



# TYPE 2-DIABETES OG ALMEN PRAKSIS

Styrkelse af primærsektoren  
og mere lighed i sundhed

FOTOGRAF: LARS JUSTI

## UDSPIL AF PRAKTISERENDE LÆGERS ORGANISATION (PLO) OG DIABETESFORENINGEN

Type 2-diabetes er en af de hurtigst voksende kroniske sygdomme i Danmark. Antallet af diabetikere i Danmark fordobles på 13 år. I 2025 vil den samlede forekomst være over en halv million. Det betyder et voksende antal mennesker med type 2-diabetes, som har behov for livslang opfølgning og rådgivning i at håndtere egen sygdom bedst muligt. Samtidig er det en sygdom, der rammer socialt skævt – både i forekomst og i sygdommens påvirkning af den enkelte. Det stiller store krav til almen praksis.

Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og Diabetesforeningen ønsker med dette fælles udspil at arbejde for at styrke indsatsen over for mennesker med diabetes. Samarbejdet tager afsæt i udspillet fra PLO i 2016 'På patientens vegne' og Diabetesforeningens politikpapir fra 2015 "Hver 10. dansker har diabetes om 10 år".

Venlig hilsen

**Henrik Nedergaard**  
adm. direktør  
Diabetesforeningen

**Christian Freitag**  
fmd. Praktiserende  
Lægers Organisation

diabetes  
foreningen



PRAKTISERENDE  
LÆGERS  
ORGANISATION





## TYPE 2-DIABETES

[ en af de hurtigst voksende kroniske sygdomme i Danmark ]

## TYPE 2-DIABETES

[ i 2025 vil over en halv million i Danmark have sygdommen ]

## TYPE 2-DIABETES

[ i dag er uligheden i diabetesbehandling voksende ]

## INDLEDNING

Mennesker med diabetes skal, uanset hvor i landet de bor, have lige adgang til sundhedsydelser af ensartet høj kvalitet. Det er altafgørende, at der er lige adgang til en praktiserende læge i hele landet. Det betaler sig for både den enkelte og for samfundet. Med de kommende Steno diabetescentre- og programmer i alle regioner sker der investeringer i sekundærsektoren, og det muliggør udviklingen af det tværsektorielle samarbejde. Vi mener, at det er vigtigt, at denne udvikling følges op af investeringer i udvikling af almen praksis for at geare primærsektoren til det stigende antal mennesker med type 2-diabetes.

Uligheden i diabetesbehandling er voksende. Mennesker med lavere socioøkonomisk baggrund har højere dødelighed og flere følgesygdomme end mere velstillede borgere. Diabetes stiller høje krav til det enkelte menneskes evne til egenomsorg og håndtering af sygdommen. Trods formelt lige adgang til sundhedsvæsenets tilbud afspejles dette

ikke i hverdagen. Sårbare grupper møder barrierer i anvendelse af det specialiserede sundhedsvæsen, især i forhold til ambulante ydelser i sekundærsektoren og forebyggelsestilbud i kommunerne.

Hvis der skal være mere lighed i sundhed, skal vi have et særligt fokus på de mest sårbare og ressourcetsvage patienter.

Dette papir fokuserer på disse fire vigtige områder, som skal løfte diabetesindsatsen i primærsektoren og samtidig sikre mere lighed i sundhed:

- **Patienten i centrum**
- **Sammenhængende indsats**
- **Ulighed i sundhed**
- **Kvalitet og tid**





## PATIENTEN I CENTRUM

Den patientcentrerede tilgang er vigtig for mennesker med type-2 diabetes. Det betyder, at patientens livsværdier, tanker, frygt, forventninger og funktionsevne inddrages i mødet mellem patienten og de sundhedsprofessionelle. Disse elementer er centrale i den almen medicinske konsultation, hvor "det hele menneske" sættes i centrum.

En god og sammenhængende diabetesbehandling er meget mere end kun de målbare områder som eksempelvis blodsukker, blodtryk og kolesterol. Hele det psykosociale område er afgørende for, at den enkelte patient er i stand til at stå for den egenomsorg, som er afgørende i dagligdagen. Omkring halvdelen af alle med diabetes oplever diabetesstress. Både angst og depression er dobbelt så hyppigt blandt diabetespatienter som i resten af befolkningen.

Den praktiserende læge er den i det samlede sundhedssystem, der kender den enkelte patient og patientens samlede situation bedst. Forhold som familie, ensomhed, økonomi, bolig og job spiller kraftigt ind i den enkelte patients mulighed for at passe sin sygdom. Det kræver tid til at inddrage alle aspekter af patientens situation i det samlede behandlingsbillede. Den individualiserede omsorg, der kan leveres hos egen læge, er med til at forebygge senfølger hos ellers traditionelt resourcesvage mennesker.

Derfor skal den praktiserende læge også have tid og mulighed for at tilrettelægge den bedste behandling, samarbejde og henvise til andre tilbud, som kan hjælpe til i den psykosociale indsats overfor de diabetespatienter, som har behov for det.





## SAMMENHÆNGENDE INDSATS

Den praktiserende læge har en unik mulighed for at skabe kontinuitet og sammenhæng i forløbet for mennesker med type 2-diabetes. Stort set samtlige med type 2-diabetes kommer allerede i almen praksis. Den praktiserende læge kender derfor disse mennesker og ofte deres familie og har et stort indblik i deres generelle sundhedstilstand, ressourcer og eventuelle andre samtidige sygdomme (komorbiditet). Derved kan almen praksis være tovholder for at sikre et mere sammenhængende patientforløb og forbedret kvalitet af behandlingen, også i forhold til det tværsektorielle samarbejde.

Der er behov for at styrke denne tovholderfunktion for at sikre den bedst opnåelige kvalitet for den enkelte. Det gælder både i forhold til kommuner, hospitaler og patientforeninger.

Bedre overlevering og samarbejde fra den ene sektor til den anden kan forebygge, at patienten tabes i sektorovergangen.

PLO og Diabetesforeningen mener, at eksempelvis indførelsen af en overdragelseskonsultation i almen praksis kan bidrage hertil. Det vil sige en overdragelseskon-

sultation med nøje behandlings- og rehabiliteringsplan og behandlingsmål for patienter, der er i et længere forløb på både hospital, i almen praksis og kommune.

Øget adgang for almen praksis til specialistrådgivning f.eks. via korrespondancebrev til en behandlingsansvarlig læge på hospitalet vil ligeledes kunne bidrage til videndeling og forståelse af diverse barrierer.

PLO og Diabetesforeningen foreslår desuden, at der arbejdes på at etablere nye fora til fælles læring for almen praksis, kommuner og hospitaler baseret på

konkrete sygehistorier. Det kunne være en form for fælles konference for at sikre, at den enkelte patient bliver behandlet af den rette instans. Dette møde mellem forskellige eksperter (almen praksis, kommuner og sygehusspecialister) kan medføre øget erfaringsudveksling og en forståelse for og indsigt i hinandens fagområder og vilkår og dermed en bedre behandling for den enkelte borger. Denne videndeling skal prioriteres i alle led for at give mening og skabe sammenhæng.

En sammenhængende indsats kræver særlig god politisk og administrativ ledelse.



## ULIGHED I SUNDHED

Det estimeres, at op imod 200.000 mennesker<sup>(1)</sup> har type 2-diabetes uden at vide det, samt at endnu højere antal har høj risiko for at udvikle type 2-diabetes (prædiabetes). Kommuner og almen praksis skal samarbejde tæt, for at disse mennesker bliver diagnosticeret rettidigt med henblik på at forebygge udviklingen af type 2-diabetes, samt tidlig forebyggelse af følgesygdomme.

### Forebyggelse af følgesygdomme

Følgesygdomme og de begrænsninger de giver i livskvalitet og muligheder for den enkelte, er den største årsag til de meget høje samfundsudgifter til diabetes <sup>(2)</sup>. Den fjerdedel af diabetespatienter, som har svære komplikationer, står for næsten 60 procent af de samlede diabetesrelaterede omkostninger i samfundet. Der bør derfor gøres en større indsats for at forebygge følgesygdomme. Både for at forbedre livskvaliteten for mennesker med type 2-diabetes og for at mindske samfundets udgifter til sygdom.

Forebyggelse af komplikationer handler om, at mennesker med diabetes behandles optimalt: motiveres til livsstilsændringer og får forebyggende medicin, som holder kolesterolniveau, blodtryk og blodsukker på plads. Det er også vigtigt, at følgesygdomme opspores og behandles tidligt. Mennesker med diabetes skal derfor sikres en årskontrol, hvor lægen undersøger

for hjerte-kar-sygdom, senfølger i øjne, nyrer og nervebaner, ligesom der gøres status over den aktuelle behandling og mulig optimering af denne. Den praktiserende læge tager stilling til, om den enkelte bedst behandles i almen praksis eller om, der er behov for at henvise til specialiserende niveauer, og om der er relevante kommunale rehabiliterings- eller uddannelses tilbud. Lægen er med til at sikre samarbejde mellem sektorerne især om de særligt sårbare patienter.

Diabetesforeningen har foretaget en undersøgelse, der viser, at diabetespatienter ser den praktiserende læge som en særlig vigtig part i forbindelse med livsstilsændringer: Patienterne giver udtryk for, at lægens viden, råd og vejledning har en positiv betydning for størstedelen af patienternes motivation til at skifte gamle, dårlige vaner ud med nye og bedre.

Mennesker med type 2-diabetes, flere samtidige sygdomme og komplikationer har et stort behov for en tilpasset og sammenhængende koordinering af både behandling, rehabilitering og pleje. Møder patienten ikke op på hospitalet, afsluttes patienten og skal gribes igen i almen praksis. Nogle af de mest sårbare mennesker med diabetes udebliver også i almen praksis. Der skal derfor gøres en særlig indsats over for denne risikogruppe. PLO og Diabetesforeningen mener, at der skal være bedre mulighed for at kunne handle, når

den sårbare patient i anden sammenhæng er i praksis.

### Opsøgende tilgang

PLO og Diabetesforeningen mener desuden, at der skal skabes rammer for en mere opsøgende tilgang til de sårbare mennesker med diabetes, så de bliver diagnosticeret tidligere og kommer i den rette målrettede behandling, så senfølger kan forebygges. En mere ulig tilgang til patienterne, hvor der bruges mest tid på de svageste, skal netop sikre en mere lige fordeling af sundheden i vores samfund.

Det skal være muligt for patienten at få en konsultation ved sygeplejersken og ved lægen i almen praksis samme dag, for at sikre en bedre opfølgning af deres sygdom.

Almen praksis kan med fordel henvise til og samarbejde med kommuner og Diabetesforeningen om mere differentierede tilbud, f.eks. om patientuddannelse, støtte til egenomsorg, patientnetværk og pårørendeinddragelse.

1. Guariguata L, Whiting D, Weil C, Unwin N: *The International Diabetes Federation Diabetes Atlas Methodology for estimating global and national prevalence of diabetes in adults: International Diabetes Federation, Brussels, Belgium, 2011.*

2. Sortsø C, Green A, Jensen PB, Emneus M. *Societal costs of diabetes mellitus in Denmark. Diabetic Medicine. 2016;33(7):877-885. doi:10.1111/dme.12965.*

## AALBORG ØST BORGER

[ 35 % højere risiko  
for tidlig død ]

FOTO: CLAUDIA BJØRN LARSEN

## HASSERIS BORGER

[ 10 % lavere risiko for  
svære følgesygdomme ]





## KVALITET OG TID

Almen praksis har en evne til at favne de vanskeligste patienter, men der er brug for et andet set-up omkring de svære og skrøbelige patienter, der har brug for én og samme læge, som de har stor tillid til og forstår, for at ændre livsstil.

PLO og Diabetesforeningen foreslår mere tid i praksis til den komplekse patient, blandt andet til samtaler, der indeholder motivationsarbejde og mestringsevne (hvordan håndterer patienten bedst selv sin sygdom), evt. også med inddragelse af de pårørende. Samtalerne skal understøtte compliance i forhold til medicinering og overlevering til kommunale forebyggelsestilbud.

Tid til aktiv opsporing i risikogrupper og rådgivning i almen praksis kan være medvirkende til, at diabetes opdages tidligere, og dermed kan der sættes tidligere ind med den rette behandling.

Almen praksis bør få incitamenter til at ansætte mere sundhedsfagligt personale, så opgaven med de mange nye kronikere og multisyge kan løftes.

### Tid til kvalitet

Dansk almen praksis ligger i internationale sammenligninger højt, når det handler om kvalitet i behandlingen. Men behandlingen

kan løftes yderligere, hvis der i klinikkerne kan afsættes tid til arbejdet med egne kvalitetsdata, så almen praksis retter yderligere fokus på de sårbare patienter, der på den ene eller anden måde falder uden for, enten ved ikke at tage den korrekte medicin, ikke at komme til aftalte kontroller eller ikke opnår de ønskede mål for behandlingen.

Denne datadrevne udpegning af sårbare grupper i kombination med praksis' individuelle kendskab til den enkelte patients historie er en stærk kilde til at få prioriteret ressourcerne til fordel for dem, der har størst behov, og hos hvem der kan induceres mest sundhed. Muligheden for dette arbejde bør sikres ved, at der kan afsættes tid og ressourcer til opgaven.

I takt med at presset på ydelser hos de praktiserende læger stiger, er det vigtigt, at lægernes og klinikpersonalets kompetencer bliver løftet gennem efteruddannelse og mulighed for supervision i forhold til at håndtere individuelle sygdomsforløb hos patienter, der lider af kroniske sygdomme som diabetes.

Der bør investeres i kvalitetsudvikling i almen praksis, kompetenceudvikling, offensiv brug af kvalitetsdata og reelt samarbejde mellem sektorerne med henblik på at løfte alle aktører omkring patienten med diabetes.