



# FORLØBSPROGRAMMER FOR KRONISK SYGDOM

DEL I:  
Generisk model

DEL II:  
Forløbsprogram for diabetes



## Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – Generisk model og Forløbsprogram for diabetes

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

© Sundhedsstyrelsen, 2008

Emneord: forløbsprogram, kronisk sygdom, diabetes  
Sprog: Dansk  
Kategori: Rådgivning

Version: 1.0  
Versionsdato: 11. april 2008

ISBN elektronisk udgave: 978-87-7676-659-7  
ISBN trykt udgave: 978-87-7676-660-3

Format: pdf

Yderligere eksemplarer kan hentes fra hjemmesiden [www.sst.dk](http://www.sst.dk) eller bestilles hos:  
J.H. Schultz Information A/S, Albertslund, tlf. 70 26 26 36, e-mail: [schultz@schultz.dk](mailto:schultz@schultz.dk)

Pris: 0 kr., dog betales ekspeditionsgebyr

Tryk: Scanprint  
Trykt på miljøcertificeret papir

## Forord

I Sundhedsstyrelsens rapport fra 2005 *Kronisk sygdom – patient, sundhedsvæsen og samfund – Forudsætninger for det gode forløb* (5) beskrives en række udfordringer i relation til samfundets og sundhedsvæsenets indsats for borgere med kroniske sygdomme. Rapporten peger bl.a. på behovet for at indføre forløbsprogrammer for de store grupper af patienter med kronisk sygdom og på behovet for at understøtte patientens evne til egenomsorg.

Som opfølgning på ovenstående rapport besluttede Sundhedsstyrelsen at konkretisere rapportens overordnede anbefalinger gennem etablering af to projekter: ”Patienten med kronisk sygdom” og ”Sundhedsvæsenet og kronisk sygdom”.

Projektet *Patienten med kronisk sygdom* har haft til opgave at beskrive muligheden for at operationalisere egenomsorgsbegrebet og udpege konkrete forslag, som kan implementeres i sundhedsvæsenet. En tværfaglig arbejdsgruppe har bidraget til projektet, og resultaterne er publiceret i rapporten *Patienten med kronisk sygdom – Et idé-katalog*, der er udgivet af Sundhedsstyrelsen marts 2007.

Projektet *Sundhedsvæsenet og kronisk sygdom* har haft til opgave at opstille en generisk model for forløbsprogrammer samt at konkretisere denne model i et forløbsprogram for en specifik kronisk sygdom (diabetes). Dette arbejde har været organiseret i forskellige arbejdsgrupper, der har arbejdet parallelt og med høj grad af videndeling og gensidig inspiration. Der har i samme periode været etableret en referencegruppe for projekt *Sundhedsvæsenet og kronisk sygdom* med formelt udpegede repræsentanter for sundhedsprofessionelle, patientorganisationer, beslutningstagere mv. Forløbsprogrammet for diabetes har været forelagt for den nationale diabetesstyregruppe, og den generiske model for forløbsprogrammer samt forløbsprogrammet for diabetes har desuden været i offentlig høring i 2007.

Resultaterne fra projekt *Sundhedsvæsenet og kronisk sygdom* publiceres i denne rapport i to dele:

Del I: *Forløbsprogram for kronisk sygdom – Generisk model*

Del II: *Forløbsprogram for diabetes*

Sundhedsstyrelsen håber, at rapporten inden for de gældende økonomiske rammer kan anvendes som et fagligt input til planlægning af indsatsen for patienter med kronisk sygdom i regionalt og kommunalt regi.

*Jesper Fisker*  
*Adm. direktør, Sundhedsstyrelsen*

*Lone de Neergaard*  
*Chef, Sundhedsplanlægning*

*Sundhedsstyrelsen*  
*11. april 2008*

# Indhold

Forord	3
Indholdsfortegnelse	5
<b>DEL I:</b>	
Forløbsprogram for kronisk sygdom – generisk model	9
<b>1 Kronisk sygdom</b>	<b>10</b>
<b>2 Den generiske model for forløbsprogrammer</b>	<b>11</b>
2.1 Disposition	11
<b>3 Baggrund for anvendelsen af forløbsprogrammer</b>	<b>12</b>
3.1 Afgrænsning i forhold til beslægtede begreber	13
<b>4 Definition og indhold af forløbsprogrammer</b>	<b>14</b>
<b>5 Forløbsprogrammets patientgruppe</b>	<b>17</b>
<b>6 Den sundhedsfaglige indsats</b>	<b>18</b>
6.1 Evidensbaserede kliniske retningslinjer	19
6.2 Sundhedsfaglig indsats	20
6.3 Støtte til egenomsorg	20
6.3.1 Patientuddannelse	22
6.3.2 Den sårbare patient	23
<b>7 Organisering af indsatsen</b>	<b>24</b>
7.1 Opgavefordeling	25
7.1.1 Graderet sundhedsfaglig indsats	26
7.1.2 Fastlæggelse af kriterier for stratificering	27
7.1.3 Praktisk anvendelse af stratificering	28
7.2 Koordinering og samarbejde	29
7.2.1 Tovholder	30
7.2.2 Forløbskoordinering	31

8	Monitorering af kvalitet	32
9	Implementering af forløbsprogrammer	33
9.1.	Koordinering af forløbsprogrammer på regionalt niveau	34
10	Evaluering og revision af forløbsprogrammet	35
<b>DEL II:</b>		
	<b>Forløbsprogram for diabetes</b>	<b>37</b>
11	Indledning	38
12	Forløbsprogrammets patientgruppe – diabetes	40
12.1	Tidlig opsporing	41
12.2	Diagnose- og kontaktregistrering	42
12.2.1	Diagnose- og kontaktregistrering i sygehusvæsenet	42
12.2.2	Diagnose- og kontaktregistrering i almen praksis	42
12.2.3	Diagnose- og kontaktregistrering i det kommunale sundhedsvæsen	43
13	Den sundhedsfaglige indsats – diabetes	43
13.1	Evidensbaserede kliniske retningslinjer	43
13.1.1	Landsdækkende danske kliniske retningslinjer	43
13.1.2	Udenlandske kliniske retningslinjer	45
13.1.3	Opsummering vedr. danske kliniske retningslinjer	45
13.2	Krav til den sundhedsfaglige indsats	46
13.2.1	Den nydiagnosticerede patient	46
13.2.2	Den regelmæssige opfølgning	47
13.3	Støtte til egenomsorg	49
13.3.1	Intensiveret patientuddannelse	50
13.3.2	Den sårbare patient	50
14	Organisering af indsatsen – diabetes	51
14.1	Gradueret sundhedsfaglig indsats	52
14.1.1	Kriterier for stratificering af personer med diabetes	53
14.1.2	Praktisk anvendelse af stratificeringskriterierne	56
14.1.3	Nuværende nationale krav til organisering	57

14.2	Koordinering og samarbejde	58
14.2.1	Koordinerende funktioner	58
14.2.2	Samarbejdsaftaler/sundhedsaftaler	59
14.2.3	Understøttende informationsteknologi	60
15	Monitorering af kvalitet – diabetes	62
15.1	Nationalt diabetesregister	62
15.2	Det Nationale Indikatorprojekt	63
15.3	Dansk DiabetesDatabase	63
15.4	Dansk Almenmedicinsk Database	63
15.5	Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet	64
15.6	Opsummering vedr. monitoreringsinitiativer	65
16	Implementering af forløbsprogrammet for diabetes	66
17	Evaluering og revision af forløbsprogrammet for diabetes	67
	Bilag 1: Referencegruppe og arbejdsgrupper	70
	Bilag 2: Definitioner og beskrivelse af begreber, som anvendes i rapporten	72
	Bilag 3: Illustration af den graduerede indsats	78
	Bilag 4: Tiltag og redskaber, der kan styrke implementeringen	79
	Bilag 5: Indikatorområder i landsdækkende initiativer på diabetesområdet	86
	Referenceliste	90





**DEL I:**

Forløbsprogram for kronisk sygdom  
– generisk model

## 1 Kronisk sygdom

Ca. en tredjedel af den danske befolkning lider af en eller flere kroniske sygdomme. Kroniske sygdomme lægger således beslag på en væsentlig del af ressourcerne i det regionale og kommunale sundhedsvæsen. Derudover har mange kronisk sygdom, uden at den er diagnosticeret. Forløbet af kronisk sygdom omfatter det samlede livsvarige forløb fra sygdommens begyndelse, der defineres som den første kontakt med sundhedsvæsenet, der fører til udredning og konstatering af diagnosen.

Kroniske sygdomme har en række karakteristika, som er angivet i boks 1.1. Såvel børn som voksne kan have en kronisk sygdom, og det omfatter både somatiske og psykiske sygdomme.

Kronisk sygdom er bl.a. karakteriseret ved følgende:

- Tilstanden er vedvarende og fører ubehandlet til dårligere livskvalitet og/eller tidligere død
- Jo tidligere sygdommen opspores, jo større muligheder er der for at bedre prognosen og forebygge forværring (proaktiv indsats)
- Sygdommen har blivende følger
- Der er behov for langvarig behandling eller pleje.
- Der er behov for rehabilitering

Boks 1.1.

## 2 Den generiske model for forløbsprogrammer

Formålet med en generisk model for forløbsprogrammer er at give en overordnet ramme for indholdet i forløbsprogrammer, som kan anvendes af sundhedsfaglige ledere, administratorer, beslutningstagere, sundhedspersonale i regioner og kommuner samt patientorganisationer og andre, der er involveret i udviklingen og implementeringen af forløbsprogrammer for kroniske sygdomme.

I denne generiske model beskriver et forløbsprogram den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede sundhedsfaglige indsats for en given kronisk tilstand, der sikrer anvendelse af evidensbaserede anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats, en præcis beskrivelse af opgavefordeling samt koordinering og kommunikation mellem alle involverede parter.

Boks 1.2

Forløbsprogrammets indhold uddybes i kapitel 4.

Sundhedsstyrelsen forventer at påtage sig det overordnede ansvar for at koordinere udviklingen af nationale forløbsprogrammer for kroniske sygdomme i samarbejde med kommuner og regioner.

### 2.1 Disposition

Del 1 vedr. den generiske model for et forløbsprogram består af tre dele:

- Første del indeholder en introduktion til kronisk sygdom, til den generiske model for forløbsprogrammer samt til baggrund for anvendelsen af forløbsprogrammer og afgrænsning i forhold til beslægtede begreber (kapitel 3).
- Anden del giver først en overordnet beskrivelse af indholdet i et forløbsprogram og derefter en mere uddybende beskrivelse af de enkelte komponenter (kapitel 4-8).
- Tredje del fokuserer på den konkrete implementering af forløbsprogrammer for kroniske sygdomme samt på evaluering af og opfølgning på forløbsprogrammet (kapitel 9-10).

### 3 Baggrund for anvendelsen af forløbsprogrammer

En ofte benyttet model for indsats ved kronisk sygdom, the Chronic Care Model<sup>1</sup> (figur 1), angiver bl.a. indsatsområder for en styrkelse af den sundhedsfaglige kvalitet, patientinvolvering og patienttilfredshed samt en mere effektiv ressourceudnyttelse. Midlerne til dette er en række mere præcise tiltag såsom støtte til øget egenomsorg eksempelvis via guidning, patientuddannelse, patientgrupper mv., brug af kliniske vejledninger, klinisk beslutningsstøtte, påmindelser til patienter og sundhedsprofessionelle samt brug af fælles informationsteknologi mv.

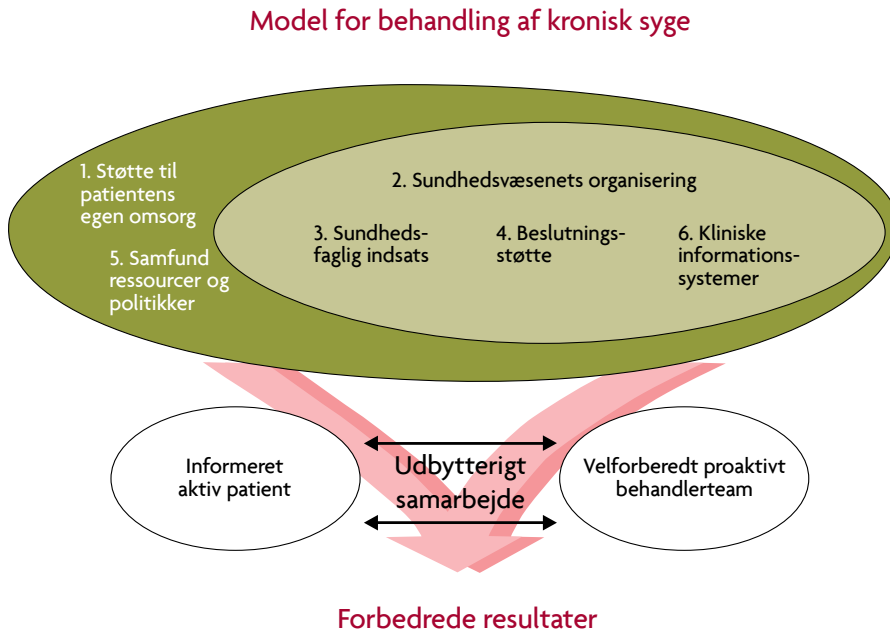
Det er væsentligt at sikre, at de enkelte tiltag i den samlede indsats for patienter med kronisk sygdom organiseres på en hensigtsmæssig måde både på det patientnære niveau og på det organisatoriske niveau. Målet er at sikre sammenhæng mellem de forskellige sundhedsfaglige indsatser i et sygdomsforløb, at sikre, at de involverede sundhedsprofessionelle og patienten har en ensartet og fælles målsetting med forløbet, at personalet har eller tilegner sig de nødvendige kompetencer, samt at sikre, at de enkelte komponenter i et forløb giver de klinisk bedst opnåelige resultater.

Mange studier har fundet, at der er en generel positiv effekt af forløbsprogrammer for kronisk sygdom (1). Typisk har de vist effekt i form af øget patienttilfredshed, patientcompliance og kontrol af sygdommene. Der kunne i mindre grad vises en mere effektiv ressourceudnyttelse. Kendetegnende for studierne af forløbsprogrammer er, at der findes en lang række forskellige måder at organisere forløbsprogrammer på og en række forskellige interventioner, der kan benyttes (2).

Baggrunden for at indføre forløbsprogrammer er således, at mange studier viser en positiv effekt af sådanne programmer. Det er dog vigtigt samtidig at være opmærksom på, at litteraturen også viser, at der er behov for løbende at monitorere, om man faktisk opnår de ønskede resultater.

---

<sup>1</sup> The Chronic Care Model (CCM) kan downloades på [www.improvingchroniccare.org](http://www.improvingchroniccare.org)



Figur 1: Model for behandling af kronisk syge

### 3.1 Afgrænsning i forhold til beslægtede begreber

Forløbsprogrammer skal ses i forhold til en række andre tiltag og begreber i sundhedsvæsenet, som gennem de sidste 10-20 år er blevet anvendt i planlægning og kvalitetsudvikling af indsatsen i det danske sundhedsvæsen. *Forløbsprogrammer*<sup>2</sup> omfatter den samlede sundhedsfaglige indsats over for en given kronisk sygdom, inklusive kvalitetsmonitorering og implementering i modsætning til andre hyppigt anvendte begreber, der ofte er mere detaljerede og fokuserer på specifikke områder.

Det gælder f.eks. *patientforløbsbeskrivelser*<sup>3</sup>, der systematisk beskriver patientens bevægelse gennem hele eller dele af sundhedssystemet, *shared-care-programmer*, der beskriver det formaliserede samarbejde mellem praktiserende læger, hospitaler

<sup>2</sup> Beskrives nærmere i kapitel 4.

<sup>3</sup> Beskrives nærmere i bilag 2.

og kommuner, *referenceprogrammer*<sup>3</sup>, der systematisk beskriver elementerne, som bør indgå i forebyggelse, diagnostik, observation, behandling, pleje og rehabilitering samt kliniske *vejledninger/retningslinjer*<sup>3</sup>, der er rettet mod beslutningsstøtte i specifikke kliniske situationer.

I 2007 er begrebet ”pakkeforløb” yderligere blevet introduceret med udviklingen af pakkeforløb på kræftområdet. Pakkeforløb har som forløbsprogrammer fokus på den sundhedsfaglige indsats og organisering, og har herudover stor fokus på den tid, der går med de enkelte handlinger og delforløb, herunder monitorering af ventetiden imellem disse. Et pakkeforløb forventes således at kunne indgå som en delmængde af et forløbsprogram.

## 4 Definition og indhold af forløbsprogrammer

Ved udarbejdelsen af den generiske model er der taget udgangspunkt i følgende *definition af et forløbsprogram*.

Et forløbsprogram beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede sundhedsfaglige indsats for en given kronisk tilstand, der sikrer anvendelse af evidensbaserede anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats, en præcis beskrivelse af opgavefordeling samt koordinering og kommunikation mellem alle involverede parter.

Forløbsprogrammet sigter på at opnå en høj kvalitet af indsatsen og patientsikkerhed i hele forløbet samt en hensigtsmæssig ressourceudnyttelse. Der lægges vægt på en systematisk proaktiv indsats, der forebygger progression af sygdom, akutte episoder og komplikationer, og som har indbygget løbende monitorering af kvaliteten af forløbet.

Der findes en lang række somatiske og psykiske sygdomme med et kronisk forløb, hvor det vil være relevant at udarbejde forløbsprogrammer. Det gælder såvel kronisk sygdom, der udvikles i barnealderen, som kronisk sygdom, der primært rammer voksne. I det omfang målgruppen for et forløbsprogram inkluderer børn, skal der tages hensyn til evt. særlige problemstillinger hos børn.

Udarbejdelsen af et forløbsprogram for en specifik kronisk sygdom skal tage udgangspunkt i definitionen og opfylde følgende *mål for indholdet*:

#### FORLØBSPROGRAMMETS KOMPONENTER

I. Forløbsprogrammets patientgruppe er fastlagt, og patienterne bliver identificeret og registreret.

Det indebærer:

- at det fremgår, hvilke diagnoser der medfører, at en person er omfattet af forløbsprogrammet
- at det fremgår, hvordan diagnosen skal registreres, samt hvordan diagnoseregistreringen opsamles og anvendes.

*Uddybes i kapitel 5*

II. Den sundhedsfaglige indsats, der er relevant for den pågældende sygdom, er (i det omfang det er muligt) beskrevet med henvisning til evidensbaserede kliniske retningslinjer gældende for sygdommen.

Det indebærer:

- at anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats ved den pågældende kroniske sygdom er udarbejdet
- at relevante sundhedsfaglige tilbud er beskrevet med udgangspunkt i de kliniske retningslinjer, herunder tilbud i relation til diagnostik, behandling<sup>4</sup>, rehabilitering og opfølgning samt støtte til egenomsorg.

*Uddybes i kapitel 6*

III. Den overordnede organisering af den sundhedsfaglige indsats er fastlagt.

Det indebærer:

- at ansvaret for patientforløbet er defineret, og opgavedelingen mellem involverede fagpersoner er beskrevet
- at kriterier for stratificering med henblik på planlægning af en graderet indsats er fastlagt.

*Uddybes i kapitel 7*

<sup>4</sup> Behandling er ifølge Det Nationale Begrebsråd defineret som en "intervention, hvor sundhedsformål er at påvirke en patients helbredstilstand". I henhold til forløbsprogrammer for kronisk sygdom forstås behandling derfor som interventioner, der omfatter udredning, sygdomsbehandling og sundhedsfaglig pleje.

