SUNDHEDSSTYRELSEN

2019

Anbefalinger for behovsvurdering i den afklarende samtale

Anbefalinger for behovsvurdering i den afklarende samtale

© Sundhedsstyrelsen, 2019.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: 978-87-7014-068-3

Sprog: Dansk
Version: 1. udgave
Versionsdato: 09.01.2010
Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
Januar 2019

Indholdsfortegnelse

1. Introduktion 4
2. Principper for behovsvurdering i den afklarende samtale 5
3. Samtalens struktur og indhold 7
4. Forudsætninger for gennemførelsen af behovsvurdering i den afklarende samtale 9
5. Kompetencer og kompetenceudvikling 11
Referenceliste 13
Bilagsfortegnelse 14
Bilag 1: Skabelon for den afklarende samtale 15
Bilag 2: Kommissorium 17
Bilag 3: Arbejdsgruppens sammensætning 20

1. Introduktion

I satspuljeaftalen for 2017-2020 er der afsat midler til en national diabeteshandlingsplan, herunder til et initiativ vedrørende behovsvurdering i den afklarende samtale i kommunen (1). Initiativet skal ses i sammenhæng med Sundhedsstyrelsens anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, hvori det anbefales, at borgere med kronisk sygdom, der ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne og helbredsforhold kan have gavn af et forebyggelsestilbud[1], bør henvises til en afklarende samtale med en sundhedsprofessionel i kommunen.

Situation, funktionsevne og forudsætninger varierer hos borgere med diabetes eller andre kroniske sygdomme. Det er derfor væsentligt, at der foretages en behovsvurdering i den afklarende samtale, hvor den enkelte borgers behov, ressourcer og ønsker afdækkes med henblik på at kunne tilrettelægge et forebyggelses- og rehabiliteringsforløb, der passer til borgeren. I den afklarende samtale vil den sundhedsprofessionelle i kommunen derfor vurdere borgerens behov samt tilrettelægge et individuelt tilpasset forebyggelses- og rehabiliteringsforløb i dialog med borgeren.

På baggrund af ovenstående har Sundhedsstyrelsen udarbejdet anbefalinger for behovsvurdering i den afklarende samtale. Anbefalingerne er målrettet sundhedsprofessionelle og ledere, der arbejder med og har ansvaret for de afklarende samtaler.

Formålet med anbefalingerne for behovsvurdering i den afklarende samtale er at styrke en systematisk og ensartet tilgang i den afklarende samtale i kommunen, som borgere med diabetes og øvrige kroniske sygdomme kan henvises til fra deres egen læge eller sygehuslæge. Derudover er hensigten at øge kvaliteten i behovsvurderingen, at den enkelte borger tilbydes et individuelt tilrettelagt forløb, og at borgeren i højere grad inddrages i beslutningen om valg af strategi. Anbefalingerne skal således understøtte den afklarende samtale, så sundhedsprofessionelle i samarbejde med borgeren træffer en fælles beslutning om, hvordan forebyggelses- og rehabiliteringsforløbet, herunder ændring af sundhedsvaner, bedst tilrettelægges ud fra borgerens sygdomstilstand, behov, ressourcer og motivation.

Der er endvidere afsat midler til at afprøve og implementere anbefalingerne. Derfor tilknyttes en ekstern evaluator i regi af Sundhedsstyrelsen til national evaluering af afprøvningen. Øvrige kommuner kan sideløbende anvende anbefalingerne.

Anbefalingerne er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen med rådgivning fra en bredt sammensat arbejdsgruppe. Arbejdsgruppens kommissorium og medlemmer af arbejdsgruppen fremgår af bilag 2 og 3.

[1] Begrebet forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom anvendes om de tilbud, der indgår i Sundhedsstyrelsens 'Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom' (2016) og i betydningen forebyggelse med et rehabiliterende sigte baseret på funktionsevnebegrebet. 'Forebyggelse' forstås i denne sammenhæng som en delmængde af rehabilitering.

2. Principper for behovsvurdering i den afklarende samtale

Anbefalinger

- Behovsvurderingen i den afklarende samtale tager udgangspunkt i tre overordnede principper omhandlende borgerens ressourcer, livskvalitet og motivation, samt støtte til borgeren

Formålet med behovsvurdering i den afklarende samtale er at identificere borgerens behov og at drøfte borgerens funktionsevne, hverdagsliv og sygdomssituation samt risikofaktorer med henblik på at kunne levere en skræddersyet indsats og understøtte et relevant og meningsfuldt forløb. Desuden er det formålet, at den sundhedsprofessionelle og borgeren opnår en fælles forståelse af forventninger, behov og muligheder i relation til forebyggelses- og rehabiliteringstilbud.

Følgende tre principper anbefales som udgangspunkt for behovsvurderingen i den afklarende samtale, i nedenstående rækkefølge:

1. *Afklaring af, hvad der er vigtigt for borgeren*
   Formålet er en afdækning af borgerens ressourcer og livskvalitet og sigter mod afklaring af, hvad der er vigtigt for borgeren

2. *Afklaring af, hvad borgeren er motiveret for*
   Formålet er en afdækning af borgerens parathed til at ændre vaner, herunder opfattelse af egen sundhed

3. *Afklaring af, hvordan borgeren bedst støttes i forhold til princip 1 (vigtighed) og princip 2 (motivation)*
   Formålet er at kunne afdække, hvordan borgeren bedst kan støttes med udgangspunkt i, hvad borgeren finder vigtigt og er motiveret for (2).

Det anbefales således, at der tages udgangspunkt i disse tre principper i forbindelse med udvikling og afprøvning af konkrete metoder og værktøjer til behovsvurdering i den afklarende samtale. Der er mulighed for fortolkninger og variationer afhængig af den lokale kontekst, tilpasset forskellige målgrupper og sundhedsprofessionelle. Hvordan principperne omsættes i den afklarende samtale er en del af den lokale implementering og tilpasning.

Samtalen mellem parterne bør struktureres med afsæt i de førnævnte overordnede principper med henblik på at understøtte behovsvurderingen. En strukturering af samtalerne understøtter, at samtalerne foregår ensartet, at de sundhedsprofessionelle kommer omkring de væsentlige emner, og at der afsættes tilstrækkelig tid til at gennemføre dem.

Derfor bør samtalen således først og fremmest understøtte, at der bliver skabt et tillidsfuldt rum og en tillidsfuld relation, hvor borgeren har lyst til og mulighed for at fortælle den sundhedsprofessionelle om det, som er vigtigt, og hvor den sundhedsprofessionelle samarbejder med borgeren om at tilrettelægge et forløb i kommunen, hvor borgerens behov, motivation og muligheder inddrages i planlægningen.

3. Samtalens struktur og indhold

Anbefalinger

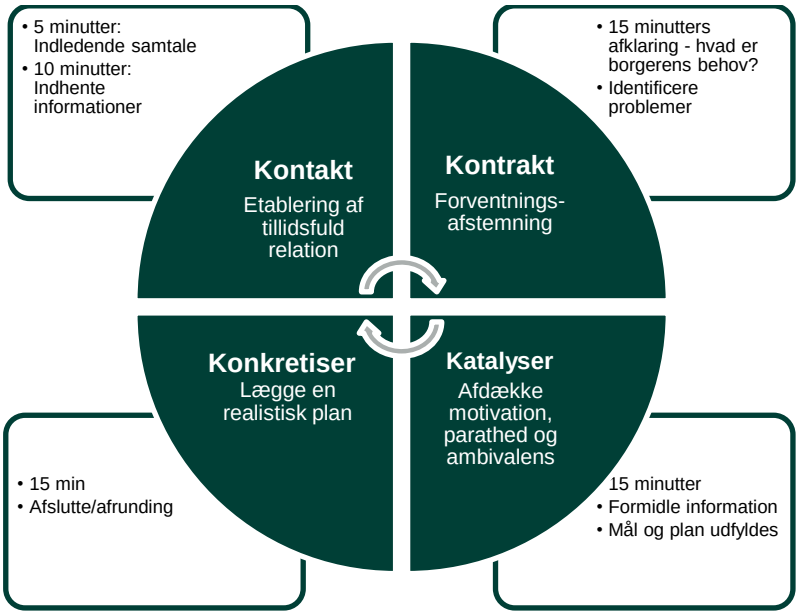
- Den sundhedsprofessionelle i kommunen behovsvurderer og bygger den afklarende samtale op ved at tage udgangspunkt i skabelonen for samtalens form og indhold med afsæt i de tre overordnede principper omhandlende borgerens ressourcer, livskvalitet og motivation samt støtte til borgeren.

- Den sundhedsprofessionelle i kommunen opstiller overordnede målsætninger for, hvordan borgeren kan ændre vaner og leve med en kronisk sygdom. Efterfølgende lægger den sundhedsprofessionelle en plan for det videre forløb med inddragelse af borgeren. Kommunen tilbyder derefter den enkelte borger et individuelt tilrettelagt forløb.

Nedenstående figur, som er baseret på modellen for den motiverende samtale (5), inddeler samtalen i fire dele, som med fordel kan anvendes til at strukturere samtalen:

1) Etablering af tillidsfuld relation (kontakt)
2) Forventningsafstemning (kontrakt)
3) Afdækning af motivation, parathed og ambivalens (katalysér)
4) Tilrettelæggelse af en realistisk plan for forløbet (konkretisér).

Figur 1: Samtalens struktur og indhold (3)



For at understøtte at samtalerne struktureres, anbefales det endvidere, at kommunerne udarbejder en skabelon for indholdet i samtalen. Et eksempel på en skabelon er vedlagt i bilag 1, som er struktureret om samtalens ovennævnte fire dele[2].

Af skabelonen kan det desuden fremgå, hvilke metoder og værktøjer den enkelte kommune vælger at anvende til at afklare de væsentlige emner, herunder afklaring af borgerens motivation for at ændre sundhedsvaner.

Det overordnede formål med samtalen er, at den enkelte borger tilbydes et individuelt tilrettelagt forløb, og at borgeren inddrages i beslutningen om valg af strategi for indsatsen. Samtalen afsluttes derfor om muligt med, at den sundhedsprofessionelle og borgeren i samarbejde opstiller konkrete målsætninger for borgeren, fx konkrete ændringer i kosten, øget fysisk aktivitet samt en konkret og realistisk plan for, hvordan disse mål kan opnås, fx ved at deltage i relevante kommunale forebyggelses- eller rehabiliteringstilbud. Der henvises til Sundhedsstyrelsens 'Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom', hvor disse tilbud er uddybet. Der tages udgangspunkt i, hvad borgeren ønsker og motiveres af, hvilket er med til at fastholde borgeren i målsætningerne, også efter at indsatsen i kommunen er afsluttet.

[2] Modellen er udarbejdet af Center for Diabetes, Københavns Kommune

4. Forudsætninger for gennemførelsen af behovsvurdering i den afklarende samtale

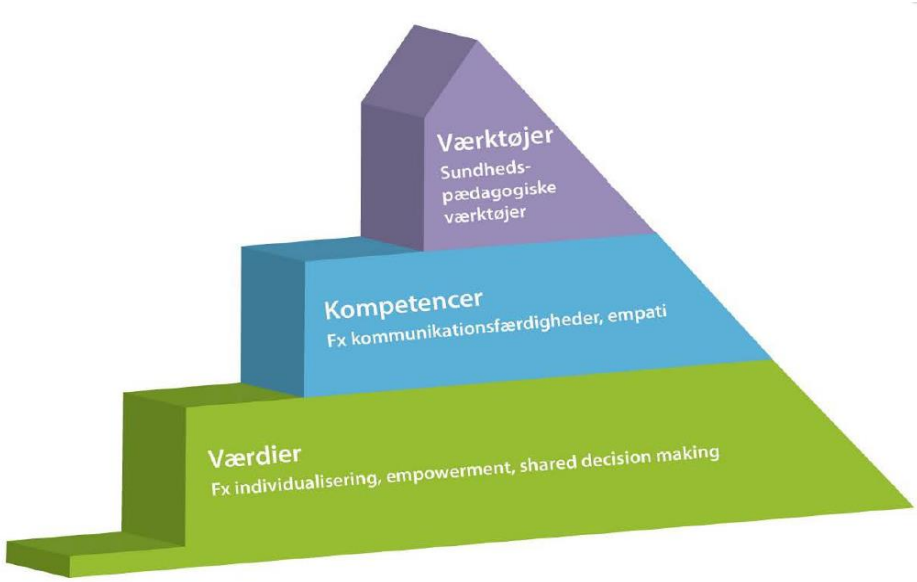
Anbefalinger

- Den afklarende samtale gennemføres med afsæt i en trinvis model, der omfatter værdier, kompetencer og værktøjer.

Behovsvurdering i den afklarende samtale er afhængig af tre sammenhængende elementer: kommunens værdier, medarbejdernes kompetencer og værktøjer.

Mens kommunens værdier er grundlaget for, hvordan borgerne mødes i den afklarende samtale, handler kompetence-elementet om, at de sundhedsprofessionelle har de rette færdigheder til at kunne udføre samtalen. Endelig vil relevante værktøjer kunne understøtte både værdigrundlaget og de sundhedsprofessionelles kompetencer.

Med afsæt i nedenstående model beskrives de tre elementer, herunder hvordan hvert element er vigtig for behovsvurdering i den afklarende samtale. Desuden er implementeringen af alle tre elementer en forudsætning for den afklarende samtale. Denne implementering er et ledelsesmæssigt ansvar.



Figur 2: Trinvis model med de tre elementer i behovsvurderingen: værdier, kompetencer og værktøjer, Steno Diabetes Center Copenhagen, 2018.

Værdier danner grundlag for behovsvurderingen og kommer til udtryk gennem de teorier, der anvendes. Det anbefales, at kommunens værdier baseres på sundhedsadfærd og sundhedspædagogik. Der findes forskellige teorier vedrørende sundhedsadfærd og sundhedspædagogik, som kan anvendes til at guide den afklarende samtale. Kommunens værdier er fundamentet for, hvordan de sundhedsprofessionelle i kommunen arbejder og bør derfor fungere som et fælles fagligt udgangspunkt for behovsvurderingen i den afklarende samtale. Det er ledelsens ansvar at tydeliggøre kommunens værdigrundlag for medarbejderne.

De sundhedsprofessionelles ***kompetencer*** har stor betydning for en vellykket behovsafklaring/behovsvurdering i den afklarende samtale, og der bør derfor være de rette kompetencer til stede for at kunne gennemføre behovsvurdering i den afklarende samtale (er uddybet i kapitel 4).

I den kommunale praksis findes mange forskelige ***værktøjer*** til vurdering af behov hos borgere med diabetes og andre kroniske sygdomme, fx samtaleværktøjer, spørgeskemaer eller fysiske tests. I følge den aktuelle viden, som anbefalingerne er baseret på, kan behovsvurdering ikke kun baseres på ét værktøj. Det er principperne og værdierne bag tilgangen samt de sundhedsprofessionelles kompetencer i overensstemmelse med disse principper og værdier, der er afgørende for, hvordan værktøjet anvendes, og for at den rette effekt opnås. Derudover er det endvidere en forudsætning og et vigtigt værktøj, at kommunen har et velfungerende og løbende samarbejde med regionen og almen praksis, som henviser borgeren til afklarende samtale i kommunen. Samarbejdet kan eksempelvis indledes i Kommunalt Lægeligt Udvalg og tværsektorielle udvalg, hvor parterne er repræsenteret.

5. Kompetencer og kompetence-udvikling

Anbefalinger

- De sundhedsprofessionelle, der gennemfører behovsvurdering, bør som minimum have en mellemlang sundhedsfaglig uddannelse samt de nødvendige sundhedspædagogiske kompetencer.
- Kommunen gennemfører kompetenceudvikling for sundhedsprofessionelle, der varetager behovsvurdering, vedrørende sygdomsspecifik viden og sundhedspædagogik.

Borgerne vil have forskellige forudsætninger for og motivation til at gå i gang med at ændre vaner og leve med diabetes eller andre kroniske sygdomme. Dette stiller forskellige krav til den sundhedsprofessionelle, som skal forestå behovsvurdering i den afklarende samtale.

De sundhedsprofessionelle, som gennemfører behovsvurdering i den afklarende samtale, bør:

- have en mellemlang sundhedsfaglig uddannelse og sygdomsspecifik viden og sundhedspædagogiske kompetencer til at gennemføre behovsvurdering med inddragelse af borgerne.
- kunne udvise empati og vurdere borgernes adfærd og motivation i forhold til at tilrettelægge forløbet.
- have formidlingsmæssige og kommunikative færdigheder til at forstå, igangsætte og handle hensigtsmæssigt i relation til borgerens situation, præferencer og behov.
- kunne vejlede borgeren om den rette indsats i forhold til at imødekomme borgerens behov, fx kostvejledning, fysisk aktivitet mv.

Forskellige sundhedsfaglige faggrupper vil kunne gennemføre behovsvurdering i den afklarende samtale, når blot de opfylder ovenstående anbefalinger. Desuden bør der være mulighed for, at de sundhedsprofessionelle kan sparre med eller få rådgivning fra andre relevante fagpersoner.

Udvikling af medarbejdernes kompetencer bidrager til implementeringen af metoder og værktøjer til behovsvurdering i den afklarende samtale i overensstemmelse med kommunens gældende værdier. De sundhedsprofessionelle kan ved behov understøttes i at

opnå specifik sundhedspædagogisk og sygdomsspecifik viden om diabetes og andre kroniske sygdomme, eksempelvis i form af rådgivning fra andre sundhedsprofessionelle, der har denne viden.

Kompetenceudvikling kan med fordel implementeres med afsæt i følgende anbefalinger:

- Kompetenceudviklingen tilrettelægges, så gruppen af sundhedsprofessionelle lærer i fællesskab og dermed får mulighed for at diskutere, reflektere og afprøve værktøjer/metoder med henblik på at kunne beherske nye tilgange og forståelser. Erfaringsudveksling og erfaringsdannelse er vigtig for læringen, som må ses som en kontinuerlig proces.

- Der følges op med mulighed for supervision og løbende erfaringsudveksling bl.a. ved at danne lokale erfaringsudvekslingsgrupper for de involverede kommunale sundhedsprofessionelle, hvor de kan observere og give hinanden feedback, udveksle viden samt reflektere over udfordringer med eventuelle nye roller.

Der kan benyttes sundhedspædagogiske læringsmetoder til den lokale træning i konkrete værktøjer**,** såsom rollespil og videoobservationer med feedback. Der er forskel på kompetencerne hos de sundhedsprofessionelle i kommunerne, og det er op til den enkelte kommune at vurdere, hvorvidt der er behov for kompetenceudvikling blandt de fagpersoner, som gennemfører den afklarende samtale i kommunen.

Referenceliste

1. **Sundheds- og Ældreministeriet 2017**
   Den Nationale Diabeteshandlingsplan

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

3. **Sundhedsstyrelsen 2016**
   Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom

4. **Steno Diabetes Center Copenhagen 2018,**
   Erfaringsopsamling: Værktøjer og metoder til behovsvurdering

5. **Lang, N.R., 2015, 134: p. 20-22**
   NPC-modellen i den motiverende samtale - i teori og praksis

Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Skabelon for den afklarende samtale

Bilag 2: Arbejdsgruppens kommissorium

Bilag 3: Medlemmer af arbejdsgruppen

Bilag 1: Skabelon for den afklarende samtale

Milepæl	Eksempler på indhold
Kontakt	• Præsentation af sundhedsprofessionel og borger • Indhentning af samtykke • Rammesætning, herunder indhold og formål med samtalen • Mv.
Kontrakt	• Afklaring af behov • Identificere problemer • Hvem er borgeren, og hvordan er borgerens situation, herunder hverdag, udfordringer og erfaringer. • Mv.
Katalysér	• Hvordan har borgeren det med sin(e) sygdom(me)? • Afdække motivation • Afklare om borgeren er parat til at ændre vaner, eller om borgeren eventuelt er ambivalent • Fagperson tilkendegiver sine overvejelser om forløb og afstemmer ift. borgerens motivation og parathed • Mv.

Konkretisér	• Afklare hvilke af kommunens eksisterende forebyggelses- og rehabiliteringsydelser matcher borgerens behov og motivation og opstille realistiske målsætninger • Er der andre muligheder for støtte til netop denne borger (i civilsamfundet, familien, lokalsamfundet)? • Lægge en konkret plan for målopfyldelse • Aftale næste skridt for borgeren • Afklaring af sikkerhedsnet: Hvad sker der, hvis borgeren ikke følger forløbet • Aftale om opfølgning • Mv.

Se eksempler på konkrete i værktøjer: https://www.sst.dk/da/udgivelser/2019/erfaringsopsamling-vaerktoejer-og-metoder-til-behovsvurdering-i-den-afklarende-samtale-med-personer-med-type-2-diabetes

Bilag 2: Kommissorium

KOMMISSORIUM

Kommissorium for Arbejdsgruppe for udarbejdelse af model for rettidig opsporing af mennesker med type 2-diabetes og model for behovsvurdering i den afklarende samtale i kommunen

Baggrund

Regeringen og satspuljepartierne har med satspuljen for 2017-2020 afsat 65,0 mio. kr. til en national diabeteshandlingsplan indeholdende 12 initiativer, der skal styrke indsatsen på diabetesområdet. Ét af initiativerne har til formål at målrette opsporing af type 2-diabetes i relevante grupper (initiativ 3). Et andet initiativ har til formål at understøtte mere individuelle behandlingsforløb (initiativ 8)[3].

Initiativ 3: Model for rettidig opsporing af mennesker med type 2-diabetes

Det estimeres, at der i Danmark i dag er 60.000 mennesker, som har type 2-diabetes uden at vide det. Uopdaget diabetes og deraf manglende behandling medfører øget risiko for udvikling af senkomplikationer og tidlig død. Der mangler imidlertid viden om, hvordan en optimal opsporingsindsats skal tilrettelægges for at finde dem, som har eller er i høj risiko for at have type 2-diabetes[4].

Som en del af den nationale diabeteshandlingsplan udarbejder Sundhedsstyrelsen derfor en model for rettidig og systematisk opsporing i kommunerne. Modellen skal understøtte kommunerne i deres opsporingsarbejde til at identificere de borgere, der er i høj risiko for at udvikle eller have type 2-diabetes.

Modellen forventes at indeholde forslag til validerede spørgeskema(er) til at identificere borgere, der er i høj risiko for at udvikle eller have type 2-diabetes samt anbefalinger til opsporingsstrategier til højrisikogrupper, hvori det validerede spørgeskema skal anvendes. Endelig vil modellen pege på interventioner/aktiviteter, der har til formål at understøtte, at borgeren henvender sig hos den praktiserende læge, hvis den enkelte vurderes at være i høj risiko for at have type 2-diabetes.

[3] Se mere her: http://sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sundhedspolitik/2017/November/~/media/2National%20diabeteshandlingsplan.pdf
[4] Se Sundhedsstyrelsens faglige oplæg til diabeteshandlingsplanen: https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/~/media/20532F80C337496F836778C1DBFC121A.ashx

Initiativ 8: Model for behovsvurdering i den afklarende samtale i kommunen
Når en patient får konstateret type 2-diabetes vil langt de fleste have behov for et eller flere rehabiliteringstilbud og bør derfor henvises til en afklarende samtale i kommunen[5]. I den afklarende samtale tilrettelægges rehabiliteringsforløbet, så det passer til den enkelte. Der eksisterer dog ikke i dag en ensartet tilgang i kommunerne til at individualisere rehabiliteringsforløbet.

Sundhedsstyrelsen vil derfor som en del af diabeteshandlingsplanen udarbejde en model med anbefalinger til behovsvurderingen med henblik på en individuel tilrettelæggelse af rehabiliteringsforløbet.

Proces og organisering

Sundhedsstyrelsen varetager udviklingen af de to modeller og nedsætter på den baggrund en arbejdsgruppe.

Som en del af arbejdet er der igangsat:

- en vidensopsamling af metoder og værktøjer til rettidig og systematisk opsporing (initiativ 3)
- en erfaringsopsamling af metoder og værktøjer til behovsvurdering (initiativ 8).

Vidensopsamlingen og erfaringsopsamlingen inddrages i udviklingen af de to modeller.

Til afprøvning af de færdigudviklede modeller opslår Sundhedsstyrelsen, også som led i diabeteshandlingsplanen, to puljer i efteråret 2018.

Med henblik på national udbredelse af gode erfaringer evalueres puljeprojekterne i to selvstændige evalueringer ved eksterne evaluatorer. Evalueringsrapporterne foreligger ultimo 2021.

[5] Læs mere om den afklarende samtale og anbefalinger til indhold og kompetencer i de enkelte tilbud i Sundhedsstyrelsen publikation "Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom"

Arbejdsgruppens opgaver

Arbejdsgruppen skal rådgive Sundhedsstyrelsen i forhold til udarbejdelsen af de to modeller for henholdsvis opsporing af mennesker med type 2-diabetes og vurdering af rehabiliteringsbehov. Arbejdsgruppen skal herunder drøfte og kommentere på udkast til modellerne.

Arbejdsgruppens sammensætning
Arbejdsgruppen er repræsenteret ved følgende parter:

- Dansk Endokrinologisk Selskab (1)
- Dansk Selskab for Almen Medicin (1)
- Dansk Sygepleje Selskab (2)
- Danske Patienter (1)
- Danske Regioner/region (1+1)
- Diabetesforeningen (1)
- KL/kommuner (1 + 3)
- Sundheds- og Ældreministeriet (1)

Sundhedsstyrelsen varetager formandskab og sekretariatsfunktion.

Sundhedsstyrelsen kan indhente yderligere sagkyndig ekspertise ved behov.

Danske Regioner og KL anmodes om at udpege de kommunale og regionale repræsentanter.

Arbejdsgruppens møder
Der forventes afholdt i tre til fire møder i arbejdsgruppen i perioden fra april til september 2018. Mødedatoerne fremgår af udpegningsbrevet.

Sundhedsstyrelsen udarbejder oplæg til møderne, som arbejdsgruppen drøfter og kvalificerer.

Sundhedsstyrelsen udarbejder dagsorden og beslutningsreferat, der udsendes henholdsvis cirka én uge før og efter mødets afholdelse.

Bilag 3: Arbejdsgruppens sammensætning

Dansk Selskab for Almen Medicin
Praktiserende læge og formand for Dansk Selskab for Almen Medicin
Anders Beich (til juni 2018)

Dansk Endokrinologisk Selskab
Professor, Dr. Med. Sci. Torsten Lauritzen (Aarhus Universitet)

Dansk Sygepleje Selskab
Diabetes- og Hjemmesygeplejerske Hanne Hegedys (Lejre Kommune)

Dansk Sygepleje Selskab
Sundhedskonsulent og Sygeplejerske Lisa Holm Rasmussen (Odense Kommune)

Danske Patienter
Sundhedspolitisk konsulent Maria Iversen (Diabetesforeningen)

Danske Regioner
Stabschef Charlotte Albeck (Steno Diabetes Center Region Nordjylland)
Seniorkonsulent Helene Skude Jensen (til juli 2018)
Konsulent Kathrine Vogn (fra august 2018)

KL
Specialkonsulent Lene Dørfler

Kommunale repræsentanter
Københavns Kommune: Centerchef Center for Diabetes Charlotte Glümer
Mariagerfjord Kommune: Projektleder og sundhedsvejleder Anders Ring
Svendborg Kommune Afdelingsleder Jesper Eilsø

Sundheds- og Ældreministeriet
Fuldmægtig Laura Thordahl

Sundhedsstyrelsen har varetaget formandskab og sekretariatsfunktion

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk