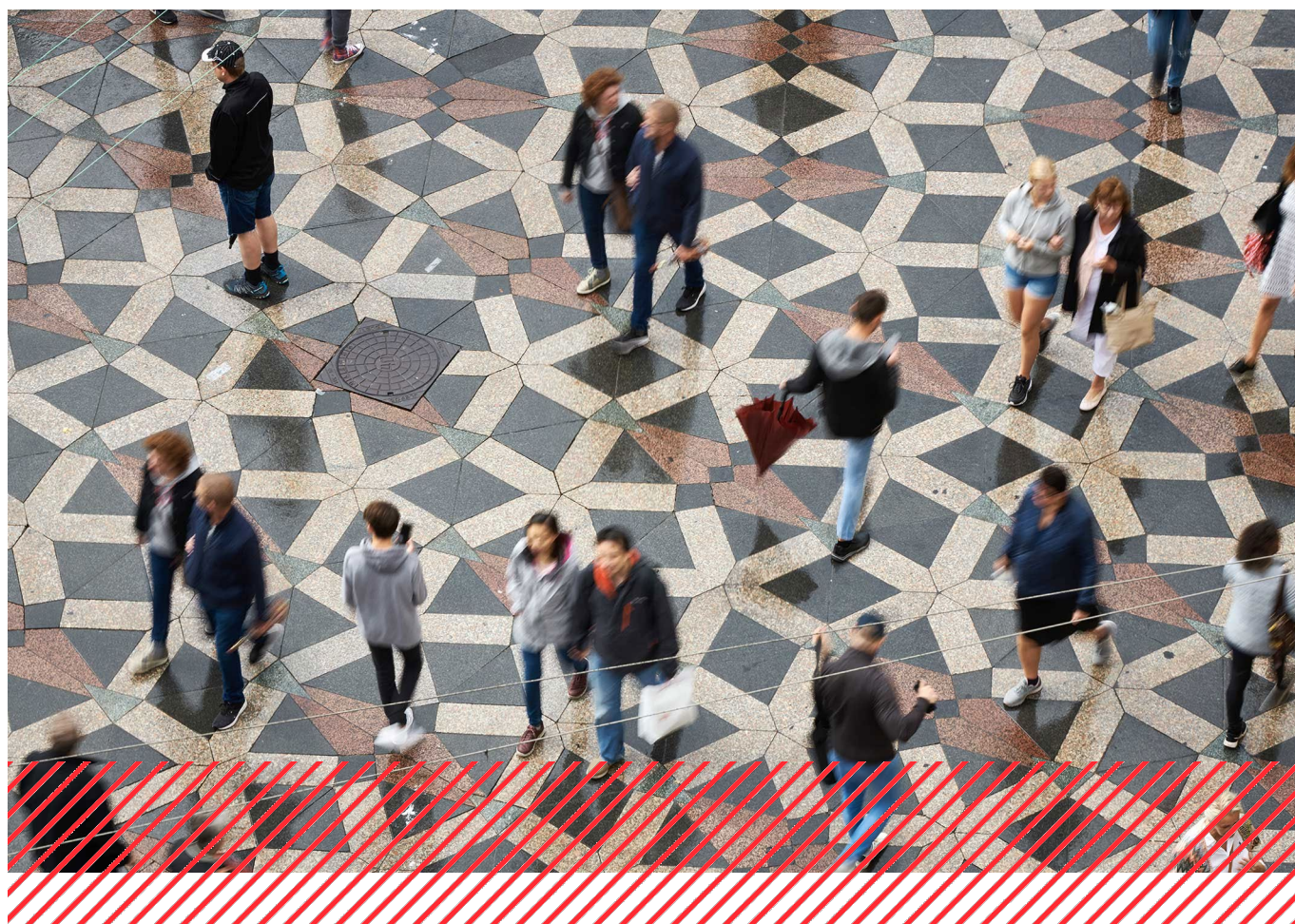


# Sårbarhed og diabetes

En litteraturgennemgang



Helle Max Martin og Emmy Hjort-Enemark Topholm

*Sårbarhed og diabetes – En litteraturgennemgang*

© VIVE og forfatterne, 2020

e-ISBN: 978-87-7119-783-9

Arkivfoto: Ricky John Molloy

Projekt: 301521

**VIVE – Viden til Velfærd**

**Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd**

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

[www.vive.dk](http://www.vive.dk)

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

## Forord

280.000 mennesker i Danmark lever med en diabetesdiagnose – 10 % med type 1-diabetes og 90 % med type 2-diabetes. Flere vil få type 2-diabetes i fremtiden.

Der er stor forskel på sygelighed og dødelighed som følge af diabetes i befolkningen. Sårbare mennesker får generelt diabetes tidligere i livet, får flere komplikationer og dør tidligere.

For at udvikle interventioner målrettet sårbare skal vi vide, hvem de er. Hvem er i risiko for at udvikle diabetes og hvorfor? Hvem har problemer med at håndtere deres diabetes i hverdagen? Hvor oplever de udfordringer i mødet med sundhedsvæsenet?

Denne rapport gennemgår den overvejende europæiske litteratur om, hvordan sårbare grupper kan identificeres, og rapporten viser en model for, hvordan udfordringerne relateret til sårbare og diabetes kan forstås. Dermed bidrager rapporten væsentligt til at skabe en vidensbase og en struktureret tilgang til arbejdet med sårbare personer med diabetes.

Rapporten er udarbejdet af VIVE på opdrag af Steno Diabetes Center Sjælland (SDCS). Repræsentanter fra SDCS har bidraget til at kvalificere søgestrategien og medvirket til drøftelse af centrale fund, ligesom VIVE og SDCS i samarbejde har udviklet den model for sårbarhed og diabetes, der præsenteres i rapporten.

Den endelige rapport er kvalitetssikret gennem internt review ved forsknings- og analysechef Pia Kürstein Kjellberg og seniorforsker Signe Boe Rayce, begge fra VIVE, samt ved eksternt review med to uafhængige forskere med klinisk og forskningsmæssig ekspertise inden for diabetes og sundhedstjenesteforskning.

*Pia Kürstein Kjellberg*  
Forsknings- og analysechef, VIVE Sundhed  
2020

*Peter Bindslev Iversen*  
Programchef for SDCS

# Indhold

Resumé .....	5
1 Indledning.....	10
1.1 Formål.....	10
1.2 Baggrund .....	10
1.3 Design.....	11
1.4 Læsevejledning.....	11
2 Metode .....	12
2.1 Fokus for litteraturgennemgangen.....	12
2.2 Litteratursøgningen .....	12
2.3 Inklusionskriterier .....	13
2.4 Udvælgelse af litteratur .....	14
2.5 Karakteristik af litteraturen .....	15
2.6 Behandling af litteraturen .....	15
3 Introduktion til de sårbare grupper .....	16
3.1 Risikofaktorer .....	16
3.2 Forbehold.....	17
3.3 Overblik over udvalgte publikationer.....	17
4 Sårbare grupper .....	19
4.1 Personer med etnisk minoritetsbaggrund .....	19
4.2 Personer med psykisk sygdom.....	26
4.3 Personer med multisygdom .....	29
4.4 Socialt udsatte .....	33
4.5 Unge med type 1-diabetes i overgangen fra ung til voksen .....	35
4.6 Personer med handicap.....	37
4.7 Delkonklusion.....	39
5 Mediatorer .....	40
5.1 Sundhedskompetence .....	40
5.2 Socialt netværk .....	42
5.3 Delkonklusion.....	44
6 Sammenfatning og konklusion.....	46
6.1 Hvem er de sårbare diabetespatienter? .....	46
6.2 Konklusion .....	51
Litteratur .....	53
Bilag 1 Søgedokumentation.....	63

# Resumé

VIVE har udarbejdet en litteraturgennemgang om sårbarhed på diabetesområdet for Steno Diabetes Center Sjælland (SDCS) med følgende fokus:

- Sårbare borgere med diabetes eller i risiko for at udvikle diabetes og de særlige forhold, der kendetegner deres helbredssituation i forhold til:
  1. udvikling af diabetes
  2. håndtering af diabetes
  3. mødet med sundhedsvæsenet.

Litteraturgennemgangen skal understøtte centerets fremtidige indsatser for sårbare borgere og patienter med diabetes.

## Metode

Litteraturgennemgangen er baseret på en søgning i internationale litteraturl databaser og på nordiske hjemmesider. Tidsperioden er afgrænset til perioden 2009-2019 for at begrænse mængden af litteratur og fokusere på nyere undersøgelser. Der er søgt efter danske og nord-europæiske studier, og den sproglige afgrænsning er engelsk og de skandinaviske sprog.

Gennemgangen inkluderer følgende typer af publikationer: videnskabelige artikler (originalstudier og reviews), rapporter fra nationale og internationale videnscentre, ph.d.-afhandlinger og myndighedsudgivelser. Både kvantitative, kvalitative og mixed method-studier er inkluderet.

Publikationerne skal opfylde alle tre nedenstående kriterier:

1. Omhandle type 1-diabetes eller type 2-diabetes eller prædiabetes eller graviditetsdiabetes
2. Omhandle mindst et af litteraturgennemgangens tre temaer: 1) risiko for at udvikle diabetes eller 2) håndtering af diabetes eller 3) mødet med sundhedsvæsenet
3. Omhandle sårbarhed.

I alt 111 studier er inkluderet. Derudover er inkluderet yderligere 36 publikationer som supplerende litteratur.

## De sårbare grupper

Litteraturen i denne søgning beskriver seks sårbare grupper:

- Personer med etnisk minoritetsbaggrund
- Personer med psykisk sygdom
- Personer med multisygdom
- Socialt udsatte
- Unge med type 1-diabetes i overgangen fra ung til voksen
- Personer med handicap.

De sårbare grupper er fremkommet som et resultat af den valgte litteratur. De publikationer, som opfylder inklusionskriterierne, er blevet inddelt i de seks grupper, som er konstitueret ved en bestemt risikofaktor, der gør dem sårbare i forbindelse med diabetes. De seks grupper er

brede og overordnede for at kunne rumme de inkluderede publikationer, hvilket også betyder, at der ikke er grupper i litteraturen, som er valgt fra. Litteraturgennemgangen beskriver de resultater, der gør sig gældende på tværs af den pågældende gruppe. Den sårbarhed, som viser sig i forhold til diabetes, er således et vilkår for hele gruppen – trods den variation, der er inden for den enkelte gruppe.

Følgende er en gennemgang af resultaterne af litteraturgennemgangen vedrørende de seks sårbare grupper.

#### *Personer med etnisk minoritetsbaggrund*

Litteraturgennemgangen peger på, at personer med etnisk minoritetsbaggrund har en forøget risiko for at udvikle diabetes på grund af arvelighed, livsstil og psykiske belastninger. De inkluderede udgivelser peger også på, at personer med etnisk minoritetsbaggrund oplever en række vanskeligheder med at håndtere diabetes, når de først har fået sygdommen, som dels vedrører kultur og religiøs praksis, dels sundhedskompetencer og manglende viden og støtte fra deres netværk. De har ofte svært ved at gennemføre og fastholde livsstilsændringer og udfordres af behandlingen i forbindelse med multisygdom. I kontakten med sundhedsvæsenet risikerer de at møde sproglige barrierer og stereotype forståelser af deres problemer, og de har ikke nødvendigvis ressourcerne til at afkode sundhedsfaglig information.

#### *Personer med psykisk sygdom*

Litteraturgennemgangen peger på en øget risiko for at udvikle diabetes og en høj forekomst af type 2-diabetes blandt personer med psykisk sygdom. Samtidig oplever personer med psykisk sygdom en række udfordringer med håndteringen af deres diabetes både i hverdagen og i mødet med sundhedsvæsenet, der kan gøre dem sårbare over for diabeteskomplikationer og vanskeliggøre deres behandlingsforløb. I perioder, hvor den psykiske sygdom fylder meget, kan den overskygge somatisk sygdom, eksempelvis diabetes, og flytte fokus fra egenomsorg og behandling. Psykisk sårbare unge med type 1-diabetes ser desuden ud til at have øget risiko for at udvikle spiseforstyrrelser og at bruge insulin i selvskadende adfærd. Også i samarbejdet med sundhedsprofessionelle kan psykisk sygdom tage fokus fra diabetesbehandlingen, samtidig med at den inkluderede litteratur peger på, at psykiatriske patienter oplever manglende diabeteskompetencer hos de sundhedsprofessionelle, som de kommer i kontakt med.

#### *Personer med multisygdom*

Den inkluderede litteratur giver ikke et klart billede af risikoen for diabetes, hvis man samtidig har andre sygdomme. Der ser ud til at være en forøget risiko for at udvikle type 2-diabetes for ældre, som har en usund livsstil og depressive symptomer. Mennesker med diabetes og andre samtidige sygdomme er udfordret på både deres fysiske og mentale ressourcer – særligt hvis sygdommene og deres behandling 'modarbejder' hinanden. De inkluderede udgivelser peger eksempelvis på en sammenhæng mellem diabetes, depression og demens, som kan udfordre egenomsorgen. En tilværelse med flere samtidige sygdomme stiller store krav til egenomsorg, behandling, viden og sundhedskompetence samt koordinering af mange kontakter med sundhedsvæsenet, som ikke altid er klædt godt på til at varetage disse behov. Dette kan forstærke en allerede eksisterende sårbarhed hos personer med multisygdom.

#### *Socialt udsatte*

De inkluderede publikationer, der belyser forekomsten af diabetes for socialt udsatte, indikerer, at hjemløse ikke har en højere risiko for at udvikle type 2-diabetes end den øvrige befolkning, men at manglende tilknytning til arbejdsmarkedet, fx i forbindelse med førtidspension, kan medføre en øget risiko for type 2-diabetes, formentlig som følge af en livsstil med bl.a. fysisk

inaktivitet og rygning. Den inkluderede litteratur peger også på, at de socialt udsatte oplever en række barrierer i håndteringen af diabetes i hverdagen og i mødet med sundhedsvæsenet, som knytter sig til en ofte turbulent eller usikker tilværelse, der tærer på kræfterne og fjerner opmærksomheden fra diabetes og den nødvendige egenomsorg og behandling. Samtidig er der en oplevelse af, at de sundhedsprofessionelle ikke altid møder de socialt udsatte med respekt eller har forståelse for de udfordringer, som de lever med, hvilket kan hæmme deres kontakt med sundhedsvæsenet.

#### *Unge med type 1-diabetes i overgangen fra ung til voksen*

At have en kronisk sygdom som ung betyder, at man adskiller sig fra andre unge. Litteraturgennemgangen peger på, at unge med type 1-diabetes ser ud til at være særligt sårbare i overgangen fra ung til voksen, hvor de selv i højere grad skal overtage ansvaret for deres behandling. Manglende viden og udfordringer med at bevare en sund livsstil, misbrug og den psykiske belastning, der følger af at have diabetes eller anden form for psykisk sårbarhed, kan hæmme de unges håndtering af deres diabetes. Støtte fra familie og sundhedsprofessionelle er af afgørende betydning for de unge. Endvidere ser det ud til, at de unge med type 1-diabetes ikke altid søger den relevante hjælp i sundhedsvæsenet.

#### *Personer med handicap*

Personer med handicap udgør en sårbar gruppe i forhold til sygdom og sundhed. Personer med handicap har op til 10 gange dårligere sundhedstilstand og dør tidligere end resten af befolkningen. Litteraturgennemgangen kan dog ikke entydigt pege på, om denne gruppe er i større risiko for at udvikle type 2-diabetes. Til gengæld kan denne gruppe opleve udfordringer med at håndtere deres diabetes, hvilket dels hænger sammen med komorbiditet og manglende viden om diabetes, dels forhold omkring støtte fra familien, boligforhold og kontakt med de sundhedsprofessionelle, der spiller ind i forhold til egenomsorg.

### **Mediatorer**

Litteraturgennemgangen beskriver to mediatorer – sundhedskompetence og socialt netværk – der kan påvirke risikofaktorer for diabetes, som de sårbare grupper lever med. Begge mediatorer kan forstærke eller afbøde sårbarhed i forhold til diabetes.

#### *Sundhedskompetence*

Sundhedskompetence er en væsentlig færdighed, når man skal tilegne sig viden og bruge den aktivt til at forbedre sit helbred. Lav sundhedskompetence går igen i flere af de sårbare grupper. Det bliver specifikt nævnt som en udfordring for personer med etnisk minoritetsbaggrund, multisygdom og handicap. Selvom der ikke er fundet artikler, der specifikt nævner sundhedskompetence hos personer med psykisk sygdom og socialt udsatte, er der andre studier, der indikerer, at disse grupper har lav sundhedskompetence. Lav sundhedskompetence er bl.a. knyttet til lav social position og socioøkonomisk status, hvor uddannelsesniveaue har den største betydning. Lav uddannelse er et kendetegn for flere af de sårbare grupper, som beskrives i denne rapport. Sårbare mennesker med lav sundhedskompetence, som i forvejen er udfordret på deres livsvilkår, har dermed dårligere forudsætninger for at mestre deres diabetes og har dertil sværere ved at opbygge en tillidsfuld relation til og kommunikere med de sundhedsprofessionelle, hvis opgave det er at hjælpe dem.

#### *Socialt netværk*

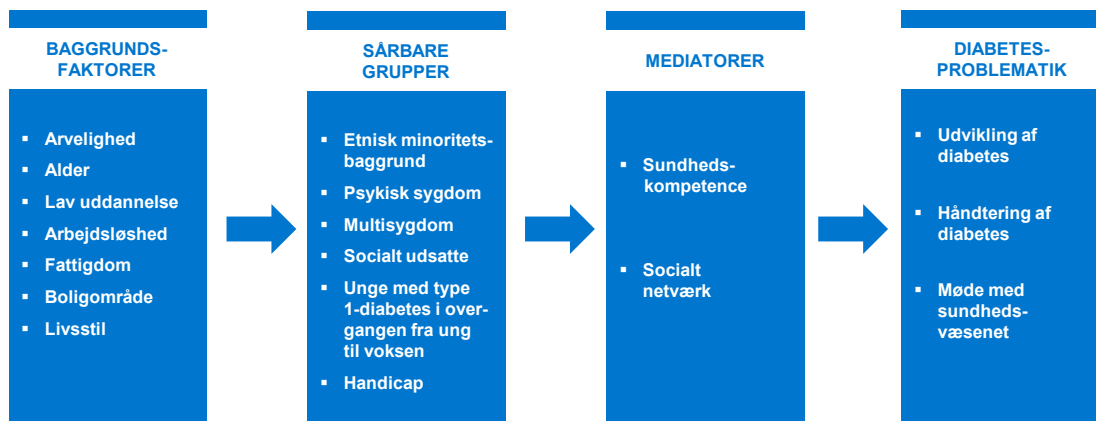
En persons sociale netværk består af relationer til andre mennesker, som giver mulighed for social støtte og kontrol samt udveksling af relevante sociale ressourcer som fx information og praktisk hjælp. Den inkluderede litteratur peger på, at socialt netværk – især familien – har

betydning for risikoen for at udvikle diabetes, bl.a. gennem samvær og fællesskab omkring kost, fysisk aktivitet osv. Endvidere har det betydning for, hvordan man som diabetespatient kan tilegne sig og fastholde en ændret livsstil og efterleve diabetesbehandlingen. Den inkluderede litteratur peger på, at unge med type 2-diabetes og socialt udsatte personer med etnisk minoritetsbaggrund eller psykisk sygdom har brug for social støtte fra det nære netværk samt fra de sundhedsprofessionelle, der er tilknyttet deres behandling, for at lykkes med egenomsorg i hverdagen. Mestring i forhold til risiko for sygdom og håndtering af sygdom formes i det sociale netværk – både det nære og det mere fjerne. Når familie og venner fx ikke kan se meningen med at afvige fra kulturelt forankrede kostvaner, bliver det svært for den person, der lever med type 2-diabetes, at gennemføre en livsstilsændring. Det betyder også, at manglende netværk – fx for ældre – kan forstærke sårbarheden. Sårbarhed kan således fastholdes, forstærkes eller afhjælpes i de miljøer, som man bevæger sig i.

### Konklusion

De sårbare grupper, som er beskrevet i dette kapitel, repræsenterer hver især en risikofaktor, som ifølge den inkluderede litteratur har betydning for enten udvikling af diabetes, håndtering af diabetes eller mødet med sundhedsvæsenet. Litteraturgennemgangen peger for det første på, at den enkelte gruppe typisk lever med flere risikofaktorer, der bidrager til deres sårbarhed i forhold til diabetes. Der er således et stort overlap mellem de seks sårbare grupper. For det andet er der en række baggrundsfaktorer, som ligger bag ved og går på tværs af de seks risikofaktorer. Lav uddannelse, lav indkomst og usund livsstil er de baggrundsfaktorer, der nævnes mest, men eksempelvis høj alder eller det at bo i et udsat boligområde bidrager også til sårbarhed. Baggrundsfaktorerne viser sig med forskellig styrke i de seks grupper. Disse baggrundsfaktorer skaber dårlige forudsætninger for at imødegå de særlige udfordringer, der følger med de risikofaktorer, som kendetegner grupperne. Sundhedskompetence og socialt netværk, som kan afbøde sårbarhed, knytter sig også til dette kompleks af risikofaktorer, således at sårbare personer ser ud til at have lavere sundhedskompetence og svagere socialt netværk. Sårbarhed i forhold til diabetes opstår som følge af en kombination af baggrundsfaktorer og risikofaktorer, der både skaber øget risiko for at udvikle diabetes og vanskeliggør håndteringen af diabetes og mødet med sundhedsvæsenet.

Følgende model blev udviklet på baggrund af litteraturgennemgangen. Den illustrerer, hvordan sårbarhed opstår i et samspil mellem sårbare grupper og baggrundsfaktorer, samt hvordan de to mediatorer påvirker, i hvilken grad sårbarheden viser sig i forhold til tre diabetesproblematikker. Modellen er udviklet i et samarbejde mellem VIVE og SDCS.





Med afsæt i litteraturgennemgangen peger VIVE på følgende opmærksomhedspunkter:

- Der er behov for at øge viden, styrke handlekompetence og evne til egenomsorg samt fastholde livsstilsændringer blandt sårbare diabetespatienter eller personer i risiko for at udvikle diabetes.
- Specifikt kan en understøttelse af sundhedskompetencer og socialt netværk være virkemidler i en indsats mod sårbarhed i forhold til diabetes.
- Sårbare personer kan have brug for hjælp til at løse andre problemer, før de kan fokusere på deres diabetes.
- Sårbare personer med diabetes kan have gavn af et skræddersyet behandlingsforløb, som i højere grad er tilpasset deres særlige behov og livsvilkår.
- Personer med psykisk sygdom, multisygdom og social udsathed efterspørger en mere helhedsorienteret tilgang, som kan håndtere flere samtidige sygdomme, og som tager hensyn til særlige udfordringer med at varetage behandling og egenomsorg.
- Socialt udsatte og personer med etnisk minoritetsbaggrund oplever stigmatisering fra sundhedsprofessionelle. En indsats for afstigmatisering blandt sundhedsprofessionelle, som behandler disse grupper, kan øge deres brug af relevante behandlingstilbud.
- Yderligere forskning kan med fordel undersøge de mekanismer, der ligger bag sammenhængen mellem risikofaktorer og sårbarhed i forhold til de tre diabetesproblematikker for at understøtte udviklingen af relevante indsatser til sårbare grupper.

# 1 Indledning

## 1.1 Formål

SDCS har rekvireret en gennemgang af litteraturen om sårbarhed på diabetesområdet. Centeret har ønsket følgende emner belyst:

- Sårbare borgere med diabetes eller i risiko for at udvikle diabetes og de særlige forhold, der kendetegner deres helbredssituation i forhold til:
  1. Udvikling af diabetes
  2. Håndtering af diabetes
  3. Mødet med sundhedsvæsenet.

Litteraturgennemgangen skal bidrage til at styrke det forskningsbaserede vidensgrundlag, som SDCS er i gang med at bygge op. Det skal understøtte centerets fremtidige indsatser for sårbare borgere og patienter med diabetes.

## 1.2 Baggrund

Baggrunden for VIVEs litteraturgennemgang er den stigende forekomst af diabetes, der rammer socialt skævt (1). Antallet af personer med diabetes er fordoblet i de sidste 20 år. Fordoblingen vedrører type 2-diabetes, mens tallene for type 1-diabetes er stabile (2)<sup>1</sup>. Flere borgere forventes at udvikle type 2-diabetes i fremtiden, og udgifterne til behandling og pleje optager allerede nu en stor andel af ressourcerne i sundhedsvæsenet (4).

Der er stor social ulighed i forekomsten og konsekvenserne af især type 2-diabetes. Et dansk studie finder, at patienter med høj uddannelse fra diagnostidspunktet har 14 % lavere risiko for at udvikle mindre komplikationer end højtuddannede. Højtuddannede patienter har også 10 % lavere risiko for at udvikle de svære komplikationer. Endelig har de højtuddannede 26 % lavere risiko for at dø tidligt (1).

Der er politisk ønske om at reducere ulighed i sundhed, og indsatser målrettet diabetes omfatter bl.a. at styrke forebyggelse og tidlig opsporing af diabetes samt tilbyde behandling, der er målrettet den enkelte patient (2). Region Sjælland er en af de regioner, der arbejder for at udligne den sociale ulighed i sundhed. Sundhedsprofilen 2017 for Region Sjælland dokumenterer, at forekomsten af kronisk sygdom, herunder diabetes og svær overvægt, er steget i regionen siden 2013, og at helbred og trivsel generelt er dårligst blandt borgere med kort uddannelse, borgere uden arbejde og borgere med ikke-vestlig baggrund. Sundhedsprofilen viser endvidere, at den sociale ulighed også slår igennem på kommuneniveau, hvor sygdomsforekomsten med enkelte undtagelser ligger højere i de socioøkonomisk udfordrede kommuner og lavere i de bedre stillede kommuner (5). SDCS spiller en central rolle i Region Sjællands arbejde for at forebygge diabetes og styrke diabetesbehandlingen til sårbare grupper, således at de borgere, der har det største behov, får den indsats, der hjælper dem bedst muligt.

---

<sup>1</sup> Der ses dog en uforklarlig stigning i type 1-diabetes blandt børn og unge (3).

### 1.3 Design

Rapporten bygger på en litteratursøgning i internationale litteraturdatabaser og på relevante hjemmesider, som indeholder information om rapportens tema. Litteraturgennemgangen inddrager videnskabelig og grå litteratur for at opnå den bredest mulige indsigt i relevant forskning og analyser, der udpeger sårbare grupper med diabetes eller grupper i risiko for at udvikle diabetes.

Der blev nedsat en referencegruppe med to repræsentanter for SDCS samt en konsulent med ekspertviden om diabetes og sundhedsfremme, som også er tilknyttet centeret. Referencegruppens opgave var at bidrage med viden om diabetes og SDCS' arbejde med sårbare borgere og patienter samt bidrage til at sætte retningen for litteraturgennemgangen. VIVE og referencegruppen har afholdt tre møder med henblik på at kvalificere udformningen af litteratursøgningen og drøfte foreløbige resultater. Endvidere har referencegruppen haft mulighed for at kommentere på rapporten. Modellen for, hvordan sårbarhed påvirker udvikling og håndtering af diabetes og mødet med sundhedsvæsenet, er udviklet i samarbejde mellem VIVE og referencegruppen.

### 1.4 Læsevejledning

Kapitel 2 beskriver den litteratursøgning, som VIVE har gennemført. Her præsenteres udviklingen af søgestrategi, inklusions- og eksklusionskriterier samt udvælgelsesprocessen.

Kapitel 3 definerer centrale begreber og beskriver, hvordan de sårbare grupper er blevet afgrænset.

Kapitel 4 gennemgår litteraturen om de sårbare grupper med fokus på, hvordan sårbarhed slår igennem i forhold til udvikling af diabetes, håndtering af diabetes og mødet med sundhedsvæsenet.

Kapitel 5 gennemgår litteraturen om to mediatorer, som kan forstærke eller afbøde sårbarhed i diabetes.

Kapitel 6 diskuterer og sammenfatter resultaterne af litteraturgennemgangen.

## 2 Metode

I dette kapitel beskriver vi emnet for litteraturgennemgangen, og hvordan den inkluderede litteratur er fremsøgt, udvalgt og behandlet.

### 2.1 Fokus for litteraturgennemgangen

#### 2.1.1 Sårbarhed

Litteraturgennemgangen tager udgangspunkt i Den Danske Ordbogs definition af ordet sårbar, dvs. som er let at gøre at gøre ked af det eller skade psykisk eller fysisk, eller som let kan angribes, rammes eller ødelægges (6). Sårbarhed kan oversættes til det engelske udtryk '*vulnerable*', som anvendes lidt forskelligt i den internationale litteratur. Det kan have samme betydning som det danske sårbarhed, men kan også referere mere snævert til befolkningsgrupper, der er direkte udsat for diskrimination, vold eller andre former for overgreb (7). Derfor har vi inkluderet andre overordnede begreber i søgningen, som også udtrykker sårbarhed, fx marginalisering, udsathed mv. Endelig har vi inkluderet kendte risikofaktorer for sårbarhed i forhold til sygdom og sundhed. Her har vi taget udgangspunkt i SDCS' afgrænsning af sårbarhed samt litteratur fra en pilotsøgning (2, 8-10). Disse faktorer omfatter bl.a. biologiske, psykiske, fysiske, sociale, kulturelle og økonomiske forhold, der kan have negativ betydning for den enkeltes helbred og livsvilkår, fx psykisk sygdom, misbrug og multisygdom (se søgedokumentationen i Bilag 1). Denne tilgang understøtter, at den fremsøgte litteratur både dækker de grupper, som vi allerede ved er sårbare, og samtidig giver mulighed for at pege på nye grupper.

#### 2.1.2 De tre temaer

Tema 1: Udvikling af diabetes er afgrænset til litteratur, der belyser, hvilke forhold der i særlig grad har betydning – enten hver for sig eller i kombination – for at udvikle diabetes. Disse forhold kan være relateret til eksempelvis adfærd, viden, demografi og genetik.

Tema 2: Håndtering af diabetes omfatter litteratur, der belyser, hvordan personer med en diabetesdiagnose forsøger at tilpasse sig en hverdag med sygdommen og bevare et godt helbred. Temaet omfatter også forudsætninger for at handle kompetent i forhold til sit helbred og behandling og om socialt eller kulturelt betingede adfærds- og samværsformer.

Tema 3: Mødet med sundhedsvæsenet omfatter litteratur, der belyser kontakten mellem sundhedsprofessionelle og sårbare personer med diabetes omkring deres diabetesforløb. Temaet omfatter erfaringer med og holdninger til interaktionen på både patient- og behandlerside.

### 2.2 Litteratursøgningen

Litteratursøgningen blev indledt med en pilotsøgning, som blev brugt til at generere relevante søgeord, afklare inklusions- og eksklusionskriterier samt identificere relevante litteraturdatabaser og hjemmesider. På baggrund af pilotsøgningen blev den endelige strategi for søgningen udformet (se søgedokumentationen i Bilag 1).

Der blev søgt efter forskningslitteratur i følgende litteraturdatabaser og hjemmesider:

**Tabel 2.1** Afsøgte litteraturdatabaser og hjemmesider, 2009-2019

Internationale databaser	Nordiske databaser
Medline Embase Cochrane Reviews (via Medline og Embase) Academic Search Premier Sociological Abstracts SocIndex Dissertation Abstracts Web of Science	Danbib ORIA NORA Libris Swepub Svemed+
Danske hjemmesider	Norske hjemmesider
Diabetesforeningen Videnscenter for Diabetes Socialstyrelsen Sundhedsstyrelsen	Diabetesforbundet Folkehelseinstituttet Helsedirektoratet
Svenske hjemmesider	
Folkhälsomyndigheten Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering (SBU) Socialstyrelsen FoU Velfärd Svenska Diabetesförbundet	

Tidsperioden er afgrænset til 2009-2019 for at begrænse mængden af litteratur og fokusere på nyere undersøgelser.

Der er søgt efter danske og nordeuropæiske studier, og den sproglige afgrænsning er engelsk og de skandinaviske sprog.

## 2.3 Inklusionskriterier

### 2.3.1 Typer af publikationer

Gennemgangen inkluderer følgende typer af publikationer:

- Videnskabelige artikler (originalstudier og reviews)
- Rapporter fra nationale og internationale videnscentre
- Ph.d.-afhandlinger
- Myndighedspublikationer.

Der er ingen metodologiske afgrænsninger. Kvantitative, kvalitative og mixed method-studier er inkluderet, hvis alle inklusionskriterier er opfyldt. Den brede tilgang er valgt ud fra en forventning om, at forskellige metodiske tilgange vil dominere de tre temaer, fx kvantitative studier om risikoen for at udvikle diabetes og en mere metodologisk blandet litteratur om Tema 2 og 3.

### 2.3.2 Geografi

Den geografiske afgrænsning var studier baseret på data fra de europæiske lande. Denne afgrænsning blev foretaget ud fra en antagelse om, at der er fællestræk ved de europæiske befolkninger og sundhedsvæsener, og at resultaterne kan være relevante i en dansk kontekst. Publikationer baseret på data fra andre lande er ekskluderet.

### 2.3.3 Publikationernes indhold

Publikationerne skal opfylde alle tre nedenstående kriterier:

1. Omhandle type 1-diabetes eller type 2-diabetes, prædiabetes eller graviditetsdiabetes
2. Omhandle mindst et af litteraturgennemgangens tre temaer: 1) risiko for at udvikle diabetes eller 2) håndtering af diabetes eller 3) mødet med sundhedsvæsenet
3. Omhandle sårbarhed.

Publikationer, der ikke opfylder alle tre kriterier, er ikke inkluderet i denne gennemgang.

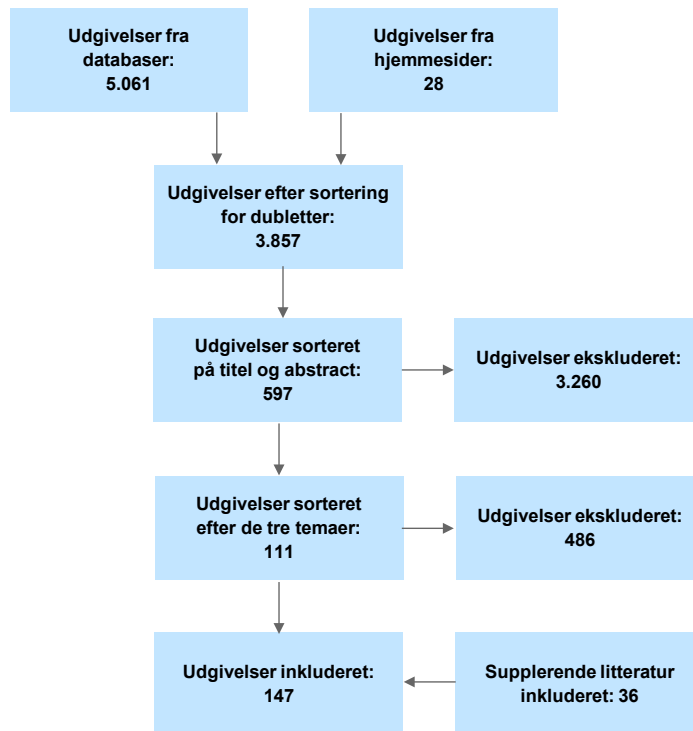
## 2.4 Udvalgelse af litteratur

Den samlede søgning generede i alt 3.857 fund. De identificerede publikationer blev screenet ad to omgange. Første screening blev baseret på titel og abstract og udført i henhold til inklusionskriterierne. Denne screening blev foretaget af projektets analytiker. Anden screening var en gennemgang af de artikler, som blev valgt ud i den første screening. Denne screening var baseret på fuld tekst i henhold til inklusionskriterierne. Screeningen blev udført af projektets analytiker og projektlederen. Input fra projektets følgegruppe gav en anledning til en søgning i de samlede fund på specifikke risikofaktorer. Disse artikler blev fuldttekstscreenet i henhold til inklusionskriterierne. Der blev inkluderet i alt 111 studier.

Supplerende litteratur: Der er inddraget yderligere 36 studier, som er fremsøgt manuelt, bl.a. via referencer i de publikationer, der er fundet ved den systematiske søgning. Enkelte af disse er publiceret før 2009 og vedrører forhold uden for Europa. De supplerende publikationer er inkluderet, fordi vi har vurderet, at de giver et vigtigt bidrag til at belyse baggrunden for et givent tema. De anvendes primært i opsamlingen for de enkelte temaer samt i kapitel 6.

Figur 2.1 giver et overblik over søgningen og udvælgelsesprocessen.

**Figur 2.1** Overblik over søgning og udvælgelsesproces



## 2.5 Karakteristik af litteraturen

Publikationerne om udvikling af diabetes er primært epidemiologiske, som enten undersøger udviklingen af prædiabetes eller diabetes i en udvalgt population med særlige karakteristika over en bestemt periode, eller som sammenligner forekomsten af diabetes hos en udvalgt population med baggrundsbefolkningen. Der er primært fokus på risikoen for type 2-diabetes, mens der er langt færre artikler om type 1-diabetes. Dette skyldes formentlig, at type 2-diabetes er forebyggelig, hvilket ikke er tilfældet for type 1-diabetes.

Publikationerne om håndtering af diabetes og mødet med sundhedsvæsenet omfatter både kvalitative og kvantitative studier. De kvalitative studier undersøger fx sårbare personers forståelse af diabetes eller erfaringer med at møde de sundhedsprofessionelle. De kvantitative studier dokumenterer eksempelvis anvendelsen af sundhedsydelse eller forekomsten af senfølger til diabetes.

## 2.6 Behandling af litteraturen

Grundet materialets omfang beskriver vi hovedkonklusionerne i de forskellige studier og går ikke i detaljer med eventuelle andre fund. Inden for rammen af denne litteraturgennemgang har det ikke været muligt at kvalitetsvurdere de inkluderede studier.

## 3 Introduktion til de sårbare grupper

Litteraturen i denne søgning beskriver seks sårbare grupper:

- Personer med etnisk minoritetsbaggrund
- Personer med psykisk sygdom
- Personer med multisygdom
- Socialt udsatte
- Unge med type 1-diabetes i overgangen fra ung til voksen
- Personer med handicap.

De sårbare grupper er fremkommet som et resultat af den valgte litteratur. De publikationer, som opfylder inklusionskriterierne, er blevet inddelt i de seks grupper, som er konstitueret ved en bestemt risikofaktor, der gør dem sårbare i forbindelse med diabetes. De seks grupper er brede og overordnede for at kunne rumme de inkluderede publikationer, hvilket også betyder, at der ikke er grupper, der har vist sig i litteraturen, som er valgt fra. De sårbare grupper omfatter flere mulige undergrupper, som kunne belyses for sig for at få mere detaljeret indsigt i de specifikke forhold, der gør sig gældende for dem. Som eksempel kan nævnes etnisk minoritetsbaggrund eller psykisk sygdom, som også kunne inddeles efter etnisk gruppe eller psykiatrisk diagnose. Formålet med denne litteraturgennemgang er dog at give et mere overordnet billede, og den beskriver de resultater, der gør sig gældende på tværs af den pågældende gruppe. Den sårbarhed, som viser sig i forhold til diabetes, er således et vilkår for hele gruppen – trods den variation der er inden for den enkelte gruppe. En enkelt gruppe omhandler en særlig problematik – de unge med type 1-diabetes i overgangen fra ung til voksen. Denne er inkluderet, fordi et større antal artikler peger på sårbarheden i denne gruppe.

