
4. Frode BJ, Fivelsdal E: (2014). Organisationsteori - Struktur, kultur, processer. 6 udgave. Handelshøjskolens forlag.
5. Larsen FB: (2017). Multisyge- hvad er problemet? I Frølich A, Olesen F, Kristensen I (red): Hvidbog om multisygdom: dokumentation af multisygdom i det danske samfund – fra silotænkning til sammenhæng. Fjerritslev Tryk A/S.

Tekst Ninett Rohde Brandt **Foto** Claus Bjørn Larsen

FRA FIKSERE TIL FACILITATORER

Fleksible konsultationer ændrer tilgang til behandlingen

Nogle mennesker med diabetes kan have svært ved at håndtere sygdommen. I voksenklinikken på Steno Diabetes Center Aarhus oplevede diabetesteamet, at det var svært at hjælpe dem, der havde brug for ekstra omsorg. Det har været drivkraften bag et projekt, der har givet deltagerne mindre diabetesstress, øget trivsel og forbedret langtidsblodsukker.

Diabetes er en kompliceret sygdom, der kræver opmærksomhed 24/7 året rundt. Det kan være en udfordring, som for nogle mennesker kan være svær at takle. Det ser sygeplejerske Tove Amby og hendes kollegaer i voksenklinikken ved Steno Diabetes Center Aarhus hver dag. For tre år siden bød standardforløbet i klinikken på 20-minutters konsultationer hver tredje-fjerde måned, hvor patienterne ofte mødte en ny behandler. De rammer er klinikken nu ved at udvikle. Det skyldes et projekt, hvor klinikken har tilbudt udvalgte patienter fleksible konsultationer med et tværfagligt team og tilknyttet en fast kontaktsygeplejerske. Projektet var særligt målrettet patienter, der af forskellige årsager har svært ved at håndtere deres diabetes.

– Vi havde problemer med patienter, der var dårligt regulerede, havde dårlig trivsel og udeblev fra deres aftaler i klinikken. Vi følte os magtesløse i forhold til at hjælpe mange af dem, fordi vi var begrænsede af kun at have 20 minutter til rådighed til konsultationerne. Og mange patienter følte, at de ikke fik noget ud af konsultationerne, fortæller Tove Amby, der lavede initiativbeskrivelsen, var klinisk tovholder på projektet og var en af de i alt tre kontaktsygeplejersker i projektet.

– Vores første tanke var, at vi skulle have længere tid i konsultationerne til at være nysgerrige og spørge ind, så vi kunne finde ud af, hvad der helt personligt var på spil for hver enkelt, forklarer Tove Amby.

Deltagerne i projektet var udvalgte patienter fra klinikken, som af

forskellige årsager havde problemer med at indgå i og drage nytte af det normale behandlingstilbud. Mange af dem kæmpede med andre udfordringer som psykisk sygdom, misbrug eller arbejdsløshed. Nogle havde diagnoser som ADHD eller autisme.

PATIENTERNES BEHOV VAR STYRENDE

Tove Amby og hendes kollegaer fik frie tøjler til at gøre det, der skulle til for at hjælpe patienterne. Det resulterede blandt andet i, at en deltager med ADHD fik mulighed for at få sin konsultation på en gåtur.

– Det gjorde en stor forskel for ham, siger Tove Amby.

Patientens behov var en styrende faktor i projektet – og de behov havde Tove Amby og hendes kollegaer tid til at udforske, fordi der blev sat 40 til 60 minutter af til hver konsultation. Samtidig kunne patienterne selv bestemme, hvor ofte de havde brug for konsultation, om de ville ringes op mellem konsultationerne, have tilsendt sms-påmindelser om deres aftaler, og om de hellere ville have hjemmebesøg.

– Ved at bryde rammerne fik vi langt bedre mulighed for at imødekomme behovene. Det gjorde en markant forskel, at vi fik ordentlig tid til at udforske, hvad der var på spil for dem. Det tog tid, fordi vi først skulle etablere et tillidsfuldt samarbejde med dem, siger Tove Amby.

– Der kunne nemt gå to-tre konsultationer, hvor vi ikke talte om diabetes. Men det var relevant, fordi deres liv og situation havde be-

- Vi skal møde patienterne med større nysgerrighed og se vores rolle mere som facilitatorer end fiksere, siger Tove Amby, sygeplejerske.



tydning for, hvorfor de havde svært ved at håndtere deres diabetes.

Nogle gange var der behov for at arbejde med psykiske, sociale eller økonomiske forhold i patienternes liv for at bane vejen for fremskridt i behandlingen. Her kunne kontaktsygeplejerskerne gøre brug af et tilknyttet tværfagligt team bestående af to endokrinologer, en psykolog og en socialrådgiver. De tre kontaktsygeplejersker mødtes med det tværfaglige team halvdanden time hver uge for med patienternes accept at diskutere udvalgte cases og få tværfaglig sparring.

– Det tværfaglige team havde stor betydning for, at projektet endte med at blive en succes, siger Tove Amby.

PATIENTERNE TOG EJERSKAB

For mange af patienter gjaldt det, at der ofte var flere udfordringer på vejen mod at opnå en god diabetesbehandling.

– I fællesskab fandt vi frem til 1-3 udfordringer og aftalte små simple mål, vi kunne arbejde mod, siger Tove Amby.

Hun lægger vægt på ordene 'vi' og 'fællesskab'. For det var en vigtig del af projektet, at patienterne var med til at sætte dagsordenen og formulere fælles mål og løsningsforslag. Tove Amby siger ærligt, at sygeplejersker er skolede til at være "fiksere" for deres patienter. Det har resulteret i, at de før projektet mødte patienterne med løsningsforslag – som patienterne måske havde svært ved at se sig selv i. Den tilgang var psykologen i det tværfaglige team med til at ændre.

