



**Tværasektorielt forløbsprogram
for mennesker med diabetes**
– samarbejde og kommunikation

UDKAST

Region Syddanmark
og de 22 kommuner



Titel

Tværasektorielt forløbsprogram for mennesker med diabetes
– samarbejde og kommunikation

© Region Syddanmark og de syddanske kommuner, 2018

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Region Syddanmark

Damhaven 12

7100 Vejle

www.rsyd.dk/kronisksygdom

Ikrafttræden

Forløbsprogrammet er godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget og træder i kraft den XX.XX.2018.

Emneord

diabetes mellitus, type 1, type 2, forløbsprogram, forebyggelse, rehabilitering, tidlig opsporing, kommunikation, patientinddragelse

Version 1.0

Februar 2018

Dansk sprog

Udgivelse i PDF-format

Grafisk tilrettelæggelse:

Lisette Lund, Grafisk Service, Region Syddanmark

Udgivet af:

Region Syddanmark

Elektronisk ISBN 978-87-92217-60-8

Forord

Udarbejdes efter høringsperioden

Tage Petersen
Formand for Sundhedskordinationsudvalget

Henning Ravn
Næstformand for Sundhedskordinationsudvalget

Indholdsfortegnelse

	Forord	3
1	Introduktion	6
	FOREBYGGELSE OG TIDLIG OPSPORING	
2	Borgerrettet forebyggelse i kommunen	10
	Kommunen	10
	Henvisning fra almen praksis og sygehuset til kommunale forebyggelsestilbud	10
3	Tidlig opsporing af diabetes	12
	Almen praksis	13
	Kommunen	16
	Sygehuset.	16
	RISIKOVURDERING	
4	Løbende risikovurdering i almen praksis og på sygehuset.	17
	Vurdering af rette behandler ved type 1-diabetes	18
	Vurdering af rette behandler ved type 2-diabetes	18
	Vurdering af rette behandler ved øvrige diabetesformer	19
	Vurdering af behov for rehabilitering	19
	Vurdering af behov for særlig støtte	20
	RETNINGSLINJER FOR SAMARBEJDE OG KOMMUNIKATION	
5	Udredning og diagnosticering i almen praksis og på sygehuset	23
	Almen praksis	25
	Sygehuset.	26
6	Borgerens kontakt til apoteket.	27
7	Udlevering af hjælpemidler og udbetaling af tilskud.	29
8	Opfølgning og årskontrol i almen praksis	31
9	Ambulant behandling og kontrol i sygehusambulatoriet	33
	Kommunikation mellem sygehuset og almen praksis.	33
	Kommunikation mellem sygehuset og kommunen	33

Indholdsfortegnelse

	RETNINGSLINJER FOR SAMARBEJDE OG KOMMUNIKATION	
10	Påbegyndelse og afslutning af forebyggelsestilbud	35
	Henvisning fra almen praksis og sygehuset til forebyggelsestilbud i kommunen	35
	Afklarende samtale i kommunen	35
11	Sygdomsmestring i kommunen	37
	Henvisning fra almen praksis og sygehuse til tilbud om sygdomsmestring	38
12	Træning i kommunen	39
13	Rygestop i kommunen	41
	Henvisning fra almen praksis og sygehuse til rygestop i kommunen	41
14	Ernæringsindsatser i kommunen, almen praksis og på sygehuset	42
	Ernæringsindsats på sygehuset og i almen praksis	42
	Ernæringsindsats i kommunen	42
15	Indlæggelse på sygehuset	43
	Almen praksis	43
	Kommunen	43
	Sygehuset	43
16	Udskrivelse fra sygehuset	45
	Kommunikation mellem sygehuset og kommunen	45
	Kommunikation mellem sygehuset og almen praksis	46
17	Graviditetsdiabetes	48
	Kommunikation mellem sygehuset og kommune	49
	Kommunikation mellem sygehuset og almen praksis	49
18	Børn og unge med diabetes	50
	Overgangen fra børneambulatoriet til kommunen	50
	Støtte i kommunerne	51
	Børn og unge med diabetes i almen praksis	51
19	Plejeindsatsen i kommunen	52
	Bilag 1 – Henvisning til kommunale forebyggelsestilbud	53
	Bilag 2 – Befordring	54

1 | Introduktion

Baggrund

Siden Sundhedsloven og de første sundhedsaftaler i 2007 har aktørerne i det syddanske sundhedsvæsen haft et særligt fokus på at sikre sammenhængende patientforløb. Samarbejdet mellem de syddanske kommuner, sygehuse og almen praksis er gradvist styrket hen over årene.

I 2010 blev det første tværsektorielle forløbsprogram for mennesker med type 2-diabetes i Syddanmark vedtaget. Sammen med forløbsprogrammer for borgere med KOL, hjertekar-sygdom og ryglidelser skulle dette styrke den samlede indsats for borgere med kroniske sygdomme.

Forudsætningerne for at tilrettelægge fremtidens indsats i Syddanmark for mennesker med diabetes har ændret sig siden det første forløbsprogram. Således har Sundhedsstyrelsen udarbejdet en generisk model for forløbsprogrammer for kronisk sygdom^[1], retningslinjer for udvalgte sundhedsfaglige indsatser ved rehabilitering til patienter med type 2-diabetes^[2], anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes^[3] samt anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom^[4]. Dette forløbsprogram er funderet på disse nationale anbefalinger og retningslinjer.

Desuden er der sket en udvikling i sundhedsaftalerne mellem Region Syddanmark og de 22 kommuner. De første versioner af Sundhedsaftalen handlede bl.a. om opgavedeling mellem sektorer og kommunikation i sektorovergange, herunder IT-understøttelse af kommunikationen.

Den seneste Sundhedsaftale for perioden 2015-18 har et stærkt fokus på en rehabiliterende tilgang, hvor inddragelse af borgere og deres pårørende skaber sammenhæng mellem den sundhedsfaglige indsats og borgerens hverdagsliv, så indsatsen tilpasses borgeren og skaber mest mulig værdi for den enkelte.

De overordnede målsætninger i Sundhedsaftalen er et rehabiliterende samarbejde med borgeren, sundhed for alle og sundhed med sammenhæng. På den baggrund er det prioriteret i Sundhedsaftalen for 2015-18, at der skal udarbejdes nye forløbsprogrammer for en række diagnoser under titlen "Nye rammer for kronisk sygdom". Som et første skridt er der udviklet og vedtaget en **generisk model**, som sætter rammen for udvikling af en række nye forløbsprogrammer.

Formål med forløbsprogrammet

Dette forløbsprogram beskriver den tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede sundhedsfaglige indsats, som kommunerne, almen praksis, sygehusene og apotekerne i Syddanmark yder i samarbejde med borgere med type 1- og type 2-diabetes. Forløbsprogrammets vigtigste fokus er dels aktørernes samarbejde, koordinering og kommunikation, dels inddragelse af borgere med diabetes og deres pårørende. Programmet gennemgår ikke de specifikke kliniske/faglige retningslinjer for den monosektorielle behandlings- og rehabiliteringsindsats. Det forventes, at alle relevante aktører har opdateret viden om disse uafhængigt af forløbsprogrammet .

KLIK PÅ DE GRØNNE HYPERLINKS 

- 1 Sundhedsstyrelsen (2012) – [Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model](#).
- 2 Sundhedsstyrelsen (2015) – [NKR: Udvalgte sundhedsfaglige indsatser ved rehabilitering til patienter med type 2-diabetes](#).
- 3 Sundhedsstyrelsen (2017) – [Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes](#).
- 4 Sundhedsstyrelsen (2016) – [Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom](#).



Formålet med dette forløbsprogram er at sikre:

- Høj og ensartet kvalitet af den samlede behandlings- og rehabiliteringsindsats for borgere med diabetes i det syddanske sundhedsvæsen
- Sammenhæng i borgernes forløb
- Inddragelse af borgerne og deres pårørende
- Hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne i det syddanske sundhedsvæsen

Målgruppe for forløbsprogrammet

Målgruppen for forløbsprogrammet er alle syddanske borgere med type 1- og type 2-diabetes uanset sygdommens sværhedsgrad samt borgere i risiko for at udvikle type 1- og type 2-diabetes.

Borgere med diabetes har forskellige behov, og deres forløb skal tilrettelægges herefter. Derfor er det borgerens individuelle situation og sygdomsbillede, som er udgangspunktet for den samlede indsats.

Programmet gælder i alle de 22 syddanske kommuner, for de praktiserende læger i regionen, de fire somatiske sygehusenheder og psykiatrisygehuset. Forløbsprogrammet henvender sig til sundhedsprofessionelle og ledere i kommuner, almen praksis, på sygehuse og apoteker, der i deres arbejde er i kontakt med borgere med diabetes.

Det gælder både sundhedsprofessionelle, der har borgere med type 1- eller type 2-diabetes som en primær målgruppe, og sundhedsprofessionelle, der mere sporadisk møder borgere med diabetes som led i deres arbejde.

Forløbsprogrammets anvendelse

Forløbsprogrammet er et handlingsorienteret dokument, der beskriver aktørernes opgaver og roller i samarbejdet og i kommunikationen om behandlings- og rehabiliteringsindsatsen for mennesker med type 1- og type 2-diabetes. Forløbsprogrammet er bygget op omkring specifikke situationer, hvor mennesker med type 1- og type 2-diabetes er i kontakt med sundhedsvæsenet (fx årskontroller og konsultationer i almen praksis, deltagelse i kommunale forebyggelsestilbud, ambulante behandling og kontrol i sygehusambulatoriet etc.). Programmet beskriver roller og opgaver for hver af de involverede aktører i disse situationer.

Derfor kan forløbsprogrammet både bruges som:

- Et opslagsværk i det daglige arbejde
- Et udgangspunkt for at udarbejde sektorspecifikke instrukser mv.
- Et værktøj til den mere overordnede planlægning af den mono- og tværsektorielle indsats for mennesker med type 1- og type 2-diabetes.

Enkelte afsnit – bl.a. afsnittene om borgerrettet forebyggelse og tidlig opsporing – er ikke bygget op om specifikke kontakter mellem borgere og sundhedsprofessionelle og kræver derfor en større grad af lokal opfølgning, før programmets intentioner kan omsættes til systematisk handling.

Udarbejdelse af forløbsprogrammet

Dette forløbsprogram er, ligesom det allerede godkendte forløbsprogram for mennesker med KOL, tilblevet i en struktureret, organisatorisk brugerinddragelsesproces.

Således er der afviklet to workshops, hvor borgere, pårørende og sundhedsprofessionelle fra sygehusene, almen praksis og kommuner har været i dialog om deres oplevelser af og holdninger til det syddanske sundhedsvæsens håndtering af mennesker med type 1- og type 2-diabetes.

Processen har bidraget til, at forløbsprogrammet sætter fokus på kommunikation mellem sundhedsprofessionelle og borgere/pårørende samt systematisk inddragelse af borgere/pårørende i eget forløb, idet der opleves det største behov for at styrke indsatsen på disse områder.

Implementering, monitorering og opdatering af forløbsprogrammet

I tilknytning til forløbsprogrammet er der udarbejdet en separat implementeringsplan, som findes på [Region Syddanmarks hjemmeside](#).

Følgegruppen for Forebyggelse monitorerer forløbsprogrammet løbende for at afdække dets implementeringsgrad og effekter. Resultaterne af monitoreringen vil blive forelagt Sundhedskoordinationsudvalget én gang om året.

Forløbsprogrammet opdateres på baggrund af monitoreringens resultater, og når der sker større nationale og lokale ændringer i samarbejdet om forløb for mennesker med type 1- og type 2-diabetes. Det Administrative Kontaktforum er ansvarlig for at sikre, at forløbsprogrammet er ajourført og tidssvarende.

Der pågår desuden en række initiativer, hvis løsninger løbende kan indarbejdes i forløbsprogrammet i takt med, at der skabes stigende evidens for løsningernes effekt i form af øget behandlingskvalitet, patienttilfredshed, resourceoptimering etc. Blandt initiativerne kan fx nævnes:

Steno Diabetes Center Odense (SDCO):

Forløbsprogrammet er lavet i en sideløbende og koordineret proces med udarbejdelsen af en drejebog for etableringen af SDCO. SDCO forventes at skabe evidens for nye løsninger inden for bl.a. opsporing og behandling af diabetes samt ny viden om organisering af det tværsektorielle samarbejde.

Patientrapporterede oplysninger

(PRO-data): Der pågår i sundhedsvæsenet en række indsatser, der har til formål at inkludere patienternes egne oplevelser og målinger af livskvalitet, funktionsniveau, helbred mv. (patientrapporterede oplysninger eller PRO-data) aktivt i deres forløb. Disse data har til formål at understøtte kvalitetsudviklingen af behandlings- og rehabiliteringsforløbene på tværs af sektorer.

Telemedicin: Telemedicinske løsninger betragtes som et vigtigt element i fremtidens borger-nære sundhedsvæsen og i det tværsektorielle samarbejde om mennesker med type 1- og type 2-diabetes. Telemedicin tillader tidstro dataudveksling, kommunikation og monitorering, hvilket muliggør koordinerede parallelle behandlings- og rehabiliteringsindsatser på tværs af sektor og aktører.

Komorbiditet og parallelle indsatser

Flere danskere lever med mere end én kronisk sygdom. Forløbsprogrammet omhandler indsatsen for mennesker med diabetes, men berører kort behovet for at koordinere behandlings- og rehabiliteringsindsatser for mennesker med flere samtidige sygdomme – fx på tværs af sygehusafdelinger.

Det stiller større krav til kommunikation og koordination internt og på tværs i sundhedsvæsenet.

Forløbsprogrammet har også fokus på, at kommuner, almen praksis og sygehuse ved behov skal igangsætte indsatser parallelt ifm. behandling, rehabilitering og særlig støtte for borgere med type 1- og type 2-diabetes.

Inddragelse af borgere og pårørende

Et vigtigt element i dette forløbsprogram er at sikre, at borgere og pårørende inddrages i hele forløbet. Inddragelse af borgeres viden og ressourcer, både i udvikling af sundhedsvæsenets ydelser overordnet og i de individuelle forløb, kan medvirke til øget kvalitet i behandlingen og større tilfredshed^[5]. Den enkelte borger har en unik viden om sit eget sygdoms- og behandlingsforløb og om sine behov og præferencer, hvilket kan have betydning for, i hvilket omfang en konkret behandling vil gavne. Inddragelse af pårørende kræver borgerens accept.

Ved i højere grad at indgå i dialog om, hvilken behandling, der passer bedst til borgerens liv og individuelle præferencer, kan man forbedre muligheden for, at eksempelvis medicinen tages rigtigt, behandlingsanvisninger overholdes, og at borgeren kan forstå og handle relevant på sine sygdomssymptomer.

Undersøgelser dokumenterer således på tværs af sygdomme, at borgere, der er inddraget i beslutninger om behandlingsvalg, målbeskrivelser og tilrettelæggelsen af behandlingsforløb:

- Har mere viden om deres sygdom og stiller flere spørgsmål
- Har større selvtillid, styrket tro på egen evne til at håndtere sygdom og øget livskvalitet
- Følger behandlingsanvisninger bedre (øget compliance)^[6,7].

Desuden kan inddragelse medvirke til at sikre en tidlig behandlingsindsats, når det er væsentligt^[8,9]. Undersøgelser peger tillige på, at inddragelse kan reducere det samlede ressourceforbrug på nogle områder, idet patienter, der inddrages, i højere grad vælger mindre indgribende behandling^[6]. Ved behandling af borgere med type 1- og type 2-diabetes er inddragelse særlig relevant, dels fordi type 1- og type 2-diabetes er kroniske sygdomme, som borgeren normalt lever med i mange år, dels fordi en stor del af behandlingen af type 1- og type 2-diabetes foretages af borgeren selv eller dennes pårørende i eget hjem. Set i lyset af de kendte effekter af inddragelse giver det derfor god mening at tilstræbe, at borgere med type 1- og type 2-diabetes og deres pårørende så vidt muligt er med til at træffe beslutninger om, hvilken behandling og hvilke understøttende tiltag de bør tilbydes. Det kan eksempelvis være valg af forebyggelsestilbud som ernæringsindsats og træning, eller valg af medicinsk behandling, hvor der fx findes flere forskellige typer behandling med god forventet effekt, men med forskellige bivirkninger og indvirkning på borgerens hverdag.

Sundhedsprofessionelle og borgere har ikke altid samme opfattelse af, hvad der er vigtigt at tale om på givne tidspunkter i behandlings- og rehabiliteringsforløbet. Det kan være svært at modtage og reagere på information, hvis borgeren ikke synes, det er det vigtigste, der bliver talt om. Derfor er der i forløbsprogrammet markeret konkrete eksempler på, hvordan sundhedsprofessionelle kan inddrage borgere og pårørende i forskellige situationer, hvor mennesker med type 1- og type 2-diabetes er i kontakt med sundhedsvæsenet.

Disse eksempler er baseret på konkrete oplevelser, erfaringer og ønsker fra borgere med diabetes og deres pårørende.

5 Freil M & Knudsen JL (2009) – Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet. Ugeskrift for Læger 171(20), 1694.

6 Coulter A (2012) – Patient Engagement – What Works?. The journal of Ambulatory Care Management, 35(2):80-89.

7 Stacey D et al (2014) – Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (Review). The Cochrane Collaboration.

8 Buhse S et al. (2015) – Informed shared decision-making programme on the prevention of myocardial infarction in type 2-diabetes: a randomised controlled trial. BMJ Open. Nov 13;5(11):e009116.

9 Serrano, V et al (2016) – Shared decision-making in the care of individuals with diabetes, Diabetes Medicine. Jun;33(6):742-51.

2 | Borgerrettet forebyggelse i kommunen

Sundhedslovens § 119 stk. 1 og 2 danner det overordnede udgangspunkt for arbejdet med forebyggelse i kommunerne. Kommunerne har således ansvaret for at skabe rammer for en sund levevis hos borgerne og for at etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud. Derudover har en række andre love også betydning for den borgerrettede forebyggelse, særligt rammer for fysisk aktivitet (Folkeoplysningsloven, Folkeskoleloven, Planloven m.fl.).

Kommunen

Type 1-diabetes kan på nuværende tidspunkt ikke forebygges, da det ikke er sikkert, hvilke miljømæssige faktorer, der spiller en rolle i patogenesen^[10]. Udvikling af type 2-diabetes kan skyldes både arvelige faktorer, uhensigtsmæssig livsstil og overvægt samt kombinationer heraf^[11]. Kommunen har med sin borgerrettede forebyggelsesindsats en vigtig opgave i at støtte borgerne i at skabe sunde vaner tidligt i livet og i at ændre og fastholde nye sunde vaner senere i livet, således at type 2-diabetes og andre livsstilsrelaterede sygdomme kan forebygges.

For at sikre en solid indsats for at forebygge type 2-diabetes bør kommunerne leve op til anbefalingerne på grundniveau i [Sundhedsstyrelsens forebyggelsepakker om henholdsvis fysisk aktivitet, mad og måltider samt overvægt](#).

Risikofaktorerne for at udvikle type 2-diabetes forekommer i højere grad i nogle grupper i samfundet end andre. Uligheden hænger sammen med uddannelsesniveau, tilknytning til arbejdsmarkedet, køn, civilstatus, bopæl, etnicitet mv.^[12]. Kommunen anbefales derfor at tilrettelægge sin forebyggende indsats, så den tager særligt højde for denne sociale ulighed.

Henvisning fra almen praksis og sygehuset til kommunale forebyggelsestilbud

Mange kommuner tilbyder gratis forebyggende tilbud til borgere, der er i risiko for fx at udvikle diabetes (tilbud om motion, kost og væggtab mv.). Tilbuddene fremgår af www.sundhed.dk. Kommunen skal løbende opdatere beskrivelsen af sine tilbud her.



Patienterne anbefaler

- Styrk samarbejdet på tværs af kommunens forvaltninger
- Lav forebyggelsen, der hvor vi allerede kommer i forvejen
- Skab rammer for mere bevægelse i institutioner og skoler
- Inddrag foreningerne i det sundhedsfremmende arbejde
- Vær opmærksom på risikofaktorer for diabetes hos børn – fx ved besøg hos sundhedsplejersken og tandplejen
- Husk familien i de forebyggende samtaler

¹⁰ Sundhed.dk (2016) – [Lægehåndbogen](#).

¹¹ Sundhedsstyrelsen (2017) – [Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes](#).

¹² Sundhedsstyrelsen (2011) – [Ulighed i sundhed – Årsager og indsatser](#).



Det kræver motivation og ressourcer at opsøge og tilmelde sig et forebyggende tilbud. Det er en hjælp for mange borgere, hvis sundhedsprofessionelle i almen praksis og på sygehuset efter aftale med borgeren henviser til kommunens tilbud.

Henvisningen fra sygehus og almen praksis skal ske elektronisk via MedCom-standarden "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 1). Henvisning sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med borgeren tilrettelægger det videre forløb.

3 | Tidlig opsporing af diabetes

Det er vigtigt at opspore og reagere på diabetes så tidligt som muligt for at iværksætte behandling og livsstilsændringer, der kan stabilisere sygdommen og reducere risikoen for alvorlige komplikationer.

Sygehuse, kommuner og almen praksis samt borgeren selv har et fælles ansvar for, at sygdommen opspores og diagnosen stilles så tidligt som muligt.

Sundhedsprofessionelle skal i deres kontakt med borgere være opmærksomme på kliniske symptomer og risikofaktorer for diabetes. Ved begrundet mistanke om diabetes skal sundhedsprofessionelle i alle sektorer iværksætte eller henvise til undersøgelse med henblik på

diagnosticering, også selvom den primære kontakt vedrører noget andet.



Kliniske symptomer på diabetes ^[14]

- Øget tørst
- Hyppig vandladning
- Genital kløe
- Uforklaret vægttab
- Sløret syn
- Træthed
- Infektioner i hud og slimhinder

Kendetegn ved type 1- og type 2-diabetes ^[13]



	Type 1-diabetes	Type 2-diabetes
Vægt	Oftest normalvægtige	Ca. 80% er overvægtige
Insulinproduktion	Ophørt (< 10% af normal produktion)	Insulinresistens Insulinproduktionen er ofte høj
Alder	Oftest < 30 år ved debut	> 40 år ved debut, dog forekommer der tilfælde helt ned til børnealderen
Symptomer	Opstår akut/subakut	Udvikler sig langsomt
Arvelighed	Ca. 2-5% (når én af forældrene eller søskende har type 1-diabetes)	Ca. 40% (når én af forældrene eller søskende har type 2-diabetes)

Andre sjældnere undertyper af diabetes kan have forskellige manifestationer, der ikke gennemgås særskilt i dette forløbsprogram.

¹³ DiabetesUdvalg Region Syddanmark (2014) – [Diabeteshåndbog – praktisk diabetespleje og -behandling i Region Syddanmark](#).

¹⁴ DiabetesUdvalg Region Syddanmark (2014) – [Diabeteshåndbog – praktisk diabetespleje og -behandling i Region Syddanmark](#).



Symptomerne på højt blodsukker er de samme ved type 1- og type 2-diabetes, men symptomerne viser sig hurtigere og kraftigere ved type 1-diabetes, hvorimod de "kommer snigende" ved type 2-diabetes. Hvis symptomerne på type 1-diabetes ikke bliver opdaget, diagnosticeret og behandlet, kan de udvikle sig til opkastning, mavesmerter, væsketab og evt. bevidsthedstab.

Man ved endnu ikke, hvorfor type 1-diabetes opstår, men at risikoen bl.a. er forbundet med arv og gener. For type 2-diabetes gælder det, at arv og livsstil er årsag til udvikling af sygdommen.

Almen praksis

Den praktiserende læge spiller en vigtig rolle i at opspore diabetes tidligt pga. almen praksis' store kontaktflade til borgerne.

Hvad angår type 2-diabetes baserer den praktiserende læge sin opsporingsindsats på opportunistisk screening. Det vil sige, at når patienter med kliniske symptomer på eller risikofaktorer for udvikling af diabetes henvender sig, herunder af anden årsag, skal almen praksis tilbyde undersøgelse for diabetes.

Dansk Selskab for Almen Medicin anbefaler, at tidlig opsporing for diabetes kobles med vurdering af patienters individuelle kardiovaskulære risikoprofil via SCORE-systemet ^[15] (Systematic Coronary Risk Evaluation).

Sygdomme og risikofaktorer associeret med en høj risiko for type 2-diabetes

- Hjerte-karsygdomme
- Hypertension
- Dyslipidæmi
- Familiær disposition
- Tidligere graviditetsdiabetes
- Polycystisk ovariesyndrom (PCOS)
- Etnisk disposition
- Visse farmaka
- Forekomsten af ≥ 2 øvrige risikofaktorer
 - Overvægt
 - Høj alder
 - Lavt aktivitetsniveau
 - Rygning
 - Familiær disposition for hjerte-karsygdom (førstegangsslægtninge)
 - Mikroalbuminuri

Til det formål har Dansk Selskab for Almen Medicin udviklet et udredningskema som vist på næste side.



TYPE 1

Hvis en mor har type 1-diabetes, er risikoen for, at hendes barn får sygdommen ca. 2%.

Hvis en far har type 1-diabetes, er risikoen for, at hans barn får sygdommen ca. 5%.

Hvis begge forældre har type 1-diabetes, er risikoen for at deres barn får sygdommen ca. 5-20%.

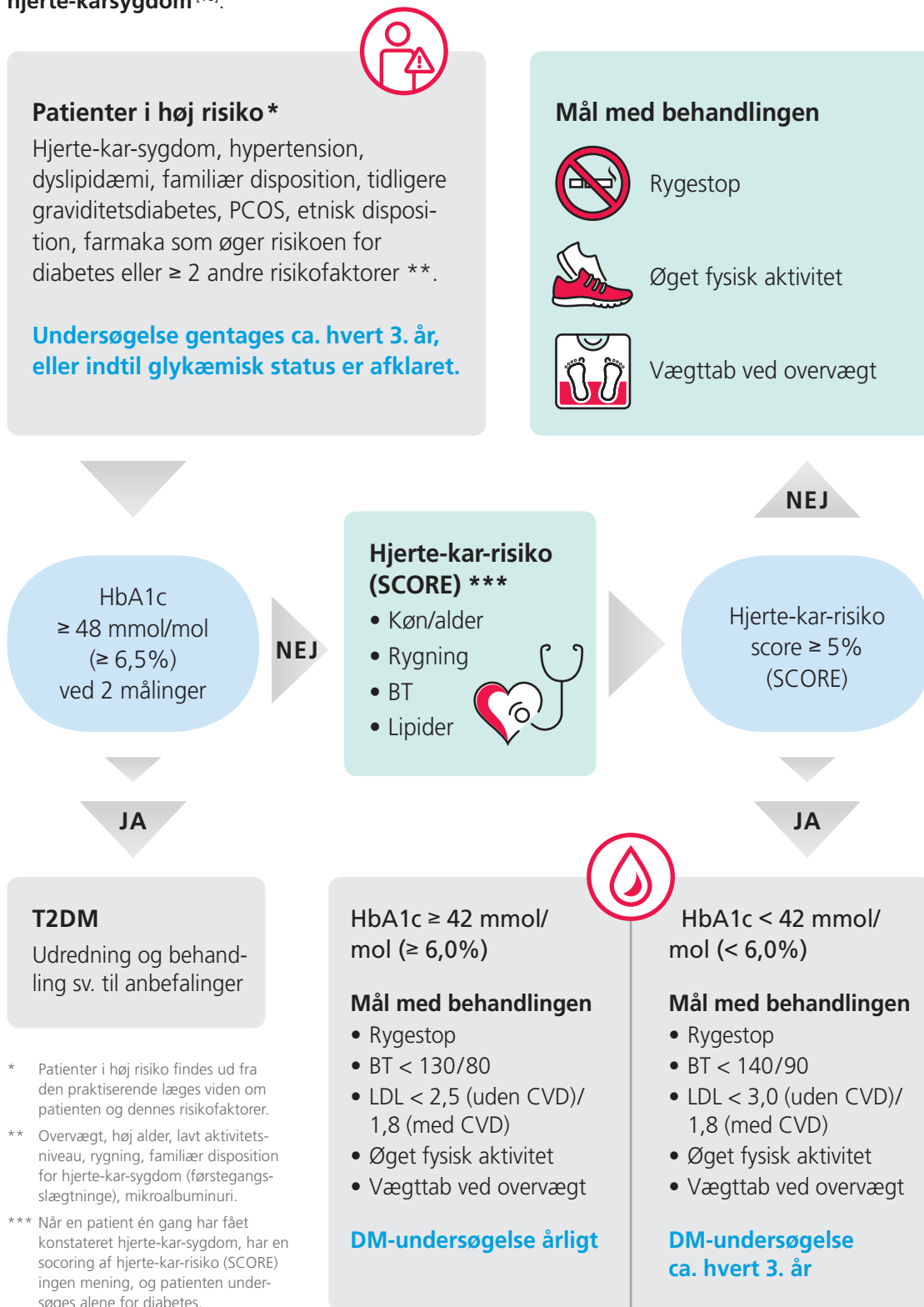
TYPE 2

Hvis en forældre har type 2-diabetes, er risikoen for, at barnet får sygdommen 40%.

Hvis begge forældre har type 2-diabetes, er risikoen for, at barnet får sygdommen 80%.

¹⁵ Systematic Coronary Risk Evaluation (SCORE) er tilgængelig på www.heartscore.org.

Udredningskema for opsporing af personer med diabetes og/eller forhøjet risiko for hjerte-karsygdom ^[16].



¹⁶ Dansk Selskab for Almen Medicin (2012) – Type 2-diabetes – et metabolisk syndrom.

Af udredningsskemaet fremgår det, at patienter med:

- højt langtidsblodsukker (HbA_{1c} ≥ 48 mmol/mol), bekræftet ved to separate blodprøver, har diabetes og skal tilbydes udredning og behandling iht. gældende retningslinjer.
- lavt langtidsblodsukker (HbA_{1c} < 42 mmol/mol) bør tilbydes en indsats, der differentieres efter deres samlede risiko for hjerte-karsygdom.
- langtidsblodsukker mellem 42-47 mmol/mol og en øget risiko for hjerte-kar-sygdom (> 5% SCORE) med fordel kan tilbydes rehabilitering på lige fod med mennesker med diabetes, dog uden blodsukkersænkende lægemidler.

Når patienter identificeres med risiko for at udvikle diabetes, tilbydes de undersøgelse for diabetes med varierende intervaller. Patienter i risiko for at udvikle diabetes tilbydes udredning med ca. et års mellemrum, når patienten er kendt med:

- hjerte-karsygdom,
- øget risiko (> 5% SCORE) for hjerte-kar-sygdom og et langtidsblodsukker HbA_{1c} mellem 42-47 mmol/mol
- eller i fast behandling med farmaka, der øger risikoen for diabetes (fx prednisolon eller antipsykotika)

Dog kan almen praksis nøjes med at tilbyde udredning med ca. tre års mellemrum til patienter i risiko for at udvikle diabetes, når patienten er kendt med:

- øget risiko (> 5% SCORE) for hjerte-kar-sygdom og et lavere langtidsblodsukker (HbA_{1c} < 42 mmol/mol)
- familiær disposition til diabetes (førstegrads-slægtning)
- tidligere graviditetsdiabetes
- Polycystisk ovariesyndrom (PCOS)

Det er velkendt, at nogle etniske grupper har øget genetisk risiko for udvikling af diabetes type-2, herunder indvandrere og efterkommere fra Asien, Afrika og Mellemøsten. Den praktiserende læge bør på baggrund af øvrige risikofaktorer og patientens alder (> 35 år) tilbyde løbende undersøgelse for diabetes efter lægens skøn. Ligeledes bør personer med svær psykisk sygdom følges tæt.

Mange patienter er kun i sporadisk kontakt med egen læge. Derfor kan almen praksis med fordel skærpe deres opmærksomhed på diabetes i forbindelse med følgende situationer:

- Fornyelse af recepter på p-piller
- Helbredsundersøgelse i forbindelse med kørekort

Den praktiserende læge bør adressere uensigtsmæssig livsstil og styrke patientens motivation til at ændre den samt tilbyde intervention, råd og vejledning^[17]. Den praktiserende læge kan som en del af behandlingen elektronisk henvise til kommunale forebyggelsestilbud via MedCom-standarden "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 1). Henvisning sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med borgeren tilrettelægger det videre forløb. Almen praksis bør desuden tale med patienten om betydningen af arv for udvikling af diabetes.

¹⁷ Dansk Selskab for Almen Medicin (1999) – [Den motiverende samtale](#).

