



Indspil

9 anbefalinger til en succesfuld behandling af mennesker med type 2-diabetes

Danmark og det danske sundhedsvæsen står over for store udfordringer de kommende år. Vi får langt flere ældre borgere, vi lever længere, og vil vi se en massiv vækst i antallet af mennesker med kroniske sygdomme som diabetes.

I flere årtier har vi set en klar fremgang i behandlingen af mennesker med diabetes – behandling og indsatser er ganske enkelt blevet bedre. Flere overlever diabetes, og flere lever i hverdagen bedre med deres diabetes.

Fremgangen skyldes bl.a., at vi som samfund tidligere har prioriteret diabetes, taget grundigt bestik af udfordringerne og leveret mærkbare løsninger. Det gjorde vi i 2017, hvor Folketinget vedtog en national diabetesbehandlingsplan.

Det skal vi gøre igen. Tage nøje bestik af fremtidens udfordringer og prioritere de rette løsninger – både i forhold til udviklingen på diabetesområdet og indretningen af vores sundhedsvæsen.

I de kommende år vil vi se en fortsat stigning i antallet af mennesker med type 2-diabetes. I 2030 vil over 450.000 danskere leve en hverdag med diabetes. Det svarer til 7,7 % af befolkningen.¹ Vi ser, at uligheden vokser, og at flere mennesker med diabetes har andre sygdomme og en generelt dårligere sundhedstilstand.

Trods klare behandlingsfremskridt oplever vi, at mange mennesker med risiko for type 2-diabetes opspores for sent, og at mange ikke får den rette behandling og opfølgning. Mange med type 2-diabetes oplever samtidig problemer med koordinering mellem sygehus, egen læge og kommune, mangler adgang til relevante teknologier og møder store forskelle i behandling og støtte på tværs af landet.

Vi ønsker, at alle danskere med diabetes får samme høje behandlingskvalitet, og at deres rettigheder sikres. Sådan er det ikke i dag. Derfor bør målrettet behandling og støtte til personer med diabetes og andre kroniske sygdomme stå helt centralt i udmøntningen af den nye aftale om 21 sundhedsklynger.

1) Carstensen, Rønn & Jørgensen (2020a)

Det vil naturligvis kræve investeringer i velfærd at gennemføre vores samlede anbefalinger. Men vi har ikke råd til at lade være. Det koster hvert år 850 mio. kr. at behandle nye komplikationer hos danskere med type 2-diabetes. Investerer vi målrettet i bedre, forebyggende behandling, kan vi give den enkelte borger med type 2-diabetes flere gode leveår med større livskvalitet – og spare penge i det lange løb.

Som led i en ny sundhedsaftale har Danmark også brug for en kronikeraftale, der løfter behandlingen af type 2-diabetes og adresserer den samlede udfordring på kronikerområdet. Pejlemærker for en kronikerplan er større sammenhæng, skræddersyet behandling med den enkelte borger i centrum samt styrket kvalitet på tværs af sektorer og behandlingstilbud.

Derfor har vi i Diabetesforeningen igangsat en række initiativer rettet mod den kommende sundhedsaftale, hvor vi ud over dette indspil har udarbejdet anbefalinger for bedre type 1-behandling samt bedre borgerrettet forebyggelse.

Til dette indspil har vi samlet en række af landets førende eksperter til at drøfte konkrete løsninger og anbefalinger til, hvordan indsatser og forløb for mennesker med type 2-diabetes kan styrkes som led i en implementering af en kommende sundhedsaftale og en national kronikerplan.

Diabetesforeningen står bag det samlede indspil, men vi retter en stor tak til de mange eksperter, der har indgået i arbejdet.

Rigtig god læselyst.

Adm. direktør Claus Richter
Diabetesforeningen

Ca. 250.000 danskere er i dag diagnosticeret med type 2-diabetes. I 2030 vil over 450.000 danskere leve en hverdag med diabetes. Hver tredje med type 2-diabetes har allerede følgesygdomme på diagnosetidspunktet, og rigtig mange med diabetes har også andre kroniske sygdomme.

Behandlingsansvaret for ca. 85% af alle borgere med type 2-diabetes ligger i dag i almen praksis. Vi har derfor solide erfaringer med behandling af type 2-diabetes i snitfladen mellem sygehuse, almen praksis og kommuner. Og vi har godt kendskab til de udfordringer, det medfører. Det gør type 2-diabetes til en oplagt showcase i forhold til en succesfuld implementering af et tæt og forpligtende samarbejde i de 21 nye sundhedsklynger – som led i en ny sundhedsaftale.

Diabetesforeningen samlede i foråret 2021 et panel af faglige eksperter og en tilhørende referencegruppe til at drøfte, hvordan håndteringen af type 2-diabetes og andre kroniske sygdomme kan styrkes. På det grundlag har Diabetesforeningen samlet en vifte af anbefalinger og forslag i dette politiske indspil.

Centrale udfordringer

Trods klare fremskridt i behandlingen af type 2-diabetes over de seneste årtier, ser vi fortsat store udfordringer med manglende sammenhæng på tværs af sektorer, stigende ulighed i opsporing og behandling, og alt for mange borgere med en dårligt reguleret diabetes. Særligt følgende områder kalder på opmærksomhed:

- **Nærhed og sammenhæng:** Struktur, økonomi og ledelse begrænser i dag mulighederne for et tæt og forpligtende tværsektorielt samarbejde i behandlingen af type 2-diabetes. Og der er alt for stor variation i karakteren og kvaliteten af det tværsektorielle samarbejde – rundt om i landet.
- **Rettigheder og inddragelse:** Mennesker med type 2-diabetes efterlyser en mere systematisk og skræddersyet involvering i egen behandling. Mange får ikke de krævede forløbsplaner, modtager ikke løbende årskontrol og inddrages sjældent i planlægning af egen behandling.
- **Opsporing og behandling:** Kvaliteten i behandlingen af type 2-diabetes og indsatsen i forhold til forebyggelse af komplikationer er i dag alt for uensartet i almen praksis og i kommunale tilbud om fysisk træning, kost og sygdomsmestring. Det svækker resultaterne og forstærker uligheden.

Diabetesforeningen har samlet en vifte af anbefalinger og løsninger til at adressere udfordringerne. Vi ved, at forslagene samlet vil kræve betydelige investeringer, men allerede i dag bruger vi 850 mio. kr. om året på at behandle nye komplikationer hos danskere med type 2-diabetes. Det tal vil stige i takt med den markante stigning i antallet af mennesker med type 2-diabetes frem mod 2030, hvis ikke vi sadler om.

Vores anbefalinger og løsninger vil styrke den forebyggende behandling af type 2-diabetes, og derigennem bidrage til at forlænge livet for mennesker med type 2-diabetes, forøge livskvaliteten og forbedre tilknytningen til arbejdsmarkedet for tusindvis af borgere. På sigt vil det i betydelig grad reducere udgifterne til at behandle komplikationer og evt. følgevirkninger af type 2-diabetes.

Anbefalinger og løsninger

Diabetesforeningen foreslår følgende indsatser for en styrket behandling af type 2-diabetes.

Mere nærhed og sammenhæng – for bedre patientforløb

Strukturen omkring de 21 nye sundhedsklynger skal formaliseres med et fælles populationsansvar for behandling til mennesker med type 2-diabetes. Det omfatter en robust faglig ledelsesstruktur og klare økonomiske incitamenter for at samarbejde om patientforløb mv. Vi anbefaler:

- 1 En national kvalitetsplan for det tværsektorielle samarbejde om type 2-diabetes med udvalgte indikationer og målepunkter, baseret på det eksisterende forløbsprogram på området.
- 2 Ret til et tværsektorielt team for borgere med type 2-diabetes, der behandles i almen praksis, herunder adgang til en vifte af specialister efter individuelle behov.
- 3 Ret til en forløbsplan for alle mennesker med type 2-diabetes, ret til systematisk inddragelse i udvikling af planen samt ret til at planen deles på tværs af faggrupper og sektorer.

Stærkere rettigheder, styrket inddragelse og skræddersyede forløb – for mere lighed i sundhed

Den udviklede model for PRO (patientrapporterede oplysninger) til diabetes skal rulles systematisk ud i hele landet som fast model for inddragelse og involvering af borgere med type 2-diabetes i egen behandling. Relevante faggrupper skal have kendskab til og bruge PRO-værktøjet som beslutningsstøtte. Vi anbefaler:

- 4 Indførelse af en national model for individualiseret behandling af borgere med type 2-diabetes, herunder skræddersyede forløbsplaner, relevante forebyggende behandlinger, opfølgning mv.
- 5 Individuel 'startpakke' med faglige krav og faste tidsfrister for alle nydiagnosticerede personer med type 2-diabetes, herunder forløb omkring uddannelse, sygdomsmestring, fysisk træning, kost mv., der matcher den enkelte.

Bedre og tidligere behandling – for mere ensartet og høj kvalitet i hele landet

Som led i et fælles populationsansvar for borgere med type 2-diabetes i de 21 sundhedsklynger stilles krav om, at alle relevante faggrupper løbende deltager i fælles uddannelse og kompetenceudvikling om diabetes. Vi anbefaler:

- 6 Etablering af fast informations- og uddannelsesstruktur for specialisters løbende uddannelse af almen praksis samt sundhedsfagligt ansvarlige i kommunerne, f.eks. på årlig basis.
- 7 Kvalitetstandarder med minimumskrav for kommunale tilbud til borgere med type 2-diabetes, herunder nationale kvalitetsmål for kommunale tilbud samt krav til evaluering.
- 8 Styrket model for årskontrol samt forslag til shared care mellem almen praksis og sygehuse som led i en systematisk opfølgning til alle borgere med type 2-diabetes.
- 9 Udrulning af indsatser til opsporing af sårbare borgere med uopdaget type 2-diabetes.

