



SUNDHEDSSTYRELSEN

Styrket indsats for mennesker med diabetes

FAGLIGT OPLÆG TIL EN NATIONAL HANDLINGSPLAN 2017-2020



2017

Styrket indsats for mennesker med diabetes

Fagligt oplæg til en national handlingsplan 2017 - 2020

© Sundhedsstyrelsen, 2017.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Emneord: diabetes, tværsektorielt samarbejde, social ulighed i sundhed, differentierede indsatser, behandling, forebyggelse, rehabilitering, organisering

Sprog: Dansk

Version: 1,0

Versionsdato: 27.06.2017

Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, juni 2017.

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-900-8

Indholdsfortegnelse

1	Introduktion	3
1.1	Formål	3
1.2	Baggrund	3
1.3	Temaer i det faglige oplæg	4
1.4	Sammenhæng med øvrige initiativer	5
1.5	Evaluering af initiativer	9
2	Sammenfatning af anbefalinger	10
3	Populationsbeskrivelse	12
3.1	Karakteristika	12
3.2	Senkomplikationer og komorbiditet	13
4	Generel forebyggelse og sundhedsfremme – så færre udvikler type 2-diabetes	14
4.1	Udfordringsbillede	14
4.2	Anbefalinger for den fremadrettede indsats	15
5	Tidlig opsporing og rettidig indsats – så færre får komplikationer og alvorlige følgesygdomme af type 2-diabetes	16
5.1	Udfordringsbillede	16
5.2	Anbefalinger for den fremadrettede indsats	17
6	Fokuseret og skræddersyet indsats - ud fra den enkeltes behov	19
6.1	Udfordringsbillede	19
6.2	Anbefalinger for den fremadrettede indsats	20
7	Organisering af indsatsen – med mennesket i centrum	22
7.1	Udfordringsbillede	22
7.2	Anbefalinger for den fremadrettede indsats	23
8	Kvalitet i indsatsen – så alle med behov får tilbud af høj ensartet kvalitet	24
8.1	Udfordringsbillede	24
8.2	Anbefalinger for den fremadrettede indsats	25
9	Referencer	27

1 Introduktion

1.1 Formål

Det estimeres at ca. 320.000 danskere har diabetes, og at endnu flere vil have sygdommen i fremtiden som følge af den demografiske udvikling med en stigning i levealder, bedre behandlingsmuligheder og uhensigtsmæssig udvikling i livsstilmønstre med overvægt til følge.

Dette faglige oplæg til en national diabetesbehandlingsplan indeholder anbefalinger, der har som overordnet formål at styrke kvaliteten i indsatserne og understøtte sammenhæng i forløbet for mennesker med diabetes og deres pårørende.

1.2 Baggrund

Regeringen og satspuljepartierne har med satspuljen for 2017-2020 indgået en aftale om at afsætte 65,0 mio. kr. til en national diabetesbehandlingsplan, der skal styrke indsatsen på diabetesområdet.

Sundhedsstyrelsens faglige oplæg skal danne baggrund for udarbejdelsen af den nationale

Indsatsområder i den nationale diabetesbehandlingsplan jf. satspuljeaftalen på sundheds- og ældreområdet 2017-2020:

- En styrket indsats omkring forebyggelse og tidlig opsporing
- En styrket indsats for støtte, uddannelse og omsorg med udgangspunkt i den enkeltes behov
- En indsats for at løfte og udbrede eksisterende indsatser, retningslinjer og tilbud for at sikre høj kvalitet i hele landet.

diabetesbehandlingsplan 2017-2020. Det endelige indhold af diabetesbehandlingsplanen aftales mellem regeringen og satspuljepartierne i anden halvdel af 2017.

I dag eksisterer der en række danske kliniske retningslinjer og faglige vejledninger, som igennem de seneste år har medvirket til at løfte kvaliteten af indsatserne markant og med fokus på at skabe sammenhængende forløb. Således har vi i dag en diabetesindsats af høj kvalitet.

I disse år ses desuden en udvikling i organiseringen af diabetesbehandlingen blandt andet med nye modeller for samarbejde mellem almen

praksis, regioner og kommuner samt med oprettelsen af Steno Diabetes Center Copenhagen i Region Hovedstaden og planer om oprettelse af lignende centre i de fire øvrige regioner. Tilsvarende udvikler nogle kommuner samarbejder i klynger og civilsamfund og patientforeninger med mange frivillige yder rådgivning og støtte med forskellige typer af initiativer.

Denne situation afspejles i dette oplægs anbefalinger. Det faglige oplæg tager udgangspunkt i den omfattende faglige viden, som allerede findes på området, og har særligt fokus på at udvikle og udbrede gode eksisterende initiativer i kommuner og regioner. Eksisterende nationale og lokale initiativer er beskrevet i kapitel 1.4.

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet det faglige oplæg med bred inddragelse af interessenter på området, herunder faglige eksperter, patientforening og sundhedsprofessionelle i kommuner, regioner og almen praksis. Sundhedsstyrelsen har blandt andet afholdt to workshops, som har haft til formål at identificere udfordringer og udviklingspotentialer i den aktuelle diabetesindsats og at komme med konkrete løsninger på, hvordan diabetesindsatsen kan løftes til gavn for mennesker med diabetes over hele landet. Parallelt hermed har Diabetesforeningen afholdt en workshop for patienter med alle typer diabetes og deres pårørende, for at høre patienternes perspektiv på udfordringer i forhold til den aktuelle indsats samt deres ønsker til den fremadrettede varetagelse af diabetesforløbet¹.

1.3 Temaer i det faglige oplæg

I Sundhedsstyrelsen og blandt de inddragede aktører, har der været bred enighed om, at der eksisterer et godt fundament for diabetesindsatsen, men at den nuværende indsats ikke kommer alle borgere/patienter til gode. Der er en uensartethed på tværs af landet, og der er udfordringer i forhold til at skræddersy forløbene til den enkelte borger/patient med dennes behov, mål og ressourcer i centrum. Der er en gruppe af borgere/patienter, som ikke har ressourcerne til at indgå i, og få gavn af den aktuelle indsats, ligesom der er ressourcestærke borgere/patienter, som ikke nødvendigvis har behov for den intensive indsats, der systematisk tilbydes i dag. Det vil sige, at de mest behandlingskrævende borgere til tider underbehandles og de mindst behandlingskrævende borgere til tider overbehandles.

Endelig er der bred enighed om, at det er afgørende at styrke de forebyggende indsatser for at hindre, at flere udvikler type 2-diabetes.

Det gennemgående fokus i det faglige oplæg, er at understøtte en ensartet høj kvalitet på tværs af landet og at sigte mod skræddersyede løsninger, der er tilpasset den enkeltes behov. Formålet med at tilbyde en særlig indsats til sårbare borgere/patienter, er at understøtte disse grupper i at få mere gavn af indsatsen, og dermed modvirke ulighed i sundhed.

Det faglige oplæg er på den baggrund bygget op omkring følgende temaer med underliggende anbefalinger:

- Generel forebyggelse og sundhedsfremme – så færre udvikler type 2-diabetes
- Tidlig opsporing og rettidig indsats – så færre får komplikationer og alvorlige følgesygdomme af type 2-diabetes
- Fokuseret og skræddersyet indsats - ud fra den enkeltes behov
- Organisering af indsatsen – med mennesket i centrum
- Kvalitet i indsatsen – så alle med behov får tilbud af høj ensartet kvalitet

¹ Opsamling på Sundhedsstyrelsens to faglige workshops findes på www.sst.dk

Det er en central værdi i alle temaer, at den enkelte borger/patient og eventuelle pårørende skal inddrages i planlægning, beslutninger og målsætninger, og at forløb tilrettelægges sammen med borgeren/patienten med denne i centrum. Eventuelle pårørende skal indgå som en ressource for borgeren/patienten og sundhedsvæsenet. Udviklingen af nye initiativer og metoder skal ske med inddragelse af borgere/patienter og pårørende, og kvalitetsstyring skal inddrage patientrapporterede oplysninger (PRO).²

Det er derudover en forudsætning for den generelle udvikling på området, at viden spredes og formidles bredt. Dette gælder både forskningsresultater og god praksis. Alle parter, der indgår i vidensproduktionen, har derfor et ansvar for sikre, at denne spredning og formidling sker, både inden for den enkelte organisation og sektorer, men også, i det omfang det er relevant, på tværs af sektorer. Dette gælder også implementering af eksisterende og ny viden af metoder, planer og retningslinjer. Tilsvarende er det afgørende for den fortsatte kvalitetsudvikling og kvalitetssikring, at indsatserne monitoreres og data registreres på tværs af sektorer og indberettes til nationale registre.

Det forventes, at anbefalingerne i det faglige oplæg vil kunne anvendes mere bredt og løfte indsatsen generelt for mennesker med kroniske sygdomme og multisygdom.

Realiseringen af anbefalingerne forudsætter en bred opbakning og aktiv medvirken fra beslutningstagere, de faglige miljøer, patient- og interesseorganisationer mv.

1.4 Sammenhæng med øvrige initiativer

Dette faglige oplæg skal som nævnt ses i sammenhæng med og skal supplere en række øvrige initiativer, der er igangsat de seneste år, med det formål, at forbedre indsatsen for mennesker med kronisk sygdom generelt og specifikt med henblik på at løfte indsatsen for mennesker med diabetes.

Forebyggelse

Forebyggelsespakker med vidensbaserede indsatser i kommunerne

I forhold til udviklingen af en lang række livsstilssygdomme, herunder type 2-diabetes, er generelle forebyggende og sundhedsfremmende indsatser vigtige. I forhold til type 2-diabetes gælder det især indsatser indenfor områderne overvægt, fysisk aktivitet, mad & måltider, tobak og alkohol. Indsatser målrettet forebyggelse og sundhedsfremme blandt børn og unge er særligt vigtige at prioritere, blandt andet fordi en stor del af børnene vil bære uhensigtsmæssige vaner med sig ind i voksenlivet. I en bred forebyggelsesindsats indgår både strukturelle indsatser, tilbud, information og undervisning samt tidlig opsporing.

² PRO er førstehåndsinformation, der er rapporteret af patienten selv og systematisk indsamlet. Det handler om patientens helbredstilstand, fysisk og mentalt, symptomer, livskvalitet og funktionsniveau.

Sundhedsstyrelsen har udviklet 11 forebyggelsespakker og ét introduktionshæfte, som indeholder faglige anbefalinger til kommunernes sundhedsfremmende og forebyggende indsats. Forebyggelsespakkerne er vidensbaserede værktøjer til kommunerne med faglige anbefalinger indenfor hver sin risikofaktor, der kan bidrage til at prioritere og kvalitetsudvikle det kommunale forebyggelsesarbejde. Forebyggelsespakkerne relaterer sig til risikofaktorer for udvikling af kronisk sygdom, blandt andet alkohol, fysisk aktivitet, mad & måltider, mental sundhed, overvægt og tobak.

Forebyggelse i almen praksis og på sygehus: Materiale til sundhedspersonale, sygehusledere og borgere

Sundhedsstyrelsen har udviklet en række materialer for at inspirere og understøtte det forebyggende arbejde i almen praksis og på sygehus. Materialet giver blandt andet konkrete råd om, hvordan sygehusledelsen kan styrke det forebyggende arbejde, og hvordan samtale om livsstil og helbred kan inddrages i forløb. Formålet er, at borgere med forebyggelsesbehov identificeres og henvises til forebyggelsestilbud i sammenhængende forløb på tværs af sektorer.

Satspulje om sundhedstjek: Styrket rekruttering til kommunale forebyggelsestilbud

Med satspuljeaftalen på sundheds- og ældreområdet for 2016-2019 blev det besluttet, at afsætte 27 mio. kr. til en pulje, der har til formål at afprøve metoder til at styrke en målrettet rekruttering til kommunale sundhedstilbud af borgere i alderen 40-60 år med forøget risiko for at udvikle en kronisk sygdom, herunder type 2-diabetes, samt at tilbyde målrettede forebyggelsestilbud til borgere med behov herfor. Resultaterne af evalueringen forventes at foreligge i 2020.

Kronisk sygdom

Forstærket indsats for kronisk sygdom 2010-2012

I 2010-12 blev der afsat 590 mio. kr. i puljemidler til en forstærket indsats for patienter med kroniske sygdomme, herunder alle former for diabetes. Som led heri videreudviklede Sundhedsstyrelsen blandt andet den generiske model for forløbsprogrammer for kronisk sygdom, som styrelsen udviklede i 2008 med inspiration fra The Chronic Care Model. Et forløbsprogram beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede sundhedsfaglige indsats, der sikrer anvendelse af evidensbaserede anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats, en præcis beskrivelse af opgavefordeling samt koordinering og kommunikation mellem alle involverede parter i forløbet. Alle regioner/kommuner i regionerne har udarbejdet og implementeret lokale forløbsprogrammer for type 2-diabetes, som en del af den forstærkede indsats.

Den forstærkede indsats skulle ligeledes medvirke til at skabe grundlag for landsdækkende videndeling og for løbende evaluering og monitorering af indsatsen i forhold til kronisk sygdom, understøtte kvalitetssikring af patientuddannelse samt udbrede egenbehandling som behandlingsprincip.

Styrket indsats for kronisk sygdom 2016-2019

I forbindelse med økonomaftalerne for 2016 indgik regeringen, KL og Danske Regioner en aftale om at afsætte 1,2 mia. kr. fra 2016-2019 til en samlet satsning i forhold til kronisk sygdom. Den samlede satsning indeholder en national lungesatsning samt forløbsplaner for udvalgte kroniske sygdomme, herunder for type 2-diabetes.

Elektroniske patientplaner

Det indgår i aftalen om en styrket indsats for kronisk sygdom, at der skal indføres forløbsplaner for mennesker med type 2-diabetes. Forløbsplanerne er et konkret digitalt redskab, som udarbejdes i almen praksis i dialog mellem patienten og lægen. Formålet er at give patienter, der bliver diagnosticeret et bedre overblik over deres behandlingsforløb, at styrke deres egenomsorg og kontrol med egen sygdom samt at fungere som dialogværktøj mellem patienten og den praktiserende læge.

Sundhedsstyrelsen har som led i arbejdet med forløbsplaner udarbejdet anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes. Anbefalingerne sætter fokus på det samlede forløb fra tidlig opsporing, udredning og diagnosticering, til behandling, rehabilitering og opfølgning. Endvidere indgår anbefalinger til organisering af indsatserne, hvor hensigtsmæssig arbejdsdeling, ansvar og samarbejde beskrives. Anbefalingerne forventes indarbejdet i de lokale forløbsprogrammer i regi af sundhedsaftalerne, så borgere/patienter med forskellige behandlings- og rehabiliteringsbehov, kan få et sammenhængende tilbud af høj faglig kvalitet.

Som led i arbejdet med forløbsplaner udarbejdede Sundhedsstyrelsen endvidere i 2016 anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. An-

befalingerne har til formål at understøtte kommunerne i at målrette og prioritere deres forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser til borgere med kronisk sygdom, herunder type 2-diabetes. I anbefalingerne beskrives den konkrete udformning af forebyggelses- og rehabiliteringstilbud samt de kompetencer, der bør være til stede ved varetagelsen af de enkelte tilbud.

Ældre medicinske patienter

Handlingsplaner for den ældre medicinske patient 2012-2015 og 2016-2019

I regi af satspuljeaftalen for 2012-2015, blev der udarbejdet en national handlingsplan for den ældre medicinske patient. Handlingsplanen for 2016-2019 er en forlængelse af den første handlingsplan og indeholder initiativer, som yderligere skal styrke indsatsen for ældre medicinske patienter. Initiativerne understøtter samtidig indsatsen for borgere med kronisk sygdom, herunder borgere med type 2-diabetes, idet mange ældre medicinske patienter har type 2-diabetes. Indsatserne omfatter blandt andet styrket indsats mod overbelægning, styrkede kommunale akutfunktioner, kompetenceløft i den kommunale hjemmesygepleje, opfølgende hjemmebesøg, tidlig opsporing og en mere rettidig indsats, flere udgående sygehusfunktioner og øget rådgivning til kommuner og almen praksis samt bedre styr på medicinen.

Kliniske retningslinjer

Nationale kliniske retningslinjer på diabetesområdet

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet to nationale kliniske retningslinjer på diabetesområdet, 'Udvalgte sundhedsfaglige indsatser ved rehabilitering til patienter med type 2-diabetes' fra 2015 og 'Udredning og behandling af diabetiske fodsår' fra 2013.

Behandlingsvejledninger

De faglige selskaber har udarbejdet en lang række vejledninger. Dansk Selskab for Almen Medicin har fx udarbejdet behandlingsvejledningerne 'Type 2-diabetes. Et metabolisk syndrom' fra 2013 og 'Insulinbehandling af patienter med type 2-diabetes' fra 2014.

Dansk Endokrinologisk Selskab har blandt andet behandlingsvejledningerne 'Behandling og kontrol af type 2-diabetes' fra 2014, 'Den diabetiske fod' fra 2014, 'Diabetisk Neuropati' fra 2015 og 'Type 1 Diabetes Mellitus' fra 2016. Dansk Cardiologisk Selskab har udgivet behandlingsvejledningen 'Diabetes og hjertesygdom' i 2016.

Øvrige initiativer

Patientansvarlig læge

I økonomiaftalen mellem regeringen og Danske Regioner for 2017 blev det aftalt at indføre patientansvarlige læger på sygehuse for alle patientgrupper. Den patientansvarlige læges opgave er at koordinere patienternes samlede behandlingsforløb, herunder hvornår patienterne skal behandles for eventuelle andre samtidige sygdomme. Den patientansvarlige læge skal desuden medvirke til at skabe bedre forløb for patienten ved i højere grad at sikre, at de forskellige behandlinger fungerer sammen.

Aktiv patientstøtte

Alle regioner har igangsat indsatsen 'aktiv patientstøtte', som er målrettet patienter, der har mange kontakter til sundhedsvæsenet, eller har forhøjet risiko herfor. Det kan eksempelvis være patienter med multisygdom i form af diabetes og samtidig hjertesygdom. Aktiv patientstøtte er et tilbud om støtte fra en sygeplejerske til at mestre livet med én eller flere kroniske sygdomme, og skal supplere de øvrige indsatser, som patienten modtager i sundhedsvæsenet.

Program for digitalt samarbejde om komplekse patientforløb

Sundhedsdatastyrelsen har igangsat et program for digitalt samarbejde om patienter, der har mange kontakter til sundhedsvæsenets forskellige aktører og sektorer. Projektets formål er at understøtte en bedre koordinering og samarbejde mellem de sundhedsprofessionelle om og med patienter med komplekse patientforløb på tværs af sundhedsvæsenets sektorer. Dette sker ved at udvikle og afprøve nye digitale forretningsservices vedrørende deling af aftaler, planer og indsatser, fælles stamkort med data om patienten samt udarbejde en analyse af, hvordan man fremadrettet kan dele oplysninger digitalt om patientens mål. Programmet gik i gang i efteråret 2016 og afsluttes ved udgangen af 2019.

National udbredelse af telemedicinsk sårvurdering

I den nationale handlingsplan for udbredelse af telemedicin fra 2012, fremsatte regeringen, KL og Danske Regioner et ønske om afprøvning af fem telemedicinske initiativer, herunder telemedicinsk sårvurdering. I den forbindelse blev projektet 'National Udbredelse af Telemedicinsk Sårvurdering' igangsat for perioden 2012 - 2015. Formålet med projektet var at udbrede den telemedicinske sårvurdering i alle regioner og kommuner til patienter med diabetiske og venøse bensår, og derigennem forbedre kvaliteten af behandlingen og understøtte effektiv ressourceudnyttelse.

1.5 Evaluering af initiativer

Det er centralt, at initiativerne i handlingsplanen evalueres, og at evaluering tænkes ind fra starten. Evaluering skal således indgå som en del af alle initiativer i handlingsplanen, for dermed at bidrage med viden om, hvad der fremadrettet kan skabe sammenhængende forløb og indsatser af høj kvalitet til mennesker med alle former for diabetes. Viden fra projekter og tiltag skal formidles bredt ud til gavn for flest mulige mennesker med diabetes.

Evaluering af handlingsplanens initiativer bør så vidt muligt inddrage både effektmål relateret til borgeren/patienten, herunder PRO, faglig kvalitet og aktivitet og være enslydende på tværs af de igangsatte projekter/indsatser inden for hvert initiativ i handlingsplanen, med henblik på sammenlignelighed. Indikatorer for sådanne resultater kan blandt andet omfatte:

- Patientrelaterede oplysninger: Selvvurderet helbred og livskvalitet, funktionsevne, ernæringstilstand, mestring, viden om helbred og medicin mv.
- Sammenhæng og kvalitet i ydelsen: Kompetenceniveau, procedurer for arbejdsgange, medicinhåndtering, henvisningsgrad, kommunikation mv.
- Aktivitet: (Gen)indlæggelser, herunder forebyggelige indlæggelser, varighed af indlæggelser, kontakter til sundhedsvæsenet, forbrug af kommunale ydelser mv.

2 Sammenfatning af anbefalinger

Det faglige oplægs anbefalinger til initiativer i den nationale diabetesbehandlingsplan er sammenfattet nedenfor. De enkelte anbefalinger uddybes i de efterfølgende kapitler.

Generel forebyggelse og sundhedsfremme – så færre udvikler type 2-diabetes

1. *Sundhedsstyrelsen identificerer de prioriterede anbefalinger i de opdaterede forebyggelsespakker (forventes opdateret i 2018), som er særligt relevante for, at færre udvikler type 2-diabetes. Det gælder fx overvægt, fysisk aktivitet, mad & måltider, tobak og alkohol. De identificerede anbefalinger implementeres efterfølgende gennem implementeringsstøtte.*

Tidlig opsporing og rettidig indsats – så færre får komplikationer og alvorlige følgesygdomme af type 2-diabetes

2. *Sundhedsstyrelsen udvikler og gennemfører i partnerskaber med blandt andre Diabetesforeningen en informationsindsats til personale på tværs af alle velfærdsområder, som er i kontakt med mennesker i høj risiko for at udvikle eller have type 2-diabetes. Relevante aktører inddrages i det forberedende arbejde med at afdække målgruppe, indhold og informationskanal.*
3. *Sundhedsstyrelsen udarbejder i samarbejde med relevante aktører og på baggrund af foreliggende viden og erfaringer på området en model for rettidig og systematisk opsporing af mennesker, der er i høj risiko for at have eller for at udvikle type 2-diabetes. Modellen skal efterfølgende afprøves og evalueres med henblik på eventuel national udbredelse.*

Fokuseret og skræddersyet indsats - ud fra den enkeltes behov

4. *Sundhedsstyrelsen udvikler med inddragelse af relevante aktører og på baggrund af eksisterende erfaringer redskaber til vurdering af individuelle behov med henblik på at kunne levere en skræddersyet indsats. Med udgangspunkt i redskaberne igangsættes projekter, hvor kommuner, regioner og almen praksis kan afprøve konkrete redskaber i en lokal kontekst. Projekterne evalueres med henblik på efterfølgende national udbredelse af virksomme indsatser.*
5. *Kommuner, regioner og/eller almen praksis igangsætter med udgangspunkt i eksisterende erfaringer afprøvning af modeller med fokus på at inkludere og fastholde særligt sårbare borgere/patienter med diabetes, herunder borgere/patienter med komorbiditet. Sundhedspædagogiske redskaber og civilsamfund inddrages i relevant omfang. Der samles efterfølgende op på erfaringerne med henblik på udbredelse af virksomme indsatser.*

Organisering af indsatsen – med mennesket i centrum

6. *Kommuner, regioner og/eller almen praksis afprøver modeller for organiseringen af undersøgelse af- og/eller opfølgning på mennesker med diabetes med udgangspunkt i*

tankegangen om 'samme dag under samme tag'. Modellerne skal baseres på eksisterende erfaringer i det omfang, de findes, og inddrage relevante aktører fx almen praksis, ambulatorier, kommunale tilbud/sundhedscentre, privatpraktiserende speciallæger og fodterapeuter. Der samles efterfølgende op på erfaringerne med henblik på udbredelse af virksomme indsatser.

7. *Sundhedsstyrelsen beskriver på baggrund af eksisterende erfaringer med gode overgange fra barn/ung til voksen, rammer for overgangen fra barn/ung til voksen for børn og unge med diabetes, med henblik på efterfølgende at understøtte en ensartet praksis på tværs af landet.*

Kvalitet i indsatsen – så alle med behov får tilbud af høj ensartet kvalitet

8. *Kommuner, regioner og almen praksis udvikler og afprøver i fællesskab modeller for fælles faglig datarevet kvalitetsudvikling omkring den fælles patientpopulation og for samtidig at skabe gensidigt kendskab til indsatser, kompetencer og viden aktørerne imellem. Der samles efterfølgende op på erfaringerne med henblik på udbredelse af virksomme indsatser.*
9. *Samarbejdsmodeller, hvor sygehusene med forskellige typer af indsatser som data, rådgivning, faglig ekspertise og viden fra sundhedsprofilerne understøtter indsatsen i almen praksis og kommuner, afprøves og evalueres med henblik på at styrke samarbejdet på tværs og så kvaliteten af tilbud tæt på borgerne løftes.*
10. *I regi af Sundhedsstyrelsen gennemføres der en analyse af indholdet i og kvaliteten af de kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud, herunder sygdomsmestring, til borgere med kronisk sygdom, herunder type 2-diabetes, ved en ekstern leverandør. Analysen skal belyse implementeringen af Sundhedsstyrelsens anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom med henblik på en målrettet indsats for at løfte kvaliteten af tilbuddene, og vil supplere den monitorering af de kommunale forebyggelsestilbud, som Statens Institut for Folkesundhed foretager i efteråret 2017.*

3 Populationsbeskrivelse

3.1 Karakteristika

Diabetes er en kronisk metabolisk sygdom, der er karakteriseret ved kronisk forhøjet blodsukker. Der findes flere forskellige typer af diabetes, hvoraf de oftest forekommende kaldes type 1-diabetes og type 2-diabetes.

I Danmark lever en stigende del af befolkningen med diabetes, og det estimeres, at forekomsten er fordoblet de seneste 10 år. Ifølge Dansk Diabetes Database havde ca. 320.000 mennesker diabetes i 2012, hvoraf ca. 20.000 havde type 1-diabetes og størsteparten af mennesker med diabetes har således type 2-diabetes (Sundhedsstyrelsen 2017). En mindre gruppe mennesker har øvrige diabetestyper som fx Maturity-Onset Diabetes of the Young (MODY), Latent Autoimmune Diabetes og Adulthood (LADA) og gestationel diabetes.

Hovedparten af mennesker med type 2-diabetes er mellem 50-69 år fordelt på aldersgrupperne: 5-10 pct. <40 år, 10 pct. 40-49 år, 20 pct. 50-59 år, 30 pct. 60-69 år, 20 pct. 70-79 år og cirka 15 pct. >80 år. Hos børn og unge med diabetes har 99 pct. type 1-diabetes (Sundhedsstyrelsen 2017).

Antallet af mennesker med ny-diagnosticeret diabetes har ligget nogenlunde konstant i de seneste fem år svarende til 25-30.000 per år, hvoraf det skønnes, at 20-25.000 af de nye tilfælde er type 2-diabetes (Sundhedsstyrelsen 2017).

Der er forskel på antallet af mænd og kvinder, der har type 2-diabetes, idet 54 pct. af borgerne med type 2-diabetes er mænd. For aldersgrupperne 50-70 år er 60 pct. mænd. Mere end 80 pct. af borgerne med type 2-diabetes er overvægtige, og lige så mange har forhøjet blodtryk og/eller forhøjet kolesterol i blodet (Sundhedsstyrelsen 2017). For type 1-diabetes ses lignende kønsfordeling, da 56 pct. af mennesker med type 1-diabetes er mænd. Blandt børn og unge er der en ligelig fordeling mellem kønnene med diabetes (Dansk Diabetes Database 2014).

Det er velkendt, at risikoen for type 2-diabetes er højere blandt indvandrergupper med især pakistansk, tyrkisk og somalisk baggrund, sammenlignet med den etnisk danske gruppe. I København var forekomsten af kendt diabetes dog kun 25 pct. højere blandt de nævnte etniske minoritetsgrupper, hvilket svarer til en andel på 6,0 pct. hos etniske danskere sammenlignet med 7,6 pct. blandt de nævnte etniske minoritetsgrupper (Sundhedsstyrelsen 2017).

Der ses en betydelig social gradient ved type 2-diabetes i forhold til forekomst, sygdomsudvikling og død. Det gælder fx for uddannelse, hvor der blandt mennesker med kort uddannelse ses en tre gange større forekomst end blandt mennesker med lang uddannelse, ligesom mennesker med kort uddannelse i gennemsnit diagnosticeres fem år senere end dem med lang uddannelse. De højtuddannede har også lavere risiko for at udvikle senkomplikationer og for tidlig død (Sortsoe et al. 2015; Sundhedsstyrelsen 2017).

3.2 Senkomplikationer og komorbiditet

Det fremgår af årsrapporten fra Dansk Diabetes Database, at 26 pct. af mennesker med diabetes har diabetisk øjensygdom (Sundhedsstyrelsen 2017). Hos børn og unge forekommer øjensygdom derimod sjældent, idet der kun ses øjenforandringer hos én pct. af alle børn og unge med diabetes (Dansk Diabetes Database 2014).

Forekomsten af mikroalbuminuri eller makroalbuminuri, (forstadie til nyresygdomme) hos voksne med type 1-diabetes er ca. 15-20 pct., mens der ses normal albuminudskillelse hos 95 pct. af børn og unge med type 1-diabetes. Der foreligger ikke aktuelle data for forekomsten af mikroalbuminuri og nefropati hos mennesker med type 2-diabetes. Selvom antallet af nyopståede tilfælde af nefropati er faldende, udgør patienter med type 1-diabetes og type 2-diabetes stadig en stor andel af de patienter, der udvikler nyresvigt med behov for dialyse og eventuelt nyretransplantation (Dansk Diabetes Database 2014; Sundhedsstyrelsen 2017).

Der er ikke valide tal for forekomsten af diabetisk neuropati og fodproblemer i den samlede population af mennesker med diabetes. Det anslås, at op til 15 pct. af alle mennesker med diabetes vil udvikle diabetiske fodsår, som har svært ved at hele, og at 70 pct. af dem, der har haft et diabetisk fodsår, vil få endnu et sår, inden der er gået fem år. Hver fjerde person med et diabetisk fodsår ender med at få en amputation af underben eller lår, og efter fem år er halvdelen af dem, der får foretaget en sådan amputation, døde. Opgørelser fra Steno Diabetes Center og Odense Universitetshospital viser, at antallet af større amputationer er faldende, mens det ikke er gældende for mindre amputationer som fx tå-amputationer. Det er imidlertid ikke klart, i hvor høj grad tallene afspejler en generel tendens, idet data kun findes for en selekteret population af mennesker med diabetes (Sundhedsstyrelsen 2017).

Forekomsten af diabetisk fodsår ledsages af betydelig øget morbiditet og mortalitet. Nyopståede tilfælde af diabetisk fodsår anslås at være 1-2 per 100 patientår (cirka 3.000 nye tilfælde årligt), men tallene er usikre, da en ensartet systematisk diagnosekodning på sygehuse endnu ikke er implementeret på landsplan, og fordi der ikke foretages registrering i primærsektoren. Det skønnes, at antallet af nyopståede tilfælde er faldende i hospitalssektoren, men der mangler dokumentation for dette (Sundhedsstyrelsen 2017).

Endelig kan det nævnes, at forekomsten af iskæmisk hjertesygdom og/eller hjertesvigt er øget hos mennesker med diabetes. Blandt mennesker med hjertesygdom har op mod halvdelen enten diabetes eller forstadier til diabetes (Sundhedsstyrelsen 2017).

4 Generel forebyggelse og sundhedsfremme – så færre udvikler type 2-diabetes

Sundhedsstyrelsen identificerer de prioriterede anbefalinger i de opdaterede forebyggelsespakker (forventes opdateret i 2018), som er særligt relevante for, at færre udvikler type 2-diabetes. Det gælder fx overvægt, fysisk aktivitet, mad & måltider, tobak og alkohol. De identificerede anbefalinger implementeres efterfølgende gennem implementeringsstøtte.

4.1 Udfordringsbillede

Implementering af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker

Uhensigtsmæssig livsstil med usunde kostvaner og for lidt fysisk aktivitet samt overvægt øger risikoen for at udvikle type 2-diabetes. Sunde kostvaner og regelmæssig fysisk aktivitet, et begrænset alkoholforbrug og intet tobaksbrug kan til en vis grad forebygge type 2-diabetes og gør det samtidig nemmere at bevare normalvægten og undgå overvægt. I forhold til udviklingen af en lang række livsstilssygdomme, herunder type 2-diabetes, er generelle forebyggende og sundhedsfremmende indsatser derfor vigtige.

Sundhedsvæsenet har en lang række indsatser med sundhedsfremmende og forebyggende sigte, der blandt andet skal bidrage til at understøtte sund livsstil i befolkningen. Disse indsatser spiller en vigtig rolle i forebyggelsen af og den tidlige indsats overfor type 2-diabetes. Indsatserne retter sig fx mod at forebygge overvægt, fysisk inaktivitet, uhensigtsmæssige mad- og måltidsvaner, et stort alkoholforbrug og rygning. I en bred forebyggelsesindsats indgår både strukturelle indsatser, tilbud, information og undervisning samt tidlig opsporing.

