

# Samarbejdsaftale om type 2 diabetes

---

Proces: Revideret og godkendt november 2016

Den Tværsektorielle Grundaftale

Samarbejdsaftale om		
Type 2 diabetes		
Dato	Arbejdsgruppens sammensætning	
Besluttet i SKU	Opfølgning på aftalen	
Dato	Hvilken ændring er foretaget på hvilket beslutningsgrundlag	Udarbejdet af

## Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse.....	3
2. Målgruppe og Stratificeringskriterier .....	4
2.1 Målgruppe.....	4
2.2 Stratificering.....	4
2.3 Stratificeringskriterier for Type 2 Diabetes.....	4
2.4 Henvisning/Konference .....	5
3. Multisygdom.....	8
4. Faglige indsatser .....	8
4.1 Medicinsk behandling .....	8
4.2 Rehabilitering.....	8
5. Inddragelse af patienter og pårørende .....	10
6. Aktiviteter og arbejdsdeling .....	10
7. Kommunikation mellem parterne .....	16
8. Implementering, monitorering, kvalitetssikring og sundhedsfaglig udvikling .....	16

## 1. Indledning

Den sygdomsspecifikke Samarbejdsaftale for Type 2 Diabetes skal sikre sammenhæng og kvalitet i de tværsektorielle tilbud og forløb. Aftalen er revideret i 2015 af den Sundhedsfaglige Referencegruppe for Diabetes Type 2. Formålet med den nye aftale er at sikre en mere dynamisk aftale med udgangspunkt i de reviderede stratificeringskriterier, med klare overordnede retningslinjer for arbejds- og ansvarsdeling samt henvisningsveje.

## 2. Målgruppe og Stratificeringskriterier

### 2.1 Målgruppe

Den primære målgruppe for indsatserne i denne sygdomsspecifikke samarbejdsaftale er borgere/patienter (over 18 år) med Type 2 diabetes bosiddende i Region Nordjylland.

For at denne målgruppe får optimal behandling er indholdet i den sygdomsspecifikke samarbejdsaftale for type 2 diabetes målrettet fagpersoner i almen lægepraksis, på hospitaler og i kommuner, som udfører indsatserne til patienter med Diabetes Type 2. Derudover kan den sygdomsspecifikke samarbejdsaftale have relevans for andre, som ønsker indsigt i behandling, kontrol og rehabilitering af patienter med Diabetes Type 2, f.eks. planlæggere, politikere og patienter/pårørende mv.

### 2.2 Stratificering

I Danmark tilkommer hvert år mere end 20.000 nye tilfælde af type 2 Diabetes svarende til en årlig stigning på 5 %. Når diabetesdiagnosen stilles, har 50 % allerede udviklet tegn på følgesygdomme for hjerte, store blodkar, nyrer, nerver og øjne.

Behandlingsindsatsen over for mennesker med type 2 Diabetes er baseret på et tværsektorielt samarbejde, hvor det overordnede formål er, at sikre sammenhængende patientforløb.

Patienter med type 2 Diabetes kan stratificeres i almen praksis eller på hospitalerne med udgangspunkt i nedenstående niveau inddeling, som tager hensyn til sygdommens sværhedsgrad. Stratificeringen skal bidrage til, at den enkelte person med diabetes løbende sikres det bedste og mest hensigtsmæssige niveau for behandling.

Stratificeringen bør være dynamisk, da patientens tilstand kan forbedres, stabiliseres eller forværres.

Stratificeringskriterierne i denne aftale svarer til Sundhedsstyrelsens stratificeringskriterier i Forløbsprogram for Diabetes (Sundhedsstyrelsen, april 2008).

### 2.3 Stratificeringskriterier for Type 2 Diabetes

Ved debut og efterfølgende årskontroller skal patienten stratificeres til enten niveau 1, 2 eller 3.

**Niveau 1-patienter** har velreguleret diabetes uden komplikationer og følges i almen praksis.

**Niveau 2-patienter** har høj risiko for eller begyndende komplikationer. Behandlingsniveau i almen praksis intensiveres.

