

Sundhedsstyrelsen Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud

Fra: Christel Kirkeby <chrk@socialstyrelsen.dk>
Sendt: 2. december 2015 12:18
Til: Sundhedsstyrelsen Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud
Emne: Socialstyrelsen har ingen bemærkninger til Høring: Diabetes - Anbefalinger for opsporing, diagnostik, behandling, rehabilitering og opfølgning
Vedhæftede filer: Høringsbrev_Diabetes-anbefalinger_301115.pdf; Høringsliste_Diabetes anbefalinger_301115.pdf; Høringsudkast_Tværasektorielle forløb for type 2-diabetes anbefalinger.pdf

Til rette vedkommende

Socialstyrelsen har modtaget høring af *"Tværasektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes - Anbefalinger for opsporing, diagnostik, behandling, rehabilitering og opfølgning"*. Vi vurderer, at høringen er et sundhedsfagligt anliggende og har ingen bemærkninger til høringen.

Venlig hilsen

Christel Kirkeby
Sekretær
Ledelsessekretariat og Kommunikation
Mobil: +45 61 96 56 43
E-mail: chrk@socialstyrelsen.dk



Socialstyrelsen

Socialstyrelsen
Landemærket 9
1119 København K
Telefon: +45 72 42 37 00
www.socialstyrelsen.dk

Fra: Sundhedsstyrelsen Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud [<mailto:fobs@SST.DK>]

Sendt: 30. november 2015 12:05

Til: Dansk Endokrinologisk Selskab; Dansk Selskab for Almen Medicin; Dansk Selskab for Fysioterapi; Dansk Selskab for Klinisk Ernæring (dske@dske.dk); Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren; Dansk Sygepleje Selskab; Dansk Sygeplejeråd; Danske Fodterapeuter; Danske Fysioterapeuter; Danske Patienter; Danske Regioner; Diabetesforeningen; Ergoterapeutforeningen; Fagligt Selskab for Diabetessygeplejersker; Fagligt Selskab for Konsultations- og Infirmersygeplejersker; Fagligt Selskab for Sygeplejersker i Kommunerne; Foreningen af Kliniske Diætister; KL; Lægeforeningen; Lægevidenskabelige Selskaber; Praktiserende Lægers Organisation (PLO); Social- og Indenrigsministeriet; info; DEP Sundheds- og Ældreministeriet; Region Hovedstaden; Region Midtjylland; Region Nordjylland; Region Sjælland; Region Syddanmark; Albertslund Kommune (albertslund@albertslund.dk); Allerød Kommune (kommunen@alleroed.dk); Assens Kommune (assens@assens.dk); Ballerup Kommune (balkom@balk.dk); Billund Kommune (kommunen@billund.dk); Bornholms Regionskommune (post@brk.dk); Brøndby Kommune (brondby@brondby.dk); Brønderslev Kommune (raadhus@99454545.dk); Dragør Kommune (dragoer@dragoer.dk); Egedal Kommune (kommune@egekom.dk); Esbjerg Kommune (raadhuset@esbjergkommune.dk); Fanø Kommune (raadhuset@fanoe.dk); Favrskov Kommune (favrskov@favrskov.dk); Faxe Kommune (kommunen@faxekommune.dk); Fredensborg Kommune (fredensborg@fredensborg.dk); Fredericia Kommune (kommunen@fredericia.dk); Frederiksberg Kommune (raadhuset@frederiksberg.dk); Frederikshavn Kommune (post@frederikshavn.dk); Frederikssund Kommune (epost@frederikssund.dk); Furesø Kommune (furesoe@furesoe.dk); Faaborg-Midtfyn Kommune (fmk@faaborgmidtfn.dk); Gentofte Kommune (gentofte@gentofte.dk); Gladsaxe Kommune (kommunen@gladsaxe.dk); Glostrup Kommune (glostrup.kommune@glostrup.dk); Greve Kommune (raadhus@greve.dk); Gribskov Kommune (gribskov@gribskov.dk); Guldborgsund Kommune (kommunen@guldborgsund.dk); Haderslev Kommune (post@haderslev.dk); Halsnæs Kommune (mail@halsnaes.dk); Hedensted Kommune (raadhus@hedensted.dk);

Sundhedsstyrelsen Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud

Fra: Janie Sørensen <JANIES@faxekommune.dk>
Sendt: 11. december 2015 10:31
Til: Sundhedsstyrelsen Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud
Emne: Høringssvar til anbefalinger for tværsektorielle patientforløb for mennesker med type 2-diabetes

Opfølgningsflag: Opfølgning
Flagstatus: Fuldført

Sag: 1-1010-198/4
Sagsdokument: 2747020

Høringssvar vedr. Tværsektorielle forløb for mennesker med type 2 diabetes.

Generelt er anbefalingerne med til at styrke en systematisk tidlig indsats for at finde mennesker med risiko for at have/eller udvikle type 2-diabetes og at give patienter med type 2 diabetes behandling, rehabilitering og opfølgning af høj ensartet kvalitet.

Ud fra et kommunalt synspunkt er det ønskeligt, at det er regionerne, der påtager sig ansvaret for at samarbejde om en fælles tidlig indsats for tidlig opsporing, med henblik på at fx screeningsprocedure og validerede spørgeskemaer er ensartede og koordinerede, så de enkelte kommuner ikke har hver sine dokumentations metoder.

Det samme gør sig gældende i forhold til rehabilitering, hvor fælles dokumentations værktøjer på sygehuse og i kommunalt regi, vil styrke det sammenhængende patient forløb.

På sigt vil det give god mening med en national fælles database til mennesker med type 2-diabetes for at sammenligne og styrke kvaliteten mellem sektorerne.

Venlig hilsen

Janie Sørensen
Sundhedskonsulent
Direkte tlf.: 56203384
Mobil tlf.: 51201805

F A X E K O M M U N E 

Center for Sundhed & Pleje
Sundhedsfremme & Forebyggelse
Præstøvej 78
4640 Faxe

Telefon: 56203000
www.faxekommune.dk



Postadresse: Faxe Kommune, Frederiksgade 9, 4690 Haslev
Betjen dig selv på STRAX-SVAR - Den nemmeste vej til Borgerservice

14. december 2015

Høringssvar tværsektoriel behandling type 2 diabetes

I Silkeborg kommune har vi gennemlæst materialet og finder det grundigt, overskueligt og gennearbejdet.

Vi har ikke kommentarer og ændringsforslag.

Vi glæder os til de endelige anbefalinger kommer.

Venlig hilsen



Linda Gulløv Næsager (18994)

Leder af sundhedshuset



Sundhedsstyrelsen

DATO
15-12-2015

DERES REF.

VORES REF.
15/35210
286384/15DIREKTE NR.
3247 0074
Ckl.sc.sf**Høringssvar til Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle patientforløb for mennesker med type 2 diabetes**

Tårnby Kommune har modtaget Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle patientforløb for mennesker med type 2 diabetes d. 30.11.2015 med høringssvar d. 4.1.2016. Idet svarfristen inkluderer en del helligdage, synes svarfristen noget kort, hvilket Tårnby Kommune skal beklage. Det har derfor ikke været muligt at behandle sagen grundigt og politisk. Høringssvaret, administrativt behandlet, er som følger:

Tårnby Kommune er generelt positiv overfor anbefalingerne, de beskriver et fagligt godt og relevant tilbud til målgruppen.

Vi savner dog nogle konkrete forslag til fastholdelse af den mere sårbare gruppe, der af mange forskellige årsager, ikke formår at møde op til den årlige kontrol hos egen læge.

Anbefalingerne i pkt. 6.1. ligger op til, at kommunerne har specielle indsatser for borgere med sproglige/kulturelle udfordringer, psykisk sygdom og multisygdom. På trods af eventuelt samarbejde mindre kommuner imellem kan dette vise sig at være en udfordring for den enkelte kommune i forhold til ressourcer/kompetencer på området.

Opfølgning i kommunerne pkt. 6.4. planlagt som gruppefremmøde synes at være en god strategi og minimerer elementet af kontrol og løftet pegefing, men er igen et tilbud der appellerer til de ressourcestærke borgere og i mindre grad til den mere sårbare gruppe af borgere med type 2 diabetes.

Tårnby Kommune ser frem til, at der fremadrettet gives bedre svarfrist så faglige høringssvar kan behandles grundigt, politisk og administrativt.

Venlig hilsen

Charlotte Lauridsen
Konst. Sundhedscenterleder

/

Martin Larsen-Holst
Konst. Faglig koordinator

Sundhedsstyrelsen Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud

Fra: Morten Skafte <Morten.Skafte@glostrup.dk>
Sendt: 16. december 2015 10:39
Til: Sundhedsstyrelsen Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud
Emne: Glostrup Kommune - Høring: Diabetes - Anbefalinger for opsporing, diagnostik, behandling, rehabilitering og opfølgning- Høringssvar Glostrup Kommune

Sag: 1-1010-198/4
Sagsdokument: 2753366

Glostrup Kommune har ikke nogle kommentarer til høring vedr. "Tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes - Anbefalinger for opsporing, diagnostik, behandling, rehabilitering og opfølgning".

Med venlig hilsen

Morten Skafte

Drifts- og udviklingskonsulent



Center for Sundhed og Velfærd
Tlf. 4323 6100
Direkte: 4323 6544,
Rådhusparken 2, 2600 Glostrup

www.glostrup.dk

Fra: Sundhedsstyrelsen Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud [<mailto:fobs@SST.DK>]

Sendt: 30. november 2015 12:05

Til: Dansk Endokrinologisk Selskab; Dansk Selskab for Almen Medicin; Dansk Selskab for Fysioterapi; Dansk Selskab for Klinisk Ernæring (dske@dske.dk); Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren; Dansk Sygepleje Selskab; Dansk Sygeplejeråd; Danske Fodterapeuter; Danske Fysioterapeuter; Danske Patienter; Danske Regioner; Diabetesforeningen; Ergoterapeutforeningen; Fagligt Selskab for Diabetessygeplejersker; Fagligt Selskab for Konsultations- og Infirmerisygeplejersker; Fagligt Selskab for Sygeplejersker i Kommunerne; Foreningen af Kliniske Diætister; KL; Lægeforeningen; Lægevidenskabelige Selskaber; Praktiserende Lægers Organisation (PLO); Social- og Indenrigsministeriet; Socialstyrelsen; DEP Sundheds- og Ældreministeriet; Region Hovedstaden; Region Midtjylland; Region Nordjylland; Region Sjælland; Region Syddanmark; Albertslund Kommune (albertslund@albertslund.dk); Allerød Kommune (kommunen@alleroed.dk); Assens Kommune (assens@assens.dk); Ballerup Kommune (balkom@balk.dk); Billund Kommune (kommunen@billund.dk); Bornholms Regionskommune (post@brk.dk); Brøndby Kommune (brondby@brondby.dk); Brønderslev Kommune (raadhus@99454545.dk); Dragør Kommune (dragoer@dragoer.dk); Egedal Kommune (kommune@egekom.dk); Esbjerg Kommune (raadhuset@esbjergkommune.dk); Fanø Kommune (raadhuset@fanoe.dk); Favrskov Kommune (favrskov@favrskov.dk); Faxe Kommune (kommunen@faxekommune.dk); Fredensborg Kommune (fredensborg@fredensborg.dk); Fredericia Kommune (kommunen@fredericia.dk); Frederiksberg Kommune (raadhuset@frederiksberg.dk); Frederikshavn Kommune (post@frederikshavn.dk); Frederikssund Kommune (epost@frederikssund.dk); Furesø Kommune (furesoe@furesoe.dk); Faaborg-Midtfyn Kommune (fmk@faaborgmidtfn.dk); Gentofte Kommune (gentofte@gentofte.dk); Gladsaxe Kommune



15. december 2015

J.nr.: 29.00.00-A00-14-15

Plan og Projektstab

Bemærkninger til høring om anbefalinger for tværsektorielle patientforløb for mennesker med type 2--diabetes

Frederiksberg Kommune takker for høringen om anbefalinger for tværsektorielle patientforløb for mennesker med type 2-diabetes.

Følgende er vores bemærkninger:

Frederiksberg Kommune har bemærket, at selv om titlen er "anbefalinger for tværsektorielle patientforløb", handler anbefalingerne mest om den indsats, der skal ske i hver sektor frem for i sammenhæng mellem sektorerne. I anbefalingerne er ligeledes størst opmærksomhed på behandlings- frem for rehabiliteringsdelen, som også udgør en ligeså vigtig del af indsatsen. Rehabilitering er dog nævnt både i indhold og omfang.

Det er svært at gennemskue i anbefalingerne, hvordan almen praksis kunne løfte rehabiliteringsopgaven. I oversigten på s. 34 kunne det godt tydeliggøres hvornår, der skal henvises til kommunal sundhedsfaglig rehabilitering. Kommunerne er forsvundet lidt ud af tegningen.

I forhold til opsporing står, at kommunerne kan bidrage ift. højrisikogrupper, og at der skal anvendes validerede redskaber, men der henvises ikke til disse.

I forhold til opfølgning efter 6 og 12 måneder efter rehabilitering – og efter 2 -5 år, savnes der en beskrivelse af, hvem der skal gøre det, og hvordan det skal gøres. Der udestår i øvrigt en diskussion i kommunerne omkring, hvor ofte, kommunerne skal tilbyde rehabilitering og hvordan opfølgningen skal være (hvilke elementer skal indgå).

Det er i dag en særlig udfordring rettet mod borgere med sproglige barrierer. Ligeledes har nogle kommuner ikke nok borgere til at oprette gruppeforløb inden for samme sprog (se senere). Her kunne man eventuel anbefale samarbejde på tværs af kommuner.

Ligeledes er det en god ide at anbefale en arbejdsmarkedsindsats. I kommunerne ser vi dog en stigende andel af borgerne, der stadig har tilknytning til arbejdsmarkedet. Det er heller ikke en indsats, der er beskrevet i forløbsprogrammet for type 2 diabetes i Region Hovedstaden.

Udgående funktion ift. borgere med psykisk sygdom og fysisk handicap vil være en stor opgave for kommunerne . Det samme gælder for behovet for en koordinator for borgere med multisygdom, som heller ikke er løst hverken i hospitals- eller kommunalt regi.

Er det muligt at uddybe afsnittet om kompetenceudvikling og den regionale rådgivningsforpligtigelse på s. 42 ? Her står der bare "den fornødne kompetence" og "løbende vidensdeling og kompetenceudvikling". Hvad vil det mere præcist sige?

Beskrivelsen af stratificeringen fremgår lidt uklart.

Vedrørende afsnittet 4.2, hvor der beskrives, at nydiagnosticerede patienter med type 2-diabetes tilbydes en indledende vurdering med henblik på at afklare behovet for diætbehandling. Ved identificeret behov (flertallet ved debut) bør patienten tilbydes en indsats i form af individuel diætbehandling, herunder diætvejledning. Øvrige patienter kan have gavn af kostvejledning

Det er vores vurdering, at patienter der har haft type 2-diabetes gennem en kortere eller længere periode kan have lige så stort behov som en nydiagnosticeret patient for en individuel ernæringsindsats mhp. diabetesdiæt eller energireduceret diabetesdiæt. Samtidig står der også i høringsudkastet, at kostråd og kort behandlingstid generelt er uden længerevarende effekt, og det er ofte nødvendigt med et længerevarende forløb i form af en individuel diæt-behandling hos en klinisk diætist. Dette behov oplever vi i høj grad er gældende for alle de patienter vi har henvist af praktiserende læge.

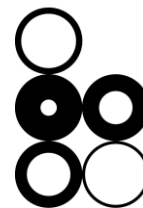
4.3.1 (4.afsnit) side 22. står, at patienter med velbehandlede komplikationer, hypertension eller hjertekarsygdom kan tilbydes et træningsforløb. Der er ikke kliniske erfaringer, der viser, at patienter med komplikationer sammenlignet med patienter uden komplikationer, ikke har gavn af et træningsforløb (Sundhedsstyrelsen 2015). Denne sætning er ikke særlig præcis. I stedet anbefales en præcisering om, at der ikke er kliniske erfaringer, der viser, at patienter med komplikationer sammenlignet med patienter uden, har gavn af et træningsforløb.

En mindre ting - der er en stavfejl på s. 26; der står MVT rapporten – det hedder MTV rapporten.

Med venlig hilsen

Torben Laurén

Sundheds- og Omsorgschef



16-12-2015

Sag nr. 15/1128

Dokumentnr. 61893/15

Rikke Gravlev Poulsen

Tel. 35 29 82 04

E-mail: Rgp@regioner.dk

Høringssvar om ”Tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes – Anbefalinger for opsporing, diagnostik, behandling, rehabilitering og opfølgning”

Sundhedsstyrelsen har den 30. november 2015 sendt den kommende udgivelse ”Tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes - Anbefalinger for opsporing, diagnostik, behandling, rehabilitering og opfølgning” i høring.

Danske Regioner har følgende bemærkninger til anbefalingerne.

Generelle bemærkninger

Danske Regioner anser generelt de samlede anbefalinger som gode.

Regionerne ønsker at være aktiv medspiller i samarbejdet omkring diabetespatienter og være med til at sikre gode sammenhængende forløb på tværs af sektorer.

Regionerne indgår endvidere som en aktiv medspiller i forbindelse med opsporing, diagnostik, behandling, rehabilitering og opfølgning af diabetes. Danske Regioner ønsker derfor at bemærke, at sygehusene også bør nævnes i afsnittene vedrørende opsporing og primær udredning af diabetes i afsnit 3. Det er et velkendt billede, at flere patienter i forbindelse med behandling af andre sygdomme udredes for diabetes, da forekomsten af visse sygdomme er kendt for at være forbundet med en forhøjet risiko for forekomst af diabetes og tilstedeværelsen af kan påvirke behandlingen. Ligeledes bør det i afsnit 6 i forbindelse med figur 3 også nævnes, at den primære udredning for diabetes i nogle tilfælde kan finde sted i forbindelse med behandling på sygehuset.

Danske Regioner bemærker, at såfremt der er faglige ændringer, skal dette holdes for øje når forløbsprogrammerne tilpasses næste gang.

Side 2

Tekstnære kommentarer

I afsnit 1.1 på side 4, afsnit 3 står der: "*Derudover gives anbefalinger om retningen på udviklingen af opgavevaretagelsen sektorerne imellem.*"

Sætningen anbefales slettet eller omformuleret, da betydningen er uklar. Det er desuden vigtigt at gøre opmærksom på, at anbefalinger vedrørende udviklingen af opgavevaretagelsen sektorerne imellem bør tage udgangspunkt i en faglig vurdering, der beror på patienternes bedste.

Begrebet opportunistisk opsporing anvendes første gang i afsnit 3.1.1. Begrebet kunne med fordel forklares, da det ikke kan forventes, at betydningen af begrebet vil være klart for alle læsere af anbefalingerne.

I afsnit 4.2.1 på side 21, afsnit 1, sidste sætning foreslår Danske Regioner, at ordet psykisk indsættes, så sætningen i stedet lyder: *Patienten involveres aktivt i processen, afhængigt af patientens fysiske og psykiske tilstand og formåen.* Patientens psykiske tilstand vil ligeså vel som den fysiske tilstand påvirke patientens evne til at deltage aktivt samt patientens behov, og det bør derfor skrives ind.

I afsnit 7.2.1 på side 41, afsnit 3 står der, at det ikke er aftalt, at der obligatorisk meldes tilbage til *den behandlingsansvarlige læge* for diabetesbehandlingen (på sygehus eller i almen praksis, afhængig af hvor patienten følges) ved øjenscreening hos privatpraktiserende øjenlæger. Efterfølgende står der: "*Det er imidlertid altid hensigtsmæssigt, at der meldes tilbage fra den praktiserende øjenlæge til den praktiserende læge.*". Danske Regioner foreslår, at den praktiserende læge udskiftes med den behandlingsansvarlige læge for diabetesbehandlingen, da det ligeledes vil være hensigtsmæssigt for sygehuslægen at modtage en tilbagemelding fra den praktiserende øjenlæge.

Danske Regioner foreslår, at "*så potentialet reelt bliver udnyttet*" bliver slettet fra første sætning i afsnit 7.2.2, side 41, afsnit 2. Det er uklart, hvilket potentiale der henføres til. Hvis potentialet henviser til muligheden for at sammentænke forskellige forvaltningsområder i forbindelse med rehabiliteringsindsatser i kommunerne, bemærker vi, at det desuden ikke vides om potentialet reelt bliver udnyttet.

Sundhedsstyrelsen Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud

Fra: Merete Bach <mebac@slagelse.dk>
Sendt: 17. december 2015 11:50
Til: Sundhedsstyrelsen Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud
Emne: Slagelse Kommune - Høringssvar vedr. anbefalinger - type 2-diabetes

Sag: 1-1010-198/4
Sagsdokument: 2755956

Slagelse Kommunes høringssvar vedr. Anbefalinger for opsporing, diagnostik, behandling, rehabilitering og opfølgning for type 2-diabetes

Anbefalingerne er et godt arbejdsredskab med helt konkrete anbefalinger, som kan bruges.

Vi har 2 bemærkninger:

- Vedr. stratificering:
Patienterne opdeles i 3 niveauer i rapporten s 8 og 17, hvor stratificeringen, som vi kender den fra forløbsprogrammet er opdelt i 4 stratificeringsgrupper.
Det kan skabe noget forvirring.
- Det er sent i anbefalingerne, at ansvarsfordelingen beskrives, og det er ikke fuldstændigt klart, hvem der skal hvad hvornår.
Eks ift. diætbehandling. Ligger den i kommunen eller på sygehuset generelt, eller er det opdelt efter grad af sygdom 1-3.
Har kommunerne 1 og noget af 2 og sygehuse 2 og hele gr. 3?

Venlig hilsen

Merete Bach
Virksomhedsleder



Center for Sundhed og Omsorg
Forebyggelse
Torvegade 15
4200 Slagelse

Dir. tlf: 58 57 44 35
Mobil: 24 25 58 40
www.slagelse.dk

EAN: 5798007389833



Middelfart
KOMMUNE

Sundhedsafdelingen

Middelfart Kommune
Middelfart Midtpunkt, Jernbanegade 75-77
5500 Middelfart
www.middelfart.dk

Telefon +45 8888 5500
Direkte +45 8888 4678
cvr.: 29189684

Dato: 18. december 2015
Sagsnr.: 2015-013525-2

Iben.LykkeEggertsen@middelfart.dk

Høringssvar

Middelfart Kommunes høringssvar til "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes"

Middelfart kommune har med interesse læst høringsudkastet "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes".

Vi har ingen kommentarer til høringsudkastet på området.

Med venlig hilsen



Middelfart
KOMMUNE

Sundhedsafdelingen
Jernbanegade 75-77
5500 Middelfart



SUNDHEDSSTYRELSEN

Islands Brygge 67
2300 København S

Dato: 18-12-2015
Sagsnr.: 29.00.00-K04-8-15
Henv. til: Ellen Greve
Sundhedsstrategi
Direkte tlf.: 9611 4111
Afdeling tlf.: 9611 7585
Kultur.Sundhed@Holstebro.dk
www.holstebro.dk

Høringssvar fra Holstebro kommune vedr. Tværsektorielle forløb for mennesker med type 2- diabetes

Holstebro kommune har modtaget anmodning om at afgive høringssvar for anbefalinger vedr. Tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes.

Holstebro kommunes svar afgives på vegne af Kultur og sundhedsforvaltningen.

Generelle bemærkninger

Som helhed anerkendes et velskrevet og gennemarbejdet materiale.

Sundhedsstyrelsens nye materiale til faglig rådgivning, forekommer tilgængeligt og vedkommende i sin form.

Det ses som en styrke at materialets rådgivning er beskrevet ud fra en tværsektoriel vinkel, som sikrer et samlet overblik for indsatsen til målgruppen.

Det anerkendes at der overvejende er en afbalanceret vekselvirkning imellem en overordnet og en detaljeret tilgang.

Det indbyrdes hierarki imellem de mange anbefalinger overfor målgruppen, kan med fordel præciseres i indledningen (eks. generiske program, forløbsprogram m.v.).

Specifikke bemærkninger

Vedr. stratificering :

Det anbefales at der suppleres med et niveau 0. Det vil tilgodese den tidlige forebyggelse, igennem en mulighed for indplacering af prædiabetes. Denne praksis anvendes i forløbsprogram for Diabetes-2 for Region Midt.

Anbefalingen understøttes af at der på s. 10 er en anbefaling om at mennesker med HbA1c under det diabetiske niveau, med fordel kan tilbydes rehabilitering i lighed med diabetes.

I afsnittet om tidlig opsporing i kommunerne på s.10, ses det som en styrke at der gives en anvisning på opsporing af borgere i højrisiko.

Det anses for særdeles positivt at der på side 10-11 er en anbefaling om at diagnosen stilles ved opfyldelse af fire kriterier, idet muligheden for tidlig opsporing herved øges.

Vedr. Ernæringsindsats:

Afsnittet vedr. Ernæringsindsats kan med fordel bygges op som afsnittet om Fysisk træning.

De angivne ernæringsanbefalinger vurderes at bygge på "gamle kilder"



Det anbefales at Rammeplanen for individuel diætbehandling for type 2.-diabetes (Foreningen af kliniske diætister) slettes.

Det anbefales at der i stedet anføres, at den til en hver tid gældende anbefaling skal følges.

I afsnittet lægges op til diætbehandling ydes i kommunerne. Opmærksomheden henledes på at der er tale om en aktivitetsudvidelse for kommunerne. I dag varetager kommunerne alene diætvejledningen.

Kommunens fokus og særlige ekspertise i diætvejledningen, er i høj grad at hjælpe målgruppen til at skabe og fastholde vaneændringer.

Vedr. Fysisk træning:

Det anses som en styrke at afsnittet på s.19 vedr. rehabilitering og patientuddannelse beskrives som en integreret del af behandlingen af patienter med diabetes.

Vedr. opfølgning i kommune:

Der anbefales at opfølgning i kommunen reduceres til 2 gange/år efter 3 og 12 mdr. Begrundelsen er at det er en målgruppe som følges tæt i almen praksis. De mange kontrolbesøg skal kunne forenes med et arbejds- og hverdagsliv.

Med venlig hilsen

Ellen Greve
Seniorkonsulent

Sundhedsstyrelsen Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud

Fra: Maria Schultz <masz@sim.dk>
Sendt: 18. december 2015 14:10
Til: Sundhedsstyrelsen Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud
Emne: Høringssvar fra Social- og Indenrigsministeriet - Ingen bemærkninger.

Sag: 1-1010-198/4
Sagsdokument: 2759083

Til Sundhedsstyrelsen,

Social- og Indenrigsministeriet har ikke bemærkninger til den fremsendte hring over "Tværfaglige forløb for mennesker med type 2-diabetes - Anbefalinger for opsporing, diagnostik, behandling, rehabilitering og opfølgning".

Mvh.

Maria Schultz

Fuldmægtig
Lovkoordinering og Internationale forhold
41 85 11 18
masz@sim.dk



Social- og Indenrigsministeriet
Holmens Kanal 22
1060 København K
Telefon: 33 92 93 00
www.sim.dk

Til: Viborg Kommune (viborg@viborg.dk), Gentofte Kommune (gentofte@gentofte.dk), Ballerup Kommune (balkom@balk.dk), Vesthimmerlands Kommune (post@vesthimmerland.dk), Varde Kommune (vardekommune@varde.dk), Faaborg-Midtfyn Kommune (fmk@faaborgmidtfyn.dk), Vejle Kommune (post@vejle.dk), Solrød Kommune (kommune@solrod.dk), Fan Kommune (raadhuset@fanoe.dk), Rødovre Kommune (rk@rk.dk), Bornholms Regionskommune (post@brk.dk), Tårnby Kommune (kommunen@taarnby.dk), U Kommune (post@aeroekommune.dk), Læsø Kommune (kommunen@laesoe.dk), Odder Kommune (odder.kommune@odder.dk), Tønder Kommune (toender@toender.dk), Halsnæs Kommune (mail@halsnaes.dk), Ikast-Brande Kommune (post@ikast-brande.dk), Hillerød Kommune (hillerod@hillerod.dk), Horsens Kommune (horsens.kommune@horsens.dk), Hjørring Kommune (hjoerring@hjoerring.dk), Holbæk Kommune (post@holb.dk), Holstebro Kommune (kommunen@holstebro.dk), Vordingborg Kommune (post@vordingborg.dk), Herning Kommune (kommunen@herning.dk), Furesø Kommune (furesoe@furesoe.dk), Thisted Kommune (thistedkommune@thisted.dk), Aalborg Kommune (aalborg@aalborg.dk), Guldborgsund Kommune (kommunen@guldborgsund.dk), Aabenraa Kommune (post@aabenraa.dk), Haderslev Kommune (post@haderslev.dk), Sønderborg Kommune (kommune@samsoe.dk), dsam@dsam.dk (dsam@dsam.dk), info@dankepatienter.dk (info@dankepatienter.dk), post@diaetist.dk (post@diaetist.dk), 'dadl@dadl.dk' (dadl@dadl.dk), 'dsr@dsr.dk' (dsr@dsr.dk), 'fysio@fysio.dk' (fysio@fysio.dk), 'etf@etf.dk' (etf@etf.dk), 'kontakt@rsyd.dk' (kontakt@rsyd.dk) (kontakt@rsyd.dk), Praktiserende Lægers Organisation (PLO (PLO@dadl.dk), 'info@diabetes.dk' (info@diabetes.dk), post@vejenkom.dk (post@vejenkom.dk), Danske Fodterapeuter (info@fodterapeut.dk), Skanderborg Kommune (skanderborg.kommune@skanderborg.dk), info (info@socialstyrelsen.dk), Dansk Sygepleje Selskab (dasys@dasys.dk), Danske Regioner (regioner@regioner.dk), Gribskov Kommune (gribskov@gribskov.dk) (gribskov@gribskov.dk), Hedensted Kommune (raadhus@hedensted.dk) (raadhus@hedensted.dk), Herlev Kommune (herlev@herlev.dk) (herlev@herlev.dk), KL, Kommunernes

Høringssvar vedrørende høringsudkastet 'Anbefalinger for tværsektorielle patientforløb for mennesker med type 2-diabetes'

Til Sundhedsstyrelsen,

Danske Bioanalytikere ønsker at anerkende Sundhedsstyrelsen store indsats for at formulere retningslinjer for patientforløb på tværs af sektorer.

Vi finder høringsudkastet ganske fornuftigt og ser det som et vigtigt skridt på vejen mod mere ensartet og høj kvalitet i patientforløbene. Anbefalingerne støtter op om målet om mere Lighed i Sundhed.

Danske Bioanalytikere har haft høringsforslaget til faglig vurdering i to af vores rådgivende udvalg bestående af bioanalytikere med ekspertise inden for Klinisk Biokemi og Almen Praksis.

De har en række konkrete forslag til forbedringer af teksten i forhold til de bioanalytisk diagnostiske aspekter. Overordnet drejer det sig især om nødvendig kvalitetssikring af analyserne og tilstrækkeligt med laboratoriefaglige kompetencer til at understøtte patientuddannelsen.

De enkelte forslag er forklaret og opsummeret nedenfor.

Til behagelig orientering er desuden vedlagt et bilag med en liste over de væsentligste fejlkilder ved måling af kapillærblodglucose med patientnært udstyr.

Vi håber at Sundhedsstyrelsen vil gøre brug af forslagene, og stiller os gerne til rådighed for en fortsat dialog, hvis der skulle være behov for dette.

Med venlig hilsen,

Næstformand Martina Jürs

Konkrete forslag

Tidlig opsporing i kommunerne

Side 10

Anbefalingerne fraråder brug af blodglukose til tidlig opsporing, fordi målingen er upræcis og anbefaler i stedet brug af HbA_{1c} eller et spørgeskema.

Henvises der her til venøst blod eller kapillærblod - eller begge dele? Og omfatter anbefalingen også brug af plasma-glucose? Det fremgår ikke tydeligt.

P-glukose eller kapillærblod anvendes ofte i sundhedsbusser/apoteker mv. til usystematisk tidlig opsporing.

Det er en udfordring at alt for mange borgere sendes til almen praksis med en værdi for P-glukose mellem 6 mmol/l og 8 mmol/l, hvor det viser sig, at borgeren ikke var fastende, da målingen blev foretaget.

Usikkerheden beror altså ikke kun på selve analysen, som anbefalingerne angiver, men snarere på personalets manglende fokus på præanalytiske faktorer - og på manglende optag af anamnesen.

Mange unødvendige henvisninger kunne undgås, hvis personale med kvalifikationer svarende til autoriseret bioanalytiker håndterede analyseapparaterne i kommunalt regi og vurderede resultaterne sammenholdt med anamnesen.

Vi er enige med Sundhedsstyrelsen i, at opsporing uden for praksissektoren med brug af screeningsprocedurer bør systematiseres og standardiseres. Bioanalytikere er oplagte til at supervisere en sådan screeningsindsats i samarbejde med de øvrige sundhedsprofessionelle.

Følgende ændring foreslås

3.1.2 linje 11

”Screeningen og *evaluering af screeningen* bør foretages af sundhedsprofessionelle med relevante kompetencer. Kapillærblodglukose- og plasmaglukosemåling frarådes, *med mindre* screeningen foretages eller superviseres af sundhedsprofessionelle med kompetencer svarende til autoriseret bioanalytiker.”

Behov for at præcisere terminologien vedrørende glucosemåling

På side 10 frarådes blodglukosemåling (B-glucose) til tidlig opsporing af mennesker med diabetes type 2. Langtidsblodsukkeret hæmoglobin 1c (HbA1c) anbefales som eneste diagnostiske metode ved mistanke om type 2, mens plasmaglukose (P- glucose) anbefales ved pludselig opstået sygdomsdebut (s.12). Samtidig skal alle patienter oplæres i at måle eget blodglukose – er der her tale om B-glucose eller HbA1c? Vi antager det første, men det er uklart formuleret. Effekten af en livsstilsændring kan netop ikke aflæses i HbA1c efter få dage, da HbA1c giver en indikation af B-glucose integreret over de forgangne 2-3 måneder.

Mange andre steder i anbefalingerne er blot nævnt en ikke nærmere bestemt ’glucosemåling’ eller et uspecificeret ’glucoseniveau’.

Anbefalingerne skal kunne læses og forstås entydigt af mange faggrupper og korrekt anvendelse af disse analyser er helt afgørende for indsatsen. Vi foreslår at det fremgår klart hvilken type glucosemålinger, der er tale om hvornår igennem hele teksten.

Følgende ændring foreslås

1.3 Definitioner

Et skema eller afsnit bør indsættes, der redegør for de forskellige typer af glucosemålinger og teksten bør konsekvensrettes herefter.

Behov for standardisering af øvrige prøver

I tabel 1 side 12 under Supplement ved diabetisk nefropati står anført: Hæmoglobin (hvis lav: anæmi-prøver).

Følgende ændring foreslås

Der er ligeledes behov for at standardisere anæmiprøverne. Hvad menes der med lav hæmoglobin? Angiv præcist hvornår der skal tages anæmiprøver, ferritin, jern, B12 og folat.

Formidling af viden om diabetessygdommen og oplæring i glucosemåling

Anbefalingerne kommer ikke ind på begrebet compliance, der er et vigtigt element, også ved kapillærblodglucosemåling i eget hjem. Mange borgere forstår ikke hvorfor de måler, hvad de måler eller hvordan de skal måle.

De præanalytiske fejlkilder kan udgøre en barriere for at opnå pålidelige målinger i borgerens eget hjem. Oplæringen af borgerne bør ikke kun omhandle selve målingen og tolkning af resultaterne, men også de meget vigtige præanalytiske forhold. Det kan være kontaminering af strips, fortynding af prøven med vævsvæske, forkert volumen kapillærblod, for sen aflæsning osv. osv. En lang række faktorer spiller ind.

Viden om præanalytiske forhold er en bioanalytisk kernekompetence, der bør inddrages i det tværfaglige samarbejde om formidling af præanalyse til borgerne.

Følgende ændringer foreslås

3.4.2 linje 5

"Alle patienter bør kende til de vigtigste fejlkilder, der kan påvirke målingen. De bør oplæres i at måle og monitorere eget kapillærblodglukose og efterfølgende fortolke resultaterne. "

4.1.1 tredje punkt

"Blodsuktermåling, herunder hjemmemåling hvis relevant samt *fejlkilder*, fortolkning og aktion på resultaterne heraf"

4.1.2 linje 3

"Underviserne bør som hovedregel have en sundhedsfaglig uddannelse, og de bør have relevant erfaring med patientuddannelse i forhold til pleje, *monitorering af og opfølgning på målinger*, behandling og rehabilitering af patienter med diabetes.

Kvalitetssikring ved indkøb og brug patientnært udstyr

Helt overordnet kan langt de fleste fejl i den diagnostiske proces, der fører til fejl i diagnosticering, føres tilbage til den præ- eller postanalytiske fase. Det kan fx være de forkerte analyser, der er bestilt – eller resultaterne, der fortolkes forkert.

Aspekter omkring kvalitetssikring af det samlede diagnostiske forløb, herunder selve analyserne, er overhovedet ikke berørt i anbefalingerne, men er ganske væsentligt for at opnå valide data og sikre patientforløb. For eksempel er ingen analyse bedre end det materiale og det udstyr, der måles på.

Det er korrekt, at HbA1c bør bruges som diagnostisk test ved diabetes type 2 **under forudsætning** af at stringent kvalitetssikring af analysen er på plads (WHO rapport om HbA1c. 2011). Tilstrækkelig kvalitetssikring foregår, hvis analysen foretages på sygehusenes centrale laboratorier, men ikke nødvendigvis hvis målingen foregår andre steder.

Der kan være betragtelig variation mellem målinger foretaget med patientnært udstyr (POCT) og målinger foretaget på sygehuslaboratoriet (J Diabetes (2013) 5: 192-6).

Ny litteratur viser desuden, at fabrikatet af analyseapparatet spiller ind på resultatet (Diabetes Res Clin Pract. 2014 105; 364-72).

Fejlkilder ved brug af FDA godkendte glucosemålere til patientnære analyser er ganske mange, som det fremgår af listen i bilag 1 (Diabetes Spectrum (2014) 27:174-179).

Set i lyset af denne evidens mener Danske Bioanalytikere, det er nødvendigt at anbefale at alle patientnære analyser af B-glucose og HbA1c, der måles på patientnært udstyr overalt i sundhedsvæsenet, bør indgå i en stringent kvalitetssikringsordning under ansvar af sundhedsprofessionelle med kompetencer svarende til autoriseret bioanalytiker.

På sygehusenes kliniske afdelinger foregår dette via de klinisk biokemiske afdelingers POCT koordinators. I almen praksis foregår dette via laboratoriefaglig konsulentordning. Men i kommunerne er der endnu ikke etableret en tilsvarende ordning. Dette udgør en barriere for ensartet høj kvalitet i forløbene for mennesker med diabetes type 2.

Følgende ændring foreslås

3.1.2 Tilføjelse til sidste linje

”I det omfang, der anvendes patientnært udstyr til måling af borgernes værdier i kommunalt regi, bør udstyret indgå i en kvalitetssikringsordning under vejledning af sundhedsprofessionelle med relevant baggrund.”

BILAG 1

Fejlkilder knyttet til brugeren af apparatet:

- Failure to follow procedure correctly, including:
 - Sample contamination
 - Incorrect specimen collection (e.g., poor lancet technique and incorrect volume)
 - Application of an insufficient amount of blood to the strip or incorrect application of blood to the strip
 - Use of a sample from an alternate site not validated by the manufacturer
 - Application of blood specimen to the strip more than once (e.g., if the user believes not enough was added the first time)
 - Incorrect insertion of strip into meter
 - Inaccurate timing
 - Use of contaminated, outdated, or damaged strips or reagents, including calibrators or quality control materials
 - Failure to understand or respond to meter output
 - Errors in meter maintenance or cleaning
 - Errors in calibration or failure to calibrate or otherwise adjust the meter or check performance with quality control materials as directed by labeling
 - Incorrect saving or use of stored data
 - Improper storage or handling of the meter, calibrators, quality control materials, or test strips or improper maintenance of the meter
 - Inadvertent changes of parameter (such as units of measurement)
 - Failure to contact physician when necessary (OTC)
 - Incorrect incorporation of results into overall treatment plan (prescription POC)
 - Use of strips not validated for use on the monitor

Fejlkilder ved reagenser og strips:

- Expired strips or reagents
- Damaged or contaminated strip
- Failure of strips, calibrators, or quality control materials to perform adequately
- Incorrect manufacturing; product fails to conform with specifications
- Incorrect dimensions of reagent strip
- Interference with chemical reaction on strip (e.g., reducing substances)
- Inadequate design of container for strips or other reagents; failure to prevent deterioration; failure of desiccant used to keep strips dry.

Fejlkilder knyttet til omgivelserne

Effects on the device, including:

- Temperature
- Humidity
- Altitude, hyperbaric conditions
- Electromagnetic radiation
- Visible light, sunlight

Effects on humans, including:

- Lighting, glare off meter surfaces
- Distractions, visual and auditory
- Stressful conditions
- Limited manual dexterity

Fejlkilder knyttet til software

- Confusing or obscure user prompts and feedback
- Incorrect mathematical algorithm
- Undetected or unrecognized signal errors
- Timing failure
- Incorrect storage of test results in memory, including matching result with correct patient or time of test
- Other software failures

Fejlkilder knyttet til hardware

- Electronic failure
- Physical trauma or vibration
- Damage to the device from incorrect strip dimensional tolerances (third-party manufacturer)
- Electrostatic discharge
- Electromagnetic/radiofrequency interference
- Battery reliability, lifetime, and replacement
- Component(s) failure
- Incorrectly manufactured

Systematiske fejlkilder

- Physical trauma or vibration
- Incorrect calibration/adjustment (between lots of strips)
- Calibration failure, interference, instability, or use beyond the recommended period of stability
- Labeling not geared to intended user
- Meter or operation complexity not geared to intended user
- Inadequate training

Kliniske fejlkilder

- Interference from endogenous substances
- Severe conditions (e.g., dehydration, hypoxia, hyperglycemic hyperosmolar state, hypotension, ketoacidosis, or shock)
- Interference from other sugars (e.g., maltose intravenous solutions)

KL's høringssvar vedr. anbefalinger for tværsektorielle patientforløb for type 2-diabetes

KL har modtaget høringsmateriale vedrørende anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2 diabetes.

Det har ikke været muligt at få KL's høringssvar politisk behandlet inden fristen. KL fremsender derfor et foreløbigt høringssvar og vil fremsende evt. supplerende bemærkninger, når sagen har været politisk behandlet.

KL vil bemærke, at det er forventningen, at implementeringen af anbefalingerne for KOL kan ske inden for den ramme, der er afsat til den kommunale patientrettede forebyggelse

KL har både overordnede bemærkninger og bemærkninger til enkelte afsnit, som vil fremgå af nedenstående.

Overordnede bemærkninger

KL finder overordnet, at det er et meget fint, velskrevet og uddybet materiale, som kommer omkring de mange facetter, der er i spil, når personer med diabetes skal rehabiliteres. Herunder beskriver materialet gode faglige overvejelser og forbedringsmuligheder til gavn for borgere med type 2-diabetes.

Materialet giver en samlet oversigt over behandlingen og rehabiliteringen som integrerede størrelser på tværs af sektorer, hvilket er positivt. Samtidig gives der anvisninger til den tidlige opsporing i kommunerne af borgere i højrisiko, hvilket vil kunne styrke arbejdet.

KL formoder, at anbefalingerne vil få konsekvenser for forløbsprogrammerne for type 2-diabetes. Det er imidlertid ikke klart, hvordan anbefalinger forventes at blive integrerede i forløbsprogrammerne herunder i forhold til kommende opdateringer.

Bemærkninger til enkelte afsnit

Det forslås, at det forebyggende aspekt tydeliggøres i afsnittet om stratificering. Det kan gøres ved at udvide populationsbeskrivelse med et niveau 0, der omfatter borgere med prædiabetes. Det kunne medvirke til at tydeliggøre vigtigheden i at sætte ind tidligere over for borgere i højrisiko for at udvikle diabetes.

Anbefalingerne i afsnit 4.2. lægger op til individuel diætbehandling for alle ny-diagnosticerede borgere med type-2 diabetes, der henvises til et kommunalt tilbud. KL mener, at der her tale om en klar udvidelse af den eksisterende opgave, da kommunerne i helt overvejende grad laver kostvejledning for borgere, der indgår i forløbsprogrammerne. I fald der tale om en opgave,

Dato: 18. december 2015

Sags ID: SAG-2015-00255
Dok. ID: 2131364

E-mail: MSH@kl.dk
Direkte: 3370 3291

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1 af 2

der primært løses i praksissektoren eller i regionalt regi, bør dette tydeliggøres i anbefalingerne.

Diætbehandling i kommunerne i øvrigt udføres i forhold til de ældre medicinske patienter. KL mener, at kostvejledning for størsteparten af de henviste borgere med type-2 diabetes er fuldt tilstrækkeligt. Den største udfordring er fortsat, at fastholde borgere i varige adfærdsændringer omkring fx deres kost, hvilket ikke opnås ved at indføre individuelle diætplaner.

Det findes principielt forkert, at anbefalingerne henviser til et specifikt fagforbunds retningslinjer på ernæringsområdet, der kun kan tilgås via et medlemskab af denne forening.

I afsnit 6.4 beskrives den kommunale opfølgning, hvor denne anbefales at omfatte tre opfølgninger det første år. Taget i betragtning det samlede antal opfølgninger, en diabetes patient skal i gennem samlet set, foreslår KL, at omfanget reduceres til efter tre og tolv måneder. Dette skal blandt andet ses i lyset af, at mange diabetespatienter er mere stabile og efterspørger mindre opfølgning end fx borgere med KOL.

Med venlig hilsen

Tina Wahl

Dato: 18. december 2015

Sags ID: SAG-2015-00255
Dok. ID: 2131364

E-mail: MSH@kl.dk
Direkte: 3370 3291

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 2 af 2

Tværsektorielle forløb for mennesker med type 2 diabetes – Anbefalinger for opsporing, diagnostik, behandling, rehabilitering og opfølgning

Kommentarer til høringsudkast

s. 20, pkt. 4.2 *Ernæringsindsats*

"Ved identificeret behov (flertallet ved debut) bør patienten tilbydes en indsats i form af individuel diætbehandling, herunder diætvejledning." Her bør tilføjes *"ved klinisk diætist"*.

s. 21, pkt. 4.2.2 *Kompetencekrav*

"Ernæringsindsatsen bør gennemføres af fagpersoner med kompetencer svarende til en autoriseret klinisk diætist" – hvilke fagpersoner tænkes der her? Efterfølgende står der, at *"Den sundhedsprofessionelle skal være specialiseret indenfor diætbehandling..."* Det er kun autoriserede kliniske diætister der kan og må forestå diætbehandling. Jfr. pkt. 7.2.2 s. 42 hvor der beskrives, hvordan fornødne kompetencer hos de sundhedsprofessionelle skal være til stede. Jeg foreslår, at der simpelt skrives *"Ernæringsindsatsen bør gennemføres af autoriserede kliniske diætister, der bør være specialiseret i diætbehandling til patienter med type 2 diabetes."*

s. 30 pkt. 5.1.2 *Behandlingsalgoritme*

GLP-1-analogerne

"Ulempen, ud over prisen (...) injektion dagligt..." Nogle GLP-1-analoger tages subkutan 1 gang ugentligt og er dermed ikke en daglig injektion.

s. 38 pkt. 6.3 *Opfølgning på undersøgelser og behandling*

"Hvis patienten vurderes at have behov for en rehabiliteringsindsats, henvises vedkommende til det relevante tilbud." Hvem vurderer dette? Alle patienter med type 2 diabetes bør tilbydes patientuddannelse og det bør derfor ikke være en vurdering for behandler, men for patienten. Patienten kan i samarbejde med patientuddannelsesstilbuddet lave det tilbud patienten finder mest aktuelt og relevant for den enkelte.

s. 38 pkt. 6.4 *Opfølgning i kommune*

"Opfølgning i kommunalt regi (...) tilbydes efter 3, 6, 12 måneder og derefter hvert 2.-5. år efter behov." Er det realistisk med så hyppige opfølgninger ift. ressourcer i kommunerne? Kan det lade sig gøre at leve op til denne anbefaling?

s. 42 pkt. 7.2.2 *Opgavevaretagelse – sundhedsfaglig rehabilitering*

"Hvis patientgrundlaget i den enkelte kommune ikke er tilstrækkeligt stort (...) anbefales det, at indsatsen eller dele heraf varetages i et tværkommunalt samarbejde." Lader det sig gøre i virkeligheden med den kapacitet for patientuddannelse de enkelte kommuner har?

På vegne af diabetes teamet Sundhedscenter Aalborg.

Anette Vinstorp
Klinisk diætist

Sundhedscenter Aalborg, Nordkraft, niveau 9 Teglgårds Plads 1, 9000 Aalborg Tlf. nr. 2520 0625
anette.vinstorp@aalborg.dk

www.aalborgkommune.dk
www.facebook.com/sundhedscenter

Sundhedsstyrelsen Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud

Fra: Tabita Maria Christensen <Tabitamc@roskilde.dk>
Sendt: 21. december 2015 13:16
Til: Sundhedsstyrelsen Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud
Emne: Roskilde Kommune sender høringssvar

Sag: 1-1010-198/4
Sagsdokument: 2763246

Til rette vedkommende.

Roskilde Kommune har nu l st det udsendte høringsmateriale og har følgende kommentarer:

- S. 10: Opsporing i kommunerne: Der ønskes eksempler på konkrete validerede spørgeskemaer. Dette mhp. at systematisere og ensrette brugen af redskaber, kommunerne imellem.
- S. 11: Den primære udredning: Savner et punkt med "information om muligheder for kommunale sundhedsfaglige rehabiliteringstilbud (jf. at det på s. 42 bemærkes, at henvisningen til kommunale tilbud bør overvejes ifm. den indledende udredning og i forbindelse med årskontrol).
- S. 24: Indhold i Rygeafvænning: Kræftens Bekæmpelse anbefaler rygestop ml. 2. og 3. mødegang, ikke ml. 1 og 2. mødegang.
- S. 38: Opfølgning i kommune:  nsker konkret eksempel på valideret livskvalitetssp rgeskema (eks. SF36 mm) - Dette mhp. at systematisere og ensrette brugen af redskaber, kommunerne imellem.

Venlig hilsen

Tabita Maria Christensen

Udviklingskonsulent
Sundhed og Omsorg

Roskilde Kommune
R dhusbuen 1
4000 Roskilde

Dir. +45 46 31 77 13
Mobil 29125247



ROSKILDE
KOMMUNE

www.facebook.com/SundhedscentretRoskildeKommune

Fra: Sundhedsstyrelsen Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud [<mailto:fobs@SST.DK>]

Sendt: 30. november 2015 12:05

Til: Dansk Endokrinologisk Selskab; Dansk Selskab for Almen Medicin; Dansk Selskab for Fysioterapi; Dansk Selskab for Klinisk Ernæring (dske@dske.dk); Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren; Dansk Sygepleje Selskab; Dansk Sygeplejeråd; Danske Fodterapeuter; Danske Fysioterapeuter; Danske Patienter; Danske Regioner; Diabetesforeningen; Ergoterapeutforeningen; Fagligt Selskab for Diabetessygeplejersker; Fagligt Selskab for Konsultations- og Infermerisygeplejersker; Fagligt Selskab for Sygeplejersker i Kommunerne; Foreningen af Kliniske Diætister; KL; Lægeforeningen; Lægevidenskabelige Selskaber; Praktiserende Lægers Organisation (PLO); Social- og Indenrigsministeriet; Socialstyrelsen; DEP Sundheds- og  ldreministeriet; Region Hovedstaden; Region Midtjylland; Region Nordjylland; Region Sjælland; Region Syddanmark; Albertslund Kommune (albertslund@albertslund.dk); Allerød Kommune (kommunen@alleroed.dk); Assens Kommune (assens@assens.dk); Ballerup Kommune



Esbjerg Kommunes høringssvar til anbefalinger til tværsektorielle patientforløb for mennesker med type 2 diabetes.

Vi finder det meget positivt, at der gennemgående er fokus på den enkelte borgers funktionsevne og ressourcer samt hele livssituation igennem anbefalingerne. Der giver en rød tråd igennem det hele, som formår at binde sektorerne og den samlede indsats sammen på tværs.

I kapitel 4.5 omkring kvalitetssikring er det bekymrende, at der ikke efterspørges brugeroplevede effekter på individniveau. Deltagertilfredshedsundersøgelser siger ikke meget om indsatsens nytteværdi. Hvis der 6 mdr.s post kun spørges ind til rygestop og livsstilsændringer får vi ikke viden omkring borgerens oplevelse af livskvalitet og af at mestre.

Desværre nævnes velfærdsteknologi ikke direkte. Hjemmeblodsuktermåling og selvmonitorering nævnes, men der er formentlig diverse teknologier, som kan understøtte patienten i den forbindelse og evt. bruges i samråd med sundhedsprofessionelle med henblik på at fastholde motivation og adfærds-/livsstilsændringer.

I kapitel 7.2.2 foreslås tværkommunalt samarbejde om rehabilitering, hvis visse kommuner ikke har et tilstrækkeligt patientgrundlag til, at det er muligt at varetage rehabiliteringsindsatser på det anbefalede niveau. Ligeledes foreslås det i kapitel 6.2 at tilbyde telefonisk opfølgning, hvis personligt fremmøde ikke er muligt. I sådanne tilfælde kan Skype-samtaler eller lignende, hvor patient og sundhedsprofessionelle både kan se og høre hinanden, være løsningsmuligheder (ligesom det er på KOL-området).



Sundhedskoordinator:

Lise Jørgensen
Telefon 43 57 76 00
Email: lgj@ish

Ishøj 22. december 2015

Høringssvar på: "Anbefalinger for tværsektorielle patientforløb for mennesker med type 2-diabetes".

Sundhedsstyrelsen har sendt: "Anbefalinger for tværsektorielle patientforløb for mennesker med type 2-diabetes" i høring. Ishøj Kommune ser anbefalingerne, som et godt samlet materiale, hvor der er øget fokus på opsporing samt forebyggelse.

Kommunerne har i de forløbne år brugt ressourcer på "at sætte diabetes på dagsordenen" ved borgerarrangementer – herunder screening og samtaler med borgerne om diabetes. En organiseret screeningsopgave for diabetes og andre kroniske sygdomme – er ikke en kommunal opgave.

På s. 13 anbefales det, at alle borgere med diabetes oplæres i blodsuktermåling og tolkning af denne – og samtidig fremhæves det, at det har et pædagogisk formål. Dette er rigtigt. Opmærksomhed skal dog henledes på, at det kun er borgere, der er i medicinsk behandling for diabetes, der kan få bevilget blodsukkerapparater og strimler.

s. 16: Der står patienterne kan henvises til hospital "Hvis egen læge eller klinikpersonale ikke har de fornødne kompetencer". Borgerne bør – om muligt behandles i det nære sundhedsvæsen. En uddybning af, hvilke kompetencer disse læger mangler, samt hvad man skal gøre for at sikre at alle praktiserende læger kan behandle borgere med type-2 diabetes, mangler.

Der ligger op til at "det ofte er nødvendigt med et længerevarende forløb i form af en individuel diætbehandling hos en klinisk diætist" (s. 21). I Ishøj Kommune undervises der i gruppe i 5 timer af diætisten, og derudover gives der til enkelte borgere individuelt tilbud. Derudover er der gruppetilbud til borgere med overvægt. Der er ikke økonomi i kommunerne til en så intensiveret indsats.

s. 38.

Den årlige kontrol hos egen læge indeholder allerede den opfølgning på de områder, som det foreslås at kommunerne tager hånd om. Ved behov, kan der genhenvises til rehabilitering i kommunerne. En årlig kommunal kontrol vil være en dobbeltindsats og stor kommunal udgift, hvis alle diabetesborgere skal genindkaldes hvert år.

Med venlig hilsen

Per Tostenæs
Centerchef for Sundhed & Ældre

Lise Jørgensen
Sundhedskoordinator

Sundhedsstyrelsen Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud

Fra: Lars Ole Andersen <lod@brondby.dk>
Sendt: 21. december 2015 17:34
Til: Sundhedsstyrelsen Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud
Emne: Brøndby Kommune - Høring: Diabetes - Anbefalinger for opsporing, diagnostik, behandling, rehabilitering og opfølgning - Høringsfrist d. 4/1-16

Opfølgningsflag: Opfølgning
Flagstatus: Fuldført

Sag: 1-1010-198/4
Sagsdokument: 2764833

Til Sundhedsstyrelsen

Angående høringsudkast til Diabetes – Anbefalinger for opsporing, behandling, rehabilitering og opfølgning.

Umiddelbart har vi følgende kommentarer til anbefalingerne:

Vedrørende aktiviteter i kommunerne bekræfter anbefalingerne, hvad der også er vores holdning, at en usystematisk screening for at opspore borgere i risiko for diabetes, ikke kan anbefales. Derimod kan det anbefales at målrette opsporingen til de borgere, som er i høj risiko for at udvikle og have sygdommen (side 10). Dette gøres i samarbejde med de praktiserende læger.

På side 18 midt for nævnes, at den sundhedsfaglige rehabilitering kan foregå "i kommunen, almen praksis og i sygehusregi". Herefter nævnes punkter rehabiliteringen sigter mod og indhold i patientuddannelse og ernæringsindsats. Det er dog ikke helt klart, om alle nævnte punkter gælder kommune, almen praksis og sygehusregi eller om punkterne f.eks. kan rummes inden for bare ét af områderne f.eks. opfølgning efter 6 måneder eller et år og individuel ernæringsindsats (ikke kun gruppebaseret). Umiddelbart forekommer det svært, at disse krav skal kunne rummes indenfor alle tre områder. Det er heller ikke klart, hvor de specielle indsatser til særlige målgrupper nævnt på side 35 skal foregå. Denne del af anbefalingerne bør være klarere afstemt med det som står under organisering og arbejdsfordeling på side 40 – 42.

Vi har ikke yderligere kommentarer, andet end, at vi værdsætter det arbejde, vi kan se arbejdsgruppen har lagt i udarbejdelsen af materialet.

Med venlig hilsen

Lars Ole Andersen
Sundhedskoordinator



Brøndby Kommune, Social- og Sundhedsforvaltningen
Park Alle 160
2605 Brøndby
Tlf: 4328 2306
Mail: lod@brondby.dk
Web: www.brondby.dk/sundhedstilbud

Sundhedsstyrelsen Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud

Danske Fodterapeuter takker for det tilsendte høringsudkast *Tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes. Anbefalinger for opsporing, diagnostik, behandling, rehabilitering og opfølgning*

Danske Fodterapeuter har selv været repræsenteret i den arbejdsgruppe, der har været med til at udarbejde udkastet. Det er vores vurdering, at der er tale om en rigtig god forløbsplan, som under forudsætning af loyal implementering, vil opkvalificere behandlingen af diabetes i Danmark på væsentlige områder.

Danske Fodterapeuter har følgende kommentarer til høringsudkastet.

- **4.1.1 Indhold i patientuddannelse.** Der bør tilføjes et punkt som omhandlende fodsundhed. Patientens forståelse for – og accept af – hvorfor fødderne ikke altid fortæller sandheden. Patientens forståelse af vigtigheden for god fodsundhed er essentiel i forebyggelsen af fodsår.

Det fremgår af referatet fra det 3. møde i arbejdsgruppen (17.11 2015) at arbejdsgruppen efterspurgte dette.

Forslag til tekst: *Betydningen af god fodsundhed, herunder hvordan patienten sikrer god egenomsorg.*

- **4.3.1 Indhold i fysisk træning.** Side 23 øverst. Nogle af disse former for fysisk træning er ikke hensigtsmæssig for diabetikere (alt afhængig af deres situation). Fx må patienter med fodsår under ingen omstændigheder dyrke svømning. Dette bør præciseres.

Forslag til tekst: *Personer med diabetes må dog ikke dyrke svømning, hvis de har fodsår. Endvidere skal personer med diabetes være varsomme med at udøve fysisk træning, der medfører trykbelastning af fødderne, fx roning.*

- **6.2 (side 37):** *MTV om diabetiske fodsår (2011)* anfører, at perifær blodtryksmåling bør finde sted ved hjælp af strain gauge teknik ved mistanke om angiopati (afsnit 3.3.2.4.) Det bør derfor præciseres i teksten øverst på side 37

Forslag til tekst:

Ved mistanke om arteriel insufficiens eller ved sår, bør der laves en måling af ankel- og tåtryk, og overvejes henvisning til karkirurg. *Den distale trykmåling bør foretages ved hjælp af strain-gauge teknik.*

Med venlig hilsen

Danske Fodterapeuter
Holsbjergvej 29
2620 Albertslund



Høringssvar på anbefalinger for tværsektorielle patientforløb for mennesker med type 2 diabetes.

Lemvig Kommune takker for det fremsendte materiale til høring, i forhold til sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle patientforløb for mennesker med type 2 diabetes.

Høringssvaret vil blive struktureret med et afsnit med generelle bemærkninger og derefter kommentarer til de enkelte afsnit i anbefalingerne, hvor det er relevant.

Det er ærgerligt at disse anbefalinger først kommer nu, hvor Region Midt- Jylland er færdig med at revidere forløbsprogrammet på type 2-diabetes.

Overordnet ville det være godt med en begrebsafklaring, da begreberne ikke bruges konsekvent hele vejen igennem anbefalingen, er også i tvivl om validiteten, da der konsekvent bruges resultater fra Region Hovedstadens, og ikke Danmark som helhed. Der er en god gennemgang af opsporing, diagnostik og udredning.

3.1.2 Opsporing i kommunerne

Det anbefalede validerede spørgeskema til opsporing af borgere kendes ikke. Mener også der er en modsigelse i afsnittet, da der nedfor skrives at opsporing uden for praksissektoren ikke er undersøgt i videnskabelig sammenhæng.

3.5 Vurdering af andre helbredsmæssige problemer ved diabetes

Godt beskrevet, men hvad gøres der for de borgere, der ikke har råd til tandlægebesøg mm., der er beskrevet tidligere i anbefalingerne, at der er en betydelig social gradient, med en faktor 5- forskel i prævalensen for beskæftigelse.

3.7 Individuel risikovurdering

Dejligt at man er opmærksom på, at borgerne vurderet til niveau 3, er svært belastede og har svært ved at møde op på sygehuset, og at man derfor bør overveje på sygehusene, at der er et udekørende team. Og den anden mulighed at koordinere patientens aftaler med speciale afdelingerne, så de falder på samme dag.

4 Sundhedsfaglig rehabilitering

Overordnet er afsnittet meget nede i detaljerne. Meget beskrivelse af hvad man skal være opmærksom på ved træning, det er jo uddannet fysioterapeuter der varetager opgaven. Der lægges meget og til individuel træning, i 4.3.1 skrives der: "at træningen bør være superviseret og individuelt tilrettelagt", det kan give nogle økonomiske konsekvenser.

Struktureret patientuddannelse, synes man går meget i detaljer, vi bruger Lærings og mestrings konceptet.



6 Planlægning af patientforløb

Det er vigtigt, at der udvikles uddannelses- og rehabiliteringstilbud, som supplerer hinanden på tværs af sektorerne, og at de sundhedsprofessionelle er bevidste om disse tilbud. Det er væsentligt med et godt samarbejde, hvor alles ressourcer anvendes bedst muligt i forhold til borgeren med Type 2-diabetes. Vigtigt at hospitalerne og alm. Praksis henviser videre ud til kommunerne, da de er god til at varetage rehabiliterings/ patientuddannelsen.

Opfølgning og monitorering

Generelt kan Lemvig Kommune opfordre til at man i monitorerings- og kvalitetsoptikken sammentænker de nationale, regionale og kommunale databaser der anvendes til målgruppen, så dobbeltregistreringer undgås. Det er vigtigt, at der på sigt arbejdes med en national database/ registreringssystem, hvor indikatorerne er sammenlignelig. Mange kommuner i Jylland benytter Moeva. Den omtalte database "Dansk Diabetes Database" er jo kun for sygehuset og alm. Praksis.

Med Venlig hilsen

Pia Møller

Sundhedsfremmekoordinator
Lemvig Kommune

Sundhedsstyrelsen Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud

Fra: Dorthe Jay <djay@alleroed.dk>
Sendt: 23. december 2015 14:37
Til: Sundhedsstyrelsen Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud
Cc: Lisbeth Pedersen; Anne-Mette Sørensen; Birgit Andersen (Ældre og Sundhed - BIRA); Lone Gade; Dorthe Jay
Emne: Høringssvar fra Allerød - Anbefalinger for DM2

Sag: 1-1010-198/4
Sagsdokument: 2767657

Høring vedrørende - Anbefalinger for tværsektorielle patientforløb for mennesker med type 2-diabetes

Samlet finder Allerød Kommune, at høringssvaret giver anledning til følgende bemærkninger:

Anbefalingernes brugbarhed

Anbefalingerne kan i høj grad indgå i prioriteringen af den patientrettede forebyggelse i Allerød Kommune, da det strategisk og indholdsmæssigt understøtter det allerede igangsatte arbejde. Samtidig kan anbefalingerne bidrage til at forstærke systematik og kvalitetsudvikling af tidlig opsporing, rehabilitering og opfølgning for type 2-diabetes i kommunen.

Anbefalingernes relevans og udformning

Anbefalingerne synes relevante. Allerød Kommune har dog følgende kommentarer:

s. 19, punkt 4.1.1 "Indhold i patientuddannelse". SST bør overveje, om anbefalingerne til indholdet i patientuddannelse skal suppleres med undervisning i Fod- og tandpleje jf problematik beskrevet på s. 7 og 15.

s. 38, punkt 6.4 "Opfølgning i kommune" står der, at opfølgning efter gennemført kommunal rehabilitering med fordel kan tilbydes efter 3, 6 og 12 måneder og derefter hvert 2-5 år efter behov. Erfaringer fra flere kommuner i optageområde Nord viser, at det er særdeles vanskeligt at få deltagerne til at møde op til de planlagte opfølgningsdage, hvorfor opfølgningen nedprioriteres. I stedet bør man overveje, at opfølgningen forankres hos Almen Praksis i forbindelse med årskontrollen eller alternativt i et samarbejde med patientforeninger.

Venlig hilsen

Dorthe Jay :: Forebyggelseskoordinator :: Allerød Kommune :: Ældre og Sundhed :: 23347797 ::

[Sikker kommunikation mellem Allerød Kommune og borgere/virksomheder henvises til "digital post" via Borger.dk og Virk.dk](#)

Denne mail indeholder information til en bestemt person, virksomhed eller myndighed. Er du ikke den tiltænkte modtager, beder vi dig oplyse os om fejlen og ikke kopiere eller handle på baggrund af denne mail er forbudt.

Sundhedsstyrelsen Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud

Fra: Solveig May-Britt Jansen <Solveig.May-Britt.Jansen@regionh.dk>
Sendt: 2. januar 2016 16:28
Til: Sundhedsstyrelsen Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud
Cc: Hans Jørgen Duckert Perrild
Emne: Bispebjerg Hospital, afdelingen for hormon og stofskiftesygdomme sender høringsvar.

Sag: 1-1010-198/4
Sagsdokument: 2769909

Til rette vedkommende.

Angående kommentarer til høringsudkast for tværsektorielle patientforløb for mennesker med type 2-diabetes:

Dejligt med en gennemarbejdet anbefaling, positivt at screening for komplikationer i forbindelse med tænder bliver nævnt.

Enkelt forslag:

Termene "mennesker med type 2-diabetes" "patienter med type 2 diabetes" eller "borgere med type 2 diabetes" anvendes. Kunne man forestille sig at den samme term blev anvendt gennem hele materialet?

Ordet - evidensbaseret er stavet forkert på side 32, men vil nok blive korrigeret ved gennemlæsning.

Med venlig hilsen

Solveig Jansen, sygeplejerske med klinisk special funktion

Afdelingen for hormon og stofskiftesygdomme

Bispebjerg Hospital

Bispebjerg Bakke 23

2400 København NV

tlf. 50983726

Denne e-mail indeholder fortrolig information. Hvis du ikke er den rette modtager af denne e-mail eller hvis du modtager den ved en fejltagelse, beder vi dig venligst informere afsender om fejlen ved at bruge svarfunktionen. Samtidig bedes du slette e-mailen med det samme uden at videresende eller kopiere den.



Sundhedsstyrelsen
Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud
Fobs@sst.dk

30. december 2015

Høringssvar fra Ikast-Brande Kommune på anbefalinger for tværsektorielle patientforløb for mennesker med type 2 diabetes

Ikast-Brande Kommune hilser anbefalingerne velkomne og kan som udgangspunkt tilslutte sig de fleste af Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Vi har dog følgende kommentarer og ønsker til materialet:

- Der henvises på side 10, 3. afsnit til at anvende validerede spørgeskemaer til at opspore borgere i risiko for at have diabetes type 2. Her vil vi anbefale, der henvises til et eksempel på et valideret spørgeskema, og det tilføjes som bilag.
- På side 18, 2. sidste afsnit anbefales at lave indledende samtale (afklarende eller motiverende), der bør præciseres, at det skal afholdes, der hvor rehabiliteringen foregår.
- På side 22, 3. sidste afsnit anbefales, at patienter med type 2 diabetes deltager i træningsforløb på mere end 10 uger og med en frekvens på 2-3 gange om ugen. Det syntes vi er en høj generel anbefaling. Vi foreslår i stedet, at rehabiliteringsindsatsen går på at støtte borgeren i at finde en motionsform, der tiltaler vedkommende og få hjælp til at komme i gang med det. Det kan gøres ved at blive præsenteret for og deltage i forskellige motionsformer på rehabiliteringsforløbet.
- Side 25, øverst, vi er enige i at tilbuddene skal registreres. Vi mangler dog en fælles national database for monitorering af rehabiliteringsindsatserne, kan Sundhedsstyrelsen ikke være initiativtager hertil? I region Midt har vi mulighed for at benytte evalueringsværktøjet MoEva.
- Side 38, 3. sidste afsnit. Opfølgning i kommunalt regi, her er vi enige i opfølgning det første år, men ikke i at fortsætte med opfølgning hver 2-5. år. Da borgeren i løbet af rehabiliteringsforløbet gerne skulle have fundet de rammer, netværk der virker for ham, så han ikke fortsat skal komme i det kommunale system. Det mener vi er en del af rehabiliteringen.

Med venlig hilsen

Margit Andersen
Leder i Sundhedscenter

Sundheds- og Omsorgsområde
Sundhedscenter
Frisenborgparken 26
7430 Ikast
Tlf.: 9960 4000
E-mail:
maand@ikast-brande.dk

Sagsbehandler:
Margit Andersen
Direkte telefon:
99603103
Sags ID:
2015/33996



Fagligt selskab for Diabetessygeplejersker

v. Formand Mette Glindorf, Birkevej 13, 3460 Birkerød
mgli@steno.dk

Høringsvar

Tværasektorielle forløb for mennesker med type 2 diabetes – anbefalinger for opsporing, diagnostik, rehabilitering og opfølgning

Fagligt Selskab for Diabetessygeplejersker (FSDS) har modtaget ovennævnte anbefalinger til høring fra Sundhedsstyrelsen, og vi takker for muligheden for at komme med kommentarer til anbefalingerne.

Overordnede bemærkninger

FSDS anser det som godt og nødvendigt tiltag for patienters oplevelse af sammenhæng i sundhedsvæsenet, at de tværasektorielle forløb bliver beskrevet. FSDS har to overordnede bemærkninger til anbefalingerne:

1. Kompetencekrav til undervisere i patientuddannelse

Det vil styrke kvalitet, udvikling/forskning og monitorering af patientuddannelse at der formuleres et tværfagligt uddannelsesniveau for underviserne, der er ensartet for hele landet. FSDS foreslår at der stræbes efter master/ kandidatniveau. Det vil betyde at de ønskede kompetencer der generelt skal være til stede, også vil være det, og at monitorering samt kvalitetsudvikling kan foregå på et sammenligneligt grundlag.

2. Tovholder/ "case-manager" funktion som hjælp til patienten med det komplekse tværasektorielle forløb

Patienten med kompleks sygdom og comorbiditet har ofte en stor og krævende udfordring i forhold til at koordinere og holde styr på forløb og behandling på den enkelte afdeling, og på tværs af sektorer. Manglende ressourcer til at være sin egen tovholder kan betyde drop-out af behandling med risiko for udvikling af sygdom, nedsat livskvalitet og dermed øgede samfundsøkonomiske udgifter. Almen praksis er beskrevet som tovholder for patienten, hvilket er helt naturligt, og mange praksis har konsultationssygeplejersker der allerede i stor udstrækning varetager denne opgave. I forhold til den meget komplekse patient som primært behandles i sekundær sektor, er det dog en krævende opgave, som kan være en stor udfordring for almen praksis både tidsmæssigt og i forhold til den tværasektorielle kommunikation. FSDS foreslår derfor at sygeplejersker i sekundær sektor kan tildeles en rolle som "case managers" for at hjælpe patienten til at fastholde behandling, screening og kontrol tværasektorielt.

Konkrete bemærkninger

Afsnit 3.4.2 side 13 beskriver indhold i oplæring i monitorering af blodglukose. FSDS foreslår at det tilføjes at patienter skal lære at sætte mål for egen blodglukose under hensyntagen til hverdagens aktiviteter, behandling, komplikationer og anden sygdom. Det er vigtigt at patienten føler ejerskab til mål og behandling for at sikre adherence til behandling.

FSDS foreslår endvidere at systematisk måling af blodglukose fastholdes i velbehandlede perioder for at fastholde hurtig relevant reaktion fra patienten, hvis dysregulation forekommer. De systematiske målinger kan fx være en gang om ugen.

Afsnit 3.7 side 16-17 der bla. beskriver udfordringerne for patienter der tilhører risikovurdering på niveau 3, Afsnit 6.2 der beskriver patienter med comorbiditet og komplika-

tioner og Afsnit 7.2.1 side 41 der beskriver ansvar for behandling og opfølgning, indeholder mange af de samme problematikker, som peger på et behov for tværsektoriel koordinering. FSDS foreslår en tværsektoriel koordinator/ case manager funktion indført mhp. at det meget komplekse patientforløb optimeres til gavn for patienten og sundhedssystemet. Det kan være en sygeplejerske i primær eller sekundær sektor, der varetager denne funktion.

Afsnit 4 side 18 og igennem dokumentet bruges ordet "diabetesdiæt". FSDS opfatter dette ord misvisende med en negativ klang, og foreslår i stedet at skrive under rehabilitering sigter mod: "ændringer til sund hverdagsmad"

Afsnit 4.1.1 side 19 under "Patientuddannelsen skal understøtte patientens kendskab og færdigheder i forhold til" mangler hypoglykæmi som emne. Endvidere foreslås ordet "diæt" erstattet med kost eller mad eller ernæring.

Afsnit 4.1.2 side 20 om kompetencekrav: Se venligst under generelle bemærkninger

Afsnit 4.3.2 side 23 omtaler kompetencekrav i forhold til at supervisere træning. FSDS foreslår at patienter med komplikationer og/eller comorbiditet specifikt tilbydes vurdering og træningsprogram udarbejdet af fysioterapeut. Mange patienter med type 2 diabetes har svært ved at fastholde fysisk aktivitet flere grunde, men bla. grundet smerter og belastning af led, hvorfor vejledning af fagperson med fysioterapeutisk kompetence er nødvendig.

Afsnit 4.5 side 24 og 25

Første afsnit foreslås ændret til: Kvalitetssikring af rehabiliteringsindsatser har til formål at optimere praksis således at organisationen og personalet tilbyder patienterne de bedst mulige indsatser til fremme af sundhed og velvære samt forebyggelse af følgesygdom til diabetes. Patientuddannelse skal tage udgangspunkt i den enkelte deltagers situation, behov og problemer.

Som grund for kvalitetssikringen mangler hele den kvalitative del: evaluering af mål, proces, indhold og resultater af tiltag.

Afsnit 6.4 side 38 under "opfølgningen kan indeholde" foreslår FSDS at der tilføjes: Hvordan det opleves at leve med kronisk sygdom, og de udfordringer og forandringer, som livet og hverdagen med diabetes kan have.

Med venlig hilsen

Mette Glindorf
Formand FSDS

Til Sundhedsstyrelsen

Tak for muligheden for at kommentere på høringsudkastet for Diabetes - Anbefalinger for opsporing, diagnostik, behandling, rehabilitering og opfølgning

Jeg skal hermed på vegne af Dansk Endokrinologisk Selskab komme med nogle kommentarer

Først og fremmest synes vi udkastet er blevet meget fint og synes det tegner godt

I den aktuelle situation hvor der ikke indberettes data fra almen praksis til Dansk Voksen Diabetes Database, må det være helt oplagt at der i forbindelse med denne anbefaling (igen) understreges (som for rehabilitering under punkt 4.5) at alle behandlingsansvarlige enheder i primær og sekundærsektor skal monitorere kvaliteten af indsatsen og indberette kvalitetsdata til DVDD. Vi har i dag ingen data for behandlingen i praksis, og vi er ikke bekendt med at en løsning i konflikten om datalevering forefindes så alternativer må belyses og evt implementeres.

Således er man i populationsanalysen nødt til at forholde sig til at vi som anført kun har data i DVDD fra 55.000 af de formodede ca 320.000 patienter med diabetes i Danmark, og de seneste indberetninger tyder på at de enheder som sidst er tilsluttet indberetning til DVDD har de dårligste tal således må det frygtes at kvaliteten er dårligere end de aktuelle data i DVDD antyder.

Det er også vigtigt at ikke bare rehabiliteringsindsatsten monitoreres som foreslået, og behandlingen og screening for komplikationer som anbefalet i DVDD, men også i hvilket omfang risikostratificering finder korrekt sted.

Af mere specifikke kommentarer har vi følgende:

Populationsanalyse:

"I henhold til Det Nationale Diabetesregister var ca. 300.000 mennesker med type 2-diabetes ud af totalt ca. 320.000 mennesker med diabetes (Sundhedsstyrelsen, Diabetesre-gisteret)":

Diabetesregistret kan ikke bruges til at belyse forekomsten af type2 versus type 1 diabetes, men DVDD + børnediabeteregistret vil give en relativt præcis opgørelse af omfanget af type 1 diabetes som primært behandles i ambulatorier og dermed indberettes.

"Mere end 80 pct. af alle mennesker med type 2-diabetes er overvægtige, og lige så mange har hypertension og/eller dyslipidæmi (Dansk Selskab for Almen Medicin 2012)."

Dette afspejler formentlig også at almen praksis er mere tilbøjelig til at stille diagnosen hos personer med disse karakteristika

"Diabetespatienter diagnosticeret ved screening med den anbefalede metode er gennemsnitlig 60 år gamle."

Baseret på? I Addition studiet anvendtes en trinvis metode med spørgeskema, og en algoritme med faste-glukose, HbA1c, random glukose og endeligt oral glukosebelastning. Anbefalingen i dag er alene HbA1c hos asymptomatiske personer, og der findes næppe populationsbaserede studier i Danmark der kan belyse alder ved diagnose

"Ifølge samme rapport har 8 pct. af diabetespatienterne ligeledes KOL, og 10 pct. er i medicinsk antidepressivbehandling"

Obs: antidepressiv behandling kan være markør for behandling af smertefuld neuropati. (da fex tricycliske antidepressiva benyttes til smertefuld neuropati) er der taget hensyn til dette?

Ad faldende amputationer henvises til arbejde fra Steno Diabetes Center, man kan evt supplere med nyligt arbejde fra Fyns Amt Diabetologia. 2016 Jan;59(1):121-9. doi: 10.1007/s00125-015-3781-7. Epub 2015 Nov 22. Substantial reduction in the number of amputations among patients with diabetes: a cohort study over 16 years. Rasmussen BS1, Yderstraede KB2, Carstensen B3, Skov O4, Beck-Nielsen H2.

3.2 Diagnostik

"I Danmark foretages opportunistisk opsporing af mennesker med øget risiko for diabetes og hjertekarsygdom. Figur 1 viser algoritmen for opportunistisk opsporing"

Hvordan monitoreres kvaliteten af den opportunistiske opsporing?

3.3 Differentialdiagnoser og kontaktregistrering

Man bør være opmærksom på at MODY er en næsten ligeså hyppig tilstand blandt diabetespatienter i almen praksis som type 1 diabetes. Det bør derfor overvejes at henvise patienter med type 2 diabetes debut før 30 års alderen og familiær diabetes til genetisk screening

3.4 Den primære udredning

Tabel 1: LADA er type 1 diabetes med debut i voksenalderen, IKKE "type 1½". Termen "type 1½" bør ikke bruges, men når den anvendes definerer den type 2 diabetes med relativ betacelledysfunktion.

Undersøgelse for perifer neuropati

"...Den behandlingsansvarlige læge er ansvarlig for undersøgelsen og for evt. sektorskift eller henvisning til relevant specialist ved behov"

Hvordan monitoreres det om risikostratificering finder sted?

Undersøgelse for autonom neuropati

"Patienten udspørges om symptomer fra hjerte og kar (svimmelhed, synkoper eller sinustakykardi), blæren (blæretømningsbesvær), mave-tarm (øvre dyspepsi, diarré eller obstipation), erektil dysfunktion (der også kan skyldes karstivhed), vaginal tørhed og gustatorisk svedtendens. Den behandlingsansvarlige læge er ansvarlig for undersøgelsen og for eventuel henvisning til relevant specialist ved behov"

Hvordan skal den praktiserende behandlingsansvarlige læge undersøge for autonom neuropati? Og hvordan monitoreres det om risikostratificering finder sted?

"En del af patienterne vurderet til niveau 3 er svært belastede med multisygdom og eventuel psykiske lidelser med mange sygehuskontakter inden for forskellige specialer og på forskellige matrikler til følge. De har svært ved at følge en behandling på sygehus, udebliver ofte fra aftaler og afsluttes derfor i ambulatoriet. Der bør være særlige tiltag i forhold til denne patientgruppe. Nogle regioner har fx en udgående funktion fra diabetesambulatoriet, som i samarbejde med almen praksis varetager behandlingen af patienterne"

Hvordan monitoreres tiltag i forhold til denne specielt sårbare gruppe?

5.1.1 Valg af glukosesænkende lægemiddel

Tabel 3: Der bør ud over effekt på CVD også fokuseres på mikrovaskulære komplikationer i relation til behandlingsvalg

5.3 Blodtryksbehandling

Det erkendes at blodtryksgrænser er i konstant bevægelse. I en tid hvor de senest har bevæget sig op, er den seneste udvikling med SPRINT studiet publiceret i NEJM nu nedadgående. I den forbindelse er det fint at fastholde 130/80 som mål, men at hjertesygge skal have bt som er højere er nu genstand for diskussion og i Dansk Hypertensions Selskabs og Dansk Cardiologisk Selskab barsles med revision af blodtryksmål som nu formentlig hedder også 130/80 ved hjertesygdom (generelt uafhængigt af diabetes (men som for glucose med mulighed for individuel variation)

Det anføres at der skal måles B12 mindst hver 3. år. Skal det gælde uanset behandling med metformin? Det er velkendt at metformin kan reducere B12 i blodet men konsekvensen heraf meget omdiskuteret, og det gælder vel ikke alle med type 2 dm?

6 Planlægning af patientforløb

Figur 3: Patientforløb for patienter med nydiagnosticeret type 2-diabetes:

Det er misvisende at patienter i niveau 1 i figuren principielt kan henvises til speciallægeforløb i fx nefrologi eller karkirurgi. I så fald er disse patienter vel niveau 3 (eller 2).

7.2 Ansvar og opgavevaretagelse

"Det er imidlertid altid hensigtsmæssigt, at der meldes tilbage fra den praktiserende øjenlæge til den praktiserende læge."

Bør vel ændres til: *"Det er imidlertid altid hensigtsmæssigt, at der meldes tilbage fra den praktiserende øjenlæge til den behandlingsansvarlige læge/ambulatorium."*?

7.3.1 Henvisning til kommunale sundhedsfaglige rehabiliteringstilbud

"sygehuslægen skal for alle patienter med type 2-diabetes overveje relevansen i at henvise til sundhedsfaglige rehabiliteringstilbud i kommunalt regi"

Hvordan sikres det at hospitalskontrollerede patienter får del i det kommunale træningstilbud? (diætvejledning og patientuddannelse tilbydes jo allerede i ambulatorierne). (og kan sygehuslægerne frit henvise til de kommunale tilbud?)



Sundhedsstyrelsen

Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud

Mail: fobs@sst.dk

29. december 2015

Side 1 af 5

Vedr. offentlig høring af "Tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes – Anbefalinger for opsporing, diagnostik, behandling, rehabilitering og opfølgning"

Aarhus Kommune har følgende bemærkninger til Sundhedsstyrelsens høring vedr. tværsektorielle forløb for mennesker med type-2 diabetes:

- Der mangler generelt fokus på forebyggelse med henblik på at reducere omfanget af mennesker med diabetes. Her har kommunerne en stor opgave; bl.a. i samarbejde med almen praksis.
- Det er meget positivt over, at der tages udgangspunkt i den enkelte borgers situation og dermed ikke er lagt op til en bestemt rækkefølge af tilbud. Dog stiller det lidt større krav til de implicerede parter, i forhold til hvem der er tovholder for patienten med type-2 diabetes.
- Der mangler generelt set præcisering af arbejdsdeling og samarbejde mellem aktørerne. Det fremgår af høringsmaterialet, at arbejdsdeling og samarbejdet mellem aktørerne fastlægges i de regionale forløbsprogrammer. Det betyder, at der også fremadrettet vil være stor forskel på de tilbud, borgerne tilbydes.
- Afsnittet om "opsporing i kommunerne" er upræcist. Der er ingen hjælp til kommunerne i forhold til hvilke målgrupper, der skal fokuseres på og hvordan, opgaven skal løses.
- Der savnes beskrivelse af behovet for den særlige indsats, der er i forhold til sårbare grupper, som erfaringsmæssigt har svært ved at navigere i sundhedsvæsenet. Det er disse målgrupper, som ikke altid kan se sig selv ind i et rehabiliteringstilbud og eller tage ansvar for egen sundhed. I forhold til diabetes er en af de særlige målgrupper "etniske minoriteter".
- Det er positivt, at det fremgår, at den praktiserende læge og sygehuslægen skal overveje relevansen i at henvise til sundhedsfaglige rehabiliteringstilbud i kommunalt regi.

SUNDHED OG OMSORG

Sundhedsudvikling

Aarhus Kommune

Sundhedsstrategisk Stab

Rådhuset

Rådhuspladsen 2

8000 Aarhus C

Telefon: 89 40 20 00

Direkte telefon: 89 40 40 09

Direkte e-mail:

hlin@aarhus.dk

www.aarhus.dk

Sagsbehandler:

Hanne Linnemann



1. Generelt:

Overordnet set mangler der fokus på forebyggelsesopgaven. Det er værd at overveje, hvordan balancen skal være mellem forebyggelse og behandling. Omfanget af de store kronikergrupper (herunder type 2 diabetes) gør, at der mere end nogensinde er brug for forebyggelsen.

Herudover kunne ønskes en større vægtning af behovet for at arbejde for en reduktion i ulighed i sundhed.

Sundhedsstyrelsen har i november 2015 publiceret rapporten "Sygdomsbyrden i Danmark". Ved hovedparten af de 21 diagnoser viser der sig ulighed i sundhed. Diabetes er en af diagnoserne, der er analyseret i rapporten.

Der savnes en henvisning til Sundhedsstyrelsens strategi fra 2006 om etniske minoriteter, hvori der præciseres nødvendigheden af at have et særligt fokus på denne målgruppe.

Anbefalingerne for opsporing, diagnostik, behandling, rehabilitering og opfølgning i forhold til type 2 diabetes omhandler ingen præcisering af arbejdsdeling og samarbejde mellem aktørerne. Det forventes at arbejdsdeling og samarbejdet fastlægges i de regionale forløbsprogrammer. Det kan betyde, at der også fremover kan være store forskelle på hvilke tilbud, borgerne tilbydes.

Generelt set fremstår det ikke tilstrækkeligt tydeligt hvilke opgaver, kommunerne har ansvaret for – og at kommunerne spiller en ligeværdig rolle i dette samarbejde. Der mangler generelt set præcisering af arbejdsdeling og samarbejde mellem aktørerne. Flere steder deles opgaven mellem hospital og praktiserende læge, men det fremgår ikke tydeligt, hvem der er tovholder. Det vanskeliggør muligheden for at skabe sammenhængende forløb for borgeren – særligt for den kommunale samarbejdspartner.

Kommunerne har over de senere år udbygget de kommunale sundhedstilbud; og i særlig grad tilbud til borgere med kronisk sygdom. Desværre ses det mange steder, at der mangler henvisninger til disse tilbud; både fra hospitaler og fra praktiserende læger.

Det fremgår af høringsmaterialet, at arbejdsdeling og samarbejdet mellem aktørerne fastlægges i de regionale forløbsprogrammer. Det betyder, at der også fremadrettet vil være forskel på de tilbud, som borgerne tilbydes forskellige steder i landet.



2. Specifikke bemærkninger:

29. december 2015
Side 3 af 5

Afsnit 3.1.2. Opsporing i kommunerne

Afsnittet fremstår upræcist. Der er ingen hjælp til kommunerne i forhold til hvilke målgrupper, der med fordel kan fokuseres på, og hvordan opsporingssopgaven kan tilrettelægges.

Der kunne her være en kilde til dobbelt-arbejde, hvis ikke opgaven afgrænses mellem kommuner og almen praksis.

Afsnit 3.4. Den primære udredning

Afsnittet beskriver hvilke opgaver, der er i den indledende fase (efter diagnosticering af type 2 diabetes).

Aarhus Kommune mener, at der øverst side 12 bør tilføjes en bullet: "Orientering om kommunale sundhedstilbud"

Afsnit 3.4.2. Formidling af viden om diabetessygdommen og oplæring i blodglukosemåling

Det beskrives, at det er vigtigt, at patienten oplæres i blodsuktermåling som en del af patientuddannelsen (s. 13). "Der er evidens for en effekt på den glykæmiske kontrol, hvis der handles på målingerne og/eller, hvis patienten er i insulinbehandling". Der savnes en præcisering af hvem, der har ansvaret for denne oplæring? Og hvordan sikres at de oplærte færdigheder i blodsuktermåling reelt skaber den læring, der ønskes i forhold til at kunne reagere hensigtsmæssigt på sin situation?

Afsnit 3.4.4. Vurdering af psykosocial indsats

Det kan anbefales, at der skrives en tilføjelse ind i afsnittet side 15 - vurdering af psykosocial status.

"Det er kendt, at visse grupper af etniske minoriteter har en øget sygdomsbelastning med en ophobning af både individuelle, socioøkonomiske og strukturelt betingede risikofaktorer, som er forbundet med en øget risiko for (tidlig) udvikling af en række sygdomme og en dårligere prognose i forhold til udvikling af senkomplikationer.

Danske undersøgelser viser således, at forekomsten af diabetes type 2 er op mod syv gange højere blandt etniske minoriteter end blandt etniske danskere¹. Vi ved desuden, at sygdommen typisk udvikles 10-15 år tidligere end hos baggrundsbefolkningen², og at indvandrere fra blandt andet Tyrkiet, Pakistan, Libanon, Irak og Somalia har en øget hyppighed af sygehuskon-

¹ Vibe-Petersen J, Dyhr L, Sandø N et al. (2006): Strategi for indsats vedrørende diabetes blandt etniske minoriteter. Sundhedsstyrelsen, København.

² Statens Institut for Folkesundhed. Folkesundhedsrapporten 2007. København, Statens Institut for Folkesundhed



takter under diagnosen type 2 diabetes³. Herudover ved vi, at etniske minoriteter ofte er stillet over for en række udfordringer af både social, kulturel og sproglig karakter, som har betydning for sygdomsopfattelse, risikoadfærd og evne til at navigere i og gøre hensigtsmæssig brug af det danske sundhedsvæsen⁴.

Der er der for behov for at gøre en særlig indsats for denne målgruppe.....”

29. december 2015

Side 4 af 5

Afsnit 4 Sundhedsfaglig rehabilitering

Det fremgår, at den sundhedsfaglige rehabilitering kan foregå i kommunen, i almen praksis og i sygehusregi – og at det skal ses i sammenhæng med patientens øvrige behandlingsforløb.

Her savnes en overvejelse om hvem, der koordinerer denne del.

Er det den praktiserende læge – som er tovholder?

Afsnit 4.1.2. kompetencekrav (ved patientuddannelse)

Det fremgår, at kvaliteten af patientuddannelser bør være ens uafhængigt af hvilken del af landet og i hvilket regi, den varetages – og dermed skal der være ensartede kompetencer til stede.

Der savnes en præcisering af, hvem der fastsætter dette kvalitetsniveau.

Afsnit 4.2. Ernæringsindsats

Det bemærkes, at der lægges op til individuel diætbehandling ved klinisk diætist ved nyopdaget diabetes. Der savnes en præcisering af hvem, der har ansvaret for denne? Og hvad er baggrunden for, at tilbuddet skal være individuelt? Kunne det ikke med fordel foregå på hold, hvis patientens ressourcer er til det? Og i forhold til at kalde det ”behandling”, betyder det så at det er en sygehus-opgave?

Afsnit 4.5. Kvalitetssikring af rehabiliteringsindsatser

Det anbefales, at rehabiliteringsindsatser dokumenteres og monitoreres systematisk, så de kan evalueres og sammenholdes med kliniske parametre med henblik på en løbende kvalitetsudvikling.

Har SST bud på hvilke parametre, der skal måles efter?

Hvis kommunerne skal ind som ligeværdige samarbejdspartnere på dette område, skal der kunne påvises effekt af indsatserne. Hvis der på sigt skal være mulighed for at kunne sammenligne kommunerne på tværs, er det nødvendigt med ensartede indikatorer. Her ønskes anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen – både i forhold til gode effektmål, gerne på registerniveau hvis muligt.

³ Københavns Amts Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed og Sundhedsstyrelsen (2006): Etniske minoriteter – sygdom og brug af sundhedsvæsenet. Et register studie. København, Sundhedsstyrelsen.

⁴ Mygind, A, Kristiansen M, Krasnik A, Nørredam M (2006): Etniske minoriteters opfattelse af sygdomsrisici – betydning af etnicitet og migration. Sundhedsstyrelsen, København.



Afsnit 6. Planlægning af patientforløb

I figur 3 er den kommunale indsats ikke skrevet ind.
Mon det er en fejl?

29. december 2015
Side 5 af 5

Med venlig hilsen

Annemarie Zacho-Broe
Sundhedschef

4. januar 2016

diabetes
foreningen



Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud
Sendt til fobs@sst.dk

Høringssvar: Tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes - Anbefalinger for opsporing, diagnostik, behandling, rehabilitering og opfølgning

Sundhedsstyrelsen har den 30. november 2015 sendt 'Anbefalinger for tværsektorielle patientforløb for mennesker med type 2-diabetes' i høring.

Diabetesforeningen har været repræsenteret i arbejdsgruppen via Danske Patienter, hvilket vi har været glade for, og vi noterer os med tilfredshed, at der er blevet lyttet til flere af vores ønsker.

I anbefalingerne er der nogle rigtige gode tiltag. Vi ser især med stor tilfredshed på det store fokus på tidlig opsporing, herunder at anbefalingerne skal medvirke til "at der sker en systematisk tidlig opsporing af mennesker med risiko for at have eller med risiko for at udvikle type 2-diabetes" både i almen praksis, men også i kommunerne.

Samtidig glæder vi os over, at anbefalingerne lægger op til, at det psykosociale i større grad indarbejdes i den primære udredning og behandling.

Vi hilser ligeledes meget velkomment, at anbefalingerne lægger op til, at man koordinerer patientens aftaler på sygehuse inden for flere specialer, så de så vidt muligt placeres samme sted på samme dag. Det er noget, Diabetesforeningen længe har ønsket. Vi mener dog, at dette bør gøre sig gældende for alle patienter, og ikke kun den mest sårbare gruppe.

Vedr. patientuddannelse glæder vi os over, at anbefalingerne lægger op til, at diabetespatienter skal modtage sygdomsspecifik patientuddannelse frem for generisk patientuddannelse for kronikere. Men vi savner dog nogle anbefalinger til, hvem der tager sig af, hvilke rehabiliteringsindsatser, jf. stratificering af patienten.

I anbefalingerne lyder det, at den sundhedsfaglige rehabilitering, herunder patientuddannelse, kan foregå i kommunen, almen praksis og i sygehusregi. Som vi ser det vil det give risiko for, at opgaven lettere falder mellem stolene, hvis opgavefordelingen ikke er klarere beskrevet, som den er for behandlingen.

☐ **Odense:**
Rytterkasernen 1
5000 Odense C

☐ **København:**
Toldbodgade 33, 1.
1253 København K

Telefon 66 12 90 06
Fax 65 91 49 08
info@diabetes.dk
www.diabetes.dk

CVRnr. DK-35 23 15 28



Vi ved i dag, at 26 % af de almen praktiserende læger ikke henviser til patientuddannelse. Dette skyldes ikke nødvendigvis mangel på vilje, men manglende klarhed over, hvor opgaven ligger, og om den bliver varetaget.

Generelt er der tale om nogle gode anbefalinger, og selvom vi er velvillende, at det ikke er Sundhedsstyrelsens opgave, bliver det helt afgørende i implementering af anbefalingerne, at der formuleres mere forpligtende planer med klare mål og milepæle (ny national handleplan), som indarbejdes i sundhedsaftalerne.

Ligeledes vil det være relevant, at man i det nedsatte udvalg om en plan for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen vil bruge diabetes som rollemodel for andre kroniske sygdomme.

Med venlig hilsen

Henrik Nedergaard
Adm. direktør

Sundhedsstyrelsen Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud

Fra: Mette Nørby <Mette.Norby@herlev.dk>
Sendt: 4. januar 2016 11:01
Til: Sundhedsstyrelsen Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud
Cc: Christian Bartholdy
Emne: Høringssvar vedr. diabetes fra Herlev Kommune

Herlev Kommune har ingen kommentarer til det udsendte materiale.

Venlig hilsen

Mette Nørby

Center for Omsorg og Sundhed
Herlev Kommune
Herlev Bygade 90
2730 Herlev
Tlf: 44526150
Mette.Norby@herlev.dk



Herlev
Kommune

København, den 4. januar 2016

fobs@sst.dk

Sundhedsstyrelsen

Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud

Foreningen af Kliniske Diætister (FaKD) har med stor interesse læst høringsudkastet for "Anbefaling for tværsektorielle patientforløb for mennesker med type 2-diabetes". FaKD har haft repræsentanter siddende i arbejdsgruppen og er generelt tilfredse med udkastet og vil takke Jer alle for det store arbejde og håber på forbedret tværsektoriel diabetesbehandling til alle uanset geografi fremover, med denne anbefaling. I er velkomne til at tage kontakt til os for yderligere kommentarer eller uddybende svar.

Her følger vore kommentarer, tilføjelser og bemærkninger til høringsudkastet:

s.5 1.3 Definitioner

Til "ernæringsindsatser" bør tilføjes "herunder diætbehandling".

s.12 3.4.1 Klinisk og biokemisk status

I tabellen ønskes tilføjelse af vægt og evt. taljemål. Det kan f.eks. tilføjes ved linjen, hvor EKG er anført.

Ved "supplement ved diabetisk nefropati" fremgår måling af kalium ikke? Dette anbefales, når fosfat monitoreres.

s.13 3.4.2 Formidling af viden om diabetessygdommen og oplæring af blodglukosemåling

Vi anbefaler ændring af fedtstoffer til "lipider". Alle andre steder i udkastet anvendes begrebet lipider og dyslipidæmi.

s. 14 Undersøgelse for autonom neuropati

Det er kun her erektil dysfunktion nævnes. Vi opfordre til, at det angives et sted i udkastet, hvor mange procent der oplever dette problem, da det ofte overses eller bliver et tabu at tale om.

s.18 De sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser ved type 2-diabetes

Det anbefales at rehabiliteringsindsatsen foregår tværfagligt mellem sundhedsfaglige.

Vi ønsker ændring til: "Fedtmassetab hos overvægtige" (da vægttab kan være utilsigtet, og muskelmassetab øger risiko for komplikationer). Ændringen kan også være "Tilsluttet kontrolleret vægttab ved overvægtige".

Desuden ønsker vi, at BMI grænsen defineres. Hvilken type overvægtige? BMI over 25 eller 30 eller andet ?

s. 19. Der bør derfor ske en opfølgning efter seks måneder og et år.

Vi ønsker en kommentar fra arbejdsgruppen omkring, hvad der kan ske, hvis dette ikke udføres. Kan der tilføres en konsekvens af, hvis der ikke gives opfølgninger ? Kan der tilføres midler til kommuner, der efterlever disse anbefalinger bedre? Vi opfordre til en form for kontrol af, at dette gøres, for at sikre bedre diabetespatientforløb.

s. 19 4.1.1 Indhold i patientuddannelse

Ved betydning af diæt, herunder rådgivning omkring overvægt foreslår vi en ændring til: "betydning af diæt, rådgivning omkring sundere kostvaner, fødevarers effekt på blodsukkeret-herunder også alkohols effekt, rådgivning omkring håndtering af overvægt og kontrolleret realistisk vægttab."

s. 20 4.1.2 Kompetencekrav

Tilføjelse af tværfaglige:

"(...) og dermed skal der være ensartede tværfaglige" kompetencer til stede."

Denne formulering vil styrke fremtidens jobmuligheder inden for diverse sundhedsuddannelser.

Tilføjelse af autorisation:

Underviserne bør som hovedregel have en sundhedsfaglig uddannelse med autorisation fra Sundhedsstyrelsen. Type 2-diabetes er en behandlingskrævende diagnose og kræver klinisk indsigt og erfaring, der opnås via praktik i hospitalsregi og dermed med opnået autorisation.

s. 20 4.2 Ernæringsindsats

Det bør tilføjes "f.eks. en autoriseret klinisk diætist" under diætvejledning ved f.eks. en autoriseret klinisk diætist. Til "vægttab" foreslår vi tilføjet "er overvægtige, og tilsigtet vægttab kan derfor (...)"

s. 21 Målet med den individuelle diætbehandling er at:

Vi foreslår flg. tilføjet:

- Styrkelse af patientens vidensniveau og forståelse for kropssammensætning (vægt, BMI, taljeomkreds, metabolisk syndrom, fedtmasse og muskelmasse) samt betydningen af dette ift. type 2 –diabetes.
- Styrkelse af patientens viden omkring fødevarers effekt på blodsukkeret og mæthed (fibre, kulhydrater, fedtstoffer, proteiner)

s. 21 4.2.2 Kompetencekrav

FaKD er meget tilfredse med dette afsnit, og ser det positivt for diabetespatienters mulighed for optimeret tværfaglig behandling. Der ønskes en tilføjelse af, at ernæringsindsatsens resultater skal dokumenteres i f.eks. patientens journal.

FaKD opfordrer til, at der indskrives et afsnit omkring, at der er henvisningsmulighed til klinisk diætist fra almen praksis til hospitalers diabetesambulatorier samt til visse kommunale regier, der har ansat kliniske diætister. Dette kan fremgå via sundhed.dk. Der er ydermere mulighed for at sende en patient til en privat praktiserende klinisk diætist, men i skrivende stund er dette med egenbetaling med tilskud fra sygesikring danmark, hvis patienten er forsikret der.

Nogle patienter kan foretrække henvisning til privatpraktiserende klinisk diætist dette ift. beliggenhed og FaKD er åbne overfor at hjælpe til med en ordning, hvor særlige patientgrupper kan komme til en privat praktiserende klinisk diætist, hvis behandlingsgarantien ift. opstarts tidspunktet skal overholdes. Dette kræver dog, at Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner, Kommunernes Landsforening og Praktiserende Lægers Organisation støtter op om dette, og at det vedtages af Sundheds- og Ældreministeren efter sundhedslovens § 71.

s. 27 5.1.1 Valg af glukosesænkende lægemiddel

Også her skal det betegnes med lipider i blodet, frem for fedtstoffer. Fedtstoffer anser vi som det der indtages via kosten (mættet, umættet, flerumættet), lipider er det, der måles i blodet.

Vi opfordrer til at indsætte et afsnit her omkring risiko for udvikling af NASH (Nonalcoholic steatohepatitis) og NAFLD (nonalcoholic fatty liver disease). Dette er en hyppig forekomst ved overvægtige type 2-diabetes patienter og en angivelse af procent og prævalens bør fremgå for at tydeliggøre problemet. Nogle lægemidler kan også påvirke levertal (ASAT/ALAT), og vi opfordrer til et samarbejde med/henvisninger mellem endokrinologiske og hepatologiske afdelinger i disse tilfælde. En del af behandlingen af NASH/NAFLD er kontrolleret tilsigtet vægttab, hvilket herved kan varetages efterfølgende i diabetes ambulatorierne.

s. 28

Det vil være at foretrække, hvis eksempler på lægemidlers navne blev angivet, fremfor kun betegnelse af deres indholdsstoffer. Der er kommet mange nye produkter på markedet, og det vil lette læseligheden af denne anbefaling, hvis nogle af disse navne blev angivet- vel vidende at produkterne ikke må anprises, og der skal tages hensyn til konkurrence og beskyttelse.

s. 32 Lipidsænkende behandling

Vi foreslår tilføjelse " til cholesterolverdig diæt" altså: "En kostomlægning til cholesterolverdig diæt, vil have effekt på dyslipidæmien".

Er det overvejet, om anvendelsen af Q10 ved muskeltræthed bør fremgå her ? Det kan eventuelt blot nævnes med angivelse af kilder til evidensen for eller imod.

S 34, 6 planlægning af patientforløb

Vi undrer os over, hvorfor der vises en oversigt, som ikke alle patienter tilbydes, og at det ukritisk nævnes, at ikke alle patienter får disse tilbud. Vi opfordrer til, at der lægges op til i denne anbefaling, at alle patienter bør tilbydes disse tilbud, frem for blot at angive at det er en oversigt over de tilbud som nogle - men ikke alle - får.

Der bør ved "Henvisning til andre specialer ved behov" tilføjes hepatolog.

S. 36, tabel 4

Vi foreslår tilføjelse i boksen "ved diabetisk nefropati" at der eventuelt nævnes kalium sammen med fosfat, som tidligere angivet.

Samt under andre undersøgelser: Vægtudvikling.

S. 37.

Under afsnit med gastroparese "(...) skal løses i et specialiseret diabetes team" bør der tilføjes "specialiseret tværfagligt diabetes team".

S. 38, 6.4 Opfølgning i kommuner

Der skrives ændrede motions- og spisevaner. Vi ønsker det ændret til kostvaner, da spisevaner oftest anvendes om psykiske spiseproblemer og adfærd som ved anoreksi, hvorimod kostvaner mere relatere sig til diabetespatienter.

S. 39.

Efter rygestatus bør tilføjes: "sam t vægtudvikling".

S. 40, 7 Organisering

Det fremgår at indsatserne bør følge et forløbsprogram, der er aftalt i regionen i regi af sundhedsaftalerne. Hvad hvis dette ikke gøres, eftersom det er en anbefaling og ikke et krav ? Er der overvejet en form for opfølgning af om disse anbefalinger vil blive brugt i praksis ?

S 42 7.3.2 Henvisning fra almen praksis til sygehus-visitationskriterier

Der bør tilføjes under "kvindelige diabetespatienter med graviditet eller graviditetsønske.."

Det anbefales også at alle patienter med gestational diabetes tilknyttes sygehus.

I er velkomne til at tage kontakt til os for yderligere kommentarer eller uddybende svar.

Med Venlig Hilsen

Foreningen af Kliniske Diætister

FaKD

Formand

F./ Mette Pedersen


Advokat


Henrik Karl Nielsen

Bestyrelsen

FaKD

Sundhedsstyrelsen
Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud
Fobs@sst.dk

Tandlægeforeningen
Amaliegade 17
1256 København K

Tel.: 70 25 77 11
Fax: 70 25 16 37
info@tandlaegeforeningen.dk
www.tandlaegeforeningen.dk
CVR nr. 21318418
Dato: 4. januar 2016
Sagsbeh: DJJ/CJ
E-mail: djj@tdl.dk
Sagsnr.: hoering_086_2015

**Vedr.: Høring: Tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes.
Anbefalinger for opsporing, diagnostik, behandling, rehabilitering og opfølgning**

Tandlægeforeningen er blevet opmærksom på, at Sundhedsstyrelsen har sendt et udkast til "Anbefalinger for tværsektorielle patientforløb for mennesker med type 2-diabetes" i høring. I den forbindelse har foreningen nogle kommentarer.

Mennesker med diabetes har forøget risiko for en række sygdomme i mundhulen. Eksempelvis er risikoen for parodontitis marginalis flerdoblet. Tandlægeforeningen finder det overordentligt vigtigt, at mennesker med udiagnosticeret diabetes eller prædiabetes identificeres i videst muligt omfang og så tidligt som muligt. Da tandlæger ser en betydelig del af befolkningen til regelmæssige undersøgelser og til behandling af bl.a. parodontitis marginalis kan tandlæger bidrage til opsporingen. Denne mulighed bør fremgå af anbefalingerne.

Tandlægeforeningen har med tilfredshed konstateret, at orale følgesygdomme og behandlingen heraf er adresseret flere steder i anbefalingerne. Det er dog vores opfattelse, at der med fordel kan sættes yderligere fokus på orale sygdomme, særligt parodontitis marginalis, da der foreligger dokumentation for et tovejs samspil mellem diabetes og parodontitis marginalis, hvilket også omtales i udkastet.

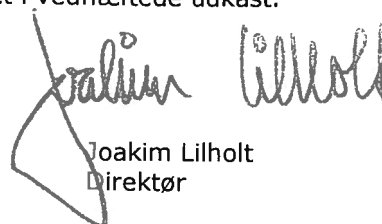
I udkastet nævnes, at behandlingen af parodontitis marginalis kan forbedre blod-sukterniveauet. Behandlingen af denne sygdom kan således udgøre en vigtig del af den samlede diabetesbehandling. På den baggrund er det Tandlægeforeningens vurdering, at en odontologisk undersøgelse med vægt på de parodontale forhold bør indgå som et fast element i screeningen for komplikationer.

Tandlægeforeningen har udover de ovenfor nævnte bemærkninger forslag til afsnittene "Opsporing, diagnose og udregning", "Sundhedsfaglig rehabilitering" og "Planlægning af patientforløb", som er indskrevet i vedhæftede udkast.

Med venlig hilsen



Freddie Sloth-Lisbjerg
Formand



Joakim Lilholt
Direktør

Vedhæftet: "Anbefalinger for tværsektorielle patientforløb for mennesker med type 2-diabetes" med Tandlægeforeningens bemærkninger fremhævet.



SUNDHEDSSTYRELSEN

Anbefalinger for tværsektorielle patientforløb for mennesker med type 2-diabetes

Høringsudkast den 30. november 2015

Indhold

1	Introduktion	4
1.1	Baggrund og formål	4
1.2	Vidensgrundlag	4
1.3	Definitioner	5
1.4	Læsevejledning	5
2	Populationsanalyse	6
2.1	Karakteristika	6
2.2	Senkomplikationer og komorbiditet	7
2.3	Stratificering	8
3	Opsporing, diagnostik og udredning	9
3.1	Opsporing	9
3.1.1	Opsporing i almen praksis	9
3.1.2	Opsporing i kommunerne	10
3.2	Diagnostik	10
3.3	Differentialdiagnoser og kontaktregistrering	11
3.4	Den primære udredning	11
3.4.1	Klinisk og biokemisk status	12
3.4.2	Formidling af viden om diabetes sygdommen og oplæring blodglukosemåling	13
3.4.3	Screening for komplikationer – inklusive hjertekarsygdom	13
3.4.4	Vurdering af psykosocial status	15
3.5	Vurdering af andre helbreds mæssige problemer ved diabetes	15
3.6	Information og rådgivning om influenzavaccination	16
3.7	Individuel risikovurdering	16
4	Sundhedsfaglig rehabilitering	18
4.1	Patientuddannelse	19
4.1.1	Indhold i patientuddannelse	19
4.1.2	Kompetencekrav	20
4.2	Ernæringsindsats	20
4.2.1	Indhold i ernæringsindsats	20
4.2.2	Kompetencekrav	21
4.3	Fysisk træning	21
4.3.1	Indhold i fysisk træning	22
4.3.2	Kompetencekrav	23
4.4	Rygeafvænning	23
4.4.1	Indhold i rygeafvænning	23

4.4.2	Kompetencekrav	24
4.5	Kvalitetssikring af rehabiliteringsindsatser	24
5	Farmakologisk behandling	26
5.1	Antihyperglykæmisk behandling	26
5.1.1	Valg af glukosesænkende lægemiddel	27
5.1.2	Behandlingsalgoritme	28
5.2	Lipidsænkende behandling	32
5.3	Antihypertensiv behandling	32
5.4	Antitrombotisk behandling	33
6	Planlægning af patientforløb	34
6.1	Psykosocial status	35
6.2	Patienter med komorbiditet og/eller komplikationer	35
6.3	Opfølgning på undersøgelser og behandling	38
6.4	Opfølgning i kommune	38
7	Organisering	40
7.1	Arbejdsdeling og samarbejde mellem aktører	40
7.2	Ansvar og opgavevaretagelse	40
7.2.1	Ansvar for behandling og opfølgning	40
7.2.2	Opgavevaretagelse – sundhedsfaglig rehabilitering	41
7.3	Henvisning af patienter med type 2-diabetes	42
7.3.1	Henvisning til kommunale sundhedsfaglige rehabiliteringstilbud	42
7.3.2	Henvisning fra almen praksis til sygehus – visitationskriterier	42
8	Referencer	43

1 Introduktion

1.1 Baggrund og formål

Hermed udgiver Sundhedsstyrelsen anbefalinger for tværsektorielle patientforløb for mennesker med type 2-diabetes.

Anbefalingerne skal medvirke til:

- at der sker en systematisk tidlig opsporing af mennesker med risiko for at have type 2-diabetes eller med risiko for at udvikle type 2-diabetes
- at patienter med type 2 diabetes får behandling, rehabilitering og opfølgning af høj, ensartet kvalitet

Anbefalingerne skal betragtes som Sundhedsstyrelsens faglige rådgivning, og de er baseret på eksisterende forløbsprogrammer for diabetes, nationale retningslinjer for undersøgelser og behandling suppleret med nye anbefalinger vedrørende tidlig opsporing og sundhedsfaglig rehabilitering i kommunerne. Derudover gives anbefalinger om retningen på udviklingen af opgavevaretagelsen sektorerne imellem. Anbefalingerne forventes dermed indarbejdet i blandt andet de regionale forløbsprogrammer under hensynstagen til de regionale/kommunale forskelle i organisering, der kan være.

Baggrunden for udarbejdelsen af anbefalingerne er, at der fra 2016 indføres forløbsplaner for udvalgte kroniske sygdomme, herunder for type 2-diabetes. Forløbsplaner er individuelle planer, der skal give patienten et overblik over, hvilke tilbud og hvilket forløb en ny-diagnosticeret patient kan forvente at få tilbudt. Der skal samtidig tages hensyn til, at mennesker med kronisk sygdom kan have meget forskellige behov. Forløbsplanen udarbejdes på baggrund af en retningslinje for forløbsplanen for en konkret målgruppe, i denne sammenhæng for voksne med type 2-diabetes.

Anbefalingerne skal således også udgøre grundlaget for retningslinjen for forløbsplanen for mennesker med type 2-diabetes, som almen praksis i dialog med patienten skal tage udgangspunkt i ved udarbejdelse af patientens forløbsplan.

Anbefalingerne henvender sig til sundhedsfaglige ledere, administratorer og beslutningstagere samt sundhedspersonale, der beskæftiger sig med patienter med diabetes på sygehusafdelinger og i ambulatorier, i almen praksis og speciallægepraksis samt i kommunerne.

1.2 Vidensgrundlag

Anbefalingerne for diagnostik og opsporing, behandling, og opfølgning bygger på eksisterende danske kliniske retningslinjer og vejledninger, regionale forløbsprogrammer, faglige vejledninger

mv. Disse retningslinjer mv. bygger på faglig konsensus og ikke systematiske litteraturgennemgange.¹

Anbefalingerne for tidlig opsporing i kommunalt regi, rehabiliteringsindsatser samt vurdering af psykosocial status, er baseret på eksisterende praksis og tilgængelig viden, herunder nationale kliniske retningslinjer.

Anbefalingerne er blevet kvalificeret af en arbejdsgruppe, som Sundhedsstyrelsen har haft nedsat. Arbejdsgruppens kommissorium og medlemmer fremgår af bilag 1 og 2.

13 Definitioner

I anbefalingerne anvendes WHO's definition på rehabilitering:

Rehabilitering kan defineres som en række indsatser, der støtter det enkelte menneske, som har eller er i risiko for at få nedsat funktionsevne, i at opnå og vedligeholde bedst mulig funktionsevne, herunder at fungere i samspil med det omgivende samfund (WHO 2011, Sundhedsstyrelsens oversættelse)

Begrebet omfatter genoptræning og andre indsatser rettet mod patienter med nedsat funktionsevne, og omfatter indsatser som fysisk træning, patientuddannelse, ernæringsindsatser, støttende og kompenserende indsatser mv. samt indsatser rettet mod uddannelse og beskæftigelse.²

Rehabilitering anvendes i nærværende sammenhæng specifikt om de sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser til mennesker med type 2-diabetes.

14 Læsevejledning

I kapitel 2 beskrives målgruppen for anbefalingerne og diabetespopulationen, mens kapitel 3 beskriver diagnosticering, opsporing og udredning af mennesker med type 2-diabetes. Kapitlerne skal give et indblik i målgruppen og beskrive processen forud for udarbejdelse af en forløbsplan i almen praksis. I kapitel 4-5 beskrives de samlede opgaver/tilbud i de forskellige sektorer efter diagnosticering, herunder behandling og rehabilitering. I kapitel 6 beskrives planlægning af patientforløbet, herunder opfølgning og kontrol. I kapitel 7 fremgår organisering af indsatsen.

¹ Der er en uoverensstemmelse i forhold til medikamenter anbefalet som 2. og 3. valgs behandling mellem de eksisterende danske kliniske retningslinjer, som nærværende anbefalinger blandt andet bygger på og et udkast til en pt. ikke offentliggjort NICE-guideline. Når denne NICE-guideline offentliggøres bør de relevante retningslinjer efterfølgende tages op til revision.

² Vejledning 9439 af 13/07/2011 om kommunal rehabilitering, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Socialministeriet, Beskæftigelsesministeriet og Undervisningsministeriet

2 Populationsanalyse

2.1 Karakteristika

Der er i Danmark et stigende antal mennesker med diabetes (type 1 og type 2). Prævalensen er fordoblet over de sidste 10 år og var 5,8 pct. blandt voksne i 2012 (*Sundhedsstyrelsen, Diabetesregisteret*). Årsagen til den stigende prævalens skyldes primært en stigning i antallet af mennesker med type 2-diabetes. I henhold til Det Nationale Diabetesregister var ca. 300.000 mennesker med type 2-diabetes ud af totalt ca. 320.000 mennesker med diabetes (*Sundhedsstyrelsen, Diabetesregisteret*). Heraf er hovedparten mennesker mellem 50-69 år fordelt på aldersgrupper: 5-10 pct. <40 år, 10 pct. 40-49 år, 20 pct. 50-59 år, 30 pct. 60-69 år, 20 pct. 70-79 år og ca. 15 pct. >80 år. Hos børn og unge med diabetes har kun 1 pct. type 2-diabetes (*Dansk Diabetes Database, National årsrapport 2013/2014*).

Antallet af mennesker med ny-diagnosticeret diabetes har ligget nogenlunde konstant i de seneste fem år svarende til 25-30.000 mennesker per år, hvoraf skønsmæssigt 20-25.000 er nye tilfælde af type 2-diabetes.

Der ses ligeledes en forskel i antallet af mænd og kvinder, der har type 2-diabetes, hvor 54 pct. af tilfældene er mænd, mens andelen af mænd for aldersgrupperne 50-70 år er 60 pct. (*Sundhedsstyrelsen, Diabetesregisteret*). Mere end 80 pct. af alle mennesker med type 2-diabetes er overvægtige, og lige så mange har hypertension og/eller dyslipidæmi (*Dansk Selskab for Almen Medicin 2012*).

Sygehuse og almen praksis indrapporterer data for kvalitet af behandling og kontrol af voksne diabetespatienter via udvalgte proces- og resultatindikatorer til Dansk Diabetes Database (*Dansk Diabetes Database, National årsrapport 2013/2014*) (*Diabase, Opdaterede resultater til national årsrapport 2013/2014*). I 2013-14 blev der indberettet data fra ca. 55.000 patienter med type 2-diabetes, som har været fulgt i hospitalsregi i mere end ét år eller i praksis i mere end to år. Af denne etablerede og kontrollerede stikprøve af populationen, der dog ikke inkluderer ny-diagnosticerede patienter, fremgår det, at gennemsnitsalderen er ca. 67 år, med en gennemsnitlig sygdomsvarighed på 10 år. Diabetespatienter diagnosticeret ved screening med den anbefalede metode er gennemsnitlig 60 år gamle.

Årsrapporten fra Dansk Diabetes Database viser desuden, at størsteparten (ca. 85 pct.) af patienterne med type 2-diabetes er i medicinsk glukosesænkende behandling, og 70-80 pct. er i medicinsk behandling for hypertension og dyslipidæmi. For 70 pct. af patienterne i almen praksis er den glykæmiske kontrol tilfredsstillende ($HbA1c < 53 \text{ mmol/mol}$), mens det kun er tilfældet for 30 pct. af diabetespatienter, der kontrolleres i hospitalsregi. Denne forskel kan forklares ved, at diabetesvarigheden er 6,8 år i primærsektoren og 12,9 år i sekundærsektoren, hvor sygdommen gennemsnitlig er mere kompliceret og behandlingen derfor mere kompleks (*Dansk Diabetes Database, National årsrapport 2013/2014*).

Det er velkendt, at risikoen for type 2-diabetes er højere blandt de hyppigst forekommende indvandrergrupper sammenlignet med den etnisk danske gruppe. I København var prævalensen af

kendt diabetes dog kun 25 pct. højere i de etniske minoritetsgrupper, hvilket svarer til en andel på 6,0 pct. hos etniske danskere sammenlignet med 7,6 pct. i de etniske minoritetsgrupper (*Region Hovedstaden 2015*).

Der er ligeledes en betydelig social gradient ved type 2-diabetes. Det gælder både for uddannelse, der har en faktor 3-forskel i prævalens og for beskæftigelse, der har en faktor 5-forskel i prævalens (*Region Hovedstaden 2015*).

2.2 Senkomplikationer og komorbiditet

Af årsrapporten fra Dansk Diabetes Database fremgår det, at 26 pct. af patienterne, der følges i hospitalssektoren og 14 pct. af dem, der følges af privatpraktiserende øjenlæger, har *diabetisk øjensygdom*. Mere end 25 pct. af patienterne i hospitalssektoren har øget proteinudskillelse i urinen (*Dansk Diabetes Database, National årsrapport 2013/2014*), (*Diabase, Opdaterede resultater til national årsrapport 2013/2014*), sandsynligvis betinget af diabetes og/eller hypertension. I primærsektoren har 10-25 pct. af patienterne øget proteinudskillelse.

Der er ikke valide tal for prævalensen af diabetisk neuropati og fodproblemer i den samlede diabetespopulation. Det anslås, at op til 15 pct. af alle mennesker med diabetes vil udvikle diabetiske fodsår, som har svært ved at hele, og at 70 pct. af dem, der har haft et diabetisk fodsår, vil få endnu et sår, inden der er gået fem år. Hver fjerde person med et diabetisk fodsår ender med at få en amputation af underben eller lår, og efter fem år er halvdelen af dem, der får foretaget en sådan amputation, døde (MTV 2011; www.sundhed.dk). En opgørelse fra Steno Diabetes Center viser, at antallet af større amputationer er faldende (80 pct. på 10 år), mens det ikke er gældende for mindre amputationer som fx tå-amputationer (*Jørgensen et al, 2014*). Det er imidlertid ikke klart, i hvor høj grad tallene afspejler en generel tendens, idet patientpopulationen er selekteret. Forekomsten af diabetisk fodsår er ledsaget af betydelig øget morbiditet og mortalitet (*Region Hovedstaden, 2015*). Incidensen af diabetisk fodsår anslås at være 1-2 per 100 patientår (ca. 3.000 nye tilfælde årligt) (*Sundhedsstyrelsen, 2003*), men tallene er usikre, da en ensartet systematisk diagnosekodning i hospitalssektoren endnu ikke er implementeret på landsplan, og fordi der ikke foretages registrering i primærsektoren (*Dansk Endokrinologisk Selskab 2014 a.*). Det skønnes, at incidensen er faldende i hospitalssektoren, men der mangler dokumentation for dette. I en rapport fra Region Hovedstaden fremgår det, at der er en social gradient i forekomsten af diabetes og diabetiske fodproblemer.

Iskæmisk hjertesygdom og/eller hjertesvigt ses hyppigt blandt mennesker med type 2-diabetes. Hyppigheden er afhængig af, hvordan det afgrænses, og hvilken population man undersøger, men er på omkring 20 pct. Blandt mennesker med hjertesygdom har op mod halvdelen enten diabetes eller prædiabetes.

Resultater fra det dansk-hollandsk-engelske Addition-studie viser, at blandt mennesker med type 2-diabetes diagnosticeret ved screening, havde 6-7 pct. haft blodprop i hjertet og 2 pct. apopleksi (Griffin 2011). Studiet fandt også tegn på perifer neuropati hos ca. 30 pct. af deltagerne, og syv pct. havde tegn på autonom neuropati efter seks års follow up (*Charles 2011 2013*).

Nylige resultater fra Region Hovedstaden anslår, at 8 pct. af diabetespopulationen har en kendt hjertesygdom, mens der ikke foreligger tilsvarende tal for arteriel insufficiens i underekstremiteterne og vaskulær demens/apopleksi (*Region Hovedstaden 2015*). Ifølge samme rapport har 8 pct. af diabetespatienterne ligeledes KOL, og 10 pct. er i medicinsk antidepressiv behandling.

Flere end hver tiende dansker med diabetes modtager førtidspension. Det er omkring tre gange så mange som blandt raske (*Kilde: Steno Center for Sundhedsfremme, omtalt af Diabetesforeningen 16. juni 2014*). 12 pct. af de, der har diabetes, angiver at have en grunduddannelse, mens kun 2 pct. angiver at have en lang videregående uddannelse (*Kilde: Danskernes Sundhed 2013, Tal fra Den Nationale Sundhedsprofil*).

2.3 Stratificering

Stratificering foretages på populationsniveau og består af en analyse af populationen med henblik på en inddeling i subpopulationer. Formålet med en stratificering af type 2-diabetes populationen er, at skabe et grundlag for at analysere, vurdere, aftale og planlægge sundhedsvæsenets indsatser, for dermed at kunne tilbyde fagligt relevante sundhedsindsatser, som svarer til de enkelte patientgruppers behov under hensyn til en effektiv ressourceudnyttelse ud fra et samfundsperspektiv.

Stratificeringen er baseret på risikoen for udvikling eller forværring af komplikationer og hjertekarsygdom og en efterfølgende inddeling af populationen i tre subpopulationer. Behandlingsbehovet vil dermed være forskelligt i de tre grupper. Analysen indeholder ikke en karakteristik af populationens funktionsevne, og derfor indeholder stratificeringen ikke nogen nærmere beskrivelse af patientgruppernes sundhedsfaglige rehabiliteringsbehov³.

Populationen kan inddeles som følger:

Niveau 1: Subpopulationen er velbehandlet, og der ikke er behov for yderligere undersøgelser og behandling. Det skønnes, at ca. en fjerdedel af diabetespopulationen inddeles til niveau 1. I opgørelser fra 2008 og 2010 var 15- 20 pct. af diabetespopulationen stratificeret til niveau 1 (Qvist 2008; Drivsholm 2010).

Niveau 2: Subpopulationen har problemer med glukoseniveau og øvrige risikofaktorer og/eller begyndende komplikationer. For subpopulationen i niveau 2 skal kriterierne for niveau 1 og niveau 3 ikke være opfyldte. I 2008 og 2010 var 65-70 pct. af diabetespopulationen stratificeret til niveau 2.

Niveau 3: Subpopulationen har store problemer med glukoseniveauet, behandlingen er kompleks, og/eller der er alvorlige komplikationer. For subpopulationen i niveau 3 skal alene ét kriterium i tabel 2 (se kapitel 3.7 om individuel risikovurdering) være opfyldt. I 2008 og 2010 var 10-15 pct. af diabetespopulationen stratificeret til niveau 3.

³ Rehabilitering vil imidlertid være indiceret på alle niveauer.

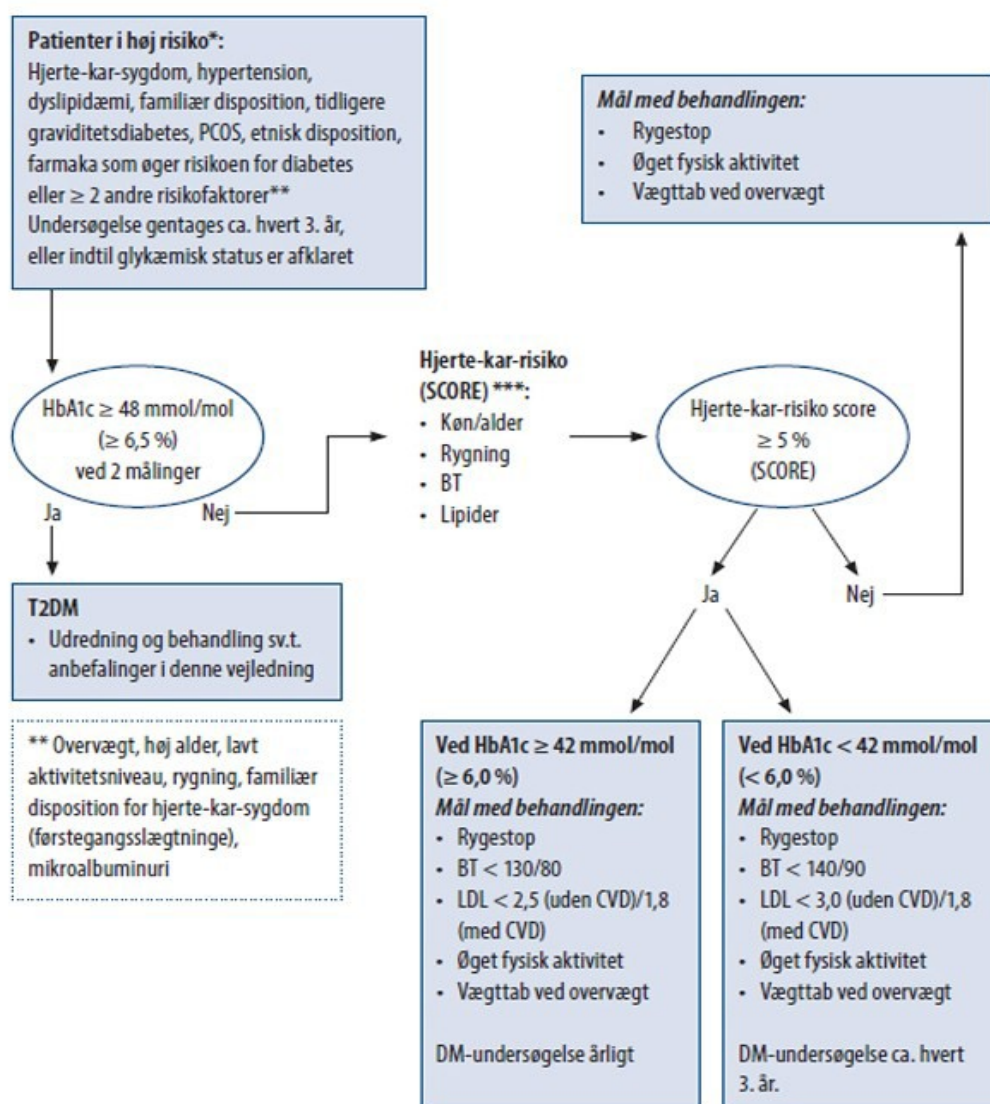
3 Opsporing, diagnostik og udredning

3.1 Opsporing

3.1.1 Opsporing i almen praksis

I Danmark foretages opportunistisk opsporing af mennesker med øget risiko for diabetes og hjerte-karsygdom. Figur 1 viser algoritmen for opportunistisk opsporing⁴ (Dansk Selskab for Almen Medicin 2012 a).

FIGUR 1. Udredningsskema for opsporing af individer med diabetes og/eller forhøjet risiko for hjerte-kar-sygdom



* Patienter i høj risiko findes ud fra den praktiserende læges viden om patienten og dennes risikofaktorer.

*** Når en patient én gang har fået konstateret hjerte-kar-sygdom, har en scoring af hjerte-kar-risiko (SCORE) ingen mening, og patienten undersøges alene for diabetes.

⁴ For nærmere detaljer henvises til DSAM's vejledning (Dansk Selskab for Almen Medicin, 2012 a.).

Af figuren fremgår det, at mennesker med HbA1c under det diabetiske niveau bør tilbydes en indsats på baggrund af deres samlede risiko for hjertekarsygdom vurderet på basis af hjertekarSCORE. Mennesker med et HbA1c i området 42-47 mmol/mol (6,0-6,5 pct.) og en risiko for hjertekarsygdom > 5 pct. vurderet ved SCORE kan med fordel tilbydes rehabilitering på lige fod med mennesker med diabetes, dog uden glukosesænkende lægemidler, jf. kapitel 4 og 5 om rehabilitering og behandling.

3.1.2 Opsporing i kommunerne

Mange kommuner foretager opsporing af borgere i risiko for at have eller udvikle type 2-diabetes ved hjælp af blodglukosemåling, fx i forbindelse med borgerrettede arrangementer, fx åbent hus i sundhedshuse. Der er dog ikke viden om effekten af en usystematisk screening, herunder om det er de relevante borgere, der deltager, og om borgere, hvor der er mistanke om diabetes, henvender sig til den praktiserende læge efterfølgende. Det anbefales derfor, at kommunerne målretter opsporingen af type 2-diabetes til borgere, som er i høj risiko for at udvikle - eller have sygdommen.

Det anbefales at anvende validerede spørgeskemaer til at opspore borgere i risiko for at have type 2-diabetes. Hvis en borger på den baggrund vurderes som værende i risiko for at have eller få diabetes, skal vedkommende efterfølgende vurderes og (eventuelt) diagnosticeres i almen praksis i henhold til figur 1. Screeningen bør foretages af sundhedsprofessionelle med relevante kompetencer. Blodglukosemåling frarådes, da målingen er for usikker.

Ved mistanke om diabetes skal diagnosen altid bekræftes hos den praktiserende læge.

Opsporing af mennesker med type-2 diabetes uden for praksissektoren er ikke undersøgt i videnskabelig sammenhæng og bør derfor følges op af en evaluering, hvis det iværksættes. Endvidere anbefales det, hvis der i kommuner foretages screeningsprocedurer, at screeningen gøres systematisk med accepterede metoder (HbA1c-måling eller validerede spørgeskemaer) og i et standardiseret set-up, fx som et protokolleret projekt.

3.2 Diagnostik

I Danmark blev det i 2012 besluttet at følge WHO's nye anbefalinger om at benytte hæmoglobin A1c (HbA1c) som den primære diagnostiske metode. Ændringen var en konsekvens af, at målingen var blevet standardiseret. Sundhedsstyrelsen anbefaler således, at HbA1c benyttes som den eneste diagnostiske metode til patienter med mistanke om type 2-diabetes. Brugen af faste plasmaglukose og den orale glukosebelastning er beholdt særlige patientgrupper som fx gravide eller til patienter, hvor HbA1c-analysen er upålidelig. Glukosemåling anbefales imidlertid fortsat benyttet til screening ved akutte indlæggelser og præoperativt, hvis patientens diabetesstatus er ukendt.

Diagnosen type 2-diabetes stilles ved opfyldelse af ét af følgende kriterier:

1. Påvisning af hæmoglobin A1c ≥ 48 mmol/mol (6,5 pct.).

2. Påvisning af (fastende eller ikke fastende) venøs plasmaglukose $\geq 11,1$ mmol/l og klassiske symptomer (polyuri, polydipsi, uforklaret vægttab eller gentagne infektioner).
3. Påvisning af faste venøs plasmaglukose $\geq 7,0$ mmol/l.
4. 2-timers venøs plasmaglukose $\geq 11,1$ mmol/l efter peroral glukosebelastning (OGTT).

Ad punkt 1, 3 og 4: Hvis der ikke er symptomer på diabetes, skal diagnosen bekræftes ved en ny måling med anvendelse af samme test.

HbA1c kan *ikke* anvendes:

- til at stille diagnosen gestationel diabetes
- til diagnostik af diabetes ved pludselig sygdomsdebut (brug plasma glukose)
- ved visse medicinske tilstande, som medfører, at HbA1c kan blive falsk for høj eller for lav.

3.3 Differentialdiagnoser og kontaktregistrering

En del type 1-diabetespatienter misklassificeres som havende type 2-diabetes, hvis de ved debut kan reguleres uden insulin. Familiær disposition til type 1-diabetes, normal vægt og svær hyperglykæmi ved debut, bør derfor give anledning til måling af C-peptid og GAD-antistoffer, således, at type 1½ - eller *Latent Autoimmun Diabetes in Adults* (LADA) klassificeres som type 1 og ikke som type 2-diabetes. Tilsvarende kan en måling af C-peptid være til hjælp ved adskillelsen mellem sekundær diabetes (anamnesen) og type 2.

I hospitalssektoren anvendes ICD-10 diagnosekoder:

- E10.0-E10.9 – Type 1-diabetes (IDDM anvendes ikke mere).
- E11.0-E11.9 – Type 2-diabetes (NIDDM anvendes ikke mere, og patienten kodes fortsat som type 2 selvom insulinbehandling er startet).
- E13.0-E13.9 – Anden form for diabetes.
- E14.0-E14.9 – Diabetes uden specifikation.

I praksissektoren registreres diabetestyperne ved hjælp af ICPC-kodesystemet. Type 2-diabetes registreres med koden T90, og type 1-diabetes med T98/T87 for hypoglykæmi.

3.4 Den primære udredning

Diagnosen type 2-diabetes stilles typisk i almen praksis, og sædvanligvis bruges to til tre konsultationer til udredning og eventuel indledende behandling samt planlægning af rehabiliterings- og behandlingsforløbet.

Efter diagnosticering af type 2-diabetes er der følgende opgaver i den indledende fase:

- Klinisk og biokemisk status
- Formidling af diabetesviden og oplæring i færdigheder, fx blodsuktermåling
- Screening for komplikationer og hjertekarsygdom (og anden komorbiditet)
- Vurdering af psykosocial status
- Vurdering af andre helbredsmæssige problemer i relation til diabetes
- Information og rådgivning om influenzavaccination.

Varigheden af den indledende fase afhænger af den samlede klinik, idet symptomer, objektive fund, graden af hyperglykæmi, eventuel blodtryksforhøjelse, dyslipidæmi og komorbiditet hver især bør prioriteres højt. Desuden er patientens reaktion på diagnosen, ressourcer i øvrigt og eventuelle psykosociale problemer af meget stor betydning. På baggrund af udredningen foretages en individuel risikovurdering (se afsnit 3.7).

3.4.1 Klinisk og biokemisk status

Der bør gennemføres en objektiv undersøgelse, der skal inkludere vejning, blodtryksmåling, hjer-te-lungestetoskopi samt fodundersøgelse.

En diabetisk HbA1c værdi (≥ 48 mmol/mol) vil skulle bekræftes, med mindre der er relevante symptomer og høje glukoseværdier.

De anbefalede prøver på diagnosetidspunktet fremgår i tabel 1 nedenfor.

Tabel 1

	Ny-diagnosticerede patienter
Årsprøver	HbA1c, elektrolytter, creatinin, eGFR Lipider Urin albumin/creatinin ratio
Supplerende prøver	Hæmoblobin, trombocytter, leucocytter Calcium, CRP, TSH, B-12, ASAT/ALAT Evt. C-peptid og GAD-antistof (se nedenfor)
	EKG
Supplement ved di- abetisk nefropati	Hæmoglobin (hvis lav: anæmi-prøver), calcium, fosfat, D- vitamin
Mistanke om type 1 eller latent autoim- mun diabetes (LA- DA = type 1½)	GAD-antistof og C-peptid med samtidig glukosemåling (hos patienter med ung alder, normal vægt uden abdominal fedme, ingen dyslipidæmi, hypertension eller svær hy- perglykæmi ved debut)
Mistanke om sekun- dær diabetes	C-peptid med samtidig glukosemåling (hos patienter med alkoholanamnese, symptomer på eller tegn til pancreaslidelse)

Enkelte patienter, som primært bliver vurderet som havende type 2-diabetes, har autoimmun dia-betes med målelige GAD-antistoffer som ved type 1-diabetes. Hvis disse patienter har bevaret egen insulinproduktion (faste C-peptid > 300 pmol/l), har de *latent autoimmun diabetes*, *LADA* el-

ler i folkemunde *type-1½ diabetes*. Det er vigtig at diagnosticere disse patienter, da tidlig insulinbehandling kan medføre, at de i højere grad bevarer deres insulinproduktion.

3.4.2 Formidling af viden om diabetessygdommen og oplæring blodglukosemåling

Patienter med type 2-diabetes bør have et grundlæggende kendskab til sygdommens natur, årsager og forløb samt forstå baggrunden for den anbefalede behandling. Det gælder ikke kun behandling af hyperglykæmi, men også af blodtryksforhøjelse, ændringer i blodets fedtstoffer og eventuelle komplikationer.

Alle patienter bør oplæres i at måle og monitorere eget blodglukose og efterfølgende fortolke resultaterne. Både ved debut – men også længere henne i sygdomsforløbet – kan dette have et væsentligt pædagogisk formål i forhold til motivation og egenomsorg, at patienten kan aflæse effekten af livsstilsændringer såvel som den farmakologiske behandling.

Kommer patienten efterfølgende i stabil og god kontrol med ændret livsstil og tabletbehandling, kan systematisk monitorering undlades i længere perioder. Monitorering af blodglukose vil dog, hvis det gennemføres op til kontrol, være et nyttigt redskab for dialog mellem patient og sundhedsprofessionelle.

Der er evidens for en effekt på den glykæmiske kontrol, hvis der handles på målingerne og/eller, hvis patienten er i insulinbehandling.

3.4.3 Screening for komplikationer – inklusive hjertekarsygdom

Screeningen gennemføres på diagnosetidspunktet og efterfølgende årligt (årskontrol) - øjenscreening dog op til hver tredje år⁵. Efterfølgende screeningsundersøgelser foregår i almen praksis eller på foranledning af denne efter en dialog med patienten:

Undersøgelse for retinopati/øjenscreening

Fundusfoto og visus udføres af screeningsklinik (med digitale fotos til øjenlæge) eller øjenlæge/øjenafdeling.

Fodundersøgelse

Fodundersøgelsen er standardiseret og omfatter mindst følgende elementer:

- Diagnostik af *perifer neuropati* ved hjælp af biothesiometri eller stemmegaffel og sensibilitet ved 10 grams monofilament. Begge undersøgelser estimerer en eventuel neuropati men forskellige manifestationer af dette
- Diagnostik af *arteriel insufficiens*: perifere pulse, beskrivelse af hud og behåring
- Diagnostik og beskrivelse af *fejlstillinger* (fx hallux valgus, hammertæer mv.), callositeter, trykmærker, tidligere sår, amputationer, ødemer mv. (*Dansk Endokrinologisk Selskab 2014 b.*).

Perifer neuropati, arteriel insufficiens og fejlstillinger øger risikoen for fodsår.

⁵ Se også kap. 7.2.1 om ansvar for årskontrol i hhv. almen praksis og ambulatorium.

Fodundersøgelse kan udføres af en læge, en autoriseret fodterapeut eller en sygeplejerske med relevante kompetencer og relevant erfaring. Patienterne bør som hovedregel følges hos en autoriseret fodterapeut. Fodterapeuten laver årlig fodstatus og tilbagerapporterer resultaterne af den til den praktiserende læge, samt udfører den nødvendige forebyggende fodterapi.

Afhængig af fejlstillinger og perifer neuropati bør patienter med type 2-diabetes tilbydes regelmæssig forebyggende fodterapi ved autoriseret fodterapeut. Den forebyggende behandling består af undervisning i god fodhygiejne, fodpleje, klipning af negle, valg af fodtøj samt instruktion i eventuelle faresignaler. Patienten skal instrueres i, hvor og hvornår man henvender sig ved tegn på problemer. Desuden vejledes der i køb og brug af fodtøj, som beskytter fødderne, og nødvendigheden af eventuel produktion af indlæg tilpasset den pågældende fod for aflastning af trykudsatte områder vurderes.

Undersøgelse for perifer neuropati

Undersøgelsen indebærer en udsøggen om symptomer fra underekstremiteterne: Smerter, føleforstyrrelser, sensibilitetstab, gangbesvær. Der bør være speciel opmærksomhed på både den smertende polyneuropati, der kan være stærkt invaliderende, og på sensibilitetstab, der øger risikoen for fodsår. Den behandlingsansvarlige læge er ansvarlig for undersøgelsen og for evt. sektorskift eller henvisning til relevant specialist ved behov.

Undersøgelse for autonom neuropati

Patienten udsørges om symptomer fra hjerte og kar (svimmelhed, synkoper eller sinustakykardi), blæren (blæretømningsbesvær), mave-tarm (øvre dyspepsi, diarré eller obstipation), erektil dysfunction (der også kan skyldes karstivhed), vaginal tørhed og gustatorisk svedtendens. Den behandlingsansvarlige læge er ansvarlig for undersøgelsen og for eventuel henvisning til relevant specialist ved behov.

Undersøgelse for diabetisk nyresygdom

Undersøgelsen inkluderer en måling af patientens urin albumin-kreatinin ratio eller døgnurin-albumin. Ved forhøjet værdi skal der være opmærksomhed på fejlkilder, og resultatet skal bekræftes ved ny måling. Ved mikroalbuminuri skal der være særlig opmærksomhed på blodtryk. Den behandlingsansvarlige læge henviser til relevant specialist ved behov.

Undersøgelse for kardiovaskulær sygdom

Sammen med diagnosticering af type 2-diabetes følger måling af blodtryk og lipider (total-kolesterol, HDL- og LDL-kolesterol samt triglycerider) og rygestatus registreres. Patienten udsørges grundigt om symptomer og undersøges efter dette for kliniske tegn på iskæmisk hjertesygdom (brystsmerter, åndenød mv.) samt aterosclerotisk sygdom i hjerne og perifere kar. Den behandlingsansvarlige læge er ansvarlig for undersøgelsen. Ved mindste mistanke om iskæmisk hjertesygdom udføres EKG og sædvanlig udredning i kardiologisk regi.

3.4.4 Vurdering af psykosocial status

Det er en klinisk erfaring i behandlingen af type 2-diabetes, at psykosociale forhold, sårbarhed og anden kronisk sygdom er af væsentlig betydning for motivation og fastholdelse af patienterne i et optimalt sundhedsfagligt rehabiliterings- og behandlingsforløb. En vurdering af patientens psyko-

sociale status bør derfor indgå i den primære udredning. Der bør i den forbindelse være en særlig opmærksomhed på sårbare grupper, der kræver en særlig indsats.

Det anbefales derfor, at almen praksis danner sig et overblik over patientens viden, holdninger og psykosociale ressourcer som grundlag for rådgivningen, rehabiliteringen og behandling af den enkelte patient (*Dansk Selskab for Almen Medicin 2012 a*).

Der mangler imidlertid videnskabelig dokumentation for, hvilke redskaber der med fordel kan benyttes til at foretage en vurdering af patientens psykosociale status for at identificere patienter med svage ressourcer og lav mestringssevne. Nogle steder anvendes i dag screeningsredskaber, der fokuserer på depression og ængstelse (DAWN2: WHO (Five) well-being Index + PAID, Problem Areas in Diabetes). Men vurderingen bør også omfatte kulturelle og sociale aspekter som uddannelse, samlivsstatus, etnicitet, tilknytning til arbejdsmarkedet og socialt netværk.

3.5 Vurdering af andre helbredsmæssige problemer ved diabetes

En række andre helbredsmæssige problemer knytter sig ofte til diabetes. Det er derfor relevant, at der sker en vurdering af, hvorvidt disse optræder hos patienten i forbindelse med udredningen.

Paradentose

og andre tandsygdomme

Patienter med type 2-diabetes har højere risiko for udvikling af paradentose, og behandlingen af paradentose kan forbedre blodsukkerniveauet og dermed nedsætte patientens behov for insulin. Dertil kan patienter have en øget forekomst af mundtørhed, **caries** og svamp i munden.

Den praktiserende læge bør derfor opfordre patienten til at gå regelmæssigt til undersøgelse hos tandlæge og/eller tandplejer. Diagnostiske undersøgelser hos tandlæge eller tandplejer foretages individuelt efter behov på baggrund af patientens aktuelle orale sygdomsniveau og risikofaktorer. Særlig fokus rettes på marginal parodontitis, svamp i munden og følger af mundtørhed.

Smerter og stivhed i bevægeapparatet

Smerter og stivhed i bevægeapparatet ses hyppigere ved diabetes sammenlignet med en aldersmatchet baggrundsbefolkning. I udtalte tilfælde taler man om en egentlig diabetisk ledsygdom, artropati, som skyldes en øget stivhed i bindevævet. Desuden ses urinsyreigt hyppigere ved type 2-diabetes.

Hudforandringer

Ud over en øget tendens til infektioner i hud og slimhinder, ses en række hudforandringer hyppigere ved type 2-diabetes.

Psykiske lidelser

Der er en flydende overgang fra såkaldt diabetes-stress, nedtrykthed og lavt selvværd til egentlig depression, som bør undersøges og behandles, inden livsstilændringer kan sættes i gang.

Patienter med svære psykiatriske lidelser har en høj forekomst af livsstilssygdomme, herunder type 2-diabetes. Om det generelt skyldes livsstilen alene, den nødvendige medicin eller andet, der er medvirkende, er ikke dokumenteret.

Demenssygdomme

Både vaskulær demens og Alzheimers demens er hyppigere i diabetes-populationen sammenlignet med baggrundsbefolkningen.

Visse kræftformer er dobbelt så hyppige ved type 2-diabetes. Det gælder kræft i bugspytkirtel og lever. Risikoen er let øget for kræft i tyktarm, galdeveje og bryst.

3.6 Information og rådgivning om influenzavaccination

Det anbefales, at alle patienter med diabetes bliver rådgivet om og anbefalet influenzavaccination i oktober-november måned. Vaccinationen er gratis og gives blandt andet hos den praktiserende læge.

3.7 Individuel risikovurdering

Den individuelle risikovurdering er en klinisk proces, der tager udgangspunkt i stratificeringsniveauerne, der er beskrevet i kapitel 2.3. Ud fra en vurdering af psykosocial status (3.4.4), og i dialog med patienten, udmøntes risikovurderingen i en individuel vurdering og ledsagende plan, således at patienten får tilbudt relevante sundhedsfaglige ydelser i henhold til gældende kliniske retningslinjer - samt opfølgningen af disse. Herunder fastlægges individuelle mål og delmål for henholdsvis rehabilitering og behandling, som beskrevet i de følgende afsnit.

Patienter, som ved risikovurderingen tilhører niveau 1, vil altid skulle forblive i praksissektoren. Patienter vurderet til niveau 2 vil for langt de flestes vedkommende også kunne følges i praksis, med mindre særlig forhold ved patientens situation gør sig gældende, eller lægen og klinikpersonalet ikke har de fornødne kompetencer. Patienter vurderet til niveau 3 bør som hovedregel følges i et diabetesambulatorium, men har hyppigt andre samtidige sygdomme, der kræver den praktiserende læges løbende medvirken.

En del af patienterne vurderet til niveau 3 er svært belastede med multisygdom og eventuel psykiske lidelser med mange sygehuskontakter inden for forskellige specialer og på forskellige afdelinger til følge. De har svært ved at følge en behandling på sygehus, udebliver ofte fra aftaler og af-

sluttes derfor i ambulatoriet. Der bør være særlige tiltag i forhold til denne patientgruppe. Nogle regioner har fx en udgående funktion fra diabetesambulatoriet, som i samarbejde med almen praksis varetager behandlingen af patienterne. En anden mulighed er, at koordinere patienternes aftaler på sygehuse inden for flere specialer, så de så vidt muligt placeres på samme dag og i forlængelse.

Tabel 2: Type 2-diabetes – Individuel risikovurdering ud fra tre strata

	Niveau 1 <i>Velreguleret diabetes uden komplikationer</i>	Niveau 2 <i>Høj risiko for eller begyndende komplikationer</i>	Niveau 3 <i>Kompleks diabetes eller flere komplicerende kroniske sygdomme</i>
Glykæmisk kontrol efter intervention	HbA1c < 53 mmol/mol*		HbA1c > 75 mmol/mol trods forsøg på optimeret behandling i ½ år
Blodtryk mmHg	Blodtryk < 130/80*		> 160/90 trods forsøg på optimeret behandling i ½ år
Metaboliske problemer i forbindelse med behandlingen	Nej	Svær insulinresistens	Tendens til alvorlige eller uventede hypoglykæmitilfælde. Stærkt svingende blod-sukker
Nefropati	Normal	Mikroalbuminuri	Makroalbuminuri/nefropati
Hjertekarsygdom/storkarsygdom	Ingen tilstedeværende	Tilstedeværende hjertekarsygdom	
Den diabetiske fod	Nej	Neuropati eller arteriel insufficiens	Fodsår/gangræn/Charcot-fod og amputation
Retinopati	Evt. simplex retinopati		Maculaødem eller proliferativ retinopati
Marginal parodontitis	Tilstedeværende marginal parodontitis skal behandles. Normal risiko for udvikling af parodontitis.	Høj risiko for udvikling af parodontitis marginalis. Behandling af parodontitis kan forbedre glykæmisk kontrol.	Høj risiko for udvikling af parodontitis marginalis. Behandling af parodontitis kan forbedre glykæmisk kontrol.

Niveau 1: Patienten skal opfylde alle kriterier

Niveau 2: Patienten skal ikke kunne opfylde kriterierne for niveau 1 og niveau 3

Niveau 3: Patienten skal alene opfylde ét kriterium

*Ifølge de nationale retningslinjer skal behandlingsmålet for glukoseniveauet og blodtryk individualiseres som anført i 5.1 og 5.3.

4 Sundhedsfaglig rehabilitering

Type 2-diabetes kan medføre en række senkomplikationer såsom hjertekarsygdom, nervesygdom, nyresygdom, øjensygdom, fodproblemer og sygdomme i mundhulen. I dette kapitel beskrives de sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser, der i kombination med den farmakologiske behandling kan udskyde eller forebygge komplikationer samt optimere helbredstilstanden for patienter med type 2-diabetes.

Når diagnosen type 2-diabetes stilles, bør patienten tilbydes en sammenhængende rehabiliteringsindsats under hensyntagen til den enkeltes funktionsevne, præferencer og ressourcer samt en vurdering af sygdommens sværhedsgrad.

De sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser ved type 2-diabetes består som udgangspunkt af patientuddannelse, ernæringsindsats, fysisk træning og rygeafvænning. De sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser indgår som en integreret del af behandlingen af patienter med type 2-diabetes og beskrives i andre sammenhænge som livsstilsinterventioner.

Den sundhedsfaglige rehabilitering kan foregå i kommunen, almen praksis og i sygehusregi, og skal ses i sammenhæng med patientens øvrige behandlingsforløb. Det gælder blandt andet informationen og rådgivningen, der gives i tilslutning til diagnosticering, undersøgelser og konsultationer, fx vejledning i blodsuktermåling.

Rehabiliteringen sigter mod, at der opnås:

- Øget funktionsevne, egenomsorg, mestringsevne og livskvalitet
- Rygeafvænning
- Fysisk træning
- Omlægning til diabetesdiæt
- Vægttab hos overvægtige
- Fastholdelse af relevant farmakologisk behandling.
- Evne til at opretholde en god mundhygiejne

Motivation, deltagelse samt fastholdelse af opnåede adfærdsændringer er vigtige elementer i rehabiliteringsprocessen, ligesom der skal være opmærksomhed på de udfordringer, der kan være i forhold til sårbare grupper.

Det er altid relevant at tage udgangspunkt i patientens behov og ressourcer herunder patientens sociale situation og psykiske reaktionsmønstre med henblik på, at der samtidig kan gives relevant støtte og blive iværksat relevante hjælpeforanstaltninger. Denne afklaring bør foregå ved en indledende samtale (afklarende eller motiverende samtale) med patienten, hvor der tages stilling til, hvilke rehabiliteringsindsatser der er relevante for den enkelte patient.

Hos patienter med en usikker tilknytning til arbejdsmarkedet er der behov for en særlig opmærksomhed på forebyggende foranstaltninger med henblik på fastholdelse til arbejdsmarkedet, herunder eventuelt inddragelse af socialrådgiver, hjælp til anskaffelse af hjælpemidler og sociale ydelser mv.

Det er centralt, at sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser understøttes af opfølgning, herunder også på opnåede adfærdsændringer. Der bør derfor ske en opfølgning efter seks måneder og et år.

4.1 Patientuddannelse

Patienter med type 2-diabetes bør tilbydes struktureret patientuddannelse. Heri skal formidles viden om sygdommen og mulighederne for behandling og forebyggelse, skabe forståelse og motivation samt træne færdigheder tilpasset det aktuelle behandlingsbehov. Det gælder hjemmeblodsuktermåling samt fortolkning og handling på resultaterne i et aktivt samarbejde med sundhedsvæsenet. Uddannelsen skal på denne måde styrke patientens handlekompetence og livskvalitet.

Der er evidens for en gunstig effekt af sygdomsspecifik patientuddannelse og diætbehandling på den glykæmiske kontrol, BMI og den fysiske kapacitet (hvis patientuddannelsen indeholder færdighedstræning) samt i nogen grad på livskvaliteten. Desuden reduceres behovet for farmakologisk behandling. Effekten afhænger af omfang, intensitet og opfølgning på indsatsen (*Sundhedsstyrelsen 2015*).

Der er evidens for at anbefale en self-management-tilgang, som har til formål at øge patientens egenomsorg og mestringsevne ved at støtte op om og bygge videre på patientens egne ressourcer, formidle opstilling af egne mål og eventuelt involvere pårørende. Formålet er at skabe et grundlag for en intervention formet af og tilpasset den enkelte for dermed at øge chancerne for hensigtsmæssige livsstilsændringer (*Sundhedsstyrelsen 2015a*).

4.1.1 Indhold i patientuddannelse

Uddannelsen bør baseres på et teoretisk grundlag og en pædagogisk praksis, der understøtter sammenhængen i indholdet og også er bestemmende for undervisernes tilgang og for effektmål og evalueringsmetoder for indsatsen (*Sundhedsstyrelsen 2012*).

Undervisningen bør herefter relateres til patientens eget sygdomsbillede.

Patientuddannelsen skal understøtte patientens kendskab og færdigheder i forhold til:

- Sygdommens karakter, herunder udvikling og komplikationer og hvad patienten selv kan forebygge
- Det psyko-sociale element, herunder hvordan patienten mest hensigtsmæssigt håndterer daglige fysiske og sociale aktiviteter
- Blodsuktermåling, herunder hjemmemåling hvis relevant samt fortolkning og aktion på resultaterne heraf
- Medicin og dens virkning og bivirkninger
- Rygnings skadelige virkning på sygdommen samt fordele ved rygestop
- Betydningen af fysisk aktivitet og træning
- Betydningen af diæt, herunder rådgivning omkring overvægt
- Betydningen af god mundhygiejne og sunde tilstande i tænder, tandkød og mundslimhinde

Baseret på den afklarende samtale tilbydes individuel- eller gruppeundervisning, som med fordel kan kombineres.

4.1.2 Kompetencekrav

Kvaliteten af patientuddannelser bør være ens uafhængigt af, i hvilken del af landet og i hvilket regi den varetages, og dermed skal der være ensartede kompetencer til stede.

Underviserne bør som hovedregel have en sundhedsfaglig uddannelse, og de bør have relevant erfaring med patientuddannelse i forhold til pleje, behandling og rehabilitering af patienter med diabetes. Derudover bør de have sundhedspædagogiske kompetencer, herunder kunne tilrettelægge og gennemføre dels planlagt målrettet undervisning og dels behovsbaseret undervisning med udgangspunkt i deltagernes behov og forudsætninger.

4.2 Ernæringsindsats

Nydiagnosticerede patienter med type 2-diabetes tilbydes en indledende vurdering med henblik på at afklare behovet for diætbehandling. Ved identificeret behov (flertallet ved debut) bør patienten tilbydes en indsats i form af individuel diætbehandling, herunder diætvejledning.

Øvrige patienter kan have gavn af kostvejledning⁶.

Mange patienter med type 2-diabetes er overvægtige, og vægttab kan derfor være den mest rationelle behandling af type 2-diabetes. Nogle patienter kan opleve uplanlagt vægttab, og i disse tilfælde bør principperne for diabetesdiæt tilsidesættes for videst muligt at genoprette ernæringstilstanden, og årsagen til dette afklares (*Beck 2015*). Til dette bør den medicinske behandling eventuelt justeres.

4.2.1 Indhold i ernæringsindsats

Diætbehandlingen skal omfatte følgende elementer:

- Individuel identifikation af risikofaktorer (ved uplanlagt vægttab og overvægt) samt dokumentation
- Individuel vurdering af behov og ernæringsplan samt dokumentation
- Individuel handling, monitorering, evaluering og dokumentation
- Individuel opfølgning, evt. revidering af ernæringsplan og dokumentation

For patienter, der ikke lider af uplanlagt vægttab, kan den individuelle diætbehandling indeholde gruppebaserede elementer.

Diætbehandlingen skal følge de gældende ernæringsanbefalinger for type 2-diabetes i henhold til beskrivelserne i National kliniske retningslinje for rehabilitering af type 2-diabetes (*Sundhedssty-*

⁶ Svarende til 'kostråd' i almen praksis. Kan i kommunerne omfatte andre indsatser, som relaterer sig til vejledning om de officielle kostråd.

relsen 2015). Anbefalinger for den danske institutionskost⁷ og Rammeplanerne for individuel diætbehandling for type 2-diabetes (*Foreningen af Kliniske Diætister 2015*). Konkrete valg af mad og drikke fremgår desuden af Den Nationale Kosthåndbog⁸. Patienten involveres aktivt i processen, afhængigt af patientens fysiske tilstand og formåen.

Ernæringsplanen fastlægger en hensigtsmæssig kostsammensætning i form af diabetesdiæt eller energireduceret diabetesdiæt, afhængigt af patientens behov og risikofaktorer.

Mange patienter med type 2-diabetes, som kontrolleres i almen praksis, formidles de officielle kosttråd ved læge eller sygeplejerske. Kosttråd og kort behandlingstid er generelt uden længerevarende effekt, og det er ofte nødvendigt med et længerevarende forløb i form af en individuel diætbehandling hos en klinisk diætist.

Målet med den individuelle diætbehandling er at:

- styrke patientens vidensniveau og forståelse for kostens betydning for at forebygge dels forværring af den kroniske sygdom og komplikationer til denne, dels opståen af ny kostrelateret livsstilssygdom
- afdække og styrke patientens motivation og handlekompetence til ændringer i mad- og måltidsvaner
- patienten reflekterer over egne mad- og måltidsvaner i relation til fakta og patientens egne værdier, mål og muligheder
- hjælpe patienten til at prioritere og sætte mål for egen indsats i forhold til ændringer i mad- og måltidsvaner
- støtte patienten i at vedligeholde opnåede ændringer af mad- og måltidsvaner

4.2.2 Kompetencekrav

Ernæringsindsatsen bør gennemføres af fagpersoner med kompetencer svarende til en autoriseret klinisk diætist. Den sundhedsprofessionelle skal være specialiseret indenfor diætbehandling, diætbehandling til patienter med type 2-diabetes samt diætbehandling, hvilket bygger ovenpå basal viden om ernæring og sundhed.

Ernæringsindsatsen bør understøttes af et tværfagligt samarbejde med relevante sundhedsprofessionelle, som fx læge, sygeplejerske, ergoterapeut, fysioterapeut, tandplejer, hjemmeplejer, hjemmesygeplejerske mv.

4.3 Fysisk træning

Positiv effekt af fysisk træning er veldokumenteret, og der er international konsensus om, at fysisk træning er en af tre parametre i behandlingen af diabetes sammen med diæt og medicin.

⁷ <http://sundhedsstyrelsen.dk/~media/18337658F5174D2E882D13CF0EA13D08.ashx>

⁸ <http://www.kostforum.dk>

Der er påvist effekt på glykæmisk kontrol og fysisk kapacitet af superviseret fysisk træning (*Sundhedsstyrelsen 2015*) frem for motionsråd. Det er ikke vist, hvor længe og hvor tit man bør træne for at opnå en klinisk effekt.

Der bør arbejdes på tiltag, der kan understøtte opretholdelsen af et øget fysisk aktivitetsniveau, når træningstilbuddet slutter, så der er mulighed for, at træningen bliver livslang.

Træningen bør også tilbydes borgere med diabetiske komplikationer og hjertekarsygdom, men der vil ofte være begrænsninger i intensitet, hyppighed og type træning, og styrketræning klares i visse tilfælde bedre end udholdenhedstræning. Det samme gælder for borgere med komorbiditet og symptomer fra bevægeapparatet fx diabetisk ledsygdom.

Både vægttab og fysisk træning øger insulinfølsomheden, og hos den overvægtige borger med type 2-diabetes vil selv et mindre vægttab på 5-10 pct. medføre en 80 pct. reduktion i det intrahepatiske fedt, øge den hepatiske insulinsensitivitet, nedsætte den hepatiske glukoseproduktion og lavere fastende plasmaglukose.

Kombinationen af moderat vægttab og motion medfører signifikante forbedringer i HbA1c, systolisk og diastolisk blodtryk, triglycerider, HDL og U-albumin/kreatinin ratio (*Dansk Selskab for Almen Medicin 2012 b.*).

4.3.1 Indhold i fysisk træning

Træningen kan bestå af aerob træning, styrketræning eller en kombination heraf. Fordi muskulaturen er den største forbruger af glukose bør aktiviteten være af en type, der aktiverer de store muskelgrupper. Det kan være fx være jogging, rask gang, cykling, roning eller svømning.

Træningen bør være superviseret og individuelt tilrettelagt med udgangspunkt i patientens situation i forhold til intensitet, frekvens og varighed.

Det anbefales, at patienter med type 2-diabetes deltager i træningsforløb på mere end 10 uger og med en frekvens på to til tre gange om ugen. Intensiteten kan være lav til moderat, men kan gennemføres med høj intensitet i de tilfælde hvor patientens sygdomssituation og motivation tillader det (*Sundhedsstyrelsen 2015*).

Patienter med velbehandlede komplikationer, hypertension eller hjertekarsygdom kan tilbydes et træningsforløb. Der er ikke kliniske erfaringer, der viser, at patienter med komplikationer sammenlignet med patienter uden komplikationer, ikke har gavn af et træningsforløb (*Sundhedsstyrelsen 2015*).

Der er visse forholdsregler, som der skal være opmærksomhed på (*Sundhedsstyrelsen 2011*):

- Svær eller ukontrolleret hypertension bør behandles, inden patienten starter i et træningsforløb. Styrketræning bør udføres ved lette vægte og lav intensitet ved hypertension og

proliferativ retinopati (*KORA 2015*). Styrketræning for patienter med hypertension bør ikke indeholde isometrisk kontraktioner og Valsalva-lignende øvelser (*Beyer 2011*).

