

Samarbejdsaftale om

Diabetes Type 2

Godkendt 13. juni 2022

Den Tværsektorielle Grundaftale

Samarbejdsaftalen om Diabetes Type 2 er en del af Sundhedsaftalen, og den er placeret i [Den Tværsektorielle Grundaftale](#) under området genoptræning og rehabilitering.

Samarbejdsaftalen, herunder det administrative og det politiske set up omkring den, kan findes på dette [link](#).

Indhold

2. Formål med samarbejdsaftalen om Type 2 Diabetes	4
	2

3. Mål for indsatsen	4
4. Målgruppe	4
4.1 Omfang.....	4
5. Faglige indsatser	4
5.2 Opsporing og diagnosticering.....	5
5.3 Behandling.....	5
5.4 Rehabilitering	6
5.5 Diabetes og Psykisk sygdom	6
5.6 Patientforeninger	7
6. Opgaveløsning og opgavefordeling	7
6.1 Forløb i almen praksis.....	8
6.1.1 Samarbejde med Almen Praksis og ambulatoriet	9
6.1.2 Forløb ved Øjenlæge	9
6.1.3 Forløb ved Statsautoriseret fodterapeut	9
6.1.4 Særlige risikogrupper	9
6.1.4.1 Fodsår	9
6.1.4.2 Diabetisk Nefropati	9
6.1.4.3 Proliferativ retinopati og maculopati	9
6.1.4.4 Iskæmisk/inkompenseret hjertesygdom.....	9
6.2.1 Forebyggelse og tidlig opsporing.....	10
6.2.2 Rehabiliteringsforløb	10
6.3 Opgaver på Hospitalsniveau	11
6.3.1 Behandling, vejledning og kontrol.....	11
6.3.2 Afslutning af patienten	11
6.3.3 Graden af målopfyldelse	11
6.3.4 Patientundervisning	11
6.4 Oversigt over aktivitet og arbejdsfordeling sektorerne imellem	12
7. Kommunikation mellem parterne i aftalen	13
8. Kapacitet, aktivitet og økonomi.....	13
9. Adgang til kompetencer, rådgivning og øvrigt udstyr.....	14
10. Implementering og opfølgning på aftalen	14
11. Forslag til udviklingsområder/opmærksomhedspunkter	15
12. Referencer	17

2. Formål med samarbejdsaftalen om Type 2 Diabetes

Formålet med samarbejdsaftalen vedr. Type 2 Diabetes er gennem velbeskrevet overordnede retningslinjer for arbejds- og ansvarsdeling samt henvisningsveje, at styrke samarbejdet tværfagligt og på tværs af sektorer til gavn for den enkelte person med Type 2 Diabetes. Behandlingsindsatsen over for personer med Type 2 Diabetes er baseret på et tværsektorielt samarbejde, hvor det overordnede formål er, at sikre sammenhængende patientforløb.

3. Mål for indsatsen

Behandling og kontrol af personer med Type 2 Diabetes bør som hovedregel varetages i almen praksis. Nogle vil dog have et behandlingsbehov, som gør, at der er behov for en specialiseret behandlingsindsats på hospitalet. Alle bør desuden tilbydes en individuelt tilpasset rehabilitering i kommunalt regi jf. Nationale Kliniske Retningslinjer.

Behovet for intensivering af behandlingsindsatsen vurderes indledningsvist ved debut og ved efterfølgende konsultationer, som minimum årligt. Målet med regelmæssige konsultationer er at få personer med behandlingspotentiale identificeret til intensivering af behandlingen. Målet er således at sikre at "rette patient er på rette sted til rette tid", og at de samlede behandlingsressourcer udnyttes bedst muligt.

4. Målgruppe

4.1 Omfang

Den primære målgruppe for indsatserne i denne Samarbejdsaftale er personer (over 18 år) med Type 2 Diabetes bosiddende i Region Nordjylland.

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

I Danmark tilkommer hvert år mere end 19.500 nye personer med type 2-diabetes. I Region Nordjylland er der tale om 2.100 nye tilfælde på årsbasis.

5. Faglige indsatser

En hensigtsmæssig behandling og kontrol, samt rehabiliteringsindsatsen af den samlede patientpopulation forudsætter en tæt dialog og et godt samarbejde mellem hospital og almen praksis samt kommunerne. I

dette afsnit følger de faglige indsatser, der er knyttet op omkring personer med Type 2 Diabetes, både ift. opsporing, diagnosticering samt rehabiliteringsindsatsen.

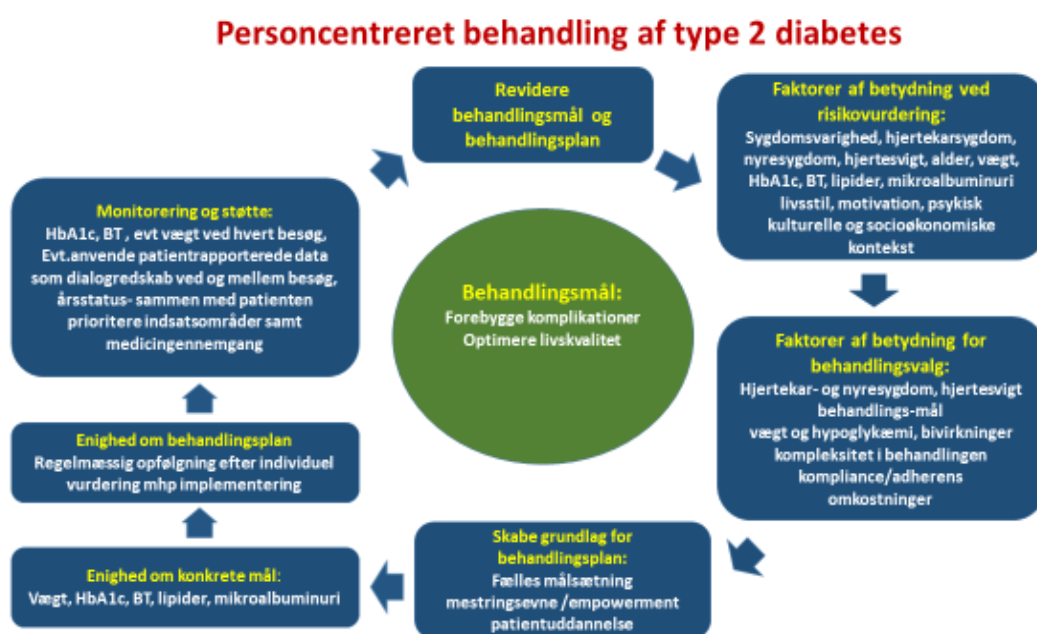
5.2 Opsporing og diagnosticering

Almen Praksis og hospitalerne har ansvaret for opsporing og diagnosticering af Type 2 Diabetes. Desuden skal kommunen altid være opmærksom på de personer, der er i risiko for at udvikle eller har udviklet Type 2 Diabetes. Der kan i den forbindelse tages udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefaling for målrettet opsporing af Type 2 Diabetes:

[ANBEFALINGER FOR MÅLRETTET OPSPORING AF TYPE 2-DIABETES I KOMMUNERNE \(sst.dk\)](#)

5.3 Behandling

Behandlingen af Type 2 Diabetes skal ikke kun være evidensbaseret. Behandlingen skal også tage udgangspunkt i den enkelte persons sygdomstilstand, motivation og behov, og skal være baseret på fælles beslutning om behandlingsmål og behandlingsstrategi. Den enkelte persons psykiske og somatiske komorbiditet, motivation, adhærens samt kulturelle og socioøkonomiske forhold er væsentlige for et fælles mål og succes af behandlingen.



Kvaliteten af behandlingen monitoreres via Dansk Diabetes database, RKKP, hvor både almen praksis, hospitalsambulatorierne og øjenlæger indberetter data. Der afholdes årligt en tværfaglig audit, hvor den årlige kvalitets rapport fra RKKP præsenteres, resultaternes diskuteres og derudfra planlægges indsatsområder.

5.4 Rehabilitering

Alle som diagnosticeres med type 2 diabetes, opfordres til at deltage i et rehabiliteringsforløb. Som opfølgning kontakter Kommunerne den enkelte person ift. at sikre, at denne er bekendt med tilbuddet og hvad tilbuddet indebærer. Personen med diabetes type 2 kan henvises fra almen praksis eller hospitalet.

Der kan være tale om henvisning på diagnosetidspunktet, men også henvisning senere i forløbet kan være relevant. Ang. henvisning se afsnit 7.

Tilbud kan tilgås via SOFT-portalen (<https://www.sundhed.dk/borger/guides/sundhedstilbud>). Ved henvisning fra almen praksis eller hospital vil den enkelte person initialt blive kontaktet fra kommunen mhp. en afklarende samtale i kommunen. I den afklarende samtale tilrettelægger kommunen et gruppebaseret eller individuelt forebyggelsestilbud med udgangspunkt i personens funktionsevne, sygdomssituation og motivation.

Er et kommunalt rehabiliteringsforløb ikke gennemførligt, eller ønsker personen ikke dette, bør livsstilsinterventionen søges gennemført individuelt i almen praksis.

Definition af rehabilitering:

Rehabilitering er målrettet personer, som oplever eller er i risiko for at opleve begrænsninger i deres fysiske, psykiske, kognitive og/eller sociale funktionsevne og dermed i hverdagslivet. Formålet med rehabilitering er et meningsfuldt liv med bedst mulig aktivitet og deltagelse, mestring og livskvalitet. Rehabilitering er en samarbejdsproces mellem en person, pårørende, professionelle og andre relevante parter.

Rehabiliteringsindsatser er målrettede, sammenhængende og vidensbaserede med udgangspunkt i personens perspektiver og hele livssituation.

Kilde Hvidbogen

[Hvidbog om rehabilitering i høring – afgiv dit høringssvar - Rehabiliteringsforum Danmark](#)

5.5 Diabetes og Psykisk sygdom

Personer med svær psykisk sygdom som skizofreni og bipolar lidelse har en betydelig øget risiko for udvikling af type 2 diabetes, der til dels hænger sammen med livsstil og dels med de psykofarmaka, der anvendes i behandlingen. Studier har endvidere vist en 40-60 % øget forekomst af diabetes ved depression.

Behandling af personer med psykiske lidelser frembyder ofte særlige problemer. Sygdomme som f.eks. skizofreni og bipolære tilstande er forbundet med en betydelig overdødelighed med tab af 15-20 leveår. Somatiske lidelser, herunder metabolisk syndrom og diabetes spiller en væsentlig rolle og skyldes en kombination af genetisk disposition, underbehandling, uhensigtsmæssig livsstil med nedsat fysisk aktivitet og rygning, samt ikke mindst bivirkninger til en række meget anvendte psykofarmaka, der kan medføre vægtstigning og dermed øget risiko for diabetes. Personer, der påbegynder antipsykotisk behandling, skal instrueres i hensigtsmæssig livsstil og ved en årlig statusundersøgelse have målt vægt, taljeomfang, BT, lipider og HbA1c mhp. tidlig opsporing af diabetes.

Personer med svær psykisk lidelse, der har fået konstateret diabetes følges på vanlig vis med en årlig statusundersøgelse og mellemliggende kontrol efter behov. Behandling og behandlingsmål følger den generelle algoritme.

5.6 Patientforeninger

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

6. Opgaveløsning og opgavefordeling

Målet med dette afsnit er at beskrive opgaveløsningen og opgavefordelingen af indsatsen i almen praksis på hospitalet og i kommunerne, samt andre aktører på diabetesområdet.

Behandlingsindsatsen varetages af almen praksis i samarbejde med hospitalet. Den forebyggende og rehabiliterende indsats foregår primært i kommunalt regi i samarbejde med hospitalet og almen praksis.

Almen praksis har behandlingsansvaret for langt størstedelen af personer med type 2 diabetes. Gennem hele sygdomsforløbet fungerer almen praksis som tovholder, hvilket indebærer en planlæggende, koordinerende og fastholdende rolle. Almen praksis skal i samarbejde med kommunen og hospitalet medvirke til at sikre den bedst mulige indsats for personer med Type 2 Diabetes.

Med overenskomsten for almen praksis, som trådte i kraft 1. januar 2018, blev det aftalt, at ved behov for optimering af diabetes behandlingen eller overvejelser om henvisning skal den praktiserende læge have haft en dialog (telefonisk eller korrespondance-mail) med en speciallæge på hospitalet med henblik på at vurdere, om den praktiserende læge kan håndtere personen i almen praksis med den rette specialistopbakning.

Nogle personer vil dog have behov for en midlertidig eller længerevarende højt specialiseret indsats på hospitalet.

Følgende undergrupper varetages så vidt muligt i endokrinologisk regi:

Personer der er/var yngre end 40 år ved diagnostidspunkt, hvor der evt. kan være mistanke om type 1 diabetes eller LADA.

- Kvinder med type 2 diabetes med graviditetsønske og gravide.
- Svære eller recidiverende fodsår, Charcot-fod, svær perifer arteriel insufficiens.
- Nefropati defineret som:
 - o Makroalbuminuri (UACR > 300 mg/g) og eGFR 45-30 ml/min ved 2 ud af 3 målinger (ikke relateret til akut sygdom/indl.).
 - o Progredierende mikroalbuminuri (UACR 30-300 mg/g) trods relevant behandling.
 - o (Makroalbuminuri (UACR > 700 mg/g) og/eller eGFR < 30 ml/min. henvises primært til nefrologisk afdeling.)

- Svær retinopati (proliferativ og maculopati), herunder tidligere laserbehandlede samt personer med forløb på Øjenafdelingen.
- Svære neuropatiske komplikationer, herunder diabetisk gastroenteropati.
- Personer med svær dysreguleret diabetes herunder:
 - HbA1c > 75 mmol/mol trods forsøg på optimeret behandling i ½ år
 - Stærkt svingende blodglukose, incl tendens til hypoglykæmi
 - Blodtryk 160/90 trods forsøg på optimeret behandling i ½ år

En hensigtsmæssig behandling og kontrol af den samlede patientpopulation forudsætter derfor en tæt dialog og et godt samarbejde mellem hospitalet og almen praksis. Diabetesbehandlingen på hospitalet foregår langt overvejende ambulant. Indlæggelse finder oftest sted ved akutte komplikationer (fx kirurgiske eller kardiologiske).

Ifølge sundhedslovens § 119 er det kommunernes ansvar at skabe rammer for en sund levevis for deres borgere. Kommunerne skal etablere sundhedsfremmende og forebyggende tilbud til deres borgere og er samtidig ansvarlige for den patientrettede forebyggelse, der finder sted uden for hospitaler og almen praksis. Rehabiliteringsindsatsen skal tilpasses individuelt. Den sundhedsprofessionelle kontaktperson afklarer sammen med borgeren, hvordan borgerens behov bedst muligt tilgodeses (med udgangspunkt i lægens henvisning). Der tages udgangspunkt i et helhedssyn på borgerens livsvilkår.

6.1 Forløb i almen praksis

Regelmæssig kontrol efter de retningslinjer, som gives i Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAMs) kliniske vejledning er et kardinalpunkt i omsorgen. Kontinuiteten i patientforløbet sikres ved en årsstatus og mellemliggende kontrolbesøg.

Formålet med årsstatus er at:

- At få et overblik over komplikationer personen eventuelt har udviklet, eller om der er progression af eksisterende komplikationer
- At få et overblik over personens risikofaktorer, som der er behov for at intervenere imod for at forebygge eller stoppe progressionen af komplikationer
- Hos alle personer vælges individuelle behandlingsmål under hensyntagen til personens alder, klinisk tilstand, formåen og ønsker
- Sammen med personen at udarbejde behandlingsplaner
- Sammen med personen, der er i farmakologisk behandling, at lave en medicingennemgang og afstemme FMK
- Sammen med personen vurderer behovet for rehabilitering. (Ang. henvisning se punkt 7)

Hyppighed af mellemliggende kontrolbesøg må besluttes af den enkelte person og den behandlingsansvarlige læge ud fra en samlet vurdering af sygdoms- og behandlingsbyrde.

6.1.1 Samarbejde med Almen Praksis og ambulatoriet

Henvielse til ambulant forløb eller hospitalsindlæggelse følger gældende vejledning om den gode henvisning. I henvisningen anføres, om der har været kontakt til speciallæge med henblik på rådgivning forud, og konklusionen herpå. Desuden ajourføres Fælles Medicin Kort (FMK).

Efter optimering af behandling afsluttes personen til almen praksis såfremt der ikke er andre indikationer for hospitals forløb.

I epikrisen fra diabetesambulatoriet fastsættes et mål for hba1c, samt anføres hvis der i øvrigt er behandlingsmål der afviger fra standard målsætninger og der anføres anbefaling for næste skridt i behandlingen. Herudover almindelig status ved afslutningen. Personen udstyres med recepter på aktuel medicin og anbefaling om kontakt til egen læge med henblik på næste diabeteskontrol.

6.1.2 Forløb ved Øjenlæge

Alle personer med diabetes skal henvises til øjenlæge på diagnosetidspunktet. Øjenlægen fastsætter efterfølgende tidspunkt for næste kontrol.

6.1.3 Forløb ved Statsautoriseret fodterapeut

Alle personer med diabetes bør informeres om mulighed for henvisning til statsautoriseret fodterapeut. Hvis personen følges ved statsautoriseret fodterapeut skal denne lave en årlig undersøgelse af fodstatus. Hvis personen ikke følges ved fodterapeut foretages denne undersøgelse ved egen læge.

6.1.4 Særlige risikogrupper

6.1.4.1 Fodsår

Alle ukomplicerede fodsår med manglende opheling indenfor 2-3 uger skal henvises til ortopædkirurgisk fællesvisitation og personen fordeles herefter til de relevante matrikler og afdelinger. Er der mistanke om en akut tilstand f.eks. sepsis pga. et sår, diabetisk plantar absces m.m. skal personen indlægges akut via akut modtageafdelingen (AMA).

6.1.4.2 Diabetisk Nefropati

Personer med makroalbuminuri (UACR > 300 mg/g) og eGFR 45-30 ml/min ved 2 ud af 3 målinger, der ikke er relateret til akut svær sygdom eller personer med makroalbuminuri (UACR > 700 mg/g) og/eller eGFR < 30 ml/min. henvises primært til nefrologisk afdeling.

6.1.4.3 Proliferativ retinopati og maculopati

Personer med svær retinopati og maculopati henvises af praktiserende øjenlæge til forløb på Øjenafdelingen.

6.1.4.4 Iskæmisk/inkompenseret hjertesygdom

Personer med nyopstået iskæmisk/inkompenseret hjertesygdom henvises til vurdering og optimering af behandlingen på kardiologisk afd.

6.2 Kommunale opgaver

6.2.1 Forebyggelse og tidlig opsporing

I Danmark har kommunerne ansvar for at etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne. Kommunerne løfter en stor forebyggelsesindsats. En styrket kommunal indsats forventes at kunne bidrage til, at flere personer med høj risiko for at udvikle eller have type 2 diabetes kan blive diagnosticeret rettidigt, og dermed reducere risikoen for at udvikle følgesygdomme. Kommuner kan i deres forebyggelsesindsats tage udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for målrettet opsporing af Type 2-Diabetes i kommunerne; [ANBEFALINGER FOR MÅLRETTET OPSPORING AF TYPE 2-DIABETES I KOMMUNERNE \(sst.dk\)](https://www.sst.dk/da/udgivelser/2019/anbefalinger-for-malrettet-opsporing-af-type-2-diabetes-i-kommunerne). Formålet med anbefalingerne for målrettet opsporing af type 2-diabetes er at styrke og systematisere indsatsen for målrettet opsporing af type 2-diabetes i kommunerne.

6.2.2 Rehabiliteringsforløb

Kommunen har ansvaret for at tilbyde den almene rehabilitering til personer med type 2 diabetes.

Det er grundlæggende vigtigt, at personen tilbydes den nødvendige sygdomsspecifikke rehabilitering inklusive støtte til kostomlægning og øget fysisk aktivitet. Den kommunale rehabilitering har fokus på at styrke mestringsevnen og støtte til ændring af uhensigtsmæssig levevis, og derved sikre øget livskvalitet og minimere risikoen for følgesygdomme. I indsatsen bør der derfor også rettes fokus på, at få den enkelte til at fastholde ændret vaner f.eks. ved at opfordre og støtte personen i at vedligeholde fastsatte mål på deres rehabilitering.

Den kommunale rehabilitering kan omfatte både individuel og gruppeorienteret indsats og vejledning. Rehabilitering tager afsæt i en afklarende samtale og foregår i en individuel tidsbestemt længde, og der forventes dermed, at flere personer gennemføre forløbet;

<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2019/anbefalinger-for-behovsvurdering-i-den-afklarende-samtale>

Den enkelte kommune vurderer sammen med personen med diabetes type 2, hvad indholdet i indsatsen bør være. Indsatsen tilpasses personens behov, motivation og ressourcer mhp. rette indsats på rette tidspunkt. Personen medinddrages og tager ansvar for egen rehabilitering. De pårørende inddrages i det omfang, personen ønsker det og det er muligt.

Der tilbydes indsatser jf. anbefalinger i "Nationale Kliniske Retningslinjer for udvalgte sundhedsfaglige indsatser ved rehabilitering til personer med type 2 diabetes"; <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2015/NKR-Rehabiliterende-indsatser-over-for-type-2-diabetes/National-klinisk-retningslinje-rehabilitering-af-patienter-med-type-2-diabetes.ashx?la=da&hash=1F4EAB4585F995B01C83982FC28DB98B9AC009BF> og "Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom"; [Sundhedsstyrelsen](https://www.sst.dk/da/udgivelser/2019/anbefalinger-for-forebyggelsestilbud-til-borgere-med-kronisk-sygdom)

I forbindelse med et kommunalt rehabiliteringsforløb varetages kontrol og behandling fortsat uændret af den behandlingsansvarlige praktiserende læge eller diabetesambulatoriet.

De kommunale sundhedscentre bør være opmærksomme på om effekten af et rehabiliteringsforløb kan kræve justering af den medicinske behandling (fx hvis personen i insulinbehandling eller SU fortæller om eller udviser tegn til hypoglykæmi). I disse situationer opfordres personen eller fagpersonen, efter samtykke med den enkelte, til at kontakte den behandlingsansvarlige læge - almen praksis eller

diabetesambulatorium. Ved henvendelse via korrespondancemodulet tilstræbes en svartid på max 3 hverdage. I mere hastende tilfælde anvendes telefonisk kontakt. Alternativ kan personen med diabetes opfordres til at bestille en tid til kontrol.

Efter afsluttet rehabiliteringsforløb sendes en slutstatus til egen læge. Se punkt 7.

6.3 Opgaver på Hospitalsniveau

6.3.1 Behandling, vejledning og kontrol

Hospitalet har ansvaret for den specialiserede behandling, vejledning og kontrol af personer med type 2 diabetes

Hospitalet tilbyder behandling (justering og intensivering), samt den dertil knyttede vejledning/uddannelse i sygdomsmestring. Patientundervisning i hospitalsregi fokuserer primært på den del af undervisningen og vejledningen, der er nødvendigt for gennemførelse af succesfuld medicinsk behandling.

6.3.2 Afslutning af patienten

Hospitalet har ansvaret for at færdigbehandle personen med type 2 diabetes i henhold til de opstillede mål for den enkelte. Efter optimering af behandling afsluttes personen til almen praksis såfremt der ikke er andre indikationer for hospitals forløb.

Såfremt de opstillede mål ikke er opnået, eller at det ikke vurderes realistisk at opnå målene med den tilgængelige behandling, kan personen afsluttes og henvises til forsat kontrol i almen praksis.

6.3.3 Graden af målopfyldelse

Hospitalet er ansvarlig for i epikrisen 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 for eksempel et behov for rehabilitering (Se afsnit 5.4 Rehabilitering).

6.3.4 Patientundervisning

Patientundervisning på hospitalet kan tilbydes i tilknytning til behandlingsstart og behandlingsjustering. Den omfatter individuel undervisning og vejledning, der er nødvendigt for gennemførelse af succesfuld medicinsk behandling.

Steno Diabetes Center Nordjylland udvikler og udbyder relevante uddannelses tilbud til personer med diabetes og pårørende indenfor behandling og forebyggelse af diabetes og/eller komplikationer med de formål at styrke personer med diabetes og pårørende til at blive bedre rustet til at håndtere egen sygdom. Uddannelses tilbuddene er vidensportaler som Helbredsprofilen og Videncenter for Diabetes, temaaftener og digitale tilbud som E-læring og webinarer. Uddannelses tilbuddene understøtter rehabiliteringsindsatsen i kommunalt regi.

Når en patient er afsluttet i hospitalsregi, henvises patienten til 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 rehabilitering 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.

6.4 Oversigt over aktivitet og arbejdsfordeling sektorerne imellem

Type 2 Diabetes Almen Praksis		
<u>Aktiviteter</u>	<u>Nødvendige kompetencer</u>	<u>Ansvarlig for at udføre</u>
Opsporing/diagnose	Praktiserende Læge	Almen Praksis
Status undersøgelse	Praktiserende Læge/Praksispersonale	Almen Praksis
Mellemliggende kontrol	Praktiserende Læge/Praksispersonale	Almen Praksis

Type 2 Diabetes Kommunal rehabilitering		
<u>Aktiviteter</u>	<u>Nødvendige kompetencer</u>	<u>Ansvarlig for at udføre</u>
Afklarende samtale	Sundhedsfaglig medarbejder	Kommune
Sygdomsspecifik patientuddannelse	Sygeplejerske	Kommune
Kostvejledning/Diætvejledning	Sygeplejerske/Ernæringsfaglig medarbejder/Klinisk diætist	Kommune
Rygestop	Rygestopinstruktør	Kommune
Alkohol	Sundhedsfaglig medarbejder	Kommune
Fysisk aktivitet/træning	Fysioterapeut	Kommune

Type 2 Diabetes Hospital		
<u>Aktiviteter</u>	<u>Nødvendige kompetencer</u>	<u>Ansvarlig for at udføre</u>
Opsporing/diagnose	Sygeplejerske /Læge	Hospital
Medicinsk behandling	Læge	Hospital
Indledende samtale, herunder KRAM – rådgivning, vejledning og kontrol	Læge eller Sygeplejerske	Hospital

7. Kommunikation mellem parterne i aftalen

Henvi sning til kommunalt rehabiliteringsforløb

Henvi sningen til kommunen sendes via [Den Nationale Henvi sningsplatform](#) (DNHF), hvor der under henvi sningstype vælges kommunepakke.

Hospitalet og almen praksis har ansvaret for at sikre, at kommunerne har de relevante oplysninger inden rehabiliteringsindsatsen. Herunder behandlingsmål, nyeste HbA1c, kolesterol, diabetiske senfølger og andre væsentligste diagnoser f.eks. hjerte-kar-sygdom, medicinliste og hvis der er særlige vilkår/hensyn, der skal tages højde for.

Henvi sning til genoptræning

Personer henvi ses til genoptræning, hvis der i forbindelse med den aktuelle behandling/indlæggelse er sket et funktionstab, som efterfølgende skal genoptrænes til det tidligere niveau – eller bedst opnåelige niveau.

Hvis man vurderer, at en person med diabetes type 2, fx i forbindelse med anden sygdom har fået et fald i funktionsniveau, som man mener kan forbedres ved hurtig og intensiv træning, så bør hospitalet overveje at henvise til genoptræning.

En person, der henvi ses til genoptræning kan samtidigt henvi ses til et eller flere elementer af rehabilitering – dette noteres i genoptræningsplanen under rubrikken "Genoptræningsbehov".

Nærmere oplysninger om sondring mellem brug af genoptræningsplan og Kommunepakke henvi sning kan findes i dette dokument; ["Sondring mellem brug af genoptræningsplan \(GOP\) og henvi sning til kommunal rehabilitering via den Nationale Henvi sningsplatform \(XREF15\)"](#)

Korrespondancemeddelelser

Ved elektronisk kommunikation i forløbet mellem praktiserende læge og kommune anvendes korrespondancemeddelelser. Ved afslutning af rehabiliteringsforløb eller genoptræningsforløb sendes en slutstatus til egen læge, hvis personen har givet samtykke til det. Personens aftalemål skal indgå.

Mellem hospital og kommune anvendes kun korrespondancemeddelelser, når hospitalet har haft den primære kontakt, idet kommunen udelukkende kan svare på en meddelelse, og hospitalet kun kan se meddelelsen ved søgning på den konkrete person. Der arbejdes dog på en større anvendelsesgrad af korrespondancemeddelelser.

8. Kapacitet, aktivitet og økonomi

Kommuner, hospitaler og praktiserende læge er hver især ansvarlige for deres opgavevaretagelse samt for at implementere deres del af patientforløbet. Der er ved implementering af aftalen fokus på det fælles ansvar i overgange og på at understøtte dette med tværsektorielle aktiviteter og udviklingstiltag.

En stor del af rehabiliteringsforløbene for personer med type 2 diabetes bliver i dag løftet i kommunalt regi. Ydelser og tilbud med rehabiliterende sigte er langt hen ad vejen nu forankret i kommunerne og opgaveglidning har allerede fundet sted, da denne opgave- ansvarsfordeling giver mest mening.

Det skal påpeges, at der ikke er tale om ændringer i aktiviteten, som forventes at medføre et ændret ressourcetræk, der skal tages højde for.

9. Adgang til kompetencer, rådgivning og øvrigt udstyr

[Hospitalernes diabetesambulatorier har specifikke telefonnumre](#), hvor den praktiserende læge kan få rådgivning og sparring, samt afklaring af om en given person skal henvises til et hospitalsambulatorium. Der er mulighed for telefonisk kontakt med endokrinolog på hverdage mellem kl. 14.00 -15.00 på Aalborg Universitetshospital og på hverdage mellem kl. 8.00 -15.00 Regionshospitalet Nordjylland.

Afdelingerne foretrækker telefonisk kontakt, men mailkorrespondance er muligt. Der er 48 timers svartid på korrespondancer til afdelingen.

Diabetes hotline

I regi af Steno Diabetes Center er der endvidere etableret en telefonisk rådgivning til alle personer, pårørende og sundhedsprofessionelle ift. akutte diabetesproblematikker, som skønnes ikke at kunne vente til dagen efter. Hotlinen er bemannet af en erfaren diabetessygeplejerske med mulighed for lægefaglig sparring, som tager imod opkaldet og vurderer, hvorvidt det er et akut problem, der skal tages hånd om nu og her, eller det er et problem som det lokale diabetesambulatorium eller egen læge kan hjælpe med.

Sundhed.dk

På Sundhed.dk kan der via **SOFT-portalen**

<https://www.sundhed.dk/borger/guides/sundhedstilbud/region-nordjylland/> findes en lang række tilbud. Et sundhedstilbud er et gratis tilbud fra kommunen eller regionen. Sundhedstilbuddenes primære formål er at hjælpe med at forebygge sygdom, leve sundere eller at støtte og rådgive personer, der står midt i et sygdomsforløb eller en krise i sit liv fx sorg. Et sundhedstilbud løber over en tidsbestemt periode, der svinger mellem alt fra et enkelt møde, en anonym telefonsamtale til et længere forløb over nogle måneder.

Kompetenceudvikling

Steno Diabetes Centeret Nordjylland tilbyder løbende i samarbejde med NORD-Kap diabetespecifikke kurser målrettet praktiserende læger og deres personale. De tilbyder også løbende kursus til sundhedsfagligt personale, som arbejder med personer med type 2 diabetes.

10. Implementering og opfølgning på aftalen

Regionsrådet godkendte i juni 2019 den nye sundhedsaftale "Sammen om Sundheden", hvor regionen i fællesskab med kommuner og almen praksis forpligter sig til at arbejde for at nordjyderne bliver sundere og oplever et sammenhængende og effektivt sundhedsvæsen, der er til for dem.

Et tæt klynge-samarbejde, både på administrativt og politisk niveau, skal sikre at sundhedsaftalens intentioner føres ud i livet. Sundhedskoordinationsudvalget har udarbejdet en overordnet implementeringsplan, der giver 4 administrative klyngestyregrupper ansvaret for at iværksætte de

nødvendige initiativer, så borgerne får et sammenhængende forløb. Klyngestyregrupperne og de politiske klynger er organiseret i Klynge Nord, Vest, Midt og Syd, og de dækker både det somatiske og det psykiatriske område. Det er i disse klynger, at udgangspunktet for arbejdet omkring det nære sundhedsvæsen skal udvikles, og det er de 4 administrative klyngestyregrupper, som har ansvaret for at iværksætte nødvendige indsatser. Retningen er fælles og løsningerne findes lokalt med udgangspunkt i de lokale behov.

Den overordnede opfølgning på samarbejdsaftalen sker i Strategisk Sundhedsforum, men der sker også en løbende opfølgning på samarbejdsaftalen i Klyngestyregrupperne.

11. Forslag til udviklingsområder/opmærksomhedspunkter

Nedenfor følger en række opmærksomhedspunkter, som Projektgruppen peger på som vigtige at have med i udviklingsarbejdet for området vedr. diabetes type 2. Det er opmærksomhedspunkter, som ligger uden for denne Samarbejdsaftale, men som er væsentligt at inddrage i udviklingsøjemed.

Opmærksomhedspunkt vedr. Psykiatri

Mennesker med svær psykisk lidelse står ofte i en livssituation, hvor de kan have svært ved at profitere af de vanlige tilbud fra sundhedsvæsenet og den kommunale rehabilitering. De kan have behov for særlige indsatser der har til formål at styrke deres evne til at fastholde relevant behandling og opfølgning, samt styrke deres egenomsorg og mestringsevne. Der er i dag meget lidt viden om hvordan sådanne tiltag skal udformes, hvilket kalder på, at man på tværs af sektorer og fagligheder – herunder bl.a. inkluderende endokrinologer, psykiatere, almen praktiserende læger, kommunale sundhedsmedarbejdere og socialpædagoger udforsker mulighederne.

Opmærksomhedspunkt vedr. Prædiabetes

Prædiabetes er forstadiet til type 2-diabetes. Prædiabetes er en tilstand, hvor blodsukkeret er højere end normalt, men ikke så højt, at det endnu kan betegnes som type 2-diabetes. Prædiabetes kaldes også for et forstadium til type 2-diabetes blandt andet på grund af at det kan være et tegn på, at kroppen ikke længere naturligt kan holde blodsukkeret på et normalt niveau. Det er ikke alle med prædiabetes, som senere udvikler type 2-diabetes, og man kan med en sund livsstil selv sænke blodsukkeret og nedsætte sin risiko for at udvikle type 2-diabetes. Når man har prædiabetes, har man større risiko for senere at udvikle type 2-diabetes og hjerte-kar-sygdomme.

Det er vanskeligt at sige præcis, hvor mange, som udvikler type 2-diabetes, men forskningen tyder dog på, at helt op til halvdelen får konstateret type 2-diabetes inden for fem år. Ved at have en sund livsstil og være fysisk aktiv kan man bringe sit blodsukker ned på et normalt og stabilt niveau. På den måde kan man udskyde eller helt undgå at udvikle type 2-diabetes.

Risikoen for at udvikle type 2-diabetes vil også afhænge af andre risikofaktorer for diabetes. Det er f.eks. ens alder, om man er arveligt disponeret, er overvægtig, fysisk inaktiv eller har haft graviditetsdiabetes.

Der ligger således et udviklingspotentiale ift. at forebygge prædiabetes.

Opmærksomhedspunkt vedr. Kompetenceudvikling

I gennem processen ift. at revidere Samarbejdsaftalen har kommunerne peget på et øget fokus på et tværsektorielt fagligt forum for sparring og fælles undervisning, der kan fremme samarbejdet og fælles faglig forståelse af diabetesområdet. Sundhedscentrene peger specifikt på målrettede kurser, der sigter mod sundhedsfaglige medarbejdere, der arbejder med rehabilitering.

Der ligger derfor et udviklingspotentiale i at arbejde målrettet med fælles kompetenceudvikling på tværs af sektorerne.

Opmærksomhedspunkt vedr. Gestationel diabetes

Tæt på en tredjedel af kvinder diagnosticeret med diabetes mellitus i graviditeten (GDM) udvikler type 2 diabetes mellitus inden for 15 år. For langt de fleste kvinder med gestationel diabetes normaliseres blodsukkeret umiddelbart efter fødslen, det vil sige, der er tale om typisk unge og ellers raske kvinder, der har en betydelig øget risiko for udvikling af sygdom. Studier viser ydermere, at ikke bare kvinden selv, men også hendes børn og ægtefælle har en betydelig øget risiko for at udvikle type 2 diabetes. Dette indikerer, at der udover et genetisk element også er en komponent af livsstil. Der er i løbet af graviditeten stor fokus på undervisning om kost og motion, samt tæt kontrol. Men efter fødslen bliver kvinden og de sundhedsprofessionelle primært optaget af kvindens nye rolle som mor og der mangler tilbud, der kan bidrage til at fastholde den viden og den anbefalede adfærd, kvinden mødte under graviditeten.

12. Referencer

Sundhedsstyrelsen 2018, ANBEFALINGER FOR MÅLRETET OPSPORING AF TYPE 2-DIABETES I KOMMUNERNE - [ANBEFALINGER FOR MÅLRETET OPSPORING AF TYPE 2-DIABETES I KOMMUNERNE \(sst.dk\)](#)

Sundhed.dk - <https://www.sundhed.dk/borger/guides/sundhedstilbud>

Hvidbogen - [Hvidbog om rehabilitering i høring – afgiv dit høringssvar - Rehabiliteringsforum Danmark](#)

Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) - <https://www.dsam.dk/>

Danske Love - [Sundhedsloven § 119 \(danskelove.dk\)](#)

Sundhedsstyrelsen - Anbefalinger for behovsvurdering i den afklarende samtale
<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2019/anbefalinger-for-behovsvurdering-i-den-afklarende-samtale>

Sundhedsstyrelsen 2017, Udvalgte sundhedsfaglige indsatser med rehabilitering til patienter med Type 2 diabetes, National Klinisk Retningslinje: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2015/NKR-Rehabiliterende-indsatser-over-for-type-2-diabetes/National-klinisk-retningslinje-rehabilitering-af-patienter-med-type-2-diabetes.ashx?la=da&hash=1F4EAB4585F995B01C83982FC28DB98B9AC009BF>

Sundhedsstyrelsen 2016, Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom - [Sundhedsstyrelsen](#)

PRI dokument; Sondring mellem brug af genoptræningsplan (GOP) og henvisning til kommunal rehabilitering via den Nationale Henvisningsplatform, - "[Sondring mellem brug af genoptræningsplan \(GOP\) og henvisning til kommunal rehabilitering via den Nationale Henvisningsplatform \(XREF15\)](#)"

Sundhed.dk, Kommunale og regionale sundheds- og forebyggelsestilbud i Region Nordjylland - <https://www.sundhed.dk/borger/guides/sundhedstilbud/region-nordjylland/>