**Niveau 3-patienter** har kompleks diabetes med manifesterede senkomplikationer eller flere komplicerede kroniske sygdomme (især svær hjerte-/karsygdom).

#### **2.4 Henvisning/Konference**

For både niveau 2 og 3 gælder, at hvis der ikke opnås en væsentlig forbedring efter 6 måneder i forhold til det individuelle behandlingsmål og det samtidig vurderes, at der er et realistisk behandlingspotentiale, henvises patienten til et diabetesambulatorium eller til kardiologisk ambulatorium ved svær hjerte/karsygdom.

Alle niveau 3 patienter bør konfereres med en endokrinolog og niveau 2 patienter kan konfereres med endokrinolog, hvis Almen Praksis finder det relevant.

Kriterium	Niveau 1 Velreguleret diabetes uden komplikationer	Niveau 2 Høj risiko for/begyndende komplikationer	Niveau 3 Kompleks diabetes/flere komplicerede kroniske sygdomme
<b>Glykæmisk kontrol</b>	A) HbA1c<48 mmol/mol Tilstræbes de første år efter diagnose. B) HbA1c<53 mmol/mol Senere i forløbet kan en stram kontrol blive tiltagende vanskelig.	Der tilstræbes HbA1c < 58 mmol/mol hos patienter med svingende glukose, tendens til hypogly-kæmi, langvarig diabetes og makro vaskulær komplikationer herunder iskæmisk hjertesygdom.	Svær diabetesdys regulation HbA1c>75 trods forsøg på optimeret behandling max 6 mdr.
<b>Blodtryk</b>	BT <130/80.	BT <140/85 ved iskæmisk hjertesygdom <sup>1</sup> .	Dysreguleret BT>150/90 BT <125/75 tilstræbes ved nefropati (1) Ved. BT>150/90 efter 6 mdr. intensivering i praksis henvises til diabetesambulatorium.
<b>Lipider</b>	LDL – kolesterol<2,5 mmol/l. (3)	Ved højriskopatienter (2) og ved hjertekarsygdom er målet for LDL-kolesterol <1,8mmol/l. (3)	Kompliceret dyslipidæmi, som ikke kan behandles suffieient i monoterapi.
<b>Mikroalbuminuri</b>	Ingen mikroalbuminuri(albumin/kreatininratio<30mg/g.	Mikroalbuminuri.	Patienter med tiltagende mikroalbuminuri, trods ACE-hæmmer/AT2 antagonistisk samt patienter med makroalbuminuri. (1)
<b>Hjerte-/Karsygdom (storkarsygdom)</b>	Ikke tilstedeværende.	Tilstedeværende. Ved symptomgivende hjertekarsygdom henvises patienten til kardiologisk ambulatorium.	
<b>Den diabetiske fod</b>	Ingen fodsår.	Tegn på neuropati eller arteriel insufficiens.	Fodsår/-gangræn/Charcotfod og amputation. (4)
<b>Retinopati</b>	Ingen eller stabil simplex retinopati.	Enhver progression af retinopatigrad.	Maculaødem eller proliferativ retinopati.

(1) Diabetisk nefropati defineres som øget udskillelse af albumin i urinen u-albumin/Kreatinin ratio >300 mg/g hos patienter med diabetes i fravær af anden nyresygdom.

<sup>1</sup> Det optimale blodtryk ved konsultation og hjemmemålinger er et blodtryk <130/80. Diagnostik og behandling kan med fordel understøttes af hjemmeblodtryk og/eller døgn-blodtryks-måling.

Mikroalbuminuri er et forstadium til diabetisk nefropati og karakteriseres ved:

- U-albumin/Kreatinin ratio: 30-299 mg/g.