Kommunen

Kommunen spiller ligesom almen praksis en vigtig rolle i tidlig opsporing af diabetes. Kommunen har en stor kontakthorisont til borgerne på tværs af flere forvaltninger. Der er derfor et stort potentiale for at udvikle og forbedre opsporingsprocedurer i kommunerne og sikre samspillet med almen praksis.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at kommunen identificerer borgere i høj risiko for at udvikle type 2-diabetes^[18]. Det kan med fordel ske på tværs af forvaltningsområder i et samarbejde med sundhedsområdet. Blodsukkermåling frarådes, men der er udviklet **validerede spørgeskemaer, som kan bruges til at identificere patienter i risiko for at udvikle diabetes**. Ved mistanke om diabetes skal borgeren altid anbefales at kontakte egen læge med henblik på videre undersøgelse. Vurderes borgeren ikke at have en risiko for at udvikle diabetes, men har borgeren en u hensigtsmæssig livsstil, kan kommunen med fordel have en dialog med borgeren om at deltage i kommunale forebyggelsestilbud, fx kost- og motionsvejledning, rygestop mv.

Borgere uden regelmæssig kontakt til det etablerede sundhedsvæsen er i risiko for ikke at blive udredt og sat i behandling. Det anbefales, at kommunerne målretter opsporingsinitiativer mod borgere tilknyttet arbejdsmarkedsområdet, væresteder, forsorgshjem mv., og at borgere i risiko for at udvikle diabetes hjælpes med at tage kontakt til almen praksis.

Det anbefales, at kommunerne, almen praksis og sygehusene i samarbejde organiserer og tilbyder opsporingsinitiativer. Der bør være et specielt fokus på at udføre opsporingsinitiativer målrettet etniske minoriteter, borgere med psykisk sygdom og sårbare borgere, eksempelvis i udsatte boligområder. Organiseringen af opsporingsinitiativer kan med fordel drøftes i de kommunalt-lægelige udvalg og de lokale samordningsfora.

Kommunen skal være opmærksom på opsporing af borgere med diabetes i forbindelse med gennemførelse af forebyggelses- og rehabiliteringstilbud for borgere med anden kronisk sygdom.

Sygehuset

Der skal på sygehusene være en særlig opmærksomhed på kliniske symptomer på og risikofaktorer for diabetes. Det gælder særligt for patientgrupper, hvis medicin og eller sygdom giver patienten en særlig risiko for at udvikle type 2-diabetes som fx patienter i steroidbehandling (fx onkologiske patienter, patienter med KOL, visse reumatologiske patienter), transplantationspatienter i immunomodulerende behandling, psykiatriske patienter i behandling med visse antipsykotika og patienter med åreforkalkningssygdom og pancreas-sygdomme. Det kan også gælde fx i forbindelse med skadestuebesøg, akutte indlæggelser og ved undersøgelser forud for kirurgiske indgreb. Ved mistanke skal sygehuset måle langtidsblodsukker (HbA1c).

Generelt skal sygehuset vurdere patienters sundhedsmæssige risiko ud fra risikofaktorer og sundhedsadfærd. Sygehuset skal over for patienten påpege, når u hensigtsmæssig livsstil påvirker resultatet af behandlingen.

Sygehuset skal tilbyde patienter med u hensigtsmæssig livsstil, der kan påvirke den generelle helbredtstand, vejledning om forebyggelsesmuligheder og efter aftale med patienten henvisning til kommunale forebyggelsestilbud som fx kostvejledning og rygestoptilbud. Henvisning til kommunernes forebyggelsestilbud sker via MedCom-standarden "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 1). Henvisning sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med borgeren tilrettelægger det videre forløb.

¹⁸ Sundhedsstyrelsen (2017) – [Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med diabetes](#).

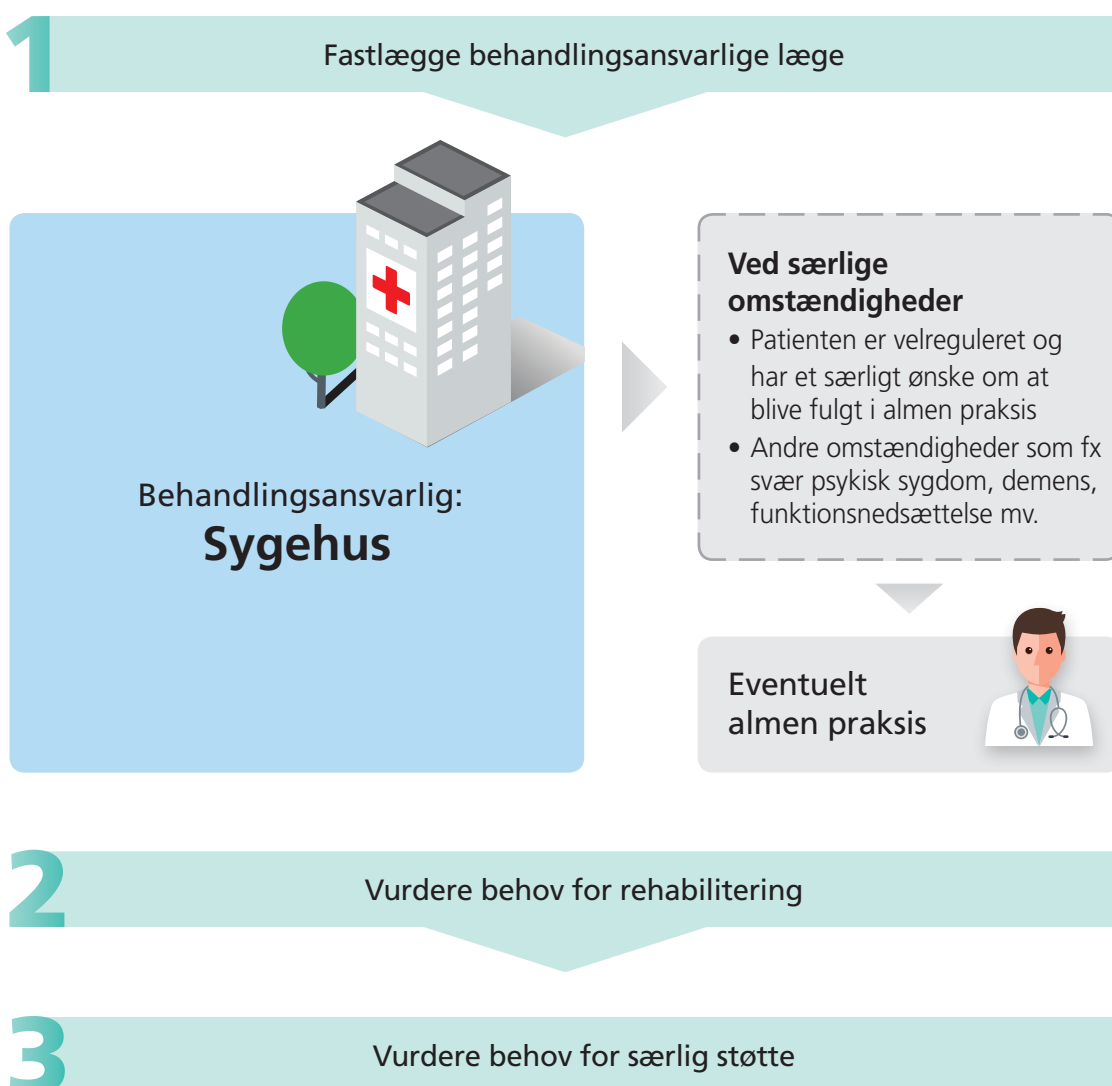
4 | Løbende risikovurdering i almen praksis og på sygehuset

Behandlings- og rehabiliteringsforløbet for patienter med diabetes indledes i almen praksis eller på sygehusene med diagnosticering, risikovurdering og fastlæggelse af rette behandler. Samtidig skal den praktiserende læge eller sygehuslægen i dialog med patienten vurdere, om patienten har behov for rehabilitering (fx et kommunalt forebyggelsestilbud) og særlig støtte i sit forløb. Opgavedelingen mellem almen praksis og sygehusene adskiller sig i

patientforløb for patienter med type 1- og 2-diabetes.

Ved diagnosticering skal lægen med udgangspunkt i patientens aktuelle sygdomssituation vurdere og træffe beslutning om, hvem der er den rette behandler. Det sker ud fra kriterierne fremsat af Sundhedsstyrelsen og iht. den syddanske stratificeringsmodel for mennesker med type 2-diabetes.

Figur 1: Vurdering af rette behandler ved type 1-diabetes



Vurdering af rette behandler ved type 1-diabetes

Patienter med type 1-diabetes følges i sygehusenes diabetesambulatorier (figur 1). I særlige tilfælde kan almen praksis overtage ansvaret som primær behandler, hvis egen læge og sygehusambulatoriet i fællesskab og i dialog med patient og evt. pårørende finder, at dette vil give patienten en bedre behandling. Det kan eksempelvis være patienter med dårlig compliance pga. svær psykisk sygdom, demens, funktionsnedsættelse mv. Det kan også gælde velregulerede patienter, der har et særligt ønske om at modtage behandling hos deres egen læge af fx geografiske årsager. I de tilfælde, hvor almen praksis er primær behandler, bør det aftales på patientniveau, hvordan almen praksis og sygehuset i fællesskab sikrer en tilstrækkelig behandlingsindsats.

Vurdering af rette behandler ved type 2-diabetes

Almen praksis er den primære behandler af patienter med type 2-diabetes (figur 2). Opstart af insulinbehandling kan dog ske enten hos almen praksis eller på sygehusambulatoriet. Den praktiserende læge følger og hjælper patienten til at nå de individuelle mål, der er fastsat i dialog mellem patient og læge.

Sygehusenes diabetesambulatorier skal stå til rådighed for almen praksis med rådgivning telefonisk eller ved henvendelse via korrespondancemeddelelse.

Der kan være tilfælde, hvor almen praksis ikke alene kan yde tilstrækkelig behandling. I disse situationer kan det være relevant at henvise til et tidsafgrænset forløb i diabetesambulatoriet eller ændre behandlingen i samråd med diabetesambulatoriet.

Det gælder, hvis patienten:

- Ikke når sine mål inden for en rimelig tid
- Skal indlede kombinationsbehandling med flere end tre antihyperglykæmiske præparater
- Skal indlede kompliceret insulinbehandling

Som udgangspunkt afsluttes alle patienter med type 2-diabetes til videre behandling og opfølgning i almen praksis, når de har gennemgået et behandlingsforløb i diabetesambulatoriet. Der er dog en række undtagelser, hvor patienten fortsat bør følges i diabetesambulatoriet, indtil behovet for specialiseret diabetesbehandling i diabetesambulatoriet ikke længere er til stede (se boks).



Patienter med type 2-diabetes hos diabetesambulatoriet

Patienter følges i diabetesambulatoriet i tilfælde af:

- Fortsat behov for regulering af glykæmisk niveau eller blodtryk
- Vedvarende stærkt svingende blodsukkerniveau med flere uforudsigelige insulinilfælde
- Fortsat svær hyperlipoproteinæmi, hvor behandlingen er vanskelig og hvor patienten har behov for kombinationsterapi
- At én af følgende komplikationer er til stede:
 - Nefropati – nyresvigt og/eller makroalbuminuri
 - Fodkomplikationer som Charcotfod, gangræn og aktivt fodsår samt patienter med amputation
 - Øjenkomplikationer som progression af ikke-proliferativ retinopati, proliferativ retinopati og makulopati
 - Gastroparese
 - Svær sensomotorisk neuropati eller svære neuropatiske smerter
- Komorbiditet, hvor den metaboliske kontrol er dysreguleret som fx ved:
 - Tilbagevendende systemisk brug af steroidbehandling
 - Patienter med depression og andre psykiske lidelser
 - Endokrine lidelser, som i forvejen kræver status i endokrinologiske ambulatorium
 - Aktiv cancersygdom
 - Anden væsentlig komorbiditet

Vurdering af rette behandler ved øvrige diabetesformer

Ved øvrige, sjældnere diabetesformer afgør kompleksiteten af sygdommen og eventuelle komplikationer, om patienten følges af almen praksis eller sygehuset.

I patientforløbene for både type 1- og type 2-diabetes samt sjældnere diabetesformer er det afgørende, at den behandlingsansvarlige læge følger udviklingen i patientens sygdom og livssituation, således at rette behandler, behovet for rehabilitering og behovet for særlig støtte vurderes løbende.

Vurdering af behov for rehabilitering

Den sundhedsprofessionelle, der ser et behov for en rehabiliterings- eller forebyggelsesindsats hos en borger med diabetes, skal altid reagere på det. Det gælder både egen læge, kommuner og sygehuse.

Den behandlingsansvarlige læge i almen praksis eller på sygehuset skal i dialog med patienten vurdere dennes behov for rehabilitering og henvise hertil, når det er relevant. Kommunen vil på baggrund af henvisningen og i dialog med borgeren finde frem til det rigtige forebyggelses- eller rehabiliteringstilbud.

Figur 2: Vurdering af rette behandler ved type 2-diabetes





Rehabilitering af borgere med diabetes omfatter som udgangspunkt en afklarende samtale og forebyggelsestilbud som fx ^[19]

- Sygdomsmestring
- Tobaksafvænning (rygestop)
- Fysisk træning
- Ernæringsindsats
- Forebyggende samtale om alkohol
- Afslutning på samlet tilbud

Kommunerne skal sikre, at oversigten over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på www.sundhed.dk er opdateret og retvisende. Heraf fremgår også eventuelle kriterier for deltagelse i tilbuddene. Hos almen praksis og på sygehusene skal der løbende være opmærksomhed på muligheden for at henvise til kommunale rehabiliteringstilbud. Henvisning sker via MedCom-standarden "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 1). Henvisning sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med borgeren tilrettelægger det videre forløb.

Det er et vigtigt opmærksomhedspunkt, at borgere kan have behov for parallelle indsatser. Det stiller krav til koordination mellem aktørerne og internt hos den enkelte aktør.

Vurdering af behov for særlig støtte

Nogle borgere har behov for særlig støtte, der ligger ud over det, som naturligt varetages af egen læge som tovholder for borgerens forløb, af pårørende eller af andre aktører. Formålet er, at borgere tilbydes fysisk, psykisk og social støtte til de udfordringer, der ligger ud over de gængse udfordringer ved diabetes, så de støttes i at håndtere deres sygdom hensigtsmæssigt. Der henvises til afsnit 19 angående de borgere, som har behov for en egentlig plejeindsats i kommunen.

Behovet for særlig støtte kan være til stede fra starten af forløbet eller forandre sig i takt med, at sygdommen forværres. Behovet for særlig støtte kan også opstå i forbindelse med ændringer i livssituationen.

Den sundhedsprofessionelle, der ser et behov for særlig støtte hos en borger med diabetes, skal altid reagere på det. Det gælder både egen læge, kommuner og sygehuse.

Den sundhedsprofessionelle foretager i dialog med borgeren og evt. pårørende altid en individuel vurdering af behovet for særlig støtte.

Sundhedsstyrelsen ^[20] anbefaler, at borgere med behov for særlig støtte tilbydes udvidet forløbskoordination for at fastholde borgeren i behandlings- og rehabiliteringsforløbet. Den udvidede forløbskoordination kan foregå både på sygehuset og i kommunen.

Det enkelte sygehus kan eksempelvis vælge at koordinere samarbejdet med og om patienter med diabetes gennem en kontaktperson-ordning eller forløbskoordinerende funktion.

Forløbskoordinationen på sygehuset skal sikre:

- Dialog mellem sygehusafdelinger for at kombinere ambulante indkaldelser og undgå konfliktende tider, således at forløbet tilrettelægges med mest mulig hensyntagen til patienten
- Tilstrækkelig information om patientens særlige forhold i epikriser og korrespondancemeddelelser til patientens egen læge i forbindelse med indlæggelse og udskrivelse samt ved længerevarende forløb i diabetesambulatoriet
- Tilstrækkelig information til kommunen om patientens særlige forhold ved udskrivelse og som led i koordineringen af den samlede rehabiliteringsindsats ^[21]

Sygehuset skal primært yde særlig støtte til patienter, som er indlagt eller er i ambulante forløb. Før og efter endt behandling er det patientens egen læge som tovholder, der i dialog med patienten koordinerer forløbet evt. i samarbejde med kommunen.

¹⁹ Sundhedsstyrelsen (2016) – [Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom](#).

²⁰ Sundhedsstyrelsen (2012) – [Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model](#).

²¹ Jævnfør SAM:BO – [Samarbejdsaftale mellem kommuner og region om borger/patientforløb i Region Syddanmark](#).



Kommunen skal gå i dialog med borgere med behov for særlig støtte og ud fra denne dialog tilrettelægge et tilbud, der passer til den enkelte borgers livssituation og behov. Kommunen skal være særligt opmærksom på at sikre den nødvendige koordinering på tværs af fagområder for at give nødvendig og individuelt tilrettelagte støtte – fx mellem sundheds- og arbejdsmarkedsområdet. Rehabiliteringstilbud til borgere med behov for særlig støtte vil oftest tage afsæt i *Service-loven, Lov om Aktiv Beskæftigelsesindsats eller Sundhedsloven*.

