



Forløpsgruppe Diabetes

Mai 2009

Rapport forløp diabetes fra arbeidsgruppe med følgende representasjon:

Norges Diabetesforbund/Funksjonshemmedes fellesorganisasjon, Nasjonalforeningen for folkehelsen, Fagforbundet, Norsk Sykepleierforbund, Norsk fysioterapeutforbund, Norsk forening for kliniske ernæringsfysiologer, RHF, Fylkesmennene, Nasjonalt råd for ernæring, Helsedirektoratet.

KS og Den norske legeforening har ikke hatt anledning til å delta i møtene.

Den norske legeforening v/ leder i Norsk forening for allmenntmedisin har gitt skriftlig innspill som delvis er innarbeidet i den grad det var mulig etter at sluttmøtet i gruppen var avholdt.

Gruppen er ledet av Helse- og omsorgsdepartementet v/ avdelingsdirektør Sissel Lyberg Beckmann. Sekretær har vært seniorrådgiver Eli Strande. Prosjektleder Johannes Kolnes har deltatt i møtene på vegne av samhandlingsprosjektet. Vedlagt rapporten følger en kortversjon av en forløpsbeskrivelse fra Norges Diabetesforbund (NDF) som er brukt som utgangspunkt for arbeidet, og NDFs modell for diabetesteam i sykehus.

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	3
2. BESVARELSE AV SPØRSMÅL	5
Spørsmål 1 Hvilke brudd kan dere identifisere i den kjeden dere har tegnet?	5
2.1.1 Generelt:	5
2.1.2 Befolkningen generelt.....	5
2.1.3 Personer med høy risiko	6
2.1.4 Diagnostisert diabetes (type 1 og type 2)	7
2.1.5 Behandling og oppfølging av senkomplikasjoner.....	9
Spørsmål 2 Hvordan kan lovmessige forhold i dagens lovgivning bidra til brudd i forløpet?	9
Spørsmål 3 Hvordan kan dagens økonomiske ordninger/ finansieringsordninger bidra til brudd i forløpene?	10
Spørsmål 4: I hvilken grad er målet for prosessen/forløpene kjent blant aktørene og er denne målformuleringen omforent?.....	11
Spørsmål 5 Kan vi peke på organisasjonsmessige forhold som er til hinder for samhandlingen i dette forløpet?	11
Spørsmål 6 Forslag til tiltak for forbedring	12
Spørsmål 7: Hvor i forløpet kunne en venstreforskyvning av ressursinnsatsen i retning av mer forebygging kunne vært satt inn?	16
VEDLEGG	17
Vedlegg: Forløpsbeskrivelse Diabetes Kortversjon	17
Vedlegg : Nasjonal standard for diabetesteam i sykehus.....	20

1. Innledning

Diabetes er en alvorlig kronisk sykdom som medfører store belastninger for den enkelte, familien og for samfunnet. Sykdommen krever stor egeninnsats, og kan føre til alvorlige senkomplikasjoner i hjerte, hjerne, øyne, nyrer, nerver, fordøyelse, tenner og føtter.

I Norge har man sett en tredobling av antall personer med type 2-diabetes de siste 30 årene. Denne utviklingen ser ut til å fortsette. Den økte forekomsten skyldes i hovedsak endringer i kosthold, mindre fysisk aktivitet og økende overvekt. Økende andel eldre har også en betydning og vil få enda større betydning i framtiden. Andelen med fedme økte fra 7 % til over 20 % blant voksne menn i Nord-Trøndelag fra 1984-86 til 2006-08, og økningen i forekomsten av fedme var sterkest blant de yngre og særlig sterk blant menn i aldersgruppen 30 – 60 år. Type 2-diabetes har, som mange andre kroniske sykdommer, en betydelig sosial gradient. Dessuten har etniske minoriteter særlig fra Asia og Afrika en vesentlig høyere forekomst av type 2-diabetes, og sykdommen oppstår også i yngre alder og ved lavere grad av overvekt enn i den etnisk norske befolkningen.

Antallet personer med diabetes i Norge ble i 2004 anslått til ca. 265 000.¹ Vel 25 000 av disse har type 1-diabetes. Halvparten av de med type 2-diabetes er udiagnostisert. Data fra reseptregisteret viser at i 2008 brukte ca 139 000 personer blodglukosesenkende medikamenter². Dette kan tyde på at anslaget på 265 000 er alt for lavt. Sannsynligvis har et tilsvarende antall nedsatt glukosetoleranse¹, og dermed stor risiko for å utvikle diabetes og hjerte- og karsykdom. Endring av levevaner kan forhindre eller utsette diabetesutviklingen i denne gruppen. Ved god behandling og effektive forebyggende tiltak, vil vi spare enkeltmennesker for sykdom, medisiner og lidelse, og på sikt sannsynligvis også redusere samfunnets utgifter til behandling.

Det er stor forskjell på type 1- og type 2-diabetes. Type 1-diabetes skyldes manglende insulinproduksjon, og livslang insulinbehandling er nødvendig og livreddende. Type-2 diabetes skyldes en kombinasjon av nedsatt insulinsekresjon og nedsatt insulineffekt (økt insulinresistens), og behandles med livsstilsråd alene eller i kombinasjon med tabletter og/eller insulin. Type 1-diabetes skyldes at kroppen selv ødelegger de insulinproduserende cellene. Forebyggende tiltak er ikke kjent. Type 1-diabetes kan man få gjennom hele livet. Den starter ofte med tydelige symptomer og diagnosen blir raskt stilt.

Sykdomsutviklingen av type 2-diabetes er ofte langsom uten klare symptomer tidlig i sykdomsforløpet. Diagnosen blir derfor ofte stilt for sent og det kan foreligge komplikasjoner allerede ved diagnosetidspunkt. Norske undersøkelser tyder på at opp

¹ Diabetes – forebygging, diagnostikk og behandling. Nasjonale faglige retningslinjer, Helsedirektoratet 2009

² Reseptregisteret.no

til 25 % av personer med akutt hjerteinfarkt har en udiagnostisert type 2-diabetes³. De viktigste årsakene til type 2-diabetes i tillegg til arvelige faktorer, er overvekt, særlig bukfedme, ugunstig kosthold og lite fysisk aktivitet.

Gjennom målrettede helsefremmende og forebyggende tiltak kan man i stor grad forhindre eller utsette utviklingen av type-2 diabetes i høyrisikogruppene. Endring av levevaner som har vist effekt er kostomlegging med mer fiber og mindre mettet fett, økt fysisk aktivitet og moderat vektreduksjon⁴. Det er viktig å finne personer med høy risiko, og hjelpe dem til å endre levevaner.

Strategiske samfunnsmessige tiltak for å gjøre det lettere å ta sunne valg er av den største betydning for å unngå utvikling av type 2-diabetes og hjerte- og karsykdom.

Diabetes er en kronisk sykdom og sykdommens natur gjør at pasienten selv har en stor del av ansvaret for behandlingen. Derfor er det viktig for personer med diabetes å ha kunnskap om og få opplæring i hvordan sykdommen og behandlingen arter seg, samt mestring og motivasjon til å gjøre de nødvendige endringene i livet. I dag vet vi at bare 10 % av alle som får diagnosen type 2-diabetes i løpet av et år får tilbud om startopplæring⁵. Mange får i dag en for kortfattet og for lite grundig veiledning i hvordan man bør endre levevaner.

