

24. oktober 2023

diabetes  
foreningen



Sundhedsstrukturkommissionen  
Indenrigs- og Sundhedsministeriet  
Slotsholmsgade 10-12  
1216 København K

### **Diabetesforeningens indspil til Sundhedsstrukturkommissionen**

Kære medlemmer af Sundhedsstrukturkommissionen,

I Diabetesforeningen har vi for nyligt lanceret vores indspil til Sundhedsstrukturkommissionen under overskriften "Den Kroniske Kur". I har modtaget indspillet hver især, men hermed fremsendes indspillet også til jer via Sundhedsstrukturkommissionens officielle postkasse.

Indspillet tager udgangspunkt i de store udfordringer, som vores sundhedsvæsen står overfor, og som også er beskrevet i kommissoriet for jeres arbejde i Sundhedsstrukturkommissionen.

Vi peger på seks problemer og 20 løsninger, som vi mener bør indgå i Sundhedsstrukturkommissionens arbejde og rapport. Vores analyse og anbefalinger er bl.a. baseret på to nye medlemsundersøgelser og en ny analyse af geografiske forskelle i behandlingen af diabetes på tværs af landet. Som en stor patientforening trækker vi desuden på en indgående viden om den store gruppe af kroniske patienters behov og ønsker til behandling i sundhedsvæsenet.

Vi håber, at indspillet kan tjene til inspiration i Sundhedsstrukturkommissionens arbejde og vi står selvfølgelig til rådighed for besvarelse af eventuelle spørgsmål eller andre bidrag til jeres arbejde.

Med venlig hilsen

Claus Richter  
Administrerende direktør i Diabetesforeningen

□ Stationsparken 24, st. tv.  
2600 Glostrup

Telefon 66 12 90 06

□ Fax 65 91 49 08  
info@diabetes.dk  
www.diabetes.dk

CVR-nr. DK-35 23 15 28

# DEN KRONISKE KUR

**6 PROBLEMER  
20 LØSNINGER**



**Inspiration til indretning  
af fremtidens  
sundhedsvæsen**

# 6 PROBLEMER

Sundhedsvæsenet lider af 6 store problemer.  
Løsningerne skal findes 20 steder.

# 20 LØSNINGER

1

## PROBLEM

**Vi opsporer og forebygger som samfund for lidt – og har ikke en plan for forebyggelse af kroniske sygdomme**

## LØSNING

- Danmark skal have en National Forebyggelsesstrategi rettet mod de store kroniske sygdomme
- Kommunerne skal forpligtes til sundhedsfremme
- Nationale befolknings-screeninger for kroniske sygdomme
- Almen praksis skal påtage sig en større rolle i forebyggelse af kronisk sygdom.

2

## PROBLEM

**Behandlingen af kroniske sygdomme lider under stor geografisk ulighed**

## LØSNING

- Nationale kvalitetsplaner for de store kroniske sygdomme - for hele behandlingsforløbet
- Nationale kvalitetsplaner for kroniske sygdomme skal indeholde mål for udvikling af sundhedsvæsenet
- Nationale kvalitetsplaner for kroniske sygdomme skal indeholde patientnære mål for patientrettet forebyggelse og behandling
- Honorarstrukturen i almenpraksis skal belønne mere for kvalitet og mindre for kvantitet.

3

## PROBLEM

**Borgere bliver - stadig - tabt mellem sektorer og oplever usammenhængende forløb**

## LØSNING

- Nationale kvalitetsplaner for kroniske sygdomme skal indeholde grundpakkeforløb
- Grundpakkeforløb for kroniske sygdomme skal stille konkrete krav til sammenhæng
- Samle patienternes kontakter med sundhedsvæsenet i tid og sted.

4

## PROBLEM

**Knappe ressourcer i sundhedsvæsenet risikerer at øge social ulighed i kronisk sygdom**

## LØSNING

- National model for differentiering af tilbud i sundhedsvæsenet
- Honorarstrukturen i almen praksis skal tilskynde til differentiering i behandlingen.

5

## PROBLEM

**Vi udnytter ikke teknologi godt nok til at løfte behandlingen af kronisk sygdom og lette presset på sundhedsvæsenet**

## LØSNING

- Nationale mål for implementeringen af teknologi – i stor skala – på udvalgte teknologier
- Afskaffe postnummer-lotteriet og sikre ensartet tildeling af teknologiske hjælpemidler.

6

## PROBLEM

**Økonomisk kassetænkning spænder ben for både sammenhæng for kroniske patienter og for samfundsøkonomien**

## LØSNING

- Tildeling af økonomi skal gøres afhængig af indfrielse af mål for sammenhæng og effekt
- Det skal være en fordel at forebygge
- Realiser sundhedsklyngernes populationsansvar med fælles driftsmidler
- Forebyggelse skal ind i Finansministeriets økonomiske modeller
- Dedikere de nødvendige midler til en Kvalitetsplan for kronisk sygdom.

# DEN KRONISKE KUR

Det danske sundhedslandskab forandrer sig. Vi lever længere, og vi bliver også flere med kroniske sygdomme. I dag har 1,2 millioner danskere kronisk sygdom. Udviklingen fortsætter i årene frem.

● Sundhedsudgifterne er 11 gange større for mennesker med tre eller flere kroniske sygdomme sammenlignet med en borger uden kronisk sygdom. Mens genindlæggelsesraten er 5 gange større for mennesker med to kroniske sygdomme<sup>1</sup>. Vi halter efter vores nordiske nabolande målt på middellevetid, og vi har som land ikke en plan for, hvordan vi forebygger og behandler kroniske sygdomme.

Det kræver en målrettet og strategisk indsats, hvor vi definerer problemer og løsninger på nationalt niveau med mål om sunde liv og et sundt sundhedsvæsen uden kroniske sygdomme.

## **Gamle løsningsmodeller forgår - patienternes problemer består**

Vi har i et par årtier løst problemerne i sundhedsvæsenet ved at fylde mere sundhedspersonale på og styrke kvaliteten på hospitalerne med øget specialisering og kvalitetskrav. Det har bestemt løftet kvaliteten af behandlingen på nogle områder. Sideløbende med specialiseringen og kravene til hospitalerne har vi skubbet sundhedsopgaver ud i det primære sundhedsvæsen, men uden medfølgende kvalitetskrav. Og en række af patienternes problemer består - ikke mindst for den hastigt voksende gruppe af mennesker med kronisk sygdom. Det kan vi konstatere på baggrund af en ny analyse af diabetestilstanden på tværs af regioner og kommuner samt to nye medlemsundersøgelser blandt mennesker med diabetes.

De problemer, som Sundhedsstrukturkommissionen også har til mål at komme af med, er her endnu: Vi forebygger som samfund for lidt, vi diagnosticerer for sent, borgerne mangler sammenhæng i behandlingen og den sociale og den geografiske ulighed er fortsat udtalt.

De gamle værktøjer - penge, personale og specialisering på hospitalerne - kan ikke længere løse de udfordringer, vi kigger ind i. Det har også Robusthedskommissionen netop peget på. Vi mangler arbejdskraft så langt øjet rækker, så vi kan ikke længere rekruttere os ud af udfordringerne<sup>2</sup>. Alene væksten i antallet med kronisk sygdom udfordrer vores økonomiske ressourcer som samfund. Presset fra mange flere med kronisk sygdom kan ikke afbødes med specialisering og bedre kvalitet på hospitalerne alene.

Vi kan med fordel holde fast i kvalitetskrav som et godt værktøj, men vi er også tvunget til at tage nye værktøjer i brug for at vedligeholde sundhedsvæsenet, hvis ikke patienternes problemer skal blive til kroniske sygdomme i vores sundhedsvæsen.



## **Mange ejer problemer - ingen ejer løsningen**

I dag lider vi også under, at mange ejer de samme problemer i Sundhedsvæsenet. Men ingen ejer ansvaret for løsningerne. Derfor har vi i Diabetesforeningen sat os for at definere seks centrale problemer og forslag til nationale løsninger. Og, ikke mindst, pege på klare ejere til løsningerne.

Vi definerer, med udgangspunkt i Sundhedsstrukturkommissionens opdrag om et forebyggende og sammenhængende sundhedsvæsen, 6 problemer, og 6 løsningsprincipper og 20 konkrete anbefalinger til fælles nationale løsninger på problemerne.

## **National Handleplan for Kronisk sygdom**

De 6 principper og 20 løsninger kan kort og godt kan samles op i ønsket om en National Handleplan for Kronisk Sygdom, som sikrer svar på problemerne og ejerskab til løsningerne. Inspirationen kommer fra kræftplanerne, som over de sidste 20 år har haft en positiv effekt på kvaliteten af behandlingen og overlevelseshraten ved netop at investere løbende i at opstille nationale mål og krav til forebyggelse, arbejdsdeling, kvalitet, kapacitet og behandlingsfrister.

Det er vigtigt at føje til, at der blandt de 20 løsninger også er forslag om differentierede indsatser for at målrette ressourcer. Og vigtigst: Målet med en handleplan er, at sikre, at kronisk sygdom kommer til at fylde mindre i vores sundhedsvæsen, sådan at vi på sigt skal bruge færre kræfter og penge på behandling. Vi mener, vi skal bruge en del af de 5 mia. kr., som regeringen har sat af årligt i en ny sundhedspakke til at investere i en national handlingsplan, der sikrer forebyggelse, kvalitet og gode forløb for kronisk sygdom, fordi vi vinder på det som samfund.

# NATIONAL HANDLINGSPLAN FOR

Diabetesforeningen foreslår en National Handlingsplan for Kronisk Sygdom. Den skal omfatte både en National Forebyggelsesstrategi og Kvalitetsplaner for behandling af de store kroniske sygdomme.

