

KRONISK

ET SUNDERE  
**DANMARK**

FORSLAG TIL  
**FREMTIDENS  
SUNDHEDSVÆSEN**



# KRONISK ET SUNDERE

**Kurven peger desværre kun én vej:** Vi bliver flere ældre i Danmark og selvom det umiddelbart kan virke som en sejr, at danskerne lever længere, er der en alvorlig bagside af medaljen: Flere danskere udvikler kronisk sygdom.

● Siden 2009 er antallet med kronisk sygdom vokset med 20 procent, mens antallet med multisygdom er fordoblet. Alene diabetes rammer i dag mindst 360.000 danskere, og især udviklingen i type 2-diabetes tager fart. På bare ti år er antallet vokset med 40 procent. Og i 2030 skønnes det, at 467.000 danskere lever med diabetes.

Kronisk sygdom kommer med en høj pris både for samfundet og det enkelte menneske. Kronisk sygdom forkorter livet og forringer livskvaliteten. Kronisk sygdom giver også flere lægebesøg, flere indlæggelser og flere sygedage væk fra arbejde. Det lægger et massivt pres på sundhedsvæsenet, som skal håndtere mange flere komplekse behandlingsforløb.

Det må og skal vi ændre på. Diabetesforeningen har en klar ambition: Vi vil knække den kroniske kurve.

Mennesker med kronisk sygdom skal ikke bare leve længere, men også bedre og med færre kontakter til sundhedsvæsenet.

Vi har kort og godt en ambition om at sikre Et Kronisk Sundere Danmark.

## **Sæt i gang!**

Fremtidens sundhedsvæsen skal designes med afsæt i Sundhedsstrukturkommissionen, som blev søsat i regeringsgrundlaget med tre pejlemærker: Patienten i centrum. Mindre ulighed. Større sammenhæng.

De pejlemærker deler vi – ligesom vi deler ambitionen om at ville sikre et bæredygtigt sundhedsvæsen. Og vi ser meget positivt på en gentænkning af strukturen for sundhedsvæsenet, som kan indfri ambitionerne. Men uanset hvordan strukturerne i sundhedsvæsenet bliver, så vil der for den enkelte patient stadig være overgange mellem ikke blot sektorerne, men også mellem behandlere og tilbud inden for den samme sektor. I fremtidens sundhedsvæsen SKAL det være systemets og behandlernes ansvar at sikre, at ingen bliver tabt i overgangene. Det skal ikke være patienternes problem.

Alt for længe har der været efterlyst større sammenhæng for patienter – og alt for længe har der været udfordringer med geografisk ulighed både i behandling ved tildeling af ny teknologi – og alt for længe har vi som land ladet stå til og ladet den kroniske kurve stige.

Derfor siger vi: Brug den kommende sundhedsstrukturreform til at sætte punktum for diskussionerne om snitflader og sammenhæng for de mange med kronisk sygdom. Sæt ind med konkrete og patientnære løsninger,

# DANMARK

der tager fat på de virkelige problemer med mangel på sammenhæng og geografisk ulighed.

Vi skal sikre, at patienter i højere grad inddrages i beslutninger om deres egen behandling, så behandlingsforløbene er tilpasset individuelle behov. Ved at tilbyde mere differentierede behandlingsforløb og blive bedre til at implementere sundhedsteknologi kan vi optimere udnyttelsen af de begrænsede ressourcer.

En økonomisk beregning fra Kraka Economics<sup>1)</sup> viser, at en investering i kronisk sundhed kan betale sig for samfundet. Eksempelvis kan et målrettet nationalt screeningsprogram for type 2-diabetes give et afkast på 28 procent, dvs. at for hver krone, vi investerer i screeningsprogrammet sparer vi som samfund 1,28 kroner pga. lavere udgifter til behandling og mindre sygefravær. Og de økonomiske gevinster ved bedre og mere systematisk behandling er endnu større. Indførelsen af grundpakkeforløb for mennesker med type 2-diabetes kan medføre en årlig gevinst på sundhedsbudgetterne på 45 mio. kr., fordi færre vil udvikle alvorlige følgesygdomme. Dertil kommer potentielle samfundsmæssige gevinster i kraft af færre sygedage på 86 mio. kr.

Der er med andre ord en stor økonomisk gevinst i konkrete og patientnære indsatser, der sikrer tidlig opsporing, sammenhængende forløb og mindre geografisk ulighed.

## **Diabetesforeningen har tre forslag, som kan sikre ET KRONISK SUNDERE DANMARK:**

- Find det, før det fylder: Tidlig opsporing / national screening
- Invester i sammenhæng og kvalitet uanset post- eller ydernummer:  
Grundpakkeforløb og ret til en personlig behovsstyret behandlingsplan
- Teknologi til tiden: Lige adgang til teknologi, der giver bedre sygdomsmestring.

### **Claus Richter**

Administrerende direktør,  
Diabetesforeningen



# FORESLÅR



- **Et nationalt screeningsprogram for type 2-diabetes**, som systematisk opsporer personer med uopdaget type 2-diabetes ved at tilbyde løbende screening – med hjemmekits til måling af langtidsblodsukker – i femårs-intervaller til borgere mellem 50 og 70 år, som ikke er blevet testet for type 2-diabetes de seneste to år.

➔ **Læs baggrund og argumenter for forslaget** side 6-7



- **Forpligtende grundpakkeforløb for store kroniske sygdomme**, som kan sikre ensartet kvalitet og sammenhæng i forløb forankret i det nære sundhedsvæsen – herunder også en national guideline for behovsstyret behandling, som sikrer, at ressourcerne bruges effektivt, og kvaliteten følger med, når behandlingen differentieres.
- **En patientrettighed til grundpakkeforløb og en behovsstyret behandlingsplan** i sundhedsloven, for de store kroniske sygdomme. Patientrettigheden skal drive den ønskede omstilling af aktivitet fra sygehusene til det nære sundhedsvæsen.
- **Nationale kvalitetsplaner for de store kroniske sygdomme**, der beskriver mål, faglige standarder og ansvarsfordeling samt forpligtende krav til almen praksis og øvrige behandlere og indsatser, som indgår i et grundpakkeforløb for sygdommen.
- **Almen praksis skal frigøres til tovholderopgaven på kronisk sygdom.** Med grundpakker får almen praksis en afgørende rolle som tovholder i patientens forløb. Derfor skal andre opgaver flyttes. Det kan eksempelvis være henvisning til fysioterapi, sundhedsattester, rutinemæssige børneundersøgelser, graviditetsundersøgelser, rygundersøgelser eller trivselssamtaler, der med fordel kan tilses af andre sundhedsfaglige grupper. Dette kan frigøre tid til de med kronisk sygdom, som har størst behov for støtte og for hjælp til at navigere gennem sundhedsvæsenet.

- **Økonomiske incitament, der understøtter, at sammenhæng er en opgave for sundhedsvæsenet og ikke patienten.** Tildeling af økonomi til sundhedsvæsenet skal gøres afhængig af, om man indfrier mål for sammenhæng og kvalitet. De økonomiske gevinster ved indførelse af grundpakkeforløb skal bruges som motor for omstillingen og skabe nye økonomiske incitament til sammenhæng, når der forhandles økonomiaftaler.
- **Afsæt de nødvendige midler til grundpakker og kvalitetsplan for type 2-diabetes** under det varige løft af sundhedsvæsenet på ekstra 5 mia. kr. årligt, som regeringen har afsat. Det kan udmøntes i en ny aftale om sundhedspakker eller i finansloven, som det har været kutyme med kræftplanerne.
- **Steno Diabetescentrene skal have et ensartet og formaliseret ansvar** samt beføjelser til at sikre udvikling og høj kvalitet i diabetesbehandlingen på tværs af enheder og sektorer.

➔ **Læs baggrund og argumenter for forslaget** side 8-17



● **Der skal gøres op med postnummer-lotteriet på teknologi**

ved at afskaffe afgrænsningscirkulæret, og erstatte det med et tydeligt defineret myndigheds- og finansierungsansvar for tildeling af behandlingsredskaber og hjælpemidler.

● **Der skal indføres nationale mål for implementeringen af teknologi i stor skala,**

der sikrer, at sundhedsvæsenet ikke alene stræber mod nye teknologier, men også får velafprøvede teknologier bredt fuldt ud og får forløst teknologiens potentiale. Herunder bør ny teknologi tildeles ensartet og ikke i forskellige tempi afhængigt af regioners og kommuners politiske beslutninger.

● **Udbredelsen af automatiske insulinpumpesystemer (AID) til personer med type 1-diabetes skal implementeres ens**

på tværs af regioner og sygehuse med henblik på at gøre patienterne mere selvhjulpne og løfte kvaliteten af behandlingen gennem en national retningslinje for tildeling.

● **Giv en nationalt funderet myndighed ansvar for hurtig og løbende vurdering af ny sundhedsteknologi.**

Det skal sikre en fortsættelse af Behandlingsrådets arbejde og ensartet og national udbredelse af sundhedsteknologi.

● Alle med type 2-diabetes, der tager insulin flere gange dagligt, skal have **permanent adgang til sensorbaserede glukosemålere.**

● **Lovgivningen for blodsukkermåling for type 2-diabetes skal gøres tidssvarende.**

Alle med type 2-diabetes skal have adgang til teknologier til struktureret blodsukkermåling. Adgangen til til fingerprikker og teststrimler skal afbureaukratiseres, så der sikres fri adgang til teknologien for de med diabetes, som ønsker at benytte sig af teknologien, i det omfang som de har behov for.

● **Der skal gives adgang til periodisk sensorbaseret glukosemåling**

for mennesker med type 2-diabetes i diætbehandling, i behandling med anti-diabetisk medicin (ikke insulin) eller i behandling med basalinsulin. Adgangen skal omfatte op til 3 perioder med sensor det første år efter diagnostidspunkt og 1 periode med sensor årligt derefter. En sensors levetid er ca. 2 uger.

➔ **Læs baggrund og argumenter for forslaget side 18-22**

# FIND DET, FØR

## TIDLIG OPSPORING

I Danmark går estimeret 100.000 danskere rundt med uopdaget type 2-diabetes, og yderligere 480.000 har prædiabetes. Det skyldes blandt andet, at type 2-diabetes typisk først giver mærkbare symptomer, når sygdommen er langt fremskredet og har forårsaget irreversible skader.

● En tredjedel af alle med type 2-diabetes opdager først sygdommen, når de allerede har en følgesygdom som hjerte-, nyre-, nerve- eller en øjensygdom, og 47 procent af mennesker med type 2-diabetes lever med mindst én følgesygdom<sup>2)</sup>. Alene behandlingen af disse følgesygdomme koster omtrent 850 mio. kr. det første år man har det, og i værste fald kan nervesygdomme føre til tidlig død eller amputationer.

