



Opsamling på Sundhedsstyrelsens to workshops om diabetes

Med satspuljen for 2017-2020 afsættes 65,0 mio. kr. til en national diabetesbehandlingsplan. Handlingsplanen skal styrke indsatsen for, at færre borgere rammes af diabetes, og at de opdages tidligere, at uligheden i diabetesbehandlingen mindskes, samt at livskvaliteten for diabetes-patienter øges ved, at de tilbydes støtte og uddannelse med udgangspunkt i den enkeltes behov¹.

Sundhedsstyrelsen har inviteret til to workshops om diabetesindsatsen i Danmark. Første workshop blev afholdt onsdag den 19. april, hvor udfordringer og udviklingspotentialer i den aktuelle diabetesindsats var det centrale omdrejningspunkt for workshoppen. Anden workshop blev afholdt mandag den 15. maj, hvor deltagerne drøftede den aktuelle indsats i almen praksis, på sygehuset og i kommunen med fokus på at afdække muligheder og løsninger på udfordringerne vedrørende den nuværende indsats.

Deltagernes bud på udfordringer fra første workshop og løsninger fra anden workshop er beskrevet i dette notat.

På tværs af temaerne

- **Differentiering af indsatsen**

På diabetesområdet eksisterer der i dag en bred vifte af faglige anbefalinger, vejledninger mv., der medvirker til, at patienter/borgere med diabetes kan få et forløb af høj 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, der har betydning for indsatsernes effekt på borgerens samlede helbred. Det drejer sig fx om den enkeltes ressourcer og netværk. Patienten/borgeren er ekspert i eget liv og kan derfor have væsentlige perspektiver på forløbet, som er vigtige at indtænke.

Ensartethed i forløbene kan fastholde ulighed i sundhed, idet ensartede forløb ikke tilgodeser, at nogle patienter/borgere kan have gavn af en individuelt tilrettelagt indsats med fx hyppigere opfølgning, end der normalt tilbydes. Vedrørende kvaliteten af en differentieret indsats kan det være svært at måle denne ved brug af andre data end patientrapporterede data.

I kommuner med et tyndt befolkningsgrundlag kan det være en udfordring at tilbyde differentierede tilbud, idet der fx ikke er økonomi til flere hold, og der kan mangle de rette sundhedsfaglige kompetencer. Det opleves desuden som en udfordring, at socialt udsatte og andre borgere

¹ <https://www.regeringen.dk/media/2559/satspuljeaftalesum-2017-2020.pdf>

med få ressourcer har svært ved at deltage på hold, der ligger langt fra bopælen fx på et sundhedscenter i en større by eller i nabokommunen (se også tema tre).

En differentieret indsats er relevant i forhold til at sammensætte omkostningseffektive forløb i et sundhedsvæsen, der ikke forventes at få tilført flere ressourcer til at varetage opgaven med stadigt flere patienter/borgere med kronisk sygdom.

Løsningsforslag

Differentierede tilbud gør op med tankegangen om 'one size fits all' og er et paradigmeskift i tilgangen til patienter/borgere, herunder patienter/borgere med diabetes. En differentieret tilgang betyder, at forløbet skræddersys ud fra patienten/borgerens individuelle behov, ressourcer og ønsker, hvilket medfører, at nogle vil få tilbud om flere indsatser, mens andre kan nøjes med færre.

Det er hensigtsmæssigt at indtænke den differentierede tilgang i planlægningen af alle indsatser i forløbet både af faglige og ressourcemæssige hensyn. Indsatsen tager udgangspunkt i patienten/borgerens aktuelle livssituation, hverdag og helbredsmæssige målsætninger frem for at have et ensidigt fokus på somatik, risici og komplikationer. Som det er nu kan sundhedsvæsenet have en tendens til udelukkende at fokusere på indsatsen overfor sygdom, her diabetes, mens fx arbejde, boligsituation eller børn, kan være det, der fylder mest hos patienten/borgeren, og som de derfor ønsker at tage hånd om først.