Kommunerne har siden 2012-13 arbejdet med at implementere de faglige anbefalinger i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker. I en kortlægning af implementeringsarbejdet fra 2015 vurderer kommunerne, at forebyggelsespakkerne har fået stor gennemslagskraft og betydning for det forebyggende arbejde i kommunerne. Kommunerne vurderer entydigt, at pakkerne medvirker til at styrke kvaliteten i arbejdet, og pakkerne er i udstrakt grad blevet brugt som redskab til at gennemgå og styrke egen praksis på området. Kortlægningen viser dog også, at der er stor variation mellem de forskellige risikofaktorer i forhold til, i hvor høj grad anbefalingerne er implementeret og på hvilket niveau. De fleste kommuner har primært arbejdet med anbefalingerne på grundniveau, som mange også har en klar målsætning om at implementere, mens det er vanskeligere at arbejde med anbefalinger på udviklingsniveau.

Kommunerne vurderer endvidere, at der indenfor sundhedsområdet er de nødvendige kompetencer og viden til at arbejde med implementering af pakkerne, men at der stadig er store udfordringer og potentialer forbundet med at bringe pakkernes anbefalinger i spil indenfor

andre fagområder end sundhed. Selvom samarbejdet på tværs af kommunernes forvaltninger er stigende, viser kortlægningen, at netop samarbejdet er en udfordring for implementeringsarbejdet, som indeholder komplekse problematikker (Statens Institut for Folkesundhed 2015).

For at styrke den samlede forebyggende og sundhedsfremmende indsats i kommunerne, opdaterer Sundhedsstyrelsen i foråret 2018 forebyggelsespakkerne. Sundhedsstyrelsen vil i arbejdet med opdateringen desuden identificere prioriterede anbefalinger inden for hver risikofaktor.

4.2 Anbefalinger for den fremadrettede indsats

For at færre skal udvikle type 2-diabetes er særligt forebyggelsespakkerne om overvægt, fysisk aktivitet, mad & måltider, tobak og alkohol relevante. Det er desuden hensigtsmæssigt at have særligt fokus på de anbefalinger, der er målrettet børn og unge, fordi børn og unge tager de u hensigtsmæssige vaner med sig ind i voksenlivet. Endeligt er det væsentligt, at have fokus på de målgrupper, der er i høj risiko for at udvikle type 2-diabetes. De præcise målgrupper skal afgrænses og defineres nærmere.

Når de prioriterede anbefalinger er identificeret i de opdaterede forebyggelsespakker, anbefales det, at understøtte kommunerne i implementeringen af anbefalinger og risikofaktorer med særlig relevans for udviklingen af type 2-diabetes. Tilrettelæggelsen bør ske med udgangspunkt i data fra sundhedsprofilerne, som kan indikere, hvilke indsatser, der er behov for lokalt. I arbejdet med at vurdere implementeringsindsatser inddrages KL's Center for Forebyggelse i Praksis, idet centret har et solidt kendskab til den kommunale virkelighed og erfaring med at hjælpe kommunerne i implementeringen af forebyggelsespakkernes anbefalinger. Center for Forebyggelse i Praksis har i publikationen "Gode erfaringer med implementering af forebyggelsespakkerne" beskrevet, hvad der i syv kommuner har haft betydning for, at de er lykkedes med implementeringsopgaven, og har desuden udviklet og samlet forskellige, relevante materialer og værktøjer, der kan lette implementeringen.

5 Tidlig opsporing og rettidig indsats – så færre får komplikationer og alvorlige følgesygdomme af type 2-diabetes

Sundhedsstyrelsen udvikler og gennemfører i partnerskaber med blandt andre Diabetesforeningen en informationsindsats til personale på tværs af alle velfærdsområder, som er i kontakt med mennesker i høj risiko for at udvikle eller have type 2-diabetes. Relevante aktører inddrages i det forberedende arbejde med at afdække målgruppe, indhold og informationskanal.

Sundhedsstyrelsen udarbejder i samarbejde med relevante aktører og på baggrund af foreliggende viden og erfaringer på området en model for rettidig og systematisk opsporing af mennesker, der er i høj risiko for at have eller for at udvikle type 2-diabetes. Modellen skal efterfølgende afprøves og evalueres med henblik på eventuel national udbredelse.

5.1 Udfordringsbillede

Behov for mere viden

Diabetes er forbundet med langtidskomplikationer i form af skade på forskellige organer, såsom øjne, nyrer, nerver, hjerte og blodkar. Ved tidlig opsporing og efterfølgende behandling med velreguleret diabetes til følge, mindskes risikoen for følgesygdomme. Uden følgesygdomme kan den enkelte borger/patient leve næsten lige så længe som baggrundsbefolkningen.

Symptomer på type 2-diabetes er tørst, hyppige vandladninger, træthed, kløe, føleforstyrrelser, hyppige infektioner, synstab og væggtab. I den tidlige sygdomsfase kan der være ingen eller få tegn på type 2-diabetes, men efterhånden kan symptomerne stige i antal og/eller forværres. I Danmark er der en stor gruppe mennesker, som har diabetes uden at vide det. Det kan skyldes den gradvise udvikling af symptomer, eller manglende kendskab til sygdommen hos den enkelte, eller hos det fagpersonale, der er i kontakt med den enkelte.

Forskellene i forekomst af type 2-diabetes og udvikling af senkomplikationer kan skyldes, at den enkelte ikke er opmærksom på risikofaktorer og symptomer eller ikke har tilstrækkelige ressourcer til at prioritere egen behandling og rehabilitering på grund af andre samtidige udfordringer i hverdagen. Dette kan medføre, at den enkelte ikke opsøger den praktiserende læge/sygehus med henblik på undersøgelse/opfølgning eller ikke deltager i de kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud.

Mennesker med psykiske lidelser og eventuel somatisk sygdom er ofte i kontakt med regionale eller kommunale fagpersoner ansat fx i psykiatrien og på bo- og væresteder. Der er så-

ledes mulighed for at opspore mennesker med type 2-diabetes gennem de fagpersoner, som er i kontakt med målgruppen.

Tidlig opsporing

Tidlig opsporing i kommunen er beskrevet i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes. Her anbefales det, at kommunen implementerer anbefalingerne om systematisk at identificere mennesker i høj risiko for type 2-diabetes. Opsporing alene ved hjælp af måling af HbA1c med patientnært udstyr er ikke tilstrækkelig og anbefales ikke. Ved mistanke om type 2-diabetes skal kommunen altid opfordre den enkelte til at blive udredt hos den praktiserende læge med henblik på at be- eller afkræfte diagnosen.

Med Sundhedsstyrelsens anbefalinger lægges der op til en fokuseret opsporing målrettet grupper med høj risiko frem for en bredere, generel opsporing. En tilgang, hvor man specifikt går efter at opspore højrisikogrupper i den opsporende indsats/i det opsporende arbejde, kan bidrage til at reducere den sociale ulighed, der ses i forhold til type 2-diabetes. Der mangler imidlertid viden om, hvordan en optimal opsporingsindsats skal tilrettelægges for at finde dem, som har eller er i høj risiko for at udvikle type 2-diabetes. Der er således behov for udvikling og forbedring af den kommunale opsporingsprocedure, så den tidlige opsporing af mennesker med høj risiko for type 2-diabetes prioriteres.

Det estimeres, at ca. 80 pct. af alle danskere har kontakt med den praktiserende læge i løbet af et år. Tidlig opsporing er derfor også relevant i almen praksis fx gennem opportunistisk opsporing, hvor patienten henvender sig i anden sammenhæng. Anbefalinger for tidlig opsporing i almen praksis og på sygehus fremgår af Dansk Selskab for Almen Medicin's kliniske vejledning om type 2-diabetes fra 2012 og Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes fra 2017.

5.2 Anbefalinger for den fremadrettede indsats

Mange mennesker har prædiabetes eller type 2-diabetes, uden at de selv eller fagpersonale i kontakt med den enkelte ved det, eller er opmærksomme herpå. Det anbefales derfor, at igangsætte en informationsindsats med henblik på at skabe opmærksomhed omkring type 2-diabetes og efterfølgende få mennesker i høj risiko til at søge den praktiserende læge.

Informationsindsatsen målrettes fagprofessionelle på tværs af velfærdsområder, der er i kontakt med mennesker i høj risiko for at have type 2-diabetes. Formålet med informationsindsatsen er at opkvalificere personalet til at være opmærksomme på symptomerne ved type 2-diabetes. Informationsindsatsen kan målrettes personale på fx bo- og væresteder, botilbud eller hjemmepleje/plejehjem, som er i kontakt med mennesker i høj risiko for at udvikle eller have type 2-diabetes. Personalet har den relationelle kontakt til målgruppen, som kan have afgørende betydning for, om den enkelte søger den praktiserende læge. En sådan indsats kan bidrage til at mindske den sociale ulighed i sundhed, herunder uligheden i udviklingen af type 2-diabetes for mennesker med prædiabetes og udviklingen af senkomplikationer hos de, som allerede har type 2-diabetes.

Informationsindsatsen kan gennemføres i partnerskaber med blandt andre Diabetesforeningen og sammentænkes med eventuelle øvrige informationsindsatser om type 2-diabetes hos de involverede partnere.

Sundhedsstyrelsen vil med inddragelse af relevante parter afdække specifikke målgrupper, indhold og informationskanaler, idet forskellige målgrupper kræver forskellige informationsindsatser/strategier.

Alle aktører i sundhedsvæsenet bør have en fokuseret opsporing målrettet grupper med høj risiko. Der mangler imidlertid viden om, hvordan en optimal opsporingsindsats i kommunerne skal tilrettelægges. Derfor anbefales det, at udvikle en model for rettidig og systematisk opsporing af mennesker, der er i høj risiko for at have eller for at udvikle type 2-diabetes. Udviklingen af modellen skal bygge på den foreliggende viden og erfaringer på området og udarbejdes af Sundhedsstyrelsen i samarbejde med relevante aktører. Som en del af arbejdet med at udvikle modellen defineres målgruppen af mennesker i høj risiko for udvikling af type 2-diabetes.

Modellen skal efterfølgende afprøves i en kommunal kontekst fx målrettet gruppen af mennesker i høj risiko, som ikke selv opsøger det etablerede sundhedsvæsen. Dette er i tråd med Sundhedsstyrelsens anbefalinger, hvoraf det fremgår, at der er behov for at systematisere og målrette opsporingen, så man i videst muligt omfang undgår social skævvridning. Man kan således forestille sig en afprøvning af modellen målrettet etniske minoriteter med høj forekomst af type 2-diabetes, mennesker i særligt udsatte boligområder eller arbejdspladser med en stor andel ansatte med kort uddannelse. Den kommunale opsporingsindsats med brug af modellen kan hensigtsmæssigt ske i samarbejde med boligselskaber, civilsamfund eller arbejdspladser, hvor der forventes at være mange mennesker i høj risiko for at udvikle/have type 2-diabetes.

Modellen skal evalueres med henblik på national udbredelse. I implementeringen af modellen kan Center for Forebyggelse i Praksis fx tænkes ind.

6 Fokuseret og skræddersyet indsats - ud fra den enkeltes behov

Sundhedsstyrelsen udvikler med inddragelse af relevante aktører og på baggrund af eksisterende erfaringer redskaber til vurdering af individuelle behov med henblik på at kunne levere en skræddersyet indsats. Med udgangspunkt i redskaberne igangsættes projekter, hvor kommuner, regioner og almen praksis kan afprøve konkrete redskaber i en lokal kontekst. Projekterne evalueres med henblik på efterfølgende national udbredelse af virksomme indsatser.

Kommuner, regioner og/eller almen praksis igangsætter med udgangspunkt i eksisterende erfaringer afprøvning af modeller med fokus på at inkludere og fastholde særligt sårbare borgere/patienter med diabetes, herunder borgere/patienter med komorbiditet. Sundhedspædagogiske redskaber og civilsamfund inddrages i relevant omfang. Der samles efterfølgende op på erfaringerne med henblik på udbredelse af virksomme indsatser.

6.1 Udfordringsbillede

Skræddersyet indsats ud fra den enkeltes behov

På diabetesområdet eksisterer der i dag en række kliniske retningslinjer, faglige vejledninger mv., der har til formål, at borgere/patienter med diabetes får tilbudt et forløb af høj faglig kvalitet. Anbefalingerne tager afsæt i, hvordan det optimale forløb kan sammensættes ud fra en betragtning om, at 'one size fits all', men forholder sig i mindre grad til øvrige forhold af betydning for forløbet, fx borgerens/patientens ressourcer og netværk. Der kan således være ressourcestærke grupper, som er velregulerede og kan mestre egen sygdom, og som derfor har behov for en mindre intensiv indsats end andre. Et eksempel herpå, er regelmæssige rutinekontroller, som for mange mennesker med velreguleret diabetes ikke er nødvendige.

Samtidig kan der være risikogrupper med færre ressourcer, og som kan have behov for en mere intensiv indsats, eller hvor interventionerne kan introduceres trinvist, af hensyn til den enkeltes mulighed for at få udbytte af interventionen/interventionerne. Nogle patienter, særligt børn og unge, kan have behov for medicinsk udstyr, herunder insulinpumper, glukosemålere mv. i kortere eller længere perioder, for at opnå bedre behandlingskontrol og undgå pludselige udsving i blodsukkeret. Der er i dag en variation på tværs af landet vedr. anvendelsen af disse teknologier.

Herved kan sundhedsvæsenets ressourcer bruges der, hvor der er det største behov, og medvirke til at løfte indsatsen for den gruppe borgere, som ikke har ressourcerne til at indgå i, og få gavn af den indsats, der tilbydes i dag. Denne differentiering er også relevant set i forhold til den forventede stigning i antallet af mennesker med type 2-diabetes, antal indlæg-

gelses og ambulante besøg i perioden frem til 2030 (Statens Institut for Folkesundhed 2017). Der er imidlertid sparsom viden om, hvordan denne individuelle behovsorienterede tilgang konkret kan foregå.

Igangsættelse og fastholdelse af sårbare borgere/patienter

Diagnosen diabetes stilles i almen praksis eller på sygehus. Efter patienten er udredt og den eventuelle indledende behandling er igangsat, skal forebyggelses- og rehabiliteringsforløbet planlægges som en del af det samlede forløb. Borgere/patienter henvises til en afklarende samtale i kommunen med henblik på at afdække hvilke forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser, den enkelte kan have gavn af. Langt de fleste borgere/patienter med type 2-diabetes vil have behov for en forebyggelses- og rehabiliteringsindsats, idet de sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser i kombination med den farmakologiske behandling kan udskyde eller forebygge komplikationer samt optimere helbredstilstanden.

I overgangen fra almen praksis/sygehus til kommune er der risiko for, at nogle borgere/patienter efterfølgende ikke henvender sig til kommunen ved henvisning eller ikke deltager ved den afklarende samtale efter indkaldelse fra kommunen. Sårbare borgere/patienter med fx færre ressourcer, ikke-vestlig baggrund eller samtidig somatisk eller psykisk lidelse kan være svære at opstarte og/eller fastholde i et forløb.

Forløbet for borgere/patienter med type 1-diabetes foregår som udgangspunkt ambulært på sygehus. I forløb på sygehus er der også risiko for, at særlige risikogrupper ikke fastholdes i et opfølgingsforløb på deres diabetes, herunder kontrol for senkomplikationer på anden afdeling.

6.2 Anbefalinger for den fremadrettede indsats

Den individualiserede tankegang er hensigtsmæssig for både regioner, almen praksis og kommuner at indtænke i planlægningen af forløbet af både faglige og ressourcemæssige hensyn. Den populationsbaserede tilgang bør fungere som underlægger til den differentierede tilgang, idet data om den lokale population fx om deres risici og sygdomme, kan understøtte planlægningen af indsatser på tværs af sektorer lokalt. Der er imidlertid sparsom viden om, hvordan den differentierede indsats kan tilrettelægges, idet de faglige anbefalinger, vejledninger mv., i mindre grad kommer med konkrete anbefalinger for, hvordan borgere/patientens egne mål og ressourcer kan inddrages i beslutninger vedrørende tilrettelæggelse af indsatser/forløb.

Derfor anbefales det, at Sundhedsstyrelsen med inddragelse af relevante parter udvikler en model for redskaber til behovsvurdering med henblik på at kunne levere en skræddersyet indsats. Som en del af modellen indtænkes sundhedspædagogiske redskaber. Med udgangspunkt i redskaberne igangsættes projekter i kommuner, regioner og almen praksis, til udarbejdelse og afprøvning af konkrete redskaber i en lokal kontekst. Evalueringen og udvælgelsen af de enkelte behovsvurderingsværktøjer skal ske med inddragelse af borgere/patienterne.

Redskaber til at bestemme og konkretisere den individuelle indsats, kan eksempelvis benyttes i almen praksis, når den praktiserende læge i samarbejde med patienten og eventuelle pårørende træffer beslutninger om behandlingsmål og dertilhørende indsatser, ligesom det kan være relevant med vurderingsredskaber til brug i den afklarende samtale i kommunen med henblik på at skræddersy et kommunalt rehabiliteringsforløb til den enkelte. Det er vigtigt, at alle aktører og borgeren/patienten er enige om de samme mål for den samlede indsats.

Som en del af projekterne for særligt sårbare bør det afklares, hvilke borgere/patienter, som der defineres som særligt sårbare, og dermed hvem, der skal have en særlig indsats, idet der ikke eksisterer en fælles forståelse af begreberne. Det kan fx være patienter, der af forskellige sociale årsager har brug for en særlig støtte for at varetage deres diabetesbehandling eller fastholde en sund livsstil. Afklaringen bør baseres på en populationsbaseret tilgang, der inddrager data om målgruppens risiko for at opleve forværring i deres sundhedstilstand/opleve øget behov for indsatser fra sundhedsvæsenet, som blandt andet fremgår af sundhedsprofilerne.

Udvælgelsen og evalueringen af de enkelte behovsvurderingsværktøjer skal ske med inddragelse af borgerne/patienterne.

Det anbefales endvidere, at almen praksis, kommuner og regioner igangsætter projekter, der har til formål at reducere den sociale ulighed i sundhed gennem afprøvning og evaluering af forskellige modeller for tilrettelæggelse af henholdsvis undersøgelse og/eller opfølgning i almen praksis, på sygehus og/eller i kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud, med henblik på at inkludere og fastholde grupper med særlige behov. Projekterne baseres på eksisterende erfaringer og bør i relevant omfang inddrage sundhedspædagogiske redskaber og inddrage den psykosociale del af det, at leve med diabetes. Der kan endvidere indtænkes digitale muligheder og teknologi som en del af modellen.

Målgruppen for projekterne, deres karakteristika og antal, bør afklares inden projektopstart for dermed at kunne målrette projektet til gruppens behov og ressourcer. Målgruppen kan fx være mennesker med samtidig somatisk eller psykisk lidelse eller etniske minoriteter med høj forekomst af type 2-diabetes.

Som en del af projekterne kan der afprøves partnerskaber med civilsamfund fx patientforeninger med henblik på at understøtte overgangen fra endt kommunalt tilbud til civilsamfundet og dermed forebygge tilbagefald. Civilsamfundet kan endvidere have erfaringer med inklusion og fastholdelse, som vil være relevant at indtænke i projekterne.

Der bør endvidere foretages en evaluering af projekternes erfaringer med henblik på udbredelse af effektfulde indsatser om inklusion og fastholdelse. Evalueringen bør bygge på data fra patienter (PRO) og sundhedsprofessionelle samt relevante tilgængelige kvantitative data. For at skabe et sammenligningsgrundlag bør alle projekterne løbende monitorere deres indsatser ud fra enslydende indikatorer.

7 Organisering af indsatsen – med mennesket i centrum

Kommuner, regioner og/eller almen praksis afprøver modeller for organiseringen af undersøgelse af- og/eller opfølgning på mennesker med diabetes med udgangspunkt i tankegangen om 'samme dag under samme tag'. Modellerne skal baseres på eksisterende erfaringer i det omfang, de findes, og inddrage relevante aktører fx almen praksis, ambulatorier, kommunale tilbud/sundhedscentre, privatpraktiserende speciallæger og fodterapeuter. Der samles efterfølgende op på erfaringerne med henblik på udbredelse af virksomme indsatser.

Sundhedsstyrelsen beskriver på baggrund af eksisterende erfaringer med gode overgange fra barn/ung til voksen, rammer for overgangen fra barn/ung til voksen for børn og unge med diabetes, med henblik på efterfølgende at understøtte en ensartet praksis på tværs af landet.

7.1 Udfordringsbillede

Det specialiserede sundhedsvæsen

Gennem de seneste årtier er der sket en stigende centralisering og specialisering i sundhedsvæsenet, og i særlig grad af sygehusvæsenet. Det har medvirket til et kvalitetsløft i indsatsen på flere områder. Borgere/patienter med diabetes kan imidlertid have behov for indsatser på tværs af flere sektorer og sygehusspecialer, som den nuværende organisering ikke er indrettet til at håndtere. Risikoen for senkomplikationer betyder, at borgeren/patienten skal undersøges eller behandles af flere specialister på sygehusene, mens ansvaret for den øvrige behandling for type 2-diabetes som oftest ligger hos den praktiserende læge. Borgere/patienten kan samtidig følge ét eller flere forebyggelses- og rehabiliteringstilbud i kommunen. Undersøgelser og opfølgning kan derfor være tidskrævende og kan optage så stor en del af den enkeltes tid, at det kan virke uoverkommeligt samtidig at opretholde en hverdag, herunder fastholde et job. Det er særligt en udfordring for sårbare borgere/patienter med få ressourcer, som kan have svært ved at transportere sig over lange afstande af fx økonomiske årsager. Dette giver en skævvridning i forhold til behandlingskvaliteten mellem ressourcestærke og sårbare grupper med social ulighed til følge.

Borgere/patienter med diabetes kan desuden have flere samtidige sygdomme – enten som senfølge af diabetes eller opstået uden sammenhæng til deres diabetes. Dette kræver en særlig opmærksomhed og en særlig tilrettelæggelse af forløbet.

Overgangen fra barn til voksen

Børn og unge med diabetes følges som udgangspunkt på sygehus i børneambulatorierne. I løbet af ungdomsårene oftest omkring det 18. år sker der et skift fra børneambulatorier til voksenambulatorier. Det samme skift gør sig gældende i kommunen, hvor den unges sag overgår til en sagsbehandler inden for voksenområdet. Denne overgang fra et system med nye procedurer og rettigheder, hvor den unge i højere grad selv skal styre eget forløb, kan

for nogle unge opleves voldsom, idet teenageårene samtidig kan byde på sociale, psykiske og behandlingsmæssige udfordringer. En forudsætning for en god overgang er ligeledes, at børne- og ungeambulatorierne har et solidt samarbejde med voksenambulatorierne, som overtager ansvaret for den unge. Dette opleves ikke alle steder i dag.

7.2 anbefalinger for den fremadrettede indsats

Både opfølgning og undersøgelse for eventuelle senkomplikationer er blandt andet aftalt via overenskomster og bør foregå systematisk som beskrevet i Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2017. Her fremgår det, at det er god praksis, at følge op på den igangsatte behandling mindst én gang årligt, og at der bør gennemføres en årlig klinisk og biokemisk status og undersøgelser for senkomplikationer. Endvidere bør der foretages øjenundersøgelse efter behov, ligesom der kan tilbydes opfølgning på afsluttede kommunale rehabiliteringsindsatser efter behov. Borgere/patienterne kan også have behov for en løbende undersøgelse af fodstatus og forebyggende fodterapi hos fodterapeut. Borgere/patienter med diabetes har således brug for brug for en bredspektret undersøgelse/opfølgning/kontrol på tværs af flere sektorer og specialer, som den nuværende organisering ikke er indrettet til at håndtere. Det betyder, at der er risiko for et fragmenteret og tidskrævende forløb.

På den baggrund anbefales det at sammentænke undersøgelser/opfølgning til borgere/patienter med diabetes. Der er gode erfaringer på nogle sygehuse med at samle de medicinske ambulatorier, så den enkelte kan behandles samme sted, hvis de har flere samtidige sygdomme.

Det anbefales konkret, at kommuner, regioner og almen praksis med udgangspunkt i eksisterende erfaringer udvikler og afprøver modeller for organisering af borgerens/patientens undersøgelse og/eller opfølgning og kontrol. Formålet er at lade undersøgelserne inden for forskellige specialer og/eller sektorer foregå samme dag i et samlet set-up, hvor den faglige relevante ekspertise og relevant udstyr er til stede. Dette forventes at øge sandsynligheden for fremmøde hos borgeren/patienten og understøtter en styrket kvalitet i indsatsen. Organiseringen kan eksempelvis centraliseres i almen praksis, der i samarbejde med privatpraktiserende fodterapeuter og øjenlæger tilbyder borgere/patienter med diabetes at komme én fast dag og få foretaget diabeteskontrol og undersøgelse for senkomplikationer. Organiseringen kan også være forankret i kommunale sundhedscentre, der kan samarbejde med praktiserende læger, øjenlæger, fodterapeuter mv. Som en del af projekterne bør der foretages en evaluering af effekten af organiseringen, så de gode erfaringer kan udbredes og dermed komme flere borgere/patienter til gavn.

Det anbefales endvidere, at Sundhedsstyrelsen på baggrund af eksisterende erfaringer med gode overgange fra barn/ung til voksen beskriver rammerne for overgangen fra barn/ung til voksen for børn og unge med diabetes med henblik på efterfølgende at understøtte en ensartet praksis på tværs af landet.

8 Kvalitet i indsatsen – så alle med behov får tilbud af høj ensartet kvalitet

Kommuner, regioner og almen praksis udvikler og afprøver i fællesskab modeller for fælles faglig datadrevet kvalitetsudvikling omkring den fælles patientpopulation og for samtidig at skabe gensidigt kendskab til indsatser, kompetencer og viden aktørerne imellem. Der samles efterfølgende op på erfaringerne med henblik på udbredelse af virksomme indsatser.

Samarbejdsmodeller, hvor sygehusene med forskellige typer af indsatser som data, rådgivning, faglig ekspertise og viden fra sundhedsprofilerne understøtter indsatsen i almen praksis og kommuner, afprøves og evalueres med henblik på at styrke samarbejdet på tværs og så kvaliteten af tilbud tæt på borgerne løftes.

I regi af Sundhedsstyrelsen gennemføres der en analyse af indholdet i og kvaliteten af de kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud, herunder sygdomsmestring, til borgere med kronisk sygdom, herunder type 2-diabetes, ved en ekstern leverandør. Analysen skal belyse implementeringen af Sundhedsstyrelsens anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom med henblik på en målrettet indsats for at løfte kvaliteten af tilbuddene, og vil supplere den monitorering af de kommunale forebyggelsestilbud, som Statens Institut for Folkesundhed foretager i efteråret 2017.

8.1 Udfordringsbillede

Kendskab til og samarbejde om fælles patienter

Almen praksis varetager forløbet for hovedparten af patienter med type 2-diabetes, mens en mindre del følges på sygehusambulatorier. Forebyggelses- og rehabiliteringstilbud foregår som udgangspunkt i kommunen og igangsættes efter henvisning fra sygehus eller den praktiserende læge, men enkelte tilbud kan også varetages på sygehus eller af civilsamfundet. Samlet set er der ikke en entydig ansvarsfordeling på tværs af landet, hvilket kan skabe uklarhed hos de involverede aktører om, hvilke indsatser der varetages i andre sektorer. Risikoen herved er, at den enkelte borger/patient ikke modtager det tilbud, som denne kunne have gavn af og kan blandt andet ses gennem en forskellig henvisningsgrad blandt de praktiserende læger (KL 2015).

I områder med få praktiserende læger/lægepraksis i forhold til antallet af patienter kan det desuden være en udfordring for den praktiserende læge at tilbyde undersøgelser/opfølgning i de rette intervaller af tidsmæssige årsager, hvilket kan medføre en forskelligartet kvalitet på tværs af landet.

Det er en udfordring, at der ikke findes data om sundhedstilstanden i en given lokal population tilknyttet den enkelte praksis, kommuner og region, herunder deres risikofaktorer for udvikling af type 2-diabetes.

En voksende andel patienter har type 2-diabetes, hvoraf en delmængde har svære komplikationer eller multisygdom, som komplicerer behandlingen. Det stiller krav om viden inden for flere specialer hos den praktiserende læge, der har stærke generalistkompetencer, men ikke nødvendigvis et særligt kendskab til type 2-diabetes og dets komplikationer.

Kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet anbefalinger for kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud, som blandt andet kommer med anbefalinger til indhold og kompetencer i forhold til varetagelsen af sygdomsmestring. Formålet med anbefalingerne er at bidrage til, at kommunerne kan målrette deres forebyggelses- og rehabiliteringstilbud og prioritere de tilbud, der er dokumentation for virker bedst eller vurderes som god praksis og dermed opnå en ensartet høj kvalitet på tværs af landet til gavn for borgerne. Anbefalingerne skal samtidig understøtte kommunernes samarbejde med praksissektoren og regionerne, der kan henvise patienter til tilbud med en kendt kvalitet, uanset hvilken kommune, der varetager opgaven.

Der er imidlertid stor forskel på, hvad kommunerne i dag har af tilbud og der er ikke meget systematisk viden om indhold, aktiviteter og effekt af de kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud. Patienter/borgere oplever også en variation i tilbudte indsatser og i kvaliteten, hvor nogle ikke får et tilbud om sygdomsmestring eller får et tilbud, som ikke passer dem, og som betyder, at de falder fra.

8.2 Anbefalinger for den fremadrettede indsats

Det anbefales, at almen praksis, regioner og/eller kommuner igangsætter projekter for at udvikle og afprøve lokale modeller for fælles datadrevet kvalitetsudvikling. I organiseringen kan indgå én eller flere almen praksisser fra en klynge, kommuner og sygehuse, som mødes og drøfter den fælles population med henblik på et samarbejde og vidensdeling om populationen.

Monitorering af indsatsen med udgangspunkt i data, er en vigtig faktor for at kunne løfte indsatsen for mennesker med diabetes, idet det understøtter det løbende kvalitetsarbejde af indsatsen. Udviklingsarbejdet bør baseres på få udvalgte indikatorer om den konkrete population fx data fra PRO og data om sygdomme og risikofaktorer fra almen praksis, der gør det muligt for almen praksis, at indsamle viden om populationens forekomst af diabetes og øvrige risikofaktorer og dermed kunne tilrettelægge indsatsen mest hensigtsmæssigt.

Et tværsektorielt samarbejde om fælles patienter understøtter fælles mål, gensidig respekt, relationelt kendskab og viden om, hvilke opgaver, der varetages andre steder i sundhedsvæsenet. Projekterne antages således at kunne bidrage til en større forståelse, tillid og anerkendelse samt kendskab til øvrige aktørers vigtige rolle og indsatser til borgere med diabetes.

Det anbefales, at der afprøves nye typer af samarbejde, hvor sygehusene med forskellige typer af indsatser som data, rådgivning, faglig ekspertise og viden fra sundhedsprofilerne understøtter indsatsen i almen praksis og kommuner, så samarbejdet på tværs styrkes og så kvaliteten af tilbud tæt på borgerne løftes. I udviklingen af samarbejdsmodeller kan Steno Diabetes Center Copenhagen og de kommende Steno Diabetes Centre tænkes ind, idet de forventes at varetage forløb for en delmængde af patienter med diabetes. Samtidig antages centrene at kunne bidrage med viden til brug for kvalitetsudvikling af indsatserne og rådgive primærsektoren om patienter med særligt komplicerede problemstillinger fx i form af anden samtidig somatisk sygdom.

Det anbefales endvidere, at der foretages en analyse af indhold og kvalitet af de kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud, herunder graden af inddragelse af civilsamfundet. Formålet med analysen er at skabe et overblik over den eksisterende praksis, og analysen skal samtidigt give et indblik i de konkrete indsatser, der tilbydes mennesker med kronisk sygdom generelt og specifikt til mennesker med type 2-diabetes. Analysen skal være udgangspunkt for en vurdering af tilbuddenes kvalitet på tværs af landet.

Analysen foretages af en ekstern evaluator og baseres på en survey til alle kommuner med henblik på afdækning af ydelser og aktivitet, fokusgruppeinterviews og eventuelt observationsstudier for at få en større viden om kvalitet af indhold og kvalitet i indsatserne. Analysen kan sammentænkes med den forstærkede indsats på forebyggelsesområdet med implementering af de prioriterede anbefalinger i de opdaterede forebyggelsespakker, jf. kapitel 4.

9 Referencer

Center for Forebyggelse i Praksis 2016. Gode erfaringer med implementering af forebyggelsespakkerne

Dansk Diabetes Database 2014. National årsrapport 2013/2014

Dansk Selskab for Almen Medicin 2012. Type 2-diabetes. Et metabolisk syndrom.

KL 2015. Analyse. Omfanget af henvisninger fra almen praktiserende læger til kommunale sundheds- og forebyggelsestilbud.
http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_74879/cf_202/Analyse_af_henvisninger_fra_almen_praktiserende_1-.PDF

Sortsoe et al. 2015. Societal costs of Diabetes Mellitus in Denmark according to gender, age and complication state in 2011 – a register based study of all central available diabetes data (Diabetes Impact Study)

Statens Institut for Folkesundhed 2017. Sygdomsudviklingen i Danmark fremskrevet til 2030. KOL og type 2-diabetes

Sundhedsstyrelsen 2016. Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom

Sundhedsstyrelsen 2017. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes