

# BEHANDLERBLADET

September 2018 | # 47

## Vi skal tale om diabetes på en ny måde

Den medicinske behandling af diabetes bliver bedre og bedre. Alligevel er det svært for mange at opnå en god blodsukkerregulering. Hvorfor? Fordi følelserne omkring diabetes ikke behandles. Sådan lyder budskabet fra professor i psykologi, Timothy Skinner, med speciale i diabetes.

Side 26-30

**Yngre med type 2-diabetes er en overset gruppe**

Side 6

**De fem Stenocentre: Hvor er I på vej hen?**

Side 12

**Facebook: Her udveksler patienter viden og erfaring**

Side 32





# Samarbejde, der rykker

For di mennesker med diabetes lever med deres sygdom hver dag, bliver de ofte eksperter i deres egen sygdom og diabetesregulering. Derfor skal behandlere blive bedre til at lytte til deres patienter.

Det er et af budskaberne fra den engelske psykologiprofessor med speciale i diabetes, Timothy Skinner, som nu bor i Danmark og er tilknyttet Steno Diabetes Center Copenhagen og Københavns Universitet.

Et af Timothy Skinners mål er at forbedre kommunikationen mellem behandler og patient.

Det hilser vi meget velkommen i Diabetesforeningen. God kommunikation, tæt og tillidsfuld dialog og samarbejde er vejen frem, hvis det skal rykke. Det gælder både i forholdet mellem patient og behandler og mellem alle de instanser, som forsøger at gøre livet bedre for alle berørt af diabetes.

Rigtig mange gode tiltag er i gang og lover godt for fremtiden. De fem stenocentre og et styrket nationalt samar-

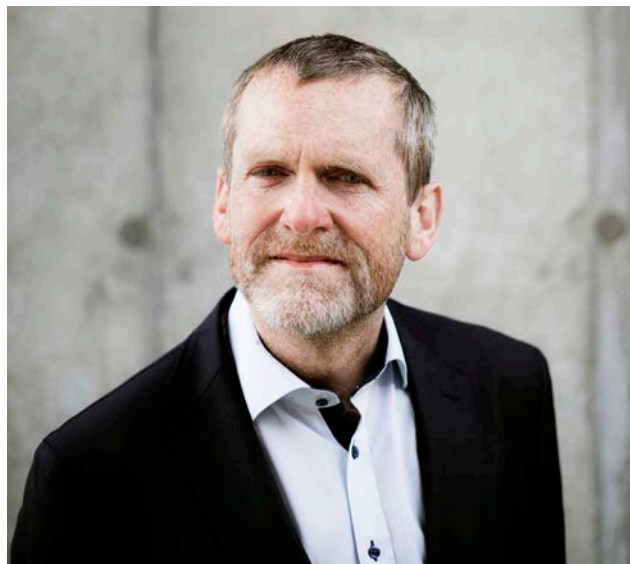
## “ God kommunikation, tæt og tillidsfuld dialog og samarbejde er vejen frem

bejde via det nationale diabetesnetværk er nogle af initiativerne, som vi alle har høje forventninger til.

Opløftende er det også, at der konstant dukker ny og vigtig patientnær viden op. Fokus på det psykosociale aspekt af diabetes og betydningen af, at vi som samfund og fagfolk i højere grad skal anerkende den, der har diabetes som ekspert, er en af dem. Erkendelsen af, at de følelser, der er forbundet for den enkelte med at have diabetes, har betydning for reguleringen af blodsukkeret, er en stor og vigtig erkendelse i den sammenhæng.

Dertil kommer, at der i disse år tales om og forskes mere og mere i en individuel behandling og personlig medicin, og hvordan teknologi kan støtte den enkelte og skabe trykthed i hverdagen.

På trods af, at der kontinuerligt dukker ny viden op, og der startes gode samarbejder og initiativer op med de bedste intentioner, så viser tallene desværre også, at vi kan forvente



stadig flere med diabetes over tid, som rammes af de barske følgesygdomme, som er et resultat af diabetes.

De nationale sundhedsprofiler, der beskriver danskernes sundhedstilstand, viser på mange parametre, at det går den forkerte vej. Flere danskere bliver overvægtige, færre dyrker motion, og flere har psykiske lidelser. En udvikling, som er bekymrende og bestemt ikke gør den fælles udfordring mindre.

Læg dertil, at den sociale ulighed i sundhed ser ud til at blive større og større.

I dette blad kan du læse artikler om nogle af de mange gode tiltag, men også de mange udfordringer, som kræver en stor indsats af alle involverede. I Diabetesforeningen ser vi et styrket samarbejde som en væsentlig del af løsningen – både mellem stat, regioner, kommuner, civilsamfund og erhvervsliv. Et samarbejde, hvor vi som patientforening vil gøre vores del, og et samarbejde som bør og skal have mennesket og patienten som omdrejningspunkt.

Det er således vigtigt, at vi alle hele tiden husker på, at det er i dagligdagen, at udfordringerne helt konkret skal løses. På ambulatoriet, i lægepraksissen eller i sundhedscentret og i dialogen og i dit møde med det enkelte menneske, der har diabetes. Det er også en svær opgave, måske den sværeste, for det er her, det viser sig, om de store planer kan omsættes til virkelighed og gøre livet med diabetes lettere.

Med venlig hilsen

Kristian Johnsen

faglig direktør i Diabetesforeningen



**6 Yngre med type 2-diabetes er en overset gruppe**

Af Anne Bo og Helle Terkildsen Maimdal

**12 De fem regionale Stenocentre – hvor er I på vej hen?**

- 14 København:** Af Allan Flyvbjerg
- 16 Aarhus:** Af Troels Krarup Hansen
- 20 Odense:** Af Jan Erik Henriksen
- 22 Sjælland:** Af Lise Tamow
- 24 Nordjylland:** Af Poul Erik Jakobsen

**26 Diabetespsykolog Timothy Skinner: Vi skal tale om diabetes på en ny måde**

**32 Facebook: Et samlingssted for patientviden**  
Af Natasja Kingod

**38 Mors graviditetsdiabetes kan disponere for fedme og type 2-diabetes hos barnet**  
Af Louise Groth Grunnet

**42 Fra nedlagt sygehus til succesfuldt sundhedshus**  
Af Annemarie Schou Zacho-Broe

**46 Nye danske studier: To ud af tre med type 1-diabetes har højt blodsukker på jobbet**

**47 Dårligst regulerede har størst gavn af flash glukosemåling**

Succes at dele behandling af type 2-diabetes

**48 Nye retningslinjer for patienter med hjerte-kar-sygdom**

**FRA DIABETESFORENINGEN**

**49 Sygeplejersker fik ny diabetespris**



26



42



6



49

# Yngre med type 2-diabetes er en overset gruppe

Personer under 45 år, der får type 2-diabetes, har i gennemsnit et højere HbA1c og BMI end ældre, der får konstateret diabetes. De modtager mere glukosesænkende behandling, men mindre for forhøjet blodtryk og kolesterol. Gruppen af yngre voksne med type 2-diabetes har et udækket behov for særlig behandling og støtte, viser de foreløbige resultater fra ny ph.d.



Af Anne Bo

[Anne.bo@ph.au.dk](mailto:Anne.bo@ph.au.dk)

Ph.d.-studerende, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet. Kvantitativ og kvalitativ forskning med fokus på komplekse interventioner i forebyggelse og sundhedsfremme.



Af Helle Terkildsen Maimdal

[htm@ph.au.dk](mailto:htm@ph.au.dk)

Professor i sundhedsfremme, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet. Også ansat på Steno Diabetes Center Copenhagen. Forsker i sundhedsfremmende interventioner til familier og yngre voksne, særligt inden for forebyggelse af diabetes.

Type 2-diabetes er hyppigst blandt ældre mennesker, men faktisk lever omkring 16.000 personer under 45 år med sygdommen i Danmark. Det svarer til, at cirka hver 20., der har type 2-diabetes, er under 45 år (figur 1, side 8)<sup>(1)</sup>. Generelt er der sket store forbedringer i diabetesbehandlingen, men internationale studier viser, at de samme forbedringer i behandling og helbredskonsekvenser ikke er opnået blandt dem, som får sygdommen før 40-45-årsalderen<sup>(2-4)</sup>.

I projekt 2early ved Aarhus Universitet arbejder vi derfor sammen med patienter, foreninger og sundhedspersonale om at skabe nye tilbud for de yngre med type 2-diabetes.

Vi har undersøgt forekomsten af risikofaktorer blandt 5.115 personer fra den landsdækkende DD2-kohorte (Danish Centre for Strategic Research

in Type 2 diabetes) med nyligt diagnosticeret type 2-diabetes, og her fandt vi et klart mønster. Sammenlignet med ældre aldersgrupper havde de under 45-årige højere HbA1c og højere BMI. De havde oftere dyslipidæmi og samme grad af hypertension som de ældre. De yngre var oftere rygere og angav et lavere fysisk aktivitetsniveau. Insulin blev brugt mere hyppigt blandt yngre med type 2-diabetes, mens gruppen modtog mindre forebyggende behandling, f.eks. med blodtryksænkende og lipidsænkende medicin på trods af deres risikoprofil<sup>(5)</sup>. Et udsnit af studiets resultater kan ses i figur 2 a-f (side 8-9).

Studiet peger altså på, at de yngre med type 2-diabetes har brug for bedre forebyggende indsatser og muligvis mere intensiv medicinsk behandling i forhold til risikofaktorerne. ►►



*25-årige Maja Michelsen hører til den stadig voksende gruppe af unge og yngre voksne, som får type 2-diabetes.  
Foto: Claus Bjørn Larsen*

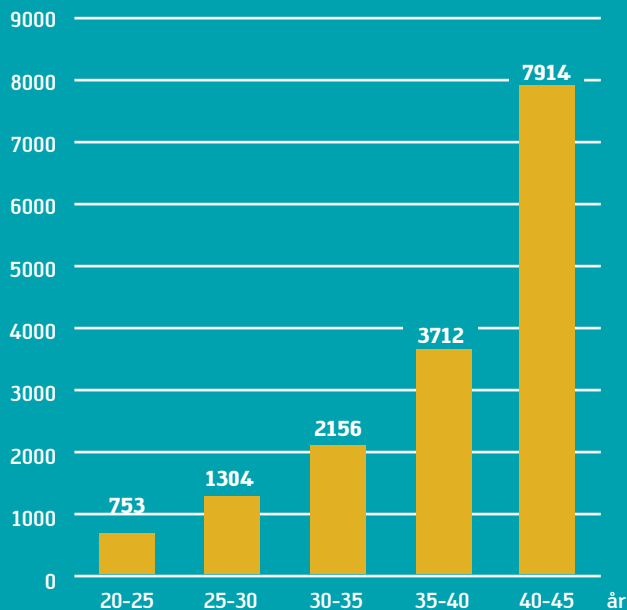
## Risikofaktorer blandt yngre med type 2-diabetes



**Figur 2: Prævalens af risikofaktorer blandt 5.115 personer nyligt diagnosticeret med type 2-diabetes i fem aldersgrupper**

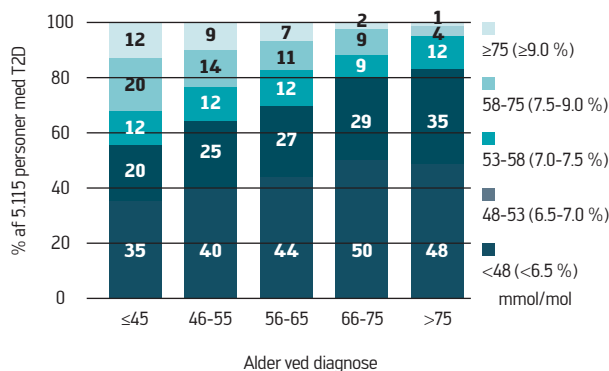


**Figur 1: Antal personer under 45 år med type 2-diabetes i Danmark pr. 1.1.2017**

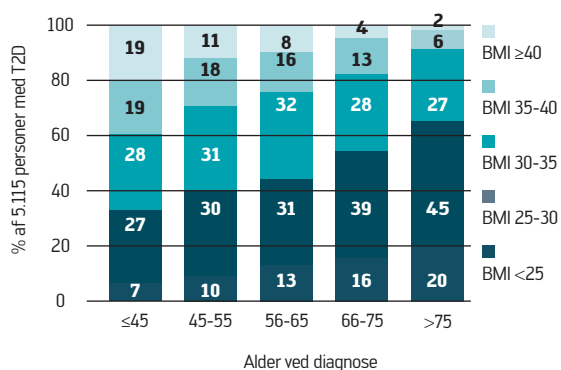


Kilde: Carstensen B, Jørgensen ME. A Danish Diabetes Register. Steno Diabetes Centre Copenhagen. Version 25, 2018

**(a) Langtidsglukose (HbA1c)**



**(b) BMI**



### » Tegn på stress og depression

De mange risikofaktorer kan hænge sammen med gruppens ressourcer til at håndtere sygdommen. Tidligere studier har vist, at yngre med type 2-diabetes oplever højere grad af følelsesmæssig belastning af type 2-diabetes, sammenlignet med ældre grupper<sup>(6,7)</sup>. Derfor var det interessant at undersøge deres psykosociale situation. Vi udsendte en spørgeskemaundersøgelse til 467 personer under 45 år med type 2-diabetes fra DD2-kohorten. 216 personer returnerede en besvarelse. 46 procent var kvinder og medianalderen var 41 år.

Spørgeskemaet (se boks side 10) an-

vendte validerede skalaer til at måle 1) diabetesrelateret følelsesmæssig belastning 2) stress 3) symptomer på depression samt spørgsmål om sociale



**Diabetesforeningen har allerede et godt kendskab til gruppens udfordringer, og flere af Diabetesforeningens eksisterende tilbud kan tilpasses til yngre med type 2-diabetes**

relationer og om socio-økonomisk baggrund.

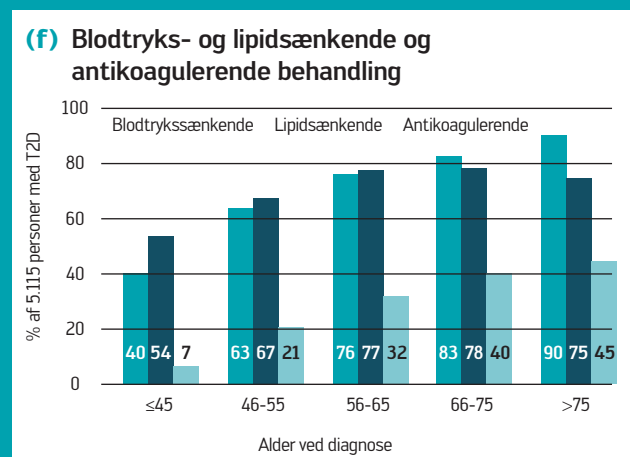
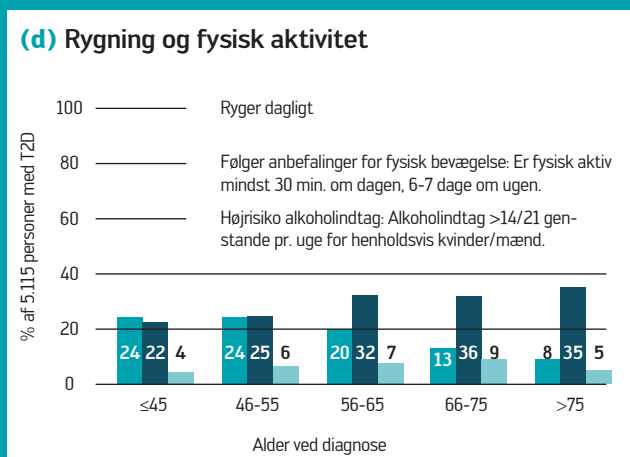
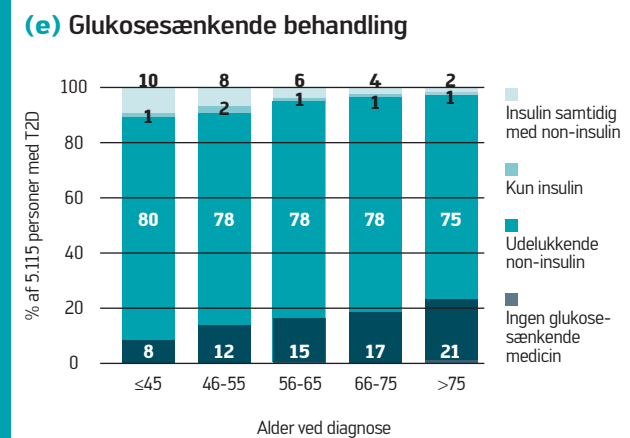
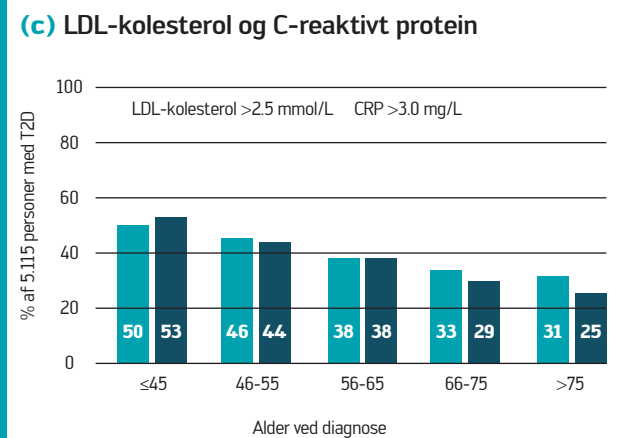
Vores foreløbige analyser tyder på, at hver femte af de adspurgte ople-

vede høj grad af følelsesmæssig belastning af at leve med type 2-diabetes. 45 procent havde tegn på stress, og 40 procent havde symptomer på

depression.