IV. Standarder med tilhørende indikatorer til monitorering af indsatsens kvalitet og effekt er fastlagt.

*Uddybes i kapitel 8*

V. Plan for implementering af forløbsprogrammet foreligger.

Det indebærer:

- at det fremgår, hvilke tiltag og redskaber der planlægges anvendt ved implementeringen
- at tidsplan for implementeringsprocessen foreligger
- at det fremgår, hvem der har ansvar for implementeringsprocessen.

*Uddybes i kapitel 9*

VI. Plan for evaluering og opfølgning på forløbsprogrammets indhold foreligger.

Det indebærer:

- at plan for opdatering, evaluering og revision foreligger
- at det fremgår, hvem der har ansvar for evaluering og opfølgning.

*Uddybes i kapitel 10*

Mange af komponenterne i et forløbsprogram vil være identiske, uanset hvor i Danmark indsatsen ydes, og målet er derfor, at disse komponenter er *fastlagt i det nationale forløbsprogram*. Det gælder f.eks. fastlæggelse af, hvilke diagnoser forløbsprogrammet omfatter, krav til diagnoseregistrering, brug af faglige anbefalinger, den overordnede organisering, stratificeringskriterier samt fastlæggelse af kvalitetsindikatorer. Det vil derimod være nødvendigt med en *lokal detaljering/konkretisering* af de dele af de nationale forløbsprogrammer, der vedrører den konkrete organisering og opgavefordeling af den sundhedsfaglige indsats samt med hensyn til de konkrete planer for implementering af forløbsprogrammet.

En målrettet indsats over for kroniske sygdomme indebærer både primær forebyggelse, tidlig opsporing af sygdom, effektiv behandling og løbende opfølgning, ligesom det er vigtigt med en samtidig og koordineret indsats i social- og sundhedssektoren, på arbejdspladsen og i det nære sociale netværk. Det gælder dog at:



Den generiske model for forløbsprogrammer fokuserer på den sundhedsfaglige indsats, og det primære fokus for indsatsen er over for den del af befolkningen, der får konstateret en kronisk sygdom.

Ved udarbejdelsen af forløbsprogrammer for de enkelte kroniske tilstande bør indsatsen i relation til tidlig opsporing overvejes. En proaktiv indsats fra sundhedsvæsenets side for at stille diagnosen tidligst muligt vil kunne ændre det forhold, at flere kroniske sygdomme først diagnosticeres, når sygdommen er fremskreden. Ligesom det også giver mulighed for at iværksætte mulige forebyggende tiltag.

I kapitlerne 5-8 gives en mere uddybende beskrivelse af komponenterne I-IV i forløbsprogrammet. Komponenterne V-VI vedrørende implementering og evaluering beskrives i kapitel 9-10.

## 5 Forløbsprogrammets patientgruppe

I.

Forløbsprogrammets patientgruppe er fastlagt, og patienterne bliver identificeret og registreret.

Det indebærer:

- at det fremgår, hvilke diagnoser der medfører, at en person er omfattet af forløbsprogrammet
- at det fremgår, hvordan diagnosen skal registreres, samt hvordan diagnoseregistreringen opsamles og anvendes.

Komponent I skal medvirke til at sikre, at målgruppen for et forløbsprogram bliver entydigt fastlagt sammen med redskaber, der kan sikre identificering og allokering af personer med kronisk sygdom til de relevante forløbsprogrammer.

Målet er:

- at personer med kronisk sygdom får stillet diagnosen tidligst muligt
- at der foretages registrering af diagnoser for alle personer, dvs. såvel børn som voksne, med den pågældende diagnose, uanset om diagnosticering finder sted hos læge i primærsektoren eller i sygehussektoren.

- at alle patientens kontakter i såvel almen praksis, det kommunale sundhedsvæsen som det specialiserede sundhedsvæsen, der vedrører den relevante kroniske sygdom, registreres.

### ***Forløbsprogrammet skal fastlægge:***

*I. Hvilke diagnoser der medfører, at en person er omfattet af forløbsprogrammet*

*II. Hvilken sygdomsklassifikation, der skal anvendes ved diagnoseregistreringen*

*Diagnoserne skal kunne angives i såvel ICD10 (International Classification of Disease) og ICPC-terminologi (International Classification of Primary Care)<sup>5</sup> således, at lægen ved den konkrete registrering af patientens diagnose har mulighed for at anvende sit vanlige kodesystem*

*III. Hvordan og hvor diagnosen skal registreres, hvem der har ansvaret for registreringen, samt hvordan data opsamles og anvendes.*

## 6 Den sundhedsfaglige indsats

II.

Den sundhedsfaglige indsats, der er relevant for den pågældende sygdom, er beskrevet (i det omfang det er muligt) med henvisning til evidensbaserede<sup>6</sup> kliniske retningslinjer gældende for sygdommen.

Det indebærer:

- at anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats ved den pågældende kroniske sygdom er udarbejdet
- at relevante sundhedsfaglige tilbud er beskrevet med udgangspunkt i de kliniske retningslinjer, herunder tilbud i relation til diagnostik og tidlig opsporing, behandling, rehabilitering, og opfølgning samt støtte til egenomsorg.

<sup>5</sup> ICD10: International Classification of Disease 10. udgave (WHO)

ICPC: International Classification of Primary Care (kan konverteres til ICD10 kode)

<sup>6</sup> Evidence-based medicine (EBM) is the integration of best research evidence with clinical expertise and patient values.

Kilde: Centre for Evidence-Based Medicine, Toronto, Canada.

Komponent II skal medvirke til at sikre anvendelse af evidensbaserede anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats, der ydes over for patienter med kronisk sygdom.

I dette kapitel beskriver afsnit 6.1 nogle generelle principper for, hvordan forløbsprogrammet skal fastlægge kliniske retningslinjer, der anbefales fulgt ved den pågældende kroniske sygdom. Dernæst følger i afsnit 6.2 anbefalinger for, hvordan forløbsprogrammet med udgangspunkt i retningslinjerne skal beskrive den samlede sundhedsfaglige indsats for en given kronisk sygdom. Afsnit 6.3 fokuserer på støtte til egenomsorg, herunder patientuddannelse samt tiltag over for særligt sårbare patienter.

## 6.1 Evidensbaserede kliniske retningslinjer

For hovedparten af de kroniske sygdomme findes der god viden om den sundhedsfaglige indsats, der er påkrævet ved de kroniske sygdomme. Ved mange kroniske sygdomme er der også udarbejdet kliniske retningslinjer, som, i den udstrækning det har været muligt, er baseret på videnskabelig dokumentation. Sådanne kliniske retningslinjer understøtter forskellige typer af sundhedsfaglig indsats. Forløbsprogrammet stiller krav om, at den sundhedsfaglige indsats over for patienter med kronisk sygdom også i praksis følger evidensbaserede kliniske retningslinjer. Dette krav gælder sundhedsfaglig indsats ydet i såvel almen praksis, det kommunale sundhedsvæsen som det specialiserede sundhedsvæsen.

### ***Forløbsprogrammet skal indeholde:***

1. *Henvisning til kliniske retningslinjer, der bør/skal følges ved den pågældende kroniske sygdom. De valgte retningslinjer er nationale/landsdækkende og opfylder følgende:*

- *Retningslinjerne er evidensbaserede i det omfang, det er muligt*
- *Retningslinjerne har en multidisciplinær tilgang*
- *Retningslinjerne er patientorienterede*
- *Retningslinjerne omfatter indsatsen på tværs af sektorer*
- *Retningslinjerne er uafhængige af kommercielle interesser*
- *Retningslinjerne er opdaterede, og der er taget stilling til interval mellem opdateringer.*

## 6.2 Sundhedsfaglig indsats

De enkelte elementer i den sundhedsfaglige indsats, dvs. de specifikke sundhedsfaglige tilbud for den givne kroniske sygdom, skal på ethvert tidspunkt i forløbet bidrage til at give de bedst opnåelige resultater, under hensyntagen til en effektiv ressourceudnyttelse. Patienter med kronisk sygdom har, afhængigt af faktorer som f.eks. sygdommens intensitet og kompleksitet, patientens evne til egenomsorg, samtidig optræden af andre sygdomme mv., forskellige behov for sundhedsfaglig indsats. Der er derfor behov for sundhedsfaglige tilbud, som tilpasses forskellige grupper af patienter med forskellige behov, dvs. en graderet indsats (uddybes i afsnit 7.1.1).

***Forløbsprogrammet skal med udgangspunkt i de evidensbaserede kliniske retningslinjer beskrive følgende:***

*Relevante sundhedsfaglige tilbud i relation til:*

- *diagnostik, herunder eventuel aktivitet vedr. tidlig opsporing*
- *udredning for følgetilstande mv.*
- *behandling og rehabilitering<sup>7</sup>*
- *støtte til egenomsorg*
- *opfølgning under hensyn til sygdommens sværhedsgrad og behovet for regelmæssig kontrol.*

Ved beskrivelsen skal der sondres mellem generelle behov for indsats, eksempelvis grundlæggende patientuddannelse, og behov, der er associeret til sygdommens sværhedsgrad, komplikationer, følgesygdomme, comorbiditet og patientens evne til egenomsorg. Beskrivelsen skal omfatte tværfaglige og monofaglige tilbud på forskellige specialiseringsniveauer samt i såvel det kommunale som det regionale sundhedsvæsen. Derudover skal der være opmærksomhed på inddragelse af nære pårørende og netværk mv.

## 6.3 Støtte til egenomsorg

Patienter med kroniske sygdomme er i hverdagen, og dermed i den største del af tiden, i stand til selv at tage vare på deres behandling og følge evt. plan for medicinindtagelse og forebyggende tiltag i relation til eksempelvis kost, fysisk aktivitet,

---

<sup>7</sup> Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og videnbaseret indsats. (Definition fra Hvidbogen om rehabiliteringsbegrebet (16))

rygning m.m. Ved nogle sygdomme har patienten mulighed for selv at monitorere symptomer eller målelige parametre, der er af betydning for sygdommens forløb og behandling. Nogle patienter kan på dette grundlag selv foretage justeringer af såvel den farmakologiske som den ikkefarmakologiske behandling.

Patientens evne til at agere hensigtsmæssigt på alle disse forhold er udtryk for evnen til at yde egenomsorg (jf. definition i boks 6.1), og det er afgørende for sygdommens forløb og konsekvenser. For at den enkelte patient i størst mulig grad kan mobilisere og udnytte sine ressourcer, må sundhedsvæsenet i et aktivt samspil med patienten bidrage med værktøjer og støtte hertil.

***Forløbsprogrammet skal indeholde en beskrivelse af:***

*Hvordan sundhedsvæsenet, i et aktivt samspil med patienten, bidrager med værktøjer og støtte til at mobilisere og styrke patienternes egenomsorg.*

**DEFINITION:**

Egenomsorg er et udtryk for individets evne til at håndtere symptomer, behandling, fysiske og psykosociale konsekvenser samt forandringer i levevis, som følger med at leve med en kronisk sygdom. Egenomsorg omfatter også evnen til at monitorere sin tilstand og effektuere kognitive, adfærdsmæssige og emotionelle reaktioner, som er nødvendige for at opretholde en tilfredsstillende livskvalitet. Der etableres herigennem en dynamisk og kontinuerlig selvreguleringsproces (4).

Boks. 6.1

Der er en række muligheder for at understøtte patienten med kronisk sygdom i mobilisering og udnyttelse af egne ressourcer, jævnfør Sundhedsstyrelsens rapport *Patienten med kronisk sygdom – selvmonitorering, egenbehandling og patientuddannelse – et idé-katalog* (3).

Det drejer sig bl.a. om følgende:

1. *Patientuddannelse*, der er et værktøj, som kan medvirke til, at patienten tilegner sig kompetencer til at forholde sig aktivt til kronisk sygdom, dens konsekvenser og behandling. Uddybes i afsnit 6.3.1.

2. *Målrettede programmer for sårbare patient- og befolkningsgrupper.* Uddybes i afsnit 6.3.2.
3. *Inddragelse af patienterne som aktive behandlingspartnere.* Selvmonitorering og egenbehandling kan være væsentlige elementer i patientens egenomsorg, og der er en række muligheder for dette, som bør udnyttes systematisk, jf. *Patienten med kronisk sygdom – et idé-katalog* (3).
4. Fokusering på problemstillinger ved medicinering af kronisk sygdom, jf. *Patienten med kronisk sygdom – et idé-katalog* (3).
5. *Patientjournal og kliniske informationssystemer* som fælles værktøj for patient og behandlere, jf. *Patienten med kronisk sygdom – et idé-katalog* (3).

### 6.3.1 Patientuddannelse

Patientuddannelse omhandler strukturerede uddannelsesforløb, der forudsætter organisatoriske rammer, anvendelse af effektive og egnede pædagogiske metoder samt løbende evaluering af uddannelsens effekt. I et samlet patientuddannelsesprogram vil der indgå elementer af både generel og sygdomsspecifik uddannelse.

**Generel patientuddannelse** tilrettelægges for patienter med kronisk sygdom på tværs af diagnoser og sigter på, at patienten tilegner sig kompetencer til at håndtere/mestre de problemer, der uanset diagnose følger af at leve med en kronisk sygdom.

**Sygdomsspecifik patientuddannelse** tilrettelægges for patienter med en specifik kronisk sygdom og sigter mod, at patienten tilegner sig viden om den konkrete sygdom, dens nærmere karakter samt effekten af forebyggelse og rehabilitering. Endvidere at patienten opnår kompetence til at kunne mestre sygdommen, herunder også monitorere og behandle sygdommen i et aktivt samarbejde med sundhedsvæsenet.

### **Intensiveret patientuddannelse**

Nogle patienter har behov for særlig støtte til behandlingen gennem et intensiveret patientuddannelsestilbud i en afgrænset periode. Dette behov findes især blandt patienter med kronisk sygdom, der er dårligt reguleret/svær at regulere, og disse patienter vil kunne identificeres på baggrund af registerdata for relevante indikatorer for sygdommen.

Det intensiverede undervisningstilbud er en direkte patientrettet intervention, som har til formål at støtte patienten i udvikling af kompetencer til hensigtsmæssig egenomsorg (mestring, selvmonitorering, forebyggelsestiltag og medicinering mv.) samt i det hele taget støtte patienten til håndtering af problemer, der følger af at leve med en kronisk sygdom.

Den intensiverede patientuddannelse kan foregå individuelt eller i grupper af patienter, og interventionen ydes af en fagperson, der skal have viden om den pågældende kroniske sygdom, om indsats til kronisk syge samt besidde relevante pædagogiske kompetencer. Det kan f.eks. være en sygeplejerske med specialviden inden for den pågældende kroniske sygdom (f.eks. diabetes) eller en anden sundhedsfaglig person med relevant specialviden.

### 6.3.2 Den sårbare patient

Der er behov for at udvikle uddannelsesprogrammer for særligt udsatte patient- og befolkningsgrupper for at understøtte deres muligheder for egenomsorg. Den sårbare patient defineres, jf. Sundhedsstyrelsens rapport *Patienten med kronisk sygdom* (3) som:

- Patienter, som på grund af svær sygdom, flere samtidige behandlingskrævende sygdomme, handicap mv. og evt. svagt personligt netværk er stærkt afhængige af sundheds- og/eller sociale ydelser.
- Patienter, som på grund af svage personlige ressourcer og dårlig eller anderledes sygdomsindsigt, sociale eller kulturelle forhold er ude af stand til at yde en hensigtsmæssig adfærd og egenomsorg.

Der er forskellige muligheder for at identificere disse sårbare grupper. Bl.a. kan patienter med høj risiko for gentagne akutte indlæggelser identificeres via registerdata, ligesom det er muligt at udpege grupper og geografiske områder med særlig risikoprofil. Konkrete forslag til indsats for disse særligt sårbare patienter/patientgrupper skitseres i *Patienten med kronisk sygdom* (3).

Hos nogle af de særligt sårbare patienter kan der, på baggrund af en individuel vurdering, være indikation for tilknytning af en særlig støttefunktion. Denne støttefunktion tilknyttes i en periode eller kontinuerligt, når der er behov for at støtte patienten

omkring komplekse forhold vedr. behandling, egenomsorg og sociale forhold m.m. Se nærmere beskrivelse af funktionen som forløbskoordinator i afsnit 7.2.2.

## 7 Organisering af indsatsen

III.

Den overordnede organisering af den sundhedsfaglige indsats er fastlagt.

Det indebærer:

1. at ansvaret for patientforløbet er defineret, og opgavedelingen er beskrevet
2. at kriterier for stratificering med henblik på planlægning af en graderet indsats er fastlagt.

*Med udgangspunkt i de nationale forløbsprogrammer for kroniske sygdomme skal organiseringen og den konkrete ansvars- og opgavefordeling detaljeres og konkretiseres i forhold til lokale/regionale forhold.*

Komponent III skal medvirke til at sikre en hensigtsmæssig organisering af indsatsen over for patienter med kroniske sygdomme og kan dermed bidrage til at imødegå det voksende ressourcebehov, der følger af, at flere og flere mennesker rammes af kroniske sygdomme, sammen med fremkomsten af stadig mere effektive og kostbare behandlingsmuligheder.

Sundhedsvæsenets organisering bør tilpasses de særlige behov for en koordineret og kontinuerlig indsats i forløbet af kroniske sygdomme. Det anbefales, at hovedvægten i indsatsen for patienter med kroniske sygdomme lægges i almen praksis og det kommunale sundhedsvæsen, og der skal sikres interaktion og koordinering med det specialiserede niveau. Det skal dog understreges, at det altid skal være patienternes helbredsmæssige status, der afgør, hvor den konkrete indsats skal ligge.

Sundhedsvæsenet skal, med patienten i centrum og på tværs af sektorer, kunne tilgodese relevante sundhedsfaglige behov i forløbet af en kronisk sygdom, og almen praksis, sygehusvæsenet<sup>8</sup> og det kommunale sundhedsvæsen bør indgå i et tværfagligt integreret samarbejde.



Det efterfølgende afsnit 7.1 beskriver nogle generelle principper for forløbsprogrammets fastlæggelse af den faglige ansvars- og opgavefordeling. Herunder hvordan stratificering anvendes til planlægning af en gradueret indsats. Dernæst beskrives i afsnit 7.2, hvordan forløbsprogrammet skal beskrive tiltag med henblik på at sikre koordinering og kommunikation mellem de involverede parter, herunder etablering af funktioner som tovholder og forløbskoordinator.

## 7.1 Opgavefordeling

Forudsætninger for at kunne sikre patienter med kronisk sygdom en behandling og rehabilitering<sup>9</sup> af høj kvalitet, der er tilpasset den enkelte patients behov samt tilgodeser en effektiv ressourceudnyttelse, er bl.a. tilstedeværelse af relevante sundhedsfaglige tilbud, personale med de nødvendige faglige kompetencer, samt at indsatsen er hensigtsmæssigt organiseret og koordineret på tværs af faggrupper og sektorgrænser.

Sundhedsloven fastlægger på en række områder, hvem der har myndighedsansvaret for et givet område og dermed både det regionale og det kommunale ansvar på sundhedsområdet. Der er dog inden for lovens rammer stor mulighed for variation i forhold til den konkrete organisering af indsatsen inden for det enkelte myndighedsområde, dvs. i region eller kommune, og i nogen grad også på tværs af sektorerne.

Ved den konkrete planlægning af, hvem der skal give de forskellige typer af sundhedsfaglige ydelser, skal man være opmærksom på, at den sundhedsfaglige indsats ikke bør foregå på et højere specialiseringsniveau end, hvad der er behandlings- og omkostningsmæssigt nødvendigt. Det er væsentligt, at forløbsprogrammet under hensyn til dette giver det bedst mulige grundlag for en fleksibel tilrettelæggelse af, hvor de specifikke ydelser varetages i relation til faggruppe(r) og sektorer.

***Forløbsprogrammet skal fastlægge og beskrive ansvars- og opgavefordelingen mellem involverede fagpersoner ud fra følgende principper:***

<sup>8</sup> Sygehusvæsenet omfatter somatiske og psykiatriske sygehuse, herunder også udgående funktioner.

<sup>9</sup> Se definition på behandling og rehabilitering i bilag 2

1. Der tages udgangspunkt i typen af opgaver, der skal varetages, samt hvilke kompetencer der kræves for at løse de specifikke opgaver på et fagligt kvalificeret niveau
2. Forudsætningerne for patientens deltagelse i behandling og rehabilitering af egen sygdom er til stede og medtænkt i hele forløbet
3. Organisatoriske og ressourcemæssige overvejelser er tilgodeset, herunder mulighederne for at yde en graderet indsats, se afsnit 7.1.1
4. Nationale anbefalinger for placering af behandlingstilbud er fulgt, såfremt de eksisterer, herunder f.eks. anbefalinger i regi af den nationale specialeplanlægning for sygehusvæsenet, samt andre anbefalinger, der måtte være for den pågældende kroniske sygdom.

### 7.1.1 Graderet sundhedsfaglig indsats

En population af patienter med en given kronisk sygdom kan beskrives ved en stratificeringspyramide for kronisk syge, hvor patienterne inddeles i grupper efter deresforskellige behov for indsats, se figur 3.

Stratificeringspyramiden kan være et redskab til planlægning og dimensionering af indsatsen over for en given kronisk sygdom, hvis den kobles sammen med et kendskab til alle personer med den pågældende kroniske sygdom i en befolkningsgruppe, eksempelvis en region.

Patienternes forskellige behov for indsats medfører behov for sundhedsfaglige tilbud, som tilpasses grupper af patienter, en såkaldt *graderet indsats*. Ved planlægning af en graderet indsats er det væsentligt at tage hensyn til balancen mellem ressourceeffektivitet, evidensbaseret indsats og høj kvalitet. *Stratificering* er et redskab, der i den forbindelse kan anvendes til at allokere grupper af patienter til den behandling, rehabilitering og opfølgning, der i bedst mulig grad giver det optimale udbytte for patienterne, sundhedsvæsenet og ressourceudnyttelsen.

Det skal dog understreges, at indsatsen over for den enkelte patient skal tilpasses ud fra en vurdering af den enkelte patients behov.

I det danske sundhedsvæsen hvor befolkningen har let adgang til almen praksis, kendes stratificering allerede i forbindelse med den alment praktiserende læges

funktion som gatekeeper til det specialiserede sundhedsvæsen. F.eks. henviser alment praktiserende læger patienter til det specialiserede sundhedsvæsen, hvis der er behov for en mere intensiv og/eller specialiseret indsats, men der er kun undtagelsesvist eksplicite kriterier for det. Stratificering i et forløbsprogram indeholder eksplicite kriterier og går på tværs af sektorer og faggrupper, og det er således en udvidelse i forhold til den nuværende praksis i Danmark.

### 7.1.2 Fastlæggelse af kriterier for stratificering

**Forløbsprogrammet skal fastlægge kriterier for stratificering med henblik på planlægning af en gradueret indsats. Det indebærer:**

- at de valgte stratificeringskriterier og baggrunden for valget er beskrevet.

Ved fastlæggelse af kriterierne, der skal anvendes ved stratificering af patienter med kronisk sygdom, skal de valgte kriterier have prognostisk betydning eller afgørende betydning for, hvilken sundhedsfaglig indsats patienterne har behov for. Der skal således ved valg af stratificeringskriterier tages hensyn til risiko for komplikationer samt kompleksiteten af patientens samlede sygdomsbillede/helbredstilstand, herunder:

- sygdommens intensitet og kompleksitet, dvs. sværhedsgrad, komplikationer, m.m.
- eventuel samtidig optræden af flere sygdomme. Her tænkes både på evt. samtidig optræden af flere sygdomme (comorbiditet) og følgetilstande af den kroniske sygdom
- patientens evne til at kunne tage vare på sig selv, deltage aktivt i egen behandling mv. (egenomsorgskapacitet)

Derudover skal:

- valget af kriterier, så vidt det er muligt, være baseret på evidens for, om det har prognostisk betydning
- eksisterende nationale kriterier inkluderes i stratificeringen. Det kan f.eks. være aktuelt i relation til anbefalinger for den nationale specialeplanlægning i sygehusvæsenet.

### 7.1.3 Praktisk anvendelse af stratificering

Der er kun få erfaringer med anvendelse af stratificering i Danmark. Forløbsprogrammets anbefalinger for praktisk anvendelse af stratificering skal derfor ses som led i en udviklingsproces, hvor der er behov for at teste, indsamle og indarbejde praktiske erfaringer med anvendelsen af dette redskab i Danmark.

Alle personer, der på baggrund af diagnoseregistreringen allokeres til et forløbsprogram, skal stratificeres til det mest hensigtsmæssige niveau for behandling, rehabilitering og opfølgning. Det betyder i praksis, at der foretages en vurdering af den enkelte patient ud fra de fastlagte stratificeringskriterier, og resultatet bidrager til beslutningen om, på hvilket specialiseringsniveau og med hvilken intensitet den pågældende patient mest hensigtsmæssigt følges. Den enkelte patient bør om muligt inddrages i de konkrete overvejelser, der ligger til grund for beslutningen om stratificeringsniveau.

Af hensyn til den konkrete organisering af den sundhedsfaglige indsats er det hensigtsmæssigt, at forløbsprogrammet indeholder overordnede retningslinjer for, hvilke aktører der som udgangspunkt har ansvaret for den sundhedsfaglige indsats på de forskellige stratificeringsniveauer. Ved fastlæggelsen af dette skal følgende principper følges:

- For *patienter med velreguleret eller nydiagnosticeret kronisk sygdom uden betydelige komplikationer* varetages den sundhedsfaglige indsats som udgangspunkt i almen praksis og det kommunale sundhedsvæsen.
- For *patienter med kronisk sygdom, der er dårligt reguleret/svær at regulere og/eller med komplikationer*, varetages den sundhedsfaglige indsats i et samarbejde mellem almen praksis, det kommunale sundhedsvæsen og det specialiserede sundhedsvæsen (sygehusvæsenet og/eller speciallægepraksis).
- For *patienter med kompleks(e) kronisk(e) sygdom(me)* varetages hovedparten af de sundhedsfaglige tilbud som udgangspunkt af det specialiserede sundhedsvæsen (sygehusvæsenet og/eller speciallægepraksis). Indsats vedr. rehabilitering samt støtte til egenomsorg varetages i et samarbejde med almen praksis og det kommunale sundhedsvæsen.

***Det skal af forløbsprogrammet fremgå:***

- *hvordan stratificeringen af den enkelte patient skal registreres*
- *hvordan stratificeringsdata opsamles og anvendes.*

Ansvar for stratificeringen ligger som udgangspunkt hos den læge, der har hovedkontakten til patienten, og stratificeringen kan i princippet foregå såvel i almen praksis som i sygehusvæsenet. Der skal så vidt muligt være konsensus om stratificeringen blandt de involverede aktører. Stratificeringen er et dynamisk værktøj og er således ikke endelig, idet patientens tilstand kan forbedres, stabiliseres eller forværres. Som udgangspunkt bør patienten første gang stratificeres umiddelbart efter, at diagnosen er blevet stillet. Efterfølgende foretages stratificeringen tilbagevendende, som minimum i forbindelse med en statuskontrol (f.eks. årskontrol).

## 7.2 Koordinering og samarbejde

Alle de involverede aktørers opgaver og ansvar for at sikre den sammenhængende og koordinerede indsats, der er beskrevet i forløbsprogrammet, foreslås beskrevet i sundhedsaftaler vedr. kroniske patienter. På mange områder vil der være sammenfald mellem sundhedsaftaler til understøttelse af forløbsprogrammet og de lovpligtige sundhedsaftaler mellem regionerne og det kommunale sundhedsvæsen. Det vil derfor være nærliggende at anvende sundhedsaftaler som den overordnede ramme for alle aftalerne. Formålet med disse sundhedsaftaler er at sikre, at den enkelte person med kronisk sygdom altid modtager en indsats, hvor der ikke er tvivl om, hvem der har ansvaret for at tilbyde de specifikke ydelser eller tvivl om samarbejdet og koordineringen mellem aktørerne. For varetagelse af særlige funktioner som f.eks. forløbskoordinering og koordinering af forløbsprogrammer på regionalt niveau er det særlig vigtigt, at opgaverne og ansvaret for funktionerne præciseres og beskrives i sundhedsaftaler mellem region og kommuner.

Sundhedsaftalerne skal beskrive, hvordan den sundhedsfaglige indsats bliver sammenhængende uanset antallet af kontakter, aktører eller karakteren af den indsats, der er behov for. Herudover er sundhedsaftalerne oplagte rammer for sikring af sammenhæng med indsatsen på andre tæt forbundne områder, f.eks. det sociale område.

## 7.2.1 Tovholder

Det anbefales, at alle patienter med kronisk sygdom har en tovholder, der har ansvar for:

1. at sikre koordinering af den samlede sundhedsfaglige indsats
2. at vurdere patientens helbred løbende
3. at følge systematisk op, herunder sikre en proaktiv indsats
4. at bidrage til fastholdelse af behandlingsmål.

Alle patienter med kronisk sygdom skal have tilbud om en tovholder, uanset om den primære behandling af deres kroniske sygdom varetages i primærsektoren eller i sygehusvæsenet. Sigtet med funktionen er at sikre fokus på en systematisk, koordinerende og proaktiv indsats. Det forudsættes, at tovholderen har individuelt kendskab til patienten, er tilgængelig og har indgående kendskab til sundhedsvæsenet og andre relevante aktører.

Tovholderfunktionen forventes varetaget i almen praksis<sup>10</sup>.

Nogle patienter har i perioder af deres sygdomsforløb kun sporadisk kontakt til almen praksis. Det kan f.eks. være tilfældet for en i øvrigt rask patient med kompleks kronisk sygdom, hvor den sundhedsfaglige indsats primært varetages på specialiseret niveau. Et andet eksempel er en patient med velreguleret kronisk sygdom, hvor indsatsen i perioder primært bliver varetaget af det kommunale sundhedsvæsen. Her vil en del af den systematiske opfølgning samt støtte til fastholdelse af mål i relation til den kroniske sygdom naturligt ligge i det kommunale sundhedsvæsen. Det er i disse perioder særlig vigtigt, at tovholderen fortsat er i stand til at varetage sin tovholderfunktion gennem løbende at blive orienteret i henhold til parternes aftaler om udveksling af informationer.

Det skal her nævnes, at patienter i længerevarende ambulante forløb på sygehus i øvrigt er omfattet af kontaktpersonordningen – en ordning som regionerne har pligt til at etablere på alle sygehuse. Der henvises til bilag 2 for en beskrivelse af den lovbundne kontaktpersonordning.

<sup>10</sup> En præcisering af den praktiserende læges opgaver som tovholder vil formentlig indgå i det igangværende nationale udvalgsarbejde vedr. almen praksis.

**Forløbsprogrammet skal fastlægge:**

1. *hvordan det sikres, at alle patienter, der er omfattet af forløbsprogrammet, har en tovholder, der har kendskab til patienten og til det konkrete forløb, og i samarbejde med patienten kan følge op, koordinere og sikre sammenhæng i indsatsen*
2. *hvordan det sikres, at patienten og de øvrige involverede aktører er informeret om tovholderfunktionen, samt hvem der konkret varetager denne funktion.*

**7.2.2 Forløbskoordinering**

Nogle patienter kan have et særligt behov for støtte, der ligger ud over det, som naturligt varetages af tovholderen, pårørende eller andre aktører, som er involverede i patientforløbet. Det anbefales, at disse patienter tilbydes udvidet støtte til gennemførelse og fastholdelse af behandling og rehabilitering via tilknytning af en *forløbskoordinator*<sup>11</sup>. Formålet med forløbskoordinering er at sikre intensiveret, personlig tilpasset støtte til patienter med svære komplekse behov. Tilbuddet om intensiveret støtte fra en forløbskoordinator gives på baggrund af en individuel vurdering, når patienten har behov for udvidet støtte omkring komplekse forhold vedr. behandling, rehabilitering, egenomsorg og sociale forhold m.m. Henvielse til forløbskoordinering foretages af tovholderen eller efter aftale med det team, der er ansvarligt for behandling af patienten med den pågældende kroniske sygdom. Boks 7.2 beskriver eksempler på opgaver, der varetages af forløbskoordinatoren, samt eksempler på kriterier for henvisning til forløbskoordinering.

Opgaver, som varetages af forløbskoordinatoren i samarbejde med patienten og eventuelt pårørende samt ud fra patientens behov

- Bidrage til, at den tværfaglige og tværsektorielle indsats på tværs af sygdomme er koordineret. Heri indgår både indsats i akutte og stabile faser af sygdomsforløbet.
- Understøtte patientens gennemførelse og fastholdelse af behandling og rehabilitering.
- Understøtte patientens muligheder for egenomsorg.
- Sikre opfølgning og justering af initiativer.
- Aktivt formidle kontakt til relevante dele af sundhedsvæsenet, når patienten skal eller har skiftet mellem sektorer eller forskellige behandlere.

<sup>11</sup> Begrebet "forløbskoordinator" anvendes her synonymt med det internationale begreb "case-manager", som bl.a. er anvendt i Sundhedsstyrelsens rapport fra 2005 vedr. kronisk sygdom.

#### Eksempel på kriterier for henvisning til forløbskoordinering

- Sygdommens kompleksitet og/eller flere samtidigt behandlingskrævende kroniske sygdomme gør det vanskeligt at gennemføre og fastholde behandlingen.
- Patienten er identificeret som særligt sårbar og har brug for understøttelse af mulighederne for egenomsorg. Eksempelvis fordi patientens evne til egenomsorg er lav pga. svage personlige og sociale ressourcer eller manglende sygdomsforståelse.

#### Boks 7.2

Tilbuddet om forløbskoordinering kan udformes forskelligt, og tilbuddet kan være forankret i sygehusvæsenet, i almen praksis eller i det kommunale sundhedsvæsen. Opgaverne kan varetages gennem oprettelse af helt nye funktioner, men opgaverne kan også varetages gennem udvidelse af allerede eksisterende funktioner. Der er behov for at indsamle konkrete erfaringer med, hvordan tilbud om forløbskoordinering til særlige grupper af patienter kan tilrettelægges mest hensigtsmæssigt i Danmark.

Det væsentlige er, at patienter med dette behov identificeres, og at støtten tilrettelægges målrettet og personlig tilpasset med det formål at sikre en bedre behandlings- og livskvalitet for den enkelte patient og samtidig et hensigtsmæssigt ressourceforbrug.

#### ***Forløbsprogrammet skal fastlægge:***

- 1. Kriterier for henvisning til forløbskoordinering*
- 2. Hvordan det sikres, at relevante patienter får tilbud om supplerende intensiveret støtte via en forløbskoordinator.*

## 8 Monitorering af kvalitet

#### IV.

Standarder med tilhørende indikatorer til monitorering af indsatsens kvalitet og effekt er fastlagt

Komponent IV skal medvirke til at sikre indsatsens kvalitet og effekt.



Forløbsprogrammet skal omfatte en monitorering af indsatsen over for personer med kronisk sygdom. Monitoreringen bør tilrettelægges på en måde, så der tages højde for, at indsatsen over for personer med kronisk sygdom går på tværs af sundhedsvæsenets sektorer og kan have mange overgange mellem institutioner og mellem afdelinger inden for den enkelte institution.

Monitoreringen omfatter tre aspekter:

- a. kliniske resultater
- b. organisatoriske faktorer
- c. patientens oplevelse af forløbet.

Ved sygdomme, der indgår i Den Danske Kvalitetsmodel<sup>12</sup>, anvendes de allerede udarbejdede standarder og indikatorer.

Ved sygdomme, der ikke er omfattet af Den Danske Kvalitetsmodel, skal monitoreringen foregå efter en skabelon, der så vidt muligt svarer til Den Danske Kvalitetsmodel, således at en tilpasning er mulig, efterhånden som kvalitetsmodellen udbygges.

***Forløbsprogrammet skal fastlægge:***

- *hvilke standarder med tilhørende indikatorer for indsatsens kvalitet der som minimum skal monitoreres*
- *hvordan data registreres, opsamles, analyseres og formidles*
- *hvem der har ansvaret for monitoreringen.*

## 9 Implementering af forløbsprogrammer

V

Plan for implementering af forløbsprogrammet foreligger.

Det indebærer:

- at tidsplan for implementeringsprocessen foreligger
- at det fremgår, hvilke tiltag og redskaber der planlægges anvendt ved implementeringen
- at det fremgår, hvem der har ansvar for implementeringsprocessen.

<sup>12</sup> Der henvises til nærmere beskrivelse i bilag 2.

Implementering er en udfordring og helt essentiel for anvendelsen af forløbsprogrammer. Komponent V skal bidrage til at sikre, at der arbejdes systematisk og målrettet med den praktiske implementering af forløbsprogrammet.

Det er centralt for en vellykket implementering, at der i organisationen findes en *kultur*, som anerkender og understøtter de tankegange og organisatoriske principper, der knytter sig til ”modellen for behandling af kronisk sygdom”. Ledelsens aktive involvering og synlige støtte er væsentlig (8) ligesom tilstedeværelsen af de nødvendige faglige og økonomiske ressourcer. Programmerne kræver i udviklings- og implementeringsfasen ofte tilførsel af ressourcer til f.eks. lokal tilpasning af forløbsprogrammet, uddannelse af personale, udvikling af it-systemer mv. Implementeringen af forløbsprogrammer indebærer, at den sundhedsfaglige indsats og organiseringen af denne planlægges nøje og så vidt muligt baseres på tværfaglige team. Samarbejde både i den enkelte organisation samt over sektorgrænser er vigtigt for kvaliteten af den samlede indsats. Såvel økonomiske som ikkeøkonomiske *incitament*er, omfattende medarbejderinddragelse, løbende evaluering og brug af kvalitetsdata med intern og ekstern rapportering af kvalitetsdata, herunder også patienttilfredshed, kan være vigtige til understøttelse af implementeringen (9). *Patientens aktive deltagelse* i programmets anbefalinger understøtter også implementeringen (4,10).

The Chronic Care Model<sup>13</sup> beskriver inden for modellens hovedområder en række best practices, der angiver metoder og handlinger, der fremmer implementering af den kliniske viden, der findes i forløbsprogrammet. Modellen synliggør dermed nogle praktiske fremgangsmåder og redskaber til støtte ved implementering af forløbsprogrammer. I bilag 4 skitseres en række af disse best practices.

## 9.1 Koordinering af forløbsprogrammer på regionalt niveau

I forbindelse med implementeringen af forløbsprogrammer er der, for at skabe overblik og dermed grundlag for en samlet vurdering af uddannelsesbehov, organisatoriske ændringer, ressourcebehov mv., behov for regional koordinering. Oprettelse af en regional koordinatorfunktion for kroniske sygdomme anbefales i rapporten ”Kronisk Sygdom – Patient, sundhedsvæsen og samfund”, Sundhedsstyrelsen 2005.

---

<sup>13</sup> The Chronic Care Model (CCM) kan downloades på [www.improvingchroniccare.org](http://www.improvingchroniccare.org)

Koordinatorfunktionen baserer sig i høj grad på et tæt samarbejde mellem region, kommuner og almen praksis. Det er således naturligt at få funktionen og dennes tilknytning til såvel det kommunale som det regionale niveau beskrevet som led i sundhedsaftalerne mellem region og kommune.

- Den regionale koordinator bidrager med grundlaget for regionens og kommunernes beslutninger, når der skal indføres forløbsprogrammer for kroniske sygdomme samt hvordan de i praksis udmøntes.
- Den regionale koordinator følger og har overblik over implementering, udvikling og opfølgning i forhold til de specifikke forløbsprogrammer i region og kommuner, herunder også samspillet mellem forløbsprogrammer for forskellige kroniske sygdomme. Koordinatoren kan samtidig sikre, at arbejdet med forløbsprogrammer sker i samarbejde med relevante sundhedsfaglige råd og andre sundhedsfaglige instanser i regionen og i kommunerne.
- Den regionale koordinator skal til brug for udfyldelse af sine funktioner have adgang til befolkningsdata (alder, køn, uddannelsesniveauer etc.), forekomst af risikofaktorer, forekomst af de specifikke kroniske sygdomme, mønster for forbrug af sundhedsydelser, data for økonomien samt nationale forløbsprogrammer i det omfang, sådanne foreligger.

## 10 Evaluering og revision af forløbsprogrammet

### VI

Plan for evaluering og opfølgning på forløbsprogrammets indhold foreligger.

Det indebærer:

1. at plan for opdatering, evaluering og revision foreligger
2. at det fremgår, hvem der har ansvar for evaluering og opfølgning.

Komponent VI skal medvirke til at sikre en løbende evaluering af og opfølgning på forløbsprogrammet.

Det er vigtigt på den ene side at sikre implementeringen af indholdet i de enkelte forløbsprogrammer, jævnfør kapitel 9, og på den anden side at følge, om forløbsprogrammet fungerer efter hensigten og opfylder sit formål.

Implementering af et forløbsprogram for en specifik kronisk sygdom vil på en række områder give nye erfaringer. Det gælder f.eks. vedrørende større inddragelse af patienterne, anvendelse af stratificeringsredskaber, ændret organisering af den sundhedsfaglige indsats, tovholder- og andre nye støttefunktioner. Det er vigtigt, at disse erfaringer opsamles og anvendes til udvikling af forløbsprogrammet. Derudover er det vigtigt, at forløbsprogrammet løbende bliver opdateret i forhold til ny viden på området.

*Forløbsprogrammet skal:*

- *beskrive, hvordan det sikres, at forløbsprogrammet opdateres, evalueres og revideres og med hvilke tidsintervaller*
- *fastlægge ansvaret for henholdsvis opdatering, evaluering og revision af forløbsprogrammet.*

DEL II:

Forløbsprogram for diabetes

## 11 Indledning

Forløbsprogrammet for diabetes søger at beskrive en samlet tværfaglig, tværsektoriel og koordineret indsats over for patienter med diabetes. Forløbsprogrammer er udarbejdet med udgangspunkt i den generiske model for forløbsprogrammer (del I af denne rapport). Forløbsprogrammet skal bidrage til at sikre anvendelse af evidensbaserede anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats samt bidrage til, at de lokale og regionale samarbejds-/sundhedsaftaler indeholder en beskrivelse af opgavefordeling samt kommunikation og samarbejde mellem alle involverede parter.

Forløbsprogrammet sigter på at opnå høj kvalitet af indsatsen i hele forløbet og en hensigtsmæssig ressourceudnyttelse. Der lægges vægt på en systematisk, proaktiv indsats, der forebygger progression af sygdom, akutte episoder og komplikationer, og som har indbygget løbende monitorering af kvaliteten af de enkelte patientforløb.

Der foreligger allerede en lang række nationale, regionale og lokale samarbejdsinitiativer på diabetesområdet som f.eks.:

- en national handlingsplan fra 2003<sup>i</sup>
- en national styregruppe<sup>ii</sup>
- sygdomsområde i det nationale indikatorprojekt (NIP)<sup>iii</sup>
- sygdomsområde i Den Danske Kvalitetsmodel<sup>iv</sup>
- en national kvalitetsdatabase<sup>v</sup>
- sygdomsområde i kvalitetsudviklingen i almen praksis (forløbsydelse og kvalitetsdatabase)<sup>vi</sup>.

Den største udfordring i udviklingen af forløbsprogrammet – og i den efterfølgende regionale/lokale implementering – er således ikke nødvendigvis at udvikle en række nye initiativer, men derimod at sikre, at de enkelte tiltag bindes sammen i en konkret organisering. Målet er således at sikre 1) sammenhæng mellem de enkelte elementer af forløbet for en person med diabetes samt 2) at sikre: at de involverede sundhedsprofessionelle og patienten har en ensartet og fælles målsætning i forløbet samt at sikre, at de enkelte elementer i et forløb giver de klinisk bedst opnåelige resultater.

Som det vil fremgå af beskrivelsen af de enkelte elementer i forløbsprogrammet, er der dog en række områder, hvor der mangler nationale retningslinjer/standarder som input til det nationale forløbsprograms anbefalinger på området. Dette forløbsprogram for diabetes skal således ses som første version af et nationalt forløbsprogram for diabetes og et første eksempel på et sygdoms-specifikt nationalt forløbsprogram baseret på den parallelt udviklede generiske model for forløbsprogrammer (del I af denne rapport). Herudover omfatter beskrivelsen af den sundhedsfaglige indsats primært voksne personer med type 2-diabetes.

Jævnfør den generiske model for forløbsprogrammer er forløbsprogrammet for diabetes bygget op omkring følgende komponenter:

- a) Forløbsprogrammets patientgruppe (kapitel 12).
- b) Fastlæggelse og beskrivelse af den sundhedsfaglige indsats (kapitel 13).
- c) Organisering af indsatsen (kapitel 14).
- d) Monitorering af kvalitet (kapitel 15).
- e) Plan for implementering af forløbsprogrammet (kapitel 16).
- f) Evaluering og opfølgning (kapitel 17).

Dette forløbsprogram er nationalt, dvs. landsdækkende, men skal implementeres af de decentrale aktører på et hensigtsmæssigt administrationsniveau – i praksis med fordel på regionsniveau. Mange af komponenterne i forløbsprogrammet forventes dog at være identiske, uanset hvor i Danmark indsatsen ydes, og på disse områder forventes det nationale forløbsprogram fulgt. Det gælder f.eks. diagnoseregistrering, anvendelsen af faglige anbefalinger, stratificeringskriterier samt monitorering af kvalitetsindikatorer. En række af de øvrige områder har det dog omvendt ikke været relevant at beskrive detaljeret i et nationalt forløbsprogram, da de skal fastlægges i den efterfølgende lokale/regionale planlægning af indsatsen. Det gælder f.eks. for forhold omkring den konkrete organisering af indsatsen, indhold af samarbejdsaftaler/sundhedsaftaler og plan for implementering af den regionale/lokale indsats. Det nationale forløbsprogram skal således suppleres med en lokal/regional implementering af forløbsprogrammets anbefalinger.

Forløbsprogrammer fokuserer på sundhedsvæsenets struktur og organisation for grupper af patienter, men er udarbejdet med henblik på at sikre en individuelt tilpasset indsats af høj kvalitet for den enkelte person med diabetes. Det er derfor vigtigt at se dette forløbsprogram i tæt sammenhæng med det parallelle projekt i Sundhedsstyrelsen ”*Patienten med kronisk sygdom*”, der har haft som sit formål at beskrive muligheden for at operationalisere egenomsorgsbegrebet og udpege konkrete forslag, som kan implementeres i sundhedsvæsenet. Resultaterne af dette projekt er publiceret i rapporten ”*Patienten med kronisk sygdom – Et idékatalog*”<sup>vii</sup>.

Arbejdsgruppen, som har bidraget til at udvikle forløbsprogrammet for diabetes, har været nedsat af Sundhedsstyrelsen som en uformel sparringsgruppe. Medlemmerne har været inviteret til at deltage i arbejdsgruppen på baggrund af deres tidligere og/eller nuværende erfaringer fra deltagelse i amtslige/regionale eller nationale kvalitetsudviklings tiltag på diabetesområdet (se bilag 1 vedr. medlemmer af arbejdsgruppen).

Det skal endelig fremhæves, at udarbejdelsen af forløbsprogrammet for diabetes som nævnt har taget udgangspunkt i den generiske model for forløbsprogrammer for kronisk sygdom, hvorfor en mere detaljeret beskrivelse af indholdet af de enkelte komponenter m.m. kan findes i del I af denne rapport.

## 12 Forløbsprogrammets patientgruppe – diabetes

Forløbsprogrammet omfatter alle personer med diagnosen diabetes. Det vil sige, at forløbsprogrammet både omfatter personer med type 1- og type 2-diabetes, voksne, børn og gravide.

Diagnosticering er en forudsætning for, at en person med diabetes kan allokeres til forløbsprogrammet. For at sikre en systematisk indsats og monitorering af indsatsen er det herudover vigtigt, at der foregår en diagnoseregistrering, der omfatter alle personer, der diagnosticeres med diabetes.



Målet er, at lægen og andre relevante faggrupper i såvel primærsektoren som sygehussektoren diagnoseregistrerer i forbindelse med alle kontakter, der vedrører diagnosen diabetes, samt at diagnosen registreres for alle personer med diabetes.

## 12.1 Tidlig opsporing

Forløbsprogrammet omhandler alene personer, der har fået diagnosticeret diabetes. Tidlig opsporing, specielt af personer med type 2-diabetes, er imidlertid også en vigtig del af en intensiveret indsats på diabetesområdet. Det anslås, at op mod 200.000 danskere har type 2-diabetes uden at vide det, og at op mod halvdelen af alle patienter med nykonstateret diabetes allerede har én eller flere senkomplikationer<sup>viii</sup>. Personer med anden etnisk baggrund udgør i denne sammenhæng en særlig udfordring pga. en meget høj forekomst af type 2-diabetes i denne befolkningsgruppe.

Det anbefales, at retningslinjer vedr. tidlig opsporing af personer med diabetes integreres i de relevante vejledninger for diagnostik, behandling og rehabilitering af diabetes, jf. kapitel 13. I den forbindelse kan henvises til et notat vedrørende opsporing og diagnostik af type 2-diabetes, som er udarbejdet af en tværfaglig og tværsektoriel arbejdsgruppe under Diabetesstyregruppen i 2004<sup>ix</sup>. Notatet indeholder følgende anbefalinger:

1. Anbefalinger for, hvilke kliniske symptomer der bør udløse tilbud om undersøgelse for uopdaget type 2-diabetes (såkaldt klinisk case-finding) i såvel almen praksis som i de øvrige dele af sundhedsvæsenet.
2. Anbefalinger for, hvornår undersøgelse for uopdaget type 2-diabetes bør være en obligatorisk, integreret del af undersøgelsesprogrammet for patienter med andre sygdomme, hvor tilstedeværelse af disse sygdomme direkte påvirker behandlingsmål eller behandlingsstrategi ved type 2-diabetes – herunder tilbud om en diagnostisk undersøgelse for diabetes ved symptomgivende hjerte-kredsløbs-sygdom.
3. Anbefalinger for, hvilke risikofaktorer eller kombinationer heraf for udvikling af type 2-diabetes der – hos individer uden symptomer – bør udløse tilbud om undersøgelse for uopdaget type 2-diabetes (dvs. intensiveret opsporing blandt højrisikoindivider).

## 12.2 Diagnose- og kontaktregistrering

Der bør foretages registrering af diagnoser for alle personer, dvs. såvel børn som voksne, med diabetes, uanset om diagnosticering finder sted hos læge i almen praksis, speciallægepraksis eller i sygehussektoren.

Herudover skal der arbejdes hen imod, at alle kontakter, der vedrører personens diabetes, registreres i såvel almen praksis, det kommunale sundhedsvæsen som det specialiserede sundhedsvæsen. Herunder registrering af kontakter i speciallægepraksis, hos praktiserende diætister, fodterapeuter mv.

Nedenfor beskrives kriterierne for diagnose- og kontaktregistrering i sygehusvæsenet, almen praksis og det kommunale sundhedsvæsen. Der henvises i øvrigt til kapitel 5 vedr. monitorering af kvalitet, for en uddybning vedr. opsamling og anvendelse af data.

### 12.2.1 Diagnose- og kontaktregistrering i sygehusvæsenet

Følgende ICD-10 diagnosekoder<sup>15</sup> anvendes i forbindelse med diagnose- og kontaktregistreringen i sygehusvæsenet:

E10.0 – E10.9: Sukkersyge, insulinkrævende

E11.0 – E11.9: Sukkersyge, ikke insulinkrævende

E13.0 – E13.9: Sukkersyge, anden form

E14.0 – E14.9: Sukkersyge uden specifikation

Data fra diagnose- og kontaktregistrering i sygehusvæsenet opsamles i Landspatientregisteret.

### 12.2.2 Diagnose- og kontaktregistrering i almen praksis

I almen praksis registreres ved hjælp af ”Udvidet dansk ICPC-kodesystem”<sup>16</sup> med koden T90: Sukkersyge/diabetes mellitus.

Data fra diagnose- og kontaktregistrering i almen praksis opsamles i Dansk Almenmedicinsk Database.

---

<sup>15</sup> ICD10: International Classification of Disease 10. udgave (WHO)

<sup>16</sup> Udvidet dansk ICPC: International Classification of Primary Care (kan konverteres til ICD10 kode).

Læs mere på [www.dak-e.dk](http://www.dak-e.dk)

### 12.2.3 Diagnose- og kontaktregistrering i det kommunale sundhedsvæsen

Det anbefales, at det eksisterende system til diagnose- og kontaktregistrering i kommunerne udbygges, så det kan understøtte en systematisk registrering og opsamling af data i det kommunale sundhedsvæsen.

## 13 Den sundhedsfaglige indsats – diabetes

I dette kapitel præsenteres indledningsvis en række nationale og landsdækkende evidensbaserede kliniske retningslinjer på diabetesområdet (afsnit 13.1), hvorefter afsnittene 13.2-13.3 beskriver de typer af sundhedsfaglige ydelser, herunder støtte til egenomsorg, som bør indgå i indsatsen over for personer med diabetes.

### 13.1 Evidensbaserede kliniske retningslinjer

På diabetesområdet foreligger der en lang række lokale/regionale kliniske retningslinjer for indsatsen over for personer med diabetes, hvoraf en del kan findes på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk). Ét af formålene med forløbsprogrammet for diabetes er at bidrage til en mere ensartet sundhedsfaglig indsats over for patienter med diabetes baseret på fælles opdaterede evidensbaserede kliniske retningslinjer, hvorfor der i det følgende er identificeret nationale samt landsdækkende kliniske retningslinjer vedr. diabetes offentliggjort efter år 2000.

#### 13.1.1 Landsdækkende danske kliniske retningslinjer

En række af de videnskabelige og faglige selskaber på diabetesområdet har udarbejdet kliniske retningslinjer. Herudover er der i regi af f.eks. Sundhedsstyrelsen og den nationale Diabetesstyregruppe for diabetes udarbejdet en række rapporter med anbefalinger vedr. den kliniske indsats på diabetesområdet.

I 2003 publicerede Sundhedsstyrelsens Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering MTV-rapporten ”*Type 2-diabetes. Medicinsk teknologivurdering af screening, diagnostik og behandling*”, 2003; 5(1)<sup>x</sup>.

I 2004 udarbejdede en tværfaglig arbejdsgruppe under Diabetesstyregruppen ”*Det gode patientforløb samt senkomplikationer – afrapportering til Diabetesstyregruppen den 4. oktober 2004*” omhandlende type 2-diabetespatienter<sup>xi</sup>. Rapporten bygger på en klaringsrapport fra 2000<sup>xii</sup>, ovennævnte MTV fra 2003 samt (udkast til) DSAM’s vejledning fra 2004. Rapporten indeholder både klinisk beslutningsstøtte, forslag vedr. en øget screeningsindsats for senkomplikationer samt forslag til organisatoriske udviklingstiltag.

Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) har i 2004 udgivet den kliniske vejledning: ”*Type 2-diabetes i almen praksis – En evidensbaseret vejledning (2004)*”<sup>xiii</sup>. Denne er efterfølgende blevet fulgt op af en patientvejledning for type 2-diabetes udarbejdet i samarbejde mellem DSAM og Diabetesforeningen<sup>xiv</sup>.

Dansk Endokrinologisk Selskab og Dansk Nefrologisk Selskab har i samarbejde udarbejdet ”*Det gode patientforløb for patienter med diabetisk nefropati*”, oktober 2005<sup>xv</sup>.

Fagligt Selskab for Diabetessygeplejersker under Dansk Sygeplejeråd har i 2006 opdateret deres vejledning fra 2002 ”*Kliniske retningslinjer for injektion af insulin til voksne med diabetes mellitus*”, DSR-publikation 508<sup>xvi</sup>.

Foreningen af Kliniske Diætister har udarbejdet nationale evidensbaserede ”rammeplaner” for diætbehandlingen af en lang række diagnosegrupper, herunder type 1- og type 2-diabetes. Disse ligger på Diætistforeningens hjemmeside (lukket forum).

Det har ikke været muligt via de relevante selskaber eller organisationers hjemmeside at identificere danske landsdækkende kliniske vejledninger specifikt vedr. diabetes for andre relevante faggrupper involveret i indsatsen for personer med diabetes (kardiologer, oftalmologer, fodterapeuter, fysioterapeuter mv.)<sup>xvii</sup>.

Ud over de ovenfor nævnte retningslinjer for sundhedsfaglige personalegrupper findes der en række patientvejledninger, bl.a. udgivet af Diabetesforeningen<sup>xviii</sup>.

Der er ikke udarbejdet landsdækkende kliniske retningslinjer vedrørende behandling af personer med type 1-diabetes efter år 2000. De senest udarbejdede landsdækkende kliniske retningslinje er Sundhedsstyrelsens redegørelse fra 1994<sup>xix</sup> om diabetesbehandling i Danmark.

### 13.1.2 Udenlandske kliniske retningslinjer

En række udenlandske guidelineorganisationer og faglige selskaber udarbejder kliniske retningslinjer på diabetesområdet, som anvendes som input til den kliniske indsats i Danmark.

Som eksempler herpå kan nævnes, at den internationale diabetesføderation har offentliggjort en international klinisk vejledning for type 2-diabetes i 2005<sup>xx</sup>. Herudover udarbejder den amerikanske diabetesforening ”American Diabetes Federation” løbende standarder og guidelines mv. for diabetesbehandling. Den seneste opdaterede oversigt over disse dokumenter kan findes på foreningens hjemmeside<sup>xxi</sup>.

Et andet eksempel er europæiske evidensbaserede ernæringsrekommandationer fra Diabetes Nutrition Study Group (DNSG) under the European Association for the Study of Diabetes (EASD)<sup>xxii</sup>.

Et tredje eksempel er nye evidensbaserede retningslinjer vedr. diabetes og hjertesygdom fra The European Association for the Study of Diabetes (EASD) og European Society of Cardiology (ESC)<sup>xxii</sup>.

### 13.1.3 Opsummering vedr. danske kliniske retningslinjer

Ovenfor er identificeret nationale og landsdækkende kliniske retningslinjer vedr. diabetes offentliggjort efter år 2000. Det fremgår, at der findes en række tværfagligt udarbejdede rapporter, som indeholder retningslinjer vedr. forskellige dele af indsatsen i patientforløbet for personer med – primært type 2-diabetes.

Flere af de nævnte retningslinjer er udarbejdet af en tværfaglig arbejdsgruppe eller med inddragelse af andre faggrupper, men det er de færreste af dem, der er tværsektorielle og dermed beskriver indsatsen på tværs af almen praksis, det kommunale sundhedsvæsen og det specialiserede sundhedsvæsen.

Det vurderes, at der mangler tværfaglige og tværsektorielle landsdækkende kliniske retningslinjer vedr. diabetes inden for følgende områder (ikke prioriteret rækkefølge):

- Hjertesygdomme<sup>17</sup>
- Behandling af fodsår
- Type 1-diabetes
- Patientundervisning/-uddannelse<sup>18</sup>
- Støtte og rådgivning vedr. livsstilsændringer
- Psykisk comorbiditet
- Psykologisk mestring, herunder støtte til ”den sårbare patient”.

### 13.2 Krav til den sundhedsfaglige indsats

Med udgangspunkt i de identificerede danske kliniske retningslinjer jf. afsnit 13.1 beskrives i det følgende de sundhedsfaglige ydelser, som indsatsen over for personer med diabetes bør baseres på.

#### 13.2.1 Den nydiagnosticerede patient

Enhver patient, der har fået stillet diagnosen diabetes, skal have vurderet sygdommens sværhedsgrad og skal screenes for komplikationer og følges regelmæssigt. Det bør sikres, at den initiale stratificering af patienten, jf. afsnit 14.1, foretages på et kompetent niveau.

På diagnosetidspunktet planlægges et struktureret patientuddannelsesprogram for at give patienten viden og færdigheder samt evne til at træffe bevidste valg ud fra egne værdier og mål. Et struktureret patientuddannelsesprogram kan f.eks. indeholde følgende temaer: Sygdommens struktur, at leve med diabetes, kost ved type 1- henholdsvis type 2-diabetes, fysisk aktivitet, tobaksrygning, metabolisk regulation, medicinsk behandling af hyperglykæmi, tilstødende sygdomme, fodpleje og -behandling, diabetiske senkomplikationer, graviditet, sociale forhold og rejser.

Opfølgning på patientuddannelse foregår løbende efter behov afhængigt af patientens livssituation, mål og værdier. Pårørende bør medtænkes i patientuddannelsen.

---

<sup>17</sup> Der er ved at blive udarbejdet retningslinjer på området i regi af Dansk Endokrinologisk Selskab og Dansk Cardiologisk Selskab.

<sup>18</sup> ”Forslag til Nationale retningslinjer for undervisning af personer med diabetes” kan ses på [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk)

Der skal, i den indledende fase, foretages individuel vurdering af behov for at henvise patienten til andre sundhedsfaglige ydelser som f.eks. øjenlæge, individuel diætbehandling, støtte til livsstilsændring og egenomsorg, fysisk træning og fodterapi.

Når den indledende fase er afsluttet, overgår patienten til regelmæssig opfølgning baseret på aftalte besøg og årskonsultation, jf. afsnit 13.2.2.

### 13.2.2 Den regelmæssige opfølgning

Individuelt aftalte regelmæssige besøg samt en omfattende årskonsultation udgør grundstammen i den opfølgende indsats over for personer med diabetes. Nedenfor er indholdet af de aftalte besøg og årskonsultationer beskrevet – primært med udgangspunkt i de ovenfor nævnte anbefalinger for type-2-diabetes, som er udarbejdet af en tværfaglig arbejdsgruppe under Diabetesstyregruppen<sup>xi</sup>.

#### Aftalte besøg 2-4 gange årligt

- Kontrol af risikofaktorerne: HbA1c, BT og vægt. Ved mikroalbuminuri desuden kontrol af urinen.
- Gennemgang af eventuel hjemme-blodsukkermålinger
- Samtale med patienten om oplevelsen af hverdagen med diabetes herunder egenomsorg, psykosociale aspekter og mulighed for inddragelse af nære pårørende, netværk mv.
- Samtale med patienten om kost-, motions- og rygevaner med henblik på at sikre indsigt og evne til at foretage bevidste valg.
- Samtale med patienten om den medicinske behandling og behov for evt. justering af behandling og de individuelle behandlingsmål.
- Afdække behov for yderligere patientuddannelse.
- Individuel risikovurdering og fastlæggelse af individuelle behandlingsmål.
- Fastlæggelse/justering af en samlet behandlingsplan i samarbejde med patienten.

#### Årskonsultation én gang om året

Samme ydelser som ved aftalte besøg, jf. ovenfor.

Derudover:

- Stillingtagen til øjenscreening: fundusfoto og visus- eller øjenundersøgelse ved øjnlæge hvert andet år (hyppigere ved mere udtalte nethindeforandringer samt ved graviditet).
- Fodundersøgelse: fodpuls, fejlstillinger, kallositeter, trykmærker eller manifesterede fodsår, undersøgelse med monofilament eller vibrationssans. Vurdering af evt. behov for viderehenvielse til fodterapeut og sårcenter/diabetesambulatorium.
- Vurdering af symptomer på autonom neuropati, f.eks. seksuel dysfunktion, gastroparese m.v.
- Undersøgelse for diabetisk nyresygdom: Urin albumin-kreatinin-ratio eller døgnurin-albumin, s-kreatinin. Stillingtagen til evt. viderehenvielse.
- Undersøgelse for kardiovaskulær sygdom: symptomer og kliniske tegn på iskæmisk hjerte-, hjerne- og perifer karsygdom. Ved mindste mistanke udføres sædvanlig udredning.
- Screening for kardiovaskulære risikofaktorer i øvrigt: faste-/total-kolesterol, HDL- og LDL-kolesterol samt triglycerider.
- Sikring af, at patienten får relevante tilskud (eksempelvis til medicin, testudstyr, kost).
- Opstilling af behandlingsmål.
- Fastlæggelse af behandlingsplan.

Årskonsultationen og de aftalte besøg har til formål at opspore tidlige tegn på diabetiske følgesygdomme samt at kontrollere og justere behandling af hyperglykæmi og andre risikofaktorer for diabetiske følgesygdomme. Regelmæssige konsultationer giver desuden mulighed for at følge op på, hvordan patienten har det, om der er opstået eventuelle nye sygdomsrelaterede problemer samt på patientens motivation for – og evne til – egenomsorg.

Herudover skal der ved hvert besøg tages stilling til behovet for at henvise patienten til øvrige sundhedsfaglige ydelser i regionalt eller kommunalt regi ud fra en vurdering af patientens kliniske status, behandlingsmål og mulighed for egenomsorg.

Den samlede indsats bør tilpasses til den enkelte person med diabetes på baggrund af en individuel vurdering af den samlede (livstids-)risiko for patienten samt patientens



ønsker, muligheder og behov (herunder bl.a. også specifikke forhold for personer med anden etnisk baggrund). Det betyder, at der ved årskonsultationen skal opstilles individuelle behandlingsmål, som er realistiske, tidsbegrænsede og målbare, og fastlægges en behandlingsplan i samarbejde med patienten. Diabetesambulatorierne kan evt. tilbyde ”second opinion” hvert 2.-3. år til de patienter, som ikke fast følges i diabetesambulatoriet.

Der skal være mulighed for at henvise til en intensiveret undervisningsindsats til understøttelse af patientens egenomsorg i en afgrænset periode, jf. afsnit 13.3.1. Ligeledes bør der, på baggrund af en individuel vurdering, gives tilbud om forløbskoordinering, når der er behov for udvidet støtte til patienten omkring komplekse forhold vedr. behandling, egenomsorg og sociale forhold m.m., jf. afsnit 14.2.1. Endelig bør behovet for psykologhjælp vurderes for sårbare patienter med særlige problemer i relation til deres diabetes.

### 13.3 Støtte til egenomsorg

Ifølge forløbsprogrammet for kronisk sygdom skal et forløbsprogram indeholde en beskrivelse af, hvordan sundhedsvæsenet, i et aktivt samspil med patienten, bidrager med metoder og støtte til at mobilisere og styrke patienternes egenomsorg<sup>19</sup>. Herunder bidrag inden for følgende områder:

- Patientuddannelse, såvel generel som specifik patientuddannelse, der medvirker til en udvikling af viden, færdigheder og holdninger hos personer med en kronisk sygdom.
- Selvmonitorering og egenbehandling – såvel farmakologisk som ikkefarmakologisk.
- Programmer for særligt sårbare patient- og befolkningsgrupper.
- Behandling og rehabilitering.
- Videndeling mellem behandler og patient.

På diabetesområdet mangler der formaliserede landsdækkende tiltag og/eller programmer på alle 5 områder. Dog er der klinisk evidens og/eller konsensus om for-

<sup>19</sup> I Sundhedsstyrelsens rapport vedr. patienten med kronisk sygdom er egenomsorg defineret som ”Egenomsorg er et udtryk for individets evne til at håndtere symptomer, behandling, fysiske og psykosociale konsekvenser samt forandringer i levevis, som følger med at leve med en kronisk sygdom. Egenomsorg omfatter også evnen til at monitorere sin tilstand og effektuere kognitive, adfærdsmæssige og emotionelle reaktioner, som er nødvendige for at opretholde en tilfredsstillende livskvalitet. Der etableres herigennem en dynamisk og kontinuerlig selvreguleringsproces.”

dele og hensigter på flere af de anførte områder, bl.a. inden for selvmonitorering af blodglukose og specifik patientuddannelse, f.eks. på Diabetesskoler. Endvidere foreligger der skriftlige patientvejledninger, der er udarbejdet i samarbejde mellem faglige selskaber og Diabetesforeningen på basis af kliniske vejledninger eller faglig konsensus<sup>xvii</sup>. Det videre arbejde med udvikling af de fem områder må sikre en standardisering og kvalitetssikring under inddragelse af relevante faglige selskaber, Sundhedsstyrelsen, patientorganisationer og andre relevante parter.

### 13.3.1 Intensiveret patientuddannelse

Hos nogle patienter kan der være behov for særlig støtte til behandlingen gennem et supplerende intensiveret patientuddannelsesstilbud i en afgrænset periode. Dette behov kan især findes blandt patienter med dysreguleret eller svært regulerbar diabetes.

Det intensiverede undervisningstilbud er en direkte patientrettet intervention, der kan foregå individuelt eller i grupper af patienter. Interventionen ydes af en fagperson, der skal have specifik viden om diabetes og om indsats til kronisk syge samt besidde relevante pædagogiske kompetencer. Det kan f.eks. være en sygeplejerske eller diætist med specialviden om diabetes.

### 13.3.2 Den sårbare patient

Der kan desuden være behov for at udvikle uddannelsesprogrammer for særligt udsatte patient- og befolkningsgrupper, såkaldte sårbare patienter, for at understøtte deres muligheder for egenomsorg. Den sårbare patient defineres, jf. Sundhedsstyrelsens rapport *Patienten med kronisk sygdom* som:

- Patienter, som på grund af svær sygdom, flere samtidige behandlingskrævende sygdomme, handicap mv. og evt. svagt personligt netværk er stærkt afhængige af sundheds- og/eller sociale ydelser.
- Patienter, som på grund af svage personlige ressourcer og dårlig eller anderledes sygdomsindsigt, sociale eller kulturelle forhold er ude af stand til at yde en hensigtsmæssig adfærd og egenomsorg.

Eksempelvis kan det være relevant at tilbyde specifikke uddannelsesprogrammer udviklet til befolkningsgrupper med anden etnisk baggrund.

## 14 Organisering af indsatsen – diabetes

I dette kapitel opstilles en række generelle principper for den lokale/regionale planlægning af indsatsen, herunder hvordan stratificering kan anvendes i planlægningen af en gradueret indsats. Desuden beskrives en række tiltag med henblik på at sikre koordinering og samarbejde.

En bred vifte af aktører i den primære sundhedssektor, dvs. de alment praktiserende læger, praktiserende speciallæger og det kommunale sundhedsvæsen samt sygehussektoren er involveret i varetagelsen af den sundhedsfaglige indsats over for patienter med diabetes. Sundhedsloven fastlægger på en række områder, hvem der har myndighedsansvaret for et givet område. Der er dog inden for lovens rammer stor mulighed for variation i forhold til den konkrete organisering af indsatsen inden for det enkelte myndighedsområde, dvs. i region eller kommune, men i nogen grad også på tværs af sektorerne.

I den regionale/lokale planlægning af indsatsen over for personer med diabetes forventes der taget udgangspunkt i de anbefalinger, som er beskrevet i dette forløbsprogram for diabetes. Det skal i planlægning af indsatsen sikres, at personer med diabetes i det geografiske område, som forløbsprogrammet dækker, kan tilbydes de ydelser, der er beskrevet i kapitel 13. Derudover at fagpersonerne har de nødvendige kompetencer, samt at indsatsen planlægges som en gradueret indsats, jf. afsnit 14.1, og er hensigtsmæssigt organiseret og koordineret på tværs af faggrupper og sektorgrænser. Den faktiske tilrettelæggelse af opgavefordelingen mellem de forskellige aktører må foretages med udgangspunkt i lokale forhold, f.eks. ud fra graden af ekspertise i henholdsvis primær- og sekundærsektoren, herunder tilbuddet i kommunalt regi samt muligheden for efteruddannelse og specialisering. Derudover er det vigtigt ved planlægningen af den konkrete opgavevaretagelse at inddrage erfaringerne med og evidensen bag en indsats ydet af multidisciplinære team, jf. den generiske model for forløbsprogrammer.

Ved den lokale/regionale planlægning af, *hvor* de enkelte tilbud skal gives, og *hvem* der skal yde de forskellige typer af sundhedsfaglige ydelser i relation til behandlingen af diabetes, skal der sigtes mod, at den sundhedsfaglige indsats ikke foregår på

et højere specialiseringsniveau end, hvad der er behandlings- og omkostningsmæssigt nødvendigt for at sikre en indsats af høj kvalitet.

#### 14.1 Gradueret sundhedsfaglig indsats

En population af patienter med diabetes kan beskrives ved en stratificeringspyramide, hvor patienterne inddeles i grupper efter deres forskellige behov for indsats, se bilag 3.

Stratificeringspyramiden kan være et redskab til planlægning og dimensionering af indsatsen over for personer med diabetes, hvis den kobles sammen med et kendskab til alle personer med diabetes i en befolkningsgruppe, eksempelvis en region.

Patienternes forskellige behov for indsats medfører behov for sundhedsfaglige tilbud, som tilpasses grupper af patienter, en såkaldt *gradueret indsats*. Et redskab til at sikre en gradueret indsats er *stratificering*, der kan anvendes til at allokere grupper af patienter til den behandling, rehabilitering og opfølgning, der i bedst mulig grad giver det optimale udbytte for patienterne, sundhedsvæsenet og resourceudnyttelsen.

Det skal dog understreges, at indsatsen over for den enkelte patient skal tilpasses ud fra en vurdering af den enkelte patients behov.

### 14.1.1 Kriterier for stratificering af personer med diabetes

Kravene i den generiske model for forløbsprogrammer fastlægger, at det ved valg af stratificeringskriterier er essentielt, at de valgte kriterier har afgørende betydning for, hvilken sundhedsfaglig indsats patienterne har behov for, eller at kriterierne har prognostisk betydning. Der skal således ved valg af stratificeringskriterier tages hensyn til risiko for komplikationer samt kompleksiteten af patientens samlede sygdomsbillede/helbredstilstand, herunder:

1. Sygdommens intensitet og kompleksitet, herunder sværhedsgrad og komplikationer m.m.
2. Eventuel samtidig optræden af flere sygdomme. Her tænkes både på evt. samtidig optræden af flere sygdomme (comorbiditet) og følgetilstande af den kroniske sygdom
3. Patientens evne til at kunne tage vare på sig selv, deltage aktivt i egen behandling mv. (egenomsorgskapacitet).

Stratificering skal bidrage til, at den enkelte person med diabetes løbende sikres det mest hensigtsmæssige niveau for behandling. Stratificeringen skal være dynamisk, idet patientens tilstand kan forbedres, stabiliseres eller forværres. En vurdering af det mest hensigtsmæssige niveau for behandling for den enkelte patient skal første gang foretages umiddelbart efter, at diagnosen er blevet stillet, og derefter tilbagevendende, som minimum i forbindelse med årskonsultationen.

På diabetesområdet er der, med det formål at forbedre kvaliteten af behandlingen, udviklet en række stratificeringskriterier, jf. skema 1, i et samarbejdsprojekt mellem Det Almenmedicinske Kvalitetsprojekt (DAK) og Den Gode Medicinske Afdeling (DGMA)<sup>xxiv</sup>. Arbejdsgruppen bag forløbsprogrammet har til brug for denne første version af forløbsprogrammet peget på en anvendelse af disse kriterier med forbehold for, at kriterierne p.t. bliver afprøvet, videreudviklet og evalueret. Det er desuden vigtigt at gøre opmærksom på, at der i en stratificering altid vil skulle tages relevante individuelle patienthensyn.

En anvendelse af stratificeringskriterierne er således siden 2006 blevet afprøvet og evalueret i almen praksis i en række amter/regioner. Stratificeringskriterierne

er endvidere blevet anvendt ved indførelsen af forløbsydelsen for diabetes i almen praksis i begyndelsen af 2007, og der er som et led i dette planlagt en større evaluering af bl.a. anvendelsen af stratificeringskriterierne i almen praksis.

Tankegangen bag de valgte kriterier i skema 1 er, at de tre niveauer afspejler de tre niveauer i kronikerpyramiden, jf. figur i bilag 3. Dvs. niveau 1 omfatter patienter med velreguleret diabetes uden betydelige komplikationer, niveau 2 omfatter patienter med diabetes, der er dårligt reguleret/svær at regulere eller med komplikationer til deres diabetes, og niveau 3 omfatter patienter med kompleks diabetes eller flere komplicerende kroniske sygdomme.

Den indbyrdes sammenhæng mellem kriterierne er i samarbejdsprojektet beskrevet som: ”*For at blive allokeret til niveau 1 skal alle kriterier for niveau 1 være opfyldt. For at blive allokeret til niveau 3 skal blot ét kriterium være opfyldt. For at blive allokeret til niveau 2 skal hverken kriterierne for niveau 1 eller niveau 3 være opfyldt. Mangler et nødvendigt kriterium, skal patienten som udgangspunkt allokeres til niveau 2*”.

Sammenholdes kriterierne i skema 1 med kravene for valg af kriterier i forløbsprogrammet for kronisk sygdom (se punkt 1-3 ovenfor), ses det, at kriterierne i høj grad dækker punkt 1 vedr. sygdommens intensitet og kompleksitet.

Det andet punkt vedr. eventuel samtidig optræden af flere sygdomme (comorbiditet og følgetilstande) kan siges at være dækket mht. følgetilstande og deraf følgende comorbiditet, men er ikke dækket med hensyn til comorbiditet delvist eller helt uafhængig af personens diabetes (f.eks. psykisk sygdom eller kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)).

Det tredje punkt vedr. patientens evne til at kunne tage vare på sig selv, deltage aktivt i egen behandling mv. er ikke dækket af de ovenstående stratificeringskriterier.