Type 2-diabetes er en kronisk sygdom, der skyldes en kombination af gener og livsstil. Mennesker er forskelligt disponeret for at udvikle type 2-diabetes. Samtidig spiller kost og motion en stor rolle for, hvornår sygdommen i givet fald udvikler sig, og alder er i sig selv en risikofaktor, fordi kroppens produktion af insulin falder med alderen.²

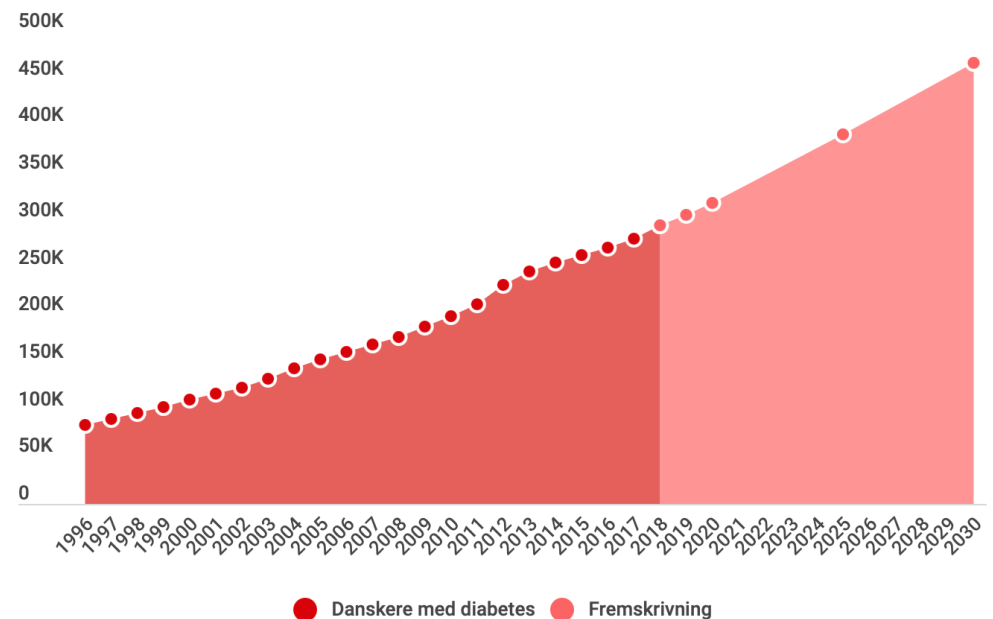
Over 250.000 danskere er i dag diagnosticeret med type 2-diabetes, 76.000 danskere anslås at leve med udiagnosticeret diabetes, og endnu flere har prædiabetes. Sygdommen er desværre i stor vækst og kræver livslang og mangefacetteret indsats i sundhedsvæsenet. Desuden er der meget stor ulighed i forhold til, hvornår type 2-diabetes opdages, og uligheden vokser.

Den nationale diabetesbehandlingsplan fra 2017 udpegede en række pejlemærker for indsatsen på diabetesområdet samt en række initiativer, herunder tidligere og målrettet opsporing, mere individuelle behandlingsforløb og styrket samarbejde og kvalitet på tværs. Planen er imidlertid løbet ud og har langt fra løst udfordringerne.

Trods behandlingsfremskridt har vi fortsat store udfordringer med ulighed, manglende sammenhæng på tværs af sektorer samt alt for mange mennesker med dårligt reguleret diabetes. Der er derfor brug for et markant løft i indsatserne på diabetesområdet.

Personer med diabetes i Danmark 1996-2030

Antallet af danskere med type 2-diabetes er tredoblet over de seneste 20 år. Fremskrivning af tallene viser, at 467.000 danskere vil have diagnosen diabetes i 2030, heraf omkring ni ud af ti med type 2-diabetes.



Kilde: Carstensen B, Rønn PF, Jørgensen ME (2020): Components of diabetes prevalence in Denmark 1996–2016 and future trends until 2030; BMJ Open Diabetes Research & Care

2) Diabetesforeningen; diabetes.dk (2021)

Regeringen har i juni 2021 indgået aftale med Danske Regioner og KL om rammerne for en ny sundhedsaftale med 21 sundhedsklynger. Sigtet med den nye struktur er at styrke det formaliserede og forpligtende samarbejde på tværs af sygehuse, kommuner og praksissektoren, og medvirke til at løfte et fælles populationsansvar for borgere med kroniske sygdomme, der har forløb på tværs af sektorerne.

Behandlingsansvaret for ca. 85% af alle borgere med type 2-diabetes ligger i dag i almen praksis. Derfor har vi allerede solide erfaringer med behandling af type 2-diabetes med flere samtidige sygdomme i et samarbejde mellem praksissektoren, sygehuse og kommuner. Derfor er type 2-diabetes en oplagt showcase i forhold til at inspirere til innovative løsninger og modeller for hele det kroniske område.

Derfor nedsatte Diabetesforeningen i foråret 2021 et panel af faglige eksperter og en tilhørende referencegruppe for at drøfte konkrete forslag til, hvordan patientforløb for mennesker med type 2-diabetes og andre kroniske sygdomme kan styrkes.

Med afsæt i det arbejde har Diabetesforeningen udviklet dette katalog med anbefalinger til en styrket behandling af type 2-diabetes. Mange af forslagene vil også være yderst relevante inden for en række andre kroniske sygdomme, hvor behandlingsansvaret i stigende grad varetages i almen praksis i samspil med sygehuse og kommuner.



Type 2-diabetes opdages i gennemsnit

fem år senere

blandt personer med en kort uddannelse sammenholdt med danskere med lang uddannelse.

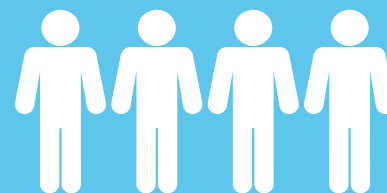
Sortsø et al. (2016)

2 Diabetes i tal

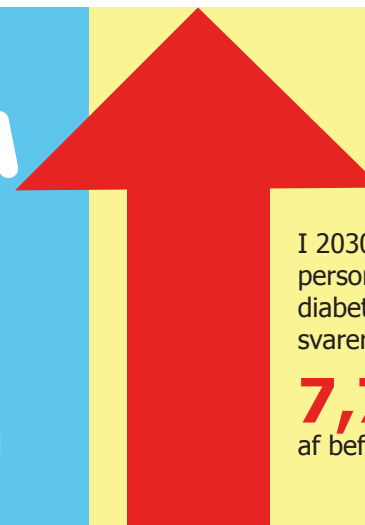


Ca.
76.000

danskere lever i dag med udiagnosticeret type 2-diabetes.^a



Ca.
250.000
danskere er diagnosticeret med type 2-diabetes.^b



I 2030 vil der være 467.000 personer, der lever med diabetes i Danmark. Det svarer til

7,7 %
af befolkningen.^c



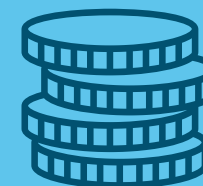
Ca.
35 %

af alle personer med type 2-diabetes har allerede følgesygdomme på diagnostetidspunktet.^d

Ca.

360.000

danskere har prædiabetes.^e



Diabetes koster dagligt det danske samfund ca.

87 mio. kr.^f

a. Jørgensen ME et al.(2020) b. Carstensen, Rønn & Jørgensen (2020b) c. Carstensen, Rønn & Jørgensen (2020a) d. Gedebjerg et al. (2018) e. Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme (2018); Sundhedsdatastyrelsen f. Sortsø et al. (2016)

Diabetes koster hvert år:

13,2 mia. kr.

i tabt arbejdsindkomst

6,4 mia. kr.

i pleje og omsorg

5,5 mia. kr.

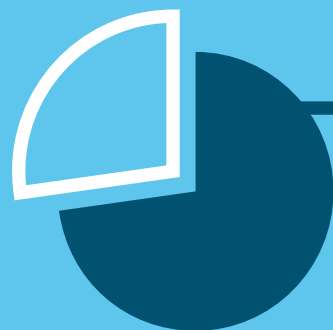
i behandling hos praktiserende læger og hospitaler

1,1 mia. kr.

i medicinudgifter

5,6 mia. kr.

i måleudstyr, patienttid og afskrivninger.^g

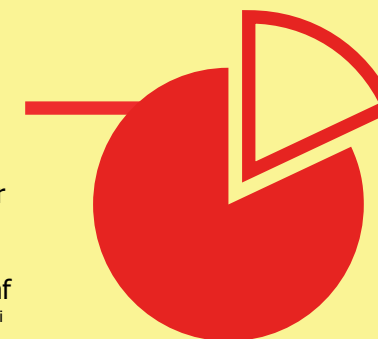


73 %

af danskerne med type 2-diabetes har ikke fået tilbud om undervisning i diabetesbehandling fra kommunen inden for de sidste fem år.^h

83 %

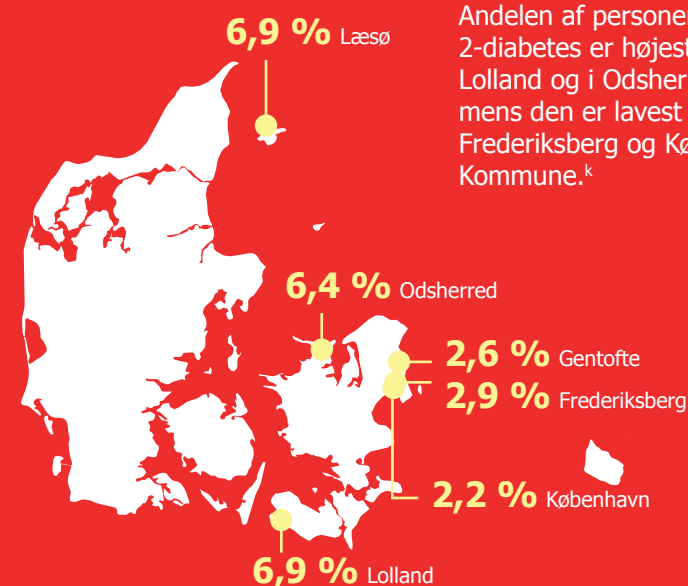
af personer med type 2-diabetes har ikke fået tilbudt undervisning i de mentale aspekter af livet med diabetes.ⁱ



Flere mænd end kvinder får type 2-diabetes.