Resultaterne tegner et billede af en gruppe, for hvem type 2-diabetes langt fra er deres største bekymring i livet.





Kilde: Reference<sup>(5)</sup>

Dette stemmer godt overens med det, som de yngre med type 2-diabetes selv har fortalt os i interviews. De oplever ofte udfordringer på arbejds- eller familiefrenten, og mange oplever konstant dårlig samvittighed, når kræfterne ikke også rækker til at efterleve de krav, en diabetesdiagnose stiller.

Spørgeskemastudiet viste dog også, at sundhedsvæsenet kan hjælpe de yngre med type 2-diabetes. Vi fandt nemlig, at jo bedre støtte, gruppen oplevede fra deres diabetesbehandlere, jo lavere følelsesmæssig belastning af sygdommen og jo lavere stressniveau havde de. Især havde de adspurgte gavn af at få støtte til at lave

en plan, som de kan fastholde i hverdagen og i svære tider.

Studiet peger også på oplagte muligheder for at forbedre støtten til gruppen. Det var nemlig kun halvdel, som havde deltaget i patientuddannelse, og 40 procent havde aldrig talt med en diætist.

### Nye tilbud til yngre voksne med type 2-diabetes

Målet med projekt 2early er at finde frem til nye indsatser, som skal støtte yngre mennesker med type 2-diabetes til at leve bedre med sygdommen og forebygge, at de udvikler komplikationer i en tidlig alder. Og her er patienter-

nes egne ønsker helt centrale. Gennem workshops og samtaler med gruppen har vi fået en lang liste af idéer fra dem, som i sidste ende skal have glæde af sundhedsvæsenets tilbud.

Patienterne er meget forskellige, men har også udtrykt nogle af de samstemmende behov – for eksempel ønsket om en “one-stop-shop”, hvor man kan få overstået alle kontroller på en gang. De ønsker også patientuddannelse tilpasset til yngre uden for arbejdstid og gerne noget, som involverer familien. Desuden ønsker de adgang til opfølgende patientuddannelse, for eksempel i svære perioder. Endelig efterspørger de adgang til tilpasset on- ▶▶

## Om spørgeskemaet i studiet

Følgende validerede skalaer blev anvendt: Problem Areas in Diabetes (PAID), Perceived Stress Scale (PSS), Centre for Epidemiological Research in Diabetes Depression Scale (CES-D), Patient Assessment of Care for Chronic Illness (PACIC), Copenhagen Social Relations Questionnaire (CSRQ) samt spørgsmål om socio-økonomisk baggrund. 216 (46 %) personer returnerede en besvarelse. 46 % var kvinder og median alderen var 41 år.

►► lineinformation og mulighed for aktiviteter med andre, som er i samme båd.

Det er en stor fordel, at vi er i fuld gang med at dokumentere disse ønsker. Vores vurdering er faktisk, at man kan imødekomme langt de fleste af målgruppens forslag inden for de eksisterende rammer af diabetesbehandling i Danmark – vi har bare ikke

betesforeningens eksisterende tilbud kan tilpasses til yngre med type 2-diabetes.

Målet med projekt 2early er at afprøve en hel pakke af indsatser de kommende år. Det skal ske i samarbejde med diabetesambulatorier, praktiserende læger, kommuner og foreninger, herunder ikke mindst Diabetesforeningen, og have fokus på



**Yngre med type 2-diabetes oplever ofte udfordringer på arbejds- eller familiefronten, og mange oplever konstant dårlig samvittighed, når kræfterne ikke også rækker til at efterleve de krav, en diabetesdiagnose stiller**

været opmærksomme nok på gruppens særlige vilkår tidligere.

Diabetesforeningen har også meldt sig på banen i projekt 2early, og flere idéer er allerede på bordet efter en indledende workshop, hvor seks faglige medarbejdere deltog. Vi fandt sammen ud af, at Diabetesforeningen allerede har et godt kendskab til gruppens udfordringer, og at flere af Dia-

at skabe sammenhæng mellem tilbudene. Type 2-diabetes er så indgribende i hverdagen for disse mennesker, så vores indsatser skal derfor være brede, sammenhængende og fleksible. ■

*Projektet er støttet økonomisk af Danish Diabetes Academy støttet af Novo Nordisk Fonden, Region Midt og Riisfort Fonden.*

## REFERENCER

1. Carstensen B, Jørgensen ME. A Danish Diabetes Register. Version 25. Steno Diabetes Center Copenhagen. May, 2018;16:23 from: /home/bendix/sdc/DMreg/NewReg/NewReg.tex
2. Song SH, Hardisty CA: Early-onset type 2 diabetes mellitus: An increasing phenomenon of elevated cardiovascular risk. Expert Review of Cardiovascular Therapy. 2008;6:315-322.
3. Harding JL et al.: Age-specific trends from 2000-2011 in all-cause and cause-specific mortality in type 1 and type 2 diabetes: A cohort study of more than one million people. Diabetes Care. 2016;9:1018-26.
4. Gregg EW et al.: The changing face of diabetes complications. The Lancet Diabetes & Endocrinology. 2016;4:537-47.
5. Bo A et al.: Early-onset type 2 diabetes: Age gradient in clinical and behavioural risk factors in 5115 persons with newly diagnosed type 2 diabetes-Results from the DD2 study. Diabetes/Metabolism Research and Reviews. 2018;Mar;34.
6. Browne JL, Nefs G, Pouwer F, Speight J: Depression, anxiety and self-care behaviours of young adults with type 2 diabetes: Results from the international diabetes management and impact for long-term empowerment and success (MILES) study. Diabetic Medicine. 2015;32:133-140.
7. Hessler DM, Fisher L, Mullan JT, Glasgow RE, Masharani U: Patient age: A neglected factor when considering disease management in adults with type 2 diabetes. Patient Education Counseling. 2011;85:154-159.



# De fem regionale Stenocentre

Novo Nordisk Fonden har bevilget mere end syv milliarder kroner til nye diabetescentre i de fem regioner. Centrene ejes, medfinansieres og drives af regionerne. Behandlerbladet har spurgt de fem centerdirektører om blandt andet centrenes særlige profil, og hvordan de vil sikre, at diabetespatienterne i almen praksis også oplever et løft i behandlingen.

## STENO DIABETES CENTER NORDJYLLAND (SDCN)

**DONATION** 795 mio. kr.

**HVOR?** Nyt center ved Nyt Aalborg Universitetshospital

**HVORNÅR?** Etableret 1. januar 2018. Nyt center klar til brug primo 2022

**CENTERDIREKTØR** Poul Erik Jakobsen

**SÆRLIGT FOKUS** på digital sundhed

**ANTAL PATIENTER** cirka 5.500

## STENO DIABETES CENTER AARHUS (SDCA)

**DONATION** 1,4 mia. kr.

**HVOR?** Nyt center ved Aarhus Universitetshospital

**HVORNÅR?** Etableret 1. januar 2018. Nyt center klar til brug medio 2022

**CENTERDIREKTØR** Troels Krarup Hansen

**SÆRLIGT FOKUS** på tværsektorielt samarbejde og sammenhæng i patientforløb

**ANTAL PATIENTER** cirka 8.000

## STENO DIABETES CENTER ODENSE (SDCO)

**DONATION** 1,4 mia. kr.

**HVOR?** Nyt center ved Nyt Odense Universitetshospital.

**HVORNÅR?** Etableret 1. januar 2018. Nyt center klar til brug ultimo 2022

**CENTERDIREKTØR** Jan Erik Henriksen

**SÆRLIGT FOKUS** på type 2-diabetes

**ANTAL PATIENTER** cirka 9.000

# – hvor er I på vej hen?

## Nationalt netværk

Et nationalt netværk samler fremover al viden om udviklingen i diabetesindsatsen i det offentlige sundhedsvæsen. Netværket skal også koordinere, iværksætte og evaluere udviklingstiltag som for eksempel dem, der udspringer af den nationale diabetesbehandlingsplan.

I netværket sidder repræsentanter fra:

**De fem Stenocentre**  
**Danske Regioner**  
**Kommunernes Landsforening**  
**Sundhedsstyrelsen**  
**Dansk Endokrinologisk Selskab**  
**Dansk Selskab for Almen Medicin**  
**Diabetesforeningen**

### STENO DIABETES CENTER COPENHAGEN (SDCC)

**DONATION** 2,95 mia.kr.

**HVOR?** Gentofte, indtil nyt diabeteshospital er færdigbygget ved Herlev Hospital

**HVORNÅR?** Etableret 1. januar 2017. Nyt hospital tages i brug i 2021

**CENTERDIREKTØR** Allan Flyvbjerg

**SÆRLIGT FOKUS** på personcentreret behandling, klinisk forskning, uddannelse og sundhedsfremme

**ANTAL PATIENTER** mellem 12.000-14.000

### STENO DIABETES CENTER SJÆLLAND (SDCS)

**DONATION** Endnu ukendt – forventer godkendelse i september 2018

**HVOR?** Et murstensløst center med tilstedeværelse på alle regionens sygehuse (Sjællands Universitetshospital Køge, Nykøbing Falster Sygehus, Næstved-Ringsted-Slagelse Sygehuse og Holbæk Sygehus) og i psykiatrien

**HVORNÅR?** Opstart 1. januar 2019

**CENTERDIREKTØR** Lise Tarnow

**SÆRLIGT FOKUS** på at minimere ulighed i sundhed i relation til diabetes, følgesygdomme og komorbiditet, herunder et styrket samarbejde med psykiatrien

**ANTAL PATIENTER** cirka 8.000 – heraf 550 børn og 3.000 voksne med type 1-diabetes

# Alle skal mødes af en specialist i deres diabetestype



Af Allan Flyvbjerg

Direktør for Steno Diabetes Center Copenhagen. Professor. Tidligere formand for Diabetesforeningen (2000-2011) og tidligere dekan på det sundhedsvidenskabelige fakultet, Aarhus Universitet (2010-2016)

Steno Diabetes Center Copenhagen har blandt andet fokus på personcentreret behandling. Det betyder, at behandlingen skal være helhedsorienteret og tage udgangspunkt i den enkelte, skriver centerdirektør **ALLAN FLYVBJERG**. Den, der har diabetes, skal mødes af en læge eller sygeplejerske med speciale i deres diabetestype, og eventuel hjerte-kar-sygdom og psykiske lidelser som depression og spiseforstyrrelse skal tages hånd om i samme grad som diabetes.

## Hvordan vil I gennemføre jeres særlige fokus på brugerinddragelse, personcentreret behandling og forebyggelse?

“Brugerinddragelse er et princip for Steno Diabetes Center Copenhagen og en værdi, der har til formål at gøre hverdagen bedre for tusindvis af personer med diabetes. Vi har igangsat et ambitiøst brugerinddragelsesprogram, der skal bringe personer med diabetes og medarbejdere endnu tættere på hinanden, og programmet foregår i alle enheder – ikke kun i ambulatoriet. Vi har for eksempel haft brugere med ’helt ude på byggepladsen’, hvor de har været involveret i, hvordan det kommende Steno Diabetes Center Copenhagen skal bygges og indrettes.

Behandlingen er allerede styrket blandt andet gennem samarbejde med alle partnerhospitalerne i Region Hovedstaden. Der er for eksempel oprettet en fodklinik på Bornholm, så personer med diabetiske fodsår kan få specialhjælp lokalt, ligesom andre regionale fodklinikker er blevet opgraderet. Vi er også i gang med et stort samarbejde på hjertediabetesområdet, hvor de to specialer samarbejder om at opspore og behandle de mange, der både har diabetes og hjerte-kar-sygdom. I vores eget ambulatorium har vi lavet specialistfunktioner inden for type

1-diabetes og type 2-diabetes, så alle bliver mødt af en specialist og har en behandlingsansvarlig læge og sygeplejerske.

Det psykologiske element af livet med diabetes er også opprioriteret. Vi har ansat psykologer og styrket indsatsen for psykisk sårbare, så vi bedre kan støtte personer med

“**Vi har ansat psykologer og styrket indsatsen for psykisk sårbare, så vi bedre kan støtte personer med både diabetes og for eksempel depression eller spiseforstyrrelse**

både diabetes og for eksempel depression eller spiseforstyrrelse. Den helhedsorienterede tilgang er vigtig for os, og i et samarbejde med Københavns Universitet har vi derfor etableret et samarbejde om diabetespsykologi. Universitet har oprettet det som forskningsområde og ansat en professor, der samtidig samarbejder med og på Steno Diabetes Center Copenhagen (professor Timothy Skinner, læs side 26-30).

Vores forskningsenhed har fem store forskningsgrupper, blandt andet inden for komplikationer, registerforskning, type 1-diabetes, type 2-diabetes og diabetesteknologi. Forskningen er tværfaglig og kan ofte hurtigt omsættes til forbedringer i behandlingen. For eksempel har vi for nylig offentliggjort et studie baseret på data fra Steno Diabetes Center Copenhagen om, at type 2-diabetes kan inddeles i flere underkategorier end tidligere. Vi forventer, at vi inden udgangen af året kan omsætte den viden til et værktøj i ambulatoriet og dermed skabe en endnu mere præcis og målrettet behandling.

Endelig er vi også i fuld gang med at etablere et onlinevidencenter, hvor både personer med diabetes, personer i risiko for diabetes, pårørende og sundhedsfagfolk kan hente den nyeste og mest opdaterede viden om diabetes”.

### **Hvordan vil I samarbejde med de øvrige stenocentre?**

“Et tæt samarbejde mellem de fem stenocentre har høj prioritet, da vi sammen kan udvikle diabetesområdet og lære af hinanden, så gode, regionale initiativer kan blive udbredt nationalt og komme alle med diabetes til gavn. Dermed kan vi tilsammen skabe de bedst mulige resultater og vilkår for personer med diabetes og deres pårørende.

Formelt samarbejder vi allerede gennem to netværk. Dels Det Nationale Netværk for Diabetes, der er etableret af Danske Regioner, dels StenoDK-netværket, der er etableret af Novo Nordisk Fonden.

Her samler vi viden om udviklingen af diabetesindsatsen, vi evaluerer og koordinerer og sikrer, at de fem stenocentre supplerer og lærer af hinanden.

På det praktiske plan er der en masse samarbejder og fælles aktiviteter. Blandt andet har vi på Steno Diabetes Center Copenhagen indledt et stort forskningsprojekt om, hvorvidt ændringer i spisetider kan forebygge diabetes, og her samarbejder vi med Steno Diabetes Center Nordjylland. Vi forventer mange forskningssamarbejder og projektsamarbejder fremover”.

### **Hvordan vil I sikre et løft til diabetespatienterne i kommunerne og almen praksis?**

“To af vores fire kerneområder er sundhedsfremme samt uddannelse af sundhedspersonale, personer med diabetes og deres pårørende. Vi er godt i gang med en lang række uddannelsesaktiviteter og samarbejder med de praktiserende læger. Blandt andet har vi indgået et stort

samarbejde direkte med Københavns Kommune om, hvordan vi i fællesskab løfter diabetesforebyggelse og -behandling samt får styrket sammenhæng og kvalitet i forløb for de op mod 30.000 borgere, der lever med diabetes i kommunen.

I forskningen har vi også øje for det tværsæktorielle samarbejde og har på verdens største diabeteskongres ADA i USA fremlagt et studie, der viser, hvordan speciallæger på hospitalet kan støtte de praktiserende læger og sikre kvalitet i behandlingen af type 2-diabetes.

Mere overordnet er vores Uddannelsesenhed desuden initiativtager til en national konference for blandt andet praksislæger om nyeste viden på diabetesområdet. Konferencen løber af stablen til november – og sker i øvrigt med deltagelse og oplæg fra de øvrige stenocentre”.

### **Hvordan vil I samarbejde med Diabetesforeningen?**

“Diabetesforeningen er allerede en god og vigtig samarbejdspartner og sidder i styregruppen for Steno Diabetes Center Copenhagen brugerrindragsprogram, hvor foreningen bidrager til at sikre den høje kvalitet i programmet. Desuden er der faste møder i de to ledelser, i kommunikationsafdelingerne, vi holder foredrag sammen og deler viden om nye forskningsresultater. Ikke mindst er Steno Diabetes Center Copenhagen også i gang med at planlægge en stor, international konference om diabetes i København i 2020, hvor en af samarbejdspartnerne er Diabetesforeningen”. ■

# Alle skal tale med patienter i deres hverdag



**Af Troels Krarup Hansen**

Direktør for Steno Diabetes Center Aarhus. Professor. Formand for Dansk Endokrinologisk Selskab. Næstformand i Diabetesforeningens Diabetesråd

Steno Diabetes Center Aarhus har tværsektorielt samarbejde som fokusområde. Med den nye enhed for Sammenhængende Patientforløb beskriver centerdirektør **TROELS KRARUP HANSEN** her, hvordan samarbejdet mellem hospitaler, almen praksis og kommuner skal sikres. Projektet "DiabetesFlex" er en del af det brugerinddragende hospital, som gør det muligt for patienter med type 1-diabetes selv at vælge, hvornår de har behov for en konsultation, og hvad de har brug for at tale om.

## **Hvordan vil I gennemføre jeres særlige fokus på tværsektorielt samarbejde?**

"Der er bred enighed om, at vi skal styrke det nære sundhedsvæsen fremover. Og det skal ske uden en frakobling fra det øvrige sundhedsvæsen. Det tværsektorielle samarbejde er en opgave, som kræver åbenhed omkring mål, tæt dialog med både patienter og samarbejdspartnere og viljen til at arbejde for et fælles mål med et længere perspektiv.

Vi er derfor i gang med at etablere en særlig enhed for Sammenhængende Patientforløb, hvor vi målrettet vil arbejde med projekter, der kan fremme samarbejdet mellem hospitaler, almen praksis og kommuner om sammenhæng i patientforløb, forebyggelse, tidlig opsporing, behandling og forebyggelse af senkomplikationer.

Anneli Sandbæk, professor, diabetesforsker og praktiserende læge, blev 1. august 2018 enhedschef for denne særlige indsats. Anneli Sandbæk kommer med mange års erfaring inden for diabetesområdet i den primære sektor og har et omfattende netværk blandt både forskere og praktikere i kroniske sygdomme. Hun kender udfordringerne og forskellene mellem de forskellige sektorer og er derfor rigtig godt klædt på til at sikre de alliancer og frugtbare samarbejder, der er afgørende for, at vi lykkes med at se nye mulighe-

der på tværs.

For at realisere samarbejdsprojekter, uddannelse, forskning og øvrige indsatser med almen praksis og kommuner vil vi benytte os af allerede veletablerede samarbejdsstrukturer.

Derudover er vi i gang med at etablere et diabetesnetværk i Region Midtjylland, der skal samle fagpersoner fra hospitaler, kommuner og almen praksis og dermed fremme sundhedssamarbejdet på tværs af sektorer. Vores erfaring er, at der opstår store synergieffekter, når fagpersoner, som ikke i forvejen kender hinanden, mødes i nye interessefællesskaber".

## **Hvordan vil I samarbejde med de øvrige stenocentre?**

"Hvert stenocenter har sit eget særkende, men at øge livslængden og livskvaliteten for alle personer med diabetes og mindske tilvæksten i antallet af diabetespatienter er et fælles mål for os alle. Derfor er det vores klare holdning, at vi som stenocentre skal læne os så meget som muligt op ad hinanden.

Udover det formaliserede StenoDK-netværket, som skal sikre, at vi på alle niveauer udveksler viden og idéer mellem



stenocentrene, vil vi derfor støtte op om, at vi også uformelt bruger hinanden på alle niveauer.

I forhold til Steno Diabetes Center Aarhus' (SDCA) særlige fokus på tværsektorielt samarbejde og sammenhæng i patientforløb har vi et ansvar for nationalt at være ledende og generere, teste, evaluere og videreformidle nye idéer, viden og metoder til gavn for diabetespatienter i hele landet. Derfor vil vi på de områder, som vi hos SDCA har og får særlig viden om og erfaring med, være særligt opmærksomme på at gå i dialog og indlede samarbejder med de øvrige stenocentre, så vi sikrer en høj grad af videndeling. På samme måde forventer vi at trække på den viden og de indsigter, de andre centre har som særlige indsatsområder.

Helt konkret planlægger vores klinikledelse netop nu en studietur til de andre stenocentre. Forhåbentligt kan det på sigt bidrage til, at vi nationalt udbreder de bedste nye indsigter og ensarter vores behandling af diabetespatienter. På forskningsområdet vil vi gennem Steno Collaborative Grants også etablere tætte samarbejder med de øvrige stenocentre”.

**“ Vi vil tage vores patienter i hånden, følge dem gennem sundhedssystemet og på den måde få blik for, hvor de oplever glæde, frustrationer, succeser, manglende sammenhæng – og hvor vi kan gøre det bedre**

### **Hvordan vil I sikre et løft til diabetespatienterne i kommunerne og almen praksis?**

“En af målsætningerne for SDCA er at sikre sammenhæng og høj kvalitet i diabetesindsatsen for alle diabetespatienter. Et nært samarbejde med kommuner og almen praksis vil give os mulighed for at udveksle viden, udvikle og afprøve nye metoder og teknologier, der kan bidrage til højere behandlingskvalitet og i sidste ende at give den enkelte diabetespatient et behandlings- og patientforløb, som matcher den enkelte persons livssituation.

I vores særskilte enhed for Sammenhængende Patientforløb vil vi arbejde målrettet med at løfte kvaliteten af både behandlings- og forebyggelsestilbud i kommuner og almen praksis”.

### **Hvordan vil I arbejde med inddragelse af patienterne og patientcentrering i behandling, forebyggelse og uddannelse?**

“Som nystartet diabetescenter har vi en unik mulighed for at tænke patientens præmisser ind fra starten. Vi vil derfor gøre det til en indbygget og naturlig del af vores kultur at se tingene i et patientperspektiv. Konkret betyder det, at alle i SDCA – uanset funktion – skal møde og tale med patienter i vores dagligdag.

Vores klare ambition er at arbejde med patientinddragelse som et mål og ikke blot et middel – at vi respekterer og er oprigtigt nysgerrige på, hvordan vores patienter har det. Vi vil tage vores patienter i hånden, følge dem gennem sundhedssystemet og på den måde få blik for, hvor de oplever glæde, frustrationer, succeser, manglende sammenhæng – og hvor vi kan gøre det bedre. Kun på den måde får vi den viden, vi har brug for, når vi sammen med patienterne skal løfte kvaliteten af både behandling, forebyggelse og uddannelse.

Konkret er vi i gang med projektet “DiabetesFlex” som en del af det brugerinddragende hospital. Det er en ny, brugerstyret tilgang til opfølgende samtaler for patienter med type 1-diabetes, der gør det muligt for patienterne selv at vælge, hvornår de har behov for en konsultation, og hvad de har brug for at tale om. Patienterne varetager desuden en større del af behandlingen selv”.

### **Hvordan vil I samarbejde med Diabetesforeningen?**

“Som næstformand for Diabetesforeningens faglige råd har undertegnede og SDCA allerede et tæt samarbejde med Diabetesforeningen. Vi har desuden et tæt samarbejde med den lokale og regionale diabetesforening i Region Midtjylland, som vi eksempelvis henviser journalister til, når de efterspørger patienterfaringer og -historier.

Vi tænker Diabetesforeningen ind som vores naturlige samarbejdspartner i vores fokus på at inddrage patienterne. Vi har i vores kommende byggeri tænkt en række faciliteter ind, som interesseorganisationer som Diabetesforeningen kan benytte sig af – eksempelvis i forbindelse med møder med deres medlemmer”. ■





# “Vi skal være et nationalt videncenter



Af Jan Erik Henriksen  
Direktør for Steno Diabetes Center  
Odense. MD, ph.d., klinisk lektor

Steno Diabetes Center Odense har type 2-diabetes som fokusområde. Her beskriver centerdirektør **JAN ERIK HENRIKSEN**, hvordan centret vil dele ud af deres viden for i hele landet at få mere kvalitet ind i behandlingen af type 2-diabetes. Princippet om “Patienten først” er styrende både i behandlingen og uddannelsen af patienterne.

## Hvordan vil I gennemføre jeres særlige fokus på type 2-diabetes?

“Vi har gennem mange år på Odense Universitetshospital arbejdet med og forsket i type 2-diabetes og har derfor et unikt afsæt for at drive udviklingen inden for dette felt. Steno Diabetes Center Odense (SDCO) vil særligt fokusere på forebyggelse af type 2-diabetes og ikke mindst sørge for, at de personer, som allerede har type 2-diabetes, får den rette behandling, opretholder livskvaliteten, undgår at udvikle komplikationer og lever længere.

SDCO har allerede sat gang i en række initiativer, udviklingsaktiviteter og forskning. Et eksempel er Dansk Center for Strategisk Forskning i Type 2 Diabetes (DD2), der arbejder for at forbedre og individualisere behandlingen af type 2-diabetespatienter, men der vil også komme flere nye tiltag i de kommende år.

Det er ambitionen, at SDCO skal udvikle sig til at være et nationalt videncenter for type 2-diabetes, hvor vi nationalt kan bidrage med viden og evidens inden for forebyggelse, opsporing, behandling af senkomplikationer, forskning, uddannelse af sundhedsprofessionelle, rådgivning af almen praksis og tværsektorielt samarbejde”.

## Hvordan vil I samarbejde med de øvrige stenocentre?

“Hver region har, qua deres geografi, befolkningssammensætning og forskningstraditioner, forskellige styrkepositioner, og hver region har derfor forskelligt afsæt for priorite-

ringer og hensyn i forbindelse med opbygningen af stenocentrene. Samtidig har alle fem centre samme opgave, nemlig at videreudvikle metoder til forebyggelse og behandling af diabetes i Danmark. Centrene har derfor en række områder, hvor vi kan lære af hinanden og trække på hinandens erfaringer.

I SDCO vil vi blandt andet gerne trække på de erfaringer, Steno Diabetes Center Copenhagen (SDCC) har med kompetenceudvikling på tværs af sektorer. SDCC er startet cirka et år før SDCO, og de erfaringer, der allerede er gjort i hovedstaden, skal vi selvfølgelig udnytte. Omvendt deler vi også ud af vores erfaringer inden for type 2-diabetes, tidlig opsporing, opstartsforløb og udgående teams. Derudover vil vi have fokus på at koordinere fælles behandlingsprincipper og protokoller samt samarbejder om adgang til fælles nationale data, som vil åbne muligheder for forskningen og kvalitetsudviklingen inden for behandling af diabetes og forebyggelse af senkomplikationer.

Der er etableret en gruppe, hvor stenocentrenes direktører og sekretariatsledere mødes sammen med Novo Nordisk Fonden for at fremme videndeling og samarbejde mellem centrene. I regi af Danske Regioner er der også oprettet et nationalt diabetesnetværk med repræsentation fra Danske Regioner, Sundhedsstyrelsen, Kommunernes Landsforening, Dansk Selskab for Almen Medicin, Dansk Endokrinologisk Selskab, Sundhedsstyrelsen, Diabetesforeningen og de fem stenocentre. Det nationale netværk skal samle

viden om udviklingen i diabetesindsatsen i hele det offentlige sundhedsvæsen. Desuden skal netværket koordinere iværksættelse og evaluering af udviklingstiltag med national interesse, blandt andet tiltag, der udspringer af den nationale diabetesbehandlingsplan.

Et helt konkret eksempel på samarbejde mellem steno-centrene er det tidligere nævnte DD2-projekt, der nu ledes af en bestyrelse bestående af alle fem centerdirektører, med centerdirektøren for SDCO, altså undertegnede, som formand.

På forskningsområdet har Novo Nordisk Fonden etableret den tværregionale pulje Steno Collaborative Grants, som skal understøtte samarbejdet på tværs af regionerne inden for forskningsområdet”.

### **Hvordan vil I sikre et løft til diabetespatienterne i kommunerne og almen praksis?**

“Det tværsektorielle område er en prioriteret del af SDCO, og vi planlægger allerede nu en række initiativer inden for forebyggelse og tidlig opsporing, patientuddannelse og rehabilitering samt den tværsektorielle behandling af type

**“Aktuelt arbejder vi på at udvikle en regional diabeteskvalitetsdatabase, som skal anvendes til monitorering af diabetesbehandlingen tværsektorielt og dermed bidrage til at forbedre sundhedsvæsenets indsats og resultater**

2-diabetes. Her har vi et særligt fokus på også at lave indsatser målrettet sårbare borgere, hvor vi i samarbejde med kommuner og almen praksis vil udvikle og afprøve forskellige modeller.

En væsentlig forudsætning for at skabe en bedre forebyggelse og behandling af diabetespatienter er, at de rigtige kompetencer er til stede hos alle dem, der er i kontakt med diabetespatienterne – både på sygehusene, i kommunerne og i almen praksis. Vi vil derfor i samarbejde med kommuner og almen praksis udvikle et kompetenceudviklingsprogram til sundhedsprofessionelle i både kommuner, almen praksis og på sygehusene, så vi bidrager til, at alle sektorer er klædt på til at give den bedst mulige diabetesbehandling og -pleje. Det handler både om at øge vidensniveauet og styrke og fastholde de sundhedspædagogiske kompetencer.

Aktuelt arbejder vi på at udvikle en regional diabeteskvalitetsdatabase, som skal anvendes til monitorering af diabetesbehandlingen tværsektorielt og dermed bidrage til at forbedre sundhedsvæsenets indsats og resultater”.

### **Hvordan vil I arbejde med inddragelse af patienterne og patientcentrering i behandling, forebyggelse og uddannelse?**

“På Odense Universitetshospital arbejder vi ud fra ’Patienten Først’-princippet, og det gælder selvfølgelig også i SDCO. I SDCO arbejder vi med patientinvolvering både på et organisatorisk niveau og i den daglige kontakt med patienter og pårørende. Vi involverede allerede patienter i arbejdet med drejebogen for SDCO, og vi nedsætter et rådgivende patientudvalg, der løbende kan give os sparring på de initiativer, vi udvikler. I det regionale forløbsprogram for mennesker med diabetes, er der også stærkt fokus på patientinvolvering – endnu et felt, vi i forvejen prioriterer højt.

Det er vigtigt for os, at den sundhedsfaglige viden altid kobles med en sundhedspædagogisk tilgang, så behov og forudsætninger hos patienterne og deres familier er styrende både i behandlingen, og i forbindelse med patientuddannelse, hvor patienter uddannes til at tage hånd om deres egen diabetes”.

### **Hvordan vil I samarbejde med Diabetesforeningen?**

“Først og fremmest er vi i SDCO glade for det nuværende samarbejde med Diabetesforeningen, blandt andet i regi af faglige udvalg på regionalt og lokalt niveau, herunder Diabetesudvalget i Region Syddanmark, Fyns Diabetesudvalg og det nationale diabetesnetværk. For SDCO er Diabetesforeningen en vigtig spiller i det samlede sundhedsvæsen, og foreningen har en væsentlig rolle som støtte og hjælp for diabetespatienter i hele landet og som patienternes talerør nationalt, regionalt og lokalt.