Borgere, som af egen læge eller på sygehuset vurderes at have behov for særlig støtte i kommunalt regi, skal henvises til kommunen, som sammen med borgeren vil afdække dennes behov og muligheder.

Almen praksis og sygehus skal i henvisningen angive problemstillingen uden at specificere den efterfølgende rehabiliteringsindsats. Henvisning skal ske elektronisk via MedCom-standarden "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 1). Kommunen skal i en korrespondancemeddelelse kvittere for modtagelse af henvisningen fra almen praksis og kontakter herefter borgeren for en dialog om dennes behov mv.



Kommunehenvisning (REF01) skal altid indeholde informationer om:

- Persondata (navn, cpr-nummer, adresse, telefonnummer, e-mailadresse)
- Kort anamnese:
 - resultat af HbA1c-måling
 - senkomplikationer
 - komorbiditet
 - rygestatus
- Borgerens behandling (medicinsk/konservativt), og hvor borgeren følges (almen praksis/sygehus)
- Hvad der er talt om med borgeren og pårørende

Når det er relevant, skal henvisningen indeholde oplysninger om:

- Psykosociale oplysninger, mestringssevne og behov for særlig støtte
- Vægt, kostvaner og motionsvaner
- Ernæringstilstand
- Funktionsniveau og behov for hjælpemidler



Eksempler på grupper og situationer, hvor den sundhedsprofessionelle skal være særligt opmærksom på, om borgeren har brug for særlig støtte

- Borgere med flere kroniske sygdomme
- Borgere med en psykiatrisk diagnose, fx depression
- Borgere med demens
- Borgere med fysisk eller psykisk handicap
- Borgere med et misbrug
- Borgere, der er ensomme eller uden socialt netværk
- Borgere med behov for hjælp til at føle sig trygge
- Borgere, der er socialt udsatte
- Borgere, der har meget svære eller pludseligt ændrede økonomiske vilkår
- Borgere med anden etnisk oprindelse, som har svært ved at forstå dansk
- Borgere med lav egenomsorgsevne
- Unge borgere med manglende compliance
- Børn og unge i resourcesvage familier

Eksempler på opmærksomhedspunkter i kontakten med borgere med behov for særlig støtte

I kontakten med borgere af anden etnisk baggrund kan det være vigtigt at være opmærksom på følgende:

- Sprogbarrierer^[22]
- Sygdomsforståelse
- Kostvaner
- Motionsvaner

Ved borgere med en psykiatrisk diagnose er det vigtigt at være opmærksom på følgende:

- At borgeren i perioder vil have behov for mere støtte for at få hverdagen til at fungere
- At undervisning også tilbydes pårørende/kontaktperson
- At borgeren ofte har en ændret døgnrytme

I kontakten til børn og unge med type 1-diabetes er det vigtigt at være opmærksom på, at håndtering af sygdommen kræver store ressourcer hos familierne. I familier med begrænsede ressourcer kan børn og unge være dårligere reguleret, hvilket medfører større risiko for alvorlig hypoglykæmi, ketoacidose og senkomplikationer. I den forbindelse kan det være nødvendigt at involvere socialområdet i kommunen, så familierne kan understøttes i at håndtere sygdommen, så barnet/den unge opnår bedre blodsukkerkontrol.

Generelt bør den sundhedsprofessionelle være opmærksom på at tilpasse kommunikationen og informationsniveauet til borgerens sundhedskompetencer.

²² Hvis den behandlingsansvarlige læge skønner, at der er brug for tolkebistand ifm. behandlingen, er patienten berettiget til tolkebistand, jf. [Sundhedsloven § 50](#).

5 | Udredning og diagnosticering i almen praksis og på sygehuset

Patienter i risiko for eller med symptomer på diabetes tilbydes udredning, jf. afsnit 3 om tidlig opsporing.

Diabetes diagnosticeres som udgangspunkt i almen praksis, og det foregår typisk over to til tre konsultationer med udredning og eventuelt indledende behandling, samt planlægning af behandlings- og rehabiliteringsforløbet. Diagnosen stilles på baggrund af en blodprøve, hvor der måles hæmoglobin A1c (HbA1c) som udtryk for patientens gennemsnitlige blodsukker over de sidste 2-3 måneder.

Har patienten et højt langtidsblodsukker (HbA1c \geq 48 mmol/mol), skal den forhøjede værdi bekræftes ved endnu en blodprøve før diagnosen diabetes kan stilles. Herefter tilbydes patienten behandling iht. gældende retningslinjer.

Næste skridt i udredningen er at afklare, om patienten har insulinkrævende eller ikke insulinkrævende diabetes. I sygehusambulatorierne sker det på baggrund af en blodprøve, der måler patientens insulinsekretion – connecting peptide (C-peptid). Blodprøven skal tages, når patienten er fastende.

Type-1 diabetes

Diagnosen type 1-diabetes stilles, hvis patienten har et faste-C-peptid $<$ 300 pmol/l. Herudover kendetegnes patienter med type 1-diabetes ved:

- Oftest debut før 30-års alderen
- Oftest normalvægtige
- Undertiden debut med ketoacidose
- GAD-antistof-positiv (Glutamatdecarboxylase)
- Insulinbehandling nødvendig inden for det første år fra diagnosetidspunktet

Type 2-diabetes

Diagnosen type 2-diabetes stilles hvis patienten har et faste C-peptid $>$ 300 pmol/l, typisk dog så højt som 800-1000 pmol/l.

Herudover kendetegnes patienter med type 2-diabetes ved:

- Oftest debut efter 30-års alderen
- Oftest overvægtige
- Diæt- eller tabletbehandling ud over det første år fra diagnosetidspunktet

Andre genetiske diabetesformer

Type 1,5-diabetes - LADA (Latent Autoimmun Diabetes in Adults)

Udover type 1- og type 2-diabetes har en mindre gruppe af patienter en diabetestype, som ofte tolkes som type 2-diabetes, men fænotypisk minder mere om type 1-diabetes, som oftest skal have insulinbehandling.

Ved mistanke om type 1,5-diabetes kan den praktiserende læge kontakte diabetesambulatoriet på den lokale sygehusenhed med henblik på vejledning eller hjælp til yderligere udredning.

Gestationel diabetes

Gestationel diabetes opstår i ca. 3-4% af alle graviditeter. Diagnosen stilles på baggrund af en glukosebelastningstest (OGTT), hvis patienten har et blodsukkerniveau i kapillært fuld-blod på \geq 9 mmol/mol.

Foruden ovennævnte diabetestyper eksisterer der en række mindre hyppigt forekommende eksempelvis MODY (Maturity Onset Diabetes of the Young). De er beskrevet i [Region Syddanmarks instruks for diagnose og klassifikation af diabetes sygdom](#).

Afvigelser fra den diagnostiske procedure

For enkelte patientgrupper kan HbAc1 ikke anvendes til at diagnosticere diabetes sygdommen. Det drejer sig om tilstande, hvor erythrocytternes levetid er påvirket, herunder eksempelvis ved alkoholisme og nyreinsufficiens. Det gælder ligeledes for gravide. I de tilfælde anvendes måling af fasteplasmaglukose og/eller 2-timersglukose under en oral glukosebelastningstest (OGTT).

Som en del af diagnosticeringen skal den behandlingsansvarlige læge danne sig et overblik over, hvilke komplikationer patienten eventuelt allerede har, tilstedeværelsen og niveauet af den enkelte risikofaktor, samt patientens livsstil, viden, holdninger og ressourcer. Denne viden danner grundlag for rådgivning og vejledning af den enkelte patient^[23].

Efter diagnosticering af diabetes skal den behandlingsansvarlige læge i dialog med patienten udarbejde en forløbsplan.

Uanset diabetestype og hvor diagnosen stilles, skal der tages hensyn til evt. komorbiditet både i forbindelse med patientens behandling og rehabilitering.

Det er vigtigt at tage højde for og muliggøre parallelle indsatser både internt i én sektor og på tværs af sektorerne.

Nydiagnosticerede patienter og deres pårørende er ofte utrygge ved den nye situation. Det er derfor vigtigt, at den behandlingsansvarlige læge, som stiller diagnosen, har en dialog med patienten og sikrer sig, at patienten opnår forståelse for sygdommen og håndtering af den. Dette øger trygheden og patientens mulighed for at kunne tage hånd om sin situation.

Den behandlingsansvarlige læge skal sikre sig, at patienten og evt. pårørende er oplært i sygdomskontrol (blodsuktermåling) og medicin-håndtering. Apotekerne kan også bistå hermed og har nationalt aftalt ydelse om **Medicinsamtale**, der er gratis for alle patienter med kronisk sygdom (afsnit 6). Den behandlingsansvarlige læge kan anbefale patienten at henvende sig på apoteket for at få kontrolleret sin medicin-håndtering.

Den behandlingsansvarlige læge bør sørge for udskrivning af recepter ved igangsætning af behandlingsindsatsen og for løbende receptfornyelser ifm. opfølgning/kontrol.



Indhold i forløbsplanen

- Klinisk og biokemisk status
- Formidling af diabetesviden og oplæring i færdigheder, fx blodsuktermåling
- Vurdering af eventuelle komplikationer, hjertesygdom og anden komorbiditet
- Vurdering af andre helbreds mæssige problemer i relation til diabetes
- Vurdering af psykosocial status
- Information og rådgivning om influenzavaccination
- Informere om og motivere til kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud
- Det kan overvejes at henvise til et kortvarigt forløb i et diabetesambulatorium, hvis patienten:
 - Ikke når sine mål inden for en rimelig tid
 - Skal indlede kombinationsbehandling med flere end tre antihyperglykæmiske præparater
 - Skal indlede kompliceret insulinbehandling

23 Dansk Selskab for Almen Medicin (2012) – **Type 2-diabetes – et metabolisk syndrom.**

Den behandlingsansvarlige læge i almen praksis eller på sygehuset skal ved diagnosetidspunktet vurdere, hvem der er den rette behandler for det videre forløb (afsnit 4), patientens behov for henvisning til kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud (bilag 1) samt behov for særlig støtte.

Det er vigtigt, at den behandlingsansvarlige læge går i dialog med patienter, som har en uheldsmæssig livsstil, som har indflydelse på effekten af den videre behandling som fx kost, rygning, motion og alkohol.

Henvisning til kommunernes forebyggelses- og rehabiliteringstilbud sker elektronisk via MedCom-standarden "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 1). Henvisning sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med borgeren tilrettelægger det videre forløb.

Kommunerne skal sikre, at oversigten over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på www.sundhed.dk er opdateret og retvisende.

Den behandlingsansvarlige læge bør vejlede patienten om muligheder for hjælpemidler og tilskud, herunder henvise til, hvor patienten kan få mere information (afsnit 7).

Almen praksis

Ved mistanke om diabetes indledes udredning mhp. diagnosticering. Dele af undersøgelsen kan delegeres til uddannet praksispersonel^[24], men resultatet skal altid vurderes af den behandlingsansvarlige læge, som ved tvivlsspørgsmål kan søge sparring fra sygehusets specialiserede ressourcer via telefon eller elektronisk korrespondance. Alternativt kan patienten henvises til udredning på sygehuset. Når patienten er diagnosticeret med diabetes, kodes alle kontakter efter ICPC, ligesom diagnosen registreres som kronisk diagnosegruppe, dvs. type 1-diabetes kodes T89, type 2-diabetes kodes T90 og gestational diabetes kodes W85.

I forbindelse med diagnosticeringen bør almen praksis udlevere "Patientens tjekliste til kommunikation", som findes i kommunikationspakken for nydiagnosticerede patienter (se faktaboks nedenfor).

Patienter med diabetes har ofte brug for en bred vifte af forebyggende, livsstils-, behandlende og rehabiliterende indsatser – udført af forskellige aktører og nogle gange parallelt.



Kommunikationspakke for nydiagnosticerede patienter

Det er vigtigt at nydiagnosticerede patienter og pårørende opnår tilstrækkelig viden om deres nye liv med diabetes. Det sker bedst ved, at den sundhedsprofessionelle tilpasser dialogen til den enkelte patient og pårørende. Der er i forbindelse med forløbsprogrammet for mennesker med diabetes udviklet en tværsektoriel kommunikationspakke, som den sundhedsprofessionelle kan anvende med det formål at sikre sammenhæng i den samlede kommunikation til nydiagnosticerede patienter og pårørende i begyndelsen af deres sygdomsforløb.

Kommunikationspakken findes på Region Syddanmarks hjemmeside: www.rsyd.dk/kronisksygdom

Kommunikationspakken beskriver, hvilke emner en nydiagnosticeret patient med type 1- og type 2-diabetes typisk har brug for dialog om, og den giver bud på, i hvilken sektor kommunikationen kan finde sted. I kommunikationspakken findes en liste til borgerne med forslag til emner, det kan være relevant at tale med en sundhedsprofessionel om i et forløb med diabetes. Endelig giver kommunikationspakken også forslag til, hvordan patienten og pårørende kan inddrages i at tilpasse kommunikationen bedst mulig.

24 Dansk Selskab for Almen Medicin (2012) – Type 2-diabetes – et metabolisk syndrom.

Egen læge er som udgangspunkt tovholder for patienter med type 2-diabetes og har ansvar for at:

- Koordinere den samlede sundhedsfaglige indsats
- Vurdere patientens helbred løbende
- Løbende evaluere og tilpasse behandlingsmål
- Følge op på behandlingsplanen
- Sikre, at patienten kender behandlingsplanen og ved, hvem der er den behandlingsansvarlige læge.

I visse situationer, jf. afsnit 4 om risikovurdering, er sygehuset tovholder for patienter med type 2- og type 1,5-diabetes. Det gælder dels tovholderrollen for selve behandlingsforløbet, når en patient i en periode følges i et diabetesambulatorium, dels tovholderrollen for patientens samlede plan og forløb, når patientens eksempelvis har et stærkt svingende blod-sukkerniveau, eller har komplikationer, eller komorbiditet der påvirker behandlingen.

Sygehuset

Almen praksis kan henvise patienter til udredning for diabetes på diabetesambulatorierne på regionens sygehuse. Når en patient er udredt og diagnosticeret med type-1 diabetes kodes E10.X, for type-2 diabetes kodes E11.X og for gestationel diabetes kodes O24.4.

I forbindelse med diagnosticeringen bør sygehuset udlevere "Patientens tjekliste til kommunikation", som findes i kommunikationspakken for nydiagnosticerede patienter (se faktaboks på forrige side).

Sygehuslægen er som udgangspunkt tovholder for patienter med type 1-diabetes og gestationel diabetes og har ansvar for at:

- Koordinere den samlede sundhedsfaglige indsats
- Vurdere patientens helbred løbende
- Bidrage til og løbende revidere behandlingsmål
- Følge op på behandlingsplanen
- Sikre, at patienten kender behandlingsplanen og ved, hvem der er den behandlingsansvarlige læge.

I umiddelbar forlængelse af diagnosticeringen med type 1-diabetes bør sygehuset som led i behandlingen tilbyde undervisning om bl.a. egenbehandling, ernæring, fysisk aktivitet, psykosociale aspekter mv. ^[25].

Sygehuset skal elektronisk meddele almen praksis om resultatet af udredning via epikrisen. Epikrisen opbygges iht. [MedCom standarden "den gode epikrise"](#) og følger [den tværregionale retningslinje for epikriser og ambulante forløb](#).



Patienten anbefaler:

- Hjælp mig til at acceptere, at jeg er blevet syg og til at få det bedste ud af mit liv med diabetes
- Invitér nogle i mit netværk med og inkluder dem i samtalen
- Giv mig tid til at acceptere min diagnose
- Spørg ind til mine sundhedsvaner gentagne gange
- Husk at det er min sygdom, når mine pårørende inddrages
- Husk at fortælle, hvem der er min kontaktperson
- Spørg mig hvad der fylder mest for mig
- Husk at der er grænser for, hvad jeg kan rumme af information
- Husk at være fleksibel mht. mødetidspunkter
- Signalér at der er god tid... også selv om det ikke er tilfældet

²⁵ Dansk Endokrinologisk Selskab (2009) – [Kliniske retningslinier for behandling af voksne med type 1-diabetes](#).

6 | Borgerens kontakt til apoteket

Apotekerne skal, jf. bekendtgørelsen om apoteker og sygehusapotekers driftsforhold, yde relevant og nødvendig information og rådgivning om lægemidler tilpasset borgerens behov. Herudover skal apotekerne tilbyde den specifikke ydelse **”Medicinsamtale”**, som er relevant for borgere med diabetes. Der kræves ikke henvisning til ydelsen, og den er gratis for borgeren.

