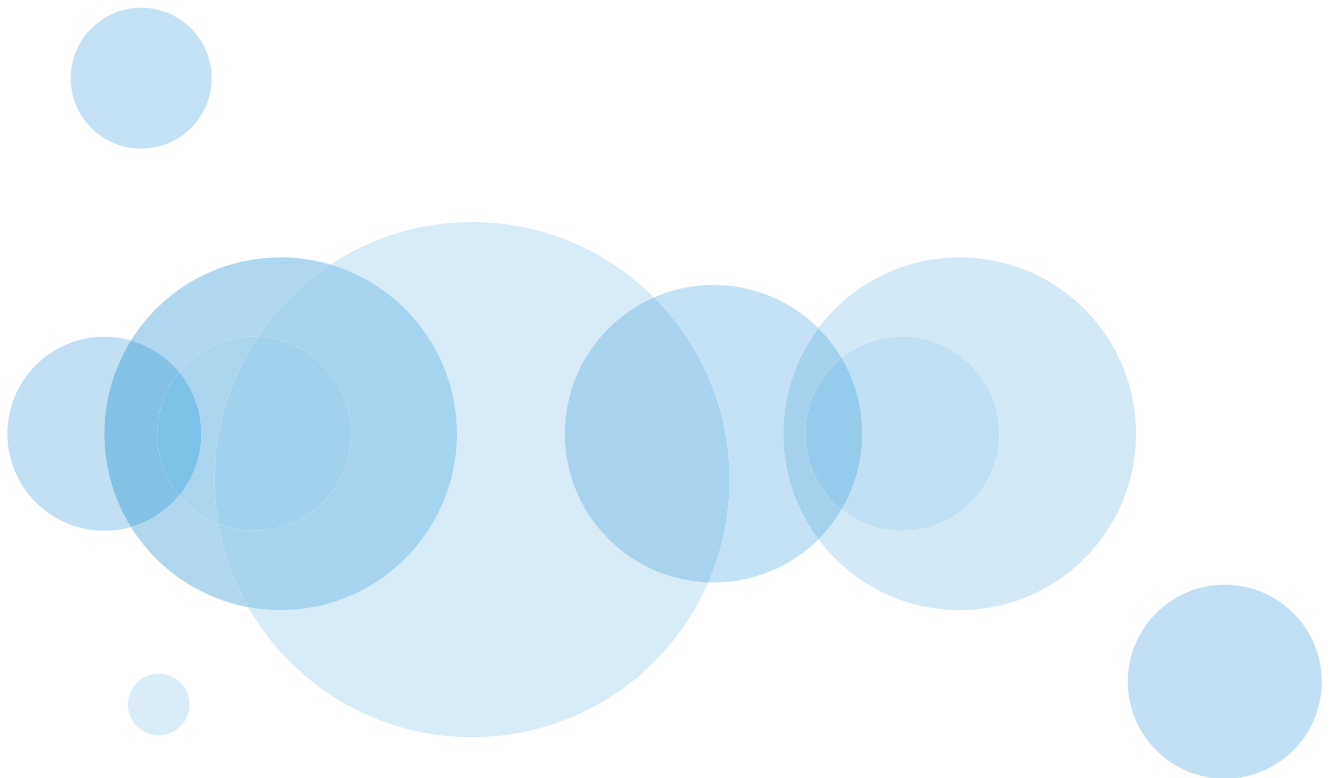




Helse- og omsorgsdepartementet

Handlingsplan

Nasjonalt diabetesplan 2017–2021



Nasjonal diabetesplan 2017–2021

1 MÅLSETTINGEN MED NASJONAL DIABETESPLAN

Det overordnede målet med Nasjonal diabetesplan er å forbedre helse- og omsorgstjenestens arbeid med å forebygge, følge opp og behandle personer med diabetes.

Tiltakene som følger av diabetesplanen, skal bedre tjenestene ved å løse flere utfordringer både i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Tiltakene skal samlet bidra til:

- Bedre arbeid med å endre levevaner både hos personer som har diabetes, og i grupper av befolkningen med høy risiko for å utvikle diabetes
- Økt kvalitet i fastlegenes diagnostisering og oppfølging av personer med diabetes
- Bedre kvalitet i tjenester til personer med diabetes og redusert ulikhet i helse og variasjon i behandling
- Økt mestring og bedre egenbehandling
- Økt oppmerksomhet på grupper av befolkningen med særlige utfordringer knyttet til diabetes
- Bedre forebygging av komplikasjoner
- Økt gjennomføring av anbefalte undersøkelser/prosedyrer i alle deler av tjenesten
- Bedre registrering av data for gjennomførte undersøkelser til bruk for evaluering, kvalitetsforbedring og forskning

2 TILTAK

Mål	Tiltak/Hva gjøres
Mer forebygging av diabetes	Endring av levevaner innen fysisk aktivitet, tobakk og kosthold
Bedre diagnostisering og behandling	Ta i bruk oppdaterte retningslinjer om diabetes og svangerskapsdiabetes
Avdekke øyesykdom tidligere	Helsedirektoratet utreder øyehelseprogram
Mer tverrfaglige tjenester	Primærhelseteam, oppfølgingsteam og læringsnettverk
Bedre kunnskap hos fastleger om legemidler og behandling ved diabetes.	Diabetes Type 2 som tema i KUPP-kampanje
Kompetanseløft i primærhelsetjenesten	Spesialisering i allmenntidmedisin og økt klinisk kompetanse hos sykepleiere
Bedre avstandsoppfølging	Oppfølging av Nasjonalt velferdsteknologi-program

Økt kunnskap om risikofaktorer, forekomst og behandling av diabetes	Øke innrapporteringen til Norsk diabetesregister for voksne og integrere diabeteskjema i elektronisk pasientjournal ved legekantor. Kvalitetsforbedringsprosjekt i spesialisthelsetjenesten
Bedre bruk av frisklivs-, lærings- og mestringstilbud	Faglige veiledere og tilskudd til etablering av tilbud
Vurdere tiltak for økt mestring	Vurdere om ParkinsonNet kan være egnet modell for diabetes
Samarbeid med frivillige	Tilskuddsmidler til Diabetesforbundet og andre aktører i samarbeid med kommunale tilbud om friskliv, læring og mestring
Bedre egenbehandling og behandling av unge personer med diabetes	Foreldreveiledningsprogram og veiledningsprogram for helsepersonell i barneavdelinger som behandler ungdom
Utvikle mer brukervennlig informasjon	Veiviser for bedre egenbehandling og e-læringsprogram

3 INNLEDNING

Ved Stortingets behandling av Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* ble det fattet vedtak om å be regjeringen igangsette et arbeid med en diabetesplan. I behandlingen av statsbudsjettet for 2016, ble det avsatt to millioner kroner til å starte arbeidet. Midlene ble videreført i 2017.