## NATIONALE MÅL

**1**

**Færre udvikler kronisk sygdom**

**2**

**Færre indlæggelser og sygedage for kronisk syge**

**3**

**Større tilfredshed med behandling**

# KRONISK SYGDOM

## NATIONAL FOREBYGGELSESTRATEGI

En National Forebyggelsesstrategi skal indeholde mål og konkrete handleplaner for primær og sekundær forebyggelse med et mål om, at færre skal udvikle kroniske sygdomme.

## NATIONALE KVALITETSPLANER FOR KRONISK SYGDOM

**Mål for udvikling af sundhedsvæsenet**

- Kapacitet og kompetencer
- Opgaver og ansvar
- Monitorering og datadeling
- Kliniske retningslinjer
- Implementering af teknologi.

**Patientnære mål**

- Flere opspores
- Behandlingsmål
- Flere henvises til forebyggelse
- Færre følgesygdomme
- Tilfredshed.

**Grundpakkeforløb**

- Faglige indgangskriterier
- Forløbsbeskrivelser
- Tidsfrister
- Model for differentiering
- Forebyggelsesforløb og systematisk tjek af følgesygdomme
- Krav om opfølgning.

# PROBLEM 1

## Vi opsporer og forebygger for lidt

● Vi bliver flere ældre og kronisk syge. Det presser vores sundhedsvæsen og samfundsmodel. Demografien er et vilkår, men vi kan skrue op for den forebyggende indsats, så vi sikrer bedre liv og færre besøg i sundhedsvæsenet.

I dag er den forventede levetid for mennesker med diabetes op til syv et halvt år kortere end for raske<sup>3</sup>. Samtidig er folkesundheden i den generelle danske befolkning truet af stigende overvægt. Andelen af danskere med overvægt er vokset til over halvdelen af befolkningen<sup>4</sup>. Overvægt, for lidt motion og for stort indtag af usunde fødevarer øger risikoen for at udvikle kroniske sygdomme som for eksempel type 2-diabetes og hjerte-kar-sygdomme. Vi mangler i dag en sammenhængende plan for at gøre sundere liv og hverdagsvalg nemmere, og alt for mange kroniske sygdomme bliver fundet for sent.

Diabetesforeningens medlemsundersøgelse viser, at 45 procent med type 2-diabetes opdagede deres diabetes ved en tilfældighed i forbindelse med, at de blev undersøgt for noget andet. Kun i 9 procent af tilfældene var det lægens forslag at undersøge for type 2-diabetes<sup>5</sup>. Vi opdager med andre ord kronisk sygdom – for eksempel type 2-diabetes – for tilfældigt og for sent.

Kun halvdelen af mennesker med type 2-diabetes oplever, at deres læge har fokus på at forebygge forværring og følgesygdomme og at informere om, hvor de kan få støtte til selv at forebygge<sup>9</sup>. Det står i skærende kontrast til, at alment praktiserende læger selv vurderer, at netop forebyggelsesmæssige faktorer som kost, motion og rygning er de væsentligste problemer for patienter med type 2-diabetes<sup>10</sup>. Ikke desto mindre fylder det meget lidt eller slet ikke i lægernes konsultationer. Hver femte med type 2-diabetes har ikke talt med deres læge om hverken sygdomsforståelse, medicinsk behandling, forebyggelse af følgesygdomme eller støtte til livet med diabetes<sup>11</sup>.

Samtidig er kun 23 procent af mennesker med type 2-diabetes blevet henvist til et forebyggende tilbud i deres kommune inden for de sidste 5 år<sup>12</sup>, og kommunerne savner henvisninger til deres tilbud fra både alment praktiserende læger og hospitaler<sup>13</sup>.

Tallene tegner tilsammen et tydeligt billede af, at opsporing og forebyggelse af kronisk sygdom prioriteres for lidt i det danske sundhedssystem.

I dag lever mere end en tredjedel af danskerne over 16 år med mindst én kronisk eller langvarig sygdom<sup>14</sup>. Vi ser ind i en årrække, hvor det antal vil vokse yderligere. Hvis vi skal reducere indlæggelser og dermed presset på sygehusene – og sikre god behandling for patienterne – er der behov for, at vi opdager kronisk sygdom tidligere, og styrker forebyggelsen af både sygdommen, forværring og følgesygdomme.

Cirka  
**480.000**  
danskere har forstadier til  
type 2-diabetes.

Cirka  
**100.000**  
danskere går allerede i  
dag rundt med uopdaget  
type 2-diabetes<sup>6</sup>.

**35%**  
har allerede udviklet  
følgesygdomme, når de  
diagnosticeres med type  
2-diabetes<sup>7</sup>.

Følgesygdommene koster  
samfundet  
**800**  
millioner kr. alene det  
første år med en type  
2-diagnose<sup>8</sup>.

# PRINCIP 1

Sundhedsstrukturkommissionen skal foreslå ændringer i sundhedsvæsenet efter dette princip

## Brems det og find det, før det fylder

Vi skal have et forebyggende sundhedsvæsen, der skaber mere sundhed, ikke kun mindre sygdom.

# LØSNINGER

### ● Danmark skal have en National Forebyggelsesstrategi rettet mod de store kroniske sygdomme

Regeringen skal fremlægge en national strategi for både sundhedsfremme for hele befolkningen og tidlig opsporing og patientrettet forebyggelse for dem, som allerede er syge. Strategien skal indeholde både målsætninger og konkrete handleplaner for, hvordan vi reducerer andelen af danskere, der udvikler kroniske sygdomme som type 2-diabetes, muskelskeletlidelser, hjertekar- og lungesygdomme.

### ● Kommunerne skal forpligtes til sundhedsfremme

Statens Institut for Folkesundhed skal – på baggrund af den nationale sundhedsprofil – udarbejde kommunale sundhedsprofiler, som beskriver kommunens største folkesundhedsproblematikker sammenholdt med bl.a. landsgennemsnittet og sammenlignelige kommuner. Kommunerne skal – ud fra deres lokale rapport fra Statens Institut for Folkesundhed – i hver valgperiode udarbejde en kommunal handlingsplan for bedre folkesundhed og gøre status på de lokale mål, som handlingsplanen opstiller.

### ● Nationale befolkningscreeninger for kroniske sygdomme

Sundhedsstyrelsen skal årligt vurdere, om der er basis for at indføre befolkningsrettede screeninger for de store kroniske sygdomme, der hvor det kan betale sig. Eksempelvis koblet til andre aktiviteter i sundhedsvæsenet, som kan gøre screeningen mere omkostningseffektiv.

### ● Almen praksis skal påtage sig en større rolle i forebyggelse af kronisk sygdom

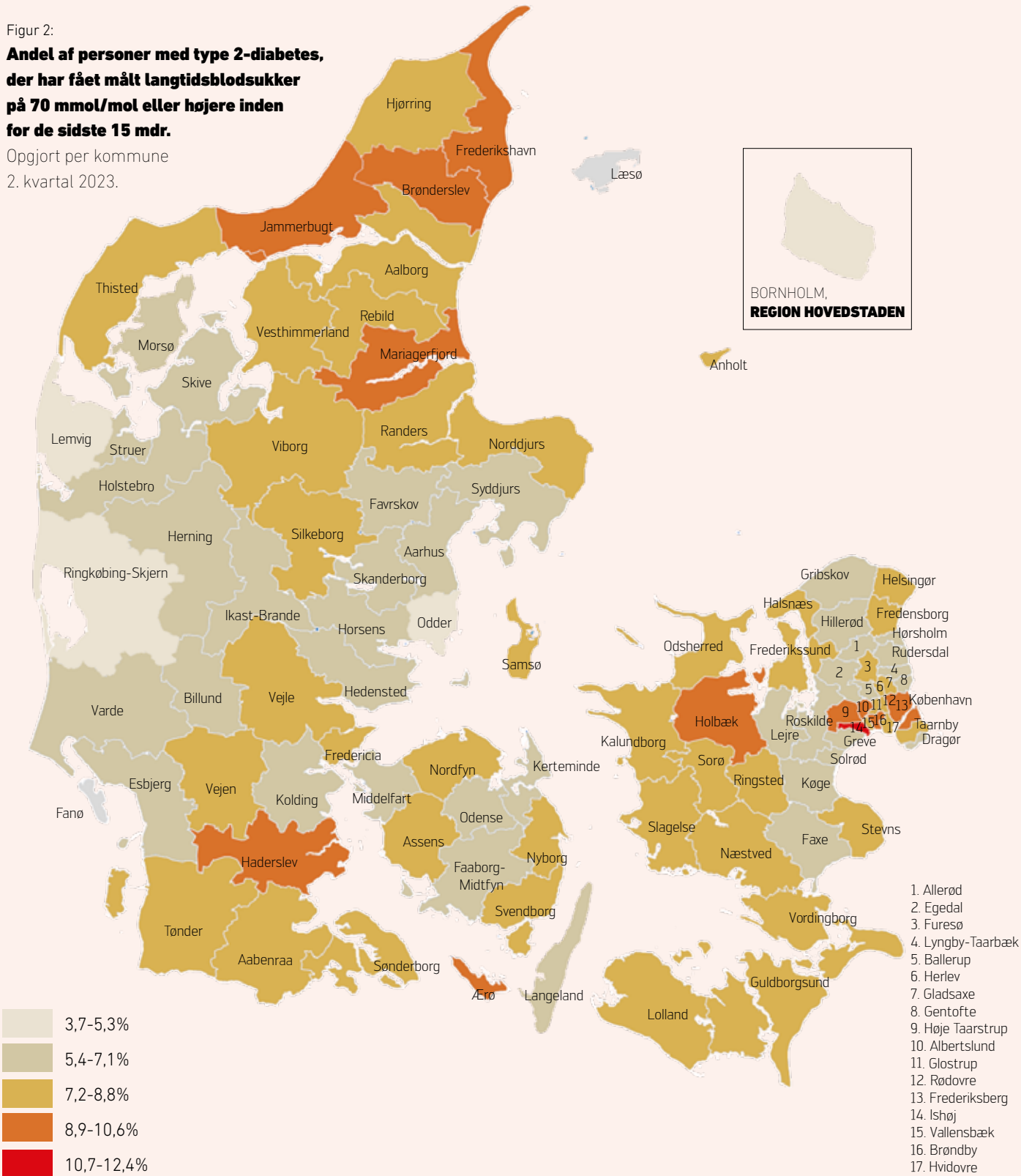
Almen praksis skal bruge sit kendskab til den enkelte patient til at opspore forstadier til eksempelvis KOL, type 2-diabetes og hjertekarsygdom. Det skal være en integreret del af konsultationer at bygge bro til civilsamfundet, andre tilbud og faggrupper i sundhedsvæsenet, som kan støtte borgeren i en forebyggende indsats. Overenskomster og opgavebeskrivelser for almen praksis skal udformes, så de sikrer, at almen praksis påtager sig tovholderrollen, også ift. forebyggelse af forværring og følgesygdomme. Eksempelvis ved at flytte nogle helbredstjek til senere i livet og konvertere en børneundersøgelse til en forebyggende helbredssamtale for 50-årige.