56 %

af de diagnosticerede er mænd.^j



Andelen af personer med type 2-diabetes er højest på Læsø, på Lolland og i Odsherred Kommune, mens den er lavest i Gentofte, Frederiksberg og Københavns Kommune.^k

g. Sortsø et al. (2016) h. Diabetesforeningen (2021) Livet med diabetes i. Diabetesforeningen (2021) Livet med diabetes j. Carstensen, Rønn & Jørgensen (2020b) k. Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme (2018); Sundhedsdatastyrelsen

I løbet af de sidste årtier er der sket markante fremskridt i behandlingen af type 2-diabetes. Det gælder bl.a. i den medicinske behandling. Og gennem flere år er der i sygehussektoren sket en solid udbygning af kapacitet og kompetencer inden for moderne diabetesbehandling.

Trods de store behandlingsfremskridt stiger forekomsten og uligheden i gruppen af borgere med type 2-diabetes. Det anslåes, at 7,7 % af den danske befolkning vil leve med diabetes i 2030.³ I 2018 var tallet kun 4,9 % af befolkningen.⁴ Stigningen skyldes således ikke kun en aldrende befolkning, men også at andelen af mennesker med type 2-diabetes stiger.

Diabetesforeningen oplever, at mange mennesker med type 2-diabetes i dag ikke får optimal behandling, ikke får adgang til moderne teknologier, der kan understøtte deres hverdag med diabetes og ikke oplever, at deres patientrettigheder efterleves.

5x

Personer på førtidspension har næsten fem gange øget risiko for at udvikle diabetes sammenlignet med beskæftigede.

Den Nationale Sundhedsprofil (2017)

3) Carstensen, Rønn & Jørgensen (2020a)

4) Carstensen, Rønn & Jørgensen (2020b)

5) Kjellberg et al. (2020)

13,6 %

af personer med type 2-diabetes har en digital forløbsplan.^a

523 ud af
1708

lægehuse ikke har oprettet en type 2-diabetes forløbsplan over det sidste år.^b

a) Diabetesforeningen: Livet med diabetes (2021)

b) MedCom, PLSP (2021)

Udfordringerne i forhold til type 2-diabetes knytter sig i høj grad også til økonomi. Et nyt studie viser, at vi kan anvende udgifterne på området langt bedre ved en mere målrettet og intensiv forebyggende behandling af mennesker med type 2-diabetes.⁵ Sundhedsvæsenet bruger hvert år 850 mio. kr. på at tage hånd om nye følgekomplicationer for mennesker, der diagnosticeres med type 2-diabetes, herunder til behandling af blodprop i hjertet, kronisk nyresygdom og hjertesvigt.

Eksempelvis viser studiet, at behandling af kronisk nyresygdom som komplikation ved diabetes koster mellem 60.000 kr. og 218.000 kr. pr. borger alene det første år. For en borger på 60-80 år med type 2-diabetes og senstadiet nyresygdom er den samlede udgift over tre år ca. 400.000 kr. For personer under 60 år med type 2-diabetes er følgeomkostninger det første år over 100 mio. kr. til bl.a. indlæggelse og behandling af blødninger og blodpropper i hjernen.⁷

Studiet viser samtidig, at personer med komplikationer efter deres type 2-diabetes oplever en væsentlig nedgang i indkomst. Flere må helt stoppe med at arbejde eller kommer på sygedagpenge. Afhængig af den enkelte følgesygdom

udgør tabte skatteindtægter og sygedagpenge 21-59 % af de samlede merudgifter.⁷ Ifølge professor Jakob Kjellberg fra VIVE, der er en af forfatterne bag studiet, er der både personligt og samfundsmæssigt store perspektiver i at sætte tidligt ind og sikre, at nydiagnosticerede mennesker med diabetes får den rette behandling.⁶

I dag har almen praksis behandlingsansvaret for 85% af alle danskere med type 2-diabetes. Væksten i antallet af borgere med type 2-diabetes vil over de kommende år medføre et øget pres på primærsektoren, så der er en alvorlig risiko for, at problemerne og de samfundsøkonomiske byrder forstærkes i takt med tilvæksten.

Mange borgere med type 2-diabetes oplever også, at de ikke får de kommunale tilbud om uddannelse, vejledning og træning, de har brug for. I dag får mange borgere med diabetes således ikke den behandling og støtte, der kan sikre dem et optimalt hverdagsliv med diabetes.

Derfor er vi nødt til at arbejde målrettet med styrkede indsatser og nye løsninger på diabetesområdet. Type 2-diabetes er en sygdom, der ikke medfører særligt mange komplikationer, hvis den er velbehandlet.

Diabetesforeningen har på den baggrund afdækket tre temaer af udfordringer::

- **Nærhed og sammenhæng**
- **Rettigheder, inddragelse og skræddersyede forløb**
- **Opsporing og behandling**

6) Dagens Medicin, 14. december 2020

Livet med diabetes

73 %

af personer med type 2-diabetes har ikke fået et tilbud om undervisning i diabetesbehandling fra kommunen inden for de sidste fem år

83 %

af personer med type 2-diabetes har ikke fået et tilbud om støtte til de mentale aspekter af diabetes fra kommunen inden for de sidste fem år

71 %

af personer med type 2-diabetes svarer, at de ikke er blevet tilbudt hjælp til omlægning af spisevaner eller hjælp til fysisk aktivitet af kommunen inden for de sidste fem år.

Diabetesforeningen (2021)

De tre temaer afspejler også de centrale udfordringer i undersøgelsen Livet med Diabetes. Her efterlyser borgere med type 2-diabetes et langt stærkere samar-

bejde på tværs af sygehus, egen læge og kommune, bl.a. i forhold til viden og data. Og de efterlyser en langt mere systematisk og helhedsorienteret involvering i egen behandling samt bedre adgang til ny teknologi.

3.1 Udfordringer i forhold til nærhed og sammenhæng

En af de velbeskrevne udfordringer i det danske sundhedsvæsen er manglende sammenhæng og nærhed i det tværsektorielle samarbejde mellem sygehuse, almen praksis og kommuner for mennesker med kroniske forløb på tværs af de tre sektorer. Udfordringer med det tværsektorielle samarbejde er netop grundlaget for det nye udspil om et tættere og mere forpligtende samarbejde i de 21 nye sundhedsklynger.

Udfordringer med nærhed og sammenhæng på tværs gælder i høj grad også for mennesker med type 2-diabetes. Hver tredje borger med type 2-diabetes i undersøgelsen Livet med Diabetes fremhæver således bedre sammenhæng i behandlingen på tværs af sygehus, egen læge og kommune som et vigtigt indsatsområde fremadrettet.

De fleste borgere med kroniske sygdomme har livslangt en varierende grad af kontakt med både sygehuse, egen læge, andre specialister i praksissektoren samt kommunale sundhedstilbud. Derfor er nærhed og sammenhæng i det tværsektorielle samarbejde helt afgørende for mennesker med kronisk sygdom.

Der er gennem de sidste 5-10 år udviklet en række projekter og løsninger, også inden for diabetesområdet, hvor det tværsektorielle samarbejde har vist sig at være velfungerende. Det viser, at det bestemt er muligt at løfte det tværsektorielle samarbejde. Men mange af projekterne er båret frem af stærke lokale samarbejdskulturer, og der er derfor stor variation i karakteren og kvaliteten af

det tværsektorielle samarbejde – især også i forhold til type 2-diabetes. Det er velkendt, at vi i dag har en række strukturelle, ledelsesmæssige og økonomiske barrierer for et forpligtende tværsektorielt samarbejde. Det gælder bl.a. i forhold til deling af relevante data, teknologier og viden om mennesker med diabetes i forhold til f.eks. forløbsplaner, behandlingsmål og resultater. Og det gælder i forhold til at sikre et fælles populationsbaseret mind-set med et fælles sprog og en fælles forståelse af løsninger. Samtidig er der i mange sammenhænge ikke de rette faglige og økonomiske incitamentsstrukturer til at dele viden, erfaringer og rykke tættre sammen.



I en undersøgelse blandt Diabetesforeningens medlemmer svarer knap 50 %, at de ikke kender deres seneste langtidsblodsukkerværdi.

Derudover svarer 83 % af medlemmerne i undersøgelsen, at de ikke kender egne behandlingsmål for deres langtidsblodsukker.

Diabetesforeningen: Behandling af type 2-diabetes (2019)

3.2 Udfordringer i forhold til rettigheder og inddragelse

Undersøgelser og udviklingsprojekter viser, at reel involvering og inddragelse af mennesker med type 2-diabetes i at tilrettelægge og håndtere egen behandling

og mestre egen sygdom markant forbedrer den enkeltes behandlingsresultater og livskvalitet. Omvendt viser erfaringerne også, at borgerinddragelse rummer betydelige udfordringer i forhold til tid og ressourcer i mødet med den enkelte borger, metoder til systematisk inddragelse samt massive barrierer i forhold til sårbare grupper af borgere med type 2-diabetes og anden kronisk sygdom.