### 3.1 Risikofaktorer

Denne rapport anvender en bred definition af begrebet risikofaktor som en faktor eller et forhold, der kan have negativ betydning for den enkeltes helbred og livsvilkår. Risikofaktorer er eksempelvis genetiske, biologiske, psykiske, fysiske, sociale, kulturelle og økonomiske forhold. Risikofaktorer skal ikke forstås isoleret fra hinanden, men må ses som indbyrdes afhængige og forbundne på flere niveauer.

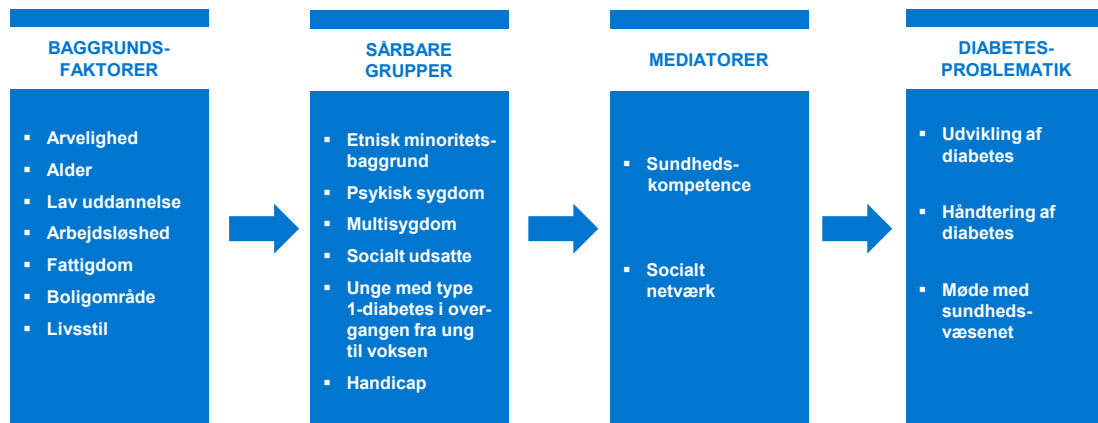
Den inkluderede litteratur omhandler et stort antal risikofaktorer, som blev inddelt i tre typer for at illustrere, hvordan de bidrager til sårbarhed i forhold til diabetes: 1) den sårbare gruppe lever med et forhold, der udgør en risikofaktor i sig selv (fx etnisk minoritetsbaggrund), 2) baggrundsfaktorer (fx lav socioøkonomisk status) ligger bagved de sårbare grupper og kan i samspil og i varierende grad påvirke den sårbare gruppe, 3) mediatorer (fx sundhedskompetence) som kan forstærke eller afbøde effekten af, hvor kraftigt de øvrige risikofaktorer slår igennem over for de tre diabetesproblematikker.

Baggrundsfaktorer og mediatorer blev identificeret ved, at de dels blev nævnt i publikationerne om de sårbare grupper, dels i publikationer, der ikke havde fokus på en bestemt sårbar gruppe, men mere bredt beskæftigede sig med deres betydning for de tre temaer.

Risikofaktorerne kan øge risikoen for sygdom og påvirke den enkeltes forudsætninger for at varetage sit helbred eller sin sygdom og få adgang til hjælp i sundhedsvæsenet. Det er her, sårbarheden ligger.



Nedenstående model viser, hvordan sårbarhed opstår i et samspil mellem sårbare grupper og baggrundsfaktorer, samt hvordan de to mediatorer påvirker, i hvilken grad sårbarheden viser sig i forhold til tre diabetesproblematikker. Modellen er udviklet på baggrund af de inkluderede publikationer og i samarbejde med referencegruppen fra SDCS.



### 3.2 Forbehold

Afgrænsningen af de sårbare grupper i denne rapport giver ikke anledning til at antage, at eksempelvis alle personer med etnisk minoritetsbaggrund er i risiko for få type 2-diabetes, eller at alle unge med type 1-diabetes er sårbare i overgangen til voksenlivet. Afgrænsningen af grupperne afspejler vægtningen i de inkluderede publikationer. Det betyder også, at rapporten ikke nødvendigvis giver et komplet billede af, hvem der er sårbare i forbindelse med diabetes. Der kan være andre sårbare personer med diabetes eller i risiko for udvikle diabetes, som ikke er beskrevet her. Endelig er der ikke det samme antal publikationer for hver gruppe (se Tabel 3.1). Det er vigtigt at påpege, at fordelingen af publikationerne ikke afspejler graden af sårbarhed hos de forskellige grupper, men afspejler en forskningsmæssig interesse.

### 3.3 Overblik over udvalgte publikationer

Tabel 3.1 viser, hvordan de inkluderede publikationer fordeler sig på henholdsvis sårbare grupper, mediatorer og undersøgelsens tre temaer. Enkelte publikationer omhandler flere temaer og optræder derfor flere gange. Beskrivelsen af grupperne i kapitel 4 følger nedenstående rækkefølge.

**Tabel 3.1** Publikationernes fordeling på sårbare grupper, mediatorer og undersøgelsens tre temaer

	Udvikling af diabetes	Håndtering af diabetes	Mødet med sundhedsvæsenet	I alt
<b>Gruppe</b>				
Personer med etnisk minoritetsbaggrund	14	16	4	34
Personer med psykisk sygdom	9	8	3	20
Personer med multisygdom	3	12	3	18
Socialt udsatte	5	3	3	11
Unge med type 1-diabetes	–	6	1	7
Personer med handicap	3	3	–	6
<b>Mediator</b>				
Sundhedskompetence	–	6	1	7
Socialt netværk	6	2	–	8

## 4 Sårbare grupper

I dette kapitel beskriver vi de seks sårbare grupper, der er fundet publikationer om i litteratursøgningen. Vi gennemgår hver enkelt gruppe og beskriver, hvad litteraturen viser om de tre temaer:

- Udvikling af diabetes
- Håndtering af diabetes
- Mødet med sundhedsvæsenet.

### 4.1 Personer med etnisk minoritetsbaggrund

Personer med etnisk minoritetsbaggrund defineres som ikke-vestlige indvandrere og flygtninge og deres efterkommere. De største etniske grupper i Danmark (og mange andre europæiske lande) kommer fra Tyrkiet, Mellemøsten (Syrien, Irak og Iran) samt Bosnien-Hercegovina i det tidligere Jugoslavien (11). Der er fundet i alt 34 relevante publikationer om personer med etnisk minoritetsbaggrund og de tre temaer i denne søgning.

#### 4.1.1 Udvikling af diabetes

14 publikationer beskriver risikoen for at udvikle diabetes for personer med etnisk minoritetsbaggrund. Publikationerne beskæftiger sig med type 2-diabetes, type 1-diabetes og graviditetsdiabetes. Grundet antallet af publikationer i dette afsnit har vi inddelt teksten efter de tre nævnte diagnoser.

##### **Type 2-diabetes**

Bennet beskriver en øget risiko for diabetes blandt ikke-vestlige indvandrere, som tilskrives arvelighed og epigenetik, svære socioøkonomiske vilkår og livsstil (12). I en kohorte med henholdsvis svenske og irakiske mænd og kvinder mellem 30 og 75 år finder Bennet et al. en dobbelt så høj prævalens af type 2-diabetes blandt de irakiske deltagere. Den højere prævalens kan tilskrives større taljemål og familiehistorie, men også mellemøstlig baggrund som uafhængig risikofaktor for diabetes (13). Bennet, Lindblad & Franks beskriver endvidere, at immigranter fra Mellemøsten får diabetes 6-7 år tidligere og oftere før 55 års-alderen sammenlignet med baggrundsbefolkningen i Sverige (14).

Et hollandsk studie finder en højere prævalens af diabetes blandt tyrkiske (5,6 %) og marokkanske (8 %) immigranter sammenlignet med den øvrige befolkning i Amsterdam (3,1 %). Forskellen kan ikke alene forklares ved risikofaktorer relateret til demografi og livsstil. Dette studie finder også, at immigranter med tyrkisk eller marokkansk baggrund får diabetes i en yngre alder end etniske hollændere. Studiet skelner ikke mellem type 1- og type 2-diabetes (15).

Et andet hollandsk studie finder en højere prævalensrate for diabetes<sup>2</sup> blandt asylansøgere mellem 20 og 79 år, som ankom til Holland fra 2000-2008, end i referencebefolkningen – 1,85 og 2,46 for henholdsvis mandlige og kvindelige asylansøgere. Incidensraten var også højere i hele perioden. Prævalensen var særlig høj hos asylansøgere fra Somalia, som også var i højere risiko for at udvikle diabetes. Studiet anfører mulige årsager som genetisk disposition,

---

<sup>2</sup> Artiklen nævner ikke, om der er tale om type 1- eller type 2-diabetes.

forhold tidligt i livet (early life exposures), sult i barndommen, store socioøkonomiske forandringer, stress, depression og andre psykiske belastninger samt livsstil i værtslandet (16).

Resultaterne af et kvalitativt studie peger på, at etniske grupper med sydasiatisk baggrund i England har etableret en livsstil i forhold til kost og fysisk aktivitet, der øger risikoen for type 2-diabetes i samspil med epigenetiske mekanismer. Forfatteren peger på, at sundhedsrelateret adfærd og madvaner er knyttet til etnisk identitet, men samtidig kan ændre sig over tid og generationer og integrere adfærd og kost fra værtslandet (17).

Flere studier peger på en sammenhæng mellem psykisk sygdom og type 2-diabetes blandt etniske minoritetsgrupper: Et tværnsnitsstudie af data fra over 500.000 patienter hos praktiserende læger i London finder, at den relative risiko for at udvikle type 2-diabetes er forøget for alle etniske grupper med svær psykisk sygdom. Studiet finder også, sammenhængen mellem type 2-diabetes og svær psykisk sygdom er mere udtalt i etniske minoritetsgrupper – personer fra Indien, Pakistan og Bangladesh, end blandt etniske briter (18). Agyemang et al. finder en sammenhæng mellem posttraumatisk stresssyndrom (PTSD) og diabetes blandt asylansøgere i Holland. Personer med PTSD havde en højere forekomst af type 2-diabetes sammenlignet med personer uden PTSD. Forfatterne foreslår følgende faktorer som forklaring på den højere forekomst af diabetes blandt personer med PTSD: stress i forbindelse med PTSD og migration samt usund livsstil såsom fysisk inaktivitet, rygning og dårlig kost (19).

Flere studier peger på, at det at bo i et udsatte boligområde kan påvirke risikoen for at få type 2-diabetes – især blandt personer med etnisk minoritetsbaggrund. White et al. finder i et svensk registerstudie, at flygtninge, der kom til Sverige i perioden 1987-1991 og blev placeret i udsatte boligområder, havde en højere risiko for at udvikle type 2-diabetes end flygtninge placeret i mindre udsatte boligområder (20). Nosrati et al. finder i et registerstudie, at forekomsten af diabetes også hænger sammen med organiseringen af byrummet og tilgængelighed af sundhedsrelaterede ressourcer, herunder sunde fødevarer. Forekomsten af diabetes i Oslo er omtrent 60 % højere i udsatte boligområder med mange beboere af ikke-vestlig baggrund, og 30 % højere, hvis man bor i et område med en høj koncentration af fast food-butikker og lav tilgængelighed af sunde fødevarer og træningsfaciliteter (21). Et engelsk studie undersøger, om der er en sammenhæng mellem antallet af fastfood-butikker i boligområder og forekomsten af type 2-diabetes blandt beboerne. Studiet finder et højt antal af fastfood-butikker i udsatte boligområder og boligområder med mange etniske minoritetsgrupper sammenlignet med mindre udsatte boligområder. Studiet finder også, at flere fastfood-butikker kan øge risikoen for type 2-diabetes og overvægt blandt beboerne i udsatte boligområder (22).

To studier peger på, at børn af etniske minoritetsgrupper er i særlig høj risiko for at udvikle type 2-diabetes:

Goff beskriver i et review, at prævalensen af type 2-diabetes er højere i etniske minoritetsgrupper i England (UK), at sygdommen rammer tidligere, og at børn i disse grupper er særligt udsatte for at udvikle type 2-diabetes, formentlig på grund af overvægt (23). Et andet engelsk studie finder, at to tredjedele af børn diagnosticeret med type 2-diabetes i England og Wales kommer fra ikke-vestlige etniske grupper og er piger i teenagealderen. Knap halvdelen af disse børn bor i de fattigste områder af England og Wales (24). Ydermere ses dårligere glykæmisk kontrol hos børn, som kommer fra en blandet etnisk baggrund (25).

### **Type 1-diabetes**

Hvor børn af ikke-europæiske forældre er i større risiko for at udvikle type 2-diabetes, gør det modsatte sig gældende for type 1-diabetes.

Et kohortestudie, der undersøger sammenhængen mellem incidens for type 1-diabetes hos børn og unge og deres oprindelsesland samt forældrenes oprindelsesland og uddannelse, finder en lavere incidens af type 1-diabetes blandt børn af immigranter sammenlignet med børn født i Sverige. Det konkluderes, at miljøfaktorer spiller en vigtig rolle for udviklingen af type 1-diabetes (26).

Et registerstudie undersøger type 1-diabetes hos børn, hvis forældre er født i Sverige, og børn, som er adopterede, eller hvis forældre er immigranter. Studiet finder en lavere risiko for type 1-diabetes hos alle børn med forældre født uden for Sverige (undtagen Finland). Dette peger på en etnisk betinget genetisk heterogenitet i forhold til type 1-diabetes (27). Et andet studie viser også, at det at blive født i Sverige af forældre, der er immigreret fra lav-incidensområder, øger risikoen for type 1-diabetes hos børn sammenlignet med børn, der er immigreret med deres forældre fra i lav-incidensområder. Lav-incidensområder er afgrænset til det sydlige og østlige Asien, Østeuropa og Latinamerika. Forfatterne konkluderer, at eksponeringer under graviditeten eller i den tidlige barndom udgør en risikofaktor for type 1-diabetes (28).

### **Graviditetsdiabetes**

Flere studier omhandler kvinder med anden etnisk baggrund og graviditetsdiabetes. Jeppesen et al. finder, at prævalensen af graviditetsdiabetes er højere blandt immigranter og efterkommere af immigranter end blandt etnisk danske kvinder (29). Et systematisk litteraturreview og metaanalyse af 24 forskningsartikler finder, at kvindelige migranter generelt har en forhøjet risiko for at udvikle graviditetsdiabetes sammenlignet med kvinder i modtagerlandene, men finder ikke en klar forklaring på dette forhold. Der efterlyses forskning, som er metodisk og begrebsmæssigt sammenlignelig, og som udforsker dette spørgsmål (30). Også et svensk registerstudie finder, at kvindelige migranter fra Syrien, Irak, Somalia, Eritrea og Afghanistan har højere risiko for at udvikle graviditetsdiabetes end kvinder født i Sverige (31).

Sammenfattende finder de inkluderede publikationer en højere forekomst af type 2-diabetes hos etniske minoriteter, når de ankommer til europæiske værtslande som flygtninge eller immigranter. Befolkningsgrupper med anden etnisk baggrund, som er bosiddende i Europa, er også i højere risiko for at udvikle type 2-diabetes end baggrundsbefolkningen. Der ses også en øget risiko for graviditetsdiabetes blandt kvinder med især arabisk baggrund sammenlignet med etnisk europæiske kvinder. De årsager, der nævnes i artiklerne, er dels genetiske, dels relateret til livsstil, lav socioøkonomisk status og psykiske lidelser. Følgende risikofaktorer for type 2-diabetes beskrives i artiklerne:

- Arvelig disponering for type 2-diabetes, især ved mellemøstlig baggrund
- Lav socioøkonomisk status
- Livsstil, herunder madvaner, som både er kulturelt og lokalt betingede
- Psykiske belastninger og psykisk sygdom, herunder PTSD
- Fattigdom
- Udsatte boligområder, herunder lav tilgængelighed af sunde fødevarer og træningsfaciliteter.

De inkluderede publikationer finder en lavere forekomst af type 1-diabetes blandt børn med etnisk minoritetsbaggrund.

#### 4.1.2 Håndtering af diabetes

10 artikler omhandler håndteringen af type 2-diabetes blandt personer med etnisk minoritetsbaggrund, fem artikler omhandler håndteringen af type 1-diabetes, og en artikel omhandler håndteringen af graviditetsdiabetes.

##### **Type 2-diabetes**

I en interviewundersøgelse med kvinder, som var immigreret til Norge fra Pakistan, oplyste en tredjedel, at de havde dårligt helbred, og 71 % at de havde udviklet makrovaskulær komorbiditet, dvs. komplikationer i de store blodkar i form af blodpropper i hjerte og hjerne. En tredjedel af kvinderne var analfabeter trods det, at de havde boet gennemsnitligt 28,7 år i Norge. Størstedelen rapporterede, at de var fysisk inaktive, ikke overholdt kostanvisninger og gennemførte religiøs faste. En tredjedel kunne ikke selv måle blodsukker (32).

Sygdomsforståelse, viden og egenomsorg i forhold til diabetes varierer også blandt etniske grupper i England. Abubakari et al. gennemførte en spørgeskemaundersøgelse blandt etniske briter samt grupper med afrikansk og caribisk baggrund. Etniske briter havde mere viden om diabetes end de øvrige grupper, som i højere grad så diabetes som en godartet sygdom, der kan kureres. Uddannelse havde indflydelse på vidensniveauet. Deltagere med afrikansk baggrund levede i højere grad op til anbefalinger om egenomsorg end deltagere med afrikansk og caribisk baggrund (33). I et narrativt review finder Patel et al. dog, at etniske minoritetsgrupper i England – primært fra Sydasiens – har en god forståelse af diabetes og relaterede risikofaktorer. Til gengæld er viden om behovet for fysisk aktivitet begrænset, og kostvanerne varierer. Barrierer for livsstilsændringer inkluderer sprogbarrierer, fokus på arbejde frem for fysisk aktivitet, kulturel praksis omkring madlavning og kost og en alternativ forståelse af den sunde krop. For kvinder havde kulturelt funderede kønsopfattelser betydning for fysisk aktivitet, herunder en forventning om, at kvinder primært skal være i hjemmet (34).

De Graft Aikins beskriver i et kvalitativt studie, at der blandt afrikanske migranter fra Ghana, som befinder sig i forskellige lande i Europa, er viden om, at type 2-diabetes er en alvorlig kronisk sygdom, og nogen viden om strategier til at forebygge diabetes og diabeteskomplikationer. Denne viden var dog ikke så omfattende og blev suppleret af andre teorier om psykosociale og overnaturlige årsager til diabetes, samt en tro på behandling baseret på plantemedicin og religiøs praksis, som har sin oprindelse i migranternes hjemland (35).

Biyikli Gultekin peger i et kvalitativt studie udført i Østrig på, at viden om type 2-diabetes er en vigtig faktor i håndteringen af sygdommen blandt tyrkiske migrantkvinder. Deres største udfordring handlede om ændrede kostvaner, som ikke harmonerede med tyrkisk madkultur (36). I en belgisk interviewundersøgelse blandt patienter af tyrkisk herkomst med type 2-diabetes finder Peeters et al., at disse patienter afviger fra anvisninger vedrørende lægemiddelbehandling i mindre travle perioder som fx sommerferien. Nogle deltagere tilpassede deres behandling til det lavere indtag af fødevarer under fasten i ramadanen. Endvidere blev konventionelle lægemidler suppleret med plantebaseret medicin. Faktorer med betydning for medicinbrug var opfattelsen af lægemidler, polyfarmaci i forbindelse med anden sygdom, forståelser af diabetes, glemsomhed, tillid til lægens faglige ekspertise, depressive følelser og social støtte (37). En dansk undersøgelse peger på, at mange diabetespatienter med muslimsk baggrund vælger at faste under ramadanen, også selvom Islam tillader, at man afholder sig fra at faste. Under fasten tilpasser patienterne deres medicinbrug ved eksempelvis at ændre tidspunktet for indtagelsen. De deltagere, som fastede under ramadanen, oplevede en følelse af forbedring i

forhold til fysiologiske, sociale og religiøse aspekter. De inddrog ofte ikke sundhedsprofessionelle i beslutningsprocessen, men derimod i høj grad venner og familie, særligt andre, der også har type 2-diabetes (38).

To studier fra henholdsvis Sverige og Holland understreger betydningen af madkultur for diabetespatienter med anden etnisk baggrund end svensk og hollandsk. Patienter med type 2-diabetes fra Surinam oplevede, at anbefalinger om kost var baseret på hollandsk mad, og at det var svært at tilpasse anbefalingerne til deres egne madvaner (39). Patienter med somalisk baggrund i Sverige fandt det svært at opgive traditionelle madvaner. Især kvinderne oplevede manglende støtte til kostændring fra familie og venner. Deltagerne i interviewundersøgelsen oplevede generelt livsstilsændringer som udfordrende (40).

Et kvalitativt studie baseret på fokusgruppeinterview med 18 kurdiske immigranter med type 2-diabetes finder, at deltagerne oplever det som følelsesmæssigt udfordrende at leve med type 2-diabetes på grund af frygt for mulige komplikationer. Størstedelen af deltagerne havde foretaget nødvendige ændringer i deres kost, selvom de syntes, at det var svært. De følte sig udfordrede af deres personlige præferencer, af sociokulturelle traditioner og mangel på støtte fra deres netværk. Fysisk aktivitet lod til at være mindre vigtigt for deltagerne (41).

### **Type 1-diabetes**

Et registerstudie finder, at unge med type 1-diabetes og etnisk minoritetsbaggrund udgør en særligt sårbar gruppe med dårligere metabolisk kontrol sammenlignet med etnisk danske unge. Studiet finder også, at forældrene til de unge med etnisk minoritetsbaggrund ofte mangler forudsætninger for at håndtere en kronisk sygdom (42). En spørgeskemaundersøgelse peger på, at det kan være svært for forældre med lav sundhedskompetence at hjælpe deres børn med insulinbehandling (43). Lav sundhedskompetence hos forældrene kan skyldes begrænset skolebaggrund, manglende faglig uddannelse og behov for tolk. Diagnosen opleves af indvandrere i Danmark som ekstra vanskelig, dels på grund af mødet med et anderledes dansk sundhedsvæsen, end de kender fra hjemlandet, dels fordi de ofte har et begrænset forhåndskendskab til diabetes (42). En kvalitativ undersøgelse finder, at unge med anden etnisk baggrund og dårligt reguleret type 1-diabetes ofte har svært ved at acceptere og integrere sygdommen i deres hverdag og oplever negativ feedback på deres mangelfulde egenomsorg (44).

En svensk kohorteundersøgelse finder, at børn af immigrantforældre med type 1-diabetes har dårligere metabolisk kontrol sammenlignet med børn af svenskfødte forældre. Resultaterne tyder ifølge forfatterne på, at svenske børn modtager bedre behandling og håndterer sygdommen bedre. De peger endvidere på udfordringer med sprog og kulturelle vaner, der kan påvirke immigrantbørns evner til at forstå behandlingen og håndtere sygdommen (45).

Et systematisk review finder, at unge med type 1-diabetes og høj socioøkonomisk status har bedre metabolisk kontrol end unge med lav socioøkonomisk status. Unge med type 1-diabetes og etnisk minoritetsbaggrund har dårligere metabolisk kontrol og mental sundhed sammenlignet med unge uden etnisk minoritetsbaggrund. Studiet peger på en sammenhæng mellem lav socioøkonomisk status, etnisk minoritetsbaggrund og dårligere behandlingsresultater hos børn og unge med type 1-diabetes (46).

### **Graviditetsdiabetes**

Andelen af etniske minoritetskvinder, der får graviditetsdiabetes, er 4,5 %, mens den er 3 % for etnisk danske kvinder (47). I et kvalitativt studie fortæller kvinder med etnisk minoritetsbaggrund, at de reagerede med tristhed og bekymring, da de fik diagnosen. Forfatterne identificerer en

række faktorer, som har betydning for, i hvor høj grad kvinderne oplever graviditetsdiabetes om en udfordring. Disse var mangel på socialt netværk og støtte, sproglige begrænsninger og udfordringer med at søge og forstå information. Særligt kvinder med lav sundhedskompetence og dårlige danske sprogkunders syntes at være udfordret af diagnosen. Det skyldes, at lavere sundhedskompetence og manglende information skaber usikkerhed og frygt. Dette forstærkes ved manglende engagement fra partner og venner i forhold til livsstilsændringer (47).

Sammenfattende finder de inkluderede publikationer, at personer med etnisk minoritetsbaggrund oplever en række udfordringer i forhold til at varetage egenomsorg og den sunde livsstil, som er nødvendig for at leve et godt liv med type 2-diabetes, type 1-diabetes eller håndtere graviditetsdiabetes. Publikationerne nævner flere forhold, som udfordrer håndteringen af diabetes blandt diabetespatienter med etnisk minoritetsbaggrund. De er:

- Lav socioøkonomisk status
- Lav sundhedskompetence
- Lav uddannelse
- Manglende viden om sundhed, diabetes og diabetesbehandling, herunder risiko for barnet ved graviditetsdiabetes
- Sproglige udfordringer i forhold til at søge og forstå information
- Livsstil, herunder kulturelt betingede kostvaner og fysisk aktivitet
- Religiøs faste
- Polyfarmaci i forbindelse med anden sygdom
- Nedtrykthed og usikkerhed
- Manglende støtte fra netværk.

#### 4.1.3 Mødet med sundhedsvæsenet

Fire artikler omhandler mødet med sundhedsvæsenet for personer med etnisk minoritetsbaggrund.

Der er ingen studier i litteraturgennemgangen, som direkte belyser omfanget af etniske minoriteters anvendelse af sundhedsydelse i forbindelse med diabetes. Der er dog en enkelt publikation om brugen af fodterapeuter, som også omfatter personer med etnisk minoritetsbaggrund. Skovgaard & Ladenburg finder således i en registeranalyse, at tre ud af fire personer med diabetes ikke går til fodterapi, hvilket øger risikoen for at udvikle diabetiske fodsår. Etniske minoriteter (især ikke-vestlige), folk der bor i land- eller yderområder, enlige og mænd går ikke til fodterapeut. Analysen viser ikke en entydig forskel på folk med henholdsvis lav og høj uddannelse og indkomst (48).

Flere publikationer berører udfordringer med kommunikation i de etniske minoritetsgruppers møde med sundhedsprofessionelle.

Et studie baseret på videooptagelser af 24 konsultationer, finder, at patienter med etnisk minoritetsbaggrund, der kommunikerer via tolk, generelt siger mindre og stiller færre spørgsmål end patienter, der taler samme sprog som deres læge. De taler mindre om de udfordringer, de oplever, og om egne ideer til behandling eller andre kliniske emner såsom prøveresultater, medicin, rygning osv. Der var mindre brug af humor og snak om patienternes følelser og personlige forhold, hvilket indikerer en social distance. Samtidig omtalte den sundhedsprofessionelle ofte patienten i tredje person, idet samtalen foregik gennem tolken. Tolken ændrede nogle



gange betydningen af det sagte, valgte ikke at oversætte bestemte dele eller tilføjede egne kommentarer i oversættelsen (49).

Alam, Speed & Beaver har publiceret et scoping review om engelske patienter, som kommer fra Bangladesh, om deres erfaringer med at få adgang til diabetesrelaterede tilbud og information. Denne patientgruppe har generelt dårligere diabetes outcome end andre patienter i England. Reviewet viser, at sproglige udfordringer og lav sundhedskompetence er de mest almindelige barrierer for adgangen til information og tilbud. Patienterne havde generelt lav viden om diabetes og brugte familie og venner som informationskilder og uformelle oversættere. De følte sig i nogen grad afskåret fra relevant information og behandlingstilbud, og reviewet peger på dette som en mulig årsag til den høje grad af depression i patientgruppen, især hos kvinderne (50).

Ahlmark et al. undersøger i en kvalitativ undersøgelse bl.a. sundhedsprofessionelles forståelser af en patientuddannelse for arabisktalende immigranter i Danmark. De sundhedsprofessionelle forstod deltagerne ud fra tre kategorier: sårbare patienter, besværlige elever og kronisk syge. Ifølge forfatterne trækker især de to første kategorier på et stereotyp billede af patienter med anden etnisk baggrund som besværlige og problematiske. Billedet af den "besværlige elev" skabte en distance mellem sundhedsprofessionel og patient og betød, at de sundhedsprofessionelle kom til at se etnisk minoritetsbaggrund som en ekstra udfordring for patientuddannelsen (51).

Sammenfattende viser de inkluderede studier, at personer med etnisk minoritetsbaggrund ofte oplever flere problemer i kommunikationen med de sundhedsprofessionelle, som varetager deres forløb. Litteraturen peger på flere faktorer, som kan have betydning i mødet mellem sundhedsprofessionelle og patienter med etnisk minoritetsbaggrund:

- Sprogbarrierer
- Brug af tolk
- Lav sundhedskompetence
- Social distance mellem sundhedsprofessionelle og patienter med etnisk minoritetsbaggrund
- Stereotypificering af patienter med etnisk minoritetsbaggrund blandt sundhedsprofessionelle.

#### 4.1.4 Opsamling

Litteraturgennemgangen peger på, at personer med etnisk minoritetsbaggrund har en forøget risiko for at udvikle diabetes på grund af arvelighed, livsstil og psykiske belastninger. De inkluderede udgivelser peger også på, at personer med etnisk minoritetsbaggrund oplever en række vanskeligheder med at håndtere diabetes, når de først har fået sygdommen, som dels vedrører kultur og religiøs praksis, dels om sundhedskompetence samt manglende viden og støtte fra deres netværk. De har ofte svært ved at gennemføre og fastholde livsstilsændringer og udfordres af behandlingen ved multisygdom. I kontakten med sundhedsvæsenet risikerer de at møde sproglige barrierer og stereotype forståelser af deres problemer og har ikke nødvendigvis ressourcerne til at afkode den sundhedsfaglige information.

Samtidig peger litteraturgennemgangen på, at etniske minoriteter rammes af andre baggrundsfaktorer, der kan bidrage til sårbarhed. Etniske minoriteter er overrepræsenterede i lavere socialgrupper, som generelt har færre ressourcer til rådighed, har dårligere helbred og er udsat for flere risikofaktorer. Lav uddannelse og fattigdom kan gøre det sværere at overkomme de udfordringer, der kan følge med etnisk minoritetsbaggrund, som eksempelvis sprogbarrierer,

psykiske belastninger og efterlevelse af råd om sund livsstil tilpasset kulturelle praksisser omkring kost og bevægelse.

## 4.2 Personer med psykisk sygdom

Psykisk sygdom omfatter her depression, angstlidelser, bipolar lidelse, skizofreni og andre psykiske tilstande samt spiseforstyrrelser. Der er fundet i alt 20 relevante publikationer om psykisk sygdom og de tre temaer i denne søgning.

### 4.2.1 Udvikling af diabetes

Ni artikler beskriver risikofaktorer for at udvikle diabetes, når man i forvejen har psykisk sygdom.

Et svensk registerstudie finder, at incidensen for hjertekarsygdomme og til dels type 2-diabetes er højere blandt patienter med psykisk sygdom sammenlignet med en kontrolgruppe uden psykisk sygdom. De inkluderede diagnoser er bipolar lidelse, skizofreni, depression og anden affektiv lidelse (52). Et studie, der bygger på et engelsk prospektivt kohortestudie, undersøger sammenhængen mellem udvikling af type 2-diabetes og følelsesmæssig stress (distress). Resultaterne indikerer, at psykisk lidelse fremskynder udviklingen af diabetes for personer med fremskreden prædiabetes (53).

Tre artikler fokuserer på betydningen af angst og depressive lidelser i forhold til at udvikle type 2-diabetes. Et prospektivt kohorte-studie i Holland fra 2012 finder en forøget risiko for at udvikle type 2-diabetes, hvis man har depressive lidelser og/eller angstlidelser. Resultaterne er dog behæftet med usikkerhed grundet lav incidens af diabetes i studiepopulationen (54). Et hollandsk studie undersøger også sammenhængen mellem depression og angst og risiko for at udvikle type 2-diabetes. Forfatterne konkluderer, at depression med komorbid angst kan give en øget risiko for udviklingen af type 2-diabetes (55). På tilsvarende vis finder Naicker et al. i et norsk kohortestudie, at angst og depression ved baseline øger risikoen for type 2-diabetes, hvis man samtidig er udsat for metaboliske og adfærdsmæssige risikofaktorer. Herudover vil en persons genetiske disponering også påvirke risikoen af at udvikle type 2-diabetes. Således vil personer, der tilsyneladende er udsat for de samme risikofaktorer, kunne have forskellig risiko for at udvikle diabetes (56).

Med afsæt i fysisk aktivitet som en risikofaktor for at udvikle type 2-diabetes undersøger Nyboe & Lund aktivitetsniveauet hos personer med alvorlig psykisk sygdom. De finder, at personer med alvorlig psykisk sygdom har signifikant lavere aktivitetsniveauer end en kontrolgruppe uden psykisk sygdom. Ud fra et forebyggelsesmæssigt perspektiv understreger dette vigtigheden af at inddrage fysisk aktivitet i psykiatrisk behandling og rehabilitering (57).

To publikationer beskæftiger sig med antipsykotisk medicin som en risikofaktor for type 2-diabetes. Et review af epidemiologiske studier dokumenterer, at der er en forøget risiko for type 2-diabetes blandt personer med førstegangssykose, og at forekomsten stiger drastisk, når behandling med antipsykotisk medicin indledes. Årsagerne er formentlig vægtøgning og påvirkning af insulinfølsomhed og -sekretion (58). Et casekontrol-studie finder endvidere en øget risiko for type 2-diabetes blandt patienter med skizofreni, der tager en kombination af mindst tre psykotropiske lægemidler, sammenlignet med patienter, der kun tager en eller to typer lægemidler (59).

Et review finder, at selvom der lader til at være en relativ lav forekomst af type 2-diabetes blandt unge, som er i behandling med antipsykotisk medicin, er de over tid i øget risiko for at udvikle type 2-diabetes (60).

Sammenfattende finder de inkluderede studier, at der er en forøget risiko for at udvikle type 2-diabetes forbundet med psykisk sygdom, og at denne risiko hænger sammen med adfærd, især fysisk inaktivitet, og metaboliske faktorer. Følgende risikofaktorer for udvikling af type 2-diabetes beskrives i publikationerne:

- Kombination af psykisk sygdom, adfærd, arvelighed og metaboliske faktorer
- Fysisk inaktivitet som følge af psykisk sygdom
- Antipsykotisk medicin eller behandling med flere psykotropiske lægemidler.

#### 4.2.2 Håndtering af diabetes

Otte artikler omhandler håndteringen af diabetes blandt personer med psykisk sygdom.

En interviewundersøgelse fra KOPA (10) beskriver følgende barrierer:

- Mange psykiatriske patienter har ikke overskud til at følge deres diabetesbehandling, når de har det dårligt psykisk
- Længere indlæggelser kan gøre det svært at følge en diabetesbehandling
- Mange tager meget på i vægt på grund af psykofarmaka, hvilket kan udløse diabetes og gøre det ekstra svært for patienterne at leve, som de bør i forhold til sygdommen
- For de psykiatriske patienter, som fx har spiseforstyrrelser, er det ekstra svært at følge en diabetesvenlig kost.

Diabetespatienter med alvorlig psykisk sygdom oplever større udfordringer med egenomsorg set i forhold til diabetespopulationen uden psykisk sygdom. For eksempel finder Nyboe & Lund (57), at patienter med svær psykisk sygdom er fysisk inaktive. Halvdelen af deltagerne i en engelsk survey fandt det vigtigere at håndtere deres psykiske sygdom end deres diabetes. 75 % svarede, at de havde særlig svært ved at magte deres diabetes i perioder, hvor deres mentale helbred var dårligt. Halvdelen havde svært ved at få en rutine i forhold til egenomsorg. En tredjedel oplevede forvirring omkring håndteringen af diabetes og fandt det svært at huske alle de trin, som god egenomsorg kræver. Mange synes, at det var særligt svært at få dyrket motion og følge en sund kost. Hvad angår netværk oplever størstedelen, at deres primære sundhedsprofessionelle hjælper med at håndtere sygdommen, mens kun 30 % oplever at få hjælp fra venner og familie (61).

En spørgeskemaundersøgelse blandt type 2-diabetes-patienter i Belgien viser, at følelsesmæssig stress ('distress') hæmmer egenomsorg, selv om patienterne har kompetencerne til at følge vejledninger for livsstil og behandling. Dette gælder, uanset om den følelsesmæssige stress er relateret til diabetes eller ikke (62). Ligeså beskriver Sumlin et al. i et review, at psykiske udfordringer som depression er forbundet med dårligere egenomsorg, særligt i forhold til kost (63).

Tre studier beskriver, at unge med type 1-diabetes er i risiko for at udvikle psykiske problemer, der giver sig udslag i spiseforstyrrelser og manipulation med deres insulinbehandling:

En dansk kohorteundersøgelse finder, at børn og unge, der bliver diagnosticeret med type 1-diabetes, har en øget risiko for at blive diagnosticeret med psykisk sygdom, bl.a. angst og

spiseforstyrrelser. Risikoen er særligt høj, når der er gået fem år eller mere fra diagnosetidspunktet (64).

Wilson et al. finder i en undersøgelse af i alt 50 unge mellem 14 og 16 år, at spiseforstyrrede unges holdninger er karakteriseret ved højere BMI, dårlig glykæmisk kontrol og lavere selvværd. Unge med spiseforstyret adfærd har lavere selvværd og flere diabetesrelaterede konflikter i familien. Forfatterne beskriver endvidere de faktorer, der lader til at spille en rolle i udviklingen af en spiseforstyrrelse, nemlig kostvaner, familiekonflikter og lavt selvværd (65).

Berger et al. undersøger insulinmanipulation blandt unge med type 1-diabetes. Insulinmanipulation er bevidst over- eller underdosering af insulin og således en måde bevidst at afvige fra diabetesbehandlingen. Underdosering kan bidrage til vægttab og overdosering til ukontrolleret spisning. Overdosering er ofte knyttet til selvskade og suicidal adfærd. Insulinmanipulation er en risikofyldt adfærd og forbundet med dårligere metabolisk kontrol og diabeteskomplikationer. Studiet er en spørgeskemaundersøgelse med i alt 241 unge mellem 10 og 12 år med type 1-diabetes, og forfatterne finder, at godt en fjerdedel af populationen har psykiatrisk komorbiditet, og at halvdelen af denne gruppe manipulerer med deres insulin. Der er en overvægt af kvinder i denne gruppe (66).

Sammenfattende beskriver de inkluderede publikationer, at personer med diabetes og psykisk sygdom har svært ved at varetage egenomsorg og bevare en sund livsstil – især i de perioder, hvor deres psykiske sygdom forværres. Følgende forhold med betydning for håndtering af diabetes bliver nævnt:

- Det mentale helbred fylder mere end det fysiske helbred
- Udfordringer med at huske alle trin i god egenomsorg
- Udfordringer med at finde en god rutine for egenomsorg
- Livsstil – fysisk inaktivitet og kost
- Spiseforstyrrelser og insulinmanipulation blandt unge med type 1-diabetes
- Manglende støtte fra netværk.

#### 4.2.3 Mødet med sundhedsvæsenet

Tre artikler omhandler mødet med sundhedsvæsenet for personer, der både har diabetes og psykisk sygdom.

I en kvalitativ interviewundersøgelse fortæller patienter i Irland med psykisk sygdom og diabetes, at de sundhedsprofessionelle på en psykiatrisk klinik ikke tror på eller negligerer det, når de fortæller om symptomer relateret til deres diabetes. Patienterne oplever det som en stigmatisering, der knytter sig til deres psykiske sygdom. De oplever ikke at få en helhedsorienteret og integreret pleje, som både kan varetage deres mentale og fysiske helbred (67).

I det psykiatriske sundhedsvæsen i Storbritannien oplever sygeplejersker og psykiatere flere individuelle og organisatoriske barrierer i behandlingen af diabetespatienter med alvorlig psykisk sygdom: mangel på viden, behov for træning i kommunikation og forhandlingsevner, manglende optimisme omkring patienternes helbred og vanskeligheder med at håndtere patientgruppen. Omvendt mente de sundhedsprofessionelle i undersøgelsen, at muligheden for at individualisere behandlingen og målene for behandlingen var fremmende for det gode behandlingsforløb (68). Hulstjöö beskriver ligeledes, at sundhedsprofessionelle i et psykoseambulatorium i Sverige oplever at mangle viden om diabetesbehandling og træning i at tilpasse diabe-

tesbehandlingen til personer med kognitive udfordringer. En anden udfordring for den sundhedsprofessionelle består i at få et overblik over, hvordan behandlingen af flere sygdomme og ressourcerne i patientens sociale netværk påvirker patientens samlede livssituation (69).

Sammenfattende beskriver de tre inkluderede publikationer, at sundhedsprofessionelle i psykiatrien mangler viden og kompetencer til at varetage og målrette diabetesbehandling til deres patienter på en måde, der passer sammen med anden behandling og patienternes livssituation. Patienter med diabetes og psykisk sygdom oplever samtidig, at de ikke bliver hørt, når de omtaler deres diabetes. Publikationerne viser således, at følgende forhold kan have betydning for mødet med sundhedsvæsenet for patienter med psykisk sygdom og diabetes:

- Den psykiske sygdom skygger for den somatiske sygdom
- Manglende integration af behandling for psykisk og somatisk sygdom
- Manglende mulighed for at individualisere behandlingen
- Manglende viden om diabetes og diabetesbehandling hos psykiatrisk sundhedspersonale
- Patienterne oplever, at de ikke bliver taget alvorligt
- Patienter oplever stigmatisering.

#### 4.2.4 Opsamling

De inkluderede publikationer peger på øget risiko for at udvikle diabetes og høj forekomst af type 2-diabetes blandt personer med psykisk sygdom. Samtidig oplever personer med psykisk sygdom en række udfordringer med håndteringen af deres diabetes både i hverdagen og i mødet med sundhedsvæsenet, der kan gøre dem sårbare over for diabeteskomplikationer og vanskeliggøre deres behandlingsforløb. I perioder, hvor den psykiske sygdom fylder meget, kan den overskygge somatisk sygdom som eksempelvis diabetes og vanskeliggøre egenomsorg og behandling. Psykisk sårbare unge med type 1-diabetes ser desuden ud til at have øget risiko for at udvikle spiseforstyrrelser og bruge insulin i forbindelse med selvskadende adfærd. Også i samarbejdet med sundhedsprofessionelle kan psykisk sygdom tage fokus fra diabetesbehandlingen, samtidig med at den inkluderede litteratur peger på, at psykiatriske patienter oplever manglende diabeteskompetencer hos de sundhedsprofessionelle, som de kommer i kontakt med.

Psykisk sygdom er udbredt i Danmark, hvor hver tiende opfylder kriterierne for psykisk sygdom. Det svarer til 580.000 danskere (70), og ca. 177.000 danskere er i behandling i psykiatrien (71). Resultaterne af denne litteraturgennemgang taler ind i et større billede af, at personer med psykisk sygdom lider under større sygelighed og overdødelighed i sammenligning med psykisk raske personer. Samlet set udgør fysisk sygdom og risikofaktorer herfor den vigtigste årsag til øget sygelighed og kortere levetid blandt personer med psykisk sygdom (72, 73).

### 4.3 Personer med multisygdom

Multisygdom defineres som det at have to eller flere samtidige kroniske sygdomme. Det kan typisk være sygdomme som diabetes, KOL, hjertesygdomme, gigt, allergi og psykiske lidelser som angst eller depression (74). Der er inkluderet 17 artikler om personer med multisygdom.

#### 4.3.1 Udvikling af diabetes

Tre artikler beskriver risikoen for at udvikle type 2-diabetes og andre sygdomme blandt især ældre mennesker.

Et dansk kohortestudie finder, at ældre kvinder med vestlig baggrund og metabolisk syndrom har en højere risiko for type 2-diabetes og kardiovaskulær sygdom end kvinder uden metabolisk syndrom (75). Et engelsk forløbsundersøgelse med deltagere over 50 år har undersøgt risikoen for diabetes hos ældre voksne med depressive symptomer, prædiabetes eller begge dele. Studiet finder, at ældre med depressive symptomer og prædiabetes har en forhøjet risiko for diabetes sammenlignet med ældre, der kun har én af de to risikofaktorer (76).

Graham et al. (77) har i et registerstudie sammenlignet den ældre befolkning med prædiabetes i Storbritannien (52 til 75 år) med 1) ældre uden diabetes og 2) ældre med diabetes. Formålet var at beskrive karakteristika i forhold til demografi, livsstil og helbred ældre med prædiabetes. I sammenligning med de to andre grupper var populationen med prædiabetes ældre, havde lavere uddannelsesmæssige kvalifikationer, mindre sandsynlighed for at være i job og større sandsynlighed for at være pensioneret i sammenligning med de to andre grupper. De var samtidig mere tilbøjelige til ryge, mindre fysisk aktive, men havde et lavere alkoholindtag. De var i højere grad overvægtige, havde oftere kardiovaskulær eller anden sygdom og havde flere depressive symptomer. Endelig havde de et lavere selvurderet helbred end personer uden diabetes, men højere end personer med diabetes.

Sammenfattende finder de inkluderede studier, at nogle ældre har forøget risiko for at udvikle type 2-diabetes, og at denne risiko er forbundet med andre sygdomme, lav socioøkonomisk status og livsstil. Endvidere peger de inkluderede studier på, at der er forøget risiko for at udvikle demens blandt ældre med type 1- og type 2-diabetes. Tilsammen kan dette bidrage til sårbarhed hos ældre med diabetes. Følgende risikofaktorer nævnes:

- Metabolisk syndrom eller prædiabetes – eventuelt i kombination med depressive symptomer
- Lav socioøkonomisk status
- Usund livsstil, herunder overvægt.

#### 4.3.2 Håndtering af diabetes

12 artikler omhandler de multisyge diabetespatienters håndtering af diabetes.

Når en person har diabetes og andre kroniske sygdomme samtidig, har det betydning for egenomsorgen, hvilke andre sygdomme man også har. Behandlingen af disse andre, samtidige sygdomme kan henholdsvis stemme overens med (concordant) eller modarbejde (discordant) diabetesbehandling (78). En survey-undersøgelse blandt praktiserende læger finder, at behandlingen af i alt 12 sygdomme stemmer overens med diabetesbehandling, fx forhøjet blodtryk, nedsat nyrefunktion og hjertesvigt. Studiet finder 50 sygdomme, som "modarbejder" diabetesbehandling, fx kræft, KOL og psykiske sygdomme (79). For eksempel kan behandlingen af astma med steroider øge blodsukkeret og dermed modvirke behandlingen af diabetes, mens depression kan føre til dårligere egenomsorg (80).

Når man lever med især diabetes og modarbejdende komorbiditet, kan det være særlig svært at følge vejledninger om livsstil og behandling. Et systematisk review viser, at forhøjet blodtryk er den mest almindelige type overensstemmende komorbiditet blandt type 2-diabetes-patienter med multi-morbiditet, og at depression er den mest almindelige form for modarbejdende komorbiditet. Reviewet peger på, at modarbejdende komorbiditet har en negativ effekt på egenomsorg, men kan ikke konkludere, om samstemmende komorbiditet omvendt har en positiv effekt på egenomsorg (80). Det er påvist, at psykisk sygdom som depression og angst kan

begrænse egenomsorgen hos patienter med type 2-diabetes, og et prospektivt studie finder, at disse patienter har et højere antal akutte kontakter med sundhedsvæsenet (81).

Multisygdom er forskelligt fordelt i befolkningsgrupper med diabetes. Et engelsk kohortestudie finder, at der blandt personer med type 2-diabetes, som bor i udsatte boligområder, var en højere andel komorbiditet ved diagnostidspunktet (72 % af kvinder og 64 % af mænd) end blandt personer med type 2-diabetes, som bor i det mest velstillede områder (67 % af kvinder og 59 % af mænd). Forekomsten af depression var forhøjet for alle grupper med type 2-diabetes, men også mere udbredt i udsatte boligområder (82).

O'Shea, Teeling & Bennett (83) finder i et tværsnitstudie en association mellem komorbiditet og fysisk aktivitet. Patienter med type 2-diabetes uden komorbiditet havde den højeste fysiske aktivitet, mens den fysiske aktivitet var lavest blandt patienter med både samstemmende og modarbejdende komorbiditet.

Flere studier beskæftiger sig med sammenhænge mellem type 1- og type 2-diabetes og udviklingen af demens hos ældre. De peger på, at dette kan have betydning for egenomsorg. Biesels & Despa (84) peger på, at kognitiv dysfunktion er en komorbiditet ved diabetes – særligt i gruppen af patienter over 65 år, og at diabetespatienter i forhold til den almene befolkning har en højere risiko for at få demens. Samtidig er depression, som 14 % af patienter med diabetes rammes af, også en risikofaktor for demens. Et registerstudie finder, at depression øger risikoen for demens signifikant hos patienter med type 1-diabetes. Den psykologiske byrde af kompleks egenomsorg kan ifølge forfatterne være en årsag, men denne sammenhæng er ikke dokumenteret (85). Katon et al. (86) finder i et populationsbaseret kohortestudie, at depression og type 2-diabetes hver især er forbundet med en øget risiko for demens, og at risikoen for demens forstærkes, når patienten både har diabetes og depression. Hill (87) beskriver det komplekse forhold mellem diabetes og demens. På den ene side svækker demens hukommelse og kommunikationsevner. Det kan give patienten udfordringer med at varetage en optimal egenomsorg. På den anden side kan diabetes i sig selv medføre hukommelsesbesvær og forvirring, hvilket tilsvarende forværrer demens.

En dansk spørgeskemaundersøgelse finder, at multisygdom hænger sammen med et lavere sundhedskompetenceniveau. Gruppen af multisyge har ofte sværere ved at læse og forstå sundhedsinformation og ved at kommunikere med sundhedspersonalet sammenlignet med hele befolkningen (88).

Nielsen, Kølbæk & Kehlets rapport (10) beskriver fire barrierer for sårbare diabetespatienter, som også har multisygdom: 1) De multisyge patienter er ofte i behandling for en lang række sygdomme, som gør, at diabetesbehandlingen sættes i anden række, 2) de tager mange piller dagligt og glemmer ofte deres diabetesmedicin, mens fx KOL-medicin føles langt mere nødvendig, 3) for patienter med fx lammelser, gigt eller KOL er det svært – eller for nogle umuligt – at motionere, 4) mange ældre patienter vælger bevidst ikke at ændre kosten, da mad er et lyspunkt i et liv præget af sygdom.

Sammenfattende viser de inkluderede publikationer, at sårbare mennesker med diabetes og andre samtidige sygdomme kan have sværere ved at håndtere deres diabetes, særligt hvis behandlingen for deres sygdomme ikke er overensstemmende. Somatisk eller psykisk sygdom kan udgøre en større udfordring i hverdagen og skygge for egenomsorg og behandling for diabetes. Litteraturen beskriver følgende forhold:

- Modarbejdende komorbiditet, herunder psykisk sygdom

- Diabetesbehandling sættes i anden række ved flere samtidige sygdomme
- Lav sundhedskompetence
- Store krav til viden og egenomsorg ved flere samtidige sygdomme
- Polyfarmaci
- Vanskelighed ved fysisk aktivitet
- Manglende kostomlægning.

#### 4.3.3 Mødet med sundhedsvæsenet

Tre artikler omhandler de multisyge diabetespatienters møde med sundhedsvæsenet.

Patienter med diabetes og flere andre sygdomme kan have sværere ved at forstå sundhedsinformation og kommunikere med sundhedsprofessionelle, der skal koordinere og afstemme behandling på tværs af afdelinger og specialer (88). Derudover er de i kontakt med flere aktører i sundhedsvæsenet. De skal således forholde sig til omfattende og forskellig information, og de skal møde op til konsultation, undersøgelse og behandling flere steder, hvilket kan forstærke en allerede eksisterende sårbarhed (10).

En norsk fokusgruppeundersøgelse finder, at sygeplejersker ansat på plejehjem oplever nogle udfordringer i forhold til ældre diabetespatienter med flere sygdomme og komplekse behandlingsbehov. De giver udtryk for mangel på faglig selvsikkerhed og autonomi, samt mangel på professionel støtte, særligt fra alment praktiserende læge. De mangler desuden den fornødne viden til at levere pleje af høj kvalitet (89).

Sammenfattende peger de inkluderede publikationer på, at kommunikation og koordinering i forbindelse med flere samtidige sygdomme kan være en udfordring, når personer med multisygdom er i kontakt med sundhedsvæsenet. Samtidig kan plejepersonalet have svært ved at håndtere multisygdom hos ældre på plejehjem. Litteraturen beskriver følgende forhold, der kan have betydning for mødet med sundhedsvæsenet:

- Kommunikation med sundhedsprofessionelle
- Mange kontakter med sundhedsvæsenet ved flere samtidige sygdomme
- Oplevet manglende ekspertise i forhold til patientgruppen blandt sygeplejersker på plejehjem.

#### 4.3.4 Opsamling

Den inkluderede litteratur giver ikke et klart billede af risikoen for diabetes, hvis man samtidig har andre sygdomme. Der ser ud til at være en forøget risiko for at udvikle type 2-diabetes for ældre, som har en usund livsstil og depressive symptomer. Mennesker med diabetes og andre samtidige sygdomme er udfordret på både deres fysiske og mentale ressourcer – særligt hvis sygdommene og deres behandling 'modarbejder' hinanden. De inkluderede udgivelser peger eksempelvis på en sammenhæng mellem diabetes, depression og demens, som kan udfordre egenomsorgen. En tilværelse med flere samtidige sygdomme stiller store krav til egenomsorg, behandling, viden og sundhedskompetence samt koordinering af mange kontakter med sundhedsvæsenet, der ikke altid er klædt godt på til at varetage deres behov. Dette kan forstærke en allerede eksisterende sårbarhed hos personer med multisygdom.

Lav socioøkonomisk status nævnes specifikt som en risikofaktor, og multisygdom forekommer oftere hos personer med lavere socioøkonomisk status end hos personer med højere socioøkonomisk status. Personer med lav socioøkonomisk status udvikler endvidere multisygdom



tidligere end andre og udvikler multisygdom med flere sygdomme, bl.a. på grund af livsstilsvaner, der bidrager til kronisk sygdom (90,91).

## 4.4 Socialt udsatte

Socialt udsatte i Danmark lever med belastende livsomstændigheder defineret som hjemløshed, alkoholmisbrug, stofmisbrug, prostitution, vold, psykisk sygdom, fattigdom og langvarig arbejdsløshed. Ofte optræder disse sociale problemer i kombination og forstærker hinanden. Betegnelsen social udsathed rummer dermed også forskellige grader af social eksklusion og marginalisering (92).

Der er fundet 12 artikler om socialt udsatte. Artiklerne har fokus på social udsathed i form af hjemløshed, misbrug og manglende tilknytning til arbejdsmarkedet.

### 4.4.1 Udvikling af diabetes

Fem artikler beskriver risikoen for at udvikle type 2-diabetes for socialt udsatte borgere.

Scott et al. undersøger prævalensen af diabetes, prædiabetes og metabolisk syndrom blandt hjemløse i Irland i et tværsnitsstudie med 252 deltagere. Prævalensen i denne gruppe svarer til prævalensen for befolkningen som helhed (93). Et fransk studie baseret på diabetesscreening på ni herberger i Paris finder ligeledes, at udbredelsen af diabetes blandt hjemløse er sammenlignelig med den øvrige befolkning (94). Begge disse studier har screenet et udsnit af hjemløse i to større europæiske byer, og deres resultater er samstemmende og finder, at hjemløse ikke ser ud til at have højere risiko for at udvikle diabetes end den øvrige befolkning. Forfatterne tager dog forbehold for, at resultaterne beror på en lille population, og at nogle subgrupper ikke har deltaget på grund af rekrutteringsmetoden, hvilket kan have medført en underestimering af prævalensen.

Hewitt & Graff-Iversen (95) finder i et norsk survey, at andelen med selvrapporteret diabetes og hjertekarsygdom er højere hos 40-42-årige førtidspensionister end hos andre uden arbejde i samme aldersgruppe. Gruppen af førtidspensionister var typisk mere fysisk inaktive og overvægtige. En større andel var rygere og havde bl.a. forhøjet kolesterol. Det konkluderes derfor, at denne gruppe har en øget risiko for at udvikle diabetes og hjertekarsygdom sammenlignet med andre jævnaldrende, der ikke arbejdede. Poulsen & Andersen finder en sammenhæng mellem risikoen for at udvikle type 2-diabetes og manglende tilknytning til arbejdsmarkedet. Når der tages højde for livsstilsfaktorer, ser tilknytning til arbejdsmarkedet dog ud til at spille en lille rolle i udviklingen af diabetes (96). Rautio et al. konkluderer dog i et kohortestudie fra Finland, at personer udsat for langvarig arbejdsløshed kan være i risiko for at udvikle prædiabetes og type 2-diabetes. Dette gælder i højere grad for midaldrende mænd end for kvinder. Resultatet gælder også efter justering for uddannelse, rygning, alkoholindtag, fysisk aktivitet og BMI (97).

Sammenfattende giver de inkluderede artikler ikke anledning til at fremhæve faktorer, der øger risikoen for at udvikle type 2-diabetes blandt hjemløse. Til gengæld beskriver tre artikler, at manglende tilknytning til arbejdsmarkedet kan have en betydning for risikoen for at udvikle type 2-diabetes, eventuelt som følge af en usund livsstil. Følgende risikofaktorer beskrives i litteraturen:

- Usund livsstil, herunder rygning og fysisk inaktivitet
- Førtidspension eller langvarig arbejdsløshed.

#### 4.4.2 Håndtering af diabetes

Tre artikler omhandler håndteringen af diabetes blandt socialt udsatte.

Aregbesola et al. finder, at indlæggelser af misbrugere med type 1-diabetes oftest sker som følge af komplikationer ved diabetessygdommen, og at mænd er langt mere udsatte end kvinder. Mænd er indlagt i længere tid og har større risiko for at dø. Komplikationer opstår eksempelvis på grund af manglende varetagelse af insulinbehandling og deraf følgende dårlig glykæmisk kontrol. Indtag af alkohol og stoffer bidrager til manglende vilje og evne til at følge en behandling (98).

Nielsen, Kølbæk & Kehlets rapport (10) om sårbare diabetespatienter med type 2-diabetes beskriver, at de socialt udsatte patienter (defineret ved langvarig arbejdsløshed, misbrug eller hjemløshed) oplever en række udfordringer med at varetage deres diabetes. Ofte står bekymringer knyttet til sociale, arbejdsmæssige og økonomiske forhold i vejen for god egenomsorg og behandling. Perioder med misbrug og hjemløshed kan betyde, at det bliver særlig svært at overskue behandlingen eller finde midler til medicin, transport til egen læge eller ambulatorium (10).

Arnaud et al. (94) peger på, at livsstil er den primære årsag til de alvorlige følger virkninger, der ses i denne gruppe – herunder dårlig hygiejne og fodpleje samt variation i frekvens og kvalitet af måltider som følge af hjemløshed.

Sammenfattende peger de inkluderede artikler på, at de vanskeligheder, der skaber social udsathed, også spiller en rolle i håndteringen af diabetes. Alkohol- og stofmisbrug og bekymringer knyttet til sociale problemer, økonomi og manglende arbejde har negativ betydning for egenomsorgen og kan forværre konsekvenserne af diabetes. Følgende forhold nævnes som udfordringer for socialt udsattes håndtering af diabetes:

- Bekymringer og udfordringer i tilværelsen overskygger diabetes
- Manglende egenomsorg og kompliance med behandling
- Alkohol- eller stofmisbrug
- Hjemløshed
- Livsstil, herunder uregelmæssige måltider, fodpleje og hygiejne
- Manglende økonomiske ressourcer til transport og behandling.

#### 4.4.3 Mødet med sundhedsvæsenet

Tre artikler omhandler de socialt udsatte diabetespatienters møde med sundhedsvæsenet.

Scott et al. peger på, at socialt udsatte med diabetes er mindre tilbøjelige til at søge hjælp end personer, der ikke lever med social udsathed (99). Dette bekræftes også i en dansk, kvalitativ undersøgelse af de socialt udsattes møde med sundhedsvæsenet (100). I forhold til diabetes kan det betyde, at diagnosen stilles, når sygdommen er mere fremskreden, og at der er større risiko for komplikationer på diagnosetidspunktet (99).

En dansk, kvalitativ undersøgelse omhandler ikke direkte socialt udsatte med diabetes, men ser på, hvordan socialt udsatte med mange forskellige helbredsproblemer – både kroniske og akutte – oplever mødet med sundhedsvæsenet. Undersøgelsen finder, at selvom der ikke er tegn på systematisk diskrimination, så oplever nogle socialt udsatte, at de bliver stigmatiseret og diskrimineret i mødet med de sundhedsprofessionelle. Nogle socialt udsatte føler sig ikke taget

alvorligt og lyttet til og ikke grundigt undersøgt. Tilbud specifikt målrettet socialt udsatte, fx gade- og socialsygeplejersker, spiller en afgørende rolle for det gode forløb for denne gruppe (100).

Nielsen, Kølbæk & Kehlets kvalitative studie af sårbare diabetespatienter beskriver, at bl.a. socialt udsatte patienter oplever, at de ikke kan leve op til behandlernes forventninger om fx at leve sundt og holde øje med blodsukkeret. Dette kan medføre udeblivelse fra kontroller i dårlige perioder på baggrund af en forventning om at blive irrettesat af lægen eller sygeplejersken (10).

Sammenfattende viser de inkluderede studier, at socialt udsatte oplever flere udfordringer i kontakten med sundhedsvæsenet. De føler sig ikke nødvendigvis mødt på en respektfuld måde, og nogle oplever, at deres sundhedsproblemer ikke bliver taget alvorligt. Det kan have betydning for, om socialt udsatte søger sundhedsfaglig hjælp. Følgende forhold nævnes som udfordringer for socialt udsattes møde med sundhedsvæsenet:

- Mindre opsøgende i forhold til sundhedsfaglig hjælp
- Dårlig samvittighed over ikke at leve op til behandlernes forventninger
- Fravalg af kontroller i perioder med dårlig egenomsorg
- Oplevelse af ikke at blive taget alvorligt af sundhedspersonalet.

#### 4.4.4 Opsamling

De inkluderede publikationer, der belyser forekomsten af diabetes for socialt udsatte, indikerer, at hjemløse ikke har en højere risiko for at udvikle type 2-diabetes end den øvrige befolkning, men at manglende tilknytning til arbejdsmarkedet, fx ved førtidspension, kan medføre en øget risiko, formentlig som følge af en livsstil med bl.a. fysisk inaktivitet og rygning.

Dette taler ind i et generelt billede af, at socialt udsatte voksne i Danmark kæmper med alvorlige sociale problemer som fattigdom, hjemløshed, psykiske lidelser, misbrug eller andre alvorlige problemer. De kan have svært ved at varetage et job og står ofte uden for arbejdsmarkedet og modtager i stedet kontanthjælp, førtidspension eller andre offentlige ydelser. Socialt udsatte mangler dermed ofte ressourcer og netværk til at skabe en stabil tilværelse og er ofte overladt til selv at håndtere deres problemer (101). Den svære livssituation har betydning for sygdom og sundhed, og socialt udsatte voksne er mere syge og trives dårligere end andre borgere. De dør i gennemsnit 22 år tidligere end gennemsnittet af danskere. I de socialt udsatte grupper har især fattige en relativ høj forekomst af sygelighed, mens hjemløse har en relativ lav forekomst af sygelighed sammenlignet med de øvrige socialt udsatte grupper (92).

Den inkluderede litteratur peger på, at de socialt udsatte oplever en række barrierer i håndteringen af diabetes i hverdagen og i mødet med sundhedsvæsenet, som knytter sig til en ofte turbulent eller usikker tilværelse, som tærer på kræfterne og fjerner opmærksomheden fra diabetes og den nødvendige egenomsorg og behandling. Samtidig er der en oplevelse af, at de sundhedsprofessionelle ikke altid møder de socialt udsatte med respekt eller har forståelse for de udfordringer, som de lever med, hvilket kan hæmme deres kontakt med sundhedsvæsenet.

## 4.5 Unge med type 1-diabetes i overgangen fra ung til voksen

Der er fundet syv publikationer, der omhandler unge med type 1-diabetes. I de inkluderede studier er de unge afgrænset til aldersgruppen 9-22 år med en enkelt undtagelse, hvor målgruppen er unge voksne mellem 19 og 42 år.

#### 4.5.1 Udvikling af diabetes

Der er ikke fundet artikler i denne søgning, som specifikt beskæftiger sig med risikoen for at udvikle type 1-diabetes blandt sårbare unge.

#### 4.5.2 Håndtering af diabetes

Seks artikler omhandler håndteringen af diabetes blandt sårbare unge.

Nogle unge oplever, at de har svært ved at håndtere deres diabetes. Som barn er det forældrene, der varetager diabetesbehandlingen, og med tiden overgår ansvaret gradvist til den unge, som så skal lære selv at stå for behandling og egenomsorg (102). De unge ønsker selv ansvaret, men oplever at mangle viden, erfaring, kompetencer og støtte for at magte opgaven og fastholde den rigtige livsstil (103). Usikkerheden i denne overgangsperiode kan resultere i en følelse af skyld, som kan medføre lavere selvværd, angst og depression. Det er vigtigt for unge voksne at være en del af sociale netværk, særligt med andre med diabetes, men forældre, venner og sundhedsprofessionelle er også vigtige støtter i overgangsperioden (104).

Et tværsnitsstudie finder, at følelsesmæssig stress (distress) hos unge er forbundet med lav tiltro til egen mestringsevne (self-efficacy) samt en overbevisning om, at de negative konsekvenser af type 1-diabetes er uundgåelige. Høj tiltro til egen mestringsevne er derimod forbundet med lavere stress hos de unge. Unge med et højere niveau af stress har dårligere glykæmisk kontrol. Også forældrene påvirkes i overgangsfasen. Årsager til stress hos forældrene er høje blodsukkerniveauer hos den unge, lav tiltro til den unges mestringsevne, bl.a. i forhold til kost, og uenighed omkring ansvaret for diabetesbehandlingen (105).

Et dansk studie af unge med type 1-diabetes finder endvidere, at unge med indlæringsvanskeligheder og/eller psykisk sygdom samt unge med forældre, der er skilt, oplever flere akutte indlæggelser. Samme studie finder, at den glykæmiske kontrol bliver forbedret, når de unge går fra behandling i børneregim til behandling i voksenregim (106).

Weitzman et al. finder i et tværsnitsstudie af unge mellem 9-18 år med kronisk sygdom, at brug af alkohol og cannabis (pot) er almindeligt blandt de unge med type 1-diabetes, og at det er forbundet med at glemme eller springe insulinbehandling over (107).

Sammenfattende beskriver litteraturen, at unge med type 1-diabetes i perioder har vanskeligt ved at håndtere deres diabetes. Dette er særligt udtalt, når den unge ved overgangen til voksen skal tage et større ansvar for egenomsorg og behandling. Publikationerne nævner følgende forhold, der har betydning for de unges varetagelse af deres type 1-diabetes:

- Overgangen fra ung til voksen
- Manglende viden og kompetencer
- Manglende støtte fra socialt netværk
- Psykisk sårbarhed og indlæringsvanskeligheder
- Misbrug af alkohol eller cannabis.

#### 4.5.3 Mødet med sundhedsvæsenet

En enkelt publikation omhandler unges diabetespatienters møde med sundhedsvæsenet.

De Wit & Snoek (108) finder i en survey med 233 unge med type 1-diabetes, at én ud af seks oplever depressive symptomer, mens kun en fjerdedel af unge med depression har fået hjælp

– og at mange unge ikke søger hjælp i sundhedsvæsenet. Studiet finder, at halvdelen ikke deler deres følelser med de sundhedsprofessionelle. En fjerdedel med depressive symptomer havde ønske om at tale med en psykolog, mens knap halvdelen ikke fandt det nødvendigt at søge psykologhjælp.

Artiklen fremhæver følgende om unges møde med sundhedsvæsenet:

- De fleste unge med type 1-diabetes søger ikke hjælp i sundhedsvæsenet for depressive symptomer
- Halvdelen deler ikke deres følelser med de sundhedsprofessionelle.

#### 4.5.4 Opsamling

Flere børn og unge får type 1-diabetes. Mellem 1996 og 2005 steg forekomsten med ca. 40 % (109). At have en kronisk sygdom som ung betyder, at man skiller sig ud fra andre unge. Litteraturgennemgangen peger på, at unge med type 1-diabetes ser ud til at være særligt sårbare i overgangen fra ung til voksen, hvor de selv i højere grad skal overtage ansvaret for deres behandling. Manglende viden og udfordringer med at bevare en sund livsstil, misbrug og den psykiske belastning, der følger med at have diabetes, eller anden form for psykisk sårbarhed, kan hæmme de unges håndtering af deres type 1-diabetes. Støtte fra familie og sundhedsprofessionelle er af afgørende for de unge. Endvidere ser det ud til, at de unge med type 1-diabetes ikke altid søger den relevante hjælp i sundhedsvæsenet.

## 4.6 Personer med handicap

Personer med handicap omfatter personer, der har en langvarig fysisk, psykisk, intellektuel eller sensorisk funktionsnedsættelse, som i samspil med forskellige barrierer kan hindre dem i fuldt og effektivt at deltage i samfundslivet på lige fod med andre (110). Der er fundet seks publikationer om personer med handicap. Disse har fokus på hørehandicap, synshandicap, udviklingshandicap og kognitive begrænsninger.

### 4.6.1 Udvikling af diabetes

Tre artikler beskriver risikoen for at udvikle diabetes for personer med handicap.

Et systematisk litteraturreview undersøger forekomsten af type 1- og type 2-diabetes blandt personer med kognitive begrænsninger og udviklingshandicap og finder svag evidens for, at denne gruppe kan være i højere risiko for at få diabetes end den øvrige befolkning. Studiet peger på, at der mangler forskning på området (111).

En tværsnitsundersøgelse af helbredstilstanden hos 298 personer med døvhed i Storbritannien finder, at 11 % af deltagerne havde et blodsukkerniveau svarende til prædiabetes eller diabetes. 77 % af deltagerne med prædiabetes var ikke bevidste om deres forhøjede blodsukkerniveau, og 56 % af de deltagere, der angav, at de havde diabetes, havde unormale blodsukker-niveauer. Forfatterne konkluderer, at udbredelsen af diabetes blandt deltagere med døvhed svarer til udbredelse i baggrundsbefolkningen, men at deltagerne har mindre opmærksomhed på prædiabetes og har utilstrækkelig diabeteskontrol efter diagnosticering (112).

En engelsk kohorteundersøgelse viser lav prævalens af udiagnosticeret diabetes og svækket glukoseregulering blandt voksne med kognitive begrænsninger. Hos 68 % af deltagerne fandt man et højt niveau af overvægt og svær overvægt, der potentielt øger risikoen for type 2-diabetes (113). McVilly et al. (111) finder i et systematisk review, at der generelt mangler forskning

om forekomsten og konsekvenserne af diabetes for personer med kognitive handicap og udviklingshandicap.

Disse tre studier afklarer ikke entydigt, om personer med henholdsvis kognitive begrænsninger, udviklingshandicap og døvhed har en forøget risiko for type 2-diabetes og gør opmærksom på, at der mangler forskning på området. De inkluderede artikler nævner ikke konkrete risikofaktorer for udviklingen af diabetes blandt personer med handicap.

#### 4.6.2 Håndtering af diabetes

Tre artikler omhandler håndteringen af diabetes blandt personer med handicap

Et kvalitativt studie af Cardol et al. undersøger, hvordan diabetespatienter med mild eller moderat udviklingshæmning oplever deres sygdom (type 1- og type 2-diabetes), og hvordan de håndterer den i hverdagen. For denne gruppe er diabetes forbundet med en følelse af tab i forhold til at opgive madvarer, der ikke harmonerer med kostrådene for sygdommen. De fleste af deltagerne følte sig ikke syge, og deres helbred var ikke en stor bekymring. De så primært diabetes som en alvorlig sygdom, når den kræver behandling med insulin. Deltagernes egenomsorg var påvirket af mangel på information, motivation og støtte, følelsen af at blive kontrolleret, få muligheder for læring, andre samtidige helbredsudfordringer, humør og boligforhold. Dertil var det ifølge deltagerne sjældent, at de talte om diabetes med deres læge. Til gengæld opfattes familiemedlemmer med diabetes som rollemodeller (114). Et andet studie finder tilsvarende resultater og viser, at patienter med diabetes (type 1- og type 2) og kognitivt handicap har nogen viden om diabetes, men alligevel er forvirrede og usikre på deres sygdom (115).

En dansk survey, der undersøger sundhedskompetence og egenomsorg blandt svagtseende patienter med type 1-diabetes, finder, at denne gruppe typisk har sværere ved at finde og forstå sundhedsinformation end personer med normalt syn. I forhold til egenomsorg monitorerer de deres blodsukker mindre, men har bedre egenomsorg i forhold til fodundersøgelser og til dels også livsstil (motion, rygning og kost) (116).

Sammenfattende finder de inkluderede artikler, at personer med handicap ikke altid har den nødvendige viden om diabetes, egenomsorg og behandling, og at andre udfordringer i tilværelsen kan tage fokus fra deres sygdom. Artiklerne nævner følgende forhold, der har betydning for håndtering af diabetes blandt personer med syns- og udviklingshandicap samt kognitive handicap:

- Opfattelse af diabetes
- Manglende viden og udfordringer med at forstå information
- Manglende støtte
- Andre bekymringer, eksempelvis om boligforhold
- Psykisk tilstand og anden somatisk sygdom.

#### 4.6.3 Mødet med sundhedsvæsenet

Litteratursøgningen fandt ikke artikler, der belyser mødet med sundhedsvæsenet for denne gruppe.

#### 4.6.4 Opsamling

Personer med handicap udgør en sårbar gruppe i forhold til sygdom og sundhed. Personer med handicap har op til 10 gange dårligere sundhedstilstand og dør tidligere end resten af befolkningen (117,118). Litteraturgennemgangen kan dog ikke entydigt pege på, om denne

gruppe er i større risiko for at udvikle type 2-diabetes. Til gengæld kan gruppen opleve udfordringer med at håndtere deres diabetes, hvilket dels hænger sammen med manglende viden om diabetes og komorbiditet, dels forhold omkring støtte fra familien, boligforhold og kontakt med de sundhedsprofessionelle, som spiller ind i forhold til egenomsorg.

#### 4.7 Delkonklusion

De sårbare grupper, som er beskrevet i dette kapitel, repræsenterer hver især en risikofaktor, som ifølge den inkluderede litteratur har betydning for enten udvikling af diabetes, håndtering af diabetes eller mødet med sundhedsvæsenet. I gennemgangen af de sårbare grupper er der to forhold, der træder tydeligt frem, og som bekræfter vores viden om, hvordan sårbarhed og ulighed i sundhed opstår (8, 119). For det første bekræfter gennemgangen, at den enkelte gruppe typisk lever med flere risikofaktorer, der bidrager til deres sårbarhed. Afgrænsningen mellem dem er derfor ikke skarp, men snarere overlappende. For det andet er der en række baggrundsfaktorer, som ligger bag ved og går på tværs af de seks risikofaktorer. Lav uddannelse, lav indkomst og usund livsstil er de baggrundsfaktorer, der nævnes mest, men eksempelvis høj alder eller det at bo i et udsat boligområde bidrager også til sårbarhed. Disse baggrundsfaktorer skaber dårlige forudsætninger for at imødegå de særlige udfordringer, der følger med de risikofaktorer, som kendetegner grupperne. Sårbarhed i forhold til diabetes opstår som følge af en kombination af baggrundsfaktorer og risikofaktorer, der både skaber øget risiko for at udvikle diabetes og vanskeliggør håndteringen af diabetes og mødet med sundhedsvæsenet.

## 5 Mediatorer

I dette kapitel beskriver vi to mediatorer, dvs. forhold, der kan forstærke eller dæmpe sårbarhed i forhold til diabetes. Disse mediatorer vedrører ikke enkelte sårbare grupper, men går på tværs af alle grupperne og indgår på forskellig vis i det komplekse af årsager, der kan påvirke udviklingen af diabetes, håndteringen af diabetes og mødet med sundhedsvæsenet. De to mediatorer er socialt netværk og sundhedskompetence. De inkluderede publikationer er inddelt efter litteraturgennemgangens tre temaer.

### 5.1 Sundhedskompetence

Sundhedskompetence (på engelsk: health literacy) handler om den enkeltes evne til at få adgang til, forstå, vurdere og anvende information om sundhed (88). I alt seks artikler omhandler betydningen af sundhedskompetence for sårbare grupper.

#### 5.1.1 Udvikling af diabetes

Der er ikke fremkommet artikler, som specifikt beskæftiger sig med betydningen af sundhedskompetence for risikoen for at udvikle diabetes. Sundhedskompetence bliver dog nævnt i forbindelse med risikoen for at udvikle diabetes for flere af de sårbare grupper i forrige kapitel.

#### 5.1.2 Håndtering af diabetes

Fem artikler omhandler betydningen af sundhedskompetence for håndteringen af diabetes.

De personer med diabetes, som har lav sundhedskompetence, er karakteriseret ved et lavt eller middelhøjt uddannelsesniveau, høj alder, anden etnisk baggrund end dansk, og de bor alene (88).

Flere studier dokumenter en sammenhæng mellem lav sundhedskompetence og patienternes viden om diabetes (120-122). Van der Heide et al. finder i et tværsnitsstudie, at viden om diabetes er en mediator i sammenhængen mellem bl.a. sundhedskompetence og glykæmisk kontrol. Forfatterne konkluderer også, at god sundhedskompetence kan tilskynde til deltagelse i egenomsorgsaktiviteter såsom rygestop (122).