Norske undersøkelser tyder på at behandlingen av type 2-diabetes har blitt bedre de siste 10 årene. Både blodtrykk og HbA1c ("langtidsblodsukker") er lavere enn tidligere undersøkelser har vist, men pasientenes vekt har gått opp⁶. Kun 7 % av alle pasientene når imidlertid behandlingsmålene fra 2005 for blodsukker, blodtrykk og kolesterol⁷. God diabetesbehandling har vist seg å være kostnadseffektiv⁸.

³ Johansen OE, Birkeland KI, Brustad E, et al. Undiagnosed dysglycemia and inflammation in cardiovascular disease. *Eur J Clin Invest* 2006;36:544-51

⁴ Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson JG, et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 2001;344:1343-50.

⁵ spørreundersøkelse foretatt av Helsedirektoratet til foretakene i 2007 basert på svar om antall Startkurs og antall deltagere

⁶ (Cooper JG, Claudi T, Jennum AK, et al. Quality of care for patients with type 2 diabetes in primary care in Norway is improving. *Diabetes Care* 2009;32:81-3.).

⁷ Claudi T, Cooper JG, Hausken MF, et al. Kvaliteten på diabetesbehandlingen i allmennpraksis. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2008;22:2570-4

⁸ Muntlig meddelelse I Sønbo Kristensen med bakgrunn i art :Huang ES, Zhang Q, Brown SES, Drum ML, Meltzer DO, Chin MH. The Cost-Effectiveness of Improving Diabetes Care in U.S. Federally Qualified Community Health Centers. *Health Services Research* 2007;42(6):2174-93.

Forløpet

Det er i rapporten tatt utgangspunkt i følgende forløp som tar utgangspunkt i en forløpsbeskrivelse utarbeidet av Norges Diabetesforbund, der en kortversjon av denne er vedlagt.

- Befolkningen generelt
- Personer med høy risiko
- Utvikling av sykdom og diagnostikk
- Innledende tiltak etter diagnose
- Oppfølging av pasienter og pårørende
- Behandling og oppfølging av pasienter med alvorlige senkomplikasjoner

2. Besvarelse av spørsmål

Arbeidsgruppens mandat var å besvare spørsmål knyttet til det aktuelle forløpet, med identifisering av brudd og forslag til forbedringer. Dette gir lett inntrykk av at forholdene i norsk diabetesbehandling bare er negativ. Mye er også bra, men beskrives ikke her fordi målet er å få fram brudd.

Spørsmål 1 Hvilke brudd kan dere identifisere i den kjeden dere har tegnet?

Kan dere evt. trekke fram ytterligere forhold som kan skape bruddsituasjoner?

2.1.1 Generelt:

Elementer i behandlingkjeden fungerer godt mange steder i landet. De mest iøynefallende svakhetene er de manglende forpliktelsene til primærforebyggende (å hindre diabetesutvikling) og sekundærforebyggende (å hindre personer med diabetes å utvikle senkomplikasjoner) tiltak. Finansieringsformer som stimulerer slike tiltak er utilfredsstillende. Likeså er koordineringen av diabetesbehandlingen i alle nivåer i helsetjenesten lite tilfredsstillende. Fastlegen har medisinsk koordinerende ansvar, men det er mangel på tverrfaglige tilbud og forpliktende samarbeidsrutiner mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten mangler.

2.1.2 Befolkningen generelt

Utviklingen av overvekt og fedme, som er en viktig risikofaktor for utvikling av diabetes er dramatisk. Data fra Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag (HUNT) viser at andelen voksne menn med fedme økte fra 7 % til over 20 % fra 1985 til 2007. Forekomsten av kjent type 2-diabetes hos menn har økt til det dobbelte siden 1985. Økningen er noe mindre hos kvinner. En sammenligning mellom HUNT 1 og HUNT 2 tyder på at over

halvparten av de nye tilfellene av type 2 -diabetes kunne vært unngått om alle var normalvektige. Personer med diabetes har en dobbelt så stor dødelighet av hjerte- og karsykdom som andre på samme alder.

Innsatsen for å forebygge overvekt og fedme i befolkningen er ikke tilstrekkelig, spesielt i forhold til å redusere sosiale forskjeller i helse. Det er et problem at strukturelle nasjonale tiltak brukes for lite: prisvirkemidler, tiltak i svangerskapsomsorg, barnehage, skole, arbeidsliv, mer /daglig fysisk aktivitet i skolen, frukt og grønt i skolen, gjøre de sunne valg enkle, sunnhetsmerking, gang og sykkelveier, fysisk trening i arbeidstiden. Slike tiltak er sentrale også for å forebygge andre sykdommer knyttet til levevaner.

Fylkesmannen har en viktig oppgave som pådriver innen folkehelsearbeidet. Ofte skjer det i et fruktbart partnerskap med fylkeskommune og kommuner. Ressursene fylkesmennene rår over rekker ikke imidlertid ikke til så omfattende påvirkningsarbeid som ønskelig.

- Det er for lite systematisk folkehelsearbeid på kommunenivå.
- Effekten av kommunenes helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid evalueres i for liten grad.
- Det er ikke regelmessige befolkningsundersøkelser der utviklingen kan følges, slik at styringsdata for politikere og myndigheter blir for få. Det som finnes er prosjektbaserte ad hoc undersøkelser.
- Det mangler systematiske og strukturerte lavterskeltilbud om rådgivning og motivasjon for riktig kosthold, økt fysisk aktivitet og røykeslutt. Det som finnes er beskjedent og tilfeldig tilgjengelig, mest på prosjektbasis.
- Mange kommuner har i liten grad oversikt over hva som finnes av tiltak i kommunen og det finnes i liten grad strukturerte tilbud med tanke på hjelp til endring av levevaner som fastlegene kan henvise videre til.
- Det er stor mangel på insentiver lokalt til å arbeide forebyggende.
- Frivillige organisasjoner som driver informasjons- og likemannsarbeid er stort sett basert på tilfeldig og prosjektbasert finansiering.
- Det er for lite forskning på utvikling av effektive forebyggende tiltak.

2.1.3 Personer med høy risiko

Man må regne med at omlag 120 000 personer har uoppdaget type 2-diabetes, og i tillegg kan minst dobbelt så mange ha nedsatt glukosetoleranse og derved ha høy risiko for å utvikle diabetes. Mye kan oppnås dersom både fastlegene og legene på sykehus leter aktivt etter dem som er i risiko for å få diabetes. I 2006 var 72 % av kvinnene her i landet, og 59 % av mennene hos sin fastlege. De nye nasjonale faglige retningslinjene (Diabetes- diagnostikk, forebygging og behandling, Helsedirektoratet 2009) gir klare føringer om hvordan dette skal gjøres. Ved en systematisk leting etter personer med udiagnostisert diabetes vil man også finne personer med nedsatt glukosetoleranse.

