

diabetes
foreningen



Indspil

6 anbefalinger til en styrket indsats for mennesker med type 1-diabetes

AUGUST 2021

Opdateret 23-08-2021

For mere information kontakt
POLITISK SEKRETARIAT

pol@diabetes.dk



Forord

I Danmark lever cirka 28.000 personer med type 1-diabetes. I flere årtier har vi set en klar fremgang i behandlingen for mennesker med diabetes. Særligt type 1-diabetes har været begunstiget af etablering af Steno Centre med en milliardinvestering fra Novo Nordisk fonden. Den nationale diabeteshandlingsplan fra 2017 igangsatte indsatser til forbedringer særligt for børn/unge med type 1-diabetes og deres familier.

Selvom der over tid er sket store fremskridt for diabetesbehandlingen med bedre insulin og udvikling af teknologiske udstyr, er der fortsat alt for mange, som lever med et skadeligt højt blodsukkerniveau, som koster på livskvalitet og leveår.

I dag ser vi fortsat udfordringer med ulighed, multisygdom, manglende sammenhæng på tværs af sektorer samt manglende adgang til nyeste teknologi især for den voksne gruppe af mennesker med type 1-diabetes.

Vi kan gøre meget mere for at styrke type 1-diabetesbehandlingen gennem bedre individuel opfølgning, hjælp til de psykiske følgevirkninger, bedre adgang til ny teknologi som for eksempel sensorer,

pumper eller smartpens, opgør med kassetænkning samt sikre adgang til nye insulintyper, som giver bedre kontrol med blodsukkeret. I Danmark er der en ambition om at sikre diabetesbehandling i verdensklasse. For at realisere ambitionerne, er der behov for en ny sundhedsaftale eller en ny national handlingsplan, som fokuserer på bedre behandling af diabetes.

For Diabetesforeningen er investeringer i diabetesbehandling ikke udelukkende en udgift, for der er masse af afledte effekter. Et godt liv med diabetes som voksen grundlægges tidligt for dem, der får diagnosen som barn eller ung. Får de til gengæld den rette støtte til at leve godt med deres sygdom gennem hele livet, er der potentiale for et langt og værdifuldt liv med mange aktive år på arbejdsmarkedet samt færre udgifter til behandling og psykosociale udfordringer.

Lad os sammen skabe en diabetesbehandling i verdensklasse. Diabetesforeningen har i samarbejde med Foreningen Type 1 udarbejdet følgende 6 anbefalinger.

Adm. direktør Claus Richter
Diabetesforeningen



Fakta om type 1-diabetes

I Danmark lever cirka 28.000 mennesker med type 1-diabetes. Det er oftest børn og unge, der pludselig får type 1-diabetes. Aldersgruppen med flest ny-diagnosticerede er blandt de 5-14-årige, men voksne og ældre får det også i stigende grad. Der diagnosticeres cirka 1.000 nye tilfælde med type 1-diabetes årligt².

Type 1-diabetes er en kronisk autoimmun sygdom. Det betyder, at immunforsvaret går til angreb på kroppens egne celler, som producerer insulin, så kroppen til sidst ikke selv kan producere insulin.

Sukker er ét af kroppens energistoffer. Insulin er centralt i reguleringen af omsætningen af sukker. Insulin er derved et livsnødvendigt hormon, der skal sikre, at sukkerstofferne (glukose) transporteres ind i cellerne og ikke forbliver i blodet, ellers bliver blodsukkeret for højt. Bliver blodsukkeret for højt får

Type 1-diabetes og type 2-diabetes er to meget forskellige sygdomme:

Type 1-diabetes:

Ved type 1-diabetes ophører insulinproduktionen i kroppen fuldstændigt, og blodsukkeret skal derfor reguleres med flere daglige insulininjektioner eller med insulinpumpe. Type 1-diabetes er en kronisk sygdom, som altid vil medføre medicinsk behandling.