- Hvis der forekommer neuropati og fodsår, bør kropsbærende aktiviteter undgås og patienten i stedet tilbydes ikke kropsbærende aktiviteter som cykling, svømning, roning eller andre siddende eller liggende øvelser.
- Hypoglykæmi bør undgås. Det kan ske ved at monitorere blodsukkeret, justere diæten og medicinen, inden træningen påbegyndes.
- Konditionstræning med høj intensitet ved hjerte-karsygdom bør udføres efter en forudgående undersøgelse af læge.
- Patienter med autonom neuropati i hjerte-karsystemet kan have svær iskæmi uden symptomer. Betydningen af dette er imidlertid uafklaret, ingen overdødelighed ved træningsbaseret hjerterehabilitering er rapporteret.

4.3.2 Kompetencekrav

Den sundhedsprofessionelle bør have kompetencer til kvalificeret at kunne supervisere træning og rådgive om konkrete fysiske øvelser tilpasset den enkelte patient. Derudover bør den sundhedsprofessionelle kunne rådgive patienterne i forhold til sygdomsspecifikke spørgsmål, der vedrører træningen, herunder viden om risikoen for hypoglykæmi, og om hvordan det forebygges og behandles, kunne formidle øvelserne og rådgive patienterne på en måde, der understøtter fortsat træning efter tilbuddets ophør.

4.4 Rygeafvænning

Alle borgere med type 2-diabetes, som ryger, skal vedholdende opfordres til rygestop eller tilbydes hjælp til afvænning (*Sundhedsstyrelsen 2015*).

Tobak er den vigtigste risikofaktor for hjertekarsygdom blandt borgere med type 2-diabetes. Rygning er associeret med øget mortalitet, risiko for hjertekarsygdom og progression af diabetisk nefropati (*Qin 2013; Chakkarwar 2012*). Efter rygeophør falder risikoen (*Chaturvedi 1997; Phisitkul 2008*). Rådgivning om rygeophør er omkostningseffektiv (*Cahill 2013*). Brug af nikotinpræparater, Bupropion og Vareniclin, forbedrer chancen for rygeophør (March 2005). Man skal for alle stofferne være opmærksom på risikoen for bivirkninger, der i nogle tilfælde kan være betydelige. Risikoen for vægtøgning hos borgere med type 2-diabetes har vist sig at være en barriere for anbefaling af rygeophør (*Dansk Selskab for Almen Medicin 2012 b*).

4.4.1 Indhold i rygeafvænning

Tobaksafvænning kan foregå både individuelt (herunder telefonisk) og i grupper. Tilstrækkelig kapacitet kan opnås ved at kombinere løsninger, fx kombinationer af gruppe og individuelle for-

løb, samarbejde mellem kommuner, brug af eksterne leverandører - herunder fx køb af individuelle forløb ved Stoplinjen.

Det konkrete omfang og format for tobaksafvænning bør i dialog med patienten afstemmes med en samlet afklaring af patientens situation, motivation, ressourcer og ønsker. Det forudsættes således, at der forudgående har været en afklarende samtale med patienten, hvor tilbud om tobaksafvænning har været drøftet.

Gruppeforløb bør gives med samlet rådgivningstid svarende til minimum ti timer fordelt over fem mødegange over mindst seks uger, med rygestop som hovedregel mellem første og anden mødegang. Antallet af gruppedeltagere bør ikke overstige 12 personer. Individuelt forløb bør gives med samlet rådgivningstid på minimum 2½ time fordelt på mindst fem samtaler over seks uger.

Farmakologiske midler har effekt og kan overvejes i behandlingen.

4.4.2 Kompetencekrav

Rådgiverne bør have kompetencer svarende til at kunne rådgive kvalificeret, og undervisningsomfanget til at kunne varetage rådgivning i tobaksafvænning bør som minimum svare til omfanget af 'grundkursus til rygestoprådgiver' udviklet og udbudt af Kræftens Bekæmpelse.

Rådgiveren bør kunne støtte patienten i forhold til sygdomsmæssige spørgsmål og bør derfor have løbende adgang til sygdomsspecifik viden ved relevant sundhedsfagligt uddannet personale. Almen praksis inddrages ved ønsker om anvendelse af receptpligtig rygeafvænningsmedicin. Ved rygestop vil omsætning af visse lægemidler kunne påvirkes (fx øger tobaksrøg leverens omsætning af visse lægemidler). Særligt patienter med forbrug af psykofarmaka bør derfor rådes til at konsultere almen praksis med henblik på en eventuel korrektion af medicindosering.

4.5 Kvalitetssikring af rehabiliteringsindsatser

Kvalitetssikring af rehabiliteringsindsatser har til formål at optimere praksis således, at organisationen og personalet tilbyder patienterne de bedst mulige indsatser til fremme af funktionsevne og med størst muligt udbytte.

Der bør således følges op på opnåede livsstilsændringer og sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser (*Look AHEAD Research Group 2010*). Der er isoleret set ikke evidens for en direkte effekt af de sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser på komplikationer og mortalitet, men det er den grundlægende behandling i farmakologiske interventionsstudier, der har vist forebyggende effekt på udviklingen og progressionen af komplikationer og hjertekarsygdom (*Snorgaard et al 2014*).

Det anbefales, at rehabiliteringsindsatser dokumenteres og monitoreres systematisk, således at de kan evalueres og sammenholdes med kliniske parametre med henblik på en løbende kvalitetsudvikling (*Sundhedsstyrelsen 2015*), herunder at få viden om, hvorvidt de rette patienter tilbydes den rette rehabilitering, samt om de siger ja til tilbuddet, og om de gennemfører. Det kan være for alle patienter, som en del af praksis, eller det kan være tilbagevendende og målrettet.

Som grund for kvalitetssikringen kan for alle tilbud registreres og opgøres:

- Køn, alder og uddannelsesniveau
- Antal, der får tilbuddet, i forhold til den samlede population, der vurderes at kunne have gavn af tilbuddet
- Antal, der gennemfører tilbuddet
- Antal tilbud, den enkelte patient får
- Deltagertilfredshed
- Årsager til fravalg og frafald

Det bør endvidere ske en opfølgning efter seks måneder eller efter et år med henblik på fastholdelse af rygestop og livsstilsændringer.

Det anbefales generelt, at der indberettes og anvendes nationale databaser i det omfang, de eksisterer, fx Dansk Diabetes Database.

HØRINGSUDKAST

5 Farmakologisk behandling

Farmakologisk behandling af patienter med type 2-diabetes bør individualiseres på baggrund af patientens alder, kendt hjerte-kar-sygdom, nyrefunktion, diabetesvarighed, risikofaktorer samt risiko for hypoglykæmi (*Dansk Selskab for Almen Medicin 2012*).

Der er evidens for, at en tidlig indsættende proaktiv farmakologisk behandling af hyperglykæmien ved type 2-diabetes reducerer risikoen for komplikationer og hjertekarsygdom. Farmakologisk behandling af hypertension ved type 2-diabetes reducerer den kardiovaskulære risiko og forebygger progression af diabetisk nyre- og øjensygdom. For de diabetiske senkomplikationer er der en tæt sammenhæng mellem graden af hyperglykæmi (forhøjet blodsukker) og risikoen for udvikling og forværring, mens relationen mellem hyperglykæmi og hjertekarsygdom er mindre klar. Her er blodtryk og kolesterolniveau og den medicinske behandling derimod af stor betydning.

Farmakologisk behandling af kolesterol med statiner reducerer den kardiovaskulære risiko, og det samme gælder magnylbehandling af patienter med meget stor kardiovaskulær risiko.

Evidensen for betydningen af den farmakologiske behandling på mortaliteten og risikoen for komplikationer inklusive hjerte-kar-sygdom er gennemgået i MVT rapporten om Type 2-diabetes (Sundhedsstyrelsen 2003) og i de nationale guidelines for farmakologisk behandling af type 2-diabetes (*Snorgaard et al 2014*). Efterfølgende har et enkelt randomiseret studie af et tillæg af en SGLT-2-hæmmer til den glukosesænkende behandling vist effekt på mortaliteten og den kardiovaskulære risiko (Zinman et al. NEJM 2015).

I praksis vil de fleste patienter med type 2-diabetes få en *polyfarmakologisk* behandling bestående af:

- Antihyperglykæmisk behandling
- Lipidsænkende behandling
- Antihypertensiv behandling
- Eventuelt antitrombotisk behandling.

Der er konsensus nationalt om at individualisere både den antihypertensive og antihyperglykæmiske behandling.

5.1 Antihyperglykæmisk behandling

Ved indledningen og efterfølgende justering af den farmakologiske behandling af hyperglykæmien bør der, ud fra faktorerne i den individuelle risikovurdering, tages stilling til HbA1c-målet for behandlingen og valget af behandlingsstrategi.

Hos den ny-diagnosticerede patient og i de første år med sygdommen kan man for de fleste, og uden risiko, tilstræbe en normalisering af glukoseniveauet ($\text{HbA1c} \leq 48 \text{ mmol/mol}$).

Senere og hvis den medicinske behandling er ledsaget af en risiko for hypoglykæmi (fx insulinbehandling) er behandlingsmålet en nærmormalisering svarende til $\text{HbA1c} \leq 53 \text{ mmol/mol}$.

Ved lang diabetes varighed og/eller komplikationer og især hjertesygdom er forsøg på at nærmormalisere glukoseniveauet ved hjælp af intensiv farmakologisk behandling med flere lægemidler forbundet med øget risiko, og behandlingsmålet sættes i den situation derfor højere, det vil sige $\text{HbA1c} \leq 58 \text{ mmol/mol}$.

Begrundelsen for et individualiseret behandlingsvalg er dels udtryk for, hvad der er realistisk opnåeligt på de forskellige stadier af sygdommen, dels en opvejning af fordele i form af forebyggelse af mikrovaskulære komplikationer over for ulemper i form af hypoglykæmi, samt dels resultater fra studier af effekten af forsøg på en nær-normalisering af glukoseniveauet. Denne litteratur er gennemgået i 'Guidelines for type 2 diabetes. Farmakologisk behandling af type 2 diabetes' (Snorgaard et al, 2014).

5.1.1 Valg af glukosesænkende lægemiddel

Faktorer hos patienten og lægemidlets egenskaber er af betydning for valget. Ud over de faktorer, der bestemmer det individuelle behandlingsmål, har andre patientrelaterede faktorer også betydning. Det gælder tvivl om type 2-diagnosen (mistanke om type 1½ eller sekundær diabetes taler for insulinbehandling), høj biologisk alder, komorbiditet, svær overvægt, komplikationer (især nedsat nyrefunktion), hjertekarsygdom, svær insulinresistens, erhverv, økonomiske formående og forventet compliance baseret på patientens præferencer og forudsætninger til behandlingen.

Ved valg af glukosesænkende lægemiddel har lægemidlets glukosesænkende effekt (risikoen for mikrovaskulære komplikationer), den potentielt gavnlige eller skadelige betydning for den kardi-ovaskulære risiko samt eventuel effekt på fedtstofferne i blodet og blodtryk. Betydningen for vægten er væsentlig for patienten samt risikoen for hypoglykæmi og andre bivirkninger. Lægemidlets pris har også stor betydning.

Tabel 3: Faktorer af betydning for valg af glukosesænkende lægemidler. Nationale guidelines for farmakologisk behandling af type 2-diabetes 2014 (Snorgaard et al 2014). Revideret september 2015: *Effekt af SGLT-2-hæmmeren empagliflozin på den kardiovaskulære risiko, hvis det gives som supplement til metformin kombineret SU eller insulin, og hvis patienten har kendt hjerte-kar-sygdom #Repaglinid stimulerer som sulfonylurinstofferne (SU) insulinproduktionen. Prisen er moderat. Prissætningen følger Lægemiddelstyrelsen.

	Metformin	DPP-4-hæmmer	SGLT-2-hæmmer	SU +repaglinid#	GLP-1-analog	Insulin	Pioglitazon	Acarbose
Effekt på glukose niveau	+++	++	++	+++	+++	++++	+++	++
Reduktion af mortalitet og kardiovaskulær risiko	Mulig effekt	Ingen effekt	Effekt*	Ingen effekt	Data afventes	Ingen effekt	Mulig effekt	Mulig effekt
Effekt på risikofaktorer	Lidt på lipider	Ingen	Blodtryk	Ingen	Blodtryk	Ingen	Blodtryk og lipider	Blodtryk og lipider
Vægt	neutral	neutral	ned	op	ned	op	op	ned
Risiko for hypoglykæmi	nej	nej	nej	ja	nej	ja	nej	nej
Andre hyppige bivirkninger	Gastro-intestinale	nej	Urogenitale infektioner	nej	Gastro-intestinale	nej	Fordoblet frakturrisiko Væske-retention	Gastro-intestinale
Pris for maksimal døgndosis	lav	Moderat	Moderat	Lav	Høj	Moderat	Lav (ikke tilskud)	Moderat (ikke tilskud)

5.1.2 Behandlingsalgoritme

Behandlingsalgoritmen er vist i nedenstående figur svarende til tre trin fra debut til eventuel intensiveret behandling med op til tre lægemidler, som den er fastlagt i de nationale guidelines for farmakologisk behandling af type 2-diabetes (Snorgaard et al 2014).

Figur 2. Algoritme for behandling af hyperglykæmi ved Type 2-diabetes

Debut - 1. valg				
Metformin		Undtagelser: •Metformin tåles ikke : 2. valg •Svær hyperglykæmi med symptomer og /eller akutte tilstande: brug insulin •Svær nedsat nyrefunktion eGFR < 30 ml/min. Halver dosis ved eGFR 30-60 ml/min.		
2. Valg ved HbA1c vedvarende 5 mmol/mol højere en behandlingsmål				
Tabletbehandling			Injektionsbehandling	
DPP-4-hæmmer Undgå ved pancreatitis. Til patienter hvor vægtstigning og hypoglykæmi vil undgås.	SGLT-2 -hæmmer Undgå ved: recidiverende urinvejsinfektioner. Effekten er nedsat ved nedsat nyrefunktion. Til patienter, hvor et vægttab er centralt i behandlingen	Sulfonylurinstof (SU) (repaglinid) Undgå ved/hos: øget risiko for hypoglykæmi, alkoholmisbrug, ældre eneboende, erhvervschauffører, stilladsarbejdere, m.m.	GLP-1-analog Undgå ved pancreatitis. Til patienter, hvor et vægttab er centralt i behandlingen. Behandlingen skal gives subkutan.	Insulin Ved svær hyperglykæmi og kan bruges som 2. valg til alle. Behandlingsmålet bør dog primært søges opnået med anden behandling ved svær overvægt, øget risiko for hypoglykæmi, alkoholmisbrug, ældre eneboende, erhvervschauffører, stilladsarbejdere og lignende.
Intensiveret behandling ved HbA1c 5 mmol/mol højere end behandlingsmål				
Insulin Insulin er det naturlige valg ved behov for intensivering: 1.Metformin bør så vidt muligt fortsættes 2.GLP-1, DPP-4 og/eller SGLT-2 -hæmmer kan fortsættes 3.Sulfonylurinstof og pioglitazon bør som hovedregel seponeres 4.Intensiver igangværende insulinbehandling ¹³			Andre kombinationsmuligheder (kun undtagelsesvis mere end 3 lægemidler, specialistopgave): 1. Metformin bør så vidt muligt fortsættes 2. Anvend ikke GLP-1 og DPP-4 samtidigt 3. Tag højde for faktorer hos patienten og lægemidlerne 4. Pioglitazon eller acarbose kan indgå i kombinationsbehandlingen	

Metformin hæmmer primært leverens øgede glukoseproduktion ved type 2-diabetes. Medikamentet er ud fra en samlet vurdering af effekt, fordele og ulemper første-valget i den farmakologiske behandling. Behandlingen anbefales iværksat indenfor tre måneder og sideløbende med sundhedsfaglige rehabiliteringstilbud. Er HbA1c kun let forhøjet (< 59 mmol/mol) ved debut, kan man afvente effekt af livsstilsændring, men behandlingen bør så påbegyndes, hvis HbA1c ikke normaliseres.

Modsat metformin som førstevalg er det vanskeligt ud fra de videnskabelige resultater at argumentere for én af de andre stofgrupper som det logiske andetvalg eller som alternativ, hvis metformin ikke tåles.

De ældre og billige **sulfonylurinstoffer (SU)** stimulerer insulinproduktionen og virker hurtigt på glukoseniveauet, men effekten aftager i mange tilfælde også hurtigt. Vægtstigning og risikoen for hypoglykæmi fx hos ældre småtpisende og i visse erhvervsgrupper har medvirket til, at denne stofgruppe har været anvendt i mindre og mindre grad i de senere år. Til dette er der mistanke om en øget kardiovaskulær risiko.

Repaglinid virker som sulfonylurinstof stimulerende på insulinproduktionen, virkningen er kortvarig.

De nye, men dyrere behandlingsprincipper har på nogle punkter en mere gunstig virknings- og bivirkningsprofil. Det gælder **DPP-4-hæmmerne**, som opregulerer kroppens eget GLP-1 hormon, som derigennem forbedrer insulinproduktionen. DPP-4-hæmmerne er vægtneutrale, der er få bivirkninger, og behandlingen er ikke ledsaget af en øget kardiovaskulær risiko.

GLP-1-analogerne tilfører kroppen ekstra GLP-1 og har dermed en lignende effekt som for DPP-4-hæmmerne, men den er betydelig kraftigere, og modsat DPP-4 hæmmerne hæmmes appetitten, og patienten taber sig, ofte betydeligt. Ulempen, ud over prisen, er, at det skal gives som subkutan injektion dagligt, mens den hyppige kvalme og de gastrointestinale bivirkninger ofte er forbigående. Betydningen for den kardiovaskulære risiko er endnu ikke afklaret.

SGLT-2-hæmmerne sænker glukose ved at sænke nyrernes tærskel for sukker, således at patienten får glukosuri og et tab af cirka 60-80 gram sukker per dag. Dette medfører et fald i glukose og et vægttab hos de fleste. Det er imidlertid en øget risiko for genitale svampeinfektioner.

Et tillæg til den glukosesænkende behandling af ét af de markedsførte lægemidler, empagliflozin, er vist at være ledsaget af en reduceret dødelighed, kardiovaskulær risiko inklusive risiko for indlæggelseskrævende hjerteinsufficiens hos patienter med type 2-diabetes med kendt hjertekarsygdom.

Pioglitazon medfører vægtstigning og øget frakturrisiko. Det anvendes derfor kun i specielle situationer ved svær insulinresistens og non-alkoholisk steatohepatitis.

Acarbose anvendes i mindre grad i Danmark på grund af den kun moderat effekt på hyperglykæmien og gastrointestinale bivirkninger.

Insulin, se nedenfor.

Hvornår og hvor hurtigt bør man intensivere behandlingen?

Behandlingen intensiveres, hvis HbA1c vedvarende er mere end 5 mmol/mol over det individuelt fastsatte behandlingsmål. Denne proaktive behandlingsstrategi stiler mod at fastholde HbA1c-niveauet under 48-58 mmol/mol. Hvis den glykæmiske kontrol omvendt har været ringe gennem længere tid, bør man nærme sig behandlingsmålet over en længerevarende periode (6-12 måneder). Denne mere forsigtige behandlingsstrategi gælder specielt patienter med lang diabetesvarighed, hjertekarsygdom og komplikationer, hvor en intensiv strategi med flere lægemidler ofte vil øge risikoen for alvorlig hypoglykæmi, forværring af øjensygdom, samt muligvis øge dødeligheden.

Intensiveret behandling

Det naturlige valg er at skifte til insulinbehandling og fortsætte med metformin. En anden intensiveringsmulighed er at udskifte andet-valgs lægemidlet med et for den pågældende patient potentielt mere effektivt eller mere velegnet middel. Det kan fx dreje sig om at erstatte en DPP-4-hæmmer med en GLP-1-analog.

Ellers kan der suppleres med et tredje lægemiddel. Det vælges typisk til patienter, hvor insulinbehandling søges undgået (svær overvægt, specielle erhverv).

Der har været gode kliniske erfaringer med kombinationen af insulin og GLP-1-analog til den svært overvægtige patient med vedvarende suboptimal HbA1c.

Mulige kombinationsbehandlinger

Metformin kan kombineres med alle de øvrige lægemidler.

Sulfonylurinstoffer kan kombineres med de øvrige, men på grund af risikoen for hypoglykæmi kun med insulin i særlige tilfælde.

GLP-1-analog kan kombineres med alle de øvrige lægemidler fraset DPP-4-hæmmer.

DPP-4-hæmmer kan kombineres alle de øvrige fraset GLP-1, se ovenfor.

SGLT-2-hæmmere kan kombineres med alle de øvrige lægemidler.

Insulin

Insulinbehandlingen bør startes ved debut ved svær hyperglykæmi eller situationer, der umuliggør anden farmakologisk behandling. Hvis der er tvivl om diagnosen (type 1, LADA eller sekundær diabetes), er insulin et godt valg. Ellers skal insulinbehandling overvejes, hvis tabletbehandlingen svinger.

Ved type 2-diabetes anvendes i starten enten blandingsinsulin 1-2 gange dagligt (til morgen- og aftensmad) eller basalinsulin én gang dagligt (til natten eller om morgenen).

Med blandingsinsulin behandles den basale hyperglykæmi såvel som de eventuelle stigninger i glukose efter måltidet. Dette regime giver mulighed for at intensivere til tre gange dagligt (til hovedmåltiderne).

Basalinsulin 1-2 gange daglig er et sikkert og simpelt regime, som er let at anvende (titrering af dosis efter morgenblodsukker). Behandler man proaktivt og starter tidligt med insulin, vil mange patienter i en periode kunne opnå behandlingsmålet. På et tidspunkt vil de fleste dog få brug for hurtigtvirkende insulin til måltiderne.

Hvis disse regimer ikke giver et tilfredsstillende resultat, skiftes til langsomvirkende insulin som basis og hurtigt virkende til hovedmåltiderne som ved type 1-diabetes.

Vedrørende valg af præparater og nærmere forslag til behandlingsretningslinjer henvises til de nationale guidelines for insulinbehandling af type 2-diabetes (*Lassen et al 2014*), eller DSAM's vejledning (*Dansk Selskab for Almen 2012 a*).

5.2 Lipidsænkende behandling

Ved diabetisk dyslipidæmi forstås sædvanligvis forhøjet triglycerid, nedsat HDL-kolesterol og let forhøjet LDL-kolesterol, som gør det mere skadeligt for karrene. Det er især udtalt ved abdominal fedme og er stærkt medvirkende til øget kardiovaskulær risiko.

En kostomlægning vil have effekt på dyslipidæmien, men det vil sjældent være tilstrækkeligt, og farmakologisk behandling er derfor oftest nødvendig. Den farmakologiske behandling vil kun i få tilfælde være en specialistopgave. Det gælder ved svær hyperlipoproteinæmi med behov for kombinationsterapi.

Evidensbæret anbefaling:

- Har patienten ikke klinisk hjertekarsygdom, anbefales farmakologisk kolesterolsænkende behandling til alle med LDL-kolesterol mere end 2,5 mmol/l.
- Ved klinisk hjertekarsygdom eller meget høj risiko anbefales, at alle behandles farmakologisk og behandlingsmålet er LDL-kolesterol < 1,8 mmol/l.

Ved meget høj risiko forstås patienter, som ryger, har microalbuminuri, eller flere risikofaktorer, fx hypertension, arvelig disposition til tidlig hjerte-kar-sygdom, mandlig køn.

Generelt behandles med simvastatin, men mere potent statin (atorvastatin eller rosuvastatin) overvejes, hvis behandlingsmålet ikke nås. Tåles statin ikke, må anden stofgruppe forsøges til behandling af diabetisk dyslipidæmi.

Alvorlige bivirkninger ved statinbehandling er sjældne, men relativt hyppigt ses muskeltræthed og/eller lette smerter.

5.3 Antihypertensiv behandling

Behandlingen af blodtryksforhøjelse er relevant for flertallet af patienter med type 2-diabetes, og oftest er der som minimum behov for 2-stofsbehandling. Behandlingen vil kun i få tilfælde være en specialistopgave, hvor blodtrykket forsat er for højt trods behandling med 3-4 lægemidler. Blodtryk måles ved alle konsultationer, alternativt måler patienten selv blodtryk. I henhold til de kliniske retningslinjer sættes individuelle behandlingsmål for blodtryk.

I starten og hos patienter med tegn på begyndende diabetisk nyresygdom er det optimale blodtryk < 130/80 mmHg.

Hos patienter med hjertesygdom stiler man mod et blodtryk < 140/85 mmHg (Snorgaard et al, 2014).

Vægtreduktion, motion, ophør med tobaksrygning samt nedsættelse af alkoholforbruget skal altid overvejes. Salt/vandretention forekommer hyppigt hos patienter med diabetes, specielt ved diabetisk nefropati, og generelt bør reduktion i saltindtaget anbefales.

Farmakologisk behandling

- Førstevalg: En *ACE-hæmmer (ACE-I)* eller en *AT2 receptorantagonist (ARB)*.
- Andet- og tredjevalg: Er behandlingsmålet ikke opfyldt, vælges efterfølgende en *calcium-antagonist* (amlodipin eller felodipin) og/eller et *diuretikum* (tiazid eller indapamid - ved nefropati vælges/skiftes til loop-diuretikum).
- Fjerde og femtevalg: Dernæst kan enten suppleres med en *beta-blokker* (specielt indiceret efter myokardieinfarkt og ved atrieflimren), en *alfa-beta-blokker* eller en *aldosteronantagonist* (fx spironolakton). I de sidstnævnte situation følges nyrefunktion og kalium omhyggeligt.
- Sjettevalg: Efterfølgende kan moxonidin eller alfa-blokker forsøges.

Er blodtrykket mere end 150/90 initialt, kan behandlingen eventuelt indledes med både førstevalg og andet valg i kombination.

54 Antitrombotisk behandling

Anbefaling:

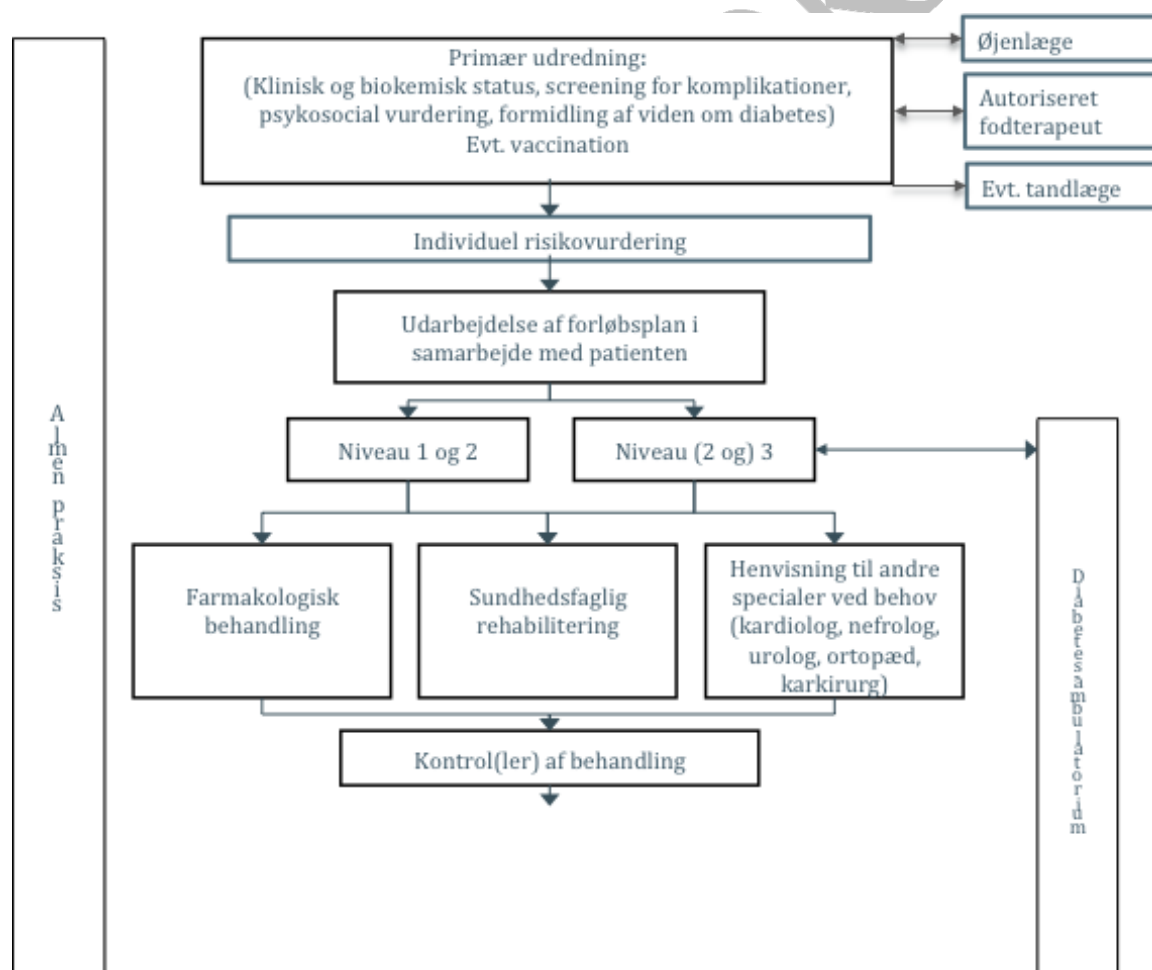
- Der er evidens for antitrombotisk behandling med acetylsalicylsyre ved diabetes og kendt hjertekarsygdom. Tåles acetylsalicylsyre ikke, anvendes clopidogrel.
- Der er ikke evidens for at behandle alle patienter med type 2-diabetes med forebyggende antitrombotisk behandling, men det kan overvejes (der mangler tilstrækkelig evidens) ved meget høj kardiovaskulær risiko, ifølge samme kriterier som anført under lipidsænkende behandling.

6 Planlægning af patientforløb

Den overordnede strategi for de sundhedsfaglige indsatser ved type 2-diabetes er tidlig opsporing efterfulgt af tidlig rehabilitering og behandling. Via en nærmormalisering af glukoseniveauet og kontrol af de øvrige risikofaktorer (rygning, hypertension og dyslipidæmi) er målet at forebygge udviklingen eller progression af komplikationer og hjertekarsygdom samt at bevare patientens livskvalitet. De sundhedsfaglige indsatser for at opnå dette er rehabilitering, farmakologisk behandling samt opfølgning på igangsat behandling.

Nedenfor fremgår en oversigt over de typiske undersøgelser, behandlings- og rehabiliteringstilbud, som nogle men ikke alle patienter tilbydes i patientforløbet. Diabetesstatus, eventuelle komplikationer, psykosociale forhold og patientens præferencer har indflydelse på forløbet tidsmæssigt og indholdsmæssigt.

Figur 3: Patientforløb for patienter med nydiagnosticeret type 2-diabetes



Figuren bør tilrettes således, at "evt." fjernes fra boksen, hvor tandlæge nævnes. Endvidere bør pilen pege både til venstre og højre, som ved boksene ovenfor.

I næstnederste linje bør der i boksen vedr. henvisning til andre specialer tilføjes tandlæger.

Størsteparten af patienter med type 2-diabetes, der diagnosticeres i dag, vil efter den initiale rehabilitering og behandling have en velreguleret diabetes uden komplikationer og tilbydes derfor behovsbestemte rutinekontakter og årskontrol med screening for hjertekarsygdom og komplikationer. Ved en eventuel progression af sygdommen kan der ske en ny risikovurdering, som kan pege på et behov for en intensiveret sundhedsfaglig indsats. Ligeledes kan der være særlige hensyn at tage i tilrettelæggelsen af rehabiliteringsindsatsen og behandlingen af patienter ud fra en vurdering af patientens psykosociale status jf. kapitel 6.1.

6.1 Psykosocial status

En vurdering af patientens psykosociale status ændrer som udgangspunkt ikke på den behovsbestemte sundhedsfaglige ydelse, men indikerer snarere, hvordan den skal formidles til patienten. Målet er at afdække sårbarhed, psykiske problemer, sociale problemer, specielle behov, nødvendige hensyn mv. Med hensyn til rehabilitering og behandling skal vurderingen ideelt pege på:

- Gruppebaseret eller individuelt tilrettelagt rehabilitering
- Specielt program/forløb for patienter med sproglige/kulturelle udfordringer
- Specielt program/forløb for type 2-diabetespatienter med psykisk sygdom
- Specielt program for patienter med diabetes og hjertesygdom
- Individuelt forløb med veldefineret indhold
- Multisyge med behov for forløbskoordinator
- Svært psykisk syge med behov for udgående funktion
- Fysisk handicappede med behov for udgående funktion.

Hermed kan rehabiliteringen og behandlingen tilrettelægges efter individuelle behov. Det bør principielt ikke ud fra en sundhedsfaglig betragtning være i form af et fravalg af visse elementer i fx rehabiliteringen og måske også i behandlingen, men kan være det i praksis. Det må individuelt vurderes, i hvor høj grad patientens risiko øges og skal drøftes med patienten. Ved mange uløste problemer hos sårbare patienter handler det dog oftest om en mere langstrakt og tværfaglig/tværsektoriel planlægning af forløbet i respekt for patientens ønsker. Dette vil typisk ske gennem flere konsultationer.

6.2 Patienter med komorbiditet og/eller komplikationer

På grund af det store sammenfald i population af patienter med type 2-diabetes og patienter med hjertesygdom er det hensigtsmæssigt at koordinere, rehabiliteringen og den medicinske behandling for disse patienter.

For nogle patienter med komorbiditet vil det ikke være oplagt at integrere de sundhedsfaglige indsatser, men snarere at tilpasse diabetesforløbet til den pågældende komorbiditet. De enkelte elementer i rehabilitering og behandling kan dog principielt være de samme. Det gælder cerebral iskæmi, demens, depression, psykoser, KOL, sygdomme i bevægeapparatet og kræftsygdomme. Det vil oftest være forhold ved komorbiditeten, der påvirker den glykæmiske kontrol og giver an-

ledning til hyppigere kontakter og behandlingsjusteringer. Det gælder fx ved behandling med glukokortikoider (KOL, cancersygdomme), eller hvis der har været et stort vægttab.

Komplikationer, der nødvendiggør et specielt parallelt forløb, er hjertesygdom, diabetisk nefropati, diabetiske fodproblemer, svær neuropati (perifer smertende eller autonom) og svær øjensygdom.

Tabel 4: Undersøgelser i patientforløbet

	Ny-diagnosticerede patienter	Opfølgning	Rutine	Årsprøver
Blod og urinprøver	HbA1c, elektrolytter, kreatinin, eGFR Lipider Urin albumin/kreatinin ratio	En eller flere af årsprøverne	HbA1c	HbA1c, elektrolytter/kreatinin Lipider Urin albumin/kreatinin ratio
Supplerende blodprøver (ved behov)	Hæmoglobin, trombocytter, leucocytter Calcium, CRP, TSH, B-12, ASAT/ALAT Evt. C-peptid			TSH og B-12 mindst hver tredje år
Ved diabetisk nefropati	Hæmoglobin (hvis lav: anæmi-prøver), calcium, fosfat, D-vitamin		Elektrolytter, kreatinin, eGFR	Hæmoglobin (hvis lav: anæmi-prøver), calcium, fosfat, D-vitamin
Mistanke om type 1	GAD-antistof, C-peptid (se tabel 1)			
Mistanke om sekundær diabetes	C-peptid (se tabel 1)			
Andre parakliniske undersøgelser	EKG		EKG ved symptomer	EKG ved symptomer

For at fastholde diabetesbehandlingen samt screeningen for og behandling af øvrige komplikationer er det vigtigt, at indholdet i forløbet hos den behandlingsansvarlige læge fastholdes, selv om patienten forbigående eller permanent indgår i et specielt forløb. Det gælder især ved:

- Diabetisk nefropati, hvor patienten har et forløb i nefrologisk regi parallelt med diabetesforløbet. Nefrologerne overtager typisk den antihypertensive behandling og kontrollen af nyrefunktion og elektrolytter som anført i tabel 4. Ved manifest nefropati især med aftagende nyrefunktion overtages diabetes-kontrollen som hovedregel af endokrinologisk afdeling, hvor nyrefunktionen følges ved alle besøg, og der suppleres med måling af hæmoglobin, calcium og fosfat med henblik på indikationen for nefrologisk ekspertise.

Diabetiske fodproblemer, hvor et multidiciplinært fod-team i hospitalsregi (samarbejde mellem diabetesambulatorium og ortopædkirurg med tilknyttet fodterapeut, sårsygeplejerske og bandagist) overtager kontrol og behandling af fodproblemet, indtil det er helt eller delvist løst, mens den øvrige screening og behandling bør fortsætte uændret eller i mange tilfælde intensiveret ved hyppigere målinger af HbA1c og eventuelt flere besøg hos diabetesbehandleren til justering af den medicinske behandling. Ved mistanke om arteriel insufficiens eller ved sår, bør der laves en måling af ankel- og tåtryk og overvejes henvisning til karkirurg. Fodterapeuten kan lave individuelt tilpassede indlæg og aflastninger, men for visse fejlstillinger er det ikke muligt. I disse tilfælde er en ortopædkirurgisk vurdering nødvendig. Henvisning foretages af behandlingsansvarlige læge i samråd med fodterapeuten. Komplicerede indlæg og specialsyet fodtøj udformes af håndskomager og/eller bandagist efter ortopædkirurgens anvisning.

- Hjertesygdom, hvor der etableres et parallelt forløb hos kardiologerne evt. med afsluttende rehabilitering. Dette forløb afsluttes typisk efterfølgende, og den lipidsænkende, antihypertensive og antitrombotiske behandling vender tilbage til den behandlingsansvarlige læge for diabetesbehandlingen. Kardiologerne ændrer kun i begrænset omfang i diabetesbehandlingen, med mindre det aftales med det stedværende diabetes-team.
- Behandlingen af svær autonom neuropati med gastroparese er en specialistopgave, og de afledte metaboliske problemer skal løses i et specialiseret diabetes-team.
- Behandlingen af smertende neuropati fordrer enten et intensiveret forløb hos den behandlingsansvarlige eller et parallelt forløb, hvor smertebehandlingen styres.
- Behandling af diabetisk retinopati er en specialistopgave, centraliseret i landets øjenafdelinger. Ved *progredierende retinopati* bør der etableres en tværsektoriel konference om optimeret glykæmisk kontrol samt eventuelt sektorskift. Parallelt optimeret forløb i øjenafdeling/hos øjenlæge. Ved *maculopati eller (præ)proliferativ retinopati*: Henvisning til øjenafdelingen med henblik på vurdering af behov for specifik behandling af retinopatien. Parallelt hermed er der behov for tæt kontrol og justering af behandlingen af hyperglykæmien og blodtryk. Der vil oftest være behov for sektorskift til diabetesambulatorium med henblik på optimeret blodtrykskontrol og et individuelt tilpasset optimering af den glykæmiske kontrol. Sidstnævnte for at undgå potentiel forværring af øjenforandringerne ved for hastige ændringer i glukoseniveauet.

Erfaringsmæssigt er disse specielle forløb belastende for patienterne med risiko for frafald, og der er stort behov for, at det øvrige diabetesforløb er fleksibelt uden at kvaliteten forringes, indtil tilstanden er stabil, eller problemet er løst.

Hvis eventuelle komplikationer og komorbiditet er velbehandlet, bør patienten tilbydes rehabilitering, men fysisk træning ved mere end lav intensitet kan i visse tilfælde være vanskelig at gennemføre, eller det kan være mindre effektivt (*Sundhedsstyrelsen 2015*).

En række patienter med komorbiditet og/eller komplikationer vil have behov for en genoptræningsplan med henblik på genoptræning efter udskrivelse.

6.3 Opfølgning på undersøgelser og behandling

Efter den indledende sundhedsfaglige indsats ved patientens debut af diabetes er det god praksis, at den behandlingsansvarlige læge (i almen praksis eller ambulatorium, afhængigt af hvor patienten følges, se også kap. 7.2.1 om ansvar for opfølgning) følger op på den igangsatte behandling mindst én gang årligt (årsstatus) og i øvrigt tilpasser antallet af konsultationer efter det givne behov.

I den forbindelse bør der, ud over en eventuel justering af behandlingen, arbejdes med at understøtte, hvordan en opnået livsstilændring opretholdes, og om der er brug for yderligere hel- eller delvis rehabilitering.

Der bør tillige gennemføres en årlig klinisk og biokemisk status (årsprøver) og screening for senkomplikationer. Mindst hvert 3. år bør der ved denne årskontrol også måles TSH og B-12. Øjenundersøgelse kan foretages hver 2.-3. år, hvis der er god glykæmisk kontrol og ingen retinopati, hyppigere ved vanskelig regulerbar diabetes og/eller mere udtalte netthindeforandringer.

Ved progression af sygdommen og eventuelle metaboliske problemer vil patienten få et stigende behov for fremmøde eller anden kommunikation og almen praksis kan i disse tilfælde overveje henvisning til diabetesambulatoriet. HbA1c bør i den situation ofte måles hyppigere. Hvis patienten vurderes at have behov for en rehabiliteringsindsats, henvises vedkommende til det relevante tilbud.

6.4 Opfølgning i kommune

Målet med opfølgning af den kommunale indsats er fastholdelse af ændrede motions- og spisevaner, samt eventuelt rygestop. Opfølgningen retter sig i særdeleshed mod fastholdelse af motivation til vedligehold af livsstilsændringer på egen hånd, i netværksgrupper, foreningsregi eller andre sociale strukturer.

Opfølgning i kommunalt regi efter gennemført kommunal rehabilitering kan med fordel tilbydes efter 3, 6 og 12 måneder og derefter hvert 2.-5. år efter behov.

Det anbefales, at borgeren møder frem i gruppe med tidligere holddeltagere så netværksdannelse, erfaringsudveksling og motivation understøttes optimalt. Dette kan eventuelt organiseres som en 2-3 timers åben cafe, med mulighed for korte, individuelle samtaler.

Opfølgningen kan indeholde:

- Dialog med afsæt i et valideret livskvalitetsspørgeskema
- Opfølgning på borgerens mål

- Rygestatus
- Opfordring til årlig opfølgning i almen praksis
- Vurdering af patientens fortsatte opfølgningsbehov og på denne baggrund eventuelt tilbud om fornyet opfølgning/fornyet rehabiliteringstilbud/henvisning til netværksgruppe mv.

Hvis opfølgningen, som beskrevet ovenfor, ikke er mulig, kan den undtagelsesvis foretages telefonisk

HØRINGSUDKAST

7 Organisering

7.1 Arbejdsdeling og samarbejde mellem aktører

Det aftales lokalt i de regionale forløbsprogrammer, hvem der varetager de forskellige dele af behandlingen og rehabiliteringen. Udgangspunktet er:

Almen praksis: Tidlig opsporing blandt patienter med sygdomstegn og høj risiko for at få diabetes, udredning, herunder screening for komplikationer, medicinsk behandling, sundhedsfaglig rehabilitering samt varetagelse af tovholderfunktionen, herunder opfølgning efter sygehusindlæggelse, viderehenvisning til relevante undersøgelser og ansvar for at tilbyde årskontrol for patienter, der følges i almen praksis.

Kommuner: Patientrettede forebyggelsestilbud og rehabilitering, hjemmesygepleje og eventuelt systematiske opsporende aktiviteter blandt målgrupper med høj risiko for type 2-diabetes.

Sygehuse: Undersøgelser og behandling i forbindelse med sygehusindlæggelse og ambulant kontrol samt behandling af patienter med svære komplikationer (herunder fodsår med behov for vurdering og behandling i multidisciplinært team) og kompliceret behandling, der kræver speciallæge- og specialsygeplejerskekompetencer og ansvar for at tilbyde årskontrol for de patienter, der følges i ambulatorier, samt rehabilitering.

Praksissektor i øvrigt: Fodstatus og forebyggende fodterapi ved privatpraktiserende fodterapeut. Øjenscreening ved privatpraktiserende øjnlæger. Forebyggelse og behandling ved privatpraktiserende tandlæge.

Mennesker med type 2-diabetes er en heterogen gruppe, hvor sygdomsforløbet kan være meget forskelligt, strækkende sig fra symptomløs diabetes diagnosticeret ved screening til en debut med svær hyperglykæmi, der kræver hospitalsindlæggelse.

Forløbene bør ske i et formaliseret tværfagligt og tværsektorielt samarbejde mellem praksissektoren, sygehuse og kommuner om sundhedsfaglige indsatser. Indsatser bør følge et forløbsprogram, der er aftalt i regionen i regi af sundhedsaftalerne.

Indsatsen bør videst muligt understøtte patientens evne til egenomsorg; det vil sige til selv at tage vare på sin sygdom og indgå i et aktivt samarbejde med de sundhedsprofessionelle, der omgiver patienten. Derfor bør indsatsen ske tæt på patientens/familiens eget miljø og gerne i samspil med lokalsamfundet.

7.2 Ansvar og opgavevaretagelse

7.2.1 Ansvar for behandling og opfølgning

Den praktiserende læge skal som udgangspunkt fungere som tovholder for de fleste patienter med type 2-diabetes, der er tilmeldt den praktiserende læges praksis. De fleste forløb starter endvidere med, at diabetes-diagnosen stilles i almen praksis, behandlingen igangsættes og fortsætter dér.

Hvis patienten følges i sygehusregi, og den behandlingsansvarlige læge for diabetesbehandlingen dermed er sygehuslæge, fungerer almen praksis stadig som tovholder for patienten i forhold til eventuel øvrig behandling af andre sygdomme.

Det anslås, at 85-90 pct. af patienter med type 2-diabetes i dag følges i almen praksis (som udgangspunkt patienter på niveau 1 og 2, jf. tabel 2). Resten (som udgangspunkt patienter på niveau 3, jf. tabel 2) følges i hospitalernes diabetesambulatorier. Visitationskriterier (se afsnit 7.2.2) og kompetencer i almen praksis er afgørende for, om patienternes behandling skal varetages i almen praksis. Eksempelvis varierer lægernes kompetence til at påbegynde og styre en insulinbehandling.

I primærsektoren er den praktiserende læge ansvarlig for at tilbyde patienten henvisning til screening for komplikationer, idet øjenscreening typisk foregår og styres af privatpraktiserende øjenlæge og fodstatus af autoriseret praktiserende fodterapeut. Da patienterne selv kan etablere en kontrol hos en praktiserende øjenlæge, er det ikke aftalt, at der obligatorisk meldes tilbage til den behandlingsansvarlige læge for diabetesbehandlingen (på sygehus eller i almen praksis, afhængig af hvor patienten følges), mens fodterapeuternes systematiske fodstatus obligatorisk tilbagemeldes til praksis. Det er imidlertid altid hensigtsmæssigt, at der meldes tilbage fra den praktiserende øjenlæge til den praktiserende læge.

Almen praksis er ansvarlig for at tilbyde årlig kontrol til de patienter, der følges i almen praksis (som udgangspunkt patienter på niveau 1 og 2, jf. tabel 2)). Ambulatoriet er ansvarlig for at tilbyde årlig kontrol til de patienter, der følges der (som udgangspunkt patienter på niveau 3, jf. tabel 2).

7.2.2 Opgavevaretagelse – sundhedsfaglig rehabilitering

Nærværende anbefalinger er baseret på den generelle opgavedeling mellem sygehus, almen praksis og kommune, som fremgår af sundhedsloven, forløbsprogrammerne og sundhedsaftalerne. Det betyder blandt andet, at der kan være forskelle mellem regionerne og internt i regionerne. Imidlertid er udviklingen siden kommunalreformen, hvor kommunerne overtog ansvaret for den borgerrettede forebyggelse og dele af den patientrettede forebyggelse og genoptræning, gået i retning af, at en større og større del af den sundhedsfaglige rehabilitering varetages i kommunalt regi. Dette følger den generelle udvikling i sundhedsvæsenet med en øget specialisering på sygehusene, kortere indlæggelsestider og nye og mere komplekse opgaver, der varetages i kommunalt regi, herunder den sundhedsfaglige rehabilitering.

Denne udvikling vurderes generelt at være hensigtsmæssig, da en forankring af den sundhedsfaglige rehabilitering i kommunalt regi dels muliggør en bedre sammenhæng til andre kommunale rehabiliteringsindsatser, herunder ydelser fra forskellige forvaltningsområder fx mellem sundheds- og socialområdet, så potentialet reelt bliver udnyttet, og dels reducerer den organisatoriske variation af hensyn til aktørernes overblik og arbejdsrutiner. Samtidig vil det øge kommunernes tilgang af borgere til forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser og dermed bedre forudsætningerne for en hensigtsmæssig kapacitet og kvalitet.

Et højt fagligt niveau i kommunalt regi vil imidlertid forudsætte, at de fornødne kompetencer hos de sundhedsprofessionelle er til stede. Dette bør understøttes af videndeling med og løbende kompetenceudvikling hos og i samarbejde med sundhedsprofessionelle i hospitalsregi.

Hvis patientgrundlaget i den enkelte kommune ikke er tilstrækkeligt stort til, at det er muligt at varetage rehabiliteringsindsatser på det anbefalede niveau, anbefales det, at indsatsen eller dele heraf varetages i et tværkommunalt samarbejde. Dette kan fx være henvisning til tilbud i en samarbejdskommune eller et løbende samarbejde om faglig sparring, kvalitetssikring, kompetenceudvikling mv.

På den baggrund anbefales det, at opgavefordelingen med hensyn til opsporing, behandling og rehabilitering af mennesker med type 2-diabetes fortsat følger den øvrige udvikling på sundhedsområdet, således at den sundhedsfaglige rehabilitering i stadig højere grad varetages i kommunalt regi. Der kan dog være særlige lokale forhold, som taler for en anden organisatorisk forankring fx kommunestørrelse, afstande mellem sygehuse og kompetencer.

Udviklingen bør ske styret og den løbende ændrede opgavefordeling skal aftales lokalt i regi af sundhedsaftalerne og tilpasses i forløbsprogrammerne.

7.3 Henvisning af patienter med type 2-diabetes

7.3.1 Henvisning til kommunale sundhedsfaglige rehabiliteringstilbud

Den praktiserende læge og sygehuslægen skal for alle patienter med type 2-diabetes overveje relevansen i at henvise til sundhedsfaglige rehabiliteringstilbud i kommunalt regi. Der anvendes en elektronisk henvisning efter gældende national standard. Henvisning bør overvejes både i forbindelse med den indledende udredning og i forbindelse med årskontrol.

7.3.2 Henvisning fra almen praksis til sygehus – visitationskriterier

Dansk Endokrinologisk Selskabs nationale behandlingsvejledning (NBV) for type 2-diabetes har fastlagt, at patienter der opfylder ét eller flere af følgende kriterier skal henvises til behandling på hospital:

- Type 1-diabetes
- Svært regulerbar diabetes og/eller tendens til hypoglykæmi
- Behandlingsmålet kan ikke opnås i almen praksis
- Signifikante komplikationer, fx fodproblemer, nefropati og svær retinopati (proliferativ og maculopati)
- Kvindelige diabetespatienter med graviditet eller graviditetsønske.

(Dansk Endokrinologisk Selskab 2014 a).

8 Referencer

Beck, AM. Notat til anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til patienter med kroniske sygdomme i forhold til en ernæringsindsats. Sundhedsstyrelsen 2015
<http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/folkesygdomme/kronisk-sygdom/forloebplaner/~media/34BDFC15093F4F95A4EA2ADB2EEC68A0.ashx>

Beyer, N. Lund H., Klinge K. Træning – i forebyggelse, behandling og rehabilitering. 2. udgave, København 2007

Chakkarwar VA. Smoking in diabetic nephropathy: sparks in the fuel tank? World J Diabetes. 2012 Dec 15;3(12):186-95. doi: 10.4239/wjd.v3.i12.186.

Dansk Diabetes Database. National årsrapport 2013/2014.
https://www.sundhed.dk/content/cms/87/4687_kom_årsrapport_diabetes_2013_14_28082014_final_offentliggørelse.pdf

Dansk Endokrinologisk Selskab, 2014^a. Behandling og kontrol af type 2 diabetes.
<http://www.endocrinology.dk/index.php/1-diabetes-mellitus/nbv-endokrinologi-behandling-og-kontrol-af-type-2-diabetes-t2d-diabetes-arskontrol-nyopdaget-diabetes-2-peroral-behandling-insulin-behandling-kolesterolbehandling-blodtryksbehandling-glp1-og-dpp4>

Dansk Endokrinologisk Selskab, 2014^b. Den diabetiske fod.
<http://www.endocrinology.dk/index.php/1-diabetes-mellitus/4-den-diabetiske-fod>

Dansk Endokrinologisk Selskab og Dansk Selskab for Almen Medicin, 2014.
Guidelines for type 2 diabetes, revision, <http://www.dsam.dk/flx/publikationer/>

Dansk Selskab for Almen Medicin, 2012^a. Type 2-diabetes. Et metabolisk syndrom.
<http://vejledninger.dsam.dk/type2/>

Dansk Selskab for Almen Medicin, 2012^b. Insulinbehandling af patienter med type 2-diabetes.
<http://vejledninger.dsam.dk/insulinbehandling/>

Diabase. Opdaterede resultater til national årsrapport 2013/2014.
https://www.sundhed.dk/content/cms/87/4687_opdateret_aarsrapport_diabase_2013-2014_dec_2014_endelig.pdf

Diabetesstyregruppen, 2004. *Det gode patientforløb samt senkomplikationer – afrapportering til Diabetesstyregruppen den 4. oktober 2004.*

Drivsholm T. www.kveap.dk (maj 2010)

Foreningen af Kliniske Diætister. Rammeplaner for individuel diætbehandling for specifikke sygdomsgrupper. 2015

Inzucchi SE, Nauck M, Bergenstal RM et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: A patient-centered approach. Position statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Diabetes Care 2012; 35:1364-79

Jørgensen ME et al. Reduced incidence of lower-extremity amputations in a Danish diabetes population from 2000 to 2011. *Diabet Med.* 2014 Apr;31(4):443-7. doi: 10.1111/dme.12320. Epub 2013 Oct 21.

KORA. Baggrundsnotat – Til anbefalinger for patientrettede forebyggelsestilbud i forhold til fysisk træning i kommunerne. København 2015

Lassen B et al. 2014 revision: Insulinbehandling af type 2 diabetes. Guidelines for type 2-diabetes.
http://www.dsam.dk/files/11/insulinbehandling_af_patienter_med_type_2_diabetes_rev2014.pdf

Look AHEAD Research Group. Long-term effects of a lifestyle intervention on weight and cardiovascular risk factors in individuals with type 2 diabetes mellitus: four-year results of the Look AHEAD trial. *Arch Intern Med* 2010; 170:1566-75.

Qvist P (2008): *Ugeskrift for Læger*; 170: 3235-8

Region Hovedstaden. Forløbsprogram for type 2 diabetes. 2009:1-49.
http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/418D8911-705B-4276-B9C9-69E3B314DED9/0/Forloepsprogram_Diabetes_LR.pdf

Region Hovedstaden, 2015. Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed. Sundhedsprofil 2013 – Kronisk sygdom.
<https://www.regionh.dk/fcfs/publikationer/Documents/Sundhedsprofil%202013.pdf>

Region Midtjylland, 2012. Forløbsprogram for type 2 diabetes. (2.rev.udg.): 1-45.
<http://www.regionmidtjylland.dk/files/Sundhed/Sundhedsstaben/Regionalt%20Sundhedssamarbejde/KRONISK%20SYGDOM/kronikeromraadet/diabetes%20type%202/Forloepsprogram%20for%20diabetes%20-%20oktober%202012.pdf>

Region Nordjylland, 2011. Forum for type 2 diabetes. Sygdomsspecifik sundhedsaftale for type 2 diabetes: 1-11.
http://www.rn.dk/Sundhed/Til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/Kronikerindsatsen/Sundhedsfaglige-referencegrupper/Det-Tvaersektorielle-Forum-for-Diabetes-Type-2/~media/Rn_dk/Sundhed/Til%20sundhedsfaglige%20og%20samarbejdspartnere/Kronikerindsatsen/Diabetes/Sygdomsspecifikaftale_for_Type_2_Diabetes_2011.doc.ashx

Region Sjælland, 2010. Forløbsprogram for type 2 diabetes. Et sammenhængende sundhedsvæsen med borgeren i centrum: 1-59. <http://www.regionsjaelland.dk/Sundhed/kronikerportal/projekter-forloepsprogrammer/Documents/Forloepsprogram4118227932.pdf>

Region Syddanmark, 2010. Det administrative kontaktforum under Sundhedskoordinationsudvalget. Forløbsprogram for diabetes 2 i Region Syddanmark: 1-49.
<http://www.regionsyddanmark.dk/wm280603>

Snorgaard O et al. Farmakologisk behandling af type 2 diabetes. 2014 revision. Guidelines for type 2 diabetes. http://www.dsam.dk/files/11/farmakologisk_behandling_af_type_2_rev_2014.pdf

Sundhedsstyrelsen. Diabetesregisteret.

<http://www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/Registre%20og%20kliniske%20databaser/De%20nationale%20sundhedsregistre/Sygdomme%20leagemidler%20behandlinger/Diabetesregisteret.aspx>

Sundhedsstyrelsen 2003. Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering. MTV-rapporten ”Type 2-diabetes. Medicinsk teknologivurdering af screening, diagnostik og behandling”; 5(1).

Sundhedsstyrelsen, 2005. Kronisk sygdom, patient, sundhedsvæsen og samfund: 1-12.
http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/publ2005/PLAN/kronikere/krsgd_konfavisnet05.pdf

Sundhedsstyrelsen, 2008. Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – generisk model og forløbsprogram for diabetes: 1-97.
http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/publ2008/Plan/Kronisk/kronisk_forloebprogrammer2008.pdf

Sundhedsstyrelsen, 2011. Fysisk aktivitet – håndbog i forebyggelse og behandling.

Sundhedsstyrelsen 2012. Kvalitetssikring af patientuddannelse.

Sundhedsstyrelsen, 2015. National klinisk retningslinje for rehabiliterende sundhedsindsatser til patienter med type 2 diabetes.

Umpierre D et al., 2011. Physical activity advice only or structured exercise training and association with HbA1c levels in type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. JAMA 2011; 305:1789-97.

World Health Organization & The World Bank, 2011. World Report on Disability, 2011.

Zinman B, Wanner C, Lachin JM, Fitchett D, Bluhmki E, Hantel S, Mattheus M, Devins T, Johansen OE, Woerle HJ, Broedl UC, Inzucchi SE; EMPA-REG OUTCOME Investigators. N Engl J Med. 2015 Sep 17. [Epub ahead of print]

Region Nordjylland, Fyrkildevvej 7, Postboks 9220 Aalborg Ø, 9000 Aalborg

Sundhedsstyrelsen,
Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud

Att.:
Jette Jul Bruun
Enhedschef

Patientforløb
Sundhed på tværs
Karin Bang Andersen
Konsulent
Direkte: +4541181525
kba@rn.dk

4. januar 2016

Høringssvar vedr.: Tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes - Anbefalinger for opsporing, diagnostik, behandling, rehabilitering og opfølgning

Sundhedsstyrelsen har i mail af 30. november 2015 sendt den kommende udgivelse "Tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes - Anbefalinger for opsporing, diagnostik, behandling, rehabilitering og opfølgning" i offentlig høring.

Region Nordjylland har ikke bemærkninger til høringsmaterialet. Region Nordjylland har netop været igennem en revidering af Sundhedsaftalen for Diabetes Type 2, og Region Nordjyllands reviderede sundhedsaftale falder fint i tråd med de kommende nationale anbefalinger.

Med venlig hilsen

Charlotte Larsen
Kontorchef

**Høringssvar vedr. anbefalinger for tværsektorielle patient-forløb for mennesker med type 2-diabetes**DATO
21. december 2015

SAGSNR.

Kalundborg Kommune takker for muligheden for at afgive høringssvar.

Vores eneste kommentar knytter sig til afsnit 7.1 "Arbejdsdeling og samarbejde mellem aktører" s. 40. Her fremhæves det, at kommunerne eventuelt kan varetage systematiske opsporende aktiviteter blandt målgrupper med høj risiko for type 2-diabetes. Vi er enige i, at dette vil være hensigtsmæssigt, men gør opmærksom på, at ifølge de gældende regler må sygeplejersker ikke foretage blodsuktermåling uden lægeordination, hvilket vanskeliggøre dette.

Kontakt

Sagsansvarlig:
Janne Kunchel Lorenzen
Sundhedsstaben

E-mail:
Janne.Lorenzen@kalundborg.dk
Telefon, direkte: 59 53 53 82

Kalundborg Kommune
Holbækvej 141B
4400 Kalundborg
www.kalundborg.dk
Telefon, omstilling: 59 53 44 00

Att.: Sundhedsstyrelsen
Axels Heides Gade 1
2300 København S

Sundhedsområdet
Sundhedssamarbejde og Kvalitet
Kontakt: Anders Fournaise
Anders.Fournaise@rsyd.dk
Direkte tlf. 2482 4315

30-12-2015
Side 1/3

Høringssvar vedrørende Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger for tværsektorielle patientforløb for mennesker med type 2-diabetes"

Sundhedsstyrelsen har den 30. november 2015 fremsendt høringsudkast til "Anbefalinger for tværsektorielle patientforløb for mennesker med type 2-diabetes". Region Syddanmark fremsender hermed sit høringssvar.

Generelle bemærkninger:

Anbefalingerne fremtræder velskrevet og gennearbejdet. Den endelige udgave af anbefalinger vil indgå i revideringen af Region Syddanmarks forløbsprogram for mennesker med diabetes. Dette arbejde er forankret i Sundhedsaftalen og forventes igangsat ultimo 2016/primus 2017

Region Syddanmark har i høringsprocessen involveret de somatiske sygehusenheder og det tværregionale Diabetesudvalg Region Syddanmark (DURS). I det følgende findes deres uddybende bemærkninger til høringsudkastet.

Odense Universitetshospital
Endokrinologisk afdeling M

Afsnit 3.3 og 3.4.1 (herunder tabel 1) samt afsnit 6.2 tabel 4

Det bør tilføjes, at man ved slanke patienter med negative GAD-antistoffer og familiær disposition i flere generationer bør overveje Maturity Onset Diabetes of the Young (MODY) og lave en gentest. Det drejer sig om ca. 2% af DM-pt. Testen er let tilgængelig på de genetiske afdelinger med hurtig svarafgivelse og koster 7-8000 kr. Diagnosen har stor betydning for behandlingen af den aktuelle pt. og familiemedlemmer.

Afsnit 5 Farmakologisk behandling, indledning,

I sidste linje - tillæg af en SGLT-2-hæmmer..... effekt af mortaliteten og den kardiovaskulære risiko - bør tilføjes "*hos patienter med kendt hjertesygdom*"

Afsnit 5.2 Lipidsænkende behandling:

Bør der sættes en nedre aldersgrænse for statinbehandling?

Endokrinologisk afdeling M - ambulatorium

Det psykologfaglige er på flere områder fint repræsenteret i de nye anbefalinger fx som udredningsparameter (afsnit 3.4.4.) Der mangler dog viden om, hvilke psykosociale parametre der

skal måles på, og om andre faggrupper end psykologer på nuværende tidspunkt besidder tilstrækkelig viden og kompetencer til at foretage vurderingen. Det er positivt, at der sættes fokus på rehabilitering med sigte på større livskvalitet for patienten (afsnit 4).

Afsnit 2.2 Senkomplikationer og komorbiditet

Bør det anføres, at depression er komorbid til diabetes og at risikoen for depression er væsentligt forhøjet ved type 2-diabetes. Der er store overlap mellem de livsstilsrelaterede faktorer der disponere for hhv. diabetes og depression.

Afsnit 3.5 Vurdering af andre helbredsmæssige problemer ved diabetes

Det er godt, at der sættes fokus på at psykiske problemstillinger bør undersøges forud for en iværksættelse af livsstilsændringer.

Afsnit 4.1.1 Indhold i patientuddannelser

Patientuddannelserne bør fokusere på patientens accept af deres sygdom, det er helt afgørende for patienternes compliance til behandlingen samt motivation for forandring.

Sydvestjysk Sygehus
Endokrinologisk afdeling

Afsnit 1.2 Vidensgrundlag

Side 5, linie 1 + fodnote: Hvorfor anvendes NICE-guidelines og ikke anvende ADA/EASD guidelines?

Afsnit 3.4.1 Klinisk og biokemisk status

Side 12, tabel 1: Det bør anføres at når der tages c-peptid skal dette foregå på sygehus lab samt at prøver skal tages fastende.

Afsnit 3.4.2 Formidling af viden om diabetessygdommen og oplæring blodglukosemåling

Side 13: Der bør tilføjes afsnit omkring blodglukosemåling ved bilkørsel samt generelt omkring kørekortproblematik.

Afsnit 3.4.3 Screening for komplikationer – inklusiv hjertekarsygdom

Side 14, Undersøgelse for kardiovaskulær sygdom: Der bør tages EKG på diagnosetidspunktet.

Afsnit 4.1. Patientuddannelse

Side 19: "Der er evidens for en gunstig effekt af sygdomsspecifik uddannelse og ...": Der bør anføres referencer der viser dette.

Afsnit 4.1.2 Kompetencekrav

Side 20: "Undervisere bør som hovedregel..." Dette skal ændres til: "Undervisere skal have en sundhedsfagligog de skal have relevant erfaring"

Afsnit 5.1.1 Valg af glukosesænkende lægemiddel

Side 27: 2. afsnit: "Ved valg af glukosesænkende lægemiddel har lægemidlets..." bør ændres til: "Ved valg af glukosesænkende lægemiddel skal der ses på lægemidlets..."

Side 28: Tabel 3 tekst: "Effekt af SGLT2 hæmmeren empagliflozin ..." bør omformuleres, det står ikke klart.

Der bemærkes herudover, at der ikke er anført en forfatterliste i anbefalingen.

Venlig hilsen



Kurt Æbelø
Konstitueret afdelingschef

Kommentarer til "Anbefalinger til tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes".

Vi synes, at det generelt er en rigtig fin anbefaling.

Vi har dog følgende kommentar til afsnit 7.3.2. på side 42, som drejer sig om henvisning af patienter med type 2 diabetes til sygehus/endokrinolog.

Vi mener, at det også er relevant at inddrage DSAMs to reviderede behandlingsvejledninger fra 2014, når der tages stilling til behandling på hospital.

I disse vejledninger anbefales generelt henvisning til hospital/endokrinolog

- Ved behandling med GLP-1 analog i kombination med insulin
- Ved behandling med SGLT-2 hæmmer
- Ved behandling med mere end 3 anti-hyperglykæmiske lægemidler
- Læger med få patienter og beskeden erfaring med insulinbehandling kan vælge at starte med basal insulinregime, og hvis behandlingsmålet ikke nås henvise til lokalt diabetescenter med henblik på overgang til blandingsinsulin 2 gange dagligt eller basal/bolus behandling.
- Ved behandling med 3-4 eller flere antihypertensiva

Vi synes, at dette bør fremgå af Afsnit 7.3.2. på side 42.

Mvh

Hans J. Gjessing

Overlæge

Ulla Linding Jørgensen

Diabetessygeplejerske

Diabetesamb.

Fredericia sygehus

Borgmesterforvaltningen

Sundhedssekretariatet

Ørbækvej 100
5220 Odense SØ

www.odense.dk

DATO
4. januar 2016REF.
HEJHEKSPEDITIONSTID
mandag-onsdag 8.00-15.30
torsdag 8.00-17.00
fredag 8.00-12.30

Sundhedsstyrelsen

Forebyggelse og Borgernære tilbud

Att. Kirsten Hansen

Odense Kommunes høringssvar vedrørende "Tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes - Anbefalinger for opsporing, diagnostik, behandling, rehabilitering og opfølgning"

Hermed fremsendes Odense Kommunes høringssvar på høringsudkastet "Tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes - Anbefalinger for opsporing, diagnostik, behandling, rehabilitering og opfølgning". Høringssvaret indeholder dels generelle kommentarer og dels specifikke kommentarer.

Generelle kommentarer

Odense Kommune finder det positivt, at der igen sættes fokus på opsporingen, behandlingen, rehabiliteringen og opfølgning på kvaliteten af forløbet for borgere med type 2-diabetes, for der er ingen tvivl om, at diabetes kan have store omkostninger for det enkelte menneske og store økonomiske omkostninger for samfundet.

Det er overordnet set et brugbart redskab, som de enkelte regioner og kommuner i samarbejde kan bruge til at udarbejde lokale forløbsprogrammer.

Det kan konstateres, at implementering af anbefalingerne vil påføre kommunerne mange ekstra opgaver og derved udgifter – fx tidlig opsporing, patientuddannelse til en større målgruppe og opfølgning efter 3,6 og 12 måneder.

Odense Kommune finder det ikke hensigtsmæssigt, at Sundhedsstyrelsen kommer med anbefalinger, hvor der ikke findes evident viden, som det er tilfældet med flere af anbefalingerne til de kommunale indsatser. Her bør Sundhedsstyrelsen og kommunerne i langt højere grad samarbejde om at skabe evident viden, før der kommer nationale anbefalinger.

Generelt bør anbefalingerne gennemskrives således, at der er konsistens i, hvornår der skrives diætbehandling, og hvornår der skrives ernæringsindsats. Diætbehandling, er en konkret individuel behandlingsindsats, der vel ordineres af en læge, mens en ernæringsfaglig indsats er en indsats målrettet borgerens livsstil, der kan bero på Sundhedsstyrelsen anbefaling Små skridt, og hvor man med fordel kan benytte sig af de sundhedspædagogiske virkemidler i en gruppedynamik.

Sundhedsstyrelsen kan overveje at henvise til de kliniske retningslinjer for området i stedet for at være meget specifik i anbefalingerne for opsporing, diagnostik, behandling, rehabilitering og opfølgning, da de kliniske retningslinjer ændres løbende, formentlig i modsætning til Anbefalingerne for opsporing, diagnostik, behandling, rehabilitering og opfølgning.

Endeligt anbefaler Odense Kommune, at Sundhedsstyrelsen udarbejder analyser på omkostninger versus gevinster ved implementering af anbefalingerne. Og peger på finansiering af de nye indsatser, der anbefales.

Specifikke kommentarer

1.1. baggrund og formål: Den systematiske tidlige opsporing fremgår som et mål som anbefalingerne skal medvirke til. Det anbefales, at dette mål også gøres tydeligt i resten af afsnittet, hvor der kun er fokus på borgere, der allerede har Diabetes 2.

Andet sidste afsnit: Hvem har ansvaret for at udarbejde de omtalte retningslinjer? Det anbefales, at hierarkiet i de forskellige dokumenter, der skal udarbejdes, tydeliggøres med henblik på at skabe et overblik, der jongleres med mange begreber fx: kliniske retningslinjer, anbefalinger, retningslinjer, forløbsplaner – hvad kommer først og sidst? Dette kan gøres i en faktaboks.

Sidste afsnit: Af de foregående afsnit fremgår det, at anbefalingerne forventes indarbejdet i de regionale forløbsprogrammer. Det bør være tydeligt, om anbefalingerne retter sig til samarbejdsfora mellem almen praksis, sygehuse og kommuner eller om anbefalingerne retter sig direkte til sundhedspersonalet.

3.1.2 Opsporing i kommunerne

Kommunerne anbefales at benytte validerede spørgeskemaer til at opspore. Findes der et sådan skema, bør der være en henvisning til spørgeskemaet – alternativt bør det fremgå, at spørgeskemaet skal udvikles og afprøves.

Det fremgår i afsnittet, at der er meget lille viden om effekt af, at kommuner foretager opsporing – Sundhedsstyrelsen bør derfor være primus motor i samarbejde med kommunerne om at skaffe den nødvendige viden, så vi nationalt kan gå i den samme retning med det mål, at færre udvikler Diabetes 2.

4.1.1. Indhold i patientuddannelsen

Hele afsnittet bør gennemskrives, hvor ordet diæt ændres til ernæring eller kost. Langt de fleste borgere med diabetes skal ændre deres madvaner men ikke på diæt.

Under dot 3 Blodsuktermåling, foreslås, at følgende tilføjes: (...), som et supplement til behandlingsindsatsen, hvor patienten er introduceret til praktisk anvendelse af målingsmetoden.

4.2.1 Indhold i ernæringsindsatsen

Det skal være tydeligt, hvornår der er tale om en ernæringsindsats og en diætbehandling. Diætbehandling er en konkret individuel behandlingsindsats, der ordne-

res af en læge, mens en ernæringsfaglig indsats er en indsats målrettet borgernes livsstil, der kan bero på Sundhedsstyrelsen anbefaling Små skridt, og hvor man med fordel kan benytte sig af de sundhedspædagogiske virkemidler i en gruppedynamik.

I kommunerne taler vi ikke om diæt og ernæring, men om kost, måltider og madvaner.

5.1.2

Afsnittet om insulin på side 31, det anbefales, at det fremgår af anbefalingerne, hvor man kan få den nyeste viden om den anbefalede medicin for målgruppen.

6.4 Opfølgning i kommunerne

Sundhedsstyrelsen anbefaler opfølgning efter 3, 6, og 12 måneder, samt hvert 2.-5 år efter behov. Er der evident viden for, at denne indsats virker? Odense Kommune anbefaler, at afsnittet ændres til at almen praksis eller sygehuset ved de årlige kontroller foretager denne opfølgning og henviser til yderligere opfølgning i kommunerne, når der er behov for dette?

Venlig hilsen



Heidi Juul Madsen
Sundhedschef

Direkte tlf. +4565511317

E-mail hejh@odense.dk

Notat

Sundhedsstyrelsen
Forebyggelse og borgernære sundhedstilbud
fobs@sst.dk

Høringssvar Tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes – Anbefalinger for tidlig opsporing, diagnostik, behandling

Albertslund Kommune har modtaget udkast til den kommende udgivelse Tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes – Anbefalinger for tidlig opsporing, diagnostik, behandling, rehabilitering og opfølgning

Vi vil gerne indledningsvist anderkende, at arbejdsgruppens arbejde med Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Albertslund Kommune finder det positivt at der med anbefalingerne sættes fokus på samarbejde og høj ensartet kvalitet.

Det er meget nødvendigt at der arbejdes systematisk med indsatserne, således at borgere med type 2-diabetes opspores tidligere end nu. Potentialet for at opspore og behandle borgere med type 2-diabetes er stort, da andelen af borgere med diagnosticeret type 2-diabetes er steget fra Region Hovedstadens Sundhedsprofil 2010 til 2013. Sammenholdes disse resultater med Sundhedsstyrelsens nye rapport fra 2015 'Sygdomsbyrden i Danmark', som viser at antallet af nye sygdomstilfælde i perioden 2010-2012, som ligger i top tre er diabetes.

Mange borgere bliver generelt set først kendte med type 2-diabetes, når deres type 2-diabetes har udviklet sig til give dem komplikationer eller senkomplikationer. Derfor er sundhedspersonalets rolle - både på hospitalerne, kommunerne og ikke mindst almen praksis' rolle meget vigtig. Således at borgerne opspores tidligere end tilfældet er nu. Antallet af borgere, som henvises fra almen praksis bør være højere, således at kommunerne hurtigere kan sætte ind i forhold til behandlingen af disse.

For at dette skal kunne lykkes er organiseringen, herunder opgave og ansvarsdeling en meget vigtig faktor for at kunne styrke kvaliteten i arbejdet med type 2-diabetes.

Med venlig hilsen

Niels Carsten Bluhme
Områdedirektør By, Kultur, Miljø & Beskæftigelse

Dato: 17. december 2015
Sags nr.: 15/18504
Sagsbehandler: EME

Børn, Sundhed og Velfærd
Sundhed, Pleje & Omsorg

Albertslund Kommune
Nordmarks Allé
2620 Albertslund

www.albertslund.dk
albertslund@albertslund.dk

T 43 68 68 68

Albertslund Kommune

Høringssvar

Tværasektorielle forløb for mennesker med type 2 – diabetes. Anbefalinger for opsporing, diagnostik, behandling, rehabilitering og opfølgning.

Lægeforeningen og Praktiserende Lægers Organisation (PLO) har modtaget ovennævnte anbefalinger til høring fra Sundhedsstyrelsen. På baggrund af indhentede bemærkninger til anbefalingerne i både Lægeforeningen og PLO afgiver Lægeforeningen og PLO hermed et fælles høringssvar.

Overordnede bemærkninger:

Lægeforeningen skal helt overordnet bemærke, at anbefalinger i form af faglig rådgivning fra Sundhedsstyrelsen, har en vejledende og ikke forpligtende karakter. Som følge heraf bør der generelt i anbefalingerne skrives "bør" og "kan" og ikke "skal" i forhold til retningslinjerne for praktiserende lægers og speciallægers tilbud til diabetespatienter. Der refereres i høringssvaret til de gældende kliniske retningslinjer, som medsendes her.

Konkrete bemærkninger:

Praktiserende Lægers Organisation har følgende kommentarer til anbefalingerne:

Det fremgår af vejledningens side 40, at den praktiserende læge, som udgangspunkt skal fungere som tovholder for de fleste patienter med type 2-diabetes, der er tilmeldt den praktiserende læges praksis. "Skal" bør ændres til "bør".

Det fremgår videre på side 41, "I primærsektoren er den praktiserende læge ansvarlig for at tilbyde patienten henvisning til screening for komplikationer, idet øjenscreening typisk foregår og styres af privatpraktiserende øjenlæge og fodstatus af autoriseret praktiserende fodterapeut. Da patienterne selv kan etablere en kontrol hos en praktiserende øjenlæge, er det ikke aftalt, at der obligatorisk meldes tilbage til den behandlingsansvarlige læge for diabetesbehandlingen (på sygehus eller i almen praksis, afhængig af hvor patienten følges), mens fodterapeuternes systematiske fodstatus obligatorisk tilbagemeldes til praksis. Det er imidlertid altid hensigtsmæssigt, at der meldes tilbage fra den praktiserende øjenlæge til den praktiserende læge. "

Almen praksis er ansvarlig for at tilbyde årlig kontrol til de patienter, der følges i almen praksis (som udgangspunkt patienter på niveau 1 og 2, jf. tabel 2)). Ambulatoriet er ansvarlig for at tilbyde årlig kontrol til de patienter, der

Sundhedspolitik og Kommunikation

Jr. / 2015 - 2786

Domus Medica
Kristianiagade 12
2100 København Ø

Tlf.: 3544 8500
Tlf.: 35448222 (direkte)
E-post: dadl@dadl.dk
E-post: kda@DADL.DK (direkte)
Fax:
www.laeger.dk



følges der (som udgangspunkt patienter på niveau 3, jf. tabel 2). Det fremgår ikke af overenskomsten. Ydelse 0120 kan afregnes i forbindelse med faglig vejledning.

Anbefalingerne vil, som de foreligger i udkast, således umiddelbart medføre, at de praktiserende læger vil blive pålagt merarbejde, i form af gentagne screeninger for komplikationer. PLO skal derfor opfordre til, at anbefalingerne, før de træder i kraft, vurderes af overenskomstens parter med henblik på en beskrivelse og nøjagtig vurdering af opgavens omfang. På denne baggrund kan implementering forhandles mellem PLO og RLTN.

Endvidere har PLO følgende bemærkning til figur 1 på vejledningens side 9, i forhold til de dimensioner, der ligger bag figuren. Det drejer sig om de patienter, der ikke har diabetes, altså $Hgba1c < 48$ og samtidig har en hjertekar-risikoscore over 5%. Hvis deres BS ligger over 42, skal de have en årlig "DM-undersøgelse". Hvis deres BS ligger under 42 skal de have en undersøgelse hvert 3. år (nederste del af figuren).

Der er ca. 300.000 danskere, der har diagnosen DM (type II). Hvor mange danskere regner Sundhedsstyrelsen med, at der ligger i boksen til venstre ($BS > 42$), som jo ikke har diagnosen? og hvor mange danskere regner vi med ligger i boksen til højre ($BS < 42$), som jo heller ikke har diagnosen?

Det bør fremgå af vejledningen (formentlig under punkt 2.1), hvor mange konsultationer og laboratorieundersøgelser ovennævnte grupper egentlig står for, hvis almen praksis skal undersøge dem alle.

Danske Øjenlægers Organisation har nedenstående bemærkninger til anbefalingerne og processen. Herudover er vedhæftet de udarbejdede kliniske retningslinjer på området.

Indledningsvis vil Danske Øjenlægers Organisation rette kritik af, at der ikke har været repræsentation af øjenlæge fra enten Dansk Ophthalmologisk Selskab eller Danske Øjenlægers Organisation i arbejdsgruppen. Ifølge Diabetesforeningens undersøgelser er den senkomplikation, som diabetespatienterne frygter allermost, blindhed grundet diabetesforandringer på nethinden. Diabetespatienter indgår i et livslangt kontrolforløb hos landets praktiserende øjenlæger eller i landets øjenambulatorier. Øjenlæger indgår således som en vigtig brik i det tværsektorielle samarbejde omkring diabetespatienterne. Dette afspejles også af, at der har deltaget øjenlæger i udarbejdelsen af de regionale forløbsbeskrivelser vedrørende diabetespatienterne, hvilket også optræder i referencelisten.

Danske Øjenlægers Organisation vil gerne komme med følgende forslag til ændringer i Høringsversionen vedr. "Anbefalinger for opsporing, diagnostik, behandling, rehabilitering og opfølgning for type 2-diabetes":



I hele dokumentet er praktiserende øjenlæger benævnt: "privatpraktiserende øjenlæger". Benævnelsen bedes ændret til: "praktiserende øjenlæger". De praktiserende øjenlæger i Danmark har overenskomst med Danske Regioner og er en del af den offentlige sundhedsøkonomi.

2.1. side 6, linje 20

Diabase er en kvalitetsdatabase som alene de praktiserende øjenlæger via overenskomsten er forpligtede til at indberette til. Praktiserende øjenlæger bør nævnes som en af de instanser, der indberetter data.

3.4.3, side 13, linje 22

Afsnittet: "Undersøgelse for retinopati/øjenscreening" foreslås erstattet med følgende tekst:

"Diabetisk øjensygdom er en hyppigt forekommende komplikation ved type 2 diabetes, der er relateret til sygdommens varighed, glukoseniveau og blodtryk. Det er veldokumenteret, at intensiv medicinsk behandling af hyperglykæmi og eventuel hypertension reducerer risikoen for både fremkomst og forværring af øjensygdom ved type 2 diabetes. Øjensygdommene kan inddeles i simpel retinopati, makulopati og proliferativ retinopati. De to sidstnævnte tilstande truer synet, men er tilgængelig for behandling med laserstråler. Laserstråler kan halvere risikoen for synstab. I visse tilfælde anvendes der intrabulbære injektioner med anti-VEGF i behandlingen.

Retinopati kan som nævnt allerede være til stede, når diagnosen type 2 diabetes stilles, og alle ny diagnosticerede patienter bør henvises til øjenundersøgelse hos praktiserende øjenlæge. Efterfølgende gennemføres øjenundersøgelser med intervaller på 1-2 år. Afhængigt af graden af retinopati og regulationen af blodglukose og blodtryk kan kontrolhyppigheden øges eller i sjældne tilfælde nedsættes. Det er den øjenlæge, der varetager øjenkontrollen, der har ansvaret for at informere patienten om tidspunktet for næste kontrolbesøg. Der sendes en kort epikrise med resultatet af undersøgelsen til den behandlingsansvarlige alment praktiserende læge eller diabetesambulatorium.

Undersøgelse for retinopati kan gennemføres som fundusfotografering og/eller nethindeundersøgelse (oftalmoskopi) samt synsstyrkebestemmelse (visus). Fundusfoto anvendes ved screening, hvorefter billederne systematisk bliver vurderet ved øjenlæge. Retinopatigraden graderes efter fastlagte retningslinjer og indberettes til den Landsdækkende Kliniske Kvalitetsdatabase for Screening af Diabetisk Retinopati og Maculopati (DiaBase).