Der er således flere af kriterierne i den generiske model for forløbsprogrammer, som ikke på nuværende tidspunkt er omfattet af de p.t. udviklede og ovenfor

## Skema 1.

Kriterier for stratificering af diabetespatienter udviklet i regi af samarbejdsprojektet mellem Det Almenmedicinske Kvalitetsprojekt og Den Gode Medicinske Afdeling

Kriterium	Niveau 1 Personer med velreguleret diabetes uden komplikationer	Niveau 2 Personer med høj risiko for/eller begyndende komplikationer	Niveau 3 Personer med kompleks diabetes eller flere komplicerende kroniske sygdomme
Glykæmisk kontrol efter intervention	HbA1c < 7% (0,07)		HbA1c > 9 % (0,09) trods forsøg på optimeret behandling i 1/2 år
Blodtryk mmHg	< 130/80		> 160/90 trods forsøg på optimeret behandling i 1/2 år
Metaboliske problemer i forbindelse med behandlingen	Nej	Svær insulinresistens	Tendens til alvorlige eller uventede hypoglykæmi-tilfælde. Stærkt svingende blodsukker.
Hjerte-kar-sygdom/ storkarsygdom	Ingen tilstedeværende hjerte-kar-sygdom	Tilstedeværende hjerte-kar-sygdom	
Den diabetiske fod	Nej	Tegn på neuropati eller arteriel insufficiens	Fodsår/-gangræn/ Charcot-fod og amputation
Nefropati	Normal	Mikroalbuminuri	Makroalbuminuri/ nefropati
Retinopati	Normal eller stabil simplex retinopati	Enhver progression af retinopatigrad	Maculælødem eller proliferativ retinopati

Kilde: DAK-DGMA projektgruppen

beskrevne kriterier for stratificering af diabetespatienter. Der er derfor behov for videreudvikling af disse kriterier. Som nævnt bliver de nuværende stratificeringskriterier afprøvet og evalueret i almen praksis, og det skønnes derfor hensigtsmæssigt, at en revurdering og udbygning af kriterierne for stratificering af diabetespatienter afventer resultatet af denne afprøvning og evaluering.

#### 14.1.2 Praktisk anvendelse af stratificeringskriterierne

Der må ikke, hverken hos patienter eller fagprofessionelle, herske tvivl om kvaliteten af de sundhedsfaglige ydelser i den graduerede indsats, hvad enten det er ydelser rettet mod patienter med velreguleret diabetes uden komplikationer (niveau 1), patienter med høj risiko for eller begyndende komplikationer (niveau 2) eller patienter med kompleks diabetes (niveau 3).

Det gælder for hovedparten af de sundhedsfaglige ydelser beskrevet i de foregående afsnit, at de skal tilbydes på såvel niveau 1, niveau 2 og niveau 3 af den graduerede indsats. For flere af de sundhedsfaglige ydelser forudsættes også samme kompetencer, uanset om ydelserne er rettet mod patienter tilhørende niveau 1, 2 eller 3. Men mange af de sundhedsfaglige ydelser stiller dog forskellige krav til personalets kompetencer alt efter, hvilken patientgruppe ydelsen er rettet mod. Det gælder således, at jo mere kompleks og svært regulerbar patientens diabetes er, desto mere er der behov for kompetencer på specialniveau.

Følgende principper bør følges ved fastlæggelsen af den lokale/regionale indsats:

- For *patienter med velreguleret diabetes eller nydiagnosticeret type 2-diabetes uden betydelige komplikationer* varetages den sundhedsfaglige indsats som udgangspunkt i almen praksis og det kommunale sundhedsvæsen. Ved nyopdaget type 1-diabetes henvises umiddelbart til diabetesambulatorium.
- For *patienter med diabetes, der er dårligt reguleret/svær at regulere og/eller med komplikationer* varetages den sundhedsfaglige indsats i et samarbejde mellem almen praksis, det kommunale sundhedsvæsen og det specialiserede sundhedsvæsen (sygehusvæsenet og/eller speciallægepraksis).
- For *patienter med kompleks diabetes og evt. flere kroniske sygdomme* varetages hovedparten af de sundhedsfaglige tilbud som udgangspunkt af det specia-



liserede sundhedsvæsen (sygehusvæsenet og/eller speciallægepraksis). Indsats vedr. rehabilitering samt støtte til egenomsorg varetages i et samarbejde med almen praksis og det kommunale sundhedsvæsen.

Ovenstående principper vil dog til enhver tid være underordnet de gældende nationale krav til varetagelse af den højt specialiserede indsats over for specifikke patientgrupper, som de angives i Sundhedsstyrelsens specialevejledning fra 2001, jf. nedenstående afsnit 14.1.3. Kravene vedr. placering af de endokrinologiske funktioner er del af en igangværende speciale gennemgang, som forventes afsluttet i 2008.

#### 14.1.3 Nuværende nationale krav til organisering

For visse patientgrupper og komplikationstyper er det specifikt angivet i Sundhedsstyrelsens specialevejledning fra 2001 vedr. lands- og landsdelsfunktioner i sygehusvæsenet<sup>xxv</sup>, hvor disse grupper skal behandles.

I vejledningen er der opstillet følgende krav til behandlingstilbud (*citat*):

- Patienter med type 1-diabetes bør tilbydes kontrol efter individuelt behov i diabetesambulatorier
- Gravide med insulinkrævende diabetes mellitus: De gynækologisk/obstetriske landsdelsafdelinger på Rigshospitalet, Odense Universitetshospital, Århus Sygehus og Aalborg Sygehus. Det bemærkes, at de gravide eventuelt efter konkret aftale med landsdelsafdelingen kan kontrolleres på et basissygehus.
- Svært regulerbar diabetes mellitus, herunder med udtalt insulinresistens og insulinallergi: De endokrinologiske landsdelsafdelinger på Rigshospitalet, Amtssygehuset i Herlev, Odense Universitetshospital, Århus Sygehus og Aalborg Sygehus.
- Kompliceret diagnostik og behandling af vitreoretinale sygdomme, bl.a. ved diabetes mellitus: De oftalmologiske landsdelsafdelinger på Rigshospitalet, Amtssygehuset i Herlev, Odense Universitetshospital, Århus Sygehus og Aalborg Sygehus.
- Svære tilfælde af diabetes mellitus hos børn: De pædiatriske landsdelsafdelinger på Amtssygehuset i Glostrup, Odense Universitetshospital og Århus Universitetshospital (Skejby Sygehus).

Som nævnt er kravene vedr. placering af de endokrinologiske funktioner del af en igangværende speciale gennemgang, som forventes afsluttet i 2008.

## 14.2 Koordinering og samarbejde

I dette afsnit beskrives en række af de tiltag inden for koordinering og samarbejde, som skal udvikles med henblik på at understøtte den sundhedsfaglige indsats, der er beskrevet i forløbsprogrammet. Indledningsvis beskrives de anbefalede koordinerende funktioner, som henholdsvis en tovholder og forløbskoordinator skal varetage. Herefter omtales lokale/regionale samarbejdsaftaler/sundhedsaftaler som et vigtigt instrument til den lokale/regionale implementering og konkretisering af det nationale forløbsprogram. Endelig er der en kort beskrivelse af informationsteknologi til understøttelse af forløbsprogrammer.

### 14.2.1 Koordinerende funktioner

#### **Tovholder**

Det anbefales, at alle patienter med diabetes har en tovholder, der har ansvar for:

- at sikre koordinering af den samlede sundhedsfaglige indsats
- at vurdere patientens helbred løbende
- at følge systematisk op, herunder sikre en proaktiv indsats
- at bidrage til fastholdelse af behandlingsmål.

Tovholderfunktionen forventes varetaget i almen praksis. Nogle patienter har i perioder af deres sygdomsforløb kun sporadisk kontakt til almen praksis. Det kan f.eks. være tilfældet for en i øvrigt rask patient med kompleks diabetes, hvor den sundhedsfaglige indsats primært varetages på specialiseret niveau. I disse perioder vil ansvaret for løbende vurdering af patientens helbred, systematisk opfølgning og proaktiv indsats samt støtte til fastholdelse af mål i relation til diabetes naturligt ligge i specialambulatoriet. Det er i disse perioder særlig vigtigt, at tovholderen fortsat er i stand til at varetage sin tovholderfunktion gennem løbende at blive orienteret i henhold til parternes aftaler om udveksling af informationer.

Se afsnit 7.2.1 for en yderligere definition af tovholderens opgaver m.v.

### **Forløbskoordinator**

Nogle patienter kan have et særligt behov for støtte, der ligger ud over det, som naturligt varetages af tovholderen, pårørende eller andre aktører, som er involverede i patientforløbet. Det anbefales, at disse patienter tilbydes udvidet støtte til gennemførelse og fastholdelse af behandling og rehabilitering via tilknytning af en *forløbskoordinator*. Formålet med forløbskoordinering er at sikre intensiveret, personligt tilpasset støtte til patienter med svære komplekse behov.

Henvisning til forløbskoordinering foretages af tovholderen eller efter aftale med det team, der er ansvarligt for behandling af patienten med diabetes.

Se afsnit 7.2.2 for en yderligere definition af forløbskoordinatorens opgaver m.v.

#### **14.2.2 Samarbejdsaftaler/sundhedsaftaler**

Alle de involverede aktørers opgaver, kompetencer og ansvar for at sikre den sammenhængende og koordinerede indsats over for personer med diabetes, som er beskrevet i dette forløbsprogram, bør beskrives i lokale/regionale samarbejdsaftaler/sundhedsaftaler. På mange områder vil der være sammenfald mellem sundhedsaftaler til understøttelse af forløbsprogrammet og de lovpligtige sundhedsaftaler mellem regionerne og det kommunale sundhedsvæsen. Det vil derfor være nærliggende at anvende sundhedsaftaler som ramme for alle aftalerne.

Repræsentanter for alle de involverede aktører bør deltage i udarbejdelsen af disse aftaler. De lokale/regionale samarbejdsaftaler er således dels et meget vigtigt element i 1) at få implementeret anbefalingerne i det nationale forløbsprogram og 2) at få suppleret det nationale forløbsprogram på de områder, hvor det ikke fra nationalt niveau har været relevant at give specifikke anbefalinger (f.eks. vedr. den faktiske opgavefordeling mellem aktørerne i regionen og primærsektoren).

Formålet med samarbejdsaftalerne er at sikre, at den enkelte person med kronisk sygdom altid modtager en indsats, hvor der ikke er tvivl om, hvem der har ansvaret for at tilbyde de specifikke ydelser eller tvivl om samarbejdet og koordineringen mellem aktørerne. For varetagelse af særlige funktioner, som f.eks. forløbskoordinering og koordinering af forløbsprogrammer på regionalt niveau, er det særlig

vigtigt, at opgaverne og ansvaret for funktionerne præciseres og beskrives i sundhedsaftaler mellem region og kommuner. Som en del af aftalerne kan der med fordel beskrives vigtige, eksplicitte krav til de forskellige aktørers kompetencer og planer for eventuel efteruddannelse i det område, som aftalen dækker.

Samarbejdsaftalerne skal beskrive, hvordan den sundhedsfaglige indsats bliver sammenhængende uanset antallet af kontakter, aktører eller karakteren af den indsats, der er behov for. Herudover er sundhedsaftalerne oplagte rammer for sikring af sammenhæng med indsatsen på andre tæt forbundne områder, f.eks. det sociale område.

Det anbefales desuden, at regionerne i planlægning på diabetesområdet fortsat varetager de koordinerende, tværfaglige funktioner, som tidligere lå i regi af de amtslige diabetesudvalg.

### 14.2.3 Understøttende informationsteknologi

I 2006 offentliggjorde Sundhedsstyrelsen rapporten ”*Sammenhængende diabetesforløb – analysegrundlag til tværsektoriel IT-understøttelse*”, som var udarbejdet af MEDIQ for Sundhedsstyrelsen<sup>xvii</sup>. Rapporten havde som formål at udarbejde et analysegrundlag for anvendelsen af Sundhed.dk som en fælles platform for it-understøttelse af tværsektorielle patientforløb på diabetesområdet.

Rapporten fremfører følgende gevinstpotentialer ved understøttende informationsteknologi på diabetesområdet:

- Nem adgang til nødvendige forløbsdata imellem de forskellige behandlere (understøttelse af ”behandlerteamet”).
- Fælles datagrundlag på tværs af de forskellige behandlere (informationsdeling).
- Bedre overblik over det enkelte patientforløbs samlede status f.eks. gennem visualisering af nøgledata.
- Adgang til beslutningsstøtte.
- Understøttelse af nødvendig planlægning af foreskrevne kontrolundersøgelser (systematisk indkaldelse af (og opfølgning på) diabetespatienter til årskonkultation og aftalte besøg).

Herudover vil de kliniske informationssystemer kunne understøtte egenomsorgen hos en person med diabetes, f.eks. i form af:

- adgang til kalenderfunktion vedrørende bookede konsultationer
- registrering af hjemmeglukosemålinger
- beslutningsstøtte og remindere i forbindelse med regulering af blodglukose
- elektronisk diabetesdagbog.

Endelig vil de opsamlede data kunne anvendes til overvågning/kvalitetsmonitorering, forskning og udvikling.

## 15 Monitorering af kvalitet – diabetes

Ifølge den generiske model for forløbsprogrammer bør en monitorering af indsatsen over for personer med kronisk sygdom omfatte tre aspekter:

- kliniske resultater
- organisatoriske faktorer
- patientens oplevelse af forløbet.

Diabetes er én af de sygdomme, der allerede indgår i Den Danske Kvalitetsmodel. Det anbefales derfor, at de standarder og indikatorer, der udarbejdes i dette regi, anvendes i kvalitetsmonitoreringen.

I de følgende afsnit 15.1-15.5 følger en kort præsentation af de landsdækkende monitoreringsinitiativer på diabetesområdet, som er i drift eller planlagt ved udgangen af 2006. Det drejer sig om Det Nationale Diabetesregister, Det Nationale Indikatorprojekt, Dansk DiabetesDatabase, Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet og Dansk Almenmedicinsk Database.

I bilag 3 er der en præsentation af de indikatorområder, der indgår i de forskellige initiativer præsenteret nedenfor.

## 15.1 Nationalt diabetesregister

Sundhedsstyrelsens Nationale Diabetesregister er et af de første i verden, der gør det muligt at opgøre incidens og prævalens for diabetes i den samlede befolkning. Registeret dannes ved hjælp af eksisterende datakilder, p.t. Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret, og med tiden også ved hjælp af data fra Lægemiddelstatistikregisteret. Via disse registre kan der dannes et godt overblik over forekomsten af diabetes i Danmark.

Offentliggørelse af data fra registeret kan findes på [www.sst.dk](http://www.sst.dk).

## 15.2 Det Nationale Indikatorprojekt

Diabetes har siden 2004 været ét af sygdomsområderne i Det Nationale Indikatorprojekt (NIP). Der opsamles data vedr. seks indikatorer.

Opsamling af data dækker ambulante patienter (18 år+) i sygehusregi, og på sigt omfattes også kontakter med almen praksis, som skal opsamles via Dansk Almenmedicinsk Database (se afsnit 5.4). Data offentliggøres på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk).

## 15.3 Dansk DiabetesDatabase

Som et led i den nationale diabetesbehandlingsplan fra november 2003 skal der udvikles en fælles landsdækkende database på diabetesområdet, Dansk DiabetesDatabase (DDD).

Kompetencecenter for Landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser, Region Øst (KCØ)<sup>xxvii</sup>, skal stå for udvikling og drift af den fælles landsdækkende diabeteskvalitetsdatabase. Målsætningen er at samle de følgende tre kliniske kvalitetsdatabaser til én landsdækkende klinisk kvalitetsdatabase:

- Voksendiabetes (NIP-indikatorer)
- Børne- og ungdomsdiabetes (Dansk register for børne- og ungdomsdiabetes (DIA-REG B & U))
- Diabetiske øjenkomplikationer (DiaBase)

De første to databaser er i drift, den sidste (DiaBase) er under etablering og forventes i drift i sommeren 2008.

#### 15.4 Dansk Almenmedicinsk Database

I forbindelse med indførelse af forløbsydelsen for diabetes i almen praksis har Dansk Almenmedicinsk KvalitetsEnhed (DAK-E som er afløseren af DAK projektet) i et samarbejde med Forskningsenheden for Almen Praksis ved Syddansk Universitet udviklet et softwareprodukt, der automatisk opsamler data om patientbehandlingen i almen praksis.

De data, der indsamles, beskriver:

- populationen af diabetespatienter i praksis
- kvaliteten af indsatsen baseret på en række indikatorer
- de enkelte patienters stratificeringsdata.

Tilbage melding af data til de praktiserende læger giver både mulighed for at identificere og indkalde de patienter, hvor diabetesbehandlingen kan forbedres, samt giver mulighed for at vurdere, om diabeteskontrol og opfølgning er tilfredsstillende ved sammenligning med andre praksis.

Tilmeldte lægepraksis har siden marts 2008, via deres professionelle digitale signatur, kunnet hente deres indberettede data online på Sundhed.dk. Det er planlagt, at patienterne via deres digitale signatur ligeledes kan hente egne data på **Sundhed.dk**.

## 15.5 Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet

Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) for Sundhedsvæsenet<sup>xxviii</sup> er et fælles kvalitetsudviklings- og akkrediteringssystem for hele det danske sundhedsvæsen, der baseres på et fælles sæt af standarder og indikatorer.

Diabetes er udvalgt til at være ét af de sygdomsspecifikke temaer/områder, der er udviklet standarder og indikatorer for. Standarderne skal implementeres på samtlige danske offentlige sygehuse og i en række kommuner.

I Den Danske Kvalitetsmodel er der udvalgt 11 sygdomsspecifikke indikatorer, som skal måle opfyldelsen af den overordnede standard, som er ”at sikre at patienter med kronisk diabetes behandles i henhold til klinisk evidensbaseret praksis, i forhold til forebyggelse, tidlig opsporing og behandling af sendiabetiske komplikationer og i overensstemmelse med gældende anbefalinger”. Seks af de 11 indikatorer bygger på indikatorerne i Det Nationale Indikatorprojekt. Ud over de ovenfor nævnte sygdomsspecifikke indikatorer vil diabetesindsatsen blive monitoreret med udgangspunkt i de generiske og organisatoriske standarder og indikatorer i Den Danske Kvalitetsmodel.

## 15.6 Opsummering vedr. monitoreringsinitiativer

Kravene i *Forløbsprogram for kronisk sygdom* angiver, at indsatsen skal monitoreres med udgangspunkt i både generiske, sygdomsspecifikke og organisatoriske standarder og indikatorer. Sammenlignes de landsdækkende monitoreringsinitiativer med disse krav, vil området blive monitoreret på alle tre typer af standarder og indikatorer i og med, at diabetes er ét af de prioriterede sygdomsområder i Den Danske Kvalitetsmodel. Herudover findes/udvikles der en række sygdomsspecifikke registre og databaser, som kan give input til og supplere monitoreringen i regi af Den Danske Kvalitetsmodel.

Som det ses af bilag 5, er der desuden et stort overlap mellem de valgte indikatorområder i de forskellige initiativer. Eksempelvis bygger de sygdomsspecifikke



indikatorer i Den Danske Kvalitetsmodel på indikatorerne i Det Nationale Indikatorprojekt.

### **Forslag til yderligere monitoreringsinitiativer**

Det anbefales, at de eksisterende landsdækkende monitoreringsinitiativer fremover indtænker opsamling af data, som kan bidrage til en monitorering af specifikke anbefalinger i dette forløbsprogram. Det kunne f.eks. overvejes at oprette en temagruppe specifikt vedr. kronisk sygdom i regi af Den Danske Kvalitetsmodel, som kunne sikre, at f.eks. følgende områder bliver en del af den landsdækkende kvalitetsmonitorering:

- Tovholder- og forløbskoordinator
- Patientuddannelse
- Egenomsorg
- Patientoplevelset kvalitet/patienttilfredshed for personer med diabetes
- Lokal/regional implementering af forløbsprogrammer – herunder opdaterede samarbejdsaftaler.

Herudover bør der sikres en kvalitetsmonitorering af indsatsen i det kommunale sundhedsvæsen, som det også er planlagt i regi af Den Danske Kvalitetsmodel.

Ud over den landsdækkende monitorering kan der være områder, som alene egner sig til at blive monitoreret og evalueret lokalt/regionalt. Dette kunne f.eks. være i form af audit af patientforløb, evaluering og revidering af samarbejdsaftaler, arbejdsgangsanalyser, evaluering af lokale/regionale efteruddannelsestiltag m.m.

## **16 Implementering af forløbsprogrammet for diabetes**

Implementering er en udfordring og helt essentiel for anvendelsen af forløbsprogrammet på regionalt/lokalt niveau. Der bør således på regionalt/lokalt niveau tages stilling til, hvordan det sikres:

- at der foreligger en tidsplan for implementering af det nationale forløbsprogram
- at det fremgår, hvilke tiltag og redskaber der planlægges anvendt ved implementeringen
- at det fremgår, hvem der har ansvar for implementeringsprocessen.

Centrale elementer for en vellykket implementering omfatter organisationers kultur, ledelsens engagement, ressourceallokering, faglige såvel som økonomiske incitamenter, medarbejderinddragelse, løbende evaluering og brug af kvalitetsdata samt redskaber og metoder, der understøtter implementeringsprocessen. Disse elementer er nærmere beskrevet i kapitel 9 og bilag 4.

Herudover anbefales der oprettet en funktion som regional koordinator, der har ansvaret for at følge og have overblik over implementering, udvikling og opfølgning i forhold til de specifikke forløbsprogrammer i region og kommuner. Koordinatoren kan samtidig bidrage til at sikre, at arbejdet med forløbsprogrammet sker i samarbejde med relevante sundhedsfaglige råd og andre sundhedsfaglige instanser i regionen og i kommunerne. Se afsnit 9.1.1 for en yderligere beskrivelse af funktionen som regional koordinator.

## 17 Evaluering og revision af forløbsprogrammet for diabetes

Hvert 2.-3. år bør der tages stilling til en opdatering og revision af det nationale forløbsprogram – evt. tidligere, hvis der fremkommer ny viden, som kræver en opdatering af forløbsprogrammet.

Forløbsprogrammet for diabetes er det første eksempel på et nationalt forløbsprogram udarbejdet med udgangspunkt i den generiske model for forløbsprogrammer. Det foreslås derfor, at der som input til en opdatering og revision af forløbsprogrammet foretages en evaluering af, hvorvidt forløbsprogrammet er fundet anvendeligt og har ført til en implementering af anbefalingerne lokalt/re-

gionalt. Denne evaluering kunne f.eks. baseres på en spørgeskemaundersøgelse til aktørerne i målgruppen for forløbsprogrammet.

Tilsvarende bør de ansvarlige for den lokale/regionale implementering af forløbsprogrammets anbefalinger sikre, at der sker en monitorering og evaluering af implementeringen.



Bilag

## Bilag 1: Referencegruppe og arbejdsgrupper

### Referencegruppe

<b>Navn/organisation</b>
Jette Bay, Scleroseforeningen (Patientforum)
Anne Kjærgaard Danielsen, Dansk Sygeplejeråd
Peter Gjersøe, Dansk Selskab for Intern Medicin
Morten Grønbæk, Statens Institut for Folkesundhed
Dorthe Halkjær, Praktiserende Lægers Organisation
Bente Hartvig, Ergoterapeutforeningen
Jesper Hauton, Danske Regioner
Tobias Neergaard, Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Lars Rytter, Dansk Selskab for Almen Medicin
Yves Sales, Den Almindelige Danske Lægeforening
Helle Schnedler, Kommunernes Landsforening
Annette Wandel, Danske Fysioterapeuter
Connie Ziegler, Gigtforeningen (Patientforum)
<b>Sundhedsstyrelsens sekretariat</b>
Jean Hald Jensen
Hanne Christensen
Lisbeth Høeg-Jensen
Jette Blands

## Arbeitsgruppe med fokus på beskrivelse af en generisk model for forløbsprogrammer

Navn/organisation
Anne Frølich, Klinisk enhed for sygdomsforebyggelse, Bispebjerg Hospital
Anna Birte Sparvath, Horsens & Brædstrup Sygehus
Peter Vedsted, Forskningsenheden for almen praksis, Århus
Peter Qvist, Medicinsk afdeling, Aabenraa Sygehus
Sundhedsstyrelsens sekretariat
Jean Hald Jensen
Lisbeth Høeg-Jensen
Jette Blands

## Arbeitsgruppe med fokus på beskrivelse af forløbsprogram for diabetes

Navn/organisation
Bente Bassett, Fyns Amt ( <i>indtil 1. januar 2007</i> )
Allan Flyvbjerg, Formand for Diabetesforeningen
Søren Friborg, DAK-E (Dansk Almenmedicinsk KvalitetsEnhed)
Birtha Hansen, Århus Sygehus
Claus Juhl, Med. afd. M, Odense Universitetshospital
Tinna Knudsen, Århus Sygehus
Rene Bøgh Larsen, Diabetesforeningen
Oluf Borbye Pedersen, Steno Diabetes Center
Susanne Rygner, Hvalsø
Ole Snorgaard, Medicinsk afd. F, Hillerød Sygehus
Sundhedsstyrelsens sekretariat
Lisbeth Høeg-Jensen
Jean Hald Jensen
Hanne Christensen

## Bilag 2: Definitioner og beskrivelse af begreber, som anvendes i rapporten

### Behandling

Behandling er ifølge Det Nationale Begrebsråd defineret som en ”intervention hvor sundhedsformålet er at påvirke en patients helbredstilstand”. I henhold til forløbsprogrammer for kronisk sygdom forstås behandling derfor som interventioner, der omfatter udredning, sygdomsbehandling og sundhedsfaglig pleje.

### Chronic Care Model

En model for indsatsen ved kroniske sygdomme, der er udviklet af en forskergruppe ved McColl Institute i Seattle, USA. Modellen beskriver en række områder af afgørende betydning for sygdomsforløbet og identificerer den tilgrundliggende evidens. Modellen kan downloades på [www.improvingchroniccare.org](http://www.improvingchroniccare.org)

### Den Danske Kvalitetsmodel

Den Danske Kvalitetsmodel er et fælles dansk system, der har til formål at understøtte, at der sker en løbende kvalitetsudvikling af hele det danske sundhedsvæsen. Kvalitetsmodellen omfatter principielt alle patientforløb i sundhedsvæsenet. Den danske model kan læses i sin helhed på Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS), [www.kvalitetsinstitut.dk](http://www.kvalitetsinstitut.dk)

### Egenomsorg

Egenomsorg er et udtryk for individets evne til at håndtere symptomer, behandling, fysiske og psykosociale konsekvenser samt forandringer i levevis som følger med at leve med en kronisk sygdom. Egenomsorg omfatter også evnen til at monitorere sin tilstand og effektuere kognitive, adfærdsmæssige og emotionelle reaktioner, som er nødvendige for at opretholde en tilfredsstillende livskvalitet. Der etableres herigennem en dynamisk og kontinuerlig selvreguleringsproces.

### Evidensbaseret

Evidence-based medicine (EBM) is the integration of best research evidence with clinical expertise and patient values.

Kilde: Centre for Evidence-Based Medicine, Toronto, Canada.



## Forebyggelse

### **Borgerrettet forebyggelse:**

Forebyggelse rettet mod den raske del af befolkningen med det formål at mindske risikoen for, at sygdom overhovedet opstår.

Borgerrettet forebyggelse involverer en indsats i forhold til f.eks. rygning, alkohol, kost, fysisk inaktivitet, svær overvægt herunder børneovervægt og smitsomme sygdomme. Endvidere forebyggelse af ulykker og seksuelt overførte sygdomme og uønskede graviditeter.

### **Patientrettet forebyggelse:**

En indsats, der forebygger, at sygdom udvikler sig yderligere og søger at begrænse eller udskyde dens eventuelle komplikationer. Den patientrettede forebyggelse tager sigte på at optimere behandlingen og sætte den enkelte patient i stand til at tage bedst muligt vare på sig selv, dvs. få kompetencer, den nødvendige viden og de nødvendige færdigheder til at udøve en god egenomsorg, f.eks. ved rehabilitering, patientundervisning og genoptræning.

Patientrettet forebyggelse omhandler indsatsen i forhold til kronisk syge personer. Det drejer sig særligt om sygdommene aldersdiabetes, forebyggelige kræftsygdomme, hjerte-kar-sygdom, knogleskørhed, muskel- og skeletlidelser, overfølsomheds-sygdomme, psykiske lidelser og KOL (rygerlunger).

## Forløbskoordinator

Særligt sårbare patienter tilbydes intensiveret, personligt tilrettet støtte til gennemførelse og fastholdelse af behandling via tilknytning af en forløbskoordinator.

Forløbskoordinatorens opgaver er, i samarbejde med patienten og ud fra patientens behov, at:

- bidrage til at den tværfaglige og tværsektorielle indsats på tværs af sygdomme er koordineret. Heri indgår både indsats i akutte og stabile faser af sygdomsforløbet
- understøtte patientens gennemførelse og fastholdelse af behandling og rehabilitering
- understøtte patientens muligheder for egenomsorg
- sikre opfølgning og justering af initiativer
- aktivt formidle kontakt til relevante dele af sundhedsvæsenet, når patienten skal skifte eller har skiftet mellem sektorer eller forskellige behandlere.

Eksempel på kriterier for henvisning til en forløbskoordinator:

- Sygdommens kompleksitet og/eller flere samtidigt behandlingskrævende kroniske sygdomme gør det vanskeligt at gennemføre og fastholde behandlingen.
- Patienten er identificeret som særligt sårbar og har brug for understøttelse af mulighederne for egenomsorg. Eksempelvis fordi patientens evne til egenomsorg er lav pga. svage personlige og sociale ressourcer eller manglende sygdomsforståelse.

### Forløbsprogram

Et forløbsprogram beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats for en given kronisk tilstand, der sikrer anvendelse af evidensbaserede anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats, en præcis beskrivelse af opgavefordeling, samt koordinering og kommunikation mellem alle involverede parter.

### Indikator

En målbar variabel som anvendes til at belyse, i hvilken grad kvalitetsmålet er opfyldt. Der skelnes mellem struktur-, proces- og resultatindikatorer.

### Klinisk vejledning eller retningslinje

Systematisk udarbejdede udsagn, der kan bruges af fagpersoner og patienter, når de skal træffe beslutning om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse i specifikke kliniske situationer. (Definition i Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner, DSKS, 2003).

### Kontaktperson iht. kontaktpersonordningen

Alle regioner og sygehuse har pligt til at etablere en kontaktpersonordning, der skal omfatte alle indlagte patienter samt ambulante patienter i et længerevarende forløb. Den lokale udformning af kontaktpersonordningen er i vidt omfang op til regionen og sygehusene selv, men ordningen skal leve op til den overordnede politiske målsætning: alle ”indlagte og kroniske patienter skal tilknyttes faste, navngivne kontaktpersoner til patientens forløb gennem sygehusene for dermed at øge kvalitet, sammenhæng og tryghed”. (Citat fra økonomiaftale 2005 mellem regeringen og amterne).

### Kronisk sygdom

Kronisk sygdom har én eller flere af følgende karakteristika:

- Tilstanden er vedvarende, og fører ubehandlet til dårligere livskvalitet og/eller tidligere død.
- Jo tidligere sygdommen opspores, jo større muligheder er der for at bedre prognosen og forebygge forværring (proaktiv indsats).
- Sygdommen har blivende følger.
- Der er behov for langvarig behandling eller pleje.
- Der er behov for rehabilitering.

Såvel børn som voksne kan rammes af kronisk sygdom, og det inkluderer både somatiske og psykiske sygdomme.

### Patientforløb

Summen af de aktiviteter, kontakter og hændelser i sundhedsvæsenet, som en patient eller en defineret gruppe af patienter oplever i relation til den sundhedsfaglige ydelse.

(Definition i Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner, DSKS, 2003).

### Patientforløbsbeskrivelse

Beskrivelse af patientforløb for udvalgte patientgrupper, hvor de sundhedsfaglige beslutninger og handlinger og de organisatoriske elementer er koordineret.

(Definition i Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner, DSKS, 2003).

### Patientuddannelse

Patientuddannelse er formaliseret vejledning, som retter sig til en enkelt patient eller til en gruppe af patienter.

### Praktiserende læger

Praktiserende læger omfatter såvel alment praktiserende læger som øvrige praktiserende speciallæger.

### Referenceprogrammer

Systematisk beskrivelse af de elementer, som bør indgå i forebyggelse, diagno-

stik, observation, behandling, pleje og rehabilitering af en bestemt sygdom eller et kompleks af symptomer. Beskrivelsen sker tværfagligt, på grundlag af evidensbaseret viden, og der medtages organisatoriske og sundhedsøkonomiske overvejelser. (Definition i Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner, DSKS, 2003).

### Regional koordinator

Der er i forbindelse med implementeringen af forløbsprogrammer behov for regional koordinering, og funktionen baseres på et tæt samarbejde mellem region, kommuner og almen praksis.

Den regionale koordinator:

- bistår med grundlaget for regionens og kommunernes beslutninger, når der skal indføres forløbsprogrammer for kroniske sygdomme, herunder også beslutninger om, hvordan forløbsprogrammerne i praksis udmøntes
- følger og har overblik over implementering, udvikling og opfølgning i forhold til de specifikke forløbsprogrammer i region og kommuner, herunder også samspillet mellem forløbsprogrammer for forskellige kroniske sygdomme. Koordinatoren kan samtidig sikre, at arbejdet med forløbsprogrammer sker i samarbejde med relevante sundhedsfaglige råd og andre sundhedsfaglige instanser i regionen og i kommunerne
- skal til brug for udfyldelse af sine funktioner have adgang til befolkningsdata (alder, køn, uddannelsesniveauer, etc.), forekomst af risikofaktorer, forekomst af de specifikke kroniske sygdomme, mønster for forbrug af sundhedsydelser, data for økonomien samt nationale forløbsprogrammer, i det omfang sådanne foreligger.

### Rehabilitering

Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats. (Definition fra Hvidbogen om rehabiliteringsbegrebet (16)).

### Shared care-programmer

Shared care er en fællesbetegnelse for formaliserede samarbejder mellem praktiserende læger, hospitaler og kommuner. Begrebet er nærmere belyst i en medicinsk teknologivurdering fra 2006 (17).

### Standard

Det mål for kvalitet man i den konkrete situation inden for en afgrænset tidsperiode og ressourceramme arbejder efter at nå eller fastholde.

### Stratificering

Stratificering er et redskab, der i forbindelse med planlægning af sundhedsvæsenets indsats kan anvendes til at allokere grupper af patienter til den behandling, rehabilitering og opfølgning, der i bedst mulig grad giver det mest optimale udbytte for patienterne, sundhedsvæsenet og ressourcudnyttelsen.

### Sygehusvæsen

Sygehusvæsenet omfatter somatiske og psykiatriske sygehuse herunder også udgående funktioner.

### Tovholder

En tovholder tilknyttes en patient med henblik på at koordinere de sundhedsaktiviteter, som patienten er genstand for. (Det Nationale Begrebsråd<sup>20</sup>)

Tovholderen har ansvar for:

- at sikre koordinering af den samlede sundhedsfaglige indsats
- at vurdere patientens helbred løbende
- at følge systematisk op, herunder sikre en proaktiv indsats
- at bidrage til fastholdelse af behandlingsmål.

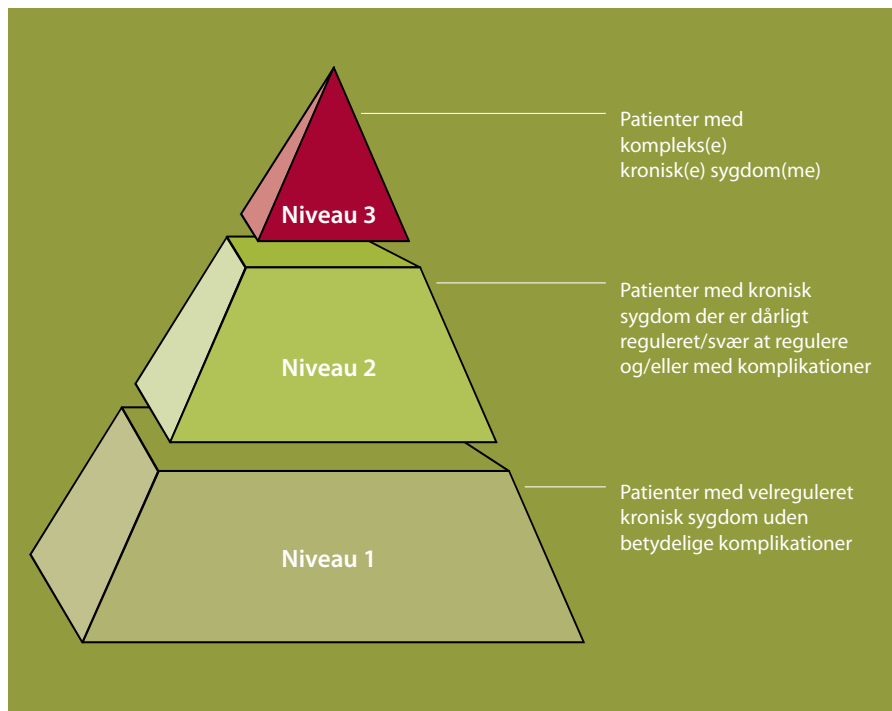
Forudsætninger for at kunne varetage funktionen:

- Tovholderen har individuelt kendskab til patienten – dvs. skal have relevante oplysninger om den enkelte patient.
- Tovholderen er tilgængelig.
- Tovholderen har indgående kendskab til sundhedsvæsenet og andre relevante aktører.

---

<sup>20</sup> <http://begrebsbasen.sst.dk/>

## Bilag 3: Illustration af den graduerede indsats



## Bilag 4: Tiltag og redskaber, der kan styrke implementeringen

The Chronic Care Model (reference) beskriver områder, hvor der findes evidens eller ekspertviden om, hvordan der opnås gode resultater af den samlede sundhedsfaglige indsats for patienter med kroniske sygdomme. Inden for hvert af områderne findes en række best practices, der angiver metoder og handlinger, der fremmer implementering af den kliniske viden, der findes i forløbsprogrammet. For nogle af disse best practices er der viden om, at effekten er større end for andre best practices. Nogle best practices er velkendte og anvendes i den kliniske dagligdag. Nogle best practices er lettere at implementere og dermed anvende, og nogle best practices er forbundet med større omkostninger end andre. Viden om disse forhold bør inddrages ved planerne for implementering af de enkelte forløbsprogrammer.

I det følgende beskrives en række best practices, der tager udgangspunkt i The Chronic Care Model's hovedområder for behandling af kronisk sygdom.

### Område: Praktiske fremgangsmåder/Redskaber:

**Patienten:** Det er væsentligt, at patienten inddrages som en ligeværdig partner i et tæt samarbejde med sundhedspersonalet under forløbet af sin sygdom. Nedenfor gennemgås forskellige sundhedsfaglige indsatser, der alle har stor betydning for at understøtte dette mål (2,4,9,12,13).

- *Sygdomsspecifik patientuddannelse*, hvor kliniske retningslinjer udarbejdet til patienter indgår.
- *Generel patientuddannelse*.
- *Personlige handleplaner* er arbejdsredskaber, der udarbejdes i samarbejde mellem patienten og den sundhedsprofessionelle, og som understøtter hele patientforløbet. Anvendelsen samt den løbende opdatering af den personlige handleplan, i et

samarbejde mellem patienten og den sundhedsprofessionelle, er væsentlig for et godt resultat af patientforløbet. Den personlige handleplan fastsætter få realistiske mål, som patienten er i stand til at anvende ved tilrettelæggelse af sin livsstil og i forhold til sin sygdom.

- *Patientpåmindelse* er et hjælpeværktøj, der understøtter den indsats, der er aftalt mellem patienten og den sundhedsprofessionelle. Sådanne påmindelser anvendes også ved den løbende planlagte opfølgning af den sundhedsfaglige indsats. Patientpåmindelser kan tilgå patienten enten som telefonopkald, e-mails eller breve vedrørende f.eks. en aftalt indsats, fastholdelse af ændring i livsstil, mv.