I 2023 oplevede 600 danskere deres første amputation som følge af deres diabetes.

Der er ulighed i både forekomst og behandling på tværs af landet, og uligheden understreger behovet for en ensartet og national screening, så type 2-diabetes opdages i tide, uanset hvor i landet man bor.

### Tidligere opsporing gavner både den enkelte og samfundsøkonomien

Kronisk sygdom som type 2-diabetes opdages alt for tilfældigt og alt for sent – og der er gevinster ved at sætte ind tidligere.

En undersøgelse blandt Diabetesforeningens medlemmer viser, at 45 procent med type 2-diabetes opdagede deres diabetes ved en tilfældighed. Kun 9 procent blev testet for type 2-diabetes, fordi lægen foreslog det.

Det skal vi gøre noget ved. Med en systematisk og målrettet screening kan vi finde type 2-diabetes tidligere og dermed bremse udviklingen af alvorlige følgesygdomme.

Omkostninger ved et målrettet nationalt screeningsprogram for personer i alderen 50 til 70 år, der ikke er blevet screenet for diabetes inden for de sidste to år, vil ifølge beregninger fra Kraka Economics være 7-13 mio. kr. årligt alt afhængigt af screeningsfrekvensen.

De samfundsøkonomiske gevinster vil til gengæld være 9-16 mio. kr. pr. år. Heraf vil 2-4 mio. kr. være sparede sundhedsmkostninger, fordi en række følgesygdomme ikke får lov til at udvikle sig.

Det svarer til et afkast på 28%, hvilket betyder, at for hver krone, vi investerer i screeningsprogrammet, sparer vi som samfund 1,28 kroner i behandlingsomkostninger og tabt arbejdskraft blandt personer med type 2-diabetes. Desuden vil den afledte meraktivitet af et screeningsprogram primært kræve arbejdskraft i laboratoriefunktioner. Dermed vil et screeningsprogram også bidrage til at løse arbejdskraftudfordringen i sundhedsvæsenet, idet opgaver i højere grad løses af en bred gruppe af faglærte.

Et målrettet nationalt screeningsprogram er altså både omkostningseffektivt, samfundsøkonomisk fordelagtigt og kan være med til at løse sundhedsvæsenets arbejdskraftudfordringer.

### Årlige omkostninger og gevinster ved et målrettet screeningsprogram for type 2-diabetes

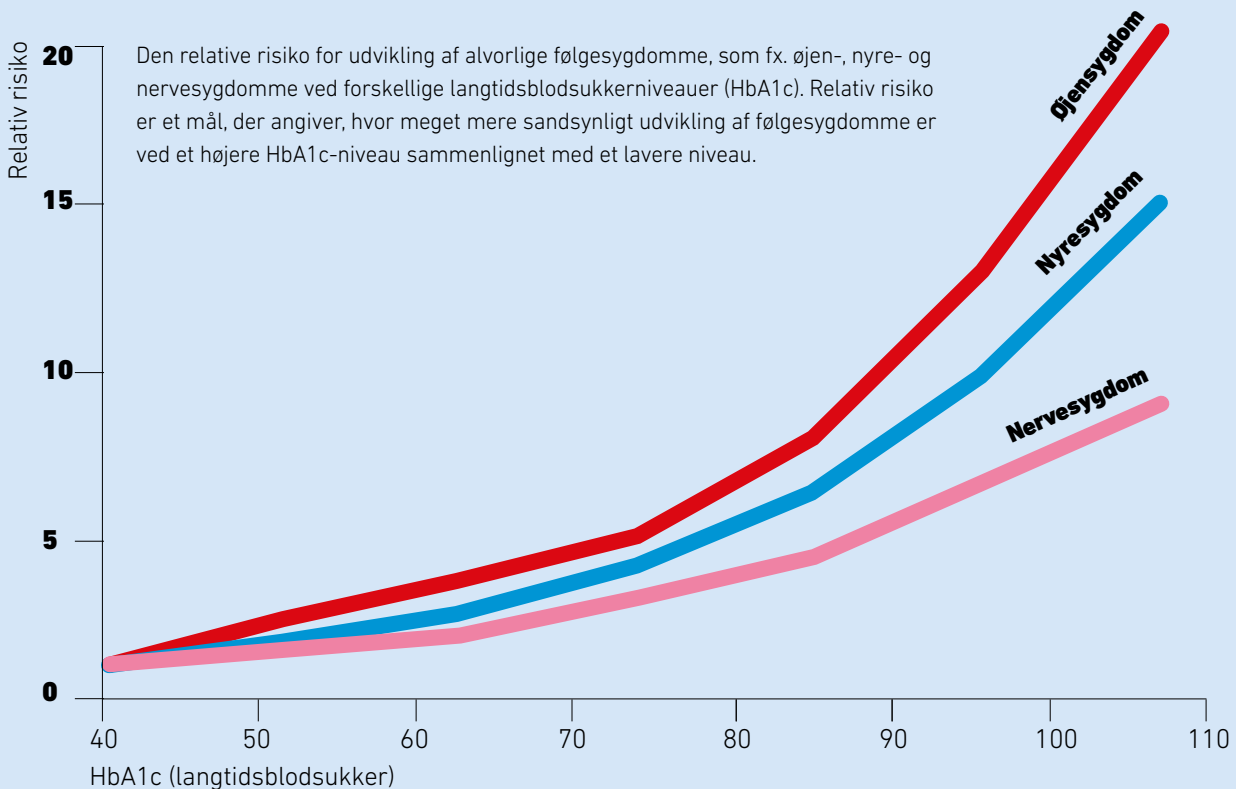
	Mio. kr. (2023-priser)
Gvinster, heraf kun sparede sundhedsudgifter	2 – 4
Omkostninger til screeningsprogram	7 – 13
<b>Netto budgetøkonomisk effekt</b>	<b>(-5) – (-9)</b>
Samfundsøkonomiske gevinster	9 – 16
Omkostninger til screeningsprogram	7 – 13
<b>Netto samfundsøkonomisk effekt*</b>	<b>2 – 4</b>

Kilde: Kraka Economics beregning på baggrund af Lindvig et al (2021), Region Syddanmark, Honorartabel – overenskomst for almen praksis, oktober 2023, Beregner for Investeringer i Sundhed (BIS 2.0), Diabetesforeningen, Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, DiaBase, Dansk Oftalmologisk Selskab.

Anm.: \* Som følge af afrundinger kan summen af tallene i tabellen afvige fra totalen.

# DET FYLDER

## Sammenhæng mellem risikoen for følgesygdomme og langtidsblodsukker



Kronisk sygdom er ikke 'bare' kronisk: Type 2-diabetes er en progressiv sygdom. Den udvikler sig og forværres, hvis den ikke behandles rigtigt. Og jo tidligere man sætter ind, jo større er sandsynligheden for, at man kan forebygge og undgå følgesygdomme – og dermed markant forbedre livet med type 2-diabetes og skærme mod indlæggelser og mange kontakter med sundhedsvæsenet.<sup>3/4)</sup>

### Geografisk ulighed i type 2-diabetes

● Den geografiske ulighed i antallet med type 2-diabetes er markant. I Gentofte Kommune har kun 4,2 procent type 2-diabetes, mens det gælder for 10,6 procent i Lolland Kommune, som dermed ligger langt over landsgennemsnittet på 6,8 procent.



DIABETESFORENINGEN

## FORESLÅR

● **Et nationalt screeningsprogram for type 2-diabetes**, som systematisk opsporer personer med uopdaget type 2-diabetes ved at tilbyde løbende screening – med hjemmekits til måling af langtidsblodsukker – i femårs-intervaller til borgere mellem 50 og 70 år, som ikke er blevet testet for type 2-diabetes de seneste to år.

# SAMMENHÆNG

OG KVALITET MED  
GRUNDPAKKEFORLØB.

**UANSET POSTNUMMER  
ELLER YDERNUMMER**

I dag oplever mennesker med kronisk sygdom, at der er meget stor forskel på behandlingen, alt efter hvor i landet de bor. Alt for ofte er det postnummer og lægedækning, der afgør, om man har udsigt til et godt liv med god behandling af fx. type 2-diabetes.

● Ligeledes bliver mennesker med kronisk sygdom tabt mellem behandlere og i overgange mellem læge, kommune og sygehus.

Kun 25 procent af mennesker med type 2-diabetes oplever, at andre behandlere er blevet informeret om deres sygdomssituation fra deres faste behandler, som typisk er almen praksis<sup>5)</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 forringet liv for den enkelte med kronisk sygdom og et unødvendigt stort pres på det samlede sundhedsvæsen. Begge dele kan afbødes ved at løfte kvaliteten med en systematisk indsats tidligt i et forløb med kronisk sygdom.

Udfordringerne for de 1,2 mio. danskere med kronisk sygdom kan ikke løses med nye strukturer alene. Uanset, hvordan man trækker grænserne i det nye sundhedslandskab, vil kroniske patienter med livslange forløb krydse grænserne mellem forskellige behandlere, myndigheder og sundhedstilbud. Derfor kræver ambitionen om bedre sammenhæng - udover strukturændringer - også, at der indføres forpligtende kvalitetskrav til forløb på de store kroniske sygdomme.

Nye strukturer skal suppleres af patientnære og konkrete løsninger, som både skaber mærkbare og målbare forbedringer for patienterne og driver udviklingen af et mere sammenhængende sundhedsvæsen med mindre geografisk ulighed.

Sundhedsstrukturkommissionen har anbefalet, at der udarbejdes en national sundhedsplan, der skal sikre en bedre balance mellem det nære sundhedsvæsen og sygehusdelen og nedbringe uligheden i sundhed.

Diabetesforeningen foreslår, at planen tænkes sammen med konkrete forslag om bl.a. grundpakkeforløb og patientrettigheder, der også kan bidrage til at understøtte målsætningerne i en national sundhedsplan.



# AÆNG

37%

med diabetes oplever god sammenhæng mellem sektorer<sup>7)</sup>.

Kun  
23%

får et kommunalt forebyggende tilbud<sup>8)</sup>.

96%

af dem, der oplever god sammenhæng, er tilfredse med deres behandling<sup>9)</sup>.

17%

svarer at deres læge har udarbejdet en forløbsplan<sup>10)</sup>.

Kun  
15%

oplever, at deres læge følger op på forløb i kommunen<sup>11)</sup>.

## Forslag til grundpakkeforløb for type 2-diabetes



### IGANGSÆTTELSE AF GRUNDPAKKE

- Efter diagnose følger patientens forløb grundpakken systematik.
- Almen praksis afholder opstarts-samtale og er tovholder og sikrer sammenhæng ml. grundpakken forskellige dele og behandlere.
- Der gælder fagligt fastsatte tidsfrister.



### OPSTART AF BEHANDLING

- Almen praksis skal:**
- Tjekke for følgesygdomme og evt. henvise til andre behandlere.
  - Oprette digital forløbsplan
  - Vurdere og evt. udskrive medicin samt vejlede patienten.



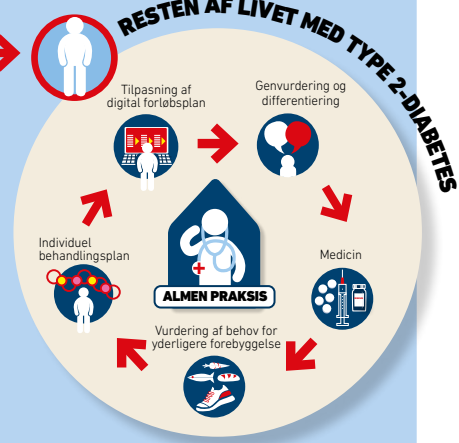
### SAMMENHÆNG FOR MENNESKER MED DIABETES

- Almen praksis skal:**
- Samarbejde fast med kommune om patientuddannelse.
  - Henvise til og følge op på undersøgelser hos andre behandlere og patientuddannelse i kommunen.



### BEHOVSTYRET BEHANDLINGSPLAN

- Almen praksis skal:**
- Lægge en behovstyrede behandlingsplan i dialog med patienten.



Grundpakkeforløb for de store kroniske sygdomme skal bestå af kliniske og rehabiliterende indsatser, som i vid udstrækning allerede tilbydes i sundhedsvæsenet i dag, men som lige nu ikke hænger sammen. De skal bindes sammen til et samlet forpligtende forløb for patienten for at øge kvalitet, effekt, sygdomsmestring, egenmonitorering og patienttilfredshed<sup>6)</sup>.

### Forpligtende krav til det nære sundhedsvæsen

Målet med grundpakkeforløb er, at behandlingen af fx. type 2-diabetes ikke skal afhænge af post- eller

## Samlede årlige økonomiske konsekvenser af grundpakkeforløb for type 2-diabetes.

Indførelsen af grundpakkeforløbet for nydiagnosticerede med type 2-diabetes vil kunne give en budgetøkonomisk gevinst på ca. 45 mio. kr. årligt. Dertil kommer der årligt ca. 86 mio. kr. i yderligere samfundsøkonomiske gevinster som følge af mindre sygefravær, og dermed undgået tab af lønindkomst. I alt er de årlige samlede samfundsøkonomiske gevinster ca. 132 mio. kr. (2023-priser).

SAMLET SUNDHEDSGEVINST PR. ÅR.

# 132 mio.kr.

## 86

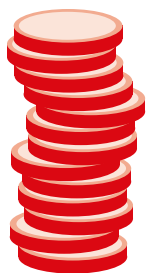
mio. kr.

**ÅRLIGT PLUS**  
PÅ BORGERNES KONTI

**INVESTERING**  
**I GRUNDPAKKEFORLØB**  
**FOR TYPE 2-DIABETES**  
HVERT ÅR

## 39

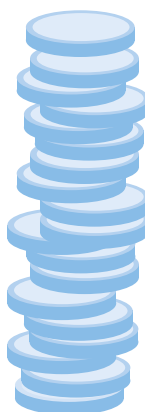
mio. kr.



**ÅRLIGT PLUS**  
PÅ SUNDHEDS-  
BUDGETTERNE

## 45

mio. kr.



Det årlige plus på sundhedsbudgetterne **akkumuleres fra år til år dvs.**  
45 mio kr.+  
45 mio kr. + ...



Den årlig samfundsøkonomiske gevinst **akkumuleres fra år til år dvs.**  
132 mio kr. +  
132 mio kr. + ...

Kilde: Kraka Economics' økonomiske analyse af omkostninger og gevinster ved indførelse af grundpakkeforløb for type 2-diabetes

ydernummer – og at flere med kronisk sygdom skal have den rette behandling, træning, teknologi og patientuddannelse. Grundpakker skal give patienterne en garanti for, at deres behandling er koordineret på systematisk vis på tværs af egen læge, sygehus og tilbud i det nære, så man kan leve et bedre liv med kronisk sygdom og forebygge indlæggelser.

De fleste af os vil som patienter gerne inddrages i planlægningen af vores behandling, klare så meget som muligt selv og undgå unødvendige kontroller og indlæggelser<sup>12)</sup>. Grundpakkeforløb skal sikre, at nydiagnosticerede patienter får en god start på livet med kronisk sygdom og give dem det bedste fundament for at få overblik over og klare deres behandling bedst muligt – uanset hvor i landet de bor.

Grundpakkeforløb for de store kroniske sygdomme som type 2-diabetes, KOL og nogle gigtsygdomme skal stille konkrete og forpligtende krav til sammenhæng og kvalitet. Det skal garantere, at vi omsider får omsat de mange sundhedsfaglige anbefalinger til mærkbare og forpligtende forbedringer for mennesker med kronisk sygdom.

Grundpakkeforløb skal tydeligt definere, hvem der er målgruppen, beskrive patientens rejse fra diagnose til livet med en kronisk sygdom, og stille klare krav til, hvem der har ansvaret for at binde behandlingen sammen, følge op på undersøgelser hos andre behandlere og henvise til forebyggende tilbud.

### Investering i sammenhæng giver overskud på den økonomiske bundlinje

Kraka Economics har beregnet omkostninger og gevinster ved at indføre grundpakkeforløb for type 2-diabetes. Beregningerne viser, at det vil koste ca. 39 mio. kr. om året at gennemføre grundpakkeforløb for alle nydiagnosticerede med type 2-diabetes, men det vil også medføre en gevinst i form af besparelser på sundhedsbudgetterne på 84 mio. kr. årligt pga. færre følgesygdomme.

Det betyder, at grundpakker kan give en nettogevinst på 45 mio. kroner årligt. Dertil kommer yderligere

potentielle samfundsmæssige gevinster i kraft af færre sygedage på 86 mio. kr.

Det betaler sig med andre ord for samfundet at investere i bedre sammenhæng og kvalitet i behandlingen af type 2-diabetes. Samtidig sparer de færre kontakter i sundhedsvæsenet også sundhedsfaglig arbejdskraft, som kan bruges andre steder.

### **Modernisering af patientrettigheder**

De sidste 20 år har patientrettigheder i høj grad fokuseret på akutte eller livstruende sygdomme og er blevet udmøntet som tidsfrister i primært sygehusvæsenet. Det har resulteret i et løft af kvaliteten og sammenhæng i det specialiserede sundhedsvæsen for mennesker med livstruende sygdomme.

Det er glædeligt, men det har også efterladt kronisk syge i det nære sundhedsvæsen uden patientnære mål og rettigheder for god behandling af deres alvorlige, men ofte mindre livstruende sygdom.

Der er behov for at modernisere forståelsen af patientrettigheder, så de understøtter udviklingen af bedre sammenhæng og behovsstyrede forløb i det nære sundhedsvæsen.

### **Patientrettighed til grundpakke og en behovsstyret behandlingsplan**

En ny paragraf i sundhedsloven skal give personer med kronisk sygdom ret til en behovsstyret behandlingsplan som led i et grundpakkeforløb. Behandlingsplanen skal tage udgangspunkt i grundpakkens systematik og tidsfrister, men indholdet skal tilpasses den enkeltes sygdomssituation, ressourcer og behov, fx. i forhold til antallet af kontrolbesøg eller omfanget af rehabiliterende tilbud.

Mennesker med kronisk sygdom er forskellige og har individuelle behov for behandling afhængigt af sygdommens sværhedsgrad, multisygdom, og hvor kompleks behandlingen er. Ligeledes er der forskel på patienternes viden om sygdommen og forståelse for at tage beslutninger om egen sundhed, og om de har adgang til teknologi, som gør dem i stand til at varetage en større del af behandlingen selv.

Patientrettigheden til en behovsstyret behandlingsplan vil også bidrage til, at mere behandling fastholdes i det nære sundhedsvæsen, og at flere indlæggelser på sygehuset undgås. Derfor vil det bidrage til at udnytte de knappe ressourcer i sundhedsvæsenet bedst muligt og flytte ressourcer derhen i landet, hvor patienternes behov er størst."

### **Vi skal behandle forskelligt – men klogt**

Når behandlingen i højere grad skal være forskellig og behovsstyret, er der brug for at sikre, at det sker på et fælles fagligt grundlag og på en måde, hvor kvaliteten følger med, så behovsstyret behandling ikke skaber nye former for ulighed i sundhed.

Det kræver en national og forpligtende guideline for, hvordan der skal arbejdes med behovsstyret behandling i det danske sundhedsvæsen.

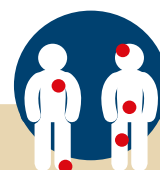
En national guideline for behovsstyret behandling skal give fælles definitioner for, hvilke patienter, der skal have særlig opmærksomhed fx. ud fra, hvor de bor, om de er i arbejde og graden af sygdom. Det sikrer, at sundhedsvæsenet undgår overbehandling i områder med tilstrækkelig lægedækning og en forholdsvis rask befolkning, samtidig med at det forhindrer underbehandling i områder med høj sygdomsbyrde og mangel på læger.

### **Bring de specialiserede kompetencer bedre i spil**

Sundhedsstrukturkommissionen peger bl.a. i sine anbefalinger på, at sundhedsvæsenets dele med høj faglig viden i højere grad skal kunne række ud og understøtte kvalitet i behandlingen på tværs af enheder og sektorgrænser.

Den udvikling skal også komme de mange med kronisk sygdom til gode, og derfor bør en plan for fremtidens sundhedsvæsen omfatte, at Steno Diabetescentrene får en mere formaliseret rolle i at bidrage til ensartet høj kvalitet af diabetesbehandlingen på alle ambulatorier og sygehuse.

Centrene skal desuden knyttes tættere til de praktiserende læger for at styrke viden og sikre højere kvalitet i behandlingen i almen praksis.



## **Hvordan sikrer vi kvaliteten, når vi sætter sundhedsvæsenet fri til at tilbyde behovsstyret behandling?**

● Sundhedsstyrelsen skal udvikle en forpligtende guideline for behovsstyret behandling. Den skal beskrive fælles, klare og forpligtende retningslinjer for, hvordan behandlerne – i alle dele af sundhedsvæsenet – skal differentiere, systematisk og proaktivt.

Det handler om fælles retningslinjer for, at man fx. skal gøre brug af data til at vurdere, hvilke patienter, der skal have hvilke tilbud. Det drejer sig fx. om populationsdata, som kan bruges til at udpege sårbare målgrupper og kliniske og patientrapporterede data (PRO), som kan indkredse den enkelte patients behov. Dertil skal en guideline fremme brugen af evidensbaserede metoder til at sikre inddragelse af patienternes perspektiv.

## Årlige budgetmæssige konsekvenser af nationalt grundpakkeforløb (mio. kr. 2023-priser)

	Udgifter	Gevinster	Nettogevinster
Øget aktivitet i almen praksis	8	51*	43
Øget henvisning til kommunale tilbud	28	33**	5
Samme-dags-screening og øget screening	3***		-3
<b>I alt</b>	<b>39</b>	<b>84</b>	<b>45</b>

Kilde: Kraka Economics beregning på baggrund af Region Syddanmark, Københavns Kommune, Lindvig et al. (2021).

Anm.: \* Potentiel besparelse pga. færre kontakter i sundhedsvæsenet, som skyldes at grundpakkeforløbet antages at reducere klinisk inerti med tilhørende fald i langtidsblodsukker (fald i HbA1c på 5 mmol/mol i 5 år for 12.500 nydiagnosticerede om året).

\*\* Besparelse pga. færre kontakter i sundhedsvæsenet, som skyldes, at flere nydiagnosticerede henvises til kommunale tilbud med tilhørende fald i langtidsblodsukker (fald i HbA1c på 6,5 mmol/mol i 5 år for 5.000-7.500 nydiagnosticerede om året).

\*\*\* Ifølge en opgørelse over omkostningerne til komplikationsscreening udført af Region Syddanmark vil der kunne opnås en besparelse ift. primærsektoren i dag ved at udføre dem fx. i regi af hospitaler, nærhospitaler eller sundhedshuse. Dog forventes tilbuddet om sammedagscreening netto at føre til yderligere omkostninger pga. øget fod- og øjenscreening.

## Samlede årlige økonomiske konsekvenser af nationalt grundpakkeforløb (mio. kr. 2023-priser)

	Udgifter	Gevinster	Nettogevinster
Budgetmæssige konsekvenser	39	84	45
Indirekte samfundsøkonomiske gevinster		86	86
<b>Økonomiske konsekvenser i alt</b>	<b>39</b>	<b>171</b>	<b>132</b>

Kilde: Kilde: Kraka Economics beregning på baggrund af Region Syddanmark, Københavns Kommune, Lindvig et al. (2021).

Anm.: \* De årlige indirekte samfundsøkonomiske gevinster omfatter et fald i tabt lønindkomst som følge af mindre sygefravær, som skyldes at flere nydiagnosticerede henvises til kommunale tilbud med tilhørende fald i langtidsblodsukker, samt at grundpakkeforløbet antages at reducere klinisk inerti med tilhørende fald i langtidsblodsukker.

\*\* Som følge af afrundinger kan summen af tallene i tabellen afvige fra totalen.

### National kvalitetsplan skal understøtte grundpakkerne

Grundpakkeforløb på de store kroniske sygdomme skal understøttes af nationale kvalitetsplaner for de store kroniske sygdomme for at sikre en overordnet planlægning af, hvordan de enkelte pakker organiseres på tværs af behandlere i både det nære sundhedsvæsen og sygehuse. Nationale kvalitetsplaner kan med fordel udvikles i samspil med den nationale sundhedsplan, som Sundhedsstrukturkommissionen har foreslået.

En national kvalitetsplan for type 2-diabetes skal beskrive mål, faglige standarder og ansvarsfordeling for de forskellige behandlere, som kan indgå i et forløb.

Kvalitetsplanen skal også beskrive mål tæt på patienten som fx. mål for tidlig diagnose, at flere henvises til forebyggelse, effekten af behandling og oplevelsen af den eftertragtede sammenhæng.

Målet med nationale kvalitetsplaner for de store kroniske sygdomme er, at livet med en kronisk sygdom bliver bedre, og at kronisk sygdom kommer til at fylde mindre i vores sundhedsvæsen, så vi på sigt skal bruge færre kræfter og penge på behandling.

### Grundpakker og økonomiske incitamenter skal være en motor i omstillingen af sundhedsvæsenet

I dag har sundhedsvæsenet mere fokus på sammenhæng i budgetterne end på sammenhæng i patientens forløb. Det skyldes ikke mindst de skarpt opdeltte økonomiske kasser.

Grundpakkeforløb og nationale kvalitetsplaner for de store kroniske sygdomme skal sikre, at der sker en national og helhedsorienteret planlægning i behandlingen på tværs af sektorer. Det skal give patienterne en garanti for sammenhængende forløb frem for fragmenterede tilbud, som lige nu er afhængige af saldoen på forskellige budgetter.

Grundpakkeforløb skal derfor følges af økonomiske incitamenter og afspejles i fordelingen af midler til sundhedsvæsenet. Populært sagt skal den del af sundhedsvæsenet, der "sår" en forbedring, også "høste" den økonomiske gevinst.

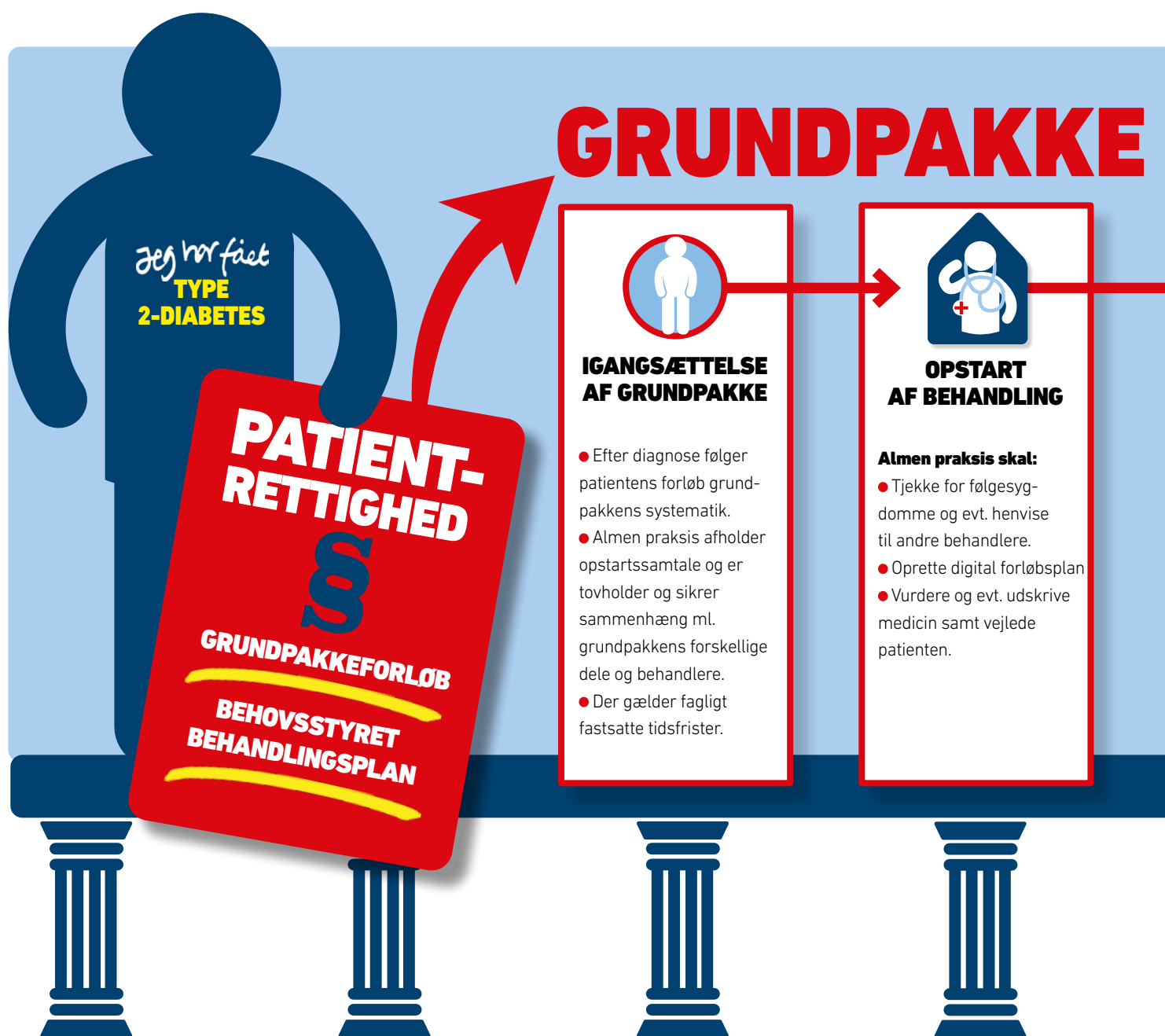
Det skal gennemsyre samarbejdet mellem kommuner og regioner og helt ud i fx. aflønningen af almen praksis, og de budgetøkonomiske gevinster ved grundpakkeforløb skal fordeles på en måde, der fremmer sammenhæng og ensartet god kvalitet for patienterne.

Det handler bl.a. om at gøre det økonomisk attraktivt at forebygge mere, så vi sparer indlæggelser på sigt. Dermed kan grundpakkeforløb ikke alene skabe resultater for patienterne, men også bidrage som økonomisk motor i den ønskede omstilling til et sundhedsvæsen, som behandler sygdom og ser patienterne på lavest mulige omkostningsniveau.



- **Førpligtende grundpakkeforløb for store kroniske sygdomme**, som kan sikre ensartet kvalitet og sammenhæng i forløb forankret i det nære sundhedsvæsen - herunder også en national guideline for behovsstyret behandling, som sikrer, at ressourcerne bruges effektivt, og kvaliteten følger med, når behandlingen differentieres.
- **En patientrettighed til grundpakkeforløb og en behovsstyret behandlingsplan** i sundhedsloven, for de store kroniske sygdomme. Patientrettigheden skal drive den ønskede omstilling af aktivitet fra sygehusene til det nære sundhedsvæsen.
- **Nationale kvalitetsplaner for de store kroniske sygdomme**, der beskriver mål, faglige standarder og ansvarsfordeling samt førpligtende krav til almen praksis og øvrige behandlere og indsatser, som indgår i et grundpakkeforløb for sygdommen.
- **Almen praksis skal frigøres til tovholderopgaven på kronisk sygdom**. Med grundpakker får almen praksis en afgørende rolle som tovholder i patientens forløb. Derfor skal andre opgaver flyttes. Det kan eksempelvis være henvisning til fysioterapi, sundhedsattester, rutinemæssige børneundersøgelser, graviditetsundersøgelser, rygundersøgelser eller trivselssamtaler, der med fordel kan tilses af andre sundhedsfaglige grupper. Dette kan frigøre tid til de med kronisk sygdom, som har størst behov for støtte og for hjælp til at navigere gennem sundhedsvæsenet.
- **Økonomiske incitament, der understøtter, at sammenhæng er en opgave for sundhedsvæsenet og ikke patienten**. Tildeling af økonomi til sundhedsvæsenet skal gøres afhængig af, om man indfrier mål for sammenhæng og kvalitet. De økonomiske gevinster ved indførelse af grundpakkeforløb skal bruges som motor for omstillingen og skabe nye økonomiske incitament til sammenhæng, når der forhandles økonomiaftaler.
- **Afsæt de nødvendige midler til grundpakker og kvalitetsplan for type 2-diabetes** under det varige løft af sundhedsvæsenet på ekstra 5 mia. kr. årligt, som regeringen har afsat. Det kan udmøntes i en ny aftale om sundhedspakker eller i finansloven, som det har været kutyme med kræftplanerne.
- **Steno Diabetescentrene skal have et ensartet og formaliseret ansvar** samt beføjelser til at sikre udvikling og høj kvalitet i diabetesbehandlingen på tværs af enheder og sektorer.

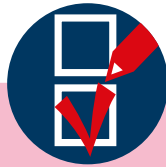
# NATIONALE **KVALITETS**PLANER FOR **KRONISK** SYGDOM





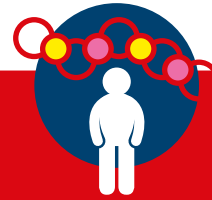
## Mål for udvikling af sundhedsvæsenet

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



## Patientnære mål

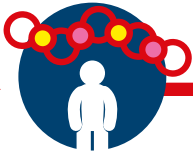
- Flere opspores
- Behandlingsmål
- Flere henvises til forebyggelse
- Færre følgesygdomme
- Tilfredshed.



## Grundpakkeforløb

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

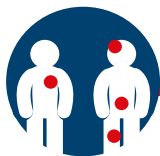
# FORLØB



## SAMMENHÆNG FOR MENNESKER MED DIABETES

### Almen praksis skal:

- Samarbejde fast med kommune om patientuddannelse.
- Henvise til og følge op på undersøgelser hos andre behandlere og patientuddannelse i kommunen.

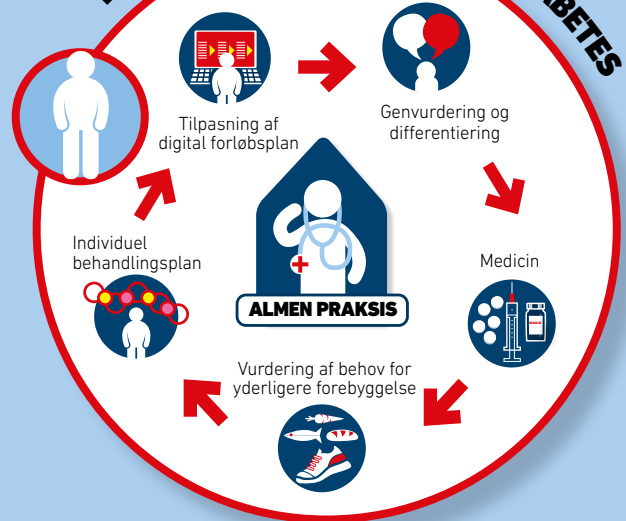


## BEHOVSSTYRET BEHANDLINGSPLAN

### Almen praksis skal:

- Lægge en behovsstyret behandlingsplan i dialog med patienten.

## RESTEN AF LIVET MED TYPE 2-DIABETES



# BEHOVSSTYRET BEHANDLING



PROJEKT:

# GOD START

## MED TYPE 2-DIABETES



● Region Syd har med indsatsen **'En god start med type 2-diabetes'** 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 og behandles i almen praksis.

Startpakkeforløbet i 'En god start med type 2-diabetes' sikrer, at almen praksis får henvist til de rette undersøgelser for følgesygdomme på de rette tidspunkter.

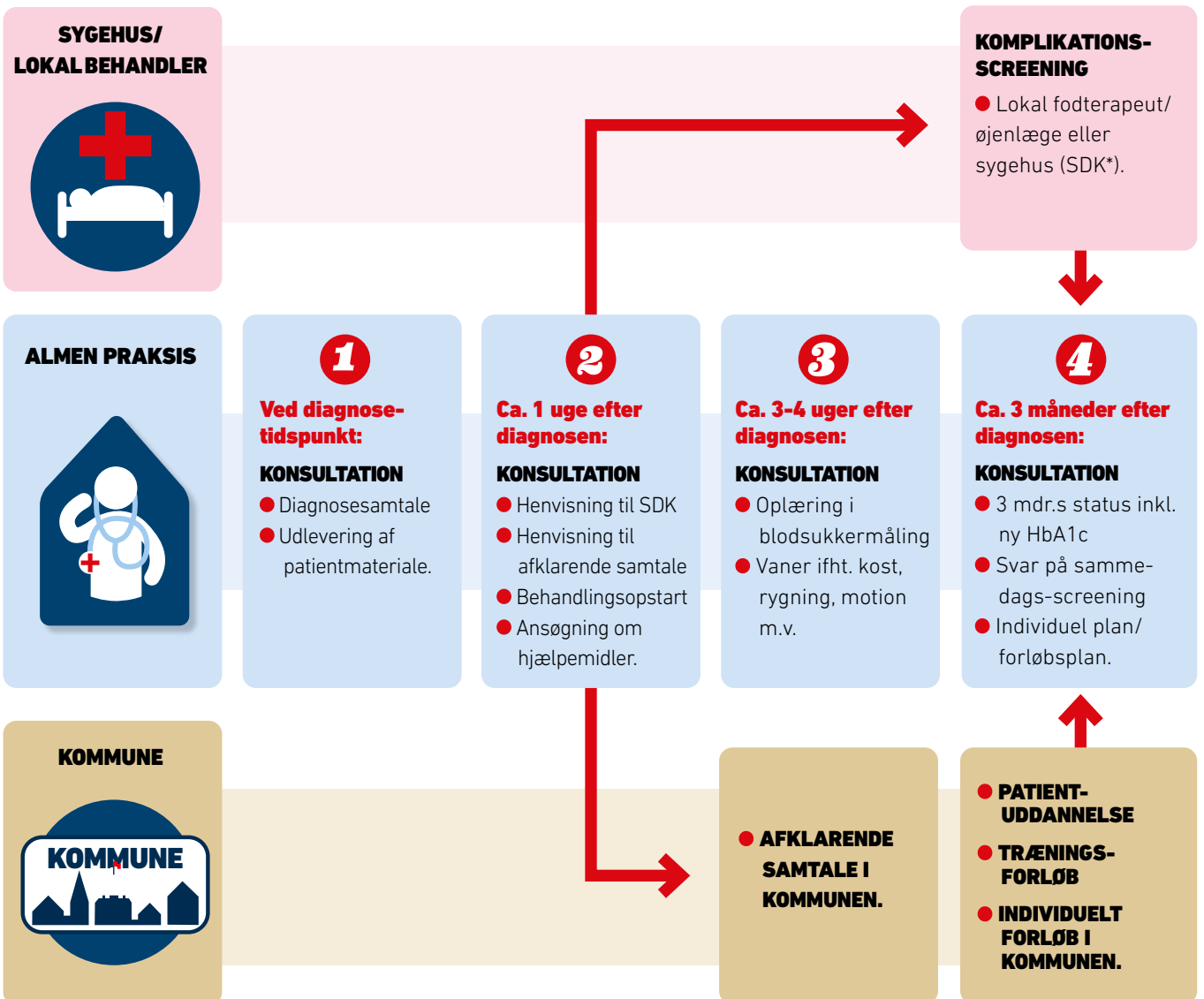
Patienten får relevant information om sygdom, behandling og forebyggelse. Der etableres kontakt til patientens kommune med henblik på deltagelse i forebyggende tilbud. Den tydelige optegning af patientens vej fra diagnose til behandling og livet med en kronisk sygdom opleves som et redskab til at sikre den efterspurgte sammenhæng af både almen praksis, hospitalet og kommunerne.





## PATIENTFORLØBET I REGION SYDDANMARK

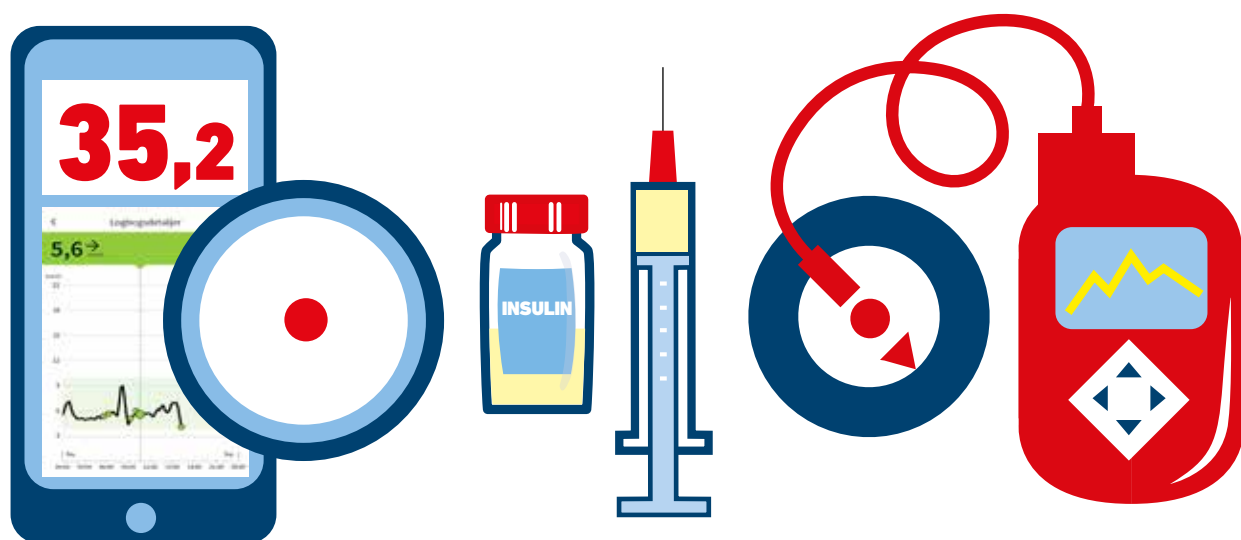
De første 3 mdr. efter diagnosen type 2-diabetes



Kilde: Steno Diabetes Center Odense

\*SDK = SammeDagsKomplikationsscreening

# TEKNOLOGI



Diabetesteknologi skaber værdi for mennesker og samfund. Teknologi kan gøre en stor forskel i behandling af kronisk sygdom, både for det enkelte menneske og for samfundet. Teknologierne kan styrke livskvaliteten for patienterne, fordi de med egenmonitorering kan følge bedre med i deres egen sygdomsudvikling og behandling. Og det kan frigøre ressourcer og arbejdskraft i sundhedsvæsenet.

## Type-1

● På diabetesområdet er der over de sidste 15-20 år sket en rivende teknologisk udvikling med introduktion og udbredelse af sensorbaseret glukosemåling og insulinpumper, der har optimeret blodsukkermåling og insulindosering, ikke mindst for type 1-diabetes. Det har været et positivt skridt frem, at Behandlingsrådet i 2023 anbefalede sensorbaserede glukosemålere som behandlingsredskab for voksne med type 1-diabetes. Regionerne er nu ved at implementere anbefalingen. Teknologien tegner sig også som nyttigt redskab for mennesker med type 2-diabetes

Selvom Danmark på mange områder følger med den teknologiske udvikling, så er der stadig stort potentiale for et hurtigere og mere ensartet brug af teknologi i behandlingen af kronisk sygdom. Men desværre står både struktur og lovgivning i vejen for, at vi kan udnytte de teknologiske landvindinger fuldt ud.

### Teknologi skal sætte fri – og ikke drukne patienterne i bureaukrati

Sensorbaserede glukosemålere kan både være et hjælpemiddel og et behandlingsredskab, og sensorer kan derfor bevilges af både regionerne under sundhedsloven og af kommunerne under serviceloven. I praksis betyder det ofte, at hverken kommune eller region vil bevilge en sensor med henvisning til, at den anden part bør gøre det i stedet. Det uklare myndigheds- og finansieringsansvar fanger mennesker med diabetes i kassetænkning og postnummerlotteri.

# TIL TIDEN

Det står i kontrast til grundtanken om, at vi har fri og lige adgang til sundhed i Danmark. Desværre er diabetesområdet bare et af mange sygdomsområder, hvor det uklare myndighedsansvar, og dermed postnummerlotteriet, på hjælpemidler og behandlingsredskaber hersker. Det koster det enkelte menneske ressourcer at kæmpe med systemet; det koster kommuner og regioner ressourcer til administration.

Sundhedsstrukturkommissionen peger også i sin rapport på, at der bør gøres op med det uklare ansvar og de to lovgivninger, eksempelvis ved at ophæve afgrænsningscirkulæret, der definerer, hvad der er behandlingsredskaber og hjælpemidler, og erstatte det med et tydeligt myndigheds- og finansieringsansvar.

Postnummerlotteriet på diabetesteknologi viser, at det endnu ikke er lykkedes os at indfri det fulde potentiale ved de teknologiske landvindinger, fordi de ikke implementeres bredt og systematisk.

Vi har behov for tiltag, der kan give lige adgang til ny teknologi, en tidssvarende lovgivning og en smidig og borgervenlig implementering, så vi ikke går glip af alle gevinsterne.

## **Udvikling af teknologi til type 1-diabetes fortsætter - det skal implementeringen også**

Nye eller opdaterede teknologier rykker hele tiden grænserne for både måling af blodsukker og dosering af insulin til mennesker med diabetes.

Udbredelsen af sensorer til personer med type 1-diabetes har været alt for længe undervejs, først til børn og unge med type 1-diabetes via den nationale diabetesplan for 2017. Siden med Behandlingsrådets anbefaling i foråret 2023 til voksne med type 1-diabetes.

Langt om længe er vi i Danmark endelig ved at nærme os udrulning af sensorbaserede glukosemålere til alle med type 1-diabetes.

Men den teknologiske udvikling stopper ikke – heldigvis – og ny teknologi banker allerede på.

Der har i mange år eksisteret insulinpumper, som forprogrammeres til automatisk dosering af den rette mængde insulin hen over døgnet. Pumperne bruges især til behandling af børn med type 1-diabetes, og ifølge diabetestal.nu har 95,4 procent af børn og unge med type 1-diabetes under 18 år en pumpe<sup>13)</sup>.

Pumperne bliver smartere og kan i dag kobles sammen med en sensorbaseret glukosemåler i et såkaldt 'Automated Insulin Delivery' (AID)-system, hvor insulinpumpen automatisk justerer den løbende dosering af insulin ud fra sensorens målinger.



### ● **Der skal gøres op med postnummerlotteriet på teknologi**

ved at afskaffe afgrænsningscirkulæret, og erstatte det med et tydeligt defineret myndigheds- og finansieringsansvar for tildeling af behandlingsredskaber og hjælpemidler.

### ● **Der skal indføres nationale mål for implementeringen af teknologi i stor skala,**

der sikrer, at sundhedsvæsenet ikke alene stræber mod nye teknologier, men også får velafprøvede teknologier bredt fuldt ud og får forløst teknologiens potentiale. Herunder bør ny teknologi tildeles ensartet og ikke i forskellige tempi afhængigt af regioners og kommuners politiske beslutninger.



## DIABETESFORENINGEN FORESLÅR

● **Udbredelsen af automatiske insulinpumpesystemer (AID) til personer med type 1-diabetes skal implementeres ens** på tværs af regioner og sygehuse med henblik på at gøre patienterne mere selvhjulpne og løfte kvaliteten af behandlingen gennem en national retningslinje for tildeling.

● **Giv en nationalt funderet myndighed ansvar for hurtig og løbende vurdering af ny sundhedsteknologi.**

Det skal sikre en fortsættelse af Behandlingsrådets arbejde og ensartet og national udbredelse af sundhedsteknologi.

Det sikrer optimal insulin dosering til det aktuelle blodsukkerniveau.

Studier viser, at personer med type 1-diabetes, der bruger AID-pumpe, ligger signifikant længere tid i normalområdet for blodsukker, end personer der behandles med sensor og Pumpe, der ikke kan kommunikere med hinanden<sup>14)15)</sup>.

På baggrund af bl.a. resultaterne fra et større dansk studie har en ledende forsker inden for diabetesteknologi påpeget, at man ikke kan forsvare at undlade at udbrede AID-systemer<sup>16)</sup>.

Det engelske prioriteringsinstitut NICE anbefalede sidste år AID til voksne med type 1-diabetes, der har et langtidsblodsukker over 58 mmol/mol (og allerede behandles med Pumpe eller sensor), samt gravide og børn, hvilket svarer til lidt mere end halvdelen af befolkningen med type 1-diabetes i England og Wales<sup>17)</sup>.

I Danmark har vi ingen aktuelle nationale anbefalinger/retningslinjer for tildeling af pumper. I december 2023 vurderede Sundhedsstyrelsen, at de hidtidige anbefalinger fra 2012 var forældede<sup>18)</sup>.

Her og nu er der behov for, at vi genindfører en national retningslinje om kriterier for tildeling af pumper.

Og med sigte på fremtiden er der behov for, at Danmark sætter tempoet op i vurdering og implementering af ny teknologi som fx. AID-pumper.

## Blodsuktermåling for type 2-diabetes

En række studier viser positiv effekt ved struktureret blodsuktermåling for mennesker med type 2-diabetes.

● Studie viser, at struktureret blodsuktermåling med fingerprikker i 12 måneder medfører et fald i langtidsblodsukkerniveauet på 8,1 mmol/mol relativt til ingen blodsuktermåling<sup>19)</sup>. Studiet er baseret på mennesker med type 2-diabetes, der ikke er i insulin behandling og har dårlig glykæmisk kontrol ved opstart af forsøget.

● Studie fra Steno Diabetescenter Copenhagen har vist, at brugen af kontinuerlige blodsuktermålere hos personer med type 2-diabetes med behov for insulin markant forbedrer deres blodsukkerkontrol, og deres blodsukker var i gennemsnit 9,4 mmol/mol lavere ved studiet slutningen sammenlignet med kontrolgruppen, der benyttede fingerprik<sup>20)</sup>.

● Amerikansk retrospektivt studie har undersøgt data fra 16.000 mennesker med type 2-diabetes, og fundet at efter 12 måneder med sensor, var langtidsblodsukkeret faldet 10 mmol/mol uanset om de var insulinbehandlede eller ej<sup>21)</sup>.

● Amerikansk studie viser at brugen af sensorbaseret glukosemåler blandt 74.000 personer med type 2-diabetes, uanset hvilken behandling de fik, var forbundet med markante fald i alle former for hospitalsindlæggelser, akutte diabetesrelaterede indlæggelser og besøg på skadestuen (25-50%)<sup>22)</sup>.

● En meta-analyse af 23 studier om struktureret blodsuktermåling, konkluderer at man ved aktivt at integrerer struktureret blodsuktermåling i behandling af type 2-diabetes kan forbedre blodsukkerkontrollen<sup>23)</sup>.

## Nuværende adgang til blodsuktermåling for mennesker med type 2-diabetes

Oversigt over nuværende adgang til teknologi til blodsuktermåling og Diabetesforeningens forslag til ændringer i den nuværende adgang til blodsuktermåling, for personer med type 2-diabetes opdelt på behandlingstyper.

Patientgruppe	Ca. 56.000 mennesker med type 2-diabetes i diætbehandling.	Ca. 223.000 mennesker med type 2-diabetes, der er i behandling med anden form for diabetika (ikke insulin).	Ca. 36.000 mennesker med type 2-diabetes, der tager basalinsulin.	Ca. 12.000 mennesker med type 2-diabetes, der tager bolusinsulin.
Nuværende adgang	Ingen adgang til blodsuktermåling.	Serviceoven giver adgang til op til 150 stk. teststrimler og fingerprikker (lancetter), hvis lægen anser jævnlig blodsuktermåling for påkrævet.	Ifølge serviceloven kan der ydes støtte til injektions- og testmaterialer.	Ifølge serviceloven kan der ydes støtte til injektions- og testmaterialer. Forsøgsordning giver midlertidig adgang til personer med HbA1c > 53 mmol/mol.
Forslag til ændringer	Ubegrænset adgang til testmateriale. Tilbud om 3 sensorer det første år efter diagnose, samt op til 1 sensor årligt efterfølgende.	Ubegrænset adgang til testmateriale. Tilbud om 3 sensorer det første år efter diagnose, samt op til 1 sensor årligt efterfølgende.	Ubegrænset adgang til testmateriale.* Tilbud om 3 sensorer det første år efter diagnose, samt op til 1 sensor årligt efterfølgende.	Ubegrænset adgang til testmateriale.* Adgang til permanent sensor.

\* Mennesker, der tager insulin, har allerede i dag adgang til test-materiale. Denne adgang skal fastholdes uanset adgang til sensor.

### Type-2

## Teknologi giver bedre sygdomsmestring – det skal vi udnytte

Udviklingen i langtidsblodsukkeret er fuldstændigt afgørende for mennesker med diabetes for at undgå alvorlige følgesygdomme som fx. hjerte-kar-sygdom, øjen- nyre- og nervesygdomme. Og adgang til teknologi til blodsuktermåling er afgørende for, hvordan mennesker med diabetes er stillet i forhold til selv at kunne holde sygdommen i skak.

Teknologien viser gode resultater for alle med type 2-diabetes uanset behandlingsform.

### Mennesker med type 2-diabetes, der tager insulin flere gange dagligt, skal have sensor permanent

I dag har mennesker med type 2-diabetes, der tager insulin flere gange dagligt, som udgangspunkt kun ret til blodsuktermåling med en fingerprikker.

Men deres behandling er på mange måder sammenlignelig med den behandling, som personer med type 1-diabetes modtager, og de har samme behov for mange daglige blodsuktermålinger. Samtidig peger flere studier på, at

### Blodsuktermåling - hvorfor og hvordan?

● **Blodsuktermåling er en hjørnesten i diabetes-behandlingen.** Mad og motion har stor betydning i behandlingen af type 2-diabetes, og det påvirker blodsukkeret forskelligt hos hvert enkelt menneske. Det er bl.a. det, som blodsuktermåling giver indsigter i. For at få mest muligt ud af blodsuktermålingen, skal målingerne foretages struktureret og planlagt. Struktureret blodsuktermåling kan fx. foretages som en række målinger før og efter måltider eller fysisk aktivitet. Dermed kan man blive klogere på, hvordan mad, medicin, stress, søvn og motion, påvirker blodsukkeret. Struktureret blodsuktermåling giver værdifuld og præcis indsigt i egen sygdom, som den enkelte kan bruge til at træffe hensigtsmæssige beslutninger ift. at holde blodsukkeret i normalområdet.

● **Struktureret blodsuktermåling** kan foretages med både fingerprikker og sensorbaseret glukosemåler. Med fingerprikker er man dog begrænset til at få indblik i blodsukkeret i punktvis nedslag på de tidspunkter, hvor målingerne foretages. Sensorbaserede glukosemålere er en nyere teknologi, hvor målingen foregår via en sensor, der kontinuerligt måler blodsukkeret. Det giver mulighed for at følge udviklingen i blodsukkeret over hele døgnet og ikke kun på udvalgte tidspunkter. Derfor er sensorbaseret glukosemåler for de fleste patienter en bedre teknologi til struktureret blodsuktermåling end fingerprikker.

## 2Sense-projektet i Diabetesforeningen

● Diabetesforeningen har afprøvet periodisk brug af sensorbaseret glukosemåler i 14 dage til mennesker med type 2-diabetes. Projektet viser, at deltagerne får en bedre indsigt i egen sygdom og at 75 pct. ændrer adfærd for at leve mere hensigtsmæssigt ift. sygdommen. Citaterne beskriver deltagernes oplevelser.



"Jeg kunne på en måde føle mig fristet til at investere i sensoren. Men min læge og mine omgivelser siger, at jeg skal lade være med at sygeliggøre mig selv."

"Det var lærerigt for en nydiagnosticeret."

"Det overraskede mig, i hvor høj grad motion og kulhydratindtag påvirker blodsukkeret."

"Jeg vil til enhver tid benytte mig af tilbuddet om en sensor. Det gav mig en meget bedre forståelse for mit blodsukker, og hvordan og hvor meget det påvirkes."

"Jeg er mere opmærksom på min diabetes, og hvordan jeg skal passe på."

"Jeg håber, at alle diabetes 2-patienter kan få bevilget en sensor. Det er virkelig et godt redskab."

"Min livskvalitet ville blive langt større, hvis jeg havde råd til at købe en sensor. Jeg har fået afslag på at få en."

"Det overraskede mig, at noget af det, jeg spiser, som, jeg troede, var uproblematisk i forhold til mit blodsukkertal, påvirker det i alt for høj grad."

"Sensoren har givet mig tryghed og handlemuligheder. Jeg ville ønske, at jeg selv kunne få adgang til en sensor. Det er bekymrende at skulle forsøge sig i blinde igen."

"Enhver type 2-patient burde udstyres med sensoren i en periode ved sygdomsdebut."

mennesker med type 2-diabetes, der tager insulin flere gange dagligt, har god behandlingsmæssig værdi af permanent brug af sensorbaseret glukosemåling.

Dansk Endokrinologisk Selskab anbefaler da også sensorbaserede glukosemålere til personer med type 2-diabetes, der tager insulin flere gange dagligt.

Som en del af en politisk aftale om udmøntning af Sundhedsaftale fra 2022, blev der afsat midler til en forsøgsordning med sensorer i 2025 og 2026. Ordningen bringer os et skridt fremad ved at afprøve sensorbaserede glukosemålere på ca. 4.000 mennesker med type 2-diabetes, der tager insulin flere gange dagligt. Men forsøgsordningen løser ikke, at alt for mange patienter i denne gruppe forsat slås med forskelligartet tildeling og geografisk ulighed i adgangen til sensor på tværs af både regioner og kommuner.

Kraka Economics har på vegne af Diabetesforeningen beregnet udgifter og gevinster ved at tilbyde permanent sensor til personer med type 2-diabetes, der tager insulin flere gange dagligt.

Beregningerne viser, at det koster 72 mio. kr. årligt

Beregningerne opgør alene omkostningerne ved tildeling af sensorer til mennesker med type 2-

diabetes, som tager insulin flere gange dagligt. Men vi ved, at teknologien giver mennesker med type 2-diabetes bedre mulighed for at forstå deres sygdom og træffe valg, som sænker deres blodsukker og risikoen for alvorlige følgesygdomme.

Det er derfor sandsynligt, at tildelingen af sensorer også for denne målgruppe vil kunne forbygge følgesygdomme og reducere kontakterne til sundhedsvæsenet og dermed bidrage til at løse arbejdskraftudfordringen i fremtidens sundhedsvæsen.

Det skal også tælle med, når vi skal vurdere, om vi som samfund skal investere mere i teknologi.



● Alle med type 2-diabetes, der tager insulin flere gange dagligt, skal have **permanent adgang til sensorbaserede glukosemålere.**

● I 2Sense-projektet blev der sat omkring 450 sensorer på mennesker med type 2-diabetes, der ikke tog insulin, på 8 forskellige destinationer rundt omkring i Danmark. Resultater af det afsluttende spørgeskema viste, at:

**70%**

af deltagerne tjekkede blodsukker mindst 6 gange om dagen.

**52%**

oplevede det som tryghedsskabende.

Blodsukkermåling med en sensor har givet deltagerne særlig stor indsigt i betydningen af :

- typen af madvarer **84%**
- mængden af mad **71%**
- fysisk bevægelse **61%**

**80%**

oplevede brug af sensor som lærerigt.

**75%**

af alle deltagere har ændret adfærd på baggrund af det de har lært.



### Udgifter og gevinster ved fri adgang til fingerprikker

- De samlede årlige omkostninger ved at udvide adgangen til blodsukkermåling med fingerprikker er 73 mio.kr.

Den investering vil medføre budgetøkonomiske gevinster på 84 mio. kr. årligt. Hertil kommer samfundsøkonomiske gevinster for i alt 174 mio. kr. årligt. Det skyldes at forværring og følgesygdomme forebygges med struktureret blodsukkermåling.

Den samlede budgetøkonomiske gevinst ved at give fri adgang til fingerprikker for mennesker med type 2-diabetes, der har ingen eller begrænset adgang til teknologien i dag, er dermed **netto** 11 mio. kr., og dertil kommer en **netto** samfundsøkonomisk gevinst på 101 mio. kr. årligt.

Kilde: Kraka Economics

### Blodsukkermåling skal give bedre liv og sygdomsmestring for mennesker med type 2-diabetes

En række studier viser, at såkaldt struktureret blodsukkermåling kan gøre en stor forskel i behandlingen, og at sensorbaserede glukosemålere også viser gavnlig effekt for mennesker med type 2-diabetes, der ikke er i insulinbehandling (se boks side 20).

Struktureret blodsukkermåling kan være en stor hjælp, fordi det kan give vigtig indsigt i en sygdom, der er usynlig og snigende, og ikke mindst hvordan mad, motion søvn, stress mv. påvirker blodsukkeret og dermed udviklingen i sygdommen.

Alligevel har adgangen til blodsukkermåling til mennesker med type 2-diabetes længe været underprioriteret både lægefagligt og politisk. Det skal vi gøre op med.

Hverken de kliniske retningslinjer eller lovgivningen er fulgt med tiden. For eksempel er den lovgivning, der rammesætter blodsukkermåling for type 2-diabetes, der ikke tager insulin, fra 1998.

Dengang – for 26 år siden - besluttede man, at mennesker i tabletbehandling med type 2-diabetes kan få adgang til 150 teststrimler og fingerprikker til blodsukkermåling, i fald ens læge anser det for påkrævet<sup>24</sup>). Der er sidenhen udviklet nye lægemidler, som ikke umiddelbart falder inden for lovgivningens ordlyd om 'tabletbehandling' eller 'insulinbehandling'. Det gælder fx. GLP-1 injektioner, som derfor ikke er dækket af den nuværende lovgivning.

Der er endvidere ikke nogen sundhedsfaglig begrundelse for at sætte et loft på 150 strimler. Struktureret blodsukkermåling med fingerprikker kræver mellem 1.000 og 1.500 strimler årligt. Samtidig medfører det unødigt bureaukrati, at man skal have en godkendelse hos den alment praktiserende læge.



Alt sammen noget der fører til bureaukratisk bøvvl og geografisk ulighed for patienterne og forsinket, at vi som samfund høster gevinsterne ved diabetesteknologi.

Det er tid til, at retningslinjer og lovgivning bringes på omgangshøjde med nutidens viden om, hvordan teknologien giver bedre liv med færre følgesygdomme og indlæggelser for mennesker med type 2-diabetes.

### **Fri adgang til fingerprikker kan spare sundhedsudgifter til behandling**

Kraka Economics har foretaget en beregning af omkostninger og gevinster ved struktureret blodsuktermåling med fingerprikker til de med type 2-diabetes, der har begrænset adgang i dag<sup>25</sup>).

Beregningen viser, at der er et årligt plus på 11 mio. kr. på sundhedsbudgetterne ved at indføre det. Dertil kommer yderligere samfundsøkonomiske gevinster på 101 mio. kr. årligt.

Der er altså god sundhedsøkonomi i at give fri og ubegrænset adgang til fingerprikker og testmateriale for alle med type 2-diabetes. Samtidig kan det fjerne unødvendigt bureaukrati i kommuner og frigive tid hos almen praksis.

### **Periodisk brug af sensor viser gode resultater**

Diabetesforeningen har set potentialet i struktureret blodsuktermåling til mennesker med type 2-diabetes gennem årene og også været interesseret i om, det i stedet for fingerprik-metoden kan være en fordel at anvende sensorbaserede glukosemålere periodevist fordi det er en teknologi, som kræver mindre af den enkelte og hvor man samtidig får en mere løbende monitorering af sit blodsukker i forbindelse med madindtag eller motion.

