

Idedokument

Dokumentet er skrevet på bakgrunn av idedugnad på Stjørdal, 17. september 2009. Dugnaden kom til på initiativ av Helse Midt-Norge i anledning oppstart av prosessen med å utvikle en regionalt handlingsplan for diabetesbehandling i Midt-Norge.

Trondheim, 20. september 2009

Magnus Strømmen

Deltakere på idedugnaden

Ines Bergmann, Helse Nordmøre og Romsdal HF
Øystein Bjørnes, Regionalt brukerutvalg
Ivar Blix, Helse Nordmøre og Romsdal HF
Tor Claudi, Helsedirektoratet
Unni Dahl, Helse Midt-Norge RHF
Tarald Drejer, Fræna kommune
Øystein Eriksen, Norges diabetesforbund Sør-Trøndelag
Kristian Fougner, St. Olavs Hospital HF
Berit Granheim, Meldal kommune
Hans Hallan, Helse Nord-Trøndelag HF
Brit Haugdahl, Regionalt brukerutvalg
Gro Holstad, Norges diabetesforbund
Wenche Hårstad, Rennebu kommune
Trond Geir Jenssen, Norges Diabetesforbund
Beryll Kristensen, Helse Nord
Magnhild Kristoffersen, KS Sør-Trøndelag
Bård Kulseng, St. Olavs Hospital HF
Kyrre Kvistad, Nord-Trøndelag fylkeskommune
Jorunn Lervik, Fylkesmannen i Sør-Trøndelag
Ingrid Nelvik, Sør-Trøndelag fylkeskommune
Hege Nordahl, Diabetesforbundet
Hilde Selsås, Helse Sunnmøre HF
Kari Skaldebø, Åfjord kommune
Mari Skjølberg, KS Sør-Trøndelag
Toril B Skjørholm, Fylkesmannen i Sør-Trøndelag
Bodil Storli, KS Sør-Trøndelag
Magnus Strømmen, St. Olavs Hospital HF
Anders Svare, Helse Nord-Trøndelag HF
John Tore Vik, Sør-Trøndelag fylkeskommune
Guri Wist, Nord-Trøndelag fylkeskommune
Inger Ødegård, Helse Nordmøre og Romsdal HF

Orientering

I møtet ønsket kommunikasjonsdirketør Tor Harald Haukås fra Helse Midt-Norge RHF velkommen. Han orienterte om behovet for en handlingsplan med konkrete tiltak på bakgrunn av at dagens måte å organisere diabetesbehandling på ikke er i stand til å møte fremtidens behov.

Ann Sissel Helsen, leder ved Stjørdal DMS, delte sine erfaringer med modellutviklingsarbeid mellom ulike kommuner i Værnesregionen.

Fra Helse Nord kom Beryll Kristensen, regional diabetessykepleier, og Tor Claudi fra Helsedirektoratet. De to sistnevnte ledet prosessen med å utvikle en handlingsplan i Nord-Norge. De anbefalte å starte med en grundig situasjonsbeskrivelse og kartlegge hele regionen ved hjelp av intervju og produksjonsdata. Et misforhold mellom datakildene kan avstedkomme positive initiativ. De understreket at diabetes er en god modellsykdom også for andre kroniske sykdommer. Helse Nord ansatte prosjektleder som koordinerte hele prosessen, arrangerte møter, samlet data, satte frister og var ansvarlig for skrivearbeidet. De understreket hvor viktig det er å identifisere risikopasienter så tidlig som mulig og hadde konkrete tiltak for dette. De anbefalte videre aktiv bruk av pasientorganisasjonene. Kristensen og Claudi deltok gjennom hele møtedagen.

Ideprosessen

Deltakerne ble oppdelt i grupper som fikk i oppgave å beskrive ulike pasientforløp. Oppgaveteksten er vedlagt. Fra fremleggene og diskusjonen som fulgte er følgende ideer notert:

Ulike behov T1DM og T2DM

Diabetes type 1 og type 2 skiller på flere måter. Type 1 har i regelen et mer kontrollert forløp og følges godt opp i spesialisthelsetjenesten. Type 2 har en mer trinnavis utvikling og behandles i primærhelsetjenesten med unntak av kompliserte forløp og komplikasjoner til andre organer. En fryktet komplikasjon til type 2 er koronarsykdom, noe som bør forebygges aktivt. Type 2 oppleves som mer krevende å behandle enn type 1.

Diabetesteam

De faglige retningslinjene definerer *minimumskrav* til diabetesteam. Dugnaden anbefaler å bruke begrepet aktivt for å tydeliggjøre behovet for kompetanse.

Diabetesfoten

Det må defineres hvem som har ansvar og kompetanse til å behandle komplikasjoner til diabetes, enten det er i føtter, øyne, nyrer eller hjerte.

Pårørendes rolle

Livsstil står sentralt i behandling og forebygging av T2DM. Det ansees verdifullt at pasient av og til møter sammen med en pårørende. Dette kan bidra til mer reliable opplysninger om kost og aktivitet, men like viktig er det at det kan stimulere pårørende til å støtte pasienten til hensiktsmessig atferd. Sykdommen handler i grunnen om hele familien, ikke bare pasienten.

Hva skal barnet hete?

Diabetesteam er et uheldig begrep om teamet i større grad skal arbeide forebyggende, både mot diabetes og koronarsykdom. Det teamet intervenserer mot vil i praksis være overvekt og livsstil.

Takstgrunnlag

Diabetespsykepleiere eller livsstilpsykepleiere med spesiell diabeteskompetanse vil være avgjørende for å møte fremtidens behov. Dagens takstsystem gir ikke tilstrekkelig inntekter ved anvendelse av denne gruppen.

Andrelinjetjenestens funksjon

Kompetanseoverføring fra spesialisthelsetjeneste til kommunehelsetjeneste må være en av diabetesteamets sentrale oppgaver. Slik kan spesialistkompetanse indirekte nå flere enn om diabetesteamet utelukkende driver pasientbehandling.

Psykologkompetanse

Psykologer og kompetanse innen kognitiv terapi ansees vesentlig for å kunne forebygge overvekt og diabetes. Psykologdekning og den enkeltes interesse for livsstil kan være begrensende faktorer.

Tverrfaglig kompetanse

Dagens kompetansekrav til diabetesteam (jf. retningslinjene for diabetesbehandling) er for beskjedne. Man ser behov for mer tverrfaglige team. Kompetanse som står sentralt er foruten lege og diabetespsykeleier også klinisk ernæringsfysiolog, psykolog og sosionom. Erfarne brukere har også en naturlig rolle i teamet.

For få gjennomfører Startkurs

Årsakene antas å være flere. Dette må bedres. Tilbudet må gjøres bedre kjent blant fastleger.

Individuell plan (IP)

IP er et virkemiddel med stort potensiale, men som nyttes i liten grad. Momenter som kommer frem er å arbeide for at IP får høyere status og utvikle standardiserte IP-maler (programvare) tilpasset sykdomsbildet som dekker sykdommens vanlige problemsfære. Vegringen mot å bruke IP kan skyldes at dokumentet forplikter.

Rettighetsfesting

Trening og fysisk aktivitet burde være mulig på blå resept. Tilbudene som finnes i dag er for kostbare for mange. For overvektige og mennesker med komplisert diabetes burde treningsmuligheter vært rettighetsfestet på lik linje med tilbudet KOLS-pasienter har.

Videreutvikle virkemidler som allerede foreligger

Individuell plan og Aktivitetshåndboken bør brukes i større grad. Grønn resept anbefales videreutviklet da det er for få adressater for resepten.

Halvannenlinjetjenesten

Begrepet kommer opp som et svar på dagens manglende samhandling mellom nivåer. Etablering av en halvannenlinjetjeneste står også for kompetansebygging lokalt, nær pasienten. Dette antas å spille en viktig rolle i forebyggingen av diabetes.

Livsstilssentral

Hvilke trenings- og livsstilstilbud som finnes varierer stort fra kommune til kommune. Forankring i ulike kommunale sektorer gjør tilbudet fragmentert. Det bidrar til at tilbudet blir uoversiktlig og tilfeldig. Friskhetssentraler, FYSAK, ordningen med treningskompis og likemannsgrupper bør samordnes/koordineres i en livsstilssentral. Det kommunale diabetesteamet kan også være en del av

en slik sentral, men man ønsker da en annen benevnelse (livsstilsteam) for å understreke at teameti stor grad skal arbeide med å forebygge flere sykdommer. Det må være status å jobbe i en slik livsstilssentral. Kommuner med få ressurser kan eventuelt utvikle interkommunale tilbud. Et lavterskel treningstilbud har relevans for ulike pasientgrupper.

Samhandling

Samhandling er sentralt både i forebygging og behandling av diabetes. Fokus for samhandlingsdebatten er gjerne kontaktpunktet mellom ulike nivå av helsevesenet. Det er imidlertid avgjørende å få til bedre samhandling på samme nivå. Spesielt gjelder dette tiltak i ulike kommunesektorer som bør koordineres bedre.

Svangerskapsdiabetes

Man vurderer dagens system til å fungere godt. Noe usikkerhet er knyttet til innvandrerkvinner og livsstilsoppfølging etter fødsel.

Diabetes og ungdom

Sykdomsmestring i ungdomstiden avhenger av mange faktorer. Spesielt viktig blir dette i tilfeller barn/undoms familiære nettverk er sviktende. Ett forhold av stor betydning er å avmystifisere sykdommen. Skolehelsetjenesten kan bidra til dette, men oppleves i dag å ha utilstrekkelig kapasitet og kunnskap. Helsepersonell bør kanskje i større grad inn i skolen. Andre faktorer som tenkes å kunne bidra positivt for ungdom er rollemodeller med diabetes, støttekontakter eller fadderordning.

Innvandrerhelse

Både overvekt og diabetes er høyst relevante problemstillinger for flere innvandrergrupper. Språklige utfordringer står i veien for god kommunikasjon. Mange tilbringer lang tid i asylmottak og har lite kunnskap om helsetjenesten i Norge.

Screening som forebyggende tiltak

Både prevalensen og komplikasjonene som følger av T2DM er så alvorlige at det berettiger screening. Screening kan gjøres ved hjelp av enkle tester og slik bli en del av ordinær rutine ved legekantorene. Slik identifiseres tidlig de som er i faresonen.

Fragmentert omsorg

Behov for helsetjeneste som ivaretar helhet. Tilbudet i dag fremstår som fragmentert. Det må jobbes for at pasienten opplever tjenestene som sømløse.

Mediestrategi

Media antas å være et potensielt viktig ledd i det forebyggende arbeidet. Handlingsplanen bør utarbeide egen mediestrategi.

Politisk regulering

Endringer er nødvendige også på systemnivå. Det anbefales sukkerskatt og endringer i lovgivningen, blant annet reklameforbud. Livsstil må også inn i kommuneplaner som må legge til rette for bevegelse og fysisk aktivitet.

Vedlegg: Gruppeoppgaver

Ta utgangspunkt i følgende diagnoser:

1. Diabetes type 1
2. Diabetes type 2
3. Svangerskapsdiabetes
4. Overvekt/fedme og diabetes
5. Diabetes med komplikasjoner eller annen sykdom

For hver diagnose skal dere beskrive flere tenkte pasientforløp fra sykdomsdebut og gjennom et forventet sykdomsforløp. Anslå prosentvis hvor stor del av pasientpopulasjonen profilen dere har skapt gjelder for. Gi forløpene navn og relevante kliniske tilleggsopplysninger.

I forløpet tar dere utgangspunkt i hva som finnes av helsetjenester, helsepersonell, medisinskteknisk utstyr og hjelpemidler ved deres foretak/kommune. Der dagens ressurser ikke oppfattes som optimale, legger dere til ressurser etter behov. Poengter hva som er innen mulig innen dagens rammer og hva som mangler.

Ha i bakhodet at det beskrevne pasientforløpet skal være medisinskfaglig forsvarlig og ivareta gjeldende retningslinjer for behandling. Der det er naturlig skal samhandling belyses spesielt, både på tvers av etater og nivå. Eventuelt behov for utstyr og hjelpemidler beskrives. Pasientopplæring og –medvirkning skal være en del av beskrivelsen.

Forløpene presenteres i plenum, men notér også stikkordsmessig. Papirene samles inn ved dagens slutt.