

14.03.2021

Lægemiddelstyrelsen

**Att: Medicintilskudsnet**

Axel Heides Gade 1

2300 København S

### **Høringssvar vedrørende sag 2019034718 revurdering af tilskudsstatus for insulin**

På vegne af Foreningen Type 1 – Tænketank for Diabetes fremsendes hermed høringssvar vedrørende det reviderede forslag om ændringer i tilskudsstatus for insulin.

Vi har gennemgået det reviderede forslag i en intern arbejdsgruppe og i dialog med personer med diabetes på sociale medier.

Vi vil igen gerne takke Lægemiddelstyrelsen for åbenhed og imødekommenhed. Vi vil ligeledes også støtte den grundlæggende intention om at vi skal anvende ressourcerne i sundhedsvæsenet bedst muligt, for der er mange områder både i diabetesbehandlingen og i resten af sundhedsvæsenet som har kritisk brug for at få tilført flere ressourcer.

Når det er sagt vil vi samtidig understrege, at vi fortsat ser med meget stor bekymring på det fremlagte forslag. Hvis forslaget gennemføres i sin reviderede form, vil det fortsat være et voldsomt tilbageskridt for diabetesbehandlingen i Danmark og en væsentlig risiko for at vi som lever med sygdommen får sværere ved at tage vare på os selv.

Vi har noteret os at der i forslaget offentliggjort 3. februar 2021 lægges op til følgende tilskudsstatus for insulin:

1. at *alle* hurtigvirkende insuliner i hætteglas bevarer generelt tilskud. Dette har vi ikke yderligere indspil til.
2. at hurtigtvirkende insulin i forfyldt pen og cylinderampul med indhold af Insulin aspart (Insulin aspart "Sanofi") bevarer generelt tilskud. Dette har vi ikke yderligere indspil til.
3. at hurtigtvirkende insulin i forfyldt pen og cylinderampul med indhold af Insulin aspart (Fiasp Penfill og Fiasp FlexTouch) ændrer tilskudsstatus fra generelt tilskud til generelt klausuleret tilskud til "*Patienter med diabetes, der på grund af postprandiel hyperglykæmi ikke opnår tilfredsstillende blodsukker-kontrol ved behandling med anden hurtigvirkende insulinanalog*". Dette er kommenteret i Del II
4. at hurtigtvirkende insulin i cylinderampul med indhold af Insulin aspart (NovoRapid PumpCart) bevarer gældende tilskudsstatus: generelt tilskud. Dette har vi ikke yderligere indspil til.
5. at hurtigtvirkende insulin i forfyldt pen og cylinderampul med indhold af Insulin (human), Insulin lispro, Insulin aspart (NovoRapid FlexPen, NovoRapid Penfill, NovoRapid FlexTouch), og Insulin glulisin ændrer tilskudsstatus fra generelt tilskud til ikke generelt tilskud. Dette er kommenteret i Del II
6. at Intermediært virkende insulin med indhold af Insulin (human) ændrer tilskudsstatus fra generelt tilskud til generelt klausuleret tilskud til: "*Patienter med diabetes, der allerede er velbehandlede med NPH-insulin.*"

- Patienter med steroidinduceret diabetes. Behandling af diabetes i forbindelse med graviditet” Dette har vi ikke yderligere indspil til.
7. at blandingsinsulin med indhold af Insulin (human) og Insulin aspart bevarer gældende tilskudsstatus: generelt tilskud. Dette har vi ikke yderligere indspil til.
  8. at blandingsinsulin med indhold af Insulin lispro ændrer tilskudsstatus fra generelt tilskud til ikke generelt tilskud. Dette har vi ikke yderligere indspil til.
  9. at blandingsinsulin med indhold af Insulin degludec og insulin aspart bevarer gældende tilskudsstatus: ikke generelt tilskud. Dette har vi ikke yderligere indspil til.
  10. at langtidsvirkende insulinanalog med indhold af A10AE04 Insulin glargin (Semglee, Lantus og Lantus Solostar) bevarer gældende tilskudsstatus: generelt tilskud. Dette er kommenteret i Del II
  11. at langtidsvirkende insulinanalog med indhold af Insulin glargin (Lantus Optiset og ABASAGLAR) Insulin detemir ændrer tilskudsstatus fra generelt tilskud til ikke generelt tilskud. *Dette er kommenteret i Del II*
  12. at langtidsvirkende insulinanalog med indhold af Insulin glargin (Toujeo DoubleStar og Toujeo SoloStar) og Insulin degludec ændrer tilskudsstatus fra generelt tilskud til generelt klausuleret tilskud til: *”Patienter med type 1-diabetes eller LADA med gentagende tilfælde af symptomatisk hypoglykæmi ved be-handling med anden langtidsvirkende insulinanalog”* Dette er kommenteret i Del II
  13. at kombinationer af langtidsvirkende insulinanalog og GLP-1 receptoragonist med indhold af Insulin glargin og lixisenatid, Insulin degludec og liraglutid ændrer tilskudsstatus fra generelt klausuleret tilskud til ikke generelt tilskud. Dette har vi ikke yderligere indspil til.

Forslaget og processen syntes fortsat primært at være motiveret af besparelser på medicinpriserne. Det forholder sig detaljeret til markedsudsving og forskydninger mellem udvalgte insulinproducenter men tager kun i de allermest overordnede vendinger hensyn til patientsikkerhed og belastning af hospitaler og almen praksis.

Henset til at Medicintilskudsnævnet har brugt et år på at behandle indspil fra forrige høringsrunde og henset til at dette år har været præget af en pandemi så vækker det undren at der ikke er medtaget nogen overvejelser omkring forslaget betyder for hvad det vil medføre af ekstra besøg i et presset sundhedsvæsen eller hvad reduktion i udvalget af insulin kan have af betydning for forsyningsikkerhed.

Overordnet set anbefaler vi igen at forslaget revideres så det tager større hensyn til de meget forskellige behov som forskellige grupper af personer med diabetes har. Tilføjes af tre nye klausulerede tilskud er ikke tilstrækkeligt. Vi anbefaler fortsat at der eksplicit laves en vurdering af hvad dette forslag har af konsekvenser for patientsikkerheden samt for den faktiske drift af diabetesbehandlingen i Danmark. Hvis man fastholder den fremlagte model, beder vi om at vores tidligere indspil indarbejdes i de vejledende kriterier for enkelttilskud.

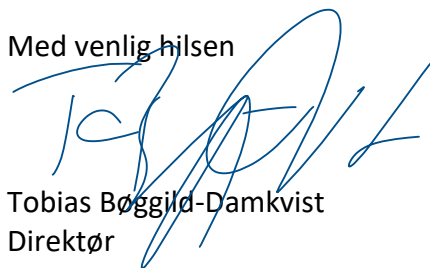
Afslutningsvis vil vi igen opfordre til at man ikke iværksætter ændringer af denne karakter før vi er kommet godt igennem den nuværende sundhedskrise med coronavirus. Efter et år med pandemi og nedlukninger er det fortsat ikke muligt at gennemføre almindelige konsultationer med diabetesambulatorierne og med mængden af aflysninger og ændringer forventer vi at det vil tage mange måneder før normaldrift er genetableret.

Ud over disse indledende bemærkninger har vi vedlagt et hørings svar i to dele: Indledningsvis har vi igen et par overordnede indspil til forslaget samt indspil om proces og rammer vi vil opfordre både Medicintilskudsnævnet og Styrelsen til at inddrage i den videre proces. Dernæst har vi i Del II specifikke kommentarer til forslaget samt anbefalinger til konkrete ændringer og initiativer som kan forbedre forslaget.

For så vidt angår det levede liv med diabetes og udfordringerne omkring social ulighed i diabetesbehandlingen ser vi ikke at der er taget hensyn til disse i det reviderede forslag. Vi henviser derfor til Del III og IV i vores tidligere fremsendte hørings svar og vedlægger dem igen da de desværre er fortsat er aktuelle.

Vi ser frem til at følge behandlingen af de forskellige høringsindspil og står til rådighed hvis I ønsker brugerindspil til det videre arbejde.

Med venlig hilsen



Tobias Bøggild-Damkvist  
Direktør

Tine Filges  
Formand

**Type1 - Tænk tank for diabetes; Foreningen Type 1; Strandvejen 84, 2.th.; 2900 Hellerup;  
[tbd@type1.dk](mailto:tbd@type1.dk); +45 20637324**

**Type1 - Tænk tank for diabetes** er en socialøkonomisk virksomhed og et netværksinitiativ drevet af **Foreningen Type 1**. Vi organiserer og involverer over 2600 personer i arbejdet for at skabe et mere imødekommende, sammenhængende og effektiv sundhedstilbud til personer med diabetes og andre komplekse kroniske tilstande.

Konkret arbejder vi gennem projekter, netværksgrupper og debat med fokus på:

- Brugerdreven innovation,
- Tilgængelig teknologi
- Bæredygtig sundhed

Læs mere på [www.type1.dk](http://www.type1.dk) eller på vores facebookside [www.facebook.com/type1taenketank/](https://www.facebook.com/type1taenketank/)

## Del I: Overordnede indspil

### Forslaget berører personer med andre diabetestyper end 1 og 2

Det er positivt at det reviderede forslag nu tager hensyn til diabetestyper ud over type 1 og 2.

### Forslaget har fortsat ikke taget højde for patientsikkerheden

Insulin er livsvigtigt for personer med type 1 diabetes men det er samtidig også et livsfarligt stof. Det er ifølge styrelsen for patientsikkerhed et af de 7 typer af lægemidler som giver anledning til flest medicinfejl og utilsigtede hændelser.

Dette skyldes, som vi også skrev i forrige høringsvar, at insulinbehandling har en række indbyggede risikofaktorer:

- dosis beregnes ofte og med varierende forudsætninger
- behandlingen er både situations- og tilstandsbestemt, den ændrer sig dagligt, med flere typer insulin involveret.
- doseringsberegningen er kompleks og skal ofte tage højde for mange faktorer så som aktivitet, indtag af kulhydrater, anden sygdom, søvn, stress etc
- dosering er afhængig af aktuelle blodsukkermålinger, indgiftning i blinde er livsfarligt
- der er mange risikopatienter i gruppen, fx børn eller personer med nedsat lever- eller nyrefunktion og børn
- virkningsdosis er ofte meget tæt på forgiftningsdosis

Skift mellem forskellige typer af medicin, specielt med forskellige virkningsprofiler og i forskellige penne er en højrisikoaktivitet. Erfarne læger og sygeplejersker laver ofte alvorlige fejl med insulin. Den tidligere vurdering om at langt de fleste patienter uden videre vil kunne skifte mellem de forskellige penne som blev afsluttet med en anbefaling om at undersøge "muligheden for udarbejde information om skift af insulinpræparat" er nu suppleret med en henvisning til en kort artikel i Rationel Farmakologi <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2020/Rationel-Farmakoterapi-3-2020/Skift-mellem-basalinsuliner-%E2%80%93-en-praktisk-guide> som omtales som en vejledning fra Sundhedsstyrelsen.

For det første forholder den sig alene til Type 2 diabetes. For det andet baserer den sig på den fejlagtige antagelse om at der ikke er forskelle på forskellige typer af insulinpenne (dette baseret alene på Semglee vs Lantus og ikke sammenlignet med pentyper fra Eli Lilly og Novo Nordisk) med henvisning til <https://www.sst.dk/da/nyheder/2019/irf-udgifterne-til-insulin-er-hoeje-men-der-er-penge-at-spare>

Vi betragter fortsat denne tilgang til patientsikkerhed som dybt uansvarlig vurdering som fuldstændig negligerer kendte udfordringer med insulin<sup>1</sup>

Vi anbefaler derfor igen at Styrelsen og Nævnet inddrager fagkundskab fra Styrelsen for Patientsikkerhed og Steno centrene samt relevante patientorganisationer i denne vurdering og ikke bare ser det som informationsarbejde.

Det er ikke en triviell opgave at skifte livsvigtig medicin.

#### Muligheden for at søge individuelt tilskud er unødigt arbejdskrævende

Det er en lille forbedring at der åbnes for klausulerede tilskud fremfor anbefaling om at søge individuelle tilskud, men sammenlignet med den tidligere status så er vores vurdering, at der fortsat vil være et stort administrativt merarbejde knyttet til det fremsatte forslag.

Selv med forenkede ansøgningsprocedurer vil det tage unødigt tid fra behandlingen og belaste både læger og personer med diabetes.

#### Forsyningssikkerhed

I det forgangne år er vi som samfund blevet smerteligt bevidste om hvor sårbare globale forsyningslinjer er og hvor udsatte personer med kroniske sygdomme bliver under en pandemi.

Uden at det skal blive en reklame for Novo Nordisk vil vi fremhæve at det alt andet lige er mere sikkert at få livsvigtig medicin fremstillet i Kalundborg fremfor i Indien.

Fra et forsyningssikkerhedsperspektiv er det afgørende at have flere leverandører. Når nævnet i øvrigt vurderer det så nemt at skifte mellem forskellige produkter ville det være hensigtsmæssigt i om man også inddrog indretning af tilskudssystemet så de understøtter forsyningssikkerhed.

Hvis dette ligger uden for Nævnets mandat bør dette fremhæves eksplicit så det kan rejses overfor andre ansvarlige myndigheder.

#### Totaløkonomi i diabetesbehandlingen

Diabetes blev i 2015 beregnet til at koste det danske samfund ca 31,8 milliarder kroner om året<sup>2</sup>. Selv med en enorm ressourceindsats og et velfungerende sundhedsvæsen er resultaterne ikke imponerende internationalt set. Fx er det kun 25% af personerne med diabetes type 1 som opnår

---

<sup>1</sup> <https://stps.dk/da/laering/risikoomraader/risikosituationslaegemidler/antidiabetika/> og <https://stps.dk/da/nyheder/2019/~media/1DB20264BC0343898C2CBE4253E434D2.ashx>

<sup>2</sup> C., Sortsø, A., Green, P. B., Jensen, M., Emneus (2015) Societal costs of diabetes mellitus in Denmark. Diabetic Medicine, 29 October 2015

et HbA1c på under 53 mmol/mol.<sup>3</sup> Insulinbehandlingen som er det livsvigtige fundament for al anden behandling af denne gruppe, koster udgør et tilskud på knap 400 millioner kr pr år ifølge Sundhedsstyrelsens egne oplysninger.<sup>4</sup> Der er betydelig konkurrence mellem insulinproducenterne og som Nævnets forslag også viser så er der stor dynamik i de enkelte kategorier. Fremfor at lade behandlingskvalitet som vurderet af den enkelte læge og patient være afgørende så forsøger nævnet at jage ”småpenge” som formegentlig kun vanskeligt kan realiseres og sandsynligvis resultere i større udgifter andre steder i sundhedsvæsenet samt i dårligere behandling af den enkelte person med diabetes.

Det er simpelthen ikke rationelt. Vi anbefaler at der udarbejdes ordentlige sundhedsøkonomiske analyser som afspejler mulighederne for en mere sammenhængende og effektiv behandling af diabetes i Danmark fremfor den suboptimering som ligger i at ville detailstyre konkurrencen gennem en tilskudsmodel.

---

3

[https://www.sundhed.dk/content/cms/87/4687\\_aarsrapport\\_diabetes\\_2019\\_20\\_endelig\\_.pdf?fbclid=IwAR0296Mq6AMRGcSM\\_YVOxxexml-k7y-kHfJCTKoMRGUqBHkqHDJspTDBqhl](https://www.sundhed.dk/content/cms/87/4687_aarsrapport_diabetes_2019_20_endelig_.pdf?fbclid=IwAR0296Mq6AMRGcSM_YVOxxexml-k7y-kHfJCTKoMRGUqBHkqHDJspTDBqhl)

<sup>4</sup> <https://www.sst.dk/da/nyheder/2019/irf-udgifterne-til-insulin-er-hoeje-men-der-er-penge-at-spare>

## **DEL II: Specifikke tilbagemeldinger på det fremsatte forslag**

Ad 3) at hurtigtvirkende insulin i forfyldt pen og cylinderampul med indhold af Insulin aspart (Fiasp Penfill og Fiasp FlexTouch) ændrer tilskudsstatus fra generelt tilskud til generelt klausuleret tilskud til "Patienter med diabetes, der på grund af postprandiel hyperglykæmi ikke opnår tilfredsstillende blodsukker-kontrol ved behandling med anden hurtigtvirkende insulinanalog".

Forslaget om at klausulere dette til manglende postprandial blodsukkerkontrol dækker kun dele af det faktiske behandlingsmønster.

FIASP bruges det typisk af personer med en mere ureglerlig blodsukkerprofil eller en mere uregelmæssig hverdag. Det kan fx være tale om et arbejde med skiftende belastning og usikkerhed omkring spise og pausetider eller det kan være skolegang med meget varierende fysisk aktivitetsniveau. Uanset om der er tale om arbejde eller skolegang vil mange personer opleve en større fleksibilitet og frihed ved brug af en insulin med en hurtigere virkningsprofil. Det kan i praksis reducere behovet for præbolus samt give en lavere blodsukkertop efter et måltid.

Vi anbefaler nævnet at indsamle studier som viser de forbedringer af dag-til dag blodsukkerkontrol samt HbA1c som knytter sig til disse og inddrage dem i den samlede vurdering.

Vi anbefaler at der opretholdes et generelt tilskud til FIASP og ligeledes andre typer af ultrahurtige insuliner (fx Lyomjev) når disse kommer på markedet således at den enkelt person med diabetes kan tilrettelægge sin behandling i samarbejde med behandleren.

Ad 5) at hurtigtvirkende insulin i forfyldt pen og cylinderampul med indhold af Insulin (human), Insulin lispro, Insulin aspart (NovoRapid FlexPen, NovoRapid Penfill, NovoRapid FlexTouch), og Insulin glulisin ændrer tilskudsstatus fra generelt tilskud til ikke generelt tilskud.

Vi ser med meget stor stor bekymring på at tilbuddet af lægemidler indskrænkes betydeligt ved at man fjerner det generelle tilskud for hovedparten af produkterne i denne kategori.

En person med type 1 diabetes i et MDI behandlingsregime vil tage typisk tage 3-5 injektioner af hurtigtvirkende insulin dagligt ved måltider samt korrektion. Det bliver til et voldsomt stort antal injektioner og over tid oplever mange at have forskellige former for reaktioner på hyppigt brugte injektionssteder. Ud over lavt blodsukker er det den hyppigst forekommende bivirkning ved insulinbehandling, som det også fremgår af indlægssedlerne til samtlige af de produkter som indgår i denne revurdering. Dette skyldes en kombination af injektionsteknik, lipogene effekter af insulin samt at forskellige personer reagerer forskelligt på de bindemidler, konservering,

silikonecoating af kapul etc som findes.<sup>5</sup> Man kan ikke læse det ud af de nationale vejledninger, men den nemme praktiske løsning som anbefales på ambulatorierne er at rotere injektionssted samt er at skifte til andre typer insulin hvis rotation og ændret injektionsteknik ikke løser dette.

Dernæst ser vi med bekymring på afgrænsning i adgang til forskellige pentyper, specifikt at Flexpen foretrækkes over Flextouch rent tilskudsmæssigt. I valget mellem pentyper er der en række væsentlige praktiske forhold som ikke fremgår af lægehåndbogen og NBVen som Nævnet lægger til grund for sit forslag. Flextouch imødekommer på en række punkter praktiske behov hos brugergruppen:

- For det første er den enklere at bruge for personer som har nedsat kraft eller rystelser i hænderne, da den injicerer på baggrund af en fjeder som udløses ved en trykknop i modsætning til flexpen hvor brugeren ved egen kraft skal trykke et stempel i bund.
- For det andet er det nemmere at give større injektioner. Brugere som skal have meget store doser fx på grund af vægt, insulinresistens eller lav insulinfølsomhed kan have udfordringer med at tage store doser (over 40 ie) hvis de ikke har et stort fingerspænd, fordi stemplet skal trækkes meget langt ud. Alternativt skal de tage flere mindre injektioner hvilket kræver flere kanyler, giver flere muligheder for fejl samt en større oplevelse af ubehag.
- For det tredje er Flextouch i modsætning til flexpen en platform for at tage nye hjælpemidler som det kommende dialogue device i brug. Dermed er denne pentype en forudsætning for de patienter. Alternativt skal der investeres i en elektronisk flergangspen som kan anvende insulin cylinderampul, som bevarer tilskud. Lægemiddelstyrelsen bør inddrage både gevinsterne ved en mere digitaliseret diabetesbehandling samt de konkrete meranskaffelsesomkostninger hvis man fravælger adgangen til nyere pentyper.

Vi anbefaler derfor at man fastholder generelt tilskud til NovoRapid således at den enkelte person med diabetes i samråd med den udskrivende læge kan træffe valg om hvilken pentype der giver den bedste daglige injektionsbehandling for den enkelte.

Hvis der ikke gives generelt tilskud bør der gives klausuleret tilskud til Novorapid i Flextouch for patienter som har problemer med at anvende andre pentyper.

Ad 10) at langtidsvirkende insulinanalog med indhold af A10AE04 Insulin glargin (Semglee, Lantus og Lantus Solostar) bevarer gældende tilskudsstatus: generelt tilskud.

Som udgangspunkt ser vi positivt på brugen af biosimilære produkter for at opnå bedre priser på medicin og noterer med tilfredshed den effekt konkurrencen har haft i denne kategori. Det er dog

---

<sup>5</sup> Vi anbefaler Nævnet at bede styrelsen om at fremlægge artikler som fx belyser reaktioner på injektionssted ved brug af henholdsvis Levemir og Lantus som er en af de mest kendte eksempler på dette, men det forekommer ved alle typer af insulin som har været i anvendelse siden 1921.



kritisk vigtigt at det grupperes rigtigt. Semglee og Lantus kan betragtes som værende i kategori med Levermir. Det er IKKE sammenligneligt med Toujeo og Tresiba.

Ad 11) at langtidsvirkende insulinanalog med indhold af Insulin glargin (Lantus Optiset og ABASAGLAR) Insulin detemir ændrer tilskudsstatus fra generelt tilskud til ikke generelt tilskud.

Ligesom med de hurtigvirkende insuliner er der et behov for et udvalg af langsomtvirkende da der kan være meget store forskelle i hvordan den enkelte person med reagerer på produktet. Specielt hvad angår forskelle i reaktioner på injektionsstedet, som er en af de hyppigste bivirkninger ved behandling med insulin, ses forskelle fra person til person. Ofte må en person med diabetes gennem flere produkter for at finde en god behandling.

Ad 12) at langtidsvirkende insulinanalog med indhold af Insulin glargin (Toujeo DoubleStar og Toujeo SoloStar) og Insulin degludec ændrer tilskudsstatus fra generelt tilskud til generelt klausuleret tilskud til: "Patienter med type 1-diabetes eller LADA med gentagende tilfælde af symptomatisk hypoglykæmi ved behandling med anden langtidsvirkende insulinanalog"

Det er positivt at Medicintilskudsnetværket anerkender at der er grupper af patienter som har stor gavn af behandling med disse produkter og nu ser på dem som en kategori for sig. Klausuleringen fremstår uhensigtsmæssig snæver og tvinger personer med diabetes gennem afprøvning af andre behandlinger før opstart med denne behandling kan finde sted.

Vi anbefaler at klausuleringen udvides til også at omfatte de begrundelser vi fremsatte i forrige høringssvar.

**DEL III: Der er et menneske bag hvert eneste af de insulinrecepter I har set data på.**

Styrelsen gentager flere gange i dialogen med os, at der ikke er tale om en spareøvelse men om et forslag, som skal give en mere rationel udskrivning af medicin. Bag hver eneste registrering af en recept som Styrelse og Nævnet mener burde være udskrevet "mere rationelt" er der et menneske af kød og blod.

Vi er ca. 270.000 personer, som lever med diabetes i Danmark, og godt 72.000 af os tager insulin for at overleve. Med fare for at lyde melodramatisk, så er adgang til den rette insulin faktisk et spørgsmål om liv eller død.

For at sætte det helt på spidsen: For meget insulin kan slå dig ihjel med et insulinchock i løbet af et par timer, for lidt insulin kan slå dig ihjel kan slå dig ihjel med en syreforgiftning i løbet af et par dage. Det er en hårfin balance. Vi, vores pårørende eller plejepersonalet skal 24 timer i døgnet, året rundt, altid, jonglere med over fyre faktorer som påvirker blodsukkeret<sup>6</sup>. DER ER INGEN FRIDAGE FRA DIABETES.

At skulle ændre på en medicin som man trives med eller at skulle gennem en ansøgningsproces med lægen som opleves som mistænkeliggørende og helt unødvendigt skriver sig ind i den alenlange række med besværligheder og frygt som følger med sygdommen:

- Det er ubehaget ved de lave blodsukre, når det passer allerdårligst
- Det er frygten for nyresvigt, når tallene bare bliver værre år for år
- Det er læger, som skælder dig ud fordi dine tal ikke er perfekte
- Det er sår, som ikke vil hele og bare bliver dybere
- Det er synet, som bliver dårligere og frygten for at miste det helt
- Det er endnu en pille, som skal tages hver dag for at reducere risiko
- Det er ødelagt nattesøvn og frygten for at miste jobbet på grund af for meget sygefravær
- Det er igen et brev fra kommunen, som ændrer på udstyret, fjerner en bevilling eller kræver ny dokumentation
- Det er uendelige rækker af kontroller og prøver i ambulatoriet
- Det er misforståelserne, myterne og de meningsløse trøst "i det mindste er det jo ikke kræft"
- Vågne med lavt blodsukker badet i sved
- Det er livet med diabetes...

For at give jer et lille indblik i, hvad forslaget reelt betyder, har vi indsamlet en række udsagn fra dialogen med vores medlemmer, som vi har fået tilsendt per mail eller via sociale medier. Vi medtager dem, som vedrører det allermost udsatte område i forslaget, nemlig dem der har kritisk

---

<sup>6</sup> Her kunne vi have indsat en omfattende litteratursøgning fra pubmed og 67 henvisninger til artikler ingen alligevel læser men vi vil hellere have at I ser denne oversigt skrevet af Adam Brown som selv lever med Type1: <https://diatribe.org/42factors> Den give et nemt tilgængeligt og praktisk indblik i spørgsmålet.

behov for de nye langsvirkende insuliner for at få en velreguleret basal. Vi har valgt at anonymisere vores følgere og medlemmer og blot lade dem stå, som de er givet.

Vi er helt klar over, at I kun vanskeligt kan tillægge disse enkeltstående udsagn vægt i arbejdet, vi er helt klar over, at flere af dem kunne bruges som reklamer for en stor dansk insulinproducent, og vi er helt klar over, at de kun repræsenterer en brøkdel af de mennesker som jeres forslag påvirker, men læs dem og tag dem alvorligt for det er stemmerne fra dem I rammer:

Citater fra personer med diabetes:

Person	Citat
1	"Jeg var ved at give op som sygeplejerske og forlade faget, orkede ikke nattevagter og alt det bøvl det gav med blodsukkeret. Tresiba har gjort det muligt for mig at blive ved med at arbejde på intensivafdelingen."
2	"Dejligt med kun 1 injektion m langtidsvirkende insulin Tresiba pga. lang virkningstid og at den har en fleksibilitet ift injektion af den (der skal dog være 8 timer imellem) <i>Jeg er SÅ tilfreds med den og dens virkning og med T1 i 55 år så ønsker jeg af hele mit hjerte at fortsætte med Tresiba - orker bare ikke mere skift af langtidsvirkende insulin.... 😊</i> "
3	"Vil gerne give mit besyv med, selv om jeg ikke kan anbefale Tresiba. Jeg skiftede fra Lantus til Tresiba på trods af at stabilt BS og langtids BS på 48. Min læge anbefalede det. Med Tresiba fik jeg mange udsving og kunne ikke styre BS, som jeg plejer. Jeg er nu tilbage på Lantus og alt er godt igen. Lantus er godt for mig, og jeg håber, at der ville være tilskud til alle typer insulin, da vi diabtikere har brug for forskellig insulin til at være velregulerede 🙏"
4	"Jeg gik fra Lantus til Tresiba. efter skiftet til Tresiba har jeg fået et langtidsblodsukker på næsten 100 % lige kurve. Mit BS er stabilt, og jeg har det langt bedre og behøver næsten ingen hurtigvirkende insulin. Det har været et kvantespring til den gode side i behandling af min type1 diabetes. Tæt på det jeg ikke havde troet var muligt!!!"
5	"Bruger Tresiba der har ført til, jeg ikke mere, har den ene insulin chok efter den anden, om natten. Det er kun om dagen, jeg mærker når jeg bliver lav, og derfor gik det rigtig tit, galt om natten. Og at mit natblodsukker nu ligger stabilt, har medført

	et rigtig flot langtidsblodsukker, som jo er det alle diabetikere bør have, for at undgå alle de grimme, og for samfundet, meget dyre følgesygdomme.”
6	”bruger Tresiba, og mit blodsukker er meget mere stabilt efter skiftet fra Toujeo og før det Lantus. Jeg skal ikke væk fra Tresiba, basta har ikke før haft så godt styr på mit blodsukker, som nu 😊”
7	”Jeg bruger Tresiba til nat nat, mit BG ligger helt stabilt natten igennem og det er det første præparat jeg har den oplevelse med.”
8	”Jeg bruger Tresiba: Startede med at bruge Lantus Solostar, men jeg var nødt til at dele min dosis op i 2 samt øge dosis mange gange for at have bare en smule effekt af den langtidsvirkende insulin. Der var meget svært for mig at opretholde et stabilt blodsukker mellem måltider. Til sidst begyndte jeg at reagere med kløe og hyppige blødninger efter injektion og endte derfor med at skifte til Tresiba. Nu tager jeg kun x1 pr. dag og tager lavere dosis end jeg gjorde på Lantus.”
9	”Gik fra Levemir til Tresiba, og kan nøjes med 1 injektion istedet for 2.( Faldt ofte i søvn inden jeg nåede at ta' Levemir 2'gang) Mit blodsukker er også langt bedre reguleret på Tresiba 🙌”
10	”Jeg bruger Toujeo, fordi den ganske enkelt, og i højere grad - kombineret med Novorapid - bidrager til et mere stabilt blodsukker, end da jeg brugte Insulatard eller Lantus.”
11	”Jeg har skiftet til Tresiba, og fået et mere stabilt blodsukker, især om natten.”
12	”Jeg blev bare sat på Tresiba, da jeg nok var den sidste i Danmark ( ifølge min læge), der var på Insulatard. Ved ikke om det gør den store forskel. Men alt i alt, så duer det ikke at vi bliver påduttet bestemte mærker medicin og udstyr. Der må være et frit valg.”
13	”Min datter bruger tresiba . Startede på levemir da hun fik T1, men følte levemir sveg når hun tog det. Med tresiba kan hun nøjes med at tage om aftenen, hun synes ikke det sviger som levemir gjorde, og hendes BS er mere stabil”
14	”Jeg bruger Toujeo pt...udelukkende fordi det er det sygehuset giver mig. Har tidligere brugt Insuman og Insulatard. Har aldrig haft problemer med nogen af dem. Mit langtidsBS har de sidste 3 år lagt omkring 6.0. Den største ting for mig var da jeg fik Libre for 3 år siden med et langtidsBS på 12”

15	"Jeg bruger Tresiba 1 gang i døgnet (aften). Mere stabilt BS især eftermiddag efter. Også bedre end andre ved energikrævende motion."
16	"Jeg oplever et mere stabilt bs med tresiba 😊"
17	"Jeg er type 1,5 efter skift til tresiba så har jeg fået et stabil blodsukker... uden at få alle de dyk jeg ellers havde før ..." " Skiftet fra Lantus til Tresiba som giver et meget mere stabilt blodsukker"
18	" Jeg har været samtlige langsomme insulin typer igennem i mine 55 år med diabetes1 og det er den ( <i>Tresiba, Red.</i> ) som er Mest stabil i forhold til min svære reguler bare diabetes 🙈🙈🙈"
19	"T1 i 55 år. Efter skift til Tresiba er mit bs meget mere stabilt, især om natten 👍"
20	"Da jeg fik bevilliget Dexcom sensor kunne jeg se at jeg trods pæne BS-målinger i dagtimerne lå rigtigt højt stort set hver nat. Da jeg skiftede til Tresiba forbedrede dette mønster sig markant og jeg ligger nu inde for normalområdet 90% af tiden."
21	"Jeg gik fra INSULATARD til Tresiba. Da jeg brugte insulatard lignede mit BS en sinuskurve. Det hoppede op og ned, samtidig med jeg fik store plamager der hvor jeg stak mig. Det lignede gigantiske mygstik. Da jeg fik Tresiba fik jeg en mere linjær kurve på mit BS. Jeg fik ikke længere udslet ala mygstik."
22	"Jeg bruger Tresiba og har gode erfaringer med den, bedre over døgnet. Bruger også NovoRapid"
23	"Jeg er dybt afhængig af tresiba, da den ikke giver mig chok/føling om natten, som både lantus og levemir gjorde...iøvrigt vågner jeg ikke af lav. Siden tresiba har jeg faktisk ikke haft et eneste reelt insulinchok (hvor jeg ikke har kunne klare mig selv)og derfor heller ikke været på skadestuen. Jeg fik type 1. i 1965 og tresiba har været revolutionerende, da jeg ikke kan mærke de lave før den er helt gal!"
24	" Mit liv ændrede sig, da jeg gik fra Lantus til Tresiba. Jeg er aldrig bange for at lægge mig til at sove om natten længere, blodsukkeret holder sig stabilt hele natten. Jeg har i det hele taget fået meget pænere blodsukkerkurver og ikke nær så mange følinger som før. Det ville være en katastrofe for mig og for min livskvalitet, hvis jeg ikke længere kan få Tresiba."

25	<p>"Bruger Tresiba og det har gjort til at jeg yderst sjældent oplever lave blodsukre og får afbrudt søvn på daglig basis Er skrækslagen for ikke at kunne få det længere, det ville ødelægge mit liv og ville formentlig på den længe bane måtte opgive mit job"</p>
26	<p>" Er T1 og har haft det i 10 år. Skiftede til Tresiba pga. store udsving i blodsukkeret om natten og fik for mange hypoglykæmiske anfald. Jeg bor alene så det er alfa omega for mig at jeg kan være tryk om natten og det hjælp 100% da jeg kom på Tresiba. Nu har jeg en meget mere stabil kurve i løbet af dagen og kan meget bedre styre mit blodsukker og regulere med Fiasp til måltider. Oven i at jeg har fået Freestyle Libre, så har jeg nu fået det laveste langtids blodsukker i de 10 år jeg har haft T1. Kæmpe forandring og vil ikke undvære det for noget 🙏"</p> <p>"Jeg skiftede for et par år siden fra insulatard til Tresiba. Det har gjort en verden til forskel og givet mig styr på mit morgen-blodsukker. Tresiba er langt mere stabilt, og det vil være fatalt for mig at miste."</p>
27	<p>" Vores datter har i 8 år, haft type1 diabetes så vi har prøvet lidt forskelligt. Men hun har nu tresiba som langsomvirkende. Grunden til at vi er så glade for tresiba er, at den er så retardo, den skal kun gives en gang i døgnet og svier ikke. Den skal ikke gives på klokkeslet, som de andre, det gør det noget nemmere at få søvn, når blodsukkeret fx har drillet om natten, eller teenageren gerne vil sove lidt længere, at vækkeuret ikke behøver bimle kl 7, fordi det er der man får den de fleste dage.. I forvejen, er type1 diabetiker pisket til at udfylde dimser og dutter, for selv det mindste, med desværre ofte dårlige nåle og hvad der ellers kommer ud af div spareøvelser. Nu kommer der så mere, der skal tages hånd om, ansøges om osv.. For ikke tale om de mandetimer det kommer til at tage, at behandle alle de ansøgninger. Når alt kommer til alt, så er der jo intet sparet.. Men til gengæld en masse bøvl og ventetider for os, der ikke kan undvære det livsvigtige insulin til vores børn og dem selv når de bliver voksne. Virkelig en dårlig og spild af ressourcer idé. Man burde i stedet, hjælpe systemet tilbage, til at hjælpe borgeren igen og ikke mere system, for systemets skyld."</p>
28	<p>" Åhh ja. De gode gamle (læs dårlige) dage med Insulatard. Det var tider. Man var aldrig sikker på insulinen var opløst. Når pennen var halvt tømt virkede den anderledes end en fuld pen. Super svær at docere. Utallige er de gange (mindst 2-3 gange pr. måned) hvor jeg har stået foran køleskabet kl. 3 om natten, mens jeg kampsvedte en pøl på gulvet, og bare skulle have nogle kulhydrater. "Skat, der er ikke mere mad. Jeg har spist køleskabet". Eller vågnet op i en dyngvåd seng pga.</p>

	<p>natføling med kampsved. Jeg får vand i ørerne, men at få sin øregang blokeret af sved er en lidt vanvittig oplevelse. Jeg er sikker på jeg var blevet indlagt, hvis der var kommet en ambulance forbi i et par tilfælde. Jeg overlevede, og er i dag på Tresiba. And I am NOT going back!”</p>
--	---

## DEL IV Risiko for social slagside ved fjernelse af enkelttilskud

### Generelt er der stor og stigende social ulighed i sundhed i Danmark

På trods af en relativ høj lighed i Danmark, er der overvældende evidens for, at der er en stor og stigende social ulighed i sundhed. Der er eksempelvis over 5 år forskel på livslængde på højt og lavtuddannede i Danmark<sup>7</sup>, ligesom vi ved, at kortuddannede har flere kroniske sygdomme (multisygdom)<sup>8</sup>. Man ved også fra et nyere reviewstudie, at en lav socialøkonomisk status øger risikoen for kardiovaskulær sygdom med en faktor på 2-3<sup>9</sup>. Der er de senere år da også udgivet en række rapporter og andre initiativer, der understøtter og dokumenterer, at vi i Danmark har social ulighed i sundhed. Eksempelvis har Sundhedsstyrelsen lavet en hel portal om emnet<sup>10</sup>.

Et af de fænomener, som kan forklare den sociale slagside ved at ændre tilskud til insulin er "Health illiteracy", som er udbredt i Danmark. Et stort dansk studie fra 2014 konkluderer:

*"A substantial proportion of the Danish population perceives difficulties related to understanding health information and engaging with healthcare providers. The study supports previous findings of a socio-economic gradient in health literacy"<sup>11</sup>.*

Health illiteracy dækker over, at man har svært ved at forstå information som er relateret til ens sundhed og interagere i relationen med sundhedsprofessionelle. Det at have og søge kendskab til de forskellige insuliners virkningsprofil og at ansøge om enkelttilskud til sin insulin hos sin diabeteslæge, er altså vanskeligt for nogle af de personer som har insulinkrævende diabetes, og som dermed risikerer at blive ramt ved en ændring af tilskudsreglerne.

På dansk har Health illiteracy fået betegnelsen "lav sundhedskompetence". Flere studier peger på, at personer med kronisk sygdom og personer med kort uddannelse har lav sundhedskompetence sammenlignet med andre<sup>12</sup>. Et andet dansk studie konkluderer at op mod hver fjerde dansker med lav indkomst og kort uddannelse har svært ved at forstå information om

---

7 Højtuddannede lever længst (2013): Danmarks Statistik

8 Risikofaktorer for multisygdom(2019): Schramm et al. Statens Institut for Folkesundhed, SDU. Elektronisk udgave: ISBN 978-87-7899-470-7

9 Impact of Socioeconomic Status on Cardiovascular Disease and Mortality in 24,947 Individuals With Type 1 Diabetes (2015) Rawshani Svensson, Rosengren, Eliasson, Gudbjornsdottir. Diabetes Care 2015;38:1518–1527 | DOI: 10.2337/dc15-0145

10 <https://www.sst.dk/da/viden/ulighed-i-sundhed>

11 National indicators of health literacy: ability to understand health information and to engage actively with healthcare providers - a population- based survey among Danish adults (2014) Bo et al. Bo et al. BMC Public Health 2014, 14:1095 <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/1095>

12 <https://diabetes.dk/aktuelt/nyheder/nyhedsarkiv/2016/lavtuddannede-rammes-haardest-af-diabetes.aspx>



sundhed, uanset om de skal høre eller læse den<sup>13</sup>. Desuden oplever én ud af tre fra denne gruppe, at de ikke helt kan få læger og andre sundhedsprofessionelle til at forstå, hvad der er galt med helbredet. De kan heller ikke altid selv forstå, hvad lægen eller sygehuset fortæller dem.

### **Beslutninger om ændring i tilskud skal bygge på viden om patienters oplevelser**

Danske Patienter skriver, at beslutninger om ændring i tilskud altid skal bygge på viden om patienters oplevelser og konsekvenser af ændringer skal følges systematisk, så man systematisk afdækker, hvilke effekter en omlægning af tilskud har for patienterne, blandt andet i relation til compliance. Dette bør Lægemiddelstyrelsen, hvis ændringen foretages, følge. Personer med kronisk sygdom har i forvejen høje udgifter til medicin. Vi har fra vores medlemmer fået flere tilkendegivelser om, at de selv vil købe eksempelvis Tresiba, hvis det tages fra dem fordi lægen vurderer, at de kan klare sig lige så godt på et billigere alternativ. Og må vi her minde om, at det er det ikke alle der har økonomisk råderum til at kunne gøre uden offentligt tilskud.

Danske Patienter roste 2015, at Kronikertilskud blev automatisk<sup>14</sup> af samme grund. At have en eller flere kroniske sygdomme kan være en bekostelig affære.

### **Social slagside og diabetes**

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har påvist, at der er social ulighed i seks af de store folkesygdomme. Det drejer sig om **diabetes (både type 1 og 2)**, apopleksi (blodprop i hjerne og hjerneblødning), iskæmisk hjertesygdom, KOL (kronisk obstruktiv lungelidelse), depression og skizofreni<sup>15</sup>.

Man ved, at der en høj socioøkonomisk faktor associeret med en god glykæmisk kontrol <sup>16</sup>.

Vi mener altså med rette at have belæg for vores bekymring om, at det er stor sandsynlighed for, at ændringerne i insulintilskud vil medføre, at en gruppe patienter med type 1 diabetes, som udover kronisk sygdom også har andre indikatorer, ikke får den insulin, som hjælper dem bedst til et stabilt blodsukker, og at det vil påvirke eller fastholde et HbA1c som er for højt og ustabil. Vi frygter, at tilskudsregler kan bidrage til, at den sociale slagside øges indenfor personer, som lever med type 1 diabetes.

---

13 Gaps in understanding health and engagement with healthcare providers across common long-term conditions: a population survey of health literacy in 29 473 Danish citizen (2016) K. Friis, H. T Maingal Department of Public Health, Section for Health Promotion and Health Services, Aarhus University, Aarhus, Denmark

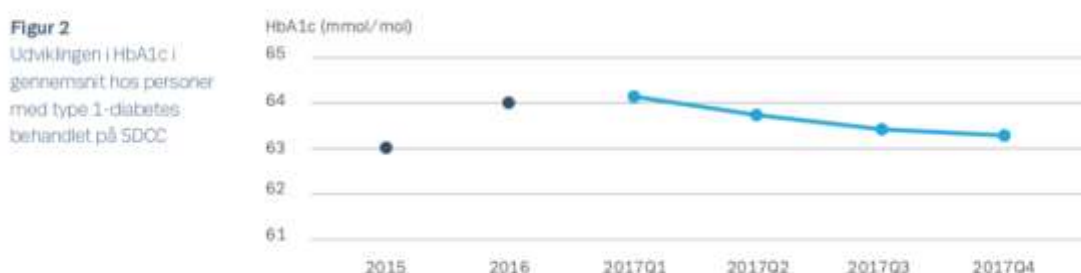
14 <https://danskepatienter.dk/politik/det-mener-vi/medicintilskud>

15 Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Startens Serum Institut og Sundhedsstyrelsen 2013: Ulighed i Sundhed.

16 The role of socio-economic and clinical factors on HbA1c in children and adolescents with type 1 diabetes: an Italian multicentre survey (2017) *Pediatr Diabetes*. 2017 May;18(3):241-248. doi: 10.1111

Selvom Danmark på nogle områder er langt med diabetesbehandling, overses det desværre ofte, at der er en meget stor andel af danskere med insulinkrævende type 1 diabetes, ikke når det nationalt anbefalede HbA1c.

Herunder ses en skematisk oversigt over HbA1c på SDCC med tal fra 2017<sup>17</sup>.



Det generelle behandlingsmål for voksne med type 1-diabetes er, at HbA1c under eller lig med 53 mmol/mol. Men vi kan altså konstatere, at der er mange danske patienter, som ikke når det nationale mål, (ca. 75%) og at der er en stor gruppe patienter, som har et HbA1c, som betyder, at de er i alvorlig risiko for, at deres eksisterende senkomplikationer forværres, og at nye senkomplikationer kommer til. Det er værd at have med i baghovedet, når ændringerne til tilskud til insulin diskuteres.

Personer der bruger insulinpumpe har et pænere HbA1c, og vi kan derfor konstatere at det er mange penbrugere blandt de personer som har en HbA1c langt over det anbefalede niveau<sup>18</sup>. Vi ved fra forskning, at personer med type 1 diabetes er en særlig udsat patientgruppe. Der er eksempelvis en øget selvmordsrisiko<sup>19</sup>.

### Dokumentationspligten ligger hos Lægemiddelstyrelsen

Det at dokumentere, at ændringer i tilskudsordninger til insulin har en social slagside, er en vanskelig opgave. Omvendt kan man også hævde, at Lægemiddelstyrelsen vil have svært ved at

<sup>17</sup> <https://www.sdcc.dk/om>

SDCC/organisation/Documents/Aarsberetning/Kliniske%20data.pdf?rhKeywords=gennemsnit+hba1c#search=gennemsnit%20hba1c

<sup>18</sup> <https://diabetes.dk/boern-og-unge/fakta-om-boern-og-diabetes/behandling-af-type-1-diabetes/insulinbehandling/insulinpumpe.aspx>

<sup>19</sup> Suicide risk in type 1 diabetes mellitus: A systematic review (2015), M. Pompili et al. Journal of Psychosomatic Research Volume 76, Issue 5, May 2014, Pages 352-360.

dokumentere det modsatte - at ændringer i tilskud til insulin, **ikke forringer livssituationen** for den mest udsatte gruppe blandt personer med type 1 diabetes.

Denne generelle holdning blandt forskere og eksperter er, at det ikke som sådan er sundhedsvæsnen, der skaber den sociale ulighed i sundhed, men at sundhedsvæsnen reproducerer de strukturelle determinanter, som allerede findes<sup>20</sup>.

Danmark udarbejdede som et af de første lande en national rapport: ”Ulighed i sundhed – årsager og indsatser” i 2012. Her er en ekspertgruppe nedsat fra Københavns Universitet. De skriver bl.a.:

*”Da ulighed i sundhed ikke er isoleret inden for sundhedspolitikens ressort område, er det nødvendigt at pege på de andre sektors potentialer for at reducere social ulighed i sundhed. En koordineret og tværgående politik for reduktion af den sociale ulighed i sundhed (jf. EU’s Health In All Policies) kan skærpe både legitimitet og effektivitet i alle de involverede politikområder og skabe en for- bedret folkesundhed for alle, både som mål i sig selv og som middel til samfundets økonomiske udvikling”.*

Statistiske analyse viser<sup>22</sup>, at det er tidlige determinanter, som påvirker social position og helbred i Danmark. Disse fra den videnskabelige litteratur velkendte determinanter er beskrevet i samme rapport:

- *Børns tidlige udvikling – kognitiv, emotionel, social*
- *Skolegang – uafsluttet skolegang*
- *Segregering og socialt nærmiljø*

Sygdomsårsager som påvirkes af social position:

- *Indkomst – fattigdom*
- *Langvarig arbejdsløshed*
- *Social udsathed*
- *Fysisk miljø – partikler og ulykker*
- *Arbejdsmiljø – ergonomisk og psykosocial*
- *Sundhedsadfærd*
- *Tidlig nedsættelse af funktionsevne<sup>23</sup>*

---

20 Ulighed i sundhed (2019): Danske Patienter. Baggrundsnotat.  
[https://www.danskepatienter.dk/files/media/Publikationer%20-%20Egne/A\\_Danske%20Patienter/B\\_Indspil\\_cases\\_undersogelser/ulighed\\_baggrundsnotat.pdf](https://www.danskepatienter.dk/files/media/Publikationer%20-%20Egne/A_Danske%20Patienter/B_Indspil_cases_undersogelser/ulighed_baggrundsnotat.pdf)

21 ibid

22 <https://www.regioner.dk/sundhed/tema-ulighed-i-sundhed>

23 Social ulighed i sundhed - hvad kan kommunen gøre? (2012): Hvass LR, Manghezi A, Folker AP, Sandø N. København: Sundhedsstyrelsen; 2012.

Der er det seneste tiår i stigende grad kommet fagligt og politisk fokus på social ulighed i sundhed og at der i stigende grad er forskel på, hvor langt og sundt et liv vi i Danmark lever, alt efter hvilken position i samfundet, vi har<sup>24</sup>.

I henhold til at en borger med diabetes, som skal søge tilskud til insulin, er dette blot en ud af mange mulige forhindringer i mødet med sundhedsvæsenet.

- Som et ganske nyt eksempel på denne bevidsthed om problematikken opstod der her fra årsskiftet 2020 en **ny alliance af mellem en gruppe af større samfundsaktører**. Alliancen kalder sig 'Ulighed i Sundhed', og er sat i verden for netop at få sat fokus på fænomenet gennem en række indsatser i fællesskab og hver for sig<sup>25</sup>.

Alliancen består af Danske Regioner, KL, Kræftens Bekæmpelse, Danske Patienter, Lægeforeningen, DSR, Jordemoderforeningen, DGI, PensionDanmark, FOA, 3F og Fagligt selskab for Sundhedsplejersker.

Alliancen skriver bl.a. på deres website:

*"Årsagerne til social ulighed i sundhed er mange og komplekse. Derfor er der heller ikke en simpel løsning på at skabe lighed i sundhed. Hverken i eller uden for sundhedsvæsenet. Det kræver bredt fokus og bred indsats fra alle relevante aktører".*

Alliancen peger altså netop på, at der **er mange aktører udenfor sundhedsvæsenet**, som skal være bevidste om og modvirke social ulighed i sundhed. Andre relevant aktør kunne her være Lægemiddelstyrelsen, IRF og Medicintilskudsnet og mange andre, da de handler om strukturelt set at have fokus på, at nye tiltag og ændringer ikke er nye forhindringer for borgere, som i forvejen oplever ulighed i sundhed.

Mange af disse borgere kender ikke deres rettigheder, har måske tidligere negative erfaringer med offentlige systemer, har sproglige og kulturelle udfordringer, har ikke mod på at stille myndigheder og autoriteter som fx en læge spørgsmål, bede om hjælp osv.

Der er derfor vigtigt, at der i sagen om revurdering af tilskud til insulin, tages højde for de personer med diabetes, som strukturelt har dårligere forudsætninger end andre og hvor det at søge

---

24 Health Inequality - determinants and policies (2020) Scandinavian Journal of Public Health, 2012; 40(Suppl 8): 12–105. Finn Diderrichsen, Ingelise Andersen, Celie Manuel m. fl.  
<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1403494812457734>

25 Alliancen mod social ulighed i sundhed (2020): <https://www.cancer.dk/ulighedisundhed/>

enkelttilskud til insulin blot er endnu et komplicerende, bureaukratisk led i mødet med sundhedsvæsenet.

I en nyere artikel i Altinget fra juni 2019 skriver professor ved Syddansk Universitet Morten Sodemann en kronik om social ulighed i sundhed. Kronikken har overskriften: "Der er sikker videnskabelig dokumentation for, at der er ulighed i sundhed afhængigt af skolegang, social status, køn og alder". Professoren har endvidere fokus på forholdene for de etniske minoriteter i Danmark<sup>26</sup>.

I et baggrundsnotat fra Danske Patienter fra oktober 2019, gives et nuanceret indblik i, hvordan ulighed i sundhed kommer til udtryk i det danske sundhedsvæsen. Her refererer Danske Patienter til nogle af de mest centrale undersøgelser af fænomenets udbredelse i Danmark, og hvordan sundhedsvæsenet med sin struktur og kultur er med til at forstærke en allerede eksisterende samfundsulighed. Notatet indeholder konklusionerne og en større litteraturgennemgang. I notater står der bl.a.:

*"Det vides ikke med sikkerhed, hvad der gør, at nogle har bedre forudsætninger for at få et ordentligt udbytte af mødet med sundhedsvæsenet end andre. En række studier indikerer dog, at der både er strukturelle og kulturelle barrierer."*

### **Konklusion ved social slagside – social ulighed i sundhed**

Vi har i dette afsnit slået fast, at der generelt i Danmark er der stor og stigende social ulighed i sundhed i Danmark. Vi har også vist, at personer med insulinkrævende type 1 diabetes er en særlig udsat gruppe. Vi har vist jer studier der viser, at lav sundhedskompetence gør det svært at navigere i sundhedsvæsenet, finde information om sin sygdom, medicin og interagere med lægen. Som forslaget ser ud nu, er det personer på insulinpen som rammes hvis enkelt tilskud fjernes, hvilket i forvejen er de personer som slås med et Hba1c over det man anbefaler. Sidst med ikke mindst er god glykæmisk kontrol associeret med socioøkonomiske faktorer, som lav uddannelse og om man har andre kronisk sygdomme. På SDCC er det ca. 2/3 af personer med type 1 diabetes, som ikke når det nationale mål for Hba1c. Det er mange. Vi mener derfor, at Lægemedelstyrelsen ved en undersøgelse bør vise at enkelttilskud ikke gør det vanskeligere end det i forvejen, specielt for personer med lav uddannelse og lav sundhedskompetence, at opnå et stabilt blodsukker og det anbefalede Hba1c.

---

<sup>26</sup> Professor: Alle taler om ulighed i sundhed, men ingen gør noget ved det (2019): Altinget 7. juni 2019.  
<https://www.alinget.dk/sundhed/artikel/professor-alle-taler-om-ulighed-i-sundhed-men-ingen-goer-noget-ved-det>