

2022-2026

Handleplan forlænget til 2026

Handleplan for diabetes og hjerteområdet

Nyd livet, københavnere
København Kommunes Sundhedspolitik



**Handleplan for diabetes og
hjerteområdet 2022-2026**
2022

Københavns Kommune

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen
Borups Allé 41
2200 København N
Tlf. 3366 3366
suf@kk.dk
www.kk.dk

Fotograf

Thomas Vilhelm

Design

KK Design

Indhold

Indledning	5
Handleplanens indhold og strategiske mål	7
Spor 1 – Sammenhæng på tværs	15
Spor 2 – Lighed i sundhed	19
Spor 3 – Mental sundhed	23
Spor 4 – Et praksisnært videnscenter	27



Indledning

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

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

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

Kronisk sygdom har store konsekvenser for det enkelte menneske og for samfundet. Mennesker, der lever med diabetes og/eller hjertesygdom, har ofte forringet livskvalitet og har stor risiko for at udvikle mentale problemer, der kan vise sig som stress, angst og depression. Mange lever med følelsen af skyld, skam og personligt ansvar. For borgere med type 2-diabetes er fysiske følge-

sygdomme som nyresvigt, amputationer og blindhed velkendte, mens hjertesygdom er en af de hyppigste dødsårsager i Danmark.

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



Diabetes og hjertesygdom i tal

- I København lever knap 20.000 med type 2-diabetes, og hvert år får ca. 2.000 nye københavnere konstateret diabetes.
- Flere og flere københavnere får type 2-diabetes.
- Personer med type 2-diabetes har en højere dødelighed sammenlignet med resten af befolkningen. Især fordi de ofte dør tidligt på grund af hjertesygdom.
- 15.000 københavnere lever med en kronisk hjertesygdom.
- Mere end 2.000 københavnere får hvert år konstateret en hjertesygdom.
- Mange københavnere med henholdsvis hjertesygdom og type 2-diabetes lever med andre kroniske sygdomme.
- Hver femte københavnere med type 2-diabetes har også hjertesygdom.
- Hver fjerde københavnere med hjertesygdom, har også type 2-diabetes

Sundhedsprofilen 2017

Handleplanens indhold og strategiske mål

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

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

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

At håndtere hverdagslivet betyder, at

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

DOKUMENTERET EFFEKT AF FORLØB I CENTER FOR DIABETES

Bedre selv vurderet helbred

Ved starten af forløb vurderede 41 % af borgerne deres helbred til at være mindre godt. Ved afslutning var dette faldet til 27 %. Andelen, som vurderede deres helbred som godt, steg fra 39 % ved start til 51 % ved slutningen af forløb.

Flere klarer hverdagen med type 2-diabetes

Ved starten af forløb vurderede 21 % sig trygge ved deres evne til at klare diabetes. Ved afslutning var dette steget til 40 %. Den samme stigning sås i andelen, som var 'meget enige' i udsagnet "Jeg føler mig i stand til at håndtere min diabetes nu" ved afslutning af deres forløb sammenlignet med starten.

Bedre kontrol med for højt blodsukker

Det gennemsnitlige langtidsblodsukker (kaldet HbA1c) falder signifikant med 6.1 mmol/mol, hvilket svarer til de resultater, der findes i litteraturen. Dette fald fastholdes seks måneder efter endt forløb.

Diabetes-stress falder

Ved starten af forløb oplevede 38 % af borgerne diabetes-stress. Ved afslutning var dette faldet til 22 %.

Fysisk form forbedres

Udsnittet af borgere, som vurderede deres fysiske form som dårlig, faldt fra 28 % ved starten af forløb til 7 % ved afslutning.

Flere spiser grøntsager dagligt

Dobbelt så mange borgere spiste dagligt grøntsager ved afslutning af forløb sammenlignet med opstarten.