FLEKSIBLE KONSULTATIONER

- Projektet med tilbud om fleksible konsultationer kørte fra maj 2019 til og med december 2021 på Steno Diabetes Center Aarhus.
- 172 patienter var tilknyttet projektet, 118 havde type 1-diabetes, 45 havde type 2-diabetes og 9 patienter levede med en anden form for diabetes. I alt 125 patienter gennemførte.
- Deltagerne skulle være over 23 år, og 25,5 procent af deltagerne var mellem 23 og 29 år.

– Hun gav os input, så vi gik fra at være fiksere til at blive facilitatorer, der gjorde det muligt for patienterne selv at finde løsningsforslag og tage ejerskab over dem, forklarer hun og understreger, at samarbejdet var essentielt, fordi projektets succes var drevet af patienternes eget ønske for forandring.

DE GODE RESULTATER

Projektet bar præg af mange små skridt på vejen mod et bedre liv med diabetes for deltagerne. For mange af dem resulterede det i markante forbedringer for deres langtidsblodsukker. Det var dog ikke alle patienter, der oplevede forbedringer i deres tal. I stedet oplevede de forbedringer på et mere mentalt plan.

Som en del af projektet udfyldte patienterne et WHO-5-skema, der måler trivsel, og et PAID-skema, der måler diabetesstress. ►

Skemaerne udfyldte de ad tre omgange henholdsvis ved starten af projektet, efter et halvt år og efter 12 måneder. Resultaterne fra PAID-skemaet viser, at andelen af projektets deltagere, der har moderat eller svær diabetesstress, er faldet fra 67 procent ved projektets start til 28 procent ved projektets afslutning.

– Det har været en kæmpe glæde at se de her patienter, der har haft det virkelig dårligt og følt sig fortabte i systemet, få det bedre og bedre og bare blomstre, fordi rammerne og ressourcerne blev tilpasset deres behov, siger hun.

EN FREMTID MED BEHOVET I CENTRUM?

Projektet sluttede i december 2021, og klinikken er nu i gang med at kigge på mulighederne for mere behovsstyrede behandlingsrammer. Håbet er, at de ved at give lidt mere slip på de patienter, der er godt behandlet, kan sætte ressourcer fri til lidt oftere at se patienter, der har brug for mere hjælp.

Tove Amby og hendes kollegaer deler deres erfaringer og viden fra projektet med deres kollegaer i klinikken.

– Vi skal møde patienterne med større nysgerrighed og se vores rolle mere som facilitatorer, som hjælper dem til at finde løsninger, der bygger på deres behov og situation. For selvom vi kan have en masse gode idéer, så er det jo dem, der skal leve med det, slutter hun. ■



Tove Amby deler erfaring med kollegerne i klinikken.

6 POINTER TIL BEDRE KONSULTATIONER

- Forsøg som behandler at have mere fokus på det levede liv med diabetes fremfor tal.
- Husk at forventningsafstemme med patienten og sørg for at lave en fælles dagsorden og nogle fælles mål.
- Prøv at se konsultationen mindre som et kontrolbesøg, og mere som en samtale eller et samarbejde. En god tilgang er at gå efter at stille flere spørgsmål, end du giver svar.
- Mød patienten med anerkendelse, og lyt til deres egne løsningsforslag.
- Fokuser på at finde frem til patientens ressourcer og alt det, de kan – fremfor at fokusere på alt det, de ikke kan.
- Hav mod og kreativitet til at gøre noget anderledes i konsultationen.

Bente deltog: En at tale med

■ 60-årige Bente Nielsen er en af deltagerne i Steno Diabetes Center Aarhus projektet med fleksible konsultationer. Hun har levet med type 2-diabetes siden 2005 og lever samtidig med forhøjet kolesterol og hjertekarsygdom. Modsat mange andre deltagere i projektet lever hun ikke med en psykisk diagnose eller misbrug. Men i de 17 år hun har levet med diabetes, har hun altid haft svært ved at regulere sit blodsukker.

For Bente Nielsen betød projektet, at hun fik en at tale med om sin diabetes og alt det, der kan være svært. Projektet gav hende et personligt rum til at tale om alt fra glæder og bekymringer i en professionel ramme.

– Jeg ved jo godt, hvad jeg skal gøre for at få det bedre. Så det, jeg blandt andet har kunnet bruge Tove til, er til at få snakket om, hvorfor jeg ikke får gjort de ting, selvom jeg godt ved det, forklarer Bente Nielsen.

Hver gang Bente Nielsen var til konsultation hos Tove Amby, lavede de en aftale, som de fulgte op på til næste konsultation. Hvis Bente Nielsen ikke fik overholdt deres aftale, mødte Tove Amby hende aldrig med kritik, men med nysgerrighed.

– Det kan være så pokkers svært at ændre vaner. Men Tove

sørgede altid for at følge op og var vedholdende i forhold til, at vi skulle finde ud af, hvad der skulle til for, at jeg kunne komme tættere på mine mål, fortæller hun.

UDEBLIVER IKKE LÆNGERE

Projektet gav Bente Nielsen mulighed for at møde Tove Amby i konsultationen oftere, hvis hun i en periode havde behov for det. En mulighed, der også var med til at holde Bente Nielsen ved ilden mellem konsultationerne. Samtidig gjorde elementet med den faste kontaktsygeplejerske, at Bente Nielsen ikke længere udeblev fra sine konsultationer.

– Hvis jeg vidste, at det ikke lige gik så godt med mit blodsukker, så kunne jeg før i tiden godt finde på at blive væk. Jeg gad bare ikke sidde og få at vide, at jeg burde gøre noget ved det. Men jeg er aldrig nogensinde udeblevet fra en aftale med Tove. Hun har forståelse for, når det ikke går godt. Det er ikke, fordi hun er blødsøden, men hun kender mig og min situation. Lægerne ser kun min journal, men Tove ser også alle nuancerne, siger Bente Nielsen.

– Jeg er blevet bevidst om, at jeg bliver nødt til at arbejde med min diabetes. Jeg har indset, at jeg selv kan gøre noget ved det – og det hjælper Tove mig med at komme igennem. ■

Gratis startpakke

■ Dine patienter kan gratis bestille en pakke bestående af: Type 2-vejledningen, Sund mad til dig med type 2-diabetes og andre relevante publikationer til et godt liv med diabetes.