En af de centrale udfordringer er, hvordan vi fra starten af et forløb med en kronisk sygdom får tilrettelagt en langt mere 'håndholdt' og individualiseret tilgang med afsæt i den enkeltes hverdag, engagement og præferencer. Personer med type 2-diabetes har vidt forskellige forudsætninger, ønsker og overskud i dagligdagen til at mestre egen sygdom – og ikke mindst alt det rundt om sygdommen. En nøgle til både styrket borgerinddragelse og reduceret ulighed er metoder og værktøjer til inddragelse på borgernes egne præmisser.

Et centralt værktøj i tilgangen til type 2-diabetes er i dag forløbsplaner og årskontroller, hvor sigtet netop er at sikre den enkelte borger en individualiseret plan, der matcher deres behov for behandling, forebyggelse af komplikationer, opfølgning og mestring af hverdagslivet med diabetes.

Det er i den sammenhæng paradoksalt, at borgere med type 2-diabetes har en velbeskrevet ret til en individualiseret forløbsplan og løbende årskontrol, mens det efter de gældende aftaler med bl.a. almen praksis ikke er en forudsætning for honorering, at den enkelte borger får en forløbsplan og får gennemført de krævede årskontroller. Borgeren har således en ret, behandleren reelt ikke har en pligt til at efterleve.

I forhold til inddragelse er der i dag solide erfaringer fra regionale og lokale projekter, herunder fra det systematiske arbejde med at udvikle et PRO-værktøj

38%

af personer med type 2-diabetes har hjertekarsygdom

Steno Diabetes Center Copenhagen (2020)



Diabetisk nefropati (nyresygdom) opstår hos 5-10 % af alle personer med type 2-diabetes

Videnscenter for Diabetes (2021)

til mennesker med type 2-diabetes samt fra forsøg med skræddersyet inddragelse gennem digitale værktøjer.

Vi har i yderst begrænset udstrækning gjort brug af de erfaringer til at målrette og individualisere inddragelsen, herunder til at sikre, at især de mindst ressourcestærke får ekstra hjælp og støtte til at gøre brug af deres ret til individualiseret behandling.

3.3 Udfordringer i forhold til opsporing og behandling

Behandlingen af type 2-diabetes i almen praksis rummer i dag udfordringer og variationer i forhold til at sikre, at personer med type 2-diabetes er i optimal behandling. Det gælder også for tidlig opsporing og inddragelse af andre faggrupper i forhold til at forebygge komplikationer, følgesygdomme og det at mestre livet med diabetes.

Rigtig mange mennesker med type 2-diabetes har andre kroniske sygdomme eller lever med risiko for at få det. De får ikke altid den fornødne hjælp til at håndtere livet med flere sygdomme eller risikoen for følgesygdomme.

En af de helt store udfordringer er, hvordan vi i endnu større grad gearer almen praksis til deres funktion som tovholder på tværs af landet, herunder sikrer et ensartet højt vidensniveau og høj faglig kvalitet i mødet med mennesker med type 2-diabetes.

Der er i dag en række strukturelle og økonomiske barrierer for, at de praktiserende læger bruger den fornødne tid – ikke mindst i starten af et behandlingsforløb, så personer med type 2-diabetes forstår vigtigheden af at mestre egen sygdom og betydningen af at involvere sig aktivt i behandlingsforløbet.

Det gælder også i forhold til samarbejde med andre faggrupper, f.eks. psykologer, kliniske diætister, fodterapeuter, specialister på sygehuse m.fl., og det gælder i forhold til samarbejdet med kommunerne om at 'designe' målrettet borgerinddragelse, skræddersyet vejledning om kost, motion mv.



Kostbare følgesygdomme

Sundhedsudgifterne til personer med type 2-diabetes og følgesygdomme er markant højere end hos personer med type 2-diabetes uden følgesygdomme. Alene det første år efter følgesygdommen diagnosticeres, udgør merudgifterne til behandling af gruppen med følgesygdomme over 800 millioner kroner.

Kjellberg et al. (2020)

Endelig er det i dag en stor udfordring, hvordan vi systematisk og på tværs af landet kanalisere den viden om moderne diabetesbehandling, der findes på specialistniveau på sygehuse, ud i almen praksis på en forholdsvis enkel og let-tilgængelig måde, så tiltag matcher en travl hverdag i almen praksis med mange forskellige grupper af borgere, flere opgaver og et stigende arbejdspress.

ca.

76.000

danskere lever i dag med udiagnosticeret type 2-diabetes.^a

360.000

danskere har prædiabetes.^b

a) Jørgensen ME et al. (2020) b) Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme (2018); Sundhedsdatastyrelsen

Med afsæt i de beskrevne udfordringer på diabetesområdet anbefaler Diabetesforeningen at løfte behandling og forløb for mennesker med type 2-diabetes inden for følgende tre områder:

- **Mere nærhed og sammenhæng**
- **Stærkere rettigheder, styrket inddragelse og og skræddersyede forløb**
- **Bedre og tidligere behandling**

Styrkede rettigheder til borgere med type 2-diabetes

- Ret til et tværsektorielt team, der er sammensat efter den enkelte borgers behov.
- Ret til skræddersyede tilbud om sygdomsmestring, kostvejledning og fysisk træning inden for en given tidshorisont.
- Ret til startpakke og klart overblik over rettigheder i startpakke.
- Ret til en aktiv forløbsplan og et krav på uddannelse og vejledning i at bruge forløbsplanen.
- Ret til årskontrol og opfølgning i forhold til aftalte mål og indsatser i forløbsplan.
- Ret til at forløbsplanens indhold efter samtykke fra den enkelte borger deles digitalt med andre fagfolk.
- Ret til inddragelse i egen behandling og fastlæggelse af egen forløbsplan efter ny model baseret på PRO til diabetes.
- Samme rettigheder i hele landet.

Flere af løsningsforslagene vil kunne bidrage til en styrket behandling af type 2-diabetes på tværs af de tre temaer. Samtidig er der store gevinster for den enkelte og for samfundet ved en langt mere systematisk og målrettet forebyggende indsats. Eksempelvis viser en analyse af data fra en langtidsopfølgning på det anerkendte Steno-2-studie, at borgere, der tilbydes en helhedsorienteret forebyggende behandling har meget færre komplikationer og i gennemsnit lever otte år længere end borgere, der tilbydes almindelig behandling. De får tilmed stor livskvalitet.

De præsenterede anbefalinger og løsninger vil samlet kræve betydelige investeringer, men vil udover flere leveår og bedre livskvalitet til mennesker med type 2-diabetes også kunne medvirke til at spare en stor del af de 850 mio. kr., vi hvert år bruger på at behandle nye komplikationer hos danskere med type 2-diabetes. Det kræver, at vi investerer i målrettet behandling.

En styrket indsats med de præsenterede forslag er samtidig helt afgørende for, at udgifter til behandling af komplikationer og følgesygdomme for mennesker med type 2-diabetes ikke i de kommende år stiger i takt med den markante stigning i antallet af mennesker med type 2-diabetes frem mod 2030. Det er med andre ord kostbart ikke at investere offensivt.

For Danmark og mennesker med type 2-diabetes samt andre kroniske sygdomme er der store gevinster ved at implementere de beskrevne anbefalinger og løsninger som led i en ny sundhedsaftale og en national kronikerplan.

Centralt i Diabetesforeningens anbefalinger og løsningsforslag står en række rettigheder til borgere med type 2-diabetes – fulgt af pligter for sundhedsvæsenet. Samlet kan det medvirke til markant at løfte behandlingen af type 2-diabe-

tes, særligt for de mest sårbare grupper, der generelt har sværere ved at sætte deres egne krav og ønsker igennem over for de mange professionelle sundhedspersoner.

Sammen med løsningsforslagene præsenteres en række cases på pilotprojekter og forsøg, der har været gennemført på diabetesområdet over de senere år. Det viser, at der mange steder i landet er arbejdet systematisk med at udvikle brugbare modeller og løsninger til en styrket behandling af type 2-diabetes. Mange af løsningerne findes således allerede, og opgaven er derfor at sikre skalering og systematisk implementering af de mange gode erfaringer.

4.1. Mere nærhed og sammenhæng – for bedre patientforløb

I forhold til nærhed og sammenhæng er det ifølge Diabetesforeningen helt afgørende at styrke det tværsektorielle samarbejde. Derfor bør Folketinget i en kommende sundhedsaftale omkring de 21 sundhedsklynger gøre op med en række af de strukturelle og økonomiske barrierer, der generelt gør det krævende og modsætningsfyldt for sygehuse, almen praksis og kommuner at arbejde tættere sammen.

Det betyder bl.a., at strukturen omkring de 21 nye sundhedsklynger skal formaliseres og gøres forpligtende med fokus på et fælles populationsansvar. Der er brug for en faglig ledelsesstruktur med sygehusledelse, den sundhedsfaglige ledelse af de omkringliggende kommuner samt de tilknyttede klyngeledelser fra almen praksis.

Den faglige ledelsesgruppe bør have et fælles ledelsesansvar samt klare økonomiske incitamenter for at samarbejde om alle de forløb og opgaver, der skal løftes på tværs af sektorerne. Modellen vil styrke det fælles populationsansvar for

CASE

TværSam – et fælles forpligtende populationsansvar (2019-2021)

TværSam er et samarbejde mellem almen praksis, Københavns Kommunes Center for Diabetes og Endokrinologisk Afdeling på Bispebjerg Hospital. Formålet er styrke kvaliteten af behandling og rehabilitering for mennesker med type 2-diabetes på tværs af sektorer. Gennem TværSam er der udviklet en samarbejdsmodel med et forpligtende fælles populationsansvar. Gennem samarbejdet deles viden og data og nye samarbejdsformer afprøves.