Der er kun sparsom viden om, hvordan en differentieret indsats tilrettelægges. Faglige anbefalinger og vejledninger mv. beskriver "best practice" for et optimalt forløb og tager ikke højde for differentierede behov og dermed differentierede indsatser blandt målgruppen. Der kan derfor være potentiale i at afprøve beslutningsstøtteværktøjer i de enkelte sektorer, så der kan indhentes erfaringer med at gennemføre differentierede indsatser. Fx kan man afprøve relevant sundhedsteknologi som e-learning for patienter/borgere, der ikke har behov for en håndholdt indsats, og afprøve andre indsatser, der sigter på at få inkluderet og fastholdt patienter/borgere i forebyggelses- og rehabiliteringsforløb.

På organisatorisk niveau kan det overvejes at indføre en differentieret egenbetalingsmodel i forhold til fx medicin, privatpraktiserende aktører (tandlæge, fodterapeut, kliniske diætister) mv. Det kræver imidlertid en politisk vedtaget ændring af den nuværende model.

- **Data/monitorering**

I dag er der en erkendelse af, at der er regionale og kommunale forskelle på kvaliteten af indsatserne. Det er forskelligt, hvordan tilbuddene er tilrettelagt, hvilke faggrupper der er involveret mv. Det er ikke muligt at trække data om indsatsernes kvalitet og effekt og derved sammenligne indsatserne på tværs af landet med henblik på at løfte indsatsen de steder, hvor der er behov. Der mangler desuden data til brug for en individbaseret differentieret indsats og systemer, der understøtter datadeling mellem de involverede aktører, så der kan arbejdes efter samme mål. Endvidere er der ikke en fælles forståelse af betydningen af kvalitet, som fx patientoplevet kvalitet, kvalitet for de fagprofessionelle mv.

Løsningsforslag

Data er en vigtig faktor for at løfte indsatsen for mennesker med diabetes. Data kan både medvirke til løbende kvalitetssikring af indsatserne, til opsporing af borgere i risiko for udvikling af diabetes og til det tværsektorielle samarbejde, bl.a. ved muligheden af at dele data på tværs. Det kan overvejes indsamle nationale data om effekt og patientrapporterede (pro)data samt selvrapporteret helbred, og at genetablere datafangst i almen praksis. Monitorering kan hen-

sigtsmæssigt indtænkes i eksisterende udviklingsarbejde på området som fx Sundhedsdatastyrelsens arbejde med 'komplekse forløb'.

Tema 1: Rettidig indsats

- **Opsporing af personer i høj risiko for at udvikle type 2-diabetes**

I Danmark er der et stigende antal mennesker med type 2-diabetes, heraf en stor gruppe mennesker, som har diabetes uden at vide det. Det nære sundhedsvæsen er tæt på borgerne, hvilket giver et godt grundlag for at forebygge og opspore borgere med diabetes. Således kommer 80 pct. af befolkningen i almen praksis inden for et år. Det betyder, at almen praksis som udgangspunkt er indgangen til den rettidige indsats for patienter/borgere med type 2-diabetes.

Løsningsforslag

Opsporingsindsatsen kan hensigtsmæssigt rettes mod dem, der er i høj risiko for at udvikle type 2-diabetes, jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger, hvor det også anbefales, at opsporing i kommunen skal ske ved hjælp af et risikospørgeskema udviklet til formålet². Tidlig opsporing kan også ske som opportunistisk opsporing i almen praksis, på sygehus, i kommunale forvaltninger og hos privatpraktiserende autoriserede sundhedsprofessionelle, der bør være opmærksomme på symptomer/risikofaktorer hos den enkelte og benytte risikospørgeskemaet for type 2-diabetes, når patienten henvender sig i anden henseende.