➔ diabetes.dk/type2pakken

➔ Se også pakken til type 1-diabetes diabetes.dk/type1pakken



Diabetesforeningens Forskningslegater 2023



Diabetesforeningen støtter yngre forskere på postdoc-niveau, der arbejder med medicinsk, naturvidenskabelig, samfundsvidenskabelig eller humanistisk forskning i relation til mennesker med diabetes eller til forebyggelse af diabetes. I 2023 uddeler vi tre legater à 600.000 kroner.

➔ Find mere information om Diabetesforeningens Forskningslegater på diabetes.dk/forskningslegat
Ansøgningsfrist: 20. januar 2023.

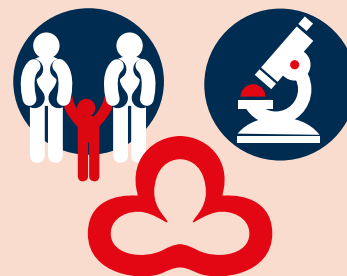
➔ Følg med på Diabetesforeningens hjemmeside: diabetes.dk/forskningslegat

Mangler du forsøgspersoner?

■ diabetes.dk/fagfolk formidler aktuel viden. Her er det også muligt for forskere at annoncere diabetesforsøg til en målgruppe af personer med diabetes og deres pårørende. Inden vi kan oprette din annonce, har du som forsker ansvar for, at dit forsøg og din annoncetekst er godkendt af Den Videnskabsetiske Komité.

Forsøget skal være relevant for mennesker med diabetes, registreret og godkendt hos Den Videnskabsetiske Komité og godkendt af Sundhedsstyrelsen.

➔ diabetes.dk/fagfolk



Rejselegater 2023

■ **Diabetesforeningen støtter** via rejselegater ph.d.-studerende, der arbejder med **medicinsk, naturvidenskabelig, samfundsvidenskabelig eller humanistisk forskning** i relation til mennesker med diabetes eller forebyggelse af diabetes.

Formålet er at støtte ph.d.-studerende, som ønsker at dygtiggøre sig gennem internationale ophold eller konferencer. Diabetesforeningen uddeler i løbet af 2023 i alt 12 rejselegater à 10.000 kroner, finansieret af foreningens lotterier.

➔ Vil du søge rejselegat:
diabetes.dk/forskning/legater-og-priser/rejselegater

Ansøgningsfrister i 2023

1. februar 2023
1. maj 2023
1. august 2023
1. november 2023
Alle datoer kl 12.

Tekst Gitte Sehested-Grove, journalist

Du er den eneste jeg har sagt det til

Personer med type 2-diabetes og en spiseforstyrret adfærd har brudt tavsheden om at leve med to stigmatiserede tilstande. Det sker via et forskningsprojekt, der udføres af Pil Lindgreen fra Steno Diabetes Center Copenhagen.

Der er endnu lang vej til de endelige konklusioner, for Pil Lindgreen er kun et halvt års tid inde i det planlagte to-årige projekt, da Diabetesmagasinet taler med hende. Men intentionen er klar, og visse tendenser fremtræder allerede.

Meget tyder på, at diabetesbehandlingen rammer en barriere, hvis der er en uopdaget spiseforstyrrelse til stede. Sat på spidsen kan man for eksempel overveje, hvor effektivt det overhovedet er at fokusere på et vægttab – blandt andet for at stabilisere blodsukkeret, hvis det er en underliggende spiseforstyrrelse, der er en stor del af årsagen til overvægt og højt blodsukker.

– Med min forskning vil jeg meget gerne bidrage til at indkredse, hvilke behov mennesker med type 2-diabetes og en spiseforstyrret adfærd har, og komme frem til konkrete måder, de kan få hjælp på. Det er vigtigt, fordi mange risikerer at få følgesygdomme tidligere og måske udvikle en depression, og desuden lider de så meget af følelser af skyld, skam og ensomhed, som det er nu – hvor der i høj grad mangler forskning på området, siger Pil Lindgreen.



Pil Lindgreen

Uddannet sygeplejerske, ph.d. og nu i gang med dette forskningsprojekt. Hun er postdoc i Diabetes Managementforskning under Sundhedsfremmeforskning på Steno Diabetes Center Copenhagen.


Planen er 25 interviews. Indtil nu har hun talt med 19 personer med type 2-diabetes og en spiseforstyrrelse/en spiseforstyrret adfærd. Sine foreløbige indtryk har hun indvilliget i at dele med Diabetesmagasinet.

TRØSTESPISNING OG ENSOMHED

– Langt de fleste af dem, jeg har talt med, har i mange år kæmpet med en spiseforstyrret adfærd, som påvirker dem negativt. For en del af dem fylder det, at adfærden kan have bidraget til, at de har udviklet type 2-diabetes – muligvis på grund af overvægt og meget svingende blodsukkerniveauer, oplyser Pil Lindgreen.

De fleste har haft symptomer på tvangsoverspisning, altså BED, og de har alle sammen mærket stor skyld og skam både på grund af eventuel overvægt, spiseforstyrrelsen og type 2-diabetes. Der er ikke overraskende mange årsager til, at nogen udvikler en spiseforstyrrelse. For mange er det begyndt med trøstespisning for eksempel som plaster på stærkt ubehagelige oplevelser i barndommen.

– Selvom jeg endnu ikke har et klart kvalificeret overblik, tør jeg alligevel godt fremhæve en tilsyneladende rød tråd blandt dem, jeg har talt med: Langt de fleste taler ikke med nogen om deres problemer med mad! Det ser ud til, at skamfølelsen holder dem tilbage, og det kan gøre dem ensomme og isolerede. Jeg har oplevet flere sige, at jeg faktisk var den første, de fortalte det til, fordi de hidtil har følt, at der ikke fandtes et rum, de kunne sige det i, konstaterer forskeren.