*Effektmåling, Center for Diabetes
2019-2020*

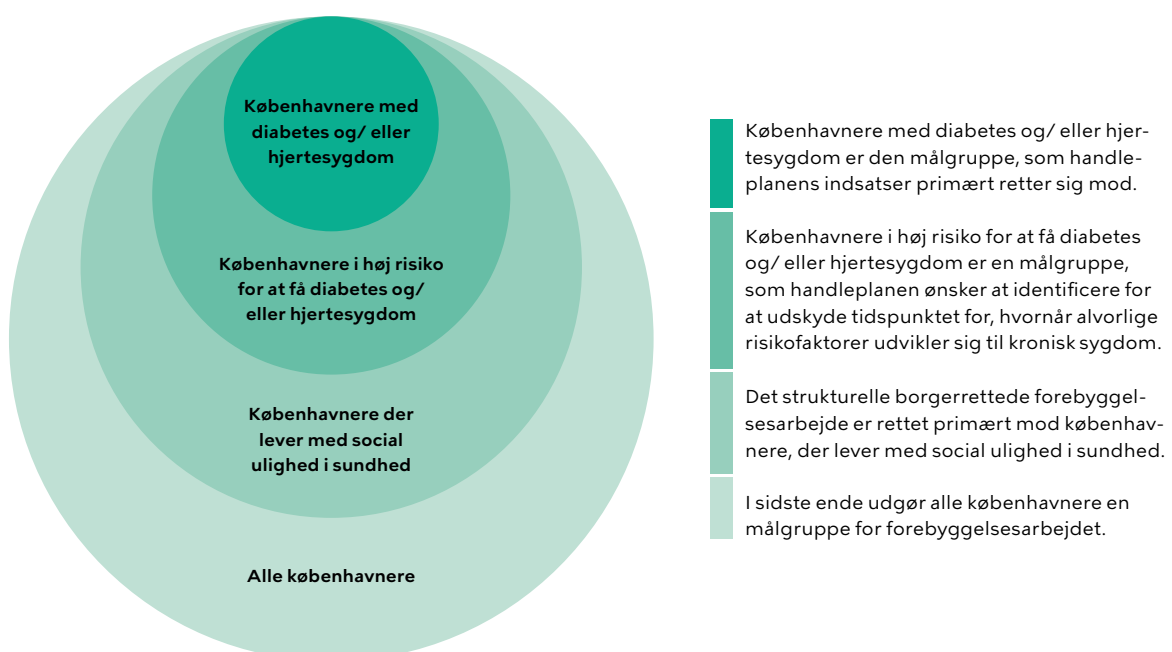
Konteksten for handleplanen

Handleplanens mål og indhold spiller tæt sammen med kommunens borgerrettede forebyggelse, som den er formuleret i Sundhedspolitikken, og som i en årrække har bygget på en strukturel tilgang. Strukturel forebyggelse er tiltag og initiativer, der påvirker og forandrer lokale, fysiske eller kulturelle forhold, der betyder noget for københavnernes sundhed. Fokus i den strukturelle tilgang er i høj grad at justere og ændre de rammer, københavnernes lever og færdes i.

Den strukturelle tilgang til forebyggelse udgør en værdifuld ramme for denne handleplans mål om, at københavnere med eller i

risiko for at få diabetes og/eller hjertesygdom kan få støtte og hjælp til at håndtere hverdagen og fastholde fysisk og mental sundhed. En del af det strukturelle forebyggelsesarbejde handler om byens sunde rammer – og om at sundhedsfremmende omgivelser skal invitere københavnere til bl.a. mere bevægelse og mental ro. At det sunde valg skal være det nemme valg i København. Fokus er at tilskynde til en hverdag med et mere aktivt fritidsliv og hverdagsbevægelse, øge deltagelse i foreningslivet, sikre adgang til sunde fødevarer i byen og et strategisk arbejde med at gøre København til en verdensby i bevægelse.