Der mangler imidlertid viden om, hvordan en optimal opsporingsindsats skal tilrettelægges for at identificere de borgere, som allerede har type 2-diabetes eller er i risiko for at udvikle diabetes og få dem til at opsøge egen læge. Derfor kan der igangsættes projekter, der har til formål at afprøve og vurdere effekten af forskellige opsporingsindsatser, herunder hensigtsmæssig arbejdsfordeling og samarbejde på tværs af sektorer, når der opstår bekymring for udvikling af diabetes og/eller mistanke om diabetes. Projekterne kan have fokus på opsporing ved hjælp af risikospørgeskemaer til grupper i høj risiko, som ikke selv opsøger det etablerede sundhedsvæsen, og derfor ikke identificeres i en opportunistisk opsporingsindsats. Opsporingsindsatsen kan ske i samarbejde med boligselskaber, civilsamfund eller arbejdspladser, som er i kontakt med borgere eller har ansat medarbejdere, der formodes at være i høj risiko for at udvikle eller have type 2-diabetes, men kan mangle de fornødne ressourcer til at vurdere eget helbred og handle herpå, herunder selv etablere kontakt til sundhedsvæsenet.

Det nære sundhedsvæsen kan medvirke til at nedbringe antallet af mennesker med type 2-diabetes gennem den generelle borgerrettede indsats omkring forebyggelse af overvægt. Forebyggelse af overvægt kan ske gennem strukturelle tiltag, men der kan fx også gennemføres målrettede tværfaglige og dokumenterede indsatser for børn med overvægt, børn af forældre med overvægt og børn af forældre med type 2-diabetes. Opsporing af de relevante målgrupper kan ske gennem etablerede ordninger, hvor der allerede er kontakt til børnene. Det gælder fx almen praksis, som ser børnene i forbindelse med de forebyggende helbredsundersøgelser, tandpleje, daginstitution og skole.

² Sundhedsstyrelsens 'Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes' indeholder et risikospørgeskema, som anbefales anvendt

Tema 2: Undersøgelse og opfølgning

- **Kompetenceudvikling i almen praksis**

Det estimeres, at ca. 85 pct. af patienter med type 2-diabetes varetages i almen praksis, og samtidig, at almen praksis nogle steder mangler kompetencerne til at kunne varetage den individuelle behandling bl.a. for særligt komplicerede patienter med multisygdom.

Endvidere er ressourcerne i almen praksis knappe i forhold til den stadig større andel af patienter, som forventes at skulle varetages i primærsektoren.

Der kan være forskellige holdninger og heraf afledte arbejdsgange og prioriteringer i almen praksis i forhold til, hvordan patienter med diabetes håndteres. Der bør være mere ensartethed i håndteringen af patienter med diabetes.

Løsningsforslag

Danmark har en stærk primær sektor, som har den styrke, at den sundhedsprofessionelle har et godt kendskab til den enkelte patient. Den praktiserende læge er den kontinuerlige sundhedsprofessionelle i manges liv, og dermed er almen praksis det sted, hvor man har det samlede overblik over patientens sygdom og generelle livssituation. For at styrkekompetencerne i almen praksis til at varetage forløbet for patienter med diabetes kan praktiserende læger og praksispersonale opkvalificeres i det sundhedspædagogiske arbejde, herunder den motiverende samtale med henblik på livsstilsændring og fastholdelse af nye vaner hos patienterne. Det kan fx gennemføres som konceptet 'fælles skolebænk' med ambulatorier som den kompetenceudviklende aktør. Samtidig skal almen praksis kunne holde sig opdateret i forhold til, hvilke kommunale tilbud der findes i deres egen kommune og omegn, og det er derfor også vigtigt, at kommunerne har en opdateret beskrivelse af deres sundhedsfaglige tilbud på sundhed.dk.

- **Samarbejde, koordination og effektiv ressourceudnyttelse**

På trods af et længerevarende fokus på det tværsektorielle samarbejde og koordination mellem almen praksis, kommuner og sygehuse er der stadig en oplevelse, af at det ikke fungerer optimalt. Der mangler et forpligtende og anerkendende samarbejde mellem sektorerne for at undgå parallelle eller manglende tilbud. Et samarbejde understøttes af fælles mål, gensidig respekt, relationelt kendskab, og viden om, hvilke opgaver der varetages andre steder i sundhedsvæsenet.