 I tilfældet af overvægt får mange at vide, at de skal tabe sig. Men får man ikke taget hånd om den underliggende årsag til overspisning, kan det muligvis forværre den.

Pil Lindgreen, forsker

BEHANDLEREN MÅ GERNE SPØRGE

På den baggrund er hun ikke i tvivl om, at det vil være gavnligt, hvis diabetesbehandleren overvejer, at en spiseforstyrrelse kan være til stede, for eksempel hvis en borgers blodsukker er meget svingende gennem længere tid, eller vægten er usædvanligt høj eller stiger hurtigt. Hun forestiller sig også, at en eventuel dialog om spiseforstyrret adfærd med en person med diabetes med fordel kan starte hos diabetesbehandleren. Hvordan og hvornår i forløbet skal hun og resten af projektgruppen stadig finde ud af og komme med forslag til. Men hun understreger, at det bliver med udgangspunkt i de behov, borgerne på forskellig vis giver udtryk for, at de har brug for støtte til.

– De, der ved, at de har problemer med spisemønstret, oplever ofte, at de falder ned mellem to stole: Diabetesbehandlere ved ikke altid noget om spiseforstyrrelser, og psykiatrien ved ikke altid noget om diabetes. Og så sidder de dér og kan føle, at de ikke har fået den nødvendige hjælp. Derfor håber vi meget med projektet her at kunne nå ud begge steder med den nødvendige viden, som behandlerne kan omsætte til praksis.

STOPKLODS I BEHANDLINGEN

Pil Lindgreen vender tilbage til det med skyld- og skamfølelsen. Naturligvis fordi den fylder så meget, tilsyneladende er vanskelig at komme fri af og dermed er en skjult stopklods i behandlingen af diabetes:

– Mange spørger sig selv: Hvorfor gør jeg det her? Hvorfor påfører jeg mig så meget dårlighed? *Hvorfor tager jeg mig ikke sammen og begynder at spise mindre og bevæge mig mere? Hvorfor er jeg ikke bedre til at passe på mig selv?* Men de føler ikke, de kan tale med nogen om det. Hos lægen får de at vide, at de skal ændre livsstil og tabe sig. Men det er jo meget svært, når de i virkeligheden har en spiseforstyrrelse.

– Når den underliggende årsag, nemlig en spiseforstyrrelse, ikke bliver håndteret, vil de fleste ikke "bare" kunne tabe sig. Nederlaget ved ikke at kunne gøre som lægen siger, kan føre til yderligere fiaskofølelse, og det kan faktisk forværre overspisningen, siger Pil Lindgreen uddybende.

Måske det også er i det lys, at man skal kigge nærmere på, hvorfor mange efter en gastrisk bypassoperation tager en stor del af de kilo på, de ellers havde tabt. Ifølge Pil Lindgreen tænker man efterhånden mange steder på, om der lurer en spiseforstyrrelse i baggrunden, når man overvejer operation, men der er alligevel et stykke vej endnu.

– Det har overrasket mig noget, hvor mange der får foreslået eller har fået foretaget en gastrisk bypassoperation, uden det har hjulpet, siger Pil Lindgreen.

VÆGTEN FYLDER FOR MEGET

– Flere har nævnt, at de synes, at vejninger kan fylde alt for meget, når de er i kontakt med sundhedsvæsenet. Dels taler det ind i deres spiseforstyrrelse, dels kan det konkrete antal kilo blive for centralt. Især hos dem, der har tabt sig, for eksempel ved hjælp af en gastrisk bypassoperation, og har taget en stor del af de kilo på, som de ellers havde smidt, siger forskeren og tilføjer:

– Mange har generelt givet udtryk for at opleve, at behandlere ikke virker nok interesserede i de psykosociale aspekter, men i stedet kredser meget om tal og målinger. Jeg håber inderligt, at min forskning vil være med til at ændre på det, hvis billedet viser sig at være bredere. Også fordi behandleren så med fast grund under fødderne kan stille de "rigtige" spørgsmål på den "rigtige" måde og ikke føle, at de overskrider nogle personlige grænser hos den person, de sidder overfor – og desuden er klar over, hvordan de kan støtte og vejlede vedkommende. ■

Projektet

■ "Opsporing og håndtering af biopsykosociale støttebehov hos personer med type 2-diabetes og spiseforstyrret adfærd" forventes færdigt i løbet af 2024. Diabetesforeningen har støttet med forskningslegat på 1,2 millioner kroner.

➔ Se mere: diabetes.dk/forskning/legater-og-priser/forskningslegater/forskningslegater-2021

Vil du vide mere:

Pil.lindgreen@regionh.dk eller
Ingrid.willaing.tapager@regionh.dk

Tekst Gitte Sehested-Grove, journalist

Du er ikke alene om at føle skam

Hvis man er overvægtig, har type 2-diabetes, overspiser og har store udsving i blodsukkeret, kan man gange skamfølelsen med tre og skyldfølelsen ligeså. Samfundets udskamning af overvægtige vendes ofte indad og kan gro fast som selvførdømmelse og ensomhed.

■ En del af de personer med type 2-diabetes, som psykolog Helle Nergaard Grønbæk møder enten enkeltvis eller i grupper på Steno Diabetes Center Copenhagen, har et meget kompliceret forhold til mad, og flere går rundt med en stor skamfølelse. Nogle har BED, men endnu flere har det, hun kalder ”skæv spisning”.

Helle Nergaard Grønbæk har arbejdet med overvægt i mange år og har set utallige eksempler på, hvor svært det i almindelighed er at tabe sig og holde vægten nede i særdeleshed. Nogle ville ofre deres ene arm for at kunne tabe sig og holde fast i et vægttab, som hun siger.

– De fleste har kæmpet med vægten hele deres liv, og får de så type 2-diabetes oveni, er der ikke noget at sige til, at de får et forstyrret forhold til mad. Man kan måske nærmest sige, at det er en normal reaktion, fordi diabetes er bundet så meget til mad. Man har også gennem tiden fejlagtigt brugt ordet ”sukkersyge”, som antyder, at man har spist for meget sukker, siger Helle Nergaard Grønbæk.

