

Juni 2016

Forløbsprogram for Type 2 Diabetes Mellitus

Sundhedsaftale

2015-18

KKR
SJÆLLAND

REGION
SJÆLLAND



- vi er til for dig

Godkendt juni 2016

Udarbejdet af KU-SUND

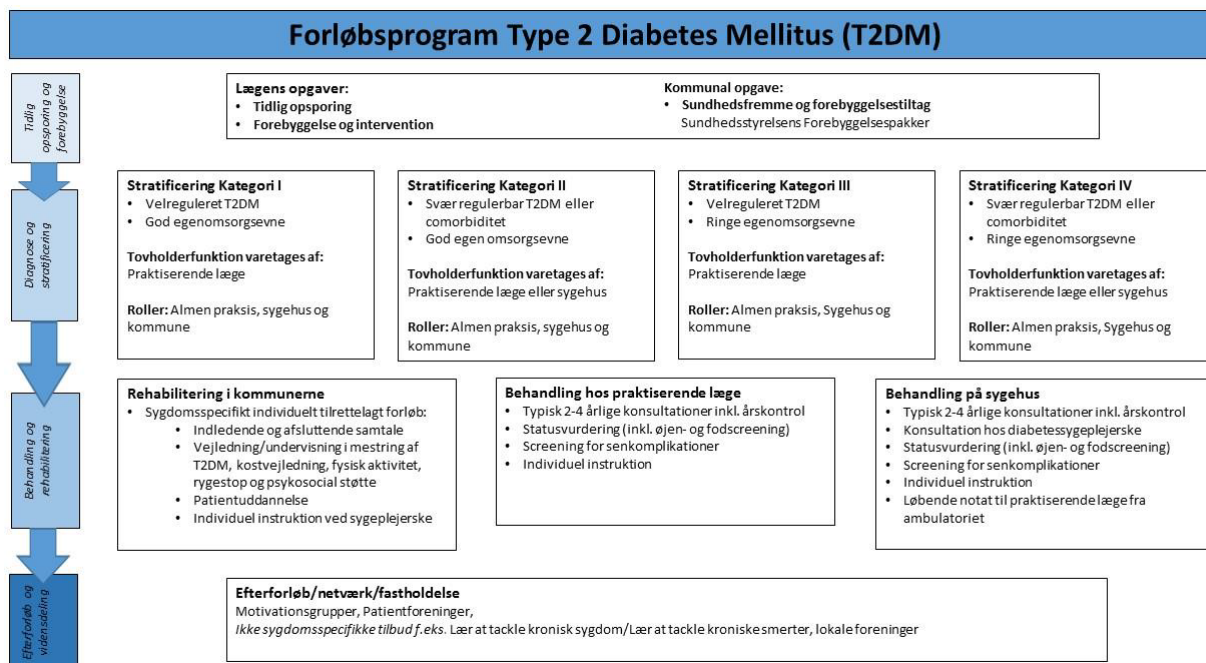
Redaktionelle ændringer oktober 2017

Indhold

FLOWCHART	3
INDLEDNING.....	4
1 Formål og grundlag.....	4
1.1 Fælles om bedre sundhed – Sundhedsaftalen for 2015-18	4
1.2 Programmets opbygning, målgruppe for anvendelse og organisering.....	5
2 Baggrund.....	6
3 Population	7
TIDLIG OPSPORING OG FOREBYGGELSE.....	9
DIAGNOSE OG STRATIFICERING.....	10
4 Nyopdaget T2DM.....	10
5 Faglige indsatser og opgavefordeling	10
6 Stratificering	11
7 Den multisyge patient.....	15
BEHANDLING OG REHABILITERING	17
8 Øjenscreening og henvisning.....	17
9 Fodscreening, diabetiske fodsår og henvisning.....	18
10 Nyrescreening og henvisning	18
11 Rehabilitering i kommunerne.....	19
11.1 Den rehabiliterende indsats	20
EFTERFORLØB OG VIDENDELING	22

12	Videndeling og samarbejde mellem sygehus, kommune og almen praksis.....	22
13	Opfølgning og løbende revurdering T2DM-patienter	22
IMPLEMENTERING, MONITORERING OG REVISION AF FORLØBSPROGRAMMET		23
14	Implementering og opfølgning.....	23
15	Monitorering af forløbsprogrammet	24
16	Evaluering og revision af forløbsprogrammet.....	24
BILAG		26
Bilag 1 – Vejledende program og behandlingsmål for T2DM-patienter		26
Bilag 2 – Elektronisk henvisning.....		29
	Elektronisk henvisning til sygehus	29
	Elektronisk henvisning til speciallægepraksis eller statsautoriseret fodterapeut	29
	Elektronisk henvisning til kommunal rehabilitering	29
Bilag 3 – Revisionsgruppens medlemmer		31
Bilag 4 – Referencer		32
Bilag 5 – Implementeringsplan 2015-2018 ³⁰		33
Bilag 6 – Forslag til indikatorer i monitoreringen		35

FLOWCHART



Sådan henviser du:

Henvisningskriterier fra almen praksis TIL SYGEHUS

- Graviditetsdiabetes og gravide med diabetes
- Børn med diabetes (til Børneafdeling)
- Suboptimal behandlingseffekt af peroral/insulin-behandling på tilstræbt hbA1c-niveau
- Progredierende diabetiske komplikationer (retinopati, nefropati, neuropati) eller progredierende hjerte/kredsløbslidelser
- Diabetiske fodsår

Herudover kan henvises såfremt behandlende læge af anden grund har behov for speciallægevurdering (typisk endokrinolog, øjenlæge, nefrolog, kardiolog).

Henvisningskriterier fra almen praksis og sygehus TIL KOMMUNE

- Borgere/patienter med T2DM, som har ringe egenomsorgsevne
- Borgere med behov for rehabiliteringsforløb (kost, rygning, alkohol, motion, psykosocial støtte)
- Borgere med behov for individuel instruktion eller hjælp

Henvisning bør ud over diagnose og relevante kliniske oplysninger inkl. comorbiditet indeholde evt. skånehensyn eller særlige hensyn ved træning og kostvejledning.

Kommunikation fra almen praksis til sygehus/speciallæge/fodterapeut

Henvisning til diabetesambulatorierne foregår via EDIFACT til Endokrinologisk Fællesvisitation – lokationsnummer: 5790002009716

Henvisning til sårambulatorium foregår via EDIFACT til Fælles Sårvisitation – lokationsnummer: 5790002014864

Henvisning til øjenscreening foregår via EDIFACT til følgende lokationsnumre: Næstved Sygehus: 5790001362621 og Roskilde Sygehus: 5790001362249

Henvisning til speciallæge og fodterapeut foregår via EDIFACT. Henvisning bør ud over diagnose og relevante kliniske oplysninger indeholde opdateret kontaktdata og FMK (LINK til den gode henvisning)

Kommunikation fra almen praksis og sygehus til kommune

Henvisning til kommunerne sendes elektronisk: Fra praksis via EDIFACT/pakkehenvi sning til kommunens lokationsnummer. Fra sygehus via EDIFACT/pakkehenvi sning i OPUS

Henvisningsprocedure fremgå af <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/sundhestilbud/region-sjaelland/>

Kommunikation fra sygehus/speciallæge/fodterapeut til almen praksis

Information til den praktiserende læge sikres via elektronisk overførsel af kopi af relevante notater og laboratorieprøver. Blodprøver bestilt via webreq/BCC "hotelfunktion" kan tages enten i almen praksis eller på sygehuslaboratorier.

Kommunikation fra kommune til almen praksis og sygehus

Efter deltagelse i kommunalt tilbud udarbejdes en kort epikrise til den praktiserende læge, uanset hvem der har været henvisende part. Dette sker under forudsætning af at borgeren har givet samtykke. Epikrisen skal kort beskrive, hvilken støtte borgeren fremadrettet har brug for, og hvilke indsatsområder og mål der arbejdes med.

* Sidste opdaterede version er altid tilgængelig på hjemmesiden

Indledning

1 Formål og grundlag

Dette forløbsprogram beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats for borgere med type 2 Diabetes Mellitus (T2DM) i praksissektor, kommuner og på sygehuse i Region Sjælland. Programmet blev udarbejdet i 2010. Denne udgave er resultatet af den første revision af programmet, der fandt sted efterår 2015-forår 2016.

Forløbsprogrammet herunder stratificeringsmodellen er handlingsanvisende. Stratificeringen vejleder til, hvordan der handles i samarbejdet. Anvendelsen af stratificeringsmodellen hviler på de grundlæggende forudsætninger i sundhedsaftalen: **Fleksibilitet, differentiering og ressourcebevidsthed.**

Den enkelte borger og dennes samlede livssituation vil altid være udgangspunkt og styrende for, hvilke valg den ansvarlige sundhedsfaglige aktør træffer i den konkrete situation.

Programmet skal sikre anvendelse af evidensbaserede eller best practice anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats, inddragelse af patientens og pårørendes egne ressourcer, en fælles forståelse for opgavefordelingen, samt koordinering og kommunikation mellem alle involverede parter.

Formålet er endvidere at sikre en fælles standard for behandling, rehabilitering, patientrettet forebyggelse samt opfølgning for borgere med T2DM i Region Sjælland. Programmet er dynamisk, da indholdet løbende tilpasses ændringer i forhold til udviklingen på området.

Programmet tager udgangspunkt i [Sundhedsstyrelsens generiske model for forløbsprogrammer for kronisk sygdom](#) fra 2012, herunder kronikermodellen og dennes centrale principper. Indholdet i programmet afspejler [Sundhedsaftalen for 2015-18](#) i Region Sjælland, gældende lovgivning, nationale retningslinjer og relevante kliniske retningslinjer mv.

Ved udarbejdelsen af forløbsprogrammet har arbejdsgruppen i størst muligt omfang inddraget anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsens seneste publikation "Anbefalinger for tværsektorielle patientforløb for mennesker med type 2-diabetes" fra foråret 2016.¹

1.1 Fælles om bedre sundhed – Sundhedsaftalen for 2015-18

Sundhedsaftalen fastlægger spillereglerne for samarbejdet mellem almen praksis, kommunerne og sygehusene i Region Sjælland. Aftalen hviler på en række grundlæggende forudsætninger om fleksibilitet, differentiering og ressourcebevidsthed.

Fleksibilitet i samarbejdet er nødvendigt for at kunne arbejde helhedsorienteret om den enkelte borger. Vi er proaktive og venter ikke på signal fra hinanden til at handle. Vi er inden for de aftalte rammer tilgængelige for hinanden og har fokus på indhold og kvalitet for sammen at skabe bedre borgerforløb.

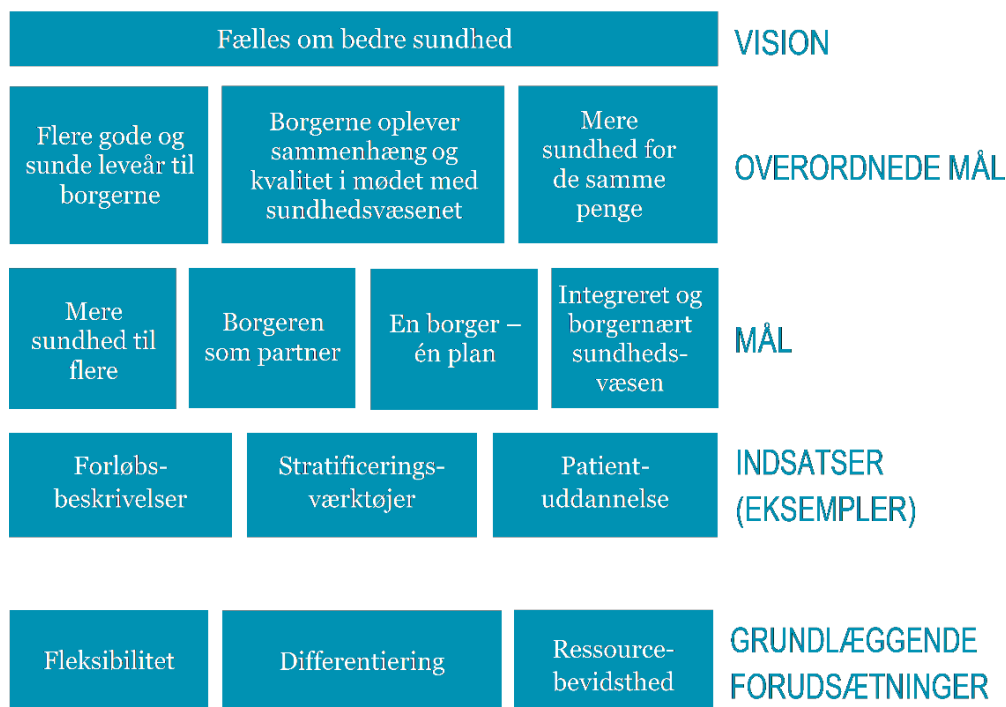
Differentiering indebærer, at vi målretter vores tilbud til den enkelte borger. Det forudsættes, at vi inddrager borgerne/patienterne, så vi kender deres ressourcer og forløb. Vi tilpasser vores indsatser og graden af vores

¹ https://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2016/~/_media/B608661C5BBB44CD84D276F53A75EBA9.ashx

samarbejde efter borgerens/patientens behov. Vi skal opspore og så tidligt som muligt sætte ind med forebyggelse, behandling og rehabilitering og styrke den enkelte borgers/patients mestringsevne.

Ressourcebevidsthed spiller ind i alle dele af forløbsprogrammet. Vores samarbejde afpasses efter den konkrete situation. Vores ydelser skal derfor ikke kun være målrettede, men også leveres på det rette niveau; der hvor effekt og ressourcer samlet set optimeres.

På disse forudsætninger formulerer sundhedsaftalen vision og mål for samarbejdet samt prioriterer en lang række indsatser, der skal udvikle samarbejdet. Nedenstående figur illustrerer aftalens elementer.



For at bringe aftalen fra ord til handling er der udarbejdet en række værktøjer til at understøtte samarbejdet mellem sektorerne. Et af disse værktøjer er Forløbsprogram for Type 2 Diabetes Mellitus, der samler elementerne fra sundhedsaftalen og konkretiserer dem i forhold til indsatsen for borgere med T2DM. Programmet beskriver det særlige i forhold til indsatsen for borgergruppen og henviser som udgangspunkt kun til sundhedsaftalens indsatser og værktøjer samt lovgivning på området uden at gentage det alment gældende indhold herfra.

1.2 Programmets opbygning, målgruppe for anvendelse og organisering

Der er foretaget en revision af forløbsprogrammet. Programmet er udarbejdet i digital form, hvilket gør det tilgængeligt via elektronisk flowchart med links til specifikke områder af programmet. Forløbsprogrammet i sin fulde længde er en synliggørelse af det bagvedliggende materiale med mulighed for fordybelse i forløbets enkelte afsnit. Der vil derfor forekomme overlap eller gentagelser, hvis programmet læses fra ende til anden, idet afsnittene er tænkt som værende i stand til at stå alene ved opslag.

Det reviderede program tager afsæt i anbefalinger for det sygdomsstadium, som patienten/borgeren befinder sig på og indsatser planlægges individuelt og med udgangspunkt i den enkelte patient/borgers situation, autonomi og ressourcer – egenomsorgskapacitet². For sikring af større sammenhænge og koordinering i

patientforløbene er tovholderrollen skærpet.

Forløbsprogrammet er skrevet ud fra den forudsætning, at samarbejde og sektorovergange, inkl. elektronisk kommunikation, kan foregå smidigt og uden unødige forsinkelser, ligesom et styrket tværsektorielt samarbejde med fælles overordnet visitation er forudsat implementeret.

Programmets målgruppe er fagpersoner i praksissektor, på sygehuse og i kommuner, der omgås borgere med T2DM. Programmet er således skrevet til denne målgruppe med henblik på praktisk anvendelse. Andre personer, der ønsker indsigt i indsatsen på området, fx planlæggere, politikere, patienter og pårørende, skal derfor have det in mente, når programmet læses.

Det reviderede forløbsprogram er udarbejdet af en arbejdsgruppe under Det tværgående samarbejdsforum for somatik (TSS), der er styregruppe for forløbsprogrammet³. Arbejdsgruppen fremgår af [bilag 3](#). Programmet er godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget i Region Sjælland 9. juni 2016.

2 Baggrund

T2DM er en kronisk sygdom, som udgør en af de største sundhedsmæssige udfordringer for det danske sundhedsvæsen. Ifølge [Sundhedsstyrelsens oplysninger](#)⁴ er der i Danmark ca. 300.000 borgere med diagnosticeret T2DM, og ca. 150.000 borgere har T2DM uden at vide det. T2DM er en progressiv kronisk sygdom, hvis tidlige stadier er uden nævneværdige symptomer. Tidlig igangsættelse af behandling forbedrer prognosen mange år frem i tiden, hvorfor tidlig opsporing blandt borgere, som i øvrigt føler sig raske, er væsentlig. Når T2DM er diagnosticeret, omfatter den sundhedsfaglige indsats farmakologisk behandling, screening for senkomplikationer samt kommunal rehabilitering, herunder patientuddannelse.

Det ideelle behandlingsmål for den enkelte patient er stadiaafhængigt. Den sundhedsfaglige indsats tilpasses den enkelte patients ressourcer og kompetencer, som bl.a. er afhængig af socioøkonomisk baggrund, multisygdom, etnicitet og netværk.

Patientens aktive medvirken og et tæt samarbejde med behandlere fra praksissektoren, kommuner og sygehuse er afgørende for et godt behandlingsforløb. I den ene ende af behandlingsspektret taler en relativt tidlig debut af T2DM for en proaktiv behandlingsindsats, mens man i den anden ende af spektret kan have symptomfrihed som behandlingsmål, fx hos patienter med lang diabetesvarighed, betydelig comorbiditet eller begrænset restlevetid.

En rehabiliterende indsats kan på alle stadier være en relevant del af den sundhedsfaglige indsats på lige fod med den øvrige behandling. Patientuddannelse er et vigtigt element i denne indsats og bidrager til at give borgeren forståelse for sygdommen, dens behandling samt forebyggelse af følgesygdomme. Patientuddannelsen kan bidrage med sygdomsspecifik viden, praktiske færdigheder og handlekompetence til at mestre såvel sygdommen som livet med en kronisk sygdom og de udfordringer, der følger med.

² [Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model, side 13, kapitel 3.3.3.](#)

³ Se mere om [sundhedsaftalens udviklings- og samarbejdsorganisation](#) samt om [forløbsprogrammerne](#) på sundhedsaftalens hjemmeside.

⁴ Sundhedsstyrelsen; Type 2-diabetes – Fakta og forebyggelse:
<http://sundhedsstyrelsen.dk/~media/3CBE47FCE85B490ABEB16FC33BDC86FD.ashx>

Rehabiliteringen foregår i primær sektor, men kan suppleres af sekundær sektor alt efter behov. Tilbuddet bør tilpasses de aktuelle behov hos borgeren, når behovet opstår, når han/hun er klar til at modtage det, og bør derfor individualiseres og ikke udelukkende tilbydes på diagnosetidspunktet.

Kontrol og behandling af T2DM er karakteriseret ved at involvere mange aktører på tværs af sektorerne, herunder bl.a. praktiserende læge, kommune, statsautoriserede fodterapeuter, kliniske diætister, praktiserende speciallæger og sygehus.

3 Population

Målgruppe:

Målgruppen for indsatser i Forløbsprogram for T2DM, Region Sjælland, omfatter voksne (>18 år) patienter med T2DM.

Population:

Forekomsten af T2DM i Region Sjælland ligger over landsgennemsnittet.

Borgere med diabetes



Kilde: Sundhedsprofilrapport, 2013, Region Sjælland

Se i øvrigt – Diabetesforeningens ”Diabetes i tal”⁵

⁵ <http://diabetes.dk/fagfolk/til-behandlere/diabetes-i-tal.aspx>

TIDLIG OPSPORING OG FOREBYGGELSE

Omend egentlig befolkningsscreening for T2DM frarådes grundet usikker viden om de samlede konsekvenser af en sådan screening, så vil den praktiserende læge, også i forbindelse med andre undersøgelser og kontroller, vurdere, om det er relevant at tilbyde undersøgelse for diabetes til en række patienter, der har øget risiko for at udvikle sygdommen.

Risikofaktorer som overvægt, lavt aktivitetsniveau, rygning, høj alder, arvelig disposition for diabetes og/eller hjertekarsygdom eller protein/glukose i urinen, længerevarende behandling med fx Prednisolon eller antipsykotika, kendt hjertekarsygdom, tidligere graviditetsdiabetes eller genetisk øget risiko hos visse etniske befolkningsgrupper kan medføre, at praktiserende læge screener for diabetes med 1-3 års mellemrum og om muligt henviser til relevante forebyggelsestilbud i kommunalt regi. For yderligere information om identificering af risikogrupper og kontrolhyppighed henvises til vejledning fra [DSAM](#).⁶

En hensigtsmæssig livsstil kan medvirke til at forebygge opståen af sygdom. Understøttelse af livsstilsændringer er det centrale i forebyggelses- og rehabiliteringsindsatsen, som et middel til at bremse udviklingen af såvel diabetes som komplikationer hertil. I Sundhedsaftalen 2015-2018 understreges vigtigheden af tidlig opsporing. Kommunalt sker dette dels ved udrulning af de nationale forebyggelsepakker⁷ samt ved aktiviteter omkring [Sundhedsstyrelsens kampagner](#).^{8±9} Det kommunale frontpersonale fx i sundheds- og forebyggelsesafdelinger, jobcentre mv. kan i deres kontakt med borgere bidrage til en identificering af risikofaktorer for T2DM, og aktivt reagere på denne identificering ved at orientere borgerne om kommunale sundhedsfremme og forebyggelsestilbud. Vurderer personalet, at der er behov for en mere udbygget risikovurdering, bør borgerne opfordres til at kontakte praktiserende læge.

⁶ <http://vejledninger.dsam.dk/type2>

⁷ <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/planlaegning-og-beredskab/kommuner/forebyggelsepakker>

⁸ <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/kampagner#>

⁹ <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/planlaegning-og-beredskab/regional-forebyggelse/sygdomsforebyggelse-i-almen-praksis-og-paa-sygehuse>

DIAGNOSE OG STRATIFICERING

4 Nyopdaget T2DM

Patienter, der henvender sig med kliniske symptomer på diabetes eller i forbindelse med undersøgelse i anden anledning frembyder laboratoriefund, der giver mistanke om diabetes, bør udredes og stratificeres, ligesom relevante henvisninger til diverse relevante samarbejdspartnere bør foretages.

Når diagnosen diabetes er stillet, anbefales det derfor, at den praktiserende læge gennem en eller flere afdækkende samtaler danner sig et overblik over, hvilke komplikationer patienten evt. allerede har, tilstedeværelse af evt. risikofaktorer, samt patientens livsstil, viden, holdninger og ressourcer. Denne viden danner grundlag for stratificering og afdækning af såvel behandlings- som støttebehov.

Ved tvivl om, hvorvidt patienten har type 2 eller type 1 diabetes, henvises til udredning i endokrinologisk regi. Diabetespatienter, der falder uden for dette forløbsprogramms målgruppe dvs. patienter med genetisk betinget diabetes, type 1 diabetes, gestationel diabetes og gravide med diabetes bør henvises til og følges regelmæssigt af diabetesteamet i sygehussektoren. Børn med diabetes skal henvises til og følges af sygehusets børneafdelinger.

Når patienten er udredt med en samlet risikovurdering inklusiv stadieindplacering, og der i samarbejde med patienten er lagt en plan for behandlingen, anbefales kontroller afhængigt af stadieindplaceringen. Typisk vil der være tale om 2-4 årlige kontroller inkl. årskontrollen. Regelmæssig undersøgelse og kontrol er vigtigt for at fastholde motivation for livsstilsændringer og behandlingsindsats. Det er ved de indledende afdækkende samtaler ligeledes vigtigt at motivere for regelmæssig kontrol af komplikationsstatus ved øjenlæge, statsautoriseret fodterapeut og evt. klinisk diætist/tandlæge, samt orientere patienten om tilbud i kommunalt eller foreningsregi. Se flowchart og [bilag 2](#) for henvisning.

5 Faglige indsatser og opgavefordeling

Den faglige indsats omkring en T2DM-patient er tværfaglig og med udgangspunkt i patientens behov, ønsker, risikofaktorer, comorbiditet og motivation for behandling. Dette nødvendiggør, at der er en klar opgavefordeling under ledelse af en tovholder, der i samspil med patienten kan tilrettelægge det individuelle behandlingsforløb.

Tovholderfunktionen varetages som udgangspunkt af almen praksis, der er ansvarlig for årlig kontrol og medicingennemgang¹⁰. I mere komplekse forløb, hvor patienten har multiple sygehuskontakter i flere specialer, vil tovholderfunktionen som udgangspunkt blive varetaget af en sygehuslæge - den tværgående patientansvarlige læge, der typisk vil være endokrinolog.

Som udgangspunkt overgår tovholderfunktionen til endokrinolog efter henvisning¹¹ og påbegyndelse af [forløbet til](#) denne specialiserede behandling, med mindre andet specifikt og begrundet aftales. Det er vigtigt, at både patient og øvrige behandlere er klar over, hvem der er "tovholder". Hvis tovholderfunktionen er sygehusforankret, udstyres patienten med kontaktkort, der præciserer dette.

¹⁰ [Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model, side 18, kapitel 3.4.3.3.](#)

¹¹ "Den gode henvisning", MedCom

6 Stratificering

Forløbsprogrammet for patienter med T2DM er den sygdomsspecifikke regionale udmøntning af Sundhedsstyrelsens generiske model for kronisk sygdom. Den generiske model er bygget op omkring stratificering af den kronisk syge med udgangspunkt i den enkelte patients risiko for progression af sygdom, tilstedeværelse af komplikationer og comorbiditet.

Sundhedsstyrelsens udkast til en stratificeringsmodel beskriver 4 dimensioner (demografi, helbredstilstand, funktionsevne og kontekstuelle faktorer) for stratificering af patienter med T2DM og en deraf gradueret indsats. For at gøre modellen operationel og genkendelig i forhold til det praksisfelt, hvor implementeringen skal foregå, omskrives de 4 dimensioner til 2.

Der anvendes i programmet en behandlingsstratificering, som tager udgangspunkt både i sygdomskompleksiteten og den enkelte patients egenomsorgsevne,¹² herunder individuelle behov for en specifik og målrettet indsats. Der er derfor valgt en stratificeringsmodel, der søger at imødekomme disse hensyn med henblik på allokering til den, på det pågældende tidspunkt, mest hensigtsmæssige forankring af behandling og opfølgning, idet stratificeringen ikke er endelig, men kan ændres i forhold til om tilstanden forbedres, stabiliseres eller forværres.

Ansvaret for stratificeringen ligger hos den læge, der er tovholder for patienten.

Patienterne stratificeres efter to dimensioner:

1. Sygdomskompleksitet – en sammenvæjning af comorbiditet og den enkelte lidelses stadium.
2. Egenomsorgsevne bl.a. forstået som patientens evne til at tage vare på sig selv og tage medansvar for egen sundhed, sammenholdt med patientens behov for sundhedsprofessionel støtte.

De to dimensioner er nærmere beskrevet nedenfor.

Sygdomskompleksitet og egenomsorgsevne

Patientens sygdomskompleksitet vurderes ud fra sygdommens sværhedsgrad og/eller tilstedeværelsen af flere samtidige sygdomme. Stratificeringsmodellen anvendes sammen med vurdering af egenomsorgsevnen til at placere behandlingsansvar mellem sygehus og praktiserende læge. Patienter med T2DM tilbydes en række særlige behandlingstiltag i såvel primær som sekundærsektoren tillige med en igangsætning af rehabilitering.

Sygdomskompleksiteten varierer ofte betydeligt over tid og progredierer ofte til en høj grad af kompleksitet, der imidlertid ikke nødvendigvis medfører behov for vedvarende sygehustilknytning. Der kan derimod være behov for et kortere eller længere forløb på de endokrinologiske ambulatorier til optimering og/eller stabilisering af behandlingen, ligesom der kan være et behov for endokrinologisk specialrådgivning. Kompleksiteten vil fortsat kunne vurderes som stor, såfremt

1. diabetessygdommen og relaterede komplikationer/sygdomstilstande ikke har fundet et stabilt leje
2. patienten har alvorlige konkurrerende lidelser og/eller der i tilknytning til diabetessygdommen er eller opstår komplikationer, som stiller særlige krav til behandling og rehabilitering.

¹² <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2006/egenomsorg-et-saerligt-perspektiv-paa-forebyggelse-og-sundhedsfremme>

Stratificering i et behandlings- og behovsperspektiv

Nedenstående model tjener som en illustration af, hvornår sygehus og praktiserende læge aktivt indgår i rollen som tovholder i behandlingsforløbet. Stratificeringen kan således anvendes som en støtte i tilrettelæggelsen af det individuelle behandlingsforløb for den enkelte patient. Modellen anviser også, hvilke patienter/borgere, der skal indgå i en rehabiliteringsindsats, i enten sygehus eller kommunalt regi.

Det er vigtigt at have sig for øje, at nogle patienter, hvor sygdomssituationen ændres, vil veksle mellem kategorierne. Det skal derfor understreges, at nedenstående model med de 4 kategorier er en dynamisk model, der giver mulighed for, at den enkelte patient/borger stedse vil kunne skifte mellem flere kategorier. Da modellen beskriver en stratificering i et behandlings- og behovsperspektiv, vil det derfor tillige være naturligt, at behandlingsansvaret kan variere hen over den tidsmæssige udstrækning af et behandlingsforløb.

<p>Stratificering Kategori I</p> <ul style="list-style-type: none">• Velreguleret T2DM• God egenomsorgsevne <p>Tovholderfunktion varetages af: Praktiserende læge</p> <p>Behandling: Praktiserende læge</p>	<p>Stratificering Kategori II</p> <ul style="list-style-type: none">• Svær regulerbar T2DM eller comorbiditet• God egen omsorgsevne <p>Tovholderfunktion varetages af: Praktiserende læge eller sygehus</p> <p>Behandling: Praktiserende læge eller sygehus</p>
<p>Stratificering Kategori III</p> <ul style="list-style-type: none">• Velreguleret T2DM• Ringe egenomsorgsevne <p>Tovholderfunktion varetages af: Praktiserende læge</p> <p>Behandling: Praktiserende læge og kommune</p>	<p>Stratificering Kategori IV</p> <ul style="list-style-type: none">• Svær regulerbar T2DM eller comorbiditet• Ringe egenomsorgsevne <p>Tovholderfunktion varetages af: Praktiserende læge, eller sygehus</p> <p>Behandling: Praktiserende læge og kommune eller sygehus afhængigt af forløbet</p>

Kategori I

Denne gruppe, uden betydende diabetiske komplikationer, kan oftest følges af praktiserende læge, som er ansvarlig for at vurdere den enkelte patients egenomsorgsevne. Ved forringet egenomsorgsevne kan praktiserende læge i de fleste kommuner henvise til en sundhedsfremmende og støttende indsats i kommunalt regi jf. Kategori III.

Målet med indsatsen på dette stadium er at:

- Sikre optimale behandlingsmål for blodsukker, blodtryk og lipider samt årlig udredning for diabetiske komplikationer
- Styrke og støtte patientens egenomsorg
- Optimere behandlingen af risikofaktorer for udvikling af mikro- og makrovaskulære komplikationer

Almen praksis' rolle

Patientens praktiserende læge er, som udgangspunkt, den primære tovholder og dermed ansvarlig for

behandling og komplikationsscreening samt for at patienten orienteres om kommunale tilbud efter en konkret vurdering af patientens behov.

Sygehusets rolle

Diabetesambulatoriet tilbyder rådgivning ved behov. Hvis behandlingsmål ikke opnås i almen praksis indenfor 6 måneder, kan patienten modtages til et tidsbegrænset intensiveret behandlingsforløb i diabetesambulatoriet. I denne periode overgår tovholderfunktionen til den behandlingsansvarlige endokrinolog i ambulatoriet. Efter gennemført behandlingsforløb afsluttes patienten fra ambulatoriet med oplysninger om fortsat plan og behandlingsmål.

Kommunens rolle

Rehabilitering, herunder bl.a. patientuddannelse, genoptræning, hjemmepleje- og/eller sygepleje afhængigt af den enkelte borgers behov.

Kategori II

Patientkategori med mere komplekse sundhedsfaglige problemstillinger i relation til T2DM. Denne gruppe kan følges enten i almen praksis eller sygehus. Praktiserende læge er ansvarlig for at vurdere patientens sygdomskompleksitet og egenomsorgsevne som udgangspunkt for henvisning. Ved svært regulerbar diabetes eller progredierende komplikationer samt betydende comorbiditet henvises til sygehus, hvor tovholderfunktionen overgår til den ansvarlige endokrinolog i ambulatoriet så længe det er nødvendigt at følge patienten dér. Statusundersøgelse kan have vist tegn på symptomgivende komplikationer såsom fodsår, øjenforandringer, nefropati eller følger til kardiovaskulær sygdom.

Såvel praktiserende læge som kontaktlæge i ambulatoriet bør løbende, som tovholdere, vurdere behov for og evt. henvise til en generel sundhedsfremmende og støttende indsats i kommunalt regi jf. Kategori IV.

Målet med indsatsen på dette stadium er at:

- Styrke og støtte patientens egenomsorg,
- Optimere behandlingen af risikofaktorer,
- Forebygge progressionen af komplikationer,
- Symptomatisk behandling af komplikationer.

Almen praksis' rolle

Almenpraktiserende læge kan henvise patienten med behandlingskrævende, symptomgivende senkomplikationer til diabetesambulatoriet. Almen praksis kan fortsat varetage tovholderfunktionen i de situationer, hvor patienten ikke ønsker henvisning eller hvor patienten afsluttes fra diabetesambulatoriet som følge af, at der ikke kan opnås yderligere optimering af diabetesregulationen og/eller komplikationsforebyggelse/behandling.

Sygehusets rolle

Diabetesambulatoriet varetager, som udgangspunkt, tovholderfunktionen på dette stadium. Patienten kan have en kompleks sygdomshistorik, hvor der kan være behov for koordinering af forløb og behandlinger, der foregår i andre specialer. En del af patienterne med svære komplikationer vil, med fordel, kunne ses i et fælles ambulans kontrolforløb, hvor speciallæger fra flere specialer deltager. Det bør tilstræbes, at sådanne fælles ambulante forløb udbygges, således at man fremstår med fælles behandlingsanbefalinger. Der kan

være behov for rehabilitering og genoptræning. Multidisciplinære teams kan indgå i forløbet på dette stadium. Se i øvrigt afsnit om rehabilitering i kommunerne.

Kommunens rolle

Rehabilitering, herunder bl.a. patientuddannelse, genoptræning, hjemmepleje- og/eller sygepleje afhængigt af den enkelte borgers behov.

Kategori III

Patientkategori med en ret ukompliceret diabetessygdom, men karakteriseret ved en vigende eller ringe egenomsorgsevne. Ved forringet egenomsorgsevne kan praktiserende læge anvise til en sundhedsfremmende og støttende indsats i kommunalt regi. Denne patientgruppe følges som udgangspunkt med den praktiserende læge som tovholder.

Målet med indsatsen på dette stadium er at:

- Styrke, støtte og fastholde patientens egenomsorg,
- Optimere behandlingen af risikofaktorer,
- Forebygge progressionen af komplikationer,
- Symptomatisk behandling af komplikationer

Almen praksis' rolle

Almen praksis varetager tovholderfunktionen og de nødvendige kontroller med mulighed for henvisning til kommunale tilbud (se nedenfor).

Sygehusets rolle

Som udgangspunkt er diabetesambulatoriet ikke inddraget i forløbet med mindre der er behov for second opinion eller særlige individuelle tiltag i forbindelse med fx ændret medicinering (Fx injektionsteknik såfremt dette ikke kan tilbydes i almen praksis eller i kommunalt regi).

Kommunens rolle

Rehabilitering, herunder bl.a. patientuddannelse, genoptræning, hjemmepleje- og/eller sygepleje afhængigt af den enkelte borgers behov.

Kategori IV

Patientkategori med kompleks sygdom, ofte med høj grad af comorbiditet, fremskredent stadium af T2DM, ofte med svære komplikationsfølger (se kategori II) eller væsentlige funktionstab. På grund af den høje sygdomskompleksitet følges denne patientgruppe oftest på sygehuset, hvor endokrinologen i ambulatoriet eller på sygehusafdelingen er tovholder, men kan, når de behandlingsmæssige muligheder er udtømt (dvs. når der ikke kan opnås yderligere optimering af diabetesregulationen og/eller komplikationsforebyggelse/behandling), overgå til almen praksis.

På dette stadium skal behandlingen af hyperglykæmi og hypertension afvejes i forhold til prognose, muligheder og bivirkninger. Stram glykæmisk kontrol er ikke så væsentlig.

Målet med indsatsen på dette stadium er at:

- Lindre diabetiske symptomer og behandlingsbivirkninger
- Styrke og støtte patientens egenomsorg

- Afhjælpe funktionstab evt. med genoptræning og rehabiliterende indsats
- Symptomatisk behandling af komplikationer
- Forebygge yderligere progression af komplikationer

Patienterne kan have behov for en større grad af omsorg og hjælp i dagligdagen.

Almen praksis' rolle

Almen praksis varetager tovholderfunktionen på dette stadium, såfremt de behandlingsmæssige tilbud i sygehusregi er udtømte (dvs. når der ikke kan opnås yderligere optimering af diabetesregulationen og/eller komplikationsforebyggelse/behandling) eller hvor der er et behov for en vedvarende understøttende behandling, som ikke kræver permanent sygehustilknytning, men ofte kommunal tilknytning.

Sygehusets rolle

Kontaktlægen på sygehuset er tovholder så længe der er tale om aktiv regulerende diabetesbehandling. Patienten kan have behov for akutte indlæggelser med involvering af det geriatriske speciale. Specialiseret behandling med involvering af flere specialer kan komme på tale.

Undervisning på sygehus foregår individuelt, og afpasses den enkelte patients egenomsorgsevne og livssituation. Undervisningen bygger fortrinsvis på støtte af den medicinske behandling og fortsat opretholdelse af livsstilsændringer hvor relevant.

På sygehus varetages undervisning af diabetessygeplejersker, kliniske diætister og læger.

Kommunens rolle

Rehabilitering, herunder bl.a. patientuddannelse, genoptræning, hjemmepleje- og/eller sygepleje afhængigt af den enkelte borgers behov.

Hvis borgeren får hjælp fra hjemmesygeplejen eller er på plejehjem, er det afgørende at sikre et tæt samarbejde mellem den praktiserende læge og hjemmesygeplejen/personalet på plejehjemmet. En systematisk tilgang til ovenstående samarbejde kan ofte være hensigtsmæssig. Kommunikation omkring ansvarsfordelingen og behandlingsmål mellem de kommunale medarbejdere, der er tilknyttet borgeren, og mellem almen praksis og hjemmesygepleje/sygeplejerske på plejehjem er med til at sikre en god behandling. Kommunen er ansvarlig for at have opdaterede og tilgængelige vejledninger/instrukser i hjemmeblodsuktermålinger og insulinadministration. Eksempelvis kan der aftales ramme for ordination/delegation mellem kommune, lægelaug og praksiskonsulent angående dette.

Praktiserende læge og sidenhen kontaktperson på sygehus (læge eller sygeplejerske) er ansvarlige for at vurdere patientens egenomsorgsevne og kan ved forringet egenomsorgsevne henvise til en sundhedsfremmende og støttende indsats i kommunalt regi.

7 Den multisyge patient

I stratificeringsmodellen indgår begrebet comorbiditet, hvor diabetes er udgangspunktet, men der optræder andre samtidige sygdomme hos patienten. Herudover skal henledes opmærksomheden på den multisyge patient, hvor der optræder 2 eller flere kroniske sygdomme (med hver deres forløbsprogram) hos den samme patient. Multisygdom resulterer ofte i en stor behandlingsbyrde, hvor patienten bruger mange timer ugentligt på deres sygdomme, som led i flere forløbsprogrammer med besøg hos praktiserende læge, sygehusambulatorier, fod- og fysioterapeuter, apoteker og sideløbende trænings- eller rehabiliteringsindsatser.

Udfordringen er her, at forankre koordinationen af behandlingsforløbene gennem en overordnet tovholder og sikre god kommunikation i alle snitflader mellem behandlere, samtidig med at patientens egenomsorgsevne støttes gennem fokus på livskvalitet og faktorer, der kan lette behandlingscompliance i en vanskelig situation. Den overordnede koordinerende tovholderfunktion er som udgangspunkt placeret i sygehusregi.

BEHANDLING OG REHABILITERING

Uanset om T2DM-patienten følges i almen praksis eller på sygehusets diabetesambulatorium er udgangspunktet, at denne ses til 2-4 årlige konsultationer inkl. årskontrol, hvor der løbende foregår en revurdering af stratificering, justering af behandling og behov for evt. inddragelse af andre behandlere (fx endokrinolog, klinisk diætist, øjenlæge, statsautoriseret fodterapeut, tandlæge, ortopædkirurg) eller kommunale rehabiliteringstilbud. I forhold til tidligere forløbsprogram indgår ikke længere mulighed for henvisning til klinisk diætist i sygehusregi, hvorfor såvel henvisning til praktiserende klinisk diætist som praktiserende statsautoriseret fodterapeut medfører en udgift for patienten.

Kommunal sagsbehandler kan inddrages med henblik på sociale tilskud. Der henvises til vejledning for anvendelse af attesterne LÆ165 (Forslag om socialmedicinsk sagsbehandling) og LÆ125 (Statusattest). Det kan vedrøre blodsukkerapparat og teststrimler, behov for tandbehandling, medicintilskud og lignende. Se Diabetesforeningens hjemmeside¹³. Det skal bemærkes at attesten LÆ165 endnu ikke kan fremsendes elektronisk.

Se evt. Diabetesforeningens hjemmeside for supplerende information vedr. sociale tilskud.