Løsningsforslag

Der bør være obligatoriske undersøgelser og opfølgning i almen praksis afhængigt af patientens behov, oftest hvert eller hvert andet år, jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes fra 2016. For at øge patienternes fremmøde til undersøgelserne er det hensigtsmæssigt at lade samtlige relevante undersøgelser foregå på samme dag i et samlet set up. Herved undgår patienten at bruge unødigt tid på at få gennemført undersøgelserne på flere forskellige dage ude hos de forskellige aktører. Undersøgelser eller opfølgning samme dag samme sted nødvendiggør samarbejde mellem de involverede aktører, herunder almen praksis, kommunale sundhedsprofessionelle, foderapeuter, øjenlæger, civilsamfund mv. med henblik på at organisere indsatsen. En mulighed kan være at etablere et fælles fagligt lederskab, hvor løbende kvalitetsudvikling kan foregå ved hjælp af patientdata.

- **Fastholdelse**

Når patienter er udredt og diagnosticeret med type 2-diabetes, henvises de ofte til kommunale forebyggelsestilbud. De kommunale forebyggelsestilbud er som udgangspunkt en tidsbegrænset indsats. Efter det kommunale forløb er der risiko for, at den enkelte mister motivationen for de livsstilsændringer, der er igangsat i forebyggelsestilbuddet, og får tilbagefald.

Løsningsforslag

Der er et udviklingspotentiale i at inddrage civilsamfundet (patientforeninger, sociale foreninger eller idrætsforeninger mv.), i højere grad end det er tilfældet i dag, for at understøtte motivation for at fastholde sunde vaner og det at mestre egen sygdom. Det kan ske som etablerede partnerskaber. Desuden kan telemedicin anvendes i højere grad.

Tema 3: Kommunale forebyggelsestilbud

- **Forskelle i kvalitet**

Kommunerne skal tilbyde forebyggelse, jf. Sundhedslovens § 119, og kommunerne er kommet langt med denne opgave siden kommunalreformen, bl.a. understøttet af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker og anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. Tilbud til borgere med type 2-diabetes er i høj grad implementeret i kommunerne og med en stigende kvalitet. Der ses endvidere en større grad af samarbejde på tværs af kommuner og sektorer omkring forebyggelsestilbud end tidligere. Ikke desto mindre er der fortsat en uensartethed i tilbuddene (forekomst og omfang) på tværs af landet.

Løsningsforslag

Der er i dag en uensartet praksis på tværs af landet, som ikke skyldes manglende viden på området. Denne uensartethed kan afdækkes med henblik på at få mere viden om det konkrete indhold i de eksisterende tilbud og for at indhente erfaringer om implementering af gældende anbefalinger, som kan bruges til at løfte indsatsen på tværs af landet.

- **Henvisning til kommunale forebyggelsestilbud**

Både almen praksis og sygehuse henviser borgere med type 2-diabetes til kommunale forebyggelsestilbud, hvis det vurderes, at patienten/borgeren har behov herfor. Henvisning til kommunale forebyggelsestilbud er et indsatsområde i de gældende sundhedsaftaler (for 2014-2018). Imidlertid er det forskelligt, i hvor høj grad de praktiserende læger henviser til de kommunale forebyggelsestilbud, og der mangler data, der kan bruges til at følge op på disse forskelle og udligne dem.

Løsningsforslag

Der kan udvikles og igangsættes et samarbejde mellem almen praksis og kommune med henblik på at klarlægge rolle- og ansvarsfordeling. Samarbejde rummer potentiale for udvikling af tillid, gensidig forståelse og anerkendelse samtidig med, at der kan opnås indsigt i den anden parts tilbud og kompetencer, hvilket bl.a. kan resultere i kendskab og henvisning til de kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud.

- **Kommunestørrelse og populationsgrundlag**

Der er store forskelle på kommunernes geografi og populationsgrundlag. Det giver udfordringer fx for små kommuner eller kommuner med større geografiske afstande, hvor der er langt til det nærmeste forebyggelses- og rehabiliteringstilbud. Borgere med få ressourcer kan have

svært ved at afse tid og ressourcer til at transportere sig over større afstande, hvilket giver risiko for manglende opstart i tilbuddene og frafald.

Løsningsforslag

Der er erfaringer med at tilrettelægge tilbud, så de passer til befolkningen i den enkelte kommune. Et eksempel herpå er fra Bornholm, der har ansat udkørende diætister til at varetage et tilbud om ernæring. Lignende tiltag kan udvikles og afprøves blandt særligt sårbare borgere og/eller borgere, der bor langt fra det kommunale sundhedscenter med henblik på at inkludere og/eller fastholde borgerne i et tilbud.

- **Vidensopsamling og –deling**

Der eksisterer ikke en systematisk opsamling af viden, og viden deles ikke på tværs af sektorer og faggrupper. Eksempelvis mangler der viden om, hvordan vi kan få fat i de patienter/borgere, som ikke tager imod tilbudte indsatser, og hvordan tilbuddene kan tilrettelægges for at fastholde sårbare grupper i et givent forløb.

Løsningsforslag

Der kan etableres et nationalt vidensforum, som indsamler og vidensdeler om udfordringer på diabetesområdet, fx vedrørende dataflow og samarbejdsmodeller. Et alternativt forslag er at etablere en systematisk vidensudveksling for den gode måde at samarbejde med patienten og øvrige aktører på i forløbet. Det kan fx ske ved fastlagte møder mellem relevante aktører, hvor der samarbejdes om udfordringer, og aktørerne får kendskab til hinandens virke. Møderne kan holdes decentralt/lokalt for at løse de lokale udfordringer.

- **Inddragelse af civilsamfund**

Langt de fleste kommuner har tilbud til borgere med type 2-diabetes, men der er forskel på, hvor mange indsatser og med hvilken kvalitet kommunerne tilbyder disse indsatser. Endvidere er der kommuner, der har et befolkningsgrundlag eller en geografi, der gør det svært at tilbyde en differentieret indsats.

I udviklingen af forebyggelsestilbud er civilsamfundet ikke inddraget i væsentlig grad, selvom de kan have tilbud, der supplerer de kommunale tilbud.

Løsningsforslag

I organiseringen af forebyggelses- og rehabiliteringstilbud kan det være hensigtsmæssigt at styrke samarbejdet med civilsamfundet, fx i regi af foreningslivet eller patientforeninger. Det kan bl.a. være særligt relevant i kommuner med et begrænset befolkningsgrundlag og deraf færre muligheder for at tilbyde forskelligartede tilbud.

Tema 4: Social ulighed i sundhed

Temaet 'social ulighed i sundhed' går på tværs af de forrige temaer, hvilket også afspejler sig i beskrivelsen af udviklingspotentialer. Derfor skal nedenstående udviklingspotentialer ses som supplement til de tidligere beskrivelser.

- **Definition af sårbar patient/borger**

Der mangler en fælles definitionen af begrebet 'sårbar patient/borger'. I dag anvendes begrebet forskelligt og dækker fx over mennesker med psykiske lidelser og mennesker med multisyg-

dom, men også borgere med kortere uddannelse og visse etniske grupper er særligt udsatte for at udvikle type 2-diabetes og kan derfor også betegnes som sårbare eller udsatte.

Løsningsforslag

Der kan være potentiale i at igangsætte særlige indsatser til sårbare patienter/borgere igennem det etablerede system for at opspore, behandle og følge op. Der skal imidlertid være en fælles forståelse af begrebet 'sårbare patienter/borgere', for at kunne samle op på erfaringer, idet forskellige grupper af sårbare patienter kan have forskellige behov for tilbud og forløb.