FORDØMMELSER STÅR I KØ

– Der er knyttet en meget kraftfuld moralsk fordømmelse og stigmatisering til overvægt. Mere end til spiseforstyrrelser og

type 2-diabetes, selvom de også kan udløse hårde domme, fordi de af mange ligeledes opfattes som manglende evne til at have hånd i hanke med sit liv. Men overvægt kan du ikke skjule, siger hun og tilføjer, at mange tager stigmatiseringen til sig og så at sige fordømmer sig selv.

Hun ser nemlig mange, der konstaterer, at de må være ”dårlige mennesker”, fordi de ikke har kunnet passe bedre på dem selv og undgå at blive overvægtige. Og når de så heller ikke kan håndtere deres diabetes og for eksempel spiser alene om natten, vokser skammen og skylden.

– Og disse selvbredjdelser udhuler fuldkommen overskuddet til at søge hjælp. Derfor er der så at sige ingen, der selv tør nævne deres problematiske forhold til mad over for behandleren til en konsultation, siger hun.

”KONTROL” ER ET MØGORD

En anden grund til, at det er så svært at bringe sit problematiske spisemønster op, er også, at ordet ”kontrol” dukker op igen og igen i forbindelse med diabetes.

– Blodtryk og især blodsukkeret skal være i kontrol, mange taler om at komme til kontrol på ambulatoriet – altså hvem har lyst til at komme til kontrol? Tvangsoverspisning (BED) eller i det hele

Der er knyttet en meget kraftfuld moralsk fordømmelse eller stigmatisering til overvægt. Mere end til spiseforstyrrelser og type 2-diabetes, selvom de også kan udløse hårde domme, fordi de af mange ligeledes opfattes som manglende evne til at have hånd i hanke med sit liv.

Helle Nergaard Grønbæk, psykolog

taget forstyrret spising opfattes af mange netop som manglende kontrol, som påvirker blodsukkeret, så det bliver skam med skam på, siger hun og tilføjer:

– Men det er altså langtfra altid, at man kan forstå eller håndtere sit blodsukker, for det er jo supersvært at have et blodsukker, der konstant ligger inden for målområdet. Derfor er ordet ”kontrol” et møgord! Tit er det faktisk også medicinen, der påvirker blodsukkeret, ligesom den kan påvirke sulten i den ene eller den anden retning. Mange får stor trang til spise meget på grund af den medicin de får, men det har intet med lyst at gøre. Men det kan være svært at få øje på, når man er så medtaget af sin skam, og derfor ikke tør nævne sin spiseforstyrrede adfærd, som man tror, er den eneste årsag.

MANGE ER GÅET I SKJUL

Selvom flere og flere på landsplan og i verden får konstateret BED, er Helle Nergaard Grønbæk overbevist om, at de personer, der i dag er overvægtige, har type 2-diabetes og har fået konstateret BED, blot er toppen er isbjerget. Sagt med andre ord er der en stor del, der lever i skjul med deres forstyrrede spisemønster.

Vejen ud af en spiseforstyrret adfærd går imidlertid gennem erkendelse og behandling. Derfor giver det mening at nævne det for behandleren på sit ambulatorie eller hos sin læge, som kan hjælpe en videre til nogen, der har forstand på spiseforstyrrelser og en spiseforstyrret adfærd.

– I det offentlige system, som det er nu, er der ikke behandlingsmuligheder nok for tvangsoverspisning, selvom vi råder over diætister, som er rigtige gode til at hjælpe folk på vej. Men i og med, at BED er blevet en diagnose, så håber vi på, at der med tiden og den nye psykiatriplan kommer nogle tilbud a la dem, der eksisterer i psykiatrien for bulimi og anoreksi nu.

ALMINDELIGT AT SPISE "SKÆVT"

Men selvom man ikke får en præcis spiseforstyrrelsesdiagnose,



Helle Nergaard Grønbæk

Ph.d., specialist i sundhedspsykologi, børn, og er ansat som psykolog i Klinikken for type 2-diabetes på Steno Diabetes Center Copenhagen

kan man i høj grad have et spisemønster, der slet ikke er i balance.

– Jeg er ret sikker på, at den aller største gruppe med et kompliceret forhold til mad ikke får en diagnose, men spiser skævt i løbet af dagen. De kan eksempelvis beslutte sig for: I dag vil jeg spise sundt, så jeg springer morgenmad og frokost over og snupper bare et par barer på vej hjem fra arbejde og spiser så alt muligt i løbet af aftenen. Nogen står op om natten for at spise. Disse mennesker spiser altså meget restriktivt og slet ikke i forhold til deres egentlige fysiologiske sultbehov, men de spiser ikke nødvendigvis store mængder, siger hun og understreger:

– Vi skal have tabuet talt ned. Jo flere, der har mod på at tale om det, jo færre vil føle sig alene med en spiseforstyrret adfærd. Det hjælper ikke ikke at sige det til nogen! ■

RÅD TIL PÅRØRENDE

■ Pårørende skal putte den løftede pegefinger i lommen og være til rådighed for personen med diabetes, der spiser ujævnt. Er det svært at tale om, kan man antyde, at der er hjælp at hente og understrege, at der er håb for, at det kan blive bedre.
Kilde: Helle Nergaard Grønbæk

Viden om spiseforstyrrelse

➔ Foreningen spiseforstyrrelser og selvskade: spiseforstyrrelse.dk

Tekst Gitte Sehested-Grove, journalist

👉 Det er underspisningen, der er problemet. Det er den, der giver overspisning.

Inger Bols, diætist

Slankekure erklærer krig mod hjernen

Din hjerne overvåger din krop og passer på dig, hvis der opstår "hungersnød". Derfor styrer den dig i retning af chips og chokolade og til at blive i sofaen og holde dig fra broccoli og bevægelse, når du forsøger at tabe dig. Du er i krig med din krop.