Samarbejdet har bl.a. resulteret i systematiske vidensdelingsmøder, case-fremlæggelser, faglige oplæg, gruppearbejde og plenumdiskussioner. Resultaterne af projektet har bl.a. været:

- Relationsopbygning på tværs af faggrupper og sektorer, der har medvirket til at skabe et fælles sprog og bedre kommunikation og videndeling på tværs.
- Større bevidsthed om værdien af at sætte fælles visioner og mål blandt de forskellige faggrupper og sektorer for at styrket den populationsbaserede tænkning.
- Oprettelse af en 'klyngetelefon', der giver de sundhedsprofessionelle direkte kontakt til en endokrinolog, de allerede har kendskab til specialistrådgivning.
- En klinisk database for almen praksis med det formål at skabe et fælles datagrundlag for at udvikle fælles mål og kvalitetsstandarder.

alle de kronikerforløb, der går på tværs af de tre sektorer – også i den daglige opgaveløsning.

I en implementering af et fælles populationsansvar for mennesker med diabetes og anden kronisk sygdom kan Folketinget lade sig inspirere af erfaringer fra projektet TværSam, der med stor succes har udviklet en samarbejdsmodel med et forpligtende fælles populationsansvar mellem sygehus, kommune og almen praksis.

Diabetesforeningen anbefaler på den baggrund følgende konkrete løsninger i forhold til styrket tværsektorielt samarbejde til gavn for mennesker med type 2-diabetes:

1. National kvalitetsplan for det tværsektorielle samarbejde om type 2-diabetes

Diabetesforeningen vil anbefale, at der udarbejdes en national kvalitetsplan for type 2-diabetes, som tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger til tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes.⁷ Det omfatter f.eks. anbefalinger til:

- Opsporing, diagnostik og udredning, herunder individuel risikovurdering.
- Sundhedsfaglig rehabilitering, inkl. sygdomsmestring, ernæringsindsats og fysisk træning.
- Farmakologisk behandling, herunder antihyperglykæmisk behandling, lipidsænkende behandling mv.

- Planlægning af patientforløb med psykosocial status, komorbiditeter og komplikationer samt opfølgning på undersøgelse og behandling og opfølgning i kommunerne.
- Organisering, arbejdsdeling og samarbejde mellem aktørerne.

Kvalitetsprogrammet rummer på de fleste områder netop de kvalitetskrav, der bør gælde for det tværsektorielle samarbejde i forhold til behandlingen af type 2-diabetes. De seks områder skal gøres til obligatoriske krav som led i en national kvalitetsplan for det tværsektorielle samarbejde omkring type 2-diabetes.

Som led i en national kvalitetsplan anbefaler Diabetesforeningen i øvrigt, at:

- Sundhedsstyrelsen får til opgave at opdatere anbefalingerne fra 2017 på grundlag af den seneste viden på diabetesområdet, og at der for hver af de seks overordnede temaer i programmet opstilles kvalitetsmål og en række målepunkter som grundlag for en løbende opfølgning på implementeringen af det samlede program. F.eks. ift. hvor stor en del af forløbene, der lever op til de forskellige dele af programmet, som vi kender fra pakkeforløb på kræftområdet.
- Der i tråd med anbefalingerne i programmet opstilles en række kvalitetsindikatorer på tværs af de forskellige indsatser. Det gælder f.eks. for inddragelse og afklaring af borgernes behov for sundhedsfaglig rehabilitering, bl.a. kvalitet i forhold til tilbud om sygdomsmestring, fysisk træning mv., og det gælder for planlægning og organisering, f.eks. kvalitet i forebyggende tiltag samt opfølgning og arbejdsdeling.

7) Sundhedsstyrelsen (2017)

2. Ret til et tværsektorielt team for borgere med type 2-diabetes

Som led i en formaliseret etablering af tværsektorielt samarbejde anbefaler Diabetesforeningen, at borgere med type 2-diabetes, hvor almen praksis har behandlingsansvaret, får ret til et tværsektorielt team efter individuelle behov. Den praktiserende læge er ansvarlig tovholder for både behandling og skræddersyede tilbud til den enkelte borger. Det omfatter også et ansvar for almen praksis til at koordinere relevante tilbud i kommunalt regi, henvise til øvrige specialister, f.eks. øjenlæge, fodterapeut samt inddrage specialister på sygehuse mv.

I forhold til etablering af tværsektorielt team anbefaler Diabetesforeningen, at:

- Der tilknyttes en eller flere specialiserede sygeplejersker eller andre fagpersoner til de etablerede klynger i almen praksis for at understøtte lægerne i at varetage rollen som tovholder i forhold til systematisk at inddrage den enkelte borger i at tilrettelægge egen behandling. Det omfatter samtidig støtte f.eks. at aktivere tilbud om uddannelse, træning mv. i kommunalt regi samt henvisning til andre faggrupper for bl.a. at styrke håndteringen af livet med diabetes og forebygge komplikationer mv.
- Hver klynge i almen praksis får adgang til at trække på et fast team af sundhedsprofessionelle, der kan inddrages som led i en styrket individuel behandlingsplan. Det omfatter f.eks. kliniske diætister, fysioterapeuter, psykologer, fodterapeuter, tandlæger både inden for og uden for det kommunale sundhedssystem. For en del ressourcerstærke borgere med type 2-diabetes vil behovet for supplerende behandling være mindre end for andre grupper.

Diabetesforeningen anbefaler desuden, at man i forhold til organisering af det tværsektorielle samarbejde lader sig inspirere af resultaterne af TværSam-projektet (se case-eksempel side 15) med henblik på at sikre tilstrækkelige rammer for og ressourcer til relationsopbygning på tværs samt økonomiske incitamentter til at udvikle og implementere fælles mål og indsatser for mennesker med type 2-diabetes. Dertil kommer, at modellen kan bruges generisk i forhold til andre kroniske sygdomme.

3. Ret til en forløbsplan og en ret til at planen deles på tværs af faggrupper

Udvikling og løbende opdatering af en forløbsplan for mennesker med type 2-diabetes bør efter Diabetesforeningens opfattelse være et fast krav til tovholder i almen praksis som grundlag for at udløse honorar for den enkelte borger. I dag har mennesker med type 2-diabetes i princippet ret til en individuel forløbsplan. Men efter overenskomsten med almen praksis er det ikke en pligt for lægen at udvikle en plan som led i afregning. Rettigheder bør følges af klare pligter for de aktuelle faggrupper i sundhedsvæsenet, ellers er der ingen sikkerhed for, at rettigheder efterleves.

Det bør samtidig være et fast krav, at planen udvikles i samarbejde mellem den praktiserende læge, den specialiserede sygeplejerske/anden fagperson og den enkelte borger og potentielt med sparring fra specialister. Planen fungerer som det fælles (digitale) omdrejningspunkt med individuelle behandlingsmål, patientuddannelse, forebyggelse af komplikationer mv. Planen er borgerens – men det er fælles mål, alle har ansvar for at opnå.

Som led i kravet om forløbsplaner til alle borgere med type 2-diabetes anbefaler Diabetesforeningen, at:

- Alle mennesker med type 2-diabetes altid skal have en opdateret forløbsplan, og skal undervises i at deltage aktivt i arbejdet med at anvende og udvikle planen. Det er et ansvar for almen praksis som tovholder, at de enkelte borgere får skræddersyet vejledning i at bruge planen, så planen også bliver et aktivt værktøj i det tværsektorielle samarbejde.
- Tovholder i almen praksis har ansvar for at følge op på planen over for den enkelte borger i forhold til f.eks. aftalt uddannelse, træning, kostforløb mv. i kommunalt regi, herunder koordinere med de ansvarlige fagfolk i det kommunale system og blandt andre faggrupper. Det betinger også et ansvar for at justere plan og indsatser efter behov, herunder evt. at efterspørge nye tilbud i det kommunale system på vegne af den enkelte borger.
- Forløbsplanen skal efter aftale med den enkelte borger kunne deles digitalt på tværs af det tværfaglige team, der potentielt står til rådighed for borgeren. Der bør om fornødent udvikles en supplerende IT-infrastruktur, der gør det muligt at dele forløbsplanen og de relevante data på tværs. Af hensyn til borgerne bør der helt konkret etableres én platform med fælles struktureret datadeling, hvor patienter kan tilgå egne data fra alle sektorer. Platformen indhenter automatisk strukturerede data fra hver sektor og skal samtidig give fagpersoner, der er tilknyttet behandlingsforløbet, mulighed for at tilgå data fra andre faggrupper, der er relevant for dem. Deling af forløbsplaner bør på sigt tænkes ind i forløb for alle kronikere.
- Sundhedsstyrelsen skal udvikle en konkret beskrivelse af, hvilke data, det er behandlingsmæssigt relevant at dele. Det vil ifølge Diabetesforeningen

være både de seneste tal og mål for HbA1c, blodtryk og LDL-kolesterol samt en stribe individuelle mål om f.eks. livsstil, sygdomsmestring mv., øjenlægestatus og fodterapi. Med ansvar over for den enkelte borger skal almen praksis, kommuner og regioner forpligtes til at udstille relevante data for behandlere i øvrige sektorer på den etablerede platform.

4.2. Stærkere rettigheder, styrket inddragelse og skræddersyede forløb – for mere lighed i sundhed

I forhold til at styrke rettigheder, inddragelse og skræddersyede forløb for borgere med type 2-diabetes er det ifølge Diabetesforeningen centralt, at tovholder i almen praksis og de øvrige faggrupper udvikler en skræddersyet tilgang til at involvere og inddrage den enkelte borger og pårørende i forhold til ressourcer, netværk, engagement mv. Det skal bl.a. ske gennem et styrket forpligtende tværsektorielt samarbejde.

Mange specialister og praktiserende læger er allerede i dag opmærksomme på at tilrette behandling og tilbud til den enkelte borger ud fra den enkeltes egne ønsker, ressourcer og netværk. For i langt større grad at bekæmpe ulighed og styrke indsatsen over for de mest sårbare grupper skal det fremover ske langt mere systematisk og på basis af en mere fast model.

Diabetesforeningen foreslår, at den veludviklede model for PRO (patientrapporterede oplysninger) til diabetes implementes nationalt som en fast model for at inddrage alle borgere med type 2-diabetes på egne præmisser. Det bør være et krav, at de relevante faggrupper på sygehusene, i almen praksis og i kommunerne har kendskab til og kan bruge PRO-værktøjet som beslutningsstøtte i dialogen med den enkelte borger.

Samtidig skal erfaringer og viden fra de mange projekter og forsøg med borgerinddragelse bringes systematisk i spil på tværs af landet som en del af de tværsektorielle teams. På den måde sikrer vi, at de rette borgere får den rette hjælp og behandling.

Diabetesforeningen anbefaler i den forbindelse følgende konkrete løsninger i forhold til styrkede rettigheder for mennesker med type 2-diabetes:

1. Implementering af en fælles model for individualiseret tilgang

Diabetesforeningen anbefaler, at der fastlægges en national model for en systematisk og skræddersyet tilgang til borgere med type 2-diabetes, der behandles i almen praksis. Det skal foregå som en åben og transparent proces i tæt dialog med den enkelte borger. På den måde bliver modellen også grundlag for at drøfte forløbsplaner og individuelle behov med den enkelte borger med type 2-diabetes.

I udviklingen af en detaljeret model for en mere individualiseret tilgang til borgere med type 2-diabetes anbefaler Diabetesforeningen, at:

- En individualiseret tilgang til den enkelte borger automatisk udløser en række elementer i forløbsplanen, der efterfølgende koordineres tæt med den enkelte borger, f.eks. særskilte krav til målrettet uddannelse om sygdomsmestring, særlige behov for forebyggende behandlinger i forhold til f.eks. fodbehandling, øjebehandling, psykologbehandling, klinisk diætisk mv. Det betyder også, at de individuelle forhold indgår i forløbsplanen og automatisk deles og koordineres med de øvrige sundhedsprofessionelle.
- Almen praksis skal tilrettelægge en mere individualiseret model for årskontroller, der giver mulighed for at målrette ressourcerne på de personer med type 2-diabetes, der har størst behov for støtte. Det giver mulighed for at tilrettelægge et aftalt 'gearskifte' i behandling og forløb, hvis der f.eks.

opstår komplikationer eller tilstøder anden sygdom, der skal tages i betragtning. Samtidig giver det mulighed for i højere grad at tilpasse forløbet til borgere med multisygdom.

- Almen praksis forpligtes til en proaktiv opfølgning over for borgere med type 2-diabetes for at sikre sig, at de modtager de relevante behandlingstilbud i kommunerne og deltager i de forebyggende behandlinger som aftalt efter planen.

2. Individuel 'startpakke' til alle nydiagnosticerede personer med type 2-diabetes

Med afsæt i en indledende differentiering af patientgruppen anbefaler Diabetesforeningen, at der udarbejdes en individuel 'startpakke' for den enkelte borger med type 2-diabetes. Det skal være med til at sikre, at borgeren fra starten får præcis den uddannelse i diabetes og sygdomsmestring samt tilbud om træning, kost mv., der matcher den enkelte samt sikre, at den enkelte bedre kan klare sig selv.

En individuel startpakke sikrer en bedre og mere målrettet behandling for borgere, der lider af flere samtidige kroniske sygdomme. For mange ressourcestærke borgere vil 'startpakken' typisk være markant mindre, da de ofte vil være langt mere selvkørende.

En individuel startpakke skal samtidig bidrage til mere lighed blandt borgere med type 2-diabetes, da det i langt højere grad så ikke kun er en ret for borgeren, men også en pligt for sundhedspersonalet proaktivt at sikre mere støtte og hjælp til sårbare borgere med type 2-diabetes. Selv for grupper af borgere med

flere ressourcer og stærkere netværk kan målrettet og koordineret uddannelse i kommunalt regi imidlertid også være værdifuldt på sigt.

Som led i forslaget om en individuel startpakke til alle borgere med type 2-diabetes anbefaler Diabetesforeningen, at:

- Startpakken indeholder konkrete faglige krav og tidsfrister, der giver borgerne en række rettigheder til uddannelse, behandling og forebyggende indsatser. Det omfatter f.eks., hvor hurtigt de forskellige grupper af borgere med type 2-diabetes skal have adgang til uddannelse i diabetes og sygdomsmestring, hvilke typer af tilbud omkring livsstil og træning, der bør være tilgængelige samt hvor hyppigt, de skal til kontrol og modtage forebyggende behandling i forhold til komplikationer. De faglige krav og tidsfrister bygges op efter den samme skabelon som i forbindelse med årskontroller.
- Eksisterende erfaringer med digitale værktøjer til borgerinddragelse samt værktøj til PRO-data (patientrapporterede oplysninger) systematisk indarbejdes i den etablerede startpakke til personer med type 2-diabetes. Ifølge den afsluttende rapport om udvikling af PRO til diabetes, er PRO særligt anvendeligt som dialogstøtte ved afklarende startsamtaler samt ved årskontroller for at sikre en personcentreret tilgang. Desuden vil PRO-data være et centralt værktøj for kvalitetsmonitorering af de mere bløde data, f.eks. livskvalitet og diabetesstress. Derfor bør den etablerede model for PRO til diabetes systematisk indarbejdes i både startpakke og årskontrolsamtaler.

CASE **Værdien af PRO-data for borgere med diabetes**

I august 2017 besluttede styregruppen for det nationale PRO-arbejde, at der skulle udvikles et PRO-værktøj inden for type 2-diabetes. Senere er behandling af type 1-diabetes koblet på projektet. Som led i projektet blev der etableret en bredt sammensat klinisk koordinationsgruppe til at styre udvikling, indholdstest og pilotafprøvning, herunder borgere med diabetes.

Resultaterne af arbejdet viser, at:

- PRO-skemaet har fungeret godt til personer med både type 1 og type 2-diabetes ved afklaring/startsamtale og ved årsstatussamtale.
- Personer med diabetes føler sig bedre forberedt og mere trygge, når de kender indholdet af samtalen og har haft mulighed for at forberede sig.
- Samtalerne har taget udgangspunkt i de områder, der er relevante for den enkelt person med diabetes, og det var mere tydeligt, hvad den enkelte har brug for at behandling mv.
- PRO-skemaet er velegnet som dialogstøtte til at sikre en langt større grad af individuel tilrettelæggelse af behandling og indsatser 360 grader rundt.

4.3. Bedre og tidligere behandling – for mere ensartet og højere kvalitet i hele landet

Selvom der mange steder allerede er etableret samarbejde, uddannelse og gensidig sparring mellem specialister på sygehusene og kommuner, er der i dag meget stor variation på tværs af landet. Kvalitet i tilbud, pleje og behandling bør ikke afhænge af bopæl, og for at mindske geografisk ulighed er der derfor brug for en langt større systematik og fælles nationale standarder for kvalitet.

I forhold til et samlet løft i behandlingen af type 2-diabetes er det ifølge Diabetesforeningen helt afgørende, at den specialiserede viden om moderne diabetesbehandling på sygehusene løftes ud til almen praksis samt videre til de tværfaglige teams rundt om den enkelte borger med diabetes. Det gælder også den specialiserede viden om behovet for forebyggende behandlinger i forhold til evt. komplikationer og følgesygdomme.

Det betyder, at det som led i de 21 nye sundhedsklynger skal være et krav at deltage i systematisk fælles uddannelse, og at de enkelte klynger skal sikre, at der afsættes tid og ressourcer til uddannelse og kompetenceudvikling.

Diabetesforeningen anbefaler derfor følgende konkrete løsninger i forhold til styrket opsporing og behandling af type 2-diabetes:

1. Etablering af fast struktur for uddannelse af almen praksis og kommuner

I Danmark er vi blandt de førende i verden, hvad angår specialistkompetencer og forskning i diabetes. Hvis vi formår at implementere den massive viden hos specialisterne, så den når ud og gør en forskel for borgerne, har diabe-

tesbehandlingen på tværs af hele Danmark et potentiale til at blive et globalt spydspidsprojekt.

Diabetesforeningen anbefaler derfor, at der som led i de 21 nye sundhedsklynger etableres en fast informations- og uddannelsesstruktur mellem specialister og almen praksis samt sundhedsfagligt ansvarlige i kommunalt regi, f.eks. den kommunale hjemmepleje, der arbejder med borgere med type 2-diabetes. Det er afgørende, at uddannelse og sparring til almen praksis og kommunerne sker med fast frekvens for de enkelte faggrupper.

Som led i forslaget om en fast uddannelsesstruktur for at løfte viden og kvalitet i diabetesbehandlingen anbefaler Diabetesforeningen, at:

- De enkelte klynger i almen praksis har et fast team af specialister med bl.a. en endokrinolog, en kardiolog og evt. en lungemediciner tilknyttet. Det giver mulighed for at trække på specialister fra f.eks. endokrinologiske afdelinger eller Steno Diabetes Centre til konkret sparring om en borger, og der bør som led i modellen være en fast hotline mellem specialister og klynger af praktiserende læger. Det bør være en opgave for de 21 sundhedsklynger at fastlægge en ensartet struktur for opgaven.
- Der regelmæssigt, f.eks. halvårligt, tilrettelægges fælles, forpligtende uddannelse af læger og andet relevant fagpersonale i almen praksis i forhold til at løfte det samlede behandlingsansvar og at sikre, at de altid har opdateret viden på området. Uddannelsen tilrettelægges efter behov i klyngerne, men bør omfatte forskellige problemstillinger omkring f.eks. sygdomsmestring, komplikationer, multisygdom og ny viden om medi-

cinsk behandling. Det vil også være værdifuldt at tage konkrete cases op som grundlag for videndeling og kompetenceudvikling. Som led i implementering af de 21 sundhedsklynger udvikles en minimumsmodel for systematisk uddannelse.

- Der afsættes tid og ressourcer til, at Steno Diabetes Centrene uddanner sygeplejersker m.fl. til halvårligt at undervise kommunalt plejepersonale i basal diabetesbehandling, anvendelse af redskaber og til at genkende symptomer, som kræver at borgeren skal tilses af læge, fodterapeut, tandlæge eller anden fagperson. I forbindelse med den halvårlige uddannelse bør mindre kommuner i de 21 sundhedsklynger modtage fælles uddannelse. Sundhedsklyngerne har ansvar for at udvikle en fast model, struktur og indhold for uddannelsen.

2. Kvalitetsstandarder for kommunale tilbud til personer med type 2-diabetes

Personer med type 2-diabetes oplever i dag en meget stor variation i karakter, kvalitet og adgang til de kommunale tilbud om patientuddannelse, fysisk træning, kostvejledning mv. Uligheden er både geografisk i forhold til de enkelte kommuners meget varierede tilbud til borgere med type 2-diabetes, og uligheden er social i forhold til de enkelte borgeres mulighed for at gøre brug af de forskellige tilbud. Nogle kommuner har f.eks. primært tilbud til en bred gruppe af borgere med kronisk sygdom, mens andre har specialiserede tilbud om diabetes. Diabetesforeningen anbefaler, at der udarbejdes kvalitetsstandarder med minimumskrav for tilbud til borgere med type 2-diabetes, herunder et sæt af 5-8 fælles kvalitetsmål for de forskellige typer af kommunale tilbud. Kvalitetsstandarder skal følges af et krav om at leve op til mål og indsatser samt at følge op med evaluering og dokumentation.

Det er oplagt, at der som led i implementeringen af de 21 sundhedsklynger udvikles en samlet kvalitetsplan med særskilte kvalitetsindikatorer for de kommunale tilbud, herunder tværkommunalt samarbejde for at løfte kravene. En kvalitetsplan for type 2-diabetes kan udgøre et spydspidsprojekt i forhold til kvalitetsplaner i kommunalt regi for hele kronikerområdet.

Som led i forslaget om kvalitetsstandarder for kommunale tilbud til borgere med type 2-diabetes anbefaler Diabetesforeningen, at:

- Kvalitetsmålene implementeres som minimumsstander på tværs af landet, så borgere med type 2-diabetes har et grundlæggende krav på uddannelse i sygdomsmestring, fysisk træning, kostvejledning af en vis kvalitet. Som led i tværsektorielt forløbsprogram er allerede beskrevet en række anbefalinger til indholdet af de kommunale tilbud samt forventninger til uddannelse og kompetencer for de faggrupper, der varetager de enkelte tilbud. Anbefalinger bør gøres til forpligtende krav. De enkelte kommuner forpligtes til alene eller på tværs af kommunegrænser at levere tilbudene. Men det står kommunerne frit for at entrere med patientforeninger og/eller idrætsorganisationer mv. om at levere de krævede tilbud.
- Kommunerne får et ansvar for at tilrettelægge en samlet informationsindsats over for borgere med type 2-diabetes og almen praksis i de respektive klynger om indholdet i relevante tilbud. Det skal sikre, at der i almen praksis er langt bedre indsigt i de kommunale tilbud på området, herunder et eventuelt behov for i almen praksis som tovholder at bygge oven på de kommunale tilbud til de mest sårbare borgere, der har brug for ekstra støtte.

3. Styrket model for årskontrol og opfølgning

Diabetesforeningen anbefaler, at de gode erfaringer fra projektet under Steno Diabetes Center Copenhagen (SDCC) om sammedagsscreening implementeres nationalt som en landsdækkende model for løbende og systematisk opfølgning til borgere med type 2-diabetes.

Formålet med projektet har været at sikre tidlig opsporing af komplikationer og igangsættelse af forebyggende indsatser og behandling, højere deltagelse i screeningsprogrammerne samt kvalitet, koordinering, motivation og tryghed i forløbet. Projektet beskriver en række erfaringer og anbefaler afprøvning af pilotprojekter inden for sammedagsscreening, som efter Diabetesforeningens opfattelse bør indgå i det videre arbejde med styrket behandling og systematisk opfølgning.

Samlet set bør det ifølge Diabetesforeningen være en rettighed for borgere med type 2-diabetes at komme til årskontrol og herigennem drøfte mål, opfølgning og justering af planer. Det er naturligvis op til de enkelte borgere, om de ønsker at gøre brug af deres ret til årskontrol, men tovholder bør have en målbar forpligtelse til at følge op på alle borgere, så det sikres, at de sårbare borgere får de relevante tilbud. Det skal bidrage til at reducere uligheden i behandlingen af type 2-diabetes.

Som led i forslaget om en national model for årskontrol og opfølgning anbefaler Diabetesforeningen, at:

- De gode erfaringer fra projektet i Region Hovedstaden rulles ud nationalt som en landsdækkende model for årskontroller, opfølgning mv. Den nationale model skal bl.a. beskrive gode erfaringer om samarbejde samt

barrierer i forhold til aftaler og overenskomster for den her type af forslag. Projektet fra SDCC er således udviklet gennem indgåelse af en særskilt aftale med PLO Hovedstaden, fordi den eksisterende overenskomst som udgangspunkt ikke giver mulighed for 'shared care' omkring den enkelte borger med type 2-diabetes.

- Konkret stillingtagen til årskontrol og opfølgning bliver et krav som led i det fælles populationsansvar for mennesker med type 2-diabetes, herunder at sektorene i fællesskab honoreres i forhold til, at kravet opfyldes. Det er i den forbindelse vigtigt, at det for nogle borgere med type 2-diabetes ikke vil være nødvendigt med en årskontrol, fordi de er selvkørende, velregulerede og ikke har behov for det. Men det skal være et krav i forløbsplanerne, at tovholder aktivt tager stilling til den enkeltes behov.

CASE**Målrettet screening af
diabetespopulation (2020-2023)**

Region Hovedstaden og PLO Hovedstaden har indgået en aftale om, at ca. 100 praktiserende læger i Region Hovedstaden frem mod 2023 indgår i et projekt, hvor de får et særskilt honorar for regelmæssigt at screene deres diabetespopulation og identificere de borgere, der ikke får foretaget deres rutinemæssige kontroller.

Projektet skal sikre, at borgerne kommer i rettidig behandling og forebygge senkomplikationer. Det tager afsæt i almen praksis, som starter med at identificere de personer med type 2-diabetes, der ikke får foretaget rutinemæssige undersøgelser. Disse borgere vil derefter få tilbudt henvisning til specialister på hospitalerne.

Alt efter behov tilbydes borgeren i samråd med speciallæge fra hospitalet ét af følgende indsatsområder:

- Sammedagsscreening: for de borgere med type 2-diabetes, som kommer til kontrol hos egen læge, men ikke får foretaget regelmæssige kontroller.

- Sammedagsscreening i hjemmet: tilbydes sårbare borgere med type 2-diabetes, der ikke er i stand til at komme på hospitalet eller almen praksis. Her vil de modtage hjemmebesøg af egen læge.
- 4-6 mdr. forløb på hospital: Borgere med type 2-diabetes, som ikke har været klar over, at de skal have foretaget regelmæssige screeninger eller som er kommet skævt ind i deres behandlingsforløb. Almen praksis vil i disse tilfælde kunne henvise til et forløb på 4-6 måneder, hvor hospitalet kortvarigt overtager behandlingsansvaret. Forløbet vil også indeholde et element af kommunal rehabilitering.

Projektet gennemføres i tre af Hovedstadens planområder frem mod marts 2023, hvor hhv. Bispebjerg/Frederiksberg Hospital, Amager/Hvidovre Hospital og Steno Diabetes Center Copenhagen vil have ejerskab i deres respektive planområde.

4. Indsatser til opsporing af sårbare borgere med uopdaget type 2-diabetes

Behandling i almen praksis er generelt karakteriseret ved, at borgerne selv henvender sig med symptomer og problemer. Den tilgang udgør imidlertid en stor barriere for en række af de borgere, der er allermost sårbare i forhold til uddannelse, sygdomsmestring, compliance på behandling mv.

For at forhindre den ulighed, er der behov for at vende den tilgang i forhold til både opsporing og behandling af de borgere, der er i allerstørst risiko for ikke at være velbehandlet. Projektet med sammedagsscreening er et konkret eksempel på en mere proaktiv tilgang i forhold til behandling, så vi hurtigere kan fange borgere med en særlig risiko for komplikationer og problematiske forløb, men tænkningen gælder også i forhold til opsporing.

Diabetesforeningen anbefaler derfor at etablere et pilotprojekt, hvor almen praksis med støtte fra tilknyttede specialiserede sygeplejersker samt kommuner får en opsøgende forpligtelse i forhold til sårbare borgere, der giver anledning til bekymring mv. Det kan potentielt ske gennem opfølgende telefoniske kontakter såvel som tilbud om besøg i hjemmet, på plejehjem mv. for at følge op hos mulige risikopatienter. Der bør samles op på erfaringer fra den nationale handlingsplan for diabetes, som afprøvede en række modeller for tidlig opsporing.

Som led i forslaget om at teste en række modeller for tidligere opsporing af borgere med type 2-diabetes anbefaler Diabetesforeningen, at:

- Der bør være krav om tidlig opsporing i risikogrupper i kommunerne i forbindelse med kommunale forebyggelsesindsatser, herunder at opsporingssindsatsen løbende evalueres, forbedres og systematiseres med særlig fokus på, hvordan vi hjælper særlige risikogrupper.

CASE

Diabetesscreening i Randers

Randers Kommune har i 2019 igangsat et projekt med midler fra den Nationale Diabeteshandlingsplan, der har til formål at screene borgere for type 2-diabetes.