- Persistierende mikroalbuminuri er til stede, når urinalbuminudskillelsen ligger i ovennævnte område i 2 ud af 3 konsekutive urinopsamlinger udført inden for en periode fra 1-12 måneder
- Patienter med mikro- eller makroalbuminuri bør vurderes grundigt med henblik på komorbide tilstande, særlig retinopati og makrovaskulær sygdom
- Diabetisk nefropati udvikles ved type 1-diabetes efter 10-30 års sygdom. Ved type 2 diabetes er det ofte vanskeligt at fastlægge, hvornår diabetes er opstået i forhold til, hvornår diabetisk nefropati påvises

(2) *Højrisikopatienter* defineres i Guidelines for type 2-diabetes, en fælles behandlingsvejledning med enslydende kliniske behandlingsmål som; Mikroalbuminuri eller flere risikofaktorer som hypertension, rygning og arvelig disposition), og patienter med *hjerter-kar-sygdom*

(3) Eller mindst en 50 % reduktion, hvis behandlings mål ikke nås.

(4) Fodsår

1. Aalborg Universitetshospital. Endokrinologisk afdeling er visiterende for alle diabetiske fodsår. Ses i dagafsnittet/Diabetes fodcenter Nordjylland, om nødvendigt subakut.
2. Regionshospitalet Nordjylland. Visitation i Hjørring. Patienter kendt i Endokrinologisk ambulatorium ses der, øvrige i Ortopædkirurgisk ambulatorium.
3. Himmerland: Henvisning sendes til Aalborg
4. Aalborg Universitetshospital, Thisted. Henvises til sårsygeplejerske i deres ambulatorium under Ortopædkirurgisk afdeling, om nødvendigt subakut.

Fodundersøgelser er standardiseret og omfatter mindst følgende elementer:

- Diagnostik af perifer neuropati vha. biothesiometri eller stemmegaffel og sensibilitet ved 10 grams monofilament. Begge undersøgelser estimerer en eventuel neuropati men forskellige manifestationer af dette.
- Diagnostik af arteriel insufficiens: perifere pulse, beskrivelse af hud og behåring.
- Diagnostik og beskrivelse af fejlstillinger (fx hallux valgus, hammertær mv.), callositeter, trykmærker, tidligere sår, amputationer, ødemer mv.

Fodundersøgelser kan udføres af en læge, en autoriseret fodterapeut eller en sygeplejerske med relevante kompetencer og relevant erfaring.

**Ved stratificering til:**

- Niveau 1: Skal alle kriterier for niveau 1 være opfyldt.
- Niveau 2: Patienter, der hverken opfylder kriterier for niveau 1 eller niveau 3, stratificeres som niveau 2 patienter.
- Niveau 3: Skal blot ét kriterium være opfyldt.

### 3. Multisygdom

Der henvises til stratificeringsskemaerne på side 4.

### 4. Faglige indsatser

Almen Praksis og hospitalerne har ansvaret for opsporing og diagnosticering af Type 2 Diabetes, samt at opspore begyndende tegn til komplikationer ved type 2 diabetes. Desuden bør kommunerne (hjemmepleje og sundhedscentre) altid være opmærksomme på de mennesker, der er i risikogruppe for at udvikle diabetes type 2.

Se desuden side 11 vedr. opgaver i Almen Praksis; Forebyggelse og opsporing.

#### 4.1 Medicinsk behandling

Medicinsk behandling udføres i almen praksis og i hospitalsregi. Almen Praksis har ansvaret for behandlingen og kontrol af patienter stratificeret til niveau 1 og 2. hospitalsambulatorierne har ansvaret for behandlingen af patienter stratificeret til niveau 3, hvis ikke andet er aftalt. Der kan være faktorer, der gør, at almen praksis vil henvise en niveau 1 eller 2 patient til vurdering på hospitalsniveau eller konferere med en endokrinolog. Det kan omhandle tvivlsspørgsmål – f.eks. nye lægemidler eller for patienten manglende opfyldelse af individuelt satte behandlingsmål (eks. for HbA1c, blodtryk eller kolesterolniveau). Ligeledes kan niveau 3 patienter, der ikke vurderes at profitere af yderligere behandling i hospitalsregi, tilbagehenvises til kontrol i almen praksis. Dette meddeles i epikrisen/afslutningsnotatet.

De kommunale sundhedscentre bør være opmærksomme på om effekten af et rehabiliteringsforløb kan kræve justering af den medicinske behandling (fx hvis borgeren fortæller om eller udviser tegn til hypoglykæmi). I disse situationer opfordres borgeren til at kontakte den henvisende læge – almen praksis eller diabetesambulatorium.

#### 4.2 Rehabilitering

Alle diagnosticeret type 2 diabetes patienter, skal have tilbudt et rehabiliteringstilbud. Det anbefales at rehabiliteringsindsatsen følger "Nationale Kliniske Retningslinjer for udvalgte sundhedsfaglige indsatser ved rehabilitering til patienter med type 2 diabetes" (herefter "NKR-type 2 diabetes") (<http://sundhedsstyrelsen.dk/da/Feeds/~/media/CD075EE6B0144C6E806097921B63B98A.ashx>).

##### Definition af rehabilitering ved type 2 diabetes:

"Rehabilitering er en række indsatser, der støtter det enkelte menneske, som har eller er i risiko for at få nedsat funktionsevne, i at opnå og vedligeholde bedst mulig funktionsevne, herunder at fungere i samspil med det omgivende samfund" ("NKR type 2 diabetes" side 7).

Kerneydelserne er i "NKR type 2 diabetes" beskrevet som:

- Sygdomsspecifik patientuddannelse
- Diætbehandling
- Øgning af den fysiske aktivitet eller træning
- Rygeafvænning.

Dele af rehabiliteringen kan efter aftale med patienten foregå hos den praktiserende læge.



Rehabilitering er en vigtig del af den samlede sundhedsindsats. Formålet med rehabilitering er, at patienten opnår øget empowerment. Dette er en medvirkende forudsætning for øget livskvalitet og sygdomshåndtering, og derved kan risikoen for komplikationer eller forværring af eksisterende komplikationer reduceres.

Arbejdsdelingen for rehabiliteringen har jf. tidligere aftale været opdelt ud fra stratificeringen af patienten. Det har betydet, at al rehabilitering vedrørende niveau 3 patienter automatisk var et hospitalsansvar. Med udgangspunkt i LEON princippet ændres dette med denne aftale. Det betyder, at rehabilitering i kommunalt regi kan være et tilbud for patienter på alle stratificeringsniveauer. Fremover vil rehabilitering i hospitalsregi fokusere på den del af patientundervisningen og patientvejledningen, der er nødvendigt for gennemførelse af succesfuld medicinskbehandling.

I aftalen skelnes mellem hospitals rehabilitering og kommunal rehabilitering.

#### **Hospitals Rehabilitering**

Hospitals rehabilitering kan modtages i hospitalsregi. Den tilbydes i tilknytning til behandlingsstart og behandlingsjustering. Den omfatter kun den del af rehabilitering, der er nødvendigt for gennemførelse af succesfuld medicinskbehandling.

Rehabilitering omfatter (både individ og gruppe niveau) introduktion til undervisning og vejledning i at leve med Type 2 Diabetes med udgangspunkt i KRAM. Den individuelle vejledning har primært fokus på kosten med udgangspunkt i medicinjustering/medicinstart.

Patientundervisningen foregår typisk i hold og er primært målrettet niveau 3 patienter. Undervisningen er rettet mod vejledning og information af at få en bedre forståelse af sin sygdom samt hvorledes man bedst muligt kan mestre egen sygdom.

#### **Kommunal Rehabilitering**

Den Kommunale rehabilitering omhandler både individuel og gruppeorienteret patientuddannelse og vejledning. Den kan tilbydes alle niveauer af patienter, hvor der vurderes et behov. Rehabiliteringen foregår i en længere periode (typisk 8-12 uger), og der forventes dermed en længere fastholdelse af patienten. Den enkelte kommune vurderer sammen med patienten, hvad indholdet i indsatsen bør være. Indsatsen tilpasses patientens behov og ressourcer mhp. rette indsats på rette tidspunkt. Patienten er i centrum, medinddrages og tager ansvar for egen rehabilitering. De pårørende inddrages i det omfang, det er muligt.

Der tilbydes indsatser jf. anbefalinger i "NKR type 2 diabetes".

Kommunal rehabilitering udbydes af kommunerne.

Ny diagnosticeret diabetes type 2 patienter skal alle have tilbuddet om et rehabiliteringsforløb. Dele af rehabiliteringen kan efter aftale med patienten foregå hos patientens egen læge.

Kommunernes sundhedscentre og hospitalsambulatorierne kan oplyse patienten om muligheden for at deltage i fx Diabetesforeningens motivationsgrupper, der kan fungere som et godt supplement til patienttilbuddene.

## 5. Inddragelse af patienter og pårørende

Patienter og pårørende anbefales inddraget på flere niveauer i relation til de sygdomsspecifikke samarbejdsaftaler. Der har været iværksat et arbejde ift. at udvikle en handleplan for borger/brugerinddragelse. Handleplanen blev færdigbehandlet af Sundhedskoordinationsudvalget den 24. september 2015.

## 6. Aktiviteter og arbejdsdeling

Den indledende stratificering vil typisk foregå i almen praksis. I de nedenstående tabeller fremgår ansvarsfordelingen med udgangspunkt i stratificeringsniveau.

Stratificeringen er dynamisk, idet patienternes tilstand kan være stabil, under forbedring eller under forværring. Stratificeringen kan foretages løbende i såvel almen praksis som i hospitalsregi.

<b>Type 2 Diabetes Niveau 1. Velreguleret og stabil</b>		
<b>Aktiviteter</b>	<b>Nødvendige kompetencer</b>	<b>Ansvarlig for at udføre</b>
<b>Opsporing/diagnose</b>	Praktiserende Læge	Almen Praksis
<b>Medicinsk behandling</b>	Praktiserende Læge	Almen Praksis
<b>Indledende samtale - herunder KRAM – rådgivning, vejledning, kontrol og sygdomsforståelse</b>	Praktiserende Læge/Sygeplejerske	Almen Praksis
<b>Kommunal rehabilitering herunder:</b>		Kommune
<b>Sundhedssamtale</b>	Sundhedsfaglig medarbejder	Kommune
<b>Sygdomsspecifik patientuddannelse</b>	Sygeplejerske	Kommune
<b>a. Kostvejledning b. Diætbehandling</b>	a. Sygeplejerske/ernæringsfaglig b. Klinisk diætist	Kommune
<b>Rygestop</b>	Rygestopinstruktør	Kommune
<b>Alkohol</b>	Sundhedsfaglig medarbejder	Kommune
<b>Fysisk aktivitet/træning</b>	Fysioterapeut	Kommune

Type 2 Diabetes Niveau 2. Høj risiko for/begyndende komplikationer		
<u>Aktiviteter</u>	<u>Nødvendige kompetencer</u>	<u>Ansvarlig for at udføre</u>
Opsporing/diagnose	Praktiserende Læge	Almen Praksis
Medicinsk behandling	Praktiserende Læge	Almen Praksis
Indledende samtale, herunder KRAM – rådgivning, vejledning, kontrol og sygdomsforståelse	Praktiserende Læge eller Sygeplejerske	Almen Praksis
Kommunal rehabilitering		Kommune
Herunder:		
Sundhedssamtale	Sundhedsfaglig medarbejder	Kommune
Sygdomsspecifik patientuddannelse	Sygeplejerske	Kommune
a. Kostvejledning b. Diætbehandling	a. Sygeplejerske/ernæringsfaglig b. Klinisk diætist	Kommune
Rygestop	Rygestopinstruktør	Kommune
Alkohol	Sundhedsfaglig medarbejder	Kommune
Fysisk aktivitet/træning	Fysioterapeut	Kommune