Omvendt finder Friis et al. i et populationsbaseret survey, at patienter med diabetes, som har svært ved at forstå sundhedsinformation, har større sandsynlighed for at være fysisk inaktive og spise usundt (123). Friis et al. beskriver endvidere i en temaanalyse, at personer med lav sundhedskompetence i mindre grad deltager i sundhedsfremmende indsatser, at de har sværere ved at tage vare på deres sygdom og møde op til kontroller og kan have svært ved at følge og forstå behandlingsanbefalinger (88). Personer med diabetes og lav sundhedskompetence oplever især at have svært ved at forstå information på medicinpakker, sikre sig at sundhedspersonalet forstår deres problemer samt præcist at følge anvisninger vedrørende behandling og livsstil (88). Cavanaugh tester læsefærdigheder og talforståelsen blandt diabetespatienter og finder, at lav sundhedskompetence også er knyttet til lav talforståelse, hvilket medvirker til en let forringet glykæmisk kontrol blandt deltagerne i undersøgelsen (121).

Et systematisk review (124) finder, at selvom lav sundhedskompetence er forbundet med mindre viden om diabetes, så er der ikke evidens for, at sundhedskompetence er selvstændigt forbundet med resultaterne af diabetesbehandling.



Sammenfattende peger de inkluderede artikler på, at lav sundhedskompetence kan påvirke egenomsorgen og behandlingsresultater hos diabetespatienter negativt. Især uddannelsesniveau, etnisk minoritetsbaggrund, alder og boform ser ud til at være forbundet med sundhedskompetence. Litteraturen peger på følgende måder, hvorpå lav sundhedskompetence kan påvirke håndteringen af diabetes:

- Manglende viden om diabetes
- Svært ved at forstå sundhedsinformation, inkl. talbaseret information
- Dårligere egenomsorg.

Omvendt peger en af de inkluderede publikationer på, at høj sundhedskompetence har en positiv betydning ved at understøtte:

- Deltagelse i egenomsorgsaktiviteter.

#### 5.1.3 Mødet med sundhedsvæsenet

En enkelt artikel omhandler betydningen af sundhedskompetence i mødet med sundhedsvæsenet.

White et al. (125) peger på, at kommunikation mellem patient og læge har betydning for resultaterne af diabetesbehandlingen, og at tillid spiller en stor rolle i mødet mellem patient og sundhedsprofessionel. Sårbare diabetespatienter med mistillid til sundhedsvæsenet oplever dårligere kommunikation med de sundhedsprofessionelle, en mindre grad af involvering i deres behandling, og at de sundhedsprofessionelle har en mindre personlig tilgang i mødet. Forfatterne beskriver, at sundhedskompetence kan være en vigtig faktor for betydningen af mistillid. Patienter med høj mistillid og lav sundhedskompetence oplever således en dårligere kommunikation sammenlignet med patienter med høj mistillid og høj sundhedskompetence.

Artiklen peger på følgende måder, hvorpå lav sundhedskompetence påvirker sårbare diabetespatienters møde med sundhedsvæsenet.

- Mistillid
- Vanskelighed ved at kommunikere med sundhedspersonale.

#### 5.1.4 Opsamling

Sundhedskompetence er en væsentlig færdighed, når man skal tilegne sig viden og bruge den aktivt til at forbedre sit helbred. Sundhedskompetence har betydning for, hvordan man varetager sit helbred og eventuel sygdom, og hvordan man kan få adgang til og forstå sundhedsrelateret viden. Sundhedskompetence har også betydning i mødet med sundhedsvæsenet, hvor det er istandsættende i forhold til at deltage i dialog og beslutninger med de sundhedsprofessionelle og navigere i sit behandlingsforløb. Personer med lav sundhedskompetence deltager i mindre grad i sundhedsfremmende initiativer, har sværere ved at forstå og følge behandlingsanbefalinger og tage vare på deres sygdom (88).

Lav sundhedskompetence går igen i flere af de sårbare grupper. Det bliver specifikt nævnt som en udfordring for personer med etnisk minoritetsbaggrund, multisygdom og handicap. Selvom der ikke er fundet artikler, som specifikt nævner sundhedskompetence hos personer med psykisk sygdom og socialt udsatte, er der andre studier, der indikerer, at disse grupper har lav sundhedskompetence (100,126). De unge med type 1-diabetes adskiller sig her, i og med at

deres sårbarhed i nogen grad opstår som følge af deres sygdom, og litteraturen ikke giver et entydigt billede af en forudgående sårbarhed.

Lav sundhedskompetence er bl.a. knyttet til lav social position og socioøkonomisk status, hvor uddannelsesniveaet har den største betydning. Lav uddannelse er et kendetegn for flere af de sårbare grupper, som beskrives i denne rapport. Sundhedskompetence ser ud til at være en mediator mellem lav socioøkonomisk status og helbredsstatus, sundhedsadfærd og helbredsrelaterede resultater (127). Sårbare mennesker med lav sundhedskompetence, som i forvejen er udfordret på deres livsvilkår, har dermed dårligere forudsætninger for at mestre deres diabetes og har dertil sværere ved at opbygge en tillidsfuld relation til og kommunikere med de sundhedsprofessionelle, hvis opgave det er at hjælpe dem.

## 5.2 Socialt netværk

En persons sociale netværk består af relationer til andre mennesker, som giver mulighed for social støtte og kontrol samt udveksling af relevante sociale ressourcer som fx information og praktisk hjælp. Et netværk kan bestå af familie, venner, naboer og kollegaer mv. Relationen kan være tæt og intim eller mere fjern og upersonlig (128). Otte artikler omhandler betydningen af socialt netværk i relation til at udvikle diabetes og håndtere den.

### 5.2.1 Udvikling af diabetes

Seks artikler beskriver betydningen af socialt netværk for risikoen for at udvikle diabetes.

Resultaterne fra et kohortestudie, der undersøger sammenhængen mellem socialt netværk og prædiabetes samt diabetes, finder, at mennesker med et lille socialt netværk oftere har en diabetesdiagnose. Dette er ikke tilfældet for prædiabetes. For kvinder er der en sammenhæng mellem geografisk nærhed til venner og familie og type 2-diabetes. At bo alene giver en større sandsynlighed for type 2-diabetes hos mænd, men ikke hos kvinder. For begge køn ser det ud til, at lav deltagelse i sociale netværk øger risikoen for at have type 2-diabetes – for kvinder også for prædiabetes. Begrænset social støtte ved vigtige beslutninger og begrænset praktisk støtte til småjobs og ved sygdom øger risikoen for type 2-diabetes, men ikke prædiabetes (129).

Mænd lader til at være særligt udsatte, når de har et begrænset socialt netværk. I et populationsbaseret studie fra 2016 finder Altevers et al., at begrænset strukturel social støtte er forbundet med øget risiko for at udvikle type 2-diabetes hos midaldrende mænd, særligt mænd med lavt uddannelsesniveau. Dette er uafhængigt af andre risikofaktorer. Strukturel social støtte defineres som civil status, sammensætning af husholdningen, antal og frekvens af sociale kontakter samt formelle og uformelle fællesskaber. Artiklen beskriver følgende karakteristika for personer med begrænset strukturel social støtte sammenlignet med personer med god strukturel social støtte: højere alder, fysisk inaktivitet, mindre alkoholindtag samt højere grad af nedtrykthed (130). En tysk survey finder også en øget risiko for type 2-diabetes blandt mænd, som ikke føler, at de har et tilfredsstillende socialt netværk. Billedet er mere uklart for kvinder (131).

Også unges diabetesrisiko påvirkes af kvaliteten af deres sociale netværk. Et registerstudie af unge i alderen 3-18 år og 12-39 år finder, at oplevet lav social støtte i det unge voksenliv er associeret med højere blodsukker hos begge køn, omend mindre udtalt hos mænd, og at det øger risikoen for prædiabetes blandt kvinder (132).

Familie og sociale netværk kan også have en positiv betydning for risikoen for type 2-diabetes. Et litteraturreview undersøger betydningen af familie og miljøfaktorer i hjemmet for unges sundhedsadfærd. Målgruppen er unge mellem 10-18 år, som er i høj risiko for at udvikle metabolisk syndrom og type 2-diabetes. Høj risiko er her defineret som minoritetsbaggrund, lav socioøkonomisk status og overvægt. Reviewet finder, at forældrenes støtte og monitorering i nogen grad er associeret med god sundhedsadfærd hos de unge. Studiet finder også, at tilgængelighed af ressourcer i hjemmet – særligt sunde fødevarer – kan være forbundet med positiv sundhedsadfærd hos de unge (133).

Med data fra en engelsk kohorte finder Laursen et al., at personer med stærke sociale relationer – dvs. høj grad af social støtte, lav grad af belastende relationer og et stort socialt netværk – er i lavere risiko for at udvikle type 2-diabetes. Studiet finder ingen evidens for, at stærke sociale relationer reducerer sammenhængen mellem depressive symptomer og udviklingen af type 2-diabetes (134).

Sammenfattende finder de inkluderede publikationer, at socialt netværk spiller en vigtig rolle i risikoen for at udvikle type 2-diabetes. For unge er det især forældrene, og for voksne er det både familie og omgangskreds, der kan påvirke diabetesrisikoen. Fravær af socialt netværk kan forstærke risikoen for at udvikle diabetes. Følgende forhold nævnes i artiklerne:

- Begrænset socialt netværk
- Lav deltagelse i sociale aktiviteter
- At bo alene (især mænd)
- Begrænset social støtte (Især mænd og unge voksne)

En positiv betydning af socialt netværk, som understøtter sundhedsadfærd og kan afbøde risikoen for type 2-diabetes, er også beskrevet i nogle få artikler. Følgende forhold nævnes:

- Stærke sociale relationer generelt
- Forældrestøtte og -monitorering
- Tilgængelighed af sunde fødevarer i det nære netværk

### 5.2.2 Håndtering af diabetes

To artikler omhandler betydningen af socialt netværk for håndteringen af diabetes.

Gunn et al. har gennemført en interviewundersøgelse med 45 mennesker med type 1- eller type 2-diabetes. Interviewene viste, at familiemedlemmer ofte er involveret i daglige egenomsorgsaktiviteter, og at familie og venner var særligt vigtige ved patientens behov for akut hjælp. Den konstante opmærksomhed på diabetes kan dog være en belastning, ikke bare for patienten, men også for vedkommendes familiemedlemmer. Forfatterne peger endvidere på, at det stigende antal personer med diabetes, der samtidig bliver ældre og skrøbelige som følge af komorbiditet, kan blive en udsat gruppe, hvis de samtidig ikke har pårørende, som kan støtte dem (135). Koetsenguijter et al. finder i et observationsstudie med data fra flere europæiske lande, at deltagelse i foreningsliv kan knyttes til bedre diabetesstatus, og for patienter med lav indkomst også til øget fysisk aktivitet. Omvendt finder de blandede resultater i forhold til individuelle netværk (136).

De to studier har ikke som sådan fokus på sårbare grupper, men begge peger på, at manglende netværk kan bidrage til sårbarhed, og omvendt også at nogle patienter kan have særlig gavn af bestemte typer af fællesskaber. Følgende negative forhold nævnes:

- Diabetes kan udgøre en belastning for pårørende.

Følgende positive forhold nævnes:

- Et godt socialt netværk giver adgang til nødvendig hjælp og støtte i forhold til egenomsorg.

### 5.2.3 Mødet med sundhedsvæsenet

Der er ingen artikler om en eventuel sammenhæng mellem socialt netværk og mødet med sundhedsvæsenet.

### 5.2.4 Opsamling

Socialt netværk påvirker sundhed og sygdom på en række forskellige måder: 1) social støtte i form af følelsesmæssig opbakning og praktisk hjælp, 2) social indflydelse i form af normer, værdier og social kontrol, 3) socialt engagement, fx deltagelse i kollektive aktiviteter, 4) adgang til ressourcer, fx information, penge og job (137). Den inkluderede litteratur peger på, at socialt netværk, især familien, har betydning for risikoen for at udvikle diabetes – bl.a. gennem samvær og fællesskab omkring kost, fysisk aktivitet osv. Endvidere har det betydning for, hvordan man som diabetespatient kan tilegne sig og fastholde en ændret livsstil og efterleve diabetes-behandlingen. Den inkluderede litteratur peger på, at unge med type 1-diabetes og socialt udsatte samt personer med etnisk minoritetsbaggrund eller psykisk sygdom har brug for social støtte fra det nære netværk – og også fra de sundhedsprofessionelle, der er tilknyttet deres behandling, for at lykkes med egenomsorg i hverdagen. Mestring i forhold til risiko for sygdom og håndtering af sygdom formes i det sociale netværk – både det nære og det mere fjerne. Når familie og venner fx ikke kan se meningen med at afvige fra kulturelt forankrede kostvaner, bliver det svært for den person, der lever med type 2-diabetes, at gennemføre en livsstilsændring. Det betyder også, at manglende netværk – fx for ældre – kan forstærke sårbarheden. Sårbarhed kan således fastholdes, forstærkes eller afhjælpes afhængig af de miljøer, som man bevæger sig i.

## 5.3 Delkonklusion

Sundhedskompetence og socialt netværk, som er beskrevet i dette kapitel, repræsenterer en mediator mellem de seks grupper og den sårbarhed, der karakteriserer dem i forhold til udvikling af diabetes, håndtering af diabetes og mødet med sundhedsvæsenet. Sundhedskompetence og socialt netværk kan påvirke – dvs. forstærke eller afhjælpe – deres sårbarhed.

I litteraturgennemgangen har det vist sig, at de sårbare grupper generelt har lav sundhedskompetence og enten begrænset netværk eller manglende støtte fra netværket til at gennemføre livsstilsændringer og varetage egenomsorg. Det kan konkret betyde, at de har sværere ved at tilegne sig viden og afkode nødvendig information. Dette ses bl.a. hos personer med etnisk minoritetsbaggrund, multisygdom og handicap. Manglende støtte kan betyde, at personer, som har diabetes eller er i risiko for at få det, ikke får gennemført rygestop, spiser forkert, undlader at måle blodsukker osv. Endelig kan det påvirke den dialog, de har med de sundhedsprofessionelle omkring deres forløb, som det bl.a. er blevet fremhævet i forhold til de socialt udsatte.

De fleste af de inkluderede publikationer om sundhedskompetence har fokus på de negative konsekvenser af lav sundhedskompetence, men peger dog på, at høj sundhedskompetence kan understøtte egenomsorg. Litteraturen indikerer også, at et godt netværk kan afhjælpe sårbarhed ved give adgang til nødvendig hjælp og støtte og et sundhedsskabende miljø.

Der er desuden en sammenhæng mellem socialt netværk og sundhedskompetence. Værdier og normer i det omgivende miljø og sociale mønstre for fx livsstil, uddannelses- og jobvalg har betydning for de valg, den enkelte typisk træffer (138). Lav uddannelse medvirker til lav sundhedskompetence, hvis effekt igen kan afhjælpes eller forstærkes i det sociale netværk. Ressourcerne i det sociale netværk, herunder også sundhedskompetence, kan understøtte den enkelte i at ændre og fastholde nye vaner. Det ses bl.a. hos unge med type 1-diabetes. Samtidig kan mennesker have svært ved at ændre adfærd, selvom de får ny viden, fx fra de sundhedsprofessionelle, hvis denne viden ikke resonerer med fællesskaber og adfærd, som de selv tillægger værdi (138). Det ses bl.a. hos personer med etnisk minoritetsbaggrund.

Sårbarheden i de seks grupper kan således påvirkes – både i positiv og negativ retning – af det sociale netværk, den enkelte indgår i og af den sundhedskompetence, som de enten selv har eller som er til stede i deres netværk.

## 6 Sammenfatning og konklusion

Litteraturen om diabetes og sårbarhed bekræfter billedet af, at mennesker, der lever med vanskeligheder i deres liv, er mere udsatte for at få diabetes og for at opleve udfordringer med behandling, livsstil og egenomsorg, når de har diabetes. Deres vanskeligheder drejer sig om helbredsproblemer og sociale problemer, og de kan vedrøre forskellige tidspunkter i livet. De optræder ofte sammen med lav socioøkonomisk status i form af kort uddannelse og lav indkomst og i kombination med en usund livsstil.

### 6.1 Hvem er de sårbare diabetespatienter?

De seks grupper, som denne litteraturgennemgang beskæftiger sig med, er:

- Personer med etnisk minoritetsbaggrund
- Personer med psykisk sygdom
- Personer med multisygdom
- Socialt udsatte
- Unge med type 1-diabetes i overgangen fra ung til voksen
- Personer med handicap.

Dertil kommer to mediatorer for sårbarhed, som går på tværs af grupperne:

- Sundhedskompetence
- Socialt netværk.

Som tidligere beskrevet er de sårbare grupper fremkommet som et resultat af den valgte litteratur. De er konstitueret ved en bestemt risikofaktor, der – trods intern variation i gruppen – giver dem en fælles sårbarhed i forbindelse med diabetes, og som forstærkes af de baggrunds faktorer, de ofte også deler.

Litteraturgennemgangen giver et indblik i, hvordan sårbarheden i de seks grupper kommer til udtryk i forhold til diabetes samt de to mediatorer, der både er med til at skabe sårbarhed og påvirke de ressourcer, som den enkelte har i forhold til at imødegå en risiko for at udvikle diabetes eller varetage den og i mødet med sundhedsvæsenet.

#### 6.1.1 Udvikling af diabetes

Den tilgængelige litteratur om risikoen for at udvikle diabetes omhandler langt overvejende type 2-diabetes, idet årsagerne bag udviklingen af type 1-diabetes ikke er klarlagt (139). Så længe årsagen ikke kendes, er det hverken muligt at forebygge eller helbrede type 1-diabetes.

Årsagerne til, at nogle mennesker udvikler type 2 diabetes, er derimod grundigt kortlagt. Type 2-diabetes er arveligt i dobbelt forstand. Der er tale om både en genetisk arv, og at man arver en livsstil, som øger risikoen for type 2-diabetes. Cirka 80 % af dem, der får type 2-diabetes, er overvægtige, og det er ofte en usund livsstil med overvægt og inaktivitet, som er udslagsgivende for, om en person, der er genetisk disponeret for type 2-diabetes, faktisk udvikler sygdommen (140).

Litteraturen peger på, at især to af de sårbare grupper har en øget risiko for at udvikle type 2-diabetes: personer med etnisk minoritetsbaggrund og personer med psykisk sygdom. Det ser også ud til, at ældre er mere udsatte for at have type 2-diabetes sammen med flere andre sygdomme, og at type 2-diabetes kan bidrage til udviklingen af demens. For de tre grupper beskriver den inkluderede litteratur et komplekst billede af risikofaktorer, som er gennemgående og overlappende. Genetisk disponering beskrives for personer med primært arabisk baggrund, men alle grupper lever med lav socioøkonomisk status, dvs. lav uddannelse, lav indkomst og svag eller ingen tilknytning til arbejdsmarkedet, en livsstil med usund kost, inaktivitet og ofte overvægt samt flere helbredsudfordringer. Den inkluderede litteratur peger endvidere på, at risikoen for at udvikle diabetes påvirkes af det sociale netværk, som den enkelte indgår i. Lille eller begrænset netværk og social kontakt bidrager til at forstærke sårbarhed og risiko for diabetes, især for mænd, mens nære sociale relationer kan afhjælpe denne risiko ved at støtte om sunde vaner. Udsatte boligområder med en høj grad af usikkerhed, arbejdsløshed og lav tilgængelighed af sunde fødevarer og fysisk aktivitet kan også have negativ betydning.

Risikoen for at udvikle diabetes for det enkelte menneske påvirkes således både af individuelle karakteristika og ressourcer, og af de sociale og fysiske rammer omkring vedkommende. De vigtigste pointer er:

- Risikofaktorer som etnisk minoritetsbaggrund og psykisk sygdom øger risikoen for at udvikle type 2-diabetes. Også ældre med andre sygdomme er udsatte for type 2-diabetes
- Risikoen for at udvikle type 2-diabetes påvirkes af baggrundsfaktorer som lav socioøkonomisk status og uddannelse
- Risikoen for at udvikle type 2-diabetes påvirkes af sociale netværk og forstærkes i udsatte boligområder.

### 6.1.2 Håndtering af diabetes

At få en diabetesdiagnose betyder en stor forandring af hverdagen. Sygdommen kræver en høj grad af egenomsorg – monitorering, behandling og sund livsstil – som kræver viden om diabetes og fortsat opmærksomhed, og som er livslang. Med god behandling og egenomsorg kan man imidlertid udsætte udviklingen af følgesygdomme.

Litteraturen i denne gennemgang peger på, at de karakteristika, der udgør risikofaktorer for at udvikle diabetes, også påvirker håndteringen af diabetes. De vanskeligheder, der kan knytte sig til eksempelvis multisygdom, handicap eller etnisk minoritetsbaggrund, kan udgøre en barriere for god egenomsorg og forstærke den sårbarhed, som disse grupper allerede lever med. Hvis man lever med helbredsmæssige, sociale eller økonomiske vanskeligheder, kan en diabetesdiagnose og kravene til kompetent håndtering af sygdommen være en stor udfordring. Omvendt kan en diabetesdiagnose forstærke de bekymringer og vanskeligheder, man har i forvejen.

Der er generelt manglende viden om diabetes, diabetesbehandling, og hvad egenomsorg indebærer. Dette betyder, at ikke alle har indsigt i eksempelvis betydningen af fysisk aktivitet. Sociale og kulturelle praksisser omkring mad kan også udgøre en barriere for sunde kostvaner og dermed for håndteringen af diabetes.

Samtidig er der forhold, der er knyttet sig specifikt til enkelte grupper. Hos gruppen af personer med psykisk sygdom og multisygdom samt de socialt udsatte kan perioder med dårligt mentalt helbred, andre somatiske sygdomme eller bekymringer om at få hverdagen til at hænge sammen skygge for diabetesbehandling og egenomsorg. Det kan blive både svært og mindre vigtigt fx at få motion, hvis man begrænses af dårligt helbred og måske skal tage medicin eller ikke

ved, hvor man skal sove den følgende dag. Dermed kan diabetes og de krav, der stilles til den enkeltes livsførelse, forstærke den sårbarhed, som disse grupper allerede lever med.

De unge med type 1-diabetes udgør en særlig gruppe. Litteraturen peger på, at deres sårbarhed følger af diabetesdiagnosen. Overgangen fra ung til voksen og den ansvarsoverdragelse, der skal ske, udfordrer de unge. Det rammer unge, som kommer fra hjem med lav socioøkonomisk status og lav støtte. De rammes særlig hårdt. Deres sårbarhed er knyttet til spiseforstyrrelser og insulinmanipulation. Også i denne gruppe er unge med anden etnisk baggrund særligt sårbare.

Sundhedskompetence kan påvirke håndteringen af diabetes. Litteraturen peger på, at det er gennemgående for de sårbare grupper, at de mangler adgang til eller ikke er i stand til at op-søge relevant information, samt at de generelt har svært ved at forstå sundhedsinformation.

Også i forhold til håndteringen af diabetes indikerer litteraturen, at socialt netværk spiller en vigtig rolle. For de unge er forældrenes støtte afgørende, men også voksne med diabetes har gavn af opbakning til livsstilsændringer og praktisk hjælp ved behov. Pårørende kan dog belastes af at skulle yde opbakning og praktisk hjælp til deres nære med diabetes. De vigtigste pointer for de sårbare grupper er:

- Andre sygdomme og bekymringer kan overskygge håndteringen af diabetes
- Manglende viden og lav sundhedskompetence er en barriere for håndteringen af diabetes
- Socioøkonomiske forhold og kulturelle praksisser kan stå i vejen for håndteringen af diabetes
- Støtte og hjælp fra det sociale netværk kan understøtte håndteringen af diabetes.

### 6.1.3 Mødet med sundhedsvæsenet

Denne litteraturgennemgang peger på, at de sårbare grupper med diabetes oplever en række barrierer i mødet med sundhedsvæsenet. Tre problemer går igen i materialet: kommunikation, manglende viden og kompetence hos de sundhedsprofessionelle og manglende opsøgning og brug af sundhedsydelse.

Det er gennemgående, at kommunikationen omkring pleje og behandling opleves som udfordrende blandt de sårbare patienter. De mulige årsager, der beskrives i de inkluderede publikationer, varierer fra gruppe til gruppe. Sprogbarrierer optræder hos mennesker med etnisk minoritetsbaggrund som en konkret hindring for kommunikationen – også ved brug af tolk. Det kan også handle om at skulle kommunikere med mange forskellige aktører, som personer med multisygdom oplever. Personer med etnisk minoritetsbaggrund og psykisk syge oplever, at de sundhedsprofessionelle udtrykker en stereotyp eller stigmatiserende holdning til dem, når de møder dem omkring pleje og behandling. Dette kan virke demotiverende både i forhold til brug af sundhedsydelse og egenomsorg (141). Dette gør sig også gældende i forhold til negative opfattelser af fedme, som man kan møde hos nogle sundhedsprofessionelle (142). Lav sundhedskompetence ser ud til at have betydning, fordi det giver patienten dårligere forudsætninger for at indgå i en dialog med de sundhedsprofessionelle og forstå den information, de formidler. Det skaber mistillid i interaktionen.

Det andet problem i mødet med sundhedsvæsenet, som går igen i flere grupper, er en oplevelse af, at de sundhedsprofessionelle ikke har tilstrækkelig viden og forudsætninger til at varetage de sårbare patienters behov. Personer med psykisk sygdom kan møde manglende viden om og opmærksomhed på diabetes hos det psykiatriske personale, samtidig med at de



skal navigere i et system, der ikke altid lykkes med at integrere behandlingen af psykisk og somatisk sygdom. Socialt udsatte oplever også, at deres problemer ikke altid bliver taget alvorligt, og de komplekse behandlingsbehov hos personer med multisygdom kræver viden og kompetence, som plejepersonalet selv ikke mener, at de har.

Det tredje problem omhandler nogle sårbare patienters fravalg af kontakten med sundhedsprofessionelle. Litteraturen peger på, at socialt udsatte og sårbare unge med type 1-diabetes ikke altid opsøger sundhedsfaglig hjælp, når de har behov for det.

Bag de specifikke udfordringer i mødet med sundhedsvæsenet, som er dokumenteret for de sårbare grupper, er der igen en mere generel problematik. Flere studier peger på, at der er en sammenhæng mellem lav socioøkonomisk status og brug og kvalitet af diabetesbehandling. Personer med lav socioøkonomisk status opsøger i mindre grad specialiserede diabetestilbud og får ikke tilbudt de nødvendige ydelser; de bliver mere syge af deres diabetes og dør tidligere – også selv om de har adgang til offentligt betalte sundhedsydelser (1, 143-145). Lav socioøkonomisk status giver i sig selv en sårbarhed i forhold til at opsøge og modtage hjælp fra sundhedsvæsenet.

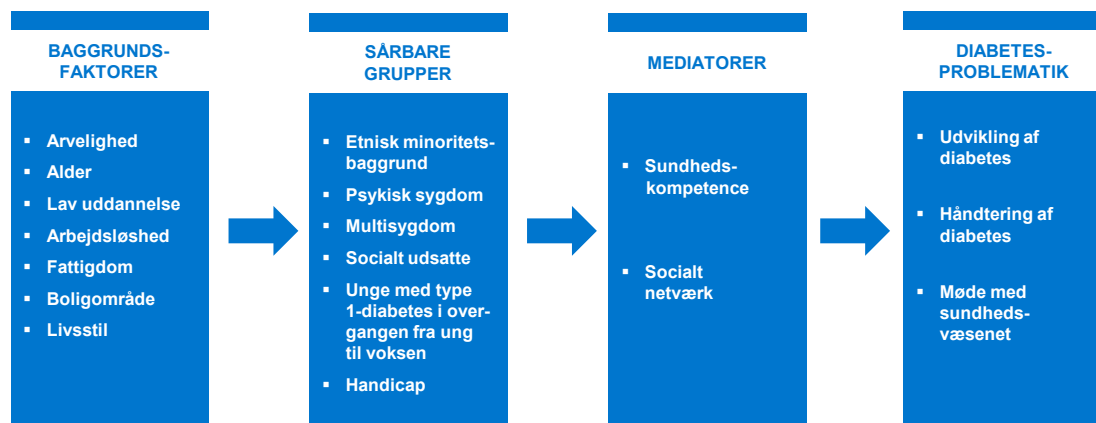
De vigtigste pointer om de sårbare gruppers møde med sundhedsvæsenet er:

- Problemer i kommunikationen udfordrer de sårbare gruppers interaktion med sundhedsprofessionelle
- Manglende viden om de sårbare gruppers særlige forhold og behandlingsbehov blandt sundhedsprofessionelle er en udfordring i deres møde med sundhedsvæsenet
- Nogle sårbare grupper opsøger ikke den nødvendige hjælp i sundhedsvæsenet
- Lav socioøkonomisk status og lav sundhedskompetence påvirker mødet med sundhedsvæsenet negativt

#### 6.1.4 Samspillet mellem risikofaktorer

Litteraturgennemgangen peger på tre typer af risikofaktorer, som er sammenfattet i modellen nedenfor: 1) den sårbare gruppe lever med et forhold, der i sig selv udgør en risikofaktor (fx etnisk minoritetsbaggrund), 2) baggrundsfaktorer (fx lav socioøkonomisk status) ligger bagved de sårbare grupper og kan i samspil og i varierende grad påvirke den sårbare gruppe, og 3) mediatorer (fx sundhedskompetence), som kan forstærke eller afbøde effekten af, hvor kraftigt de øvrige risikofaktorer slår igennem over for de tre diabetesproblematikker.

Nedenstående model viser, hvordan sårbarhed opstår i et samspil mellem sårbare grupper og baggrundsfaktorer, samt hvordan de to mediatorer påvirker, i hvilken grad sårbarheden viser sig i forhold til diabetes.



De seks sårbare grupper er konstitueret ved den risikofaktor, som i særlig grad bidrager til deres sårbarhed. Samtidig er det vigtigt at pointere, at ikke alle personer med etnisk minoritetsbaggrund, multisygdom eller handicap mv. kan karakteriseres som sårbare. Litteraturgennemgangen viser, at sårbarhed opstår i et samspil mellem mange risikofaktorer, og at der er et stort overlap mellem de sårbare grupper. Desuden er der bagved etnisk minoritetsbaggrund, psykisk sygdom, social udsathed osv. en række baggrundsfaktorer, som både bidrager til og forstærker sårbarheden i de seks grupper.

Baggrundsfaktorerne viser sig med forskellig styrke i de seks grupper. Arvelighed fremhæves fx især i forbindelse med etnisk minoritetsbaggrund, mens alder især spiller en rolle i forhold til multisygdom og overgangen fra ung til voksen. Lav socioøkonomisk status – dvs. lav uddannelse, arbejdsløshed og fattigdom – ser ud til at slå kraftigt igennem i forhold til alle grupperne, bortset fra de unge med type 1-diabetes, der udvikler deres sårbarhed som følge af diabetes. Lav socioøkonomisk status har betydning for, hvor man kan bo, og fx øger udsatte boligområder med lav sikkerhed, mindre adgang til sunde fødevarer og muligheder for fysisk aktivitet sårbarheden for både at udvikle og håndtere diabetes. Dette nævnes især i forhold til etniske minoritetsgrupper, men det sandsynligt, at dette spiller en rolle for de øvrige sårbare grupper, da beboerne i udsatte boligområder generelt har lav socioøkonomisk status og dårligere sundhed end beboere i andre boligområder (146,147). Endelig er der livsstil, som også er en gennemgående faktor for de seks grupper. Fysisk inaktivitet og kostvaner, der ikke harmonerer med diabetesvejledningen og skaber overvægt, bliver hyppigst nævnt, men også rygning, alkohol og stofmisbrug figurerer.

Der er samtidig tale om en gensidig sammenhæng mellem især lav socioøkonomisk status og de risikofaktorer, der kendetegner de seks sårbare grupper. Lav socioøkonomisk status bidrager til og forstærker den sårbarhed, som følger med de øvrige risikofaktorer, mens disse i sig selv kan påvirke socioøkonomiske status. For eksempel kan psykisk sygdom eller multisygdom forringe mulighederne for tilknytning til arbejdsmarkedet.

De to mediatorer – sundhedskompetence og socialt netværk – knytter sig også til dette kompleks af risikofaktorer, således at sårbare personer ser ud til at have lav sundhedskompetence og socialt netværk, som enten er begrænset eller ikke nødvendigvis yder den ønskede støtte. Samtidig kan sundhedskompetence og socialt netværk afbøde effekterne af den sårbarhed, som skabes i samspillet mellem de øvrige risikofaktorer. Evnen til at opsøge og omsætte viden om diabetes er en forudsætning for god egenomsorg og dialog med sundhedspersonalet. Et stærkt netværk, der bakker op om livsstilsforandringer og egenomsorg, og som tilbyder støtte

og praktisk hjælp, ser ud til skabe bedre forudsætninger for at håndtere en diabetesdiagnose og de krav til behandling og ændringer af hverdagslivet, der følger med den.

Sårbare personer lever dermed med svære livsvilkår, er i større risiko for at udvikle diabetes, har dårligere forudsætninger for at håndtere diabetes og for samarbejdet med de sundhedsprofessionelle. Via de to mediatorer kan sårbarheden dog påvirkes, og de kan anvendes som et af flere greb i en given intervention, der sigter mod at fremme sundheden for den pågældende gruppe.

## 6.2 Konklusion

Denne litteraturgennemgang har haft til formål at belyse sårbarhed på diabetesområdet med følgende fokus:

- Sårbare borgere med diabetes eller i risiko for at udvikle diabetes og de særlige forhold, der kendetegner deres helbredssituation i forhold til:
  1. Udvikling af diabetes
  2. Håndtering af diabetes
  3. Mødet med sundhedsvæsenet.

På baggrund af forskning og undersøgelser fra en europæisk kontekst har vi afsøgt, hvad der skaber sårbarhed over for diabetes, og hvem denne sårbarhed rammer.

Litteraturgennemgangen identificerer seks sårbare grupper, som enten har en forøget risiko for at få type 2-diabetes, eller oplever udfordringer med at håndtere deres diabetes og dermed forebygge komplikationer, eller har problemer med kommunikation og kontakten med de sundhedsprofessionelle i deres behandlingsforløb. Litteraturgennemgangen peger endvidere på to mediatorer, som har betydning for, hvor stærkt sårbarheden slår igennem i forhold til diabetes. Endelig er der med afsæt i litteraturgennemgangen udviklet en model, der illustrerer samspillet mellem de forskellige risikofaktorer og de tre diabetesproblematikker. Tilsammen belyser dette, hvem de sårbare borgere med diabetes eller i risiko for at udvikle diabetes er, og hvilke særlige forhold der kendetegner deres helbredssituation.

Den brede litteratursøgning, der har været nødvendig for at undersøge, hvem de sårbare diabetes patienter er, genererede et omfattende materiale. Alligevel har den formentlig ikke af-dækket al relevant litteratur, og der kan være andre sårbare personer med diabetes eller i risiko for at udvikle diabetes, som ikke er beskrevet her. Ligeledes kan der være mere viden at hente om specifikke emner – fx de positive effekter af sundhedskompetence på sårbarhed i forhold til diabetes – ved en mere fokuseret gennemgang af litteraturen på dette område.

De seks grupper får ikke lige meget opmærksomhed, hvis man ser på antallet af studier, der belyser deres specifikke situation. Den relativt større mængde litteratur om især personer med etnisk minoritetsbaggrund, psykisk sygdom eller multisygdom afspejler formentlig to forhold: at det er store grupper, der fylder i sundhedsvæsenet over hele Europa, og at der er erfaring for særlige udfordringer med diabetes i disse grupper. Det kan til gengæld betyde, at nogle af de sårbare grupper er underbelyst. Der, hvor der er behov for mere viden om de sårbare grupper og diabetes – det kunne være om unge med type 1-diabetes, socialt udsatte eller personer med handicap, kan der med fordel iværksættes en søgning, som har fokus på den specifikke målgruppe.

Litteraturgennemgangen beskriver de komplekse og interagerende vanskeligheder, som de sårbare grupper lever med i forhold til sygdom og sundhed generelt og diabetes specifikt. Nogle af disse vanskeligheder kan ikke afhjælpes, mens andre er mulige at påvirke med det formål at forebygge udviklingen af type 2-diabetes eller skabe bedre diabetesforløb for sårbare patientgrupper. Der er netop politisk og fagligt fokus på sårbare grupper og ulighed i sundhed – også på diabetesområdet. Denne rapport bidrager til det vidensgrundlag, som nye indsatser for disse grupper skal bygge på.

Med afsæt i litteraturgennemgangen peger VIVE på følgende opmærksomhedspunkter:

- Der er behov for at øge viden, styrke handlekompetence og evne til egenomsorg samt fastholde livsstilsændringer blandt sårbare diabetespatienter eller personer i risiko for at udvikle diabetes.
- Specifikt kan en understøttelse af sundhedskompetence og socialt netværk være virkemidler i en indsats mod sårbarhed i forhold til diabetes.
- Sårbare personer kan have brug for hjælp til at løse andre problemer, før de kan fokusere på deres diabetes.
- Sårbare personer med diabetes kan have gavn af et skræddersyet behandlingsforløb, som i højere grad er tilpasset deres særlige behov og livsvilkår.
- Personer med psykisk sygdom, multisygdom og social udsathed efterspørger en mere helhedsorienteret tilgang, som kan håndtere flere samtidige sygdomme, og som tager hensyn til særlige udfordringer med at varetage behandling og egenomsorg.
- Socialt udsatte og personer med etnisk minoritetsbaggrund oplever stigmatisering i mødet med de sundhedsprofessionelle. En indsats for afstigmatisering blandt sundhedsprofessionelle, som behandler disse grupper, kan øge sårbare personers brug af relevante behandlingstilbud.
- Yderligere forskning kan med fordel undersøge de mekanismer, der ligger bag sammenhængen mellem risikofaktorer og sårbarhed i forhold til de tre diabetesproblematikker, således at man understøtter udviklingen af relevante indsatser til sårbare grupper.