Figur 1

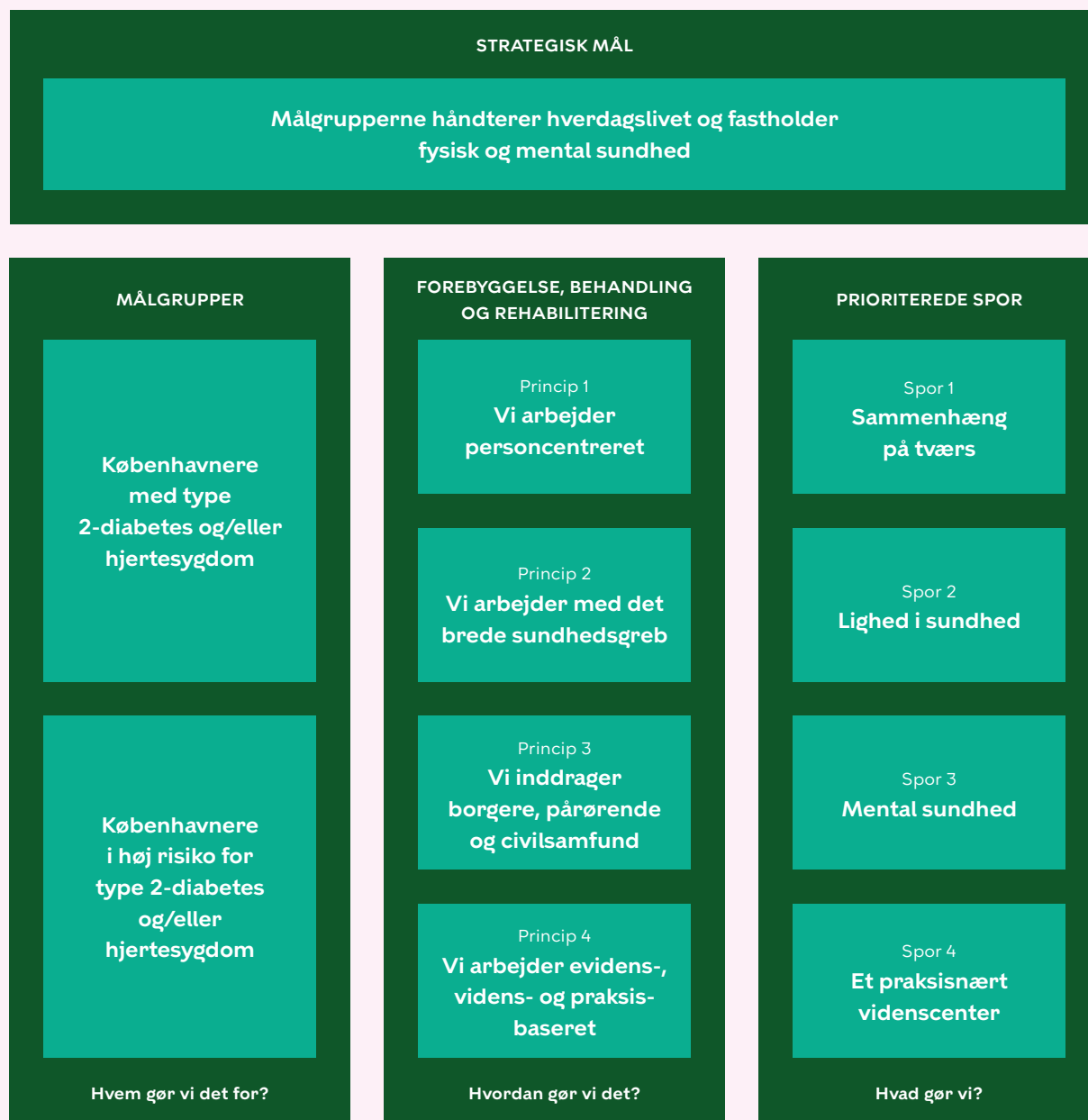




Handleplanens indhold

Handleplanen er delt op i fire spor, der er gensidigt afhængige. Figur 2 viser sammenhængen mellem målgrupper, principper og prioriterede spor. I det følgende vil de fire spor blive udfoldet. Handleplanen understøtter visionen i sundhedspolitikken om øget livskvalitet og lige muligheder for københavnernes.