# GEOGRAFISK ULIGHED

Måling af langtidsblodsukkeret (HbA1C) viser, hvordan dit niveau af blodsukker har været de seneste 8-12 uger. Langtidsblodsukkeret skal ligge så tæt på normalområdet – under 48 mmol/mol – som muligt. Hvis det kommer over 70 mmol/mol defineres det som en dysreguleret diabetes pga. den meget forhøjede risiko for at udvikle følgesygdomme. Diabetesforeningens analyse viser, at der er stor forskel på, hvor sandsynligt der er, at ens type 2-diabetes eller type 1-diabetes er velreguleret, alt efter hvilken kommune eller region man bor i.

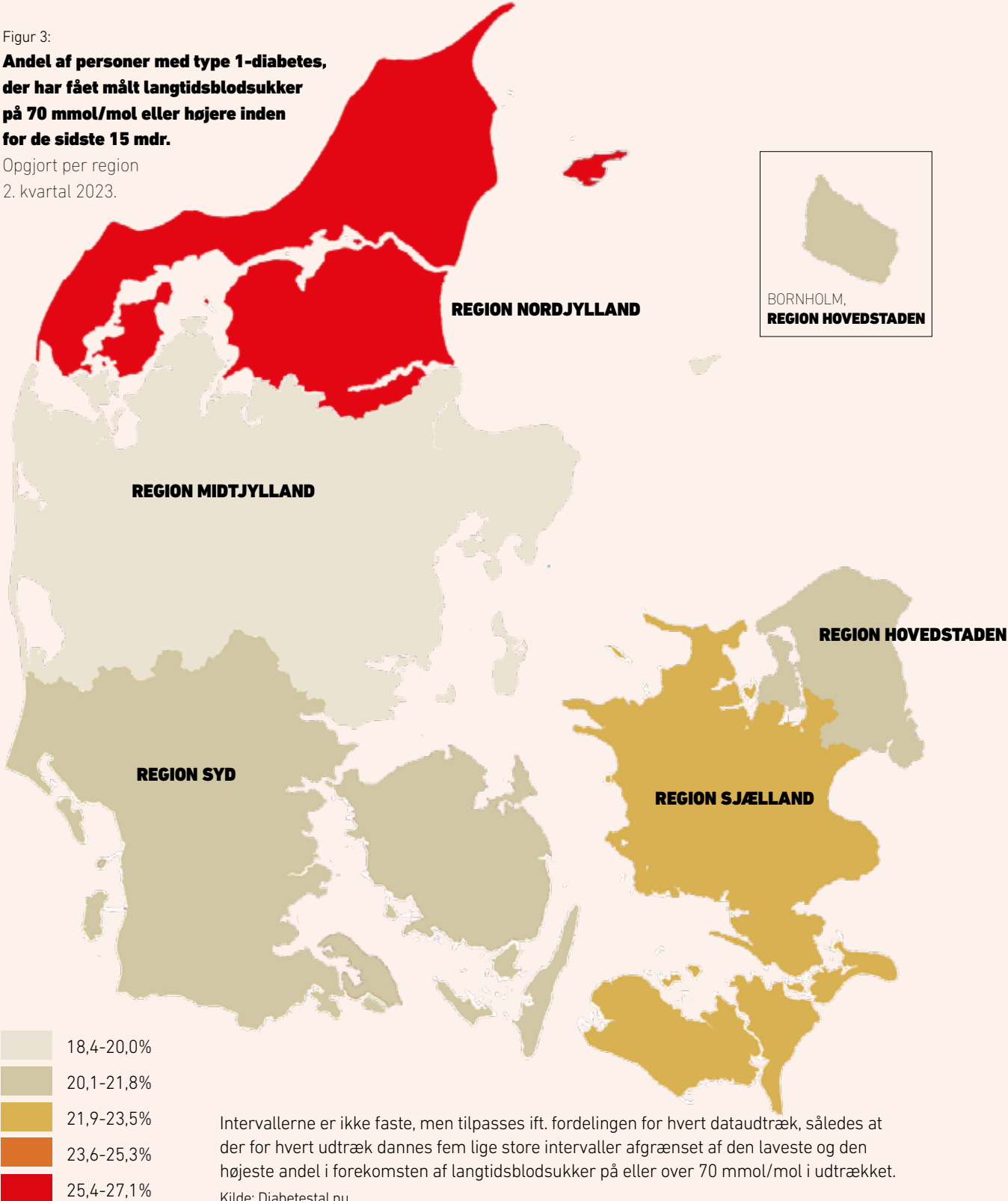
Figur 2:  
**Andel af personer med type 2-diabetes, der har fået målt langtidsblodsukker på 70 mmol/mol eller højere inden for de sidste 15 mdr.**

Opgjort per kommune  
2. kvartal 2023.



Figur 3:  
**Andel af personer med type 1-diabetes, der har fået målt langtidsblodsukker på 70 mmol/mol eller højere inden for de sidste 15 mdr.**

Opgjort per region  
2. kvartal 2023.



Intervallerne er ikke faste, men tilpasses ift. fordelingen for hvert dataudtræk, således at der for hvert udtræk dannes fem lige store intervaller afgrænset af den laveste og den højeste andel i forekomsten af langtidsblodsukker på eller over 70 mmol/mol i udtrækket.  
Kilde: Diabetestest.nu

## PROBLEM 2

# Postnummer afgør risiko for sygdom og for tidlig død

● I dag er der store forskelle på, hvor mange der får type 2-diabetes på tværs af landet. Men der er også stor forskel på, hvordan udsigten til et liv med diabetes ser ud – alt efter hvor i landet man bor.

Langtidsblodsukker er et centralt mål på udviklingen i en diabetesdiagnose. Forebyggelse og behandling skal bidrage til at holde langtidsblodsukkeret nede. En ny analyse fra Diabetesforeningen viser imidlertid store kommunale og regionale forskelle på, hvor velbehandlede mennesker med diabetes er (figur 2 og figur 3). Sandsynligheden for et godt liv med type 2-diabetes uden alvorlige følgesygdomme er altså markant større i eksempelvis Lemvig end i Jammerbugt Kommune. På samme måde er der store forskelle mellem regionerne, når det kommer til type 1-diabetes.

Selvom der ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger<sup>15</sup> bør ske en systematisk opfølgning på, hvor ofte den enkelte patient bør undersøges for følgesygdomme, så er virkeligheden en anden.

Kun 62 procent med type 2-diabetes oplever, at deres alment praktiserende læge i høj eller nogen grad følger op ift. behandling hos andre behandlere - fx øjenlæge eller fodterapeut - hvor følgesygdomme forebygges<sup>16</sup>. Det er et konkret eksempel på forskellen i behandlingen, der følger af bopæl og hvilken læge, man er tilknyttet.

I Danmark har vi forløbsforløbsprogrammer og evidens-baserede anbefalinger for de store kroniske sygdomme, så vi ved, hvad der karakteriserer en god behandling. Alligevel er der store forskelle på, om behandlingen på tværs af landet lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger, der ikke er forpligtende.

De store forskelle i behandling koster livskvalitet for patienterne. De fører samtidig til udvikling af flere følgesygdomme og dermed til brug af flere ressourcer i sundhedsvæsenet. Den slags forskelle gavner ingen, og bliver ikke udlignet af anbefalinger. Det er tid til, at vi i Danmark tager det næste skridt i kampen mod geografisk ulighed i sundhed og gennemfører nationale kvalitetsplaner på de store kroniske sygdomme, som i dag er omfattet af et forløbsprogram for kronisk sygdom<sup>17</sup>.

Danmark skal indføre nationale kvalitetsplaner, som indeholder mål for udvikling af sundhedsvæsenets behandling af de store kroniske sygdomme samt patientnære mål og grundpakkeforløb.



## PRINCIP 2

Sundhedsstrukturkommissionen skal foreslå ændringer i sundhedsvæsenet efter dette princip

# Samme kvalitet uanset postnummer, læge eller sygehus

Vi skal have et sundhedsvæsen uden postnummerlotteri, hvor forebyggelse og behandlingen af kronisk sygdom i alle dele af sundhedsvæsenet følger nationale standarder for behandling af diagnosen.

## LØSNINGER

### ● Nationale kvalitetsplaner for de store kroniske sygdomme - for hele behandlingsforløbet:

Sundhedsstyrelsen skal sættes i spidsen for at udvikle en National Kvalitetsplan for de respektive største kroniske sygdomme, dvs. dem som er omfattet af et forløbsprogram for kronisk sygdom. Kvalitetsplanen skal sikre, at vi går fra anbefalinger til forpligtende kvalitetsplaner, der beskriver mål, faglige standarder, kompetencekrav og ansvarsfordeling for sundhedsvæsenet. Samt forløb og patientnære mål borgerne med kronisk sygdom. Kvalitetsplanen skal omfatte forskellige elementer, som vist i figur 1 (side 6) og uddybet i flere af de øvrige anbefalinger.

### ● Nationale kvalitetsplaner for kroniske sygdomme skal indeholde mål for udvikling af sundhedsvæsenet:

- Kapacitetsopbygning & kompetencer: Ensartede krav til kompetencer og antal af behandlere, som løbende uddannes/efteruddannes efter kompetencekravene. Samt mål på om kapaciteten i behandlingen modsvarer antallet af patienter.
- Opgaver & Ansvar: Ensartet og systematisk implementering af opgave- og ansvarsfordeling på tværs af behandlere og sektorer.
- Kliniske retningslinjer: Holdes ajour med nyeste viden, herunder anvendelsen af ny teknologi og muligheder for at gøre patienterne mere selvmonitorerende og selvbehandlende.
- Teknologi og metoder: Mål for få udvalgte teknologier og behandlingsmetoder, som skal prioriteres og implementeres ensartet og i stor skala i behandlingen af den kroniske sygdom.
- Monitorering & datadeling: Fælles mål, så indsamling og anvendelse af data sker på en ensartet måde og omsættes til fælles viden og kvalitetsforbedringer på tværs af behandlere og sektorer. Samt kan tilgås nemt af patienter.

### ● Nationale kvalitetsplaner for kroniske sygdomme skal indeholde patientnære mål for patientrettet forebyggelse og behandling:

- Antal med type 2-diabetes, som skal opspores.
- Antal med type 2-diabetes, som allerede har udviklet følgesygdomme ved diagnosticering skal falde.
- Behandlingsmål: Behandlingsmål for mange procent med hhv. type 1- og 2-diabetes, der skal ligge under 70 mmol/mol på langtidsblodsukker.<sup>18</sup>
- Mål for hvor mange procent med type 2-diabetes, der skal modtage et forebyggende tilbud i kommunalt regi.
- Mål for procent med type 1- eller type 2-diabetes, som får styrket deres behandling og egenomsorg ved hjælp af teknologi.
- Antallet af sygedage for mennesker med diabetes i den erhvervsaktive alder skal falde.
- Patienttilfredshed.

### ● Honorarstrukturen i almen praksis skal belønne mere for kvalitet og mindre for kvantitet

Honorarstrukturen i almen praksis skal reformeres, så den i højere grad belønner, at lægerne arbejder forebyggende, at de skaber sammenhæng for borgeren til resten af sundhedsvæsenet, samt at borgere med kronisk sygdom, multisygdom og handicap får forrang og lettere adgang til almen praksis. Derimod skal almen praksis lave færre undersøgelser af 'de raske syge' som eksempelvis rutinemæssige børneundersøgelser, graviditetsundersøgelser og rygundersøgelser, der med fordel kan tilses af andre sundhedsfaglige grupper. Samtidig bør almen praksis integreres med det øvrige sundhedssystem med ledelsesmæssige styringsværktøjer, frem for sundhedsaftaler og overenskomster alene.

# PROBLEM 3

## For lidt **sammenhæng**

● Mennesker med kronisk sygdom har livslange forløb i sundhedsvæsenet – og livslangt behov for sammenhæng i deres forløb. I dag halter sammenhængen mellem behandlere og sektorer gevaldigt.

Kun 37 procent med diabetes, oplever en god sammenhæng mellem forskellige sektorer . Vi ved fra kræftpakkerne, at vi kan skabe bedre behandling og forløb ved at tegne tydelige vejkort gennem sundhedsvæsenet, som både behandlere og patienter kan følge.

Oplevelsen af sammenhæng øger patienttilfredsheden: 96 procent af mennesker med diabetes, der oplever god sammenhæng, er også tilfredse med deres behandling<sup>20</sup>. Mens kun 52 procent, der ikke oplever sammenhæng, er tilfredse med deres behandling.

Og patienter med en læge, der spiller en aktiv rolle som tovholder, er mere tilfredse med behandlingen end de patienter, som oplever, at lægen blot står til rådighed for henvendelse, mens de selv skal sørge for at komme til de rette kontroller<sup>21</sup>.

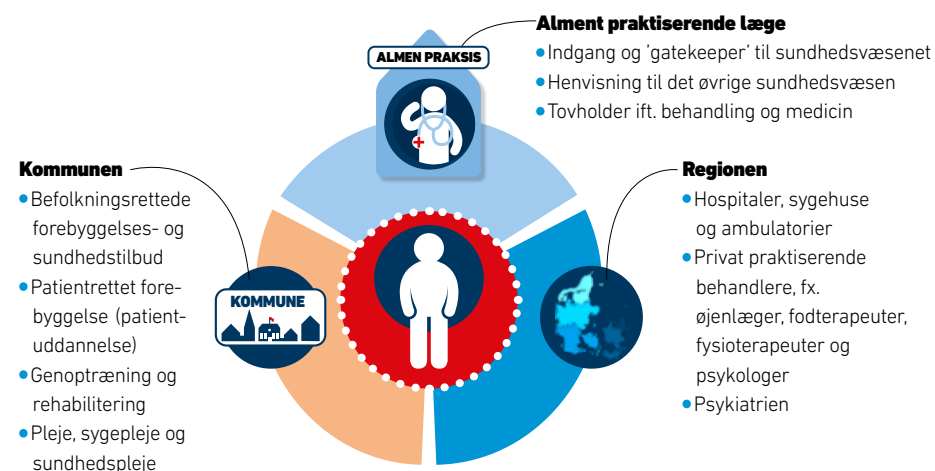
Tallene tegner også et billede af, at mennesker med multisygdom i mindre grad oplever at blive støttet i at få overblik over deres behandling<sup>23</sup>. Således aftager oplevelsen af sammenhæng jo flere kroniske sygdomme man har.

Der findes allerede gode eksempler på veje til bedre sammenhæng. Eksempelvis har man i Tyskland indført et såkaldt 'Disease-Management-Programm' for en række kroniske sygdomme, som netop beskriver borgerens forløb fra diagnosticering til behandling. Det sikrer også, at alle tilbydes patientuddannelse i mestring af egen sygdom. Også i Danmark er der inspiration at hente.

Region Syd har med indsatsen 'God start på T2' samlet 32 lægepraksisser, Steno Diabetes Center Odense, Odense Universitetshospital, Sønderborg Sygehus og 12 kommuner om at tilbyde et fælles ensartet forløb for mennesker, der diagnosticeres med type 2-diabetes. Startpakkeforløbet i 'God Start med Type 2' sikrer, at almen praksis får henvist til de rette undersøgelser for følgesygdomme på de rette tidspunkter. Patienten får relevant information om sygdom, behandling og forebyggelse. Der etableres kontakt til patientens kommune med henblik på deltagelse i forebyggende tilbud. Den tydelige optegning af patientens vej fra diagnose til behandling og livet med en kronisk sygdom opleves som et bidrag til at sikre sammenhæng af både almen praksis, hospitalet og kommunerne.

I Diabetesforeningens medlemsundersøgelse efterspørger patienterne, at flere af deres besøg i sundhedsvæsenet kan koordineres og foregå 'samme dag under samme tag', som en vej til at skabe bedre sammenhæng set fra patientens perspektiv.

Oplevelsen af manglende sammenhæng har stor betydning for, hvor tilfredse mennesker med kronisk sygdom er med deres behandling og dermed for, hvordan de indgår i og tager imod behandlingen.



# PRINCIP 3

Sundhedsstrukturkommissionen skal foreslå ændringer i sundhedsvæsenet efter dette princip

## Sammen om **sammenhæng**

Vi skal have et sundhedsvæsen, der samarbejder om sammenhæng.

## LØSNINGER

### ● Nationale kvalitetsplaner for kroniske sygdomme skal indeholde grundpakkeforløb

Vi skal lave grundpakkeforløb for de store kroniske sygdomme, der sætter en ramme om hele patientens forløb, men indeholder indsatser, der er tilpasset den enkeltes sygdomssituation og sundhedskompetencer. Dermed understøttes muligheden for differentierede forløb til gavn for borgere og ressourceforbrug.

### ● Grundpakkeforløb for kroniske sygdomme skal stille konkrete krav til sammenhæng

- Faglige indgangskriterier for hvilke patienter, der er målgruppen for grundpakkeforløb.
- Forløbsbeskrivelse for hele forløbet fra diagnostik til livet med en kronisk sygdom.
- Tidsfrister.
- Krav til opfølgning og henvisning til forebyggende/rehabiliterende tilbud.
- Model for differentiering af indsatsen under grundpakkeforløb.

Kravene i grundpakkeforløb implementeres via sundhedsvæsenets forskellige styringsværktøjer, eksempelvis overenskomster for almen praksis, kvalitetsplanen for kommunernes forebyggende tilbud og regionernes sundhedsplaner og -aftaler.

### ● Samle patienternes kontakter med sundhedsvæsenet i tid og sted

I udmøntningen af nærhospitaler/sundhedshuse skal der indtænkes en plan for at samle kontroller og specialkonsultationer for kroniske syge og multisyge, efter princippet 'samme dag under samme tag'.



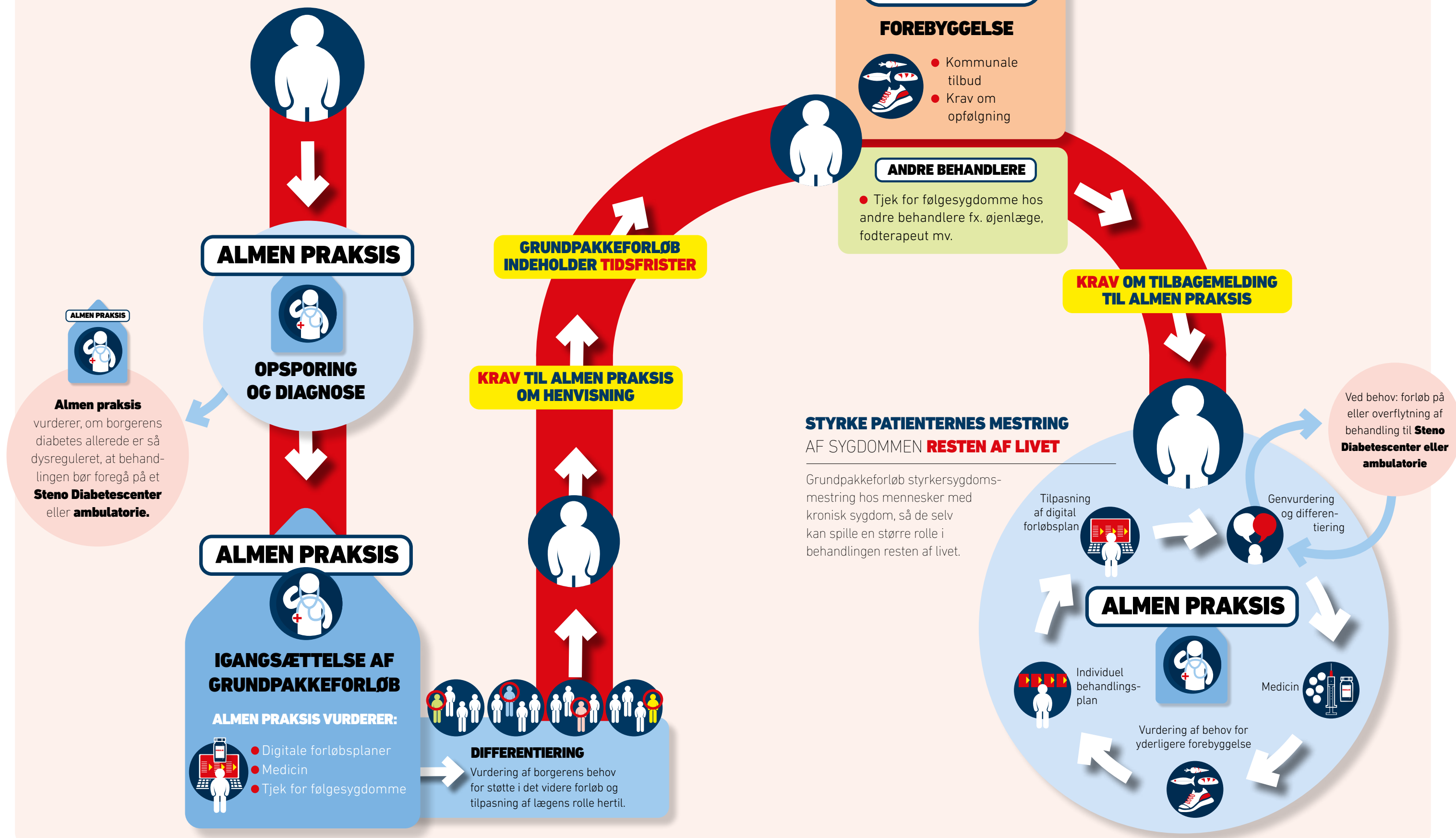
"Jeg ville gerne have, at de steder jeg er patient hos, var samlet på samme sygehus/ambulatorie, så jeg på 2-3 timer kom det hele igennem."

"Det er meget dyrt for samfundet, at mine kontroller er tre steder, og alle afdelinger bestiller samme blod-og urinprøver på separate lab-rekvisitioner."

Mennesker med diabetes efterspørger større sammenhæng i deres behandling på tværs af sektorer og behandlere.

# GRUNDPAKKEFORLØB

for borgere med **type 2**-diabetes



## PROBLEM 4

# Ulighed i sundhed og knappe ressourcer i sundhedsvæsenet

● Det er nærmest blevet en dansk selvfølge, at velfærds- og sundhedsydelser er universelle. At alle har adgang til det samme, har været pejlemærket for lighed i sundhed. Men på visse stræk har vi ikke fået bugt med uligheden. Der er stadig social ulighed i sundhed. Mennesker med korte uddannelser er i større risiko for at blive syge<sup>24</sup>, bliver senere diagnosticeret<sup>25</sup>, får færre kontroller<sup>26</sup> og ender oftere med at blive mere syge og have kortere liv<sup>27</sup>. Samtidig er aflønningen af den alment praktiserende læge den samme med kronikerhonoraret uanset, om det er en velreguleret patient eller en, der måtte have behov for mere støtte for at undgå forværring af sin kroniske sygdom.

Sundhedsvæsenet melder også om en voksende tendens til, at de ressourcestærke efterspørger flere og ikke altid hensigtsmæssige undersøgelser og behandlinger<sup>28</sup>. Med udsigten til langt flere med kronisk sygdom og multisyge, kan det blive en alvorlig spiral, hvor tiden og ressourcerne i sundhedsvæsenet bruges på de i forvejen velbehandlede og accelerer uligheden i sundhed yderligere.

Samtidig er borgere med kroniske sygdomme faktisk på vej væk fra det universelle paradigme. De accepterer, at identisk behandling ikke giver lighed i sundhed. Vælg Klogt viser, at borgere med kroniske sygdomme gerne indgår i dialog om at undvære kontroller, operationer mv<sup>29</sup>.

Diabetesforeningens medlemsundersøgelse viser, at 42 procent med diabetes er klar til afgive tid til andre, der har et større behov end dem selv. Og det gælder hele 46 procent, hvis vi kun ser på de stabilt regulerede<sup>30</sup>. Men de understreger også, at alle skal kunne få behandling efter deres behov, og at behovet typisk ændres over tid – så differentiering af tilbud skal følges af retten til en livslang vurdering af behov, ikke en sortering af patienterne én gang for alle.

42%

med diabetes er klar til afgive tid til andre, der har et større behov end dem selv.

Og det gælder hele

46%

hvis vi kun ser på de stabilt regulerede<sup>30</sup>.

## PRINCIP 4

Sundhedsstrukturkommissionen skal foreslå ændringer i sundhedsvæsenet efter dette princip

# Vi skal **behandle forskelligt** for at behandle **ens**

Vi skal have et sundhedsvæsen, som arbejder systematisk med differentiering af behandling og indsatser, baseret på data, faglige vurderinger og dialog med patienterne.

## LØSNINGER

### ● National model for differentiering af tilbud i sundhedsvæsenet

Sundhedsstyrelsen skal udvikle en ensartet national model for anvendelse af populationsdata, kliniske data, PRO-data, faglige vurderinger og dialog med patienten til at foretage systematisk og proaktiv differentiering i både almen praksis, kommuner og på hospitaler. Modellen skal indgå i grundpakkeforløbet på de respektive kroniske sygdomme, så den enkeltes behandling følger grundpakken, men differentieres ift. individuelle behov ud fra den fælles model for differentiering.

### ● Honorarstrukturen i almen praksis skal tilskynde til differentiering i behandlingen

I en aftale om ny honorarstruktur mellem regionerne og almen praksis skal aflønning af almen praksis skrues sådan sammen, at ressourcerne målrettes de patienter, som har mest behov. Konkret kan det ske via særlige takster for patienter med særlige behov og mulighed for, at lægerne kan have færre borgere pr. praksis i områder med mange af den type patienter i populationen. Honorarstrukturrådets rapport anviser en retning, der bør følges yderligere.



"Mit langtidsblodsukker ligger meget stabilt, så jeg er meget selvkørende, og har derfor ikke samme behov for kontakt med sundhedssystemet som andre med komplikationer (...)"

"Alle skal have hjælp nok, men mange inkl. mig selv kunne sagtens nøjes med mindre."

Mennesker med diabetes er åbne overfor, at de skal behandles forskelligt

## PROBLEM 5

# Ulige adgang til teknologi – vi udnytter ikke teknologien godt nok

● Der udvikles i rasende fart nye teknologier, som kan effektivisere og øge kvaliteten i sundhedsvæsenets opgaveløsning. Det gælder alt fra arbejdskraftbesparende velfærdsteknologi, som kan lette fysiske arbejdsgange for personalet, til medicinsk udstyr og it, som kan indsamle og gøre data anvendelig og bidrage til diagnosticering og behandling.

Nye teknologier kan desuden gøre mennesker med kronisk sygdom mere selvhjulpne i deres behandling. Det kan holde patienterne ude af hospitalerne, give besparelser i sundhedsvæsenet og bidrage til at bruge medarbejderressourcerne mere effektivt. Men i dag er personalets anvendelse af – og patienternes adgang til – teknologi meget ulige på tværs af landet. Vi har store teknologiske landvindinger i behandlingen af kronisk sygdom, men vi høster ikke deres fulde potentiale, fordi teknologierne ikke implementeres og bringes i spil systematisk og i stor skala<sup>31</sup> (se Danmarks kort side 22).