■ "Slankekursforstyrrelse" er en forstyrrelse i forholdet til krop, vægt og mad, som diætist Inger Bols møder flest eksempler på i sin klinik. Også blandt personer med type 2-diabetes og BED, der i den grad kan have et brændende ønske om at tabe sig og derfor går fra den ene slankekure til den næste.

– Men slankekuren resulterer i total krig med dig selv, når du ikke spiser nok, fordi din hjerne styrer dig mod energimættet spisning og nedsætter energien til bevægelse, mens du desperat prøver at dreje tankerne hen på gulerødder, kål og træning, siger Inger Bols og fortsætter:

– Hjernen (kroppen) vinder den krig, og gør folk fortvivlede, fordi de ikke forstår, hvorfor de ikke kan holde fast i at leve sundt. Men de har jo ikke en chance. De kan ikke vinde over sulthormonerne og taber krigen.

Det var en af de helt store øjenåbnere, Inger Bols fik efter 18 år som klassisk diætist, da hun fandt ud af, at der videnskabeligt faktisk ikke findes en vej til et sundt og varigt vægttab. Derfor arbejder hun i dag radikalt anderledes. Vejninger, kon-

trol og madrestriktioner er skrottet til fordel for at lære at spise med lyst, nydelse og omsorg for sig selv.

HVORFOR TAGER MAN PÅ IGEN?

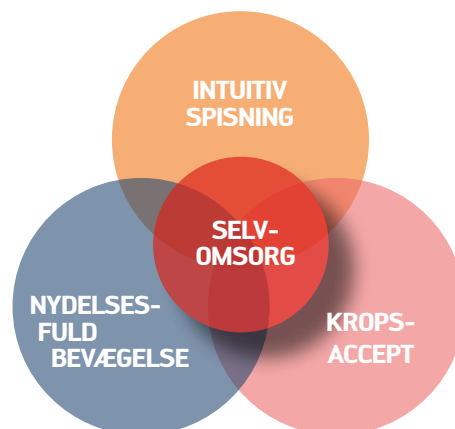
– I sundhedsvæsenet er der tendens til at pege på klienten og sige, hvad de gør forkert. Jeg gik den anden vej, efter jeg i årevis med vejninger og sunde kostplaner måtte konstatere, at klienterne godt nok tabte sig med min hjælp. Men de tog altid på igen. Derfor gik jeg i gang med at lede efter forklaringen på, hvorfor de tog på igen, siger hun og fandt så forklaringen i



Inger Bols

Aut. diætist, cert. ACT-coach og stud. Master in Public Health, Københavns Universitet. Forfatter til bogen "Intuitiv spisning – vejen til vægtneutral sundhed", og initiativtager til Den tværfaglige sammenslutning www.ligevaegt.org

DEN VÆGTNEUTRALE MODEL



hjernens reaktion på kalorieunderskuddet, siger Inger Bols.

Ifølge diætisten er der i dag videnskabeligt enighed om, at når hjernen konstaterer, at den mangler kalorier, sætter den tropperne ind for at bekæmpe energiunderskuddet.

– Og derfor tager man på igen, så det har ikke noget med livsstil at gøre. Af den grund er jeg også så træt af, at type 2-diabetes igen og igen omtales som en "livsstilssygdom". Type 2-diabetes er jo i høj grad arveligt. Derfor er det så misvisende at antyde, at det er på grund af en forkert livsstil, at man er blevet syg, for det er det jo ikke. Og ordet **gøder skamfølelsen**.

VÆGTFOKUS UD AF SUNDHEDSVÆSENET

Selv arbejder hun i dag med intuitiv spisning og hjælper folk med at få et helt naturligt forhold til mad uden skyld og skam:

– Forsøg på at tabe sig og forbyde sig selv særlige madvarer taler direkte ind i dårligt selvværd og forstyrret spisning med **skiftevis uerkendt underspisning og efterfølgende overspisning**. Derfor er mit store ønske, at sundhedsvæsenet turde arbejde uden vægtfokus og erkende det videnskabelige faktum, at fokus på vægttab ikke giver varig sundhed. At få styr på sin sult og spise lystbetonet med fokus på nydelse og velvære giver nemlig lige så gode sundhedsmål som vægttabet, forstået som blodtryk og kolesterol for eksempel. Forskellen er bare, at de personer jeg ser her, og som er indstillede på, at det tager et halvt års tid at omstille sig radikalt, får langt større kvalitet i livet. De slipper af med deres overspisninger, deres enorme sukkertrang forsvinder, og de får motivation til at bruge deres krop aktivt. Alt i alt lever de sundere, føler sig friere og har det bedre. ■

10 RÅD TIL INTUITIV SPISNING

- Stop krigen med din krop og lær at samarbejde med den i stedet for.
- Flyt fokus fra badevægten, kalorier og kostplaner til nydelse og velvære.
- Bliv bevidst om din "slankekurshjerne" og alle de regler, den slår dig i hovedet med.
- Respekter din krop. Tag vare på den med samme omsorg, som hvis du tog vare på et barn.
- Tillad dine følelser at blive følt i stedet for at dulme dem med mad.
- Lad nydelse og velvære være omdrejningspunktet for dit valg af mad og bevægelse.
- Lær din sult at kende og respekter at spise, når du er behageligt sulten.
- Bliv bevidst om, hvordan uerkendt sult skaber en følelse af sukkerafhængighed.
- Slut fred med din mad og tillad dig selv at spise lige præcis det, du har lyst til.
- Respekter din mæthed. Spørg evt. dig selv: Hvor meget har jeg brug for at spise lige nu, når jeg ved, at jeg må spise igen, når jeg bliver sulten?

Kilde: Inger Bols, www.Ingerbols.dk

Tekst Gitte Sehested-Grove, journalist

💧 Teenagere med BED kan være svære for pårørende at få i tale om spiseproblemer, derfor spørger de desværre ofte først om hjælp, når de er i tyverne.

Loa Clausen, psykolog

BED begynder ofte i puberteten

Det er psykologiske faktorer, men i den grad også biologi og hormoner, der aktiverer overspisninger i spiseforstyrrelsen BED, Binge Eating Disorder. Men desværre er det sparsomt med viden om BED. Især også om sammenhængen mellem den og type 2-diabetes, da forskningen først rigtigt er i gang nu.

– Det føles som et tog, der kører, som man ikke kan komme af. Sådan beskriver forsker Loa Clausen oplevelsen af at tabe kontrollen, når man spiser alt for meget på kort tid og har BED. Hun forsker i tvangsoverspisning (BED), også i relation til type 2-diabetes.

– Har man bulimi, overspiser man på samme måde, men så kompenserer man også regelmæssigt, - typisk med faste, opkastninger og/eller afføringsmidler og/eller tvangspræget fysisk aktivitet og bliver ikke nødvendigvis overvægtig. Men det gør alle med BED heller ikke, forklarer hun.

I 90'erne begyndte forskere i USA at undersøge fænomenet overspisning. BED blev officielt identificeret som en spiseforstyrrelse i det amerikanske diagnosesystem i 2013, men blev først anerkendt som en selvstændig diagnose i Danmark for knap et år siden. Det er en af grundene til, at der kun findes begrænset videnskabelig viden om sygdommen. Især i Danmark.

BED ER MEST UDBREDT

– International forskning tyder dog på, at BED er den mest udbredte af spiseforstyrrelserne, siger Loa Clausen.

Ligesom blandt de øvrige spiseforstyrrelser er det også kvin-

der, der dominerer i tilfældet BED. Men den spiseforstyrrelse, der rammer flest mænd, er BED, da cirka en ud af tre personer med BED er en mand.

Et bud på, hvorfor mænd får BED i højere grad end andre spiseforstyrrelser, er, at et meget tyndt kropsideal ser ud til at spille en mindre rolle i BED. Et tyndt kropsideal fylder generelt meget for piger og kvinder, hvorfor de dominerer endnu tungere i statistikken med bulimi og anoreksi, hvor stræben efter tyndhed er centralt.

Karakteristisk for alle spiseforstyrrelser er, at tankerne kredser unaturligt meget om mad. Anoreksi og bulimi defineres desuden ved ekstremt fokus på kroppen og vægten, men det indgår



Loa Clausen

Psykolog, ph.d., seniorforsker i psykiatrien. Har arbejdet med spiseforstyrrelser de seneste 20 år. Aarhus Universitetshospital, Psykiatrien og Aarhus Universitet

ikke som fast bestanddel i diagnosen BED, ligesom intenst madfokus heller ikke gør det.

– Men selvom det psykiske aspekt ikke er en del af diagnosekriterierne, så er man meget belastet af BED. De fleste oplever stort ubehag efter overspisninger, de oplever i højere grad stigma, samt at have depressive symptomer og at få/have andre psykiatriske lidelser, siger forskeren.

MANGE HAR HAFT YOYOVÆGT

Ifølge Loa Clausen har mange, der får konstateret BED, kæmpet med yoyovægt på grund af skiftende perioder med henholdsvis slankekur og overspisninger. De har også måttet lægge øre til, at de var dovne og grådige eller bare skulle tage sig sammen.

Fra internationale kilder kan man få en fornemmelse af, hvor mange der har haft BED inde på livet. Her viser det sig, at 1-4 procent af den voksne befolkning har oplevet på et tidspunkt at have BED. Blandt unge er tallet 1 procent, men kigger man på overvægtige unge, er tallet oppe på 8 procent, og spørger man i gruppen af ældre og overvægtige, så er tallet også større.

– Kigger vi i gruppen af voksne, der søger behandling for vægttab, viser forskellige studier et sted mellem 10 og 50 procent. Zoomer man ind på dem, der har type 2-diabetes, er der meget få studier. Det er derfor ikke muligt at komme med præcise tal, men samlet set peger de på en betydelig øget forekomst af BED, siger forskeren.

Hun understreger, at der er brug for meget mere forskning på dette område, både nationalt og internationalt.

BED ØGER RISIKO FOR DIABETES

– Ingen i Danmark har endnu forsket i sammenhængen mellem BED og type 2-diabetes, men med den viden, der er internationalt, tyder det på, at BED nok ofte kommer før type 2-diabetes, selvom det modsatte også kan finde sted, fordi et svingende blodsukker kan udløse stor trang til at overspise, siger hun og tilføjer:

– Så man må nok sige, at BED og både type 1- og type 2-diabetes i høj grad kan accelerere og forværre hinanden. For eksempel viser et studie, at 15 procent af de personer, der har BED, også har type 2-diabetes. Et andet studie viser, at personer med BED har næsten en dobbelt så høj risiko for at få type 2-diabetes, som dem uden. Så BED forhøjer risikoen for type 2-diabetes på sigt og tilsvarende for overvægt og hjerte-kar-sygdomme.

Loa Clausen pointerer dog atter, at der slet ikke har været systematisk fokus på forekomsten og sammenhængen mellem BED og type 2-diabetes i Danmark. Derfor forventer hun sig meget af de projekter, der er ved at blive løbet i gang i Steno Diabetes Center Copenhagen og Steno Diabetes Center Aarhus, og håber mange vil deltage, så behandlerne kan blive bedre til at forstå, vejlede og be-

BED ANERKENDT SOM DIAGNOSE

■ Binge Eating Disorder, BED, tvangsoverspisning.

Ifølge Sundhedsstyrelsen plages omkring 40-50.000 mennesker i Danmark af diagnosen.

■ Den 1. januar 2022 blev BED anerkendt som diagnose i Danmark, så alle med diagnosen har ret til at blive behandlet i offentligt regi. Et flertal i Folketinget har afsat 49 millioner kroner til behandling, som også kan foregå hos andre aktører frem til udgangen af 2025.

■ Karakteristisk for BED er, at man jævnligt overspiser mindst en gang om ugen. I overspisningsepisoden mister man kontrollen med sin spisning og spiser markant mere, end hvad andre vil kunne gøre i samme tidsrum og situation. Overspisningerne giver et stort fysisk og psykisk ubehag. Efter en overspisning bebrejder man typisk sig selv og føler både skyld og skam. Mange, men ikke alle med BED udvikler på sigt svær overvægt.

