



# ANBEFALINGER FOR MÅLRETTET OPSPORING AF TYPE 2-DIABETES I KOMMUNERNE



## **ANBEFALINGER FOR MÅLRETTET OPSPORING AF TYPE 2-DIABETES I KOMMUNERNE**

© Sundhedsstyrelsen, 2018.  
Publikationen kan frit refereres  
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

[www.sst.dk](http://www.sst.dk)

**Elektronisk ISBN:** 978-87-7014-047-8

**Sprog:** Dansk  
**Version:** 1. udgave  
**Versionsdato:** 8. oktober 2018  
**Format:** pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,  
Oktober 2018

# Indholdsfortegnelse

<b>1. Indledning</b> .....	<b>4</b>
<b>2. Målgruppe</b> .....	<b>5</b>
<b>3. Arenaer</b> .....	<b>7</b>
<b>4. Indsats</b> .....	<b>8</b>
<b>5. Kompetencer</b> .....	<b>10</b>
<b>6. Opfølgning</b> .....	<b>11</b>
<b>7. Samarbejde</b> .....	<b>13</b>
<b>Referenceliste</b> .....	<b>14</b>
<b>Bilagsfortegnelse</b> .....	<b>15</b>

# 1. Indledning

Formålet med anbefalingerne for målrettet opsporing af type 2-diabetes er at styrke og systematisere indsatsen for målrettet opsporing af type 2-diabetes i kommunerne. En styrket kommunal indsats forventes at kunne bidrage til, at flere mennesker med høj risiko for at udvikle eller have type 2-diabetes kan blive diagnosticeret rettidigt, og dermed reducere risikoen for at udvikle følgesygdomme. Anbefalingerne er målrettet kommunerne og kan anvendes i arbejdet med type 2-diabetes.

Indsatsen er en del af satspuljeaftalen for 2017-2020, hvor der blev afsat midler til en national diabetesbehandlingsplan (1). Handlingsplanen indeholder tolv initiativer, der skal styrke indsatsen på diabetesområdet, og et af initiativerne har til formål at styrke den kommunale indsats i forhold til at opdage type 2-diabetes i relevante risikogrupper tidligere.

Som en del af dette initiativ er der afsat midler til, at Sundhedsstyrelsen udarbejder anbefalinger for indsatsen i kommunerne. Anbefalingerne skal afprøves i udvalgte kommuner og efterfølgende evalueres. Der tilknyttes i regi af Sundhedsstyrelsen en national, ekstern evaluator til evaluering af den afprøvede målrettede opsporing.

Anbefalingerne er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen med rådgivning fra en bredt sammensat arbejdsgruppe. Arbejdsgruppens kommissorium og medlemmer af arbejdsgruppen fremgår af bilag 1 og 2.

Anbefalingerne er baseret på den aktuelt bedste viden i forhold til at skabe kvalitet i den målrettede opsporing af type 2-diabetes i kommunerne. Som en del af grundlaget for anbefalingerne er der udarbejdet en vidensopsamling af Forskningsenheden for Almen Praksis, Odense, af validerede spørgeskemaer til brug for identifikation af type 2-diabetes (2).

Endelig skal anbefalingerne ses i sammenhæng med og som uddybning til en del af Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes*, som er målrettet tidlig kommunal indsats og rettidig diagnostik (3).

## 2. Målgruppe

### Anbefalinger

- Målgruppen for målrettet opsporing er voksne borgere med høj risiko for at udvikle eller have type 2-diabetes.

Det estimeres, at der i Danmark i dag er 60.000 mennesker, som har diabetes uden at vide det. Uopdaget diabetes og deraf manglende behandling medfører øget risiko for udvikling af senkomplikationer og tidlig død (4). Det er derfor vigtigt at diagnosticere mennesker med type 2-diabetes rettidigt for at mindske risikoen for følgesygdomme.

Indsatsen i kommunen bør være baseret på en højrisikostrategi, det vil sige, at det er borgere i høj risiko for at udvikle eller have type 2-diabetes, der er målgruppen. Dette er som udgangspunkt nedenstående grupper, hvor der er en kendt øget forekomst af type 2-diabetes.

#### *Mennesker med ingen eller kort uddannelse*

Der er en social gradient ved type 2-diabetes i forhold til forekomst, sygdomsudvikling og død, fx er forekomsten af diabetes tre gange højere blandt mennesker med en kort uddannelse end blandt mennesker med en lang uddannelse, ligesom mennesker med kort uddannelse i gennemsnit diagnosticeres fem år senere end de, der har en lang uddannelse. Yderligere har mennesker med en høj uddannelse en lavere risiko for at udvikle senkomplikationer og for tidlig død (5).

#### *Mennesker med anden etnisk baggrund end dansk*

Visse etniske grupper har en øget risiko for at udvikle type 2-diabetes som følge af genetiske og kulturelle faktorer. Det er fx velkendt, at forekomsten og risikoen for type 2-diabetes er højere blandt borgere med anden etnisk baggrund end dansk, sammenlignet med borgere med dansk baggrund (6).

#### *Mennesker med psykiske lidelser*

Mennesker med psykiske lidelser har også en øget risiko for udvikling af en række somatiske sygdomme, herunder diabetes. Dette skyldes dels, at nogle typer af psykofarmaka kan medføre vægtøgning, og dels en ophobning af risikofaktorer på baggrund af sundhedsadfærd, der øger risikoen for udvikling af type-2 diabetes (7).

*Sårbare grupper som hjemløse*

Hos sårbare grupper som hjemløse er forekomsten af mennesker med diabetes<sup>1</sup> højere end blandt den øvrige befolkning, hvilket skyldes hjemløses dårlige ernæringstilstand (8).

*Mennesker med forekomst af diabetes i familien*

Mennesker med forekomst af diabetes i familien har en betydelig højere risiko for at udvikle diabetes. Hvis den ene af borgerens forældre har type 2-diabetes er risikoen for at udvikle denne sygdom høj og har begge forældre type 2-diabetes er risikoen dobbelt så høj for at udvikle sygdommen (9).

<sup>1</sup> SFI's rapport fra 2013 ser samlet på diabetes (type 1- diabetes og type 2 diabetes)

## 3. Arenaer

### Anbefalinger

- Indsatsen iværksættes i de arenaer, hvor forekomsten af type 2-diabetes er høj, fx boligsociale områder.
- Arenaer udvælges på baggrund af en analyse af tilgængeligt data om målgruppen samt kendskab til målgruppen fra øvrige indsatser.

Arenaer for indsatsen vil være der, hvor borgere, som er i høj risiko for at udvikle eller have type 2-diabetes har deres daglige gang. Det kan fx være på bosteder, i udsatte boligområder, på arbejdspladser, hvor målgruppen færdes mv.

Det kan desuden være hensigtsmæssigt at iværksætte tiltag i arenaer, hvor de kommunale medarbejdere i forvejen har skabt kontakt til målgruppen og dermed har lettere adgang til at iværksætte en opsøgende indsats og eventuelt allerede har kendskab til, hvilke borgere der er i høj risiko for eller har tegn på type 2-diabetes. I boligområder kan dette fx ske gennem sundhedscentre og i eget hjem med bostøtte.

Det anbefales, at arenaerne konkret udvælges på baggrund af en analyse af, hvilke arenaer der er fagligt meningsfulde at opsøge målgruppen i. I analysen inddrages kendskab til målgruppen fra øvrige sundheds- og rehabiliteringstilbud samt tilgængelige data om målgruppen, fx på baggrund af sundhedsprofilen.

## 4. Indsats

### Anbefalinger

- Der anvendes et valideret spørgeskema i indsatsen med at identificere borgere i risiko for type 2-diabetes.
- De sundhedsprofessionelle afholder indledende samtaler med borgere i høj risiko for at udvikle eller have type 2-diabetes.
- Kommunen skal have etableret et sundhedstilbud – både for borgere i risiko for at udvikle diabetes og for de borgere som bliver diagnosticeret med type 2-diabetes.

Det anbefales, at der tages udgangspunkt i et valideret spørgeskema i en indledende samtale eller ved en senere samtale, fx ved den afklarende samtale<sup>2</sup>, hvis borgeren er henvist til en sådan i forbindelse med andre behov. Har borgeren inden samtalen udfyldt et spørgeskema om risikoen for type 2-diabetes, tages der udgangspunkt i dette. Borgere, som tilbydes at besvare spørgeskemaet, bør altid have grundig information om, hvilke muligheder der er i forhold til fx udredning og opfølgning.

Det er væsentligt, at der foretages en helhedsvurdering af borgeren ved denne samtale, herunder at der er fokus på borgerens individuelle situation samt parathed i forhold til at have en dialog om risikofaktorer, forebyggelse mv.

Den sundhedsprofessionelle kan i samarbejde med borgeren vælge at udfylde spørgeskemaet på stedet eller lave en aftale med henblik på udfyldelse af skemaet. Forud for eventuelle arrangementer er det væsentligt at inddrage og samarbejde med de medarbejdere, der arbejder i nærområdet<sup>3</sup>, og som i forvejen er i kontakt med målgruppen, herunder i forhold til at etablere kontakt til målgruppen, fx i forbindelse med særlige arrangementer.

Der findes flere spørgeskemaer, som kan benyttes til at identificere risiko for at udvikle eller have type 2-diabetes. En afdækning af eksisterende spørgeskemaers validitet viser, at de forskellige spørgeskemaer ser ud til at have omtrent samme effekt i forhold til at

<sup>2</sup> Læs mere om den afklarende samtale i Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, Sundhedsstyrelsen 2016 og initiativ 8 i Den Nationale Diabetes Handleplan *Mere individuelle behandlingsforløb*

<sup>3</sup> Fx frontpersonale/fagpersoner(kommunalt ansatte), der har kontakt til målgruppen i hverdagen. Fx er der i nogle boligområder ansat en ejendomsfører/vicevært(nøgleperson). Det kan også være frivillige, som sundhedsformidlere, bydelsmødre(peer to peer) o.l.



identificere mennesker i risiko for at udvikle og/eller have type 2-diabetes<sup>4</sup> (2). Der er således flere anvendelige spørgeskemaer, men det anbefales at anvende Leicester Diabetes Risk Assessment Tool (LRA), da det er oversat og afprøvet i en dansk sammenhæng og benytter de nye diagnostiske kriterier for type 2-diabetes (langtidsblodsukker (HbA1c))<sup>5</sup>.

Det er vigtigt at fremhæve at brug af spørgeskema ikke kan stå alene. Brug af spørgeskema skal således altid suppleres med andre tiltag, herunder særligt en samtale og kontakt med borgeren.

Såfremt borgeren vurderes at være i høj risiko for at udvikle eller have type 2-diabetes opfordres borgeren til at gå til sin praktiserende læge. Det er den praktiserende læge, der stiller en eventuel diagnose. Derudover bør den praktiserende læge henvise til forebyggelsestilbud i kommunen (den afklarende samtale).

En forudsætning ved brug af disse anbefalinger er at kommunen har etableret et sundhedstilbud. Det gælder for både for borgere, som er i risiko for at udvikle diabetes, samt for de borgere som bliver diagnosticeret med type 2-diabetes. Vurderes borgeren til at være i høj risiko for hjertekarsygdom uden type 2-diabetes, bør der også være et kommunalt sundhedstilbud til denne målgruppe.

<sup>4</sup> Opsummering af videnskabelig publiceret viden om spørgeskemaer, tabel 3, s. 19 i Spørgeskemaer til tidlig opsporing af type 2-diabetes – vidensopsamling, SDU, august 2018 (se referenceliste)

<sup>5</sup> [Link til spørgeskema: https://diabetes.dk/diabetes-2/fakta-om-diabetes-2/test-din-risiko.aspx](https://diabetes.dk/diabetes-2/fakta-om-diabetes-2/test-din-risiko.aspx)

## 5. Kompetencer

### Anbefalinger

- Fagpersoner i kontakt med målgruppen ved, hvor de skal henvende sig, hvis de ser tidlige tegn på for type-2 diabetes hos borgere.
- Målrettet opsporing af type 2-diabetes foretages som udgangspunkt af sundhedsprofessionelle med specialviden om diabetes samt teoretisk og praktisk viden/erfaring med sundhedspædagogiske værktøjer.

Den sundhedsprofessionelle, der er ansvarlig for indsatsen, herunder udfylder spørgeskema sammen med borgeren, kontakter relevante samarbejdspartnere mv. bør som udgangspunkt være sygeplejerske. Derudover bør denne have specialviden om diabetes samt have teoretisk og praktisk viden/erfaring med sundhedspædagogiske værktøjer.

Meget frontpersonale på social-, beskæftigelses- og sundhedsområdet er i kontakt med målgruppen, som eksempelvis socialpædagoger på bosteder, som arbejder med psykosociale indsatser, og sundheds- og socialhjælpere i borgerens hjem, beskæftigelseskonsulenter i jobcentre. Det er vigtigt, at relevante medarbejdere, der er i kontakt med målgruppen, har viden om tidlige tegn og risikofaktorer for type 2-diabetes<sup>6</sup>, samt ved hvor de skal henvende sig, hvis de har ser tidlige tegn på type 2-diabetes<sup>6</sup> hos borgeren mv.<sup>7</sup> Ved behov forestår sundhedsprofessionelle indledningsvist kompetenceudvikling af frontpersonalet i forhold til viden om tegn på og risikofaktorer for diabetes<sup>8</sup>.

Fælles kompetenceudvikling kan eventuelt etableres i forhold til den viden, som går på tværs af faggrupperne, fx viden der kan understøtte et fælles sprog eller viden om organisering og ansvarsfordeling på tværs af faggrupper og sektorer.

<sup>6</sup> Risikofaktorer: Fx høj alder, overvægt, diabetes i familien, etnicitet, tidligere diabetes i graviditeten, højt blodtryk og/eller lav fysisk aktivitet.

Symptomer: Træthed, infektion i hud og slimhinder, synsforstyrrelser, føleforstyrrelser, øget tørst, vanskelig heling af sår, hyppig vandladning, kløe, kvalme, forringelse af den almene helbredstilstand

<sup>7</sup> Den Nationale Diabetes Handleplan's initiativ 2 omhandler *Tidligere opsporing af personer med type 2-diabetes*, hvor der udvikles og gennemføres en informationsindsats målrettet personale på tværs af relevante velfærdsområder, som er i kontakt med borgere i høj risiko for at udvikle eller have type 2-diabetes.

<sup>8</sup> I 2019 gennemfører Sundhedsstyrelsen en informationsindsats med henblik på at styrke viden om diabetes, herunder symptomer, til relevante faggrupper, som er i kontakt med borgere i høj risiko for at udvikle type 2-diabetes. Produkter i denne informationsindsats kan inddrages i kompetenceudviklingen

## 6. Opfølgning

### Anbefalinger

- Borgere i risiko for at udvikle eller have type 2-diabetes motive-res til at kontakte praktiserende læge.
- Der aftales en opfølgende kontakt med borgeren, hvis borgeren ønsker det.
- Borgeren henvises efter behov til en afklarende samtale i kom-munen.

Vurderer den sundhedsprofessionelle, at borgeren er i høj risiko for at udvikle eller have type 2-diabetes, skal borgeren altid anbefales og motiveres til at rette henvendelse til egen læge.

Borgerens praktiserende læge forestår den lægefaglige udredning med henblik på eventuel diagnosticering<sup>9</sup> (10). Det udfyldte spørgeskema medbringes til egen læge.

Hvis borgeren har fået diagnosticeret type 2-diabetes eller vurderes at være i høj risiko for type 2-diabetes eller høj risiko for hjertekarsygdom uden type 2-diabetes, bør den praktiserende læge henvise borgeren til en afklarende samtale i kommunalt regi med henblik på at modtage relevante kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud.<sup>10</sup>

Den sundhedsprofessionelle aftaler endvidere efter behov en opfølgende kontakt med borgeren, hvis borgeren ønsker dette, særligt hvis borgeren vurderes at være i høj risiko

<sup>9</sup> Dansk Selskab for Almen Medicin har udviklet en algoritme til udredning af patienter, der henviser sig i eller henvises til den praktiserende læge.

