



# HANDLEPLAN FOR TYPE 2-DIABETES 2016-2019



ZZZ  
RING  
ZZZ

Statusrapport 2017 for  
Handleplan for type 2-diabetes  
2016-2019

NYD LIVET, KØBENHAVNER  
KØBENHAVNS SUNDHEDSPOLITIK



## Statusrapport 2017. Handleplan for type-2 diabetes 2016-2019

Handleplanen for type 2-diabetes 2016-2019 blev vedtaget af Sundheds- og Omsorgsudvalget den 18. august 2016. Handleplanen skal sikre, at københavnere med type 2-diabetes skal kunne leve et liv med høj livskvalitet og lige muligheder for et godt og langt liv. Én af udfordringerne for at indfri denne vision er, at antallet af københavnere med diabetes forventes at stige med knap 27.000 i perioden fra 2015-2040, således at der i 2040 er ca. 51.500 københavnere med diabetes. Udviklingen gør diabetes til den hurtigst voksende kroniske sygdom.

Handleplanen for type 2-diabetes udstikker rammerne for, hvordan Sundheds- og Omsorgsforvaltningen vil styrke diabetesindsatsen ved blandt andet at blive bedre til at opspore forstadier til type 2-diabetes samt at sikre en bedre rehabilitering og behandling til borgere med type 2-diabetes.

Handleplanen er bygget op omkring følgende tre spor:

- SPOR 1: Ulighed i forekomst og konsekvenser af diabetes skal reduceres
- SPOR 2: Center for Diabetes – Rammen om en sammenhængende type 2-diabetesindsats
- SPOR 3: Nye innovative løsninger

Overordnet set viser status, at der er god fremdrift i særligt to ud af tre spor i handleplanen. Center for Diabetes arbejder målrettet med at reducere den sociale ulighed i konsekvenserne af type 2 diabetes. Det sker via tiltag som differentierede indsatser til forskellige målgrupper med afsæt i de enkelte målgruppers behov, situation og kompetencer. I samarbejde med Diabetesforeningen, arbejderes der målrettet på at sikre, at mindre ressourcestærke borgere med type 2 diabetes får støtte til at tilegne sig de nødvendige kompetencer til at udvise egenomsorg og få udbytte af de tilbud, der findes til borgere med diabetes.

Der er etableret en sammenhængende indsats for rehabiliteringen af borgere med type 2-diabetes i København af høj kvalitet. Men handleplanens høje ambitionen om tættere samarbejde med andre faggrupper som fx fodterapeuter, psykologer og øjenlæger kan ikke indfries under de nuværende fysiske rammer på Vesterbrogade.

Center for Diabetes samarbejder allerede med en række forskningsinstitutioner, men det er forventningen, at Centeret i løbet af 2018 vil styrke sin videnscenterfunktion ved yderligere at sætte fokus på at indsamle og systematisere viden om københavnere med type 2-diabetes.

## Status 2017 for sporene i handleplan for type-2 diabetes

Nedenfor giver Sundheds- og Omsorgsforvaltning en vurdering af fremdriften på hvert af de tre spor i handleplanen, samt en kort status på de væsentligste indsatser, som understøtter sporets fokusområder.

### Spor 1. Ulighed i forekomst og konsekvenser af diabetes skal reduceres

Sporet består af fem fokusområder med en række indsatser, som er rettet mod at mindske uligheden i både forekomsten og konsekvenserne af type 2 diabetes

#### Vurdering af sporets fremdrift

På baggrund af status for de igangsatte indsatser, vurderer Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, at der er god fremdrift i forhold til at reducere konsekvenserne af diabetes for de borgere, der kommer i Center for Diabetes. Dette gælder særligt for arbejdet med differentierede indsatser og det store fokus på patientuddannelse. Det er fortsat en gruppe af borgere med nydiagnosticeret type 2 diabetes, som de praktiserende læger og hospitaler ikke henviser til Center for Diabetes. Derfor er det fortsatte fokus på at styrke samarbejdet med almen praksis og hospitaler meget vigtigt. Indsatsen for at nå de mest sårbare personer med type 2 diabetes via en mentorordning er central i forhold til at række ud til dem, der ikke kommer i Center for Diabetes. Arbejdet med at mindske uligheden i forekomsten af type 2 diabetes skal ses i tæt sammenhæng med indsatsen omkring strukturel forebyggelse i Københavns Kommune.

#### Status på væsentligste indsatser

- Der er etableret en mentorordning under navnet *Sammen om Diabetes*. Projektets mål er at sårbare personer med type 2-diabetes, i fællesskab med en mentor, tilegner sig individuel mestringsevne og handlekompetence, der kan danne grundlag for at opsøge og benytte sundhedstilbud, indgå aktivt i patientuddannelse, og selv være i stand til at gennemføre livsstilsændringer med henblik på at undgå alvorlige følgesygdomme og social eksklusion. I 2017 blev der ansat en projektleder, som har varetaget organisering, planlægning og afvikling af projektaktiviteter. De første ti diabetesmakkere blev uddannet i november 2017 og rekruttering af borgere til makkerforløb er foregået i både Tingbjerg og Sydhavnen, der er geografiske fokusområder for projektet. Innovationsfonden har bevilget midler til en erhvervs ph.d-studerende fra Københavns Universitet, der skal evaluere projektet og bidrage til at sikre, at de indsatser, der udvikles, har en effekt.
- Center for Diabetes afholdt i november 2017 en kampagne, hvor medarbejdere fra centeret besøgte tre områder i byen med høj forekomst af type 2 diabetes: Tingbjerg, Nørrebro og Amager. Medarbejdere fra Center for Diabetes var i løbet af de tre dage i kontakt med ca. 500 københavnere. Der blev foretaget 147 risikotests, hvor 50% af de københavnere, der blev testet, var i høj eller meget høj risiko for at have eller udvikle type 2 diabetes. Denne gruppe blev opfordret til at tage kontakt til egen læge med henblik på mulig diagnosticering. I forbindelse med kampagnen sås en stigning i antal henvisninger, der i november måned nåede op på 104, hvilket er det højeste siden centeret blev etableret.
- Center for Diabetes arbejder løbende med at udvikle indsatser og tilbud til borgerne, så de i endnu højere grad tager udgangspunkt i den enkeltes borgers behov og livssituation. Fælles for centrets tilbud er, at de skal understøtte, at borgeren kan fastholde livsstilsændringer på lang sigt og får bedre mulighed for at mestre hverdagen med diabetes. I 2017 blev alle beskrivelser af alle centrets faglige tilbud samlet i et Indsatskatalog.
- I 2018 blev det faglige redskab *Mål og plan* udviklet og implementeret. Det er et redskab der hjælper borgeren til – i samarbejde med den sundhedsprofessionelle – at opstille konkrete målsætninger for rehabiliteringsforløbet. Mål og plan er den røde tråd i borgerens forløb og følges

op undervejs og ved afslutning af forløbet.

- Patientuddannelse er et kerneelement i rehabiliteringen og tilbydes borgere, der har behov for viden og indsigt i, hvordan diabetes påvirker deres krop og influerer på deres hverdagsliv. Center for Diabetes har samarbejdet med Steno Diabetes Center Copenhagen om et kompetenceudviklingsforløb blandt de behandlere, der varetager CfD's patientundervisning. Målet er et kompetenceløft, der skal sikre den mest professionelle sundhedspædagogisk formidling blandt behandlerne.

## **Spør 2. Center for diabetes – rammen om en sammenhængende type 2-diabetesindsats**

Sporet består af en række initiativer, der skal sikre, at københavnere med type 2 diabetes kan få sammenhængende hjælp og støtte til at klare hverdagen med diabetes.

### **Vurdering af sporets fremdrift**

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen vurderer, at målet om at etablere en sammenhængende indsats for rehabiliteringen af borgere med type 2 diabetes delvist er nået. Center for Diabetes er imidlertid begrænset af de nuværende fysiske rammer i forhold til at kunne arbejde med afgørende elementer i rehabiliteringen som fx netværksdannelse, relationsdannelse og pårørendeinddragelse. Udvidelse af samarbejdet til andre faggrupper, som fx fodterapeuter, øjenlæger og psykologer er ikke realiserbart i de nuværende midlertidige lokaler på Vesterbrogade.

### **Status på væsentligste indsatser**

- Det nuværende rehabiliteringstilbud varetages i dag af kliniske diætister, sygeplejersker og fysioterapeuter. Med det nuværende antal henvisninger er Center for Diabetes tæt på at sprænge de fysiske rammer i Sundhedshuset på Vesterbro. Et nyt hus vil gøre det muligt at udbygge samarbejdet med andre faggrupper, fx fodterapeuter, psykologer og øjenlæger samt med hospitalerne om udgående tilbud. Det første skridt mod et nyt center blev taget med budget 2018, hvor der blev bevilget en planlægningsbevilling på 1,7 millioner kroner til et nybygget Center for Diabetes.
- Center for Diabetes har opstartet en månedlig café i sidste kvartal af 2017. Det er et mødested for borgere med diabetes og deres pårørende, hvor der er fokus på det sociale, men hvor der også hver gang er et fagligt indslag. Emnerne de første gange har været ramadan, julemad og frivillige netværk.
- Et tæt samarbejde med de praktiserende læger en væsentlig forudsætning for at centeret kan løse sin opgave. Der er igangsat en række aktiviteter, der skal øge kendskabet til centerets tilbud blandt læger i København:
  - Der informeres løbende om Center for Diabetes i nyhedsbreve til almen praksis
  - På kursusdag for almen praksis på Rådhuset den 12. oktober 2017 blev der holdt oplæg om Center for Diabetes for ca. 120 praktiserende læger
  - Der er afholdt møder med udvalgte praksis om, hvordan vi opnår den nødvendige gode kommunikation og får flere læger til at henvise.
  - Antallet af henvisninger, der modtages, monitoreres løbende, da dette er en vigtig indikator for samarbejde.
- Forskning viser, at netværk og socialt fællesskab gør en forskel, når livsstilsændringer, fx motionsvaner, skal fastholdes på lang sigt. Center for Diabetes har i 2017 udviklet et koncept for motionsnetværk, der er drevet af borgerne selv. Der i 2017 dannet ti motionsnetværk, hvor borgere, der er færdige med deres forløb i centeret, mødes på egen hånd til træning og socialt

samvær. De spiller fx floorball eller bordtennis og går intervalgang. Fælles for disse netværk er, at de er borgerdrevne og gratis.

- Som led i partnerskabet med Diabetesforeningen stilles en socialrådgiver til rådighed én gang ugentlig. Socialrådgiveren vejleder borgere og ansatte i centeret om psykosociale problemstillinger og relevant opfølgning.
- Gravide kvinder kan udvikle svangerskabsdiabetes, hvilket betyder, at både de og deres børn har øget risiko for at udvikle type 2 diabetes. Svangerskabsdiabetes er et af indsatsområderne i 2018, som beskrevet i samarbejdsaftale, der er indgået med Steno Diabetes Center Copenhagen (se spor 3)

### **Spør 3. Nye innovative løsninger**

Sporet består af en række indsatser, der sigter mod at finde nye løsninger for det stigende antal københavnere, der lever med type 2 diabetes.

#### **Vurdering af sporets fremdrift**

På baggrund af status for de igangsatte indsatser, vurderer Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, at der er god fremdrift i forhold til at finde nye løsninger for københavnere med type 2 diabetes. Den digitale applikation Liva Life vil blive fulgt tæt med henblik på vurdering af, om den evt. kan udvides til andre kroniske sygdomsområder. Partnerskabsaftalerne med forskningsinstitutioner og erhvervsliv er vigtige i forhold til udviklingen af ny løsninger på dette velfærdsområde.

#### **Status på væsentligste indsatser**

- Som led i at finde nye innovative løsninger, fx sundhedsapplikationer og velfærdsteknologiske løsninger startede Center for Diabetes i oktober 2017 afprøvning af redskabet Liva Life. Liva er en digital platform /sundheds app, der hjælper borgere med diabetes til en ny og sundere livsstil og at fastholde adfærden. Appen bygger på relationer mellem borger og medarbejdere og underbygger den strategiske målsætning om bedre borgerkommunikation, differentieret tilbud samt varig forankring og forandring. Fire af centrets medarbejdere er uddannet som Liva vejledere, og de første 10-15 borgere er tilknyttet i 2017. Liva Life afprøves i en pilotperiode på 1½ år og evalueres ved afslutning af pilotfasen for at afgøre, om tilbuddet skal gøres permanent. Der gennemføres en systematisk effektmåling af de borgere, der modtager rehabilitering via Liva Life for at dokumentere, om projektet indfrier målsætningen.
- Der er indgået strategiske partnerskaber med virksomheder og andre aktører om udvikling af fremtidens innovative løsninger inden for type 2-diabetes. Dette omfatter en samarbejdsaftale mellem Center for Diabetes og Steno Diabetes Center Copenhagen for perioden 2018-21. Aftalen har til formål at styrke og målrette det tværsektorielle samarbejde mellem Københavns Kommune, Region H og praksissektoren. Partnerskabsaftalen med Novo Nordisk i Cities Changing Diabetes (CCD) er blevet forlænget i perioden 2017-2019. CCD er et internationalt samarbejde mellem en række storbyer, som Houston, Mexico City, Shanghai og København, der søger at stoppe den voksende diabetesforekomst i byerne på globalt plan. Partnerskabsaftalen bidrager til realiseringen af handleplanen for type 2 diabetes med særligt fokus på at mindske uligheden i diabetes. Som en del af partnerskabet CCD har Innovationsfonden har bevilget midler til en ph.d. der undersøger effekten af et tiltag målrettet særlig sårbare borgere med type 2 diabetes. Se spor 1 ovenfor.
- Center for Diabetes samarbejder med forsknings- og uddannelsesinstitutioner med fokus på udvikling og anvendelse af ny viden om type 2-diabetes. Konkret stiller Center for Diabetes sig til rådighed som samarbejdspartner og "eksperimentarium" for forskere, der ønsker at undersøge

forskningsspørgsmål i en praksisnær setting. Der er i 2017 indgået følgende samarbejdsaftaler:

- Københavns Universitet i forbindelse med ph.d.-projekt (spor 1)
- Samarbejdsaftale med Steno Diabetes Center Copenhagen (spor 2 samt ovenfor) som bl.a. indebærer samarbejde på en række forsknings- og udviklingsprojekter:
  - a. Udvikling af pædagogiske værktøjer målrettet borgere med ikke-vestlig baggrund.
  - b. Kompetenceudvikling af medarbejdere
  - c. Svangerskabsdiabetes
  - d. Samarbejde om PRO data

- I 2017 har Center for Diabetes lanceret en kvalitetsmodel (se figur nedenfor) som en ramme for kvalitetsudvikling og læring. Centeret arbejder med Forbedringsmodellen, som er Sundheds- og Omsorgsforvaltningens metode til arbejdet med praksisnær kvalitetsudvikling. Der er etableret et kvalitetsteam med repræsentation fra alle dele af medarbejdergruppen. Teamet har stået for at udvikle driverdiagram og har ansvar for at planlægge og sikre opfølgning på de PDSA-afprøvninger, der løbende finder sted. Alle medarbejdere reflekterer løbende på tavlemøder over procesdata, dvs. antal henvisninger, opstart af forløb, hvilke tilbud borgerne modtager, hvor lang tid forløbet varer osv. Det er også her, der reflekteres over afprøvninger, som er sat i gang, eller træffes beslutning om nye PDSA'er.

Figur9: Ramme for datadrevet kvalitetsudvikling i Center for Diabetes



## Midler der anvendes til handleplan for type-2 diabetes

Herunder fremgår en samlet oversigt over midler, der er afsat til Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, til indsatser i handleplanen for type-2 diabetes.

**Tabel 7: Samlet oversigt over midler afsat til handleplan for type-2 diabetes**

<i>Beløb i mio. kr.</i>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
<b>Eksterne midler - Økonomiaftale 2017</b>				
- <i>Navigatorordning for socialt udsatte borgere med diabetes</i>	0,8	0,6	0,6	0,6
- <i>Differentierede indsatser på diabetesområdet</i>	1,5	1,5	1,5	1,5
<b>I alt</b>	<b>2,3</b>	<b>2,1</b>	<b>2,1</b>	<b>2,1</b>