Eksempelvis kan sensorbaserede glukosemålere i dag tildeles til mennesker med type 1-diabetes via både regioner og kommuner. Men det sker efter forskellige og uigennemsigtige kriterier. Resultatet er, at mennesker med kronisk sygdom bliver kastebold mellem regionernes og kommunernes kassetænkning. Alle parter spilder enorme ressourcer på administration og alt for få borgere får glæde af en teknologi, der kan medføre bedre behandling på kort sigt, økonomiske besparelser på langt sigt<sup>32</sup> og understøtte det politiske ønske om øget behandling i borgernes eget hjem.

Vi skal bringe sundhedsvæsenets brug af teknologi på omgangshøjde med patienterne og høste teknologiens potentiale til at spare indlæggelser og ressourcer.

Patienterne selv er til gengæld klar til at høste teknologiens fordele. Diabetesforeningens medlemsundersøgelse viser også, at mennesker, som bruger sensor, oplever, at de er mere velbehandlede og i højere grad selv kan stå for deres behandling.

Patienterne er oven købet også opmærksomme på, at det reducerer deres behov for kontakt med sundhedsvæsenet både på kort og langt sigt og sparer udgifter i sundhedsvæsenet.

Et andet eksempel på uligheden i adgang til teknologi er brugen af maske-respiratorbehandling i eget hjem til patienter med meget svær KOL (hjemme-NIV).

Behandlingen mindsker dødeligheden med 76 procent og antallet af genindlæggelser med 51 procent og forbedrer samtidig livskvaliteten hos patienterne, men der er stor forskel på, om man kan få tilbuddet alt efter, hvor man bliver behandlet for sin KOL.

I dag tilbyder kun enkelte hospitaler i alle regioner hjemme-NIV – på trods af, at udgifterne til behandlingen med bare én undgået indlæggelse vil være tjent hjem flere gange<sup>33</sup>.

## PRINCIP 5

Sundhedsstrukturkommissionen skal foreslå ændringer i sundhedsvæsenet efter dette princip

# Teknologi skal bringes mere i spil

Vi skal have et sundhedsvæsen, der hurtigt og ensartet forløser potentialet i teknologiske landvindinger for både den enkelte patient og for samfundsøkonomien.

## LØSNINGER

### ● Nationale mål for implementeringen af teknologi – i stor skala – på udvalgte teknologier

Med Kvalitetsplaner for kroniske sygdomme skal der sættes nationale mål, som sikrer, at sundhedsvæsenet ikke alene stræber mod nye teknologier, men også får velafprøvede teknologier implementeret i bund og får forløst deres potentiale til at sikre bedre behandling, frigivelse af medarbejderressourcer og færre indlæggelser for mennesker med kronisk sygdom. Herunder skal der særligt fokus på at fremme brugen af teknologi, som kan gøre mennesker med kronisk sygdom mere selvbehandlende.

### ● Afskaffe postnummerlotteriet og sikre ensartet tildeling af teknologiske hjælpemidler

Midler fra regeringens (ønskede) sundhedsfond skal målrettes udbredelse af patientnære teknologier. Der skal oprettes en national positivliste over teknologier, som er forhåndsgodkendt, og derfor kan tildeles til udvalgte målgrupper uden bureaukratiske omveje i regioner og kommuner.



”Jeg kan undvære konsultationer, hvis jeg får det rette udstyr så jeg var mere selvkørende”

”Alt går nemmere efter jeg har fået sensorstyret insulinpumpe”

Mennesker med diabetes oplever, at de kan klare mere af deres behandling selv, hvis de har den rette teknologi



### Sensorbaseret glukosemåler

En sensorbaseret glukosemåler består af en lille kropsbåret sensor, typisk fæstnet til overarmen. Sensoren måler blodsukkeret og sender værdierne videre til fx. en app på telefonen, som giver mulighed for at følge med i blodsukkeret døgnet rundt.

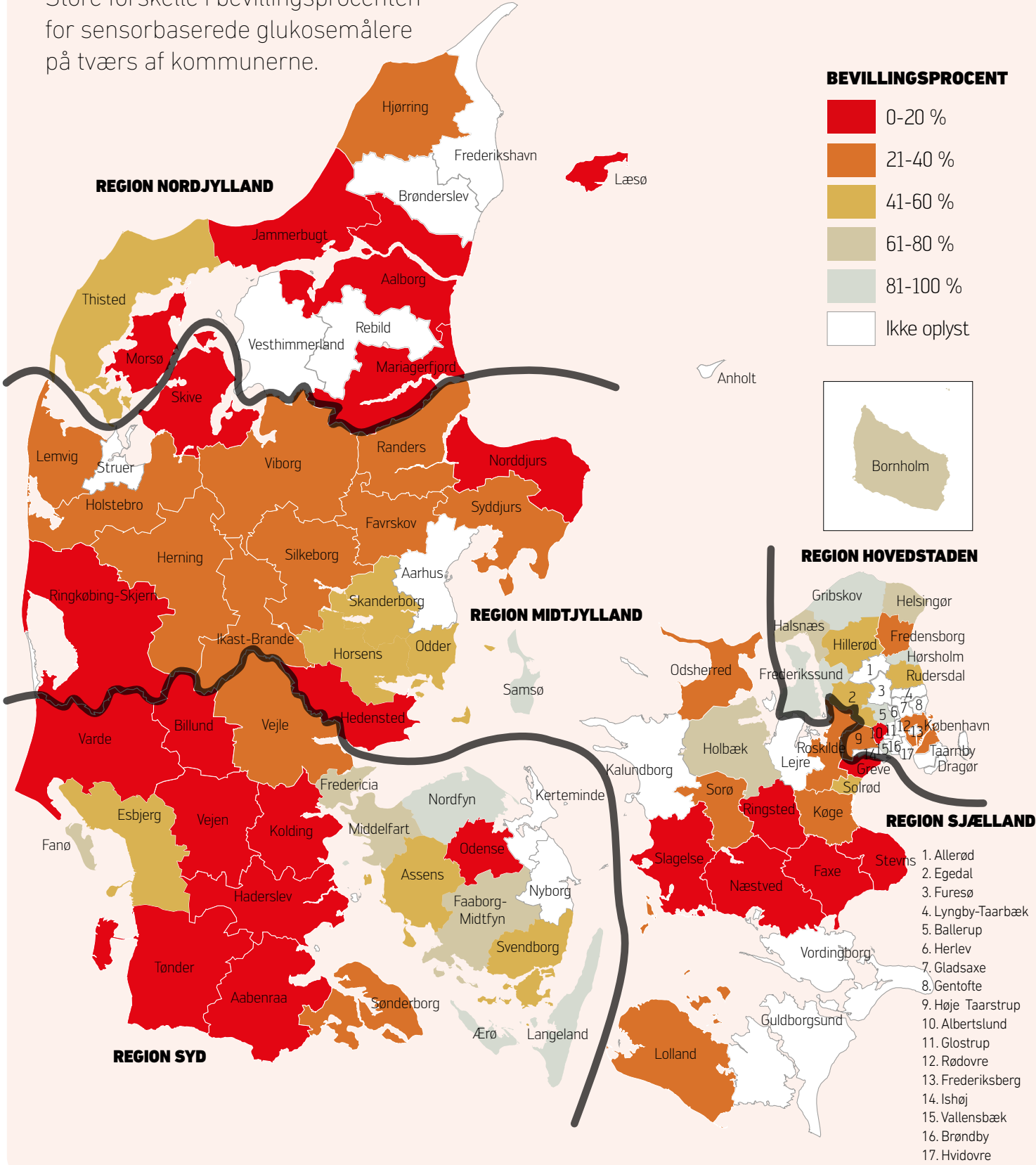


Med en sensor kan mennesker med diabetes løbende følge med i, om deres blodsukker er på vej op eller ned, og om de skal regulere blodsukkeret med insulin eller kulhydrater.

En sensorbaseret glukosemåler kan derfor give et langt mere stabilt blodsukker uden store udsving. Det er afgørende for at undgå alvorlige følgesygdomme, som hjertekarsygdomme, nyresvigt, øjensygdomme, nervesygdomme og amputationer, der har store konsekvenser for den enkelte og for samfundsøkonomien.

# ULIGE ADGANG TIL TEKNOLOGI

Store forskelle i bevillingsprocenten for sensorbaserede glukosemålere på tværs af kommunerne.