## Litteratur

- (1) Sortsø C, Lauridsen J, Emneus M, Green A, Jensen PB. Social inequality in diabetes patients' morbidity patterns from diagnosis to death – A Danish register-based investigation. *Scand J Public Health* 2018;46(1):92-101.
- (2) Sundheds- og Ældreministeriet. Den nationale diabetesbehandlingsplan. København: Sundheds- og Ældreministeriet; 2017.
- (3) Diabetesforeningen. Diabetes hos børn og unge. Available at: <https://diabetes.dk/presse/diabetes-i-tal/diabetes-hos-boern-og-unge.aspx>. Accessed 5/4, 2020.
- (4) Kruse M, Nørregaard J. Omkostninger for kommuner og regioner ved udvalgte senfølger til diabetes. København: DSI - Dansk Sundhedsinstitut; 2012.
- (5) Blaakilde A, Eiriksson S, Hansen B, Olesen L, Wingstrand A. Sundhedsprofil 2017 for Region Sjælland og kommuner – »Hvordan har du det? Sorø: Region Sjælland, Produktion, Forskning og Innovation; 2018.
- (6) Den Danske Ordbog. Sårbar. Available at: <https://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=s%C3%A5rbar>. Accessed 03/20, 2020.
- (7) Kyng M, Rasch SM. Udenlandske erfaringer og viden om sårbare og skrøbelige ældre - Opsporing, opfølgende indsatser, arbejdsgange og koordinationsprocesser. København: Alexandra Institut; 2019.
- (8) Sundhedsstyrelsen. Ulighed i Sundhed - Årsager og indsatser. København: Sundhedsstyrelsen; 2011.
- (9) Grøn L, Ravn Andersen C. Sårbarhed og handlekraft i alderdommen - Et etnografisk feltarbejde blandt fagpersoner og ældre i Horsens og omegn. København: KORA - Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning; 2014.
- (10) Nielsen AP, Kølbæk CØ, Kehlet KH. Livet med diabetes. Sårbare diabetespatienters fortællinger. København: Kompetencecenter for Patientoplevelser (KOPA); 2018.
- (11) Danmarks Statistik. Indvandrere i Danmark 2019. København: Danmarks Statistik; 2019.
- (12) Bennet L. Hög diabetesrisk bland icke-västerländska invandrare. Riktad och strukturerad prevention behövs. *Läkartidningen* 2018;115(EWPF).
- (13) Bennet L, Agardh C, Lindblad U. Cardiovascular disease in relation to diabetes status in immigrants from the Middle East compared to native Swedes: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2013;13(1):1-8.
- (14) Bennet L, Lindblad U, Franks PW. A family history of diabetes determines poorer glycaemic control and younger age of diabetes onset in immigrants from the Middle East compared with native Swedes. *Diabetes Metab* 2015;41(1):45-54.
- (15) Ujic-Voortman J, Schram MT, Jacobs-van dB, Verhoeff AP, Baan CA. Diabetes prevalence and risk factors among ethnic minorities. *Eur J Public Health* 2009;19(5):511-515.
- (16) Goosen S, Middelkoop B, Stronks K, Agyemang C, Kunst AE. High diabetes risk among asylum seekers in the Netherlands. *Diabetic Med* 2014;31(12):1532-1541.

- (17) Pollard TM. Ethnic groups as migrant groups: Improving understanding of links between ethnicity/race and risk of Type 2 diabetes and associated conditions. *Annu Rev Anthropol* 2011;40:145-158.
- (18) DasMunshi J, Ashworth M, Dewey ME, Gaughran F, Hull S, Morgan C, et al. Type 2 diabetes mellitus in people with severe mental illness: inequalities by ethnicity and age. Cross-sectional analysis of 588 408 records from the UK. *Diabetic Med* 2017;34(7):916-924.
- (19) Agyemang C, Goosen S, Anujuo K, Ogedegbe G. Relationship between post-traumatic stress disorder and diabetes among 105 180 asylum seekers in the Netherlands. *Eur J Public Health* 2012;22(5):658-662.
- (20) White JS, Hamad R, Li X, Basu S, Ohlsson H, Sundquist J, et al. Long-term effects of neighbourhood deprivation on diabetes risk: quasi-experimental evidence from a refugee dispersal policy in Sweden. *The Lancet Diabetes & Endocrinology* 2016;4(6):517-524.
- (21) Nosrati E, Jenum AK, Tran AT, Marmot SM, King LP. Ethnicity and place: the geography of diabetes inequalities under a strong welfare state. *Eur J Public Health* 2018;28(1):30-34.
- (22) Bodicoat DH, Carter P, Comber A, Edwardson C, Gray LJ, Hill S, et al. Is the number of fast-food outlets in the neighbourhood related to screen-detected type 2 diabetes mellitus and associated risk factors?. *Public Health Nutr* 2015;18(9):1698-1705.
- (23) Goff LM. Ethnicity and Type 2 diabetes in the UK. *Diabetic Med* 2019;36(8):927-938.
- (24) Khanolkar AR, Amin R, Taylor-Robinson D, Viner RM, Warner J, Stephenson T. Inequalities in glycemic control in childhood onset type 2 diabetes in England and Wales - A national population-based longitudinal study. *Pediatr Diabetes* 2019;20(7):821-831.
- (25) Khanolkar AR, Amin R, Taylor-Robinson D, Viner R, Warner J, Stephenson T. Ethnic Minorities Are at Greater Risk for Childhood-Onset Type 2 Diabetes and Poorer Glycemic Control in England and Wales. *Journal of Adolescent Health* 2016;59(3):354-361.
- (26) Hussen HI, Yang D, Cnattingius S, Moradi T. Type 1 diabetes among children and young adults: the role of country of birth, socioeconomic position and sex. *Pediatr Diabetes* 2013;14(2):138-148.
- (27) Ji J, Hemminki K, Sundquist J, Sundquist K. Ethnic Differences in Incidence of Type 1 Diabetes among Second-Generation Immigrants and Adoptees from Abroad. *J Clin Endocrinol Metab* 2010;95(2):847-850.
- (28) Soderstrom U, Aman J, Hjern A. Being born in Sweden increases the risk for type 1 diabetes - a study of migration of children to Sweden as a natural experiment. *Acta Paediatr* 2012;101(1):73-77.
- (29) 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. *Scand J Public Health* 2017;45(8):811-817.
- (30) Gagnon AJ, McDermott S, Rigol-Chachamovich J, Bandyopadhyay M, Stray-Pedersen B, Stewart D, et al. International migration and gestational diabetes mellitus: a systematic review of the literature and meta-analysis. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2011;25(6):575-592.
- (31) Liu C, Ahlberg M, Hjern A, Stephansson O. Perinatal health of refugee and asylum-seeking women in Sweden 2014-17 - A register-based cohort study. *Eur J Public Health* 2019 December 2019;29(6):1048-1055.

- (32) Abuelmagd W, Hakonsen H, Mahmood KQ, Taghizadeh N, Toverud E. Living with Diabetes: Personal Interviews with Pakistani Women in Norway. *J Immigr Minor Health* 2018;20(4):848-853.
- (33) Abubakari AR, Jones MC, Lauder W, Kirk A, Anderson J, Devendra D, et al. Ethnic differences and socio-demographic predictors of illness perceptions, self-management, and metabolic control of type 2 diabetes. *Int J Gen Med* 2013;6:617-628.
- (34) Patel N, Ferrer HB, Tyrer F, Wray P, Farooqi A, Davies MJ, et al. Barriers and Facilitators to Healthy Lifestyle Changes in Minority Ethnic Populations in the UK: a Narrative Review. *J. Racial Ethn. Health Disparities* 2017;4(6):1107-1119.
- (35) de-Graft Aikins A, Doodoo F, Awuah RB, Owusu-Dabo E, Addo J, Nicolaou M, et al. Knowledge and perceptions of type 2 diabetes among Ghanaian migrants in three European countries and Ghanaians in rural and urban Ghana: The RODAM qualitative study. *PLoS One* 2019;14(4):1-23.
- (36) Gultekin EB. Difficulties in health care for female Turkish immigrants with type 2 diabetes: a qualitative study in Vienna. *Wien Klin Wochenschr* 2017;129(9-10):337-344.
- (37) Peeters B, Van Tongelen I, Duran Z, Yüksel G, Mehuys E, Willems S, et al. Understanding medication adherence among patients of Turkish descent with type 2 diabetes: a qualitative study. *Ethn Health* 2015;20(1):87-105.
- (38) Mygind A. Encounters with medicines among ethnic minorities with chronic conditions. København: Københavns Universitet; 2013.
- (39) Kohinor MJE, Stronks K, Nicolaou M, Haafkens JA. Considerations affecting dietary behaviour of immigrants with type 2 diabetes: a qualitative study among Surinamese in the Netherlands. *Ethn Health* 2011;16(3):245-258.
- (40) Wallin A. Living with diabetes within the framework of Swedish primary health care : Somali and professional perspectives. Jönköping: School of Health Sciences, Jönköping University; 2009.
- (41) Abuelmagd W, Osman BB, Hakonsen H, Jennum AK, Toverud E. Experiences of Kurdish immigrants with the management of type 2 diabetes: a qualitative study from Norway. *Scand J Prim Health Care* 2019;37(3):345-352.
- (42) Povlsen L. Diabetes among youngsters from ethnic minorities - a vulnerable and burdened group. *Sygeplejersken* 2005;105(17):34-7.
- (43) Janisse HC, Naar-King S, Ellis D. Brief report: Parent's health literacy among high-risk adolescents with insulin dependent diabetes. *J Pediatr Psychol* 2010;35(4):436-440.
- (44) Boman Å, Bohlin M, Eklöf M, Forsander G, Törner M. Conceptions of Diabetes and Diabetes Care in Young People With Minority Backgrounds. *Qual Health Res* 2015;25(1):5-15.
- (45) Soderstrom U, Samuelsson U, Aman J. National Swedish study of immigrant children with type 1 diabetes showed impaired metabolic control after three years of treatment. *Acta Paediatr* 2016;105(8):935-939.
- (46) Borschuk AP, Everhart RS. Health disparities among youth with type 1 diabetes: A systematic review of the current literature. *Fam. Syst. Health* 2015;33(3):297-313.

- (47) Dayyani I, Maindal HT, Rowlands G, Lou S. A qualitative study about the experiences of ethnic minority pregnant women with gestational diabetes. *Scand J Caring Sci* 2019;33(3):621-631.
- (48) Skovgaard C, Ladenburg J. Hvem går til fodterapi – er der social eller geografisk ulighed? En registeranalyse af besøgshyppigheden hos fodterapeuter med ydernumre for patienter med diabetes. København: KORA - Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning; 2016.
- (49) Seale C, Rivas C, Kelly M. The challenge of communication in interpreted consultations in diabetes care: a mixed methods study. *Br J Gen Pract* 2013;63(607):125-133.
- (50) Alam R, Speed S, Beaver K. A scoping review on the experiences and preferences in accessing diabetes-related healthcare information and services by British Bangladeshis. *Health Soc Care Community* 2012;20(2):155-171.
- (51) Ahlmark N, Whyte SR, Curtis T, Tjørnhøj-Thomsen T. Positionings in healthcare: Diabetes training for Arabic-speaking immigrants. *Health Educ* 2014;114(2):133-151.
- (52) Bent-Ennakhl N, Périer MC, Sobocki P, Gothefors D, Johansson G, Milea D, et al. Incidence of cardiovascular diseases and type-2-diabetes mellitus in patients with psychiatric disorders. *Nord. J. Psychiatry* 2018;72(7):455-61.
- (53) Virtanen M, Ferrie JE, Tabak AG, Akbaraly TN, Vahtera J, Singh-Manoux A, et al. Psychological distress and incidence of type 2 diabetes in high-risk and low-risk populations: the Whitehall II Cohort Study. *Diabetes Care* 2014;37(8):2091-2097.
- (54) Atlantis E, Vogelzangs N, Cashman K, Penninx BJWH. Common mental disorders associated with 2-year diabetes incidence: The Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *J Affect Disord* 2012;142(Suppl):30-35.
- (55) Deschênes SS, Burns RJ, Schmitz N. Comorbid depressive and anxiety symptoms and the risk of type 2 diabetes: Findings from the Lifelines Cohort Study. *J Affect Disord* 2018;238:24-31.
- (56) Naicker K, Manuel D, Overland S, Skogen JC, Johnson JA, Sivertsen B, et al. Population attributable fractions for Type 2 diabetes: an examination of multiple risk factors including symptoms of depression and anxiety. *Diabetol Metab Syndr* 2018;10(1):1-10.
- (57) Nyboe L, Lund H. Low levels of physical activity in patients with severe mental illness. *Nord J Psychiatry* 2013;67(1):43-46.
- (58) Holt RIG. Diabetes in psychiatric disease. *Medicine* 2019;47(2):123-126.
- (59) Mamakou V, Hackinger S, Zengini E, Tsompanaki E, Marouli E, Serafetinidis I, et al. Combination therapy as a potential risk factor for the development of type 2 diabetes in patients with schizophrenia: The GOMAP study. *BMC Psychiatry* 2018;18(1):1-9.
- (60) Galling B, Roldán A, Nielsen RE, Nielsen J, Gerhard T, Carbon M, et al. Type 2 diabetes mellitus in youth exposed to antipsychotics: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2016;73(3):247-259.
- (61) Mulligan K, McBain H, Lamontagne-Godwin F, Chapman J, Flood C, Haddad M, et al. Barriers to effective diabetes management - a survey of people with severe mental illness. *BMC Psychiatry* 2018;18(1):1-15.



- (62) Schinckus L, Dangoisse F, Van dB, Mikolajczak M. When knowing is not enough: Emotional distress and depression reduce the positive effects of health literacy on diabetes self-management. *Patient Educ Couns* 2018;101(2):324-330.
- (63) Sumlin LL, Garcia TJ, Brown SA, Winter MA, Garcia AA, Brown A, et al. Depression and Adherence to Lifestyle Changes in Type 2 Diabetes A Systematic Review. *Diabetes Educ* 2014;40(6):731-744.
- (64) Dybdal D., Tolstrup J.S., Sildorf S.M., Boisen K.A., Svensson J., Skovgaard A.M., et al. Increasing risk of psychiatric morbidity after childhood onset type 1 diabetes: a population-based cohort study. *Diabetologia* 2018 01 Apr 2018;61(4):831-838.
- (65) Wilson CE, Smith EL, Coker SE, Hobbis IC, Acerini CL. Testing an integrated model of eating disorders in paediatric type 1 diabetes mellitus. *Pediatric Diabetes* 2015;16(7):521-528.
- (66) Berger G, Waldhoer T, Barrientos I, Kunkel D, Rami-Merhar BM, Schober E, et al. Association of insulin-manipulation and psychiatric disorders: A systematic epidemiological evaluation of adolescents with type 1 diabetes in Austria. *Pediatric Diabetes* 2019;20(1):127-136.
- (67) Nash M. Mental health service users' experiences of diabetes care by mental health nurses: An exploratory study. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2014;21(8):715-723.
- (68) McBain H, Lamontagne-Godwin F, Haddad M, Simpson A, Chapman J, Jones J, et al. Management of type 2 diabetes mellitus in people with severe mental illness: an online cross-sectional survey of healthcare professionals. *BMJ Open* 2018;8(2):1-14.
- (69) Hultsjö S. Mental healthcare staff's knowledge and experiences of diabetes care for persons with psychosis – a qualitative interview study. *Prim Health Care Res Dev* 2013;14(3):281-292.
- (70) Bedre Psykiatri. Så mange er syge. 2019; Available at: <https://bedrepsykiatri.dk/vi-den/behandlingspsykiatrien/>. Accessed 03/20, 2020.
- (71) Sundhedsdatastyrelsen. Udvalgte nøgletal for sygehusvæsenet og praksisområdet 2009-2018. København: Sundhedsdatastyrelsen; 2019.
- (72) Nordentoft M, Krogh J, Lange P, Moltke A. Psykisk sygdom og ændringer i livsstil. København: Vidensråd for Forebyggelse; 2015.
- (73) Larsen JR, Siersma VD, Davidsen AS, Waldorff FB, Reventlow S, de Fine Olivarius N. The excess mortality of patients with diabetes and concurrent psychiatric illness is markedly reduced by structured personal diabetes care: A 19-year follow up of the randomized controlled study Diabetes Care in General Practice (DCGP). *Gen Hosp Psychiatry* 2016;38:42-52.
- (74) Danske Regioner. Faktaark om multisygdom. København: Danske Regioner; 2019.
- (75) Dragsbæk K, Neergaard JS, Laursen JM, Hansen HB, Christiansen C, Beck-Nielsen H, et al. Metabolic syndrome and subsequent risk of type 2 diabetes and cardiovascular disease in elderly women: Challenging the current definition. *Medicine* 2016;95(36):1-8.
- (76) Graham E, Au B, Schmitz N. Depressive symptoms, prediabetes, and incident diabetes in older English adults. *Int J Geriatr Psychiatry* 2017;32(12):1450-1458.

- (77) Graham E, Garipey G, Burns RJ, Schmitz N. Demographic, lifestyle, and health characteristics of older adults with prediabetes in England. *Prev Med* 2015;77:74-79.
- (78) Magnan EM, Palta M, Johnson HM, Bartels CM, Schumacher JR, Smith MA. The impact of a patient's concordant and discordant chronic conditions on diabetes care quality measures. *J Diabetes Complications* 2015;29(2):288-294.
- (79) Magnan EM, Gittelsohn R, Bartels CM, Johnson HM, Pandhi N, Jacobs EA, et al. Establishing chronic condition concordance and discordance with diabetes: a Delphi study. *BMC family practice* 2015;16(1):42.
- (80) Aga F, Dunbar SB, Kebede T, Gary RA. The role of concordant and discordant comorbidities on performance of self-care behaviors in adults with type 2 diabetes: a systematic review. *Diabetes Metab Syndr Obes* 2019;12:333-356.
- (81) Pouwer F, Nefs G. Anxiety is common and costly in T2DM - why psychology matters. *Nat Rev Endocrinol* 2019;15(10):567-568.
- (82) Nowakowska M, Zghebi SS, Ashcroft DM, Buchan I, Chew-Graham C, Holt T, et al. The comorbidity burden of type 2 diabetes mellitus: patterns, clusters and predictions from a large English primary care cohort. *BMC medicine* 2019;17(1):145.
- (83) O'Shea MP, Teeling M, Bennett K. Comorbidity, health-related quality of life and self-care in type 2 diabetes: a cross-sectional study in an outpatient population. *Ir J Med Sci* 2015;184(3):623-630.
- (84) Biessels GJ, Despa F. Cognitive decline and dementia in diabetes mellitus: mechanisms and clinical implications. *Nat Rev Endocrinol* 2018;14(10):591-604.
- (85) Gilsanz P, Schnaider Beerli M, Karter AJ, Quesenberry CP, Adams AS, Whitmer RA. Depression in type 1 diabetes and risk of dementia. *Aging Ment Health* 2019;23(7):880-886.
- (86) Katon W, Pedersen HS, Ribe AR, Fenger-Gron M, Davydow D, Waldorff FB, et al. Effect of depression and diabetes mellitus on the risk for dementia: a national population-based cohort study. *JAMA Psychiatry* 2015;72(6):612-619.
- (87) Hill J. Diabetes and dementia: A double dilemma. *J Diabetes Nurs* 2019;23(2):1-6.
- (88) Friis K. Sundhedskompetence blandt personer med kronisk sygdom. Aarhus: CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling; 2015.
- (89) Graue M, Dunning T, Hausken MF, Rokne B. Challenges in managing elderly people with diabetes in primary care settings in Norway. *Scand J Prim Health Care* 2013;31(4):241-247.
- (90) Frølich A, Olesen F, Kristensen I. Hvidbog om multisygdom - Dokumentation af multisygdom i det danske samfund – fra silotænkning til sammenhæng. København: TrygFonden; 2017.
- (91) Møller SP, Laursen B, Johannesen CK, Schramm S. Multisygdom i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2019.
- (92) Ahlmark N, Sørensen I, Davidsen M, Ekholm O. SUSY UDSAT 2017: Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark og udviklingen siden 2007. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2018.

- (93) Scott J, Gavin J, Egan AM, Avalos G, Dennedy MC, Bell M, et al. The prevalence of diabetes, pre-diabetes and the metabolic syndrome in an Irish regional homeless population. *QJM* 2013;106(6):547-553.
- (94) Arnaud A, Fagot-Campagna A, Reach G, Basin C, Laporte A. Prevalence and characteristics of diabetes among homeless people attending shelters in Paris, France, 2006. *Eur J Public Health* 2010;20(5):601-603.
- (95) Hewitt S, Graff-Iversen S. Risk factors for cardiovascular diseases and diabetes in disability pensioners aged 40-42 years: A cross-sectional study in Norway. *Scand J Public Health* 2009;37(3):280-286.
- (96) Poulsen K, Andersen LL. Linking data on work, health and lifestyle to explain socio-occupational inequality in Danish register-based incidence of diabetes. *Scand J Public Health* 2016;44(4):361-368.
- (97) Rautio N, Varanka-Ruuska T, Vaaramo E, Palaniswamy S, Nedelec R, Miettunen J, et al. Accumulated exposure to unemployment is related to impaired glucose metabolism in middle-aged men: A follow-up of the Northern Finland Birth Cohort 1966. *Prim Care Diabetes* 2017;11(4):365-372.
- (98) Aregbesola A, Onyeka IN, Olubamwo O, Ronkainen K, Tiihonen J, Fohr J, et al. Diabetes hospitalizations and deaths in a cohort of treatment-seeking illicit drug users. *SAGE Open Med* 2018;6:1-5.
- (99) Scott J, Gavin J, Egan AM, Avalos G, Dennedy MC, Bell M, et al. The prevalence of diabetes, pre-diabetes and the metabolic syndrome in an Irish regional homeless population. *QJM* 2013;106(6):547-553.
- (100) Pedersen PV. Socialt udsattes møde med sundhedsvæsenet. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2018.
- (101) Rådet for Socialt Udsatte. Kvinder i social udsathed. En undersøgelse af socialt udsatte kvinder livssituationer, problemer, ressourcer og behov. København: Rådet for Socialt Udsatte; 2016.
- (102) Kjølhede T, Jensen LK, Horup MB, Kidholm K, Husted GR, Teilmann G, et al. Evaluering af "Ung med Diabetes" - en app til unge med diabetes. Odense: OUH Odense Universitetshospital Svendborg Sygehus, Center for Innovativ Medicinsk Teknologi; 2017.
- (103) Strand M, Broström A, Haugstvedt A. Adolescents' perceptions of the transition process from parental management to self-management of type 1 diabetes. *Scand J Caring Sci* 2019;33(1):128-35.
- (104) Rasmussen B, Terkildsen Maindal H, Livingston P, Dunning T, Lorentzen V. Psychosocial factors impacting on life transitions among young adults with type 2 diabetes: an Australian - Danish qualitative study. *Scand J Caring Sci* 2016;30(2):320-329.
- (105) Law GU, Walsh J, Queralt V, Nouwen A. Adolescent and parent diabetes distress in type 1 diabetes: The role of self-efficacy, perceived consequences, family responsibility and adolescent-parent discrepancies. *J Psychosom Res* 2013;74(4):334-339.
- (106) Castensoe-Seidenfaden P, Jensen AK, Smedegaard H, Hommel E, Husted GR, Pedersen-Bjergaard U, et al. Clinical, behavioural and social indicators for poor glycaemic control around the time of transfer to adult care: a longitudinal study of 126 young people with diabetes. *Diabetic Med* 2017;34(5):667-675.

- (107) Weitzman ER, Ziemnik RE, Huang Q, Levy S. Alcohol and Marijuana Use and Treatment Nonadherence Among Medically Vulnerable Youth. *Pediatrics* 2015;136(3):450-457.
- (108) de Wit M, Snoek FJ. Depressive symptoms and unmet psychological needs of Dutch youth with type 1 diabetes: results of a web-survey. *Pediatr Diabetes* 2011;12(3):172-176.
- (109) Svensson J, Lyngaae-Jørgensen A, Carstensen B, Simonsen LB, Mortensen HB, Danish Childhood Diabetes Registry. Long-term trends in the incidence of type 1 diabetes in Denmark: the seasonal variation changes over time. *Pediatr Diabetes* 2009;10(4):248-254.
- (110) Danske Handicaporganisationer. Fakta om handicap. Available at: <https://handicap.dk/politik/fakta-om-handicap>. Accessed 03/20, 2020.
- (111) McVilly K, McGillivray J, Curtis A, Lehmann J, Morrish L, Speight J. Diabetes in people with an intellectual disability: a systematic review of prevalence, incidence and impact. *Diabet Med* 2014;8:897-904.
- (112) Emond A, Ridd M, Sutherland H, Allsop L, Alexander A, Kyle J. The current health of the signing Deaf community in the UK compared with the general population: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2015;5(1):1-7.
- (113) Dunkley AJ, Tyrer F, Spong R, Gray LJ, Gillett M, Doherty Y, et al. Screening for glucose intolerance and development of a lifestyle education programme for prevention of type 2 diabetes in a population with intellectual disabilities: the STOP Diabetes research project. *Programme Grants for Applied Research* 2017;5(11).
- (114) Cardol M, Rijken M, van SL. People with mild to moderate intellectual disability talking about their diabetes and how they manage. *J Intellect Disabil Res* 2012;56(4):351-360.
- (115) Dysch C, Chung MC, Fox J. How Do People with Intellectual Disabilities and Diabetes Experience and Perceive their Illness? *J Appl Res Intellect Disabil* 2012;25(1):39-49.
- (116) Schwennesen N, Barghadouch A, Olesen K. Health Literacy and self-care among visually impaired people with type 1 diabetes in Denmark. *Chronic Illn* 2019;15(2):157-164.
- (117) Flachs EM, Michelsen SI, Uldall P, Juel K. Sundhedstilstanden blandt voksne med udviklingshæmning. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2014.
- (118) Danske Handicaporganisationer, Lægemedelindustriforeningen. Hvidbog: Veje til lighed i sundhed for mennesker med handicap. Taastrup: Danske Handicaporganisationer; Lægemedelindustriforeningen; 2014.
- (119) Sodemann M. Sårbar? Det kan du selv være - Sundhedsvæsnets rolle i patienters sårbarhed. Odense: OUH Odense Universitetshospital Svendborg Sygehus; 2017.
- (120) Marciano L, Camerini A, Schulz PJ. The Role of Health Literacy in Diabetes Knowledge, Self-Care, and Glycemic Control: a Meta-analysis. *J Gen Intern Med* 2019;34(6):1007-1017.
- (121) Cavanaugh KL. Health literacy in diabetes care: explanation, evidence and equipment. *Diabetes Manag (Lond)* 2011;1(2):191-199.
- (122) van der Heide I, Uiters E, Rademakers J, Struijs JN, Schuit AJ, Baan CA. Associations among health literacy, diabetes knowledge, and self-management behavior in adults with diabetes: results of a dutch cross-sectional study. *J Health Commun* 2014;19(Suppl 2):115-131.

- (123) Friis K, Vind BD, Simmons RK, Maindal HT. The Relationship between Health Literacy and Health Behaviour in People with Diabetes: A Danish Population-Based Study. *J Diabetes Res* 2016;2016:1-8.
- (124) Al Sayah F, Majumdar SR, Williams B, Robertson S, Johnson JA. Health Literacy and Health Outcomes in Diabetes: A Systematic Review. *J Gen Intern Med* 2013;28(3):444-452.
- (125) White RO, Chakkalakal RJ, Presley CA, Bian A, Schildcrout JS, Wallston KA, et al. Perceptions of provider communication among vulnerable patients with diabetes: Influences of medical mistrust and health literacy. *J Health Commun* 2016;21:127-134.
- (126) Friis K, Lasgaard M, Osborne RH, Maindal HT. Gaps in understanding health and engagement with healthcare providers across common long-term conditions: a population survey of health literacy in 29,473 Danish citizens. *BMJ Open* 2016;6(1):1-10.
- (127) Stormacq C, Van den Broucke S, Wosinski J. Does health literacy mediate the relationship between socioeconomic status and health disparities? Integrative review. *Health Promot Internation* 2019;34(5):1-17.
- (128) Smith A, Hjorth Andersen B, Hansen C, Elbek B, Hede C, Schmidt K, et al. Netværk. 2017; Available at: [http://denstoredanske.dk/It,\\_teknik\\_og\\_naturvidenskab/Informatik/Hardware/netv%C3%A6rk](http://denstoredanske.dk/It,_teknik_og_naturvidenskab/Informatik/Hardware/netv%C3%A6rk). Accessed 4/2, 2020.
- (129) Brinkhues S, Dukers-Muijters NHTM, Hoebe CJPA, van der Kallen, Carla J H., Dagnelie PC, Koster A, et al. Socially isolated individuals are more prone to have newly diagnosed and prevalent type 2 diabetes mellitus - the Maastricht study. *BMC Public Health* 2017;17(1):1-12.
- (130) Alteviers J, Lukaschek K, Baumert J, Kruse J, Meisinger C, Emeny RT, et al. Poor structural social support is associated with an increased risk of Type 2 diabetes mellitus: findings from the MONICA/KORA Augsburg cohort study. *Diabetic Med* 2016;33(1):47-54.
- (131) Lukaschek K, Baumert J, Kruse J, Meisinger C, Ladwig KH. Sex differences in the association of social network satisfaction and the risk for type 2 diabetes. *BMC Public Health* 2017;17(1):379.
- (132) Serlachius A, Elovainio M, Juonala M, Shea S, Sabin M, Lehtimäki T, et al. The Association Between Social Support, Body Mass Index and Increased Risk of Prediabetes: the Cardiovascular Risk in Young Finns Study. *Int J Behav Med* 2017;24(2):161-170.
- (133) Lawman HG, Wilson DK. A review of family and environmental correlates of health behaviors in high-risk youth. *Obesity (Silver Spring)* 2012;20(6):1142-1157.
- (134) Laursen KR, Hulman A, Witte DR, Terkildsen Maindal H. Social relations, depressive symptoms, and incident type 2 diabetes mellitus: The English Longitudinal Study of Ageing. *Diabetes Res Clin Pract* 2017;126:86-94.
- (135) Gunn KL, Seers K, Posner N, Coates V. 'Somebody there to watch over you': the role of the family in everyday and emergency diabetes care. *Health Soc Care Community* 2012;20(6):591-598.
- (136) Koetsenruijter J, Van Lieshout J, Lionis C, Portillo MC, Vassilev I, Todorova E, et al. Social Support and health in diabetes patients: An observational study in six european countries in an era of austerity. *PLoS ONE* 2015;10(8):1-12.

- (137) Berkman LF, Glass T. Social integration, social networks, social support, and health. In: Berkman LF, Kawachi I, editors. *Social Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press; 2000. p. 137-173.
- (138) Vallgård S. *Hvordan mindsker vi uligheden i sundhed?* København: Informations Forlag; 2019.
- (139) Videnscenter for Diabetes. *Hvad er type 1-diabetes?* 2020; Available at: <https://www.vi-dencenterfordiabetes.dk/Type-1-diabetes/Hvad-er-type-1-diabetes>. Accessed 03/11, 2020.
- (140) Diabetesforeningen. *Årsager til diabetes 2*. 2018; Available at: <https://diabetes.dk/diabetes-2/fakta-om-diabetes-2/aarsager.aspx>. Accessed 03/11, 2020.
- (141) Lloyd CE, Wilson A, Holt RIG, Whicher C, Kar P, Kar P, et al. Language matters: a UK perspective. *Diabetic Med* 2018;35(12):1635-1641.
- (142) Teixeira ME, Budd GM. Obesity stigma: A newly recognized barrier to comprehensive and effective type 2 diabetes management. *J Am Acad Nurse Pract* 2010;22(10):527-533.
- (143) Grintsova O, Maier W, Mielck A. Inequalities in health care among patients with type 2 diabetes by individual socio-economic status (SES) and regional deprivation: a systematic literature review. *Int J Equity Health* 2014;13(1):1-14.
- (144) Mounce LTA, Steel N, Hardcastle AC, Henley WE, Bachmann MO, Campbell JL, et al. Patient characteristics predicting failure to receive indicated care for type 2 diabetes. *Diabetes Res Clin Pract* 2015;107(2):247-258.
- (145) Scott A, Chambers D, Goyder E, O'Cathain A. Socioeconomic inequalities in mortality, morbidity and diabetes management for adults with type 1 diabetes: A systematic review. *PLoS ONE* 2017;12(5):1-19.
- (146) Jensen HAR, Davidsen M, Lau CJ, Christensen AI. *Sundhedstilstanden blandt beboere i almene boliger 2017 - og udviklingen siden 2010*. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2018.
- (147) Enheden for udsatte boligområder, Københavns Kommune. *Hvad karakteriserer beboerne i de syv udsatte boligområder på statens ghettoliste?* København: Enheden for udsatte boligområder, Økonomiforvaltningen, Københavns Kommune; 2019.

## Bilag 1 Søgedokumentation

<b>Projektleder</b>	Helle Max Martin
<b>Søgekonsulent</b>	Kirsten Birkefoss
<b>Sidst opdateret</b>	12.11.2019
<b>RefWorks</b>	Referencerne er lagt i en RefWorks-database til gennemsyn

I alt fremsøgt: 3.857 referencer (efter dublettsortering af alle baser samlet)

Databaser	Adgang	Fund	Udvalgt Inden dublet- sortering	Søgedato
DanBib	Internet	365	167	08.11.2019
Forskningsdatabasen	Internet	220	94	08.11.2019
Oria	Internet	200	79	12.11.2019
Nora	Internet	142	44	12.11.2019
Libris	Internet	258	45	12.11.2019
SwePub	Internet	1.433	113	12.11.2019
SveMed+	Internet	161		08.11.2019
Medline (inkl. Cochrane reviews)	OVID	1.460		05.11.2019
Embase	OVID	788		05.11.2019
PsycInfo	EBSCO	472		05.11.2019
Cinahl	EBSCO	643		07.11.2019
Academic Search Premier	EBSCO	266		07.11.2019
Soc.Index	EBSCO	22		07.11.2019
Sociological Abstract	Proquest	61		07.11.2019
Dissertation Abstracts	Proquest	1		07.11.2019
Web of Science	Clarivate	645		08.11.2019

Søgekriterier	
Sprog	Engelsk, dansk, svensk, norsk
Periode	2009-2019
Geografisk område	Norden, Nordeuropa
Publikationstyper	Alle publikationstyper

### Søgestrategi

**Netpunkt (Danbib)** – Litteratur fra alle danske folke- og forskningsbiblioteker inkl. danske artikler:  
365 fund, udvalgt 167 fund

Følgende er valgt fra i søgeprocessen:

- 1 "How-to"-bøger
- 2 Beskrivelser af diabetesbehandlinger uden fokus på patienten
- 3 Litteratur, der ikke beskæftiger sig med diabetes/prædiabetes.

### **Søgt fritekst:**

((sårbar? eller alkoholi? eller marginalisere? eller stigmatisere? eller socialt udsat? eller udsatte eller risikogruppe? eller forarmet eller forarmede eller hjemløs? eller psykisk syg? eller psykisk diagnose eller psykiatri? eller sindslidende eller mentalt retardere? eller prostituer? eller immigrant? eller flygtning? eller pakistan? eller indien eller indisk? eller somalia? eller tyrkiet eller tyrkisk? eller syrien eller syrisk? eller palæstin? eller etiopi? eller eretrea? eller afrika? eller mellemøst? eller narkoman? eller stofmisbrug? eller stofafhængig? eller handicappe? eller voldsramt? eller ensom? eller social udsathed eller udenforskab eller vanskelig livssituation eller vanskelige livssituationer eller vanskelige sociale vilkår eller sociale problemer eller ensomhed eller social eksklusion eller socialt isolere? eller social isolation eller social ulighed eller underprivilegere? eller afsavn eller "bundet til hjemmet" eller hjemmebund? eller flere kroniske diagnoser eller flere diagnoser eller flere kroniske sygdomme eller komorbiditet? eller skrøbelig? eller funktionsnedsættelse? eller "svær at nå" eller arbejdsløs? eller risikoadfærd? eller passiv livsstil eller risikabel livsstil) eller (højrisikogruppe? eller minoritetsgruppe?) eller (selvadministr? eller egenkontrol? eller egenomsorg? eller sundhedskompetence? eller læsefærdighed? eller diabetes kontrol eller diabeteskontrol) eller (uddannelse? eller socialt netværk eller lavindkomst? eller lav indkomst eller socioøkonomisk status eller begrænsede midler) eller (overvægt? eller fedme eller obesitet eller højt bmi)) og (em = "diabetes" eller em = "sukkersyge" eller diabetisk? eller diabetiker\*) og (ma = bå eller ma = dp eller ma = ap) og år>2008 eller

((vulnerable eller marginalised eller marginalized eller stigmatised eller stigmatized ((vulnerable eller marginalised eller marginalized eller stigmatised eller stigmatized eller disadvantaged eller impoverished eller exposed eller underprivileged eller unprivileged eller underserved eller under-served eller deprived eller social problems eller drug misuse eller drug abuse eller drug dependent eller drug dependency eller substance disorder eller substance disorders eller substance dependency eller substance dependent eller substance abuse eller addiction eller homebound eller multiple diagnoses eller multiple illnesses eller multiple conditions eller comorbidity eller frail eller functional loss eller functional impairment eller "loss of function" eller functional disability eller "loss of adl" eller vulnerability eller multivulnerability eller multivulnerability eller homeless? eller mentally ill eller mental illness eller mental disorder eller mental disorders eller mental disease eller mental diseases eller psychiatric diagnosis eller psychiatric diagnoses eller mentally impaired eller handicapped eller disability eller disabilities eller disabled eller "hard to reach" eller immigrant eller immigrants eller immigration eller refugee eller refugees eller poverty eller alcoholics eller drug addiction eller drug addict eller drug addicts eller "drug user" eller "drug users" eller "drug use" eller unemployed eller unemployment eller health risk behavior eller health risk behaviour eller risky health behavior eller risky health behaviour eller risky life style eller risky life-style eller risky lifestyle eller passive life style eller passive life-style eller passive lifestyle eller sedentary life style eller sedentary life-style eller sedentary lifestyle)) eller (self care eller self-care eller selfcare eller self help eller self-help eller selfhelp eller self management eller self-management eller selfmanagement eller self-efficacy eller selfefficacy eller self efficacy eller self-administration eller selfadministration eller self administration eller health knowledge eller health competency eller health literacy eller diabetes literacy eller educational level eller educational status eller educational attainment eller low income eller low in-come eller economic problem? eller limited funds eller socioeconomic status eller socioeconomic level eller overweight? eller obese eller obesity eller high bmi)) og (em = "diabetes" eller diabetisk eller type 1-diabetes eller type1-diabetes eller type 2-diabetes eller type2-diabetes eller prediabetes eller pre-diabetes eller pre-diabetic eller prediabetic) og (sp = dan eller (sp = eng eller sp = enm eller sp = ang) eller sp = nor eller (sp = swe eller sp = sve)) og (ma = bå eller ma = dp eller ma = ap) og år > 2008.

**Den Danske Forskningsdatabase** – Forskning fra de danske universiteter og forskningsinstitutioner. Dækker publiceret litteratur: videnskabelige artikler, ph.d.-afhandlinger, præsentationer fra konferencer samt undervisningsnoter: **220 fund, udvalgt 94**

Følgende er valgt fra i søgeprocessen:

- 1 "How-to-bøger
- 2 Beskrivelser af diabetesbehandlinger uden fokus på patienten
- 3 Litteratur, der ikke beskæftiger sig med diabetes/prædiabetes.



**Søgt fritekst**, begrænset til: Journal article, Thesis, Book, Book chapter, Report, Report chapter:  
 (sårbar\* OR alkoholi\* OR marginalisere\* OR stigmatisere\* OR "socialt udsat" OR udsatte OR risiko-gruppe\* OR forarmet OR forarmede OR hjemløs\* OR "psykisk syg" OR "psykisk syge" OR "psykisk sygdom" OR "psykisk diagnose" OR psykiatri\* OR sindslidende OR "mentalt retarderet" OR "mentalt retarderede" OR immigrant\* OR flygtning\* OR pakistan\* OR indien OR indisk\* OR somalia\* OR tyrkiet OR tyrkisk\* OR syrien OR syrisk\* OR palæstin\* OR etiopi\* OR eretrea\* OR afrika\* OR mellemøst\* OR nar-koman\* OR stofmisbrug\* OR stofafhængig\* OR handicappe\* OR voldsramt\* OR ensom\* OR "social ud-sathed" OR "socialt udsat" OR udenforskab OR "vanskelig livssituation" OR "vanskelige livssituationer" OR "vanskelige sociale vilkår" OR "sociale problemer" OR ensomhed OR "social eksklusion" OR "socialt isoleret" OR "socialt isolerede" OR "social isolation" OR ulighed OR underprivilegeret OR underprivilegerede OR afsavn OR "bundet til hjemmet" OR hjemmebundne OR "flere kroniske diagnoser" OR "flere diagnoser" OR "flere kroniske sygdomme" OR komorbiditet OR skrøbelig\* OR funktionsnedsættelse\* OR "svær at nå" OR arbejdsløs\* OR risikoadfærd\* OR "passiv livsstil" OR "risikabel livsstil" OR højrisiko-gruppe\* OR minoritetsgruppe\* OR selvadministr\* OR egenkontrol\* OR egenomsorg\* OR sundhedskom-petence\* OR læsefærdighed\* OR "diabetes kontrol" OR diabeteskontrol OR uddannelse\* OR "socialt netværk" OR lavindkomst\* OR "lav indkomst" OR "socioøkonomisk status" OR "begrænsede midler" OR overvægt\* OR fedme OR obesitet OR "højt bmi") AND (diabetes OR sukkersyge\* OR diabetisk\* OR dia-betiker\*) OR

(vulnerable OR marginalised OR marginalized OR stigmatised OR stigmatized OR disadvantaged OR impoverished OR exposed OR underprivileged OR unprivileged OR underserved OR under-served OR deprived OR "social problems" OR "drug misuse" OR "drug abuse" OR "drug dependent" OR "drug dependency" OR "substance disorder" OR "substance disorders" OR "substance dependency" OR "substance dependent" OR "substance abuse" OR addiction OR homebound OR "multiple diagnoses" OR "multiple illnesses" OR "multiple chronic conditions" OR comorbidity OR frail OR "functional loss" OR "functional impairment" OR "loss of function" OR "functional disability" OR "loss of adl" OR vulnera-bility OR multivulnerability OR multi-vulnerability OR homeless? OR "mentally ill" OR "mental illness" OR "mental disorder" OR "mental disorders" OR "mental disease" OR "mental diseases" OR "psychi-atric diagnosis" OR "psychiatric diagnoses" OR "mentally impaired" OR handicapped OR disability OR disabilities OR disabled OR "hard to reach" OR immigrant OR immigrants OR immigration OR refugee OR refugees OR poverty OR alcoholics OR "drug addiction" OR "drug addict" OR "drug addicts" OR "drug user" OR "drug users" OR "drug use" OR unemployed OR unemployment OR "health risk behavior" OR "health risk behaviour" OR "risky health behavior" OR "risky health behaviour" OR "risky life style" OR "risky life-style" OR "risky lifestyle" OR "passive life style" OR "passive life-style" OR "passive life-style" OR "sedentary life style" OR "sedentary life-style" OR "sedentary lifestyle" OR "self care" OR self-care OR selfcare OR "self help" OR self-help OR selfhelp OR "self management" OR self-manage-ment OR selfmanagement OR self-efficacy OR selfefficacy OR "self efficacy" OR self-administration OR selfadministration OR "self administration" OR "health knowledge" OR "health competency" OR "health literacy" OR "diabetes literacy" OR "educational level" OR "educational status" OR "educational attain-ment" OR "low income" OR "low in-come" OR "economic problem" OR "economic problems" OR "lim-ited funds" OR "socioeconomic status" OR "socioeconomic level" OR overweight\* OR obese OR obesity OR "high bmi") AND (diabetes OR diabetic OR "type 1-diabetes" OR "type1-diabetes" OR "type 2-diabetes" OR type2-diabetes OR prediabetes OR pre-diabetes OR pre-diabetic OR prediabetic).

**Oria** – Database over norske bibliotekers bøger og tidsskriftartikler: **200 fund – udvalgt 79**

Følgende er valgt fra i søgeprocessen:

- 1 "How-to"-bøger
- 2 Beskrivelser af diabetesbehandlinger uden fokus på patienten
- 3 Litteratur, der ikke beskæftiger sig med diabetes/prædiabetes.

**Søgt i EMNE indeholdende:**

(sårbar\* OR alkoholiser\* OR marginaliser\* OR stigmatiser\* OR "sosialt udsatt" OR "social utsatthet" OR utsatte OR risikogruppe\* OR hjemløs\* OR "psykisk sjuk" OR "psykisk sykdom" OR sinnslidende OR "mentalt retardert" OR "mentalt retarderte" OR immigrant OR immigranter\* OR flyktning OR flyktninger

OR pakistan OR pakistanske OR indien OR indiske OR somalia OR somaliere OR tyrkiet OR tyrkiske OR syrien OR syriske OR palestina OR palestinensere OR etiopien OR etiopere OR eretrea OR afrikanske OR mellemøstlige OR mellemøsten OR narkomaner OR rusavhengige OR rusavhengighet OR rusmisbrukere OR rusmiddelavhengige OR rusmiddelavhengighet OR rusmiddelmissbrukere OR funksjonshemmede OR ensom OR ensomme OR ensomhet OR utenforskap OR "vanskelig livssituasjon" OR "vanskelige sosiale vilkår" OR "vanskeligstilte" OR "sosiale problemer" OR "sosial eksklusjon" OR "sosialt isolerte" OR "sosial isolasjon" OR ulikhet\* OR underprivilegerte OR avsavn OR "bundet till hjemmet" OR "kroniske diagnoser" OR "fler diagnoser" OR "fler kroniske sykdommer" OR komorbiditet OR skrøpelig\* OR "vanskelige å nå" OR arbeidsledig OR arbeidsledige OR arbeidsledighet OR arbeidsløs OR arbeidsløse OR arbeidsløshet OR risikoadferd OR risikopatienter OR "passiv livsstil" OR "risikabel livsstil" OR inaktivitet OR høgrisikogruppe OR høgrisikogrupper OR minoritetsgruppe OR minoritetsgrupper OR selvadministrasjon OR egenkontroll OR egenomsorg OR helsekompetanse OR "diabetes kontroll" OR diabeteskontroll OR "sosialt nettverk" OR utdanningsstatus OR "låg utdanning" OR "lågt utdanningsnivå" OR lavinntekt\* OR "lav inntekt" OR "sosio-økonomisk status" OR "sosioøkonomisk status" OR overvekt\* OR fedme OR obesitet OR "høgt bmi") AND (diabetes OR diabetisk OR diabetiske OR diabetiker OR diabetikere OR diabetikeres OR diabetikerne **OR**

#### **EMNE indeholdende:**

(vulnerable OR marginalised OR marginalized OR stigmatised OR stigmatized OR disadvantaged OR impoverished OR exposed OR underprivileged OR unprivileged OR underserved OR under-served OR deprived OR "social problems" OR "drug misuse" OR "drug abuse" OR "drug dependent" **OR** "drug dependency" OR "drug addiction" OR "drug addict" OR "drug addicts" OR "drug user" OR "drug users" OR "drug use" OR "substance disorder" OR "substance disorders" OR "substance dependency" OR "substance dependent" OR "substance abuse" OR addiction OR homebound OR "multiple diagnoses" OR "multiple illnesses" OR "multiple chronic conditions" OR comorbidity OR frail OR "functional loss" OR "functional impairment" OR "loss of function" OR "functional disability" OR "loss of adl" OR vulnerability OR multivulnerability OR multi-vulnerability OR homeless? OR "mentally ill" OR "mental illness" OR "mental disorder" OR "mental disorders" OR "mental disease" OR "mental diseases" OR "psychiatric diagnosis" OR "psychiatric diagnoses" OR "mentally impaired" OR handicapped OR disability OR disabilities OR disabled OR "hard to reach" OR immigrant OR immigrants OR immigration OR refugee OR refugees OR poverty OR alcoholics OR unemployed OR unemployment OR "health risk behavior" OR "health risk behaviour" OR "risky health behavior" OR "risky health behaviour" OR "risky life style" OR "risky life-style" OR "risky lifestyle" OR "passive life style" OR "passive life-style" OR "passive lifestyle" OR "sedentary life style" OR "sedentary life-style" OR "sedentary lifestyle" OR "self care" OR self-care OR selfcare OR "self help" OR self-help OR selfhelp OR "self management" OR self-management OR selfmanagement OR self-efficacy OR selfefficacy OR "self efficacy" OR self-administration OR selfadministration OR "self administration" OR "health knowledge" OR "health competency" OR "health literacy" OR "diabetes literacy" OR "educational level" OR "educational status" OR "educational attainment" OR "low income" OR "low income" OR "economic problem" OR "economic problems" OR "limited funds" OR "socioeconomic status" OR "socioeconomic level" OR overweight OR obese OR obesity OR "high bmi") AND (diabetes OR diabetic OR diabetics OR "type 1-diabetes" OR "type1-diabetes" OR "type 2-diabetes" OR "type2-diabetes" OR prediabetes OR pre-diabetes OR pre-diabetic OR prediabetic)

**NORA** - Indeholder Norwegian Open Research Archives – åbne institutionelle arkiver i Norge: **142 fund – udvalgt 44**

Følgende er valgt fra i søgeprocessen:

- 1 "How-to"-bøger
- 2 Beskrivelser af diabetesbehandlinger uden fokus på patienten
- 3 Litteratur, der ikke beskæftiger sig med diabetes/prædiabetes.

**Søgt fritekst:**

(sårbar\* OR alkoholiseret\* OR marginaliseret\* OR stigmatiseret\* OR "sosialt udsatt" OR "social utsatthet" OR utsatte OR risikogruppe\* OR hjemløs\* OR "psykisk sjuk" OR "psykisk sykdom" OR sinnslidende OR "mentalt retardert" OR "mentalt retarderte" OR immigrant OR immigranter\* OR flyktning OR flyktninger OR pakistan OR pakistanske OR indien OR indiske OR somalia OR somaliere OR tyrkiet OR tyrkiske OR syrien OR syriske OR palestina OR palestinensere OR etiopien OR etiopere OR eretrea OR afrikanske OR mellemøstlige OR mellemøsten OR narkomaner OR rusavhengige OR rusavhengighet OR rusmisbrukere OR rusmiddelavhengige OR rusmiddelavhengighet OR rusmiddelmisbrukere OR funksjonshemmede OR ensom OR ensomme OR ensomhet OR utenforskap OR "vanskelig livssituasjon" OR "vanskelige sosiale vilkår" OR "vanskeligstilte" OR "sosiale problemer" OR "social eksklusjon" OR "sosialt isolerte" OR "social isolasjon" OR ulikhet\* OR underprivilegerte OR avsavn OR "bundet till hjemmet" OR "kroniske diagnoser" OR "fler diagnoser" OR "fler kroniske sykdommer" OR komorbiditet OR skrøpelig\* OR "vanskelige å nå" OR arbeidsledig OR arbeidsledige OR arbeidsledighet OR arbeidsløs OR arbeidsløse OR arbeidsløshet OR risikoadferd OR risikopatienter OR "passiv livsstil" OR "risikabel livsstil" OR høgrisikogruppe OR høgrisikogrupper OR minoritetsgruppe OR minoritetsgrupper OR selvadministrasjon OR egenkontroll OR egenomsorg OR helsekompetanse OR "diabetes kontroll" OR diabeteskontroll OR "sosialt nettverk" OR utdanningsstatus OR "låg utdanning" OR "låg utdanningsnivå" OR lavinntekt\* OR "lav inntekt" OR "socio-økonomisk status" OR "sosioøkonomisk status" OR overvekt\* OR fedme OR obesitet OR "høgt bmi") AND (diabetes OR diabetisk OR diabetiske OR diabetiker OR diabetikere OR diabetikeres OR diabetikerne) **OR**

(vulnerable OR marginalised OR marginalized OR stigmatised OR stigmatized OR disadvantaged OR impoverished OR exposed OR underprivileged OR unprivileged OR underserved OR under-served OR deprived OR "social problems" OR "drug misuse" OR "drug abuse" OR "drug dependent" OR "drug dependency" OR "drug addiction" OR "drug addict" OR "drug addicts" OR "drug user" OR "drug users" OR "drug use" OR "substance disorder" OR "substance disorders" OR "substance dependency" OR "substance dependent" OR "substance abuse" OR addiction OR homebound OR "multiple diagnoses" OR "multiple illnesses" OR "multiple chronic conditions" OR comorbidity OR frail OR "functional loss" OR "functional impairment" OR "loss of function" OR "functional disability" OR "loss of adl" OR vulnerability OR multivulnerability OR multi-vulnerability OR homeless? OR "mentally ill" OR "mental illness" OR "mental disorder" OR "mental disorders" OR "mental disease" OR "mental diseases" OR "psychiatric diagnosis" OR "psychiatric diagnoses" OR "mentally impaired" OR handicapped OR disability OR disabilities OR disabled OR "hard to reach" OR immigrant OR immigrants OR immigration OR refugee OR refugees OR poverty OR alcoholics OR unemployed OR unemployment OR "health risk behavior" OR "health risk behaviour" OR "risky health behavior" OR "risky health behaviour" OR "risky life style" OR "risky life-style" OR "risky lifestyle" OR "passive life style" OR "passive life-style" OR "passive lifestyle" OR "sedentary life style" OR "sedentary life-style" OR "sedentary lifestyle" OR "self care" OR self-care OR selfcare OR "self help" OR self-help OR selfhelp OR "self management" OR self-management OR selfmanagement OR self-efficacy OR selfefficacy OR "self efficacy" OR self-administration OR selfadministration OR "self administration" OR "health knowledge" OR "health competency" OR "health literacy" OR "diabetes literacy" OR "educational level" OR "educational status" OR "educational attainment" OR "low income" OR "low in-come" OR "economic problem" OR "economic problems" OR "limited funds" OR "socioeconomic status" OR "socioeconomic level" OR overweight OR obese OR obesity OR "high bmi") AND (diabetes OR diabetik OR diabetics OR "type 1-diabetes" OR "type1-diabetes" OR "type 2-diabetes" OR "type2-diabetes" OR prediabetes OR pre-diabetes OR pre-diabetic OR prediabetic).

**Libris** – National biblioteksbase, Sverige, svarende til DanBib: **258 fund – 45 udvalgt**

Følgende er valgt fra i søgeprocessen:

- "How-to"-bøger
- Beskrivelser af diabetesbehandlinger uden fokus på patienten
- Litteratur, der ikke beskæftiger sig med diabetes/prædiabetes.

**Søgt fritekst:**

(sårbar\* OR alkoholmissbruger\* OR missbruger\* OR marginaliser\* OR stigmatiser\* OR "socialt utsatt" OR "social utsatthet" OR utsatta OR risikogruppe\* OR hemlös\* OR psykisk syke OR "psykisk ohälsa" OR Psykisk störning OR Psykiska störningar OR socialpsykiatri\* OR "psykisk funktionsnedsättning" OR "Utvecklingsstörda" OR invandrar\* OR flykting\* OR pakistan OR pakistansk\* OR indien OR indisk\* OR somalia OR somali\* OR tyrkiet OR tyrkisk\* OR syrien OR syrisk\* OR palestin\* OR etiopien OR etioper\* OR eretrea OR afrikansk\* OR Mellanöst\* OR narkomaner OR alkoholberoende OR Alkoholism OR funktionshinder OR ensam\* OR ensamhet\* OR utenförskap OR "svår livssituation" OR "svåra sociala förhållanden" OR distress OR "sociala problem" OR "social eksklusion" OR "socialt isolering" OR olikhet\* OR underprivilegerad\* OR umbäranden OR hembundna OR "kroniska diagnoser" OR "fler diagnoser" OR "fler kroniska sjukdomar" OR komorbiditet OR skröplig\* OR "svåra å nå" OR arbetsledig\* OR arbetslös\* OR risikobeteende OR risikopatienter OR "passiv livsstil" OR "risikabel livsstil" OR högriskogruppe\* OR minoritetsgruppe\* OR selvadministration OR egenkontroll OR egenvård\* OR Hälsoekompetens\* OR sockersjuka\* OR "diabetes kontroll" OR diabeteskontroll OR "socialt nätverk" OR utbildningsstatus OR "låg utbildning" OR "låg utbildningsnivå" OR låginkomst\* OR "låg inkomst" OR socio-ekonomisk\* OR socioekonomisk\* OR övervikt\* OR fetma\* OR obesitet OR "hög bmi" OR kroppsfett\*) AND (diabetes OR diabetisk\* OR diabetiker\* OR pre-diabetisk\* OR prediabetisk) AND (ÅR:2009 OR ÅR:2010 OR ÅR:2011 OR ÅR:2012 OR ÅR:2013 OR ÅR:2014 OR ÅR:2015 OR ÅR:2016 OR ÅR:2017 OR ÅR:2018 OR ÅR:2019) OR

**Fritekst:**

(vulnerable OR marginalised OR marginalized OR stigmatised OR stigmatized OR disadvantaged OR impoverished OR exposed OR underprivileged OR unprivileged OR underserved OR under-served OR deprived OR "social problems" OR "drug misuse" OR "drug abuse" OR "drug dependent" OR "drug dependency" OR "drug addiction" OR "drug addict" OR "drug addicts" OR "drug user" OR "drug users" OR "drug use" OR "substance disorder" OR "substance disorders" OR "substance dependency" OR "substance dependent" OR "substance abuse" OR addiction OR homebound OR "multiple diagnoses" OR "multiple illnesses" OR "multiple chronic conditions" OR comorbidity OR frail OR "functional loss" OR "functional impairment" OR "loss of function" OR "functional disability" OR "loss of adl" OR vulnerability OR multivulnerability OR multi-vulnerability OR homeless? OR "mentally ill" OR "mental illness" OR "mental disorder" OR "mental disorders" OR "mental disease" OR "mental diseases" OR "psychiatric diagnosis" OR "psychiatric diagnoses" OR "mentally impaired" OR handicapped OR disability OR disabilities OR disabled OR "hard to reach" OR immigrant OR immigrants OR immigration OR refugee OR refugees OR poverty OR alcoholics OR unemployed OR unemployment OR "health risk behavior" OR "health risk behaviour" OR "risky health behavior" OR "risky health behaviour" OR "risky life style" OR "risky life-style" OR "risky lifestyle" OR "passive life style" OR "passive life-style" OR "passive lifestyle" OR "sedentary life style" OR "sedentary life-style" OR "sedentary lifestyle" OR "self care" OR self-care OR selfcare OR "self help" OR self-help OR selfhelp OR "self management" OR self-management OR selfmanagement OR self-efficacy OR selfefficacy OR "self efficacy" OR self-administration OR selfadministration OR "self administration" OR "health knowledge" OR "health competency" OR "health literacy" OR "diabetes literacy" OR "educational level" OR "educational status" OR "educational attainment" OR "low income" OR "low income" OR "economic problem" OR "economic problems" OR "limited funds" OR "socioeconomic status" OR "socioeconomic level" OR overweight OR obese OR obesity OR "high bmi") AND (EMNE:diabetes OR diabetic OR diabetics OR "type 1-diabetes" OR "type1-diabetes" OR "type 2-diabetes" OR "type2-diabetes" OR prediabetes OR pre-diabetes OR pre-diabetic OR prediabetic) AND (ÅR:2009 OR ÅR:2010 OR ÅR:2011 OR ÅR:2012 OR ÅR:2013 OR ÅR:2014 OR ÅR:2015 OR ÅR:2016 OR ÅR:2017 OR ÅR:2018 OR ÅR:2019)

**SwePub** – Database over forskning fra de svenske universiteter og forskningsinstitutioner: **152 fund – udvalgt 113**

Følgende er valgt fra i søgeprocessen:

- "How-to"-bøger
- Beskrivelser af diabetesbehandlinger uden fokus på patienten
- Litteratur, der ikke beskæftiger sig med diabetes/prædiabetes.

(sårbar\* OR alkoholmissbruger\* OR missbruger\* OR marginaliser\* OR stigmatiser\* OR "socialt utsatt" OR "social utsatthet" OR utsatta OR risikogruppe\* OR hemlös\* OR psykisk syke OR "psykisk ohälsa" OR Psykisk störning OR Psykiska störningar OR socialpsykiatri\* OR "psykisk funktionsnedsättning" OR "Utvecklingsstörda" OR invandrar\* OR flykting\* OR pakistan OR pakistansk\* OR indien OR indisk\* OR somalia OR somali\* OR tyrkiet OR tyrkisk\* OR syrien OR syrisk\* OR palestin\* OR etiopien OR etioper\* OR eretrea OR afrikansk\* OR Mellanöst\* OR narkomaner OR alkoholberoende OR Alkoholism OR funksjonshinder OR ensam\* OR ensamhet\* OR utenforskap OR "svår livssituation" OR "svåra sociale forhold" OR "sociala förhållanden" OR distress OR "sociala problemer" OR "social eksklusion" OR "socialt isolering" OR olikhet\* OR underprivilegierad\* OR umbäranden OR hembundna OR "kroniska diagnoser" OR "fler diagnoser" OR "fler kroniska sjukdomar" OR komorbiditet OR skröplig\* OR "svåra å nå" OR arbeidsledig\* OR arbeidsløs\* OR risikobeteende OR risikopatienter OR "passiv livsstil" OR "risikabel livsstil" OR högriskgruppe\* OR minoritetsgruppe\* OR selvadministration OR egenkontroll OR egenvård\* OR Hälsoekompetens\* OR sockersjuka\* OR "diabetes kontroll" OR diabeteskontroll OR "socialt nätverk" OR utbildningsstatus OR "låg utbildning" OR "låg utbildningsnivå" OR låginkomst\* OR "låg inkomst" OR socio-ekonomisk\* OR socioekonomisk\* OR övervikt\* OR fetma\* OR obesitet OR "hög bmi") AND (diabetes OR diabetisk\* OR diabetiker\* OR pre-diabetisk\* OR prediabetisk) AND (ÅR:2009 OR ÅR:2010 OR ÅR:2011 OR ÅR:2012 OR ÅR:2013 OR ÅR:2014 OR ÅR:2015 OR ÅR:2016 OR ÅR:2017 OR ÅR:2018 OR ÅR:2019) OR

(vulnerable OR marginalised OR marginalized OR stigmatised OR stigmatized OR disadvantaged OR impoverished OR exposed OR underprivileged OR unprivileged OR underserved OR under-served OR deprived OR "social problems" OR "drug misuse" OR "drug abuse" OR "drug dependent" OR "drug dependency" OR "drug addiction" OR "drug addict" OR "drug addicts" OR "drug user" OR "drug users" OR "drug use" OR "substance disorder" OR "substance disorders" OR "substance dependency" OR "substance dependent" OR "substance abuse" OR addiction OR homebound OR "multiple diagnoses" OR "multiple illnesses" OR "multiple chronic conditions" OR comorbidity OR frail OR "functional loss" OR "functional impairment" OR "loss of function" OR "functional disability" OR "loss of adl" OR vulnerability OR multivulnerability OR multi-vulnerability OR homeless\* OR "mentally ill" OR "mental illness" OR "mental disorder" OR "mental disorders" OR "mental disease" OR "mental diseases" OR "psychiatric diagnosis" OR "psychiatric diagnoses" OR "mentally impaired" OR handicapped OR disability OR disabilities OR disabled OR "hard to reach" OR immigrant OR immigrants OR immigration OR refugee OR refugees OR poverty OR alcoholics OR unemployed OR unemployment OR "health risk behavior" OR "health risk behaviour" OR "risky health behavior" OR "risky health behaviour" OR "risky life style" OR "risky life-style" OR "risky lifestyle" OR "passive life style" OR "passive life-style" OR "passive lifestyle" OR "sedentary life style" OR "sedentary life-style" OR "sedentary lifestyle" OR "self care" OR self-care OR selfcare OR "self help" OR self-help OR selfhelp OR "self management" OR self-management OR selfmanagement OR self-efficacy OR selfefficacy OR "self efficacy" OR self-administration OR selfadministration OR "self administration" OR "health knowledge" OR "health competency" OR "health literacy" OR "diabetes literacy" OR "educational level" OR "educational status" OR "educational attainment" OR "low income" OR "low income" OR "economic problem" OR "economic problems" OR "limited funds" OR "socioeconomic status" OR "socioeconomic level" OR overweight OR obese OR obesity OR "high bmi") AND (Emne:diabetes OR diabetisk OR diabetics OR "type 1-diabetes" OR "type1-diabetes" OR "type 2-diabetes" OR "type2-diabetes" OR prediabetes OR pre-diabetes OR pre-diabetic OR prediabetic) AND (ÅR:2009 OR ÅR:2010 OR ÅR:2011 OR ÅR:2012 OR ÅR:2013 OR ÅR:2014 OR ÅR:2015 OR ÅR:2016 OR ÅR:2017 OR ÅR:2018 OR ÅR:2019)

**SveMed+** – Referencer til artikler fra skandinaviske tidsskrifter inden for emneområderne medicin, odontologi, sundhedsvæsen generelt, ergo- og fysioterapi m.m.: **161 fund**

#### **Søgt MESH-termer med subheadings:**

Vulnerable Populations, Alcoholism, Alcoholics, Mentally disabled persons, Mentally ill persons, Mental disorders, Drug users, Emigrants and Immigrants, Refugees, Homebound persons, Disabled persons, Homeless persons, Social isolation, Multiple Chronic Conditions, Comorbidity, Frailty, Health Risk Behavior, Poverty, Educational status, Minority Groups, Social Marginalization, Psychosocial Deprivation, Unemployment, Life style, Socioeconomic factors, Health literacy, Self-management, Self efficacy, Self Administration, Obesity **OG** Diabetes Mellitus.

**Medline** – Refererer til artikler fra ca. 1.900 internationale medicinske tidsskrifter (inkl. Cochrane-reviews) fra 1950 og frem samt en del bøger fra offentlige myndigheder: **1.460 fund**

- 1 exp "Vulnerable Populations"/ or Alcoholism/ or exp Alcoholics/ or exp "Mentally disabled persons"/ or exp "Mentally ill persons"/ or exp Mental disorders/ or exp Drug users/ or exp "Emigrants and Immigrants"/ or exp Refugees/ or Homebound persons/ or exp Disabled persons/ or Homeless persons/ or Social isolation/ or exp "Multiple Chronic Conditions"/ or exp Comorbidity/ or Frailty/ or exp Health Risk Behavior/ or exp Poverty/ or Educational status/ or exp Minority Groups/ or Social Marginalization/ or exp Psychosocial Deprivation/ or Unemployment/ or Life style/ or Socioeconomic factors/ or Health literacy/: 1596273
- 2 ((vulnerable or marginali#ed or stigmati#ed or disadvantaged or impoverished or exposed or underprivileged or unprivileged or underserved or under-served or deprived or social problems or drug misuse or drug abuse or drug dependen\* or substance disorder\* or substance dependen\* or substance abuse or distress\* or homebound or (multiple adj1 (diagnoses or illness\* or conditions)) or comorbidity or frail or functional loss or functional impairment or "loss of function" or functional disability or "loss of adl") adj3 (person\* or patient\* or people or group\* or population\* or client\* or individual\* or segment\* or communit\*)).ti,kw,kf.: 15106
- 3 ((high-risk or high risk or at-risk or "at risk" or sensitive or risk or minority) adj1 (population\* or group\* or segment\* or communit\*)).ti,kw,kf.: 6602
- 4 (vulnerability or multivulnerability or multi-vulnerability or homeless\* or mentally ill\*4 or mental disorder\* or mental disease\* or psychiatric diagnos\* or mentally impaired or handicapped or disability\* or "hard to reach" or (street\* adj (person\* or people)) or immigrant\* or refugee\* or poverty or alcoholics or drug addict\* or drug user\* or unemploy\* or ((social\* or cultural\*) adj1 (exposed or excluded or exclusion or isolat\* or problem\* or inequality)) or health risk behavio?r or risky health behavio?r or ((risky or passive or sedentary) adj2 (life style or life-style or lifestyle))).ti,kw,kf.: 149467
- 5 ((Low or lower or less or little or lack\* or "no" or poor or limited) adj3 (Self care or self-care or selfcare or self help or self-help or selfhelp or self management or self-management or selfmanagement or self-efficacy or selfefficacy or self efficacy or self-administration or selfadministration or self administration or health knowledge or health competency or health literacy or diabetes literacy or ((diabet\* or Glycaemic or glyceemic) adj1 control))).ti,kw,kf.: 869
- 6 ((Low or lower or less or little or lack\* or "no" or poor or limited) adj3 (education\* or network or support)).ti,kw,kf.: 1777
- 7 (((low income or low in-come or economic problem\* or limited funds) adj3 (person\* or patient\* or people or group\* or population\* or client\* or individual\* or segment\* or communit\*)) or ((Low or lower or less or little or lack\* or "no" or poor or limited) adj1 socioeconomic adj1 (status or level))).ti,kw,kf.: 2743
- 8 (overweight\* or obese or obesity or high bmi).ti,kw,kf.: 144916
- 9 or/1-8: 1786592
- 10 exp \*Diabetes Mellitus/: 330781
- 11 (Diabetes or diabetetic or type 1-diabetes or type1-diabetes or type 2-diabetes or type2-diabetes or prediabetes or pre-diabetes or pre-diabetic or prediabetic or IDDM or niddm or tdm2 or t2dm or dm2 or noninsulin dependent or non-insulin dependent).ti,kw,kf.:349629
- 12 or/10-11: 403662
- 13 exp Attitude to health/ or exp "Attitude of Health Personnel"/ or exp Professional-Patient Relations/ or exp Healthcare disparities/ or exp Health Services Accessibility/: 710213
- 14 "Discrimination (Psychology)": 19225
- 15 (rejection or discriminat\*).ti,kw,kf.: 62172
- 16 (healthcare-seeking or health-seeking or (health adj1 (seeking or behavio?r)) or (seek\* adj3 help)).ti,kw,kf.: 10349

- 17 ((compliance or complies or comply or adherence or adhere\* or quality or relation\* or attitude\* or acknowledge\* or motivation or inequal\* or refus\* or resist\* or refrain\* or reject\* or avoid\* or accept\* or access\* or failure\* or drop-out\* or dropout\* or drop out\*) adj2 (care or healthcare or health service\* or therapy or treatment\*)).ti,kw,kf.: 45715
- 18 Communication/: 81174
- 19 (dialogue or health literacy or diabetes literacy).ti,kw,kf.: 7326
- 20 ((communication or physical or social) adj2 (challenge\* or barrier\* or distance)).ti,kw,kf.: 1748
- 21 (appointment\* or consult\* or seek or seeks or seeking or see or sees or seeing or look up or looks up or looking up or visit\* or revisit\* or re-visit\* or encounter\* or meet\* or follow-up\* or followup\* or follow up\* or check-up\* or checkup\* or check up\* or re-visit\* or revisit\* or home visit\* or home calls or counseling or counselling or utiliz\* or "use" or user or outpatient or out-patient or communicat\* or talk\* or dialogue\* or attitude\* or perception or behavio?r).ti,kw,kf.: 1324539
- 22 exp Health Services/ or exp Health personnel/: 2402343
- 23 21 and 22: 224356
- 24 ((appointment\* or consult\* or seek or seeks or seeking or see or sees or seeing or look up or looks up or looking up or visit\* or revisit\* or re-visit\* or encounter\* or meet\* or follow-up\* or followup\* or follow up\* or check-up\* or checkup\* or check up\* or re-visit\* or revisit\* or home visit\* or home calls or counseling or counselling or utiliz\* or "use" or user\* or outpatient or out-patient or communicat\* or talk\* or dialogue\* or attitude\* or perception or behavio?r) adj6 (health care or healthcare or health service\* or health sector\* or hospital\* or ambulatory or ambulant or clinic\* or general practitioner\* or family practitioner\* or GP or GPs or general practice or primary care or secondary care or community health or community care or doctor\* or nurse\* or health personnel or health provider\* or physiotherapist\* or physical therapist\* or occupational therapist\* or dieteti\*)).ti,kw,kf.: 102995
- 25 or/13-20,23-24: 1072235
- 26 Risk factors/: 790526
- 27 risk factor\*.ti,kw,kf.: 131025
- 28 limit 27 to last 2 years: 31216
- 29 26 or 28: 805814
- 30 25 or 29: 1828627
- 31 exp austria/ or exp belgium/ or exp france/ or exp germany/ or Ireland/ or exp united kingdom/ or netherlands/ or exp "scandinavian and nordic countries"/: 846951
- 32 (northern europe\* or scandinavia\* or denmark or danish or nordic or norway or norwegian or finland or finnish or iceland\* or german\* or austria\* or france or french or ireland or irish or netherlands\* or dutch or switzerland or swiss or united kingdom or england or english or scotland or scottish or wales or welsh).ti,ab,kw,kf,in.: 3807466
- 33 limit 32 to last 2 years: 716449
- 34 or/31,33: 1517592
- 35 9 and 12 and 30 and 34: 1600
- 36 limit 35 to (yr = "2009-2019" and (english or danish or swedish or norwegian)): 1225

**Embase** – Biomedicinsk, farmakologisk bibliografi. 1974-. Refererer til artikler fra ca. 2.450 tidsskrifter. Har en fin dækning af europæiske tidsskrifter og en omfattende indeksering af lægemidler: **788 fund**

- 1 exp vulnerable population/ or exp drug dependence/ or exp disabled person/ or exp mental patient/ or exp mental disease/ or exp immigrant/ or exp refugee/ or homebound patient/ or homeless person/ or exp social isolation/ or exp multiple chronic conditions/ or exp comorbidity/ or frailty/ or high risk behavior/ or poverty/ or economic status/ or educational status/ or minority group/ or social exclusion/ or unemployment/ or sedentary lifestyle/ or health literacy/: 2498961
- 2 ((vulnerable or marginali#ed or stigmati#ed or disadvantaged or impoverished or exposed or underprivileged or unprivileged or underserved or under-served or deprived or social problems or

- drug misuse or drug abuse or drug dependen\* or substance disorder\* or substance dependen\* or substance abuse or distress\* or homebound or (multiple adj1 (diagnoses or illness\* or conditions)) or comorbidity or frail or functional loss or functional impairment or "loss of function" or functional disability or "loss of adl") adj3 (person\* or patient\* or people or group\* or population\* or client\* or individual\* or segment\* or communit\*).ti,kw.: 17771
- 3 ((high-risk or high risk or at-risk or "at risk" or sensitive or risk or minority) adj1 (population\* or group\* or segment\* or communit\*).ti,kw.: 9395
- 4 (vulnerability or multivulnerability or multi-vulnerability or homeless\* or mentally ill\*4 or mental disorder\* or mental disease\* or psychiatric diagnos\* or mentally impaired or handicapped or disability\* or "hard to reach" or (street\* adj (person\* or people)) or immigrant\* or refugee\* or poverty or alcoholics or drug addict\* or drug user\* or unemploy\* or ((social\* or cultural\*) adj1 (exposed or excluded or exclusion or isolat\* or problem\* or inequality)) or health risk behavior or risky health behavior or ((risky or passive or sedentary) adj2 (life style or life-style or lifestyle))).ti,kw.: 170583
- 5 ((Low or lower or less or little or lack\* or "no" or poor or limited) adj3 (Self care or self-care or selfcare or self help or self-help or selfhelp or self management or self-management or selfmanagement or self-efficacy or selfefficacy or self efficacy or health knowledge or health competency or health literacy or diabetes literacy)).ti,kw.: 569
- 6 ((Low or lower or less or little or lack\* or "no" or poor or limited) adj3 (education\* or network or support)).ti,kw.: 2063
- 7 (((low income or low in-come or economic problem\* or limited funds) adj3 (person\* or patient\* or people or group\* or population\* or client\* or individual\* or segment\* or communit\*)) or ((Low or lower or less or little or lack\* or "no" or poor or limited) adj1 socioeconomic adj1 (status or level))).ti,kw.: 2407
- 8 (overweight\* or obese or obesity or high bmi).ti,kw.: 215476
- 9 or/1-8: 2771160
- 10 exp \*diabetes mellitus/: 473465
- 11 (Diabetes or diabetic or type 1-diabetes or type1-diabetes or type 2-diabetes or type2-diabetes or prediabetes or pre-diabetes or pre-diabetic or prediabetic or IDDM or niddm or tdm2 or t2dm or dm2 or noninsulin dependent or non-insulin dependent).ti,kw.: 485814
- 12 or/10-11: 562397
- 13 exp Attitude to health/ or exp health personnel attitude/ or exp professional-patient relationship/ or exp health care disparity/: 316413
- 14 social discrimination/: 3999
- 15 (rejection or discriminat\*).ti,kw.: 77679
- 16 (healthcare-seeking or health-seeking or (health adj1 (seeking or behavior?r)) or (seek\* adj3 help)).ti,kw.: 10380
- 17 ((compliance or complies or comply or adherence or adhere\* or quality or relation\* or attitude\* or acknowledge\* or motivation or inequal\* or refus\* or resist\* or refrain\* or reject\* or avoid\* or accept\* or access\* or failure\* or drop-out\* or dropout\* or drop out\*) adj2 (care or healthcare or health service\* or therapy or treatment\*)).ti,kw.: 62062
- 18 interpersonal communication/ or exp communication barrier/: 154810
- 19 (dialogue or health literacy or diabetes literacy).ti,kw.: 9159
- 20 ((communication or physical or social) adj2 (challenge\* or barrier\* or distance)).ti,kw.: 1858
- 21 (appointment\* or consult\* or seek or seeks or seeking or see or sees or seeing or look up or looks up or looking up or visit\* or revisit\* or re-visit\* or encounter\* or meet\* or follow-up\* or followup\* or follow up\* or check-up\* or checkup\* or check up\* or re-visit\* or revisit\* or home visit\* or home calls or counseling or counselling or utiliz\* or "use" or user or outpatient or out-patient or communicat\* or talk\* or dialogue\* or attitude\* or perception or behavior?r).ti,kw.: 1482540
- 22 exp Health Service/ or exp health care personnel/: 5891900
- 23 21 and 22: 559233



- 24 ((appointment\* or consult\* or seek or seeks or seeking or see or sees or seeing or look up or looks up or looking up or visit\* or revisit\* or re-visit\* or encounter\* or meet\* or follow-up\* or followup\* or follow up\* or check-up\* or checkup\* or check up\* or re-visit\* or revisit\* or home visit\* or home calls or counseling or counselling or utiliz\* or "use" or user\* or outpatient or out-patient or communicat\* or talk\* or dialogue\* or attitude\* or perception or behavio?r) adj6 (health care or healthcare or health service\* or health sector\* or hospital\* or ambulatory or ambulant or clinic\* or general practitioner\* or family practitioner\* or GP or GPs or general practice or primary care or secondary care or community health or community care or doctor\* or nurse\* or health personnel or health provider\* or physiotherapist\* or physical therapist\* or occupational therapist\* or dieteti\*)),ti,kw.: 119831
- 25 or/13-20,23-24: 1124656
- 26 Risk factors/: 594398
- 27 risk factor\*.ti,kw.: 205199
- 28 limit 27 to last 2 years: 42302
- 29 26 or 28: 604838
- 30 25 or 29: 1697925
- 31 exp austria/ or exp belgium/ or exp france/ or exp germany/ or exp ireland/ or exp united kingdom/ or netherlands/ or exp scandinavia/: 975985
- 32 (northern europe\* or scandinavia\* or denmark or danish or nordic or norway or norwegian or finland or finnish or iceland\* or german\* or austria\* or france or french or ireland or irish or netherlands\* or dutch or switzerland or swiss or united kingdom or england or english or scotland or scottish or wales or welsh).ti,ab,kw,in.: 7843134
- 33 limit 32 to last 2 years: 1076181
- 34 or/31,33: 1960690
- 35 9 and 12 and 30 and 34: 1240
- 36 limit 35 to (yr = "2009-2019" and (english or danish or swedish or norwegian)): 991
- 37 limit 36 to (conference abstract or letter or erratum): 203
- 38 36 not 37: 788

**PsychoInfo** – Tidsskriftartikler, kapitler i bøger, disputatser og tekniske rapporter fra 1967 og frem inden for psykologi, sociologi og sundhedsvidenskab: **472 fund**

- S61 (S59 AND S60) Limiters - Publication Year: 2009-2019; Publication Type: All Journals, All Books, Dissertation Abstract; Language: Danish, English, Norwegian, Swedish: 472
- S60 (TX "Scandinavian and nordic countries") OR (TX "Denmark") OR (TX "Norway") OR (TX "Sweden") OR (TX "Iceland") OR (TX "Finland") OR (TX "France") OR (TX "Belgium") OR (TX "Austria") OR (TX "Germany+") OR (TX "Iceland") OR (TX "Ireland") OR (TX "Luxembourg") OR (TX "Netherlands") OR (TX "Switzerland") OR (TX "United Kingdom") OR (TX "England") OR (TX "Scotland") OR (TX "Wales") OR (SU "Scandinavian and nordic countries") OR (SU "Denmark") OR (SU "Norway") OR (SU "Sweden") OR (SU "Iceland") OR (SU "Finland") OR (SU "France") OR (SU "Belgium") OR (SU "Austria") OR (SU "Germany+") OR (SU "Iceland") OR (SU "Ireland") OR (SU "Luxembourg") OR (SU "Netherlands") OR (SU "Switzerland") OR (SU "United Kingdom") OR (SU "England") OR (SU "Scotland") OR (SU "Wales") Limiters - Publication Type: All Journals, All Books, Dissertation Abstract: 2,292,192
- S59 S54 OR S58 Limiters - Publication Year: 2009-2019; Language: Danish, English, Norwegian, Swedish: 850
- S58 S31 AND S35 AND S57: 96
- S57 S55 OR S56: 14,170
- S56 TI (Risk N1 factor\*) OR SU (Risk N1 factor\*), Limiters - Published Date: 20170101-20191131: 14,170
- S55 DE "Risk factors" Limiters - Published Date: 20170101-20191131: 13,087

- S54 S31 AND S35 AND S53: 1,070
- S53 S36 OR S37 OR S38 OR S39 OR S40 OR S41 OR S42 OR S43 OR S44 OR S45 OR S46 OR S47 OR S48 OR S49 OR S50 OR S51 OR S52: 361,382
- S52 SU (((appointment\* or consult\* or seek or seeks or seeking or "see" or sees or seeing or "look up" or "looks up" or "looking up" or visit\* or revisit\* or re-visit\* or encounter\* or meet\* or follow-up\* or followup\* or (follow N1 up\*) or check-up\* or checkup\* or (check N1 up\*) or re-visit\* or revisit\* or (home N1 visit\*) or "home calls" or counseling or counselling or utiliz\* or "use" or outpatient\* or out-patient\* or communicat\* or dialogue\* or attitude\* or perception or behavio#r) N6 ("health care" or healthcare or (health N1 service\*) or (health N1 sector\*) or hospital\* or ambulatory or ambulat or clinic\* or (general N1 practitioner\*) or (family N1 practitioner\*) or "GP" or "GPs" or "general practice" or "primary care" or "secondary care" or "community health" or "community care" or physician\* or doctor\* or nurse\* or "health personnel" or "health N1 provider\*") or physiotherapist\* or (physical N1 therapist\*) or (occupational N1 therapist\*) or dieteti\*)): 67,813
- S51 TI (((appointment\* or consult\* or seek or seeks or seeking or "see" or sees or seeing or "look up" or "looks up" or "looking up" or visit\* or revisit\* or re-visit\* or encounter\* or meet\* or follow-up\* or followup\* or (follow N1 up\*) or check-up\* or checkup\* or (check N1 up\*) or re-visit\* or revisit\* or (home N1 visit\*) or "home calls" or counseling or counselling or utiliz\* or "use" or outpatient\* or out-patient\* or communicat\* or dialogue\* or attitude\* or perception or behavio#r) N6 ("health care" or healthcare or (health N1 service\*) or (health N1 sector\*) or hospital\* or ambulatory or ambulat or clinic\* or (general N1 practitioner\*) or (family N1 practitioner\*) or "GP" or "GPs" or "general practice" or "primary care" or "secondary care" or "community health" or "community care" or physician\* or doctor\* or nurse\* or "health personnel" or "health N1 provider\*") or physiotherapist\* or (physical N1 therapist\*) or (occupational N1 therapist\*) or dieteti\*)): 29,477
- S50 SU ((communication or physical or social) N2 (challenge\* or barrier\* or distance)): 4,935
- S49 TI ((communication or physical or social) N2 (challenge\* or barrier\* or distance)): 1,787
- S48 SU (dialogue or health literacy or diabetes literacy): 6,641
- S47 TI (dialogue or health literacy or diabetes literacy): 6,158
- S46 DE "Interpersonal Communication" OR DE "Interpersonal Interaction" OR DE "Body Language" OR DE "Cross Cultural Communication" OR DE "Communication Barriers" 50,497
- S45 SU ((compliance or complies or comply or adherence or adhere\* or quality or accept\* or access\* or relation\* or attitude\* or acknowledge\* or motivation or unequal\* or refus\* or resist\* or refrain\* or reject\* or avoid\* or failure\* or drop-out\* or dropout\* or (drop N1 out\*)) N2 (care or healthcare or (health N1 service\*) or therapy or treat: 70,333
- S44 TI ((compliance or complies or comply or adherence or adhere\* or quality or accept\* or access\* or relation\* or attitude\* or acknowledge\* or motivation or unequal\* or refus\* or resist\* or refrain\* or reject\* or avoid\* or failure\* or drop-out\* or dropout\* or drop out\*) N2 (care or healthcare or health service\* or therapy or treatment\*)): 16,267
- S43 SU (healthcare-seeking or health-seeking or (health N1 (seeking or behavio#r)) or (seek\* N3 help)): 48,182
- S42 TI (healthcare-seeking or health-seeking or (health N1 (seeking or behavio#r)) or (seek\* N3 help)): 6,720
- S41 SU (rejection or discriminat\*): 86,205
- S40 TI (rejection or discriminat\*): 28,050
- S39 DE "Social Discrimination" OR DE "Age Discrimination" OR DE "Disability Discrimination" OR DE "Race and Ethnic Discrimination": 8,585
- S38 DE "Health Disparities" OR DE "Health Care Access": 8,232
- S37 DE "Interpersonal relationship" OR DE "Dual relationship": 8,946
- S36 (DE "Health Attitudes" OR DE "Health Personnel Attitudes" OR DE "Mental Health Stigma" OR DE "Stereotyped Attitudes" OR DE "Disabled (Attitudes Toward)" OR DE "Intellectual Development Disorder (Attitudes Toward)" OR DE "Mental Illness (Attitudes Toward)" OR DE "Physical

- Disabilities (Attitudes Toward)" OR DE "Sensory Disabilities (Attitudes Toward)" OR DE "Health Disparities": 55,856
- S35 S32 OR S33 OR S34: 19,668
- S34 SU (Diabetes or diabetic or type 1-diabetes or type1-diabetes or type 2-diabetes or type2-diabetes or prediabetes or pre-diabetes or pre-diabetic or prediabetic or IDDM or niddm or tdm2 or t2dm or dm2 or noninsulin dependent or non-insulin dependent): 19,511
- S33 TI (Diabetes or diabetic or type 1-diabetes or type1-diabetes or type 2-diabetes or type2-diabetes or prediabetes or pre-diabetes or pre-diabetic or prediabetic or IDDM or niddm or tdm2 or t2dm or dm2 or noninsulin dependent or non-insulin dependent): 13,674
- S32 DE "Diabetes" OR DE "Diabetes Insipidus" OR DE "Diabetes Mellitus" OR DE "Type 2 Diabetes": 17,533
- S31 S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26 OR S27 OR S28 OR S29 OR S30: 617,204
- S30 TI (overweight\* or obese or obesity or high bmi) OR SU (overweight\* or obese or obesity or high bmi): 32,695
- S29 SU (((low income or low in-come or economic problem\* or limited funds) N3 (person\* or patient\* or people or group\* or population\* or client\* or individual\* or segment\* or communit\*)) or ((Low or lower or less or little or lack\* or "no" or poor or limited) N1 socioeconomic N1 (status or level))): 1,233
- S28 TI (((low income or low in-come or economic problem\* or limited funds) N3 (person\* or patient\* or people or group\* or population\* or client\* or individual\* or segment\* or communit\*)) or ((Low or lower or less or little or lack\* or "no" or poor or limited) N1 socioeconomic N1 (status or level))): 1,157
- S27 SU ((Low or lower or less or little or lack\* or "no" or poor or limited) N3 (education\* or network or support)): 526
- S26 TI ((Low or lower or less or little or lack\* or "no" or poor or limited) N3 (education\* or network or support)): 1,104
- S25 SU ((Low or lower or less or little or lack\* or "no" or poor or limited) N3 (Self care or self-care or selfcare or self help or self-help or selfhelp or self management or self-management or selfmanagement or self-efficacy or selfefficacy or self efficacy or health knowledge or health competency or health literacy or diabetes literacy)): 15
- S24 TI ((Low or lower or less or little or lack\* or "no" or poor or limited) N3 (Self care or self-care or selfcare or self help or self-help or selfhelp or self management or self-management or selfmanagement or self-efficacy or selfefficacy or self efficacy or health knowledge or health competency or health literacy or diabetes literacy)): 246
- S23 SU ((high-risk or high risk or at-risk or "at risk" or sensitive or risk or minority) N1 (population\* or group\* or segment\* or communit\*)): 54,762
- S22 TI ((high-risk or high risk or at-risk or "at risk" or sensitive or risk or minority) N1 (population\* or group\* or segment\* or communit\*)): 2,523
- S21 SU (vulnerability or multivulnerability or multi-vulnerability or homeless\* or (mental N1 disorder\*) or (mental N1 disease\*) or (psychiatric N1 diagnos\*) or (mentally N1 impaired) or handicapped or disabilit\* or "hard to reach" or (street\* N (person\* or people)) or immigrant\* or refugee\* or poverty or alcoholics or drug addict\* or drug user\* or unemploy\* or ((social\* or cultural\*) N1 (exposed or excluded or exclusion or isolat\* or problem\* or inequality)) or health risk behavio#r or risky health behavio#r or ((risky or passive) N2 (life style or life-style or lifestyle)): 356,169
- S20 TI (vulnerability or multivulnerability or multi-vulnerability or homeless\* or mentally ill\* or mental disorder\* or mental disease\* or psychiatric diagnos\* or mentally impaired or handicapped or disabilit\* or "hard to reach" or (street\* N (person\* or people)) or immigrant\* or refugee\* or poverty or alcoholics or drug addict\* or drug user\* or unemploy\* or ((social\* or cultural\*) N1 (exposed or

- excluded or exclusion or isolat\* or problem\* or inequality)) or health risk behavio#r or risky health behavio#r or ((risky or passive) N2 (life style or life-style or lifestyle)): 116,509
- S19 SU ((vulnerable or marginali?ed or stigmati?ed or disadvantageded or impoverished or exposed or underprivileged or unprivileged or underserved or under-served or deprived or social problems or drug misuse or drug abuse or drug dependen\* or substance disorder\* or substance dependen\* or substance abuse or homebound or (multiple N1 (diagnoses or illness\* or conditions)) or comorbidity or frail or functional loss or functional impairment or "loss of function" or functional disability or "loss of adl") N3 (person\* or patient\* or people or group\* or population\* or client\* or individual\* or segment\* or communit\*)): 6,066
- S18 TI ((vulnerable or marginali?ed or stigmati?ed or disadvantageded or impoverished or exposed or underprivileged or unprivileged or underserved or under-served or deprived or social problems or drug misuse or drug abuse or drug dependen\* or substance disorder\* or substance dependen\* or substance abuse or homebound or (multiple N1 (diagnoses or illness\* or conditions)) or comorbidity or frail or functional loss or functional impairment or "loss of function" or functional disability or "loss of adl") N3 (person\* or patient\* or people or group\* or population\* or client\* or individual\* or segment\* or communit\*)): 6,244
- S17 DE "Health Literacy": 3,145
- S16 DE "Social Deprivation": 806
- S15 DE "Minority Groups" OR DE "Cultural Sensitivity" OR DE "Minority Stress" OR DE "Racial and Ethnic Groups": 32,906
- S14 DE "Poverty" or DE "Educational Attainment Level" or DE "Socioeconomic Status" OR DE "Lower Income Level": 50,360
- S13 DE "Risk Taking" and DE "Health behavior": 1,011
- S12 DE "Comorbidity" OR DE "Dual Diagnosis": 50,753
- S11 DE "Social Isolation": 11,004
- S10 DE "Homeless" OR DE "Homeless Mentally Ill" OR DE "Social Deprivation": 8,062
- S9 DE "Disabilities" OR DE "Disability Management" OR DE "Learning Disabilities" OR DE "Multiple Disabilities" OR DE "Reading Disabilities" OR DE "Multiple Disabilities": 47,591
- S8 DE "Homebound" OR DE "Health Impairments": 2,670
- S7 DE "Refugees": 6,207
- S6 DE "Immigration": 21,451
- S5 DE "Drug Dependency" OR DE "Substance Use Disorder" OR DE "Addiction" OR DE "Alcohol Use Disorder" OR DE "Cannabis Use Disorder" OR DE "Drug Abuse" OR DE "Drug Dependency" OR DE "Inhalant Abuse" OR DE "Opioid Use Disorder" OR DE "Morphine Dependence": 70,220
- S4 DE "Mental Disorders" OR DE "Mental Disorders due to General Medical Conditions": 127,004
- S3 DE "Disadvantaged" OR DE "Cultural Deprivation": 7,984
- S2 DE "Alcoholism" OR DE "Alcohol Abuse": 54,907
- S1 DE "Susceptibility (Disorders)": 7,713

**Cinahl** – Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature – Referencer til artikler i ca. 700 sygeplejefaglige tidsskrifter og andre sundhedsfaglige tidsskrifter (bl.a. fagene ergoterapi, fysioterapi, jordemoderkundskab, radiografi, og ernæring): **643 fund**

- S68 S66 NOT S67: 645
- S67 S64 AND S65 Limiters - Publication Type: Abstract, Biography, Book Review, Brief Item, Cartoon, Commentary, Consumer/Patient Teaching Materials, Corrected Article, Critical Path, Diagnostic Images, Directories, Editorial, Equations & Formulas, Exam Questions, Forms, Games, Glossary, Historical Material, Individual Testimonial Website, Interview, Legal Case, Letter, Nursing Diagnoses, Obituary, Pictorial, Poetry, Response: 101

- S66 S64 AND S65 Limiters - Published Date: 20090101-20191131; Language: Danish, English,Norwegian, Swedish: 715
- S65 (MH "Scandinavia+") OR (MH "France") OR (MH "Belgium") OR (MH "Austria") OR (MH "Germany+") OR (MH "Iceland") OR (MH "Ireland") OR (MH "Luxembourg") OR (MH "Netherlands") OR (MH "Switzerland") OR (MH "United Kingdom+"): 454,081
- S64 S58 OR S63: 9,334
- S63 S34 AND S39 AND S62: 5,395
- S62 (S59 OR S60 OR S61): 206,123
- S61 SU (Risk N1 factor\*) Limiters - Published Date: 20170101-20191131: 68,482
- S60 TI (Risk N1 factor\*): Limiters - Published Date: 20170101-20191131: 9,157
- S59 MH Risk factors: 160,769
- S58 S34 AND S39 AND S57: 4,497
- S57 S40 OR S41 OR S42 OR S43 OR S44 OR S45 OR S46 OR S47 OR S48 OR S49 OR S50 OR S51 OR S52 OR S53 OR S54: 599,654
- S56 SU (((appointment\* or consult\* or seek or seeks or seeking or "see" or sees or seeing or "look up" or "looks up" or "looking up" or visit\* or revisit\* or re-visit\* or encounter\* or meet\* or follow-up\* or followup\* or (follow N1 up\*) or check-up\* or checkup\* or (check N1 up\*) or re-visit\* or revisit\* or (home N1 visit\*) or "home calls" or counseling or counselling or utiliz\* or "use" or outpatient\* or out-patient\* or communicat\* or dialogue\* or attitude\* or perception or behavio#r) N6 ("health care" or healthcare or (health N1 service\*) or (health N1 sector\*) or hospital\* or ambulatory or ambulant or clinic\* or (general N1 practitioner\*) or (family N1 practitioner\*) or "GP" or "GPs" or "general practice" or "primary care" or "secondary care" or "community health" or "community care" or physician\* or doctor\* or nurse\* or "health personnel" or "health N1 provider\*") or physiotherapist\* or (physical N1 therapist\*) or (occupational N1 therapist\*) or dieteti\*)): 122,242
- S55 TI (((appointment\* or consult\* or seek or seeks or seeking or "see" or sees or seeing or "look up" or "looks up" or "looking up" or visit\* or revisit\* or re-visit\* or encounter\* or meet\* or follow-up\* or followup\* or (follow N1 up\*) or check-up\* or checkup\* or (check N1 up\*) or re-visit\* or revisit\* or (home N1 visit\*) or "home calls" or counseling or counselling or utiliz\* or "use" or outpatient\* or out-patient\* or communicat\* or dialogue\* or attitude\* or perception or behavio#r) N6 ("health care" or healthcare or (health N1 service\*) or (health N1 sector\*) or hospital\* or ambulatory or ambulant or clinic\* or (general N1 practitioner\*) or (family N1 practitioner\*) or "GP" or "GPs" or "general practice" or "primary care" or "secondary care" or "community health" or "community care" or physician\* or doctor\* or nurse\* or "health personnel" or "health N1 provider\*") or physiotherapist\* or (physical N1 therapist\*) or (occupational N1 therapist\*) or dieteti\*)): 64,115
- S54 SU ((communication or physical or social) N2 (challenge\* or barrier\* or distance)): 5,039
- S53 TI ((communication or physical or social) N2 (challenge\* or barrier\* or distance)): 1,217
- S52 SU (dialogue or health literacy or diabetes literacy): 3,636
- S51 TI (dialogue or health literacy or diabetes literacy): 5,505
- S50 (MH "Communication") OR (MH "Communication Barriers"): 71,908
- S49 SU ((compliance or complies or comply or adherence or adhere\* or quality or accept\* or access\* or relation\* or attitude\* or acknowledge\* or motivation or unequal\* or refus\* or resist\* or refrain\* or reject\* or avoid\* or failure\* or drop-out\* or dropout\* or (drop N1 out\*)) N2 (care or healthcare or (health N1 service\*) or therapy or treatment\*)): 198,358
- S48 TI ((compliance or complies or comply or adherence or adhere\* or quality or accept\* or access\* or relation\* or attitude\* or acknowledge\* or motivation or unequal\* or refus\* or resist\* or refrain\* or reject\* or avoid\* or failure\* or drop-out\* or dropout\* or drop out\*) N2 (care or healthcare or health service\* or therapy or treatment\*)): 31,346
- S47 SU (healthcare-seeking or health-seeking or (health N1 (seeking or behavio#r)) or (seek\* N3 help)): 49,079

- S46 TI (healthcare-seeking or health-seeking or (health N1 (seeking or behavior#r)) or (seek\* N3 help)): 4,985
- S45 SU (rejection or discriminat\*): 16,957
- S44 TI (rejection or discriminat\*): 7,986
- S43 (MH "Discrimination+"): 22,603
- S42 (MH "Healthcare Disparities") OR (MH "Health Services Accessibility+"): 83,651
- S41 (MH "Professional-Patient Relations+"): 84,193
- S40 (MH "Attitude to Health+") OR (MH "Attitude of Health Personnel+") OR (MH "Attitude to Mental Illness") OR (MH "Attitude to Disability") OR (MH "Attitude to Risk"): 231,441
- S39 S35 OR S36 OR S37 OR S38: 167,676
- S38 SU (Diabetes or diabetic or type 1-diabetes or type1-diabetes or type 2-diabetes or type2 diabetes or prediabetes or pre-diabetes or pre-diabetic or prediabetic or IDDM or niddm or tdm2 or t2dm or dm2 or noninsulin dependent or non-insulin dependent): 151,578
- S37 TI (Diabetes or diabetic or type 1-diabetes or type1-diabetes or type 2-diabetes or type2-diabetes or prediabetes or pre-diabetes or pre-diabetic or prediabetic or IDDM or niddm or tdm2 or t2dm or dm2 or noninsulin dependent or non-insulin dependent): 113,081
- S36 (MH "Diabetic patients+"): 10,045
- S35 (MH "Diabetes Mellitus+"): 145,461
- S34 (S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26 OR S27 OR S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32 OR S33: 852,102
- S33 SU (overweight\* or obese or obesity or high bmi): 88,343
- S32 TI (overweight\* or obese or obesity or high bmi): 7,806
- S31 SU (((low income or low in-come or economic problem\* or limited funds) N3 (person\* or patient\* or people or group\* or population\* or client\* or individual\* or segment\* or communit\*)) or ((Low or lower or less or little or lack\* or "no" or poor or limited) N1 socioeconomic N1 (status or level))): 4
- S30 TI (((low income or low in-come or economic problem\* or limited funds) N3 (person\* or patient\* or people or group\* or population\* or client\* or individual\* or segment\* or communit\*)) or ((Low or lower or less or little or lack\* or "no" or poor or limited) N1 socioeconomic N1 (status or level))): 1,328
- S29 SU ((Low or lower or less or little or lack\* or "no" or poor or limited) N3 (education\* or network or support)): 102
- S28 TI ((Low or lower or less or little or lack\* or "no" or poor or limited) N3 (education\* or network or support)): 1,503
- S27 SU ((Low or lower or less or little or lack\* or "no" or poor or limited or problem\*) N3 (Self care or self-care or selfcare or self help or self-help or selfhelp or self management or self-management or selfmanagement or self-efficacy or selfefficacy or self efficacy or health knowledge or health competency or health literacy or diabetes literacy)): 66
- S26 TI ((Low or lower or less or little or lack\* or "no" or poor or limited or problem\*) N3 (Self care or self-care or selfcare or self help or self-help or selfhelp or self management or self-management or selfmanagement or self-efficacy or selfefficacy or self efficacy or health knowledge or health competency or health literacy or diabetes literacy)): 544
- S25 SU ((high-risk or high risk or at-risk or "at risk" or sensitive or risk or minority) N1 (population\* or group\* or segment\* or communit\*)): 10,900
- S24 TI ((high-risk or high risk or at-risk or "at risk" or sensitive or risk or minority) N1 (population\* or group\* or segment\* or communit\*)): 4,387
- S23 SU (vulnerability or multivulnerability or multi-vulnerability or homeless\* or (mental N1 disorder\*) or (mental N1 disease\*) or (psychiatric N1 diagnos\*) or (mentally N1 impaired) or handicapped or disabilit\* or "hard to reach" or (street\* N (person\* or people)) or immigrant\* or refugee\* or poverty

- or alcoholics or drug addict\* or drug user\* or unemploy\* or ((social\* or cultural\*) N1 (exposed or excluded or exclusion or isolat\* or problem\* or inequality)) or health risk behavio#r or risky health behavio#r or ((risky or passive) N2 (life style or life-style or lifestyle)): 173,239
- S22 TI (vulnerability or multivulnerability or multi-vulnerability or homeless\* or mentally ill\* or mental disorder\* or mental disease\* or psychiatric diagnos\* or mentally impaired or handicapped or disabilit\* or "hard to reach" or (street\* N (person\* or people)) or immigrant\* or refugee\* or poverty or alcoholics or drug addict\* or drug user\* or unemploy\* or ((social\* or cultural\*) N1 (exposed or excluded or exclusion or isolat\* or problem\* or inequality)) or health risk behavio#r or risky health behavio#r or ((risky or passive) N2 (life style or life-style or lifestyle)): 70,961
- S21 SU ((vulnerable or marginali?ed or stigmati?ed or disadvantaged or impoverished or exposed or underprivileged or unprivileged or underserved or under-served or deprived or social problems or drug misuse or drug abuse or drug dependen\* or substance disorder\* or substance dependen\* or substance abuse or homebound or (multiple N1 (diagnoses or illness\* or conditions)) or comorbidity or frail or functional loss or functional impairment or "loss of function" or functional disability or "loss of adl") N3 (person\* or patient\* or people or group\* or population\* or client\* or individual\* or segment\* or communit\*)): 657
- S20 TI ((vulnerable or marginali?ed or stigmati?ed or disadvantaged or impoverished or exposed or underprivileged or unprivileged or underserved or under-served or deprived or social problems or drug misuse or drug abuse or drug dependen\* or substance disorder\* or substance dependen\* or substance abuse or homebound or (multiple N1 (diagnoses or illness\* or conditions)) or comorbidity or frail or functional loss or functional impairment or "loss of function" or functional disability or "loss of adl") N3 (person\* or patient\* or people or group\* or population\* or client\* or individual\* or segment\* or communit\*)): 6,792
- S19 (MH "Health Literacy"): 3,636
- S18 (MH Psychosocial Deprivation): 424
- S17 (MH "Minority Groups"): 10,701
- S16 (MH "Poverty+") OR (MH "Socioeconomic Factors") OR (MH "Economic Status") OR (MH "Educational status") OR (MH Unemployment): 128,775
- S15 (MH "Risk Taking Behavior+"): 19,334
- S14 (MH "Comorbidity"): 55,110
- S13 MH Social isolation+: 10,411
- S12 MH Homeless persons+: 5,027
- S11 MH disabled+: 51,569
- S10 (MH "Homebound Patients"): 657
- S9 MH Refugees+: 6,337
- S8 MH Immigrants+: 13,827
- S7 MH Substance abusers+: 7,685
- S6 MH Mental disorders+: 506,779
- S5 MH "Mentally disabled persons": 4,331
- S4 MH Alcoholics+: 516
- S3 MH Alcoholism+: 14,389
- S2 MH Vulnerability: 4,152
- S1 MH "Special Populations": 5,780

**Academic Search Premier** – Multidisciplinær database med emnerne: computer sciences, engineering, physics, chemistry, language and linguistics, arts & literature, medical sciences, ethnic studies og andre: **266 fund**

- S85 (S83 AND S84) Limiters - Published Date: 20090101-20191131; Document Type: Article, Bibliography, Book Chapter, Case Study, Report; Language: English, Norwegian: 266
- S84 (MH "Scandinavia") OR (MH "Denmark") OR (MH "Sweden") OR (MH "Norway") OR (MH "Finland") OR (MH "Iceland") OR (MH "France") OR (MH "Belgium") OR (MH "Austria") OR (MH "Germany") OR (MH "Ireland") OR (MH "Luxembourg") OR (MH "Netherlands") OR (MH "Switzerland") OR (MH "England") OR (MH "Scotland") OR (MH "Wales"): 628,765
- S83 (S78 OR S82): 6,286
- S82 (S44 AND S52 AND S81): 4,035
- S81 (S79 OR S80): 18,533
- S80 TI (diabetes and (risk N1 factor\*)) OR SU (diabetes and (risk N1 factor\*)) OR KW (diabetes and (risk N1 factor\*)): 18,533
- S79 DE "DIABETES risk factors": 3,738
- S78 (S44 AND S52 AND S77): 2,660
- S77 (S53 OR S54 OR S55 OR S56 OR S57 OR S58 OR S59 OR S60 OR S61 OR S62 OR S63 OR S64 OR S65 OR S66 OR S67 OR S68 OR S69 OR S70 OR S71 OR S72 OR S73 OR S74 OR S75 OR S76): 442,021
- S76 KW (((appointment\* or consult\* or seek or seeks or seeking or "see" or sees or seeing or "look up" or "looks up" or "looking up" or visit\* or revisit\* or re-visit\* or encounter\* or meet\* or follow-up\* or followup\* or (follow N1 up\*) or check-up\* or checkup\* or (check N1 up\*) or re-visit\* or revisit\* or (home N1 visit\*) or "home calls" or counseling or counselling or utiliz\* or "use" or outpatient\* or out-patient\* or communicat\* or dialogue\* or attitude\* or perception or behavio#r) N6 ("health care" or healthcare or (health N1 service\*) or (health N1 sector\*) or hospital\* or ambulatory or ambulant or clinic\* or (general N1 practitioner\*) or (family N1 practitioner\*) or "GP" or "GPs" or "general practice" or "primary care" or "secondary care" or "community health" or "community care" or physician\* or doctor\* or nurse\* or "health personnel" or "health N1 provider\*") or physiotherapist\* or (physical N1 therapist\*) or (occupational N1 therapist\*) or dieteti\*)): 7,699
- S75 SU (((appointment\* or consult\* or seek or seeks or seeking or "see" or sees or seeing or "look up" or "looks up" or "looking up" or visit\* or revisit\* or re-visit\* or encounter\* or meet\* or follow-up\* or followup\* or (follow N1 up\*) or check-up\* or checkup\* or (check N1 up\*) or re-visit\* or revisit\* or (home N1 visit\*) or "home calls" or counseling or counselling or utiliz\* or "use" or outpatient\* or out-patient\* or communicat\* or dialogue\* or attitude\* or perception or behavio#r) N6 ("health care" or healthcare or (health N1 service\*) or (health N1 sector\*) or hospital\* or ambulatory or ambulant or clinic\* or (general N1 practitioner\*) or (family N1 practitioner\*) or "GP" or "GPs" or "general practice" or "primary care" or "secondary care" or "community health" or "community care" or physician\* or doctor\* or nurse\* or "health personnel" or "health N1 provider\*") or physiotherapist\* or (physical N1 therapist\*) or (occupational N1 therapist\*) or dieteti\*)): 51,620
- S74 TI (((appointment\* or consult\* or seek or seeks or seeking or "see" or sees or seeing or "look up" or "looks up" or "looking up" or visit\* or revisit\* or re-visit\* or encounter\* or meet\* or follow-up\* or followup\* or (follow N1 up\*) or check-up\* or checkup\* or (check N1 up\*) or re-visit\* or revisit\* or (home N1 visit\*) or "home calls" or counseling or counselling or utiliz\* or "use" or outpatient\* or out-patient\* or communicat\* or dialogue\* or attitude\* or perception or behavio#r) N6 ("health care" or healthcare or (health N1 service\*) or (health N1 sector\*) or hospital\* or ambulatory or ambulant or clinic\* or (general N1 practitioner\*) or (family N1 practitioner\*) or "GP" or "GPs" or "general practice" or "primary care" or "secondary care" or "community health" or "community care" or physician\* or doctor\* or nurse\* or "health personnel" or "health N1 provider\*") or physiotherapist\* or (physical N1 therapist\*) or (occupational N1 therapist\*) or dieteti\*)): 52,808
- S73 KW ((communication or physical or social) N2 (challenge\* or barrier\* or distance)): 741
- S72 SU ((communication or physical or social) N2 (challenge\* or barrier\* or distance)): 3,090
- S71 TI ((communication or physical or social) N2 (challenge\* or barrier\* or distance) OR miscommunication): 2,559
- S70 KW (dialogue or health literacy or diabetes literacy): 6,534



- S69 SU (dialogue or health literacy or diabetes literacy): 17,005
- S68 TI (dialogue or health literacy or diabetes literacy): 16,001
- S67 DE "COMMUNICATION barriers" OR DE "INTERPERSONAL communication" OR DE "MEDICAL communication" OR DE "MISCOMMUNICATION": 16,733
- S66 KW ((compliance or complies or comply or adherence or adher\* or quality or accept\* or access\* or relation\* or attitude\* or acknowledge\* or motivation or unequal\* or refus\* or resist\* or refrain\* or reject\* or avoid\* or failure\* or drop-out\* or dropout\* or drop out\*) N2 (care or healthcare or health service\* or therapy or treatment\*)): 14,624
- S65 SU ((compliance or complies or comply or adherence or adher\* or quality or accept\* or access\* or relation\* or attitude\* or acknowledge\* or motivation or unequal\* or refus\* or resist\* or refrain\* or reject\* or avoid\* or failure\* or drop-out\* or dropout\* or drop out\*) N2 (care or healthcare or health service\* or therapy or treatment\*)): 44,436
- S64 TI ((compliance or complies or comply or adherence or adher\* or quality or accept\* or access\* or relation\* or attitude\* or acknowledge\* or motivation or unequal\* or refus\* or resist\* or refrain\* or reject\* or avoid\* or failure\* or drop-out\* or dropout\* or drop out\*) N2 (care or healthcare or health service\* or therapy or treatment\*)): 31,387
- S63 KW (healthcare-seeking or health-seeking or (health N1 (seeking or behavio#r)) or (seek\* N3 help)): 5,208
- S62 SU (healthcare-seeking or health-seeking or (health N1 (seeking or behavio#r)) or (seek\* N3 help)): 31,560
- S61 TI (healthcare-seeking or health-seeking or (health N1 (seeking or behavio#r)) or (seek\* N3 help)): 6,199
- S60 KW (rejection or discriminat\*): 24,510
- S59 SU (rejection or discriminat\*): 67,586
- S58 TI (rejection or discriminat\*): 41,106
- S57 DE "HEALTH services accessibility" OR DE "Health behavior": 53,738
- S56 DE "HEALTH disparities" OR DE "DISCRIMINATION in medical care" OR DE "MEDICAL care of minorities" OR DE "MEDICAL care of poor people": 11,713
- S55 DE "PATIENT-professional relations" OR DE "DENTIST-patient relations" OR DE "DRUG abuse counselor & patient" OR DE "HEALTH counseling" OR DE "HUMANISTIC medicine" OR DE "NURSE-patient relations" OR DE "PATIENT satisfaction" OR DE "PHYSICAL therapist & patient" OR DE "PHYSICIAN-patient relations" OR DE "REFUSAL to treat" OR DE "RESPIRATORY therapist & patient" OR DE "PATIENT compliance" OR DE "PATIENT participation": 85,277
- S54 DE "ATTITUDES toward health" OR DE "PATIENT satisfaction" OR DE "PUBLIC opinion on vaccination" OR DE "ATTITUDES toward mental illness" OR DE "ATTITUDES toward obesity" OR DE "ATTITUDES toward physical disabilities": 32,867
- S53 DE "ATTITUDES of medical personnel" OR DE "DIETITIANS' attitudes" OR DE "PHYSICIANS' attitudes": 4,805
- S52 (S45 OR S46 OR S47 OR S48 OR S49 OR S50 OR S51): 271,155
- S51 KW (Diabetes or diabetic or type 1-diabetes or type1-diabetes or type 2-diabetes or type2-diabetes or prediabetes or pre-diabetes or pre-diabetic or prediabetic or IDDM or niddm or tdm2 or t2dm or dm2 or noninsulin dependent or non-insulin dependent): 89,947
- S50 SU (Diabetes or diabetic or type 1-diabetes or type1-diabetes or type 2-diabetes or type2-diabetes or prediabetes or pre-diabetes or pre-diabetic or prediabetic or IDDM or niddm or tdm2 or t2dm or dm2 or noninsulin dependent or non-insulin dependent) 189,795
- S49 TI (Diabetes or diabetic or type 1-diabetes or type1-diabetes or type 2-diabetes or type2-diabetes or prediabetes or pre-diabetes or pre-diabetic or prediabetic or IDDM or niddm or tdm2 or t2dm or dm2 or noninsulin dependent or non-insulin dependent): 148,267
- S48 DE "DIABETICS" OR DE "OLDER diabetics": 35,844
- S47 DE "DIABETES risk factors" OR (diabetes and risk factor\*): 58,086

- S46 DE "DIABETES complications" OR DE "DIABETIC angiopathies" OR DE "DIABETIC cardiomyopathy" OR DE "DIABETIC coma" OR DE "DIABETIC nephropathies" OR DE "DIABETIC neuropathies" OR DE "DIABETIC retinopathy" OR DE "INSULIN resistance" OR DE "NON-insulin-dependent diabetes complications": 56,972
- S45 DE "DIABETES" OR DE "ACETONEMIA" OR DE "ALLOXAN" OR DE "ALLOXAN diabetes" OR DE "DIABETES in children" OR DE "DIABETES in youth" OR DE "DIABETIC foot" OR DE "EXPERIMENTAL diabetes" OR DE "FELINE diabetes" OR DE "GESTATIONAL diabetes" OR DE "GLYCOSURIA" OR DE "INSULIN shock" OR DE "NON-insulin-dependent diabetes" OR DE "PREDIABETIC state" OR DE "PREGNANCY in diabetic women" OR DE "TYPE 1 diabetes" OR DE "DIABETES -- Psychological aspects": 132,740
- S44 (S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26 OR S27 OR S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32 OR S33 OR S34 OR S35 OR S36 OR S37 OR S38 OR S39 OR S40 OR S41 OR S42 OR S43): 815,073
- S43 KW (overweight\* or obese or obesity or high bmi): 50,001
- S42 SU (overweight\* or obese or obesity or high bmi): 97,367
- S41 TI (overweight\* or obese or obesity or high bmi): 63,780
- S40 KW (((low income or low in-come or economic problem\* or limited funds) N3 (person\* or patient\* or people or group\* or population\* or client\* or individual\* or segment\* or communit\*)) or ((Low or lower or less or little or lack\* or "no" or poor or limited) N1 socioeconomic N1 (status or level))): 320
- S39 SU (((low income or low in-come or economic problem\* or limited funds) N3 (person\* or patient\* or people or group\* or population\* or client\* or individual\* or segment\* or communit\*)) or ((Low or lower or less or little or lack\* or "no" or poor or limited) N1 socioeconomic N1 (status or level))): 39
- S38 TI (((low income or low in-come or economic problem\* or limited funds) N3 (person\* or patient\* or people or group\* or population\* or client\* or individual\* or segment\* or communit\*)) or ((Low or lower or less or little or lack\* or "no" or poor or limited) N1 socioeconomic N1 (status or level))): 1,502
- S37 KW ((Low or lower or less or little or lack\* or "no" or poor or limited) N3 (education\* or network or support)): 277
- S36 SU ((Low or lower or less or little or lack\* or "no" or poor or limited) N3 (education\* or network or support)): 1,202
- S35 TI ((Low or lower or less or little or lack\* or "no" or poor or limited) N3 (education\* or network or support)): 4,026
- S34 KW ((Low or lower or less or little or lack\* or "no" or poor or limited or problem\*) N3 (Self care or self-care or selfcare or self help or self-help or selfhelp or self management or self-management or selfmanagement or self-efficacy or selfefficacy or self efficacy or health knowledge or health competency or health literacy or diabetes literacy)): 25
- S33 SU ((Low or lower or less or little or lack\* or "no" or poor or limited or problem\*) N3 (Self care or self-care or selfcare or self help or self-help or selfhelp or self management or self-management or selfmanagement or self-efficacy or selfefficacy or self efficacy or health knowledge or health competency or health literacy or diabetes literacy)): 19
- S32 TI ((Low or lower or less or little or lack\* or "no" or poor or limited or problem\*) N3 (Self care or self-care or selfcare or self help or self-help or selfhelp or self management or self-management or selfmanagement or self-efficacy or selfefficacy or self efficacy or health knowledge or health competency or health literacy or diabetes literacy)): 584
- S31 KW ((high-risk or high risk or at-risk or "at risk" or sensitive or risk or minority) N1 (population\* or group\* or segment\* or communit\*)): 1,766
- S30 SU ((high-risk or high risk or at-risk or "at risk" or sensitive or risk or minority) N1 (population\* or group\* or segment\* or communit\*)): 327

- S29 TI ((high-risk or high risk or at-risk or "at risk" or sensitive or risk or minority) N1 (population\* or group\* or segment\* or communit\*)) 5,881
- S28 KW (vulnerability or multivulnerability or multi-vulnerability or homeless\* or mentally ill\* or mental disorder\* or mental disease\* or psychiatric diagnos\* or mentally impaired or handicapped or disability\* or "hard to reach" or (street\* N (person\* or people)) or immigrant\* or refugee\* or poverty or alcoholics or drug addict\* or drug user\* or unemploy\* or ((social\* or cultural\*) N1 (exposed or excluded or exclusion or isolat\* or problem\* or inequality)) or health risk behavior#r or risky health behavior#r or ((risky or passive) N2 (life style or life-style or lifestyle))): 88,200
- S27 SU (vulnerability or multivulnerability or multi-vulnerability or homeless\* or mentally ill\* or mental disorder\* or mental disease\* or psychiatric diagnos\* or mentally impaired or handicapped or disability\* or "hard to reach" or (street\* N (person\* or people)) or immigrant\* or refugee\* or poverty or alcoholics or drug addict\* or drug user\* or unemploy\* or ((social\* or cultural\*) N1 (exposed or excluded or exclusion or isolat\* or problem\* or inequality)) or health risk behavior#r or risky health behavior#r or ((risky or passive) N2 (life style or life-style or lifestyle))): 369,965
- S26 TI (vulnerability or multivulnerability or multi-vulnerability or homeless\* or mentally ill\* or mental disorder\* or mental disease\* or psychiatric diagnos\* or mentally impaired or handicapped or disability\* or "hard to reach" or (street\* N (person\* or people)) or immigrant\* or refugee\* or poverty or alcoholics or drug addict\* or drug user\* or unemploy\* or ((social\* or cultural\*) N1 (exposed or excluded or exclusion or isolat\* or problem\* or inequality)) or health risk behavior#r or risky health behavior#r or ((risky or passive) N2 (life style or life-style or lifestyle))): 156,575
- S25 KW ((vulnerable or marginali?ed or stigmati?ed or disadvantageded or impoverished or exposed or underprivileged or unprivileged or underserved or under-served or deprived or social problems or drug misuse or drug abuse or drug dependen\* or substance disorder\* or substance dependen\* or substance abuse or homebound or (multiple N1 (diagnoses or illness\* or conditions)) or comorbidity or frail or functional loss or functional impairment or "loss of function" or functional disability or "loss of adl") N3 (person\* or patient\* or people or group\* or population\* or client\* or individual\* or segment\* or communit\*)): 2,059
- S24 SU ((vulnerable or marginali?ed or stigmati?ed or disadvantageded or impoverished or exposed or underprivileged or unprivileged or underserved or under-served or deprived or social problems or drug misuse or drug abuse or drug dependen\* or substance disorder\* or substance dependen\* or substance abuse or homebound or (multiple N1 (diagnoses or illness\* or conditions)) or comorbidity or frail or functional loss or functional impairment or "loss of function" or functional disability or "loss of adl") N3 (person\* or patient\* or people or group\* or population\* or client\* or individual\* or segment\* or communit\*)): 1,826
- S23 TI ((vulnerable or marginali?ed or stigmati?ed or disadvantageded or impoverished or exposed or underprivileged or unprivileged or underserved or under-served or deprived or social problems or drug misuse or drug abuse or drug dependen\* or substance disorder\* or substance dependen\* or substance abuse or homebound or (multiple N1 (diagnoses or illness\* or conditions)) or comorbidity or frail or functional loss or functional impairment or "loss of function" or functional disability or "loss of adl") N3 (person\* or patient\* or people or group\* or population\* or client\* or individual\* or segment\* or communit\*)): 8,813
- S22 DE "HEALTH literacy": 11,129
- S21 DE "PSYCHOSOCIAL factors": 13,793
- S20 DE "MINORITIES" OR DE "CHILDREN of minorities" OR DE "DISABLED minorities" OR DE "LINGUISTIC minorities" OR DE "MINORITY LGBT people" OR DE "MINORITY criminals" OR DE "MINORITY families" OR DE "MINORITY older people" OR DE "MINORITY women" OR DE "MINORITY youth" OR DE "RACIAL minorities" OR DE "URBAN minorities": 17,159
- S19 DE "UNEMPLOYMENT" OR DE "LONG-term unemployment" OR DE "UNEMPLOYED" OR DE "DISPLACED workers": 23,253
- S18 DE "EDUCATIONAL attainment": 14,921
- S17 DE "SOCIOECONOMIC status": 3,220

- S16 DE "SOCIOECONOMIC factors" OR DE "SOCIAL factors" OR DE "SOCIOCULTURAL factors": 47,104
- S15 DE "POVERTY" OR DE "SOCIAL problems" OR DE "ABSOLUTE poverty" OR DE "CULTURE of poverty" OR DE "IMPOVERISHMENT" OR DE "POVERTY rate": 43,286
- S14 DE "UNHEALTHY lifestyles": 265
- S13 DE "COMORBIDITY" OR DE "MEDICALLY complex patients": 33,049
- S12 DE "SOCIAL isolation" OR DE "DISENGAGEMENT (Psychology)" OR DE "LONELINESS" OR DE "SOCIAL marginality": 14,672
- S11 DE "HOMELESS persons" OR DE "AFRICAN American homeless persons" OR DE "DISCRIMINATION against the homeless" OR DE "HISPANIC American homeless persons" OR DE "HOMELESS children" OR DE "HOMELESS families" OR DE "HOMELESS men" OR DE "HOMELESS students" OR DE "HOMELESS veterans" OR DE "HOMELESS women" OR DE "HOMELESS youth" OR DE "LIBRARIES & the homeless" OR DE "MENTALLY ill homeless persons" OR DE "NATIVE American homeless persons" OR DE "OLDER homeless persons" OR DE "POLICE services for the homeless" OR DE "ROGUES & vagabonds" OR DE "RURAL homeless persons" OR DE "TRAMPS" OR DE "UNDERGROUND homeless persons": 8,293
- S10 DE "PEOPLE with disabilities": 15,341
- S9 DE "HOMEBOUND persons": 154
- S8 DE "IMMIGRANTS" OR DE "IMMIGRANT men" OR DE "IMMIGRANT students" OR DE "OLDER immigrants" OR DE "PERMANENT residents (Immigrants)" OR DE "TEENAGE immigrants" OR DE "UNDOCUMENTED immigrants" OR DE "WOMEN immigrants" OR DE "REFUGEES": 55,278
- S7 DE "SUBSTANCE abuse" OR DE "AEROSOL sniffing" OR DE "ALCOHOLISM" OR DE "BETEL chewing" OR DE "DRUG abuse" OR DE "DUAL diagnosis" OR DE "INHALANT abuse" OR DE "SUBSTANCE abuse in pregnancy" OR DE "DRUG abuse" OR DE "AMPHETAMINE abuse" OR DE "COCAINE abuse" OR DE "DRUG abuse in sports" OR DE "DRUG addiction" OR DE "DRUGS & authors" OR DE "DRUGS & mass media" OR DE "DRUGS & sex" OR DE "HEROIN abuse" OR DE "INTRAVENOUS drug abuse" OR DE "MARIJUANA abuse" OR DE "MEDICATION abuse" OR DE "METHADONE abuse" OR DE "MORPHINE abuse" OR DE "OPIOID abuse" OR DE "OPIUM abuse" OR DE "PHENCYCLIDINE abuse" OR DE "SEDATIVE abuse": 93,849
- S6 DE "Mental illness" or DE "Mentally ill": 45,023
- S5 DE "PEOPLE with mental disabilities": 9,973
- S4 DE Alcoholics: 6,149
- S3 DE "ALCOHOLISM": 23,450
- S2 DE Vulnerability: 3,998
- S1 DE "Special Populations": 100

**SocIndex** – Artikler fra ca. 500 sociologiske tidsskrifter, 700 bøger og 6.800 konferencebidrag: **22 fund**

- S85 (S83 AND S84) Limiters - Date of Publication: 20090101-20191131: 22
- S84 (GE "Scandinavia") OR (GE "Denmark") OR (GE "Sweden") OR (GE "Norway") OR (GE "Finland") OR (GE "Iceland") OR (GE "France") OR (GE "Belgium") OR (GE "Austria") OR (GE "Germany") OR (GE "Ireland") OR (GE "Luxembourg") OR (GE "Netherlands") OR (GE "Switzerland") OR (GE "England") OR (GE "Scotland") OR (GE "Wales"): 100,056
- S83 S78 OR S82: 443
- S82 S44 AND S52 AND S81: 259
- S81 (S79 OR S80): 15,234
- S80 TI (risk N1 factor\*) OR SU (risk N1 factor\*) OR KW (risk N1 factor\*): 15,234
- S79 DE "DIABETES risk factors" OR DE "Disease risk factors": 1,552
- S78 (S44 AND S52 AND S77): 227

- S77 S53 OR S54 OR S55 OR S56 OR S57 OR S58 OR S59 OR S60 OR S61 OR S62 OR S63 OR S64 OR S65 OR S66 OR S67 OR S68 OR S69 OR S70 OR S71 OR S72 OR S73 OR S74 OR S75 OR S76: 81,099
- S76 KW (((appointment\* or consult\* or seek or seeks or seeking or "see" or sees or seeing or "look up" or "looks up" or "looking up" or visit\* or revisit\* or re-visit\* or encounter\* or meet\* or follow-up\* or followup\* or (follow N1 up\*) or check-up\* or checkup\* or (check N1 up\*) or re-visit\* or revisit\* or (home N1 visit\*) or "home calls" or counseling or counselling or utiliz\* or "use" or outpatient\* or out-patient\* or communicat\* or dialogue\* or attitude\* or perception or behavior#r) N6 ("health care" or healthcare or (health N1 service\*) or (health N1 sector\*) or hospital\* or ambulatory or ambulant or clinic\* or (general N1 practitioner\*) or (family N1 practitioner\*) or "GP" or "GPs" or "general practice" or "primary care" or "secondary care" or "community health" or "community care" or physician\* or doctor\* or nurse\* or "health personnel" or "health N1 provider\*") or physiotherapist\* or (physical N1 therapist\*) or (occupational N1 therapist\*) or dieteti\*)): 1,818
- S75 SU (((appointment\* or consult\* or seek or seeks or seeking or "see" or sees or seeing or "look up" or "looks up" or "looking up" or visit\* or revisit\* or re-visit\* or encounter\* or meet\* or follow-up\* or followup\* or (follow N1 up\*) or check-up\* or checkup\* or (check N1 up\*) or re-visit\* or revisit\* or (home N1 visit\*) or "home calls" or counseling or counselling or utiliz\* or "use" or outpatient\* or out-patient\* or communicat\* or dialogue\* or attitude\* or perception or behavior#r) N6 ("health care" or healthcare or (health N1 service\*) or (health N1 sector\*) or hospital\* or ambulatory or ambulant or clinic\* or (general N1 practitioner\*) or (family N1 practitioner\*) or "GP" or "GPs" or "general practice" or "primary care" or "secondary care" or "community health" or "community care" or physician\* or doctor\* or nurse\* or "health personnel" or "health N1 provider\*") or physiotherapist\* or (physical N1 therapist\*) or (occupational N1 therapist\*) or dieteti\*)): 4,452
- S74 TI (((appointment\* or consult\* or seek or seeks or seeking or "see" or sees or seeing or "look up" or "looks up" or "looking up" or visit\* or revisit\* or re-visit\* or encounter\* or meet\* or follow-up\* or followup\* or (follow N1 up\*) or check-up\* or checkup\* or (check N1 up\*) or re-visit\* or revisit\* or (home N1 visit\*) or "home calls" or counseling or counselling or utiliz\* or "use" or outpatient\* or out-patient\* or communicat\* or dialogue\* or attitude\* or perception or behavior#r) N6 ("health care" or healthcare or (health N1 service\*) or (health N1 sector\*) or hospital\* or ambulatory or ambulant or clinic\* or (general N1 practitioner\*) or (family N1 practitioner\*) or "GP" or "GPs" or "general practice" or "primary care" or "secondary care" or "community health" or "community care" or physician\* or doctor\* or nurse\* or "health personnel" or "health N1 provider\*") or physiotherapist\* or (physical N1 therapist\*) or (occupational N1 therapist\*) or dieteti\*)): 6,000
- S73 KW ((communication or physical or social) N2 (challenge\* or barrier\* or distance)): 215
- S72 SU ((communication or physical or social) N2 (challenge\* or barrier\* or distance)): 1,450
- S71 TI ((communication or physical or social) N2 (challenge\* or barrier\* or distance) OR miscommunication): 1,407
- S70 KW (dialogue or health literacy or diabetes literacy): 1,045
- S69 SU (dialogue or health literacy or diabetes literacy): 2,150
- S68 TI (dialogue or health literacy or diabetes literacy): 3,032
- S67 DE "COMMUNICATION barriers" OR DE "INTERPERSONAL communication" OR DE "MEDICAL communication" OR DE "MISCOMMUNICATION": 3,906
- S66 KW ((compliance or complies or comply or adherence or adhere\* or quality or accept\* or access\* or relation\* or attitude\* or acknowledge\* or motivation or unequal\* or refus\* or resist\* or refrain\* or reject\* or avoid\* or failure\* or drop-out\* or dropout\* or drop out\*) N2 (care or healthcare or health service\* or therapy or treatment\*)): 2,265
- S65 SU ((compliance or complies or comply or adherence or adhere\* or quality or accept\* or access\* or relation\* or attitude\* or acknowledge\* or motivation or unequal\* or refus\* or resist\* or refrain\* or reject\* or avoid\* or failure\* or drop-out\* or dropout\* or drop out\*) N2 (care or healthcare or health service\* or therapy or treatment\*)): 5,772
- S64 TI ((compliance or complies or comply or adherence or adhere\* or quality or accept\* or access\* or relation\* or attitude\* or acknowledge\* or motivation or unequal\* or refus\* or resist\* or refrain\* or

- reject\* or avoid\* or failure\* or drop-out\* or dropout\* or drop out\*) N2 (care or healthcare or health service\* or therapy or treatment\*)): 3,727
- S63 KW (healthcare-seeking or health-seeking or (health N1 (seeking or behavio#r)) or (seek\* N3 help)): 1,034
- S62 SU (healthcare-seeking or health-seeking or (health N1 (seeking or behavio#r)) or (seek\* N3 help)): 6,549
- S61 TI (healthcare-seeking or health-seeking or (health N1 (seeking or behavio#r)) or (seek\* N3 help)): 1,636
- S60 KW (rejection or discriminat\*): 4,726
- S59 SU (rejection or discriminat\*): 32,110
- S58 TI (rejection or discriminat\*): 8,056
- S57 DE "HEALTH services accessibility" OR DE "Health behavior": 9,449
- S56 DE "HEALTH disparities" OR DE "DISCRIMINATION in medical care" OR DE "MEDICAL care of minorities" OR DE "MEDICAL care of poor people": 2,754
- S55 DE "PATIENT-professional relations" OR DE "DENTIST-patient relations" OR DE "DRUG abuse counselor & patient" OR DE "HEALTH counseling" OR DE "HUMANISTIC medicine" OR DE "NURSE-patient relations" OR DE "PATIENT satisfaction" OR DE "PHYSICAL therapist & patient" OR DE "PHYSICIAN-patient relations" OR DE "REFUSAL to treat" OR DE "RESPIRATORY therapist & patient" OR DE "PATIENT compliance" OR DE "PATIENT participation": 6,565
- S54 DE "ATTITUDES toward health" OR DE "PATIENT satisfaction" OR DE "PUBLIC opinion on vaccination" OR DE "ATTITUDES toward mental illness" OR DE "ATTITUDES toward obesity" OR DE "ATTITUDES toward physical disabilities": 2,556
- S53 DE "ATTITUDES of medical personnel" OR DE "DIETITIANS' attitudes" OR DE "PHYSICIANS' attitudes": 317
- S52 (S45 OR S46 OR S47 OR S48 OR S49 OR S50 OR S51): 3,568
- S51 KW (Diabetes or diabetic or type 1-diabetes or type1-diabetes or type 2-diabetes or type2-diabetes or prediabetes or pre-diabetes or pre-diabetic or prediabetic or IDDM or niddm or tdm2 or t2dm or dm2 or noninsulin dependent or non-insulin dependent): 884
- S50 SU (Diabetes or diabetic or type 1-diabetes or type1-diabetes or type 2-diabetes or type2-diabetes or prediabetes or pre-diabetes or pre-diabetic or prediabetic or IDDM or niddm or tdm2 or t2dm or dm2 or noninsulin dependent or non-insulin dependent): 2,682
- S49 TI (Diabetes or diabetic or type 1-diabetes or type1-diabetes or type 2-diabetes or type2-diabetes or prediabetes or pre-diabetes or pre-diabetic or prediabetic or IDDM or niddm or tdm2 or t2dm or dm2 or noninsulin dependent or non-insulin dependent): 1,885
- S48 DE "DIABETICS" OR DE "OLDER diabetics": 484
- S47 DE "DIABETES risk factors" OR (diabetes and risk factor\*): 1,093
- S46 DE "DIABETES complications" OR DE "DIABETIC angiopathies" OR DE "DIABETIC cardiomyopathy" OR DE "DIABETIC coma" OR DE "DIABETIC nephropathies" OR DE "DIABETIC neuropathies" OR DE "DIABETIC retinopathy" OR DE "INSULIN resistance" OR DE "NON-insulin-dependent diabetes complications": 253
- S45 DE "DIABETES" OR DE "ACETONEMIA" OR DE "ALLOXAN" OR DE "ALLOXAN diabetes" OR DE "DIABETES in children" OR DE "DIABETES in youth" OR DE "DIABETIC foot" OR DE "EXPERIMENTAL diabetes" OR DE "FELINE diabetes" OR DE "GESTATIONAL diabetes" OR DE "GLYCOSURIA" OR DE "INSULIN shock" OR DE "NON-insulin-dependent diabetes" OR DE "PREDIABETIC state" OR DE "PREGNANCY in diabetic women" OR DE "TYPE 1 diabetes" OR DE "DIABETES -- Psychological aspects": 1,960
- S44 (S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26 OR S27 OR S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32 OR S33 OR S34 OR S35 OR S36 OR S37 OR S38 OR S39 OR S40 OR S41 OR S42 OR S43): 258,556

- S43 KW (overweight\* or obese or obesity or high bmi): 1,372
- S42 SU (overweight\* or obese or obesity or high bmi): 4,265
- S41 TI (overweight\* or obese or obesity or high bmi): 2,358
- S40 KW (((low income or low in-come or economic problem\* or limited funds) N3 (person\* or patient\* or people or group\* or population\* or client\* or individual\* or segment\* or communit\*)) or ((Low or lower or less or little or lack\* or "no" or poor or limited) N1 socioeconomic N1 (status or level))): 423
- S39 SU (((low income or low in-come or economic problem\* or limited funds) N3 (person\* or patient\* or people or group\* or population\* or client\* or individual\* or segment\* or communit\*)) or ((Low or lower or less or little or lack\* or "no" or poor or limited) N1 socioeconomic N1 (status or level))): 35
- S38 TI (((low income or low in-come or economic problem\* or limited funds) N3 (person\* or patient\* or people or group\* or population\* or client\* or individual\* or segment\* or communit\*)) or ((Low or lower or less or little or lack\* or "no" or poor or limited) N1 socioeconomic N1 (status or level))): 490
- S37 KW ((Low or lower or less or little or lack\* or "no" or poor or limited) N3 (education\* or network or support)): 23
- S36 SU ((Low or lower or less or little or lack\* or "no" or poor or limited) N3 (education\* or network or support)): 232
- S35 TI ((Low or lower or less or little or lack\* or "no" or poor or limited) N3 (education\* or network or support)): 601
- S34 KW (Self care or self-care or selfcare or self help or self-help or selfhelp or self management or self-management or selfmanagement or self-efficacy or selfefficacy or self efficacy or health knowledge or health competency or health literacy or diabetes literacy): 2,874
- S33 SU (Self care or self-care or selfcare or self help or self-help or selfhelp or self management or self-management or selfmanagement or self-efficacy or selfefficacy or self efficacy or health knowledge or health competency or health literacy or diabetes literacy): 9,893
- S32 TI (Self care or self-care or selfcare or self help or self-help or selfhelp or self management or self-management or selfmanagement or self-efficacy or selfefficacy or self efficacy or health knowledge or health competency or health literacy or diabetes literacy): 4,311
- S31 KW ((high-risk or high risk or at-risk or "at risk" or sensitive or risk or minority) N1 (population\* or group\* or segment\* or communit\*)): 7,648
- S30 SU ((high-risk or high risk or at-risk or "at risk" or sensitive or risk or minority) N1 (population\* or group\* or segment\* or communit\*)): 247
- S29 TI ((high-risk or high risk or at-risk or "at risk" or sensitive or risk or minority) N1 (population\* or group\* or segment\* or communit\*)): 1,501
- S28 KW (vulnerability or multivulnerability or multi-vulnerability or homeless\* or mentally ill\* or mental disorder\* or mental disease\* or psychiatric diagnos\* or mentally impaired or handicapped or disabilit\* or "hard to reach" or (street\* N (person\* or people)) or immigrant\* or refugee\* or poverty or alcoholics or drug addict\* or drug user\* or unemploy\* or ((social\* or cultural\*) N1 (exposed or excluded or exclusion or isolat\* or problem\* or inequality)) or health risk behavior or risky health behavior or ((risky or passive) N2 (life style or life-style or lifestyle))): 29,779
- S27 SU (vulnerability or multivulnerability or multi-vulnerability or homeless\* or mentally ill\* or mental disorder\* or mental disease\* or psychiatric diagnos\* or mentally impaired or handicapped or disabilit\* or "hard to reach" or (street\* N (person\* or people)) or immigrant\* or refugee\* or poverty or alcoholics or drug addict\* or drug user\* or unemploy\* or ((social\* or cultural\*) N1 (exposed or excluded or exclusion or isolat\* or problem\* or inequality)) or health risk behavior or risky health behavior or ((risky or passive) N2 (life style or life-style or lifestyle))): 137,239
- S26 TI (vulnerability or multivulnerability or multi-vulnerability or homeless\* or mentally ill\* or mental disorder\* or mental disease\* or psychiatric diagnos\* or mentally impaired or handicapped or disabilit\* or "hard to reach" or (street\* N (person\* or people)) or immigrant\* or refugee\* or poverty or alcoholics or drug addict\* or drug user\* or unemploy\* or ((social\* or cultural\*) N1 (exposed or

- excluded or exclusion or isolat\* or problem\* or inequality)) or health risk behavior or risky health behavior or ((risky or passive) N2 (life style or life-style or lifestyle)): 66,355
- S25 KW ((vulnerable or marginali?ed or stigmati?ed or disadvantageded or impoverished or exposed or underprivileged or unprivileged or underserved or under-served or deprived or social problems or drug misuse or drug abuse or drug dependen\* or substance disorder\* or substance dependen\* or substance abuse or homebound or (multiple N1 (diagnoses or illness\* or conditions)) or comorbidity or frail or functional loss or functional impairment or "loss of function" or functional disability or "loss of adl") N3 (person\* or patient\* or people or group\* or population\* or client\* or individual\* or segment\* or communit\*)): 1,075
- S24 SU ((vulnerable or marginali?ed or stigmati?ed or disadvantageded or impoverished or exposed or underprivileged or unprivileged or underserved or under-served or deprived or social problems or drug misuse or drug abuse or drug dependen\* or substance disorder\* or substance dependen\* or substance abuse or homebound or (multiple N1 (diagnoses or illness\* or conditions)) or comorbidity or frail or functional loss or functional impairment or "loss of function" or functional disability or "loss of adl") N3 (person\* or patient\* or people or group\* or population\* or client\* or individual\* or segment\* or communit\*)): 486
- S23 TI ((vulnerable or marginali?ed or stigmati?ed or disadvantageded or impoverished or exposed or underprivileged or unprivileged or underserved or under-served or deprived or social problems or drug misuse or drug abuse or drug dependen\* or substance disorder\* or substance dependen\* or substance abuse or homebound or (multiple N1 (diagnoses or illness\* or conditions)) or comorbidity or frail or functional loss or functional impairment or "loss of function" or functional disability or "loss of adl") N3 (person\* or patient\* or people or group\* or population\* or client\* or individual\* or segment\* or communit\*)): 2,557
- S22 DE "HEALTH literacy": 1,147
- S21 DE "PSYCHOSOCIAL factors": 3,249
- S20 DE "MINORITIES" OR DE "CHILDREN of minorities" OR DE "DISABLED minorities" OR DE "LINGUISTIC minorities" OR DE "MINORITY LGBT people" OR DE "MINORITY criminals" OR DE "MINORITY families" OR DE "MINORITY older people" OR DE "MINORITY women" OR DE "MINORITY youth" OR DE "RACIAL minorities" OR DE "URBAN minorities": 10,056
- S19 DE "UNEMPLOYMENT" OR DE "LONG-term unemployment" OR DE "UNEMPLOYED" OR DE "DISPLACED workers": 12,010
- S18 DE "EDUCATIONAL attainment": 3,776
- S17 DE "SOCIOECONOMIC status": 788
- S16 DE "SOCIOECONOMIC factors" OR DE "SOCIAL factors" OR DE "SOCIOCULTURAL factors": 17,006
- S15 DE "POVERTY" OR DE "SOCIAL problems" OR DE "ABSOLUTE poverty" OR DE "CULTURE of poverty" OR DE "IMPOVERISHMENT" OR DE "POVERTY rate": 31,168
- S14 DE "UNHEALTHY lifestyles": 13
- S13 DE "COMORBIDITY" OR DE "MEDICALLY complex patients": 2,779
- S12 DE "SOCIAL isolation" OR DE "DISENGAGEMENT (Psychology)" OR DE "LONELINESS" OR DE "SOCIAL marginality": 6,865
- S11 DE "HOMELESS persons" OR DE "AFRICAN American homeless persons" OR DE "DISCRIMINATION against the homeless" OR DE "HISPANIC American homeless persons" OR DE "HOMELESS children" OR DE "HOMELESS families" OR DE "HOMELESS men" OR DE "HOMELESS students" OR DE "HOMELESS veterans" OR DE "HOMELESS women" OR DE "HOMELESS youth" OR DE "LIBRARIES & the homeless" OR DE "MENTALLY ill homeless persons" OR DE "NATIVE American homeless persons" OR DE "OLDER homeless persons" OR DE "POLICE services for the homeless" OR DE "ROGUES & vagabonds" OR DE "RURAL homeless persons" OR DE "TRAMPS" OR DE "UNDERGROUND homeless persons": 3,257
- S10 DE "PEOPLE with disabilities": 4,471
- S9 DE "HOMEBOUND persons": 44



- S8 DE "IMMIGRANTS" OR DE "IMMIGRANT men" OR DE "IMMIGRANT students" OR DE "OLDER immigrants" OR DE "PERMANENT residents (Immigrants)" OR DE "TEENAGE immigrants" OR DE "UNDOCUMENTED immigrants" OR DE "WOMEN immigrants" OR DE "REFUGEES": 22,233
- S7 DE "SUBSTANCE abuse" OR DE "AEROSOL sniffing" OR DE "ALCOHOLISM" OR DE "BETEL chewing" OR DE "DRUG abuse" OR DE "DUAL diagnosis" OR DE "INHALANT abuse" OR DE "SUBSTANCE abuse in pregnancy" OR DE "DRUG abuse" OR DE "AMPHETAMINE abuse" OR DE "COCAINE abuse" OR DE "DRUG abuse in sports" OR DE "DRUG addiction" OR DE "DRUGS & authors" OR DE "DRUGS & mass media" OR DE "DRUGS & sex" OR DE "HEROIN abuse" OR DE "INTRAVENOUS drug abuse" OR DE "MARIJUANA abuse" OR DE "MEDICATION abuse" OR DE "METHADONE abuse" OR DE "MORPHINE abuse" OR DE "OPIOID abuse" OR DE "OPIUM abuse" OR DE "PHENCYCLIDINE abuse" OR DE "SEDATIVE abuse": 42,168
- S6 DE "Mental illness" or DE "Mentally ill": 10,864
- S5 DE "PEOPLE with mental disabilities": 2,969
- S4 DE Alcoholics: 3,194
- S3 DE "ALCOHOLISM": 12,122
- S2 DE Vulnerability: 859
- S1 DE "Special Populations": 26

**Sociological Abstracts** – Referencer fra 1952-. Indeholder især artikler (fra 1800 tidsskrifter), men også bøger, kapitler i bøger, afhandlinger mv. inden for sociologi og tilgrænsende fagområder. Medtager materiale fra alle lande og på alle sprog, men indeholder især materiale fra den engelsktalende del af verden – søgt med: **Dissertation Abstracts** med doktordisputater, ph.d.'er og licentiatafhandlinger internationalt, men med størst fokus på USA/Canada: **61 fund**

*Begrænset til: Document type: Feature; Article; Dissertation/Thesis; Review; Literature Review; Book; Working Paper/Pre-Print;*

TI,SU(vulnerable OR vulnerable OR marginali?ed OR stigmati?ed OR disadvantaged OR impoverished OR exposed OR underprivileged OR unprivileged OR underserved OR under-served OR deprived OR social problems OR drug misuse OR drug abuse OR drug dependen\* OR substance disorder\* OR substance dependen\* OR substance abuse OR homebound OR multiple diagnoses OR multiple illness\* OR multiple conditions OR comorbidity OR frail OR functional loss OR functional impairment OR "loss of function" OR functional disability OR "loss of adl" OR Vulnerability OR multivulnerability OR multi-vulnerability OR homeless\* OR mentally ill\* OR mental disorder\* OR mental disease\* OR psychiatric diagnos\* OR mentally impaired OR handicapped OR disabili\* OR "hard to reach" OR immigrant\* OR refugee\* OR poverty OR alcoholics OR drug addict\* OR drug user\* OR unemploy\* OR health risk behavio\*r OR risky health behavio\*r OR risky life style OR risky life-style OR risky lifestyle OR passive life style OR passive life-style OR passive lifestyle OR sedentary life style OR sedentary life-style OR sedentary lifestyle) OR (SU,TI((social\* OR cultural\*) NEAR/1 (exposed OR excluded OR exclusion OR isolat\* OR problem\* OR inequality)) SU,TI((Low OR lower OR less OR little OR lack\* OR "no" OR poor OR limited) NEAR/3 (education\* OR network OR support))) OR SU,TI((high-risk OR "high risk" OR "at-risk" OR "at risk" OR sensitive OR "risk" OR minority) NEAR/1 (population\* OR group\* OR segment\* OR communit\*)) OR SU,TI("Self care" OR self-care OR selfcare OR "self help" OR self-help OR selfhelp OR "self management" OR self-management OR selfmanagement OR self-efficacy OR selfefficacy OR "self efficacy" OR "health knowledge" OR "health competency" OR "health literacy" OR "diabetes literacy") OR SU,TI((Low OR lower OR less OR little OR lack\* OR "no" OR poor OR limited) NEAR/3 (education\* OR network OR support)) OR (SU,TI(low income OR low in-come OR economic problem\* OR limited funds) OR SU,TI(socioeconomic NEAR/1 (status OR level)))) AND SU,TI(DIABETES) AND SU,TI,AB(northern europe\* OR scandinavia\* OR denmark OR danish OR nordic OR norway OR norwegian OR finland OR finnish OR iceland\* OR german\* OR austria\* OR france OR french OR ireland OR irish OR netherlands\* OR dutch OR switzerland OR swiss OR united kingdom OR england OR english OR scotland OR scottish OR wales OR welsh)

**Web of Science** – Består af flere citationsbaser, bl.a. Social Science Citation Index (cirka 2600 samfundsvidenskabelige tidsskrifter fra 55 discipliner fra 1900-) og Science Citation Index (cirka 3700 natur- og teknikvidenskabelige tidsskrifter fra 100 discipliner fra 1956-: **645 fund**

# 1 TS = (vulnerability OR vulnerable OR marginali?ed OR stigmati?ed OR disadvantaged OR impoverished OR exposed OR underprivileged OR unprivileged OR underserved OR under-served OR deprived OR social problems OR drug misuse OR drug abuse OR drug dependen\* OR substance disorder\* OR substance dependen\* OR substance abuse OR homebound OR multiple diagnoses OR multiple illness\* OR multiple conditions OR comorbidity OR frail OR functional loss OR functional impairment OR "loss of function" OR functional disability OR "loss of adl" OR Vulnerability OR multivulnerability OR multi-vulnerability OR homeless\* OR mentally ill\* OR mental disorder\* OR mental disease\* OR psychiatric diagnos\* OR mentally impaired OR handicapped OR disabilit\* OR "hard to reach" OR immigrant\* OR refugee\* OR poverty OR alcoholics OR drug addict\* OR drug user\* OR unemploy\* OR health risk behavio\$r OR risky health behavio\$r OR risky life style OR risky life-style OR risky lifestyle OR passive life style OR passive life-style OR passive lifestyle OR sedentary life style OR sedentary life-style OR sedentary lifestyle): 2,538,202

# 2 TS = ((social\* OR cultural\*) NEAR/1 (exposed OR excluded OR exclusion OR isolat\* OR problem\* OR inequality)): 46,621

# 3 TS = ((Low OR lower OR less OR little OR lack\* OR "no" OR poor OR limited) NEAR/3 (education\* OR network OR support)): 162,281

# 4 TS = ((high-risk OR "high risk" OR "at-risk" OR "at risk" OR sensitive OR "risk" OR minority) NEAR/1 (population\* OR group\* OR segment\* OR communit\*)): 103,785

# 5 TS = ("Self care" OR self-care OR selfcare OR "self help" OR self-help OR selfhelp OR "self management" OR self-management OR selfmanagement OR self-efficacy OR selfefficacy OR "self efficacy" OR "health knowledge" OR "health competency" OR "health literacy" OR "diabetes literacy"): 110,098

# 6 TS = ((Low OR lower OR less OR little OR lack\* OR "no" OR poor OR limited) NEAR/3 (education\* OR network OR support)): 162,281

# 7 TS = (low income OR low in-come OR economic problem\* OR limited funds): 193,762

# 8 TS = (socioeconomic NEAR/1 (status OR level)): 56,843

# 9 (# 8 OR # 7 OR # 6 OR # 5 OR # 4 OR # 3 OR # 2 OR # 1): 2,994,497

# 10 TI = (DIABETES): 270,535

# 11 (# 10 AND # 9): 26,906

# 12 TS = (Attitude\* NEAR/3 (Health OR illness OR disabilit\*)): 11,093

# 13 TS = ((Professional OR doctor\* OR physician\* OR nurse\*) NEAR/2 (Patient Relation\*)): 30,872

# 14 TS = ((Professional OR doctor\* OR physician\* OR nurse\*) NEAR/2 (Patients Relation\*)): 30,872

# 15 TS = (Healthcare disparit\* OR health care disparit\* OR "Health Services Accessibility" OR Discrimination OR rejection OR healthcare-seeking OR health-seeking): 384,020

# 16 TS = ((compliance OR adherence OR "quality" OR accepta\* OR access\* OR relations\* OR attitude\* OR acknowledge\* OR motivation OR inequal\* OR disparit\* OR refusal OR resistance OR refrain\* OR rejection OR avoid\* OR failure\* OR drop-out\* OR dropout\* OR "drop out") NEAR/3 ("care" OR healthcare OR "health service" OR "health services" OR "therapy" OR treatment\*)): 336,081

# 17 TS = (dialogue OR health literacy OR diabetes literacy OR communication challenge\* OR physical challenge\* OR social challenge\* OR communication barrier\* OR physical barrier\* OR social barrier\* OR social distance OR miscommunication): 308,313

# 18 TS = ((appointment\* OR consultation OR visit\* OR revisit\* OR re-visit\* OR encounter\* OR meet\* OR follow-up\* OR followup\* OR "follow up" OR "follow ups" OR check-up\* OR checkup\* OR re-visit\* OR revisit\* OR "home calls" OR counseling OR counselling OR "utilization" OR outpatient OR out-patient OR

communicat\* OR dialogue\*) NEAR/3 ("health care"OR healthcare OR "health service" OR "health services" OR hospital\* OR ambulatory OR "ambulant" OR clinic\* OR "general practitioner" OR "family practitioner" OR "GP" OR "GPs" OR "general practice" OR "primary care" OR "secondary care" OR "community health" OR "community care" OR physician\* OR doctor\* OR nurse\* OR "health personnel" OR "health provider" OR "health providers" OR physiotherapist\* OR "physical therapist" OR "physical therapists" OR "occupational therapist" OR "occupational therapist" OR dieteti\*)): 225,726

# 19 (# 18 OR # 17 OR # 16 OR # 15 OR # 14 OR # 13 OR # 12): 1,202,902

# 20 (# 19 AND # 11): 5,627

# 21 TI = (risk factor\*): 154,622

# 22 (# 21 AND # 11): 865

# 23 (# 22 OR # 20): 6,391

# 24 (# 23 AND TS = (northern europe\* OR scandinavia\* OR denmark OR danish OR nordic OR norway OR norwegian OR finland OR finnish OR iceland\* OR german\* OR austria\* OR france OR french OR ireland OR irish OR netherlands\* OR dutch OR switzerland OR swiss OR united kingdom OR england OR english OR scotland OR scottish OR wales OR welsh): 915

# 25 (# 24) AND LANGUAGE: (English OR Danish OR Norwegian OR Swedish) AND DOCUMENT TYPES: (Article OR Bibliography OR Book OR Book Chapter OR Proceedings Paper OR Review), Indexes = SCI-EXPANDED, SSCI Timespan = 2009-2019: 645

**VIDEN**  
**VELFÆRD**

DET NATIONALE FORSKNINGS-  
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD