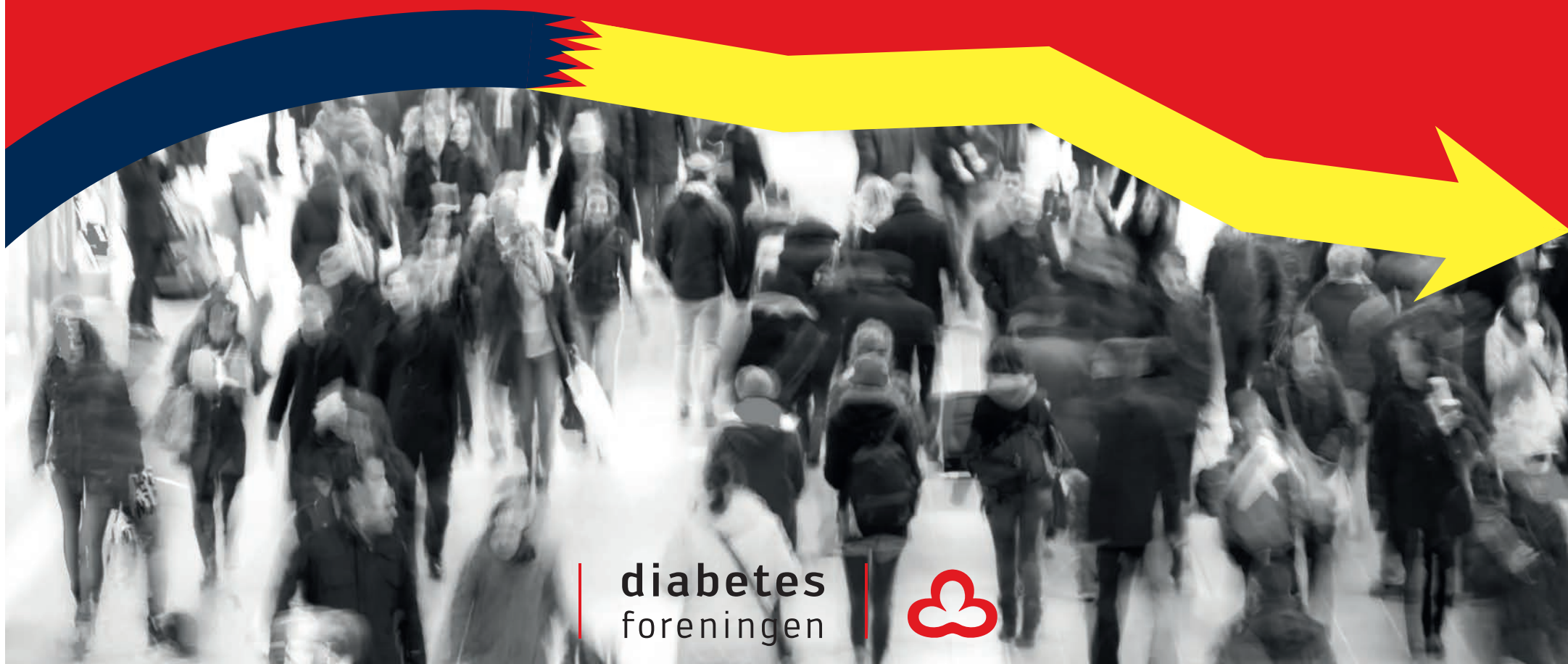


DEN **KRONISKE** KURVE SKAL **KNÆKKES**



diabetes
foreningen





Den **kroniske kurve** skal **knækkes**

I Danmark har vi et unikt princip om fri og lige adgang til sundhed i Danmark. Sundhedsvæsenet er for alle. Kvaliteten af patientbehandlingen er forbedret på en lang række områder, og det går fremad med middellevetiden. Det er stærkt.

Men sundhedsvæsenet, som vi kender det, er under pres – for vi står over for en stille sundhedskatastrofe. Antallet af ældre og danskere med kroniske sygdomme vokser eksplosivt, og de har et legitimt behov for mange tilbud i sundhedsvæsenet. Samtidig mangler der hænder. Læger, sygeplejersker og andet personale i sundhedsvæsenet løber allerede for stærkt, og snart bliver der endnu færre til at behandle endnu flere.

Det er et krydspres, der kan knække selv verdens bedste sundhedsvæsen – og det kræver handling. Både fordi vi skal sikre det bedst mulige liv for det enkelte menneske, men også fordi vi skal undgå unødvendige besøg hos lægen og indlæggelser, så vi skærmer sundhedsvæsen og samfundsøkonomi.

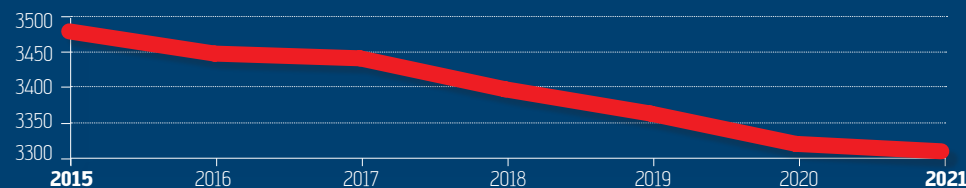
Vi ved, at hvis vi investerer i sundhed, kommer det godt tilbage. Der er evidens for, at investeringer i sundhedsområdet, herunder forebyggelse, kan reducere omkostningerne i sundhedsvæsenet og frigøre kapacitet til at behandle og pleje de patienter, som ikke kan undgå indlæggelse og behandling.

De menneskelige omkostninger

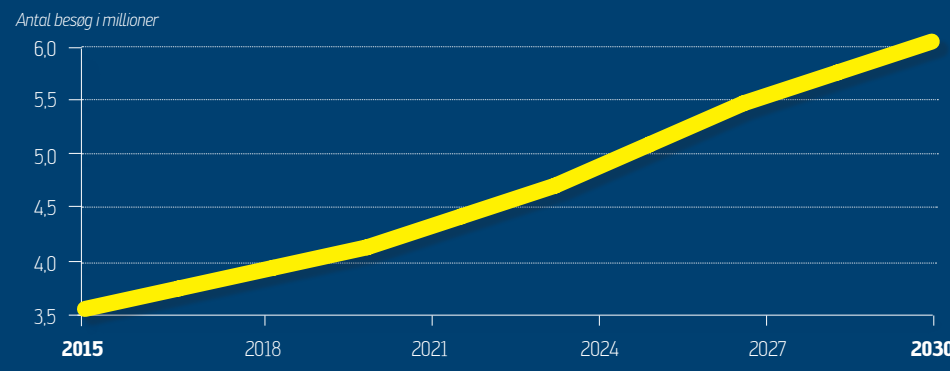
En kronisk sygdom holder aldrig fri, og det kræver meget af den enkelte også psykisk at leve med og håndtere sygdommen, og mange oplever bekymringer for, om de kan blive på arbejdsmarkedet, skam eller udelukkelse fra fællesskaber på grund af deres sygdom. Mennesker med kronisk sygdom oplever desuden:

- Manglende sammenhæng i behandling mellem almen praksis, kommuner og region.
- Manglende forebyggelse og patientuddannelse i at mestre sygdommen.
- Vilkårlighed i geografisk ulighed og behandling i adgang til behandlingsredskaber/hjælpemidler.

Antal alment praktiserende læger 2015-2021



Personer med type 2-diabetes besøg hos alment praktiserende læger 2015-2030



Kilder: Se side 7

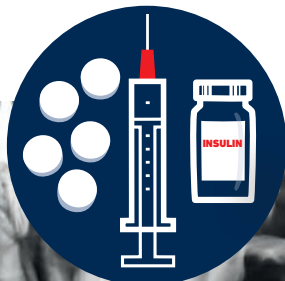
I 2015 havde type 2-patienter **3,5 mio besøg i almen praksis.**

I 2030 anslås det at være **6,1 mio¹⁾ besøg i almen praksis.**

Samtidig er antallet af praktiserende læger faldet fra 3590 i 2015 til 3315 i 2021.²⁾

Kilder: Se side 7

Samtidig ses en stigende og markant social ulighed i, hvem der udvikler kroniske sygdomme, og den behandling, de modtager. Mangelfulde forløb, vilkårlighed og geografisk og social ulighed medfører foruden de menneskelige omkostninger, ekstra udgifter til behandling og pleje i regioner, kommuner og almen praksis, som vi kunne undgå.



Behov for en samlet og ambitiøs indsats for kronisk sygdom

Vi ser ind i så massive udfordringer afledt af kroniske sygdomme, at det er blandt de alvorligste samfundsøkonomiske problemer og truer både Danmarks velfærd og grundlaget for den frie og lige adgang til sundhedsydelse. Vi ser også ind i en virkelighed, hvor flere danskere vil skulle leve med de besværligheder, begrænsninger, smerter osv., som det giver at lide af kronisk sygdom. Vi har derfor behov for at tænke langsigtet, så kronisk sygdom forebygges, opspores og behandles i tide og med høj kvalitet.

På kræftområdet er behandlingen løftet væsentligt, siden kræftpakkerne med målrettede investeringer, klare patientrettigheder og nationale mål er blevet indført. Pakkerne sikrer, at alle kræftpatienter får en bedre og mere lige behandling på tværs af sundhedsvæsenet. Og overlevelsesraterne er forbedret.

Hvis vi skal knække den kroniske kurve – og undgå at den stille sundhedskatastrofe rammer vores sundhedsvæsen – er der brug for en lignende systematisk tilgang og investering i behandling af kronisk sygdom.

McKinsey-analyser viser, at for hver krone, man investerer globalt i sundhed, får man 2-4

I dag er der **1,2 mio. med kroniske sygdomme**, og antallet vokser. Alene antallet af mennesker med diabetes vil næsten fordobles til knap en halv million mennesker frem mod 2030, og antallet af personer med to eller flere kroniske sygdomme forventes at **vokse med 21 procent** i perioden 2014-2024. I 2030 vil der være **omkring 700.000 danskere over 75 år** – en stigning på knap 30 procent sammenlignet med i dag.

Sundhedsudgifterne er **11 gange større** for patienter med tre eller flere kroniske lidelser sammenlignet med en patient uden kronisk sygdom.

Genindlæggelsesraten er **5 og 12 gange større** for patienter med henholdsvis 2 og 3+ kroniske sygdomme sammenlignet med patienter uden kronisk sygdom. Vi taber år på arbejdsmarkedet, for eksempel har kvinder med kort uddannelse og diabetes gennemsnitligt 8 år færre på arbejdsmarkedet sammenlignet med kvinder uden diabetes.

Næsten halvdelen af personer med multisygdom i den arbejdsdygtige alder står varigt uden for arbejdsmarkedet.

Kilder: Se side 7

kroner tilbage i en 20-årig horisont. Vi skal tænke nye investeringsmodeller, så man kan indregne de positive effekter af sundhedsinvesteringerne.

Lykkes det, er potentialet bedre sundhed og livskvalitet, mere lighed i sundhed, øget arbejdsudbud og bedre samfundsøkonomi – og en chance for, at Danmark kan blive et foregangsland på effektiv forebyggelse og behandling af kroniske sygdomme.

Kronikerplan

Diabetesforeningen foreslår, at en kronikerplan søsættes med tre ambitiøse mål for, hvor vi skal være om 10 år – i 2032:

- Andelen af danskere, som har kronisk sygdom, skal falde
- Danskere med kronisk sygdom skal have flere gode leveår efter deres diagnose end i dag
- Færre danskere med kronisk sygdom skal falde ud af arbejdsmarkedet.

Kronikerplanen skal sikre en bedre indsats for opsporing og forebyggelse af personer i høj risiko for at udvikle kronisk sygdom, mere systematisk behandling med faste standarder og mål, bedre og mindre vilkårlig brug af teknologi og udnyttelse af sundhedsvæsenets nye strukturer til at sikre bedre sammenhæng i indsatsen for borgerne.



Ca. 400.000 danskere har den kroniske lungesygdom KOL, men kun ca. halvdelen er diagnosticeret.

76.000 danskere går rundt med uopdaget type 2-diabetes.

35 procent af alle med type 2-diabetes har nået at udvikle følgesygdomme som hjerte-kar-, nyre- og øjensygdomme, før deres diabetes opdages – og alene det første år med diagnosen koster behandlingen af følgesygdomme 850 mio. kr.

Kilder: Se side 7

En kronikerplan skal indeholde fire elementer:

1. Tidlig opsporing

Tidlig opsporing af kronisk sygdom giver mulighed for at igangsætte behandling tidligere, hvilket forebygger progression af sygdom, udvikling af følgesygdomme og øger livskvaliteten. Det har betydning for midlertidigheden, for tilknytning til arbejdsmarkedet og for antallet af kontakter med sundhedsvæsenet. Tidlig opsporing kan derfor forebygge omkostninger til behandling i sundhedsvæsenet.

Vi foreslår, at tidlig opsporing styrkes i to spor:

1) Kommunerne skal i sundhedslovens § 119 forpligtes til at foretage systematisk opsporing for de væsentligste kroniske sygdomme i højriskogrupper ud fra fælles nationale standarder for tidlig opsporing og diagnosticering. De fælles nationale standarder udarbejdes af Sundhedsstyrelsen og skal blandt andet sikre ensartet kvalitet og at opsporing, diagnosticering og tidlig indsats bygger på evidens – uanset hvor i landet man bor.

2) Sundhedsstyrelsen skal i samarbejde med det Rådgivende Udvalg for Nationale Screeningsprogrammer vurdere og beskrive muligheden for at gennemføre en befolkningsrettet screening for de væsentligste kroniske sygdomme. For diabetes foreslår vi eksempelvis, at der indføres screening på langtidsblodsukker hos alle, når de fylder 50 år.

2. Patientrettigheder og pakkeforløb

Der skal indføres et samlet og tilrettelagt pakkeforløb med behandlingsmål for de væsentlige kroniske sygdomme i Danmark, så mennesker med kronisk sygdom ikke tabes mellem sektorer.

En ny paragraf i sundhedsloven skal give borgere med de væsentligste kroniske sygdomme, ensartede rettigheder i forhold til at få tilbudt det pakkeforløb, som hører til deres diagnose. Pakkeforløbet skal indeholde tidsfrister, der sikrer borgerne rettigheder til patientuddannelse (forebyggende indsatser), faste kontroller og en digital forløbsplan.

Pakkeforløbet skal bygge på nationale kvalitetsstandarder med krav til:

- Patientuddannelse, inklusive sygdomsmestring, ernæringsindsats og fysisk træning samt brobygning til relevante tilbud efter patientuddannelse.
- Behandling med rette lægemidler, på baggrund af fastsættelse af individuelle behandlingsmål som for eksempel forbedring af kolesteroltal, blodtryk, langtidsblodsukker eller andre relevante mål.
- Design af individuelle patientforløb med fokus på socioøkonomisk status, komorbiditeter og komplikationer samt opfølgning på undersøgelser og behandling og opfølgning på kommunale indsatser. For at sikre større lighed i sundhed, skal der i forbindelse med diagnosticering af kronisk sygdom foretages en screening af borgerens risiko for at falde ud



af et standard pakkeforløb. Hvis risikoen er høj, skal borgeren tildeles et særligt pakkeforløb, som er baseret på viden og evidens om at styrke udsatte gruppers brug af sundhedsvæsenet og forbedre livskvalitet.

■ Organisering, arbejdsdeling og samarbejde mellem aktørerne i pakkeforløbet.

3. Investeringer i lige adgang til teknologi og obligatorisk deling af data

Der skal opstilles et nationalt mål, for at regioner og kommuner skal anvende en vis andel af deres budget på nye investeringer i sundhedsteknologier, som kan gøre mennesker med kronisk sygdom i stand til at fastholde et godt og aktivt liv, en plads på arbejdsmarkedet samt nedsætte deres behov for besøg hos egen læge, sygehuse og kommunale tilbud. Investeringer i teknologi skal bidrage til at løse manglen på arbejdskraft i sundhedsvæsenet.

Samtidig skal adgangen til ny sundhedsteknologi og hjælpemidler gøres transparent og gnidningsfri – til gavn for både den enkelte og for samfundet.

Der skal stilles krav til brug af data- og vidensdeling på tværs af sektorer, og det skal gøres let og tilgængeligt for både borgere og behandlere. Det gælder for eksempel patienternes digitale forløbsplaner, hvor deling bør være et krav, hvis borgeren giver accept.

4. Et kronikerløft – ny investeringsramme

Hvis vi vil forløse målene om, at andelen af danskere, som har kronisk sygdom, skal falde, sikre øget livskvalitet og sikre at færre med kronisk sygdom falder ud af arbejdsmarkedet, skal vi investere.

Vi foreslår, at der på finansloven afsættes en investeringsramme til at reducere antallet af kontakter med sundhedsvæsenet for personer med kronisk sygdom. Regioner og kommuner kan – i regi af sundhedsklyngerne – opnå medfinansiering fra rammen til at foretage sundhedsinvesteringer. Til gengæld skal en del af den afledte besparelse på sigt re-investeres i nye sundhedsindsatser, som kan sætte ind i forhold til at løfte danskere med kroniske sygdomme. Eksempelvis vil en sundhedsklynge kunne få adgang til midler, der kan medfinansiere en investering på 15 mio. kr. i mere effektiv patientrettet forebyggelse, som nedbringer diabetespatienters langtidsblodsukker og forbedrer livskvalitet. Dermed forebygges følgesygdomme, tilknytningen til arbejdsmarkedet fastholdes, og der opnås en bespa-



relse på behandlingen af følgesygdomme på eksempelvis 20 mio. kr., hvoraf en del tilfalder klyngen, og en del går tilbage i investeringsrammen og re-investeres i nye indsatser, der forfølger rammens mål.

Medfinansieringen fra investeringsrammen kan for eksempel gå til at styrke effekten af patientrettet forebyggelse, som sikrer en besparelse i behandling for målgruppen på sigt, mens rammen ikke dækker kommuners og regioners eksisterende drift og omkostninger til eksempelvis medicin, behandlingsredskaber, hjælpemidler og teknologi.

Investeringsrammen vil give de sundhedsklynger, der forpligter sig på resultater og bidrager til de overordnede mål om, at andelen af danskere med kronisk sygdom skal falde, at livskvaliteten skal øges, og færre skal falde ud af arbejdsmarkedet, mulighed for at få del i investeringsmidler og adgang til besparelser, som ikke kræver traditionelle nedskæringer. Samtidig vil sundhedsinvesteringer af denne type bidrage til at løse arbejdskraftudfordringen ved at nedbringe kroniske patienters behov for kontakt med sundhedsvæsenet.

Vi foreslår, at man afdækker behovet for investeringer og afprøver investeringsrammen i én region til en begyndelse for at opnå erfaringer til at brede ud nationalt. Vi foreslår, at der afsættes 100 mio. kroner til investeringsrammen i forsøgsperioden til en region.

Diabetesforeningens forslag til **DIABETES-PAKKEFORLØB**



Et diabetes-pakkeforløb er et samlet tilrettelagt forløb bestående af opstart af digital forløbsplan, uddannelse i sygdomsmestring, screening for følgesygdomme, behandling og opfølgning. Formålet med pakkeforløbet er at øge og sikre kvaliteten af sygdomsmestring, bedre regulering af blodsukkeret og forsinke/forhindre udvikling af følgesygdomme og dermed større livskvalitet. Forslaget er som udgangspunkt baseret på Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes.

1

ALMEN PRAKSIS

Diabetes påvist

- Almen praksis opstarter digital forløbsplan sammen med den nydiagnosticerede borger og formidler viden om diabetes og oplærer i måling af blodsukker.
- Vurdering af komplikationer, hjerte-kar og anden komorbiditet.
- Almen praksis henviser til kommunalt tilbud i sygdomsuddannelse, vejledning i kost og motion samt henviser til fodundersøgelse og øjenundersøgelse.

2

KOMMUNAL

Uddannelse i sygdomsmestring og rehabilitering

- Borgeren skal inden for den første måned modtage tid til uddannelse i sygdomsmestring, som indebærer viden, handlemuligheder og praktiske færdigheder til livet med diabetes. Herunder forståelse af blodsukkerregulering. Hertil kommer vejledning eller forløb om kost med klinisk diætist og vejlednings- eller motionsforløb af ti ugers varighed samt rygeafvænnning.

3

Opfølgning

- Skal ske inden for de første 3-12 måneder efter uddannelse i sygdomsmestring samt kostvejlednings- og motionsforløb og eventuelt rygestop. Der skal følges op for at vurdere sygdomsmestring, og om der er opnået varige forandringer. Det kan med fordel etableres som netværk/grupper.

4

ALMEN PRAKSIS, NÆRHOSPITAL, STENOCENTRE

Årskontrol

- Individualiseret på baggrund af den enkelte borgers behandlingsmål, efterlevelse heraf samt livssituation/ressourcer.
- Øjenundersøgelser, måling af blodtryk samt øvrige undersøgelser bør også foretages med afsæt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger.
- Ved progression af sygdom og eventuelle problemer med blodtryk, kan der overvejes henvisning til diabetesambulatorium.

NOTER

- 1) Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet: Sygdomsudviklingen i Danmark fremskrevet til 2030. KOL og type 2-diabetes. Udarbejdet for Sundheds- og Ældreministeriet (2017)
- 2) Praktiserende Lægers Organisation & Sundhed: https://www.laeger.dk/sites/default/files/plo_faktaark_2021_september_2021.pdf
- 3) Antallet af følgesygdomme hænger sammen med uddannelsesbaggrund: Jakob Kjellberg, Christian K. Tikkanen, Malene Bagger & Peter Gæde, Short-term societal economic burden of first incident type 2 diabetes-related complications – a nationwide cohort study
- 4) https://www.mckinsey.com/~media/mckinsey/industries/public%20and%20social%20sector/our%20insights/prioritizing%20health%20a%20prescription%20for%20prosperity/mgi_prioritizing%20health_report_july%202020.pdf
- 5) <https://danskelove.dk/sundhedsloven/119>

KILDER til graf og faktabokse

Side 2: (graf) Tal om udvikling i antal alment praktiserende læger fra Praktiserende Lægers Organisation (Faktark 2021). Grafen der viser den forventede stigning i besøg hos almen praksis er modelleret med udgangspunkt i tal fra Statens institut fra Folkesundhed (Sygdomsudviklingen i Danmark fremskrevet til 2030. KOL og type 2-diabetes 2017).

Side 3: **"1 dag er der 1,2 mio. med kroniske sygdomme, og antallet vokser"**
Sundhedsdatastyrelsen opgør forekomsten af kronisk sygdom i Register over Udvalgte Kroniske Sygdomme (RUKS)

Side 3: **"Sundhedsudgifterne er 11 gange større for patienter med tre eller flere kroniske lidelser sammenlignet med en patient uden kronisk sygdom"**
Sundhedsdatastyrelsen (2015)

Side 3: **"Genindlæggelsesraten er 5 og 12 gange større for patienter med henholdsvis 2 og 3+ kroniske sygdomme sammenlignet med patienter uden kronisk sygdom"**
Fem megatrends der udfordrer fremtiden sundhedsvæsen, Jakob Kjellberg og Betina Højgaard, VIVE 2017, Fem megatrends der udfordrer fremtidens sundhedsvæsen – VIVE

Side 3: **"Vi taber år på arbejdsmarkedet. F.eks. har kvinder med kort uddannelse og diabetes gennemsnitligt otte år færre på arbejdsmarkedet sammenlignet med kvinder uden diabetes"**
Working life expectancies among individuals with type 1 and type 2 diabetes over a 30-year period, artikel af Nexø et.al, Scand J Work Environ Health. 2021

Side 3: **"Næsten halvdelen af personer med multisygdom i den arbejdsdygtige alder står varigt uden for arbejdsmarkedet, hvor særligt førtidspension er en hyppig forsørgelseskilde"**
Sundhedsdatastyrelsen 2015: Få borgere med multisygdom på arbejdsmarkedet. <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/~media/sds/filer/find-tal-og-analyser/sygdom-me-og-behandlinger/kronisk-sygdom/borgere-multisygdom--arbejdsmarkedet-2014.pdf>

Side 4: **"76.000 danskere går rundt med uopdaget type 2-diabetes"**
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

Side 4: **Ca. 400.000 danskere har den kroniske lungesygdom KOL, men kun ca. halvdelen er diagnosticeret.**

Antallet af mennesker med KOL i behandling udgør 192.000 i RUKS (Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme under Sundhedsdatastyrelsen), mens det reelle antal mennesker med KOL, inklusiv dem der ikke ved at de har sygdommen, vurderes at være 400.000 i DrKOL-registeret (Dansk Register for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom – DrKOL, årsrapport 2020). <https://www.lunge.dk/sites/default/files/Danmark%20har%20kedelig%20EU-rekord%20i%20KOL-d%C3%B8dsfald%20%E2%80%93%20og%20har%20haft%20det%20i%20mange%20C3%A5r.pdf>

Side 4: **"35 procent af alle med type 2-diabetes har nået at udvikle følgesygdomme som hjerte-kar-, nyre- og øjenssygdomme, før deres diabetes opdages"**

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

Side 4: **"– og alene det første år med diagnosen koster behandlingen af følgesygdomme 800 mio. kr. (kilde: Kjellberg et al.)"**

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

"Alene antallet af mennesker med diabetes vil næsten fordobles til knap en halv million mennesker frem mod 2030"

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

"I 2030 vil der være omkring 700.000 danskere over 75 år – en stigning på knap 30 procent sammenlignet med i dag"

<https://www.regeringen.dk/media/11148/goer-danmark-sundere.pdf>

"– og antallet af personer med to eller flere kroniske sygdomme forventes at vokse med 21 pct. i perioden 2014–2024"

<https://www.vive.dk/media/pure/8760/2038344>

diabetes
foreningen



diabetes.dk