Med hensyn til den videre lægelige kontrol og behandlingsalgoritme henvises til DSAM's vejledning¹⁴ (relevante links samlet nedenfor og kan i den elektroniske udgave af forløbsprogrammet tilgås fra flowchartets tilsvarende kasser og de uddybende afsnit).

I dette afsnit og bilag 1 redegøres kort for den tværfaglige indsats herunder snitflader og kommunikationsbehov mellem aktørerne i den tværfaglige indsats.

[Program for den nykonstaterede T2DM-patient](#)

[Program for rutine besøg 2-4 gange årligt](#)

[Program for årskontrol / statuskontrol](#)

[Individuelle behandlingsmål for behandling af hyperglykæmi](#)

[Behandlingsmål ved dyslipidæmi](#)

[Behandlingsmål ved forhøjet blodtryk](#)

8 Øjenscreening og henvisning

Diabetisk øjensygdom er en hyppigt forekommende komplikation ved T2DM relateret til sygdommens varighed, glukoseniveau og blodtryk. Alle nydiagnosticerede patienter bør henvises til øjenundersøgelse hos privatpraktiserende øjenlæge eller øjenscreening (fundusfotografering) ved øjenafdeling. Efterfølgende gennemføres øjenundersøgelser med intervaller på 1-2 år. Det er den øjenlæge, som varetager øjenkontrollen, der har ansvaret for at give patienten en tid til opfølgende øjenkontrol eller viderehenvisning til øjenafdeling. Der sendes en kort epikrise med resultatet af undersøgelsen til patientens tovholder i form af den behandlingsansvarlige almenpraktiserende læge og sygehusambulatorium.

¹³ <http://www.diabetes.dk/raadgivning.aspx>

¹⁴ <http://vejledninger.dsam.dk/type2/>

9 Fodscreening, diabetiske fodsår og henvisning

Fodsår er en alvorlig senkomplikation for diabetespatienter. Op til 15 % vil udvikle diabetiske fodsår, som har svært ved at hele, og 25 % af disse patienter ender med en amputation af underben eller lår.

Alle patienter med T2DM bør, via tovholder, tilbydes fodundersøgelse én gang årligt fra diagnosetidspunkt. Fodundersøgelsen danner grundlag for en risikovurdering, der afspejler patientens risiko for at udvikle fodsår. Den årlige fodundersøgelse kan udføres i almen praksis, på sygehus eller med fordel hos en statsautoriseret fodterapeut – sidstnævnte medfører en vis egenbetaling fra patienten.

Ved henvisning til statsautoriseret fodterapeut, foretager denne en grundig fodundersøgelse med kontrol for/af neuropati, kredsløb, mobilitet, hud- og negleforandringer, fejlstillinger og patientens nuværende fodtøj. Denne undersøgelse danner grundlag for en stratificering, der er afgørende for, hvor mange behandlinger patienten efterfølgende kan få tilskud til fra regionen. Fodterapeuten sender kopi af fodundersøgelsen og risikovurdering til den praktiserende læge.

Ved komplicerede fodsår, dvs. dybe sår, tegn på nekrose, synlige sener eller knogle bør henvises til sårklinik/center for den diabetiske fod førstkommande hverdag. Patienter med påvirket almentilstand, tegn på kritisk iskæmi, vådt gangræn eller plantar absces bør henvises til akut sygehusbehandling.

For yderlige information vedrørende udredning og behandling af diabetiske fodsår henvises til National klinisk retningslinje for udredning og behandling af diabetiske fodsår¹⁵. For visitation henvises til "[Den faglige visitationsretningslinje for personer med diabetiske fodsår](#)"¹⁶.

10 Nyrescreening og henvisning

Nefropati er en af de senkomplikationer, der kan medføre behov for henvisning til Nefrologisk Afdeling. Vigtige risikofaktorer er konstateret mikroalbuminuri og hypertension.

Patienter med diabetisk nyresygdom, hvor eGFR ved 2 målinger inden for 2 uger er mindre end henholdsvis 49 ml/min/1,73 m² (alder <70 år) eller <40 l/min/1,73 m² (alder ≥ 70 år) bør som minimum henvises til endokrinolog.

T2DM-patienter med fald i eGFR > 5 ml/min/1,73 m²/12 måneder bør henvises direkte til Nefrologisk Ambulatorium.

¹⁵ <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2013/nkr-diabetiske-fodsaaer>

¹⁶ http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/kvalitet-og-retningslinjer/nationale-kliniske-retningslinjer/udgivelser/visitationsretningslinjer/~/_media/00FDBE7CE45F49DAAFE84DBD5742FBBD.ashx

11 Rehabilitering i kommunerne

Patienter vil i dette afsnit blive omtalt som borgere.

Ifølge Sundhedslovens § 119 er det kommunernes ansvar at skabe rammer for en sund levevis. Kommunerne skal etablere sundhedsfremmende og forebyggende tilbud (borgerrettet forebyggelse), samt i samarbejde med regionerne, forestå den patientrettede forebyggelse, der finder sted uden for sygehuse og almen praksis. Dette understøttes i Sundhedsaftalen 2015-2018, hvor det understreges, at alle borgere med behov herfor, skal tilbydes en sammenhængende forebyggelsesindsats af høj kvalitet. Denne indsats skal ses i tæt sammenhæng med indsatsområderne ”Behandling og pleje” og ”Genoptræning og rehabilitering” og bidrage til at optimere det samlede forløb for borgeren.

Kontaktperson og kompetencer

Borgere, som henvises til kommunal rehabilitering, bør tildeles en kontaktperson, som sammen med borgeren udarbejder en individuel tilrettelagt handlingsplan for rehabiliteringsforløbet. Det tværfaglige team, der står for rehabiliteringen, bør udover relevant sundhedsfaglig og anden specialviden, have sundhedspædagogiske kompetencer til at anvende en sundhedsfremmende tilgang. Teamet bør ydermere have fokus på at tilbyde borgeren psykosocial støtte til at mestre sin livssituation og opnå bedst mulig livskvalitet.

Sundhedspædagogisk tilgang¹⁷

Den sundhedspædagogiske tilgang har til formål at fremme borgerens handlekompetence, forstået som vilje og evne til at træffe sunde valg og til at tage ansvaret for eget liv. Handlekompetence fremmes gennem dialogbaseret individuel vejledning og holdundervisning med udgangspunkt i borgerens egne mål. Dette indebærer, at den sundhedsprofessionelle på den ene side formidler og fastholder, hvad der er evidens for, og på den anden side fastholder fokus på respekten for den enkelte borgers autonomi.

Den sundhedspædagogiske tilgang bygger på en række kernebegreber, såsom borgerens aktive deltagelse og involvering. Herudover er fokus på et bredt og positivt sundhedsbegreb, der indbefatter både livsstil og levevilkår, handlekompetence og handling, viden samt det at se borgeren som en del af en kontekst i form af familie- og arbejdsliv.

Dialog, inddragelse, samt aktiv læring med træning og praktiske øvelser er således væsentlige elementer for, at borgeren opnår handlekompetence og styrket egenomsorg.¹⁸

Sundhedspædagogiske redskaber og øvelser fra ”Den sundhedspædagogiske værktøjskasse”¹⁹ kan med fordel tilpasses og anvendes, ligesom det forventes, at facilitatorer har tilegnet sig en sundhedspædagogisk baggrund, som minimum svarer til Region Sjællands sundhedspædagogiske uddannelse.²⁰

¹⁷ Der er skabt en fælles platform for sundhedspædagogik for ansatte i kommuner og i Regionen i Region Sjælland. Se mere på [Netværk for sundhedspædagogik](#).

¹⁸ Sundhedspædagogik i patientuddannelse, 2010, Steno Diabetes Center og Region Syddanmark

¹⁹ https://steno.dk/da/sundhedsprofessionelle/vaerktojer_oversigt/Dialogvaerktojer-til-gruppebaseret-patientuddannelse/Den%20sundhedspaedagogiske%20vaerktoejskasse

²⁰ <http://www.regionsjaelland.dk/Sundhed/samarbejde-og-indsatser/Kronikerportal/projekter/Documents/General%20beskrivelse%20af%20uddannelse%20i%20sundhedsp%C3%A6dagogik%20Region%20Sj%C3%A6lland%202014.pdf>

Individuel tilpasset rehabiliteringsindsats

I den nationale kliniske retningslinje fra 2015 for indsatser ved rehabilitering af patienter med T2DM²¹ peges der på, at borgeren skal tilbydes en sammenhængende rehabiliteringsindsats bestående af sygdomsspecifik patientuddannelse, kostvejledning og eventuelt fysisk træning. Denne indsats kan være enten gruppebaseret eller individuel. Således skal rehabiliteringsindsatsen tilpasses den enkelte borger. Indsatsen skal støtte borgeren i at flytte fokus fra sygdom til sundhed og fra patientrollen til borgerrollen. Borgeren skal have indflydelse på indholdet i forløbet og have mulighed for at opøve evnen til problemløsning samt styrke sine handlekompetencer, egenomsorg og troen på at kunne opnå et bestemt mål²². I arbejdet med den mere sårbare borger kan det være relevant at inddrage mentor eller anden støtteperson i forløbet.

Den kommunale rehabiliteringsindsats kan være relevant på alle stadierne og for alle stratificeringsgrupperne. Indsatsen bør derfor gives, når borgeren er motiveret til at modtage den og ikke udelukkende tilbydes på diagnostidspunktet.

For at sikre en individualiseret indsats, bør det kommunale rehabiliteringstilbud have afsæt i en individuel samtale, hvor forløbet planlægges med udgangspunkt i borgerens behov og ønsker. Pårørende inddrages i størst muligt omfang. Den rehabiliterende indsats kan efterfølgende indeholde følgende elementer: Patientuddannelse, kostvejledning, fysisk aktivitet og/eller rygestop. Nedenfor følger en uddybende beskrivelse af de forskellige elementer.

11.1 Den rehabiliterende indsats

Patientuddannelse

Målet med patientuddannelse er:

- At støtte borgeren i at udvikle handlekompetencer, autonomi og livskvalitet i forhold til egen sundhed og hverdagsliv
- At øge borgerens kendskab til sygdommens karakter og effekten af forebyggelse og rehabilitering, herunder betydning af farmakologisk behandling, god fodsundhed, mundhygiejne, øjenscreening m.m.
- At støtte borgeren til at mestre sygdommen på det fysiske, psykiske og sociale plan
- At vejlede borgeren og eventuelt deres pårørende i at håndtere forværringer af sygdommen
- At øge borgerens indsigt og evne til bevidst at kunne vælge sundere kost-, motions- og rygevaner

I henhold til Sundhedsaftalen for 2015-2018 skal patientuddannelsen baseres på *Principperne for en sundhedspædagogik* i Region Sjælland. Relevante fagligheder fra andre sektorer kan inddrages efter behov, ligesom det anbefales at inddrage den lokale Diabetesforening i patientuddannelsen.

