

2022-2025

Handleplan for diabetes og hjerte- området

Nyd livet, københavn
København Kommunes Sundhedspolitik



**Handleplan for diabetes og
hjerteområdet 2022-2025**

xxxx 2022

Københavns Kommune

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen
Sundhed og Forebyggelse
Sjællandsgade 40
2200 København N
Tlf. 3366 3366
suf@kk.dk
www.kk.dk

Fotograf

xxxx

Design

KK Design

Indhold

Indledning	5
Handleplanens indhold og strategiske mål	6
Spor 1 – Livskvalitet og hverdagsliv	8
Spor 2 – Lighed i sundhed	13
Spor 3 – Sammenhæng og koordinering	17
Spor 4 – Viden og kompetencer	23



Indledning

I 2016 vedtog Sundheds- og Omsorgsudvalget i Københavns Kommune en 'Handleplan for type 2-diabetes 2016-2019'. Handleplanen lå under Sundhedspolitikken 'Nyd livet København'. Den lagde fundamentet for en ambitiøs og helhedsorienteret indsats for københavnere med type 2-diabetes.

Siden 2016 er de første vigtige skridt på denne rejse blevet taget – med etableringen af Center for Diabetes som en milepæl. Centeret er det første og eneste specialiserede center for kommunal diabetesrehabilitering i Danmark. Her kan københavnere få hjælp og støtte til at håndtere hverdagen med deres kroniske sygdom.

Centeret har nået målsætningen om at skabe et hus, hvor alle københavnere med type 2-diabetes og deres pårørende føler sig velkomne og får en sundhedsfaglig indsats af højeste kvalitet. Men ambitionen stopper ikke her. Siden 2020 har centret også ydet støtte til københavnere med hjertesygdomme. Der har vi valgt at sætte ind, fordi flere og flere københavnere bliver ramt af både diabetes og hjertesygdomme.

Kronisk sygdom har store konsekvenser for det enkelte menneske og for samfundet. Mennesker, der lever med diabetes og/eller hjertesygdom, har ofte forringet livskvalitet og har stor risiko for at udvikle mentale problemer, der kan vise sig som stress, angst og depression. Mange lever med følelsen af skyld, skam og personligt ansvar. For borgere med type 2-diabetes er fysiske følgesygdomme som nyresvigt, amputationer og blindhed velkendte, mens hjertesygdom er en af de hyppigste dødsårsager i Danmark.

Mange københavnere har en betydelig risiko for at udvikle type 2-diabetes og/eller hjertesygdom. De personer, der er i størst risiko, er bl.a. københavnere, der er overvægtige, er fysiske inaktive, er rygere og københavnere med prædiabetes. Der er et stort forebyggelsespotentialer ved at sætte ind overfor københavnere i høj risiko for at udvikle alvorlige kroniske sygdomme som type 2-diabetes og/eller hjertesygdomme.

Handleplanens indhold og strategiske mål

Handleplanen skal hjælpe de københavnere, der er i størst risiko for at få type 2-diabetes og/eller hjertesygdom. De skal have støtte og hjælp til at håndtere hverdagslivet og fastholde deres fysiske og mentale sundhed. Københavnerne, der har en kronisk sygdom, skal bedre kunne håndtere hverdagslivet, leve et godt liv samtidig med, at de skal forholde sig til sygdommen og dens mulige konsekvenser. Hvis københavnere opnår kompetencer, der støtter livet med diabetes og/eller hjertesygdom, reduceres risikoen for forværring, og muligheden for at forebygge andre kroniske sygdomme øges.

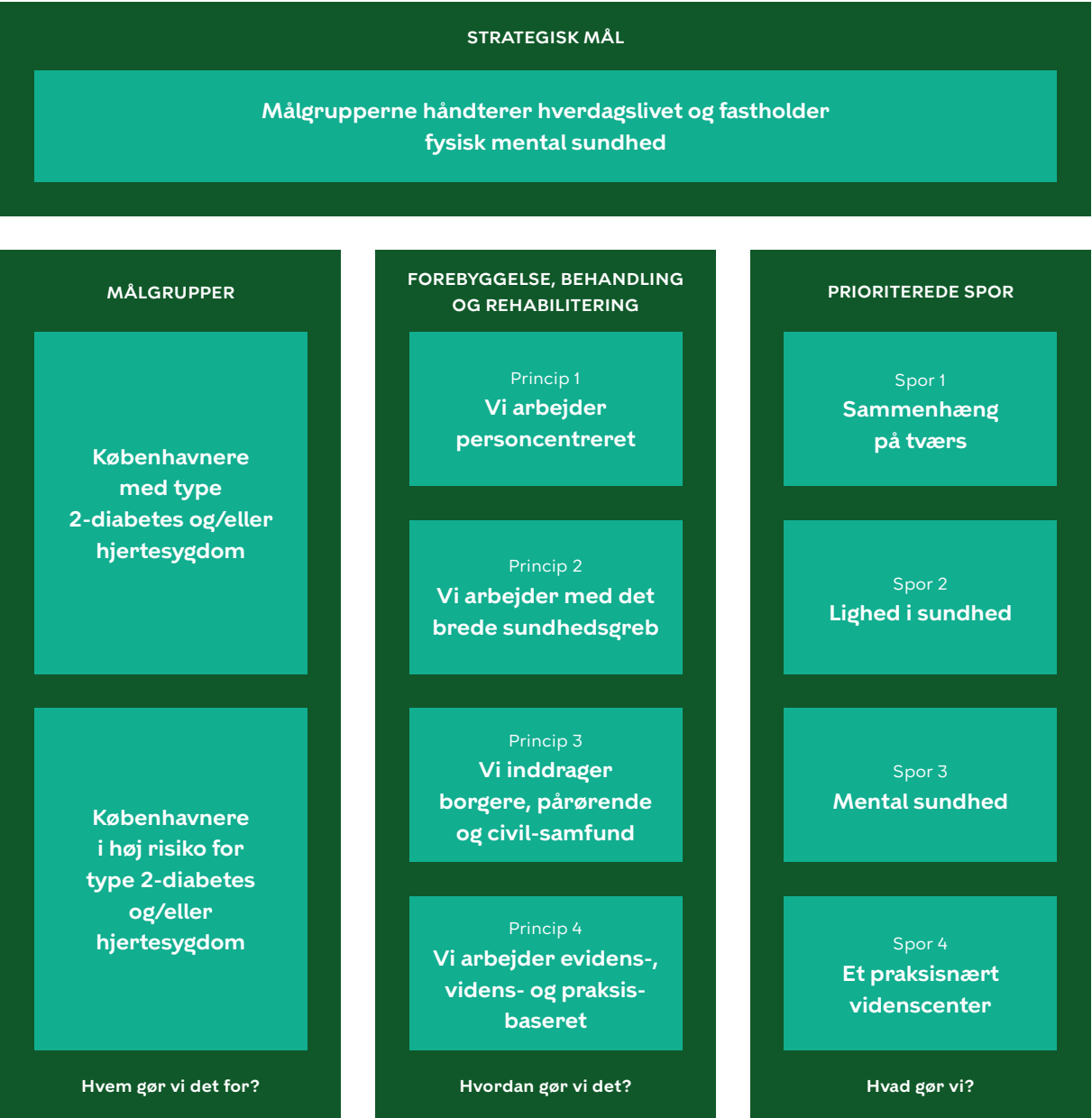
Det er samtidig ambitionen at bidrage til at identificere målgruppen i størst risiko for at udvikle type 2-diabetes og/eller hjertesygdom. Ønsket er at udskyde tidspunktet for, hvornår sygdommene starter, og dermed udskyde de alvorlige konsekvenser af de kroniske sygdomme.

Handleplanen beskriver, hvordan Københavns Kommune i perioden 2022-2025 ønsker at udfolde den strategiske målsætning. Denne handleplan er udviklet med input fra en række interessenter. Repræsentanter for københavnere, herunder mennesker med type 2-diabetes eller hjertesygdom, patientforeninger, repræsentanter for praktiserende læger og hospitaler og eksterne samarbejdspartnere har givet deres bidrag til fokus og indhold i denne handleplan.

At håndtere hverdagslivet betyder, at

- man lever et godt liv, uden sygdommen tager over
- man kan anvende den opnåede viden om sin sygdom i hverdagen
- man kan handle på de konsekvenser, som sygdommen medfører
- man følger den medicinske behandling som aftalt og går til regelmæssig kontrol hos egen læge eller på hospitalet

Figur 2. Handleplanens indhold





Principper

I denne handleplan arbejdes der ud fra følgende grundprincipper:

1. Vi arbejder personcentreret og differentieret,

således at det er borgernes behov, motivation og præferencer, der danner udgangspunkt for tilrettelæggelsen af forløb og indsatser.

Målet er, at vi møder den enkelte københavnere med udgangspunkt i følgende tre grundlæggende principper:

1. afklaring af, hvad der er vigtigt for borgeren
2. afklaring af, hvad borgeren er motiveret for
3. afklaring af, hvordan borgeren bedst støttes i forhold til princip 1 (vigtighed) og princip 2 (motivation).

2. Vi arbejder med det brede og positive sundhedsbegreb og sundhedspædagogiske principper.

Det betyder også, at vi ligestiller fysisk og mental sundhed og tager udgangspunkt i WHO's opfattelse af mental sundhed som "en tilstand af trivsel, hvor individet kan udfolde sine evner, håndtere dagligdags udfordringer og stress, samt indgå i sociale fællesskaber med andre."

3. Vi inddrager borgere, pårørende og civilsamfund

i så høj grad som muligt for at få større viden om og forståelse for, hvilke indsatser der er brug for hos den enkelte.

Brugerinvolvering er et grundprincip i arbejdet, hvor borgere deltager aktivt i egen behandling og giver input til både drift og udvikling af tilbud og indsatser.

4. Vi arbejder evidens-, videns og praksis-

baseret og afprøver løbende nye indsatser for at imødekomme borgers behov og problemstillinger. Det betyder, at vi er et eksperimentarium for at skabe ny viden og evidens. Derfor samarbejder vi bredt og indgår partnerskaber med forskere, kollegaer i andre dele af sundhedsvæsenet og civilsamfundet – fordi ønsket er at være et nationalt og internationalt fyrtårn inden for rehabilitering af type 2-diabetes og hjertesygdomme.



Spør 1

Sammenhæng på tværs

Det er en kendt udfordring i det nære sundhedsvæsen, at der jævnligt opstår koordinationsudfordringer, når forløb går på tværs af hospital, almen praksis og kommune eller på tværs af flere forvaltninger eller afdelinger i en kommune eller på et hospital. Denne udfordring forstærkes af en øget specialisering i sundhedsvæsenet. Udgangspunktet for denne handleplan er, at sundheden for hele gruppen af københavnere med type 2-diabetes og/eller hjertesygdom kan forbedres markant, hvis borgerne tilbydes en samlet og koordineret indsats på tværs af fagligheder og sektorer.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen er en del af et omfattende netværk af aktører, som spiller en vigtig rolle, når indsatser for borgere med type 2-diabetes og hjertesygdom skal koordineres.

Center for Diabetes og Hjertesygdomme ønsker at gå foran for at bringe organisationer og interessenter i spil på tværs af sektorer. Vi vil arbejde for, at aktørerne i sundhedsvæsenet indgår forpligtende samarbejder om fælles mål for den fælles population af borgere med type 2-diabetes og/eller hjertesygdom, så flere københavnere når deres behandlingsmål.

Sammen med kollegaer i andre dele af sundhedsvæsenet vil vi sætte fokus på at sikre bedre overgange gennem hyppig og rettidig kommunikation med og om fælles borgere og patienter.

PRIMÆRE NETVÆRKSAKTØRER

Civilsamfund

De to store patientforeninger; Diabetesforeningen og Hjerteforeningen.

Internt i egen organisation

Sygeplejeenheder, genoptræningscentre, plejehjem, aktivitetscentre/klubber, bydækkende centre herunder Center for Kræft- og Sundhed, Center for Mental Sundhed, Center for KOL, Center for Børn & Unges Sundhed og Voksntandplejen.

Socialforvaltningen

På de i alt 20 psykiatriske bosteder bor der ca. 750 københavnere, hvoraf over en tredjedel vurderes at have én eller flere kroniske sygdomme.

Almen praksis

På tværs af sektorgrænser skal forløbene koordineres med ca. 300 praktiserende læger fordelt på 200 almen praksis.

Hospitaler

To akuthospitaler fordelt på fire matrikler samt Steno Diabetes Center Copenhagen.

Hvilke indsatser vil vi prioritere

For at føre denne tilgang ud i livet vil vi:

- Prioritere det tværsektorielle samarbejde med hospitaler og almen praksis højt. Målet er at styrke samarbejdet og kommunikationen på tværs af de tre sektorer, så antallet af henvisninger til Center for Diabetes og Hjertesygdomme når 2.000 forløb årligt inden 2024.
- Styrke samarbejdet med almen praksis og hospitaler om fælles mål for borgere med type 2-diabetes og/eller hjertesygdom. Vi vil arbejde med brug af fælles data og nye måder at kommunikere om borgerne
 - f.eks. via fælles forløbsplaner, så sundhedsprofessionelle i alle sektorer har viden om det, som er vigtigt for borgeren.
- Styrke samarbejdsrelationerne i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen og på tværs af de specialiserede centre og plejesektoren, så sundheden og den borgeroplevede kvalitet løftes for hele populationen.
- Prioritere fastholdelse, så københavnere med type 2-diabetes og/eller hjertesygdom har de bedste muligheder for at have et sundt og aktivt liv. Derfor vil vi indgå forpligtende partnerskaber med patientforeninger og civilsamfund om at styrke indsatser og aktiviteter på tværs af kommune og civilsamfund og finde bæredygtige og varige løsninger.

- Prioritere tæt samarbejde med andre relevante specialer og aktører i sundhedsvæsenet – bl.a. tandlæger, øjenlæger, fodterapeuter og apoteker for at forebygge alvorlige følgevirkninger.
- Sammen med Socialforvaltningen og relevante aktører i SUF udvikle målrettet kompetenceudvikling af medarbejdere på psykiatriske bosteder, for at øge opmærksomheden på forebyggelse, opsporing og screening af type 2-diabetes og hjertesygdom.

Ovenstående prioriterede indsatser spiller tæt sammen med det borgerrettede forebyggelsesarbejde med fokus på sundhedsfremmende byrum. Her arbejder Sundheds- og Omsorgsforvaltningen sammen med de øvrige forvaltninger om bl.a. sikre skoleveje, bevægelsesfremmende byrum, ældrevenlige bymiljøer mv.



Spor 2

Lighed i Sundhed

Der er en betydelig ulighed i sundhed knyttet til type 2-diabetes og hjertesygdom i København. Sygdommene rammer oftere københavnere med kort uddannelse end københavnere med mellemlang og lang uddannelse, ligesom københavnere med kort uddannelse diagnosticeres senere end dem med lang uddannelse.

Københavnere med lang uddannede har også lavere risiko for at udvikle senkomplikationer, miste deres beskæftigelse og for at dø tidligere af deres kroniske sygdom. Denne måde at beskrive ulighed i sundhed på kaldes gradient.

Den sociale ulighed knyttet til type 2-diabetes og hjertesygdom kommer også til udtryk i forhold til særligt udsatte grupper. Københavnerne ramt af psykisk sygdom kan fx forventes at leve 7-10 år kortere end naboen, som ikke er ramt af psykisk sygdom. Den forkortede levetid skyldes bl.a., at psykisk syge har mange flere alvorlige fysiske sygdomme – særligt hjertesygdom og type 2-diabetes. Udsathed for sundhedsrisici og kroniske sygdomme er også højere i nogle boligområder i byen og blandt københavnere med etnisk minoritetsbaggrund.

Trods øget politisk fokus på at øge ligheden i sundhed går udviklingen den forkerte vej. Den sociale ulighed i sundhed er øget. Der er i stigende grad forskel på, hvor langt og sundt et liv københavnere lever, alt efter position i samfundet – denne ulighed forstærkes i mange tilfælde i sundhedsvæsenet.

I tråd med Københavns Kommunes Sundhedspolitik er ambitionen i denne handleplan at arbejde målrettet på at øge ligheden i sundhed blandt københavnere med eller i høj risiko for at få type 2-diabetes og/eller hjertesygdom. Dette vil vi gøre ved både at sætte ind med tiltag, der retter sig mod den sociale gradient, og tiltag, der retter sig mod udsathed.

I dag har københavnere med type 2-diabetes eller hjertesygdom mulighed for at modtage et samlet specialiseret kommunalt rehabiliteringstilbud. Dette tilbud ønsker vi at styrke i årene, der kommer, og derigennem arbejde på at øge ligheden i sundhed. Vi vil tage højde for københavnernes forskellige udgangspunkt, motivation og behov. Det betyder, at vi vil udvikle håndholdte indsatser målrettet sårbare grupper i samarbejde med frivillige mentorer og etniske sundhedsformidlere. Men vi vil også udbrede digitale sundhedsløsninger og bruge teknologien til at bringe sundhedsvæsenet tættere på borgernes hverdag. Andre kan klare sig med en digital platform, der kan hjælpe med at fastholde et sundt og aktivt hverdagsliv.