### **Personalet og indsatsen:**

Det er fundamentalt for implementeringen af et forløbsprogram, at personalet kan varetage de opgaver, der beskrives i forløbsprogrammet (2,12,13,15). Nedenfor beskrives en række forskellige tiltag, som kan understøtte dette.

- *Personalet er uddannet* til at varetage de beskrevne opgaver på en fagligt kompetent måde. Det kan betyde, at der er behov for yderligere uddannelse af personalet. Det har på flere områder, der er knyttet til indsatsen for kroniske patienter, betydning at udvikle personalets kompetencer. Dette gælder f.eks. teamsamarbejde og patientundervisning. Programmerne for uddannelse af personalet bør baseres på metoder, der så vidt muligt er evidensbaserede, eksempelvis problembaseret undervisning. Tværsektoriel og tværfaglig undervisning, herunder også anvendelse af enslydende begreber og metoder, er hensigtsmæssigt mhp., at mødet med patienterne understøttes ud fra samme sundhedsfaglige kultur. Uddannelse af personale kan herudover også tage udgangspunkt i løbende kvalitetsmålinger med feedback til de sundhedsprofessionelle. Sådanne data vil ofte være sammenhængende med en løbende evaluering af indsatsen og kan danne baggrund for lokal bench-



marking mellem sundhedsprofessionelle, team, afdelinger etc. og for udarbejdelse af handleplaner til kvalitetsforbedring (10).

- *Nye typer af sundhedsfaglige funktioner* kan være med til at sikre en høj kvalitet af indsatsen.
- *Opfølgning*: Det er væsentligt for sikring af en proaktiv indsats, at den sundhedsfaglige indsats planlægges, og at der løbende følges op på patientens sygdom samt velbefindende. Patienten skal have kontrolleret sin sygdom på fastlagte tidspunkter af relevante sundhedspersoner, som beskrevet i forløbsprogrammet. Efter gennemførelse af et rehabiliteringsprogram er opfølgning ligeledes central for at sikre vedligeholdelse af den effekt på patientens sygdom, der er opnået i programmet.
- *Beslutningsstøtte*: Den kliniske beslutningsproces kan understøttes med tilstedeværelse af relevante informationer på rette tid og sted

### **Informations-systemer:**

Sundhedsinformationssystemer er et centralt redskab i indsatsen over for patienter med kronisk sygdom. Men udvikling, implementering og opdatering af informationsteknologi (IT) i komplekse organisationer er også en stor udfordring. Det er derfor vigtigt at have et overblik over, på hvilke områder i et forløbsprogram it vil kunne have en effekt på resultaterne og effektiviteten af de sundhedsfaglige indsatser.

Et forløbsprogram inddrager en kompleks organisation af sundhedsprofessionelle, patienter, administratorer, beslutningstagere og forskere. Man kan således inddrage brugen af IT i en del, der sigter mod den velforberejdede, proaktive indsats, en del, der sigter mod patienten og dennes egenomsorg, og en del, der sigter mod overvågning/kvalitetsmonitorering, forskning og udvikling.

#### *Kliniske informationssystemer:*

- Alle involverede behandlere bør have adgang til patientens samlede data.

- Kliniske informationssystemer bør indeholde de typer af it-funktioner, som er basale i forhold til den proaktive, koordinerede, strukturerede og målrettede indsats for mennesker med kroniske sygdomme.
- Der skal formuleres præcise krav til informationssystemerne, som bl.a. skal sikre, at forståelsen af data og resultater er entydige inden for organisationer og over sektorgrænser.
- Patienterne bør også have adgang til relevante, patientorienterede data om egen behandling som f.eks. resultater af undersøgelser og resumé af behandling og aftaler.
- It kan anvendes til f.eks. patientvejledning, interaktiv sundhedskommunikation og handleplaner, adgang til aktionsplaner mv., som kan understøtte patientens egenomsorg.
- It kan gøre kvalitetsdata lettilgængelige for personale, ledelse og patienter.

*Registre:*

- Anvendes til registrering af patientens diagnoser, kliniske parametre, comorbiditet mv., hvilket er centralt for planlægning og kvalitet af den samlede sundhedsfaglige indsats.
- Anvendes i forbindelse med stratificering samt ved planlægning af ressourceanvendelse.
- Anvendes ved udsendelse af påmindelser til såvel patienter som til sundhedsprofessionelle.

**Organisering:** *Sammenhængende indsats:*

- Patienten skal opleve, at der er en god sammenhæng, at der anvendes det samme sprog, og at der er en logisk og overensstemmende sammenhæng i informationerne.
- De sundhedsprofessionelle skal opleve, at de rigtige informationer kommunikeres hensigtsmæssigt og på rette tid og sted. Det skal også aftales, hvilken information der skal være til stede hvor og hvornår, samt hvem der har ansvaret for dette.
- Informationsteknologi er et væsentligt redskab til koordinering af indsatser.

- Koordination af den sundhedsfaglige indsats mellem faggrupper og over sektorgrænser kan sikres gennem et godt teamsamarbejde, hvor det aftales, hvilke sundhedsfaglige personer eller grupper der har ansvaret for udførelse af specifikke indsatser.
- Løbende videndeling mellem sektorer i et formaliseret samarbejde understøtter også sammenhæng i patientforløbet.

#### *Proaktiv planlagt indsats:*

- Afklare hvor ansvaret for den specifikke sundhedsfaglige indsats ligger i relation til typer af patienter, sværhedsgrad af sygdom mv., patientens evne til egenomsorg etc.
- Den sundhedsfaglige indsats planlægges, og der følges løbende op på patientens sygdom og velbefindende.
- Patienten skal have kontrolleret sin sygdom af relevante sundhedspersoner på fastlagte tidspunkter, som beskrevet i forløbsprogrammet.

#### *Multidisciplinære team*

- Det er hensigtsmæssigt for den samlede kvalitet af indsatsen, at personalet arbejder i team (4).
- Teamfunktionen giver mulighed for tildeling af nye faglige roller med opgaveglidning og ofte mere optimal udnyttelse af ressourcerne.
- God teamfunktion karakteriseres ved, at teamet har den rette faglige sammensætning, den rette størrelse, en god kommunikation og en god teamkultur med åbenhed og samarbejde og er i stand til at udvikle sig sammen og lære af fejtagelser.

#### *Sammenhæng imellem sektorer vedrørende centrale indsatser*

- Stor betydning, at der er en fælles kultur inden for sundhedsvæsenet omfattende såvel de praktiserende læger (almen praksis og øvrige speciallæger), det kommunale sundhedsvæsen og sygehusvæsenet.

- Udviklingen af en fælles kultur skabes gennem forståelse og støtte på ledelsesniveau, men også der hvor sundhedspersonale mødes omkring patienter.
- Fælles kultur kan støttes gennem fælles tværsektoriel uddannelse, videndeling over sektorgrænser mv.



## Bilag 5: Indikatorområder i landsdækkende initiativer på diabetesområdet

I dette bilag præsenteres i nedenstående skema de standarder og indikatorer, der indgår i de forskellige landsdækkende monitoreringsinitiativer på diabetesområdet, som er i drift eller planlagt ved udgangen af 2007. Det drejer sig om det Nationale Diabetesregister, det Nationale Indikatorprojekt, Dansk DiabetesDatabase, Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet og Dansk Almenmedicinsk Database.

Indikatorområde	Nationalt Diabetes-Register <sup>1</sup>	Nationalt Indikatorprojekt (NIP) <sup>2</sup>
Prævalens	X	
Incidens	X	
Mortalitet	X	
Metabolisk eller glykæmisk regulering		X
Hypertension		X
Lipider		X
Albuminuri		X
Retinopati		X
Neuropati (fodundersøgelse)		X
Nefropati (0-18 år)		
Alvorlig hypoglykæmi (0-18 år)		

(\*) Ud over de i skemaet nævnte sygdomsspecifikke indikatorområder vil diabetesindsatsen blive monitoreret med udgangspunkt i de generiske og organisatoriske standarder og indikatorer i Den Danske Kvalitetsmodel.

I skemaet er der alene angivet indikator*område* og ikke de faktiske indikatorer. Det er desuden ikke angivet, hvorvidt indikatorområdet omfatter struktur-, proces- og/eller resultatindikatorer (eksempelvis er metabolisk eller glykæmisk regulering en procesindikator i NIP, men en resultatindikator for børn og unge i Dansk DiabetesDatabase). For en uddybning af de valgte standarder og indikatorer henvises til de enkelte initiativer.

	Dansk Diabetes- Database <sup>3</sup>	Den Danske Kvalitetsmodel <sup>4</sup> (* )	Den Almenmedicinske database <sup>5</sup>
			X
			X
	X	X	X
	X	X	X
	X	X	X
	X	X	X
	X	X	X
	X		
	X		

<sup>1</sup> www.sst.dk

<sup>2</sup> www.nip.dk

<sup>3</sup> www.kliniskedatabaser.dk

<sup>4</sup> www.kvalitetsinstitut.dk

<sup>5</sup> DAK – Det Almenmedicinske Kvalitetsprojekt (afsluttende rapport 2005 del 2 - ISBN 87-7723-420-0)

Indikatorområde	Nationalt Diabetes-Register <sup>1</sup>	Nationalt Indikatorprojekt (NIP) <sup>2</sup>
Ketoacidose (0-18 år)		
Oftalmologisk behandling		
Blindhedsprævalens		
Skriftlige, opdaterede retningslinjer		
Auditrapporter		
Kvalitetsforbedringer		
Handleplaner ved kvalitetsbrist		
Individuelle behandlingsmål		
Livsstilssamtale		

(\*) Ud over de i skemaet nævnte sygdomsspecifikke indikatorområder vil diabetesindsatsen blive monitoreret med udgangspunkt i de generiske og organisatoriske standarder og indikatorer i Den Danske Kvalitetsmodel.



	Dansk Diabetes- Database <sup>3</sup>	Den Danske Kvalitetsmodel <sup>4</sup> (* )	Den Almenmedicinske database <sup>5</sup>
	X		
	X		
	X		
		X	
		X	
		X	
		X	
			X
			X

<sup>1</sup> www.sst.dk

<sup>2</sup> www.nip.dk

<sup>3</sup> www.kliniskedatabaser.dk

<sup>4</sup> www.kvalitetsinstitut.dk

<sup>5</sup> DAK – Det Almenmedicinske Kvalitetsprojekt (afsluttende rapport 2005 del 2 - ISBN 87-7723-420-0)

## Referenceliste

### Referencer til Forløbsprogram for kronisk sygdom – generisk model

1. Ofman JJ, Badamgarav E, Henning JM, Knight K, Gano AD, Jr, Levan RK, et al. Does disease management improve clinical and economic outcomes in patients with chronic diseases? A systematic review. *Am.J.Med.* 2004 Aug 1;117(3):182-192.
2. Weingarten SR, Henning JM, Badamgarav E, Knight K, Hasselblad V, Gano A, Jr, et al. Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness-which ones work? Meta-analysis of published reports. *BMJ* 2002 Oct 26;325(7370):925.
3. Patienten med kronisk sygdom – et idé-katalog. 2007 primo 2007.
4. Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Educ.Couns.* 2002 Oct -Nov;48(2):177-187.
5. Juul Jørgensen S. Kronisk sygdom patient, sundhedsvæsen og samfund forudsætninger for det gode forløb. Version: 1,0 [1. oplag] ed. Kbh.: Sundhedsstyrelsen; 2005.
6. Grumbach K. Chronic illness, comorbidities, and the need for medical generalism. *Ann.Fam.Med.* 2003 May-Jun;1(1):4-7.
7. Starfield B, Lemke KW, Bernhardt T, Foldes SS, Forrest CB, Weiner JP. Comorbidity: implications for the importance of primary care in 'case' management. *Ann.Fam.Med.* 2003 May-Jun;1(1):8-14.
8. Olesen F. Et fælles sundhedsvæsen – et spørgsmål om kultur? Bare en smule kulturel forbrødring mellem aktørerne i sundhedsvæsenet ville gavne meget. *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen* 2006;2:53-59.
9. Li R, Simon J, Bodenheimer T, Gillies RR, Casalino L, Schmittiel J, et al. Organizational factors affecting the adoption of diabetes care management processes in physician organizations. *Diabetes Care* 2004 Oct;27(10):2312-2316.

10. Casalino L, Gillies RR, Shortell SM, Schmittiel JA, Bodenheimer T, Robinson JC, et al. External incentives, information technology, and organized processes to improve health care quality for patients with chronic diseases. *JAMA* 2003 Jan 22-29;289(4):434-441.
11. Bonomi AE, Wagner EH, Glasgow RE, VonKorff M. Assessment of chronic illness care (ACIC): a practical tool to measure quality improvement. *Health Serv.Res.* 2002 Jun;37(3):791-820.
12. Ouwens M, Wollersheim H, Hermens R, Hulscher M, Grol R. Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *Int.J.Qual.Health Care* 2005 Apr;17(2):141-146.
13. Renders CM, Valk GD, Griffin SJ, Wagner EH, Eijk Van JT, Assendelft WJ. Interventions to improve the management of diabetes in primary care, outpatient, and community settings: a systematic review. *Diabetes Care* 2001 Oct;24(10):1821-1833.
14. Langhoff P. Guide til Lær at leve med en kronisk sygdom. [København]: Sundhedsstyrelsen; 2005.
15. Olivarius N. Randomised controlled trial of structured care of type 2 diabetes. *BMJ* 2000;323:1-8.
16. Rehabilitering i Danmark – Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. Marselisborgcentret 2004.
17. Tværsektorielt samarbejde mellem almenpraksis og hospital – shared care belyst ved antikoagulationsbehandling som eksempel. En medicinsk teknologivurdering”, Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, 2006.

## Referencer til Forløbsprogram for diabetes

- i <http://www.im.dk/publikationer/diabetesbeh/handlingsplan.pdf>
- ii [http://www.sst.dk/Planlaegning\\_og\\_behandling/Planer\\_Indsatser/Diabetes/Diabetesstyregruppen.aspx?lang=da](http://www.sst.dk/Planlaegning_og_behandling/Planer_Indsatser/Diabetes/Diabetesstyregruppen.aspx?lang=da)
- iii [www.nip.dk](http://www.nip.dk)
- iv [www.kvalitetsinstitut.dk](http://www.kvalitetsinstitut.dk)
- v [www.kliniskedatabaser.dk](http://www.kliniskedatabaser.dk)
- vi DAK - Det Almenmedicinske Kvalitetsprojekt (afsluttende rapport 2005 del 2 - ISBN 87-7723-420-0)  
Patienten med kronisk sygdom – et idè-katalog, Sundhedsstyrelsen, januar 2007.
- vii [http://www.sst.dk/publ/Publ2006/PLAN/Kronisk\\_sygdom/PtmKronSygd\\_ideer.pdf](http://www.sst.dk/publ/Publ2006/PLAN/Kronisk_sygdom/PtmKronSygd_ideer.pdf)
- viii Sundhedsstyrelsens Diabetesregister ([http://www.sst.dk/publ/tidsskrifter/nyetal/pdf/2006/24\\_06.pdf](http://www.sst.dk/publ/tidsskrifter/nyetal/pdf/2006/24_06.pdf)) samt [http://www.sst.dk/Planlaegning\\_og\\_behandling/Planer\\_Indsatser/Diabetes.aspx?lang=da](http://www.sst.dk/Planlaegning_og_behandling/Planer_Indsatser/Diabetes.aspx?lang=da)
- ix [http://www.sst.dk/upload/planlaegning\\_og\\_behandling/planer\\_indsatser/diabetes/opspringafpersonermedtype\\_2diabetes.pdf](http://www.sst.dk/upload/planlaegning_og_behandling/planer_indsatser/diabetes/opspringafpersonermedtype_2diabetes.pdf)
- x [http://www.sst.dk/publ/publ2003/type\\_2\\_diabetes.pdf](http://www.sst.dk/publ/publ2003/type_2_diabetes.pdf)
- xi [http://www.sst.dk/upload/planlaegning\\_og\\_behandling/planer\\_indsatser/diabetes/detgodepatientforloebogsenkomplikationer.pdf](http://www.sst.dk/upload/planlaegning_og_behandling/planer_indsatser/diabetes/detgodepatientforloebogsenkomplikationer.pdf)
- xii [http://www.ugeskriftet.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/UGESKRIFT\\_FOR\\_LAEGER/KLINISKE\\_VAERKTOEJER/KLARINGSRAPPORTER/Type%202%20diabetes.pdf](http://www.ugeskriftet.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/UGESKRIFT_FOR_LAEGER/KLINISKE_VAERKTOEJER/KLARINGSRAPPORTER/Type%202%20diabetes.pdf)
- xiii [http://www.dsam.dk/files/9/type\\_2\\_diabetes\\_2004.pdf](http://www.dsam.dk/files/9/type_2_diabetes_2004.pdf)
- xiv <http://www.diabetes.dk/wm5435>

- xv <http://www.nephrology.dk/Publikationer/Det%20gode%20patientforlob%20-%20diabetisk%20nefropati.pdf>
- xvi [http://www.dsr.dk/dsr/upload/6/0/680/Diabetes\\_2006.pdf](http://www.dsr.dk/dsr/upload/6/0/680/Diabetes_2006.pdf)
- xvii Sundhedsstyrelsen har udgivet en række pjecer vedr. diabetes, kost og fysisk aktivitet, som kan findes på [www.sst.dk](http://www.sst.dk).
- xviii [www.diabetes.dk](http://www.diabetes.dk)
- xix ”Diabetesbehandling i Danmark: fremtidig organisering: redegørelse”, Sundhedsstyrelsen, 1994.
- xx Global Guideline for Type 2 Diabetes (Brussels: International Diabetes Federation, 2005).<http://www.idf.org/home/index.cfm?unode=B7462CCB-3A4C-472C-80E4-710074D74AD3>
- xxi <http://www.diabetes.org/for-health-professionals-and-scientists/cpr.jsp>
- xxii <http://www.dnsg.org/info/general/Home/get/0/0/>
- xxiii <http://eurheartj.oxfordjournals.org/cgi/content/full/28/1/88>
- xxiv [http://www.dsk.dk/filer/nyhedsbrev\\_november\\_2006.pdf](http://www.dsk.dk/filer/nyhedsbrev_november_2006.pdf)
- xxv <http://www.sst.dk/publ/Publ2002/Specialeplanlaegning/INDEX.HTML>
- xxvi [http://www.sst.dk/upload/planlaegning\\_og\\_behandling/planer\\_indsatser/diabetes/diabetesanalysegrundlag\\_060224.pdf](http://www.sst.dk/upload/planlaegning_og_behandling/planer_indsatser/diabetes/diabetesanalysegrundlag_060224.pdf)
- xxvii [www.kliniskedatabaser.dk](http://www.kliniskedatabaser.dk)
- xxviii <http://www.kvalitetsinstitut.dk>









# FORLØBSPROGRAMMER FOR KRONISK SYGDOM

Resultaterne fra projekt *Sundhedsvæsenet og kronisk sygdom* publiceres her i to dele: Forløbsprogram for kronisk sygdom – Generisk model og Forløbsprogram for diabetes.

Sundhedsstyrelsen håber, at rapporten inden for de gældende økonomiske rammer kan anvendes som et fagligt input til planlægning af indsatsen for patienter med kronisk sygdom i regionalt og kommunalt regi.

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

Sundhedsstyrelsen  
Sundhedsplanlægning  
Islands Brygge 67  
2300 København S  
Telefon 72 22 74 00  
Telefax 72 22 74 11  
[sst@sst.dk](mailto:sst@sst.dk)