Målgruppen er borgere i socialpsykiatrien, som sjældent henvender sig til læge eller sundhedscenter, og som har en øget risiko for type 2-diabetes. Kernen i projektet er en projektsygeplejerske, som møder borgerne i deres vante rammer og taler med med borgerne om deres helbred ud fra en helhedsorienteret tilgang. Projektet anvender 'Test din risiko' til at opspore borgere med prædiabetes og type 2-diabetes.

De foreløbige erfaringer med projektet tyder på, at det har stor betydning for de sårbare borgere, at de bliver mødt der, hvor de er. Samtidig agerer sygeplejersken som bro til sundhedsvæsenet og sikrer, at flere borgere modtager den nødvendige behandling for deres diabetes.

- Værktøjet 'Test din risiko', som er en risikotest til tidlig opsporing af borgere med type 2-diabetes, bør udbredes i hele landet. Testen bør være tilgængelig der, hvor borgerne, som sjældent nås af sundhedsvæsenet, ofte kommer. Udbredelse af testværktøjet er en omkostningseffektiv model i forhold til en bredere screening af befolkningen i forhold til at opspore type 2-diabetes.
- Almen praksis får til opgave at sikre aktiv målrettet opsporing af patienter med symptomer eller med risikofaktorer for type 2-diabetes, blandt andet ved aktivt at tale om livsstil med patienter i risikogruppen for prædiabetes eller type 2-diabetes. Som led i arbejdet skal almen praksis sikre dataindsamling, monitorering og kvalitetsudvikling i relation til tidlig opsporing og rettidig behandling samt sikre implementering af evidensbaseret behandling, så snart opsporing er afsluttet med en diagnose.

Med den udvikling Danmark står overfor i forhold til stigningen i antallet af personer med type 2-diabetes, vil det betyde, at der i de kommende år må forudses et betydeligt pres for at skaffe yderligere ressourcer til sundhedsvæsenet på dette område. Det er derfor i sig selv vigtigt, at regeringen og Folketinget vil frigøre betydelige beløb til en øget indsats på diabetesområdet.

Med den nye organisering med 21 sundhedsklynger vil der være bedre mulighed for at effektivisere administrationen og styrke tværkommunale og tværsektorielle indsatser, så vi får mere sundhed for pengene. Både gennem de anbefalinger, som Diabetesforeningen kommer med til nationale løsninger på tværs og bedre løsninger inden for sundhedsforvaltningerne. Det vil isoleret set kunne frigives ressourcer til bedre behandling.

Med Diabetesforeningens oplæg til en succesfuld behandling af personer med type 2-diabetes er der lagt op til en bedre behandling til mennesker med diabetes. Ved at arbejde med individualiseret og differentieret behandling, kan vi tage særlig hånd om de mest sårbare og undgå at overbehandle dem, som selv kan. En bedre, målrettet og rettidig behandling vil kræve investeringer, men med en bedre behandling bliver det billigere i længden for Danmark, selvom det kan synes dyrt i starten. En række af vores anbefalinger flytter behandlingen gennem uddannelse og fælles forløbsprogrammer fra sundhedssystemet over og giver den enkelte med diabetes et personligt ansvar for at følge og forbedre forløbet med diabetes.

For Diabetesforeningen er investeringer i sundhed ikke udelukkende en udgift, for der er masse af afledte effekter. Vi ved fra vores medlemmer, at en velbehandlet person med diabetes i højere grad vil kunne varetage et job og bidrage til samfundet og er dermed en mindre omkostning for samfundet end en person, som ikke er velbehandlet. Vi ved også at, hvis man bruger pengene bedre og til større gavne for borgeren, kan de få op til 8 ekstra leveår.

Følgende eksperter og sundhedsaktører har indgået i ekspertpanelet og referencegruppen:

Ekspertpanel:

- Anneli Sandbæk, professor og enhedschef for tværsektorielt samarbejde og sammenhængende patientforløb, Steno Diabetes Center Aarhus.
- Birgitte Ries Møller, praktiserende læge og formand for de praktiserende læger i Syd.
- Carl De Fontenay, patientrepræsentant med type 2-diabetes, Bornholms Lokalforening
- Charlotte Glümer, centerchef, Center for diabetes, Københavns Kommune
- Helle Nergaard Grønnebæk, psykolog hos Steno Diabetes Center København
- Janne Lorenzen, programchef for den sammenhængende indsats, Steno Diabetes Center Sjælland
- Henrik Rasmussen, praktiserende læge, medlem af den kliniske brugergruppe for forløbsplaner og lægefaglig konsulent hos Kvalitet i Almen Praksis
- Mette Theil, formand for Fagligt selskab af Kliniske Diætister (FaKD) i Kost & Ernæringsforbundet
- Morten Bøttcher, overlæge, ph.d. og forskningsleder ved Hjerteforskningsklinikken, Århus Universitetshospital og Skejby Sygehus
- Nina Johansen, formand for Fagligt selskab for Diabetessygeplejersker og sygeplejerske på Endokrinologisk Afdeling, Næstved sygehus
- Susanne Kleist, formand, Tandlægeforeningen

- Stig Mølsted, seniorforsker, fysioterapeut, Forskningsafdelingen, Nordsjællands Hospital
- Troels Krarup Hansen, formand for Endokrinologisk Selskab og centerdirektør og klinisk professor hos Steno Diabetes Center Århus
- Tina Vilsbøll, overlæge og professor, Steno Diabetes Center, København
- Tina Christensen, formand, Danske Fodterapeuter
- Thomas Aagaard, ph.d.-studerende, msc. Fysioterapi, Dansk Selskab for Fysioterapi
- Åse Nielsen, diabetespsykolog, Steno Diabetes Center Aarhus

Referencegruppe:

- Allan Flyvbjerg, centerdirektør og klinisk professor hos Steno Diabetes Center København
- Bent Hansen, fhv. formand for Danske Regioner og fhv. regionsrådsformand i Region Midtjylland,
- Jakob Kjellberg, professor i sundhedsøkonomi hos VIVE
- Kjeld Møller Pedersen, professor i sundhedsøkonomi hos SDU

Carstensen, B, Rønn, P.F & Jørgensen, M.E (2020a): Components of diabetes prevalence in Denmark 1996-2016 and future trends until 2030: [10.1136/bmjdr-2019-001064](https://doi.org/10.1136/bmjdr-2019-001064)

Carstensen, B., Rønn, P.F & Jørgensen, M.E (2020b): Prevalence, incidence and mortality of type 1 and type 2 diabetes in Denmark 1996-2016: [10.1136/bmjdr-2019-001071](https://doi.org/10.1136/bmjdr-2019-001071)

Dagens Medicin (2020): Omkostninger ved diabetiske følgesygdomme kan bruges bedre; <https://dagensmedicin.dk/omkostninger-ved-diabetiske-foelgesygdomme-kan-bruges-bedre/>

Den Nationale Sundhedsprofil (2017): Danskernes Sundhed; <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/danskernes-sundhed-den-nationale-sundhedsprofil-2017>

Diabetesforeningen: Behandling af type 2-diabetes (2019): <https://diabetes.dk/media/vvch20kj/behandling-af-type-2-diabetes-2019.pdf>

Diabetesforeningen; diabetes.dk (2021): Gener og livsstil kan udløse type 2-diabetes: <https://diabetes.dk/diabetes-2/fakta-om-type-2/symptomer-og-arsager/arsager-til-type-2-diabetes>

Diabetesforeningen (2021): Livet med diabetes (endnu ikke offentliggjort)

Gedebjerg, A., Almdal, T.P, Berencsi, K., Rungby J, Nielsen J.S, Witte D.R, Friberg S, Brandslund I, Vaag A, Beck-Nielsen H, Sørensen H.T & Thomsen R.W (2018): Jørgensen ME, Ellervik C, Ekholm O, Johansen NB, Carstensen B (2020): Estimates of prediabetes and undiagnosed type 2 diabetes in Denmark: The end of an epidemic or a diagnostic artefact?; *Scandinavian Journal of Public Health*

Prevalence of micro- and macrovascular diabetes complications at time of type 2 diabetes diagnosis and associated clinical characteristics: A cross-sectional baseline study of 6958 patients in the Danish DD2 cohort; *Journal of Diabetes Complications*: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29107454/>

Kjellberg, J., Tikkanen, C.K, Bagger, M. & Gæde, P. (2020): Short-term societal economic burden of first incident type 2 diabetes-related complications – a nationwide cohort study: [10.1080/14737167.2020.1837626](https://doi.org/10.1080/14737167.2020.1837626)

MedCom, PLSP (2021): Statistik – forløbsplaner pr. 1. marts 2021: https://www.medcom.dk/media/12039/06_juni_2021.pdf

Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme (2018); Sundhedsdatastyrelsen

Sortsø C, Green, A, Jensen, PB, Emneus, M (2016): Societal costs of diabetes mellitus in Denmark; *Diabetic Medicine*: [10.1111/dme.12965](https://doi.org/10.1111/dme.12965)

Statens Serum Institut (2013): Tal på Diabetes i Kommunerne

Steno Diabetes Center Copenhagen (2020): Diabetes demography, cardiometabolic risk factors, and acute- and chronic diabetes complications in a nationwide diabetes registry in Denmark; <https://www.sdcc.dk/forskning/klinisk-forskning/Documents/Diabetes%20demography%20report.pdf>

Sundhedsstyrelsen (2020): Tal og fakta: <https://www.sst.dk/da/Viden/Diabetes/Faglige-anbefalinger-om-diabetes/Tal-og-fakta>

Sundhedsstyrelsen (2017): Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/~media/131D2A3050D1488BA-5D71247203A6E74.ashx>

Videncenter for Diabetes (2021): Nyrer og type 2-diabetes: <https://videncenterfordiabetes.dk/viden-om-diabetes/type-2-diabetes/foelgesygdomme/nyrer>