SDCO ønsker en tæt dialog med Diabetesforeningen gennem de mange forskellige fora, og vi inviterer løbende Diabetesforeningens bestyrelsesmedlemmer i de syddanske lokalforeninger med til orienteringsmøder om SDCO”. ■

# Vi skal være der, hvor patienten lever sit liv



AF Lise Tarnow  
Direktør for Steno Diabetes  
Center Sjælland. Dr.med.  
Tidligere forskningschef på  
Nordsjællands Hospital

Steno Diabetes Center Sjælland har fokus på at minimere social ulighed i sundhed. En programleder med erfaring med sårbare mennesker skal opbygge og drive aktiviteterne i det murstensløse stenocenter, skriver centerdirektør **LISE TARNOW**. Diabetesbusser, nye måder at kommunikere på og tilstedeværelse, hvor patienterne rent faktisk bor, er nogle af de tiltag, hun her beskriver som en del af opskriften på at opfylde målsætningen om at gøre mere for de mest sårbare med diabetes.

## **Hvordan vil I gennemføre jeres særlige fokus på at minimere ulighed i sundhed i relation til diabetes, følgesygdomme og komorbiditet?**

‘At arbejde med ulighed i sundhed er en naturlig videreførelse af regionens fokus på netop dette område, og vi vil derfor bygge videre på eksisterende viden og kompetencer – særligt i den sydlige del af vores region. På Nykøbing Falster Sygehus vil vi etablere et fysisk fællesskab med folkene bag Lolland Falster-undersøgelsen (LOFUS) og de hertil knyttede epidemiologiske forskere samt til projektet ‘Broen-til-Bedre-Sundhed’. I Steno Diabetes Center Sjælland vil vi ansætte en programleder med erfaring fra arbejde med sårbare mennesker, der får til opgave at opbygge og drive aktiviteter målrettet denne patientgruppe – både i sygehusverdenen, men i særdeleshed ude i primærsektoren og civilsamfundet. Vi skal være dér, hvor borgeren/patienten lever sit almindelige liv.

På Universitetshospitalet i Køge vil vi særligt arbejde med komorbiditet i samarbejde med de andre højtspecialiserede afdelinger. Med kardiologerne vil vi samarbejde omkring udvikling og afprøvning af udvidede tilbud om undersøgelse for uerkendt hjerte-kar-sygdom blandt mennesker med diabetes og systematisk screening for diabetes blandt patienter med hjertesygdom. Tilsvarende vil vi arbejde for at forbedre forløbene for patienter med diabetisk

nyresygdom både på hospitalerne og i primærsektoren. Vi vil samarbejde med vores neurologiske kolleger omkring patienten med diabetes og apopleksi. Endelig vil vi sammen med øjenafdelingen iværksætte nye initiativer målrettet det nære sundhedsvæsen i form af samme-dags-screening (flere/alle undersøgelser foretaget samme dag),

**“ En diabetesklinik i det psykiatriske hospital vil betyde, at patienterne kan forblive i deres vante rammer og blive mødt i fleksible konsultationer med behandlere fra både endokrinologien og psykiatrien**

screeningsbusser og hjemmemonitorering, værdibaseret styring af initiativer samt patientinvolvering i udvikling af individualiserede mål, sygdomskompetenceværktøjer og undervisningsmaterialer omkring diabetisk øjensygdom.

Vi har i vores drejebog beskrevet en række konkrete aktiviteter målrettet tidlig opsporing af diabetes blandt højrisikogrupper, et program til forebyggelse af udvikling af diabetes blandt svært overvægtige samt nye måder at organisere diabetestilbuddet til sårbare personer med dia-

betes herunder differentierede konsultationstider og akut-tider, samme-dags-screening for komplikationer, opso-gen-de funktion, en diabetesbus, støttepersoner og tværfaglige og tværsektorielle teams. Ligeledes vil vi arbejde med forbedret patientkommunikation til sårbare, både når det handler om form, indhold og sprog.

Endelig har vi et helt særligt indsatsområde rettet mod psykiatriske patienter, der også har diabetes. I tilknytning til Psykiatrien i Slagelse etablerer vi derfor en kvalitets-, udviklings- og forskningsenhed samt en fysisk behandlingsenhed. Vi vil helt konkret oprette en diabetesklinik i det psykiatriske hospital. Det vil betyde, at patienterne kan forblive i deres vante rammer og blive mødt i fleksible konsultationer med behandlere fra både endokrinologien og psykiatrien.

Særlige indsatsområder vil herudover være fokuseret på børn og unge med diabetes og samtidig psykisk sygdom, polyfarmaci, systematisk screening for diabetes samt en integreret specialindsats over for sundhedstruende overvægt blandt personer med alvorlig psykisk sygdom”.

### **Hvordan vil I samarbejde med de øvrige steno-centre?**

“Steno Diabetes Center Sjælland indgår på lige fod med de øvrige centre i flere forskellige netværk, som netop har til formål at styrke samarbejdet og koordinere indsatserne i de forskellige centre, så vi bedst muligt kan supplere hinanden og skabe synergi og en stærk fælles national indsats.

Vi har en stærk tradition for tætte samarbejder med vores kolleger rundt i landet og vil gennem åbenhed og tæt kommunikation søge alle samarbejder, som kan være med til at løfte kvaliteten – både i det kliniske arbejde, men også meget gerne inden for forskning og uddannelse”.

### **Hvordan vil I sikre et løft til diabetespatienterne i kommunerne og almen praksis?**

“Region Sjælland har store geografiske afstande, og derfor har vi i vores drejebog en særlig sammenhængende indsats, som ikke blot skal binde sektorer sammen, men også have en bredere tilgang til fælles og koordinerede forløb med et højt niveau af patientinddragelse hele vejen fra udvikling over afprøvning til implementering.

Programmet vil blive drevet af en dedikeret programleder og vil blandt andet omfatte patientuddannelse og kompetenceudvikling for sundhedsprofessionelle og andre personer med kontakt til patienten med diabetes. Vi vil arbejde målrettet med bedre koordinering og overblik gennem vi-

dendeling på tværs af sektorer og aktører gennem etablering af partnerskaber med kommunerne – i første omgang på Vestsjælland – samt afprøve en række nye samarbejdsmodeller med almen praksis. Ligesom vi planlægger støtte til almen praksis ved nyopdaget type 2-diabetes og et projekt, der skal undersøge om en samme-dags-screening for komplikationer på hospitalet højner den patientoplevede og kliniske kvalitet for patienter fra primærsektoren”.

### **Hvordan vil I arbejde med inddragelse af patienterne og patientcentrering i behandling, forebyggelse og uddannelse?**

“Steno Diabetes Center Sjælland skal være kendt for sin patientcentrerede diabetesindsats og skal derfor i udviklingsarbejdet involvere personer med diabetes og deres pårørende. Derved sikres fleksible tilbud, der giver personer med diabetes gode redskaber til et aktivt ejerskab til eget forløb og den bedst mulige livskvalitet.

På alle niveauer vil vi inddrage personer med diabetes – ikke blot i deres eget behandlingsforløb, men også på et mere organisatorisk niveau”.

### **Hvordan vil I samarbejde med Diabetesforeningen?**

“Allerede som led i udarbejdelse af vores drejebog har vi haft en betydelig grad af patient- og pårørendeinvolvering, idet patienterne har deltaget i både workshops og arbejdsgrupper i forbindelse med forberedelserne. Tilsvarende har vi haft repræsentanter for Diabetesforeningen med om bord ved de fleste af vores workshops.

På sigt forventer vi et endnu tættere samarbejde – blandt andet på uddannelsesområdet, hvor vi pusler med tanken om at videreudvikle portalen, [www.helbredsprofilen.dk](http://www.helbredsprofilen.dk), til også at bidrage med diabetesrelevant tegnet, filmet og skrevet online informationsmateriale udviklet af Region Sjælland sammen med patienter, sundhedsprofessionelle og Diabetesforeningen”. ■

# “Digital sundhed skal gøre livet med diabetes lettere



Af Poul Erik Jakobsen

Direktør for Steno Diabetes Center Nordjylland. Ledende overlæge, Aalborg Universitetshospital

Steno Diabetes Center Nordjylland har digital sundhed som fokusområde. Telemedicin, systematisk dataindsamling, brug af data og forskning i ny teknologi skal være med til at skabe nye tilbud til gavn for dem, der har diabetes og deres pårørende, skriver centerdirektør **POUL ERIK JAKOBSEN**. Patienter og pårørende vil fortsat blive inddraget i arbejdet med udvikling af nye tilbud.

## Hvordan vil I gennemføre jeres særlige fokus på digital sundhed?

“Med digital sundhed skal vi levere sundhedsydelse i nærområdet i et specialiseret og centreret sundhedsvæsen. Det kræver, at vi samarbejder med patienter og pårørende på tværs af sektorer og på tværs af offentlige og private aktører.

Digital sundhed er ikke en selvstændig disciplin, der meningsfyldt kan stå alene, men et værktøj der bidrager til redesign og nytænkning af et sammenhængende sundhedsvæsen med både forebyggelse, behandling og rehabilitering – med afsæt i, hvad der giver sundhedseffekt, og hvad der giver bedre behandling, tryghed og livskvalitet for borgeren med diabetes og de pårørende.

Det kan for eksempel være nye former for sensorer eller teknologi, der overflødiggør nogle af de mange besøg på sygehuset. Alt sammen noget, der skal gøre livet med diabetes lettere.

Steno Diabetes Center Nordjylland (SDCN) tilgår digital

sundhed ud fra tre hovedindsatsområder: 1) Telemedicin og digitalisering med fokus på løsninger, som understøtter livet med diabetes 2) Data, som handler om systematisk at opsamle og bruge data fra både sundhedsprofessionelle og borgere med diabetes til behandling, monitorering og forebyggelse 3) Et forskningsfokus med henblik på at udvikle og modne fremtidens teknologi til diabetesområdet og i tæt samarbejde med videns- og forskningsmiljøerne at skabe rum for innovation og samskabelse af nye tilbud.

Hvordan vi udnytter store datamængder, kunstig intelligens og maskinlæring er eksempler på forskningssemner, men vi vil også samarbejde med virksomheder om udvikling og afprøvning af helt nye teknologier suppleret med forskning, der måler på, om det har en effekt på behandlingen og patienttilfredsheden, og hvordan det påvirker sundhedsøkonomien. Samarbejdet mellem hospital, kommune og praktiserende læge bliver en del af indsatsen”.

## Hvordan vil I samarbejde med de øvrige stenocentre?

“SDCN har i processen både op til og efter godkendelse af drejebogen for den fremtidige diabetesbehandling i Nordjylland samarbejdet med de øvrige regioner. Der pågår løbende videns- og erfaringsudveksling, og alle stenocentre indgår i to landsdækkende videns- og erfaringsnetværk, hvoraf det ene drives af Danske Regioner, og det andet drives af Novo Nordisk Fonden. Derudover vil der på sigt blive etableret samarbejder inden for eksempelvis regioner-



nes respektive særkender og uddannelse og kompetenceudvikling. På forskningsområdet og i forhold til supplerende behandlingsinitiativer er det endvidere intentionen, at der skal etableres relevante samarbejder”.

### **Hvordan vil I sikre et løft til diabetespatienterne i kommunerne og almen praksis?**

“Et sammenhængende sundhedsvæsen, der skaber fleksible sundhedsydelse med afsæt i patientens behov, er det naturlige afsæt for SDCN. Det betyder, at et tæt samarbejde med både kommuner og almen praksis er både naturligt og nødvendigt.

Rammen for det tværsektorielle samarbejde mellem Region Nordjylland, kommuner og almen praksis (og dermed også det tværsektorielle samarbejde i regi af SDCN) er den ’Sygdomsspecifikke Sundhedsaftale for Type 2 Diabetes’. SDCN’s samarbejde og dialog omkring diabetesindsatsen på tværs af sektorgrænserne skal derfor indarbejdes i den kommende Sundhedsaftale. De tværsektorielle samarbejdsprojekter i SDCN udvikles og gennemføres med henblik på at afprøve nye samarbejdsformer og løsningsmodeller, som kan bidrage til bedre forebyggelse samt tidlig opsporing af diabetes og senkomplikationer af diabetes. Samarbejdsprojekterne bliver målrettet grupper med særlige udfordringer i forhold til deres behandling. Eksempelvis sårbare voksne, psykisk syge, børn og unge fra sårbare familier, overvægtige børn samt gravide. SDCN’s rolle i forhold til det tværsektorielle samarbejde vil blandt andet bestå i:

- Indsamling og formidling af den nyeste viden
- Udvikling, implementering og evaluering af tværsektorielle projekter
- Specialistrådgivning om diabetes til almen praksis, kommuner samt patienter og pårørende
- Uddannelse og kompetenceudvikling af sundhedsprofessionelle på tværs af fag- og sektorgrænser
- Uddannelse af patienter og pårørende
- Kvalitetsudvikling af diabetesindsatsen på tværs af sektorer gennem indsamling, deling og analyse af kvalitetsdata.

SDCN kommer til at arbejde med uddannelse og kompetenceudvikling, så der opleves et generelt løft omkring diabetesområdet. På samme måde skal der arbejdes med at gøre SDCN’s og hospitalernes specialviden tilgængelig for kommuner og almen praksis, uanset hvor og hvornår behovet opstår. Endelig vil der særligt under SDCN’s særkende være

fokus på at skabe tværsektorielt samarbejde omkring digitale løsninger”.

### **Hvordan vil I arbejde med inddragelse af patienterne og patientcentrering i behandling, forebyggelse og uddannelse?**

“Den patientcentrerede tilgang vil blive afspejlet i alle SDCN’s aktiviteter. Både patienter og pårørende vil systematisk blive inddraget i udvikling og tilrettelæggelse af aktiviteterne i SDCN. Dette vil ske gennem Det Regionale Diabetesudvalg samt nedsættelse af patientpaneler, hvorigennem patienter og pårørende inddrages direkte i udviklingen af de enkelte tilbud. Den patientcentrerede tilgang vil også blive afspejlet i den måde, som den kommende SDCN-bygning bliver indrettet på. Repræsentanter for patienterne er allerede inddraget i denne proces”.

### **Hvordan vil I samarbejde med Diabetesforeningen?**

“SDCN har et meget positivt og konstruktivt samarbejde med Diabetesforeningen, herunder i særlig grad med lokalforeningerne i Nordjylland. I udviklingen af drejebogen for den samlede diabetesindsats har i alt otte repræsentanter for diabetespatienter/pårørende indgået i arbejdet. Det gælder særligt områderne udvikling og beskrivelse af nye supplerende behandlingstilbud, uddannelse og kompetenceudvikling, inddragelse af patienter og pårørende, SDCN’s særkende Digital Sundhed og Diabetes samt byggeriet

**“Vi vil samarbejde med virksomheder om udvikling af og afprøvning af helt nye teknologier suppleret med forskning, der måler på, om det har en effekt på behandlingen**

af det kommende stenocenter i tæt forbindelse med Nyt Aalborg Universitetshospital. Disse repræsentanter bliver fortsat inddraget i alle relevante sammenhænge, ligesom vi vil etablere et patientpanel. Her vil SDCN igen involvere en række patient- og pårørenderepræsentanter og eventuelt også Diabetesforeningen.

Det er SDCN’s intention, at Diabetesforeningen også kommer til at spille en rolle i centrets forskellige aktiviteter, for eksempel som sparringspartner og rådgiver i design, pilot- og afprøvningsprojektet under SDCN’s særkende, når værdien af nye idéer og indsatsområdet skal vurderes”. ■

Diabetespsykolog Timothy Skinner:

# Vi skal tale om diabetes på en ny måde

Den medicinske behandling af diabetes bliver bedre og bedre. Alligevel er det svært for rigtig mange at opnå en god blodsukkerregulering. Hvorfor? Fordi følelserne omkring diabetes ikke behandles, lyder budskabet fra psykologiprofessor **TIMOTHY SKINNER**, som i Danmark vil forsøge at gøre diabetesbehandlerne bedre til at tale med og støtte deres patienter.

Af Helen H. Heidemann Foto: Nils Meilvang



### **Om Timothy Charles Skinner**

Professor i psykologi med speciale i diabetesstress på Steno Diabetes Center Copenhagen og Institut for psykologi på Københavns Universitet. Fra Storbritannien, hvor han har udviklet flere metoder til at støtte unge med type 1-diabetes og voksne med type 2-diabetes. Et af programmerne, DESMOND, udviklet til nydiagnosticerede med type 2-diabetes bruges i dag i store dele af Storbritannien, Irland, Holland, Australien og New Zealand.

