



SUNDHEDS-
OG ÆLDREMINISTERIET

DEN NATIONALE DIABETES- HANDLINGSPLAN

NOVEMBER 2017



INDHOLD

Forord	3
1 Et bedre liv med diabetes	4
2 Oversigt over initiativer i den nationale diabetesbehandlingsplan	7
3 Pejlemærker for fremtidens diabetesindsats	8
4 Fakta om diabetes	11
5 Diabetesindsatsen i Danmark	17
6 Indsats: Diabetes skal forebygges og opdages tidligere	21
7 Indsats: Styrket indsats for børn og unge med diabetes	28
8 Indsats: Behandlingen skal indrettes efter den enkelte	33
9 Indsats: Alle patienter med diabetes skal have adgang til behandling af samme høje kvalitet	41
10 Økonomi	48
Bilag 1: Satspuljeaftalen	49
Bilag 2: Inddragelsesproces i forbindelse med diabetesbehandlingsplanen	50

Forord

For den enkelte er det afgørende, at diabetes opdages i tide og reguleres på den bedst tænkelige måde. Det kan gøre forskellen mellem et liv styret af sygdom eller et liv styret af dig selv. Men også for samfundet er der alt at vinde og meget at spare ved at forebygge diabetes og sætte ind med behandling, før alvorlige følgesygdomme kommer til. Derfor skal vi gøre en i forvejen velfungerende diabetesindsats endnu bedre.

Jeg er rigtig glad for, at satspuljepartierne i fællesskab er blevet enige om at prioritere en national diabetesbehandlingsplan, som skal styrke forebyggelse og tidlig opsporing af diabetes, målrette behandlingen til den enkelte patient med diabetes og udbrede virksomme indsatser. Det er mere end 10 år siden, vi sidst fik en diabetesplan, og det giver god mening, at vi nu har opstillet klare pejlemærker for fremtidens diabetesindsats, som tager udgangspunkt i de udfordringer, vi står overfor i dag. Med den nye diabetesbehandlingsplan omfavner vi de teknologiske fremskridt på området og udnytter mulighederne for at rykke behandlingen tættere på den enkelte patient, som en styrkelse af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen åbner op for.

Stigningen i antallet af særligt ældre med type 2-diabetes har ført til, at der i løbet af 20 år er kommet dobbelt så mange mennesker med diabetes. Det understreger behovet for at sætte ind med forebyggelse og øge bevidstheden omkring hvilke livsstilsvalg, der øger risikoen for at udvikle diabetes. Vi skal simpelthen have vendt udviklingen, så færre udvikler type 2-diabetes i fremtiden.

Det ligger mig samtidig meget på sinde, at vi ikke må glemme den mindre gruppe af børn og unge, som får type 1-diabetes og skal leve med sygdommen resten af livet. De har krav på en helhedsorienteret indsats fra sundhedsvæsenet, så de får de bedste muligheder for at leve et godt liv med diabetes.

Jeg ser frem til, at vi med den nationale diabetesbehandlingsplan kan give vores diabetesindsats endnu et løft fra sit nuværende høje niveau.

På vegne af satspuljepartierne.

Ellen Trane Nørby
Sundhedsminister

1

Et bedre liv med diabetes

Antallet af danskere med diabetes er fordoblet i de sidste 20 år, og stadig flere forventes at få diabetes fremover. Fordoblingen skyldes en stigning i antallet af danskere med type 2-diabetes, mens antallet af danskere med type 1-diabetes har ligget relativt stabilt. Samlet set koster diabetes hvert år det danske samfund mere end 3 mia. kr. i behandling, pleje og tabt produktion.

Derfor skal vi blive langt bedre til at forebygge diabetes. Det kræver, at både den enkelte bliver mere bevidst om, hvordan sund livsstil kan være med til at holde en lang række sygdomme fra døren, ikke mindst type 2-diabetes. Og at kommunerne løfter deres brede forebyggelsesopgave. Også den alment praktiserende læge skal være mere opmærksom og have en større viden om diabetes, og hvordan sygdommen udvikler sig, så de tidlige stadier af prædiabetes kan opdages. At knække kurven er en kæmpe opgave, men det er visionen på lang sigt. Her og nu handler det i høj grad om at stoppe den stigende tilgang til sygdommen både hos voksne og yngre mennesker. Rigtig mange tilfælde af type 2-diabetes kan i fremtiden undgås, hvis vi styrker forebyggelsesindsatsen og sikrer, at børn og unge får nogle gode vaner med sig, fra de er små.

Diabetes er en ufrivillig følgesvend, som de fleste mennesker med diabetes har med sig resten af livet, og som kræver, at der træffes meget bevidste valg om kost og motion i hverdagen. Som diabetespatient har du forøget risiko for at blive ramt af en række alvorlige følgesygdomme som fx nyresygdom, blindhed og hjerte-karsygdomme, men reguleres din sygdom optimalt, behøver den hverken at forringe din trivsel eller livskvalitet.

Gevinsten for det enkelte menneske med diabetes – og for samfundet – er enorm, hvis vi yder den bedst tænkelige diabetesbehandling og styrker diabetespatienters evne til at drage omsorg for eget helbred. Derfor er der med satspuljen for 2017-2020 prioriteret 65 mio. kr. til en national diabetesbehandlingsplan, som skal styrke forebyggelse og tidlig opsporing af type 2-diabetes, målrette behandling og støtte til den enkelte diabetespatient samt sikre en udbredelse af den tilgængelige viden og alle de gode indsatser, der allerede findes for at sikre høj kvalitet i hele landet. Som udgangspunkt for handlingsplanen har Sundhedsstyrelsen med bidrag fra en række eksperter udarbejdet et fagligt oplæg med anbefalinger for en *”styrket indsats for mennesker med diabetes”*.

Vi ved i høj grad, hvad der virker. Diabetesbehandlingen i Danmark er i dag på et højt internationalt niveau. Men vi kan gøre endnu mere for at sikre, at flere tilfælde af type 2-diabetes forebygges, at sygdommen opspores tidligere, og at alle diabetespatienter får en diabetesbehandling i top. Der opstilles derfor fire pejlemærker, som skal være det overordnede fokus for fremtidens diabetesindsats:

- At færre udvikler type 2-diabetes i fremtiden
- At børn og unge med diabetes får et bedre liv med deres sygdom
- At flere patienter har en velreguleret diabetes
- Et mere sammenhængende forløb for diabetespatienter



At få konstateret diabetes kan have alvorlige fysiske og psykiske konsekvenser for den enkelte. Derfor skal vi i fremtiden arbejde for at forebygge endnu flere tilfælde af type 2-diabetes. Men det er desværre ikke muligt at forebygge alle diabetestilfælde. Det er afgørende, at alle diabetespatienter – hvad end de har type 1- eller type 2-diabetes – får de bedste muligheder for at leve med sygdommen på en måde, der konflikter mindst muligt med det liv, de hver især ønsker at leve. Det kræver behandling af høj kvalitet tæt på den enkelte. Vi skal se mennesket, før vi ser sygdommen, når vi sammensætter et behandlingsforløb. Sundhedsprofessionelle skal i endnu højere grad tage højde for de personlige, uddannelsesmæssige og sociale ressourcer hos mennesket med diabetes samt inddrage den enkelte langt mere i tilrettelæggelsen af behandlingsforløbet. Sådan undgår vi unødigt patientlignegørelse af dem, der kan klare meget selv, og samtidig sikrer tilstrækkelig med støtte til dem, der har vanskeligt ved at overskue situationen. På den måde sikrer vi også, at sundhedsvæsenet bruger sine ressourcer der, hvor behovet er størst. Og vi kan bidrage til at mindske noget af den sociale ulighed, vi desværre ser på diabetesområdet.

Denne handlingsplan bygger videre på de vigtige skridt, der blev taget i de tidligere diabetesbehandlingsplaner fra 1994¹ og 2003². Meget er sket siden, og med denne handlingsplan tager vi et skridt ind i fremtidens sundhedsvæsen. Udviklingen i danskernes alderssammensætning og sygdomsbillede betyder, at vi på trods af kommunernes styrkede fokus på forebyggelsesindsatser fremover vil få en stor gruppe ældre patienter med kroniske sygdomme som fx diabetes. Derfor skal vi styrke opbygningen af nære, trygge og sammenhængende sundhedstilbud tæt på den enkelte borger. Det betyder, at flere diabetespatienter i fremtiden vil kunne få behandling i hjemmet eller tæt på, hvor de bor.

1 Sundhedsstyrelsen (1994): Diabetesbehandling i Danmark – fremtidig organisering

2 Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2003): Handlingsplan om diabetes

Kommuner, praktiserende læger og udgående sygehusfunktioner skal arbejde sammen om at levere den bedst mulige behandling tæt på patienten. Handlingsplanen følger dermed det spor, der er lagt ud af Udvalget om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, og som understøttes af den nye overenskomst med de praktiserende læger, som også løfter diabetesindsatsen betydeligt.

Kvalitet, nærhed, sammenhæng og et godt samarbejde mellem patient og behandlere skal præge diabetesindsatsen i Danmark. Mange mennesker med diabetes lider også af andre sygdomme. Det er vigtigt, at de undgår at blive kastebold i systemet. Under overskriften "samme dag under samme tag" skal vi udbrede modeller for, hvordan undersøgelser og opfølgning for diabetes og evt. følgesygdomme samles på én dag på ét sted. Vi kender i dag arbejdet fra Diagnostisk Center på Regionshospitalet i Silkeborg og Medicinsk Fælles Ambulatorium på Holbæk Sygehus.

Det er afgørende for patienternes liv med diabetes, at der er et godt samarbejde med sundhedsvæsenet. Som menneske med diabetes skal man have tilbud, der passer til sit behov, men samtidig har man selv hovedrollen i håndteringen af sin sygdom. Derfor skal sundhedsvæsenet også kunne motivere og oplyse patienterne til selv at gøre sit bedste – og for mange en endnu større indsats end i dag. I handlingsplanen vil vi udvikle redskaber, der kan understøtte dialogen mellem sundhedsprofessionel og patient, når de skal finde den rigtige indsats og behandlingstilgang til hver enkelt.

Desværre er det ikke kun den enkelte, der rammes af diabetes. Det griber ind i hele familien – særligt når det handler om børn med type 1-diabetes. Der er behov for at styrke indsatsen omkring børn og unge med diabetes og deres familier. De står ofte med nogle meget anderledes udfordringer end den store gruppe af diabetespatienterne, som får konstateret type 2-diabetes, når de er oppe i årene. Som forældre kan det i starten virke uoverskueligt, at man ikke alene skal give sit barn kærlighed og opdragelse, men også på nogle punkter skal være sit barns behandler. Det kræver fx en stram styring af den mad, barnet spiser i løbet af en dag. Samtidig ved vi, at ungdomsårene er en periode, hvor det kan være svært for diabetespatienter at drage omsorg for sig selv og deres sygdom.

Vi skal være bedre til at møde patienterne der, hvor de er i livet. Det kan bl.a. være med hjælp fra teknologi som glukosemålere eller fra smartphones, tablets m.v., som i forvejen er en integreret del af hverdagen for mange. Derudover er det vigtigt, at fx kommunernes forebyggelses- og rehabiliteringstilbud tilpasses borgerens liv på en måde, som gør det nemt for den enkelte at prioritere det i hverdagen.

Selv om vi har stor viden om, hvad der virker, oplever en del diabetespatienter fortsat, at kvaliteten i deres behandling afhænger af, hvor i landet de bor; at tilbud, der gives til nogle, ikke gives til andre. Det seneste eksempel har været adgangen til glukosemålere. Det er ikke godt nok. Med handlingsplanen ønsker vi, at alle diabetespatienter skal mødes af samme ensartede høje kvalitet i sundhedsvæsenet uanset, hvor i landet de bor.

Tusindvis af danskere lever et godt og indholdsrigt liv med diabetes. Mange er eksempelvis gode til at drage omsorg for deres eget helbred for at holde deres diabetes velreguleret og undgå alvorlige følgesygdomme. Det er et resultat af en stor indsats fra både den enkelte patient og en mangeårig indsats på diabetesområdet, som personalet på sygehuse, almen praksis, kommuner og civilsamfund er lykkedes med. Med diabetes-handlingsplanen vil vi gøre noget, der allerede er godt, endnu bedre. Der er stadig plads til forbedring, og vi har ikke råd til at lade være. Derfor lader vi med denne handlingsplan de danske diabetespatienter gå forrest ind i fremtidens sundhedsvæsen.

2

Oversigt over initiativer i den nationale diabetesbehandlingsplan

Diabetes skal forebygges op opdages tidligere

INITIATIV 1

Styrket forebyggelse af diabetes
i kommunen

INITIATIV 2

Tidligere opsporing
af personer med type 2-diabetes

INITIATIV 3

Målrettet opsporing af type 2-diabetes
i relevante grupper

INITIATIV 4

Sunde fødevarer til mennesker
med diabetes

Styrket indsats for børn og unge med diabetes

INITIATIV 5

Støtte og rådgivning til familier
med diabetes tæt inde på livet

INITIATIV 6

Ung med diabetes

INITIATIV 7

Adgang til behandlingsredskaber

Behandlingen skal indrettes efter den enkelte

INITIATIV 8

Mere individuelle behandlingsforløb

INITIATIV 9

Styrket indsats for de særligt sårbare
diabetespatienter

Alle patienter med diabetes skal have adgang til behandling af samme høje kvalitet

INITIATIV 10

"Samme dag under samme tag"

INITIATIV 11

Al viden ét sted

INITIATIV 12

Styrket samarbejde og kvalitet
på tværs af sektorer

65 mio. kr.
afsættes til
initiativerne

3

Pejlemærker for fremtidens diabetesindsats

Den nationale diabetesbehandlingsplan skal forme fremtidens diabetesindsats.

VISIONER FOR FREMTIDENS DIABETESINDSATS

Forebyggelse

I fremtiden er forebyggelsesindsatsen så effektiv, at langt færre mennesker udvikler diabetes. Der er særligt fokus på, at forebyggelsesindsatsen skal give børn og unge gode vaner, som de tager med sig ind i voksenlivet.

Tidlig opsporing

Når diabetes opstår, bliver sygdommen hurtigt opsporet gennem en fælles indsats i kommuner og almen praksis, så en effektiv behandling hurtigt iværksættes. Den tidlige opsporing betyder, at den enkelte patient får færre komplikationer af diabetes, og at flere type 2-diabetespatienter bliver symptomfrie.

Behandling

Behandlingen er tilrettelagt og målrettet ud fra den enkeltes behov og ønsker, uanset om man er barn eller voksen. Behandlingen passer til patientens evne til at tage ansvar for egenomsorg og sund livsstil. Patienten oplever et sammenhængende behandlingsforløb, hvor samarbejdet mellem sektorerne fungerer gnidningsløst. Derfor modtager patienten det rette tilbud på det rette tidspunkt og får den optimale behandling.

Rehabilitering

Patienten modtager de rehabiliterende tilbud, som er relevante. Det sikrer, at patienten kan opnå en velreguleret diabetes og det bedst mulige liv med sin sygdom.

De nationale mål for sundhedsvæsenet, som blev aftalt mellem regeringen, KL og Danske Regioner i 2016, er med til at sætte rammen for kvalitetsarbejdet i det kommunale og regionale sundhedsvæsen. Målene danner grundlag for den generelle indsats i sundhedsvæsenet og dermed også på diabetesområdet.

Med den nationale diabetesbehandlingsplan opstilles fire klare og strategiske pejlemærker specifikt for diabetesindsatsen. Formålet er at forme fremtidens diabetesindsats gennem et langsigtet fokus på at styrke forebyggelse, behandling og rehabilitering på diabetesområdet med udgangspunkt i den eksisterende indsats på området og de kommende initiativer i diabetesbehandlingsplanen, som skal være med til at løfte indsatsen til et endnu højere niveau til gavn for den enkelte patient og for samfundet.



PEJLEMÆRKE 1

Færre udvikler type 2-diabetes i fremtiden

Diabetes er en sygdom, som har store konsekvenser for de mennesker, der får diagnosen. At få diagnosen diabetes indebærer ofte væsentlige ændringer i hverdagen og kan have stor betydning for det enkelte menneskes livskvalitet. Det er samtidig en sygdom, som medfører enorme omkostninger for samfundet til behandling og pleje i sundhedsvæsenet samt udgifter i form af tabt arbejdsfortjeneste ved ekstra sygedage, førtidspension og tidlig død.

Derfor bør der arbejdes for, at færre danskere i fremtiden udvikler type 2-diabetes, og at flere tilfælde end i dag dermed forebygges. Den langsigtede vision er helt at knække diabeteskurven. Det er en meget stor opgave at vende udviklingen, da fremskrivninger viser, at antallet af mennesker med diabetes fortsat vil stige. Hvis opgaven skal lykkes, skal der ydes en helt særlig og vedholdende indsats for at forebygge diabetes. Det er både godt for den enkelte, som kan undgå en sygdom, som følger dem resten af livet og for samfundet som helhed, som sparer udgifter til bl.a. behandling af diabetes. Man kan følge udviklingen i hvor mange danskere, der får diabetes ved at måle incidensen (antal nye tilfælde) af type 2-diabetes pr. år i Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS).

PEJLEMÆRKE 2

Børn og unge med diabetes får et bedre liv med deres sygdom

For mange børn og unge med diabetes har sygdommen en stor betydning i deres hverdag. De skal tage medicin, være opmærksomme på, hvad de spiser og ofte møde til besøg på sygehuset eller hos den praktiserende læge.

Det er derfor vigtigt at sikre, at børn og unge med diabetes får et liv med højst mulig livskvalitet og færrest mulige gener i hverdagen.

Dette pejlemærke vil kunne følges ved hjælp af kvantitative og kvalitative studier, der belyser livskvaliteten hos børn med diabetes.

PEJLEMÆRKE 3

Flere patienter har en velreguleret diabetes

Når patienter får diabetes, indebærer det ofte hyppig kontakt med sundhedsvæsenet, daglig indtag af medicin og et konstant fokus på livsstil og vaner for at mindske symptomerne og undgå udvikling af følgesygdomme. Alt dette har betydning for, hvor velbehandlede patienter er, og hvor godt de har det i hverdagen. Patienter, der ikke er velbehandlede, vil oftere udvikle følgesygdomme og blive indlagt akut på sygehuset. Det kan have alvorlige konsekvenser for den enkelte patient, og betyder samtidig øgede udgifter til behandling og pleje i sundhedsvæsenet.

Flere mennesker med diabetes skal have det godt og være velbehandlede. Det kan bl.a. bidrage til færre komplikationer, færre akutte indlæggelser, og at overdødeligheden blandt mennesker med diabetes mindskes. En tidligere opsporing af diabetes kan samtidig medvirke til, at patienten tidligere i forløbet kommer i behandling for sin diabetes og dermed bliver velbehandlet.

Der kan være flere måder, hvorpå det kan følges, hvor velbehandlede diabetespatienter er. Eksempelvis via de kliniske kvalitetsdatabaser, som indeholder oplysninger om patienters langtidsblodsukker, ved at se på hvor mange patienter, der bliver indlagt og genindlagt akut samt via patienters svar på spørgeskemaer om deres helbreds-tilstand (fx PRO-data). Der foretages en faglig vurdering af, hvordan pejlemærket følges.

PEJLEMÆRKE 4

Et mere sammenhængende forløb for diabetespatienter

Diabetespatienter har kontakt med mange forskellige sundhedsprofessionelle, som alle spiller en rolle i behandlingsforløbet. Mange diabetespatienter oplever dog, at der ikke er tilstrækkelig koordination og samarbejde mellem forskellige aktører, og at deres forløb ikke hænger godt nok sammen. Det kan betyde, at patienten eksempelvis ikke modtager de tilbud, som vedkommende kan have gavn af, hvilket kan påvirke patientens sygdomstilstand og velbefindende. Eller det kan føre til unødigt ressourceforbrug og dobbeltarbejde, når der ikke koordineres tilstrækkeligt mellem sektorer i sundhedsvæsenet.

Sammenhængen i diabetesbehandlingen på tværs af sektorer og sundhedsprofessionelle skal styrkes. Det skal bl.a. bidrage til, at patienten henvises til de rette tilbud på det rette tidspunkt, og at kontrolbesøg m.m. samles på ét sted på én dag for at lette hverdagen for patienter med diabetes. Med den netop indgåede overenskomst for almen praksis, får de praktiserende læger et øget ansvar for behandlingen af patienter med type-2 diabetes. Det skal bl.a. medvirke til at sikre en mere sammenhængende behandling for den enkelte patient, når opfølgning og behandling forankres ét sted i sundhedsvæsenet.

Bevægelsen er et skridt på vejen til, at opgaver, der i dag bliver varetaget på sygehuse, såsom behandling og kontrol af visse kroniske sygdomme, i højere grad varetages i almen praksis og kommuner – med rådgivning og støtte fra sygehuse. Det er oftest både til gavn for den enkelte patient at blive behandlet tæt på sit hverdagsliv, og det giver også mest værdi for sundhedskronerne, at vi i større grad binder bånd mellem det specialiserede og det nære sundhedsvæsen.

Pejlemærket kan bl.a. følges ved antallet af diabetespatienter (både type 1 og type 2), som bliver genindlagt akut på sygehuset. Antallet af akutte genindlæggelser på sygehuse er en indikator for sammenhængen på tværs, idet det bl.a. afspejler, om der sker en tilstrækkelig koordinering mellem sygehuse, kommuner og almen praksis, når diabetespatienterne udskrives fra sygehuset. Akutte genindlæggelser registreres allerede i dag.

4

Fakta om diabetes

Diabetes er en kronisk stofskiftesygdom, hvor patienten har kronisk forhøjet blodsukker. De to mest almindelige former for diabetes er type 1-diabetes og type 2-diabetes. Hos patienter med type 1-diabetes kan kroppen ikke selv producere den insulin, som hos raske mennesker er med til at stabilisere blodsukkeret. Patienter med type 2-diabetes har en nedsat følsomhed over for insulin, som gør, at insulinen ikke i tilstrækkelig grad kan få blodsukkeret til at falde ligesom hos raske mennesker.

Foruden type 1- og type 2-diabetes findes også de mindre almindelige diabetestyper, fx graviditetsdiabetes, Maturity-Onset Diabetes of the Young (MODY) og Latent Auto-immune Diabetes of Adulthood (LADA), også kaldet type 1½-diabetes.

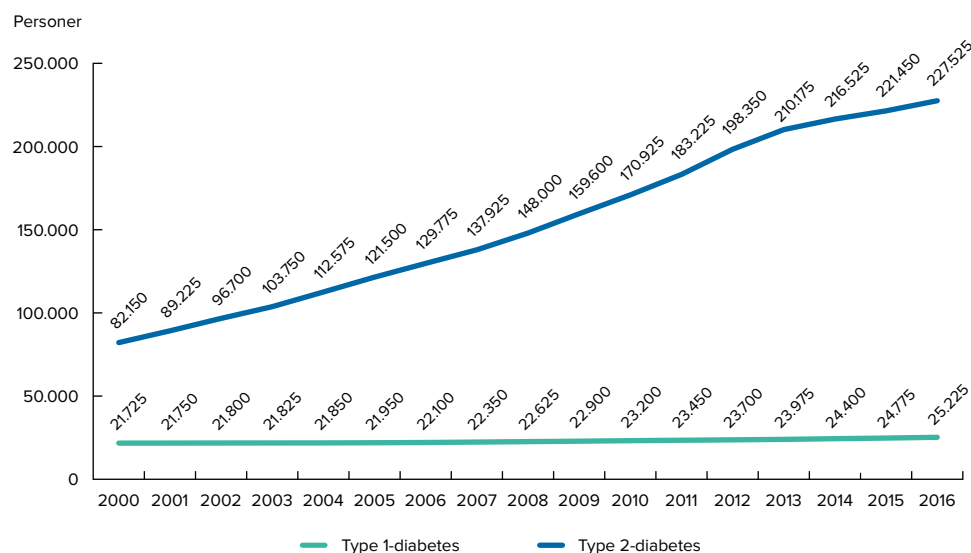
Både type 1- og type 2-diabetes kan være forbundet med en række alvorlige følgesygdomme og komplikationer, herunder skader på nervesystemet, nyresygdom, blindhed og hjerte-karsygdomme. For nogle patienter med diabetes kan udviklingen af alvorlige fodsår i yderste konsekvens resultere i amputation af tæer, fødder og ben.

Diabetes er en af de kroniske sygdomme, som rammer allerflest danskere. I dag lever cirka 225.000 danskere med diagnosen type 2-diabetes, mens ca. 25.000 har type 1-diabetes³, jf. figur 1⁴. Type 2-diabetes udgør således ca. 90 % af alle diabetestilfælde i Danmark.



FIGUR 1

Antal personer med diabetes (år 2000-2016)



Kilde: Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS)

3 Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) – tallet er fra 2016

4 På diabetesområdet hersker en generel diskussion om måden, man opgør data, herunder forekomsten af diabetes. I den nationale diabetesbehandlingsplan benytter Sundheds- og Ældreministeriet data fra Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS), som inkluderer patienter med en relevant diagnose i landspatientregisteret samt personer, der har afhentet blodsukkersænkende medicin på apoteket. Nogle diabetespatienter registreres muligvis ikke ved denne opgørelsesmetode, hvorfor der kan være tale om et mørketal. Desuden indgår i handlingsplanen også tal fra Sundhedsstyrelsens rapport "Sygdomsbyrden i Danmark – Sygdomme", som benytter data fra Det Nationale Diabetesregister, hvor prævalens og incidens opgøres anderledes end i RUKS



Som det fremgår af figur 1, har det samlede antal personer med diabetes i Danmark været stigende i de sidste mange år. Den voldsomme stigning i forekomsten af diabetes skyldes bl.a., at mange flere danskere er overvægtige end tidligere, at flere bevæger sig mindre i det daglige, og at den danske befolkning generelt bliver ældre og ældre. Alle disse ting øger risikoen for at få type 2-diabetes. Men stigningen skyldes også en positiv udvikling, hvor patienter med diabetes i gennemsnit lever længere med sygdommen, og mange opspores tidligere og dermed får diagnosen tidligere i forløbet end førhen. Derudover dækker stigningen også over et generelt stigende befolkningstal, bl.a. på grund af tilflytning.

Selvom mennesker med diabetes heldigvis lever længere med sygdommen end tidligere, er der stadig ca. 1.300 danskere, som hvert år dør på grund af diabetes. Det svarer til 3 % af alle dødsfald i Danmark⁵.

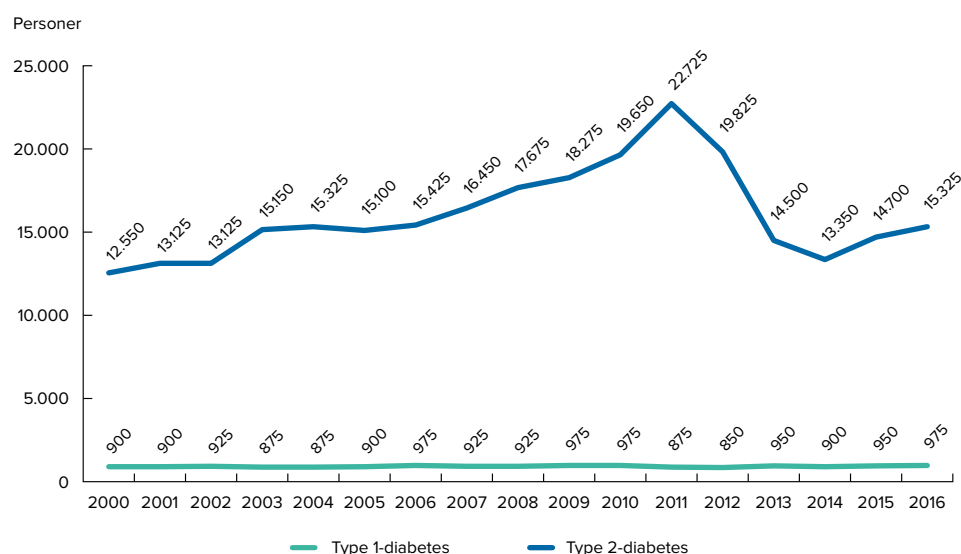
Ca. 15.000 danskere diagnosticeres med type 2-diabetes hvert år, mens antallet af nye patienter, der hvert år får diagnosen type 1-diabetes er ca. 1.000, jf. figur 2⁶. Der kommer derfor i alt ca. 16.000 nye tilfælde af diabetes hvert år. Antal nye tilfælde af type 1-diabetes har været nogenlunde stabilt de seneste 15 år, mens antal nye tilfælde af type 2-diabetes er steget i perioden. Af figur 2 fremgår et "knæk" på kurven efter 2011, hvilket skyldes en ændring i definitionen på type 2-diabetes, så den følger kriterier fra WHO.

5 Sundhedsstyrelsen (2015): Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme

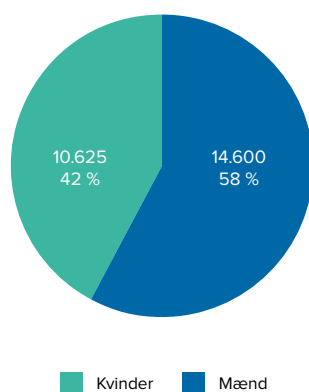
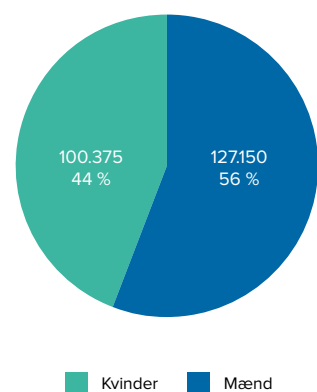
6 Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS)

**FIGUR 2**

Antal nye tilfælde af diabetes (år 2000-2016)

*Kilde: Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS)*

Forekomsten af diabetes er ikke jævnt fordelt blandt danskerne. Flere mænd end kvinder har diabetes. Det gælder både type 1-diabetes, hvor 58 % af patienterne er mænd, og type 2-diabetes, hvor 56 % af patienterne er mænd, jf. figur 3 og 4⁷. Blandt børn og unge med diabetes er der nogenlunde lige mange drenge og piger.

**FIGUR 3**Kønsfordelingen
Type 1-diabetes i 2016**FIGUR 4**Kønsfordelingen
Type 2-diabetes i 2016*Kilde: Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS)*

7 Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS)



Mere end 80 % af patienterne med type 2-diabetes er overvægtige, og lige så mange har forhøjet blodtryk og/eller forhøjet kolesterol i blodet. Overvægt er dog ikke altid forbundet med udvikling af type 2-diabetes, som også forekommer hos normalvægtige, som fx har et lavt niveau af fysisk aktivitet eller uhensigtsmæssige kostvaner (også kaldet ”tyndfede”). Dette understreger i høj grad, at kost og livsstil er meget væsentlige faktorer, når vi taler om, hvordan vi målrettet kan undgå diabetes.

Statistikken viser også, at risikoen for type 2-diabetes er højere blandt indvandrergupper med især pakistansk, tyrkisk og somalisk baggrund, sammenlignet med personer med etnisk dansk baggrund⁸. Det skyldes både arvelige forhold, idet disse grupper i højere grad er disponeret for at udvikle type 2-diabetes, samt i livsstilsfaktorer som ernæring og fysisk aktivitet.

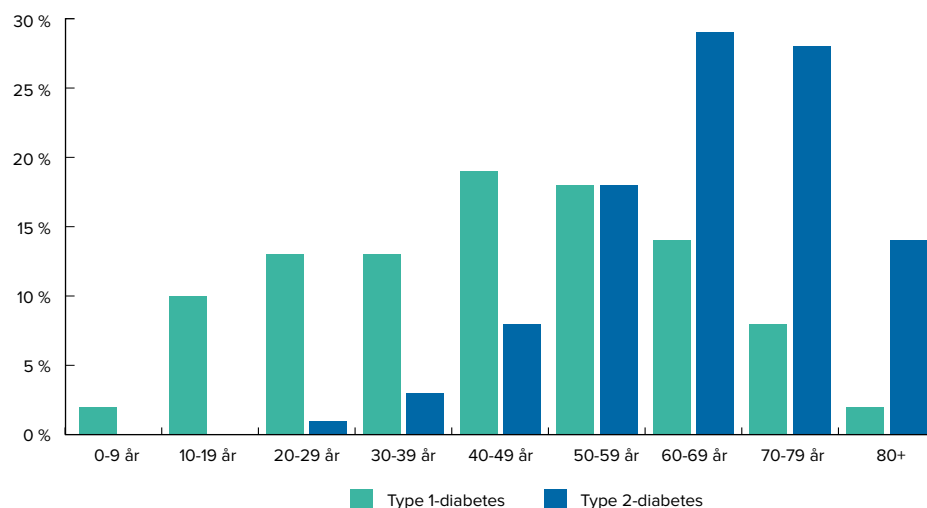
8 Sundhedsstyrelsen 2017. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes

Type 1-diabetes rammer ofte børn eller yngre voksne, mens type 2-diabetes for det meste rammer senere i livet, og derfor også tidligere er blevet kaldt ”gammelmænds-sukkersyge”. Som det fremgår af figur 5, er langt hovedparten af mennesker med type 2-diabetes over 50 år. Blandt børn og unge med diabetes har 99 % type 1-diabetes, men type 2-diabetes ses dog også hos børn, særligt overvægtige børn⁹.



FIGUR 5

Procentvis aldersfordeling af type 1-diabetes og type 2-diabetes i 2016



Kilde: Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS)

Diabetes er en af de sygdomme, som koster det danske samfund allermest i velfærdsudgifter. Hvert år registreres omkring 330.000 ambulante hospitalsbesøg, hvor diabetes er grunden til hospitalsbesøget. Det svarer til 4 % af alle somatiske ambulante hospitalsbesøg, og de ambulante diabetesbesøg koster det danske samfund næsten 600 mio. kr. årligt.



Sundhedsvæsenet har samlede udgifter for omkring 2 mia. kr. årligt til behandling og pleje af patienter med diabetes, jf. tabel 1. Derudover koster diabetes knap 1,2 mia. kr. årligt i tabt produktion på grund af ekstra sygedage, førtidspension, og fordi diabetespatienter dør tidligere end raske. Samlet set koster diabetes det danske samfund 3,2 mia. kr. om året¹⁰.

TABEL 1

Gennemsnitlige årlige omkostninger til behandling og pleje fordelt på køn

Omkostninger (mio. 2012-kr)	Indlæggelser	Ambulante besøg	Primær- sektor	Medicin	Hjemme- hjælp	I alt
Mænd	163,1	335,1	151,4	293,8	136,1	1.079,5
Kvinder	114,6	245,9	140,4	206,7	184,9	892,5
I alt	277,7	581,0	291,8	500,5	321,0	1.972,0

Kilde: Sundhedsstyrelsen (2015): Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme

Diabetes er altså en sygdom, som medfører store konsekvenser – ikke kun for den enkelte patient, som i mange tilfælde er i tæt og jævnlig kontakt med sundhedsvæsenet. Diabetes medfører også væsentlige udgifter i det danske sundhedsvæsen. Derfor skal vi sikre, at ressourcerne i sundhedsvæsenet udnyttes sådan, at de er til mest mulig gavn for den enkelte patient. Og vi skal udnytte mulighederne for at reducere udgifterne i både kommuner og regioner ved at sætte tidligt ind over for diabetes. Når vi løfter diabetesområdet, er der derfor tale om en investering, som på den lange bane vil betyde sparede omkostninger i sundhedsvæsenet og samfundet generelt.

Det skal initiativerne i den nationale diabetesbehandlingsplan bidrage til.

¹⁰ Sundhedsstyrelsen (2015): Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme

5

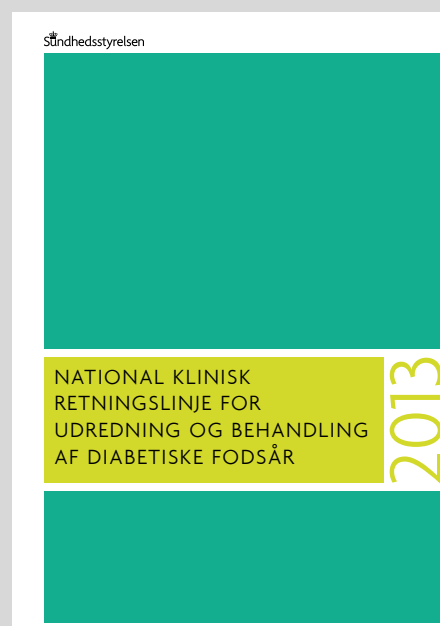
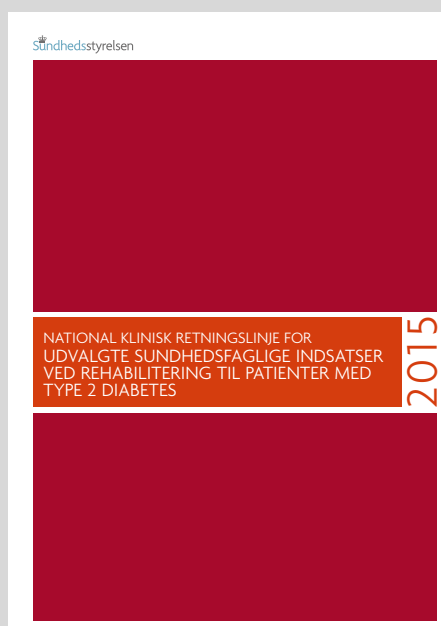
Diabetesindsatsen i Danmark

Diabetesindsatsen i Danmark involverer en række forskellige læger, sygeplejersker og øvrige sundhedsprofessionelle i sundhedsvæsenet, som på forskellig måde bidrager til opsporing, behandling og rehabilitering af mennesker med diabetes i Danmark.

Den alment praktiserende læge, sygehuset, kommunen og forskellige privatpraktiserende sundhedspersoner, eksempelvis speciallæger og fodterapeuter, spiller alle en rolle i patientens behandlingsforløb – ligesom også private organisationer og frivillige foreninger har tilbud til diabetespatienter. Den alment praktiserende læge spiller allerede i dag en stor rolle i behandlingen af patienter med type-2 diabetes, og skal i fremtidens sundhedsvæsen være omdrejningspunktet for en endnu større del af den almene behandling og opfølgning, jf. den nye overenskomst for almen praksis.

Oversigt over diabetesindsatsen i Danmark





Udviklingen i diabetesbehandlingen

I de senere år har diabetesbehandlingen i Danmark gennemgået en enorm udvikling til gavn for mange patienter med både type 1- og type 2-diabetes.

Som grundlag for diabetesindsatsen i Danmark er udviklet en række sundhedsfaglige retningslinjer, vejledninger og anbefalinger fra bl.a. Sundhedsstyrelsen og de faglige selskaber. De beskriver, hvordan indsatsen bedst muligt tilrettelægges i henholdsvis almen praksis, regioner og kommuner for at sikre, at patienten får en behandling af høj faglig kvalitet med udgangspunkt i den nyeste sundhedsfaglige viden.

Der er indført forløbsprogrammer for kroniske sygdomme, som aftales lokalt mellem kommuner og regioner og beskriver den sundhedsfaglige indsats, opgavefordeling og koordinering mellem sygehusene, kommunerne og de alment praktiserende læger. Det skal være med til at sikre en bedre sammenhæng samt klarhed om opgavefordelingen på tværs af aktører i sundhedsvæsenet.

Det nære sundhedsvæsen spiller en central rolle i forebyggelse og behandling af diabetes. Der er et stort potentiale i at styrke den del af sundhedsvæsenet endnu mere for at undgå unødvendige indlæggelser eller ambulante kontakter på sygehuset samt for at skabe en bedre sammenhæng i behandlingen tættere på borgeren.

Forebyggelse og opsporing af type 2-diabetes

Kommunerne har siden 2007 haft ansvaret for sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, som skal medvirke til at undgå, at borgere udvikler kroniske sygdomme, herunder type 2-diabetes. I årene siden strukturreformen har kommunerne oprustet på forebyggelsesindsatsen, bl.a. med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker. Det betyder, at grundlaget for forebyggelsen af type 2-diabetes på lokalt plan er blevet styrket. Der er dog fortsat stor variation kommunerne imellem.



Indsatsen for at opspore mennesker i høj risiko for at have eller udvikle diabetes sker i høj grad i almen praksis, når patienter selv henvender sig med symptomer. Kommunerne spiller dog også en væsentlig rolle i opsporingen af diabetes, da de er i kontakt med mange af borgerne, eksempelvis via hjemmeplejen, sundhedsplejersken eller socialrådgivningen. Når personale i kommunerne bliver opmærksomme på borgere, der er i risiko for at have eller udvikle type 2-diabetes, skal kommunen guide borgeren videre til sin praktiserende læge, som kan foretage en undersøgelse og eventuelt stille en diagnose. Desuden skal kommunen tilbyde målrettede forebyggelsestiltag over for borgeren. Ved at skabe opmærksomhed på diabetes og sygdommens symptomer i andre dele af samfundet end sundhedsvæsenet, kan man styrke forebyggelsen og den tidlige opsporing af diabetes.

Behandling af type 2-diabetes i almen praksis

For patienter med type 2-diabetes spiller den almen praktiserende læge en nøglerolle i behandlingsforløbet. Patienten vil i mange tilfælde få udskrevet medicin af den praktiserende læge, som også vil være ansvarlig for opfølgning og planlægning af patientens rehabiliteringsforløb, herunder drøfte hvorvidt patienten kan have gavn af specifikke livsstilsændringer.

Med den netop indgåede overenskomstaftale mellem regionerne og de alment praktiserende læger flyttes en større del af behandlingen af patienter med kroniske sygdomme, herunder diabetes, tættere på borgerne, idet de praktiserende læger får en endnu større rolle i behandlingsforløbet. Med aftalen er der givet et betydeligt løft til de praktiserende lægers behandling af mennesker med kronisk sygdom. Der er afsat 100 mio. kr. årligt alene i det kommende program for diabetes¹¹. Det bidrager til styrkelse af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, hvor også kommunerne i de kommende år i højere grad end tidligere vil indgå væsentligt i behandlingen og rehabiliteringen af mennesker med kronisk sygdom.

11 I overenskomstens tredje år

Med finanslovsaftalen for 2015 og siden økonomaftalen med regionerne for 2016 blev det besluttet at indføre forløbsplaner for patienter med udvalgte kroniske sygdomme, herunder diabetes. En forløbsplan er et redskab, som skal hjælpe til at give patienten overblik og viden om, hvilke tilbud og hvilket forløb man som nydiagnosticeret med diabetes kan forvente, herunder i forhold til behandling, træning og patientuddannelse. Forløbsplanen udarbejdes i samarbejde med den enkelte patient og tilpasses den enkeltes behov, ressourcer og præferencer. Det giver mulighed for, at lægen og patienten i fællesskab kan tilrettelægge et skræddersyet behandlingsforløb. Forløbsplaner pilottestes i øjeblikket, og skal efter aftale i overenskomsten med de praktiserende læger udbredes fra 1. januar 2018, så alle nydiagnosticerede diabetespatienter fremover får en individuel forløbsplan.

Diabetesbehandlingsplanens initiativer og afsatte midler skal derfor bl.a. ses i sammenhæng med de vigtige skridt og den økonomiske prioritering, der er taget med overenskomstaftalen med de praktiserende læger.

Behandling af type 1-diabetes og type 2-diabetes på sygehuse

Når en person bliver diagnosticeret med type 1-diabetes, vil patienten typisk blive henvist til et diabetesambulatorium på et af regionens sygehuse. Det samme gælder type 2-diabetespatienter med svære komplikationer eller som af andre grunde har brug for behandling på sygehuset. I Region Hovedstaden er der også den mulighed, at type 1-diabetespatienten eller patienten med kompleks type 2-diabetes bliver henvist til behandling på Steno Diabetes Center Copenhagen. En mulighed som også vil være tilgængelig i de andre fire regioner inden for en årrække på grund af en milliardinvestering fra Novo Nordisk Fonden. Selvom tovholderfunktionen for mange type 1-diabetespatienter vil varetages af sygehuset, spiller patientens alment praktiserende læge fortsat en rolle i behandlingsforløbet.

Det er forventningen, at de regionale Steno diabetescentre vil komme til at spille en væsentlig rolle i den fremtidige diabetesindsats i Danmark. Det skyldes ikke mindst, at centrene vil være yderst specialiserede og opdateret på den nyeste viden inden for diabetesbehandling, hvorfor de vil være gearet til at håndtere patienter med kompliceret diabetes, både når det gælder type 1- og type 2-diabetes. Det er forventningen, at de kommende regionale diabetescentre kan være med til at styrke sammenhængen i den enkelte patients diabetesbehandling bl.a. på grund af muligheden for at samle forskellige sundhedsprofessionelle med relevans for behandling af diabetes. Samtidig kan Steno-centrene i kraft af deres stærke forskningskompetencer bidrage til at rådgive kommuner og almen praksis om den nyeste viden på diabetes-området.

Rehabilitering og patientuddannelse

Mange diabetespatienter henvises til kommunale forebyggelses- og rehabiliteringsforløb, som bl.a. kan indeholde sygdomsmestring, ernæringsindsatser, fysisk træning og rygeafvænning. Disse indsatser indgår som en væsentlig del af den samlede diabetesbehandling og har til formål at mindske patientens symptomer og udskyde udvikling af komplikationer, uddanne patienten i at tage vare på egen sygdom samt støtte vedkommende i at bevare en hverdag, som er mindst muligt påvirket af sygdom. Sundhedsstyrelsen har udarbejdet faglige anbefalinger til indholdet i kommunernes forebyggelses- og rehabiliteringstilbud til borgere med kronisk sygdom, herunder patienter med diabetes.

Foruden indsatsen i det etablerede sundhedsvæsen tilbyder også civilsamfundet støtte og uddannelse til diabetespatienter og deres pårørende. Eksempelvis tilbyder Diabetesforeningen motivationsgrupper eller mentorforløb, hvor diabetespatienter kan mødes med andre i samme båd og få hjælp og støtte til at leve med deres sygdom.

6

Indsats: Diabetes skal forebygges og opdages tidligere

Udviklingen af type 2-diabetes hænger sammen med både genetik og livsstil. En sund livsstil kan medvirke til at forebygge type 2-diabetes. Yderligere ved vi, at overvægt, for lidt motion, usund kost, rygning og et højt alkoholforbrug øger risikoen for, at mennesker udvikler type 2-diabetes.

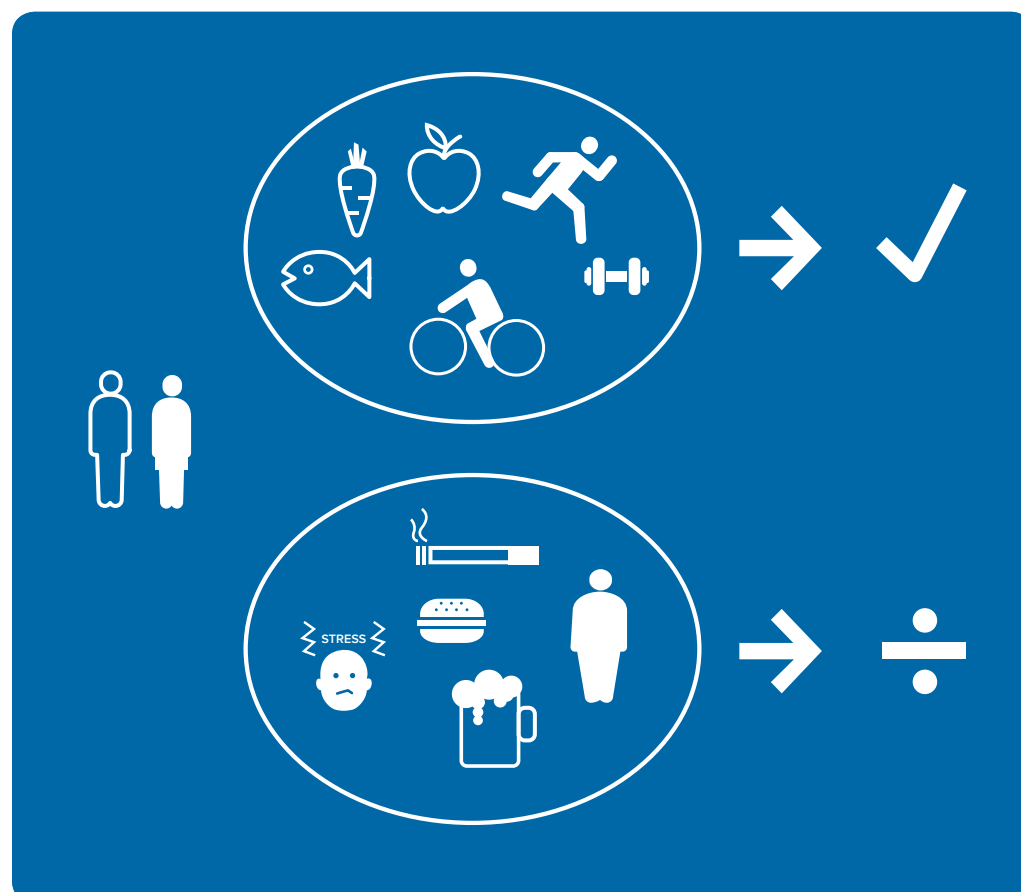
Livsstilen har også stor betydning for de patienter, der allerede har diabetes – uanset om det gælder type 1 eller type 2, jf. figur 6. Usund kost og for lidt motion kan forværre diabetes symptomerne, og særligt rygning øger risikoen for komplikationer som hjertekarsygdom, nyresygdom og beskadigelse af nerverne.

Selvom mange kommuner arbejder målrettet med forebyggelse, er der fortsat alt for mange danskere, der får konstateret type 2-diabetes. Op mod halvdelen af de personer, der diagnosticeres med type 2-diabetes har allerede udviklet følgesygdomme som nyresvigt og øjensygdomme på diagnosetidspunktet. Følgesygdomme som måske kunne være undgået, hvis sygdommen var opdaget tidligere.



FIGUR 6

Livsstilens betydning for diabetes



Vi skal være bedre til at opspore type 2-diabetes i tide, men det kan være vanskeligt at genkende og handle på symptomer på diabetes. Tidlig opsporing kræver en særlig indsats i forhold til de grupper af mennesker, der har størst risiko for at udvikle sygdommen. Det gælder bl.a. mennesker, der lider af psykisk sygdom, mennesker med handicap og mennesker med overvægt. Der skal laves og gennemføres en informationsindsats over for fagpersoner, som er i kontakt med særlige risikogrupper, så fagpersonerne tidligere bliver opmærksomme på symptomerne på diabetes.

INITIATIV 1

Styrket forebyggelse af diabetes i kommunen

Forebyggelse påhviler i høj grad den enkelte borger, som træffer de daglige valg i forhold til bl.a. den mad, man spiser, og hvor meget man bevæger sig i dagligdagen. Mange af vores vaner dannes tidligt i livet og er i høj grad påvirket af vores opvækst og miljø, hvorfor vaner kan være svære at ændre på senere i livet. Strukturelle forhold kan derfor understøtte borgernes mulighed for at leve et sundt liv.

I Danmark har kommunerne ansvar for at etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne. Kommunerne er tæt på borgerne og har derfor en unik mulighed for at planlægge skræddersyede og målrettede tilbud. Nogle kommuner løfter en stor forebyggelsesindsats, mens der i andre kommuner er rum for forbedring. I alle kommuner tager forebyggelsesindsatsen udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker. Et styrket fokus på kommunernes arbejde med at implementere forebyggelsespakkerne kan derfor være med til at løfte den samlede indsats for, at flere tilfælde af type 2-diabetes forebygges i fremtiden.





Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker

Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker er et vidensbaseret værktøj, som rummer anbefalinger til, hvordan kommunerne kan tilrettelægge og prioritere den lokale forebyggelsesindsats. De 11 forebyggelsespakker, der omhandler hver sin risikofaktor, blev udgivet i 2012-2013 og opdateres i 2018 med den nyeste viden. Forebyggelsespakkerne er med til at styrke den forebyggende og sundhedsfremmende indsats i kommunerne og bidrager dermed til at forebygge, at borgere udvikler kroniske sygdomme, herunder type 2-diabetes.

Det er væsentligt, at den nyeste viden inden for forebyggelse af kroniske sygdomme, herunder type 2-diabetes er tilgængelig for kommunerne. Derfor opdaterer Sundhedsstyrelsen forebyggelsespakkerne i foråret 2018.

For at understøtte gode mad- og måltidsvaner har regeringen på tværs af fødevarer-, sundheds-, ældre-, undervisnings-, børne- og socialområdet netop nedsat et Advisory Board, som består af repræsentanter inden for mad- og måltidsområdet. Advisory Boardet skal fremsætte anbefalinger om, hvordan oplysning og adfærdændring kan understøttes med henblik på at fremme danskernes kostvaner og overordnede sundhedstilstand, gerne knyttet an til initiativer om bevægelse, og derigennem håndtere samfundsudfordringerne relateret til kostrelaterede livsstilssygdomme, herunder type 2-diabetes. Advisory Boardet forventes at fremsætte sine anbefalinger i foråret 2018.

De alment praktiserende læger har et stort ansvar for dels at forebygge, at borgere i deres praksis udvikler diabetes, dels at forebygge, at sygdommen udvikler sig hos patienter, der allerede lever med sygdommen. Der er i aftalen om en ny overenskomst med de praktiserende læger afsat midler til, at de praktiserende læger styrker fokus på mennesker med risiko for at udvikle kroniske sygdomme.



De alment praktiserende læger skal bl.a. henvise til kommunens forebyggelsestilbud. Men der er væsentlig forskel på, om lægerne henviser patienter og hvor mange patienter, de henviser. Det kræver, at lægerne har bedre kendskab og tillid til de kommunale tilbud, end det mange steder er tilfældet i dag.

Der er stor forskel på både den borgerrettede og patientrettede forebyggelsesindsats på tværs af landets kommuner. Derfor skal der udvikles redskaber til kommunerne, som kan bidrage til at styrke forebyggelsen af type 2-diabetes over hele landet og implementeringen af de virksomme indsatser lokalt i kommunerne. Forebyggelsesindsatsen er særlig vigtig i forhold til børn og unge, fordi både gode og dårlige vaner grundlægges tidligt.



Initiativ 1:

Sundhedsstyrelsen understøtter yderligere en fokuseret forebyggelsesindsats i kommunerne, herunder

- Udarbejder en oversigt med udvalgte anbefalinger til forebyggelse af diabetes i kommunen. Den skal udpege de anbefalinger i de opdaterede forebyggelsespakker, som er særligt relevante for, at færre borgere – særligt børn og unge – udvikler type 2-diabetes i fremtiden (fx overvægt, fysisk aktivitet, mad & måltider, tobak, alkohol).
- At der foretages en baselinemåling af diabetesprævalensen i de 98 kommuner opdelt på køn og alder til brug for kommunernes arbejde med forebyggelse af diabetes.
- Understøtter – såvel fagligt som økonomisk – implementeringen af de udvalgte anbefalinger gennem et samarbejde med Center for Forebyggelse i Praksis i KL, som via deres eksisterende samarbejde med kommunerne har et solidt kendskab til det kommunale forebyggelsesarbejde.
- Fokuserer indsatsen særligt på forebyggelse af diabetes blandt børn og unge.

Der afsættes 1,5 mio. kr. til dette initiativ, heraf 0,5 mio. kr. til Center for Forebyggelse i Praksis.

Tidligere opsporing af personer med type 2-diabetes

Type 2-diabetes skal opdages så tidligt i sygdomsforløbet som muligt. Det mindsker både risikoen for, at patienten får alvorlige følgesygdomme og komplikationer, som skader på nervesystemet, nyresygdom, blindhed og hjerte-karsygdomme og risikoen for, at patienten dør tidligt på grund af sin diabetes.

Det estimeres, at omtrent 60.000 danskere lever med type 2-diabetes, uden at de ved det¹². Jo længere tid man har haft diabetes, des større er risikoen for at udvikle følgesygdomme. Op mod halvdelen af de borgere, der diagnosticeres med type 2-diabetes har på diagnosetidspunktet allerede udviklet følgesygdomme såsom nyresvigt og øjensygdomme.

Symptomerne på type 2-diabetes kan bl.a. være øget tørst, hyppig vandladning, kløe, træthed, kvalme, føleforstyrrelser, synsforstyrrelser og langsom sårheling. Symptomerne udvikler sig typisk langsomt og starter ofte i det små. Der kan derfor gå lang tid fra de første symptomer viser sig til, at borgeren opsøger læge. Jo længere tid der går, før man kommer i behandling for sin diabetes, des større er risikoen for komplikationer og følgesygdomme.

Der er derfor behov for at styrke den faglige bevidsthed om diabetes og formidlingen af viden om diabetes og dens symptomer til relevante faggrupper i fx kommunen, som er i kontakt med borgere i høj risiko for at udvikle type 2-diabetes. Formålet er at sikre, at patienter med type 2-diabetes opspores tidligt i sygdomsforløbet, og inden de har nået at få følgesygdomme.



Initiativ 2:

Der udvikles og gennemføres en informationsindsats målrettet personale på tværs af relevante velfærdsområder, som er i kontakt med borgere i høj risiko for at have eller udvikle type 2-diabetes. Informationsindsatsen udvikles og gennemføres af en ekstern leverandør i samarbejde med Sundhedsstyrelsen og relevante aktører, herunder Diabetesforeningen.

Der afsættes 2,5 mio. kr. til dette initiativ, heraf 0,5 mio. kr. til udvikling og administration.



Civilsamfundets rolle i forebyggelse og opsporing af type 2-diabetes

Indsatser i civilsamfundet spiller en vigtig rolle, der supplerer og understøtter den samlede diabetesindsats. I forhold til at forebygge at sygdom opstår, kan civilsamfundet bidrage til primær forebyggelse, eksempelvis hvor børn og unge færdes. Ved udmøntningen af Sundheds- og Ældreministeriets partnerskabspulje i 2014 blev eksempelvis bevilget midler til flere partnerskabsprojekter med fokus på forebyggelse af overvægt, hvor bl.a. Nordsjællands Hospital, DGI Nordsjælland samt Julemærkefonden udbød et specialtilrettelagt bevægelsestilbud til overvægtige børn og unge.

Civilsamfundet spiller desuden en rolle i forhold til at opspore tidlige tegn på sygdom og at understøtte og styrke rekrutteringen til øvrige tilbud, fx de kommunale sundhedstilbud. I 2017-2020 afprøver 11 satspuljeprojekter metoder til at styrke en målrettet rekruttering til kommunale sundhedstilbud af borgere i alderen 40-60 år med forøget risiko for at udvikle eller have diabetes, muskel-skelet lidelser, KOL og hjertekarsygdomme samt at tilbyde målrettede forebyggelsestilbud til borgere med behov herfor.

I projekterne samarbejder bl.a. fagforeninger, boligforeninger, virksomheder og pensionskasser med kommuner om at udføre en opsporende indsats, der hvor borgerne færdes. Også for patienter, der allerede har fået diabetes, er civilsamfundets tilbud vigtige. Blandt andet tilbyder foreninger som Diabetesforeningen støtte og uddannelse til patienter med diabetes og deres pårørende.

INITIATIV 3

Målrettet opsporing af type 2-diabetes i relevante grupper

Der er en betydelig ulighed i sundhed knyttet til type 2-diabetes. Sygdommen rammer oftere personer med kort uddannelse sammenlignet med personer med mellemlang og lang uddannelse, og flere mænd end kvinder får diabetes. Derudover har visse etniske minoriteter en øget risiko for type 2-diabetes på grund af genetiske og kulturelle faktorer.

En styrket opsporingsindsats skal derfor tage udgangspunkt i en populationsbaseret tilgang og især målrettes de grupper af borgere, der er i særlig risiko for at have eller udvikle type 2-diabetes. Her spiller bl.a. kommunerne en væsentlig rolle, idet de i mange tilfælde allerede er i kontakt med borgerne, eksempelvis via social- eller beskæftigelsesforvaltningen. Der er dog behov for at udvikle mere viden om, hvordan en mere systematisk opsporing af type 2-diabetes kan tilrettelægges i praksis.

De alment praktiserende læger har også en nøglerolle i den forbindelse. I den nye overenskomsttafte er parterne enige om at understøtte lægens såkaldte populationsansvar. Lægens indsats skal i højere grad afspejle den enkelte patients risikoprofil og dermed understøtte større lighed i sundhed. Det er vigtigt, at de elektroniske journal-systemer i almen praksis er gearet til at understøtte den tidlige opsporing, så eksempelvis tilfælde af prædiabetes kan opspores, før sygdommen udvikler sig til type 2-diabetes.



Initiativ 3:

Der udarbejdes, afprøves og evalueres en model for rettidig og systematisk opsporing i kommunerne af personer med høj risiko for at have eller udvikle type 2-diabetes. Modellen skal udarbejdes, afprøves og evalueres af Sundhedsstyrelsen i samarbejde med relevante aktører, herunder kommunerne og civilsamfund og baseres på tilgængelig viden og erfaringer.

Der afsættes 8 mio. kr. til dette initiativ, heraf 1 mio. kr. til udvikling og evaluering.

Sunde fødevarer til mennesker med diabetes

Den rette kost er en afgørende del af en velreguleret diabetes. Når en patient har fået diagnosen type 2-diabetes, skal patienten tilbydes sundhedsfaglig rehabilitering. For flertallet vil en ernæringsindsats, hvor behovet for diætbehandling afklares, være relevant¹³. Når den nydiagnosticerede patient er henvist til en ernæringsindsats, indledes denne med en vurdering for at afklare behovet for diætbehandling¹⁴. Vurderingen er med til at sikre, at den enkelte patient får den rette indsats og støtte i forhold til at ændre mad- og måltidsvaner.

Mennesker med type 1- og type 2-diabetes skal som udgangspunkt følge de gældende kostråd, men der lægges også vægt på individuelle mål og strategier. Der skal opnås en balance mellem blodsukkerreguleringen, behandlingen af risikofaktorer og patientens velbefindende under hensyntagen til sociale og kulturelle forhold.

For at sikre god kontrol af blodsukkeret skal mennesker med diabetes være særligt opmærksomme på indtaget af kulhydrater, både mængde, type og fordeling over dagens måltider.

Der skal være opmærksomhed på at begrænse indtagelsen af sukker. Tidligere troede man, at mennesker med diabetes ikke kunne tåle den mindste smule sukker. I dag ved vi, at personer med diabetes kan spise op til 50 g tilsat sukker om dagen. Sukkerindtaget bør højst udgøre 10 % af det daglige energiindtag.

Sukkerholdige drikke, fx sodavand og saftvand, bør normalt ikke indgå på grund af det meget høje indhold af sukker i et enkelt glas. Men også eksempelvis frugt kan i større mængder indeholde for meget sukker. Hvis patientens blodsukkerniveau er tilfredsstillende, følger sukkerindtagelsen dog de generelle kostråd. Det forudsættes, at sukkeret fordeles på dagens måltider. Borgere med diabetes skal desuden have fokus på at indtage ekstra mange fibre, fuldkorn og grove grøntsager.

Det skal være let for danskere med diabetes at træffe sunde valg, når de lægger fødevarer i indkøbskurven. Det kan være en udfordring at vælge rigtigt, når man som diabetespatient vil planlægge sammensætningen af sin mad. Derfor skal mulighederne for at støtte det sunde valg af fødevarer for mennesker med diabetes udfoldes nærmere. Initiativet skal bl.a. fokusere på at øge viden og information om sunde valg af fødevarer, eksempelvis ved brug af de mærkninger af fødevarer og de fødevarepartnerskaber, der findes i dag.

Måltidspartnerskabet er et offentligt/privat partnerskab på tværs af interesser og sektorer, der ved fælles forpligtende og indholdsmæssigt samarbejde vil være igangsætter og katalysator for at gøre det nemt at spise sundere måltider i Danmark.



Initiativ 4:

Sundheds- og Ældreministeriet og Sundhedsstyrelsen inviterer i samarbejde med Miljø- og Fødevareministeriet bl.a. Landbrug og Fødevarer, Diabetesforeningen og eventuelt andre aktører til at indgå i et måltidspartnerskabsprojekt om sunde fødevarer til mennesker med diabetes. Som en del af partnerskabet kan fx gennemføres en informationskampagne.

Der afsættes 1 mio. kr. til dette initiativ.

¹³ Sundhedsstyrelsen (2017): Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med diabetes

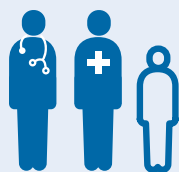
¹⁴ Sundhedsstyrelsen (2016): Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom

7

Indsats: Styrket indsats for børn og unge med diabetes

Type 1-diabetes bliver som regel diagnosticeret, når man er barn eller teenager. Det betyder, at hele familien får diabetes tæt ind på livet og pludselig skal forholde sig til en hverdag med blodsuktermåling og insulin. I starten kan det være svært at forlige sig med, at ens barn eller man selv som ung har fået en sygdom, som mange forbinder med usund levevis. Men børn og unge får ikke type 1-diabetes af at leve usundt, og sygdommen kan ikke forebygges. Til gengæld stiller den nogle krav til, hvordan du lever resten af dit liv, som kan være særligt udfordrende, når man er barn og ikke helt forstår, hvad diabetes gør ved en. Eller når man som ung gerne vil være impulsiv og leve i nuet.

Børn og unge med type 1-diabetes har krav på en optimal indsats fra sundhedsvæsenet, så de og deres familier får de bedste muligheder for at leve et godt liv med diabetes. Den unge med diabetes skal støttes i den svære overgang fra barn til voksen diabetes-patient, og der skrues op for rådgivningen til familier med diabetes tæt inde på livet. Og vi skal være sikre på, at alle børn og unge med type 1-diabetes har de rette redskaber til at styre deres sygdom, herunder at de har mulighed for at få en glukosemåler til at sikre stabilt blodsukker, hvis de har behov for det.



Case fra Regionshospitalet i Viborg: Børne- og Ungeafdelingen

På Regionshospitalet i Viborgs Børne- og Ungeafdeling er der indført en behandlingsansvarlig læge for børn og unge med type 1-diabetes. Den behandlingsansvarlige læge er med til at sikre den tætte kontakt til barnet og familien med det formål at få et bedre behandlingsforløb for barnet. Desuden tilbyder sygehuset en diabetesskole til børnene og deres forældre. Tiltaget medførte i 2014 en kåring som det bedste diabetesbehandlingssted for børn og unge af Dagens Medicin.

”Hvis jeg fra arbejdet eller hjemmefra kunne følge min datter, så ville hun ikke være så begrænset af sin diabetes. Der er så meget, hun stadig ikke kan deltage i uden os.”
Sådan siger en forælder til en pige med diabetes, som deltog i Diabetesforeningens patientworkshop d. 9. maj 2017





INITIATIV 5

Støtte og rådgivning til familier med diabetes tæt inde på livet

Når et barn diagnosticeres med type 1-diabetes, kan det vende op og ned på hverdagen for både barnet selv og resten af familien. Der skal sættes tid af til kontrolbesøg og undersøgelser, og forældrene skal have stor opmærksomhed omkring den mad, barnet spiser. For mange børn kan det være svært at forstå, at de skal leve med diabetes resten af livet, og for forældrene kan det være vanskeligt at vænne sig til, at de nu også har en rolle over for deres barn som behandler.

Det påvirker hverdagen for hele familien, når et barn får diabetes – uanset om der er tale om type 1- eller type 2-diabetes. Der er derfor behov for at sikre, at der er de nødvendige muligheder for støtte til familier, der har diabetes tæt inde på livet.



Initiativ 5:

Der sikres en styrket rådgivning og støtte, fx i regi af Diabetesforeningen, til familier med et barn med diabetes.

Der afsættes 1,5 mio. kr. til dette initiativ.

“Jeg prøver at sige til mig selv: Der nytter ikke noget at blive sur og skælde ud over det. Jeg har diabetes, og det kan jeg ikke ændre på. Men hvis jeg gør de ting, jeg skal for at holde mit blodsukker stabilt, så har min krop jo nogenlunde de samme kvaliteter, som hvis jeg ikke havde diabetes.”

– Nanna Christiansen, 28 år, spiller på det danske fodboldlandshold og type 1-diabetespatient.

INITIATIV 6

Ung med diabetes

Type 1-diabetes opstår ofte i barndommen eller tidlig ungdom. Unge med type 1-diabetes vil derfor på et tidspunkt opleve at skulle overgå fra behandling på et børneambulatorie til et voksenambulatorie, og i kommunen vil den unges sag overgå fra børneområdet til en sagshandler inden for voksenområdet. Det medfører nye sagsgange og et øget ansvar for eget forløb og egen sygdom for den unge. Nogle unge oplever overgangen som vanskelig, og der er derfor behov for et tættere samarbejde mellem børne- og voksenindsatser og en særlig opmærksomhed omkring, hvordan man sikrer en god overgang for den unge.



Initiativ 6:

Sundhedsstyrelsen udvikler i samarbejde med regionerne, og med udgangspunkt i gode erfaringer, anbefalinger for, hvordan unge med type 1-diabetes kan støttes til en god overgang fra barn/ung til voksen patient, herunder hvordan relevante snitflader afklares. Formålet er at understøtte en ensartet praksis i hele landet med udgangspunkt i eksisterende tiltag og erfaringer.

Case fra Region Hovedstaden og Region Sjælland: Ung med diabetes – en app



Ungdomsårene er en periode, hvor det er særligt vanskeligt for unge med diabetes at passe deres kroniske sygdom godt. "Ung med Diabetes" er den app, der skal støtte unge med type 1-diabetes til at mestre sygdommen fra overgangen fra barn til voksen. I app'en kan de unge bl.a. søge viden om deres sygdom, vejledning til håndtering af sygdom, oprette påmindelser, chatte med andre unge med diabetes og skrive direkte til deres behandler fx læge, sygeplejerske eller diætist. Ca. 150 unge fra Region Hovedstaden og Region Sjælland har siden september 2015 testet app'en. Formålet er at teste, om en app kan forbedre langtidsblodsukker og livskvalitet hos de unge for derved at reducere akutte indlæggelser og behov for ambulante besøg.

Adgang til behandlingsredskaber

Medicoteknisk udstyr har inden for de senere år fået en større betydning i behandlingen af særligt type 1-diabetes. For nogle år siden kom insulinpumper, der automatisk kan tilføre insulin til brugeren. Det kan være en stor hjælp for ikke mindst børn og unge med diabetes. En nyere teknologi er glukosemålere, som man bærer på kroppen, og hvor det er let at aflæse blodsukkerniveauet. Særligt børn og unge kan have svært ved at skulle stikke sig selv. For dem kan medicoteknisk udstyr i form af fx en glukosemåler eller en insulinpumpe gøre opgaven mere overskuelig og betyde en stor forskel i hverdagen. Teknologier kan desuden medvirke til en bedre kontrol med sygdommen, idet de kan efterligne den måde, en rask krop regulerer insulinproduktionen. En bedre diabeteskontrol er med til at sikre et velreguleret blodsukker, som kan mindske risikoen for følgesygdomme senere i livet.

Der har været uklarheder omkring, hvorvidt og hvornår glukosemålere skal betragtes som et behandlingsredskab, som bevilges af sygehuset og dermed regionen. Ankestyrelsen udsendte i maj 2017 en principafgørelse, hvor det fremgår, at glukosemåleren i nogle tilfælde netop er et behandlingsredskab. I andre tilfælde skal kommunen bevilge det som et hjælpemiddel.

I forlængelse af Ankestyrelsens principafgørelse iværksatte regionerne i juni 2017 arbejdet med en fælles regional vejledning for, hvornår der udleveres glukosemålere som led i behandlingen af relevante patienter med diabetes, såvel børn som voksne, så behandlingen kan forbedres. Regionerne har i den forbindelse beregnet, at det vil koste minimum 20 mio. kr. årligt, hvis glukosemåleren skal udbredes til gruppen af børn med type 1-diabetes.

Det er på den baggrund aftalt med regionerne, at der fremadrettet skal tilbydes en glukosemåler til børn, som starter i behandling for type 1-diabetes, med mindre der i det konkrete tilfælde er særlige forhold, der taler imod. Børn, som allerede er i behandling for type 1-diabetes, vil blive tilbudt en glukosemåler, med mindre at dialogen mellem den ansvarlige læge og barnet og dets forældre når frem til, at det ikke er den rette løsning. Det er samtidig aftalt, at der i handlingsplanen afsættes midler til hurtigt at løbe programmet i gang.



Initiativ 7:

Der iværksættes her og nu en indfasning af glukosemålere til børn og unge. Børn til og med 18 år skal tilbydes en glukosemåler, med mindre særlige forhold gør, at en glukosemåler ikke vurderes at være relevant for det pågældende barn. Der gives et økonomisk tilskud til regionerne i en overgangsperiode til, at regionerne hurtigt kan iværksætte denne indfasning.

Der afsættes 15 mio. kr. til dette initiativ.

Indsats: Behandlingen skal indrettes efter den enkelte

Mennesker med diabetes er lige så forskellige, som folk er flest. Der er stor forskel på den enkelte diabetespatients forudsætninger for at drage omsorg for eget helbred. For at holde sygdommen velreguleret skal patienten tage medicin, måle blodsukker, spise sundt, dyrke motion og holde øje med tegn på følgesygdomme. Omlægning af livsstil hen mod sundere kost og mere fysisk aktivitet er relevant for alle patienter med diabetes og mulig for de fleste. For diabetespatienter med mange ressourcer er det frigørende at løfte ansvaret selv, mens andre mere ressourcetsvage patienter har brug for tæt opfølgning og støtte fra sundhedsvæsenet igennem hele deres behandlingsforløb.

Vi skal være bedre til at skræddersy behandlingsforløbene efter den enkelte patients behov og evne til selv at tage ansvar for håndteringen af sygdommen og en sund livsstil. Så vi undgår overdødelighed blandt patienter med de svage forudsætninger, og så sundhedsvæsenet bruger sine ressourcer der, hvor behovet er. Derfor skal Sundhedsstyrelsen udvikle et værktøj til behovsvurdering, som kan støtte sundhedsprofessionelle og diabetespatienter, når de i fællesskab træffer beslutning om, hvordan forløbet bedst tilrettelægges ud fra patientens situation, ressourcer og motivation. Dertil skal kommuner igangsætte projekter, der afprøver dette værktøj samt inkluderer og fastholder særligt sårbare diabetespatienter. Formålet er at mindske den sociale og geografiske ulighed, som hersker på diabetesområdet.

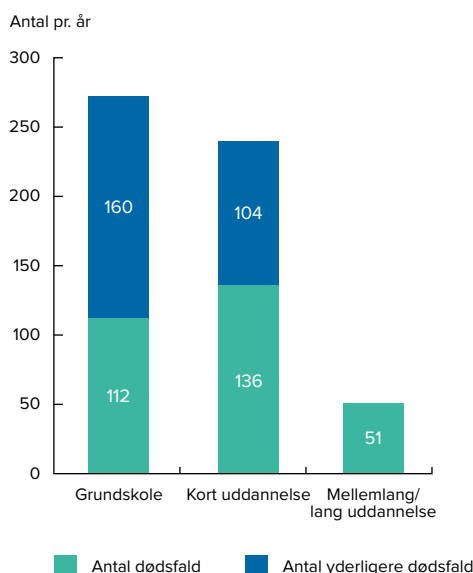


Mere individuelle behandlingsforløb

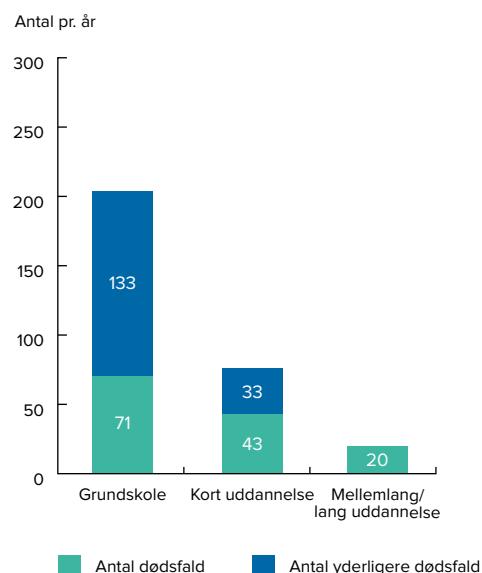
Mennesker med kort uddannelse har statistisk større risiko for at udvikle komplikationer af deres diabetes, og de dør oftere af diabetes sammenlignet med personer med lang eller mellemlang uddannelse. Statens Institut for Folkesundhed har estimeret, at 160 dødsfald årligt blandt mandlige diabetespatienter, som ikke har nogen uddannelse ud over grundskolen, kunne være undgået, hvis de havde samme dødelighed som diabetespatienter med en mellemlang eller lang videregående uddannelse, jf. figur 7. Det samme gælder 104 dødsfald årligt blandt mandlige diabetespatienter med en kort uddannelse. For kvinderne er det henholdsvis 133 og 33 årlige dødsfald, der kunne være undgået, hvis dødeligheden blandt diabetespatienter med henholdsvis grundskoleuddannelse og kort uddannelse var tilsvarende dødeligheden for kvindelige diabetespatienter med mellemlang/lang uddannelse, jf. figur 8.


FIGUR 7

Øget dødelighed blandt diabetespatienter i forhold til uddannelse – mænd


FIGUR 8

Øget dødelighed blandt diabetespatienter i forhold til uddannelse – kvinder



Kilde: Sundhedsstyrelsen (2015): Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme

Der forekommer således en væsentlig social ulighed blandt diabetespatienter, som dels skyldes sociale forskelle i fordelingen af risikofaktorer for type 2-diabetes og dels forskelle i den måde, patienten håndterer sin sygdom.

For at mindske denne ulighed skal tilrettelæggelsen af behandlingsforløb i endnu højere grad tage udgangspunkt i den enkelte diabetespatient. Det er væsentligt, at ressourcerne bruges der, hvor der er mest behov.

Den enkelte patients behov for opfølgning, rehabilitering, kontrol for komplikationer m.v. varierer, ligesom der er stor forskel på, hvor meget egenomsorg diabetes kræver hos den enkelte patient, alt efter hvor fremskreden sygdommen er, og om der er opstået følgesygdomme. Dertil kommer, at patientens personlige, uddannelsesmæssige og sociale ressourcer kan have betydning for vedkommendes motivation og evne til at håndtere sin sygdom.

”Det har virket for mig, når jeg er blevet mødt af støtte og har fået den passende motivation til at kunne træffe de rigtige valg for mig og min sygdom”

– patient med type 2-diabetes, som deltog i Diabetesforeningens patientworkshop d. 9. maj 2017

Nogle patienter kan i høj grad selv styre deres behandling og begrænse deres medicinindtag eller helt blive medicinfri ved at ændre markant på deres livsstil, eksempelvis mængden af fysisk aktivitet i hverdagen. Ved hjælp af motivation og oplysning kan sundhedsvæsenet understøtte patienterne til at leve et liv, der i begrænset omfang er påvirket af diabetes. Der findes eksempelvis flere topidrætsfolk, der har diabetes. Andre patienter har behov for mere konkret støtte og vejledning fra sundhedsvæsenet til at håndtere en hverdag med diabetes samt motivation til at gennemføre et forløb med behandling og rehabilitering.

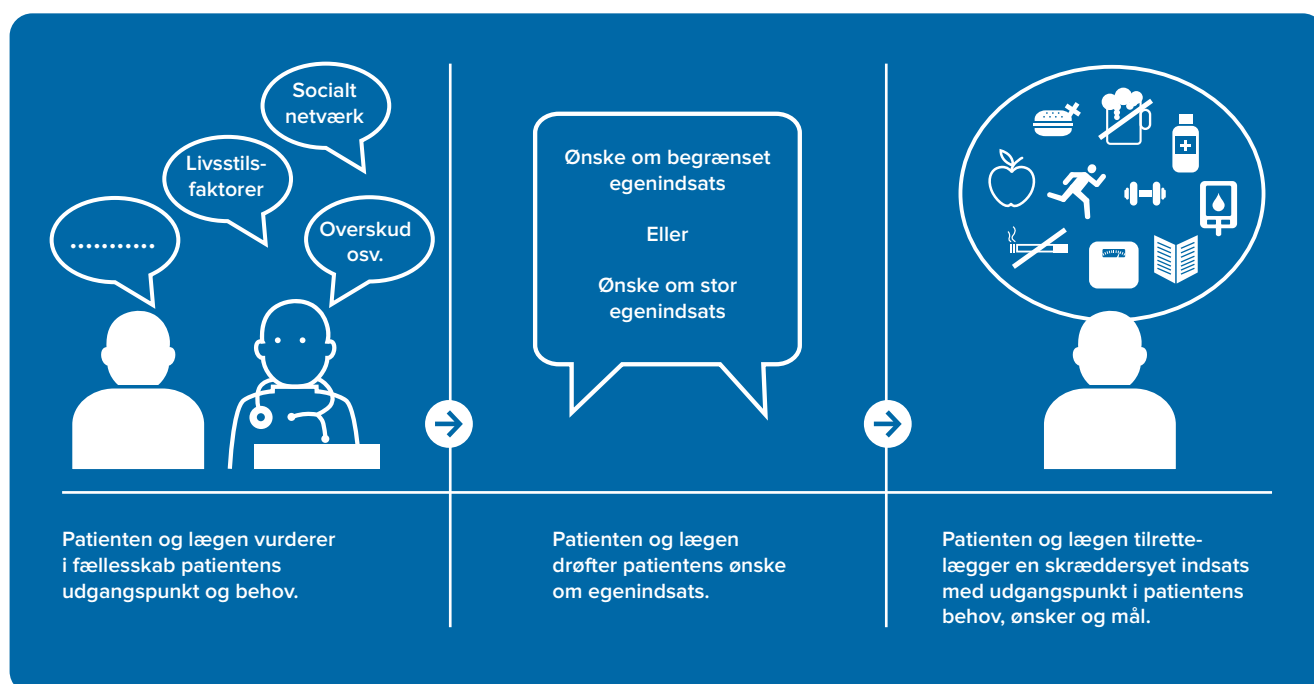
Der kan også være forskelle på, hvilke behandlingsteknologier, der fungerer bedst for den enkelte, og der sker hele tiden en teknologisk udvikling. Således er regionerne i gang med at udvikle en visitationsvejledning, som på baggrund af Ankestyrelsens principafgørelse fra maj 2017 skal udstikke retningslinjer for, hvornår det er relevant at udlevere en glukosemåler.

Sundhedsvæsenet skal kunne levere en ekstra indsats med behandling og støtte, hvor behovet er – uden at give køb på ambitionen om at give hver enkelt patient det bedste grundlag for selv at tage ansvar for at leve det bedst mulige liv med sygdommen, jf. figur 9.



FIGUR 9

Individuel behovsvurdering





Case fra Region Syddanmark og Region Sjælland: Det virtuelle ambulatorium



I Region Syddanmark og Region Sjælland har man siden januar 2016 arbejdet med et virtuelt ambulatorium for blandt andre diabetespatienter. Det virtuelle ambulatorium erstatter diabetespatienternes mange ambulante besøg ved, at patienterne hjemmefra og digitalt indsender resultater fra blodprøver, glukosemålinger og blodtryk til ambulatoriet. I det virtuelle ambulatorium modtager og kontrollerer sygeplejersker resultaterne for eventuelle udsving. De to regioner udfører til sammen årligt ca. 50.000 fremmøde-konsultationer med patienter med diabetes, stofskiftesygdomme og kalksygdomme. Det forventes, at det virtuelle ambulatorium kan omlægge ca. 20.000 fremmøder med hjemmemålinger og videokonsultationer for på den måde at frigive ressourcer til de patienter, som har brug for en særlig indsats. Projektet er et eksempel på, hvordan – særligt ressourcestærke – patienter med diabetes kan spille en større rolle i deres eget behandlingsforløb og samtidig bevare en almindelig hverdag, uden at møde op til en lang række besøg på ambulatoriet. Projektet er støttet med midler fra Fonden for Velfærdsteknologi og afsluttes og evalueres i august 2018.

”Halvdelen af konsultationerne kunne sagtens klares over telefonen. Mange kommer, har det godt og får bare deres tal og kører hjem igen”
– overlæge og professor Henning Beck-Nielsen, som i 29 år har behandlet diabetespatienter og forsket i sygdommen på Odense Universitets-hospital (kilde: Diabetes nr. 3, 2017).

I dag er der ikke alle steder i sundhedsvæsenet det tilstrækkelige fokus på at tilbyde en individuel tilrettelagt indsats, der understøtter den enkeltes mulighed for at leve et godt liv med diabetes, idet mange patienter tilbydes et for standardiseret forløb. Der mangler viden om, hvordan individuelle forløb bedst muligt tilrettelægges ud fra den enkeltes behov i samarbejde med patienten.

De alment praktiserende læger skal fremover udarbejde forløbsplaner for diabetes-patienter. Forløbsplanen er et elektronisk værktøj, som lægen og patienten benytter i deres fælles tilrettelæggelse af patientens individuelle behandlings- og rehabiliteringsforløb, og som giver overblik over patientens samlede forløb.

Der mangler dog konkrete værktøjer, der kan understøtte kommunernes indsats med tilrettelæggelse af individuelle forebyggelses- og rehabiliteringsforløb i samarbejde med patienten.

I Sundhedsstyrelsens anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom anbefales det, at borgeren af sygehuset eller den praktiserende læge henvises til en afklarende samtale i kommunen. Her afdækkes patientens behov, og med udgangspunkt heri tilrettelægges et individuelt forløb. Der er dog behov for et værktøj til at understøtte den kommunale medarbejder og patientens fælles beslutning om en rehabiliteringsindsats.



Initiativ 8:

Der afprøves og evalueres et værktøj til behovsvurdering, som skal støtte kommunale medarbejdere og patienter med diabetes, når de via den afklarende samtale træffer en fælles beslutning om, hvordan rehabiliteringsforløbet og livsstilsændringer bedst tilrettelægges ud fra patientens sygdomstilstand, behov, ressourcer og motivation. Værktøjet udvikles i regi af Sundhedsstyrelsen og afprøves i projekter i kommunerne. I udviklingen skal inddrages relevante erfaringer med beslutningsstøtte og sundhedspædagogiske værktøjer. Formålet er at sikre, at den enkelte patient tilbydes et individuelt tilrettelagt behandlingsforløb, og at patienten i højere grad inddrages i beslutningen om valg af strategi.

Der afsættes 8 mio. kr. til dette initiativ, heraf 1 mio. kr. til udvikling og evaluering.

Initiativet er ligeledes en opfølgning på anbefalingen fra Udvalget om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen om, at sundhedsvæsenet skal differentiere indsatsene ud fra patientens individuelle behov, ressourcer og målsætninger, bl.a. gennem involvering af patienten, egenmestring og en populationsbaseret tilgang.

Initiativet kan med fordel trække på eksisterende erfaringer og bør koordineres med udviklingen af øvrige relevante tiltag, der sigter mod at individualisere behandlingstilbud og understøtte egenmestring og patientinddragelse, herunder udviklingen af PRO-data¹⁵ inden for diabetesområdet og implementeringen af forløbsplaner.

¹⁵ PRO-data er patientens svar på spørgeskemaer om deres helbredstilstand, fx hvor ondt gør det, har du hovedpine, osv. Patienten/borgeren udfylder selv spørgeskemaet, der herefter kan anvendes i mødet mellem patient og sundhedsprofessionel, fx til beslutningsstøtte eller dialogstøtte, og på tværs af sektorer. Arbejdet med at udvikle et spørgeskema til patienter med diabetes er påbegyndt i 2017. Det forventes at skemaet pilottestes i løbet af 2018

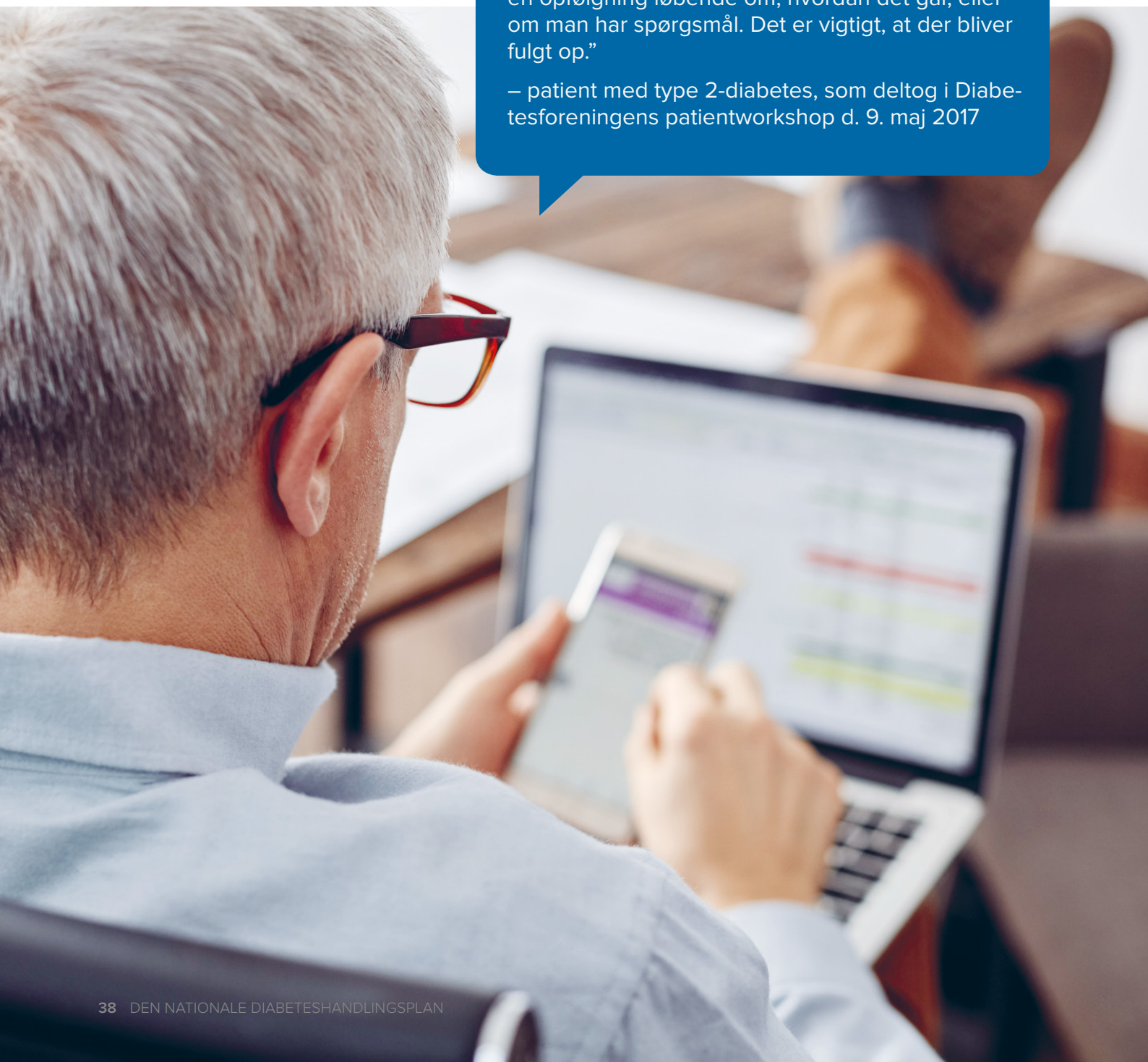
Case fra Københavns Kommune: Center for Diabetes



På Center for Diabetes kan borgere med type 2-diabetes modtage tilbud og skræddersyede programmer, der matcher deres individuelle livssituation. Borgerne kan bl.a. lære at håndtere hverdagen med diabetes, få vejledning om diabetesvenlig mad, deltage i fysisk træning, få rygestopkursus og samtaler om alkohol. Center for Diabetes har som mål at være et nationalt fyrtårn på rehabiliteringsområdet inden for diabetes og arbejder med datadrevet ledelse og systematisk kvalitetsudvikling. Derudover udvikles nye metoder til at øge mestring af egen sygdom, egenomsorg og ændring af sundhedsadfærd i tæt samarbejde med bl.a. forskere, almen praksis, sygehuse, Steno Diabetes Center Copenhagen, private aktører og civilsamfundet. Center for Diabetes indgår i et partnerskab med Diabetesforeningen, som har en fast rådgiverfunktion i centeret.

”Man skal ikke være overladt til sig selv, men have en opfølgning løbende om, hvordan det går, eller om man har spørgsmål. Det er vigtigt, at der bliver fulgt op.”

– patient med type 2-diabetes, som deltog i Diabetesforeningens patientworkshop d. 9. maj 2017



Styrket indsats for de særligt sårbare diabetespatienter

Diabetes er en sygdom, som har stor indflydelse på den enkelte patients hverdag. For at holde sygdommen velreguleret, skal patienten tage medicin, måle blodsukker jævnligt, spise en særlig kost, dyrke fysisk aktivitet og holde øje med tegn på følgesygdomme. Det gælder både patienter med type 1 og type 2-diabetes. Diabetes stiller store krav til patienten og eventuelt pårørende, og for mange patienter opleves det som en stor belastning i hverdagen. Det gælder særligt for patienter med flere samtidige sygdomme og patienter, som også kæmper med sociale udfordringer, som kan gøre, at patientens diabetes ikke er først på dagsordenen til daglig.

I overgangen mellem almen praksis, sygehus og kommune er der risiko for at tabe nogle patienter, som ikke henvender sig til eksempelvis speciallæge eller kommunalt forebyggelsestilbud eller ikke møder op til et kontrolbesøg. Det kan betyde, at patienten ikke er tilstrækkelig velbehandlet, hvilket øger patientens risiko for komplikationer og for at dø tidligt af sin diabetes.

Det er vigtigt, at kommuner, regioner og almen praksis i samarbejde med civilsamfundet motiverer og støtter sårbare diabetespatienter, herunder ressourcetsvage patienter eller patienter med multisygdom, i at følge behandlingsforløbet og fastholde de rutiner, en velbehandlet diabetes kræver.



Initiativ 9:

Kommuner, regioner og almen praksis igangsætter projekter, der har til formål at inkludere og fastholde særligt sårbare diabetespatienter i behandlings- og rehabiliteringsforløb. Det kan eksempelvis indebære indsatser i socialt belastede boligområder, og fx målrettes patienter med multisygdom eller diabetespatienter med anden etnisk herkomst. Projekterne skal afprøve forskellige modeller for tilrettelæggelse af undersøgelse og/eller opfølgning, der understøtter, at særlige målgrupper inkluderes og fastholdes. Projekterne skal baseres på eksisterende erfaringer og kan med fordel involvere samarbejde/partnerskaber med civilsamfundet, herunder særligt patientforeninger.

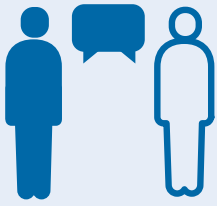
Der afsættes 14,5 mio. kr. til dette initiativ, heraf 0,5 mio. kr. til administration.



Case: "Tæt på dig" – entydigt ansvar for borgere med diabetes

Lolland, Guldborgsund og Vordingborg Kommune har sammen med Nykøbing Falster Sygehus igangsat et projekt, som skal dæmme op for den høje frafaldsprocent, der kendetegner patienters genoptrænings-/rehabiliteringsforløb efter udskrivelse. Således samles forløbet efter behandlingen for type 2-diabetes og to andre kroniske sygdomme i én sektor, nemlig kommunen. Det skal imødegå det frafald, der skyldes besvær med at møde på sygehus eller besvær med at forholde sig til aktiviteter i to sektorer. Desuden leder rehabiliteringen også frem mod, at borgeren fortsætter sine livsstilsændringer gennem aktiviteter i lokalsamfundet efter endt kommunalt forløb.

**Case fra Skanderborg Kommune:
Målrettet forløb til psykisk sårbare borgere med diabetes**



Skanderborg Kommune har afviklet et særligt tilrettelagt holdforløb for borgere med type 2-diabetes og samtidig tilknytning til socialpsykiatrien. Ud over hvad der almindeligvis indgår i et diabetesforløb, fik deltagerne supplerende individuelle, støttende og motiverende samtaler, et ekstra modul samt en ekstra fælles opfølgningssgang. Der var to medarbejdere på modulerne mod almindeligvis én, og de fleste af deltagerne havde deres bostøtte med til de individuelle samtaler. Der var derudover lidt færre deltagere på holdet – 8 mod det sædvanlige antal på 12. Det målrettede forløb sikrede en meget høj grad af deltagelse fra en gruppe borgere, som ellers er svære at nå med de almindelige forløb. Socialpsykiatrien understøttede aktivt rekruttering til holdet og implementering af rammer for vedligeholdelse af de sunde vaner efterfølgende.



9

Indsats: Alle patienter med diabetes skal have adgang til behandling af samme høje kvalitet

En del diabetespatienter oplever, at deres behandlingsforløb er tilrettelagt på en uhensigtsmæssig måde, der konflikter med deres øvrige liv med arbejde, familie og fritidsaktiviteter. Samtidig risikerer de at falde ned mellem to stole, fordi der mangler sammenhæng i behandlingen, der involverer en række sundhedsinstanser.

Det er vigtigt, at alle diabetespatienter har adgang til et sammenhængende behandlingsforløb af samme høje kvalitet, uanset hvor i landet de bor. Dette var også en rød tråd i anbefalingerne fra Udvalget om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Derfor vil vi styrke videndelingen og samarbejdet på tværs af de forskellige aktører på diabetesområdet. Der skal udvikles en vidensbro, og der skal udbredes tilbud om undersøgelser og opfølgning for diabetes på én dag på ét sted.

Case: Steno Diabetes Center Copenhagen



Steno Diabetes Center Copenhagen blev etableret 1. januar 2017 som det første af fem Steno diabetes centre i Danmark, der er etableret i samarbejde mellem Novo Nordisk Fonden og de danske regioner. Visionen med centrene er at skabe forudsætningerne for færre nye tilfælde af diabetes samt højere livskvalitet og længere liv for personer med diabetes. Steno Diabetes Center Copenhagen er en specialklinik med fokus på den enkelte borger og på at tilbyde en sammenhængende behandling og forebyggelse af alle typer diabetes og komplikationer på højeste internationale niveau. På centeret er der bl.a. adgang til patientuddannelse, diætist, fysioterapi, fysisk træning, screening og behandling for fod-, øjen-, nyre-, neurologiske, hjerte/kar- samt tand- og mundkomplikationer. Centeret har 24-timers døgndækning for hele Region Hovedstaden i tæt samarbejde med akuthospitalerne. Tilbuddet er omfattet af lovgivningen om frit sygehusvalg. Centeret tilbyder bl.a. en klinik for unge i alderen 16-23 år med et behandlerteam, som er specialiseret i at kunne rådgive og behandle unge med diabetes, og et team, der specielt arbejder med insulinpumpebehandling.

”Samme dag under samme tag”

Diabetespatienter i Danmark er ofte i kontakt med en række forskellige sundhedspersoner på tværs af sektorer. Det stiller høje krav til det tværgående samarbejde for at sikre sammenhæng i behandlings- og rehabiliteringsforløbet. Manglende sammenhæng kan betyde, at patienten ikke kommer til de nødvendige kontrolbesøg eller ikke bliver henvist til relevante rehabiliterende tilbud. Det kan have store konsekvenser for, hvordan sygdommen udvikler sig.

Desværre oplever mange patienter, at deres forløb ikke hænger godt nok sammen, og at der ikke er tilstrækkelig kommunikation mellem sundhedspersoner på tværs af region, kommune og almen praksis. Samtidig er deres behandlingsforløb tilrettelagt uden hensynstagen til patientens forpligtigelser over for job og familie. Som eksempel oplever nogle patienter at skulle møde op til mange forskellige undersøgelser på forskellige steder og tidspunkter.

Det kan især være en udfordring for ressourcetsvage eller sårbare patienter, og det kan betyde, at de udebliver fra undersøgelser i sundhedsvæsenet. Manglende opfølgning kan have store konsekvenser for sygdomsudviklingen og patientens helbred og livskvalitet. Dertil er patienter med diabetes ofte diagnosticeret med andre sygdomme, fx følgesygdomme til deres diabetes, som ligeledes skal behandles og følges op på.



Case fra Holbæk Sygehus: Medicinsk Fælles Ambulatorium

Som det første akutsygehus i Danmark strømlinede Holbæk Sygehus behandlingen af sygdomme, herunder diabetes, hjerte-karsygdom, lungesygdomme og nyrtesygdomme i marts 2016 med oprettelsen af Medicinsk Fælles Ambulatorium. Her bliver patienterne tjekket for alle deres sygdomme på én og samme dag under mantraet ”Samme dag under samme tag”. Samtidig tilknyttes alle patienter én behandlingsansvarlig læge, som har overblik over patientens behandlingsforløb. Formålet er at sikre en mere sammenhængende behandling, bl.a. i situationer, hvor patienter har mere end én sygdom. Derudover skal tiltaget mindske antallet af gange, patienten skal møde op til undersøgelser og besøg på sygehuset.

Det er afgørende, at alle diabetespatienter har sammenhængende behandlingsforløb, som er sammensat efter patientens behov. Derfor skal regioner, kommuner og almen praksis sikre en bedre sammenhæng på tværs af de sundhedsfaglige aktører, der indgår i behandlingsforløbet for diabetespatienter og sikre mere smidige forløb.

Med den nye overenskomststafte for almen praksis er parterne enige om at flytte en del af aktiviteten vedr. patienter med type 2-diabetes fra sygehusambulatorier til almen praksis. Behandlingen for hovedparten af type 2-diabetes patienter bliver dermed samlet hos den praktiserende læge.

Regioner, kommuner og almen praksis bør udvikle og afprøve modeller for organisering af sammedagsundersøgelse og/eller -opfølgning med inspiration fra eksisterende modeller. En bedre organisering af indsatsen vil kunne medføre en mere effektiv tilrettelæggelse af indsatserne til den enkelte patient, som både giver øget kvalitet for patienten, og som tillader, at flere patienter kan behandles inden for den samme økonomiske ramme.



Initiativ 10:

Der igangsættes en erfaringsopsamling af eksisterende modeller for organisering af sammedagsundersøgelse og -opfølgning i regioner, kommuner og almen praksis ved et eksternt konsulentfirma. På baggrund af erfaringsopsamlingen udarbejder Sundhedsstyrelsen i samarbejde med relevante aktører, herunder Danske Regioner og KL, anbefalinger til organisering af sammedagsundersøgelser og opfølgning i den lokale kontekst. Anbefalingerne formidles til regioner, kommuner og almen praksis med henblik på udbredelse af virksomme modeller.

Der afsættes 1 mio. kr. til dette initiativ.



Case fra Regionshospitalet Silkeborg: Diagnostisk Center

I Diagnostisk Center udredes og behandles medicinske patienter med en række forskellige sygdomme, herunder diabetes. Regionshospitalet Silkeborg fik i forbindelse med ændringer af regionens hospitalsplan en særlig rolle som et hospital, der skulle afprøve nye innovative metoder til at sikre bedre sammenhæng til almen praksis og kommuner. Hospitalet har udviklet og afprøvet forskellige modeller, og resultaterne har vist, hvordan den rette organisering og tilrettelæggelse af patientforløb kan sikre betydelige forbedringer for både patienter, det tværsektorielle samarbejde og ressourcetilbruget. Der arbejdes bl.a. med sammedagsudredning, åben indlæggelse, tværsektorielt samarbejde omkring særlige patientgrupper og patientansvarlig læge på tværs af medicinske specialer. Diagnostisk Center har tæt samarbejde med andre faggrupper og afdelinger, som er relevante for diabetespatienter, herunder hospitalets diætist og sårklinik samt patientforeninger, fx Diabetesforeningen.

Al viden ét sted

Patienter med både type 1- og type 2-diabetes tilbydes generelt en behandling af høj kvalitet, som er baseret på den nyeste viden. Det skyldes, at diabetesområdet er kendetegnet ved et stort vidensgrundlag og en lang række retningslinjer for den gode behandling.

I disse år foregår en væsentlig udvikling på diabetesområdet. Den sker bl.a. i kraft af etableringen af Steno diabetescentre i alle regioner og nye kommunale sundhedscentre. Samtidig udvikles der løbende ny teknologi og nye behandlingsmetoder. Det skaber behov for et samlet nationalt overblik, øget videndeling samt styrket samarbejde på tværs af indsatser og aktører.

Det er vigtigt, at alle relevante aktører i sundhedsvæsenet har adgang til både eksisterende viden, herunder ny evidens, så den nyeste viden bringes bedst og hurtigst muligt i spil til gavn for den enkelte diabetespatient. Det gælder ikke mindst indsatser inden for forebyggelse, rehabilitering og patientuddannelse, hvor tilbuddene i dag varierer meget på tværs af landet.

Vi vil fremme det fælles overblik over diabetesindsatsen og understøtte koordinationen af nationale, regionale og kommunale indsatser over for mennesker med diabetes. Implementeringen af ny viden, metoder og løsninger på tværs af landet skal styrkes. Det gælder både i forhold til patienter med type 1- og type 2-diabetes, herunder ikke mindst børn og unge.

Vi skal have samlet al viden om behandling, forebyggelse, sundhedsfremme og patientstøtte inden for diabetesområdet.

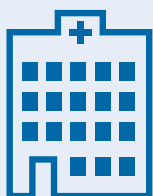


Initiativ 11:

Relevante aktører, fx Sundhedsstyrelsen, Diabetesforeningen, KL, Danske Regioner og faglige selskaber går sammen om at udvikle en "vidensbro", som kan fremme formidlingen af nyeste viden og best practice fra dem, som sidder inde med den til dem, som har brug for denne viden. Det skal understøtte implementeringen af den nyeste viden og løfte kvaliteten af den samlede diabetesindsats i Danmark til gavn for den enkelte patient. Det er afgørende, at der er tale om en ubureaukratisk model, som er skruet sammen med blik for de allerede eksisterende og spirende vidensindsatser og -netværk, der findes på diabetesområdet. Vidensbroen skal drives af eksisterende aktører på diabetesområdet.

Der afsættes 1,5 mio. kr. til dette initiativ.

Erfaringerne fra samarbejdet skal opsamles i slutperioden med henblik på at give de relevante parter grundlag for at vurdere det konkrete videnssamarbejde efter handlingsplanens udløb.



**Case fra Kolding Sygehus:
Forebyggelse af amputationer og tidlig død ved karkirurgi**

Patienter med diabetes har en forhøjet risiko for hjerte-karsygdomme, herunder fx åreforkalkninger, som kan bremse blodforsyningen i kroppen. Det kan medføre, at man er nødt til at amputere patientens tæer, fødder eller ben. Over halvdelen af patienterne er ikke i live et år efter amputationen. Karkirurgisk afdeling på Kolding Sygehus har stor succes med at forebygge amputationer ved at udføre karkirurgi, hvor de forbedrer blodomløbet i kroppen hos patienterne. Afdelingen gennemfører det højeste antal amputationsforebyggende operationer på landsplan, og ca. hver anden patient, der opereres, har diabetes. De mange operationer har vist en positiv effekt på antallet af amputationer, idet risikoen for amputationer i optageområdet er halvt så stort som i resten af landet.

Styrket samarbejde og kvalitet på tværs af sektorer

Forebyggelse, behandling og rehabilitering af patienter med diabetes sker i et samspil mellem hospital, kommune og almen praksis. Mange aktører bidrager til behandlingen af den enkelte patient, og det kan være vanskeligt at have overblik over, hvem der har ansvaret for at sætte hvilke tilbud i værk. Det betyder, at indsatsen let bliver fragmenteret. Det manglende overblik kan betyde, at patienter ikke modtager det tilbud, de kunne have gavn af, fx på grund af manglende henvisning. En analyse fra KL viser, at ca. 24 % af de praktiserende læger slet ikke henviser til kommunale forebyggelsestilbud, og at halvdelen af lægepraksisserne stod for 94 % af henvisningerne i 2016¹⁶.



Case fra Region Hovedstaden: Det tværgående, sammenhængende patientforløb

I Region Hovedstaden er igangsat et projekt, som handler om at styrke samarbejdet på tværs af sektorer og aktører for at sikre et sammenhængende behandlingsforløb for den enkelte diabetespatient. Her har Endokrinologisk afdeling på Bispebjerg Hospital sammen med de lokale praktiserende læger, Københavns Kommune og Diabetesforeningen skabt et forpligtende samarbejde om den fælles diabetespopulation med udgangspunkt i data om disse patienter. Aktørerne mødes og drøfter patienterne og deler viden og erfaringer, og der er etableret en tæt kontakt mellem både sygehus, almen praksis og kommune. Eksempelvis stiller sygehuset en 24-timers "diabetestelefon" til rådighed, hvor bl.a. praktiserende læger hurtigt kan komme i kontakt med sygehuset, hvis der opstår akutte spørgsmål. Diabetesforeningens involvering i projektet skal styrke, at patientperspektivet indgår som en vigtig del i samarbejdet. Den nye organisering af den lokale diabetesindsats følges og evalueres af Region Hovedstadens Tversektorielle Forskningsenhed.

Den praktiserende læge er tovholder i mange diabetespatienters forløb, særligt ved behandling af type 2-diabetes. For at kunne udfylde denne rolle skal den praktiserende læge og praksispersonalet have kendskab til de kommunale og regionale indsatser til diabetespatienter, som ofte er organiseret forskelligt i kommuner og regioner. Desuden er det væsentligt, at de involverede sundhedsprofessionelle i patientens behandlingsforløb har adgang til data om sundhedstilstanden i den lokale population for at kunne tilrettelægge og koordinere indsatsen bedst muligt.

Der er behov for at samle den viden og de data, hver sektor har indsamlet om den lokale diabetespopulation og gøre den til fælles viden. Det gør det muligt at tilrettelægge den samlede indsats mest hensigtsmæssigt, og sikre at de rette tilbud er til stede.

¹⁶ KL (2017): Lægers henvisning til kommunale tilbud



Initiativ 12:

Regioner, kommuner og almen praksis udvikler og afprøver modeller for et styrket tværsektorielt samarbejde om diabetespatienter, evt. forankret i sundhedsaftalerne. Modellerne skal tage udgangspunkt i data om den lokale diabetespopulation. Gennem fælles datadrevet kvalitetsudvikling skal kommuner, regioner og almen praksis opnå viden om, hvordan den tværsektorielle indsats kan tilrettelægges mest hensigtsmæssigt. Et tværsektorielt samarbejde om fælles patienter skal understøtte gensidig respekt og relationelt kendskab mellem aktørerne, foruden viden om hvilke opgaver der varetages andre steder i sundhedsvæsenet og andre aktørers vigtige rolle og indsatser til borgere med diabetes.

Der afsættes 10,5 mio. kr. til dette initiativ, heraf 1 mio. kr. til udvikling og evaluering.

Et styrket tværsektorielt samarbejde om diabetespatienter kan med fordel forankres i sundhedsaftalerne, der skal bidrage til at sikre sammenhæng og koordinering af indsatserne i de patientforløb, der går på tværs af regionernes sygehuse, kommuner og almen praksis.

Dette er desuden med til at realisere anbefalingen fra Udvalget om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen om, at kommuner og regioner, herunder praksissektoren, skal afprøve og udbrede integrerende samarbejdsmodeller, eksempelvis fælles finansiering, ledelse og planlægning.



Nye former for behandling af diabetiske fodsår med telemedicin

Diabetespatienter udvikler ofte fodsår, når de har været syge længe, og det er et stort problem for især patienter med type 2-diabetes. Samtidig er behandling og pleje af de komplekse fod- og bensår meget krævende og ender ofte med lange behandlingsforløb. Ved at understøtte det tværsektorielle samarbejde mellem kommune og sygehuse med en digital platform kan sårspecialister på hospitalerne dele deres viden med sygeplejersker i kommunerne. Den kommunale sårsygeplejerske tilser patienten i eget hjem eller på de kommunale sundhedscentre og sender et billede og forskellige data om såret til læge eller sygeplejerske på sygehuset via den digitale sårdatabase Pleje.net. Personalet på sygehuset kan herefter give specialiseret rådgivning om den videre behandling, uden at patienten i samme grad behøver at møde fysisk op til alle ambulante besøg på sygehuset. Alle landets fem regioner og de fleste kommuner arbejder med telemedicinsk sårvurdering på nationalt plan med den digitale sårdatabase som fælles omdrejningspunkt. Der oprettes ca. 100 sårpatienter om måneden på landsplan (2016). Sårbehandling understøttet af en telemedicinsk løsning har betydet, at patienterne kommer hurtigere i behandling og får et trygt og mere sammenhængende behandlingsforløb. Kommunikation og samarbejde mellem sektorer forbedres, der er færre kontaktpersoner på tværs af sektorer, og antallet af besøg på sygehuset minimeres.

OVERSIGT OVER INITIATIVER I DEN NATIONALE DIABETESHANDLINGSPLAN

	I alt i mio. kr.
Diabetes skal forebygges og opdages tidligere	13
1: Styrket forebyggelse af diabetes i kommunen	1,5
2: Tidligere opsporing af personer med type 2-diabetes	2,5
3: Målerettede opsporing af type 2-diabetes i relevante grupper	8
4: Sunde fødevarer til mennesker med diabetes	1
Styrket indsats for børn og unge med diabetes	16,5
5: Støtte og rådgivning til familier med diabetes tæt inde på livet	1,5
6: Ung med diabetes	
7: Adgang til behandlingsredskaber	15
Behandlingen skal indrettes efter den enkelte	22,5
8: Mere individuelle behandlingsforløb	8
9: Styrket indsats for de særligt sårbare diabetespatienter	14,5
Alle patienter med diabetes skal have adgang til behandling af samme høje kvalitet	13
10: "Samme dag under samme tag"	1
11: Al viden ét sted	1,5
12: Styrket samarbejde og kvalitet på tværs af sektorer	10,5
Alle indsatser	65

Bilag 1: Satspuljeaftalen

I satspuljeaftalen for sundheds- og ældreområdet for 2017-2020 blev der prioriteret 65 mio. kr. fra 2017-2020 til en national diabetesbehandlingsplan. Af aftaleteksten fremgår følgende:

"Satspuljepartierne er enige om at afsætte 65,0 mio. kr. fra 2017-2020 til en national diabetesbehandlingsplan. Handlingsplanen skal styrke indsatsen for at færre borgere rammes af diabetes, og at de opdages tidligere, at uligheden i diabetesbehandlingen mindskes, samt at livskvaliteten for diabetespatienter øges ved, at de tilbydes støtte og uddannelse med udgangspunkt i den enkeltes behov. Det foreslås ikke, at indsatsen rettes mod regulering af borgernes adfærd, men at borgere med behov herfor tilbydes de rette redskaber og støttemuligheder med fokus på den enkelte.

Satspuljepartierne er enige om, at den styrkede indsats på diabetesområdet skal tage udgangspunkt i den store faglige viden, som allerede findes på området, og at de mange gode eksisterende og kommende indsatser i regioner og kommuner udbredes og styrkes, så de kommer alle diabetespatienter til gode.

Formålet med handlingsplanen er derfor en fælles national ramme, som skaber mål og retning for de mange indsatser, som allerede finder sted eller er på vej.

Der er enighed om, at den nationale diabetesbehandlingsplan skal fokusere på følgende tre indsatsområder:

1. En styrket indsats for forebyggelse samt tidlig opsporing.
2. En styrket indsats for støtte, uddannelse og omsorg til diabetespatienter med udgangspunkt i den enkeltes behov.
3. En indsats for at løfte og udbrede eksisterende indsatser, retningslinjer og tilbud for at sikre høj kvalitet i hele landet.

Der er enighed om, at handlingsplanen udarbejdes i en inddragende proces med relevante aktører, og at handlingsplanen forventes færdiggjort og forhandlet med satspuljepartierne i 2. halvdel 2017. Herefter skal der forelægges aktstykke for Finansudvalget med henblik på at få hjemmel til at udmønte 2017-midlerne i henhold til handlingsplanen."

TABEL 1

Fordelingen af midler til den nationale diabetesbehandlingsplan

År	2017	2018	2019	2020	I alt
Mio. kr.	5	20	20	20	65

Kilde: Aftale om satspuljen på sundheds- og ældreområdet for 2017-2020

Bilag 2: Inddragelsesproces i forbindelse med diabetes-handlingsplanen

Som oplæg til den nationale diabetesbehandlingsplan har Sundhedsstyrelsen i foråret 2017 gennemført en faglig inddragelsesproces, hvor relevante sundhedsfaglige eksperter og aktører har fået mulighed for at bidrage med viden og erfaringer. Sundhedsstyrelsen har bl.a. faciliteret to workshops, hvor eksperter og fagfolk fra bl.a. regioner, kommuner, almen praksis og patientforeninger har identificeret aktuelle udfordringer og er kommet med løsningsforslag, som kan medvirke til at styrke diabetesindsatsen i Danmark.

Patientens perspektiv

Diabetesforeningen har i samarbejde med Sundheds- og Ældreministeriet i foråret 2017 afholdt en workshop, hvor patienter med diabetes og deres pårørende blev inviteret til at komme med deres erfaringer og forslag til en bedre diabetesbehandling i fremtiden. Formålet var at få indblik i, hvordan patienter og pårørende oplever forløbet fra diagnosticering til behandling, patientuddannelse og opfølgning. Workshoppens var dermed med til at sikre, at patienter og pårørendes virkelighed var udgangspunkt for arbejdet med den nationale diabetesbehandlingsplan. På workshoppens deltog 11 patienter med type 1-diabetes, 1 patient med type 1½-diabetes, 13 patienter med type 2-diabetes og 3 pårørende.

Sundhedsstyrelsen og Diabetesforeningens inddragelsesprocesser har resulteret i et fagligt oplæg fra Sundhedsstyrelsen med 10 anbefalinger til den fremtidige diabetesindsats, som blev offentliggjort i juni 2017.

For at sikre inddragelse af interessenter på politisk niveau, har sundhedsministeren afholdt bilaterale møder med centrale aktører, herunder Diabetesforeningen, Danske Regioner og KL. Derudover afholdt sundhedsministeren i juni 2017 et stort rundbordsmøde med deltagelse af både politiske og faglige interesseorganisationer. Som inspiration til arbejdet med den nationale diabetesbehandlingsplan har sundhedsministeren ligeledes besøgt relevante steder i landet, som behandler patienter med henholdsvis type 1- og type 2-diabetes. Herudover er centrale aktører løbende blevet involveret via møder på embedsmandsniveau.