Kilder: Netdoktor og Foreningen spiseforstyrrelser og selvskade

handle. Noget viden fra primært USA har man dog.

OGSÅ BØRN

– Forskning har vist, at børn helt ned til seks år kan have spiseepisoder med kontroltab. Men undersøgelser tyder på, at den hormonelle udvikling i teenageårene spiller en rolle, ligesom vanskeligheder ved at håndtere negative følelser og formodentlig også vanskeligheder med planlægning, struktur og impulser har betydning. Mange unge eksperimenterer desuden med slankekur og restriktivt spise. Det kan også fremme en ukontrollabel trang til at spise og på sigt føre til BED, siger Loa Clausen, som således får slået fast, at det både er biologiske og psykologiske faktorer, som bidrager til udviklingen af BED.

– Men de typer, der biologisk hører til de småtspisende, er nok ikke helt så udsatte for at få BED som dem, der igennem barndommen har hørt bemærkninger som ”hun er så glad for mad” eller ”nu skal du ikke spise mere”, siger hun.

EN LETTELSE

– Der er en sammenhæng mellem angst og depression og så BED. Negative følelser øger risikoen for at udvikle BED, men vi ved også, at BED kan udløse netop angst og depression, så det er et trist eksempel på, at det bider sig selv i halen, siger hun og runder af:

– At få diagnosen BED betyder for mange, at de får en forståelse af de udfordringer, som de måske har haft i mange år, og som de ikke selv har kunnet komme ud af. Diagnosen peger også på en mulig hjælp. Derfor oplever mange diagnosen som en lettelse. ■

Stil pjecen i venteværelset

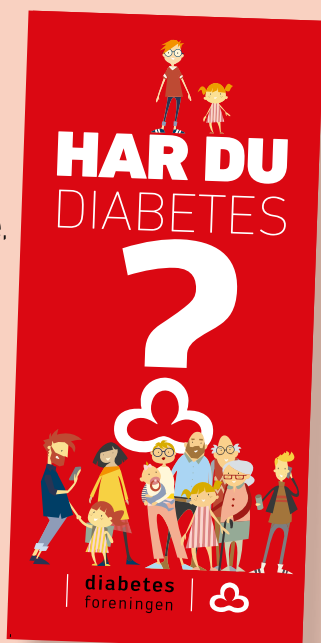
Diabetesforeningen formidler den nyeste viden om diabetes til dine patienter.

Hjælp os med at nå ud til alle, som lever med diabetes.

Stil pjecen **"Har du diabetes?"** i jeres venteværelse.

➔ Bestil den gratis på netbutik.diabetes.dk

diabetes
foreningen



Et godt supplement til behandlingen

Mange mennesker med diabetes har brug for at tale med andre i samme situation.

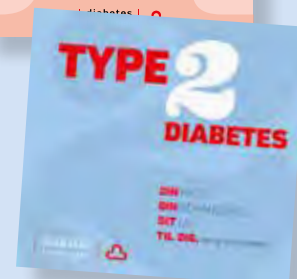
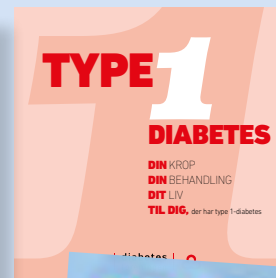
I Diabetesforeningen finder dine patienter: Motivationsgrupper, type 1-netværk, ungegrupper, børne-familiegrupper, lokalforeninger og kurser.

Hjælp os med at sprede budskabet – bestil pjecer til din klinik i dag.



➔ Bestilles gratis på netbutik.diabetes.dk

Styrk mennesker med diabetes



Kender du Diabetesforenings pjecer og vejledninger

Diabetesforenings vejledninger og pjecer gør det lettere for dig at give

patienter og pårørende konkret hjælp nu og her. Dine patienter får grundig indføring i livet med type 1-diabetes eller type 2-diabetes, viden om kost, motion, blodsukker, følgesygdomme, fællesskaber og medlemsfordele. Samt Diabetesrådgiverne.

OPDATERET
MATERIALE

**BESTIL
ALLE PJECE
GRATIS**

➔ netbutik.diabetes.dk

DIABETES BEHANDLER

DIABETESFORENINGENS FAGLIGE TIDSSKRIFT

December 2022/56

Diabetesforeningens faglige tidsskrift
udgivet af Diabetesforeningen
Udkommer to gange årligt
Oplag 7.500

Kontakt

Stationsparken 24, st.tv.
2600 Glostrup
Tlf. 66 12 90 06
ISSN 1902-4703
E-mail: info@diabetes.dk
www.diabetes.dk
Telefontid:
Mandag til torsdag kl. 9-15, fredag kl. 9.30-14

Ansvarshavende redaktør

Lisbeth Maindal
30 58 43 76
lma@diabetes.dk

Art director

Ann-Britt Broström
ann@diabetes.dk

Annoncesalg

Søren Biune
sb@diabetes.dk, tlf. 41 91 88 45
Kim Thines
kim@diabetes.dk, tlf. 41 91 88 29

Tryk

Clausen Grafisk, Odense

Forside

Heidi Lundsgaard

*Redaktionen påtager sig ikke
ansvar for annoncerede produkter.*

*Artikler må kun gengives efter
aftale med redaktionen.*



Formål med Magasinet Diabetes Behandler

Magasinet Diabetes Behandler

er Diabetesforeningens faglige tidsskrift henvendt til alle grupper af fagfolk, der har med diabetes at gøre.

Behandlerne er en af de vigtigste indgange til, at mennesker med diabetes får de bedst mulige tilbud og behandling. Diabetes Behandler ønsker at være en brik i behandlernes indgang til viden om og kontakt med mennesker med diabetes og formidler ny viden om forskning og behandling inden for alle aspekter af diabetesbehandling.

Magasinet understøtter Diabetesforeningens arbejde

for et godt liv med diabetes og en fremtid uden.



