

Indenrigs- og Sundhedsministeriet  
Slotsholmsgade 10-12  
1216 København K

4. juli 2024

## Høringssvar til Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger

Indenrigs- og Sundhedsministeriet sendte d. 11. juni 2024 Sundhedsstrukturkommissionens (herefter SSK) anbefalinger i høring. Diabetesforeningen takker for muligheden for at afgive høringssvar.

I dette høringssvar fokuserer vi specifikt på udfordringerne for de kroniske patienter og præsenterer konkrete løsningsforslag, der kan forbedre deres behandling, leveår og livskvalitet. I stedet for at kommentere på alle dele af kommissionens omfattende rapport, koncentrerer vi i Diabetesforeningen vores høringssvar om at adressere de mest presserende udfordringer for patienterne og desuden pege på praktiske og gennemførlige løsninger på dem.

Kroniske patienter står over for en række udfordringer, som kræver målrettede tiltag for at sikre en sammenhængende og effektiv behandling. Vores høringssvar er struktureret således, at vi præsenterer en række konkrete løsningsforslag, som vi dels mener følger de pejlemærker, som SSK også opstiller og dels skal implementeres i sammenhæng med en sundhedsreform for at skabe en bedre og mere sammenhængende sundhedsstruktur.

Det skal desuden bemærkes, at vores fokus på at udpege konkrete løsninger i høringssvaret ikke nødvendigvis kan tages som udtryk for enighed i de dele af rapporten, som vi ikke kommenterer konkret.

### God beskrivelse af udfordringsbillede og pejlemærker

Diabetesforeningen bakker op om SSKs grundige beskrivelse af de udfordringer, som det danske sundhedsvæsen ser ind i som følge af et stigende antal danskere med en eller flere kroniske sygdomme i særligt kapitel 4<sup>1</sup>.

Alene antallet af mennesker med type 2-diabetes er vokset fra 235.000 i 2015 til 325.000 i 2023<sup>2</sup> - og i 2030 skønnes det, at antallet med type 2-diabetes udgør 420.000 mennesker<sup>3</sup>.

I dag oplever mennesker med kronisk sygdom meget stor forskel i behandlingen afhængig af ydernummer og postnummer. Ligeledes oplever kronisk syge dobbeltundersøgelser eller at blive tabt mellem behandlere og i sektorovergange. Eksempelvis oplever kun 25 procent af mennesker med type 2-diabetes, at andre behandlere er blevet informeret om deres sygdomssituation fra deres faste behandler, som typisk er almen praksis<sup>4</sup>.

Samlet set betyder manglen på sammenhæng i kroniske patienters forløb, at forværring og følgesygdomme i dag ikke forebygges, fanges og behandles i tide. Det medfører et unødvendigt pres på det samlede sundhedsvæsen – et pres der kan mindskes ved at løfte kvaliteten med en systematisk indsats tidligt i et forløb med kronisk sygdom.

Diabetesforeningen bakker derfor også op om de *tre udfordringer* 1) Usammenhængende forløb 2) ubalance mellem det primære og sekundære og 3) geografisk og social ulighed i sundhed samt de *tre pejlemærker* for indretning af fremtidens sundhedsvæsen, som SSK opstiller i kapitel 5: 1) Sundheds for de mange, 2) lige adgang og 3) differentierede indsatser.

### **Savner forpligtende krav, der skaber mærkbare forbedringer for patienterne**

Diabetesforeningen bakker ligeledes op om SSKs tværgående anbefalinger og forslag og vi er enige i SSKs vurdering af, at de bør gennemføres, uanset hvilken forvaltningsmodel, der i øvrigt lægges til grund for en kommende reform af sundhedsvæsenet.

Diabetesforeningen savner dog, at de tværgående anbefalinger og forslag i højere grad forpligter sundhedsvæsenets aktører til at omsætte anbefalingerne til konkrete og mærkbare forbedringer ift. sammenhæng og kvalitet for patienterne – ikke mindst for 'de største kronikergrupper', som SSKs kommissorium havde et særligt fokus på<sup>5</sup>.

Erfaringerne fra kræft- og hjerteområdet er, at pakkeforløb og patientrettigheder har været en afgørende drivkraft til at skabe bedre sammenhæng og højere kvalitet - og for patienterne har det betydet højere overlevelse og mindre geografisk og social ulighed i sundhed på hhv. kræft- og hjerteområdet. De erfaringer, mener Diabetesforeningen, at vi skal lære af og bruge langt mere konkret ind i den kommende omstilling til det nære sundhedsvæsen, som skal skabe sundhed for de mange.

Derfor foreslår Diabetesforeningen, at der udvikles og indføres grundpakkeforløb for de store kroniske sygdomme og herunder en patientrettighed til en personlig behovstyret behandlingsplan, som kan forpligte sundhedsvæsenets aktører til at omsætte SSKs helt centrale anbefalinger til konkrete og mærkbare forbedringer for patienterne.

### **Struktur – alene – løser ikke patienternes problemer, der skal nye værktøjer til**

Diabetesforeningen er meget positiv overfor, at SSKs anbefalinger i så høj grad tager udgangspunkt i at sikre en bedre sammenhæng og mere ensartet kvalitet for patienterne. Det er således meget positivt, at sammenhæng på tværs af sektorer og ensartet kvalitet på tværs af landet er et gennemgående tema i kommissionens beskrivelse af alle tre forvaltningsmodeller såvel som de tværgående anbefalinger.

Imidlertid mener Diabetesforeningen ikke, at en ændret forvaltningsstruktur i sundhedsvæsenet - i sig selv – kan sikre bedre sammenhæng og ensartet kvalitet for patienterne, idet der uanset organisering vil være 'behandler-' og 'tilbuds-overgange'. Derfor kræver sammenhæng - udover strukturændringer – også, at der indføres forpligtende kvalitetskrav til behandling og forløb på de store kroniske sygdomme.

Da kronisk syges forløb kan være meget forskellige over tid, kræver det også, at kvalitetskrav og standarder kan rumme en differentieret eller behovsstyret tilgang og behandlingsplan.

Diabetesforeningen efterlyser derfor, at SSKs anbefalinger omsættes til konkrete og forpligtende tiltag, der vil skabe mærkbare forandringer for de største kronikergrupper.

Diabetesforeningen foreslår konkret, at den kommende politiske aftale om sundhedsreform sikrer:

- **Forpligtende grundpakkeforløb for store kroniske sygdomme**, som kan sikre ensartet kvalitet og sammenhæng i forløb forankret i det nære sundhedsvæsen - herunder byggende på en national guideline for differentiering, således at det tager afsæt i en differentieret/behovsstyret tilgang, der kan sikre et effektivt ressourceforbrug.

- Indførelse af en **patientrettighed til en personlig behovstyret behandlingsplan** i sundhedsloven for de store kroniske sygdomme, som omfattes af grundpakkeforløb. Patientrettigheden skal drive den ønskede omstilling af aktivitet fra det sekundære til det primære sundhedsvæsen.
- **En National Kvalitetsplan for kronisk sygdom**, der beskriver mål, faglige standarder og ansvarsfordeling samt forpligtende krav til almen praksis og øvrige behandlere, som indgår i et grundpakkeforløb, på tværs af sektorer.

Forslagene har et samlet mål om at sikre en ensartet kvalitet og dermed mindske geografisk ulighed, sikre sammenhæng i differentierede eller behovsstyrede forløb og dermed modgå social ulighed i sundhed og samtidig sikre et effektivt ressourceforbrug. Forslagene følger dermed op på regeringens opdrag til SSK – og adresserer alle SSK's tre pejlemærker for fremtidens sundhedsvæsen.

## **Grundpakkeforløb & nationale kvalitetsplaner for de store kroniske sygdomme**

### *Systematisk indsats skal styrke egenmestring af kronisk sygdom*

Diabetesforeningen påpeger, at en systematisk indsats tidligt i sygdomsforløbet for mennesker med kronisk sygdom har stor betydning for patienternes mulighed for at opnå en god sygdomsmestring og egenmonitorering, som ruster dem til at varetage mere af deres behandling selv og nedbringer behovet for kontakter til sundhedsvæsenet på sigt. Med en systematisk tidlig indsats på de store kroniske sygdomme forebygges desuden forværring og følgesygdomme, som ellers ville kræve indlæggelser.

### *Eksisterende indsatser skal bindes sammen - for patienterne*

Diabetesforeningen foreslår, at grundpakkeforløb for de store sygdomme skal bestå af kliniske og rehabiliterende indsatser, som allerede tilbydes i sundhedsvæsenet i dag, men som skal bindes sammen til et samlet forløb for patienten for at øge kvalitet, effekt, sygdomsmestring, egenmonitorering og patienttilfredshed.

Grundpakkeforløb skal tage udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb<sup>6</sup>, men sikre at anbefalingerne bliver til forpligtende kvalitetskrav på tværs af sektorer og omsættes til ensartet kvalitet for patienterne uanset post- eller ydernummer.

Vores forslag om grundpakkeforløb er konkretiseret og uddybet i bilag 1.

### *Grundpakker forudsætter en overordnet planlægning og organisering*

Diabetesforeningen påpeger, at det er en forudsætning for, at grundpakkeforløb kan fungere i praksis, at der sker en overordnet planlægning af de enkelte pakkers organisering på tværs af behandlere i både primær og sekundær sektor.

Derfor foreslår Diabetesforeningen, at grundpakkeforløb understøttes af en national kvalitetsplan, som skal beskrive mål, faglige standarder og ansvarsfordeling for de forskellige behandlere samt forløb og patientnære mål for borgerne med kronisk sygdom, for de respektive større kronikergrupper, som skal omfattes af et grundpakkeforløb.

### *SST i spidsen for udvikling af national kvalitetsplan og grundpakkeforløb*

Diabetesforeningen mener, at Sundhedsstyrelsen skal sættes i spidsen for at udvikle en national kvalitetsplan for kronisk sygdom med fokus på de større kronikergrupper, hvor det er relevant at indføre grundpakkeforløb, eksempelvis type 2-diabetes og KOL. Kvalitetsplanen for kronisk sygdom kan eksempelvis udformes som en del af den nationale sundhedsplan, som SSK peger på i kapitel 11.

Sundhedsstyrelsen skal desuden sættes i spidsen for en faglige task-force, der - med inddragelse af relevante interessenter - skal udarbejde en beskrivelse af de konkrete grundpakkeforløb med udgangspunkt i styrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb<sup>7</sup>.

*Nationale kvalitetsplaner for kronisk sygdom skal indeholde forpligtende mål for udvikling af sundhedsvæsenet ift:*

- **Kapacitetsopbygning & kompetencer:**  
Ensartede krav til kompetencer og antal af behandlere, som løbende uddannes og efteruddannes efter kompetencekravene. Samt mål for 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 udmøntes i en digital behandlingsplan og som kan tilgås nemt af patienter.

### **Patientrettighed & differentiering skal understøtte omstilling til det primære sundhedsvæsen**

Diabetesforeningen bakker stærkt op om SSKs om, at patientrettigheder bør tænkes ind som en drivkraft i den ønskede omstilling af sundhedsvæsenet, hvor mere behandling skal foregå i det primære sundhedsvæsen i kapitel 13 (side 276).

De sidste 20 år har patientrettigheder i høj grad fokuseret på akutte og livstruende sygdomme og er blevet udmøntet som tidsfrister for forløb i primært sygehusvæsenet. Det har blandt andet resulteret i et løft af kvalitet og sammenhæng i det specialiserede sundhedsvæsen. Det har også efterladt kronisk syge i det nære sundhedsvæsen uden patientnære mål og rettigheder for god behandling af deres livslange og ofte progressive sygdom.

Der er - som SSK påpeger - behov for at udvide og modernisere forståelsen af patientrettigheder, så de fortsat kan fungere som en drivkraft i at sikre sammenhæng og effektiv ressourceudnyttelse, konkret ved at give patienterne på de store kroniske sygdomme en rettighed til en personlig behovstyret behandlingsplan.

#### *Patientrettighed til personlig behovstyret behandlingsplan – i sundhedsloven*

Patienter med kronisk sygdom har forskellige behov for sundhedsfaglige indsatser, afhængigt af faktorer som sygdommens sværhedsgrad, multisygdom, behandlingskompleksitet, adgang til teknologi til egenmonitorering, sundhedskompetencer og egenomsorg, herunder i forhold til ulighed i sundhed generelt og patienternes sårbarhed og netværk mere specifikt. Der er derfor behov for forløb, der tilrettelægges individuelt som en differentieret/behovstyret indsats.

Diabetesforeningen mener, at der på de store kroniske sygdomme skal indføres en *patientrettighed til en personlig behandlingsplan*, som bygger på en differentieret / behovsstyret behandling og forløb – og som forankres som patientrettighed i sundhedsloven.

En patientrettighed til en personlig behovsstyret behandlingsplan på de store kroniske sygdomme vil samtidig sikre, at mere behandling fastholdes i det primære sundhedsvæsen, at indlæggelser forebygges og det vil dermed bidrage til at drive den omstilling, som SSK peger på i bl.a. kapitel 13 (side 276).

#### *Forpligtende National Guideline for differentiering*

Diabetesforeningen mener, at SSKs anbefaling af at udvide brugen af differentierede indsatser i Sundhedsvæsenet skal konkretiseres og virkeliggøres ved, at Sundhedsstyrelsen får til opgave at udvikle en national guideline for behovsstyring/differentiering af tilbud i sundhedsvæsenet. En national guideline skal beskrive klare og forpligtende retningslinjer for, hvordan behandlerne anvender fx 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.

Den nationale guideline for differentiering skal indgå i grundpakkeforløbet på de store kroniske sygdomme, så den enkelte patients behandlingsplan følger grundpakken, men differentieres ift. individuelle behov ud fra den nationale guideline for differentiering. Det kan eksempelvis dreje sig om antallet af kontrolbesøg, som kan justeres ift. den enkeltes behov.

En national guideline for differentiering skal desuden opstille nationale mål for hvilke patienter, der skal have særlig opmærksomhed fx ud fra socioøkonomiske og kliniske kriterier<sup>8</sup>. Fælles nationale definitioner af patienter med særlige behov, skal sikre, at sundhedsvæsenet ikke behandler for meget i områder med stor kapacitet pga. relativt lidt sygdom i den lokale population (som patienten ses i lyset af) og omvendt behandler for lidt i områder med meget sygdom i den lokale population. Dermed bidrager en national guideline for differentiering også til at imødekomme SSKs forslag nummer 4 under den tværgående anbefaling om ny organisering af det almenmedicinske tilbud om en mere hensigtsmæssig fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet, side 201.

#### **Monitorering og mål**

Diabetesforeningen bakker op om SSKs generelle fokus på at forbedre brug af data til kvalitetsudvikling og monitorering i sundhedsvæsenet.

I Diabetesforeningens forslag om grundpakker for de store kroniske sygdomme indgår derfor også, at der skal ske en løbende monitorering af grundpakkeforløbene, der gør det muligt at følge, hvor mange af de nydiagnosticerede, der får et grundpakkeforløb fordelt på geografiske områder og ydernumre.

#### *Monitorering på patientnære mål*

Effekten af grundpakkeforløb skal desuden monitoreres på en række patientnære mål.

Vi foreslår, at Sundhedsstyrelsen skal opstille de konkrete mål som et led i udviklingen af en national kvalitetsplan og med bidrag fra den taskforce, som udarbejder grundpakkeforløb for de konkrete diagnoser. Det kan eksempelvis være patientnære mål som:

1. Antal med den kroniske sygdom, som har fremskredne symptomer og evt. følgesygdomme ved diagnosticering, skal falde.

2. Behandlingsmål for, hvor mange procent af de diagnosticerede, som skal ligge indenfor fastsatte kliniske mål (for type 2 diabetes fx mål om hvor mange, der skal ligge under 70 mmol/mol på langtidsblodsukker.)
3. Hvor mange procent af de diagnosticerede, der skal modtage et forebyggende tilbud.
4. Procent af de diagnosticerede, som får styrket deres behandling og egenomsorg ved hjælp af teknologi.
5. Antallet af sygedage blandt de diagnosticerede i den erhvervsaktive alder skal falde.
6. Patienttilfredshed.

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

Diabetesforeningen bakker op om SSKs anbefalinger af, at flere borgere skal have mulighed for at tilgå sundheds- og plejeindsatser i et lokalt sundhedscenter, hvor tilbuddene er sammensat ud fra lokale forhold og behov og vi bakker op om SSKs konklusion om, at samling af flere indsatser indenfor en ramme kan understøtte, at borgeren med behov for flere samtidige indsatser modtager sammenhængende forløb (side 243).

Diabetesforeningen påpeger, at vores forslag om grundpakkeforløb også indebærer en mulighed for at samle kontroller og specialkonsultationer for de større kronikergrupper efter princippet 'samme dag under samme tag'.

For patienterne øger en samling af kontroller og specialkonsultationer oplevelsen af sammenhæng og for den læge, som er tovholder på et grundpakkeforløb, sikrer det et hurtigt overblik over patientens samlede sygdomsbillede og styrker muligheden for at tilrettelægge en god behovsstyret behandlingsplan.

Diabetesforeningen anbefaler derfor, at det indgår i en kommende sundhedsreform, at det i sammenhæng med indførelse af grundpakkeforløb for de store kroniske sygdomme også afdækkes, hvor det er muligt og relevant at sikre tilgængelighed af 'samme dag under samme tag'-løsninger for patienter i pakkeforløb.

### **Tværgående anbefalinger bør gennemføres uanset forvaltningsmodel**

Diabetesforeningen bakker op om SSKs tværgående anbefalinger og er enig i SSKs vurdering af, at de bør gennemføres, uanset hvilken forvaltningsmodel der i øvrigt lægges til grund for en kommende reform af sundhedsvæsenet.

Diabetesforeningen lægger særligt vægt på den tværgående anbefalinger om 'Kapacitetsudvidelse og ændret organisering af det almenmedicinske tilbud'. Herunder er det meget positivt, at SSK bl.a. peger på, at almen praksis bør varetage en tovholderfunktion for bl.a. kroniske patienter, agere opsøgende og proaktivt, være tilgængelig med lige høj kvalitet i hele landet og i højere grad benytte og dele data om patienterne på tværs af aktører (side 192-193).

Det er ligeledes meget positivt, at SSK anbefaler, at almen praksis omfattes af en national opgavebeskrivelse adskilt fra overenskomsten og at differentierede patienttal og honorarer skal fastlægges på baggrund af en national model, som estimerer behandlingsbehovet for patienterne i den enkelte klinik (side 195).

Ift. den tværgående anbefaling om 'Tilpasset fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet' lægger Diabetesforeningen særligt vægt på SSKs forslag om, at 'kvalitetstandarder skal udvikles hen imod at

kunne gå på tværs af sektorer, stille krav til samarbejdet i det primære sundhedsvæsen og styrke monitorering og eventuelt kombinere kravene med økonomiske incitamenter' (boks 11.2, side 235).

Diabetesforeningen mener, at indførelse af grundpakkeforløb for de store kroniske sygdomme og herunder en patientrettighed til en personlig behovstyret behandlingsplan netop kan forpligte sundhedsvæsenets aktører til at omsætte disse *helt centrale* anbefalinger fra SSK til konkrete og mærkbare forbedringer for patienterne.

Diabetesforeningen understreger, at forslaget om grundpakkeforløb for de store kroniske sygdomme også følger SSKs anbefaling om, at 'kvalitetsstandarder skal tage udgangspunkt i målgrupper og områder, hvor der er potentiale for omstilling' (side 239). Således vil grundpakkeforløb for eksempelvis mennesker med type 2-diabetes sikre, at sygdommen i højere grad behandles på laveste omkostningsniveau i det primære sundhedsvæsen og forebygge forværring, følgesygdomme og indlæggelser i det sekundære sundhedsvæsen.

### **Krav til almen praksis skal sikre omstilling og sammenhæng**

Diabetesforeningen bakker som sagt generelt op om SSKs anbefaling om, at der stilles tydeligere og nationalt definerede krav til almen praksis.

Diabetesforeningens forslag om grundpakkeforløb for de store kroniske sygdomme indebærer bl.a., at der stilles en række konkrete og forpligtende krav til almen praksis.

Kravene kan omfatte:

- Brug af populationsdata, kliniske data, PRO-data, faglige vurderinger til at foretage systematisk og proaktiv differentiering
- Udarbejdelse af en personlig og behovstyret behandlingsplan for den enkelte kroniske patient med udgangspunkt i grundpakkeforløb for pågældende diagnose.
- Brug af digitale forløbsplaner<sup>9</sup> og datadeling med øvrige behandlere
- Konkrete krav til hvilke prøver og test, der skal udføres ift. hvilke diagnoser.

Der kan suppleres med eksempelvis proces-krav om, at lægen skal følge op med patienten, hvornår og hvordan<sup>10</sup>.

Diabetesforeningen lægger vægt på, at grundpakkeforløbets overgange mellem forskellige behandlere skal organiseres således, at den afgivende behandlers ansvar ikke ophører, før der er sikkerhed for, at det er overtaget af den modtagende, og sådan at almen praksis entydigt har ansvaret for at binde behandlingen sammen for patienten, herunder i en personlig og digital behovstyret behandlingsplan.

Honorarstrukturen i almen praksis skal derfor også - i tråd med SSKs anbefalinger - indrettes, så den i højere grad understøtter, at almen praksis har ansvaret som tovholder for kroniske patienter (side 192-193) og sikrer differentiering i behandlingen (side 131 og 133).

I en aftale om ny honorarstruktur skal aflønning af almen praksis skrues sådan sammen, at den understøtter implementeringen af grundpakkeforløb for de store kroniske sygdomme og sikrer, at ressourcerne målrettes de patienter, som har mest behov.

### **Tydeligt myndighedsansvar på hjælpemidler og behandlingsredskaber**

Egenmonitorering ved hjælp af teknologi og digitale værktøjer er afgørende for, at flere patienter kan behandles hjemme og varetage mere af deres behandling selv. Lige og ubureaukratisk adgang til hjælpemidler og behandlingsredskaber er derfor en forudsætning for, at potentialet i mere differentierede indsatser forløses fuldt ud, som SSK også påpeger (side 22 og 133).

Diabetesforeningen kan desuden genkende mange af de udfordringer, som beskrives i kapitel 14, afsnit 3 *Ansvar for tildeling af behandlingsredskaber og hjælpemidler og præciseres*. Mennesker med diabetes har i mange år oplevet at være kastebolde mellem regioner og kommuner, i forhold til tildeling af sensorbaserede glukosemålere, der kan tildeles både som hjælpemiddel og behandlingsredskab.

Diabetesforeningen bakker derfor op om SSKs anbefalinger om, at afgrænsningscirkulæret kan ophæves og erstattes af et tydeligt defineret myndigheds- og finansieringsansvar for tildeling af behandlingsredskaber og hjælpemidler (side 331), og vi ser det som nødvendigt for at gøre op med den kassetænkning, der eksisterer på området i dag. Diabetesforeningen bakker ligeledes op om potentialet i at indføre en national procedure for at fastsætte et entydigt myndighedsansvar inden for udvalgte sygdomsområder eller i forhold til specifikke produkter (side 331). Dog vil vi understrege vigtigheden af, at proceduren ikke medfører en forsinkelse af introduktionen af nye teknologier, der kan understøtte differentiering, behandling i eget hjem, og har et arbejdskraftbesparende potentiale.

Diabetesforeningen kan ikke bakke op om forslaget om, at finansieringsansvaret i højere grad samles hos kommunerne, mens tildeling finder sted på baggrund af en lægefaglig vurdering (side 331). Denne model svarer til den aktuelle situation for mennesker med diabetes, hvor en lægefaglig vurdering allerede i dag ligger til grund for ansøgninger om hjælpemidler hos kommunerne. I dag oplever mennesker med diabetes desværre ofte, at kommuner afviser ansøgninger om hjælpemidler, på trods af at der ligger en lægefaglig vurdering og sundhedsfaglige argumenter for tildeling af hjælpemidlet. Derfor mener vi i højere grad, at der er brug for et tydeligere myndighedsansvar samt ensartede krav til kommunernes og det øvrige sundhedsvæsens tildeling af teknologi.

Med en national kvalitetsplan for kronisk sygdom og grundpakker for de store kroniske sygdomme skal der derfor også 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.

### **Aktivitetsloft må ikke forhindre den rette behandling for patienterne**

Diabetesforeningen bakker op om hensigten i SSKs samlede anbefalinger om, at behandling skal foregå på det lavest mulige omkostningsniveau og at der samlet set skal prioriteres flere ressourcer til det primære sundhedsvæsen, som et led i den ønskede omstilling.

Imidlertid er det også væsentligt, at SSKs forslag om et aktivitetsloft på det højt specialiserede sygehusområde (side 242), ikke reelt begrænser adgangen til den rette behandling på sygehuse og hospitaler for de patienter, som har eller får behov for det i løbet af deres sygdomsforløb.

Det gælder eksempelvis mennesker med type 1-diabetes og fremskreden type 2-diabetes, som i dag behandles på et Steno Diabetescenter eller et tilknyttet ambulatorium, herunder bl.a. behandling på højt specialiseret niveau.

Diabetesforeningen vil desuden påpege, at Steno Diabetescentre generelt har løftet behandlingen af diabetes i Danmark markant. Samtidig bidrager Stenocentrene med vigtige afprøvninger af og



forskning i, hvordan behandling kan organiseres og kvaliteten løftes – ikke alene på Steno centrene selv, men generelt for patienterne på tværs af sektorer. Det er ikke kun til gavn for mennesker med diabetes, men for alle patienter i sundhedsvæsenet.

### **Strukturel forebyggelse er – også – en forudsætning for at lette presset på sundhedsvæsenet**

Diabetesforeningen bemærker, at SSK tydeligt har afgrænset sig fra at formulere anbefalinger om strukturel forebyggelse (side 10). Diabetesforeningen anerkender, at SSK har opstillet denne præmis for sine anbefalinger, men finder det samtidig vigtigt at understrege, at målet om et mere bæredygtigt sundhedsvæsen, som skal sikre 'sundhed for de mange', også forudsætter ambitiøse tiltag inden for strukturel forebyggelse.

Desuden mener Diabetesforeningen, at selv om forebyggelse i sig selv ikke indgår i SSKs anbefalinger, så burde forebyggelse af forværring af bl.a. kronisk sygdom indgå som et element i de 6 hensyn, som SSK opstiller som centrale for at vurdere den organisatoriske indretning af sundhedsvæsenet (side 139).

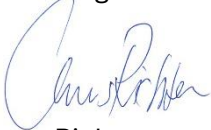
### **Systematisk og tidligere opsporing bør også indgå i en sundhedsreform**

Ud over de 325.000 danskere, som i dag har type 2-diabetes, skønnes det, at der er yderligere 100.000, går rundt med udiagnosticeret type 2-diabetes<sup>11</sup>. Ubehandlet type 2-diabetes øger markant risikoen for udvikling af alvorlige følgesygdomme, og i dag har 35 pct. allerede udviklet følgesygdomme, når de diagnosticeres med type 2-diabetes<sup>12</sup>. Derfor bør en kommende sundhedsreform også adressere, hvordan de store kroniske sygdomme, som fx type 2-diabetes, mere systematisk kan opspores og diagnosticeres tidligt for at undgå, at sygdommen udvikler sig og kræver flere indlæggelser og kontakter i særligt det specialiserede sundhedsvæsen.

### **Diabetesforeningen uddyber gerne konkrete forslag til udvikling af fremtidens sundhedsvæsen**

Diabetesforeningen bidrager gerne til det videre arbejde med udformning af en sundhedsreform og uddyber gerne vores konkrete forslag til, hvordan grundpakkeforløb, patientrettighed til en behovsstyret behandlingsplan og en national kvalitetsplan for kronisk sygdom omsætter SSKs anbefalinger til konkrete og tydelige forbedringer for patienterne samtidig med, at de sikrer en bedre ressourceudnyttelse i fremtidens sundhedsvæsen.

Med venlig hilsen



Claus Richter

Administrerende Direktør i Diabetesforeningen

## Bilag 1: Konkretisering af et Grundpakkeforløb

Grundpakkeforløb for store kroniske sygdomme skal omfatte:

1. **Diagnose:** Almen praksis stiller typisk diagnosen. I de tilfælde, hvor diagnosen stilles på hospital eller hos anden speciallæge, kontakter denne almen praksis med henblik på, at almen praksis vurderer patientens behov for grundpakkeforløb ud fra de opstillede indgangskriterier og overtager ansvaret som tovholder, såfremt patienten indgår i et grundpakkeforløb.
2. **Faglige indgangskriterier:** Der opstilles en række faglige indgangskriterier for grundpakkeforløb med udgangspunkt i dels generelle og diagnosespecifikke forhold. Indgangskriterierne beskriver, hvilke patienter, der er i målgruppen for det respektive grundpakkeforløb for en specifik diagnose.  
*Konkrete eksempel for patient med type 2-diabetes: Indgangskriteriet for grundpakkeforløb kan være alle der diagnosticeres med type 2-diabetes og hvor lægen ikke vurderer, at behandlingen med det samme skal forankres på sygehus (et Stenocenter), fx pga. et meget højt hba1c eller meget fremskredne følgesygdomme allerede ved diagnose. Et andet eksempel kan være, at en anden og dominerende sygdom hos patienten fordrer et andet forløb.*
3. **Ansvarsfordeling af undersøgelser i tilknytning til diagnosticering**  
Almen praksis er overordnet ansvarlig og tovholder på gennemførelse af de nødvendige undersøgelser i forbindelse med diagnostik jf. kliniske retningslinjer.

Almen praksis skal sikre direkte henvisning til øvrige behandlere, og de behandlere, som modtager en henvist patient i et grundpakkeforløb, skal sikre indkaldelse af patienten og tilbagemelding til den praktiserende læge.

Der bør opstilles fagligt begrundede tidsfrister for henvisning, undersøgelser og tilbagemelding, som sikrer, at den alment praktiserende læge får et tidligt og samlet overblik over patientens sygdomsbillede. Erfaringerne fra Region Syds indsats 'God Start med Type 2-diabetes' er, at det tidlige samlede overblik er afgørende for lægens mulighed for at sikre en god behandling.

Konkret kan det i grundpakkeforløb for nogle diagnoser være relevant, at alle undersøgelser i tilknytning til diagnosticering samles for patienten efter princippet om 'samme dag under samme tag', for at understøtte, at den alment praktiserende læge får et tidligt og samlet overblik over patientens sygdomsbillede og kan tilrettelægge en god differentieret/behovstyret behandlingsplan.

### Konkret eksempel på undersøgelser for patient med nydiagnosticeret type 2-diabetes<sup>13</sup>

Tjek for følgesygdomme ifm. diagnose, herunder henvisning til specialister:

- Nyresygdomme: Prøver i almen praksis og evt. henvisning til speciallæge
- Hjertekarsygdomme: Prøver i almen praksis og evt. henvisning til speciallæge
- Øjensygdomme: Henvisning til speciallæge

*Fodundersøgelse for bl.a. neuropati: Alment praktiserende læge, specialiseret sygeplejerske eller autoriseret fodterapeut evt. henvisning til speciallæge.*

4. **Differentiering:** Alment praktiserende læge skal lægge en behovstyret behandlingsplan på baggrund af (jf. national guideline for differentiering):
  - Patientens kliniske data og sygdomssituation (herunder undersøgelsesresultater fra andre behandlere)
  - Patientens sundhedskompetencer og støtte fra eget netværk
  - Dialog baseret på PRO-data og samtale-værktøjer

Patientens videre forløb skal ligeledes bestå af indsatser, som er tilpasset den enkeltes sygdomssituation og sundhedskompetencer og som løbende justeres ift. sygdommens udvikling. Dermed understøttes muligheden for differentierede forløb til gavn for både patienter og ressourceforbrug og ressourceudnyttelse.
5. **Vurdering af behov for medicin:** Almen praksis vurderer medicinbehov og gennemfører medicingennemgang ved multisygdom.
6. **Henvisning til patientrettet forebyggelse:** Almen praksis sikrer direkte henvisning til en afklarende samtale hos den sundhedsmyndighed, der har ansvar for at udbyde patientrettet forebyggelse (fx patientens hjemkommune) med henblik på, at patienten tilbydes et forebyggende forløb, som kan styrke den enkeltes sygdomsmestring (jf. Kvalitetsstandard for forebyggende tilbud til borgere med kronisk sygdom, SST 2024<sup>14</sup>)
7. **Opfølgning:** Almen praksis følger op på resultatet af alle undersøgelser i forbindelse med diagnosticering og indkalder patienten til konsultation ved behov for justering af behandlingsplanen.
8. **Oprettelse af en digital forløbsplan:** Almen praksis skal oprette en digital forløbsplan, hvor den aftalte behandlingsplan for patienten fremgår og patienten skal inddrages / oplæres i den digitale forløbsplan – endvidere skal øvrige sektorer og behandlere kunne se forløbsplan og data.
9. **Forebyggende tilbud:** Den sundhedsmyndighed, som har ansvar for patientrettet forebyggelse, skal indenfor en fagligt begrundet tidsfrist tilbyde en afklarende samtale til borgere henvist i et grundpakkeforløb jf. Kvalitetsstandard for forebyggende tilbud til borgere med kronisk sygdom, SST 2024. Efter endt forløb skal den ansvarlige sundhedsmyndighed give almen praksis besked om forløbet er gennemført og om borgeren vurderes at have brug for mere støtte til sygdomsmestring.
10. **Fast tovholder i resten af livet med kronisk sygdom:** Almen praksis har opgaven som tovholder for patienten i resten af livet med kronisk sygdom. Det betyder, at almen praksis som led i et grundpakkeforløb skal:
  - Følge op på resultatet af kontroller for følgesygdomme og vurdere, hvornår der skal foretages nye kontroller, som lægges ind i patientens behandlingsplan
  - Justere medicin

- Vurdere om patienten har behov for yderligere støtte for at opnå en bedre sygdomsmestring og henvise samt følge op på evt. yderligere forebyggende tilbud
- Tilpasse patientens behandlingsplan løbende i digital forløbsplan
- Vurdere patientens behov for næste kontakt med egen læge – jf. National Guideline for differentiering.
- Opsøge kontakt med patienter, som ikke selv henvender sig eller ikke møder op til konsultationer som aftalt i behandlingsplanen.
- Ved forværring senere i sygdomsforløbet: Henvise direkte til relevante speciallæger mv, som får ansvar for at indkalde patienten jf. opstartsforløbet i en grundpakke.
- Ved indikation på andre sygdomme (multisygdom) revurderes patientens behandlingsplan, medicin, forebyggelsestilbud mv.

<sup>1</sup> Sundhedsstrukturkommissionens hovedrapport, 2024

<sup>2</sup> [www.diabetestal.nu](http://www.diabetestal.nu)

<sup>3</sup> 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

<sup>4</sup> Danske Patienter, 2024: [Hver femte patient oplever at få gentaget undersøgelser, fordi behandlingsforløb ikke hænger godt nok sammen | Danske Patienter](#) Sundhedsstrukturkommissionens hovedrapport, side 94

Diabetesforeningens medlemsundersøgelse, 2023: [appendiks\\_3\\_oplevelser-af-diabetesbehandlingen.pdf](#)

<sup>5</sup> [Microsoft Word - Final kommissorium.docx \(ism.dk\)](#)

<sup>6</sup> Eksempelvis SST anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes: [TITEL \(sst.dk\)](#)

<sup>7</sup> Eksempelvis SST anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes: [TITEL \(sst.dk\)](#)

<sup>8</sup> Fx med udgangspunkt i SST stratificeringsmodel i anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes: [Sundhedsstyrelsen](#)

<sup>9</sup> Digitale forløbsplaner er et digitalt værktøj, som allerede findes i dag, men som bør udbredes til alle patienter. En behandlingsplan er den individuelle og behovstyrede plan, som lægen skal lægge for den enkelte patient med kronisk sygdom som led i et grundpakkeforløb. Behandlingsplanen skal også fremgå af patientens digitale forløbsplan som led i deling af data om patientens forløb med patienten selv og øvrige behandlere.

<sup>10</sup> Der kan findes god inspiration til proceskrav i Region Syddanmarks indsats 'God Start med Type 2-diabetes', som definerer antallet og indholdet af konsultationer i almen praksis de første tre måneder efter type 2-diagnose.

<sup>11</sup> Diabetestal.nu & 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.

<sup>12</sup> 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.

<sup>13</sup> Et fuldt overblik over undersøgelser, som anbefales gennemført i forbindelse med type 2-diagnose findes i SST anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes, afsnit 3.4: [TITEL \(sst.dk\)](#)

<sup>14</sup> [Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom – Kvalitetsstandarder](#)