På Steno Diabetes Center Copenhagen arbejder Timothy Skinner tæt sammen med forskningsleder Ingrid Willaing på Sundhedsfremme om især at uddanne sundhedsprofessionelle til bedre at støtte mennesker med diabetes. Fokus er især på yngre med type 1-diabetes, støtte på arbejdspladsen, støtte til de patienter, der også har psykiske problemer, og diabetesstress relateret til følgesygdomme.

## 5 nuancer af diabetesstress



**Scared**  
(angst)

**Helpless**  
(hjælpeløshed)



**Alone**  
(ensomhed)

**Deprived**  
(afsavn)



**Exhausted**  
(udmattelse)

Patienten er på vej ud af døren, tager fat i dørhåndtaget og siger så: “Øh, jeg ville egentlig gerne tale med dig om at droppe den der kolesterolmedicin”.

– Det sker rigtig tit, at når konsultationen er ved at være forbi, kommer patienten på banen med det, der egentlig er vigtigt for vedkommende. Derfor er det helt afgørende, at behandleren stiller ét enkelt, indledende spørgsmål. Det kunne være noget i retning af “Vi har kun ti minutter, så hvad har du brug for at tale om, så du synes, det har været umagen værd at komme her i dag?”. Mange tror, at konsultationerne så bliver længere, men de bliver faktisk kortere, fordi man som behandler ellers ofte kommer til at gentage de samme budskaber til den samme patient igen og igen, gang efter

**“Når man for eksempel siger til en med type 2-diabetes: “Du skal bare ændre din kost en lille smule, tage din medicin og dyrke lidt motion, så går det alt sammen”, så har du allerede lagt kimen til diabetesstress, fordi du samtidig siger, at hvis du ikke gør alle tre ting, så er du sikker på at dø langsomt**

gang – fordi det, man siger, ikke er det vigtigste for patienten.

Professor Timothy Skinner, der er englænder, fortæller om noget af det, der optager ham allermost: kommunikationen mellem diabetesbehandler og patient. Han er i Danmark ansat på Steno Diabetes Center Copenhagen og Københavns Universitet og er i gang med at lære dansk:

– Sproget er meget væsentligt, når vi taler diabetesbehandling. Derfor bliver jeg nødt til at lære dansk, hvis jeg skal kunne gøre det bedst muligt, mens jeg er her, for jeg er meget nysgerrig på, hvordan behandlerne i Danmark taler med deres diabetespatienter. Men dansk er faktisk heller ikke så svært, i hvert fald ikke at læse, forsikrer han på kontoret på universitetet i Østre Farimagsgade i København.

### Sprog kan udløse skyld og skam

På væggen hænger den traditionelle whiteboardtavle, men også et australsk billede udført af aboriginere – Australiens oprindelige folk. Billedet viser en helbreder og en åndelig helbreder – et billede, Timothy Skinner fik af sine australske kolleger, inden han kom til Danmark, og som går fint i tråd med hans egen mission om at øge livskvaliteten hos

mennesker med diabetes.

I Australien arbejdede Timothy Skinner fra 2007 til 2016 med metoder til, hvordan man kan reducere diabetesstress. Sproget er en af måderne, og på The Australian Centre for Behavioural Research in Diabetes var Timothy Skinner en af udviklerne bag et holdningspapir om, hvordan man kan forbedre kommunikationen med og om mennesker med diabetes.

– Meget sprog omkring diabetes er fordømmende og negativt. Patienterne er “non-compliant” (i betydningen, at de for eksempel ikke tager deres medicin, *red.*), de er i “fornægtelsesfasen”, de “accepterer” ikke deres sygdom. Vi skal fjerne det fordømmende sprog og den iboende stigmatisering, for det bidrager kun til skyld og skam og hjælper ikke på nogen måde dem, der har diabetes. Selv om der er livsstilsfaktorer, der kan være med til at udløse type 2-diabetes, hjælper det ikke folk at slå dem oven i hovedet med det. Lad os derfor slippe det sprog!

Måden, vi taler om os selv på, og måden vi omtaler andre på, bliver virkelighed, er en af pointerne i holdningspapiret, hvor det hedder, at sprog har kraften til at overtale, til at ændre eller forstærke overbevisninger og stereotyper både til det gode og det dårlige. Ord gør mere end at reflektere folks virkelighed. Ord skaber virkelighed og påvirker den måde, vi ser verden på – inklusive hvordan det er at have diabetes.

– Sproget omkring diabetes skal støtte folk med diabetes. Ikke det modsatte. Sproget skal øge motivationen og velværet. Negativt sprog om diabetes er demotiverende, ofte upræcist, og kan faktisk gøre skade, siger Timothy Skinner.

### Sundhedsprofessionelle kan bidrage til diabetesstress

En af de måder, sproget kan gøre skade på, er ved at øge mængden af diabetesstress hos den, der har diabetes, mener Timothy Skinner, der ser en direkte parallel mellem diabetesstress hos den enkelte og det faktum, at patienternes langtidssukre i gennemsnit ikke er blevet nævneværdigt forbedret siden starten af 1990'erne.

– Vi har fået bedre og mere effektiv medicin, vi har fået insulinpumper og sensorer, men det hjælper tilsyneladende ikke særlig meget på slutresultatet. Hvorfor ikke? Fordi folk er deprimerede og har diabetesstress og den del af diabetes bliver adresseret alt for lidt. Det er fint at forske i en kur og i ny medicin og teknologi, men det tager jo mange år at udvikle. Hvis vi virkelig skal hjælpe folk, skal vi hjælpe dem til at leve med diabetes. Årsagen til, at folk får diabetes,

## Emojis skal motivere

Timothy Skinner står bag facebook siden **emojifit Diabetes**, der har over en halv million følgere. På siden lægges kun opslag op med et positivt og motiverende indhold.

Siden er tænkt som en hjælp til at støtte mennesker med type 2-diabetes. En app med samme navn er tilgængelig til androidtelefoner.

Læs mere på [emojifit.com.au](http://emojifit.com.au)



forsvinder jo heller ikke, selv om vi finder bedre måder at behandle diabetes på.

Følelserne, der er forbundet ved at have diabetes, bliver ikke behandlet, er hans budskab, og det er en fejl og kan gøre en forskel, hvis vi gjorde.

Timothy Skinner har, inspireret af bogen “Fifty Shades of Grey”, identificeret “Five shades of diabetesdistress” (fem nuancer af diabetesstress): “Scared” (angst), “Hel- ▶▶

» pless” (hjælpeløshed), “Alone” (ensomhed), “Deprived” (afsavn) og “Exhausted” (udmattelse).

Mennesker med type 1- og type 2-diabetes er begge un-



**Hvis vi virkelig skal hjælpe folk, skal vi hjælpe dem til at leve med diabetes. Årsagen til, at folk får diabetes, forsvinder jo heller ikke, selv om vi finder bedre måder at behandle diabetes på**

der pres, vurderer Skinner. Belastningen er bare forskellig. Har man type 1-diabetes, sker der ofte en afvejning af, hvad der er værst: Er det for eksempel bedre at ligge for højt i blodsukker på arbejdspladsen for at undgå hypoglykæmi på jobbet for så til gengæld at risikere følgesygdomme om 30 år? Og for mennesker med type 2-diabetes handler det om at skamme sig og føle skyld, fordi det er svært at tabe sig og ændre livsstil.

– Når folk føler angst, er det for eksempel, fordi de er bange for at få følgesygdomme. Mange overvurderer imidlertid deres risiko. Og når folk føler hjælpeløshed, handler det tit om, at man ikke kan gøre alting: motionere, spise sundere, tabe sig. Eller fordi man får modsatrettet information fra diabetesbehandlerne og ikke ved, hvad man egentlig skal gøre, siger Timothy Skinner.

En del af diabetesstressen er altså skabt af de sundhedsprofessionelle, pointerer han.

– Når man for eksempel siger til en med type 2-diabetes: “Du skal bare ændre din kost en lille smule, tage din medicin og dyrke lidt motion, så går det alt sammen”, så har du allerede lagt kimen til diabetesstress, fordi du samtidig siger, at hvis du ikke gør alle tre ting, så er du sikker på at dø langsomt. Man skræmmer folk fra vid og sans, for ingen kan jo gøre alting på én gang. I stedet begynder folk at spise mere, motionere mindre og lader være med at tage medicinen. Det kender man jo fra sig selv. Har man en dårlig dag, så ryger man mere, end man plejer, og spiser mere, end man bør – alt det, man ikke vil gøre mere af.

### Behandlere skal holde mund

Men hvad skal man så sige som behandler?

– Det bedste råd er, at man skal holde mund. Og høre efter, hvad den enkelte gerne vil tale om. Skal man tale om følgesygdomme, er det bedst at foretage en individuel risikovur-

dering. Forskellige mennesker har jo forskellig risiko for at få eksempelvis et hjerteanfald og blive blind som følge af diabetes. Når man fortæller den enkelte om hans eller hendes faktiske risiko, falder diabetesstressen hos vedkommende. De bliver mindre bange, fordi det er lettere at forholde sig til en konkret risiko end en generel. Det bliver lettere at finde ud af, hvad der er vigtigt for dem at gøre for at mindske risikoen.

– Hvis man som behandler selv har noget vigtigt at drøfte med patienten, kan man sige: “Først taler vi om det, du synes, er vigtigt. Jeg synes, vi skal tale om... det taler vi om bagefter”.

– Der er to diabeteseksperter i lokalet. Det skal man virkelig huske som behandler. Behandleren er generalisten i diabetes. Patienten er ekspert i sin egen diabetes. ■

## Lav stress blandt danskere

24,4 procent blandt voksne danskere med type 1- eller type 2-diabetes har diabetesstress, viser den internationale undersøgelse DAWN2. 1.368 voksne med type 1-diabetes og 7.228 voksne med type 2-diabetes fra 17 lande har deltaget i undersøgelsen. Gennemsnittet for alle landes deltagere er, at 41 procent har diabetesstress. Danskerne hører altså til blandt de mindst ramte af diabetesstress.

*Kilde: Ulla Møller Hansen et al.: Denmark's comparative position regarding health status, healthcare provision, self-management and social support: Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study (DAWN2). Scandinavian Journal of Public Health, 2014*

## Mange har haft brug for hjælp

I en undersøgelse foretaget blandt 812 medlemmer af Diabetesforeningens Diabetespanel i 2014 oplyste 5 ud af 10 (51 %) med type 1-diabetes og 4 ud af 10 (39 %) med type 2-diabetes, at de oplevede mistrivsel, stress, depression og angst som følge af diabetes, og at de på et tidspunkt havde haft brug for hjælp til at håndtere psykiske eller trivselsmæssige problemer.

*Kilde: Diabetesforeningens medlemsblad Diabetes, november 2014*



## Facebook:

# Et samlingssted for

I de lukkede facebookgrupper diskuteres livet med diabetes. Medlemmerne giver hinanden gode råd om alt fra insulinpumper og plastre, til hvordan man bedst undgår lave og høje blodsukre. Sundhedsprofessionelle kan høste stor viden i grupperne, skriver antropolog, ph.d. **NATASJA KINGOD.**

### Tips og tricks

Låne udstyr  
Tips til lettere egenbehandling

### Erfaringsbaseret viden

Kropslige eksperimenter  
Erfaringsbaseret viden  
Skræddersyet viden

I Danmark spirer det ene type 1-diabetesfællesskab efter det andet frem på Facebook. Her er der adgang til erfaringsbaseret viden døgnet rundt om livet med sygdommen, hverdagsudfordringer og inspiration til bedre håndtering af forskellige problematikker.

Facebook har flere end to milliarder brugere verden over. Sygdomsgrupper og fællesskaber har været stigende siden 2010, hvor Facebook lancerede 'community pages'-funktionen, der gjorde det muligt at oprette interessegrupper<sup>(1)</sup>. I dag eksisterer der flere end 17 danske lukkede facebookgrupper alene om type 1-diabetes. Grupperne er lukkede og kræver indmeldelsesaccept fra opstarterne/administratorerne af grupperne. Type 1-diabetesgrup-





Af Natasja Kingod [natasja.kingod@gmail.com](mailto:natasja.kingod@gmail.com)

Antropolog, ph.d. Har skrevet erhvervs-ph.d. om, hvordan mennesker med type 1-diabetes bruger Facebook. Ph.d.en er et samarbejde mellem Center for Sundhedsfremme, Steno Diabetes Center Copenhagen og Institut for Antropologi, Københavns Universitet.

# patientviden

## Sygdoms- associeret identitetsarbejde

Auto-biografiske historier  
Normaliserer/genforhandler  
identitet  
Spejling

## Det kan facebookgrupperne

I grupperne om type 1-diabetes på Facebook kan medlemmerne blandt andet låne udstyr, spejle sig i hinandens historier og få viden.

## Social støtte og fælleskab

Mindsker social isolation  
Fælles støtte  
Undgår "diabetespolitiet"

## Fælles stemme og mobilisering

Opdeling af type-1 og type-2  
diabetes. Aktivist/hackivist  
Kommunale forskelle  
i støtte

perne er inddelt i generelle større grupper og mindre og mere specialiserede grupper om for eksempel insulinpumper, glukosesensorer og livet med diabetes med fokus på kost og motion.

Det er let at få adgang til sygdomsfællesskaberne, når man allerede er på Facebook med en personlig profil, og mange har installeret facebook-appen på smartphones og tablets. Grupperne benyttes periodevis af personer med type 1-diabetes, når behovet for sparring og fællesskab opstår. I grupperne informeres man også om fysiske møder i byen med faglige oplæg arrangeret i fællesskab med Diabetesforeningen eller opslåede mindre café-møder på eget initiativ af medlemmer i gruppen.

## Fællesskaberne fungerer som supplement til kontrolbesøg

Siden internettet blev lanceret, har folk i højere grad søgt svar på deres sygdom på nettet, end de har konfereret med sundhedsprofessionelle<sup>(2-3)</sup>.

Selvhjælpsgrupperne på Facebook kan beskrives som autonome, frivillige og som samlingssted for mennesker i lignende situationer eller med samme sygdom eller tilstand. Fokus for grupperne er at gå sammen om at løse praktiske problemer, yde følelsesmæssig og social støtte og dele viden<sup>(4-5)</sup>. Grupperne har ofte flere tusinde medlemmer, hvor dog langt fra alle er aktive i grupperne.

Type 1-diabetesfællesskaberne på Facebook eksiste- ►►

» rer i form af 'peer-to-peer', hvor videndeling går fra person til person med samme forståelse, kendskab eller situation omkring livet med diabetes. Denne videndeling foregår oftest helt uden om de sundhedsprofessionelle og benyttes i stigende grad som supplement til kontrolbesøgene hver tredje måned. Grupperne startes og administreres af personer med type 1-diabetes. Emnerne, der bringes op, er mangfoldige, men relaterer sig til livet med diabetes, og ofte har de meget praktisk karakter. Emner kan dog også relatere sig til sygdomsassocieret identitetsarbejde, hvor genforhandling af identitet sker via peer-to-peer spejlinger<sup>6</sup>. Det kan dreje sig om, hvordan man genfinder sin mor-identitet efter et barns diabetesdiagnose, eller hvordan et fysisk aktivt liv med adskillige maratonløb kan opretholdes. Mange af de mere overordnede emner, der bringes op i grupperne, overlapper emner i grupper for andre kronisk sygdomme (se illustration side 32-33).

På nogle områder kan det være svært for diabeteslægen

eller sygeplejersken at yde specifik rådgivning om for eksempel samspelet mellem mad, motion og justeringen af insulinpumpen, og det er netop her, at andres erfaringer kan inspirere til bedre håndtering af sygdommen. Et konkret eksempel er et erfaringsbaseret tip fra en ligesindet omkring praksisser op til, under og efter en times hård spinning i fitnesscentret. En kvinde med type 1-diabetes skrev i en af grupperne, hvor frustreret hun var over et styrtdykkende blodsukker under og efter spinning. Et medlem af gruppen svarede, hvordan han selv havde knækket koden med et faldende blodsukker ved at skrue ned for basalraten på 50 procent en time inden spinning og samtidig indtage 15 gram kulhydrater i flydende form for at undgå at kollapse midt under timen. Kvinden var så opgivende, at hun var ved at droppe motionen af frygt for hypoglykæmi, men mandens svar til hendes opslag inspirerede hende til at ændre praksis. Selvom svarene ofte beror på individuelle vurderinger, så kan en erfaringsbaseret viden inspirere til en

## Mange forskellige grupper

*Natasja Kingod har kortlagt flere end 17 type 1-diabetesgrupper i 2015-2016 med et medlemstal mellem 100-4.000. Der er grupper om insulinpumper, motion, mad osv. og lokale grupper.*



ændring af praksisser og justeringer i for eksempel bolusmængde og basalrater i insulinpumpen, der måske knækker koden på et drilsk blodsukker for den pågældende.