<sup>10</sup> Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, 2016 beskriver indsatser i til bor-gere med kronisk sygdom, som ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne og helbredsforhold kan have gavn af et fore-byggelses-/rehabiliteringstilbud. Visse af anbefalingerne er endvidere relevante for borgere, der ikke har men er i risiko for at få en kronisk sygdom. Anbefalinger omfatter kommunale tilbud vedrørende sygdomsmestring, rygeafvænning, fysisk træning, er-næring og alkoholrådgivning.

for at udvikle eller have type 2-diabetes. Opfølgningen kan eksempelvis foregå ved en samtale - ansigt til ansigt eller telefonisk. Formålet med denne kontakt er at følge op på, hvorvidt borgeren har kontaktet sin egen læge.

Det aftales med borgeren, om og i givet fald hvordan og hvornår, den opfølgende kontakt skal foregå. Det er her vigtigt, at forløbet tænkes igennem på forhånd. Det kan eksempelvis aftales, om den sundhedsprofessionelle efter samtykke fra borgeren må tage kontakt til borgerens støttekontaktperson, mentor eller andre, der allerede har etableret kontakt til borgeren.

Med borgerens sammentykke kan den sundhedsprofessionelle også tilbyde at kontakte borgerens praktiserende læge. Derefter kan den praktiserende læge henvende sig til borgeren med henblik på en konsultation.

Ved de opfølgende kontakter med borgeren bør der også være opmærksomhed på andre udfordringer, fx særlige individuelle hensyn, herunder sprogbarrierer mv., der kan være i forhold til videregivelse af information.

## 7. Samarbejde

### Anbefalinger

- Indsatsen iværksættes i samarbejde med den praktiserende læge.
- Der indgås tværkommunale samarbejder ved behov.

Kommunen bør tænke relevante samarbejdspartnere ind i arbejdet med og omkring borgere, der er i høj risiko for at udvikle eller have type 2-diabetes. Det gælder såvel interne samarbejdspartnere i kommunen som eksterne samarbejdspartnere.

Eksterne samarbejdspartnere kan eksempelvis være sundhedsprofessionelle på sygehuse, praktiserende læger, speciallæger, fodterapeuter, privatpraktiserende fysioterapeuter, apoteker samt patientforeninger.

Særligt er de praktiserende læger en central samarbejdspart for den samlede indsats, dels i forhold til at modtage de borgere, der henvender sig med henblik på eventuel udredning og diagnostik samt en eventuel henvisning til en afklarende samtale. Det er derfor centralt, at der indgås et samarbejde med de praktiserende læger (og praksissygeplejersker), når indsatsen planlægges og igangsættes. Samarbejdet kan eksempelvis indledes i Kommunalt Lægeligt Udvalg, hvor implementeringen af anbefalingerne med fordel kan drøftes.

Derudover bør indsatsen tilrettelægges således, at borgergrundlaget er tilstrækkeligt, herunder at relevante kommunale forebyggelsesindsatser er til stede. Her kan flere kommuner med fordel indgå i tværkommunalt samarbejde, fx i forbindelse med indsatser på arbejdspladser mv.

## Referenceliste

- 1. Sundheds- og Ældreministeriet 2017**  
Den Nationale Diabetes Handleplan
- 2. Syddansk Universitet 2018**  
Spørgeskemaer til tidlig opsporing af type 2-diabetes – Vidensopsamling, august 2018
- 3. Sundhedsstyrelsen 2017**  
Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes
- 4. US.National Health Library of Medicine National Institutes of Health**  
Effect of screening for type 2 diabetes on risk of cardiovascular disease and mortality: a controlled trial among 139,075 individuals diagnosed with diabetes in Denmark between 2001 and 2009.
- 5. Sortsoe et al. 2015.**  
Societal costs of Diabetes Mellitus in Denmark according to gender, age and complication state in 2011 – a register based study of all central available diabetes data (Diabetes Impact Study)
- 6. Scläger D, Rasmussen NK, Kjøller M 2015.**  
Sundhedsforhold blandt etniske minoriteter – en litteraturgennemgang.  
Statens Institut for Folkesundhed. København
- 7. Nordentoft, M., Krogh, J., Lange, P. & Moltke, A 2012.**  
Psykisk sygdom og ændringer i livsstil.  
Vidensråd for Forebyggelse.
- 8. SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd 2013**  
Hjemløse borgeres sygdom og sundhedsyndelser
- 9. Meigs, J. B, Cupples L. A and Wilson P. W. 2000**  
Parental transmission of type 2 diabetes: the Framingham Offspring Study. Diabetes 2000 Dec; 49(12): 2201-2207
- 10. Dansk Selskab for Almen Medicin 2012**  
Type 2-diabetes – et metabolisk syndrom
- 11. Sundhedsstyrelsen 2016**  
Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom

# Bilagsfortegnelse

**Bilag 1:** Arbejdsgruppens kommissorium

**Bilag 2:** Medlemmer af arbejdsgruppen

## Bilag 1 Kommissorium

# KOMMISSORIUM

**Kommissorium for Arbejdsgruppe for udarbejdelse af model for rettidig opsporing af mennesker med type 2-diabetes og model for behovsvurdering i den afklarende samtale i kommunen**

## Baggrund

Regeringen og satspuljepartierne har med satspuljen for 2017-2020 afsat 65,0 mio. kr. til en national diabetesbehandlingsplan indeholdende 12 initiativer, der skal styrke indsatsen på diabetesområdet. Ét af initiativerne har til formål at målrette opsporing af type 2-diabetes i relevante grupper (initiativ 3). Et andet initiativ har til formål at understøtte mere individuelle behandlingsforløb (initiativ 8)<sup>11</sup>.

### Initiativ 3: Model for rettidig opsporing af mennesker med type 2-diabetes

Det estimeres, at der i Danmark i dag er 60.000 mennesker, som har type 2-diabetes uden at vide det. Uopdaget diabetes og deraf manglende behandling medfører øget risiko for udvikling af senkomplikationer og tidlig død. Der mangler imidlertid viden om, hvordan en optimal opsporingsindsats skal tilrettelægges for at finde dem, som har eller er i høj risiko for at have type 2-diabetes<sup>12</sup>.

Som en del af den nationale diabetesbehandlingsplan udarbejder Sundhedsstyrelsen derfor en model for rettidig og systematisk opsporing i kommunerne. Modellen skal understøtte kommunerne i deres opsporingsarbejde til at identificere de borgere, der er i høj risiko for at udvikle eller have type 2-diabetes.

Modellen forventes at indeholde forslag til validerede spørgeskema(er) til at identificere borgere, der er i høj risiko for at udvikle eller have type 2-diabetes samt anbefalinger til opsporingsstrategier til højrisikogrupper, hvori det validerede spørgeskema skal anvendes. Endelig vil modellen pege på interventioner/aktiviteter, der har til formål at understøtte, at borgeren henvender sig hos den praktiserende læge, hvis den enkelte vurderes at være i høj risiko for at have type 2-diabetes.

<sup>11</sup> Se mere her: <http://sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sundhedspolitik/2017/November/-/media/2National%20diabetesbehandlingsplan.pdf>

<sup>12</sup> Se Sundhedsstyrelsens faglige oplæg til diabetesbehandlingsplanen: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/-/media/20532F80C337496F836778C1DBFC121A.ashx>



### Initiativ 8: Model for behovsvurdering i den afklarende samtale i kommunen

Når en patient får konstateret type 2-diabetes vil langt de fleste have behov for et eller flere rehabiliteringstilbud og bør derfor henvises til en afklarende samtale i kommunen<sup>13</sup>. I den afklarende samtale tilrettelægges rehabiliteringsforløbet, så det passer til den enkelte. Der eksisterer dog ikke i dag en ensartet tilgang i kommunerne til at individualisere rehabiliteringsforløbet.

Sundhedsstyrelsen vil derfor som en del af diabetesbehandlingsplanen udarbejde en model med anbefalinger til behovsvurderingen med henblik på en individuel tilrettelæggelse af rehabiliteringsforløbet.

### **Proces og organisering**

Sundhedsstyrelsen varetager udviklingen af de to modeller og nedsætter på den baggrund en arbejdsgruppe.

Som en del af arbejdet er der igangsat:

- en vidensopsamling af metoder og værktøjer til rettidig og systematisk opsporing (initiativ 3)
- en erfaringsopsamling af metoder og værktøjer til behovsvurdering (initiativ 8).

Vidensopsamlingen og erfaringsopsamlingen inddrages i udviklingen af de to modeller.

Til afprøvning af de færdigudviklede modeller opslår Sundhedsstyrelsen, også som led i diabetesbehandlingsplanen, to puljer i efteråret 2018.

Med henblik på national udbredelse af gode erfaringer evalueres puljeprojekterne i to selvstændige evalueringer ved eksterne evaluatore. Evalueringsrapporterne foreligger ultimo 2021.

<sup>13</sup> Læs mere om den afklarende samtale og anbefalinger til indhold og kompetencer i de enkelte tilbud i Sundhedsstyrelsen publikation "Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom"

### **Arbejdsgruppens opgaver**

Arbejdsgruppen skal rådgive Sundhedsstyrelsen i forhold til udarbejdelsen af de to modeller for henholdsvis opsporing af mennesker med type 2-diabetes og vurdering af rehabiliteringsbehov. Arbejdsgruppen skal herunder drøfte og kommentere på udkast til modellerne.

### **Arbejdsgruppens sammensætning**

Arbejdsgruppen er repræsenteret ved følgende parter:

- Dansk Endokrinologisk Selskab (1)
- Dansk Selskab for Almen Medicin (1)
- Dansk Sygepleje Selskab (2)
- Danske Patienter (1)
- Danske Regioner/region (1+1)
- Diabetesforeningen (1)
- KL/kommuner (1 + 3)
- Sundheds- og Ældreministeriet (1)

Sundhedsstyrelsen varetager formandskab og sekretariatsfunktion.

Sundhedsstyrelsen kan indhente yderligere sagkyndig ekspertise ved behov.

Danske Regioner og KL anmodes om at udpege de kommunale og regionale repræsentanter.

### **Arbejdsgruppens møder**

Der forventes afholdt i tre til fire møder i arbejdsgruppen i perioden fra april til september 2018. Mødedatoerne fremgår af udpegningsbrevet.

Sundhedsstyrelsen udarbejder oplæg til møderne, som arbejdsgruppen drøfter og kvalificerer.

Sundhedsstyrelsen udarbejder dagsorden og beslutningsreferat, der udsendes henholdsvis cirka én uge før og efter mødets afholdelse.

**Bilag 2 Arbejdsgruppens sammensætning**Dansk Selskab for Almen Medicin

Praktiserende læge og formand for Dansk Selskab for Almen Medicin  
Anders Beich (til juni 2018)

Dansk Endokrinologisk Selskab

Professor, Dr. Med. Sci. Torsten Lauritzen (Aarhus Universitet)

Dansk Sygepleje Selskab

Diabetes- og Hjemmesygeplejerske Hanne Hegedys (Lejre Kommune)

Dansk Sygepleje Selskab

Sundhedskonsulent og Sygeplejerske Lisa Holm Rasmussen (Odense Kommune)

Danske Patienter

Sundhedspolitisk konsulent Maria Iversen (Diabetesforeningen)

Danske Regioner

Stabschef Charlotte Albeck (Steno Diabetes Center Region Nordjylland)

Seniorkonsulent Helene Skude Jensen (til juli 2018)

Konsulent Kathrine Vogn (fra august 2018)

KL

Specialkonsulent Lene Dørfler

Kommunal repræsentant

Københavns Kommune: Centerchef Center for Diabetes Charlotte Glümer

Kommunal repræsentant

Mariagerfjord Kommune: Projektleder og sundhedsvejleder Anders Ring

Kommunal repræsentant

Svendborg Kommune Afdelingsleder Jesper Eilsø

Sundheds- og Ældreministeriet

Fuldmægtig Laura Thordahl

Sundhedsstyrelsen

Sektionsleder Kirsten Hansen (formand)

Chefkonsulent Mette Vestergaard (til august 2018)

Specialkonsulent Cecilie Iuul

Specialkonsulent Elsa Martha Eriksen

Fuldmægtig Lene Sønderup Olesen (til juni 2018)

Fuldmægtig Maj Back Nielsen

**Sundhedsstyrelsen**  
Islands Brygge 67  
2300 København S

[www.sst.dk](http://www.sst.dk)