Såfremt en kommune ikke kan tilbyde patientuddannelse, skal kommunen indgå en aftale med en nabokommune om optag af borgere på dennes patientuddannelse.

Kostvejledning

Målet er:

- At borgeren opnår forståelse for kostens og drikkevarers (herunder alkohol) betydning for T2DM

²¹ <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2015/-/media/CD075EE6B0144C6E806097921B63B98A.ashx>

²² Region Midt, Sundhedspædagogik i patientuddannelse - Steno og Regions Syd 2010

- At give borgeren konkrete redskaber til at håndtere indkøb og madlavning i hverdagen
- At støtte borgeren i at vedligeholde opnåede ændringer i kostvaner

Fysisk aktivitet

Målet er:

- At give borgeren viden om fysisk aktivitet som middel til behandling og forebyggelse af komplikationer ved T2DM, herunder evt. praktisk afprøvning af forskellige former for optimal fysisk aktivitet ved T2DM, eks. intervalgang
- At støtte borgeren i at integrere og fastholde fysisk aktivitet som en naturlig del af hverdagen
- At gøre borgeren bekendt med lokale motionstilbud i kommunen – og evt. hjælpe med udslusning.

Rygestop

Målet er (såfremt borgeren er ryger):

- At tilbyde borgeren motiverende samtaler
- At støtte og vejlede borgeren i forbindelse med rygeafvænning, herunder mulighed for individuel/gruppe rygestopforløb
- At informere om mulighederne for farmakologisk behandling

Psykosocial støtte

Målet er:

- At få viden om de reaktioner, der kan komme i forbindelse med en kronisk sygdom, som diabetes samt redskaber til at tackle disse
- At skabe en forståelse og accept af de psykiske reaktioner, der kan opstå
- At opspore angst og depression

Tilknytning til arbejdsmarkedet

Målet er:

- At afdække tilknytning til arbejdsmarkedet og blive støttet i at vende tilbage til/fastholde arbejde/uddannelse

Når forløbet afsluttes, tilbydes borgeren en afsluttende samtale med kontaktpersonen, hvor effekten af forløbet vurderes og hvor behovet for opfølgende tiltag afdækkes.

Udover ovenfor nævnte indsatser kan nogle borgere have behov for yderligere indsatser fx i forhold til afprøvning af konkrete hjælpemidler, instruktion med sygeplejerske ift. at tage insulin eller måle blodsukker, hjælp til titrering af insulinbehandling efter uddelegering fra sygehus/praktiserende læge eller borgeren kan have behov for et reelt genoptræningsforløb. Den kommunale kontaktperson skal indtænke disse indsatser på lige fod med ovenstående i rehabiliteringsforløbet. Kommunernes tilbud til borgere med T2DM kan findes på [Sundhed.dk](https://www.sundhed.dk)²³.

²³ <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/sundhedstilbud/region-sjaelland/>

For yderligere information om konkrete anbefalinger i forhold til patientuddannelse henvises der til Sundhedsstyrelsens publikation ”[Kvalitetssikring af patientuddannelse](#)”²⁴ og til arbejdet under Den koordinerende enhed for patientuddannelser i Region Sjælland²⁵.

EFTERFORLØB OG VIDENDELING

12 Videndeling og samarbejde mellem sygehus, kommune og almen praksis

Det tværsektorielle samarbejde skal være smidigt, således at patienten/borgeren oplever sammenhæng og kontinuitet.

Det er vigtigt, at der udvikles relevante og kvalificerede tilbud, der supplerer hinanden på tværs af sektorerne. Tilbud der med afsæt i patientens/borgerens ressourcer, behov samt motivation medfører, at patienten/borgeren bliver mere handlekompetent og tager ansvar. Det er vigtigt, at involverede sundhedsprofessionelle møder patienten/borgeren anerkendende og involverende og er bevidste om de enkelte tilbud.

Videndeling på tværs af sektorer i forhold til fortsat udvikling af tilbud til patient/borger med T2DM er dels forankret under Det tværgående samarbejdsforum for somatik (TSS) og bør endvidere være forankret på lokalt niveau under hvert kommunalt samarbejdsforum for somatik (KSS).²⁶

I samarbejde med borgeren udarbejdes, efter endt rehabiliteringsforløb, en kort epikrise til den praktiserende læge, der beskriver hvilken støtte borgeren fremadrettet har brug for, og hvilke indsatsområder og mål, der arbejdes med. Desuden kan man med fordel orientere borgeren om tilbud fra frivillige organisationer, fx Diabetesforeningen, selvhjælpsgrupper, frivilligcenter, diabetescaféer og idrætsforeninger.

13 Opfølgning og løbende revurdering T2DM-patienter

Den fortsatte kontrol af diabetespatienten, uanset regi, har til formål løbende at optimere behandlingen, understøtte patientens livsstilsændringer, minimere udvikling af komplikationer og revurdere stratificeringen (se flowchart og afsnit vedr. kategori I-IV) med henblik på, i samarbejde med patienten, at iværksætte evt. supplerende tiltag eller henvisninger til sygehusregi eller kommunale tilbud.

Den årlige status og opfølgning bør derfor give anledning til fornyet afdækkende samtale med patienten, hvor sygdommens indflydelse på oplevet livskvalitet herunder også neuropatier og seksuel dysfunktion kan drøftes. Med hensyn til den videre kontrol og behandlingsalgoritme henvises til [DSAM's vejledning](#)²⁷.

²⁴ <https://sundhedsstyrelsen.dk/~media/0F1272D72B97499AB16D5C9A843023A6.ashx>

²⁵ <http://www.regionsjaelland.dk/Sundhed/Sundhedsaftalen/Organisering-af-samarbejdet/Sider/Andre-tv%C3%A6rg%C3%A5ende-grupper.aspx>

²⁶ [Se sundhedsaftalens samarbejdsorganisation](#)

IMPLEMENTERING, MONITORERING OG REVISION AF FORLØBSPROGRAMMET

Forløbsprogrammerne revideres som udgangspunkt hvert fjerde år som følge af vedtagelsen af en ny sundhedsaftale og godkendes efterfølgende i Sundhedskoordinationsudvalget.

14 Implementering og opfølgning

Forløbsprogrammet er tænkt som et anvendelsesorienteret værktøj, der skal understøtte fagpersoners hverdag. En effektiv implementering af forløbsprogrammet kræver, at samarbejdspartnerne forholder sig til forløbsprogrammet og afsætter de nødvendige ressourcer til implementeringsarbejdet. Anvendelsen af programmet kræver, at parterne har den nødvendige kapacitet og besidder de rette kompetencer, så forløbsprogrammets hensigter og organisatoriske principper omsættes i praksis. Endeligt er det vigtigt, at parterne løbende arbejder sammen om at udvikle og afprøve nye tilbud, som tilgodeser patienter og pårørendes behov, og som er baseret på evidens eller best practice.

Implementeringen af forløbsprogrammet er forankret i Sundhedsaftalens samarbejdsorganisation, hvor Det tværgående samarbejdsforum for somatik (TSS) som udvalg stiller de selvstændige virksomheder ansvarlige for den fælles implementering, herunder udarbejdelse af en fælles plan for implementering af forløbsprogrammet i hele regionen og opfølgning på planen.

Planen omfatter som minimum en tidsplan for kommunikationsaktiviteter, fælles kompetenceudvikling og andre understøttende aktiviteter samt inddragelse af andre nødvendige aktører, her særligt de kommunale samarbejdsfora for somatik (KSS'er). Den ansvarlige aktør for den enkelte aktivitet fremgår endvidere af planen. TSS skal sikre, at der afsættes ressourcer til at gennemføre den fælles implementeringsplan. Planen lægges frem sammen med forløbsprogrammet, når dette sendes til godkendelse. Planen er dynamisk og fremgår af [bilag 5](#). TSS behandler én gang årligt status på implementering af forløbsprogrammet.

I det enkelte KSS aftales eventuelle fælles lokale implementeringsaktiviteter og opfølgning herpå. Det enkelte sygehus, den enkelte kommune og praksis er ansvarlig for implementering inden for egen organisation, herunder at der er de nødvendige ressourcer til indsatsen. Der kan med fordel udarbejdes selvstændige implementeringsplaner for den enkelte organisation, der viser, hvordan man lokalt lever op til de fælles aftaler – tværgående som lokale.

Målet er, at forløbsprogrammet er implementeret inden for det første år efter vedtagelsen i Sundhedskoordinationsudvalget. Det betyder, at alle indledende kommunikationsaktiviteter er gennemført, og at eventuelle kompetenceudviklingstiltag er igangsat.

Der afsættes midler i Region Sjællands tværsektorielle pulje til at understøtte implementeringen af det reviderede program. Dertil kan der ansøges om yderligere midler, fx til tværsektoriel kompetenceudvikling.

²⁷ <http://vejledninger.dsam.dk/type2/>

15 Monitorering af forløbsprogrammet

Der er frem til næste hovedrevision af forløbsprogrammet særligt fokus på at udvikle en fælles tilgang til monitorering af kvalitet med indikatorer for effekten af forløbsprogrammet. Der skal udpeges op til seks indikatorer inden for følgende tre kvalitetsdimensioner:

- Den organisatoriske kvalitet, der fx siger noget om kapacitet, sammenhæng, flow, økonomi og rammer for arbejdet.
- Den kliniske/faglige kvalitet, som omhandler de sundhedsfaglige kerneydelser; diagnostik, behandling, pleje, rehabilitering og forebyggelse.
- Den borgeroplevede kvalitet, der bl.a. omfatter borgerens tilfredshed med kontakten med sundhedsvæsenet og patientens vurdering af eget helbred som følge af kontakten.

Dimensionerne skal ses i en helhed – ikke isoleret. Metoderne til at monitorere kan være såvel kvantitative som kvalitative. Der er fokus på at anvende flest mulige eksisterende data samt på at eventuelle data vedrørende den kliniske/faglige kvalitet skal basere sig på registreringer, der er en del af arbejdsgangene. Klinikere og frontpersonale skal ikke registrere data, der alene skal anvendes til monitorering af programmet. Patientuddannelse er undtaget fra den specifikke monitoreringsopgave for forløbsprogrammet. Der er under sundhedsaftalen nedsat en gruppe med særligt fokus på dette felt, nemlig ”[Den koordinerende enhed for patientuddannelser](#)”²⁸.