Høsten 2013 ble det lagt fram en NCD-strategi 2013–2017. Dette er en felles strategi for forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av fire ikke-smittsomme folkesykdommer: hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft. Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer disse som NCD-sykdommer (Noncommunicable Diseases). Strategien angir klare mål og tiltak for hvordan helse- og omsorgstjenesten bør arbeide for å redusere for tidlig død som følge av disse sykdommene. Den har en bred tilnærming som tar utgangspunkt i sektorovergrepene folkehelsearbeid og tilrettelegging for å gjøre sunne valg enkle. Videre viser den hvilke muligheter og utfordringer som helse- og omsorgstjenesten står overfor. Tjenestene må bli bedre på tidlig diagnostikk og primærforebygging. Når sykdom har oppstått og er diagnostisert, må det iverksettes tiltak for å hindre forverring og at komplikasjoner oppstår. Det er mange som rammes av flere sykdommer samtidig, også flere ikke-smittsomme sykdommer. Når sykdom er avdekket, skal tjenestene tilby riktig behandling, oppfølging, opplæring og rehabilitering.

3.1 HVA ER DIABETES?

Diabetes type 1 skyldes mangel på insulin og behandles med insulininjeksjoner. Diabetes type 2 skyldes ofte både insulinmangel og at insulinet har dårlig virkning. Tilstanden

behandles med justering av kosthold, mosjon, vektreduksjon og eventuelt blodsukkersenkende tabletter eller insulin. Diabetes type 2 er betydelig hyppigere enn diabetes type 1 i befolkningen, men diabetes type 1 er den vanligste formen for diabetes blant barn.

3.2 AVGRENSINGER I PLANEN

Nasjonal diabetesplan har i hovedsak tiltak rettet mot personer som har fått diagnosen diabetes, eller har høy risiko for å utvikle sykdommen. De fleste tiltakene i planen gjelder både diabetes type 1 og 2. Det finnes per i dag ikke kunnskap om tiltak som kan forebygge utvikling av diabetes type 1, men sekundærforebyggende tiltak vil være viktige for begge typer diabetes. Generelle primærforebyggende tiltak for diabetes type 2 er de samme som for de fleste ikke-smittsomme sykdommer. Arbeidet med slike tiltak ivaretas gjennom oppfølging av *Folkehelsemeldingen*, *Primærhelsetjenestemeldingen* og ulike handlingsplaner og strategier.

Regjeringen er i gang med et arbeid for å bedre kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene til eldre. Reformen er kalt *Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre* og vil ha hovedfokus på områdene mat og måltider, helsehjelp, aktivitet og fellesskap og sammenheng i tjenestene. Alle områdene vil være viktige for eldre personer med diabetes. Det planlegges å fremme en stortingsmelding våren 2018, der det gis en oppsummering og statusoversikt over igangsatte tiltak og hvor det fremmes forslag til nye tiltak og virkemidler i reformarbeidet. Det tas sikte på at reformen settes i verk nasjonalt fra 2019.

3.3 NASJONAL DIABETESPLAN OMFATTER FØLGENDE GRUPPER:

- Hjemmeboende voksne og eldre med diabetes – hovedsakelig diabetes type 2, men også diabetes type 1.

Hovedansvar: Fastlege og øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

- Personer i alle aldre med diabetes type 1 og noen som har diabetes type 2 med dårlig blodglukosekontroll eller kompliserende tilleggs-sykdom

Hovedansvar: Spesialisthelsetjenesten i samarbeid med fastlege og øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste.

- Eldre med diabetes som bor i sykehjem

Hovedansvar: Kommunal helse- og omsorgstjeneste evt. i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

- Grupper med særskilt høy risiko for å få diabetes, inkludert enkelte innvandrergrupper og kvinner med tidligere svangerskapsdiabetes

Hovedansvar: Fastlegen og øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste.

I tillegg til tjenestens ansvar for gruppene nevnt over, påhviler det pasientene selv et ansvar. Den enkeltes sykdomsforståelse og egenmestring er avgjørende for å oppnå bedre egenbehandling, noe som forutsetter god veiledning og opplæring både fra helsepersonell og i regi av interesse- og brukerorganisasjoner (Diabetesforbundet mfl.).

3.4 UTFORDRINGER

Nyere data fra Reseptregisteret kan tyde på at økningen i antall personer med nyoppdaget diabetes er i ferd med å flate ut. Samtidig lever folk lenger med sykdommen. Overvekt og fedme, usunne kostvaner, for lite fysisk aktivitet og for mye stillesitting i befolkningen generelt utgjør likevel risikofaktorer for sykdomsutvikling.

Diabetes er en utfordring både for dem som rammes, pårørende, helse- og omsorgstjenesten, arbeidsgivere og andre. Helse- og omsorgstjenestens viktigste oppgaver når det gjelder diabetes, er å hindre at sykdom oppstår, hindre utvikling av komplikasjoner av sykdommen og legge til rette for at personer med diabetes mestrer livet med diabetes best mulig. Det er fortsatt mange som har diabetes uten at det er stilt en diagnose, det er for mange som er i risikozonen for å få sykdom, og for mange som ikke får god nok oppfølging av sykdommen, eller hjelp til å leve et godt liv med diabetes. Et livsløp med diabetes innebærer tett kontakt mellom pasient og behandlere i alle deler av helse- og omsorgstjenesten og tannhelsetjenesten over mange år. Man kan med stor sikkerhet forutse sykdomsforløpet og behovet for behandling og involvering fra pasienten selv.

Diabetespasienter trenger jevnlig oppfølging i primærhelsetjenesten og ved behov oppfølging og behandling i spesialisthelsetjenesten.

Behandling av diabetes skal hindre eller utsette senkomplikasjoner som synsskade, nyreskade, nedsatt infeksjonsforsvar, utvikling av sår, hjerte- og karsykdommer og skader på nervesystemet. Bedre kontroll av blodsukker skjer ved hjelp av riktig ernæring, økt fysisk aktivitet, røykeslutt og vektreduksjon og riktig bruk av medisiner. Selv en liten vektreduksjon kan hindre utvikling av disse komplikasjonene. To av tre pasienter med diabetes har minst én senkomplikasjon. Diabetes gir ofte hjertesykdom. Mest skadelig er kombinasjonen tobakk og diabetes. Studier har vist at over halvparten av alle som legges inn i norske sykehus med akutt hjerteinfarkt, har enten kjent eller ukjent diabetes type 2. Et særtrekk ved diabetes type 2 er at forekomsten blant enkelte innvandrergupper er vesentlig høyere enn i resten av befolkningen. Personer med diabetes har gjennomsnittlig lavere forventet levealder enn resten av befolkningen.

Helse- og omsorgstjenesten må arbeide for å skape et bedre tilbud til barn og unge med diabetes type 1.

Den teknologiske og medisinske utviklingen har stor betydning både for personer som lever med diabetes, og for helse- og omsorgstjenesten. Ett eksempel på dette er apparater som måler blodsukkernivået og gir pasienten bedre muligheter til å følge med selv og dele opplysninger fra slike målinger med helsepersonell ved behov.

Pasienter med diabetes opplever mange generelle utfordringer som fragmenterte tjenester, mangel på oppfølging og opplæring og mangel på koordinerte tjenester som igjen medfører

lite helhet i pasientforløpene. Det kan være utfordrende å trekke grenser mellom hva som er diabetesspesifikt, og hva som er generelt for mange sykdommer både ved forebygging, behandling og rehabilitering. Personers helsemessige utfordringer ved diabetes kan variere. Det samme gjør behovet for helse- og omsorgstjenester. Noe kan løses av pasienten selv, annet ved hjelp fra pårørende og ulike kommunale tjenester samt spesialisthelsetjenesten. Det er en utfordring å få alle aktører til å samarbeide godt, koordinere tjenestene til den enkelte og utnytte den kompetansen som finnes lokalt.

Det generelle utfordringsbildet i helse- og omsorgstjenesten er beskrevet i flere stortingsmeldinger i forrige regjeringsperiode. Det vises spesielt til Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* og Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*. To andre meldinger som også har skissert utfordringer for helse- og omsorgstjenesten er Meld. St. 19 (2014–2015) *Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter* og Meld. St. 28 (2014–2015) *Legemiddelmeldingen – Riktig bruk – bedre helse*. Stortinget har gitt sin tilslutning til retning og tiltak for å utvikle tjenesten til det beste for pasientene. Dette gjelder særlig de pasientene som har kronisk sykdom, som for eksempel diabetes. Regjeringen følger opp meldingene i tråd med Stortingets vedtak og føringer.

I tillegg har Helse- og omsorgsdepartementet lagt fram flere andre dokumenter som er relevante for personer med diabetes. Som eksempel nevnes *Omsorg 2020: Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020*, *Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017–2019)*, *Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021)* og *Mestre hele livet – Strategi for god psykisk helse (2017–2022)*.

Regjeringen vil høsten 2017 starte arbeidet både med en handlingsplan for fysisk aktivitet og en ny tobakksstrategi. I tillegg skal det utarbeides en ny NCD-strategi, der psykisk helse blir inkludert. Helse- og omsorgsdepartementet skal i 2019 legge fram en ny folkehelsemelding. Sentrale temaer vil blant annet være oppfølging av tiltak for å nå de globale NCD-målene, samt arbeid for å fremme befolkningens psykiske helse og livskvalitet.

3.5 DIABETES I NORGE

Diabetes er en av de hyppigst forekommende folkesykdommene, men vi har ikke landsdekkende undersøkelser som kan vise hvor mange som har diagnostisert diabetes eller uoppdaget diabetes. Ved å kombinere data fra Reseptregisteret, Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag (HUNT), Tromsø og enkelte andre undersøkelser kan vi likevel danne oss et rimelig bilde av diabetesforekomsten i Norge. Våren 2017 utga Folkehelseinstituttet en oppdatert versjon av diabetesdelen i Folkehelse rapporten. Hovedpunktene i rapporten viser følgende:

- 300 barn får hvert år diabetes type 1
- 1 av 20 nordmenn har kjent diabetesdiagnose, totalt omkring 245 000 personer. Av disse er det beregnet at 28 000 har diabetes type 1 og 216 000 (88 pst.) har diabetes type 2
- Blant 80-åringene har 1 av 9 diabetes

- Legemiddelstatistikken tyder på at antall nye tilfeller av diabetes type 2 ikke lenger øker
- Personer med opprinnelse fra Sør-Asia og noen land i Afrika, har høyere risiko for å få diabetes type 2 enn andre etniske grupper i den norske befolkningen.

Internasjonale studier og upubliserte data fra Norge tyder på at det er mange som har diabetes type 2 uten å vite om det. Metodeproblemer medfører imidlertid at tallene er såpass usikre, at Folkehelseinstituttet har valgt å ikke presentere beregninger for antall ukjente tilfeller i Norge.

3.6 ANTALLET MED NYOPPDAGET DIABETES KAN HA FLATET UT

Rundt 15 000–16 000 nye pasienter starter med blodsukkersenkende legemidler hvert år. Antallet har ikke økt i perioden 2006–2011. Dette antyder at det årlige antallet personer med nyoppdaget diabetes type 2 ikke lenger øker. Selv om det kan være en utflating av nye tilfeller, er likevel det totale antallet med diabetes økende. Dette kan skyldes endring i alderssammensetning og at de som får diabetes lever lenger med sykdommen. Andelen som lever med diabetes, har økt i alle aldersgrupper i perioden fra 2007/08 til 2015/16. Det viser resultater fra Tromsøundersøkelsen. Tall fra Reseptregisteret viser at andelen som bruker blodsukkersenkende legemidler i aldersgruppen 18–79 år har økt fra 30 per 1000 i 2005 til 40 per 1000 innbyggere i 2016.

Omkring 300 nye personer under 15-årsalder får diabetes type 1 hvert år i Norge. Dette tallet har vært stabilt fra 2004.

3.7 FORSKJELLER I BEFOLKNINGEN

Totalt er det flere menn enn kvinner som har diabetes. Gjennomsnittlig er det åtte kvinner per ti menn med diabetes i Norge.

Både prevalens og insidens av diabetes type 2 øker kraftig med alderen, til en topp omkring 80 år.

De fleste studier både fra Norge og andre land viser at diabetes type 2 er vanligere i grupper med lav utdanning enn i grupper med høyere utdanning.

3.8 INTERNASJONALE FORSKJELLER

Sammenliknet med andre land har Norge relativt lav forekomst av diagnostisert diabetes. Det samme gjelder de andre skandinaviske landene. Når det gjelder diabetes type 1 alene, er Norge, Finland og Sverige blant landene i verden som topper statistikken for nye årlige tilfeller hos barn.

3.9 ARV OG LEVEVANER PÅVIRKER RISIKOEN

Både diabetes type 1 og diabetes type 2 skyldes til en viss grad arvelige faktorer, men arv alene er sjelden nok til å utvikle diabetes. Et unntak er sjeldne genetiske former.

Andre risikofaktorer: Foreløpig vet vi svært lite om påvirkbare risikofaktorer for diabetes type 1, og vi har derfor lite kunnskap om hvordan denne formen kan forebygges.

De viktigste påvirkbare risikofaktorene for diabetes type 2 er:

- overvekt og fedme
- fysisk inaktivitet
- kosthold
- tobakksbruk
- tidligere svangerskapsdiabetes

3.10 KONSEKVENSER AV DIABETES

Personer med diabetes type 1 og type 2 har økt dødelighet og risiko for senkomplikasjoner fra hjerte- og karsystemet, nyrer, øyne og nerver. Svangerskapsdiabetes er forbundet med økt risiko for komplikasjoner i svangerskapet for mor og barn.

Diabetes utgjør en vesentlig del av sykdomsbyrden i Norge. Diabetes er på sjuende plass når det gjelder årsak til sykkelighet i Norge, etter blant annet rygg- og nakkeplager, vanlige psykiske lidelser og migrene (Folkehelseinstituttet, 2017).

En av flere alvorlige konsekvenser av sykdommen diabetes, er tilstander som fører til amputasjoner. I 2016 var det på landsbasis 2,3 amputasjoner per 1000 diabetespasienter. I 2015 var tallet 2,4 per 1000.

Det er viktig at føttene til diabetespasienter blir rutinemessig undersøkt av fastlegen eller andre i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, slik at nedsatt førlighet og blodomløp kan oppdages tidlig. Forebygging, fotpleie og tidlig behandling av sår kan forebygge tilstander som kan føre til amputasjon.

Dersom fotsår allerede har oppstått, kan man unngå amputasjoner ved tett medisinsk oppfølging gjennom riktig sårbehandling samt henvisning til spesialisthelsetjenesten hvis det blir behov for det. I noen tilfeller kan det også være at pasienten er blitt henvist for sent til videre behandling. Amputasjoner hos diabetespasienter kan derfor også være en indikator på dårlig samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

En annen alvorlig komplikasjon er øyeskader, herunder synstap og blindhet. Diabetisk retinopati er en vanlig og alvorlig komplikasjon blant personer som har diabetes. Jo lenger en person har hatt diabetes og jo dårligere blodsukkerkontroll man har, desto høyere er risikoen for å utvikle retinopati. Når skaden på netthinnen først har startet, kan den forverres ved vedvarende høyt blodsukker, røyking og for høyt innhold av fettstoffene kolesterol og triglyserider i blodet. Utvikling av diabetisk retinopati skjer gjerne gradvis. Det er vanlig at personen ikke merker forandringene i øynene før skaden er omfattende. Personer som har diabetes, anbefales derfor å få øynene sine undersøkt jevnlig hos personell med nødvendig kompetanse. Det viktigste en person med diabetes kan gjøre for å forebygge netthineskader, er å holde blodsukkeret innen normalområdet.

3.11 DIABETES HOS ELDRE

Mange eldre har diabetes, og man vet at blodsukkernivået faller fra 70-årsalder. Ved manglende kompetanse, ressurser og struktur i oppfølging av eldre diabetespasienter risikerer man både å overbehandle pasienter og å gi behandling som ikke er optimal. Mange eldre har flere andre sykdommer i tillegg som krever medisinsk behandling og som innvirker på hverandre. En av utfordringene blant eldre, både de som mottar tjenester i hjemmet og de som bor på sykehjem, er at de ikke selv klarer å følge opp sin egen sykdom/ helse. Helsepersonell som yter tjenester til disse gruppene, må ha tilstrekkelig breddekompetanse til å følge opp et sammensatt sykdomsbilde, enten dette er stabilt eller i endring. I tillegg kreves det gode rutiner og prosedyrer som sikrer god kvalitet med tanke på diagnostikk, oppfølging og behandlingen av diabetes.

4 FOREBYGGING OG FOLKEHELSETILTAK

Denne diabetesplanen er avgrenset til i hovedsak å ha tiltak rettet mot helse- og omsorgstjenesten. Det brede folkehelsearbeidet som er viktig for å forebygge og utsette sykdom, og for å bidra til å redusere sosiale forskjeller i helse, følges opp gjennom blant annet Meld. St. 19 (2014–2015) *Folkehelsemeldingen - Mestring og muligheter, Strategi for et aldersvennlig samfunn – flere år, flere muligheter* og *Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold* (2017–2021). Regjeringen vil legge fram en ny Folkehelsemelding i 2019.

Regjeringen har i 2017 lagt fram *Mestre helse livet – Strategi for god psykisk helse* (2017–2022). Den er relevant å vise til siden personer med alvorlige psykiske lidelser dør 15–20 år tidligere enn befolkningen for øvrig. Medvirkende årsak er usunne levevaner og livsstilsrelaterte sykdommer. Det er flere felles og overlappende risikofaktorer for psykiske og fysiske plager og lidelser. Psykiske plager og lidelser gir økt risiko for senere fysisk sykdom og tidlig død, og motsatt er det større risiko for psykiske helseutfordringer blant personer med en rekke somatiske sykdommer. Å legge til rette for helsevennlige valg er viktig også for befolkningens psykiske helse. Målet er å motivere til sunne mat- og måltidsvaner, mer fysisk aktivitet både i hverdagslivet og på fritiden, gode søvnrutiner, begrenset bruk av alkohol og å stimulere til røyk- og snuslutt.

Diabetes type 1 kan foreløpig ikke forebygges. Dersom antall nye, årlige tilfeller av diabetes skal kunne reduseres, må tiltak rettes mot de viktigste påvirkbare risikofaktorene for diabetes type 2.

Det brede folkehelsearbeidet er forankret i folkehelseloven og i stortingsmeldinger, både i og utenfor helsesektoren, handlingsplaner og strategier. Dette arbeidet vil på sikt bidra til å forebygge og utsette forekomst av ikke-smittsomme sykdommer som diabetes, men også bidra til at personer med kroniske sykdommer kan leve et godt liv med sykdommen og forebygge komplikasjoner. Det skal legges til rette for å gjøre det enklere å ha sunne matvaner og være mer aktive i hverdagen og på fritiden. Dette krever samarbeid på tvers av sektorene, for eksempel med matvarebransjen om sunnere produkter, nøkkelhullsmerking av mat, tiltak for økt fysisk aktivitet og gode mat- og måltidsrutiner i barnehage og skole.

I planarbeid i kommuner og fylker legges det vekt på lett tilgang på parker og grøntområder, tilgjengelighet til natur- og rekreasjonsområder og god tilrettelegging for sykling og gåing. Regulerings på tobakksområdet bidrar til at færre begynner å røyke, og det blir enklere å slutte. Sammen med kampanjer på levevaneområdet vil disse tiltakene ha god effekt.

For å kunne evaluere og dokumentere eventuelle effekter av tiltak som kan redusere sykkeligheten av diabetes, trengs det nøye overvåking og rutinemessig registrering av data. I Norge har vi i dag ikke data som er gode nok for dette formålet. For å følge med i utviklingen av risikofaktorer, er det blant annet behov for bedre landsrepresentative befolkningsundersøkelser. Folkehelseprofilene som Folkehelseinstituttet utarbeider, er et viktig verktøy for kommuner og fylker som grunnlag for folkehelsearbeidet lokalt, og det arbeides kontinuerlig for å bedre kvalitet på disse. Samtidig pågår et treårig utviklingsarbeid i om lag 40 kommuner i åtte fylker for å få bedre kunnskap om forhold i nærmiljø og lokalsamfunn som fremmer folkehelse.

5 BRUKERMEDVIRKNING

Bedre regulering av blodsukkeret hos personer med diabetes kan oppnås ved hjelp av kosthold, vektreduksjon, fysisk aktivitet og medisiner. Diabetes påvirker hverdagen og livskvaliteten til den enkelte på ulike måter. Personer med diabetes og eventuelt deres pårørende må selv gjennomføre den daglige behandlingen som sykdommen krever. Egenmestring er derfor avgjørende for at en person med diabetes kan leve godt med sykdommen og unngå alvorlige komplikasjoner. Jo mer kunnskap du har om sykdommen, desto bedre forutsetninger har du for å mestre den. Det har stor betydning for mestringsevne og egenbehandling at både pasient og pårørende har kunnskap og praktiske ferdigheter til å vurdere forandringer i sykdomstilstanden og til å gjennomføre egenbehandling, samt til å endre livsstil i tråd med egne mål.

Behandling av diabetes er avhengig av et godt samarbeid mellom pasient og helse- og omsorgstjenesten. Ved behandling av personer med diabetes vil leger og annet helsepersonell være både veiledere og behandlere. Helsepersonell må finne fram til riktig behandling for hver enkelt i samspill med den det gjelder. All behandling må tilrettelegges og tilpasses individuelt ut fra personens tilstand, forutsetninger og ønsker. Legen er hovedansvarlig for tilretteleggingen.

Diabetesforbundet spiller en viktig rolle i å hjelpe personer til egen mestring. Organisasjonen har et bredt utvalg av hjelpetiltak, som diabeteslinjen, informasjonsmateriell og ikke minst ved å dele erfaringer som brukerrepresentanter og med sitt tilbud om likepersoner, likefamilier og motivasjonsgrupper. Forbundet har mange medlemmer og lokalforeninger. De har et bredt samarbeid med andre både i og utenfor helse- og omsorgstjenesten. Diabetesforbundet har informasjon til aktuelle brukergrupper på 18 språk. Forbundet driver også direkte oppsøkende informasjon rettet mot innvandremiljøer, blant annet gjennom moskeer og liknende, kalt «face to face». I tillegg gir forbundet informasjon til frivillige som tilbyr hjelpetiltak.

Det er ønskelig at alle kommuner har tilbud om hjelp – ikke bare til å endre levevaner, men til å mestre livet med sykdom. Her må kommunene spille på lag med brukerorganisasjoner og andre. Helse- og omsorgsdepartementet krever medvirkning fra brukerorganisasjonene for å yte tilskudd til oppstart av frisklivs-, lærings- og mestringstilbud.

6 SAMARBEID MELLOM PRIMÆRHELSETJENESTEN OG SPESIALISTHELSETJENESTEN

Personer med diabetes mottar helse- og omsorgstjenester fra mange aktører. God og koordinert oppfølging forutsetter godt samarbeid mellom forvaltningsnivåer og helsepersonellgrupper. Samarbeid mellom kommunale helse- omsorgstjenester og diabetespoliklinikker i spesialisthelsetjenesten er det mest sentrale i denne sammenhengen. Personer med diabetes følges ofte opp begge steder, avhengig av sykdommens karakter og av tilgangen på kompetanse i kommunen. Spesialisthelsetjenesten har i dag en lovpålagt plikt til å gi den kommunale helse- og omsorgstjenesten veiledning om helsemessige forhold i den utstrekning dette er påkrevd for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine oppgaver. Fra 2018 vil kommunene få en tilsvarende veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten. Slik kan samhandling om tjenester til personer med diabetes bli bedre. Den pågående utviklingen innenfor IKT-området, skal også forbedre dialogen om behandling av pasienter som henvises og skrives ut. Kompetanseoverføring mellom personell er av stor betydning for å bedre tjenestetilbudet.

7 TILTAK

7.1 ENDRING AV LEVEVANER

7.1.1 Kosthold og ernæring

Ved diabetes anbefales hovedsakelig et plantebasert kosthold med grønnsaker, frukt, belgvekster, fullkornsprodukter og begrenset inntak av mettet fett, sukker, rødt kjøtt og salt.

God regulering av blodsukkeret er viktig for helsen og beskytter mot hjerte- og karsykdom og andre komplikasjoner hos mennesker med diabetes, både diabetes type 1 og type 2. Et kosthold i tråd med Helsedirektoratets kostråd beskytter mot flere kreftformer, høyt blodtrykk, hjerte- og karsykdommer og også mot diabetes type 2. Motsatt vil et usunt kosthold øke risikoen for disse sykdommene, enten direkte eller indirekte gjennom overvekt og fedme. Vektutviklingen henger sammen med både kosthold og fysisk aktivitet. To store studier fra Finland og USA viser at påvirkning av kosthold og livsstil kan redusere risikoen for å få diabetes type 2 med nærmere 60 prosent hos risikoindivider sammenlignet med en kontrollgruppe. I begge studiene er det autorisert ernæringsfaglig helsepersonell som har utført kostholdsveiledningen. Nyttig informasjon finnes på nettsiden helsenorge.no, og kampanjen Små grep har egen facebookside (smaagrep).

Regjeringen la våren 2017 fram *Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold – Sunt kosthold, måltids glede og god helse for alle (2017–2021)*. Planen har tiltak på sju departementers områder og inkluderer også ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten.

Både frisklivs-, lærings- og mestringstilbud og allmennlegetjenesten i kommunene er viktige for å nå ut med informasjon og råd om kosthold, både til personer som har økt risiko for å få diabetes, og til personer med etablert sykdom. Personer med etablert diabetes kan ha behov for individuell kostholdsveiledning som del av medisinsk behandling. Helsedirektoratet gir ut *Kosthåndboken*, veileder for ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten. Den kan lastes ned fra helsedirektoratet.no og er et viktig verktøy i kostholdsarbeidet. I nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av diabetes anbefales det spesialisert kompetanse innen klinisk ernæring og diabetes for å kunne veilede om de anbefalte kostholdsmønstre. Fastlege, primærhelseteam og frisklivssentraler bør ha tilgang til og kunne samarbeide med klinisk ernæringsfysiolog og, ved behov, vise brukere videre til slike.

Pasienter med diabetes type 1 og enkelte med diabetes type 2 behandles i dag i spesialisthelsetjenesten, og der inngår vanligvis klinisk ernæringsfysiolog som en del av det tverrfaglige behandlingsteamet. Fra 2017 er kliniske ernæringsfysiologer innlemmet i systemet med innsatsstyrt finansiering (ISF) knyttet til behandling av flere diagnosegrupper i spesialisthelsetjenesten, inkludert diabetes.

7.1.2 Fysisk aktivitet og mosjon

Moderat og høy fysisk aktivitet reduserer dødeligheten for personer med diabetes. Regelmessig fysisk aktivitet har stor innvirkning på blodsukkerreguleringen og beskytter mot hjerte- og karsykdommer. Dette er av stor betydning ettersom risikoen for å utvikle hjerte- og karsykdom er tre til fire ganger høyere ved diabetes enn for de som ikke har det. Fysisk aktivitet er også gunstig for å forebygge høyt blodtrykk og overvekt, i tillegg til å være viktig for muskel-, skjelett- og leddhelsen. Aktivitetshåndboken *Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (Helsedirektoratet) understreker behovet for fysisk aktivitet som en integrert del av behandlingen.

Anbefalinger om fysisk aktivitet varierer noe med type diabetes. Nasjonal faglig retningslinje for diabetes framhever at barn og unge som har diabetes type 1, bør være fysisk aktive i 60 minutter hver dag. Aktiviteten bør være moderat til hard, og voksne med diabetes type 1 bør være fysisk aktive med moderat til høy intensitet i minimum 150 minutter per uke. Personer med diabetes type 2 anbefales å være fysisk aktive med moderat til høy intensitet minimum 150 minutter per uke. Det er et dose-respons-forhold, og økt fysisk aktivitet gir økt gevinst. Både styrketrening og utholdenhetstrening påvirker blodsukkeret gunstig, og kombinasjonen gir best effekt. Derfor foreslås det at personer med diabetes type 2 tilbys et strukturert program bestående av både utholdenhets- og styrketrening. Personer som har opphopning av risikofaktorer for diabetes type 2 (metabolsk syndrom) oppfordres til å begrense tiden i ro. Korte bolker (2–5 min) med fysisk aktivitet av lett intensitet reduserer blodsukkeret på kort sikt. Personer som er lite fysisk aktive og sitter mer enn åtte timer hver dag, har økt risiko for tidlig død. Samtidig ser det ut til at 60–75 minutters daglig moderat fysisk aktivitet, rask gange, eliminerer risikoen for mye stillesitting.

Nasjonal kompetansetjeneste for trening som medisin ble etablert i 2016. Kompetansetjenesten er en serviceenhet for helsepersonell i primær- og spesialisthelsetjenesten som jobber med personer som har kols og/eller hjerte- og karsykdommer. Mange av personene i denne målgruppen har også diabetes type 2. Regjeringen har høsten 2017 startet arbeidet med en ny handlingsplan for fysisk aktivitet med konkrete tiltak på flere samfunnsområder. Handlingsplanen legges fram våren 2019, og hovedtrekkene i planen vil inngå i stortingsmeldingen om folkehelsepolitikken, som er planlagt fremmet våren 2019.

7.1.3 Tobakksbruk

Røyking øker risikoen for diabetes type 2. Det er også holdepunkter for at høyt forbruk av snus er forbundet med økt risiko. Særlig gjelder dette storforbrukere av snus (fem eller flere bokser per uke). Det er noen holdepunkter for at snusbruk kan være forbundet med økt risiko for vektøkning eller overvekt/fedme. Det er i tillegg enkelte indikasjoner på at bruk av snus kan være assosiert med forstyrrelser i fettstoffsiftet (Folkehelseinstituttet, 2014).