Type 2 Diabetes Niveau 3. Kompleks diabetes/flere komplicerede kroniske sygdomme		
<u>Aktiviteter</u>	<u>Nødvendige kompetencer</u>	<u>Ansvarlig for at udføre</u>
Opsporing/diagnose	Praktiserende Læge eller speciallæge	Almen Praksis eller Hospital
Medicinsk behandling	Praktiserende Læge eller Speciallæge	Hospital
Indledende samtale, herunder KRAM – rådgivning, vejledning og kontrol	Sygehuslæge eller Sygeplejerske	Hospital
Sygehusrehabilitering		Hospital
Kommunal rehabilitering		Kommune
Herunder:		
Sundhedssamtale	Sundhedsfaglig medarbejder	Kommune
Sygdomsspecifik patient uddannelse	Sygeplejerske	Kommune
Diætbehandling	Klinisk diætist	Kommune
Rygestop	Rygestopinstruktør	Kommune
Alkohol	Sundhedsfaglig medarbejder	Kommune
Fysisk aktivitet/motion	Fysioterapeut	Kommune



## Opgaver i Almen Praksis

### Almen Praksis som tovholder

Patienter på *alle niveauer* følges som udgangspunkt af den praktiserende læge. Dermed har den praktiserende læge ansvaret for at sikre en koordinering af den sundhedsfaglige indsats og vurdere patientens helbred løbende.

### Forebyggelse og opsporing

Almen Praksis sikrer forebyggelse, opsporing og behandling. Forebyggelsesindsatsen målrettes tidlig opsporing.

Følgende patienter bør tilbydes screening for type 2 diabetes: Patienter;

- Med erkendt hjertesygdom eks afli/ami.
- Med hjerte/kar risiko (SCORE) >5%.
- Med familiær disposition til diabetes (1. grads slægtninge).
- Med tidligere gestationel diabetes.
- Med pco.
- I medicinsk behandling, som øger risiko for diabetes mellitus eks prednisolon eller antipsykotika.
- Med svær psykisk sygdom - eks skizofreni eller bipolar lidelse.
- Fra populationer med genetisk øget risiko – indvandrere fra Asien, Afrika og Mellemøsten med alder >35 år.
- Med 2 eller flere risikofaktorer så som: overvægt, lavt aktivitetsniveau, rygere, høj alder, familiær disposition til hjerte/kar eller type 2 diabetes (1. grads slægtninge) eller mikroalbuminuri.

### Den Praktiserende Læge og stratificering

Almen Praksis har ansvar for den indledende stratificering, mens den løbende stratificering kan ske i Almen Praksis eller på Hospitalet afhængig af, hvor behandlingen/kontrollen udføres. Desuden vurderer den praktiserende læge løbende behovet for behandling og vejledning på specialiseret niveau (hospitalstilbud).

Såfremt en patient, der har bevæget sig til stratificeringsniveau 3, ikke kan behandles til stratificeringsniveau 2 indenfor 3-6 måneder bør patienten henvises til hospitalet/konfereres med hospitalet. Individuelle patientbehov gør, at der kan være tilfælde, hvor den praktiserende læge vil henvise niveau 1 eller niveau 2 patienter til vurdering på hospitalet – f.eks. på baggrund af nye lægemidler eller når patienten ikke har nået et individuelt satte behandlingsmål (f.eks. for HbA1c, blodtryk eller kolesterolniveau).

### Rehabilitering/Patientundervisning

Alle nydiagnosticeret type 2 diabetes patienter, skal have tilbudt et rehabiliteringstilbud. Dele af rehabiliteringen kan efter aftale med patienten foregå hos den praktiserende læge. Den praktiserende læge vurderer behovet for rehabiliteringen og kan foretage henvisning.