Personer som innlegges for alvorlig hjerte-/karsykdom har betydelig overhyppighet av nedsatt glukosetoleranse og diabetes. Det er en utfordring å få sykehusene til å undersøke alle som innlegges med alvorlig hjerte-/karsykdom om de kan ha diabetes. Personer med nedsatt glukosetoleranse bør få tilbud om hjelp til endring av levevaner for å forhindre/forsinke utviklingen av diabetes

- Siden fastlegene er sentrale i behandlingen av type 2-diabetes er det et mål at fastlegene følger anbefalingene om diagnostikk/aktiv case-finding i de nye nasjonale faglige retningslinjene for diabetes.
- Det er ikke systematisk tilbud til innvandrergupper med høy risiko, kun i form av enkeltprosjekter.
- Kompetanse og kapasitet i primærhelsetjenesten til å fange opp risikopersoner og tilby tilpasset veiledning er varierende.
- Det er, bortsett fra i prosjektsammenheng i noen fylker, mangel på lokale lavterskeltilbud evt. en form av kommunale lærings- og mestringssentre som har tverrfaglig kompetanse (ernæring, fysioterapi, røykeslutt, fotterapi, diabetessykepleie, likemannsgrupper) som det kan henvises til. Dagens fysak/frisklivssentraler er en modell som eksisterer i noen fylker og kommuner, men tilbudet må bygges ut til å bli bredere og mer tverrfaglig og få tydeligere forankring både på fylkesnivå og kommunalt nivå.
- Det er ikke systematisk tatt i bruk enkle hjelpemidler for å identifisere de i risiko, for eksempel diabetesrisikotest (norsk versjon av FIND-RISK).
- Det er ikke nok kapasitet hos fylkesmannen til å følge opp mht implementering av nye faglige retningslinjer for behandling av overvekt og diabetes.
- Det mangler ernæringsmessig spesialkompetanse (kliniske ernæringsfysiologer) rundt om i landet; utdanningskapasiteten er for lav og kompetansen er for lite spredt.

2.1.4 Diagnostisert diabetes (type 1 og type 2)

De fleste med type 1 diabetes følges opp ved sykehusenes poliklinikker. De fleste med type 2-diabetes vil diagnostiseres og følges opp av fastlegen. Behandlingen av personer med type 2-diabetes er blitt bedre, men fortsatt er det forbedringspotensiale. Nødvendig rådgivning og oppfølging for å oppnå varige endring av levevaner vil være svært omfattende og tidkrevende. Fastlegen kan ikke ivareta god diabetesbehandling alene. Kommunen har et ansvar for å tilby tverrfaglige kompetanse som kan følge opp risikogrupper og pasienter. Forholdene bør legges til rette for at fastlegene får anledning til å bruke annet kompetent helsepersonell til dette i deres praksis.

Dersom behandlingsmålene ikke nås, bør det være samarbeidsavtaler mellom fastlegene og diabetesteamene på sykehus om behandlingsansvaret for denne gruppen

pasienter. I hvilken grad pasientene overvåkes med tanke på utvikling av senkomplikasjoner varierer.

- Kun 7 % av pasientene oppnår behandlingsmålet. Det er stort forbedringspotensial for å sikre at personer med diabetes får adekvat behandling og oppfølging både i primær- og spesialisthelsetjenesten.
- Fordelingen av ansvar og oppgaver og samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er uklart definert
- Det er behov for betydelig styrking av antallet fastleger.
- Det er gjennomgående for lang ventetid i spesialisthelsetjenesten ved henvisning for dårlig blodsukkerkontroll og senkomplikasjoner. Poliklinikkene bør i større grad frigjøre tid ved å henvise velregulerte pasienter tilbake til oppfølging hos fastlegene. Systemer med "shared care" bør utvikles.
- Offentlige tiltak som gjør det lett å velge å opprettholde gode levevaner mangler mange steder. Dermed kan egenbehandlingen bli dårlig.
- Det er manglende ressurser til implementering av faglige retningslinjer og handlingsprogram.
- Det er for få tilbud om egenopplæring /startopplæring av pasientene (kun 10 % - 15 % av de nyoppdagede deltar på Start-kurs), med tilpasset veiledning innen ernæring, fysisk aktivitet, fot- og sårpleie, medisinbruk, blodsuktermåling med mer.
- Det er mangel på data som viser kvaliteten på behandlingen i sykehusene og evt. nytteeffekten av å komme til polikliniske konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten.
- Det mangler felles diabetesjournal for primær- og spesialisthelsetjenesten.
- HF har ikke tett nok oppfølging av /samarbeidsrutiner mellom nivåene og vurdering av behov for veiledning av primærhelsetjenesten.
- Det finnes IKT systemer for oppfølging av diabetes i primærhelsetjenesten, men bruken av dem er mangelfull. *(det er uenigheter mellom Legeforeningen og Hdir/NOKLUS på dette punktet, om IKT systemene er gode nok).*
- Sykehusenes elektroniske pasientjournal system (EPJ) mangler tilrettelegging for god diabetesoppfølging.
- Det stilles ingen krav til resultatrapportering (måloppnåelse for pasientbehandling) fra fastlege eller spesialisthelsetjeneste til tross for at indikatorer er allment akseptert og tilgjengelige.
- Det mangler et system som kan stimulere til å følge kvaliteten på behandlingen.
- Systemet for bestilling av behandlingshjelpemidler (for eksempel insulinpumpe) er ikke optimalt.
- Samhandlingen mellom ulike faggrupper innad i spesialisthelsetjenesten er til tider mangelfull (for eksempel psykiatri/somatikk).
- Mange pasienter har problemer med å bli henvist videre til spesialist ved behov, dette gjelder også startkurs på lærings- og mestringssentre.
- Brukerne påpeker manglende samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og skolehelsetjenesten som del av kommunehelsetjenesten, om barn med diabetes.

- Det er manglende samhandling mellom helsetjenesten og frivillige organisasjoner, som har tilbud som pasienter kunne hatt nytte av.
- Det er for få steder man kan få tilbud som kan hjelpe pasientene med varig endring av levevaner, som f.eks. kommunale lærings- og mestringssentre/helsehus og lignende Det finnes noen fysak/frisklivssentraler, men de trenger utvidet fagkompetanse og bredere tilbud.

2.1.5 Behandling og oppfølging av senkomplikasjoner

Pasienter med manifeste, uttalte senkomplikasjoner blir som regel henvist til spesialisthelsetjenesten. Samarbeidet om disse pasientene fungerer i hovedsak godt. Det finnes imidlertid ikke faste prosedyrer for samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten ut over det som anbefales i de nye nasjonale retningslinjene.

Behandling av pasienter med senkomplikasjoner krever tverrfaglig tilnærming Det er foreløpig for få tverrfaglige diabetesteam med tilstrekkelig spesialkompetanse i HF, som har kapasitet til å utrede og behandle pasienter med diabetes og senkomplikasjoner.

Spørsmål 2 Hvordan kan lovmessige forhold i dagens lovgivning bidra til brudd i forløpet?

Ansvar for behandlingsforløpet er fordelt mellom to hovedinstanser, kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, med hver sitt lovverk. Med bakgrunn i ønsket om bedre samhandling mellom tjenestenivåene og en styrking av det forebyggende arbeidet, er det flere forhold knyttet til lovverket som ikke er med på å fremme dette formålet:

- Fordelingen av ansvar og oppgaver mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er mangelfullt definert.
- Lov om spesialisthelsetjenesten og lov om helseforetak er svært generelle mht å sette krav til forebyggende helsearbeid. I praksis vil det derfor ikke bli stilt krav til denne type oppgaver.
- Kommunehelsetjenesteloven stiller krav til bl.a. allmennlegetjenesten, helsestasjon, skolehelsetjeneste, miljørettet helsevern, opplysningsvirksomhet, helseovervåking mv. I tilsynssaker viser det seg imidlertid at det er vanskelig å stille krav til forebygging, da forsvarlighetskravet i stor grad er knyttet opp mot liv og helse. Pr. i dag er det liten oversikt over hva som gjøres for å fremme helsen i kommunene.
- Prioriteringsforskriften sikrer nyhenviste pasienter til behandling i spesialisthelsetjenesten. Den sikrer ikke på samme måte ventetid på oppfølging av de som allerede behandles i spesialisthelsetjenesten.

- Det er en mangel i pasientrettighetsloven at pasienter med diabetes ikke har rett til opplæring
- Lovverket ivaretar ikke på en tydelig måte krav til og betydningen av tverrfaglig samarbeid og pasientopplæring.
- På samme måte som kommunene er pålagt å ha visse helsetjenester for sine innbyggere, burde også kommunehelsetjenesten være pålagt å ha kvalifisert ernæringskompetanse som et tilbud.
- Lovverket ivaretar ikke en minstestandard eller minstenorm for behandling av diabetes.

Spørsmål 3 Hvordan kan dagens økonomiske ordninger/ finansieringsordninger bidra til brudd i forløpene?

Spesialisthelsetjenesten er finansiert gjennom basisbevilgning til regionale helseforetak og aktivitetsbaserte finansieringsordninger, med innsatsstyrt finansiering ut fra diagnose som den største. Det ligger ingen faglige helsepolitiske prioriteringer bak dette systemet, men det påvirker i stor grad de faglige prioriteringene.

Kommunehelsetjenesten er finansiert gjennom inntektssystemet til kommunene og aktivitetsbaserte finansieringsordninger over folketrygdens budsjett (takstsystemer for ulike yrkesgrupper). Det er betenkelig hvis vektlegging av refusjons- og finansieringsordningene påvirker behandlingsforløpet i større grad enn den medisinske vurdering (forebygging, behandling og prioritering). Dagens takstordning gir høyest prioritet til innleggelser i sykehus.

Det er betenkelig at tyngden i refusjons- og finansieringsordningene er så store at de påvirker det medisinske systemet (forebygging, behandling og prioritering). Dagens takstordning gir høyest prioritet til innleggelser i sykehus.

- Dagens finansieringssystem innehar lite insentiver for forebyggende helsearbeid, for eksempel etablering av lavterskeltilbud. Systemet premierer ikke kommuner som satser aktivt på tiltak som forhindrer innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Gevinsten fra tiltak som medfører færre sykehusinnleggelser tilfaller de statlige helseforetakene samt innsparinger på trygdebudsjettet.
- Det innsatsstyrte finansieringssystemet på sykehus (DRG-systemet) favoriserer behandling av inneliggende pasienter. Poliklinisk virksomhet, som omfatter en svært stor del av omsorgen for kronisk syke generelt og personer med diabetes spesielt, gir sykehuset svært lite inntekter.
- DRG-systemet er ikke godt nok egnet til medisinsk prioritering og praksis, men er sterkt styrende for økonomisk prioritering. God medisinsk behandling/oppfølgning kan i verste fall neglisjeres på bakgrunn av at det ikke finnes egnede refusjonsordninger. For eksempel finnes ingen insentiver for å finne frem til personer med høy risiko for å få diabetes.

- Dagens refusjonssystem legger ikke til rette for tverrfaglighet, teamarbeid og gruppeundervisning, noe som er spesielt viktig i diabetesbehandling, jfr. betydningen av tverrfaglige diabetesteam i helseforetakene.
- Dagens finansieringsordning gir refusjon for behandling hos f. eks privat praktiserende fysioterapeut med driftstilskudd. Det gis ikke refusjon/finansiering ved lavterskeltilbud om tilrettelagt trening når dette er en del av behandlingen som gis ved frisklivssentraler /av fast ansatte kommunale fysioterapeuter.
- Egenandelsordningen kan være til hinder for god diabetesbehandling. For eksempel finnes ikke refusjon for behandling hos fotterapeut i forbindelse med forebygging av diabetiske fotsår.
- Det finnes ingen refusjonsordning for kliniske ernæringsfysiologer. De brukes i dag i alt for liten grad i veiledning av personer med diabetes pga. kapasitetsproblemer.
- Det finnes ingen refusjonsordning for diabetessykepleiere i kommunal tjeneste eller som er ansatt hos fastlegene, og refusjon i spesialisthelsetjenesten er svært lav.
- Selv om refusjonsordning for tannbehandling for enkelte grupper er bedret de siste årene, er pasienter med diabetes en kronikergruppe med høy risiko for tannsykdommer som bør dra nytte av at dette videreutvikles.
- Dagens finansieringsordning innehar ingen stimulans til egenomsorg.
- Det er for liten forutsigbarhet i forhold til støtte til for eksempel Norges Diabetesforbund for deres arbeid med likemannsarbeid og hjelpetiltak som motivasjonsgrupper, Diafonen, Diabetesverkstedet mv.
- Dagens finansieringsordninger ivaretar i liten grad de pårørendes muligheter/interesser.
- Dagens finansieringsordninger legger ikke til rette for at spesialisthelsetjenesten kan ha kompetansehevende kurs og/eller veiledningssamtaler for primærhelsetjenesten og pasienter.

Spørsmål 4: I hvilken grad er målet for prosessen/forløpene kjent blant aktørene og er denne målformuleringen omforent?

Proessen /forløpet må sies å være godt kjent blant aktørene. Mål for det forebyggende arbeidet og for behandling er omforent og nedfelt i strategiplan og egne nasjonale faglige retningslinjer. Utfordringen er å gjøre aktørene i stand til å følge opp og implementere disse. Det krever tilstrekkelig kompetanse og prioritering av ressurser, arbeidet må forankres og det må kunne stilles krav om måloppnåelse for forebygging og behandling, samt dokumentasjon av dette. De nye retningslinjene og brukerversjonen av disse må gjøres kjent for brukerne. Norges Diabetesforbunds virksomhet med sitt lokale nettverk er viktig i denne sammenheng.

Spørsmål 5 Kan vi peke på organisasjonsmessige forhold som er til hinder for samhandlingen i dette forløpet?

Fordi ansvaret for behandlingsforløpet er fordelt mellom to hovedinstanser, kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og hver instans består av en lang rekke selvstendige enheter uten felles leder, blir ikke den helhetlige helsetjenesten gjenstand for tilsyn der virkemidlene og oppfølgingen ses i sammenheng. Fastlegene har et medisinsk koordinerende ansvar, men i praksis er mulighetene for styring av helsetjenesten som helhet ikke optimal.

- Lavterskeltilbud og systematisk kvalifisert hjelp til endring av levevaner har varierende grad av fast forankring og organisering.
- Det finnes i varierende grad systemer som sikrer god samhandling mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten.
- Fordelingen av ansvar og oppgaver mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er ikke klart nok definert.
- Organisering i diabetesteam er ikke et tilbud som gjelder alle og i alle deler av landet.
- Det er ikke lagt til rette for at fastlegene kan bruke annet helsepersonell på kontoret på en hensiktsmessig måte i forhold til pasienter med diabetes.
- Det er ingen krav til eksisterende tverrfaglige diabetesteam på sykehusene, at disse også må pålegges å samarbeide med primærhelsetjenesten. Det finnes ingen krav til at diabetesteam må være bemannet med tilstrekkelig kompetanse og med ressurser til å håndtere både arbeidet internt i sykehuset (20 % av inneliggende pasienter i på medisinske avd. har diabetes som bidiagnose noe som kan forlenge liggetiden) og kurs/veiledning/telefonkonsultasjoner for primærhelsetjenesten.
- Organiseringen innad i sykehusene ivaretar ikke godt nok tverrfaglig samarbeid internt. Det har vist seg at en godt organisert diabetespoliklinikk kan redusere antall innleggelser/liggedøgn⁹.
- Diabetesteam mangler ofte fast møteplass, fast telefonnummer, og tid til ambulant virksomhet.
- Det er for dårlig personellkontinuitet i spesialisthelsetjenesten slik at pasientene får for mange nye å forholde seg til.

Spørsmål 6 Forslag til tiltak for forbedring

Befolkningsrettede tiltak

Overvekt og fedme utvikler seg perifert fra helsetjenesten som en følge av arv, kultur og samfunnsforhold, men nærmer seg etter hvert helsetjenestens ansvarsområde. Det mangler en funksjon som kan håndtere dette problemet mellom disse stadiene. Her må myndighetene utvikle nye løsningsmodeller og tiltak.

Bruk av strukturelle tiltak, også utenom helsetjenestens ansvarsområde, er meget viktig for å legge til rette for sunne levevaner. Arbeidet med strukturelle tiltak må intensiveres. Helsemyndighetene og helsetjenesten må være pådrivere i dette arbeidet. Pris og tilgjengelighet og tilrettelegging er viktige elementer i dette og innebærer bl.a.

⁹Data fra us v/ Nordlandssykehuset, muntlig meddelelse Beryll Kristensen

- prisvirkemidler som bidrar til at usunn mat blir dyr og sunn mat billigere,
- gratis frukt og grønt i skolen,
- merking av mat,
- daglig fysisk aktivitet i skolen,
- gang- og sykkelveier,
- tilrettelegging av grøntarealer i nærmiljøet,
- muligheter for trening og tilgang på sunn mat i arbeidstiden.

Ved i større grad å ta i bruk slike virkemidler vil en også oppnå forebyggingsgevinster i forhold til andre sykdommer knyttet til levevaner.

Det bør bli tydeligere pålegg til kommunene om å bidra til å tilrettelegge for sunne valg i hverdagen. Helsesektorens medansvar for tverrsektorielt arbeid rettet mot årsaker til at helseproblemer oppstår må styrkes, for eksempel gjennom partnerskap for folkehelse. Det bør gjennomføres informasjonskampanjer til befolkningen og helsepersonell generelt om risikofaktorer og udiagnostisert diabetes.

Plikten kommunene har til å ha oversikt over grunnleggende helseutfordringer og status lokalt må tydeliggjøres. Bedre oversikt er grunnlag for prioritering og evaluering i helsetjenester. Plan- og bygningsloven og kommunehelsetjenesteloven forutsetter at helsetjenesten medvirker i samfunnsplanleggingen. Det krever kompetanse og ressurser.

Myndighetenes strategi for diabetes, utjevning av sosiale helseforskjeller og handlingsplaner for kosthold og fysisk aktivitet bør følges opp i større grad. Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009 er avsluttet, Nasjonal strategi for diabetesområdet 2006-2010 gjelder ut 2010 og Handlingsplan for bedre kosthold gjelder ut 2011. Myndighetene må konkretisere hvordan diabetesutfordringene skal møtes videre når nåværende strategi for diabetesområdet utløper. Det samme gjelder for helsemyndighetenes retningslinjer for forebygging og behandling av overvekt, diabetes og hjerte- og karsykdommer.

Tjenesterettede tiltak

Fedme er vanskelig å behandle med godt resultat og bør derfor forebygges. Det er viktig å starte med forebyggende tiltak blant gravide og barn ved at man styrker helsestasjons- og skolehelsetjenesten både kapasitetsmessig men også med kompetanse innen blant annet fysisk aktivitet og ernæring. Det må bli enklere å velge sunt, og gode vaner må bli lette å opprettholde. Man bør styrke opplæring av gravide om betydningen av kosthold, fysisk aktivitet og røykfrihet. Dette gjelder alle gravide som ledd i primærforebygging og i forhold til svangerskapsdiabetes. I forhold til behandling av fedme bør man utvikle en skala for intervensjon i tråd med de nye retningslinjene for forebygging og behandling av overvekt. Fedmekirurgi har vist seg å være en relativt effektiv behandlingsmåte for sykkelig fedme og også for type 2-diabetes,

men kan ikke løse overvektproblemet eller stoppe økningen i fedme. Alternative tilbud bør bli bedre tilgjengelig.

Identifisering av og oppfølging av personer i risiko

Vi har god kunnskap om diabetes, forekomst, risiko og behandling. Denne kompetansen må tilflytte alle aktører som er rundt pasienten og ikke minst pasienten selv siden han/hun er den viktigste aktøren i den egenbehandlingen er den viktigste behandlingen. Mange personer som er i risikozonen for å utvikle diabetes vet det ikke, og mange med diabetes er uoppdaget. Fastlegene har et særlig ansvar for å identifisere risikopersoner, sørge for individrettet veiledning og oppfølging, samt koordinere oppfølgingen av pasientene. Noen fastleger har ansatt diabetessykepleiere, men flere diabetessykepleiere enten hos fastlegene eller i kommunehelsetjenesten vil sannsynligvis medføre en bedring av diabetesbehandlingen i primærhelsetjenesten. Det er behov for en betydelig styrking av antall fastleger.

Identifisering av personer i risiko og oppfølging av disse forutsetter gode systemer, verktøy og insitament for samhandling mellom fastlegene og annet helsepersonell. Det må motiveres til å bruke egnede verktøy for å finne personer i risiko, i tillegg til økt casefinding for å finne de udiagnostiserte. Det krever at arbeidet med implementering av nye nasjonale retningslinjer for diabetes styrkes. Helsedirektoratets planlagte kampanje for å finne personer med høy risiko for å utvikle diabetes med en norsk versjon av spørreskjemaet FINDRISK (www.diabetesrisiko.no, operativ medio mai -09) må styrkes og kontinueres.

Organisasjons- og lovmessige forhold

Kommunene må tydeligere enn i dag bli forpliktet til, og stimulert til å tilrettelegge og følge opp i forhold til folkehelsearbeid, primær- og sekundærforebygging, blant annet gjennom godt utbygde og forankrede tilbud som sikrer god veiledning og oppfølging av personer med risiko for å utvikle diabetes og de som har en diagnose.

Kommunehelsetjenesten bør prioritere å ha et helhetlig ansvar for diabetesomsorgen. Verktøy for å registrere indikatorene for god diabetesomsorg må sikres tilstrekkelig utbredelse og tas i bruk. Det bør vurderes om indikatorene kan brukes til premiering av god behandling. Elektroniske diabetesskjema/journaler må utvikles og implementeres både i primær- og spesialisthelsetjenesten for å bedre det daglige pasientrettede arbeidet. Metoder for datafangst til Nasjonalt diabetesregister for voksne må videreutvikles og implementeres.

Kommunens ansvar for å opprette tverrfaglige enheter med kompetanse til å følge opp risikogrupper og pasienter må lovfestes. Helsetjenesten må pålegges å tilby lavterskeltilbud via for eksempel lokale lærings- og mestringstilbud. Det skal gjøre det lettere for innbyggerne å få nytte av tverrfaglig kompetanse innen adferdsendring, mestring, ernæring, fysisk aktivitet, røykeslutt, medisinbruk, fot- og sårpleie. Det må også etableres gode henvisningsrutiner som blant annet inkluderer ”resepter” eller

henvisninger til slike tilbud. Samtidig bør en styrke evaluering av tiltak og utvikling av nye tiltak på områder som er lavt prioritert i dag, som for eksempel primærforebygging, mestring og egenomsorg.

På samme vis som kommunene er pålagt å ha visse helsetjenester for sine innbyggere, bør også kommunehelsetjenesten være pålagt å ha kvalifisert ernæringskompetanse som et av sine tilbud. Det er klar mangel på ernæringskompetanse på flere nivå. Det bør derfor utdannes flere kliniske ernæringsfysiologer og da på flere steder i landet. Dette kan øke sannsynligheten for at kompetansen blir jevnere fordelt i landet enn i dag.

Samarbeid mellom fastleger og tverrfaglige sentra på kommunalt nivå og spisskompetansen i spesialisthelsetjenesten bør utvikles til nytte for både høyrisikogrupper, pasienter og helsepersonell.

Diabetesteam

Ambulante tverrfaglige diabetesteam forankret i helseforetakene må lovfestes, og funksjonen defineres entydig med utgangspunkt i Norges Diabetesforbunds modell (vedlegg). Det bør sikres systematisk utveksling av erfaring mellom diabetesteam i landet. Likeledes må pasientenes rett til pasientopplæring lovfestes. Den medisinske oppfølgingen med blodsukkerregulering, kostveiledning, kontroller og behandling av senkomplikasjoner må forbedres bl.a. ved at samarbeidet mellom de ambulante diabetesteamene og primærhelsetjenesten styrkes der det er behov for det. God dynamikk mellom primær- og spesialisthelsetjenesten er viktig for å hindre fall i funksjon og egenmestring hos pasientene. Kollegabasert veiledning internt i sykehuset og i primærhelsetjenesten og mellom nivåene må være en del av en god organisering av diabetesbehandlingen. Økning av antallet fastleger og rammevilkårene deres for å kunne ha annet helsepersonell med for å bedre behandlingen for den enkelte pasient er også viktig.

Senkomplikasjoner blir noen ganger oppdaget for sent i forløpet. Når det gjelder den diabetiske fot så bør oppmerksomheten flyttes mot venstre i forløpet slik at forebyggende tiltak settes inn hos personer med nerveskader i føttene, før sår utvikles. Kompetansen om hvordan dette skal gjøres må derfor også økes blant pasientene selv, hos fastlegene og blant de som har omsorg for pasientene som for eksempel foterapeut og hjemmesykepleier. Pasientene må også få bedre opplæring i sine rettigheter og at de selv kontrollerer at hensiktsmessige kontroller utføres av helsetjenesten. Implementeringen av brukerversjonen av de nye nasjonale retningslinjene må prioriteres.

Økonomiske insentiver

Økonomiske insentiver er avgjørende for at kommunene skal legge til rette for forebygging. Det må utvikles økonomiske insentiver som i større grad enn i dag understøtter forebygging og tidlig intervensjon og riktig behandling av pasienter som

har behov for koordinerte tjenester. Det bør også vurderes om finansieringsordningene kan stimulere til økt grad av egenomsorg. Man må i utvikling av lavterskeltilbud ta høyde for at kronisk syke ofte kan ha svekket økonomi og at de bør tilrettelegges for innvandrere med økt risiko for å utvikle type 2-diabetes. Egenandelsordningene bør ta høyde for dette. Det bør etableres finansieringssystemer som belønner tverrfaglig samarbeid i sykehusene, gruppeundervisning og konsultasjoner hos diabetessykepleier, fysioterapeut, klinisk ernæringsfysiolog og fotterapeut i poliklinikk eller i primærhelsetjenesten. Videre bør en vurdere enda bedre ordninger for refusjon av tannbehandling hos kronikergrupper med stor risiko for tannsykdommer. Det må også bli forutsigbar økonomisk støtte til tiltak som har dokumentert effekt for eksempel motivasjonsgrupper, Diafonen og Diabetesverkstedet.

Spørsmål 7: Hvor i forløpet kunne en venstreforskyvning av ressursinnsatsen i retning av mer forebygging kunne vært satt inn?

En kan sette inn forebygging på alle punktene i forløpet. Det vil være mye å hente på å forebygge og redusere forekomsten av overvekt i befolkningen. Det viktigste her er en styrking av de nasjonale forebyggende virkemidlene omtalt i pkt 2.1.2.

Det må videre settes inn innsats for å finne de med høy risiko for å utvikle diabetes.. Disse må gis tilpasset veiledning og oppfølging innen sunne levevaner av kvalifisert personell. Mange går med uoppdaget diabetes. Ved å diagnostisere disse vil tiltak kunne settes inn på tidligere tidspunkt.

God diabetesbehandling, at flest mulig når behandlingsmålene, er god helseøkonomi og den beste forebyggingen av senkomplikasjoner.

Det er behov for gode tverrfaglige diabetesteam som kan følge opp barn, unge og voksne med type 1-diabetes og de mer komplekse pasientene med type 2-diabetes, i tett samarbeid med primærhelsetjenesten.

Slik diabetesomsorgen fungerer i dag, er det ikke økonomisk regningsvarende for helsevesenet å drive primær- og sekundærforebyggende arbeid. Mesteparten av diabetesomsorgen foregår utenfor helseinstitusjoner. Skal man forebygge sykdom slik at mindre penger brukes til dyr behandling av senkomplikasjoner, må pengene brukes slik at man forebygger sykdom gjennom en kombinasjon av strukturelle tiltak på befolkningsnivå og gode tilbud for de som ønsker å endre levevaner både før og etter at de har utviklet diabetes.

Vedlegg

Forløpsbeskrivelse Diabetes: kortversjon.

Utarbeidet av Norges Diabetesforbund

Det er vanskelig å beskrive forløp for diabetes. Forløpene er mangeartet og varierer etter hvilken gruppe man tilhører. I tillegg vil man som kroniker aldri bli ferdig behandlet og behovene vil endre seg gjennom livet. Det er derfor vanskelig å gi en klar forløpsbeskrivelse av en person med diabetes. Man kan tenke seg følgende forløp/grupper som kan være relevant for samhandlingsreformen; befolkningen generelt, personer med høy risiko, barn med type 1-diabetes, ungdom med type 1-diabetes, voksne med type 1-diabetes, unge med type 2-diabetes, gravide med svangerskapsdiabetes, gravide med type 1- eller 2-diabetes, personer med udiagnostisert diabetes, voksne med type 2-diabetes, personer med akutte diabeteskomplikasjoner, personer med senkomplikasjoner av diabetes (både type 1- og type 2-diabetes). Av praktiske årsaker har vi valgt å velge ut barn med type 1-diabetes, voksne med type 2-diabetes og personer med senkomplikasjoner i denne kortversjonen.

NB! Forløpsbeskrivelsen beskriver hvordan behandlingsforløpene bør være og hva som kan tenkes å være pasientens behov i møte med helsetjenesten. Det er ikke å forstås som en nødvendigvis korrekt beskrivelse av virkeligheten. Det vises for øvrig til rapporten fra forløpsgruppa som godt beskriver bruddsituasjonene i samhandlingen i helsetjenesten.

Utvikling av sykdom og diagnostikk

Det er stor forskjell på utviklingen av type 1- og type 2-diabetes. Type 1-diabetes starter ofte med kraftige symptomer og diagnosen blir raskt stilt. Sykdomsutviklingen av type 2-diabetes er ofte langsom med diffuse symptomer. Derfor kan det ta lang tid før riktig diagnose blir stilt, og ikke sjelden foreligger det senkomplikasjoner allerede ved diagnosetidspunkt.

Eksempel: Cecilie er 8 år og blir akutt dårlig. Hun mister mye vekt på kort tid, går mye på toalettet og er veldig tørst. Legevakten mistenker type 1-diabetes og sender henne på nærmeste sykehus. Der blir hun innlagt mens testene tas, og fortsetter sykehusoppholdet i en til to uker mens hun og familien får opplæring og blir innkjørt på medisiner. Etter kort tids opphold på sykehuset får familien besøk av en familie i nærmiljøet som er i Norges Diabetesforbunds kontaktfamilienettverk.