## KOMMUNEØVERSIGT

Diabetesforeningen har kortlagt, om alle med diabetes har den samme adgang til sensorbaseret glukosemåling. Og konklusionen er utvetydig: Adgangen er i høj grad bestemt af dit postnummer.

| HOVEDSTADEN                  | Ansøgninger | Bevillinger | Bevillingsprocent |
|------------------------------|-------------|-------------|-------------------|
| Ballerup                     | 72          | 65          | 90                |
| Gribskov                     | 64          | 57          | 89                |
| Hørsholm                     | 51          | 44          | 86                |
| Frederikssund                | 74          | 61          | 82                |
| Brøndby                      | 148         | 114         | 77                |
| Halsnæs                      | 193         | 123         | 64                |
| Bornholm                     | 134         | 95          | 71                |
| Egedal                       | 140         | 74          | 53                |
| Vallensbæk <sup>1)</sup>     | 7           | 7           | 100               |
| Rudersdal                    | 103         | 52          | 50                |
| Helsingør                    | 93          | 57          | 61                |
| Høje-Taastrup                | 122         | 35          | 29                |
| København                    | 1528        | 446         | 29                |
| Fredensborg                  | 92          | 26          | 28                |
| Albertslund <sup>2)</sup>    | 198         | 4           | 2                 |
| Hillerød <sup>3)</sup>       | 119         | 56          | 47                |
| Glostrup <sup>4)</sup>       | Ej muligt   | 8           |                   |
| Frederiksberg                | Ej muligt   | 146         |                   |
| Hvidovre                     | Ej muligt   | 77          |                   |
| Lyngby-Taarbæk <sup>2)</sup> | Ej muligt   | 167         |                   |
| Allerød <sup>4)</sup>        | Ej muligt   | 55          |                   |
| Rødovre                      | Ej muligt   | 30          |                   |
| Dragør                       | Ej muligt   | Ej muligt   |                   |
| Gentofte                     | Ej muligt   | Ej muligt   |                   |
| Taastrup                     | Ej muligt   | Ej muligt   |                   |
| Gladsaxe                     | Ej muligt   | Ej muligt   |                   |
| Ishøj                        | Ej muligt   | Ej muligt   |                   |
| Furesø                       | Ej muligt   | Ej muligt   |                   |
| Herlev                       | Ej muligt   | Ej muligt   |                   |

| MIDTJYLLAND                     | Ansøgninger | Bevillinger | Bevillingsprocent |
|---------------------------------|-------------|-------------|-------------------|
| Horsens                         | 87          | 51          | 59                |
| Odder                           | 48          | 20          | 42                |
| Hedensted                       | 32          | 6           | 19                |
| Favrskov                        | 96          | 30          | 31                |
| Randers                         | 223         | 58          | 26                |
| Syddjurs                        | 45          | 12          | 27                |
| Lemvig                          | 59          | 16          | 27                |
| Ikast-Brande                    | 71          | 20          | 28                |
| Holstebro                       | 129         | 39          | 30                |
| Herning                         | 102         | 32          | 31                |
| Viborg                          | 66          | 14          | 21                |
| Skive                           | 63          | 7           | 11                |
| Silkeborg <sup>2)</sup>         | 56          | 17          | 30                |
| Norddjurs                       | 59          | 11          | 19                |
| Skanderborg                     | 105         | 49          | 47                |
| Ringkøbing-Skjern <sup>5)</sup> | 30          | 5           | 17                |
| Samsø                           | 1           | 1           | 100               |
| Aarhus                          | Ej muligt   | 111         |                   |
| Struer                          | Ej muligt   | 26          |                   |

- <sup>1)</sup> Kun i 2022

<sup>2)</sup> Behæftet med vis usikkerhed

<sup>3)</sup> Siden 2020

<sup>4)</sup> Siden 2018
- <sup>5)</sup> Siden februar 2022

<sup>6)</sup> Siden november 2018

<sup>7)</sup> Siden oktober 2020

<sup>8)</sup> Indtil september 2020

## SÅDAN HAR VI GJORT

I november 2022 søgte Diabetesforeningen aktindsigt i landets 98 kommuner. Vi bad hver kommune om at opgøre antallet af ansøgninger til en sensorbaseret glukosemåler modtaget siden den 30. maj 2017 samt antallet af bevillinger givet i samme periode. Datoen i 2017 er valgt, fordi Ankestyrelsen den dag havde en principafgørelse, der satte nogle klare grænser for, hvornår en sensorbaseret glukosemåler skal bevilges som behandlingsredskab eller som hjælpemiddel. Regionerne giver det som behandlingsredskab, kommunerne som hjælpemiddel.

| NORDJYLLAND                  | Ansøgninger | Bevillinger | Bevillingsprocent |
|------------------------------|-------------|-------------|-------------------|
| Thisted                      | 96          | 50          | 52                |
| Hjørring <sup>2)</sup>       | 62          | 17          | 27                |
| Mariagerfjord                | 27          | 3           | 11                |
| Jammerbugt                   | 44          | 4           | 9                 |
| Aalborg                      | 179         | 0           | 0                 |
| Morsø                        | 34          | 0           | 0                 |
| Læsø                         | 1           | 0           | 0                 |
| Brønderslev                  | Ej muligt   | 8           |                   |
| Vesthimmerland <sup>6)</sup> | Ej muligt   | 2           |                   |
| Frederikshavn                | Ej muligt   | 3           |                   |
| Rebild                       | Ej muligt   | 8           |                   |

| SJÆLLAND             | Ansøgninger | Bevillinger | Bevillingsprocent |
|----------------------|-------------|-------------|-------------------|
| Odsherred            | 87          | 28          | 32                |
| Lolland              | 113         | 27          | 24                |
| Sorø                 | 33          | 9           | 27                |
| Slagelse             | 92          | 14          | 15                |
| Stevns               | 31          | 6           | 19                |
| Roskilde             | 74          | 20          | 27                |
| Køge                 | 87          | 32          | 37                |
| Faxe                 | 77          | 0           | 0                 |
| Greve                | 77          | 6           | 8                 |
| Ringsted             | 108         | 12          | 11                |
| Holbæk <sup>7)</sup> | 61          | 43          | 70                |
| Næstved              | 36          | 3           | 8                 |
| Solrød               | 17          | 8           | 47                |
| Vordingborg          | Ej muligt   | 60          |                   |
| Guldborgsund         | Ej muligt   | Ej muligt   |                   |
| Kalundborg           | Ej muligt   | Ej muligt   |                   |
| Lejre                | Ej muligt   | Ej muligt   |                   |

| SYDDANMARK                    | Ansøgninger | Bevillinger | Bevillingsprocent |
|-------------------------------|-------------|-------------|-------------------|
| Ærø                           | 6           | 5           | 83                |
| Langeland                     | 2           | 2           | 100               |
| Middelfart                    | 14          | 10          | 71                |
| Nordfyn <sup>1)</sup>         | 20          | 18          | 90                |
| Faaborg-Midtfyn <sup>4)</sup> | 80          | 60          | 75                |
| Fredericia                    | 27          | 17          | 63                |
| Esbjerg                       | 48          | 23          | 48                |
| Svendborg                     | 48          | 23          | 48                |
| Assens                        | 19          | 9           | 47                |
| Sønderborg                    | 69          | 25          | 36                |
| Kolding                       | 40          | 5           | 13                |
| Varde                         | 47          | 8           | 17                |
| Vejle                         | 80          | 17          | 21                |
| Tønder                        | 57          | 9           | 16                |
| Vejen                         | 19          | 1           | 5                 |
| Odense <sup>8)</sup>          | 75          | 5           | 7                 |
| Aabenraa                      | 47          | 1           | 2                 |
| Fanø                          | 3           | 2           | 67                |
| Billund <sup>1)</sup>         | 2           | 0           | 0                 |
| Haderslev                     | 22          | 1           | 5                 |
| Nyborg                        | Ej muligt   | Ej muligt   |                   |
| Kerteminde                    | Ej muligt   | Ej muligt   |                   |

Dette symbol <sup>2)</sup> markerer relevante forbehold. Se forbeholdene nederst på skemaet.



## PROBLEM 6

# Incitamentsstrukturer og kassetænkning modarbejder sammenhæng og hele forløb

● Mange af de udfordringer, som sundhedsvæsenet er præget af, har rødder i økonomisk skarpt opdelte kasser. Budgetterne skal hænge sammen indenfor hver enkelt sektor, sygehus og afdeling – det er logikken i den model, vi har skabt, men det er ikke logisk set fra hverken borgernes eller et samfundsøkonomisk synspunkt. Problemet er, at det gør danskerne mindre raske, fordi det hæmmer helhedstænkning og ansvar for hele patientens forløb og sundhed.

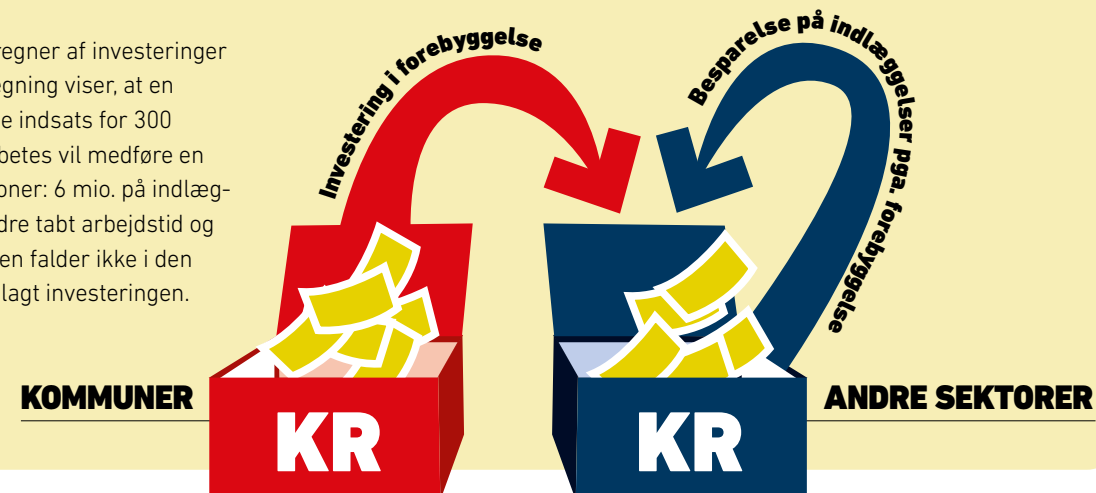
Vi får ikke forebygget nok, og vi får ikke tilstrækkelig effekt, når vi behandler, men ikke følger op på behandlingen, fordi det ansvar ligger i en anden afdeling, sektor eller slet ingen steder<sup>34</sup>. Økonomimodellen tilskynder til, at sygehuset hurtigst muligt får 'afsluttet' patienten og der stilles ikke krav til opfølgning eller brobygning til de relevante tilbud i fx kommunen, som kunne sikre en bedre og længerevarende effekt af behandlingen. Kommunerne har i dag ikke noget økonomisk incitament til at prioritere forebyggelse, fordi den økonomiske besparelse, som kan høstes, i første omgang vil kunne ses på hospitalernes bundlinje.

