

Sygdomsspecifik
Sundhedsaftale
for
Type 2 Diabetes

Indholdsfortegnelse

1.0 Indledning	3
2.0 Den tværsektorielle indsats for type 2 diabetes	3
3.0 Stratificeringskriterier	3
4.0 Arbejds- og ansvarsfordeling	4
4. 1. Opsporing/diagnoser	4
4. 2. Behandling	5
4. 3. Rehabilitering	5
5.0 Arbejdsdeling ud fra stratificeringskriterier	7
6.0 Opgaver i almen praksis	9
7.0 Opgaver på Sygehus niveau	10
8.0. Kommunale opgaver (Sundhedscentre)	11

1.0 Indledning

Den sygdomsspecifikke Sundhedsaftale for Type 2 Diabetes skal sikre sammenhæng og kvalitet i de tværsektorielle tilbud og forløb. Aftalen er en revision af den tidligere gældende udfyldningsaftale og er udarbejdet af Tværsektorielt Forum for Type 2 Diabetes, hvor sygehuse, kommuner, patientforening og almen praksis er repræsenteret. Formålet med revisionen er at sikre en mere dynamisk aftale med klare overordnede retningslinjer for arbejds- og ansvarsdeling samt henvisningsveje.

Det er Forum for Type 2 Diabetes vurdering, at arbejdsdelingen i den tidligere aftale ikke har været hensigtsmæssig. Den har ikke i en tilstrækkelig grad sikret, de rigtige opgaver i de rette hænder med udgangspunkt i rehabilitering. Det er derfor vurderingen, at der er behov for sikre, at den tværsektorielle rehabiliteringsindsats fremadrettet vil blive tilrettelagt i overensstemmelse med den kliniske virkelighed og ansvarsstruktur.

I den reviderede aftale foretages derfor et opgør med den tidligere arbejdsdeling. Derved skal dels sikres et kvalitetsløft for diabetespatienterne – specielt omhandlende rehabiliteringen og dels skal opnås en mere fornuftig brug af både sundhedsfaglige og økonomiske ressourcer.

2.0 Den tværsektorielle indsats for type 2 diabetes

I Danmark tilkommer hvert år mere end 20.000 nye tilfælde af type 2 diabetes svarende til en årlig stigning på 5 %. Når diabetesdiagnosen stilles, har 50 % allerede udviklet tegn på følgesygdomme for hjerte, store blodkar, nyrer, nerver og øjne.

Behandlingsindsatsen overfor mennesker med type 2 diabetes er baseret på et tværsektorielt samarbejde, hvor det overordnede formål er, at sikre sammenhængende patientforløb.

Region Nordjylland og de nordjyske kommuner har særlig opmærksomhed og fokus på forebyggelse og rehabilitering. Region Nordjylland og de nordjyske kommuner har etableret informationsportalen; www.nordjysksundhed.dk. Formålet med portalen er at synliggøre forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på sygehuse og i kommuner, overfor patienter, borgere og sundhedsprofessionelle. Det anbefales at alle partner synliggør og opdaterer deres tilbud på nordjysksundhed, således der kontinuerligt sikres gennemsigtighed og synliggørelse.

3.0 Stratificeringskriterier

Patienter med type 2 diabetes kan stratificeres i almen praksis eller på sygehusene med udgangspunkt i nedenstående niveauinddeling, som tager hensyn til sygdommens sværhedsgrad. Stratificeringen skal bidrage til, at den enkelte person med diabetes løbende sikres det bedste og mest hensigtsmæssige niveau for behandling. Stratificeringen bør være dynamisk, da patientens tilstand kan forbedres, stabiliseres eller forværres.

Stratificeringskriterierne i denne aftale svarer til Sundhedsstyrelsens stratificeringskriterier i Forløbsprogram for diabetes (Sundhedsstyrelsen, april 2008).