Carl er 56 år og har i lengre tid følt seg slapp, deprimert, sliten og tørst. Han går ikke til lege før han får en stygg hoste som ikke vil gi seg. Legen spør hvordan det går ellers fordi det er lenge siden Carl var hos lege sist. Legen ser på risikofaktorene til Carl og tar blodsukkeret hans også mens han først er det. Carl blir kalt inn igjen og fortalt at

han har fått type 2-diabetes. Legen og Carl går gjennom levevanene til Carl og setter seg mål for endring av levevaner, samt bestemmer seg for å starte med blodsukkersenkende medikamenter som tilleggsbehandling. Carl henvises til ulike spesialister som kan utelukke påbegynte senkomplikasjoner, og kalles jevnlig inn til primærlege for oppfølging av behandling.

Oppfølging av pasienter og pårørende

Den gjennomsnittlige diabetespasient er hos legen 0,02 % av tiden i et år. Resten av tiden, altså 99,98 %, har pasienten egenansvar for behandlingen av sykdommen. Derfor er det spesielt viktig for personer med diabetes å ha kunnskap og opplæring i hvordan sykdommen arter seg og behandling, samt mestring og motivasjon til å gjøre de nødvendige endringene i livet. I dag vet vi at bare 10 % av alle som får diagnosen type 2-diabetes får tilbud om startopplæring. Svært få får tilbud om veiledning om gunstige levevaner. Helsetjenestens viktigste rolle blir derfor å sørge for at pasienten kan ivareta sin diabetes utenom tiden tilbrakt i helsevesenet, gjennom opplæringstiltak og veiledning. Utover dette er det selvsagt viktig å sjekke at regulering av blodsukkernivå er tilfredsstillende, samt sjekke for utvikling av komplikasjoner.

Personer med type 1-diabetes går stort sett til spesialisthelsetjenesten til diabeteskontroll, gjennomsnittlig to til fire ganger i året. Dette er oftest polikliniske konsultasjoner hos diabetessykepleier og/eller diabetesansvarlig lege. Ved type 1-diabetes opphører insulinproduksjonen, og insulininjeksjoner er nødvendig. Akutte diabeteskomplikasjoner, som livstruende lavt eller høy blodsukker, kan kreve innleggelse.

Personer med type 2-diabetes går stort sett til primærhelsetjenesten til diabeteskontroll. Noen få har en vanskelig regulerbar diabetes og er avhengig av behandling i spesialisthelsetjenesten. Type 2-diabetes har ofte utviklende behandlingsbehov, og mange kan regulere blodsukkeret sitt ved hjelp av kosthold og fysisk aktivitet i startfasen rett etter diagnose hvis de får diagnosen tidlig i forløpet. Etter hvert vil de fleste med type 2-diabetes måtte bruke blodsukkersenkende medikamenter, og til slutt insulininjeksjoner. Behovet for tjenester fra helsevesenet vil derfor også utvikle seg i takt med behandlingsbehovet.

Dersom behandlingsmålene ikke nås bør fastlegen vurdere å henvise pasienten til sykehusenes diabetesteam, hvor flere faggrupper kan konsulteres ved behov (psykolog, foterapeut, klinisk ernæringsfysiolog m.m.). Men vurdering av måloppnåelse av metabolsk kontroll, må vurderes individuelt mht alder, generell funksjonsevne, andre kroniske lidelser, levestykker mv. Diabetesteamene kan også fungere ambulant med tanke på opplæring og kunnskapsoppdatering for primærhelsetjenesten.

Behandling og oppfølging av senkomplikasjoner

Personer med diabetes har høy risiko for å utvikle senkomplikasjoner. God diabetesbehandling, dvs. langtidsblodsukker, blodtrykk og blodfettstoffer på

tilfredsstillende nivå, forebygger senkomplikasjoner. Hvis senkomplikasjonene alt har oppstått er det viktig å oppdage dem så tidlig som mulig slik at riktig behandling, som hindrer videre utvikling av komplikasjonene, igangsettes. Alle personer med diabetes må sjekkes jevnlig for symptomer for senkomplikasjoner. Primærlegen bør gjennomføre årskontroller av personer med type 2-diabetes, hvor diabetesjournalen brukes, for å utelukke og forebygge senkomplikasjoner. Personer med type 1-diabetes går ofte til kontroll i spesialisthelsetjenesten, tilsvarende årlige kontroller bør gjennomføres der, gjerne med utgangspunkt i diabetesjournalen. Det er viktig at også pasienten har oppdatert informasjon selv slik at de kan være observant på tegn på senkomplikasjoner.

Ved oppståtte senkomplikasjoner må de aller fleste til behandling i spesialisthelsetjenesten, avhengig av type komplikasjon.

Vedlegg: Nasjonal standard for diabetesteam i sykehus

Norges Diabetesforbund

Utarbeidet av styret i nasjonalt Diabetesforum, desember 2007, vedtatt av sentralstyret i Norges Diabetesforbund i desember 2007

Flere studier har vist at god diabetesbehandling reduserer sykkelighet og for tidlig død av diabetesrelaterte sykdommerⁱ. Denne kunnskap har ført til anbefalinger om behandlingsmål for type 1- og type 2-diabetes. Det er definert detaljerte behandlingsmål i nasjonale og internasjonale retningslinjer. Behandlingsmålene er ikke oppnådd hos flertallet av norske diabetespasienter. Dette er blant annet vist for voksne i publiserte data fra Nord-Trøndelag, Rogaland og Salten^{ii iii iv}, og for barn gjennom Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for barne- og ungdomsdiabetes^v. Det er derfor behov for å styrke og bedre diabetesbehandlingen ved alle norske helseinstitusjoner. Organisering av diabetesbehandlingen i tverrfaglige diabetesteam har vist seg å være hensiktsmessig.^{vi}

Norges Diabetesforbund foreslår i dokumentet "Strategi for kompetanseheving av helsepersonell innen diabetes" at det opprettes regionale kompetansesentra knyttet til universitetssykehusene i de forskjellige regionene. De skal ha ansvar for skoling av diabetesteamene og øvrige helsepersonell i regionene. De skal også ha ansvar for innføring av felles retningslinjer i regionen.

Det skal etableres diabetesteam ved barneavdelinger og voksenmedisinske avdelinger på norske sykehus. De lokale diabetesteamene ved hvert sykehus i regionene skal i samarbeid med de regionale kompetansesentrene arrangere opplæringsmøter og danne nettverk for fastlegene og annet personell fra primærhelsetjenesten som naturlig sokner til sykehuset.

I Nasjonal strategi for diabetesområdet 2006 – 2010^{vii} omtales etablering og styrking av diabetesteam som sentralt for å styrke diabetesomsorgen i spesialisthelsetjenesten. I oppdragsdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene for 2007 er etablering av tverrfaglige diabetesteam et av tiltakene som nevnes særskilt for å redusere forekomsten av komplikasjoner.

Diabetesteamenes arbeidsoppgaver og plikter

Diabetesteamene må ha definerte oppgaver og bemanning. For å fungere etter intensjonene må stikkord for teamene være *tilgjengelighet og kontinuitet*.

Diabetesteamenes hovedoppgave skal være daglig drift av diabetespoliklinikken.