Vanlige komplikasjoner ved diabetes forverres ytterligere av røyking. Risiko for hjerte- og karsykdom, nyresvikt og andre plager på grunn av redusert blodsirkulasjon er betydelig mer alvorlig ved røyking (Orth, 2002, Hallan, 2011). Derfor er det særdeles viktig at personer med diabetes som bruker tobakk, får god hjelp til å slutte. Nasjonal retningslinje for diabetes anbefaler at helsepersonell kartlegger røykevaner hos alle diabetespasienter som røyker. Diabetespasienter som ønsker å slutte å røyke, bør få tilbud om strukturert hjelp til avvenning, og de bør vurderes med tanke på bruk av legemidler til røykeslutt. Både veiledning og legemidler har dokumentert effekt, og effekten er best når begge kombineres.

Helsedirektoratet la i 2016 fram *Ny nasjonal faglig retningslinje om røykavvenning* som er et nyttig verktøy for tjenesten. Retningslinjen tar utgangspunkt i en fempunksstrategi anbefalt av Verdens helseorganisasjon for oppfølging ved røykavvenning: «Ask, Assess, Advice, Assist, Arrange» (The 5 A's). Det er utviklet egen app for tobakksavvenning og andre verktøy som finnes på *slutta.no*.

7.1.4 Vektreduksjon

Nasjonal faglig retningslinje for diabetes anbefaler at personer med diabetes type 2 og overvekt eller fedme bør få tilbud om et strukturert livsstilsbehandlingsprogram som varer i minst seks måneder. Det bør legges vekt på energirestriksjon, fysisk aktivitet og hjelp til varig atferdsendring. Helsedirektoratet har utarbeidet nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av overvekt hos voksne og hos barn. Retningslinjene inkluderer også tiltak på folkehelseområdet som tilrettelegging for sunne levevaner på samfunnsnivå. Senter for sykkelig overvekt i Helse Sør-Øst leder arbeidet med prosjektet *Fra kunnskap til handling – overvekt og fedme hos barn og unge*, som er et samarbeid med Helsedirektoratet, Universitet i Oslo, Høgskolen i Oslo og Akershus og aktører i næringslivet. Prosjektet består av tre delprosjekter: kompetanseløft for helsepersonell, barnehage- og skoleansatte samt utvikling av rapporten *Mulighetsrommet – hvordan få forbrukere til å velge sunnere*. Kompetanseløftet er godt i gang, og den første kursrunden ble gjennomført i alle helseregionene i løpet av høsten 2016 og vinteren 2017 med til sammen 338 deltakere. Det er planlagt ytterligere to kursrunder.

7.2 OPPDATERTE RETNINGSLINJER FOR DIABETESBEHANDLING

Helsedirektoratet utgir faglige retningslinjer som er faglig normerende innenfor mange områder. Det gjøres et kontinuerlig arbeid for å implementere faglige råd og retningslinjer. I 2016 og 2017 kom det retningslinjer på diabetesområdet, som bygger på oppdatert kunnskap: Nasjonal faglig retningslinje for diabetes (revidert versjon 2016) og Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsdiabetes (ny i 2017). Retningslinjene legger vekt på tidlig diagnose og forebygging av videre utvikling og komplikasjoner hos personer som allerede har diabetes. Helsedirektoratet har utviklet en temaside for diabetes. Der ligger retningslinjene og annet materiale som er utviklet for å øke implementeringen av retningslinjene. Materiellet kan brukes som opplæring i smågrupper eller av den enkelte lege. Noe av materiellet kan også være til nytte i konsultasjon med pasienter. Filmene som er utarbeidet, er korte og informative og handler om viktige temaer fra diabetesretningslinjen:

- blodsukkersenkende legemidler
- behandling av nyresykdom
- diabetisk fot- og nevropati
- utredning og diagnostikk av diabetes type 2
- kommunikasjon, mestring og motivasjon
- levevaner

Det er også laget en egen film om svangerskapsdiabetes.

Nasjonal diabetesplan skal bidra til bedre etterlevelse av de kliniske anbefalingene i retningslinjene. Planen omhandler både nye tiltak og tiltak som allerede er igangsatt som følge av vedtatt politikk og oppdaterte faglige retningslinjer.

7.3 ØYEHELSEPROGRAM

Personer med diabetes har høyere risiko for synstap og blindhet. God blodtrykkskontroll hos personer med diabetes forebygger trolig netthinneskade (diabetisk retinopati) hos personer med diabetes, men vil trolig i liten grad bremse forverring av netthinneskaden når den først har oppstått. Nasjonal faglig retningslinje for diabetes anbefaler at alle med diagnosen skal til kontroll hos øyelege annethvert år hvis det er normale forhold, og hyppigere hvis det er diagnostisert øyesykdom. Mange pasienter får likevel ikke tett oppfølging i tråd med retningslinjen. Dette kan skyldes manglende øyelegekapasitet ifølge Helsedirektoratet, manglende henvisning fra fastlege, eller at pasienten ikke følger opp avtalte kontroller. Det er behov for å vurdere om samhandlingen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten kan bedres for å legge til rette for at flere skal undersøkes med foto av netthinnen, og følges opp med klinisk vurdering.

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å utrede et øyehelseprogram. Dette skal bygge på dagens organisering av tjenestetilbudet som forutsetter samarbeid mellom fastlege og øyelege, men skal i tillegg vurdere hvordan optikerne kan bidra sterkere til å fange opp forandringer i øvebunnen. Målet med

utredningen er å vurdere tiltak for at flere personer med diabetes får tatt foto, i tråd med gjeldende faglige retningslinjer, slik at øyesykdom avdekkes tidligere og synstap kan forebygges. Når utredningen fra Helsedirektoratet foreligger, skal det tas stilling til videre oppfølging og innretning av tiltaket.

7.4 MER TVERRFAGLIGE TJENESTER

Regjeringen vil legge til rette for mer tverrfaglige og koordinerte tjenester til personer med kronisk sykdom og store sammensatte behov.

7.4.1 Primærhelseteam

Det er utredet en modell for forsøk med primærhelseteam og en plan for å gjennomføre forsøket. Forsøk skal starte opp i 2018 i 8 kommuner og 3 bydeler i Oslo. Gjennomføring vil avhenge av de årlige budsjettprosessene og stortingets vedtak av de årlige rammene.