Målgruppen for resultaterne af monitoreringen af forløbsprogrammet er TSS og de enkelte KSS'er, der skal bruge monitoreringsresultaterne til at drøfte samarbejdet om at sikre sammenhængende patientforløb samt opgavefordeling og kapacitet ud fra et samfundsøkonomisk perspektiv, jf. LEON-princippet (**l**aveste **e**ffektive **o**mkostnings**n**iveau).

Der nedsættes som følge af revisionsarbejdet en følgegruppe, der varetager monitoreringen af forløbsprogrammet. Rammer og indhold for gruppens arbejde beskrives i et selvstændigt kommissorium, der godkendes af TSS.

Arbejdsgruppen vedrørende revision af forløbsprogrammet har foreslået en række indikatorer for monitorering af forløbsprogrammet. Følgegruppen tager forslaget til indikatorer med i sit arbejde. Indikatorer til forløbsprogrammet fremgår af [bilag 6](#).

16 Evaluering og revision af forløbsprogrammet

Hovedrevisionen af forløbsprogrammet finder sted som følge af en ny sundhedsaftale. Når der ikke er tale om en ændring af betydning for parterne, kan programmet justeres administrativt.

Vurdering af behovet for justering sker årligt for at sikre, at ny faglig viden og organisatoriske forandringer er med i programmet. Det skal bl.a. sikres, at forløbsprogrammet fortsat lever op til nationale retningslinjer.

²⁸ <http://www.regionsjaelland.dk/Sundhed/patient-i-region-sjaelland/Sundhedsaftalen/Organisering-af-samarbejdet/Documents/Kommissorier/Kommissorium%20for%20Koordinerende%20enhed%20for%20patientuddannelse%2017-03-15.pdf>

Både hovedrevisionen af forløbsprogrammet og den løbende justering finder sted på grundlag af en løbende monitorering af forløbsprogrammet.

Justeringerne godkendes af TSS efter inddragelse af relevante parter. TSS skal i den forbindelse vurdere behovet for eventuelle aktiviteter som følge af en justering. Justeringerne i forløbsprogrammet kommunikeres gennem [Sundhedsaftalens samarbejdsorganisation](#)²⁹.

De enkelte medlemmer af TSS har ansvar for at gøre opmærksom på, hvis der undervejs opstår behov for justeringer af forløbsprogrammet.

Vurdering af behov for justering samt forslag til konkrete ændringer i forløbsprogrammet foretages af TSS ud fra indstilling fra den faglige følgegruppe for forløbsprogrammet. Rammer og indhold for gruppens arbejde beskrives i et selvstændigt kommissorium, der godkendes af TSS.

²⁹ <http://www.regionsjaelland.dk/Sundhed/patient-i-region-sjaelland/Sundhedsaftalen/Organisering-af-samarbejdet/Sider/default.aspx>

BILAG

Bilag 1 – Vejledende program og behandlingsmål for T2DM-patienter

Program for den nykonstaterede T2DM-patient

- Diabetesstatus, risikofaktorer, (EKG), screening for komplikationer (som ved ”årskontrol/statuskontrol”).
 - Rehabilitering (livsstilsintervention).
 - Diabetesspecifik patientuddannelse: viden, færdigheder, egenomsorg (tandsundhed og mundhygiejne m.m.).
 - Diætbehandling.
 - Rådgivning om fysisk aktivitet.
 - Rygeafvænning.
 - Kvinder i den fødedygtige alder: rådgivning om graviditet og diabetes.
 - Stratificering.
 - Komplikationsscreening.
 - Medicinsk behandlingsplan.
 - Stillingtagen til opfølgning.
-

Program for rutinebesøg 2-4 gange årligt

- Kontrol af risikofaktorerne: HbA1c, BT og vægt.
 - Gennemgang af eventuelle hjemmeblodsukkermålinger.
 - Samtale om patientens velbefindende, oplevelse af sygdom, livsstil (rygning, kost, motion) og medicinsk behandling, herunder bivirkninger og injektionsteknik ved insulinbehandling.
 - Ad hoc justering af behandlingsmål.
 - Justering af behandlingen (livsstil og farmakologiskbehandling).
-

Program for årskontrol / statuskontrol

Som ved rutine besøg.

Øjenscreening: Fundusfoto og visus eller øjenundersøgelse ved øjenlæge (hyppigere ved mere udtalte nethindeforandringer efter øjenlægens vurdering).

Fodundersøgelse: Fodpuls, fejlstillinger, kallositeter, trykmærker eller manifesterede fodsår, undersøgelse med monofilament eller vibrationssans. Neuropati.

Udspørgen om erektil dysfunktion.

Undersøgelse for diabetisk nyresygdom: Urin-albumin/kreatinin-ratio eller døgnurin-albumin. Stillingtagen til henvisning til diabetesambulatorium.

Ved begyndende eller manifest nyresygdom: Kontrol af kreatinin (eGFR) og elektrolytter. Evt. hb, calcium og fosfat.

Undersøgelse for kardiovaskulær sygdom: Symptomer og kliniske tegn på iskæmisk hjertesygdom samt atherosclerotisk sygdom i hjerne og perifere kar. Ved mindste mistanke udføres udredning.

Screening for kardiovaskulære risikofaktorer i øvrigt: Total-kolesterol, HDL- og LDL-kolesterol samt triglycerider. Sikre, at patienten får relevante tilskud (medicin, testudstyr).

Individuelle behandlingsmål for behandling af hyperglykæmien

Behandlingsmålet skal opvejes over for risikoen for hypoglykæmi.

Følgende retningslinjer kan gives:

- HbA_{1c} <48 mmol/mol (6,5%)
Kan tilstræbes de første år efter diagnosen, hvor det er gennemførligt uden større risiko for hypoglykæmi. Det ser ud til at være vigtigt for forebyggelsen af komplikationer på lang sigt.
- HbA_{1c} <53 mmol/mol (7,0%)
Senere i forløbet kan en stram kontrol blive tiltagende vanskelig, og der må sættes individuelle mål for behandlingen, hvor risikoen for hypoglykæmi og det realistisk opnåelige opvejes over for risikoen for mikrovaskulære komplikationer.
- HbA_{1c} <58 mmol/mol (7,5%)
Hos patienter med svingende glukose, tendens til hypoglykæmi, lang varighed af diabetes og makrovaskulære komplikationer, herunder iskæmisk hjertesygdom, frarådes aggressiv medikamentel behandling af hyperglykæmien med flere lægemidler.
- HbA_{1c} 58-75 mmol/mol (7,5-9,0%)
Hos patienter, hvor det primære behandlingsmål er symptomfrihed, kan et HbA_{1c} på 58-75 mmol/mol (7,5-9,0 %) være acceptabelt.

Behandlingsmål ved dyslipidæmi

Der er evidens for, at stort set alle T2DM-patienter bør behandles med statin.

Er der ikke klinisk hjerte-karsygdom overvejes behandling til alle med LDL-kolesterol >2,5 mmol/l og behandlingsmålet er:

LDL-kolesterol <2,5 mmol/l.

Hos højrisikopatienter (mikroalbuminuri eller flere risikofaktorer som hypertension, rygning og arvelig disposition) og patienter med hjertekarsygdom bør statin gives til alle og behandlingsmålet er:

LDL-kolesterol <1,8 mmol/l (sænket fra 2,0 mmol/l i henhold til europæiske retningslinjer).

Behandlingsmål ved forhøjet blodtryk

Det generelle behandlingsmål for blodtrykket ved diabetes for konsultations- og hjemmemålinger bør være <130/80 mmHg.

Man bør dog i mange tilfælde sætte højere individuelle mål: BT <140/85, fx ved iskæmisk hjertesygdom, langvarig diabetes, høj biologisk alder og behandlingsresistens for at undgå u hensigtsmæssige hændelser.

Bilag 2 – Elektronisk henvisning

Elektronisk henvisning til sygehus

Henvisning til diabetesambulatorierne foregår via EDIFACT til Endokrinologisk Fællesvisitation lokationsnummer: 5790002009716.

Henvisning til Sårambulatorium foregår via EDIFACT til Fælles Sårvisitation – lokationsnummer: 5790002014864.

Henvisning til Nefrologisk Afdeling foregår via EDIFACT til følgende lokationsnumre:

Holbæk Sygehus: 5790001359478

Roskilde Sygehus: 5790001358679

Henvisning til øjenscreening foregår via EDIFACT til følgende lokationsnumre:

Næstved Sygehus: 5790001362621

Roskilde Sygehus: 5790001362249

Henvisning bør, ud over diagnose og relevante kliniske oplysninger, indeholde opdaterede kontaktdata og FMK.

Elektronisk henvisning til speciallægepraksis eller statsautoriseret fodterapeut

Henvisning til såvel speciallæge som statsautoriseret fodterapeut foregår via EDIFACT, hvor der udfyldes de relevante felter i henvisningen, herunder sikres at relevante oplysninger om HbA1c niveau, blodtryk og aktuel behandling er anført.

Elektronisk henvisning til kommunal rehabilitering

Set ud fra stratificeringsmodellen vil der være borgere, der har behov for en kommunal rehabiliteringsindsats. Denne indsats kan være af forskellig art alt efter, hvor borgeren er i sit sygdomsforløb, samt en vurdering af borgerens egenomsorgskapacitet.

Set ud fra flowchart vil borgere, der er stratificeret i gruppen 1-4 kunne have behov for et individuelt tilrettelagt rehabiliteringsforløb.

Deltagelse i et sådan forløb vil kræve en henvisning fra den læge, der er ansvarlig for borgerens behandling og vil praktisk kunne uddelegeres til øvrigt sundhedspersonale.

Det er aftalt, at det er MedCom standarden – *den gode henvisning* (REF01), der anvendes ved henvisning til kommunal rehabilitering inden for de kroniske sygdomme Diabetes Type2, KOL, hjertekarsygdomme samt kræft.

For at et kommunalt rehabiliteringsforløb kan tilrettelægges optimalt for den enkelte borger, er det nødvendigt, at henvisningen indeholder relevante oplysninger se visitationsfrase på <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/sundhedstilbud/region-sjaelland/>

Selv om henvisningen til en kommunal rehabiliteringsindsats foregår elektronisk, er det væsentligt, at borgeren er medinddraget i processen, således at borgeren tager ansvar samt er motiveret for at starte et forløb.

Der kan være borgere, der ud over en henvisning til rehabilitering også har behov for en genoptræningsplan (GOP).

Opmærksomhedspunkter i henvisningsprocessen er, at sikre at borgeren ikke tabes i sektorovergangene, og at tovholderen agerer på henvisningen, følger til dørs med at få henvist, og at modtager – kommunen - sørger for at sende slutnotat til henvisende part, så det bliver muligt for tovholder at følge op på dette.

Ved elektronisk henvisning lægger MedCom standarden op til, at der skal udfyldes mange visitationsfraser. Hvor meget der skal skrives til den modtagende kommune, er ikke afstemt med regionens kommuner. Set i lyset af, at et kommunalt rehabiliteringsforløb til borgere med T2DM er en indsats, der retter sig mod borgerens hverdag, livsstil og livskvalitet, vil det dog kun være nødvendigt med et minimum af kliniske data i relation til T2DM.

Bilag 3 – Revisionsgruppens medlemmer

Annette Lindholm, ledende oversygeplejerske, Medicinsk Afdeling, Slagelse Sygehus (formand)

Karen Daverkosen, distriktsleder Guldborgsund Kommune (næstformand)

Lene Paaske, sundhedskonsulent, Greve Kommune (projektleder)

Jette Juul Damkjer, sundhedskonsulent, Køge Kommune

Tabita Christensen, udviklingskonsulent, Roskilde Kommune

Tove Thorlacius, sygeplejerske, Medicinsk Afdeling, Holbæk Sygehus

Liselotte Sunesson, sygeplejerske, Medicinsk Afdeling, Nykøbing F. Sygehus

Gitte Ehlers, afdelingssygeplejerske, Medicinsk Afdeling, Slagelse Sygehus

Leif Breum, specialeansvarlig overlæge, Medicinsk Afdeling, Køge Sygehus

Camilla Høegh-Guldberg, praktiserende læge, PLO

Christina Schjøtt, diabetessygeplejerske, Guldborgsund Kommune

Bilag 4 – Referencer

1. Sundhedsstyrelsen; Anbefalinger for tværsektorielle patientforløb for mennesker med type 2-diabetes, 2016.
2. Sundhedsstyrelsen; Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model, 2012.
3. Region Sjælland; Fælles om bedre sundhed – Sundhedsaftalen 2015-18.
4. Sundhedsstyrelsen; MedCom, ”Den gode henvisning”.
5. Region Sjælland; Forløbsprogrammer i Region Sjælland
6. Sundhedsstyrelsen; Type 2-diabetes – Fakta og forebyggelse.
7. Sundhedsstyrelsen; Forebyggelsespakker 2014.
8. Diabetesforeningen; ”Diabetes i tal”.
9. Sundhedsstyrelsens kampagner
10. Dansk Selskab for Almen Medicin; Type 2-diabetes – et metabolisk syndrom.
11. Sundhedsstyrelsen; Sygdomsforebyggelse i almen praksis og på sygehuse.
12. Sundhedsstyrelsen: EGENOMSORG - et særligt perspektiv på forebyggelse og sundhedsfremme 2006
13. Diabetesforeningen; ”Rådgivning”.
14. Sundhedsstyrelsen; Udredning og behandling af diabetiske fodsår.
15. Sundhedsstyrelsen; Den faglige visitationsretningslinje for personer med diabetiske fodsår, 2013.
16. Steno Diabetes Center og Region Syddanmark; Sundhedspædagogik i patientuddannelse, 2010.
17. Region Sjælland; Uddannelse i sundhedspædagog, 2014.
18. Sundhedsstyrelsen; National klinisk retningslinje for udvalgte sundhedsfaglige indsatser ved rehabilitering til patienter med type 2 diabetes, 2015.
19. Sundhed.dk; Kommunale og regionale sundheds- og forebyggelsestilbud i Region Sjælland.
20. Sundhedsstyrelsen; Kvalitetssikring af patientuddannelse, 2012.
21. Sundhedsstyrelsen; NKR Implementeringshåndbog.
22. Dansk Endokrinologisk Selskab, www.endocrinology.dk; NBV: Behandling og kontrol af type 2 Diabetes.

Bilag 5 – Implementeringsplan 2015-2018³⁰

Ansvarlig: Det tværgående samarbejdsforum for somatik (TSS) som udvalg stiller de selvstændige virksomheder ansvarlige.

Planen er koordineret med implementeringsplanerne for de tre øvrige reviderede forløbsprogrammer under TSS. [Sundhedsstyrelsens implementeringshåndbog](#) kan anvendes til inspiration.

Økonomi: Der er afsat 100.000 kr. i Den tværsektorielle pulje i Region Sjællands Budget 2016 til revision af forløbsprogrammet. Midlerne er bl.a. afsat til afholdelse af aktiviteter, til informationsmateriale samt til eventuel deltagelse i aktiviteter fra praksissektor. Derudover er det den ansvarlige for den enkelte aktivitet, der ved behov sikrer yderligere midler til aktiviteten, fx i form af puljeansøgninger, egenfinansiering af personaleddeltagelse mv.

Udfordringer i forhold til implementering og monitorering: Arbejdsgruppen for revision har peget på nogle områder, der ikke fungerer eller er på plads, for at der kan ske en implementering med henblik på et optimalt tværsektorielt samarbejde. Der er tale om følgende udfordringer:

- Udfordring med et uafklaret lovgrundlag for indsamling af data fra almen praksis
- Manglende fælles redskab til monitorering af borgeroplevet kvalitet i kommunalt regi.
- Manglende system for automatisk fremsendelse af epikriser fra praktiserende øjenlæger.
- Manglende system for elektronisk kommunikation i forhold til socialmedicinske ydelser.

Aktivitet	Indhold	Ansvarlig	Start
Formidling af selve programmet	Layout, format mv. for digital udgave af forløbsprogrammet, herunder interaktivt flowchart som indgang til programmet samt opdatering af hjemmeside. Vurdering af behov særlige produkter, fx pixi-udgaver.	TSS (KU Sund)	2. kvartal 2016
Særligt kommunikationsspor for praksissektor	Fokus på særlige behov for implementeringsaktiviteter og/eller kommunikationsprodukter. I samarbejde med bl.a. Primær Sundhed og KAP-S.	TSS (KU Sund)	2. kvartal 2016
Kick Off i TSS	<ul style="list-style-type: none">• Præsentation af digital udgave.• Vurdering af behov justering af implementeringsplan.• Beslutning om rammer og indhold for faglige følgegrupper til hvert forløbsprogram, herunder eventuel igangsættelse af udpegninger.	TSS	3. kvartal 2016

³⁰ Tilpasses beslutningsproces

Aktivitet	Indhold	Ansvarlig	Start
Dialogmøder med KSSer	<p>Møder med de 4 Kommunale Samarbejdsfora for Somatik (KSSer): Holbæk, Nykøbing F, Næstved-Slagelse-Ringsted og Roskilde-Køge.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Drøftelse af det lokale ansvar for implementering af det reviderede forløbsprogram. • Drøftelse af behovet for eventuel central understøttelse til lokale, fælles eller interne implementeringsaktiviteter. • Drøftelse af afholdelse af temadag for de fire forløbsprogrammer (se selvstændigt punkt herom). • Udpegning af lokal tovholder. 	TSS	3./4. kvartal 2016
Lokale implementeringsplaner	<ul style="list-style-type: none"> • Aftale eventuelle fælles aktiviteter på tværs af sektorer, herunder behov for tværsektoriel kompetenceudvikling. • Vurdering af behov for eventuelle lokale følgegrupper. • Aftale om, hvornår den enkelte kommune og det enkelte sygehus har implementeret programmet. • Tidspunkter for status til TSS. <p>Planen sendes til TSS til orientering.</p>	KSSer	3./4. kvartal 2016
Temadage i KSSer	<p>Temadag i hvert KSS. Dagene er som udgangspunkt halve dage. Dagene afholdes fælles for de fire programmer og i samarbejde mellem TSS og det enkelte KSS. Programmet kan bl.a. indeholde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fælles intro til de fire programmer: Hvad er nyt? • Et fælles fagligt indlæg. • Workshops om tværsektoriel kommunikation, fx quick learn om henvisninger. • Workshops rettet mod det enkelt program: Hvilke konkrete ændringer er der og hvordan håndteres de? 	TSS / KSS	4. kvartal 2016 / 1. kvartal 2017
Status på implementering	Årlig status på implementeringen af forløbsprogrammet	TSS	Ultimo året
Revision af forløbsprogram	Årlig vurdering af behov for revision af forløbsprogram	TSS	Ultimo året

Bilag 6 – Forslag til indikatorer i monitoreringen

Arbejdsgruppen har lavet disse forslag til indikatorer, som følgegruppe kan arbejde videre med.

Sektor	Type	Indikator
Sygehus	Organisatorisk kvalitet	<ul style="list-style-type: none"> • Andel af patienter, identificeret med diabetes, der får foretaget årskontrol på sygehus mindst én gang årligt. • Ventetider fra henvisning til kontrol/konsultation på sygehuset. <p>Data indhentes via Diabetes Rask og MedCom.</p>
	Faglig kvalitet	<ul style="list-style-type: none"> • Andel af patienter, der får foretaget øjenscreening mindst én gang årligt. • Andel af patienter, der får foretaget fodkontrol/screening mindst én gang årligt. • Andel af patienter, der får foretaget nyrescreening mindst én gang årligt. <p>Data indhentes via Diabetes Rask, og registreres i Dansk Voksen Diabetes Database, der årligt auditeres via SFR (Sundhedsfagligt Råd).</p>
	Patientoplevet kvalitet	<ul style="list-style-type: none"> • Patientoplevet kvalitet. <p>Data indhentes via LUP (Landsdækkende Undersøgelse af Patienttilfredshed).</p>
Sektor	Type	Indikator
Praksis	Organisatorisk kvalitet	Det er ikke p.t. muligt lovligt at indhente patientdata via praksissystemerne.
	Faglig kvalitet	Der er derfor ikke opstillet indikatorer.
	Patientoplevet kvalitet	

Sektor	Type	Indikator
Kommune	Organisatorisk kvalitet	<ul style="list-style-type: none"> • Andelen af borgere, identificeret med diabetes, der er henvist fra praktiserende læge til kommunal rehabilitering. • Andelen af borgere, identificeret med diabetes, der henvises fra sygehusene. <p>Data indhentes via MedCom.</p>
	Faglig kvalitet	<ul style="list-style-type: none"> • Andelen af borgere, der får vurderet træningseffekten ved gennemførelse af fysiske test ved start og afslutning af det fysiske træningsforløb i kommunen. <p>Data indhentes via kommunernes egen dokumentationssystem.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Andelen af borgere, identificeret med diabetes, der efter afsluttet rehabilitering i kommunen får fremsendt statusmeddelelse til almen praksis. <p>Data indhentes via MedCom.</p>
	Borgeroplevet kvalitet	Der anvendes blandt kommunerne ikke et fælles redskab til måling af borgeroplevet kvalitet, hvorfor der ikke kan opstilles en fælles indikator.
Sektor	Type	Indikator
Fælles	Organisatorisk kvalitet	Registrering af brug af den digitale udgave af forløbsprogrammet