Erfaringerne fra Diabetesforeningens projekt 2Sense fra 2024 viser, at hvis mennesker med type 2-diabetes får adgang til en sensorbaseret glukosemåler i en periode af to uger, har det en positiv effekt på deres sygdomsforståelse og livsstil.

Hele 75 procent af deltagerne ændrede deres adfærd på baggrund af den læring, de opnåede efter to-uger med en sensorbaseret glukosemåler. Det viser potentialet for langt bedre sygdomsregulering alene ved at give kortvarigt adgang til en sensorbaseret glukosemåler.

Herudover har et feasibility studie, som Diabetesforeningen har gennemført i samarbejde med en alment praktiserende læge, vist, at det både tidsmæssigt og praktisk kan lade sig gøre, at introducere periodisk sensor til patienter med ikke-insulinbehandlet type 2-diabetes i almen praksis.

Bedre sygdomsmestring forebygger forværring og følgesygdomme. Dermed kan adgang til periodisk sensorbaseret glukosemåling for den store – og voksende – gruppe med type 2-diabetes (estimeret 420.000 i 2030) frigøre ressourcer i sundhedsvæsenet og indløse den politiske ambition i sundhedsaftalen fra 2022<sup>26</sup>) om mere hjemmebehandling og regeringsgrundlagets ønske om at fremme af teknologi, der øger arbejdskraftudbuddet<sup>27</sup>).

Den årlige omkostning ved at tilbyde periodisk sensor til mennesker med type 2-diabetes, der ikke tager insulin flere gange dagligt, er 172 mio. kr. årligt. Denne beregning tager udgangspunkt i, at der gives adgang til 3 x sensor det første år efter diagnositidspunkt og op til 1 sensor årligt derefter (En sensors levetid er ca. 2 uger).

Der foreligger endnu ikke nok evidens på periodisk brug af sensor til at foretage konservative skøn og beregninger af den samfundsøkonomiske effekt. Derfor er det alene udgifterne, som kan opgøres.

Men Diabetesforeningens afprøvning af periodisk sensor til mennesker med type 2-diabetes, som ikke tager insulin, har som beskrevet vist, at teknologien både giver væsentlig læring for patienterne og kan implementeres i praksis hos de alment praktiserende læger.

Vi kan med fordel sætte skub i brugen af sundhedsteknologier som læringsredskab, der kan gøre patienterne mere selvhjulpne og lette presset på sundhedsvæsenet.



## DIABETESFORENINGEN **FORESLÅR**

### ● **Lovgivningen for blodsuktermåling for type 2-diabetes skal gøres tidssvarende.**

Alle med type 2-diabetes skal have adgang til teknologi til struktureret blodsuktermåling. Adgangen til til fingerprikker og teststrimler skal afbureaukratiseres, så der sikres fri adgang til teknologien for de med diabetes, som ønsker at benytte sig af teknologien, i det omfang som de har behov for.

### ● **Der skal gives adgang til periodisk sensorbaseret glukosemåling**

for mennesker med type 2-diabetes i diætbehandling, i behandling med anti-diabetisk medicin (ikke insulin) eller i behandling med basalinsulin. Adgangen skal omfatte op til 3 perioder med sensor det første år efter diagnositidspunkt og 1 periode med sensor årligt derefter (en sensors levetid er ca. 2 uger).



# REFERENCER

1. Beregningen er foretaget af Kraka Economics for Diabetesforeningen i 2024. Beregningerne er baseret på forskningsmæssig viden om type 2-diabetes og konkrete erfaringer fra afprøvning af pakkeforløb i Region Syddanmark. Beregningerne kan ses i deres fulde sammenhæng i rapporten National kvalitetsplan for type 2-diabetes – Omkostninger og gevinster ved et nyt grundpakkeforløb og et nationalt screeningsprogram
2. Diabetestotal.nu (Q1 2024)
3. Simmons RK, Griffin SJ, Lauritzen T, Sandbæk A. Effect of screening for type 2 diabetes on risk of cardiovascular disease and mortality: a controlled trial among 139,075 individuals diagnosed with diabetes in Denmark between 2001 and 2009. *Diabetologia*. 2017 Nov;60(11):2192-2199. doi: 10.1007/s00125-017-4299-y. Epub 2017 Aug 23.
4. Feldman AL, Griffin SJ, Fhärm E, Norberg M, Wennberg P, Weinehall L, Rolandsson O. Screening for type 2 diabetes: do screen-detected cases fare better? *Diabetologia*. 2017 Nov;60(11):2200-2209. doi: 10.1007/s00125-017-4402-4. Epub 2017 Aug 23.
5. Diabetesforeningens medlemsundersøgelse (2023): "Ønsker til behandling"
6. Grundpakkeforløb skal tage udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb, men sikre at anbefalingerne bliver til forpligtende kvalitetskrav på tværs af sektorer og omsættes til ensartet kvalitet for patienterne uanset post- eller ydernummer.
7. Diabetesforeningens medlemsundersøgelse (2023): "Livet med Diabetes 2023"
8. Diabetesforeningens medlemsundersøgelse (2023): "Livet med Diabetes 2023".
9. Diabetesforeningens medlemsundersøgelse (2023): "Livet med Diabetes 2023".
10. Diabetesforeningens medlemsundersøgelse (2023): "Livet med Diabetes 2023".
11. Diabetesforeningens medlemsundersøgelse (2023): "Ønsker til behandling".
12. Vælg klogt (2021) "Når mere ikke er bedre - Et perspektiv på patienter og pårørendes oplevelser med unødvendige behandlinger og undersøgelser."
13. Diabetestotal.nu (Q1 2024): <https://www.diabetestotal.nu/search?id=1490>
14. Nørgaard K, Ajenthen RG, Laugesen C, Tidemann KG, Andersen HU, Svensson J, Selmer C, Green A, Vistisen D, Carstensen B. 129-LB: A Comparison of CGM Metrics in People with Type 1 Diabetes Treated with Different Insulin Modalities. *Diabetes* 20 June 2023; 72 (Supplement\_1): 129-LB. <https://doi.org/10.2337/db23-129-LB>
15. Christensen MB, Ranjan AG, Rytter K, McCarthy OM, Schmidt S, Nørgaard K. Automated Insulin Delivery in Adults With Type 1 Diabetes and Suboptimal HbA1c During Prior Use of Insulin Pump and Continuous Glucose Monitoring: A Randomized Controlled Trial. *J Diabetes Sci Technol*. 2024 Apr 11:19322968241242399. doi: 10.1177/19322968241242399. Epub ahead of print.
16. Dagens Medicin (27. juni 2023). Automatisk insulinpumpe giver klart den bedste blodsukkerkontrol: »Vi kan ikke forsvare at anvende almindelige i insulinpumper mere. <https://dagensmedicin.dk/automatisk-insulinpumpe-giver-klart-den-bedste-blodsukkerkontrol-vi-kan-ikke-forsvare-at-anvende-almindelige-insulinpumper-mere/>
17. NICE (19. december 2023). Technology appraisal guidance. Hybrid closed loop systems for managing blood glucose levels in type 1 diabetes. Reference number: TA943 <https://www.nice.org.uk/guidance/TA943/chapter/1-Recommendations>
18. Sundhedsstyrelsen: Notat vedrørende behandling med insulinpumper - ikke gældende <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2012/Notat-vedroerende-behandling-med-insulinpumper>
19. Parsons SN, Luzio SD, Harvey JN, Bain SC, Cheung WY, Watkins A, Owens DR. Effect of structured self-monitoring of blood glucose, with and without additional TeleCare support, on overall glycaemic control in non-insulin treated Type 2 diabetes: the SMBG Study, a 12-month randomized controlled trial. *Diabet Med*. 2019 May;36(5):578-590. doi: 10.1111/dme.13899. Epub 2019 Feb 18.
20. Lind N, Christensen MB, Hansen DL, Nørgaard K. Comparing Continuous Glucose Monitoring and Blood Glucose Monitoring in Adults With Inadequately Controlled, Insulin-Treated Type 2 Diabetes (Steno2tech Study): A 12-Month, Single-Center, Randomized Controlled Trial. *Diabetes Care*. 2024 May 1;47(5):881-889. doi: 10.2337/dc23-2194.
21. Garg, SK, Hirsch IB, Repetto E, Ulmer B, Perkins C, Snell-Bergeon JK, Bergenstal RM 355-OR: Glycemic Outcomes with CGM Use in Patients with Type 2 Diabetes—Real-World Analysis. *Diabetes* 14 June 2024; 73 (Supplement\_1): 355-OR. <https://doi.org/10.2337/db24-355-OR>
22. Garg SK, Hirsch IB, Repetto E, Snell-Bergeon J, Ulmer B, Perkins C, Bergenstal RM. Impact of continuous glucose monitoring on hospitalizations and glucose control in people with type 2 diabetes: real-world analysis. *Diabetes Obes Metab*. 2024 Sep 12. doi: 10.1111/dom.15866.
23. Holmes-Truscott E, Baptista S, Ling M, Collins E, Ekinci EI, Furler J, Hagger V, Manski-Nankervis JA, Wells C, Speight J. The impact of structured self-monitoring of blood glucose on clinical, behavioral, and psychosocial outcomes among adults with non-insulin-treated type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Front Clin Diabetes Healthc*. 2023 Apr 20;4:1177030. doi: 10.3389/fcdhc.2023.1177030.
24. Vejledning om Bekendtgørelse om hjælp til anskaffelse af hjælpemidler og forbrugsgoder efter lov om social service nr. 1466 af 05/12/2023., §9, stk. 3.
25. Beregningerne er foretaget af Kraka Economics for Diabetesforeningen i 2024. Beregningerne er baseret på forskningsmæssig viden om type 2-diabetes og effekten på langtidsblodsukkeret ved struktureret blodsukkermåling med fingerprikker. Beregningerne kan ses i deres fulde sammenhæng i rapporten National kvalitetsplan for Type 2-diabetes – Omkostninger og gevinster ved øget adgang til teknologi til blodsukker-måling
26. Politisk aftale om Sundhedsreform 20. maj 2022, <https://www.ism.dk/Media/637888973082282053/Aftale%20-%20Et%20sammenh%C3%A6ngende,%20n%C3%A6rt%20og%20st%C3%A6rkt%20sundhedsv%C3%A6sen.pdf>
27. Regeringsgrundlaget 2022, side 18: [regeringsgrundlag2022-a \(1\).pdf](#)



**DET  
SKAL  
HÆNGE  
SAMMEN**



**diabetes**  
foreningen

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