Pasientbehandling

- Konsultasjoner.
- Formidle kontakt (henvisning) til andre behandlere, eks. foterapeut, øyelege, ortopedingeniør, sårpoliklinikk og andre.
- Teammøter for drøftelse av problemkasus, faglige spørsmål og arbeidsrutiner.
- Kvalitetssikring av behandlingen gjennom deltakelse i de nasjonale kvalitetsregistre for diabetes.

Opplæring av pasienter

- Utarbeide individuelle behandlingsplaner for pasienter med spesielle behov.
- Forestå opplæring, repetisjon og reopplæring av pasienter og deres pårørende.
- Arrangere ulike temakurs, f. eks: startkurs, pumpekurs og reopplæringskurs for tenåringer og deres pårørende, gjerne i samarbeid med lokal diabetesforening.

Opplæring av helsepersonell

- Drive undervisning om diabetes for leger under spesialistutdannelse.
- Ressursbase/konsulent for annet helsepersonell i sykehusets avdelinger og i primærhelsetjenesten (leger, sykepleiere, syke- og aldershjem, skoler, institusjoner).
- Tilby hospitering ved diabetesklinikk for leger, sykepleiere og annet helsepersonell, fra primær- og institusjonshelsetjenesten.

Samarbeid

- Teamene har plikt til å samarbeide med primærhelsetjenesten og kommunale helseinstitusjoner. Det skal etableres faste rutiner for kommunikasjon og samarbeid.
- Samarbeide med bioingeniører om kvalitetssikring av laboratorieundersøkelser og med farmasøyter om medisinbruk/hjelpemidler.
- I samarbeid med de regionale universitetssykehusene skal diabetesteamene drive med forskning om behandling og forebygging av diabetes og diabetesrelaterte komplikasjoner.

Diabetesteamets sammensetning

Det må differensieres mellom små og store sykehus. Små sykehus ansees å være de med kun kirurgisk, medisinsk og røntgenologisk avd., mens store sykehus tilsvarer de tidligere sentralsykehus og regionsykehus.

Det skal være personlige vikarer for nøkkelstillinger (lege, sykepleier og klinisk ernæringsfysiolog) på alle avdelinger.

Diabetesteam ved store sykehus må ha

- Separate diabetesteam for barne- og voksenmedisinske avdelinger.
- Egen diabetes fotsårklinikk

Barneavdelingers diabetesteam skal bestå av

- 1 diabetessykepleier pr. 100 pasienter tilknyttet pediatrik poliklinikk, eventuelt delt med voksenmedisinsk avd. ved mindre sykehus.
- 1 – 2 sykepleiere med diabeteskompetanse ved sengeavdelingen,
- 1 – 2 diabetesinteresserte overleger, eventuelt barneendokrinologer.
- Underordnet lege under utdanning (tilknyttet diabetespoliklinikk/diabetesarbeide i minimum 6 mnd).
- Klinisk ernæringsfysiolog. Min. ½ stilling pr 100 pasienter
- Sosionom i deltidstilling. Min 1/5 stilling
- Psykolog – eventuelt kombinert med andre oppgaver i barneavd. Min. 2/5 av stillingen dedikert barneavdelingens diabetesbehandling.
- Bioingeniør og farmasøyt tilknyttet teamet som konsulenter.

Voksenmedisinsk team skal bestå av

- Heltidsansatte diabetessykepleiere (1 pr. 300 diabetespasienter^{viii}),
- Indremedisinsk overlege (endokrinolog, nefrolog, spesialist med interesse for preventiv kardiologi)
- Underordnet lege under utdanning (tilknyttet diabetespoliklinikk/diabetesarbeide i minimum 6 mnd).
- Ernæringsfysiolog, (1/3 stilling pr. 300 diabetespasienter i poliklinikk)
- Psykolog med kompetanse/erfaring i diabetesbehandling, eventuelt sammen med barneavdeling
- Fotterapeut med spesialkompetanse innen diabetes. (eventuelt leies inn når sykehuset ikke har egen fotterapeut ansatt)
- Sosionom
- Bioingeniør og farmasøyt tilknyttet teamet som konsulenter

Små sykehus

Ved små sykehusskal det som minimum være diabetesteam bestående av:

- Diabetessykepleier i hel- eller deltidstilling.
- Fast ansatt overlege med ansvar for diabetesbehandling, med personlig vikar (som kan være lege i utdanningsstilling).
- For å dekke behovet for annen spesialkompetanse (som angitt i team ved større sykehus) er det nødvendig med etablert samarbeid med et større sykehus.

Samarbeidspartnere for diabetesteam

Diabetesteam skal etablere rutiner for samarbeid med annen ekspertise i en god diabetesbehandling:

- Sårpoliklinikk/fotterapeut.
- Diabetes fot-team under ledelse av diabetesteamet med tett samarbeid med karkirurg, ortoped, fotterapeut og ortopedingeniør
- Øyelege
- Kardiolog
- Nefrolog
- Nevrolog
- Gynekolog/jordmor ved poliklinikk for risikosvangerskap
- Primærhelsetjenesten
- Nasjonale medisinske kvalitetsregistre for diabetes for henholdsvis voksne (NOKLUS) og barn (Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for barne- og ungdomsdiabetes).
- Norges Diabetesforbund

Utvikling av velfungerende team

For å oppnå ønsket effekt av diabetesteamet må det arbeides målrettet og kontinuerlig med teamutvikling.

- Det må etableres en indre trivsel, tillit og trygghet mellom medlemmene i teamet
- Teamet må arbeide målrettet mot felles forpliktende mål
- De ulike faggruppene må ha respekt for hverandres faglige ståsted og kompetanse
- Møtefrekvens, ledelse og lokal organisering må avgjøres ut fra det enkelte sykehus' størrelse, pasientgrunnlag og reisevei, men bemanning, tilgjengelighet og kontinuitet må sikres
- Diabetesteamene skal ha faste lokaler, telefonnummer, e-post-adresse og definert arbeids-/funksjonstid

ⁱ UK Prospective Diabetes Study Group. *Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular disease in type 2 diabetes: UKPDS 38*. BMJ 1998;317:703-12.

ⁱⁱ Jenssen, Trond G(red): *The gap between guidelines and practice in the treatment of type 2 diabetes. A Norwegian Survey*:

ⁱⁱⁱ Claudi T, Cooper JG, Skogøy K, Hausken MF, Melbye H. Tidsskr Nor Lægeforening 1997;117:366-4. I tillegg foreligger det nye upubliserte data fra 2005 lagt fram på Diabetesforum 2005.

^{iv} Claudi T, Cooper JG, Hausken MF, Michalelsen T, Harboe K, Ingskog W, Østrem A, (2004) *Risikointervensjon ved diabetes i allmennpraksis*. Oslo: Tidsskr Nor Lægeforening 2004;124:1508-10

^v Margeirsdottir H, Larsen J, Brunborg C, Dahl-Jorgensen K (2006) *Nation-wide improvement in HbA1c and complication screening in a Benchmarking project in childhood diabetes. A prospective national quality study*. *Pediatr.Diabetes* 7 (suppl 5): 18 (Abstract)

^{vi} Puig J, Supervia A, Marquez M.A, Flores J, Cano J.F, Gutierrez J: *Diabetes team consultation: Impact of length of stay of diabetic patients admitted to a short stay unit*. *Diabetes Research and Clinical Practice* 78 (2007), 211 - 216

^{vii} Helse og omsorgsdepartementet, *Nasjonal strategi for diabetesområdet 2006 – 2010*. Oslo, 2006

^{viii} Development Programme for the Prevention and Care of Diabetes in Finland 2000 – 2010. <http://www.diabetes.fi/english/programme>