Figur 2 – Handleplanens indhold





Principper

I denne handleplan arbejdes der ud fra følgende grundprincipper:

- 1. Vi arbejder personcentreret og differentieret,** således at det er borgernes behov, motivation og præferencer, der danner udgangspunkt for tilrettelæggelsen af forløb og indsatser.

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

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

- 2. Vi arbejder med det brede og positive sundhedsbegreb og sundhedspædagogiske principper.** Det betyder også, at vi ligestiller fysisk og mental sundhed og tager udgangspunkt i WHO's opfattelse af mental sundhed som "en tilstand af trivsel, hvor individet kan udfolde sine evner, håndtere dagligdagens udfordringer og stress, samt indgå i sociale fællesskaber med andre."

- 3. Vi inddrager borgere, pårørende og civilsamfund** i så høj grad som muligt for at få større viden om og forståelse for, hvilke indsatser der er brug for hos den enkelte.

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

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



Spor 1

Sammenhæng på tværs

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

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

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

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

PRIMÆRE NETVÆRKSAKTØRER

Civilsamfund

De to store patientforeninger; Diabetesforeningen og Hjerteforeningen.

Internt i egen organisation

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

Socialforvaltningen

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

Almen praksis

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

Hospitaler

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

Hvilke indsatser vil vi prioritere

For at føre denne tilgang ud i livet vil vi:

- Prioritere det tværsektorielle samarbejde med hospitaler og almen praksis højt. Målet er at styrke samarbejdet og kommunikationen på tværs af de tre sektorer, så antallet af henvisninger til Center for Diabetes og Hjertesygdomme når 2.000 forløb årligt inden 2024.
- Styrke samarbejdet med almen praksis og hospitaler om fælles mål for borgere med type 2-diabetes og/eller hjertesygdom. Vi vil arbejde med brug af fælles data og nye måder at kommunikere om borgerne – fx via fælles forløbsplaner, så sundhedsprofessionelle i alle sektorer har viden om det, som er vigtigt for borgeren.
- Styrke samarbejdsrelationerne i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen og på tværs af de specialiserede centre og plejesektoren, så sundheden og den borgeroplevede kvalitet løftes for hele populationen.
- Prioritere fastholdelse, så københavnere med type 2-diabetes og/eller hjertesygdom har de bedste muligheder for at have et sundt og aktivt liv. Derfor vil vi indgå forpligtende partnerskaber med patientforeninger og civilsamfund om at styrke indsatser og aktiviteter på tværs af kommune og civilsamfund og finde bæredygtige og varige løsninger.
- Prioritere tæt samarbejde med andre relevante specialer og aktører i sundhedsvæsenet – bl.a. tandlæger, øjenlæger, fodterapeuter og apoteker for at forebygge alvorlige følgevirkninger.
- Sammen med Socialforvaltningen og relevante aktører i SUF udvikle målrettet kompetenceudvikling af medarbejdere på psykiatriske bosteder for at øge opmærksomheden på forebyggelse, opsporing og screening af type 2-diabetes og hjertesygdom.

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





Spor 2

Lighed i Sundhed

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

Københavnere med lang uddannelse har også lavere risiko for at udvikle senkomplikationer, miste deres beskæftigelse og for at dø tidligere af deres kroniske sygdom. Denne måde at beskrive ulighed i sundhed på kaldes gradient².

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

Trods øget politisk fokus på at øge ligheden i sundhed går udviklingen den forkerte vej. Den sociale ulighed i sundhed er øget³. Der er i stigende grad forskel på, hvor langt og sundt et liv københavnere lever, alt efter position i samfundet – denne ulighed forstærkes i mange tilfælde i sundhedsvæsenet.

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

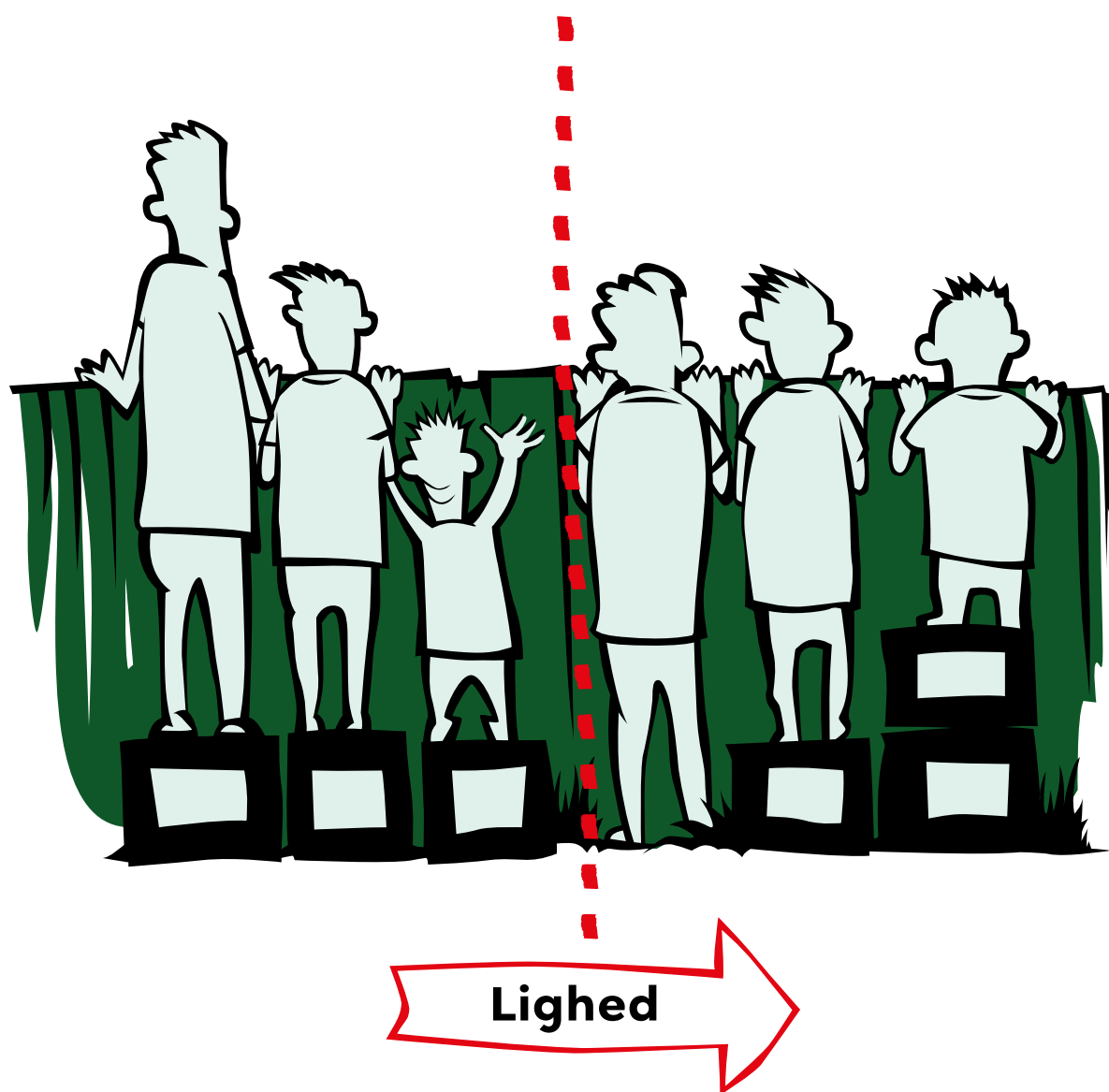
I dag har københavnere med type 2-diabetes eller hjertesygdom mulighed for at modtage et samlet specialiseret kommunalt rehabiliteringstilbud. Dette tilbud ønsker vi at styrke i årene, der kommer, og derigennem arbejde på at øge ligheden i sundhed. Vi vil tage højde for københavnernes forskellige udgangspunkt,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

Hvilke indsatser vil vi prioritere

For at føre denne tilgang ud i livet vil vi:

- Arbejde personcentreret og udvikle differentierede indsatser målrettet borgernes forskellige behov og præferencer. Dette kan være indsatser, der er kulturelt, sprogligt og socialt tilpasset målgruppen af københavnere med etnisk minoritetsbaggrund, der er i øget risiko for at udvikle type 2-diabetes og/eller hjertesygdom.
- Arbejde tæt sammen med de øvrige bydækkende enheder, relevante aktører i lokalsamfundet og praktiserende læger om at etablere udgående indsatser i de udsatte boligområder, hvor der arbejdes med sundhedsfremme, forebyggelse, rehabilitering og støtte til at navigere i sundhedsvæsenet.
- Indgå forpligtende samarbejde med Socialforvaltningen og opbygge et øget kendskab til det sociale område blandt medarbejdere i Center for Diabetes og Hjertesygdomme. Et særligt fokusområde er også, i samarbejde med Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen, at understøtte de københavnere med hjertesygdom, der mister tilknytningen til arbejdsmarkedet, når en kronisk sygdom rammer.

Disse prioriterede indsatser rammesættes desuden af det strukturelle forebyggelsesarbejde med fokus på at skabe sammenhæng mellem konkrete sundhedstilbud og sundhedsfremmende rammer for de borgere, der har størst behov. Herunder fokus på, at tilbud til københavnere med type 2-diabetes og hjertesygdom bindes sammen med forebyggelsesarbejdet i udsatte byområder fx Tingbjerg.





Spor 3

Mental sundhed

Sundhed handler om mere end fravær af sygdom. Det handler også om, at individet kan udfolde sine evner, håndtere dagligdagens udfordringer og stress og indgå i fællesskaber med andre mennesker.

Sundhed handler om de positive aspekter af hverdagslivet og om dét, der giver værdi i den enkeltes liv. Når der arbejdes med det brede og positive sundhedsbegreb, inkluderes – udover fravær af sygdom – også livskvalitet og levevilkår, da københavnere skal have mulighed for at leve et godt liv på trods af deres sygdom.

Denne forståelse af sundhed og sygdom vil komme til udtryk i den måde, københavnere bliver mødt på. Den sundhedspædagogiske tilgang indebærer, at københavnere med type 2-diabetes og/eller hjertesygdom får viden om, hvordan de kan passe på sig selv, og lærer, hvordan de kan tage vare på deres tanker, følelser og handlinger, så deres krop og sind kan fungere bedst muligt. Indsatserne vil blive tilrettelagt med fokus på deltagernes egne erfaringer, følelser og behov frem for en teoretisk sygdomsforståelse.

Der er en tæt sammenhæng mellem fysisk og mental sundhed. Københavnerne med hjertesygdom eller type 2-diabetes har to til tre gange så stor risiko for at udvikle mentale sundhedsproblemer sammenlignet med resten af befolkningen.

Mentale sundhedsproblemer kan gøre det sværere at leve med sin sygdom og passe på sig selv i hverdagen. Depression i forbindelse med kronisk sygdom kan føre til øget risikoadfærd, fx rygning, stillesiddende adfærd eller mindsket egenomsorg. Hvilket igen har sundhedsmæssige konsekvenser for udvikling af sygdommen, så de mentale problemer kan være med til at forværre den fysiske sygdom ^{4,5}.

MENTALE SUNDHEDSPROBLEMER HOS MÅLGRUPPERNE

Angst og depression

- 20-25 % af mennesker med iskæmisk hjertesygdom eller hjertesvigt oplever depression eller angst.

Diabetes-stress

- 32 % af mennesker med type 2-diabetes oplever sygdomsrelateret stress.
- 38 % af de borgere, der starter på et diabetesforløb i Center for Diabetes og Hjertesygdomme, viser tegn på diabetesrelateret stress.

Hvilke indsatser vil vi prioritere

For at føre denne tilgang ud i livet vil vi:

- Styrke indsatsen for borgere med kronisk sygdom og mentale sundhedsproblemer ved at udvikle aktiviteter, der retter sig særligt mod københavnere med type 2-diabetes og/eller hjertesygdom kombineret med psykiske problemstillinger. Udvikling sker i tæt samarbejde med Center for Mental Sundhed og vil være målrettet den enkeltes behov og kan fx omfatte psykologbistand.
- Sikre, at medarbejdere i Center for Diabetes og Hjertesygdomme har kompetencer til at afdække fysiske og psykiske behov og problemstillinger, som påvirker dagligdagen for københavnere med type 2-diabetes og/eller hjertesygdom. De sundhedsprofessionelle medarbejdere skal være klædt på til at vurdere, om en psykisk reaktion eller problemstilling kræver henvisning til specialiseret hjælp.
- Sigte mod, at behovsvurderingen i mødet med den enkelte københavnere omfatter både fysiske og psykiske reaktioner på livet med kronisk sygdom. Her kan PRO være et vigtigt værktøj. PRO er patientrapporterede oplysninger, der opsamles systematisk. PRO-værktøjet giver borgeren mulighed for at pege på, hvilke problemstillinger der fylder mest, og som det derfor er vigtigt, at rehabiliteringsindsatsen tager højde for.
- Videreudvikle aktiviteter og tiltag, der understøtter borgernes mentale trivsel, og som kan gøre det nemmere at mestre livet med type 2-diabetes og/eller hjertesygdom.
- Have øget fokus på udeliv, hvor vi videreudvikler rehabiliteringsindsatser i naturen og bruger byens rum aktivt i forløbene. Det at være i naturen kan indvirke positivt på følelsen af velvære, trivsel og kan hjælpe til at mindske symptomer på stress og depression. Det betyder også, at vi skal have indsatser, der fokuserer på mental trivsel.





Spor 4

Et praksisnært videnscenter

Københavns Kommune ønsker at synliggøre Center for Diabetes og Hjertesygdomme som et nationalt og internationalt videns- og kompetencecenter for kommunal rehabilitering for mennesker med type 2-diabetes og/eller hjertesygdom.

Den kommunale rehabiliteringsindsats er en del af den samlede sundhedsindsats for mennesker med hjertesygdom eller type 2-diabetes, som er beskrevet i forløbsprogrammer for de to sygdomme⁶. Indholdet i de enkelte rehabiliterende indsatser følger Sundhedsstyrelsens anbefalinger, som i videst muligt omfang bygger på evidens fra nyere systematiske forskningsoversigter⁷.

En stor del af den eksisterende evidens og viden om rehabilitering er knyttet til en given intervention og ofte i forhold til en snævert defineret målgruppe. Kommunale rehabiliteringsindsatser, som dem i Center for Diabetes og Hjertesygdomme, har et bredere sigte og retter sig mod at støtte mennesker med type 2-diabetes og/eller hjertesygdom, så de kan leve et godt hverdagsliv med deres sygdom. Effekten af den samlede indsats kan derfor være svær at dokumentere i et klinisk forsknings-setup, da der er tale om tværfaglige integrerede indsatser og om mennesker, der – udover kronisk sygdom – ofte har andre væsentlige problemer.

Københavns Kommune ønsker at bidrage til at lukke dette vidensgab. Som praksisnært videnscenter ønsker Center for Diabetes og Hjertesygdomme at være et eksperimenta-

rium, hvor vi sammen med forskere og samarbejdspartnere udvikler og afprøver løsninger, der skaber værdi for københavnernes og øger den samlede kvalitet af behandling og rehabilitering. Borgere og brugere spiller en aktiv rolle i de løsninger, der udvikles, og bidrager i samskabelsesprocesser til at finde de bedste løsninger.

Strategiske partnerskaber

I dag indgår Københavns Kommune i vigtige strategiske og internationale partnerskaber på diabetesområdet, og ambitionen med denne handleplan er at have særligt fokus på at udvikle lignende samarbejder på hjerteområdet.

Partnerskabet med Steno Diabetes Center Copenhagen omfatter forsknings- og udviklingsinitiativer, bl.a. kompetenceudvikling af medarbejdere inden for nyeste diabetesbehandling og rehabilitering, udvikling og evaluering af læringsmaterialer rettet mod borgere med etnisk minoritetsbaggrund og en styrket indsats for brugerinddragelse.

Cities Changing Diabetes-initiativet har til formål at skabe viden og løsninger på problemstillinger, der knytter sig til type 2-diabetes i storbyer verden over. København er, sammen med en lang række storbyer, en del af initiativet, hvilket giver en unik mulighed for at dele resultater og erfaringer internationalt og få viden og inspiration fra andre byer og organisationer, der arbejder med type 2-diabetes og byen som sund ramme for hverdagslivet.



Partnerskaber med patientforeninger som Diabetesforeningen og Hjerteforeningen kan sikre fokus på fælles vigtige dagsordener, bl.a. i forhold til fastholdelse og samskabelse af indsatser, der gør en forskel i hverdagen.

Viden og kompetencer skal ud at leve

For at faglig viden kan komme mennesker med type 2-diabetes og/eller hjertesygdom til gode, skal den ud at leve blandt medarbejderne. Medarbejderne i Center for Diabetes og Hjertesygdomme skal have et højt fagligt niveau, som løbende opdateres for at være up-to-date med ny forskning, klinisk praksis og væsentlige erfaringer, der løbende fremkommer nationalt og internationalt.

Som praksisnært videnscenter for kommunal rehabilitering er ønsket også at stille viden og kompetencer til rådighed for samarbejdspartnere og fagfolk, både internt i Københavns Kommune, i andre kommuner, andre dele af sundhedsvæsenet og internationalt.

Flere steder i det kommunale sundhedsvæsen, fx i hjemmeplejen og på socialområdet, efterspørger medarbejdere og ledere opdateret faglig viden og kompetencer, der kan understøtte deres sundhedsfaglige arbejde. Ønsket er at bidrage til et styrket vidensniveau for kommunalt frontpersonale, der i sidste ende kommer mennesker med type 2-diabetes og/eller hjertesygdom til gode.

Hvilke indsatser vil vi prioritere

For at føre denne tilgang ud i livet vil vi:

- Bidrage aktivt til forskning, udvikling og spredning af viden og resultater inden for kommunal diabetes- og/eller hjerterehabilitering. Dette indebærer, at vi igangsætter nye forsknings- og udviklingsprojekter på områder, hvor der mangler systematisk viden, i tæt samarbejde med vores samarbejdspartnere.
- Inddrage københavnere og samarbejdspartnere i innovative processer, hvor vi sammen finder løsninger på væsentlige problemstillinger.
- Stille viden, resultater og kompetencer til rådighed for kollegaer, nationale og internationale samarbejdspartnere samt andre interessenter.
- Bidrage til at højne kvaliteten af kommunale sundhedsdata på diabetes- og hjerteområdet, så kommunerne fremadrettet kan aflevere data til nationale kvalitetsdatabaser. Dette vil sikre legitimitet i samarbejdet med aktører i andre dele af sundhedsvæsenet.

Noter

- 1 Anbefalinger for behovsvurdering i den afklarende samtale. Sundhedsstyrelsen 2019
- 2 Lighed i sundhed - Artikelsamling om lighed i sundhed og fænomenets betydning i det danske samfund. Sund By netværket 2011
- 3 Social ulighed i sundhed. Sundhedsstyrelsen 2020
- 4 Depression as a Risk Factor for Poor Prognosis Among Patients With Acute Coronary Syndrome: Systematic Review and Recommendations. A Scientific Statement From the American Heart Association 2014;129:1350-1369
- 5 Ismail, K., Moulton, C.D., Winkley, K. et al. The association of depressive symptoms and diabetes distress with glycaemic control and diabetes complications over 2 years in newly diagnosed type 2 diabetes: a prospective cohort study. Diabetologia 60, 2092-2102 (2017)
- 6 Forløbsprogram for type 2-diabetes. Region Hovedstaden 2009/2016; Forløbsprogram for rehabilitering af hjertesygdomme, Region Hovedstaden 2019
- 7 Anbefalinger for Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. Sundhedsstyrelsen 2016; Indsatskatalog Center for Diabetes september 2020