Hvis der ved den praktiserende øjenlæges undersøgelse er fundet forandringer, som kræver opfølgning eller behandling på en hospitalsbaseret diabetesøjensjænklinik, henviser den praktiserende øjenlæge videre dertil. Dette anbefales, hvis patienten har makulopati med klinisk signifikant makulødem, svær non-proliferativ diabetisk retinopati, proliferativ retinopati eller har risiko for hurtig progression. Øjenafdelingernes screeningklinikker sender en kort fo-



kuseret epikrise med konklusionen af undersøgelsen til patientens almen praktiserende læge, diabetesambulatoriet, eller begge steder, afhængigt af hvor patienten går til kontrol. ”

6.3, side 38, linje 13

Der står, at øjenundersøgelse kan foretages hver 2.-3- år. Der bør stå: ”hver 1-2 år, hvis der er god glycemisk kontrol. ” Dette jf. ” Kliniske retningslinjer for diabetisk øjensygdom – retningslinjer for screening, forebyggelse og behandling” udarbejdet af Dansk Oftalmologisk Selskab, Dansk Almenmedicinsk Selskab, Dansk Endokrinologisk Selskab og Diabetesforeningen i 2012 (se vedhæftede)

7.2.1 side 41, linje 12-17

Her står, at øjenlægen ikke er forpligtet til at tilbagerapportere til egen læge/med afd. Dette er ikke korrekt. Ifølge overenskomsten er den praktiserende øjenlæge forpligtet til at sende epikrise til behandlingsansvarlige almen praktiserende læge eller diabetesambulatorium

Til orientering vedlægges høringsbidraget fra Danske Øjenlægers Organisation som særskilt bilag.

Med venlig hilsen

Andreas Rudkøbing



10. december 2015

Sundhedsstyrelsen
Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud

Høringssvar fra Danske Øjenlægers Organisation vedr. "Anbefalinger for opsporing, diagnostik, behandling, rehabilitering og opfølgning for type 2-diabetes"

Indledningsvis vil Danske Øjenlægers Organisation rette kritik af, at der ikke har været repræsentation af øjenlæge fra enten Dansk Oftalmologisk Selskab eller Danske Øjenlægers Organisation i arbejdsgruppen. Ifølge Diabetesforeningens undersøgelser er den senkomplikation, som diabetespatienterne frygter allermost, blindhed grundet diabetesforandringer på nethinden. Diabetespatienter indgår i et livslangt kontrolforløb hos landets praktiserende øjenlæger eller i landets øjenambulatorier. Øjenlæger indgår således som en vigtig brik i det tværsektorielle samarbejde omkring diabetespatienterne. Dette afspejles også af, at der har deltaget øjenlæger i udarbejdelsen af de regionale forløbsbeskrivelser vedrørende diabetespatienterne, hvilket også optræder i referencelisten.

Danske Øjenlægers Organisation vil gerne komme med følgende forslag til ændringer i Høringsversionen vedr. "Anbefalinger for opsporing, diagnostik, behandling, rehabilitering og opfølgning for type 2-diabetes":

I hele dokumentet er praktiserende øjenlæger benævnt: "privatpraktiserende øjenlæger". Benævnelsen bedes ændret til: "praktiserende øjenlæger". De praktiserende øjenlæger i Danmark har overenskomst med Danske Regioner og er en del af den offentlige sundhedsøkonomi.

2.1. side 6, linie 20

Diabase er en kvalitetsdatabase som alene de praktiserende øjenlæger via overenskomsten er forpligtede til at indberette til. Praktiserende øjenlæger bør nævnes som en af de instanser der indberetter data.

3.4.3, side 13, linje 22

Afsnittet: "Undersøgelse for retinopati/øjenscreening" foreslås erstattet med følgende tekst:

"Diabetisk øjensygdom er en hyppigt forekommende komplikation ved type 2 diabetes, der er relateret til sygdommens varighed, glukoseniveau og blodtryk. Det er veldokumenteret, at intensiv medicinsk behandling af hyperglykæmi og eventuel hypertension reducerer risikoen for både fremkomst og forværring af øjensygdom ved type 2 diabetes. Øjensygdommene kan inddeles i simpel retinopati, makulopati og proliferativ retinopati. De to sidstnævnte tilstande truer synet, men er tilgængelig for behandling med laserstråler.



Laserstråler kan halvere risikoen for synstab. I visse tilfælde anvendes der intrabulbære injektioner med anti-VEGF i behandlingen.

Retinopati kan som nævnt allerede være til stede, når diagnosen type 2 diabetes stilles, og alle nydiagnosticerede patienter bør henvises til øjenundersøgelse hos praktiserende øjenlæge. Efterfølgende gennemføres øjenundersøgelser med intervaller på 1-2 år. Afhængigt af graden af retinopati og regulationen af blodglukose og blodtryk kan kontrolhyppigheden øges eller i sjældne tilfælde nedsættes. Det er den øjenlæge, der varetager øjenkontrollen, der har ansvaret for at informere patienten om tidspunktet for næste kontrolbesøg. Der sendes en kort epikrise med resultatet af undersøgelsen til den behandlingsansvarlige alment praktiserende læge eller diabetesambulatorium.

Undersøgelse for retinopati kan gennemføres som fundusfotografering og/eller nethindeundersøgelse (oftalmoskopi) samt synsstyrkebestemmelse (visus).

Fundusfoto anvendes ved screening, hvorefter billederne systematisk bliver vurderet ved øjenlæge. Retinopatigraden graderes efter fastlagte retningslinjer og indberettes til den Landsdækkende Kliniske Kvalitetsdatabase for Screening af Diabetisk Retinopati og Maculopati (DiaBase).

Hvis der ved den praktiserende øjenlæges undersøgelse er fundet forandringer, som kræver opfølgning eller behandling på en hospitalsbaseret diabetesøjenklinik, henviser den praktiserende øjenlæge videre dertil. Dette anbefales, hvis patienten har makulopati med klinisk signifikant makulaødem, svær non-proliferativ diabetisk retinopati, proliferativ retinopati eller har risiko for hurtig progression. Øjenafdelingernes screeningklinikker sender en kort fokuseret epikrise med konklusionen af undersøgelsen til patientens almen praktiserende læge, diabetesambulatoriet, eller begge steder, afhængigt af hvor patienten går til kontrol."

6.3, side 38, linje 13

Der står, at øjenundersøgelse kan foretages hver 2.-3- år. Der bør stå: "... hver 1-2 år, hvis der er god glycemisk kontrol." Dette jf. " Kliniske retningslinjer for diabetisk øjensygdom – retningslinjer for screening, forebyggelse og behandling" Udarbejdet af Dansk Oftalmologisk Selskab, Dansk Almenmedicinsk Selskab, Dansk Endokrinologisk Selskab og Diabetesforeningen i 2012 (se vedhæftede)

7.2.1 side 41, linje 12-17

Her står, at øjenlægen ikke er forpligtet til at tilbagerapportere til egen læge/med afd. Dette er ikke korrekt. Ifølge overenskomsten er den praktiserende øjenlæge forpligtet til at sende epikrise til behandlingsansvarlige almen praktiserende læge eller diabetesambulatorium

Med venlig hilsen

Jens Andresen
Formand
Danske Øjenlægers Organisation
E-mail: andresen@dadlnet.dk

Til

Sundhedsstyrelsen, Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud

Vedrørende offentlig høring af den kommende udgivelse "Tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes - Anbefalinger for opsporing, diagnostik, behandling, rehabilitering og opfølgning"

MSD Danmark har med interesse læst den kommende udgivelse, herefter 'Udkastet', der er blevet sendt i offentlig høring d. 30. november. Til udkastets afsnit 5 (Farmakologisk behandling) har vi følgende kommentarer, der alle udspringer af et ønske om at sikre mennesker med type 2 diabetes den bedst mulige og mest rationelle behandling:

I forbindelse med beskrivelsen af lipidsænkende behandling (afsnit 5.2) vil vi gerne henlede opmærksomheden på at der nu foreligger dokumentation for at tillæg af ezetimibe til statin-behandling medfører en reduktion af risikoen for kardiovaskulær morbiditet hos patienter med akut koronart syndrom.¹ Specifikt i forhold til Udkastet skal det fremhæves at 27 % af populationen i det tilgrundliggende studie havde kendt diabetes og at effekten, i en præspecificeret subgruppe-analyse, var mere markant i netop denne gruppe. Vi mener således, at det i den endelige udgivelse vil være relevant at fremhæve ezetimibe som tillæg til statin-behandling, idet ezetimibe er det eneste kolesterol-sænkende ikke-statin lægemiddel med dokumenteret effekt på kardiovaskulær risiko.

Der har i de senere år været fokus på den kardiovaskulære sikkerhed af glukosesænkende lægemidler, hvilket blandt andet har resulteret i udførelsen af en række meget store kardiovaskulære sikkerhedsstudier.²⁻⁴ Vi noterer os i den sammenhæng at der også i Udkastet generelt er lagt vægt på omtalen af kardiovaskulær risiko i forbindelse med beskrivelsen af de forskellige klasser af glukosesænkende lægemidler (afsnit 5.1.2). Da den kardiovaskulære sikkerhedsprofil er en meget afgørende faktor for valget af lægemiddel, vil vi foreslå at man, indenfor de enkelte klasser, specifikt fremhæver de lægemidler, hvor denne omfattende grad af dokumentation foreligger. Som eksempel vil det indenfor DPP4 hæmmer klassen være sitagliptin, alogliptin og saxagliptin baseret på henholdsvis TECOS, EXAMINE og SAVOR-TIMI studierne.²⁻⁴

Tilsvarende bliver det i beskrivelsen af sulfonylurinstofferne (afsnit 5.1.2) angivet at der for denne klasse er mistanke om øget kardiovaskulær risiko. I tabel 3 i Udkastet er der angivet faktorer af relevans for valget af glukosesænkende lægemiddel. Da denne tabel må forventes ofte at danne grundlag for et hurtigt overblik over valgmulighederne og efterfølgende valg af glukosesænkende behandling, vil det være hensigtsmæssigt at den potentielle risiko ved sulfonylurinstofferne også fremgik tydeligt af tabellen og ikke kun af den mere omfattende gennemgang i teksten. Vigtigheden heraf understreges af et nyligt præsenteret dansk registerstudie, der viser, at op mod halvdelen af de patienter, der starter i behandling med et sulfonylurinstof allerede har eksisterende kardiovaskulær sygdom.⁵ I lyset af mistanken om øget kardiovaskulær risiko må dette anses for at være et særligt u hensigtsmæssigt udskrivningsmønster for denne lægemiddelgruppe. I afsnit 5, kan overensstemmelse mellem ordlyden i teksten og en angivelse i tabellen omkring mistanken ved sulfonylurinstofferne være medvirkende til at ændre dette mønster.

I 2013 blev tilskudsstatus for GLP-1 analogerne ændret fra generelt til generelt klausuleret ud fra overvejelser omkring den betydeligt højere pris i forhold til de andre mulige 2. valg af glukosesænkende

lægemidler og at disse alternativer derfor burde søges anvendt før en GLP-1 analog.⁶

Medicintilskudsnævnets forventning til den ændrede klausulering var at den fremadrettet kunne sikre en mere rationel behandling med GLP-1 analogerne. Vi vil af samme grund opfordre til at klausulen bliver omtalt i den endelige udgivelse, særligt da den kommende udgivelse vil udgå fra Sundhedsstyrelsen, for herigennem at sikre den af Medicintilskudsnævnet tiltænkte rationelle anvendelse af lægemidlerne til behandling af type 2 diabetes.

På grund af uafklarede risici for ketoacidose og svære urinvejsinfektioner, herunder urosepsis, ved behandling med SGLT2 hæmmere, har FDA for nylig indført advarsler og anmodninger om monitorering af disse komplikationer i label for alle præparater i denne lægemiddelgruppe og har samtidigt udbedt sig post-marketing opfølgningsstudier for at afklare risikoen for ketoacidose.⁷ Ud fra et ønske om øget patientsikkerhed vil vi foreslå at der i den endelige udgivelse udbedes et øget fokus på monitorering og indberetning af disse bivirkninger under anvendelse af lægemidler tilhørende denne klasse.

Vi håber at ovenstående kommentarer vil blive taget i betragtning i færdiggørelsen af den kommende udgivelse og vi står naturligvis gerne til rådighed, såfremt der er spørgsmål til vores kommentarer eller hvis disse ønskes uddybet.

Med venlig hilsen,



Nathan Lassota MD, PhD

Medical Director, MSD Danmark

Tel: (+45) 44824496
Mob: (+45) 21278461

MSD Danmark ApS
Lautrupbjerg 4
2750 Ballerup
(+45) 44824000

E-mail: nathan.lassota@merck.com

Referencer

1. Cannon, Christopher P., et al. "Ezetimibe added to statin therapy after acute coronary syndromes." *New England Journal of Medicine* 372.25 (2015): 2387-2397.
2. Scirica, Benjamin M., et al. "Saxagliptin and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus." *New England Journal of Medicine* 369.14 (2013): 1317-1326.
3. White, William B., et al. "Alogliptin after acute coronary syndrome in patients with type 2 diabetes." *New England journal of medicine* 369.14 (2013): 1327-1335.
4. Green, Jennifer B., et al. "Effect of sitagliptin on cardiovascular outcomes in type 2 diabetes." *New England Journal of Medicine* 373.3 (2015): 232-242.
5. Rungby, Jørgen, et al. "Impact of pre-existing cardiovascular disease on treatment initiation with SU in Denmark: a registry based population study". *Diabetologia* 58.Suppl 1 (2015):S179.
6. Medicintilskudsnævnets indstilling af 2. maj 2013 til tilskudsstatus for lægemidler mod diabetes (Tilgået d. 8. december 2015 på adressen <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2013/medicintilskudsnævnets-enderlige-indstilling-til-tilskudsstatus-for-laegemidler-mod-diabetes>).
7. FDA Drug Safety Communication: FDA revises labels of SGLT2 inhibitors for diabetes to include warnings about too much acid in the blood and serious urinary tract infections. (Tilgået d. 18. december 2015 på adressen <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm475463.htm>)

Notat

Danske Fysioterapeuter



Til Sundhedsstyrelsen, Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud

Høring vedr. tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes – Anbefaling for tidlig opsporing, diagnostik, behandling, rehabilitering og opfølgning

Danske Fysioterapeuter har med interesse læst udkast til anbefalinger for tværsektorielle patientforløb for mennesker med type 2-diabetes.

Det fremgår, at superviseret og individuelt tilrettelagt fysisk træning er afgørende i rehabilitering af mennesker med type 2-diabetes. Fysioterapeuter kan sikre, at træningen lever op til anbefalingerne i forhold til intensitet, frekvens og varighed. Fysioterapeuter har nemlig viden om sygdomslære, sundhedspædagogik og træningsfysiologi, herunder færdigheder i at forebygge og behandle ved brug af fysisk træning og aktivitet.

Derfor mener vi, at anbefalingen bør være, at den fysiske træning skal ledes af fysioterapeuter. Det vil sikre, at der tages hånd om individuelle funktionsnedsættelser, ko-morbiditet og komplikationer som fx muskuloskeletale smerter og psykiske lidelser i den fysiske træning. Følgelig skal kompetencekravet til at forestå den fysiske træning præciseres, så der i stedet for betegnelsen sundhedsprofessionelle kommer til at stå fysioterapeuter.

Fysioterapeuter har – ud over specifik viden om behandling ved hjælp af fysisk aktivitet – erfaringer at trække på, idet fysioterapeuter traditionelt har varetaget opgaven. Det fremmer høj kvalitet i indsatsen og ensartethed på tværs af kommuner. Begge kvalitetsparametre beskrevet i anbefalingerne.

Sluttelig vil vi gøre opmærksom på, at også fysioterapeuter i praksissektoren kan spille en rolle. Dels ved at medvirke til tidlig opsporing og dels ved at udrede komplikationer og ko-morbiditet hos mennesker med type 2-diabetes.

Danske Fysioterapeuter står naturligvis til rådighed for uddybning af høringsvaret.

Med venlig hilsen

Karen Langvad
Faglig chef

Dato:
4. januar 2016

E-mail:
sf@fysio.dk

Tlf. direkte:
+45 3341 4659

Høringssvar til Sundhedsstyrelsen vedr. anbefalinger for tværsektorielle patientforløb for mennesker med type 2 diabetes



Generelle overvejelser

Region Midtjylland vil gerne takke for muligheden for at afgive høringssvar.

Anbefalingerne for tværsektorielle patientforløb for mennesker med type 2 diabetes er et velskrevet og grundigt stykke arbejde, der giver et tiltrængt overblik på et område, hvor der eksisterer mange kliniske retningslinjer og vejledninger mv. Det er prisværdigt, at anbefalingerne har en konkretiseringsgrad, der gør dem nemt overførbare til praksis.

Dato 04.01.2016

Sebastian Cristoffanini

Tlf. +457841 2196

sebchr@rm.dk

1-30-72-223-14

Side 1

Anbefalingerne set i forhold til forløbsprogrammer

De tværsektorielle anbefalinger berører mange af de samme temaer som Region Midtjyllands forløbsprogram for type 2 diabetes. Det synes på baggrund af anbefalingerne ikke helt klart, hvilken rolle det forventes, at de regionale forløbsprogrammer skal spille fremover.

Det anføres på side 4, at anbefalingerne forventes indarbejdet i forløbsprogrammerne, hvilket også indbefatter anbefalinger i forhold til opgavevaretagelse sektorerne imellem. I Region Midtjylland giver det den lokale udfordring, at vi netop har afsluttet en større af revision af vores forløbsprogram for type 2 diabetes, som har været i høring. Anbefalingerne fordrer, at forløbsprogrammet igen skal igennem en lignende proces, hvis de skal indarbejdes. Dertil kommer udfordringen og det meningsfulde i at skulle implementere to dokumenter med så store overlap.

For en hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcer kan man fremadrettet overveje - såfremt anbefalingerne for tværsektorielle patientforløb for mennesker med type 2 diabetes løbende opdateres - at Sundhedsstyrelsens nationale anbefalinger er dem der arbejdes efter, mens man i regi af sundhedsaftalerne aftaler den lokale ansvars- og opgavefordeling sektorerne imellem. Derved undgår man parallelle forløb, hvor der i de 5 regioner anvendes betragtelige ressourcer på at opdatere forløbsprogrammerne fagligt samtidigt med, at Sundhedsstyrelsen foretager lignende arbejde.

Dette vil samtidig sikre en mere ensartet kvalitet på tværs af regioner, kommuner og praksissektor i den tværsektorielle indsats for type 2 diabetes.

Stratificering

I forhold til stratificering kan Region Midtjylland tilslutte sig, at kun patienter med kompleks diabetes bør følges på hospitalet. På side 8 anføres det, at relevante sundhedsindsatser bør tilbydes, så det svarer til de enkelte patientgruppers behov under hensyn til en effektiv ressourceudnyttelse ud fra et samfundsperspektiv. I den forbindelse kan man overveje, som i Region Midtjyllands reviderede forløbsprogram for type 2 diabetes, at anbefale, at patienten afsluttes fra diabetesambulatoriet og igen følges i praksis på de senere sygdomsstadier, hvis behandlingspotentialitet er fuldt udnyttet.

Sundhedsfaglig rehabilitering

Anbefalinger for sundhedsfaglig rehabilitering modtages meget positivt. Sammen med 'Nationale klinisk retningslinje for udvalgte sundhedsfaglige indsatser ved rehabilitering til patienter med type 2 diabetes' kan de bidrage til at sikre mere ensartede tilbud. I Region Midtjylland er det oplevelsen, at tilbuddene på hospitalerne og kommunerne varierer ift. indhold og varighed.

Tekstnære kommentarer

Afsnit 3.1, s. 9:

I figur 1 bør der under mål med behandlingen tilføjes "optimering af kosten". Et studie fra 2012 viser, at usund kost er den næst vigtigste risikofaktor efter rygning (Lancet 2012;380:2224-2260).

I figuren foretages der også en sondring mellem < 42 mmol/mol og ≥ 42 mmol/mol og dertil forskellige mål for behandlingen. Der efterspørges evidens for denne sondring, og om opdelingen er praktisk relevant.

Afsnit 3.2, s. 11:

- ved visse medicinske tilstande, som medfører, at HbA1c kan blive falsk for høj eller for lav.

Der kunne med fordel suppleres med information om, hvad klinikerne skal være opmærksom på. Forslag:

- tilstande, som kan forlænge eller reducere erythrocytternes levetid, er fejlkilder, der medfører, at HbA1c kan blive falsk for høj eller for lav.

Afsnit 3.3, s. 11:

"I praksissektoren registreres diabetestyperne ved hjælp af ICD-kodesystemet. Type 2-diabetes registreres med koden T90, og type 1-diabetes med T98/T87 for hypoglykæmi".

Den korrekte diagnosekode for type 1 diabetes er T89.

Afsnit 3.4.1, s. 12 tabel 1

Supplerende prøver	Hæmoblobin, trombocytter, leucocytter Calcium, CRP, TSH, B-12, ASAT/ALAT Evt. C-peptid og GAD-antistof (se nedenfor)
---------------------------	---

De nationale kliniske vejledninger anbefaler ikke, at man rutinemæssigt supplerer med disse analyser. Hvad er den faglige begrundelse for dette? Er det sundhedsøkonomisk en rationel god anbefaling?

Man kunne overveje at supplere med:

Supplement ved neuropati	Hæmoblobin, trombocytter, leucocytter, CRP, B-12, folinsyre, Kreatinen, elektrolytter, ASAT/ALAT, TSH Evt. C-peptid og GAD-antistof (se nedenfor)
---------------------------------	--

Afsnit 4.2.1, s. 20

Man kan overveje at tilføje screening for spiseforstyrrelser som en del af ernæringsindsatsen. På Gentofte Hospital har man igennem en længere periode screenet diabetespatienter og identificeret patienter som lider af spiseforstyrrelser. Det er væsentligt, at behandlingsforløbet også tager højde for denne type af patienter.

Afsnit 5.1.2, s. 29

Her bør ADA anbefalinger følges. Det betyder, at **halver dosis ved eGFR 30-60 ml/min** bør erstattes med, at dosis halveres ved eGFR 30-45 ml/min i figur 2.

Afsnit 5.1.2, s. 31

Der efterspørges reference vedrørende rekommandationerne på SGLT-2-hæmmere. Så vidt vides, så bygger anbefalingerne på et endnu ikke publiceret studie.

Afsnit 5.2, s. 32

Nogle interaktioner gør, at simvastatin ikke kan gives i de nødvendige mængder. Da patienter med type 2 diabetes ofte får mange præparater, kan det være hensigtsmæssigt at vælge atorvastatin, da det kan gives sammen med anden medicin til måltidet. Dette kan således også bidrage til bedre compliance, da simvastatin ofte skal indtages sen aften, hvilket patienten ofte glemmer.

Afsnit 5.2, s. 32

"Generelt behandles med simvastatin, men mere potent statin (atorvastatin eller rosuvastatin) overvejes, hvis behandlingsmålet ikke nås. Tåles statin ikke, må anden stofgruppe forsøges til behandling af diabetisk dyslipidæmi."

Fraset, at man kan anvende ezetrol sammen med simvastatin og opnå positivt hard endpoint (vist i PROVE-IT studiet fra 2015), er det kun den nye gruppe PCSK 9 antistoffer, der har vist sikker virkning. Det foreslås, at man nævner disse med navne i.e. ezetrol og PCSK 9 antistoffer (vel vidende at sidstnævnte er omkostningstunge og at der mangler resultater fra en diabetespopulation). Der er ikke evidens for, at fx gemfibrozil og niacin har sikker effekt på hard endpoint.

Afsnit 6.2, s. 36

"Diabetisk nefropati, hvor patienten har et forløb i nefrologisk regi parallelt med diabetesforløbet".

Mange forveksler tilstanden diabetisk nefropati med mikroalbuminuri. For at tydeliggøre forskellen vil oplysning om definitionen på diabetes nefropati være at anbefale.

Forslag:

Diabetisk nefropati, defineret som U-albumin/kreatinin ratio ≥ 300 mg/g i mindst to ud af tre urinprøver, hvor patienten har et forløb i nefrologisk regi parallelt med diabetesforløbet.

Afsnit 6.2, s. 36

Vedrørende tabel 4 bør der ved nefropatiprøver stå Calcium og PTH i stedet for Calcium og D-vitamin. D-vitamin tages ved individuel vurdering, mens PTH er en parameter i kontrol af nedsat nyrefunktion.

Det betyder også, at "... hvor nyrefunktionen følges ved alle besøg, og der suppleres med måling af hæmoglobin, calcium og fosfat med henblik på indikationen for nefrologisk ekspertise" bør erstattes med "... hvor nyrefunktionen følges ved alle besøg, og der suppleres med måling af hæmoglobin, calcium, fosfat og PTH med henblik på indikationen for nefrologisk ekspertise".

Afsnit 6.2, s. 37

"Diabetiske fodproblemer, hvor et multidisciplinært fod-team i hospitalsregi (samarbejde mellem diabetesambulatorium og ortopædkirurg med tilknyttet fodterapeut, sårsygeplejerske og bandagist) overtager kontrol og behandling af fodproblemet, indtil det er helt eller delvist løst, mens den øvrige screening og behandling bør fortsætte uændret eller i mange tilfælde intensiveret ved hyppigere målinger af HbA1c og eventuelt flere besøg hos diabetesbehandleren til justering af den medicinske behandling".

I henhold til stratificeringen hører denne gruppe til Niveau 3 – det vil sige en gruppe, der anbefales henvist til sygehuset. Det kan dog i mange tilfælde forekomme, at patienten vælger at fortsætte diabeteskontrol og behandling ved egen læge. Det er af væsentlig betydning, at der laves eksplicitte aftaler om behandlingsansvar i disse situationer, da patienten ellers risikerer at havne mellem to stole, hvor den ene part forudsætter, at den anden part tager ansvar for den øvrige diabetesbehandling.

Venlig hilsen

Sebastian Cristoffanini

Programkoordinator, Region Midtjyllands Forløbsprogram for Type 2 Diabetes



Kolding
Kommune

Sundhedsstyrelsen
Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud

**Senior- og
Socialforvaltningen**

Sundhedscenter Kolding

Skovvangen 2A
6000 Kolding
Telefon 79 79 60 00
EAN 5798005351801
E-mail
sundhedscenter@kolding.dk
www.kolding.dk

**Kommentarer fra Kolding Kommune på høring om tværsektorielle
forløb for mennesker med type 2-diabetes - Anbefalinger for opspo-
ring, diagnostik, behandling, rehabilitering og opfølgning**

Dato 5. januar 2016
Sagsnr. 16/155
Sagsbehandler
Birgitte Munk Grunnet
Direkte telefon 79 79 21 72
E-mail bigru@kolding.dk

Kolding Kommune finder overordnet anbefalingerne for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes - Anbefalinger for opsporing, diagnostik, behandling, rehabilitering og opfølgning for positive. Der er nedenstående kommentarer:

S. 5:

Bilag 1 og 2 er ikke medsendt i høringsudkastet. Da retningslinjer m.v. beskrives at bygge på faglig konsensus forekommer det væsentligt at man har adgang til at vurdere arbejdsgruppens sammensætning og baggrund.

S. 20:

Andet afsnit under 4.1.2

Alternativ formulering: *..herunder kunne tilrettelægge og gennemføre planlagt målrettet undervisning som også/samtidig er behovsbaseret og med udgangspunkt i deltagernes behov og forudsætninger.* (undervisningsdifferentiering)

S.21:

De tre parametre i behandlingen bør følge med forskningen på området og udvides med et fjerde; *'psyko-social trivsel'*

S. 38:

Første afsnit under 6.4

Formålet med den kommunale opfølgning beskrives med et anbefalet fokus på fasthold af livsstilsændring. Set i et rehabiliterende perspektiv bør anbefalingen ligeledes indeholde formulering vedrørende betydningen af psyko-social trivsel trods sygdom

Åbningstider

Man-ons	10.00-14.00
Torsdag	10.00-16.30
Fredag	10.00-14.00

Telefontider

Man-ons	8.00-15.15
Torsdag	8.00-17.00
Fredag	8.00-14.15



Kolding
Kommune

Venlig hilsen

Birgitte Munk Grunnet
Sundhedsplanlægger

Anbefalinger for tværsektorielle patient-forløb for mennesker med type 2-diabetes

AstraZenecas høringssvar til sundhedsstyrelsen

Att:
Kirsten Hansen
Sundhedsstyrelsen
Forebyggelse og borgernære sundhedstilbud
Islands Brygge 67
2300 København S
Mail: kiha@sst.dk

4. Januar 2016
AstraZeneca A/S, Arne Jacobsens Allé 13, 4. Sal, 2300 Kbh. S

Sammenfatning

Resultaterne af det nyligt offentliggjorte Diabetes Impact study 2015 – hvor realistiske projektioner viste at antallet af diabetes patienter fra de nuværende ca. 380.000 vil vokse til 644.738 allerede i 2025 og 1.183.630 i 2040 og med en stigning i de diabetes relaterede omkostninger fra 31,8 mia i 2011 til 59,2 mia i 2025 og 98,8 mia i 2040. – Og en omkostningsfordeling der viste, at de største omkostninger stammer fra produktivitetstab (13,2mia; 41%) og plejesektoren (6,4 mia; 20%). Til sammenligning udgør tillægsomkostninger til medicin kun 1,1 mia. (4%)

I det perspektiv synes det oplagt at bruge ”Anbefalinger for tværsektorielle patient-forløb for mennesker med type 2-diabetes” til at give klar og entydig vejledning om optimal behandling, så den enkelte patient sikres et så symptomfrit og stabilt behandlings forløb som muligt og samtidig opretholder et funktionsniveau der sigter mod fastholdelse på arbejdsmarkedet og fri af plejesektoren. Vedrørende den farmakologiske behandling er det selvsagt en opgave, hvorpå vi i dag ikke har alle svar, i hvert fald ikke alle detaljer.

AstraZeneca vil dog gerne stille et stort spørgsmåls tegn ved rationalet for, hvorvidt behandling med sulfonylurinstoffer (SU), med de kendte risikofaktorer som hypoglykæmi, vægtstigning, mulig øget kardiovaskulær risiko, stærk aftagende effekt over tid, stadig skal fastholdes som et ligeværdigt 2. valg.

Samtidig ville det være relevant at tage stilling til, om der efterhånden ikke er både evidens og erfaring til en mere klart inddelt behandlingsalgoritme, med mere klare anbefalinger om 2, 3 og 4. valg i forhold til de enkelte stofgruppers risk/benefit ratio – eks: SGLT-2 hæmmerne vs. DPP-4 hæmmerne.

Med venlig hilsen
AstraZeneca A/S
AstraZeneca Nordic-Baltic

Mikkel Rostholm - Price & Reimbursement Manager
&

Karin Humle - Medical advisor Diabetes

Kristian Handberg Mikkelsen – Nordic medical advisor diabetes

Tina Herzog – Medical advisor CV

AstraZenecas specifikke kommentarer til Anbefalinger for tværsektorielle patientforløb for mennesker med type 2-diabetes:

Tabel 3 s. 28: Faktorer af betydning for valg af glukosesænkende lægemidler.

GLP-1 analog:

AZ kommentarer: Det vil være mere retvisende at benævne ATC gruppen A10BX for GLP-1 receptor agonist i stedet for GLP-1-analog, da ikke alle præparater i A10BX er analoger.

Reduktion af mortalitet og kardiovaskulær risiko:

I kolonnen, der viser GLP-1 receptor agonisterne, er teksten: *Data afventes*.

Elixa studiet: Lixisenatide in Patients with Type 2 Diabetes and Acute Coronary Syndrome ^{ref 1}, gav følgende resultat:

The 6068 patients who underwent randomization were followed for a median of 25 months. A primary end-point event occurred in 406 patients (13.4%) in the lixisenatide group and in 399 (13.2%) in the placebo group (hazard ratio, 1.02; 95% confidence interval [CI], 0.89 to 1.17), which showed the noninferiority of lixisenatide to placebo (P<0.001) but did not show superiority (P=0.81).

Med denne viden fra Elixa studiet bør *Data afventes* – ændres til *Ingen effekt**, analogt til ændringen for SGLT-2 hæmmere. *Yderligere data afventes – dette bør også ændres i det korte afsnit om GLP-1 receptor agonister på side 30 øverst.

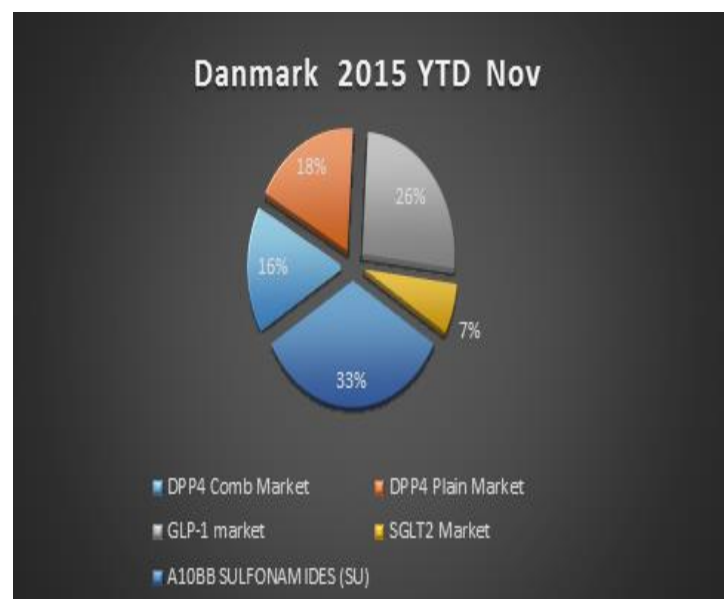
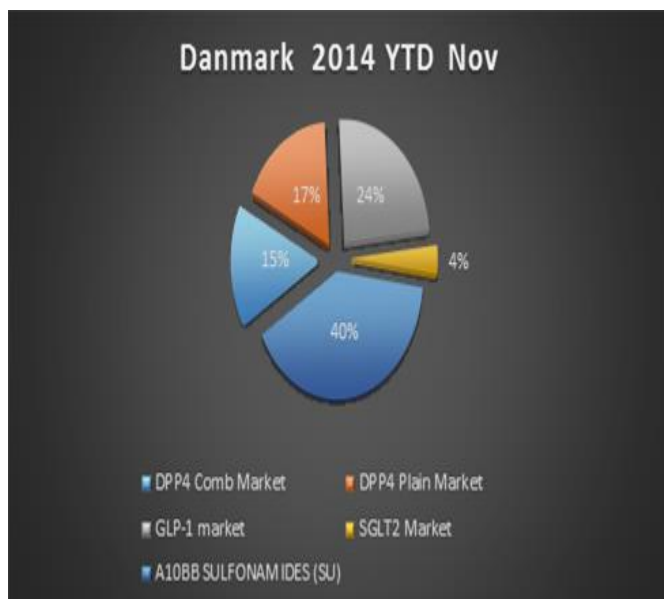
De ældre og billige sulfonylurinstoffer (SU): s. 29 nederst

.... medvirket til, at denne stofgruppe har været anvendt i mindre og mindre grad i de senere år.

AZ kommentarer: Det er rigtigt at SU-stof gruppen er faldende i anvendelse, og er således faldet fra en markedsandel på 40% i nov. 2014 blandt 2. valgs præparater eksklusiv Insulin til 33 % i nov. 2015.

Jfr. de mange kendt ulemper ved SU, synes det stadig irrationelt at denne stofgruppe udgør 1/3 af markedet for 2. valgs præparater eksklusiv insulin og eks. bliver anvendt 5 gange så meget som SGLT-2 hæmmerne.

Se fordeling i figurerne nedenfor:



GLP-1-analogerne s. 30 øverst.

Dosering af GLP-1 receptor agonister:

.... Ulempen, ud over prisen, er, at det skal gives som subkutan injektion dagligt,

AZ kommentarer:

Der findes på det danske marked i dag GLP-1 receptor agonister, der administreres anderledes end en gang dagligt. Eksempelvis markedsfører AstraZeneca:

- Byetta, exanatid, som administreres 2 gange dagligt
- Bydureon, exanatid, som administreres 1 gang per uge

Vægttab:

....og patienten taber sig, ofte betydeligt.....

Der skal gøres opmærksom på, at ikke alle patienter taber sig ved behandling med en GLP-1 receptor agonist behandling.

SGLT-2-hæmmerne; s.30

AZ kommentarer:

Systolisk blodtryk

Der gøres opmærksom på at SGLT2 hæmmerne udover at have effekt på blodsukker og vægttab også har en gunstig effekt på blodtryk. Nedenfor findes uddrag fra dapagliflozin smpc.

Blodtryk

I en planlagt poolanalyse af 13 placebokontrollerede studier resulterede behandling med dapagliflozin 10 mg i en ændring af det systoliske blodtryk fra baseline på -3,7 mmHg og det diastoliske blodtryk på -1,8 mmHg versus -0,5 mmHg for systolisk og -0,5 mmHg for diastolisk blodtryk for placebogruppen ved uge 24. Tilsvarende reduktioner blev set i op til 104 uger. I to 12-ugers placebokontrollerede studier med i alt 1.062 patienter med utilstrækkeligt kontrolleret type 2-diabetes og hypertension (på trods af eksisterende stabil behandling med en ACE-hæmmer eller en ARB i det ene studie og en ACE-hæmmer eller en ARB plus yderligere antihypertensiv behandling i det andet studie) blev patienter behandlet med dapagliflozin 10 mg eller placebo. I begge studier forbedrede dapagliflozin 10 mg inkl. sædvanlig antidiabetisk behandling HbA1c ved uge 12, og det systoliske blodtryk faldt i gennemsnit med hhv. 3,1 og 4,3 mmHg, korrigeret i forhold til placebo.

Nedenfor specificeres resultaterne af de to 12-ugers nyligt publicerede studier på patienter behandlet med dapagliflozin og angiotensin-converting enzyme inhibitor (ACEi) eller angiotensin receptor blocker (ARB):

1: Effects of dapagliflozin on blood pressure in hypertensive diabetic patients on renin–angiotensin system blockade ^{ref 2} samt

2: Blood pressure and glycaemic effects of dapagliflozin versus placebo in patients with type 2 diabetes on combination antihypertensive therapy: a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 study ^{ref 3}

Studie 1 viste at efter 12 uger i behandling med dapagliflozin versus placebo viste patienter signifikante reduktioner i mean seated SBP (-10.4 vs -7.3 mmHg, p = 0,0010).

Studie 2 viste at seated systolisk blodtryk blev signifikant reduceret i gruppen behandlet med dapagliflozin (justeret middel ændring fra baseline -11,90 mmHg sammenlignet med patienter behandlet med placebo (-7,62 mmHg)

Genitale infektioner:

Fra dapagliflozin SmPC ved vi, at de fleste infektioner var milde til moderate, og forsøgspersonerne responderede på standardbehandling og var sjældent nødt til at stoppe behandlingen med dapagliflozin.

Intensiveret behandling s. 31 øverst

I høringsudkastet står der:

Det naturlige valg er at skifte til insulinbehandling og fortsætte med metformin.

AZ kommentarer:

Behandling med insulin vil i mange tilfælde øge patientens vægt og medfører risiko for hypoglykæmi.

AstraZeneca ønsker i forbindelse med 'Intensiveret behandling' at gøre opmærksom på, at der findes intensiveringsmuligheder som ikke øger risikoen for vægtøgning og hypoglykæmi og som derfor bør forsøges inden insulin initieres. Intensivering med SGLT2 og DDP4 lagt til behandling med metformin forårsager kun i ringe grad hypoglykæmi. Ved triple behandling med metformin, dapagliflozin og saxagliptin i 3 registreringsstudier, var hyppigheden af mild grad af hypoglykæmi hhv. 1,3% ^{ref 4}, 1,4% ^{ref 5} samt 1,2% ^{ref 6}. Der var ingen svære hypoglykæmier. Behandling med metformin, dapagliflozin og saxagliptin sænker HbA1c signifikant og patienternes vægt reduceres.

I samme afsnit står der:

Der har været gode kliniske erfaringer med kombinationen af insulin og GLP-1-analog til den svært overvægtige patient med vedvarende suboptimal HbA1c.

Når nu pris og administrationsform fremhæves som væsentlige faktorer ved præparat valg i anbefalingen, vil insulin kombineret med SGLT2-hæmmere fx dapagliflozin være et andet oplagt valg med solide data og gode kliniske erfaringer.

Fra Wildings studie: Dapagliflozin in patients with type 2 diabetes receiving high doses of insulin: efficacy and safety over 2 years ^{ref 7}, ved vi, at patienter behandlet med dapagliflozin – sammenlignet med placebo behandling - ikke havde behov for yderligere insulin, hvorimod placebogruppen havde behov for yderligere 18,3 IE/dag. Desuden var HbA1c lavere i dapagliflozin gruppen uden at der observeredes flere tilfælde af hypoglykæmi.

Insulin s. 31 nederst

Fra høringsudkastet.

Insulinbehandlingen bør startes ved debut ved svær hyperglykæmi eller situationer, der umuliggør anden farmakologisk behandling. Hvis der er tvivl om diagnosen (type 1, LADA eller sekundær diabetes), er insulin et godt valg. Ellers skal insulinbehandling overvejes, hvis tabletbehandlingen svigter.

AZ kommentarer:

Ifølge (ADA/EASD guidelines 2015) ^{Ref 8, 9}

Bør Insulinbehandling startes ved debut ved svær Hyperglykæmi og ledsagende symptomer på hyperglykæmi. Uden symptomer på svær hyperglykæmi kan der startes med medikamenter uden risiko for vægtøgning eller hypoglykæmi.

I et studie undersøgte man Exenatid en gang ugentligt mod insulin glargin 1 gang dagligt i patienter med type 2 diabetes og her observeredes større fald i HbA1c med exenatid 1 gang ugentligt end med insulin glargin selv ved baseline HbA1c over 11% ^{Ref 10, 11}.

Derfor bør sætningen " Ellers skal insulinbehandling overvejes, hvis tabletbehandlingen svigter" Udskiftes med: "Ellers kan insulinbehandling overvejes hvis tabletbehandlingen svigter".

Antitrombotisk behandling Anbefaling s: 33: *"Der er evidens for antitrombotisk behandling med acetylsalicylsyre ved diabetes og kendt hjertekarsygdom. Tåles acetylsalicylsyre ikke, anvendes clopidogrel. • Der er ikke evidens for at behandle alle patienter med type 2-diabetes med forebyggende antitrombotisk behandling, men det kan overvejes (der mangler tilstrækkelig evidens) ved meget høj kardiovaskulær risiko, ifølge samme kriterier som anført under lipidsænkende behandling".*

AZ kommentarer:

I PEGASUS TIMI- 54 studiet ^{Ref12} omhandlende patienter med myokardieinfarkt for mere end 1 år siden, år siden samt en eller flere (yderligere) risikofaktorer herunder medicinkrævende diabetes, medførte behandling med ticagrelor hhv. 60 mg eller 90 mg 2 x gange dagligt i kombination med lavdosis acetylsalicylsyre signifikant reduktion af kardiovaskulær død, myokardieinfarkt eller stroke i forhold til acetylsalicylsyre alene med Kaplan–Meier rater over 3 år på 7.77% hos gruppen der fik 60 mg ticagrelor x 2 daglig vs. 9.04% hos placebo gruppen (P = 0.004).

Ud af de i alt 21.162 patienter der indgik i studiet havde mere end 30 % (n=6806 patienter) medicinkrævende diabetes mellitus. Som det fremgår af Forest-plot figur S3 side 44 i appendix til Bonaca MP et al. N Engl J Med. DOI: 10.1056/NEJMoa1500857, er der tegn til at effekten med hensyn til det primære sammensatte endpoint er konsistent henover de prædefinerede subgrupper af patienter med tidligere myokardieinfarkt inklusiv hos diabetes-patienter med tidligere myokardieinfarkt.

På grund af bl.a. en gunstigere bivirkningsprofil med ticagrelor 60 mg x 2 daglig i ovenstående studie forventes denne dosis at blive den godkendte dosis til behandling af patienter med tidligere myokardieinfarkt.

Derfor synes det relevant at tilføje Ticagrelor sammen med acetylsalicylsyre ved diabetes og kendt hjertekarsygdom (myokardieinfarkt)

Referenceliste

- Ref 1: Pfeffer, M A et al, N Engl J Med. 2015 Dec 3;373(23):2247-57. doi: 10.1056/NEJMoa1509225.
- Ref 2: Weber et al, BLOOD PRESSURE, 2015. <http://dx.doi.org/10.3109/08037051.2015.1116258>
- Ref 3: Weber M et al. www.thelancet.com/diabetes-endocrinology Published online November 24, 2015
[http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587\(15\)00417-9](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587(15)00417-9)
- Ref 4: Mathieu, C et al, Diabetes Care, DOI: 10.2337/dc15-0779, published AUG 2015
- Ref 5: Matthaai, S et al, Diabetes Care, DOI: 10.2337/dc15-0811, published AUG 2015
- Ref 6: Rosenstock, J et al, Diabetes Care, DOI: 10.2337/dc14-1142, published Oct 2014
- Ref 7: Wilding, J P H et al, Diabetes, Obesity and Metabolism 16: 124–136, 2014.
- Ref 8: Diabetes Management Guidelines: <http://www.ndei.org/ADA-diabetes-management-guidelines-pharmacologic-therapy-for-type-2-diabetes.aspx>
- Ref 9: Inzucchi et al, Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes, 2015: A Patient-Centered Approach: Update to a Position Statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes; Diabetes Care 2015;38:140–149 | DOI: 10.2337/dc14-2441
- Ref 10: Diamant et al, Lancet Diabetes Endocrinol. 2014 Jun;2(6):464-73. doi: 10.1016/S2213-8587(14)70029-4
- Ref 11: Supplement to: Diamant M, Van Gaal L, Guerci B, et al. Exenatide once weekly versus insulin glargine for type 2 diabetes (DURATION-3): 3-year results of an open-label randomised trial. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2014; published online April 4. [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587\(14\)70029-4](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587(14)70029-4)
- Ref 12: Bonaca M.P et al. DOI: 10.1056/NEJMoa1500857

Til: **Sundhedsstyrelsen**

Dato: 5. januar 2016

Høringssvar til ”Anbefalinger for tværsektorielle patientforløb for mennesker med type 2-diabetes*Generelle kommentarer*

Region Hovedstaden finder det positivt, at der udarbejdes disse anbefalinger som baggrund for de fremtidige forløbsplaner for mennesker med type 2-diabetes.

Mere specifikke kommentarer

- Der bør i anbefalingerne lægges mere vægt på beskrivelse af ambulatoriernes rolle i behandlingen og kontrollen af patienter i stratificeringsniveau 2 (midlertidigt og permanent). Det gælder også hospitalernes rolle i rehabiliteringen og i den forbindelse hospitalernes rolle i kompetenceudvikling af sundhedsfagligt personale i praksissektor og kommuner.
- Terminologien er ikke helt på plads – der anvendes ”mennesker med type 2 diabetes”, ”patienter med type 2 diabetes” og ”borgere med type 2 diabetes”.
- Omkring den tværsektorielle arbejdsdeling fremgår, at rehabiliteringen i højere grad bør flyttes til kommunerne. Dette har ikke været drøftet i Region Hovedstaden, hvorfor der ikke kan tages stilling til, om regionen er enig heri. Det beskrives i dokumentet som ”hensigtsmæssigt” (side 41 sidste afsnit) og ”anbefales” (side 42 3. afsnit), at der sker denne opgaveflytning i forhold til i dag, men der gives ingen dokumentation herfor. Findes der det?
- Det er nyt, i hvert fald ift. praksis i Region Hovedstaden, at der anbefales opfølgning i kommunalt regi efter 3, 6 12 mdr. osv. Der bør derfor gøres mere ud af at beskrive evidensen herfor samt, hvad opfølgningen bør omfatte.
- Det foreslås at indsætte dette afsnit om graviditet:
”Alle kvinder med type 2 diabetes under 45 år skal årligt spørges til graviditetsønske. Ved graviditetsønske:

- Stram glykæmisk kontrol og folinsyretilskud anbefales
- Medicinlisten gennemgås for medikamina, der ikke anbefales ved graviditet.

Ved graviditet hos en kvinde med type 2 diabetes skal kvinden henvises til et af landets fire obstetriske centre, der varetager behandling af disse kvinder.”

Tekstnære kommentarer

Afsnit 2.1 (nederst side 6). Beskrivelse af DVDD kan præciseres med en forklaring om indrapporteringen fra primærsektor. De første år fra diagnose er behandlingsmålet HbA1c < 48 mmol/mol for ukomplicerede patienter, og ikke 53 mmol/mol som beskrevet.

Afsnit 2.2. Fremstår ikke komplet dækkende ift. at beskrive komplikationer. Der beskrives selektivt om diabetiske fodsår, mens dialyse ikke er nævnt.

Afsnit 2.3 (side 8, fodnote 3). Formuleringen foreslås ændret til ”Rehabilitering vil som regel være indiceret på alle niveauer, men afhænger af de individuelle behov, ønsker og muligheder hos patienten”.

Afsnit 3.1.1. Det bør også fremgå af afsnittet, at ”det er den enkelte praktiserende læges opgave – sammen med den enkelte patient – at vurdere, hvorvidt udredning for diabetes og/eller øget risiko for hjertekarsygdom er relevant”. Denne formulering står i DSAM’s vejledning for type 2 diabetes.

Afsnit 3.1.2. I teksten står ”opsporing af mennesker med type-2 diabetes uden for praksissektoren er ikke undersøgt i videnskabelig sammenhæng”. Det kan derfor undre, at der anbefales brug af spørgeskemaer mhp opsporing vis validitet ikke beskrives nærmere. Der savnes henvisning til disse spørgeskemaer, såfremt de skal nævnes.

Endvidere anbefales i teksten brug af HbA1c, men diagnostisk af type-2 diabetes ved HbA1c målt på patientnært udstyr er ikke en accepteret metode, som det også fremgår af bl.a. DSAM’s vejledning ”Type 2 diabetes – et metabolisk syndrom”.

”Sundhedsprofessionelle med relevante kompetencer” – dette bør beskrives mere præcist.

Afsnit 3.2: Der bør stå, at Sundhedsstyrelsen anbefaler, at HbA1c benyttes som ~~den eneste~~ diagnostiske metode til patienter med mistanke om type 2-diabetes. Som det også fremgår af resten af afsnittet kan HbA1c ikke altid anvendes.

Afsnit 3.3. Nomenklaturer som ikke anvendes mere behøves ikke nævnt.

Afsnit 3.4.1. Hjerter-lungestetoskopi, måling af elektrolytter, calcium, trombocytter, leukocytter og CRP skal næppe udføres hos alle, som det ellers fremgår af afsnittet. (Anbefales heller ikke i DSAM’s vejledning ”Type 2 diabetes – et metabolisk syn-

drom”).

Afsnit 3.4.2. Det anbefales ikke i daglig klinisk praksis, at alle patienter bør oplæres i at måle og monitorere eget blodglukose og efterfølgende fortolke resultaterne. (Der gives heller ikke tilskud til testmateriale til måling af blodsukker fra det offentlige til alle jf. “Serviceloven”).

Afsnit 3.4.3 (side 13). De indledende tre linjer er let forvirrende. Hvor foregår screeningen på diagnostidspunktet, når det efterfølgende foregår i almen praksis?

”Fodundersøgelse”. Her skrives ”biotesiometri eller stemmegaffel og 10 g monofilament” med reference til Danske Endokrinologisk Selskab 2014. Men i den reference står: ”biotesiometri og/eller 10 g monofilament”.

”Undersøgelser for perifer neuropati” afsluttes med en bemærkning om evt. sektor-skidt eller henvisning til specialist. Dette bør anføres ved alle undersøgelserne anført på side 14, alternativt skrives i en afsluttende kommentar.

”Undersøgelse for autonom neuropati”. Patienter ved ikke, om de har sinustakykardi, men om de har hjertebanken. SR ses på EKG. Gustatorisk svedtendens bør forklares.

”Undersøgelser for diabetisk nyresygdom”. Mht. påvisning af mikroalbuminuri bør det fremgå, at mikroalbuminuri er en væsentlig prognostisk faktor for udvikling af diabetisk følgesygdomme. Endvidere, at intensivering af regulationen af blodtryk, blodsukker og lipidniveauet skal overvejes hos alle patienter med mikroalbuminuri. Sædvanligvis vil medicinsk behandling med ACE-hæmmer eller ARB uanset blodtryksniveauet være indiceret hos alle.

Afsnit 3.5 (side 16). ”Visse kræftformer er dobbelt så hyppige..”Følges ikke op af anbefalinger. Skal patienterne screenes eller undersøges på vagere indikation?

Afsnit 4 (side 18). Inddragelse af socialrådgiver: den mulighed eksisterer ikke i hospitalsregi.

Afsnit 4 (side 19 første afsnit). Den sundhedsfaglige rehabilitering kan foregå i kommunen, almen praksis og i sygehusregi. Hvordan tænkes opfølgning på de sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser efter seks mdr og et år? -Ved behandlingsansvarlig læge?

Afsnit 4.1.2 (side 20): ”bør som hovedregel have en sundhedsfaglig uddannelse”. Det åbner principielt for, at alle kan deltage. Bør specificeres.

Afsnit 4.2.1 (side 20) Det anføres, at dokumentation er nødvendigt i forbindelse med ernæringsindsats. Der gælder vel ikke specielle dokumentationskrav desangående, men normale journaliseringsretningslinjer.

Der savnes referencer på den pædagogiske indsats, fx ift. gruppevejledning. Under ernæringsindsatsen er fokus på patienten. Der kan også være behov for et tværfagligt perspektiv, fx kan ernæringsplanen uddybes med indhold af betydning for den farmakologiske behandling.

Afsnit 4.2.2. "Ernæringsindsatsen bør gennemføres af fagpersoner med kompetencer svarende til en autoriseret klinisk diætist". Er det underbygget af den eksisterende evidens? I "NKR for rehabilitering af type 2-diabetes fremgår det, at sammenlignet med kostråd medførte diætbehandling et lille, men signifikant fald i HbA1c og en ikke signifikant tendens til et fald i BMI. Der var ingen påviselig effekt af diætbehandling på LDL kolesterol. Eventuelle ændringer i HbA1c efter et år, kostvaner eller livskvalitet var ikke beskrevet i de inkluderede studier.

Afsnit 4.3. Effekten af træning på surrogatmarkører beskrives. At fysisk træning ingen effekt har på overlevelse forbigås i afsnittet. Det beskrives ikke, i hvilket regi patienter i gruppe 2 og 3 skal trænes, heller ikke i afsnittet om organisering af indsatsen.

Afsnit 4.3.1 (side 23). Konditionstræning med høj intensitet ved hjerte-karsygdom bør udføres efter en forudgående undersøgelse af læge. Det bør præciseres, hvilke undersøgelser der kræves f.eks. st c eller arbejds-EKG?

Afsnit 4.3.2. Kompetencekrav bør specificeres.

Afsnit 4.4.2. "Ved rygestop vil omsætning af visse lægemidler kunne påvirkes (fx øger tobaksrøg leverens omsætning af visse lægemidler). Særligt patienter med forbrug af psykofarmaka bør derfor rådes til at konsultere almen praksis med henblik på en eventuel korrektion af medicindosering". Det bør præciseres hvilke lægemidler, der er tale om, samt hvorledes den alment praktiserende læge fx korrigerer psykofarmaka doseringen – lyder som behov for vurdering af en speciallæge i psykiatri.

Afsnit 5 (side 26). Der bør stå, at farmakologisk behandling af patienter med type 2-diabetes bør individualiseres på baggrund af **bl.a.** patientens alder, kendt hjerte-karsygdom, nyrefunktion, diabetesvarighed, risikofaktorer samt risiko for hypoglykæmi (*Dansk Selskab for Almen Medicin 2012*). "Bl.a." fordi andre faktorer også har betydning som fx patientens erhverv, ønsker og muligheder (fremgår også af teksten iøvrigt).

Afsnit 5.1. Stavefejl i figur 2: "Valg ved HbA1c vedvarende 5 mmol/mol højere **end** behandlingsmålet".

Afsnit 5.2 (side 32). Stavefejl i: "Evidensbaseret anbefaling".

"Ved klinisk hjertekarsygdom eller meget høj risiko anbefales, at alle behandles farmakologisk og behandlingsmålet er LDL-kolesterol < 1,8 mmol/l". Det medfører en risiko for farmakologisk overbehandling, når gruppen i "høj risiko" ikke defineres bedre, end som skrevet står "Ved meget høj risiko forstås patienter, som ryger, har mi-

croalbuminuri, eller flere risikofaktorer, fx hypertension, arvelig disposition til tidlig hjerte-kar-sygdom, mandlig køn". Er det fx videnskabelig underbygget at behandle alle mænd med diabetes og hypertension intensivt med lipidsænkende behandling for at opnå et LDL kolesteroltal på 1,8? (risikoen for bivirkninger er dosisafhængig).

"Generelt behandles med simvastatin": ikke i overensstemmelse med Cardio.dk, hvor atorvastatin 80 mg anbefales hos højriskpatienter.

Afsnit 6.2 (Side 36). Tabel 4 er placeret uventet. Burde den i stedet stå i afsnit 4.3?

Afsnit 6.2 (side 36). "indholdet i forløbet hos den behandlingsansvarlige læge fastholdes". Afsnittet fremstår ikke logisk/giver ikke overblik. Eksempelvis i omkring diabetisk nefropati: "Ved diabetisk nefropati overtager nefrologer hypertentionsbehandling og kontrol med nyrefunktion". Men "ved manifest nefropati med aftagende nyrefunktion" da overtager endokrinologerne (og hvem er den behandlingsansvarlige læge som forløbet skal fastholdes hos?).

Behandling af diabetisk nefropati (side 36). Der bør henvises til <http://www.nephrology.dk/Publikationer/Det%20gode%20patientforlob%20-%20diabetisk%20nefropati.pdf>

Afsnit 6.4. Der anbefales en række kommunale tiltag til opfølgning helt frem til 5 år efter rehabiliteringsforløbet. Der savnes en bedre beskrivelse af, hvad denne opfølgning har til formål og en uddybning af, hvad den kan indeholde, herunder dokumentation herfor. Dialog med afsæt i livskvalitetsspørgeskemaer, hvilke? og er dette en egnet metode til gruppediskussion?

Sundhedsstyrelsen
Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud
Axel Heides Gade 1
2300 København S

5. januar 2016

Høringssvar "Tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes - Anbefalinger for opsporing, diagnostik, behandling, rehabilitering og opfølgning"

DSAM er glad for muligheden for at kommentere "Anbefalinger for tværsektorielle patientforløb for mennesker med type 2 diabetes".

Anbefalingerne for diagnosticering og behandling er i det store og hele i overensstemmelse med DSAM's vejledning for type 2 diabetes. DSAM er meget enig i, at behandling og forløb skal individualiseres og tilpasses den enkelte patients muligheder, behov og præferencer. Den praktiserende læge vil typisk have en relation og et kendskab til patienten over tid, som giver basis for denne individualisering.

Den aktuelle anbefaling sætter et relevant fokus på opgavefordelingen mellem sektorerne og er derved et godt supplement til gældende faglige retningslinjer.

Der findes, som det også fremgår af referencelisten, faglige anbefalinger og retningslinjer for behandling af sygdommen. Det forekommer derfor mindre relevant, at der i denne anbefaling er gengivet så mange konkrete anvisninger om diagnosticering, behandlingsmål og farmakologisk behandling, da disse forhold er udførligt beskrevet i retningslinjer fra DSAM og Dansk Endokrinologisk Selskab.

De faglige retningslinjer skal opdateres løbende (ny viden, nye behandlingsmål, nye behandlingsmuligheder, etc.). Ændringer i de faglige vejledninger vil derfor betyde, at også denne anbefaling om tværsektorielle patientforløb skal opdateres. DSAM kan foreslå, at kapitlerne 3-5 skrives med mere overordnede bemærkninger og henviser til de faglige vejledninger (elektronisk link). Dette er gjort andre steder, som fx for pakkeforløb for stabil angina pectoris. Anbefalingen kan herved blive kortere, hyppigere læst og mere anvendelig.

Stockholmsgade 55, st.
2100 København Ø

T: 7070 7431
dsam@dsam.dk
www.dsam.dk

Til gengæld kunne kapitel 7 om organisering, når nu anbefalingen handler om det tværsektorielle, godt have indeholdt noget om de mål, der kunne opstilles for optimal (fremtidig) kommunikation og samarbejde. Kapitel 7 er meget kortfattet. Der kunne med fordel stå noget om:

- hvilke forudsætninger (rettidig, præcis og fyldestgørende kommunikation, tilbagemelding og epikrise fra alle involverede) der er nødvendige for, at den praktiserende læge kan fungere som tovholder, og
- hvilke oplysninger i den praktiserende læges henvisninger, som kan være meget nyttige og som ikke kan hentes andetsteds (typisk psykosociale forhold og sårbarheder) af dem, der henvises til (speciallæge, fodterapi, sygehus, rehabilitering).

DSAM kunne ønske sig, at anbefalingen anfører referencer alle de steder, hvor der henvises til evidens.

DSAM har endvidere følgende konkrete bemærkninger:

Afsnit 3, siderne 9-17

Afsnit 3.2, side 11:

"Ad punkt 1, 3 og 4: Hvis der ikke er symptomer på diabetes, skal diagnosen bekræftes ved en ny måling med anvendelse af samme test."

Foreslås ændret til:

Ad punkt 1, 3 og 4: Hvis der ikke er symptomer på diabetes, skal diagnosen altid bekræftes ved en ny måling med anvendelse af samme test, primært for at undgå fejl diagnoser ved forbyttede prøver.

Afsnit 3.2, side 11:

- *ved visse medicinske tilstande, som medfører, at HbA1c kan blive falsk for høj eller for lav.*

Foreslås ændret til:

- *ved tilstande, som kan forlænge eller reducere de røde blodlegemers levetid, og derved kan medføre, at HbA1c kan blive falsk for høj eller lav.*

Afsnit 3.3, side 11:

"I praksissektoren registreres diabetestyperne ved hjælp af ICPC-kodesystemet.

Type 2-diabetes registreres med koden T90, og type 1-diabetes med T98/T87 for hypoglykæmi."

Den korrekte diagnosekode for type 1 diabetes er T89.

Afsnit 3.4.1, side 12:

Sætningen *"En diabetisk HbA1c værdi (>48 mmol/mol) vil skulle bekræftes, med mindre der er relevante symptomer og høje glukoseværdier"* udgår.

Afsnit 3.4.1, side 12, tabel 1:

Denne tabel kan optimeres. Måske skal man opdele den i en del 1, som gælder alle patienter, og en del 2, som gælder udvalgte patienter. Aktuelt fylder "diabetes-typebestemmelsen" meget. Tilsvarende forsvinder den første sætning, i.e. *"Der bør gennemføres en objektiv undersøgelse, der skal inkludere vejning blodtryksmåling, hjertelungestetoskopi samt fodundersøgelse"* lidt, og bør fremhæves; vi foreslår, at den indsættes i tabel 1, del 1, som altså udvides med en linje, hvori skrives "Vejning, blodtryksmåling, undersøgelse af hjertet med stetoskopi og EKG, samt fodundersøgelse".

Det er lidt uklart, hvad der menes med "supplerende prøver" og hvornår disse evt. måtte være indiceret? I DSAM's kliniske vejledning om type 2-diabetes (2012) anbefaler vi *ikke*, at man rutinemæssigt supplerer med disse analyser. Hvad er den faglige begrundelse for dette? Er det sundhedsøkonomisk en rationel god anbefaling? Man kunne omvendt overveje at supplere med:

Ved neuropati kan suppleres med:

Supplement ved neuropati	Hæmoblobin, trombocytter, leucocytter CRP, B-12, folinsyre, Kreatinen, elektrolytter ASAT/ALAT, TSH
---------------------------------	---

Afsnit 3.4.2, side 13:

Dette afsnit bør nok fokusere mere på en generel formidling af viden om diabetes-sygdommen, herunder hvad de vigtigste budskaber er. Som del af dette kunne man naturligt henvise til folderen

http://www.diabetes.dk/emag/Vejledning_type_2diabetes/index.html#/1/

udarbejdet af DSAM og Diabetesforeningen, som aktuelt vist uddeles til flertallet af ny-diagnosticerede patienter med type 2-diabetes (oplag vist på ca. 30.000/årligt).

Side 13, øverst:

"Alle patienter bør oplæres i at måle og monitorere eget blodglukose og efterfølgende fortolke resultaterne. Både ved debut – men også længere henne i sygdomsforløbet - kan dette have et væsentligt pædagogisk formål i forhold til motivation og egenomsorg, at patienten kan aflæse effekten af livsstilsændringer såvel som den farmakologiske behandling."

Aktuelt fylder en anbefaling af, at blodsuktermålinger skal benyttes rutinemæssigt som pædagogisk værktøj, en del igennem hele rapporten. Dette er til diskussion i Danmark og internationalt:

- En Cochrane-oversigtsartikel fra 2012 (*Self-monitoring of blood glucose in patients with type 2 diabetes mellitus who are not using insulin*;
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005060.pub3/abstract>
er særdeles skeptisk overfor rutinemæssig brug af glukose selvmonitorering.

- I DSAM's kliniske vejledninger (2012) anbefaler vi *ikke*, at man rutinemæssigt bruger glukose selvmonitorering, men skriver omvendt: *Diabetespatienter, der ikke er i insulinbehandling, bør kun undtagelsesvis have målt blodglukoseværdier.*
<http://vejledninger.dsam.dk/insulinbehandling/?mode=visKapitel&cid=586&gotoChapter=586>

Vi er opmærksomme på, at meningerne herom er delte.

Afsnit 3.4.4 sidst:

"Der mangler imidlertid videnskabelig dokumentation for, hvilke redskaber der med fordel kan benyttes til at foretage en vurdering af patientens psykosociale status for at identificere patienter med svage ressourcer og lav mestringsevne."

I denne sætning forudsættes, at patientens psykosociale status bedst vurderes med redskaber. Netop her vil der være tale om, at relationen og det personcentrede fokus for almen medicin vil betyde, at lægen vil kende eller kunne udpege disse patienter, ved at bruge sin faglighed, sin almenmedicinske dømmekraft. Lægen vil derfor sagtens kunne beskrive, hvad det er for vanskeligheder, der er tale om hos den enkelte patient, uden flere redskaber. Sætningen bør udgå.

Afsnit 3.7, side 16:

Beskrivelsen af hvem der skal tage sig af hvilke risikogrupper kunne eventuelt tegnes i et flow-chart – med rent pædagogisk sigte.

Afsnit 4, siderne 18-25

Side 18:

I de indledende "dots" står:

- *"fysisk træning"*. Foreslås ændret til *"Øget fysisk aktivitetsniveau"*.
- *"omlægning til diabetesdiæt"*. Foreslås ændret til *"hensigtsmæssig kost"*.
- står *"vægttab hos overvægtige"*. Forslås ændret til *"fastholdelse af vægt, eller vægttab, hvis motivation herfor"*.

Side 18, afsnit 4.1, 2. afsnit 3. linje:

"... i nogen grad på livskvaliteten". Foreslås ændret til: *"... på livskvaliteten"*. ("i nogen grad" slettes således).

Side 18, afsnit 4.1.1: sidste dot:

"diæt" foreslås ændret til *"kost"*. *"Diæt"* tænkes nok brugt som en fordanskning af begrebet *"diet"* på engelsk, hvor det imidlertid oftest betyder *"sædvanlig kost"*. På dansk betyder det vel nærmest en usædvanlig kost (eller for mange noget midlertidigt?).

Side 19, afsnit 4. 1:

Afsnittet indledes med ordlyden *“Patienter med type 2-diabetes bør tilbydes struktureret patientuddannelse.”*

Det bør i dokumentet tydeliggøres, at det har vist sig som en betydelig udfordring at sikre, at flertallet af patienter med type 2-diabetes reelt modtager denne strukturerede patientuddannelse. Forklaringen er nok, at patienter med type 2-diabetes er en heterogen gruppe, nogle vil være på arbejdsmarkedet, nogle har psykiske udfordringer etc. Har kommunerne fx et tilbud til personer, som gerne vil passe deres arbejde? Dette bør indgå i overvejelser for afholdelse og tilrettelæggelse af kurserne.

En del af udfordringerne består formentlig i, at de kommunale, gruppebaserede tilbud i hverdagens dagtimer ikke passer til den relativt heterogene gruppe af patienter med type 2-diabetes. Problemstillingen er undersøgt og dokumenteret i Vestegnsprojektet, ligesom den er italesat i Region H's seneste forløbsprogram for type 2-diabetes (2015).

Side 19-20, afsnit 4.2:

“diæt” ændres til “kost”.

Side 20, afsnit 4.2:

“Mange patienter med type 2-diabetes er overvægtige, og vægttab kan derfor være den mest rationelle behandling af type 2-diabetes.”

Ændringsforslag:

Mange patienter med type 2-diabetes er overvægtige, og vægttab synes umiddelbart at være den mest rationelle behandling af type 2-diabetes. Et mindre vægttab kan reducere langtidsblodsukkeret signifikant. Vægttab er imidlertid ofte svært at gennemføre og fastholde for flertallet af overvægtige. Der er desuden tilsyneladende tale om komplekse sammenhænge mellem vægt, sygelighed og dødelighed også for diabetikere. Derfor bør vejledningen om kost til personer med type 2-diabetes tage udgangspunkt i, hvad “sund mad” er med formålet at spise sundt og ikke med målet at tabe sig. Endvidere bør en omlægning af kosten ses ind i den samlede “livsstilsændring” med øget fysisk aktivitetsniveau, rygeophør og eventuelt reduktion af alkoholindtag.

Side 21, afsnit 4.2.1:

Vedr. sætningen:

“Mange patienter med type 2-diabetes, som kontrolleres i almen praksis, formidles de officielle kosttråd ved læge eller sygeplejerske. Kosttråd og kort behandlingstid er generelt uden længerevarende effekt, og det er ofte nødvendigt med et længerevarende forløb i form af en individuel diæt-behandling hos en klinisk diætist.”

På dette område eksisterer der i dagens Danmark et misforhold imellem det ønskede behandlingstilbud og det reelt mulige, bl.a. fordi et forløb ved en diætist for flertallet af patienter er selvfinansieret og dermed oftest af økonomiske årsager reelt ikke tilgængeligt for flertallet af danske type 2-diabetespatienter. Der bør arbejdes på tiltag, der kan sikre, at alle patienter opnår et relevant behandlingstilbud.

Side 25:

Sidste sætning i indledningen: *"Der bør endvidere ske en opfølgning efter seks måneder eller efter et år"* har vi ingen viden om er rigtig. Vi ved imidlertid, at hyppig og vedvarende opfølgning er vigtig. Derfor foreslås, at der skrives: *"Der bør derfor ske en vedvarende opfølgning"*.

Afsnit 6, siderne 34-39

Side 34:

Vedr. Figur 3: Patientforløb for patienter med nydiagnosticeret type 2-diabetes

Fin figur, men mangler der ikke en bjælke til den kommunale indsats, f.eks. i forbindelse med sundhedsfaglig rehabilitering?

Side 36, afsnit 6.2:

Vedr. sætningen:

"Diabetisk nefropati, hvor patienten har et forløb i nefrologisk regi parallelt med diabetes-forløbet."

Kommentar:

Mange behandlere sammenblander tilstanden mikroalbuminuri med diabetisk nefropati. For at tydeliggøre forskellen vil oplysning om definitionen på diabetes nefropati være at anbefale.

Ændringsforslag:

Ved diabetisk nefropati, defineret som U-albumin/kreatinin ratio ≥ 300 mg/g i mindst to ud af tre urinprøver, har patienten et forløb i nefrologisk regi parallelt med diabetes-forløbet.

Side 37, afsnit 6.2:

Vedr. sætningen:

"Diabetiske fodproblemer, hvor et multidisciplinært fod-team i hospitalsregi (samarbejde mellem diabetesambulatorium og ortopædkirurg med tilknyttet fodterapeut, sårsygeplejerske og bandagist) overtager kontrol og behandling af fodproblemet, indtil det er helt eller delvist løst, mens den øvrige screening og behandling bør fortsætte uændret eller i mange tilfælde intensiveret ved hyppigere målinger af HbA1c og eventuelt flere besøg hos diabetesbehandleren til justering af den medicinske behandling."

I henhold til stratificeringen hører denne gruppe til Niveau 3 – det vil sige en gruppe, der anbefales henvist til sygehuset. Det kan dog i mange tilfælde forekomme, at patienten vælger at fortsætte diabeteskontrol og behandling ved egen læge. Det er af væsentlig betydning, at der laves eksplicitte aftaler om behandlingsansvar i disse situationer, da patienten ellers risikerer at havne mellem to stole, hvor egen læge tror, at diabetesambulatoriet er involveret qua fodkontrol, og at diabetesambulatoriet i denne periode har behandlingsansvaret for den øvrige diabetesbehandling.

Afsnit 7, siderne 40-42

Fokus for rapporten er tværsektorielle patientforløb for mennesker med type 2-diabetes. Det er derfor beklageligt, at rapporten mangler fokus på de grupper af patienter med type 2-diabetes, som ikke passer ind i rehabiliteringsprogrammerne. Rapporten kunne fx benyttes til at sætte fokus på, hvordan man hjælper de patienter, som har vanskeligt med at nå behandlingsmålene, hverken i ambulatorierne eller i almen praksis.

På side 16-17 beskrives i relation til stratificeringsniveau 3 udfordringen med at fastholde en del af patienterne i behandlingsforløb. Udfordringen er sammenlignelig for en del patienter i stratificeringsgruppe 2.

Side 40, afsnit 7.1, midtfor:

"Mennesker med type 2-diabetes er en heterogen gruppe, hvor sygdomsforløbet kan være meget forskelligt, strækkende sig fra symptomløs diabetes diagnosticeret ved screening til en debut med svær hyperglykæmi, der kræver hospitalsindlæggelse."

Ordet screening foreslås erstattet med "undersøgelse af person i risiko" – for ikke at skabe forvirring om betydningen af ordet screening, som erfaringsmæssigt bruges for mange forskellige aktiviteter i sundhedsvæsenet.

Side 41, afsnit 7.2.1, øverst:

"Hvis patienten følges i sygehusregi, og den behandlingsansvarlige læge for diabetesbehandlingen dermed er sygehuslæge, fungerer almen praksis stadig som tovholder for patienten i forhold til eventuel øvrig behandling af andre sygdomme."

Foreslås ændret til:

Hvis patienten følges i sygehusregi, og den behandlingsansvarlige læge for diabetesbehandlingen dermed er sygehuslæge, fungerer almen praksis stadig som tovholder for patienten i forhold til eventuel øvrig behandling af andre sygdomme, *som ikke er diabetesrelaterede.*

Side 41, afsnit 7.2.1, sidst i 3. afsnit:

"Det er imidlertid altid hensigtsmæssigt, at der meldes tilbage fra den praktiserende øjenlæge til den praktiserende læge".

Foreslås ændret til:

Det er god klinisk praksis, at der for alle diabetespatienter, der går til kontrol hos øjenlæge, sker en tilbagemelding til patientens egen læge efter hver kontrol, så egen læge kan fungere som tovholder for alle dele af forebyggelse og behandling for den enkelte patient.

Referencer

"Drivsholm T. www.kveap.dk (maj 2010)"

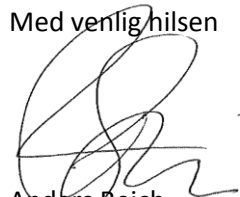
Ændres til:

Drivsholm T et al. **Teambuilding i almen praksis** om type 2-diabetes: afprøvning af en model for arbejdet med kroniske sygdomme. <http://www.apo-danmark.dk/files/pub/3469.pdf>

Side 23 nævnes referencen "March". Denne er vel:

¹ Marsh HS, Dresler CM, Choi JH, Targett DA, Gamble ML, Strahs KR. Safety profile of a nicotine lozenge compared with that of nicotine gum in adult smokers with underlying medical conditions: a 12-week, randomized, open-label study. Clin Ther 2005; 27(10):1571-1587.

Med venlig hilsen



Anders Beich
Formand, Dansk Selskab
For Almen Medicin

Høring: Anbefalinger for tværsektorielle patientforløb for mennesker med type 2 diabetes

Til: Sundhedsstyrelsen

Dansk Selskab for fysioterapi (DSF) har med interesse Anbefalinger for tværsektorielle patientforløb for mennesker med type 2 diabetes. DSF takker for muligheden for at afgive høringsvar og kvitterer for et grundigt og systematisk arbejde.

DSF har i nærværende brev samlet et høringssvar fra faglige selskaber i fysioterapi. Vi håber arbejdsgruppen og Sundhedsstyrelsen finder kommentarerne i høringssvarene anvendelige at arbejde videre med i kvalificeringen af den aktuelle anbefaling. Såfremt der er opklarende spørgsmål eller yderligere behov, er vi naturligvis behjælpelige.

Dette høringssvar er udarbejdet med input fra:

- Dansk Selskab for Hjerte- og Lungefysioterapi
- Dansk Selskab for Sportsfysioterapi

Overordnede bemærkninger

Dansk Selskab for Fysioterapi har noteret sig de to faglige selskabers høringssvar og henleder til særlig opmærksomhed på selskabernes høringssvar.

Dansk Selskab for Fysioterapi er enige i vores faglige selskabers bekymring af tvetydige anbefaling om interventionsvalg. Generelt efterspørger Dansk selskab for Fysioterapi fortsat en mere markant og tydeligere praksis udfoldelse i flertallet af de anbefalinger sundhedsstyrelsen producerer.

Vedrørende målemetoder

Dokumentation og effektmonitorering af fysioterapeutisk og rehabiliterende praksis står højt på selskabets dagsorden. Dansk Selskab for Fysioterapi bifalder systematisk anvendelse af relevante resultatindikatorer og måleredskaber, og bidrager gerne i en kvalificering af dette. Vi enige i problemstillingerne de faglige selskaberne fremhæver. Det er derfor ønskeligt at anbefalingen giver en uddybning omkring brug og anvendelse af måleredskaber til monitorering af effekt på behandlingsinterventioner.

Vedrørende implementering

Dansk Selskab for Fysioterapi kvitterer for afsnittet omkring organisering og arbejdsfordeling, men savner en skitseret plan for implementering af arbejdsfordelingen, herunder hvordan det sikres at behandlingsinitiativerne effektueres i de forskellige sektorer.

p.v.a. Dansk Selskab for Fysioterapi

Med venlig hilsen

Henrik Hansen

Faglig konsulent

Dansk Selskab for Fysioterapi

Holmbladsgade 70

2300 København S

Tel.: +45 33414612

E-mail: kontakt@dsfys.dk

Web: www.danskselskabforfysioterapi.dk



Høring: Type 2 diabetes – anbefalinger for tidlig opsporing, behandling, rehabilitering og opfølgning
--

Til: Sundhedsstyrelsen

Overordnede bemærkninger

Dansk Selskab for Hjerte og Lungefysioterapi har afventet opdateringen af Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tidlig opsporing, behandling, rehabilitering og opfølgning af Type 2 diabetes. Vi kvitterer for en solid anbefaling herunder inddragelsen af det brede tværsektorielle og tværfaglige perspektiv i anbefalingerne.

Specifikke bemærkninger

Vi kunne ønske os mere specifikke anvisninger omkring intensitet og intensitetsmonitorering, herunder overvejelser omkring vægtning af kredsløbsorienteret træningsmodaliteter og styrketræningsmodaliteter.

Vedrørende monitorering

Vi mangler, at disse anbefalinger giver konkrete anvisninger på effektindikatorer, der rækker udover HbA1C, BMI, vægt og blodtryk. Eksempelvis, hvordan der ønskes målt og monitoreret på effekt af den patientrettede undervisning og træning i forbindelse med interventioner, eller om Sundhedsstyrelsen mener monitorering af dette, er overflødeligt. National og tværsektoriel konsensus herom er ønskværdigt, og kan gøres entydigt i denne anbefaling.

Vedrørende implementering

Vi kunne ønske os, at der var som minimum skitseret en plan for implementering og hvilke tiltag, der skal sættes i værk for at få anbefalingerne implementeret hos alle parter.

Med venlig hilsen

Pernille Villumsen

p.v.a. Bestyrelsen i Dansk Selskab for Hjerte- og Lungefysioterapi

Web: <http://www.hjerte-lungefysioterapi.dk/>

Til: Sundhedsstyrelsen

Vedr: Diabetes - Anbefalinger for opsporing, diagnostik, behandling, rehabilitering og opfølgning

Dansk Selskab for Sportsfysioterapi takker for muligheden for at afgive høringssvar til høringsudkastet: Diabetes - Anbefalinger for opsporing, diagnostik, behandling, rehabilitering og opfølgning. Overordnet tilslutter os budskabet: empowerment af patienten og tilslutter os tillige budskabet om vigtigheden af den tværfaglige – og tværsektorielle indsats.

Derudover har vi følgende konkrete kommentarer.

3.1.2 Opsporing i kommunerne

- Det foreslås at der inkluderes konkrete eksempler på validerede spørgeskemaer mhp at spore personer i risiko for diabetes
- *Blod glucose sporing anbefales ikke da metoden er for usikker.*
Det anbefales at ovenstående sætning highlightes.

4.3.1 Fysisk Aktivitet

I indledningen skrives at retningslinjen ikke beror på en litteratur gennemgang men på konsensus. Hvad træning angår findes evidens for at træning virker! Dette burde understreges! Der findes også evidens for, at navnlig udholdenhedstræning og styrketræning virker og har hver deres effektmål. Effekten af udholdenhedstræning, styrketræning, og kombinationen af begge træningsformer hos patienter med type 2-diabetes er blevet undersøgt i forhold til glykæmisk kontrol , lipidprofil , kropssammensætning, livskvalitet, og perifer vaskulær sundhed. (Madden, K . Syndr Obes. 2013; 6: 233–239).

4.3.2 Kompetencekrav

“Den sundhedsprofessionelle bør have kompetencer til kvalificeret at kunne supervisere træning og rådgive om konkrete fysiske øvelser tilpasset den enkelte patient. Derudover bør den sundheds-professionelle kunne rådgive patienterne i forhold til sygdomsspecifikke spørgsmål, der vedrører træningen, herunder viden om risikoen for hypoglykæmi, og om hvordan det forebygges og behandles, kunne formidle øvelserne og rådgive patienterne på en måde, der understøtter fortsat træning efter tilbuddets ophør”

I lyset af patientens høje risiko for følgesygdomme samt skader i bevægeapparatet er det efter vores mening ikke nok at “den sundhedsprofesionelle bør have kompetencer til kvalificeret at kunne supervisere træning og rådgive om konkrete fysiske øvelser tilpasset den enkelte patient”. Det anbefales, at der stilles krav om et konkret uddannelsesniveau som fysioterapeut, da denne faggruppe netop kan håndtere individuel tilpasset superviseret træning på baggrund af vurdering af risici for skader i bevægeapparatet og tage hensyn til de konkrete skader og skavanker hos patienten.

Mvh

Dansk Selskab for Sportsfysioterapi

Sundhedsstyrelsen
Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud
fobs@sst.dk

06. januar 2016

Høringssvar fra DASYS vedr. "Tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes - Anbefalinger for opsporing, diagnostik, behandling, rehabilitering og opfølgning".

Dansk Sygepleje Selskab (DASYS) har modtaget forespørgsel på overstående og vi takker for muligheden for at afgive høringssvar.

Af høringslisten fremgår det at Fagligt Selskab for Diabetessygeplejersker er anmodet om høringssvar. DASYS kan, efter at have gennemset FSDS' høringssvar, helt tilslutte sig FSDS' høringssvar med såvel overordnede som konkrete bemærkninger.

Det fremgår på s. 42 i materialet at: "Et højt fagligt niveau i kommunalt regi vil imidlertid forudsætte, at de fornødne kompetencer hos de sundhedsprofessionelle er til stede". DASYS anbefaler, at der nedsættes en arbejdsgruppe med det formål, at afdække og anbefale nødvendige faglige kompetencer hos det sundhedspersonale som skal varetage denne komplekse opgave.

DASYS stiller sig gerne til rådighed med sygeplejefaglig ekspertise, ved nedsættelse af en sådan arbejdsgruppe, indenfor såvel det uddannelsesfaglige som det specialefaglige område.

DASYS er af Fagligt Selskab i kommunerne blevet gjort opmærksom på, at den systematiske opsporing beskrevet s. 40 i materialet vanskeliggøres ved, at sygeplejersker ikke må foretage blodsuktermåling uden lægeordination. Denne bemærkning er hermed videregivet.

Skulle høringssvaret give anledning til spørgsmål står DASYS naturligvis til rådighed for yderligere uddybning af ovenstående.

Med venlig hilsen
For Dansk Sygepleje Selskab, DASYS

Margit Roed
Formand