Tabel 1. Stratificeringskriterier for Type 2 Diabetes

Kriterium	Niveau 1 <i>Velreguleret diabetes uden komplikationer</i>	Niveau 2 <i>Høj risiko for / begyndende komplikationer</i>	Niveau 3 <i>Kompleks diabetes / flere komplicerede kroniske sygdomme</i>
Glykæmisk kontrol efter intervention	HbA1c < 7 % (0,07)		HbA1c > 9 % (0,09) trods forsøg på optimeret behandling i max. 6 mdr.
Blodtryk mmHg	< 130/80		> 160/90 trods forsøg på optimeret behandling i max 6 mdr.
Metaboliske problemer i forbindelse med behandling	Nej	Svær insulinresistens	Tendens til alvorlige eller uventede hypoglykæmitilfælde. Stærkt svingende blodsukker.
Hjertekarsygdom/storkarsygdom	Ingen tilstedeværende hjertekarsygdom	Tilstedeværende hjertekarsygdom	
Den diabetiske fod	Nej	Tegn på neuropati eller arteriel insufficiens	Fodsår /-gangræn /Charcot-fod og amputation
Nefropati	Normal	Mikroalbuminuri	Makroalbuminuri / nefropati
Retinopati	Normal eller stabil simplex retinopati	Enhver progression af retinopatigrad	Maculaødem eller proliferativ retinopati

Ved stratificering til:

- ◆ Niveau 1: Skal alle kriterierne for niveau 1 være opfyldt
- ◆ Niveau 2: Skal kriterierne for hverken niveau 1 eller niveau 3 være opfyldt.
- ◆ Niveau 3: Skal blot ét kriterium være opfyldt

4.0 Arbejds- og ansvarsfordeling

Indsatsen for patienten med type 2 diabetes, kan overordnet inddeles i 3 overordnede tiltag:

1. Opsporing/diagnose
2. Behandling
3. Rehabilitering

4. 1. Opsporing/diagnoser

Almen praksis og sygehusene har ansvaret for opsporing og diagnose af Type 2 Diabetes og samt opsporing af begyndende tegn til komplikationer ved type 2 diabetes. Endvidere bør kommunerne (hjemmepleje og sundhedscentre) altid være opmærksomme på de mennesker der er i risikogruppe for at udvikle diabetes type 2. Risikofaktorer er:

- ◆ Overvægt
- ◆ Hyppig tørst, kløe og øget vandladning
- ◆ Medicinbrugere mod hjertesygdom, højt blodtryk eller forhøjet kolesterol

I tilfælde af mistanke om diabetes bør opfordres til kontakt til egen læge.

4. 2. Behandling

Medicinsk behandling udføres i almen praksis og i sygehusregi. Almen praksis har ansvaret for behandlingen og kontrol af patienter stratificeret til niveau 1 og 2. Sygehusambulatorierne har ansvaret for behandlingen af patienter stratificeret til niveau 3, hvis ikke andet er aftalt. Der kan være faktorer, der gør, at almen praksis vil henvise en niveau 1 eller 2 patient til vurdering på sygehusniveau. Det kan omhandle tvivlspørgsmål - eksempelvis nye lægemidler eller for patienten manglende opfyldelse af individuelt satte behandlingsmål (fx for HbA1c, blodtryk eller kolesterolniveau). Ligeledes kan niveau 3 patienter, der ikke vurderes at profitere af yderligere behandling i sygehus regi, tilbagehenvises til kontrol i almen praksis. Dette meddeles i epikrisen/afslutningsnotatet.

De kommunale sundhedscentre bør være særligt opmærksomme på effekten af et givet rehabiliteringsforløb, og endvidere om dette kræver justering af den medicinske behandling (fx ved tendens til øget hypoglykæmi). I disse situationer kontaktes den henvisende læge - almen praksis eller diabetesambulatorium.

4. 3. Rehabilitering

Dele af rehabiliteringen kan tilbydes under behandling. Dette ville ofte omhandle den lægelige indsats. Ellers tilbydes rehabilitering efter et afsluttet behandlingsforløb. Rehabilitering defineres af WHO som:

”Rehabilitering af mennesker med nedsat funktionsevne er en række instanser, som har til formål at sætte den enkelte i stand til at opnå og vedligeholde den bedst mulige fysiske, sansmæssige, intellektuelle, psykologiske og sociale funktionsevne. Rehabilitering giver mennesker med nedsat funktionsevne de redskaber, der er nødvendige for at opnå uafhængighed og selvbestemmelse.” (WHO’s definition; <http://www.who.int/topics/rehabilitation/en/> - oversat af sundhedsstyrelsen)

Rehabilitering er en vigtig del af den samlede sundhedsindsats. Udgangspunktet er at opnå en forbedret sygdomssituation, hvor omdrejningspunktet er, at patienten kan håndtere sygdomsmestring. Dette er en medvirkende forudsætning for øget livskvalitet og god compliance, og derved kan risikoen for komplikationer eller forværring af eksisterende komplikationer reduceres.