Når en patient henvises til rehabilitering bør den praktiserende læge være opmærksom på, at de kommunale tilbud ikke omfatter medicinsk behandling eller behandlingsjustering. Særlig opmærksomhed bør derfor rettes mod:

1. Om den medicinske behandling vurderes som maksimal (dette bør noteres på henvisningen).
2. Om der er behov for medicinjustering under det kommunale rehabiliteringsforløb. I så fald opfordres patienten til at kontakte henvisende læge.

Orientering til Kommune (Sundhedscentre):

Almen Praksis bør i henvisningen være forpligtet/villig til at give kommunen relevante oplysninger om borgeren inden en rehabiliterings indsats. Herunder bl.a. kort sygehistorie, diabetiske senfølger og andre væsentligste diagnoser (stratificeringsniveau), medicinliste, behandlingsmål, nyeste HbA1c, kolesterol, vægt, BMI, funktionsevne og sociale vilkår samt kontaktoplysninger.

### **Opgaver på Hospitalsniveau**

#### **Behandling, vejledning og kontrol**

Hospitalerne har ansvaret for den specialiserede behandling, vejledning og kontrol af niveau 3 patienter, med mindre andet er aftalt.

Hospitalet tilbyder behandling (justering og intensivering), samt den dertil knyttede vejledning/uddannelse i sygdomsmestring.

#### **Afslutning af patienten**

Hospitalet har ansvaret for at færdigbehandle patienten i henhold til de opstillede mål for den enkelte patient. Efter max 6 måneder gøres status. Såfremt de opstillede mål ikke er opnået, eller at det ikke vurderes realistisk at opnå målene med den tilgængelige behandling, kan patienten afsluttes og henvises til forsat kontrol i almen praksis.

#### **Graden af målopfyldelse**

Hospitalet er ansvarlig for i afslutningsnotatet til Almen Praksis at beskrive graden af målopfyldelse, og om dette vurderes som det maksimalt opnåelige. Desuden vurderes det, om patienten kan have andre behov – herunder rehabilitering.

Orientering til Kommune (Sundhedscentre):

Hospitalet bør i henvisningen være forpligtet/villig til at give kommunen relevante oplysninger om borgeren inden en rehabiliterings indsats. Herunder bl.a. kort sygehistorie, diabetiske senfølger og andre væsentligste diagnoser (stratificeringsniveau), medicinliste, behandlingsmål, nyeste HbA1c, kolesterol, vægt, BMI, funktionsevne og sociale vilkår samt kontaktoplysninger.

#### **Rehabilitering/patientundervisning**

Niveau 3 patienter tilbydes kostvejledning samt rådgivning om alkohol, såfremt det er relevant i forbindelse med behandlingsjustering/intensivering på Hospitalerne. Desuden gives vejledning om motion.

Når en patient er afsluttet i hospitalsregi, henvises patienten til almen praksis med anbefalinger om rehabiliteringsindsats i kommunalt regi i de tilfælde, hvor det vurderes et behov. Endokrinologisk Afdeling på hospitalerne kan henvise direkte til kommune/Sundhedscentre ved behov.

Patienter med behov for længerevarende tilknytning til hospitalet kan henvises direkte til rehabilitering i kommunen. Dermed foregår behandlingsindsatsen og den kommunale patientundervisning sideløbende. Opstår der tegn hos patienten på behov for evt. justering af den medicinske behandling under det

kommunale rehabiliteringsforløb opfordres patienten til at kontakte diabetesambulatoriet. Om nødvendigt bidrager det kommunale sundhedscenter til kontakten.

### **Gravide og børn**

Behandling og patientundervisning af børn samt gravide med type 2 diabetes eller nyopstået diabetes under graviditet er en opgave.

## **Kommunale opgaver (Sundhedscentre)**

### **Forebyggelse og tidlig opsporing**

Kommunen kan bidrage til risikovurdering og forebyggelse af Type 2 Diabetes ved at være særlige opmærksom på risikogrupper. I tilfælde af mistanke om uopdaget Type 2 Diabetes, skal kommunen opfordre til, at der tages kontakt til egen læge. Screening for diabetes og tidlige tegn til diabetes senfølger foregår i almen praksis eller på hospitalet.

### **Den almene patientundervisning**

Kommunen har ansvaret for at tilbyde den almene rehabilitering til patienter på alle niveauer. Den kommunale rehabilitering har fokus på at styrke egenomsorgsevnen og derved sikre øget livskvalitet og minimere risikoen for følgesygdomme.

Kommunen er ansvarlig for at sikre, at opgaven med rehabilitering og patientundervisning udøves af sundhedsfaglige medarbejdere.

Niveau 3 patienter vil typisk modtage en del af rehabiliteringen på hospitalet, idet den er en del af behandlingen. Almen Praksis og hospitalet vurderer behovet for almen rehabilitering og kan henvise til kommunale tilbud.

### **Orientering af Almen Praksis og/eller Hospital**

Kommunen orienterer den praktiserende læge ellers hospitalet (afhængigt af patientens tilknytningsforhold), når patienten afslutter sit rehabiliteringsforløb eller i tilfælde af, at patienten frafalder rehabiliteringsforløbet. Såfremt der opstår sygdomsspecifikke problemer, opfordres patienten til at kontakte henvisende læge. Om nødvendigt bidrager det kommunale sundhedscenter til kontakten.

### **Økonomi**

Som tidligere beskrevet under "Rehabilitering" er der med denne aftale lagt op til en ændret arbejdsdeling på rehabiliteringsindsatsen. Ændringen kan medføre større ressourcetræk i kommunerne, da kommunens samlede patientgrundlag for rehabilitering til patienter over 18 år med type 2 diabetes øges. Samtidig kan

det generelle funktionsniveau hos niveau 3 patienter være således, at rehabiliteringen kræver langt flere individuelle indsatser fx træningsindsatsen. Det medfører et øget kommunalt ressourceforbrug, da niveau 1 og 2 primært håndteres på hold. Da der ikke findes tal for, hvor mange borgere der stratificeres til niveau 1, 2 og 3, er det ikke muligt at beregne de direkte økonomiske konsekvenser ved denne ændring. Det anbefales derfor, at udviklingen monitoreres med henblik på vurdering af de økonomiske konsekvenser.

## **7. Kommunikation mellem parterne**

Henvisninger og anden direkte kommunikation mellem de udøvende aktører omkring patientforløbet, udveksles så vidt muligt digitalt.

Som isoleret nyt tiltag, vil der for Almen Praksis fremadrettet være mulighed for mundtlig konference med en endokrinologisk speciallæge om niveau 2 og 3 patienter. Hertil kommer, at der også vil være tilbud om elektroniske forespørgsler fra Almen Praksis om problemstillinger, der er mindre presserende, og ikke kræver tovejs-kommunikation. Disse forespørgsler vil blive besvaret indenfor 24 timer på hverdage. Endelig tænkes etableret en hotline, hvor Almen Praksis på hverdage kan kontakte diabetessygeplejerske om mere tekniske spørgsmål vedr. insulingivning og blodsuktermåling. Formålet med dette tiltag er, at en større del af patienter med diabetes type 2 kan håndteres i Almen Praksis, i et tværsektorielt samarbejde med hospitalet.

Omkring indsatsen vedrørende henvisning til forebyggelse/rehabilitering i kommunerne sendes meddelelse(hospitalshenvisning) til kommunen via pakkehenvielse (under pakkeforløb, hvor diabetespakken vælges).

I forbindelse med udfyldning af henvisningspakken henvises til flg. link til PRI:

<https://pri.rn.dk/Sider/LimitedAccess/22856.aspx>

## **8. Implementering, monitorering, kvalitetssikring og sundhedsfaglig udvikling**

Kommuner, hospitaler og almen praksis er hver især ansvarlige for deres opgavevaretagelse og for at implementere deres del af patientforløbet.

Der er opsat mål om, at borgere der henvises til rehabiliteringstilbud, starter og gennemfører tilbuddet, og at der skal kunne påvises en effekt af borgerens deltagelse i et tilbud.