Medicinsamtale på apotek

Apotekerne skal tilbyde borgere en medicinsamtale, hvis de har fået konstateret en kronisk sygdom – herunder diabetes – inden for de seneste seks måneder og i den forbindelse har fået ordineret ny medicin. Medicinsamtalen har fokus på borgerens kendskab til den ordinerede medicinske behandling og understøtter højere grad af medicinfterlevelse (compliance).

Borgere i målgruppen kan selv bede om en medicinsamtale, eller apoteket kan tage initiativet. Alternativt kan den praktiserende læge eller sygehuslægen henvise til medicinsamtalen telefonisk eller skriftligt. På Lægemiddelstyrelsens hjemmeside ligger en særlig blanket, som lægen kan bruge i forbindelse med henvisning til medicinsamtalen. Lægen kan ligeledes sende en korrespondancemeddelelse til apoteket med tilsvarende oplysninger eller skrive det på recepten, når recepten oprettes på Fælles Medicinkort (FMK). Desuden kan kommunen opfordre borgeren til at henvende sig på apoteket om samtalen.

Apotekets tilbagemelding

Apoteket kan, med borgerens samtykke, informere egen læge om gennemførelse af medicinsamtalen. Apotekerne anbefales at anvende en korrespondancemeddelelse.

Medicintilskud og henstandsordning

Borgere med kronisk sygdom har ofte store udgifter til medicin, men er berettiget til medicintilskud, jf. **Sundhedslovens § 146**. Tilskuddet varierer i størrelse og træder i kraft fra en årlig udgift på 950 kr. i tilskudspriser (2017-priser). Udgør den årlige udgift mere end 18.331 kr. (22.541 kr., hvis borgeren er under 18 år) i tilskudspriser, er borgeren berettiget til 100% medicintilskud. Det svarer til en maksimal årlig udgift for borgeren på ca. 3.955 kr. forudsat, at borgeren altid køber den billigste medicin. Tilskudsberettigede borgere tildeles automatisk dette kronikertilskud på apoteket.

Borgere, som forventer at nå grænsen for 100% medicintilskud, kan få en henstandsordning, så borgeren betaler den årlige egenbetaling for tilskudsberettigede lægemidler i 12 lige store dele. På den måde kan borgeren undgå store medicinudgifter i starten af et tilskudsår. Apoteket skal vejlede borgere med kronisk sygdom om muligheden for en henstandsordning.

Afskaffelse af insulin penne og kanyler

Borgerne skal aflevere brugte kanyler på apoteket i godkendte kanylebokse. Disse kan fås på alle apoteker.

Ampuller og hætteglas i glas skal så vidt muligt forblive i de tilhørende ampul-/hætteglasæsker. Kanylerne skal fjernes og lægges i en godkendt kanyleboks.

Brugte og delvis tomme insulinpenne afleveres på det lokale apotek enten i original emballage eller en plasticpose.

Tomme insulinpenne må gerne bortskaffes med dagrenovationen.



Lot: FR72612
EXP: 08.2018

100 enh

250

200

150

100

50

12

7 | Udlevering af hjælpemidler og udbetaling af tilskud

Borgere med diabetes har brug for hjælpemidler i forbindelse med behandling og kontrol af deres diabetes og har ret til tilskud til at dække ekstraudgifter forbundet med sygdommen.

Borgere med diabetes og deres pårørende oplever, at det er vanskeligt at skabe sig et overblik over de mange forskellige tilskudsmuligheder og over, hvilke tilskud der er relevante for dem. Det er vigtigt, at kommunerne vejleder borgere og pårørende grundigt om muligheder for hjælpemidler og tilskud, og at almen praksis og sygehuse oplyser borgerne om, hvor de kan få mere information og søge tilskud. Kommunerne bør ensrette og forenkle deres procedurer for ansøgning om tilskud og udlevering af hjælpemidler.

Ansøgning om tilskud

Alle ansøgninger om tilskud til hjælpemidler eller dækning af merudgifter rettes til kommunen via www.borger.dk:

- Tilskud til hjælpemidler: www.borger.dk/handicap/Hjaelp-i-hverdagen/Hjaelpemidler-og-forbrugsgoder
- Tilskud til merudgifter hos voksne med insulinkrævende diabetes søges: www.borger.dk/handicap/Hjaelp-i-hverdagen/Stoette-til-noedvendige-merudgifter-for-voksne
- Tilskud til merudgifter hos børn og unge under 18 år: www.borger.dk/handicap/boern-med-handicap
- Helbredstillæg til pensionister: www.borger.dk/pension-og-efterloen/Tillaeg-til-folke--og-foertidspension/Helbredstillæg

På disse sider findes kontaktoplysninger til alle kommuner vedr. ansøgning.

Regler for tilskud

Borgere, der har diabetes og er i insulinbehandling, i behandling med andet godkendt injektionspræparat eller er i kombinationsbehandling med insulin og tabletter, har ret til at få 100% støtte til injektions- og testmaterialer (fx sprøjter, kanyler, insulinpen, fingerprikker (lancetter), teststrimler til måling af blodsukker samt ketonstoffer i urinen) og 50% tilskud til blodsukkerapparat^[26].

Borgere, som er i tabletbehandling for deres diabetes, men som ikke bruger insulin, har ret til årligt få op til 150 teststrimler samt fingerprikker (lancetter) gratis, hvis lægen anser jævnlig blodsuktermåling for påkrævet.

Borgere, der er tilknyttet hjemmesygeplejen, plejecentre eller andre botilbud og som er afhængige af hjælp til at måle blodsukker og handle i henhold hertil, har ikke ret til tilskud. Her dækkes udgiften som en del af plejeindsatsen.

Materialer til insulinpumpebehandling og kontinuerlig blodsuktermåling med alarm udleveres af sygehuset som et behandlingsredskab.

Borgere med insulinkrævende diabetes kan i nogle tilfælde få tilskud til de merudgifter, der er nødvendige og direkte forbundet med deres diabetes^[27]. Dette gælder kun borgere mellem 18 år og folkepensionsalderen, hvis merudgift til den daglige livsførelse med diabetes udgør mindst 6.408,- kr. per år (2017-tal (indeksreguleres)). Merudgifter er ikke tilskud til behandling (fx fodterapeut). Specialvarer er kun sjældent tilskudsberettigede efter disse regler i forbindelse med diabetes hos voksne^[28].

²⁶ "Lov om social service" § 112 og "Bekendtgørelse om hjælp til anskaffelse af hjælpemidler og forbrugsgoder efter Serviceloven" § 9.

²⁷ "Lov om social service" § 100.

²⁸ Ankestyrelsen (2015) – [Voksne diabetikers udgifter til specialvarer dækkes kun i særlige tilfælde](#).



Udgifter til specialvarer kan således kun medtages i beregningen af merudgifter, hvis den voksne ikke kan håndtere behandling med supplerende hurtigvirkende insulin.

For børn og unge under 18 år dækker kommunen de samlede udgifter til blodsukkerapparater^[29]. Ligeledes yder kommunen tilskud til nødvendige merudgifter forbundet med diabetes for børn og unge under 18 år, hvis merudgiften overstiger 4.752,- kr. per år (2017-tal (indeksreguleres)).

Pensionister kan fra kommunen få udbetalt helbredstillæg til at dække visse udgifter forbundet med diabetesbehandling^[30]. Det drejer sig fx om tilskud til egenbetalingen for medicin, udgifter til fodterapeut, tandlæge mv. Helbredstillæg udbetales ikke, hvis pensionistens og en eventuelt ægtefælles eller samlevers samlede likvide formue overstiger formuegrænsen på 84.300 kr. (2017-tal (indeksreguleres))^[31].



Patienterne anbefaler

- Gør det simpelt for mig og andre med diabetes at få udleveret hjælpemidler og søge om tilskud – og ensret procedurene på tværs af kommuner
- Gør mig opmærksom på mine muligheder for hjælpemidler og tilskud og vejled mig i, hvordan jeg søger
- Hjælp mine pårørende, hvis de skal søge tilskud på mine vegne
- Vejled mig i, hvilke muligheder jeg har for at få dækket mine udgifter til mit barns diabetes

²⁹ "Lov om social service" § 41.

³⁰ "Lov om social pension" § 14a.

³¹ "Lov om social pension" § 49.

8 | Opfølgning og årskontrol i almen praksis

Almen praksis skal tilbyde patienter med type 2-diabetes regelmæssig opfølgning og årskontrol. Hyppigheden af opfølgende konsultationer afhænger af graden af symptomer, behandlingen og patientens individuelle behov.

Den praktiserende læge vurderer sammen med patienten behovet for hyppigheden af opfølgninger. Som udgangspunkt udføres en årskontrol for alle patienter med type 2-diabetes.

Årskontrollen honoreres med ydelsen 0120 (Aftalt specifik forebyggelsesindsats) og foregår i konsultationen, men kan også udføres i hjemmet (ydelse 0121), hvis sygdom eller forholdene i øvrigt efter lægens skøn nødvendiggør besøg. Hvis det er tilfældet, har lægen mulighed for at rekvirere blodprøvetagning i hjemmet via mobillaboratorium iht. samarbejdsaftalen om blodprøvetagning i eget hjem.

En nærmere beskrivelse af ydelsens anvendelse findes i ["Vejledning i anvendelse af overenskomstydelser"](#).

Praksispersonale, eksempelvis sygeplejersker, kan med fordel inddrages i opfølgning og årskontrol af patienter med diabetes. Det er den praktiserende læges ansvar, at praksispersonalet besidder tilstrækkelig viden og kompetencer til at kunne varetage opgaven. Dansk Selskab for Almen Medicin beskriver i deres vejledning ["Type 2-diabetes – et metabolisk syndrom"](#), hvilken viden og hvilke kompetencer personalet bør besidde.

Den praktiserende læge er som udgangspunkt tovholder for forløbet for patienter med type 2-diabetes, og skal ved opfølgninger og årskontrol spørge ind til patientens situation og oplevelse af egen sygdom.



Patienterne anbefaler

- Sæt fokus på mine mål for forløbet og det, som er vigtigt for mig lige nu
- Bliv ved med at motivere mig til at tage hånd om min sygdom
- Tal med mig om, at der er en fordel, at jeg tager mine pårørende med. De kan være "ekstra ører" og bidrage med viden om mig og min hverdag, og så kan vi også tale om deres behov for støtte, når de skal støtte mig
- Fortæl om mine muligheder for at deltage i tilbud om motion m.v. – fx i kommunerne og Diabetesforeningen
- Fortæl mig om nye behandlingsmuligheder fx ny medicin
- Tag højde for, hvor meget information jeg kan rumme, og på hvilket niveau jeg og mine pårørende involveres i min behandling
- Afstem forventninger med mig om, hvad udbyttet af årskontrollerne kan være, da det kan motivere mig til at møde op
- Hvis du henviser mig til fx diabetesambulatoriet eller et kommunalt forebyggelsestilbud, så fortæl mig, hvad du skriver i henvisningen, på en måde så jeg forstår det – og giv mig det i papirform, så jeg kan tage det med mig



Lægen skal således inddrage patient og pårørende i beslutninger om at justere behandlingsmål og -plan. Det indebærer en vurdering af, hvem der er den rette behandler (afsnit 4), behovet for henvisning til kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud (bilag 1) og behovet for særlig støtte.

Den praktiserende læge kan elektronisk henvisne til kommunernes tilbud via MedCom-standarden "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 1). Henvisning sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med borgeren tilrettelægger det videre forløb.

Korrekt medicin håndtering er et vigtigt element i behandlingsindsatsen. Apotekerne har nationalt aftalt ydelse om "Medicinsamtale", der er gratis for alle patienter med kronisk sygdom (afsnit 6). Den praktiserende læge kan anbefale patienten at henvende sig på apoteket for at få kontrolleret sin medicin håndtering.

Når egen læge er behandlingsansvarlig, bør denne sørge for løbende receptfornyelser ifm. opfølgning/årskontrol.

Almen praksis bør hjælpe patienten med information om, hvor de kan få vejledning i kommunen om muligheder for hjælpemidler og tilskud (afsnit 7).

9 | Ambulant behandling og kontrol i sygehusambulatoriet

Sygehusene skal tilbyde patienter med type 1-diabetes, gestationel diabetes og andre sjældnere diabetessygdomme regelmæssig opfølgning og kontrol. Som led i et behandlingsforløb bør sygehuset løbende tilbyde diætvejledning og undervisning om fx ernæring, fysisk aktivitet, medicin håndtering mv.^[32]

Sygehusene skal også vejlede og rådgive de praktiserende læger i deres behandling og kontrol af patienter med type 2-diabetes.

Det indbefatter også at tilbyde midlertidige forløb i diabetesambulatoriet for patienter med type 2-diabetes hvis patienten:

- Ikke når sine mål inden for en rimelig tid
- Skal indlede kombinationsbehandling med flere end tre antihyperglykæmiske præparater
- Skal indlede kompliceret insulinbehandling

Som udgangspunkt afsluttes alle patienter med type 2-diabetes til videre behandling og opfølgning i almen praksis, når de har gennemgået et behandlingsforløb i diabetesambulatoriet. Der er dog en række undtagelser, som er præciseret i afsnit 4.

Når behandlingsansvaret ligger hos sygehusambulatoriet, bør løbende receptfornyelser ske her ifm. ambulant behandling/kontrol.

Kommunikation mellem sygehuset og almen praksis

Sygehuset skal elektronisk meddele almen praksis om resultatet af ambulante behandlinger og kontrol via epikrisen. Epikrisen opbygges i henhold til MedCom standarden **det gode ambulantnotat/epikrise**. Det anbefales, at sygehuset bearbejder, og kun sender, den information som almen praksis behøver for at kunne varetage det videre forløb.

Plan for det videre forløb og behandling skal stå først i det ambulante notat, og det skal fremgå tydeligt, hvad almen praksis skal handle på. Notater sendes kun, hvis der er væsentlig ny information.

Patienter med type 2-diabetes, som ellers følges i almen praksis, kan opleve perioder, hvor sygdommens kompleksitet, medicinering mv. kræver et forløb i sygehusets diabetesambulatorium. Sådanne perioder stiller krav til øget samarbejde og kommunikation, så almen praksis bedst muligt kan varetage rollen som tovholder for patientens forløb.

Kommunikation mellem sygehuset og kommunen

Retningslinjer for kommunikation mellem sygehus og kommune i forbindelse med ambulant behandling og kontrol er præciseret i **”Samarbejdsaftale mellem kommuner og region om borger/patientforløb i Region Syddanmark (SAM:BO)”**.

Kommunerne skal sikre, at oversigten over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på www.sundhed.dk er opdateret og retvisende.

Sygehuset skal anvende MedCom-standardens ”kommunehenvisning” (REF01) (bilag 1), når der henvises til kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud. Henvisning sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med borgeren tilrettelægger det videre forløb.

Patienten og dennes pårørende skal inddrages i beslutninger vedr. den videre behandlingsplan, herunder hvilke kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud, der kan være relevante.

³² Dansk Endokrinologisk Selskab (2009) – **Kliniske retningslinier for behandling af voksne med type 1-diabetes**.

Sygehuset bør vejlede patienten om muligheder for hjælpemidler og tilskud, herunder hvor patienten kan få mere information og hvordan patienten kan søge om tilskud (afsnit 7).

Patienter med komorbiditet er ofte tilknyttet flere sygehusafdelinger. Sygehusene bør i samarbejde med patienter og pårørende tilstræbe en

god intern planlægning mellem afdelingerne for at skabe sammenhæng og belaste patienten og sygehuset mindre.

Af boksen nedenfor fremgår en række elementer vedr. behandlingen af patienter med diabetes på sygehuset, som kan være vigtige at kommunikere videre til kommunen.



Vigtige elementer i kommunikationen til kommunen

- Plan for det videre forløb med særlige opmærksomhedspunkter, som kommunen skal forholde sig til efter ambulantly behandling og kontrol
- Kort resumé omhandlende kommunikationen med patienten: Hvad er drøftet med patienten, fx behandlingsmål, symptomer, sygdomshåndtering, vigtigheden af at monitorering, blodsukkerværdiers betydning og gå til kontrol for sin sygdom, rehabilitering m.v.
- Instruktion i medicin håndtering og -opbevaring, injektionsteknik, glukosemåler m.m.
- Er patienten henvist til kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud
- Komorbiditet og smerter
- Ernæringsstilstand med særlig opmærksomhed på overvægt og utilsigtede vægttab
- Psykiske problemstillinger; angst og accept af sygdommen
- Funktionsniveau og ADL i forbindelse med rehabilitering
- Rygestatus
- Misbrug af alkohol og rusmidler



Patienterne anbefaler

- Spørg mig, hvad der er vigtigt for mig lige nu
- Bliv ved med at motivere mig til at tage hånd om min sygdom
- Tag højde for, hvor meget information jeg kan rumme, og på hvilket niveau jeg og mine pårørende involveres i min behandling
- Inviter pårørende med til samtaler og undersøgelser i ambulatoriet. I indkaldelsesbrevet kan I fx skrive "Det er en god idé, hvis du tager et familiemedlem eller en god ven med..." i stedet for "Du er velkommen til at tage en pårørende med..."
- Husk, at mine pårørende kan bidrage med viden om min hverdag (fx søvn, appetit, fysisk og mentalt overskud)
- Tal med mig og mine pårørende, om hvordan forværringer af min sygdom kan forebygges og håndteres
- Fortæl mig om nye behandlingsmuligheder fx ny medicin
- Hvis jeg skal overveje noget til næste ambulatoriebesøg, så skriv det ned til mig på et kort

10 | Påbegyndelse og afslutning af forebyggelsestilbud

Kommunerne skal tilrettelægge forebyggelsestilbud til mennesker med diabetes^[33]. Målgruppen er primært borgere med type 2-diabetes, men også borgere med øvrige diabetesformer kan være omfattet (type 1, type 1½ (LADA) mv.). Forebyggelsestilbuddene har til formål at styrke borgerens egenomsorg og mestring af sygdommen samt bidrage til en hensigtsmæssig livsstil. Tilbuddene skal derigennem bidrage til at forbedre den metaboliske kontrol hos borgeren og bedre sygdomstilstanden. Forebyggelsestilbuddene til mennesker med type 2-diabetes omfatter fx sygdomsmestring, fysisk træning, en ernæringsindsats samt evt. rygestop (afsnit 11-14).



BEMÆRK

Sundhedsstyrelsens [Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom](#) anvender ikke begrebet patientuddannelse. I stedet anvendes "kommunale forebyggelsestilbud" som et overordnet begreb, mens indholdet i tilbuddet fx kan være sygdomsmestring, rygestop, fysisk træning, ernæringsindsats mv.

Henvisning fra almen praksis og sygehuset til forebyggelsestilbud i kommunen

Når almen praksis og sygehuset henviser til kommunens forebyggelsestilbud, skal det ske elektronisk via MedCom-standarden "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 1). Henvisning sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med borgeren tilrettelægger det videre forløb.

Kommunerne skal sikre, at oversigten over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på www.sundhed.dk er opdateret og retvisende.

I flere syddanske kommuner kan borgeren selv henvende sig til kommunen for at deltage i forebyggelsestilbud uden forudgående henvisning fra egen læge eller sygehuset.

Afklarende samtale i kommunen

Forebyggelsestilbuddet skal indledes med en individuel afklarende samtale. På baggrund af henvisningen fra egen læge eller sygehuset kontakter den sundhedsprofessionelle i kommunen borgeren for at aftale tidspunkt og sted for en afklarende samtale. Den sundhedsprofessionelle kan med fordel gøre borgeren opmærksom på muligheden for at tage et familiemedlem eller en ven med til den afklarende samtale.

Formålet med den afklarende samtale er at afstemme forventninger til de mulige tilbud og til målet med at deltage i tilbuddene. Formålet med samtalen er desuden, at den sundhedsprofessionelle støtter borgeren i at prioritere de tilbud, som borgeren har størst behov for. Som en del af den afklarende samtale bør den sundhedsprofessionelle være opmærksom på borgerens behov for hjælp til at søge om hjælpemidler og tilskud og efter behov vejlede om regler og ansøgningsprocedurer (afsnit 7).

Den sundhedsprofessionelle skal være særligt opmærksom på både at inddrage kommunale indsatser og aktiviteter i privat- og/eller foreningsregi.

³³ Sundhedsstyrelsen (2107) – [Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes](#).



For at afdække borgerens behov bør den afklarende samtale omhandle fx ressourcer og udfordringer hos borgeren ifm. borgerens hverdagsliv, risikofaktorer og sygdomssituation.

Som led i samtalen bør den sundhedsprofessionelle desuden afklare, om det er relevant for borgeren at benytte et tilbud i en anden kommune. Det kan fx gælde borgere, der bor tæt på kommunegrænsen og transportmæssigt har nemmere ved at benytte et tilbud i nabokommunen.

Den afklarende samtale er indledningen på et eventuelt forløb i kommunen med deltagelse i ét eller flere forebyggelsestilbud. Samtidig hermed kan der i forløbet gennemføres andre rehabiliteringsindsatser, herunder fx en socialfaglig indsats eller en beskæftigelsesindsats, hvis komplikationer ved borgerens diabetes nødvendiggør dette, eller udførelse af borgerens job hæmmes eller umuliggøres af diabetes.

Gennem hele forløbet har kommunen et særligt ansvar for i sine tilbud at understøtte borgerens motivation for at gennemføre forløbet og få et udbytte af at deltage, herunder motivation for at gennemføre en forandringsproces for at indlære nye adfærdsmønstre.

Afslutning på samlet forløb

Kommunen bør sikre en systematisk opfølgning på de forskellige elementer i borgerens samlede tilbud, herunder systematisk drøfte behovet for opfølgning. Opfølgningen kan fx ske i forbindelse med en afsluttende samtale.

Efter et afsluttet forebyggelsestilbud skal kommunen sende et kort afslutningsnotat til borgers praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderfunktion (bilag 1). Er sygehuset henvisende part, skal kommunen desuden sende et afslutningsnotat til sygehuset.

11 | Sygdomsmestring i kommunen



Med dette forløbsprogram

får de syddanske kommuner ansvaret for den sygdomsspecifikke patientuddannelse for borgere med type 2-diabetes i Region Syddanmark. Kommunerne skal have indarbejdet dette i deres forebyggelsestilbud senest den 1. januar 2019. Ansvaret for den sygdomsspecifikke patientuddannelse gælder de strukturerede tilbud. Disse er traditionelt organiseret som gruppebaseret undervisning med fysisk fremmøde, men kan også være individuelle, digitale mv.

I den almindelige, individuelle dialog med patienterne ifm. behandling og kontrol på sygehusene og i almen praksis vil der fortsat indgå elementer af sygdomsmestring (medicin håndtering, håndtering af hjælpemidler mv.)

Kommunerne skal udbyde strukturerede forebyggelsestilbud, der indeholder elementer af sygdomsmestring målrettet borgere med type 2-diabetes. Tilbuddet har til formål at styrke borgerens egenomsorg, sådan at borgerens helbred og livskvalitet forbedres.



”Sygdomsmestring referer til...

en struktureret, sundhedspædagogisk indsats, der sigter på at støtte borgeren i sin forståelse af livet med en given kronisk sygdom, herunder af den konkrete sygdoms nærmere karakter, behandlings- og forebyggelsesmuligheder samt sygdommens betydning for samspillet med omgivelserne. Indsatsen [...] kan foregå individuelt og/eller gruppebaseret”^[34].

Indhold og tilgang i forebyggelsestilbud om sygdomsmestring

Et struktureret forebyggelsestilbud bør bygges op om centrale sygdomsspecifikke elementer samt mere generelle mestringslementer.

Tilbuddet skal bidrage til at give borgeren viden om sygdommens karakter, herunder udvikling og komplikationer, og om mulighederne for forebyggelse, behandling og rehabilitering^[35]. Tilbuddet skal desuden give borgeren praktisk viden og færdigheder tilpasset borgerens behandlingsbehov. Der bør være særligt fokus på hjemmemåling af blodsukker, fortolkning af resultaterne og handling på dem i samspil med sundhedsvæsenet. Der bør også være fokus på fx livsstilsændringer og borgerens motivation herfor, herunder betydningen af fysisk træning og ernæring, og evt. på psykosociale og arbejdsmæssige forhold. I undervisningen kan borgerens muligheder for hjælpemidler og tilskud (afsnit 7) desuden inddrages.

Der bør i undervisningen tages udgangspunkt i deltagerens hverdagsliv og problemstillinger, så undervisningen bliver konkret og meningsfuld for deltagerne.

Ved at anvende sundhedspædagogiske metoder understøttes borgerens deltagelse i forebyggelsestilbuddet. Samtidig styrkes de handlingskompetencer, som borgeren behøver for at håndtere sygdommen og hverdagslivet med type 2-diabetes.

³⁴ Sundhedsstyrelsen (2016) – [Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom](#).

³⁵ Sundhedsstyrelsen (2017) – [Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes](#).



Kommunen skal sikre, at de nødvendige sundhedsfaglige kompetencer er til stede til at varetage sygdomsspecifikke forebyggelsestilbud. En særlig udfordring kan være kompetencer indenfor sygdom og medicin. Hvis kommunen ikke har disse kompetencer til rådighed, anbefales det, at kommunen samarbejder med fx en endokrinologisk sygehusafdeling eller almen praksis herom. Samarbejdet kan indeholde kompetenceudvikling af sundhedsprofessionelle i kommunen eller aftale om, at sundhedsprofessionelle fra almen praksis eller sygehuset bruges som undervisere i dele af tilbuddet.

Inddragelse af pårørende i tilbud om sygdomsmestring

Pårørendeinddragelse kan generelt være med til at give en bedre kvalitet i behandlingen^[36]. Inddragelsen kan føre til højere tilfredshed hos både borgere, pårørende og personale og evt. en mere effektiv udnyttelse af ressourcer. Kommunen bør derfor også inddrage pårørende i forbindelse med forebyggelsestilbud om sygdomsmestring.

Inddragelse af pårørende kan opdeles i to: Inddragelse af pårørende i borgerens forløb og inddragelse med sigte på at opfylde de pårørendes egne behov^[37].

Ved inddragelse i borgerens forløb bidrager den pårørende med viden og ressourcer, der kan kvalificere forløbet. Ved inddragelse, der handler om de pårørendes egne behov, fokuserer man derimod udelukkende på den pårørendes situation. De pårørende kan have behov for individuel støtte eller rådgivning, som rækker videre end det, der normalt ydes af de sundhedsprofessionelle i kommunerne i mødet med den pårørende. Det kan fx ske ved at afvikle møder i pårørendegrupper el. lign., hvor de pårørende har rum til samtale uden diabetespatienternes medvirken.

Forudsætninger for succesfuld pårørendeinddragelse

- Ledelsesmæssig opbakning
- Tilpasset skriftlig og mundtlig kommunikation til borgere og pårørende
- Passende tidspunkt, fysiske rammer mv.
- Samtykke fra borgeren til inddragelse af de(n) pårørende i patientens forløb
- Et tilbud om inddragelse – ikke et krav eller en forventning

Henvi sning fra almen praksis og sygehus e til tilbud om sygdomsmestring

Når egen læge eller sygehuset henviser til kommunens forebyggelsestilbud om sygdomsmestring, skal det ske via MedCom-standarden "kommunehenvi sning" (REF01) (bilag 1). Henvi sning sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med borgeren tilrettelægger det videre forløb.

Efter et afsluttet forebyggelsestilbud om sygdomsmestring skal kommunen sende et kort afslutningsnotat til borgens praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderfunktion.

³⁶ Videnscenter for brugerinddragelse i sundhedsvæsenet (2015) – [Pårørendeinddragelse](#).

³⁷ Videnscenter for brugerinddragelse i sundhedsvæsenet (2015) – [Pårørendeinddragelse](#).

12 | Træning i kommunen

Fysisk træning har gavnlige effekter i behandlingen af diabetes og kan reducere symptomer. For mennesker med type 2-diabetes er den positive effekt af fysisk træning veldokumenteret, og der er international konsensus om, at fysisk træning er én af tre hjørnesteen i behandlingen af type 2-diabetes sammen med diæt og medicin ^[38].

Træningen i kommunerne til mennesker med diabetes bevilliges som oftest efter Sundhedslovens § 119. Hvis borgeren har behov for en mere individuel eller målrettet træning, kan dette bevilliges efter Servicelovens § 86. Dette finder dog kun sjældent anvendelse for borgere med diabetes, idet ydelsen gives til borgere med væsentligt funktionstab. Tilsvarende vil mennesker med diabetes sjældent blive henvist til kommunerne med en genoptræningsplan efter Sundhedslovens § 140, hvor henvisningsårsagen er relateret til diabetes. Der kan dog være enkelte tilfælde som fx i forbindelse med amputation. Henvisningsårsagen vil oftest omhandle en problemstilling, der ikke relaterer sig til diabetes sygdommen. Det er dog vigtigt, at kommunen har fokus på, at der i træningen med mennesker med diabetes skal være en opmærksomhed på borgerens blodsukker-niveau.

Anbefalinger til kommunerne

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at kommunerne tilbyder individuel faglig vejledning og støtte i forbindelse med tilbud om fysisk træning, der kan foregå på hold eller individuelt tilrettelagt.

Kommuner bør tilstræbe at tilrettelægge fleksible tilbud om fysisk træning på en måde, så

det også er tilgængeligt for erhvervsaktive borgere.

Kommunen bør udvise fleksibilitet ift. borgerens deltagelse i tilbud om fysisk træning fx ved, at borgeren kan deltage i et tilbud i en anden kommune end bopælskommunen, hvis borgeren har ønske herom (fx af geografiske hensyn).

Træning og type 2-diabetes

Et træningsprogram af lav til moderat intensitet er realistisk at gennemføre for den gennemsnitlige patient med type 2-diabetes. Træning med højere intensitet kan tilbydes patienter, som er motiverede og kan gennemføre dette. Supervisionen skal sikre, at træningen gennemføres i en rimelig intensitet og at risikoen for skader minimeres. De nærmere kliniske retningslinjer for træningsindsatsen gennemgås ikke i forløbsprogrammet ^[39].

Fastholdelse

Kommunen bør være i dialog med borgeren om vedvarende træningsmuligheder, herunder fx egentræning og deltagelse i lokale motions-tilbud, netværksgrupper og patientforenings-tilbud.

Kommunen bør understøtte borgeren i at opretholde sit øgede fysiske aktivitetsniveau, når træningstilbuddet slutter, så der skabes en varig livsstilsændring ^[40].

Det er væsentligt, at borgeren får hjælp til at finde frem til de former for fysisk træning, der motiverer borgeren til at træne og samtidig tager hensyn til borgerens ressourcer og handlekompetencer ^[41].

38 Sundhedsstyrelsen (2017) – [Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes](#).

39 Sundhedsstyrelsen (2015) – [National klinisk retningslinje for udvalgte sundhedsfaglige indsatser ved rehabilitering til patienter med type 2-diabetes](#).

40 Sundhedsstyrelsen (2017) – [Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes](#).

41 Sundhedsstyrelsen (2015) – [National klinisk retningslinje for udvalgte sundhedsfaglige indsatser ved rehabilitering til patienter med type 2-diabetes](#).



Oversigt over rammer for tilbud om fysisk træning i kommunerne

Nedenfor findes en oversigt over rammerne for tilbud om fysisk træning til mennesker med diabetes og over den kommunikation, aktører skal have i forbindelse med disse ydelser.

For yderligere specificering af indhold, forpligtelser, myndigheds- og finansierungsansvar henvises til Sundhedsloven og Serviceloven.



Kommunen

Almen genoptræning (Sundhedsloven §140)

Når kommunen modtager en genoptræningsplan fra et sygehus, skal kommunen tilbyde borgeren genoptræning.

Efter et afsluttet genoptræningsforløb skal kommunen sende et afslutningsnotat til sygehuset og til borgerens praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderrolle.

Genoptræning efter sygdomsperiode uden indlæggelse (Serviceloven §86, stk. 1)

Borgere, som har fysisk nedsat funktionsevne efter en sygdomsperiode uden indlæggelse, tilbydes kommunal genoptræning. Kommunen udarbejder en handlingsplan sammen med borgeren og evt. pårørende.

Efter et afsluttet genoptræningsforløb skal kommunen sende et afslutningsnotat til borgerens praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderrolle.

Vedligeholdende træning (Serviceloven §86, stk. 2)

Kommunen skal tilbyde hjælp til borgere, som har brug for en indsats for at kunne vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder. Tilbuddet gives til personer, som har brug for en individuel træningsindsats. Kommunen udarbejder en handlingsplan sammen med borgeren og evt. pårørende. Kommunen sender handlingsplanen til borgerens praktiserende læge.

Forebyggende træning (Sundhedsloven §119, stk. 2)

Kommunen kan tilbyde træning til borgere med diabetes for at forebygge forværringer af sygdommen og forbedre funktionsevnen.

13 | Rygestop i kommunen

Kommunen skal udbyde rygestoptilbud til borgere med diabetes. Formålet er at understøtte borgerens ønske om rygestop eller motivere hertil. Alle borgere med type 2-diabetes, som ryger, skal fortløbende opfordres til rygestop eller tilbydes hjælp til afvænnning. Rygning er den vigtigste risikofaktor for hjertekarsygdom blandt borgere med type 2-diabetes^[42].

Kommunen kan selv tilrettelægge tilbuddet og/eller henvise til de nationale rygestoptilbud Stoplinjen (www.stoplinjen.dk) og E-kvit (www.e-kvit.dk).

Rygestoptilbuddet bør følge nationale anbefalinger om evidensbaserede metoder. Tilbuddet kan være såvel individuelt som holdbaseret alt efter borgerens præferencer.

Borgere kan selv henvende sig til kommunen med henblik på at deltage i et rygestoptilbud. Kommunen bør tilstræbe at tilrettelægge fleksible tilbud om rygestop på en måde, så det også er tilgængeligt for erhvervsaktive borgere. Efter et afsluttet rygestopforløb skal kommunen sende et kort afslutningsnotat til borgerens praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderrolle.

Tobaksafhængighed betragtes som en vedvarende tilstand, der ofte vil kræve gentagne rygestopinterventioner, før borgeren fastholder sit rygestop. Det anbefales derfor, at borgere med diabetes kan deltage på kommunens rygestoptilbud mere end én gang.

Henvisning fra almen praksis og sygehuse til rygestop i kommunen

Når egen læge eller sygehuset henviser til kommunernes rygestoptilbud, skal det ske elektronisk via MedCom-standardens "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 1). Henvisning sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med borgeren tilrettelægger det videre forløb.

Kommunerne skal sikre, at oversigten over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på www.sundhed.dk er opdateret og retvisende.



⁴² Sundhedsstyrelsen (2017) – [Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes](#).

14 | Ernæringsindsatser i kommunen, almen praksis og på sygehuset

Det er vigtigt for behandlings- og rehabiliteringsindsatsen at mennesker med diabetes får den rigtige ernæring. Ernæringsindsatserne kan bestå af diætbehandling og kostvejledning.

Individuel diætbehandling omfatter ernæringscreening (beregning og vurdering af BMI, vægtændring, nyligt kostindtag og kostanamnese), vurdering af behov og udarbejdelse af ernæringsplan, diætvejledning, monitorering og evaluering samt opfølgning og evt. revidering af ernæringsplanen.

Diætbehandling, uanset om den gennemføres individuelt eller gruppebaseret, bør gennemføres af fagpersoner med de nødvendige kompetencer.

Diætbehandlingen for mennesker med type 2-diabetes skal følge de gældende ernæringsanbefalinger i henhold til beskrivelserne i de kliniske retningslinjer for rehabilitering af type 2-diabetes^[43].

Kostvejledning om de officielle kostråd anvendes i forebyggelsen af overvægt for de mennesker, der ikke har behov for individuel diætbehandling. Kostvejledningen kan bestå af kostanamnese samt råd om sunde mad- og måltidsvaner, herunder valg af fødevarer og sammensætning af måltider. Kostvejledning kan foregå individuelt eller i et gruppebaseret forløb^[44].

Ernæringsindsats på sygehuset og i almen praksis

Det er et fælles ansvar for almen praksis og sygehuset løbende at kontrollere og registrere vægten hos patienter med diabetes og at henvise til eller opstarte en ernæringsindsats ved behov.

Ernæringsindsats i kommunen

Kommunerne skal tilbyde borgere med type 2-diabetes en ernæringsindsats. Tilbuddet kan gå på tværs af diagnosegrupper og kan være enten individuelt eller holdbaseret. Ernæringsindsatsen kan indeholde elementer af kostvejledning eller egentlig diætbehandling. Diætbehandling bør tilbydes til borgere med type 2-diabetes, der er overvægtige (BMI > 30) eller har et uplanlagt væggtab. Der bør være en særlig opmærksomhed på borgere, der er nydiagnosticerede.

Efter et afsluttet forløb skal kommunen sende et kort afslutningsnotat til borgerens praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderrolle.

Egen læge og sygehuslægen kan henvise til kommunens tilbud via MedCom-standarden "kommunehenvielse" (REF01) (bilag 1). Henvielse sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med borgeren tilrettelægger det videre forløb.

Kommunerne skal sikre, at oversigten over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på www.sundhed.dk er opdateret og retvisende.

⁴³ Sundhedsstyrelsen (2015) – [National klinisk retningslinje for udvalgte sundhedsfaglige indsatser ved rehabilitering til patienter med type 2-diabetes](#).

⁴⁴ Sundhedsstyrelsen (2017) – [Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes](#).

15 | Indlæggelse på sygehuset

Når patienter med diabetes indlægges på sygehuset, sker det altid akut. Det er som oftest egen læge eller vagtlægen, der henviser til indlæggelse af patienten, men patienten kan også blive bragt til sygehuset af ambulanceberedskabet og indlægges via Fælles Akutmodtagelse (FAM). Endelig kan patienten også blive indlagt fra diabetesambulatoriet.

Patienter med diabetes indlægges oftest af andre årsager end deres diabetes. I den forbindelse vil de være indlagt på andre afdelinger end endokrinologiske afdelinger. Opstår der i den forbindelse spørgsmål i relation til behandling af patientens diabetes, kontaktes endokrinologisk afdeling.

Almen praksis

Praktiserende læger og vagtlæge kan elektronisk henvise patienter med diabetes til indlæggelse på sygehuset via MedCom-standarden "sygehushenvi­sing" (REF01).

Kommunen

For patienter, som er kendt af den kommunale sygepleje, fremgår retningslinjerne for kommunernes kommunikation til sygehuset i "[Samarbejdsaftale mellem kommuner og region om borger/patientforløb i Region Syddanmark \(SAM:BO\)](#)".

Sygehuset

Når en patient er indlagt og samtidig er tilknyttet andre forløb på sygehuset, er der behov for at være opmærksom på intern kommunikation mellem afdelingerne – fx for ikke at gentage undersøgelser. Den enkelte sygehusafdeling har ansvaret for, at de sundhedsprofessionelle orienterer sig herom i patientens journal.

Vurderes det under indlæggelsen, at der er behov for yderligere undersøgelser på sygehuset, skal den behandlingsansvarlige læge viderehenvise borgeren til yderligere undersøgelser inden udskrivelse og informere almen praksis herom via epikrisen. Retningslinjer for sygehusets kommunikation til kommunen i forbindelse med indlæggelse er præciseret i "[Samarbejdsaftale mellem kommuner og region om borger/patientforløb i Region Syddanmark \(SAM:BO\)](#)".

Indsats for ældre patienter med diabetes

Sygehuset kan ved behov anbefale en særlig styrket indsats i primærsektoren over for svækkede ældre medicinske patienter (DÆMP) med diabetes. Målet med indsatsen er at mindske risikoen for genindlæggelse ved at styrke sammenhængen og koordinationen i patientforløbet mellem sygehus, kommune og almen praksis.



DÆMP-indsatsen igangsættes under indlæggelsen af sygehuspersonalet på følgende måde:

Plejeforløbsplanen til kommunen

- Opstart af DÆMP-forløb sker via Plejeforløbsplanen - feltet "behov for sygepleje" markeres med "ja"
- Under nøgleordet "Sygeplejefaglige problemområder", skrives i feltet "Viden og udvikling": "DÆMP – Anbefaling om særlig opfølgning på grund af..." (fx stort funktionstab)

Epikrisen til den praktiserende læge

I epikrisen til patientens praktiserende læge noteres at:

"Patienten vurderes i målgruppen ældre patient med behov for forløbskoordination og evt. opfølgende hjemmebesøg. Sygeplejen i patientens bopælskommune er orienteret herom."

På baggrund af plejeforløbsplanen vil den kommunale visitator give besked til sygeplejen om patientens behov for styrket forløbskoordination. Sygeplejen besøger patienten for at vurdere og danne sig et overblik over problemstillingerne samt vurdere behovet for en opfølgende konsultation eller et opfølgende hjemmebesøg, hvor både sygeplejen og patientens praktiserende læge er til stede.

Er der behov for et opfølgende hjemmebesøg kontakter sygeplejen patientens praktiserende læge for at planlægge afholdelsen af et sådant.



Patienterne anbefaler

- Snak løbende med mig og mine pårørende om, hvad vi har brug for information om – jeg har måske ikke det samme behov som andre patienter
- Informer løbende mig og mine pårørende om, hvad næste skridt er i forløbet
- Husk, at mine pårørende kan bidrage med fortællinger om hverdagen, fx hvad der gik forud for min indlæggelse
- Orienter mig og mine pårørende om vagtskifter og ændringer af, hvem der er min kontaktperson
- Orienter mig om hvordan min aktuelle sygdom kan påvirke min diabetes
- Husk, at jeg kan bidrage med oplysninger om min diabetes

16 | Udskrivelse fra sygehuset

Kommunikation mellem sygehuset og kommunen

Retningslinjer for kommunikation mellem sygehus og kommune i forbindelse med udskrivelse er præciseret i **"Samarbejdsaftale mellem kommuner og region om borger/patientforløb i Region Syddanmark (SAM:BO)"**.

Plejeforløbsplanen og udskrivningsrapporten danner rammen om kommunikationen mellem sygehus og kommune. Den sundhedsprofessionelle på sygehuset skal udfylde alle relevante felter i udskrivelsesrapporten.

Når en patient har været indlagt af anden årsag end sin diabetes suppleres plejeforløbsplan og udskrivningsrapport med de for sygdommen relevante data.

Inden udskrivelse skal patientens behov og motivation for rehabilitering vurderes i fællesskab mellem sygehuslæge, patient og evt. pårørende.



Særligt vigtige elementer, som skal indgå i plejeforløbsplanen og udskrivningsrapporten

Bevægeapparatet	Funktionsniveau og ADL i forbindelse med rehabilitering
Ernæringstilstand	Vægt, sammensætning af maden
Psykosociale forhold	Psykiske problemstillinger; angst og bekymring, depression, oplevelse af tab, manglende accept af sygdommen og motivation for- og ressourcer til forandring
Respiration og cirkulation	Rygestatus
Smerter og sanseindtryk	Komorbiditet og kroniske smerter på grund af senkomplikationer
Viden og udvikling	<ul style="list-style-type: none">• Plan for det videre forløb med de særlige opmærksomhedspunkter, som kommunen skal forholde sig til efter udskrivning• Kort resumé omhandlende kommunikationen med patienten: Hvad er drøftet med patienten, fx kost, motion, rygestop, sygdomshåndtering, rehabilitering, symptomer, vigtigheden af at opsøge egen læge, selvbehandlingsplan, telemedicinske tilbud m.m.• Er patienten informeret om og henvist til et kommunalt forebyggelses- eller rehabiliteringstilbud

Sygehuset kan elektronisk henvise til de kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud via MedCom-standarden "kommune-henvisning" (REF01) (bilag 1). Henvisning sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med borgeren tilrettelægger det videre forløb. Når kommunen har modtaget henvisningen, sendes der en elektronisk tilbagemelding om, at henvisningen er modtaget. Kommunen tager kontakt til borgeren for at vurdere hvilket tilbud, der er mest egnet. Kommunen informerer ligeledes egen læge om borgerens opstart i rehabiliteringstilbuddet.

Kommunerne skal sikre, at oversigten over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på www.sundhed.dk er opdateret og retvisende. Kommunen skal være opmærksom på, om patientens situation efter udskrivelse har ændret sig, således at der er behov for en koordineret indsats med andre forvaltningsområder, fx arbejdsmarkeds- eller socialområdet.

Kommunikation mellem sygehuset og almen praksis

Når en patient har været indlagt på et sygehus, skal sygehusafdelingen sende en udskrivelses-epikrise til patientens praktiserende læge. Epikrisen opbygges i henhold til [MedCom standarden "Den gode epikrise"](#).

Patienter udskrives hurtigere fra sygehusene end tidligere. Det er derfor vigtigt, at sygehuset hurtigst muligt og senest tredje hverdag efter udskrivelsen sender epikrisen til den praktiserende læge, som skal overtage behandlingsansvaret. Det anbefales desuden, at sygehuset kontakter praktiserende læge telefonisk, hvis der skal ske en umiddelbar opfølgning på udskrivelsen.

Ved udskrivelse bør sygehuset udskrive recepter på medicin for perioden frem til næste planlagte lægekontakt (i sygehusambulatorium eller hos egen læge).

Indsats for særligt svækkede ældre patienter med diabetes

Sygehuset kan ved behov anbefale en særlig styrket indsats mellem kommunen og den praktiserende læge for svækkede ældre medicinske patienter (DÆMP) med diabetes. Målet med indsatsen er at mindske risikoen for genindlæggelse ved at styrke sammenhængen og koordinationen i patientforløbet mellem sygehus, kommune og almen praksis.



Patienterne anbefaler

- Tag tidligt en dialog med mig og mine pårørende om min udskrivelse og de næste skridt efter udskrivelsen – det giver mig tryghed
- Inddrag mine pårørende i planlægningen af min udskrivelse, når det er muligt
- Tal med mig og mine pårørende om praktiske forhold, fx:
 - hvem jeg skal kontakte med spørgsmål (min egen læge, vagtlægen, en endokrinologisk afdeling eller kommunen). Husk at give mig et telefonnummer på den/dem jeg kan kontakte
 - hvornår jeg skal til opfølgende kontrol på ambulatoriet eller hos min egen læge (fx hvad skal der kontrolleres, og hvem booker konsultationen)
- Tal med mig og mine pårørende om, hvordan vi skal reagere, hvis jeg får for lavt blodsukker



DÆMP-indsatsen igangsættes af sygehuspersonalet under indlæggelsen ved at advisere kommunen i plejeforløbsplanen og ved i epikrisen til den praktiserende læge at skrive:

“Patienten vurderes i målgruppen særligt skrøbelig ældre patient med behov for forløbskoordination og evt. opfølgende hjemmebesøg. Sygeplejen i patientens bopælskommune er orienteret herom.”

Egen læge vil efterfølgende blive kontaktet af den kommunale sygepleje med henblik på at aftale tidspunktet for det opfølgende hjemmebesøg.

Når en patient har været indlagt af anden årsag end sin diabetes, skal den sundhedsprofessionelle på sygehuset være opmærksom på anden relevant information, som der skal tales med patient og pårørende om. Det kan være i relation til den aktuelle indlæggelse samt det videre forløb som diabetespatient. Er der her ændringer i forløbet eller behandlingen i forhold til det tidligere planlagte, vil det være efter aftale med endokrinologisk afdeling.

I forløbsprogrammet lægges der ikke op til træning på sygehuset for patienter med diabetes.

Er der behov for genoptræning af anden årsag end patientens diabetes, kan der være behov for genoptræning under indlæggelse (Sundhedslovens § 5). Vurderes det af den behandlingsansvarlige læge, at patienten efter udskrivelsen har et behov for tilbud om genoptræning, udarbejdes der en genoptræningsplan. Sygehuset udarbejder en genoptræningsplan og sender den til patientens bopælskommune via MedCom-standarden GGOP og patientens læge, hvis patienten giver samtykke hertil.

Genoptræningsplanen skal udleveres til patienten senest på udskrivelsestidspunktet.

17 | Graviditetsdiabetes

Ca. 3-4% af alle gravide forventes at udvikle diabetes under graviditeten (graviditetsdiabetes)^[45]. Sygdommen forsvinder efter fødslen hos stort set alle. Kun i meget sjældne tilfælde manifesterer sygdommen sig som en vedvarende diabetes. Graviditetsdiabetes (gestationel diabetes) skal ikke forveksles med diabetes, der allerede optræder inden graviditeten (prægestationel diabetes).

Opsporing af graviditetsdiabetes er vigtig, da graviditetsdiabetes indebærer en forøget risiko for en række sygdomme hos mor og barn under graviditeten og efter fødslen samt for spædbarnsdødelighed.

Der foreligger klare retningslinjer for risikovurdering og screening af kvinder med en kendt forøget risiko for at udvikle graviditetsdiabetes^[46]. Diagnosticering af graviditetsdiabetes sker enten i almen praksis eller på sygehuset og er beskrevet nærmere i afsnit 5. Ved diagnosticering i almen praksis henvises til behandling på sygehuset.

Omkring hver anden kvinde, der har haft graviditetsdiabetes, udvikler type 2-diabetes senere i livet. Der er således et særligt stort forebyggelsespotential for denne målgruppe. Forebyggelsesindsatsen efter graviditet handler – som for type 2-diabetes i øvrigt – om fysisk træning, ernæring, forebyggelse af overvægt samt evt. tobaksafvænnning. Den vigtigste tværsektorielle opgave i forbindelse med graviditetsdiabetes er derfor at understøtte borgeren i at leve et liv med en hensigtsmæssig livsstil.



Vigtige indsatser ved graviditetsdiabetes

Almen praksis

- Opsporing af sygdommen
- Tovholderrolle fra og med undersøgelsen otte uger efter fødslen
- Henvisning til kommunale forebyggelsestilbud
- Fortløbende dialog med kvinden om livsstil i forbindelse med konsultationer i almen praksis

Sygehuset

- Medicinsk behandling
- Ernæringsindsats
- Samtale om fysisk træning og evt. rygning
- Henvisning til kommunale forebyggelsestilbud

Kommunen

- Forebyggelsestilbud (herunder fx fysisk træning, ernæringsindsats og tobaksafvænnning) under og efter graviditet

⁴⁵ Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (2014) – [Gestationel diabetes mellitus: Screening og diagnose](#).

⁴⁶ Dansk Selskab for Almen Medicin (2012) – [Type 2-diabetes – et metabolisk syndrom](#) og Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (2014) – [Gestationel diabetes mellitus: Screening og diagnose](#).



Kommunikation mellem sygehuset og kommune

Retningslinjer for kommunikation mellem sygehus og kommune i forbindelse med ambulante behandling og kontrol er præciseret i " Samarbejdsaftale mellem kommuner og region om borger/patientforløb i Region Syddanmark (SAM:BO)".

Sygehuset skal anvende MedCom-standarden "kommunehenvielse" (REF01) (bilag 1), når der henvises til kommunale tilbud. Henvielse sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med borgeren tilrettelægger det videre forløb. Patienten og dennes pårørende skal inddrages i beslutninger vedr. den videre plan, herunder vedr. relevante kommunale forebyggelsestilbud.

Vigtige elementer i kommunikationen til kommunen kan ses i afsnit 9.

Kommunerne skal sikre, at oversigten over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på www.sundhed.dk er opdateret og retvisende.

Kommunikation mellem sygehuset og almen praksis

Sygehuset skal elektronisk meddele almen praksis om resultatet af ambulante behandling/kontrol via epikrisen. Epikrisen opbygges i henhold til [MedCom-standarden "Den gode epikrise"](#). Det anbefales, at sygehuset bearbejder og kun sender den information, som almen praksis behøver for at kunne varetage det videre forløb.

18 | Børn og unge med diabetes

Børn og unge med diabetes er en særlig sårbar målgruppe. Hos børn og unge, som får diagnosen diabetes, er det for langt størstedelen type 1-diabetes, der er tale om. Kun ganske få får konstateret type 2-diabetes.

Det er stort pres for en familie, når et barn rammes af en kronisk sygdom. Diabetes er en særlig udfordring, fordi det er en sygdom, hvor man som barn og familie selv har ansvaret for den daglige og livsnødvendige behandling. Det anslås, at ca. 50 personer omkring et barn med type 1-diabetes skal kunne forstå sygdommen og kunne reagere i akutte situationer.

Det overordnede mål for behandlingen af danske børn og unge med diabetes er at yde en omsorg og behandling, der sikrer normal vækst og udvikling, høj livskvalitet og minimal risiko for akutte og kroniske komplikationer til sygdommen. Dette opnås bedst ved at hjælpe børn og familier til at opnå en høj grad af egenomsorg, og til at bevare motivationen for bedst mulig varetagelse af sygdommen. Hyppig opfølgning af barnet er essentielt for at opretholde en god metabolisk kontrol og for at monitorere risikofaktorer for udviklingen af akutte og kroniske komplikationer ^[47].

Hjælp når diagnosen stilles

Når et barn eller et ungt menneske får diagnosen diabetes kan sygehuset og kommunen hjælpe familien ved at vejlede og rådgivning omkring muligheden for at forældrene kan holde orlov eller få tabt arbejdsfortjeneste i en periode. Orlov kan ydes efter [Barselslovens § 26](#), tabt arbejdsfortjeneste kan ydes efter [Servicelovens § 42](#).

Sygehuset og kommunerne kan også hjælpe familien ved at vejlede om muligheden for at

søge om hjælpemidler efter [Servicelovens § 112](#) og dækning af merudgifter efter [Servicelovens § 41](#).

Sygehuset har en specialistviden omkring børn og unge med diabetes. Sygehuset har derfor en opgave i at klæde relevante fagpersoner på til at kunne tage vare på barnet eller den unge i daginstitutionen og skolen. Relevante fagpersoner kan være sundhedsplejersker, lærer, pædagoger og andre støttefunktioner. Alle børn har brug for hjælp til behandling af deres diabetes i institutioner og skoler. Derfor besøger et diabetesteam, diætist og sygeplejerske, institution/skole ved diagnosetidspunktet, og ved skift af institution/skole samt ved behov derudover.

Behandling og kontrol af sygdommen

Det er vigtigt, at barnet/den unge kommer til regelmæssige kontroller eller – efter aftale – ambulante besøg på sygehuset efter individuelle behov. Til kontrollerne/besøgene vil lægerne følge sygdommen og have opmærksomhed på udvikling af følgesygdomme. Kontrollerne giver også mulighed for at få talt med behandlerne om de udfordringer, der opleves hjemme ifm. diabetes. De fleste børn går til kontrol hver tredje måned. Der kan dog være brug for hyppigere kontroller, hvis barnets insulinbehov ændres.

Overgangen fra børneambulatoriet til kommunen

Når diagnosen er stillet og den indledende behandling på sygehuset er færdig, skal der ske en overlevering til kommunen. Her kan det være en stor hjælp for familierne, hvis der på børneambulatoriet er en socialrådgiver, som kan hjælpe med at tage kontakten til kommunen og herigennem koordinere behovet for særlig støtte.

⁴⁷ Sundhedsstyrelsen (2010) – [Kliniske retningslinier for behandling af børn med type 1 og type 2-diabetes](#).

Særlig støtte

Det er stort pres for en familie, når et barn rammes af en kronisk sygdom. Det gælder både for barnet/den unge og for de nærmeste pårørende. Kommunen bør være opmærksom på graden af sygdomsmestring hos barnet/den unge og dennes familie, herunder særligt det psykiske aspekt ved livet med diabetes. Det kan derfor være en hjælp at få et tilbud om psykologbistand, mentorordning el. lign. Her kan sygehuset støtte op ved at etablere et mentornetværk. Mentornetværket kan etableres både for familien og for barnet/den unge. Mentorerne for børnene/de unge skal være ældre, og de skal selv have levet med diabetes-sygdommen i nogle år.

Særligt for unge mellem 16-25 år

Det er forskelligt, hvornår de unge er klar til at tage skiftet fra børneambulatoriet til voksenambulatoriet. Det er en individuel vurdering, som skal tages i samråd med den unge og dennes pårørende. Den individuelle vurdering skal baseres på den unges egne ønsker, graden af sygdomsforståelsen og egenomsorg samt den unges netværk og mulighed for støtte. Når skiftet sker, skal der afholdes en koordinerende konsultation hvor både børneambulatoriet og voksenambulatoriet deltager. Anbefalingen er at konsultationen deles i to, så den unge deltager både alene og sammen med de nærmeste pårørende.

For unge mellem 16-25 år kan der gælde nogle særlige udfordringer. De unge bliver mere selvstændige og skal tage et større ansvar for deres kroniske sygdom. Sygehuset kan iværksætte særlige tiltag målrettet gruppen af unge diabetespatienter, som kan være med til at motivere de unge til fortsat at følge deres kontroller og behandling. Eksempler herpå er unge ambulatorier for de 16-25 årige. Ambulatoriet kan etableres som en selvstændig afdeling eller som faste ambulatoriedage forbeholdt den unge patientgruppe. Muligheden for åben konsultation, hvor der ikke er tidsbestilling. Den åbne konsultation skal ligge efter skole- og studietid.

Sygehusene kan understøtte unge patienters compliance ift. medicin ved at udskrive mængder, der dækker behovet frem til næste kontrol.

Almen praksis kan understøtte den unges compliance ved at opfordre den unge til at møde op til kontroller på sygehuset mv.

Støtte i kommunerne

Kommunen kan være indgangen til ekstra hjælp og støtte, når et barn eller en ung får konstateret diabetes. Som familie kan det være svært at overskue situationen i den første tid efter diagnosen, samtidigt med at man skal søge hjælp hos kommunen. Nogle kan opleve processen med kommunen som forvirrende, og den kommunale sagsbehandler har måske ikke altid tilstrækkelig viden om diabetes som sygdom eller indsigt i, hvad det vil sige at leve med diabetes.

Kommunerne kan iværksætte særlige tiltag målrettet de familier, hvor et barn eller en ung lever med diabetes. Et eksempel på et særligt tiltag er at etablere en ordning, hvor barnet/den unge får tilknyttet en ressourceperson, som følger barnet i børnehaven eller skolen. Ressourcepersonen ved, hvordan der skal handle i akutte situationer. Ressourcepersonen kan også være barnets støtte i at tale med kammerater omkring sygdommen.

Sundhedsplejen møder børnene og de unge i skolen. Sundhedsplejen har en faglig baggrund til at støtte barnet eller den unge i at mestre dele af sygdomsaspektet. Eksempelvis når det handler om at håndtere de personlige kriser, som vil opstå når man lever med en kronisk sygdom. Sundhedsplejen kan også hjælpe barnet med de spørgsmål og udfordringer, der relaterer sig til sygdommen i forhold til kammerater og familien.

Børn og unge med diabetes i almen praksis

Børn og unge med diabetes følges på ambulatoriet, så almen praksis har som udgangspunkt ikke en rolle i behandlingen. Almen Praksis har dog en opgave i have en opmærksomhed på barnets/den unges trivsel samt hvordan den øvrige familie trives og om der er brug for særlig støtte.

19 | Plejeindsatsen i kommunen

Plejesektoren i kommunen spiller en vigtig rolle i at bistå borgere med diabetes i at håndtere livet med kronisk sygdom. Det gælder bl.a. personlig pleje, insulingivning, sårbehandling mv.

De involverede dele af plejesektoren er fx visitationen samt hjemme- og sygeplejen.

Indsatsen bør involvere forebyggelse af gradvise forværringer af sygdommen og understøttelse af den samlede plejeindsats.

Personalet bør følge borgerens samlede sygdoms- og livssituation og reagere på ændringer, der kan have betydning for sygdomsudviklingen og borgerens håndtering af sygdommen.

Ændringerne kan fx vedrøre:

- Begyndende følgesygdomme, herunder fodsår, øjenproblemer mv.
- Ændret sygdomsmønster
- Faldende aktivitets- og funktionsniveau
- Generelt øget behov for pleje og omsorg
- Komorbiditet i forbindelse med opblussen af anden sygdom end diabetes
- Forringet almen ernæringstilstand, herunder pludseligt vægttab
- Kognitive forringelser ifm. almen alderssvækkelse, demens, depression mv.

Når sådanne ændringer bemærkes, er det vigtigt, at personalet i dialog med borgeren og pårørende igangsætter rehabiliterende tiltag, som bidrager til, at borgeren bryder den negative udvikling og fastholder højest muligt funktionsniveau. I denne situation bør der søges en dialog med borgerens egen læge via en korrespondancemeddelelse med de mest centrale oplysninger vedrørende borgerens situation.

Sygeplejen bør være opmærksomme på muligheden for at anmode den praktiserende læge om at deltage i et opfølgende hjemmebesøg, når der er tale om en ældre, alvorligt syg borger eller et kompliceret forløb. Indholdet af ydelsen fremgår af [aftalen om opfølgning og koordination efter udskrivelse](#) (ydelse 4176 eller ydelse 4676).

Håndtering af medicin og hjælpemidler

Det sundhedsfaglige personale skal bidrage til, at borgeren får målt sit blodsukker og får handlet på værdien af målingen. Ved behov kan personalet desuden foreslå borgeren at henvende sig på apoteket for at få vejledning i korrekt medicinhåndtering (jf. afsnit 6).

Personalet bør desuden hjælpe borgeren og pårørende med vejledning om regler for hjælpemidler og tilskud.

Henvisning til kommunale forebyggelsestilbud

Kommunerne skal sikre, at oversigten over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på www.sundhed.dk er opdateret og retvisende. Sundhedsprofessionelle i almen praksis og på sygehusene skal løbende være opmærksomme på at anvende de kommunale rehabiliteringstilbud i patientforløbet.

Henvisning til kommunernes forebyggelsestilbud sker via MedCom-standarden "kommunehenvisning" (REF01).

Henvisningen skal indeholde:

- Persondata (CPR-nummer)
- Kontaktoplysninger (adresse, telefonnummer og evt. e-mailadresse)
- Eventuelle opmærksomhedspunkter angående særlige behov, eksempelvis behov for tolk

Når kommunen har modtaget henvisningen, sender kommunen en elektronisk tilbagemelding om, at henvisningen er modtaget. En medarbejder fra kommunen tager herefter kontakt til borgeren for at aftale tid til en afklarende samtale med det formål at give borgeren det rette forebyggelsestilbud og lave en aftale med borgeren om det videre forløb. Henvisning sker altså ikke direkte til de enkelte tilbud, men til den afklarende samtale.

Ved afslutning af det samlede forløb sender kommunen et afslutningsnotat til egen læge og til sygehuset, hvis sygehuset er afsender på henvisningen.



Nye standarder for elektroniske henvisninger

Sundhedsstyrelsen (SST) har udgivet nye anbefalinger ved henvisning til kommunal forebyggelse i juni 2016 og har i den anledning bedt MedCom revidere standarderne til/fra kommunal forebyggelse. Formålet er at forenkle henvisning til kommunal forebyggelse.

Sundhedsstyrelsen har nedsat en arbejdsgruppe med repræsentanter fra Kommunernes Landsforening, PLO, Danske Regioner, DSAM, kommuner, SST selv og MedCom. Arbejdsgruppen har besluttet, at der skal udarbejdes to nye reviderede standarder til kommunal forebyggelse. Når disse standarder er klar til drift, tilrettes forløbsprogrammet efter disse.

De nye henvisninger er:

- **Henvisning til kommunal forebyggelse.** Der udarbejdes en ny elektronisk "Henvisning til kommunal forebyggelse" (XREF15), som bygger på den eksisterende sygehushenvisning (REF01). Den nye henvisning til kommunal forebyggelse vil have færre felter
- **Afslutningsnotat fra kommunal forebyggelse.** Der udarbejdes ligeledes et nyt elektronisk "Afslutningsnotat fra kommunal forebyggelse" (XDIS15), som bygger på den eksisterende epikrise (DIS01). Den vil ligeledes have færre felter.

På www.borger.dk kan borgere og pårørende læse mere om deres muligheder for at få arrangeret og/eller refunderet udgifter til transport til praktiserende læge, speciallæge og sygehus samt til forebyggelses-/rehabiliteringstilbud og andre tilbud i kommunen.

Transport til og fra kommunale tilbud, speciallæge eller egen læge

For spørgsmål om transport til og fra behandling hos egen læge, speciallæge og forebyggelses- og rehabiliteringstilbud i kommunen kan borgeren eller pårørende kontakte borgerservice i kommunen på nedenstående telefonnumre.

Transport til og fra behandling og kontroller på sygehuset

For spørgsmål om transport til og fra sygehus skal borgeren kontakte sygehuset.

Som hovedregel skal patienter selv sørge for at komme til og fra sygehuset og selv betale for transporten. Der er dog en række undtagelser, hvor patienter har ret til enten at få refunderet deres udgifter til transport eller blive transporteret til behandling på sygehuset. Patienters rettigheder til befordring i forbindelse med sygehusbehandling er nærmere beskrevet på [Region Syddanmarks hjemmeside](#).

Har patienten ret til siddende transport til og fra sygehusbehandling, kan transport bestilles på **tlf. 7011 3111**. På dette nummer kan der også stilles spørgsmål om befordringsgodtgørelse til og fra sygehuset.



For spørgsmål om transport kan man kontakte borgerservice i kommunen på nedenstående telefonnumre

Assens	6474 7474	Nordfyns	6482 8282
Billund	7213 1500	Nyborg	6333 7000
Esbjerg	7616 1616	Odense	7873 3998
Fanø	7666 0660	Svendborg	6223 3000
Fredericia	7210 7000	Sønderborg	8872 6400
Faaborg-Midtfyn	7253 0530	Tønder	7492 9292
Haderslev	7434 3434	Varde	7994 6800
Kerteminde	6515 1515	Vejen	7996 5000
Kolding	7979 7979	Vejle	7681 0000
Langeland	6351 6000	Ærø	6352 5000
Middelfart	8888 5500	Aabenraa	7376 7676



UDKAST