Arbejdsfordelingen for rehabiliteringen har jf. tidligere aftale været opdelt ud fra stratificeringen af patienten. Det har betydet, at al rehabilitering vedrørende niveau 3 patienter automatisk er et sygehusansvar. Med udgangspunkt i LEON princippet og med udgangspunkt i at udnytte de sundhedsfaglige ressourcer mest optimalt, ændres dette med denne aftale. Det betyder, at rehabilitering i kommunalt regi kan være et tilbud for patienter på alle stratificeringsniveauer. Rehabilitering i sygehusregi fokuserer på den del af patientundervisningen og patientvejledningen, der er nødvendigt for gennemførelse af succesfuld behandling.

I aftalen skelnes mellem sygehus rehabilitering og kommunal rehabilitering.

Sygehus rehabilitering

Sygehus rehabilitering kan modtages i sygehusregi. Den tilbydes i tilknytning til behandlingsstart og behandlingsjustering. Den omfatter kun den del af rehabilitering der er nødvendigt for gennemførelse af succesfuld behandling.

Rehabiliteringen omfatter (både individ og gruppe niveau) introduktion til, undervisning og vejledning i, at leve med Type 2 Diabetes med udgangspunkt i KRAM. Den individuelle vejledning har primært fokus på kosten med udgangspunkt i medicinjustering/medicinstart.

Patientundervisningen foregår typisk i hold og er primært målrettet niveau 3 patienter. Undervisningen er rettet mod vejledning og information af at få en bedre forståelse af sin sygdom samt hvorledes man bedst muligt kan mestre egen sygdom.

Kommunal Rehabilitering

Den kommunale rehabilitering omhandler både individuel og gruppeorienteret patientundervisning og vejledning. Den kan tilbydes alle niveauer af patienter, hvor der vurderes et behov. Den almene rehabilitering foregår i en længere periode (typisk 8 -12 uger), og der forventes dermed en længere fastholdelse af patienten.

Patientundervisningen skal sikre, at patienten får en bedre forståelse af sygdommen og opnår redskaber der kan styrke evnen til at mestre egen sygdom. Der tilbydes rygestopkurser, motionstræning, kost- og alkoholrådgivning, i de tilfælde hvor der vurderes et behov.

Kommunal rehabilitering udbydes af kommunerne.

Almen praksis kan som tovholder tilbyde dele af rehabiliteringsindsatsen. Derved kan tilbydes dele af sygehus rehabilitering i forbindelse med behandlingsstart/medicinjustering for niveau 1 og 2 patienter, lige som de vil have mulighed for at kunne tilbyde dele af kommunal rehabilitering, såfremt der vurderes et behov.

Kommunernes sundhedscentre og sygehus ambulatorierne, kan oplyse patienten om muligheden for at deltage i Diabetesforeningens motivationsgrupper, der kan fungerer som et godt supplement til patienttilbuddene.

5.0 Arbejdsdeling ud fra stratificeringskriterier

Den indledende stratificering vil typisk foregå i almen praksis. I de nedenstående tabeller fremgår ansvarsfordelingen med udgangspunkt i stratificeringsniveau.

Stratificeringen er dynamisk, idet patienternes tilstand kan være stabil, under forbedring eller under forværring. Stratificeringen kan foretages løbende i såvel almen praksis som i sygehusregi.

<i>Type 2 Diabetes Niveau 1. Velreguleret og Stabil</i>		
<u>Aktiviteter</u>	<u>Nødvendige kompetencer</u>	<u>Ansvarlig for at udføre</u>
Opsporing/diagnose	Praktiserende læge	Almen praksis
Medicinsk behandling	Praktiserende læge	Almen praksis
Indledende samtale, herunder KRAM – rådgivning vejledning og kontrol	Praktiserende læge/sygeplejerske	Almen praksis
Kommunal rehabilitering		Kommune
Herunder:		
Sundhedssamtale	Sundhedsfaglig medarbejder	Kommune
Kostvejledning	Klinisk diætist/sygeplejerske eller anden kostfaglig person	Kommune
Rygestop	Rygestopinstruktør	Kommune
Alkohol	Sundhedsfaglig medarbejder.	Kommune
Motion	Fysioterapeut eller anden sundhedsfaglig medarbejder	Kommune

<i>Type 2 Diabetes Niveau 2. Høj risiko for/begyndende komplikationer</i>		
<u>Aktiviteter</u>	<u>Nødvendige kompetencer</u>	<u>Ansvarlig for at udføre</u>
Opsporing/diagnose	Praktiserende læger	Almen praksis
Medicinsk behandling	Praktiserende læge	Almen praksis

Indledende samtale, herunder KRAM – rådgivning vejledning og kontrol	Praktiserende læge eller sygeplejerske	Almen praksis
Kommunal rehabilitering		Kommune
Herunder:		
Sundhedssamtale	Sundhedsfaglig medarbejder	Kommune
Kostvejledning	Klinisk diætist/sygeplejerske	Kommune
Rygestop	Rygestopinstruktør	Kommune
Alkohol	Sundhedsfaglig medarbejder	Kommune
Motion	Fysioterapeut eller anden sundhedsfaglig medarbejder	Kommune

<i>Type 2 Diabetes Niveau 3 – kompleks diabetes/flere komplicerede kroniske sygdomme</i>		
<u>Aktiviteter</u>	<u>Nødvendige kompetencer</u>	<u>Ansvarlig for at udføre</u>
Opsporing/diagnostik	Praktiserende læge eller speciallæge	Almen Praksis eller sygehus
Medicinsk behandling, vejledning, kontrol	Sygehuslæge	Sygehus
Indledende samtale, herunder KRAM – rådgivning vejledning og kontrol	Sygehuslæge eller sygeplejerske	Sygehus
Sygehus rehabilitering		Sygehus
Kommunal rehabilitering		Kommune
Herunder:		
Sundhedssamtale	Sundhedsfaglig medarbejder	Kommune
Kostvejledning	Klinisk diætist	Kommune
Rygestop	Rygestopinstruktør	Kommune
Alkohol	Sundhedsfaglig medarbejder	Kommune
Motion	Fysioterapeut eller anden sundhedsfaglig medarbejder	Kommune

6.0 Opgaver i almen praksis

Almen praksis som tovholder

Patienter på *alle niveauer* følges som udgangspunkt af den praktiserende læge. Dermed har den praktiserende læge ansvaret for at sikre en koordinering af den sundhedsfaglige indsats og vurdere patientens helbred løbende.

Forebyggelse og opsporing

Almen praksis sikrer forebyggelse, opsporing og behandling. Forebyggelsesindsatsen målrettes tidlig opsporing af "højrisiko patienter" for udvikling af diabetes, samt forebyggelse af komplikationer.

Den praktiserende læge og stratificering

Almen praksis har ansvar for den indledende stratificering, mens den løbende stratificering kan ske i almen praksis eller på sygehuse afhængigt af, hvor behandlingen / kontrollen udføres. Endvidere vurderer den praktiserende læge løbende behovet for behandling og vejledning på specialiseret niveau (sygehus tilbud).

Såfremt en patient, der har bevæget sig til stratificeringsniveau 3, ikke kan behandles til stratificeringsniveau 2 inden for 3-6 måneder bør patienten henvises til sygehuset. Individuelle patientbehov gør, at der kan være tilfælde, hvor den praktiserende læge vil henvise niveau 1 eller niveau 2 patienter til vurdering på sygehuset - fx på baggrund af nye lægemidler eller når patienten ikke har nået et individuelt satte behandlingsmål (fx for HbA1c, blodtryk eller kolesterolniveau).

Rehabilitering/Patientundervisning

Den praktiserende læge vurderer behovet for rehabilitering. Der er mulighed for almen praksis at tilbyde dele af rehabilitering. Den praktiserende læge vurderer derudover behovet for almen rehabilitering og kan foretage henvisning. I særlige tilfælde er det muligt, at foretage henvisning til specialiseret rehabilitering.

Når en patient henvises til almen rehabilitering bør den praktiserende læge være opmærksom på, at de kommunale tilbud ikke omfatter medicinsk behandling eller behandlingsjustering. Særlig opmærksomhed bør derfor rettes mod:

- 1) om den medicinske behandling vurderes som maksimal (dette bør noteres på henvisningen)
- 2) om der er behov for medicinjustering under det kommunale rehabiliteringsforløb. Den henvisende læge vil i givet fald blive kontaktet af sundhedscentret.

7.0 Opgaver på Sygehus niveau

Behandling, vejledning og kontrol

Sygehusene har ansvaret for den specialiserede behandling, vejledning og kontrol af niveau 3 patienter, med mindre andet er aftalt.

Sygehuset tilbyder behandling (justering og intensivering), samt den dertil knyttede vejledning/uddannelse i sygdomsmestring.

Afslutning af patienten

Sygehuset har ansvaret for at færdigbehandle patienten i henhold til de opstillede mål for den enkelte patient. Efter max. 6 måneder gøres status. Såfremt de opstillede mål ikke er opnået, eller at det ikke vurderes realistisk at opnå målene med den tilgængelige behandling, kan patienten afsluttes og henvises til forsat kontrol i almen praksis.

Graden af målopfyldelse

Sygehuset er ansvarlig for i afslutningsnotatet til almen praksis at beskrive graden af målopfyldelse, og om dette vurderes som det maksimalt opnåelige. Desuden vurderes det, om patienten kan have andre behov – herunder almen rehabilitering.

Rehabilitering/Patientundervisning

Niveau 3 patienter tilbydes kostvejledning samt rådgivning om alkohol, såfremt det er relevant i forbindelse med behandling/justering/intensivering på sygehusene. Vejledning om motion. Den almene rehabilitering tilbydes ikke.

Når en patient er afsluttet i sygehusregi, henvises patienten til almen praksis med anbefalinger om rehabiliteringsindsats i kommunalt regi i de tilfælde, hvor der vurderes et behov.

Patienter med behov for længerevarende tilknytning til sygehuset kan henvises direkte til almen rehabilitering i kommunen. Dermed foregår behandlingsindsatsen og den kommunale patientundervisning sideløbende. Diabetesambulatoriet kan forvente at blive kontaktet af det kommunale sundhedscenter under et rehabiliteringsforløb ved behov for justering af den medicinske behandling (fx øget tendens til hypoglykæmi).

Gravide og børn

Behandling og patientundervisning af børn samt gravide med type 2 diabetes eller nyopstået diabetes under graviditet er en sygehusopgave.

8.0. Kommunale opgaver (Sundhedscentrene)

Forebyggelse og tidlig opsporing

Kommunen kan bidrage til opsporing og forebyggelse af Type 2 Diabetes ved at være særlige opmærksom på risikogrupper. I tilfælde af mistanke om uopdaget Type 2 Diabetes, skal kommunen opfordre til, at der tages kontakt til egen læge. Screening for diabetes og tidlige tegn til diabetes senfølger foregår i almen praksis eller på sygehuset.

Den almene patientundervisning

Kommunen har ansvaret for at tilbyde den almene rehabilitering til patienter på alle niveauer. Den kommunale rehabilitering har fokus på at styrke egenomsorgsevnen og derved sikre øget livskvalitet og minimere risikoen for følgesygdomme.

Kommunen er ansvarlig for at sikre, at opgaven med rehabilitering og patientundervisning udøves af sundhedsfaglige medarbejdere.

Niveau 3 patienter vil typisk modtage en del af rehabiliteringen på sygehuset, idet den er en del af behandlingen. Almen praksis og sygehuset vurderer behovet for almen rehabilitering og kan henvise til kommunale tilbud.

Orientering af almen praksis og/eller sygehus

Kommunen orienterer den praktiserende læge ellers sygehuset (afhængigt af patientens tilknytningsforhold), når patienten afslutter sit rehabiliteringsforløb eller i tilfælde af, at patienten frafalder rehabiliteringsforløbet. Såfremt der opstår sygdomsspecifikke problemer, der kræver justering af den medicinske behandling under rehabilitering (for eksempel faldende blodsukkerniveau ud over det ønskelige), kontaktes relevant læge i almen praksis eller diabetesambulatorium.