**“ På Facebook hjælper personer med type 1-diabetes med at oversætte og tilpasse biomedicinsk viden til let tilgængeligt hverdagsprog og individuel kontekst**

Egenbehandling visualiseres oftest i posts akkompagneret af et billede af det pågældende problem. Det kan være en person, der har fundet en løsning på et plaster, så det ikke giver udslæt og kan sættes ovenpå en glukosesensor for en mere sikker hæftning. Et billede af en arm med en sensor og det pågældende plaster og mærke kan være en stor hjælp for andre. Billedet bidrager til en større forståelse af

både problem og svar. I hver gruppe er det muligt at uploade dokumenter, hvilket kan være alt fra hjemmelavede skemaer på blodsukkerkontrol, diverse tekniske manualer om for eksempel insulinpumpe og graviditet til filer med nyttige links. Filerne kan frit downloades af medlemmerne af gruppen. Grupperne er et sted at samle, dele og søge viden. Men er denne viden på nogen måde “farlig”?

### Medlemmer deler hverdagserfaringer

Et af kritikpunkterne på Facebook omhandler fake news og post-faktuelle nyhedsopdateringer, der er stigende på samtlige sociale medier. Det kan være svært at tjekke kilden til et opslag, der cirkulerer på venners væg og derefter deles i grupperne. Er det falsk og ukorrekt viden, og er kilden troværdig? Med flere hundrede 'likes' og kommentarer på et falsk nyhedsopslag kan det være svært at forholde sig kildekritisk. Ukorrekt viden eksisterer dog i mindre grad i de lukkede sygdomsgrupper end på de ►►



» personlige facebookvægge. De lukkede grupper er både mere seriøse og kontrollerede. Type 1-diabetesgrupperne har ofte en eller flere administratore, der kontrollerer tonen i gruppen, og hvad der postes. Medlemmerne er også gode til at kommentere ukorrekt information, og oftest rådes den tvivlende til at tage kontakt til egen læge, hvis en post omhandler tvivl om insulindosis eller anden potentiel farlig praksis, der er umulig for medlemmerne at svare på.

Den viden, der deles, bygger på hverdags erfaringer og udfordringer med sygdommen. Når blodsukkeret bare ikke vil ned i løbet af natten, kan der søges råd og vejledning på Facebook. Svarene på ovenstående episode er uskadelige og bygger på egne erfaringer med høje natlige blodsukre med inspiration til at ændre ved indstillinger og mønstre i insulinpumpen, tjekke efter for bobler i insulin-slangen eller et bøjet indstik, til vurdering af kostens indflydelse på blodsukkeret, mulig arvævsvdannelse, der forsin-ker insulinens flow, eller en begyndende influenza. Det er en praktisk erfaringsbaseret viden, der bygger på års erfaring med at tilpasse generel og evidensbaseret viden til krop og hverdagsliv. Antropologen Jeannette Pols kalder denne viden for 'patientviden' (patient knowledge) i sine studier om personer med kronisk sygdom<sup>(7)</sup>. Facebook er blevet et samlingssted for 'patientviden', hvor personer med type 1-diabetes hjælper hinanden med at oversætte og tilpasse biomedicinsk viden til let tilgængeligt hverdags-sprog og individuel kontekst.

### God idé at indgå i dialog om Facebook

Facebook kan bidrage til bedre at mestre egenbehandling. Det er vigtigt, at sundhedsprofessionelle anerkender og imødekommer patienternes brug af Facebook og indgår i saglig dialog. Meget tyder nemlig på, at brug af sociale medier omkring sygdom er stigende. En afvisning eller kritik af brug af Facebook viser sig at være skadelig for patient-behandler-relationen, og ved næste møde vil patienten være mere tilbageholdende med at berette om facebookgrupperne. Facebook bruges også til at rangere de sundhedsprofessionelle og til at lukke frustrationer ud om manglende forståelse og empati ved konsultationerne. En afvisende attitude over for brugen af Facebook skaber en ugunstig relationskløft. Derimod er det tillidsvækkende at indgå i dialog om den viden, der høstes og deles på Facebook. Og det kan give den sundhedsprofessionelle indgang til bedre kendskab til individuelle behov og hver-

## Behandlere starter facebookgrupper

Enkelte behandlere starter deres egne facebookgrupper. For eksempel har overlæge Henrik Holm Thomsen fra Endokrinologisk Ambulatorium på Regionshospitalet Viborg startet gruppen "Diabetes Viborg".

– Med vores gruppe ønsker vi at være en pålidelig kilde til information og en mulighed for at få viden – også uden for besøgene i ambulatoriet. Vores patienter lever jo med en kronisk sygdom, der kræver en hel del opmærksomhed i hverdagen, og vi vil gerne bakke dem op og være nærværende på en anden måde, siger Henrik Holm Thomsen i nyhedsbrevet Hospitalsenhed Midt.

dagsproblematikker i livet med type 1-diabetes. Samtidig har den sundhedsprofessionelle mulighed for at opfordre patienten til eventuel kildekritik uden selv at fremstå unuanceret eller måske ligefrem skeptisk. Nogle sundhedsprofessionelle har startet egne grupper på Facebook, hvor de opfordrer deres patienter til at deltage, dele erfaringer og stille presserende spørgsmål. Andre sundhedsprofessionelle 'lurker' i nogle af de større type 1-diabetesfællesskaber for at have en finger på pulsen om de udfordringer, som personer med type 1-diabetes møder. ■

#### REFERENCER:

1. Brügger N: A brief history of Facebook as a media text: The development of an empty structure. *First Monday*. 2015; 0. Published Online.
2. Jones E, Sinclair JM, Holt RI, Barnard KD: Social networking and understanding alcohol-associated risk for people with type 1 diabetes: friend or foe? *Diabetes Technology and Therapeutics*. 2013;15:308-314.
3. Wikgren M: Health discussions on the Internet: A Study of knowledge communication through citations. *Library & Information Science Research*. 2001;23:305-317.
4. Borkman T: Self Help Volunteering. Pp. 428-431. In D. Burlingame (ed.). *Philanthropy in America: A comprehensive historical encyclopedia*. Santa Barbara, CA: ABC-CLIO. 2004.
5. Borkman T: Experiential knowledge: A new concept for the analysis of self-help groups. *Social Service Review*. 1976;50:445-456.
6. Kingod N, Cleal B, Wahlberg A, Husted G: Online peer-to-peer communities in the daily lives of people with chronic illness: A qualitative systematic review. *Qualitative Health Research*. 2017;27:89-99.
7. Pols J: Knowing patients: Turning patient knowledge into science. *Science, Technology, and Human Values*. 2014;39:73-97.





Af Louise Groth Grunnet

[Louise.groth.grunnet@regionh.dk](mailto:Louise.groth.grunnet@regionh.dk)

Postdoc, ph.d., Rigshospitalet. Har gennem de sidste 14 år arbejdet med emner som fedme, prædiabetes og diabetes og forståelsen af patofysiologien bag samt hvilke langtidskonsekvenser gestational diabetes har for både mor og barn.

# Mors graviditetsdiabetes kan disponere for fedme og type 2-diabetes hos barnet

Kvinder, der har haft graviditetsdiabetes, er i øget risiko for senere at udvikle type 2-diabetes. Det danske studie "Bedre sundhed i generationer" viser, at også barnet er i risiko. Allerede i alderen 9-16 år har børn født af mødre med graviditetsdiabetes for eksempel højere fastblodsukker og mere af det farlige fedt omkring maven end andre børn.

Type 2-diabetes er en sygdom med store sundhedsmæssige, sociale og økonomiske konsekvenser. I mange lande har man set betydelige stigninger i forekomsten af graviditetsdiabetes og i forekomsten af overvægtige gravide kvinder. I Danmark vejer omkring hver tredje kvinde mere end anbefalet i graviditeten, og cirka tre procent af de gravide kvinder har graviditetsdiabetes. Forekomsten har også her været stigende gennem de senere år<sup>(1)</sup>.

## Programmeringshypotesen

Udvikling af type 2-diabetes involverer prædisponerende faktorer som arvelighed og miljø herunder et ugunstigt intrauterint (i livmoderen) miljø.

Det ugunstige miljø kan blandt andet være under- og eller fejlnæring, der kan føre til, at babyerne fødes med lav fødselsvægt, eller det kan være et intrauterint miljø

med overernæring som for eksempel hyperglykæmi, hvor babyerne har en tendens til at blive født med høj fødselsvægt.

Begge intrauterine miljøer kan give en øget risiko for udvikling af metaboliske sygdomme, herunder type 2-diabetes, samt fedme hos børnene senere i livet. Det vil sige, at eksponering af visse forhold i fosterlivet herunder under- og overernæring er forbundet med en øget risiko for at udvikle sygdomme senere i livet. Man taler om, at fosteret "programmeres" til en senere øget sårbarhed for sygdomme – en teori, der går under betegnelsen "The Fetal Programming Hypothesis eller programmeringshypotesen"<sup>(2)</sup>.

## Graviditetsdiabetes

Netop fordi type 2-diabetes er en sygdom med store sundhedsmæssige, sociale og økonomiske konsekvenser, er det vigtigt at opspore personer i høj risiko for at udvikle type 2-diabetes.

En sådan risikogruppe er børn, hvis mødre havde diabetes under graviditeten også kaldet svangerskabsdiabetes eller gestational diabetes mellitus (GDM).

Om denne programmeringseffekt kan have medvirket til den store stigning, man i mange lande har set i forekomsten af diabetes og fedme, er ikke klart. Dog synes det plausibelt, at hvis diabetes og fedme i forbindelse med graviditet kan "programmere" fosteret til at have øget risiko for at udvikle disse sygdomme som voksen, vil sådan en sammenhæng alt andet lige vedligeholde den høje forekomst af diabetes og fedme og eventuelt endda kunne vise sig at være selvforstærkende.

Hvis målrettede forebyggelses- og kontrolstrategier, der kan bryde denne "onde cirkel", skal udvikles, vil det være nødvendigt med studier, der favner over lange livsforløb; ideelt set fra før fødslen og ind i voksenalderen. Et tidligere dansk studie har vist, at ►►

## Pubertetsudvikling

Forskelle i pubertetsstatus mellem børn, hvis mødre havde graviditetsdiabetes, og kontrolbørn efter justering for alder. For drengene var der ingen forskel i pubertetsudviklingen mellem de børn, hvis mødre havde haft GDM og kontrolbørnene. Det var der til gengæld blandt pigerne baseret på brystudvikling. Denne forskel forsvandt dog efter justering for pigernes egen BMI.

Kilde: Reference<sup>(5)</sup>



► børn født af mødre med graviditetsdiabetes i de tidlige voksenår samlet set har otte gange højere risiko for at udvikle prædiabetes og type 2-diabetes samt dobbelt så stor risiko for at blive overvægtig i en tidlig voksenalder sammenlignet med børn født af mødre uden graviditetsdiabetes<sup>(3,4)</sup>.

nets sundhed, så den forebyggende indsats over for gravide kvinder og deres børn kan forbedres.

“Bedre sundhed i generationer” omfatter ca. 100.000 graviditeter i perioden 1996-2002, og der foreligger omfattende data på disse kvinder og deres børn både under og efter gravi-

dre muskelmasse og mere af det farlige fedt i maveregionen end børn i kontrolgruppen. Desuden havde børn af mødre med tidligere graviditetsdiabetes også højere fasteinsulin og C-peptidværdier samt højere triglycerider og lavere plasma HDL-kolesterolniveauer.

Eftersom fedme er tæt associeret med udvikling af insulinresistens og type 2-diabetes, justerede vi vores analyser for barnets egen fedmegrad samt moderens BMI for graviditeten. Selv efter disse justeringer havde børnene født af mødre med graviditetsdiabetes højere faste glukoseniveauer og var mere insulinresistente.

**“ Hvis diabetes og fedme i forbindelse med graviditet kan “programmere” fosteret til at have øget risiko for at udvikle disse sygdomme som voksen, vil sådan en sammenhæng alt andet lige vedligeholde den høje forekomst af diabetes og fedme og eventuelt endda kunne vise sig at være selvforstærkende**

### Børn har tidlige tegn på prædiabetes

I det store danske studie, som for nylig er publiceret i Diabetes Care<sup>(5)</sup>, indgår næsten 1.200 børn fra den nationale fødselskohorte “Bedre sundhed i generationer”, der udgår fra Statens Serum Institut. Formålet med “Bedre sundhed i generationer” er at skabe mere viden om, hvordan graviditetsperioden påvirker moderens og bar-

diteten. Fra denne kohorte har vi undersøgt de børn, hvis mødre havde graviditetsdiabetes, og sammenlignet dem med en kontrolgruppe af børn, hvis mødre ikke havde diabetes i graviditeten.

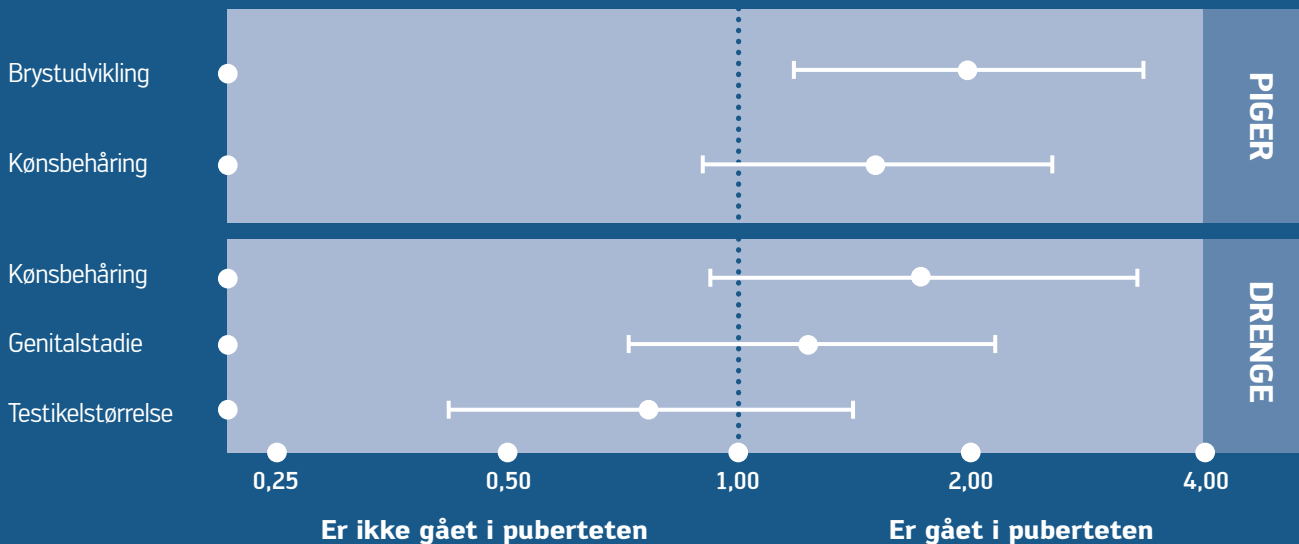
De knap 600 børn og unge mellem 9 og 16 år, hvis mødre havde haft graviditetsdiabetes, viste sig at være mere overvægtige, have højere systolisk blodtryk, højere fastblodsukker, min-

### Piger i tidlig pubertet

De unge, som deltog i den kliniske undersøgelse, fik også foretaget en pubertetsundersøgelse, hvor de blev inddelt efter Tanner-klassifikationer<sup>(6,7)</sup>. Blandt de unge så vi, at pigerne født af mødre med graviditetsdiabetes, havde næsten dobbelt så stor sandsynlighed for at være gået i pubertet baseret på



**Figur 1. Odds ratio og 95 % konfidensinterval for pubertetsudvikling, justeret for alder**



brystudviklingsstadierne sammenlignet med kontrolbørnene (figur 1).

For drengene var der ingen forskel i pubertetsudviklingen mellem de to grupper. Idet både højere fedtmasse og højere BMI er associeret med en tidligere pubertetsudvikling blandt især piger<sup>(8)</sup>, justerede vi også vores analyser for barnets egen BMI, hvorefter der ikke længere var forskel i pubertetsudvikling blandt pigerne.

### Forebyggende indsats

Det er bekymrende, at vi kan se tidlige tegn på type 2-diabetes hos meget unge mennesker. Mors graviditetsdiabetes ser altså ud til at have betydning for barnets fremtidige risiko for at udvikle type 2-diabetes. Tidligere danske studier har været på 18-27-årige, men nu ser vi altså, at der allerede blandt de 9-16-årige børn, hvis mor havde graviditetsdiabetes, er tidlige tegn på prædiabetes, overvægt og en usund fedtfordeling. Selv efter justering for barnets egen BMI havde børnene af GDM-mødrene stadig høje-

re fasteinsulin og glukoseniveauer og var mere insulinresistente end gruppen af kontrolbørn. Så selvom vi ikke kan udelukke, at andre faktorer som for eksempel barnets kost og motionsvaner spiller ind, tyder meget på, at det at have en mor med GDM påvirker barnets sundhed i negativ retning.

Det vil derfor være yderst interessant og relevant at lave opfølgningsstudier på disse børn og følge dem i voksenalderen for at se, hvordan det reelt går med deres sundhed og risiko for at udvikle diabetes.

Det er tidligere vist, at kvinder med graviditetsdiabetes har større risiko for selv at udvikle diabetes og med dette studie nu også, at børnene selv i en tidlig alder også har en større risiko. Før at bryde den øgede risiko for diabetes i begge generationer er det vigtigt med en tidlig forebyggende indsats – med fokus på sunde forhold i graviditeten og endnu bedre: sunde vaner før graviditeten. ■

### REFERENCER

1. Jeppesen C, Maundal HT, Kristensen JK, Ovesen PG, Witte DR: National study of the prevalence of gestational diabetes mellitus among danish women from 2004 to 2012. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2017;45:811-817.
2. Hales CN, Barker DJ: The thrifty phenotype hypothesis. *British Medical Bulletin*. 2001;60:5-20.
3. Clausen TD, Mathiesen ER, Hansen T et al.: High prevalence of type 2 diabetes and prediabetes in adult offspring of women with gestational diabetes mellitus or type 1 diabetes: the role of intrauterine hyperglycemia. *Diabetes Care*. 2008;31:340-346.
4. Clausen TD, Mathiesen ER, Hansen T et al.: Overweight and the metabolic syndrome in adult offspring of women with diet-treated gestational diabetes mellitus or type 1 diabetes. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2009;94:2464-2470.
5. Grunnet GL, Hansen S, Hjort L et al.: Adiposity, dysmetabolic traits, and earlier onset of female puberty in adolescent offspring of women with gestational diabetes mellitus: a clinical study within the danish national birth cohort. *Diabetes Care*. 2017; 40:1746-1755. doi: 10.2337
6. Marshall WA, Tanner JM: Variations in pattern of pubertal changes in girls. *Archives of Disease in Childhood*. 1969;44:291-303.
7. Marshall WA, Tanner JM: Variations in the pattern of pubertal changes in boys. *Archives of Disease in Childhood*. 1970;45:13-23.
8. Aksglaede L, Juul A, Olsen LW, Sorensen TI: Age at puberty and the emerging obesity epidemic. *PLoS One*. 2009;4:e8450.

# Fra nedlagt sygehus til succesfuldt sundhedshus

---

I 2017 manglede Fredericia Kommune læger. Ydernumre var nærmest usælgelige, borgernes sundhedsprofil skrantede, og endnu flere læger var på vej mod pension. Et nedlagt sygehus blev den brændende platform, der fik skuden vendt. Et sundhedshus opstod, og i dag er der ikke længere lægemangel. Kommunen har også modtaget den næststørste andel af de 200 millioner kroner, som regeringen har afsat til etablering af læge- og sundhedshuse over hele landet. Hvad er kommunens opskrift på succes? Kommunaldirektør Annemarie Schou Zacho-Broe kommer her med et bud.



AF Annemarie Schou Zacho-Broe  
Annemarie.zacho-broe@fredericia.dk  
Kommunaldirektør i Fredericia Kommune

Frøet til Fredericia Sundhedshus blev egentlig lagt allerede tilbage i 2008. Her blev det for første gang kendt, at Fredericia Sygehus i nær fremtid skulle lukke som del af udviklingen i den regionale plan for etablering af supersygehuse, en øget effektivisering og samling af afdelinger på færre hospitaler.

I sensommeren 2016 besluttede et enigt byråd at godkende en købsaftale for det tidligere sygehus – og med nøgleoverdragelserne i december 2016 blev der samtidig overdraget en symbolsk, men vigtig nøgle til samarbejde, nytænkning, involvering og kreativitet. Alt sammen for at imødekomme og udleve de politiske ambitioner om at omforandre et sygehus til Danmarks største (og bedste) sundhedshus.

Sundhedsprofilen og den sociale profil i Fredericia taler sit tydelige sprog: Byens historie har sat sit præg på de faktorer, som både hæmmer og fremmer sundheden i en befolkning: Fredericia har en overvægt af personer med ingen eller et lavt uddannelsesniveau. Industrierbejdspladserne har medført, at mange er nedslidte i en tidlig alder, og en stor gruppe har levet et hårdt liv med for meget røg, alkohol og med misbrug. Den sociale profil afspejles i kommunens sundhedsprofil. Og sundhedsprofilen afspejler sig såvel i levetid og i kommunekassen med et stort træk på medfinansiering, udgifter til overførselsindkomster, pensioner osv.

Politisk set blev lukningen af sygehuset i Fredericia den brændende platform, der gav

mod og vilje til at skabe en forandring. Forandring til en sundere by, men også en drivkraft for at gå helt nye veje til at skabe løsninger.

### **Mangel på læger er en trussel mod folkesundheden**

I Fredericia har vi valgt at skifte de fine sundhedspolitikker og foldere på glittet papir om flotte forløbsprogrammer ud med handling, partnerskaber og en insisterende tilgang til, at løsningerne skal findes i fællesskaber. Vi vil måles på handling og resultater. Ikke på ord og dokumenter. Vi vil ikke blot måles på, om vi lykkes inde i kommunen, men også måles på, om vores samarbejdspartnere lykkes godt. Og alle kan og skal være med. Lægerne, vores tætte samarbejdspartnere på Sygehus Lillebælt, de kommunale tilbud, de private sundhedstilbud, men først og fremmest: borgerne selv.

Den første opgave bestod i at få vendt den lægedækningstruede situation i 2017. Tilflyttere måtte henvises til at søge læge i de omkringliggende kommuner, da alle Fredericias lægepraksisser én efter én lukkede for tilgang. Ydernumre stod usælgelige, og stemningen blandt byens læger var ikke udpræget positiv i forhold til fremtiden. Vi tog et aktivt valg som kommune. I stedet for at vente og se til og håbe på at regionens praksisafdeling ville løse situationen, gik vi selv meget aktivt ind i dialogen med almen praksis. Vores perspektiv var – og er – at lægemangel i en kommune er en alvorlig trussel mod folkesundheden, ►►

## **Økonomien bag Fredericias Sundhedshus**

Fredericia Byråd købte i 2016 de tidligere sygehusbygninger for 23 millioner kroner. Byrådets forventning er, at investeringerne vil tjene sig selv hjem – over en årrække – i form af sundhedseffekter og omlægninger af de kommunale sundhedstilbud.

I maj 2018, hvor Sundheds- og Ældreministeriet udmøntede puljen til etablering af læge- og sundhedshuse på i alt 200 millioner, modtog Fredericia Kommune knap 20 millioner kroner. Pengene skal bruges på ombygning og modernisering af Fredericia Sundhedshus.

Derudover har Fredericia Kommune søgt og fået donationer fra især Sundhedsstyrelsen, som skal støtte udvikling og nye initiativer, der kommer til at finde sted i sundhedshuset – i samarbejde med blandt andet forskellige patientforeninger.

► medvirker til øget ulighed i sundhed og er en væsentlig barriere for at kunne tilbyde kommende indbyggere i Fredericia en helhedspakke, der gælder velfærdstilbud som børnepasning, uddannelse og sundhedstilbud.

Sammen med regionens praksisafdeling, vores egne folk i kommunen og sammen med

**“ Vi har valgt at skifte de fine sundhedspolitikker og foldere på glittet papir om flotte forløbsprogrammer ud med handling, partnerskaber og en insisterende tilgang til, at løsningerne skal findes i fællesskaber**

gode kræfter fra Sygehus Lillebælt tog vi kampen for at skaffe flere læger til Fredericia op i fællesskab. Midlet var det kommende sundhedshus og muligheden for at tilbyde en nyskabende og ikke mindst tværfaglig ramme, som vi satsede på ville være attraktiv for flere læger.

### Tværfaglig sparring

Alle læger i kommunen blev inviteret ind ad flere omgange. Til rundvisning i sundhedshusets rå rammer og til masser af dialog om muligheder og eventuelle barrierer. I forsommeren 2017 slog den første læge, Kristian Egersgaard, til og valgte med en lyn-aftale at flytte sin praksis til sundhedshuset. Hans beslutning skulle vise sig at bane vejen for en større gruppe af andre læger. Istandsættelsen af praksislokalerne på sundhedshuset er blevet et “udstillingsvindue” for muligheder; og Kristian Egersgaard dedikerede sig hurtigt som mentor og sparringspartner for nye interesserede læger udover arbejdet med sin egen praksis.

I efteråret 2017 gav dette tætte samarbejde pote endnu en gang. Fire unge læger indgik en aftale om at åbne en storpraksis på Fredericia Sundhedshus, og med den beslutning sikredes med ét lægedækning til knap 6.000 borgere i Fredericia. De unge lægers motiva-

tion til at slå sig ned i Fredericia har uden tvivl været de nye muligheder, der skabes i det store sundhedshus. Tværfaglig sparring med andre læger, multi-diciplinære konsultationer med Sygehus Lillebælt, fælles blodprøvetagning i stueetagen, demenskonsulenter, den kommunale genoptræning, jordemødre, jobcenterfunktioner osv. osv. udvider perspektiverne på, hvordan der kan skabes løsninger med borgeren i centrum. Helt konkret – og helt lokalt. Fremtidsudsigterne er nu, at når Fredericia Sundhedshus er fuldt renoveret i 2020, vil 11 alment praktiserende læger have praksis på sundhedshuset. Dette er cirka en tredjedel af kommunens samlede læger.

### Fællesskab og samarbejde er afgørende

Satsningen på samarbejdet med almen praksis har været afgørende for, at Fredericia Kommune i foråret 2018 fik tildelt 20 millioner kroner til renovering og istandsættelse af sundhedshuset fra Sundheds- og Ældreministeriet. Midlerne fra puljen skal anvendes til såvel fysisk forandring af det tidligere sundhedshus og til indkøb af udstyr, som kan fremme, at flere sundhedsopgaver kan løses lokalt. Det skal for eksempel spare indlæggelser og ambulante besøg, medvirke til at der kan udleveres flere hjælpemidler lokalt i stedet for på sygehuset, tages flere blodprøver, laves ultralydsscanninger mv. på sundhedshuset i stedet for på hospitalet. Region og kommune er fælles om denne ambition. De opgaver, der med samme kvalitet kan løses lokalt, skal løses lokalt. ■



Sundhedsminister Ellen Trane Nørby (V) besøgte i foråret Fredericia, som har fået knap 20 millioner kroner til videreudvikling af læge- og sundhedshuset.

## Læge- og sundhedshuse

På finansloven for 2018 blev der afsat 800 mio. kr. over fire år til en pulje for læge- og sundhedshuse som et led i en større reform af sundhedsvæsenet. Puljen på 200 mio. kr. er første uddeling. Formålet er at øge effektiviteten og kvaliteten i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, så færre patienter i fremtiden skal indlægges på de specialiserede afdelinger på sygehusene. *Kilde: sum.dk*





### Fakta om studiet

1.030 personer med type 1-diabetes, som har et arbejde, har svaret på et spørgeskema, der blandt andet kortlægger forholdet mellem arbejdsrelaterede faktorer, arbejdsrelateret diabetesstress, bevidst hyperglykæmi (højt blodsukker) på arbejdet og blodsukkerreguleringen.

- **33 %** svarer, at de altid, ofte eller indimellem lægger deres blodsukker bevidst højt på jobbet
- **32 %** svarer, at de har prøvet nogle gange at lægge deres blodsukker bevidst højt på jobbet
- **35 %** svarer, at de aldrig har prøvet at lægge deres blodsukker bevidst højt på jobbet.

Foruden spørgeskemaundersøgelsen har Ulla Møller Hansen i sit ph.d.-studie interviewet 40 personer med type 1-diabetes om deres erfaringer og oplevelser med diabetes og arbejdsliv.

*Ulla Møller Hansen modtog i november 2017 et rejselegat fra Diabetesforeningen på 10.000 kroner.*

## To ud af tre med type 1-diabetes har højt blodsukker på jobbet

### Forsker bag nyt studie opfordrer behandlere til at spørge ind til deres patienters arbejdsliv.

Af Jacob Gyldenløve Aaen

65 procent af de adspurgte med type 1-diabetes svarer i en ny spørgeskemaundersøgelse, at de har erfaring med bevidst at lægge deres blodsukker højt, mens de er på job.

– Det er alarmerende, at så mange med type 1-diabetes tilsyneladende finder det nødvendigt og hensigtsmæssigt at ligge højt i blodsukker på arbejdspladsen, siger Ulla Møller Hansen, ph.d. ved Steno Diabetes Center Copenhagen, der står bag studiet, som i juni blev præsenteret på den amerikanske diabetesforenings konference, ADA, i Orlando i delstaten Florida, USA.

– Selv hvis man har et arbejde, hvor man egentlig godt kan tage fem minutters pause i ny og næ, så kan man ofte stå i en situation, hvor man for eksempel skal til et vigtigt møde og bare ikke synes, det er rart, hverken for sig selv eller omgivelserne, at blodsukkeret falder, og man pludselig bliver omtåget og

vrøvler. Så vil man hellere på den korte bane køre med et højt blodsukker, selvom det måske kan have konsekvenser på den lange bane, siger hun og opfordrer behandlere til at spørge systematisk ind til patienternes arbejdsliv.

– Når patienten er til kontrol i diabetesambulatoriet, er det oplagt, at ens læge eller behandler får øjnene op for, at der kan være en uhensigtsmæssig adfærd i forbindelse med arbejdet. Så kan læge og patient sammen kigge på den enkeltes behandlingsplan og se på, om der er noget, man kan justere på, så blodsukkeret kan komme til at ligge mere stabilt i løbet af arbejdsdagen, siger Ulla Møller Hansen.

De interviews, hun har foretaget, viser også, at dem, som er åbne omkring diabetes på arbejdspladsen, oplever støtte og forståelse fra kolleger og chefer, og at åbenhed skaber tryghed og mindre diabetesstress. ■

# Dårligst regulerede har størst gavn af flash glukosemåling

Efter blot tre måneder med en flash glukosemåler, en FreeStyle Libre, havde 210 voksne med type 1-diabetes i et dansk observationsstudie i gennemsnit sænket deres langtidsblodsukker med 5 mmol/mol.

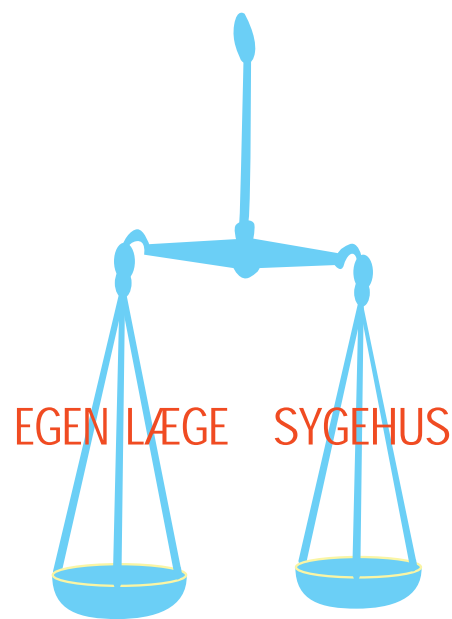
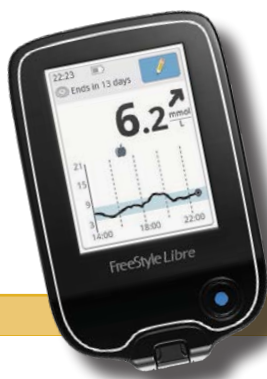
I studiet fra Aarhus kan man se, at de voksne med type 1-diabetes, der har bedst gavn af flash glukosemåling, er dem med det højeste langtidsblodsukker. I gennemsnit reducerer de deres langtidsblodsukker med 7 mmol/mol allerede efter tre måneder og formår at holde dette stabilt resten af forsøgsperioden.