Heller ikke almen praksis honoreres i dag for at opspore kronisk sygdom tidligt eller støtte borgerne i selv at forebygge forværring eller følgesygdomme. Samtidig får vi ikke forløst teknologiens potentialer til bl.a. at gøre patienterne mere selvkvørende, og vi får ikke frigivet ressourcer til at støtte de patienter, som har brug for en ekstra hånd for at holde sig sunde eller følge deres behandling.

Måden, som vi i dag tildeler økonomi i sundhedsvæsenet, indeholder samlet set nogle - ikke-intenderede - økonomiske incitamenter, der modarbejder målene om mere forebyggelse og bedre sammenhæng. Og det er ellers netop de gennemgående mål i sundhedsstrukturkommissionens opdrag.

Løsningen på de mange udfordringer, som sundhedsstrukturkommissionen skal forholde sig til, kan ikke findes uden, at vi også tager livtag med de grundlæggende økonomiske strukturer i sundhedsvæsenet. Eller rettere sagt, de løsninger, som sundhedsstrukturkommissionen skal pege på, må nødvendigvis gå hånd i hånd med tilsvarende forandringer i måden vi, tildeler økonomi i sundhedsvæsenet.

VIVE har udviklet en beregner af investeringer i sundhed. En case-beregning viser, at en kommunal forebyggende indsats for 300 borgere med type 2-diabetes vil medføre en besparelse på 9 mio. kroner: 6 mio. på indlæggelser og 3 mio. på mindre tabt arbejdstid og medicin. Men besparelsen falder ikke i den samme kasse, som har lagt investeringen.



## PRINCIP 6

Sundhedsstrukturkommissionen skal foreslå ændringer i sundhedsvæsenet efter dette princip

# Økonomien skal arbejde med - og ikke imod - et sundere Danmark

Vi skal have opdateret de økonomiske strukturer i sundhedsvæsenet, så de passer til fremtidens sundhedsopgaver.

## LØSNINGER

### ● Tildeling af økonomi skal gøres afhængig af indfrielse af mål for sammenhæng og effekt

Som led i en National Kvalitetsplan for Kronisk Sygdom skal der stilles krav om, at opfølgning på behandling og sundhedsindsatser, samt brobygning for borgerne på tværs af sektorer, er en integreret del af behandlingen/indsatsen. Ligesom der skal være krav om opfølgning på effekten – og der skal kobles økonomiske gevinster til opfyldelse af kravene, eksempelvis, når der forhandles økonomiaftaler.

### ● Det skal være en fordel at forebygge

Kommunerne skal have økonomiske incitamenter til at investere i og udvikle deres forebyggende indsats - både den kortsigtede patientrettede forebyggelse og den langsigtede sundhedsfremme.

### ● Realiser sundhedsklyngernes populationsansvar med fælles driftsmidler

Sundhedsklyngerne skal have flere muskler med fælles driftsmidler og fælles budgetansvar på opgaver for afgrænsede grupper af patienter, som i særlig grad går på tværs af sektorer. Det skal sikre, at den del af sundhedsvæsenet, der har investeringen i at undgå indlæggelser, også får del i gevinsten og det skal øge forebyggelse og sammenhæng for patienterne.

### ● Forebyggelse skal ind i Finansministeriets økonomiske modeller

Finansministeriets økonomiske modeller, skal opdateres, så de tager højde for de økonomiske gevinster af forebyggende indsatser. I dag nedprioriteres forebyggelse til fordel for behandling, bl.a. fordi gevinsterne ikke er synlige, når der skal prioriteres midler på statens budget.

### ● Dedikere nødvendige midler til en Kvalitetsplan for kronisk sygdom

Udvikling og iværksættelse af en National Kvalitetsplan for Kronisk Sygdom skal prioriteres under det varige løft af sundhedsvæsenet på ekstra 5 mia. kr. årligt, som regeringen har afsat, og kan udmøntes i en ny aftale om sundhedspakke eller i finansloven, som det har været kutyme med kræftplanerne.

# REFERENCER

- 1.** KORA (2017): "Fem megatrends, der udfordrer sundhedsvæsenet",
- 2.** Lægeforeningen (2023): "Nye tal viser dramatisk mangel på arbejdskraft: Behov for 40.000 flere sundhedspersoner i 2030".
- 3.** Bendix Carstensen, Pernille Falberg Rønn, Marit Eika Jørgensen (2020): "Lifetime risk and years lost to type 1 and type 2 diabetes in Denmark, 1996-2016".
- 4.** Sundhedsstyrelsen (2022): "Den Nationale Sundhedsprofil 2021".
- 5.** Diabetesforeningens medlemsundersøgelse (2023): "Ønsker til behandling".
- 6.** Beregninger på baggrund af Diabetestål.nu samt 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.
- 7.** Gedebjerg A, Almdal TP, Berencsi K, Rungby J, Nielsen JS, Witte DR, Friborg S, Brandslund I, Vaag A, Beck-Nielsen H, Sørensen HT, Thomsen RW. (2018): 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.
- 8.** 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.
- 9.** Diabetesforeningens medlemsundersøgelse (2023): "Ønsker til behandling".
- 10.** 'Behandlingen af type 2 diabetes i Danmark', 2022, Undersøgelse foretaget af blandt 217 behandlere. Foretaget af Kingstreet for Novo Nordisk.
- 11.** Diabetesforeningens medlemsundersøgelse (2023): "Ønsker til behandling".
- 12.** Diabetesforeningens medlemsundersøgelse (2023): "Livet med Diabetes 2023".
- 13.** Sundhedsstyrelsen (2022): "Vidensafdækning af indsatser til mennesker med kronisk sygdom, herunder social ulighed i sundhed".
- 14.** Sundhedsstyrelse (2022): Danskernes Sundhed, Den Nationale Sundhedsprofil 2021".
- 15.** Sundhedsstyrelsen (2017): "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes".
- 16.** Diabetesforeningens medlemsundersøgelse (2023) "Ønsker til behandling".
- 17.** Jf. Sundhedsstyrelsens seneste status på implementeringen af forløbsprogrammerne fra 2019 er forløbsprogrammer for disse kroniske somatiske sygdomme helt eller delvist udbredt i regionerne: Type 2-diabetes, KOL, hjerte-kar, lænderyg og osteoporose, baseret på den generiske model for Forløbsprogram for Kronisk Sygdom.
- 18.** Behandlingsmålet er fastsat med udgangspunkt i, at patienter med et langstidsblodsukker på over 70 mmol/mol defineres som dysregulerede jf. Dansk Endokrinologisk Selskab og Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP).
- 19.** Diabetesforeningens medlemsundersøgelse (2023): "Livet med Diabetes 2023".
- 20.** Diabetesforeningens medlemsundersøgelse (2023): "Livet med Diabetes 2023".
- 21.** Diabetesforeningens medlemsundersøgelse (2023): "Ønsker til behandling".
- 22.** Diabetesforeningens medlemsundersøgelse (2023): "Ønsker til behandling".
- 23.** Diabetesforeningens medlemsundersøgelse (2023): "Livet med Diabetes 2023".
- 24.** Sundhedsstyrelsen (2020): "Social ulighed i sundhed og sygdom, Udviklingen i Danmark i perioden 2010 – 2017".
- 25.** Sortsø et. al (2016): "Decomposing Inequality in Diabetes Patients' Morbidity Patterns, Survival and Health Care Usage in Denmark".
- 26.** Sundhedsstyrelsen (2022): "Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme".
- 27.** Sundhedsstyrelsen (2022): "Den Nationale Sundhedsprofil 2021" og Falkentoft et al (2021): "Socioeconomic position and first-time major cardiovascular event in patients with type 2 diabetes: a Danish nationwide cohort study", European Journal of Preventive Cardiology, Volume 28, Issue 16, December 2021.
- 28.** Sundhedsstyrelsen (2022): "Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet - en systematisk litteraturgennemgang", og Mads Koch Hansen, 'Her er mit bud på fremtidens almen praksis' - sundhedsmonitor.dk.
- 29.** Vælg Klogt (2021): "Når mere ikke er bedre - Et perspektiv på patienter og pårørendes oplevelser med unødvendige behandlinger og undersøgelser".
- 30.** Diabetesforeningens medlemsundersøgelse (2023): "Ønsker til behandling".
- 31.** VIVE og KPMG (2021): "Styrkelse af digitale kompetencer inden for data-drevne teknologier til brug for automatisering, prædiktion og beslutningsstøtte hos sundhedspersoner".
- 32.** Behandlingsrådet (2022): "Anvendelse af patientnær diabetesteknologi".
- 33.** Lungeforeningen (2023): "Vi kan, hvis vi vil - 16 brikker til en national KOL-plan".
- 34.** Lægeforeningen (2023): "Forebyggelse af Indlæggelser - Effektive indsatser til at aflaste sundhedspersonale på hospitaler".



Stationsparken 24, st.tv.  
2600 Glostrup  
66 12 90 06  
info@diabetes.dk  
**www.diabetes.dk**