Type 2-diabetes:

Ved type 2-diabetes mister kroppen gradvist evnen til at optage insulin og/eller producerer ikke tilstrækkeligt insulin. Nogle kan opnå dette med kost og motion, andre har brug for at supplere med medicin, der øger insulinoptagelsen eller insulinproduktionen.

man det dårligt og ved for lavt blodsukker, kan man risikere at få insulinchok, hvor man kan blive bevidstløs og få krampetilfælde og i værste tilfælde dø.

Derfor er indtagelse af insulin i rette mængde livsnødvendigt for personer med type 1-diabetes til at regulere blodsukkeret. De er afhængige af konstant at sikre sig, at blodsukkeret så vidt muligt hele døgnet befinder sig tæt på normalområdet.

Til at monitorere sit blodsukker er personer med type 1-diabetes afhængige af diabetesudstyr som blodsukkermåler, teststrimler, sensorbaseret glukosemåler, insulinpumper med mere. Risikoen for at få følgesygdomme som skader på blandt andet hjertet, nyrerne, øjnene og følesansen i fødderne øges, jo dårligere blodsukkeret er reguleret. Personer med diabetes dør i gennemsnit tidligere end befolkningen som helhed – primært på grund af følgesygdomme, men samtidig lever personer med diabetes længere i dag end for blot ti år siden.

Ny engelsk forskning viser, at hvert år en person med type 1-diabetes lever med et blodsukker på 59 eller højere så "koster" det 100 dage i forventet restlevetid³.

Følgesygdomme:

- Ca. en tredjedel af alle mennesker med diabetes har hjerte-kar-sygdom (i den øvrige befolkning er det blot 14 %)
- 8 % har diabetisk øjensygdom (retinopati)
- 1,6 % har fået foretaget amputationer
- 35 % har følgesygdomme på diagnose-tidspunktet⁴.



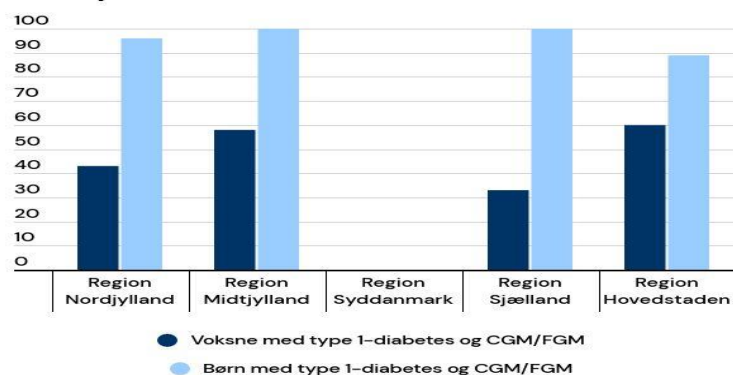
Anbefalinger

Bedre og lige adgang til diabetesudstyr

Alle med diabetes skal have adgang til udstyr, der hjælper dem til det bedste liv med diabetes. Der er i dag alt for store geografiske forskelle på, hvilket udstyr den enkelte med diabetes kan få, fordi det i sidste ende afhænger af den økonomiske prioritering i den enkelte region eller kommune. Det kan med fordel blive mere gennemsigtigt for den enkelte, hvilke rettigheder man har, og der skal være en mere klar ansvarsfordeling imellem regioner og kommuner. En netop offentliggjort opgørelse viser store regionale forskelle⁵.

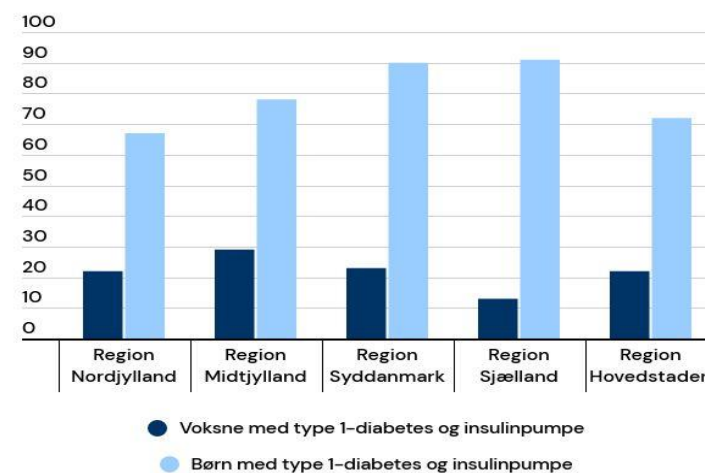
Regionernes udlevering af sensorbaseret glukosemålere (CGM/FGM):

Voksne og børn med type 1-diabetes og CGM/FGM



Regionernes udlevering af insulinpumper:

Voksne og børn med type 1-diabetes og insulinpumpe



Voksne mennesker med type 1-diabetes oplever, at økonomi samt udviklede retningslinjer kan spænde ben for, at de kan få den bedst mulige behandling af deres kroniske sygdom samt adgang til behandling med ny teknologi.

Det rette diabetesudstyr kan bidrage til en forbedret behandling samt højere livskvalitet for den enkelte. Der er evidens for, at et godt reguleret blodsukker er afgørende for at forebygge følgesygdomme



senere i livet, der ellers ville øge dødeligheden og nedsætte livskvaliteten. At nedbringe risikoen for senfølger vil medføre markant færre udgifter til behandling på sigt.

Dansk Endokrinologisk Selskab anbefaler, at alle med type 1-diabetes, som er motiveret og vil anvende det, skal tilbydes sensorbaseret glukosemåler⁶.

I dag er adgangen til sensorbaseret glukosemålere for voksne med type 1-diabetes alt for begrænset. Det estimeres, at under 10.000 personer ud af de 28.000 personer med type 1-diabetes har en sensorbaseret glukosemåler. Ifølge beregninger fra Copenhagen Economics vil yderligere 14.588 personer med type 1-diabetes have gavn af og takke ja til en sensorbaseret glukosemåler⁷.

Det er kun personer med en dysreguleret diabetes, med et langtidsblodsukker på over 70 mmol/mol, der er sikret adgang til sensorbaseret glukosemåler som behandlingsredskab fra Danske Regioner. En praksis som ikke følger de faglige anbefalinger fra Dansk Endokrinologisk Selskab.

Børn og unges adgang til sensorbaseret glukosemåling:

I Den nationale diabetesbehandlingsplan fra 2017 blev det besluttet, at børn under 19 år med type 1-diabetes skulle bevilges sensorbaseret glukosemåler medmindre særlige forhold gør, at en glukosemåler ikke vurderes som relevant. I juni 2018 besluttede regionerne at påtage sig udgifterne til at fortsætte behandlingen med glukosemåler med sensor, efter de unge er blevet 19 år¹.

Der er brug for en national politisk aftale, der kan sikre diabetesudstyr som insulinpumper og moderne sensorteknologi til alle borgere med diabetes, der vil kunne få klinisk dokumenteret gavn heraf.

Diabetesforeningen anbefaler:

- Adgang til sensorbaseret glukosemålere og insulinpumper skal være en patientrettighed.
- Alle personer med type 1-diabetes bør sikres lige adgang til insulinpumper og sensorbaseret glukosemålere, baseret på Dansk Endokrinologisk Selskabs (DES) evidensbaserede anbefalinger.
- Ingen med type 1-diabetes bør pålægges egenbetaling af livsnødvendigt diabetesudstyr, som er en integreret del af behandlingen.



Opgør med kassetænkning mellem kommuner og regioner

Diabetesudstyr er essentiel del af behandlingen af type 1-diabetes og bør derfor også indgå som en integreret del af behandlingen.

Type 1-diabetes er en kronisk sygdom, hvor behandlingen foregår i regionen, og behandlingsredskaber bevilges efter Sundhedsloven. Dette giver god mening, fordi det er behandlerne, der vurderer, hvilket behandlingsredskab der efter en lægefaglig vurdering er nødvendigt. Samtidig er personer med type 1-diabetes afhængig af en bevilning af hjælpemidler (teststrimler, blodsuktermåler, flash glukosemåler, kanyler med mere) bevilget af kommunen efter Serviceloven.

Mennesker med diabetes har derfor i mange år været kastebolde mellem kommuner og regioner, når de ønsker udstyr, som de er afhængige af til at regulere deres diabetes og medicinindtag. Det er især, når der opstår tvivl om, hvorvidt udstyr er et hjælpemiddel eller behandlingsredskab, at mennesker med diabetes kommer i klemme, fordi det er to forskellige kasser, der skal betale. Problemstillingen drejer sig om særligt et produkt af sensorbaseret

Behandlingsredskab:

Behandlingsredskaber er insulinpumper og sensorbaseret glukosemålere, som bevilges af regionerne efter Sundhedsloven.

Hjælpemiddel:

Hjælpemidler er blodsukkerapparater, teststrimler, kanyler, lancetter, fingerprikker og insulinpen, som bevilges af kommunen efter Serviceloven.

glukosemåleapparat (flash), som kan bevilges både som hjælpemiddel til personer med en velreguleret diabetes og som behandlingsredskab til personer med en ikke-velreguleret diabetes.

Diabetesforeningen anbefaler:

- Alt diabetesudstyr til personer med type 1-diabetes bør bevilges fra én instans, der har faglig viden om diabetes. Bevillingskompetencen bør ikke være opdelt imellem hjælpemidler (kommuner) og behandlingsredskaber (regioner), som det er i dag. Det vil give sikkerhed for, at personer med type 1-diabetes får det udstyr, som behandleren vurderer nødvendigt og modvirke, at personer med type 1-diabetes bliver katebold mellem region og kommune.



Bedre muligheder for psykosocial støtte

Type 1-diabetes er en kronisk sygdom, der medfører livsvilkår, som den enkelte skal lære at leve med og indrette sig efter resten af livet. Den daglige behandling af en kompliceret sygdom som diabetes er et stort ansvar, som kræver overblik og mental styrke. For nogle personer bliver belastningen så stor, at det medfører psykiske belastninger og diabetesstress.

Knap hver tredje, der har diabetes, oplever stress i forbindelse med deres sygdom. Især personer i aldersgruppen 16-39 år har et højt stressniveau⁸. Diabetes øger desuden risikoen for depression, generaliseret angst og spiseforstyrrelser⁹.

Diabetesstress betegner de negative følelsesmæssige konsekvenser, man kan opleve i livet med diabetes. Det kan være enten mestrings- og acceptproblemer, angst for lavt blodsukker, angst for senkomplikationer, følelser af skyld og skam, afmagt og hjælpeløshed. Det er en plagsom tilstand, der slider på krop og psyke, og som kan påvirke livskvalitet såvel som diabetesbehandlingen. Manglende psykosocial støtte kan derfor gøre det sværere at sikre en velreguleret diabetes.

Alt for mange med diabetes får ikke den psykosociale støtte med fokus på mental sundhed, de har brug for. Der bør i behandlingstilbuddene derfor være større fokus på mestring af diabetes, samt på det levede liv med diabetes. Det psykosociale bør vægtes på lige fod med andre dele af behandlingen, og hvor fokus er på viden, handlemuligheder og støtte til mennesker med diabetes.

Diabetesforeningen anbefaler:

- Der er behov for, at alle behandlere inden for diabetesområdet har fokus på de psykosociale aspekter ved diabetes og får adgang til kurser og efteruddannelse.
- Der skal tilbydes målrettet undervisning og redskaber til selvhjælp i almindeligt forekommende psykologiske tilstande hos mennesker med diabetes, inden de udvikler behandlingskrævende tilstande.
- Erfaringsbaseret hjælp og støtte fra en med diabetes til en anden medpatient, de såkaldte peer to peer netværk samt patientundervisere på ambulatorierne kan gøre en meget stor forskel og bør indgå i behandlingstilbuddene.
- For de personer med type 1-diabetes, som har behov for det, bør der være lettere adgang til psykologbehandling. Diabetes bør som en kronisk sygdom indgå i henvisningskriterierne i overenskomsten for psykologbehandling.

Diabetesforeningen støtter mennesker med diabetes

Diabetesforeningen har forskellige tilbud om erfaringsudveksling samt støtte til personer med diabetes – for eksempel forældre til forældre- og ung til ung-mentorordninger, hvor forældre til børn med diabetes og unge med diabetes hjælper med at ruste andre til at håndtere livet med diabetes. At tale med en ligesindet, der kender udfordringerne og kan lytte, sparre, coache, vejlede og dele ud af sine egne erfaringer, er en god støtte og hjælp til livet med diabetes.



Brugerinddragelse

Personer med type 1-diabetes er eksperter i deres sygdom. De lever langt hen ad vejen alene med deres sygdom i hverdagen, hvor den største del af sygdomsforløbet finder sted uden for hospitalet. Brugerinddragelse er derfor vigtig, fordi det giver patienterne som brugere af sundhedsvæsenet indflydelse på udviklingen af sundhedsvæsenet og på deres eget forløb og behandling. Brugerinddragelse kan være både individuel og organisatorisk¹⁰.

Individuel brugerinddragelse medfører, at patienten får indflydelse på sit eget behandlingsforløb ud fra individuelle behov, præferencer og viden. Mange specialister og praktiserende læger er allerede i dag opmærksomme på at tilrette behandling og tilbud til den enkelte borger ud fra den enkeltes egne ønsker, ressourcer og netværk.

Vi har med tilfredshed bemærket, at Steno Centrene de seneste år har arbejdet målrettet med både den individuelle og organisatoriske inddragelse og gjort sig erfaringer, der kan udbredes. For i langt større grad at bekæmpe ulighed og styrke indsatsen over for de mest sårbare grupper kan det med fordel fremover ske langt mere systematisk og på basis af en mere fast model. Det kan også medføre vi ikke overbehandler dem, som kan selv.

Det kan ske med afsæt i den udviklede model for PRO (Patient Reported Outcomes) til diabetes, hvor der udarbejdes et fast værktøj med en stribe af temaer og spørgsmål, der skal sikre, at den enkelte borger helt fra starten inddrages og involveres på egne præmisser.

Eksisterende erfaringer med digitale værktøjer til borgerinddragelse samt værktøj til PRO-dataene ifølge den afsluttende rapport om udvikling af PRO til diabetes, at PRO er særligt anvendeligt som dialogstøtte ved afklarende startsamtaler samt ved årskontroller for at sikre en personcentreret tilgang¹¹. Desuden kan PRO-data være et centralt værktøj for kvalitetsmonitorering af de mere bløde data, for eksempel livskvalitet og diabetesstress.

Organisatorisk inddragelse er en måde at give patienterne indflydelse på udviklingen af sundhedsvæsenet, ved at inddrage deres viden fra brugerperspektivet og samarbejde med brugerrepræsentanter i beslutnings- og udviklingsprocesser.

Diabetesforeningen anbefaler:

- Det er helt afgørende, at patienterne inddrages i behandlingen, og at sundhedsvæsenet udnytter den ekspertise patienterne har både i eget behandlingsforløb og i organisatorisk udvikling af sundhedsvæsenet.
- Patienternes ret til inddragelse bør styrkes med en stærkere organisatorisk brugerinddragelse med tydelige mandater.
- Mennesker med diabetes skal inddrages som brugerrepræsentanter i regionernes udbud af behandlingsredskaber, som det sker i kommunale udbud af hjælpemidler.
- Eksisterende erfaringer med digitale værktøjer til inddragelse samt værktøj til PRO-data (Patient Reported Outcomes) bør systematisk indarbejdes i behandlingen, og derved øge kvaliteten af behandlingstilbuddene, så de bliver endnu mere målrettet den enkelte.



National standard for overgangen fra barn til voksen

For de fleste børn og unge er diagnosticeringen af type 1-diabetes en meget stor livsomvæltning. At mestre et liv med diabetes med de livsvilkår og belastninger, som følger med sygdommen, kan være en voldsom fysisk og psykisk udfordring for børn og unge.

Børn og unge kan i perioder have vanskeligt ved at håndtere deres diabetes. Dette er særligt udtalt ved overgangen til voksenlivet, hvor den unge skal overtage et større ansvar for egenomsorg og behandling¹². Det er samtidig i den periode, hvor den unge flytter hjemmefra og måske flytter til en ny region med nye behandlere.

Et godt liv med diabetes som voksen grundlægges tidligt for dem, der får diagnosen som barn eller ung. Derfor er det altafgørende for børn og unges trivsel og deres fremtidige sundhedstilstand, at hospitalet har fokus på den unges individuelle livssituation og lægger en plan for en vellykket overgang fra børneafdeling til en voksenafdeling på hospitalet.

Antal af børn og unge med type 1-diabetes:

- Ca. 3.200 børn og unge under 20 år har type 1-diabetes i Danmark.
- I 2018 var der ca. 3.525 unge i alderen 20-29 år, med type 1-diabetes.
- I 2018 var der 50 nydiagnosticeret mellem 20-24 år².

Der er brug for rådgivning til de unge og forældrene. Det skal være en struktureret og velovervejet proces, og det kræver tid og planlægning¹³.

Sundhedsstyrelsen udgav i 2020 "Anbefalinger for transition fra børne- og ungeområdet til voksenområdet i sygehusregi", som led i den nationale diabeteshandlingsplan¹⁴. Anbefalingerne kan benyttes som inspiration og guide til planlægning af den unges overgang til en voksenafdeling.

Diabetesforeningen anbefaler:

- 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. Det bør være en national standard, at diabetesambulatorierne arbejder med Sundhedsstyrelsens anbefalinger for overgang fra børne-ungeområdet til voksenområdet. Anbefalingerne skal gøres mere forpligtende.
- Alle sygehuse bør etablere et samarbejde mellem børne- og unge- og voksenafdelingerne med klare aftaler for organisering og strukturering af overgangen, med involvering af relevant tværfagligt personale, de pårørende og den unge selv.



Tryghed for børn i skole og dagtilbud

I størstedelen af landets folkeskoler går der børn med type 1-diabetes, der dagligt skal håndtere deres blodsukker. For nogle går det godt, fordi familien møder en skole, der samarbejder og hjælper barnet med at kontrollere sygdommen. Men mange forældre henvender sig til Diabetesforeningens rådgivning, fordi skolen eller dagtilbuddet ikke håndterer deres barns livssituation med diabetes på en tryk og ansvarlig måde. Ligeledes får vi henvendelser fra skoleledere og lærere, der netop henvender sig for at søge vejledning og retningslinjer for, hvordan de løfter opgaven bedst muligt.

Når børn ikke modtager den støtte i hverdagen de har behov for, kan det få betydning for deres generelle trivsel, faglighed, fraværspromcent, og det kan påvirke deres blodsukkerregulering negativt. Også for forældrene kan det betyde flere bekymringer og påvirkning på deres arbejdsliv. Forældrene kan have sværere ved at passe deres arbejde samt få mere fravær fra deres arbejde for at kunne hjælpe deres barn med diabetes.

I Diabetesforeningens skoleundersøgelse fra 2020 svarer 73 procent af forældrene, at deres barn uønsket har oplevet at stå alene med håndteringen af diabetes i skolen, og at en femtedel af børnene er ofte eller hele tiden alene med ansvaret¹⁵.

Det er vigtigt at sikre, at børn og unge med diabetes får et liv med højst mulig livskvalitet og færrest mulige gener i hverdagen. Derfor skal der være muligheder for støtte og hjælp til håndtering af diabetes for børnene, når de er i skole og dagtilbud.

Diabetes er en kompliceret sygdom og at måle blodsukker og dosere insulin i mængde, der er tilpasset såvel blodsukker som barnets aktivitetsniveau og indtag af kulhydrat, er en krævende og kompliceret opgave, som et barn ikke kan og må stå alene med. Børn med diabetes må ikke stilles ringere end andre børn.

Kommunalbestyrelsen har ansvar for, at alle børn bliver tilbudt et godt og trygt skole- og dagtilbud. Kommunalbestyrelsen skal således sikre, at børn med diabetes får den nødvendige støtte og behandling, når de er i dagtilbud, skole eller SFO. Det fremgår af Folkeskolelovens § 3 a, 2. pkt., at hvis barnet med diabetes har behov for det, skal der gives personlig assistance, der kan hjælpe barnet til at overvinde praktiske vanskeligheder i forbindelse med skolegangen. Skolen har i undervisningstiden barnet eller den unge i sin varetægt og skal dermed sikre tryghed og trivsel for folkeskolens elever i skoletiden. Problemet er, at disse regler bliver håndteret meget forskelligt af skolerne og mange børn med diabetes er ikke sikret den hjælp og støtte de har brug for i hverdagen.

Diabetesforeningen anbefaler:

- Det bør i alle skoler og dagtilbud være muligt at få tilknyttet en fast kontaktperson til alle børn med type 1-diabetes. En kontaktperson skal være en medarbejder, som barnet har tillid til, og som hjælper med blodsukkerregulering, kommunikation og koordinering i det daglige mellem hjem og skole/dagtilbud samt eventuel hjælp til trivsel og inklusion.

Kilder

1. <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2017/Styrket-indsats-for-mennesker-med-diabetes-Fagligt-oplaeg-til-en-national-handlingsplan-2017-2020>
2. <https://www.esundhed.dk/Registre/Register-for-udvalgte-kroniske-sygdomme>
3. "Estimating life years lost to diabetes: outcomes from analysis of National Diabetes Audit and Office of National Statistics data England", Mike Stedman Adrian Heald, Cardiovascular Endocrinology & Metabolism.2020)
4. <https://diabetes.dk/forskning/viden-om-diabetes/diabetes-i-danmark>
5. <https://diabetes.dk/nyheder/2021/ny-opgorelse-store-regionale-forskelle-i-diabetesudstyr>
6. <https://endocrinology.dk/nbv/diabetes-melitus/kontinuerlig-glukosemaaling-cgm-og-flash-glukosemaaling-fgm-til-boern-unge-og-voksne/>
7. <https://diabetes.dk/media/thfhjkjr/sensorbaserede-glukosem%C3%A5lere-27aug20.pdf>
8. <https://www.ouh.dk/wm527855>
9. "Epidemiology of depression and diabetes": a systematic review. Roy T, Lloyd CE, J Affect Disord. 2012 Oct; <https://videncenterfordiabetes.dk/viden-om-diabetes/diabetes-og-psyken/depression>
"Eating problems in adolescents with Type 1 diabetes": a systematic review with meta-analysis. Young V, Eiser C, Johnson B, Brierley S, Epton T, Elliott J, Heller S Diabet Med. 2013 Feb; <https://videncenterfordiabetes.dk/viden-om-diabetes/diabetes-og-psyken/spiseforstyrelser>
"Association of diabetes with anxiety: a systematic review and meta-analysis." Smith KJ, Béland M, Clyde M, Gariépy G, Pagé V, Badawi G, Rabasa-Lhoret R, Schmitz N J Psychosom Res. 2013 Feb; <https://videncenterfordiabetes.dk/viden-om-diabetes/diabetes-og-psyken/angst#videnskaben-bag-af>
10. <https://danskepatienter.dk/vibis/om-brugerinddragelse/definition-af-brugerinddragelse>
11. <https://danskepatienter.dk/temaer-projekter/projekter/program-pro>
12. <https://www.vive.dk/media/pure/14921/4119732>
13. <https://danskepatienter.dk/temaer-projekter/temaer/boern-med-sygdom/boernepatienter-i-sundhedsvaesenet/overgang-fra-boerne-til>
14. <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2020/Transition-sygehusregi/Anbefalinger-for-transition-fra-boerne--og-ungeomraadet-til-voksenomraadet-i-sygehusregi.ashx?la=da&hash=06AC85998FAB7703246261F122DF9FA1A0D7525F>
15. https://diabetes.dk/media/ckkiwd03/skoleb%C3%B8rnsunders%C3%B8gelse_2020.pdf