– Man har hidtil mest tildelt målerne til de bedste regulerede patienter. I virkeligheden burde man nok tilbyde en bredere gruppe patienter en flash glukosemåler, siger læge ved Diabetes og Hormonsygdomme på Aarhus Universitetshospital, Gry Dørflinger, der står bag studiet, som hun præsenterede på den amerikanske diabeteskonference ADA i juni

I den nye nationale handlingsplan på diabetesområdet er det aftalt, at alle børn og unge med type 1-diabetes kan være sikre på at kunne få adgang til et nyt apparat via deres hospital. Den samme ordning eksisterer endnu ikke for voksne.

Firmaet bag FreeStyle Libre, Abbott Diabetes Care, har i nogen tid haft problemer med at følge med efterspørgslen. Leveringsproblemerne betyder blandt andet, at kun omkring halvdelen af børn og unge i diabetesbehandling indtil nu har fået udleveret en glukosemåler. Det fremgår af en orientering om udrulningen af glukosemålere til børn og unge, som sundhedsministeren har sendt til ordførerne bag statspuljeforliget. ■ *jga*

*Flash glukosemåling bruger sensorteknologi og kræver hverken fingerprikker eller strips. Sensoren sidder under et lille plaster og måler glukoseværdien i vævsvæsken lige under huden. Det sker ved hjælp af en tilknyttet måleenhed på størrelse med en mobiltelefon.*



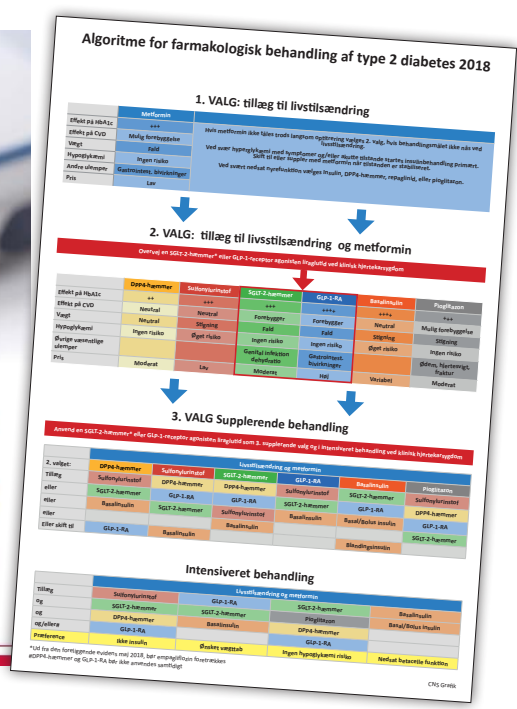
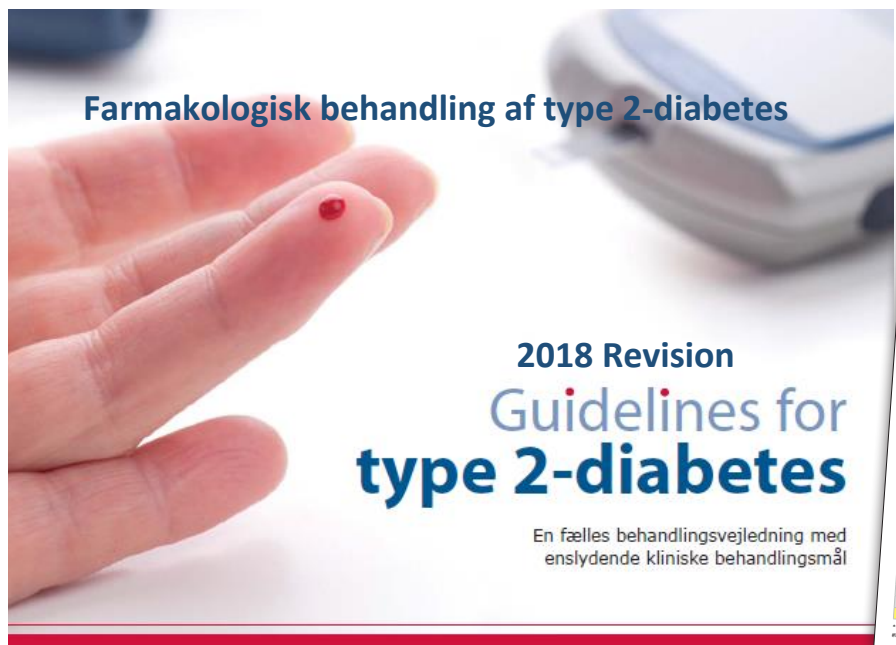
## Succes at dele behandling af type 2-diabetes

En patient med type 2-diabetes opnår samme blodsukkerregulering, uanset om vedkommende går hos egen læge med ét kontrolbesøg på sygehuset, eller hvis vedkommende udelukkende går på sygehuset.

Det viser et nyt dansk studie præsenteret på den amerikanske diabeteskonference ADA i juni.

– Vores studie viser, at personer med diabetes efter et år i projektet opnår lige så stabilt langtidsblodsukker, når de følges af egen læge i samarbejde med et specialistteam fra ambulatoriet i forhold til de personer, der udelukkende følges i et diabetesambulatorie, siger Lene Munch, ph.d.-studerende ved Klinisk Metabolisk Fysiologi på Steno Diabetes Center Copenhagen (SDCC), der er førsteforfatter på studiet.

Modellen, som forskerne har testet, kaldes "shared care" – altså "delt pleje". I studiet indgår 140 personer. Halvdelen er i løbet af et år blevet fulgt i et "shared care"-forløb, mens resten har gennemgået fire årlige diabeteskontroller i ambulans hospitalsregi. ■ *jga*



# Nye retningslinjer for patienter med hjerte-kar-sygdom

Behandlingsvejledningen for type 2-diabetes er blevet opdateret.

I de nye retningslinjer for behandlingen af type 2-diabetes er det især behandlingsalgoritmen for patienter, der også har hjerte-kar-sygdom, som er ændret.

Hos patienter, der tidligere har haft for eksempel en blodprop i hjertet eller hjernen, anbefales det, at der overvejes behandling med en SGLT-2-hæmmer eller GLP-1-receptor agonist som tillæg til livsstilsændring og metformin.

Behandlingsalgoritmen anbefaler specifikt SGLT-2-hæmmeren empaglifozin (sælges under navne som Jardiance og Synjardia, der er et kombinationspræparat med metformin) og GLP-1-receptor agonisten liraglutid (Victoza).

Ændringen sker efter, at nye studier har vist, at dødeligheden blandt diabetespatienter med kendt hjerte-kar-sygdom sænkes betydeligt med netop de præparater, fortæller professor, dr.med., Troels Krarup Hansen, formand for Dansk Endokrinologisk Selskab (DES), der sammen med Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) står bag de nye retningslinjer.

– Der har nok været en bevægelse hen imod at tilbyde de to medicintyper, efter at studierne blev offentliggjort, men nu bliver det klart, at det er anbefalingen. Vi håber, behandlerne vil følge de anbefalinger, som eksperterne er kommet med i vores nye guidelines, siger Troels Krarup Hansen.

## Skal alle have den nye medicin?

Empaglifozin har vist sig at sænke hjerte- og diabetespatienters dødelighed med 38 procent. Liraglutid sænker dødeligheden med 22 procent ifølge studierne.

Om patienter med type 2-diabetes uden hjerte-kar-sygdom også ville have speciel gavn af de to medicinklasser i forhold til de andre behandlingsmuligheder, kan være nærliggende at forestille sig, men så vidt går de nye retningslinjer ikke.

– Det er vigtigt at understrege, at der foreløbigt ikke er store studier, der underbygger den formodning, siger Troels Krarup Hansen, der også er næstformand for Diabetesforeningens Diabetesråd. ■

**SGLT-2-hæmmer:** Det særlige er, at man tisser sukker ud. Patienten mister samtidig kalorier og taber sig derved. Må ikke anvendes ved nyreproblemer.

**GLP-1-analoger:** Indeholder en ændret version af det naturligt forekommende hormon GLP-1. Gives som injektion. Øger betacellernes insulinproduktion og kroppens følsomhed for insulin. Forbedrer appetitreguleringen, hvilket fører til vægttab.



# Sygeplejersker fik ny diabetespris

Det udgående sygeplejeteam i Vejle Kommune fik ved Folkemødet Diabetesforeningens nystiftede Handlingspris.

Diabetesforeningens protektor, prins Joachim, overrakte Diabetesforeningens Handlingspris på Folkemødet på Bornholm. – Prisen løser ikke problemer, men den kan inspirere andre til at følge det gode eksempel, sagde prins Joachim blandt andet i forbindelse med prisoverrækkelsen.

Prisen på 10.000 kroner blev givet for det bedste initiativ for at forebygge og tidligt opspore type 2-diabetes. Det udgående sygeplejeteam i Vejle Kommune fik prisen for blandt andet at arbejde på tværs af sektorer og for at hjælpe udsatte borgere videre til relevante tilbud hos egen læge eller i kommunen. Teamet giver borgerne tilbud om sundhedssamtale og måler for eksempel blodsukker, blodtryk og puls, før borgeren bliver sendt videre i systemet.

I begrundelsen for at give prisen til sygeplejeteamet var det især den tværgående og borgernære indsats, herunder et tydeligt fokus på opsporing og forebyggelse hos de mest udsatte borgere i samfundet, der blev lagt vægt på.

Sygeplejeteamet arbejder målrettet og systematisk og gør sig umage med at dokumentere effekter. Sygeplejeteamet er også et godt eksempel på, at patienten/borgeren sættes i centrum, og der tages udgangspunkt i den enkeltes ønsker, livssituation og behov, hed det i begrundelsen.

Prisen blev modtaget af Vejles borgmester Jens Ejner Christensen (V) og formanden for Voksenudvalget i Vejle, Gitte Frederiksen (V).

– Det giver rigtig god mening for os at arbejde systematisk med tidlig opsporing og forebyggelse. Det forbedrer både livet for borgerne og økonomien for kommunen. Vi vil gerne inspi-

rere andre til at arbejde i samme retning, sagde borgmester Jens Ejner Christensen i sin takketale.

I alt otte projekter var indstillet til prisen. Komitéen, der udvalgte Vejles sygeplejeteam, bestod af Diabetesforeningen samt formand for diabetessygeplejerskernes faglige selskab Mette Glindorf, leder af Center for Diabetes i Københavns Kommune, Charlotte Glümer, og professor Anneli Sandbæk, Institut for Folkesundhed på Aarhus Universitet. ■



Formanden for Voksenudvalget i Vejle Kommune, Gitte Frederiksen, prins Joachim, Diabetesforeningens formand Truels Schultz og Vejles borgmester Jens Ejner Christensen (V). Foto: Nils Meilvang

## Peer Steensbro konstitueret direktør i Diabetesforeningen

Økonomidirektør Peer Steensbro (billedet til højre) er konstitueret som administrerende direktør i Diabetesforeningen. Udnævnelsen er foretaget, efter at Diabetesforeningens bestyrelse i juni valgte at bringe samarbejdet med daværende administrerende direktør Henrik Nedergaard til ophør grundet uenighed om fremtidens strategi. I forbindelse med afskedigelsen af Henrik Nedergaard siger formanden for hovedbestyrelsen, Truels Schultz:

– Henrik Nedergaard har stået i spidsen for den udvikling, som foreningen har gennemgået de seneste år. Diabetesforeningen er i dag en af landets største patientforeninger, der står stærkt i arbejdet for patienter med diabetes og deres pårørende. Vi er i hovedbestyrelsen dog ikke enige med Henrik Nedergaard om den fremtidige strategi og har derfor valgt at stoppe samarbejdet.

Henrik Nedergaard har været i Diabetesforeningen siden 2006.



# Dine gode råd kan være afgørende

Som behandler kan du sammen med os være med til at opspore diabetes. Over 200.000 ved ikke, at de har diabetes.

Hæng annoncen nedenfor i venteværelset



## Vidste du, at



Tissetrang



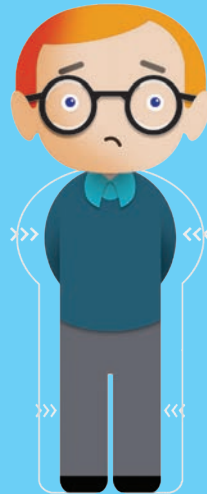
Koncentrationsbesvær



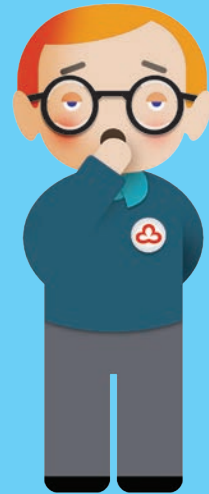
Tørst



Synsforstyrrelser



Pludseligt vægttab



Træthed

## kan være tegn på type 2-diabetes?

Tag en **gratis** risikotest!

Det tager ca. 5 min. Brug QR koden eller [diabetes.dk](https://diabetes.dk)



diabetes  
foreningen





# Download infografikker om diabetes

Hvordan virker en insulinpumpe? Hvordan påvirker alkohol blodsukkeret? Og hvordan tager man bedst insulin med pen? Det er emnerne for nogle af Diabetesforeningens infografikker, som man gratis kan downloade fra Diabetesforeningens hjemmeside på adressen **diabetes.dk/fagfolk/infografik**

Infografikkerne, som illustrerer et emne grafisk, kan for eksempel bruges i diabetesundervisningen og bringes i hver udgave af Diabetesforeningens medlemsblad **Diabetes**.

## BEHANDLERBLADET

September 2018 / 47

Tidsskrift for diabetesbehandling udgivet af Diabetesforeningen  
Udkommer tre gange årligt. Oplag 9.000

### Adresse

#### Kontor i Odense

Rytterkasernen 1, 5000 Odense C  
Tlf. 66 12 90 06, fax 65 91 49 08  
Giro 9 01 09 55, ISSN 1902-4703  
E-mail: info@diabetes.dk  
Web-site: diabetes.dk

#### Kontor i København

Toldbodgade 33, 1253 København K  
Tlf. 66 12 90 06

### Telefon- og kontortid

Mandag til torsdag kl. 9-15, fredag kl. 9-14

### Redaktion

Ansvarshavende redaktør, journalist  
Helen H. Heidemann, hh@diabetes.dk

Journalist Jacob Gyldenløve Aen  
jga@diabetes.dk

Art director  
Rie Lynggaard Topp, rie@diabetes.dk

Produktionskoordinator/korrektur  
Dorte Lund Toftelund, dll@diabetes.dk

### Annoncesalg

Søren Biune: sb@diabetes.dk, tlf. 41 91 88 45  
Kim Thines: kim@diabetes.dk, tlf. 20 49 70 30

### Tryk

Johnsen Graphic Solutions A/S

diabetes foreningen

## BEHANDLERBLADET

September 2018 # 47

### Vi skal tale om diabetes på en ny måde

Den medicinske behandling af diabetes bliver bedre og bedre. Alligevel er det svært for mange at opnå en god blodsukkeregulering. Hvorfor? Fordi følelsesne omkring diabetes ikke behandles. Sådan lyder budskabet fra professor i psykologi, Timothy Skinner, med speciale i diabetes.

Side: 28-36

Yngre med type 2-diabetes er en overset gruppe  
Side 6

De fem stenocentre: Hvor er I på vej hen?  
Side 12

Facebook: Her udveksler patienter viden og erfaring  
Side 32

### Forsidefoto

Forsidefoto: Nils Meilvang

Redaktionen påtager sig ikke ansvar for annoncerede produkter. Artikler må kun gengives efter aftale med redaktionen.

