

Forløbsprogram Type 2 Diabetes Mellitus (T2DM) 17.10.2017

Tidlig opsporing og forebyggelse

Lægens opgaver:

- Tidlig opsporing
- Forebyggelse og intervention

Kommunal opgave:

- Sundhedsfremme og forebyggelsestiltag
Sundhedsstyrelsens [Forebyggelsepakker](#)

Diagnose og stratificering

Stratificering Kategori I

- Velreguleret T2DM
- God egenomsorgsevne

Tovholderfunktion varetages af:

Praktiserende læge

Roller: Almen praksis, sygehus og kommune

Stratificering Kategori II

- Svær regulerbar T2DM eller comorbiditet
- God egen omsorgsevne

Tovholderfunktion varetages af:

Praktiserende læge eller sygehus

Roller: Almen praksis, sygehus og kommune

Stratificering Kategori III

- Velreguleret T2DM
- Ringe egenomsorgsevne

Tovholderfunktion varetages af:

Praktiserende læge

Roller: Almen praksis, Sygehus og kommune

Stratificering Kategori IV

- Svær regulerbar T2DM eller comorbiditet
- Ringe egenomsorgsevne

Tovholderfunktion varetages af:

Praktiserende læge eller sygehus

Roller: Almen praksis, Sygehus og kommune

Behandling og rehabilitering

Rehabilitering i kommunerne

- Sygdomsspecifikt individuelt tilrettelagt forløb:
 - Indledende og afsluttende samtale
 - Vejledning/undervisning i mestring af T2DM, kostvejledning, fysisk aktivitet, rygestop og psykosocial støtte
 - Patientuddannelse
 - Individuel instruktion ved sygeplejerske

Behandling hos praktiserende læge

- Typisk 2-4 årlige konsultationer incl. årskontrol
- Statusvurdering (inkl. øjen- og fodscreening)
- Screening for senkomplikationer
- Individuel instruktion

Behandling på sygehus

- Typisk 2-4 årlige konsultationer incl. årskontrol
- Konsultation hos diabetessygeplejerske
- Statusvurdering (inkl. øjen- og fodscreening)
- Screening for senkomplikationer
- Individuel instruktion
- Løbende notat til praktiserende læge fra ambulatoriet

Efterforløb og vidensdeling

Efterforløb/netværk/fastholdelse

Motivationsgrupper, Patientforeninger,

Ikke sygdomsspecifikke tilbud f.eks. Lær at leve med kronisk sygdom/Lær at tackle kroniske smerter, lokale foreninger

Sådan henviser du:

Henvisningskriterier fra almen praksis TIL SYGEHUS

- Graviditetsdiabetes og gravide med diabetes
- Børn med diabetes (til Børneafdeling)
- Suboptimal behandlingseffekt af peroral/insulinbehandling på tilstræbt hbA1c-niveau
- Progredierende sendiabetiske komplikationer (retinopati, nefropati, neuropati) eller progredierende hjerte/kredsløbsslidelse
- 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

Elektive henvisninger sendes via EDIFACT til:

[Henvisningsenheden](#)

Lokationsnummer 5790002278044

med tydelig angivelse af: Tentativ diagnose og speciale samt patientens ønske om ventetid/sygehus

Henvisning til **speciallæge og fodterapeut** foregår via EDIFACT.

[Henvisning](#) bør ud over diagnose og relevante kliniske oplysninger indeholde opdateret kontaktdata og FMK

Kommunikation fra almen praksis og sygehus til kommune

Henvisning til kommunerne sendes elektronisk:

Fra **praksis** via EDIFACT/pakkehenviisning til kommunens lokationsnummer

Fra **sygehus** via EDIFACT/pakkehenviisning i OPUS

Henvisningsprocedure fremgaa af

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

Kommunikation fra sygehus/speciallæge/fodterapeut til almen praksis

Information til den praktiserende læge sikres via elektronisk overførsel af kopi af relevante journalnotater 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.

TIDLIG OPSPORING OG FOREBYGGELSE – Praktiserende læge

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](#).

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. Der henvises til Sundhedsstyrelsens materiale om [Sygdomsforebyggelse i almen praksis og på sygehuse](#)

[Tilbage til flowdiagram](#)

TIDLIG OPSPORING OG FOREBYGGELSE – Kommunen

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 forebyggelsespakker](#) samt ved aktiviteter omkring [Sundhedsstyrelsens kampagner](#). 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.

[Tilbage til flowdiagram](#)

Stratificering 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 intensivt 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.

[Tilbage til flowdiagram](#)

Stratificering 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.

FORTSÆTTES

[Tilbage til flowdiagram](#)

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 ambulante 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 [rehabilitering i kommunerne](#).

Kommunens rolle

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

[Tilbage til flowdiagram](#)

Stratificering Kategori III

Patientkategori med en ret ukompliceret diabetes sygdom, 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.

[Tilbage til flowdiagram](#)

Stratificering 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.

[Tilbage til flowdiagram](#)

FORTSÆTTES

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.

[Tilbage til flowdiagram](#)

Rehabilitering i kommunen

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.

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 tilgang

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.

FORTSÆTTES

[Tilbage til flowdiagram](#)

Individuel tilpasset rehabiliteringsindsats

I den [nationale kliniske retningslinje fra 2015 for indsatser ved rehabilitering af patienter med T2DM](#) 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 mål. 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 diagnosetidspunktet.

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 indeholde følgende elementer:

- [Patientuddannelse](#)
- [Kostvejledning](#)
- [Fysisk aktivitet](#)
- [Rygestop](#)

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.

FORTSÆTTES

[Tilbage til flowdiagram](#)

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

[Retur til rehabiliteringsindsatser](#)

[Tilbage til flowdiagram](#)

FORTSÆTTES

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

[Retur til rehabiliteringsindsatser](#)

[Tilbage til flowdiagram](#)

Behandling

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. 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 vejledning](#)

[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](#)

[Tilbage til flowdiagram](#)

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.

[Retur til behandlingsoversigt](#)

[Tilbage til flowdiagram](#)

Program for rutine besøg 2-4 gange årligt

- Kontrol af risikofaktorerne: HbA1c, BT og vægt.
- Gennemgang af eventuelle hjemmeblodsuktermålinger.
- 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 farmakologisk behandling).

[Retur til behandlingsoversigt](#)

[Tilbage til flowdiagram](#)

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*: Fodpulse, 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 aterosclerotisk 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).

[Retur til behandlingsoversigt](#)

[Tilbage til flowdiagram](#)

Individuelle behandlingsmål for behandling af hyperglykæmi

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.

[Retur til behandlingsoversigt](#)

[Tilbage til flowdiagram](#)

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 uheldige hændelser.

[Retur til behandlingsoversigt](#)

[Tilbage til flowdiagram](#)