Teamet skal yte tjenester til alle fastlegenes listeinnbyggere. Organiseringen i primærhelseteam er ment å løse flere utfordringer, framfor alt skal de medføre:

- bedre oppfølging og mer legetjenester til brukere med store og sammensatte behov
- bedre og tettere oppfølging og opplæring av personer med sykdom som krever tett oppfølging over lengre tid
- bedre oppfølging av brukere som er dårlige etterspørrere av tjenester
- riktigere bruk av personellressursene
- færre henvisninger og innleggelser
- bedre samhandling mellom legetjenesten/teamet og den øvrige helse- og omsorgstjenesten

I et primærhelseteam kan lege, sykepleier og administrativt personell samarbeide om oppfølging og årskontroll av personer med diabetes. Det er mange prosedyrer som skal utføres i tråd med retningslinjer for diabetesbehandling, og pasienter trenger opplæring og tett oppfølging. En sykepleier som er ansatt i fastlegens praksis, vil kunne bidra til en mer strukturert og tettere oppfølging av pasienter med diabetes, for eksempel gjennom:

- samtale med nydiagnostiserte pasienter
- veiledning i kosthold og levevaner
- praktisk opplæring i blodsuktermåling og injeksjonsbehandling
- praktisk organisering av årskontroller

Medisinsk avstandsoppfølging av kronisk syke skal prøves ut i primærhelseteam der dette er mulig.

7.4.2 Oppfølgingsteam

Høsten 2018 blir det utgitt en veileder for kommunens oppfølging av brukere med store og sammensatte behov. Den beskriver ulike forhold knyttet til oppfølgingen og hva som må til for å sikre et mer strukturert, helhetlig og koordinert tilbud til brukergruppene. Det planlegges å teste ut oppfølgingsteam i noen kommuner. Personer med store og sammensatte behov kan også ha diabetes. Da må oppfølgingen organiseres slik at det tas hensyn til dette ved planlegging og koordinering av tjenestetilbudet. Hvis en person med

store og sammensatte behov for tjenester også har diabetes, må det gjøres en individuell vurdering om det finnes tilgjengelig kompetanse skal inngå i det samlede tilbudet. Eksempel på dette kan være diabetesteam og sykepleiere med videreutdanning, enten i kommunens helse- og omsorgstjeneste eller i spesialisthelsetjenesten.

Oppfølgingsteamet er en systematisk måte å arbeide tverrfaglig på med utgangspunkt i dagens tjenestetilbud og krav om koordinerende enhet, koordinator og arbeid med individuell plan. Oppfølgingsteam er en arbeidsform mer enn et fast team. Teamet varierer basert på den enkeltes behov for ulike tjenester. Målsettingen med å prøve ut oppfølgings-team er å se om en slik organisering kan bidra til bedre brukeropplevd kvalitet og funksjon, færre sykehusinnleggelseser og redusert behov for kommunale helse- og omsorgstjenester.

I utprøvingen skal det tas i bruk risikokartleggingsverktøy for å indentifisere hvem som har størst risiko for å trenge omfattende bistand fra helse- og omsorgstjenesten.

7.4.3 Læringsnettverk

Regjeringen har videreført og økt satsingen på nasjonale læringsnettverk i regi av KS. Læringsnettverk er en arena for gjensidig læring og bidrar med faglig påfyll og verktøy for forbedringer. De kan stimulere til spredning av forskning, utvikling av kunnskap og bygging av kompetanse og forbedring av kvalitet på tvers av fagområder og profesjoner. Nettverkene bidrar til bedre samhandling mellom ulike tjenester og tjenestenivåer.

Det er etablert tre nasjonale læringsnettverk for gode pasientforløp. Ett av dem er Nasjonalt læringsnettverk for gode pasientforløp for eldre og kronisk syke, herunder diabetes. Erfaringen med dette nettverksarbeidet er gode, og arbeidet er planlagt videreført til 2019.

7.5 BEDRE BEHANDLING MED LEGEMIDLER OG MEDISINSK UTSTYR

Legemidler og medisinsk utstyr er viktige virkemidler i behandling av diabetes. Dette er nærmere omtalt i den faglige retningslinjen for diabetes. Legemidler til bruk ved diabetes finansieres over folketrygden og metodevurderes av Statens legemiddelverk. Det ytes stønad til medisinsk forbruksmateriell til bruk ved blant annet blodsuktermåling over blåreseptforskriften. Helfo har ansvar for opptak av medisinsk forbruksmateriell på produkt- og prislister. Medisinsk utstyr og behandlingshjelpemidler finansieres av helseforetakene og kan metodevurderes av systemet Nye metoder.

Apotekenes rolle og veiledningsplikt er omtalt i Meld. St. 28 (2014–2015)

Legemiddelmeldingen Riktig bruk- bedre helse. For personer med diabetes er dette av betydning for riktig bruk av legemidler, særlig informasjon som gis ved utlevering av legemidler og særlig ved bruk av apparater for blodsuktermåling.

En legemiddelgjennomgang skal sikre god kvalitet ved behandling med legemidler, og er et viktig tiltak for å sikre hensiktsmessig bruk av legemidler, forebygge pasientskader og legemiddelrelaterte problemer. Fastlegen er forpliktet gjennom fastlegeforskriften § 25 til å gjøre legemiddelgjennomgang for listeinnbyggere som bruker fire legemidler eller mer, eller når det anses nødvendig ut fra en medisinsk vurdering. Fra 1. januar 2017 er plikt til legemiddelgjennomgang i sykehjem forskriftsfestet.

7.5.1 Diabetes som tema i KUPP-kampanje hos fastleger

For at pasienten skal få god nytte av diabetesbehandling, må legen ha god kunnskap om hvilke legemidler som er aktuelle i behandlingen av pasienten, og informasjon om legemidlenes nytte og risiko. Kunnskapsbaserte oppdateringsvisitter (KUPP) er den norske versjonen av undervisningsmetoden «academic detailing», som ble utviklet ved Harvard Medical School i Boston. I KUPP går metoden ut på at en gruppe med anerkjente spesialister fra et fagområde utarbeider en kortfattet sammenfatning av tilgjengelig kunnskap på et bestemt tema sammen med farmasøyter og farmakologer. Det utarbeides et undervisningsopplegg som formidles direkte til legen i et én til én-møte. Hensikten er å gi legen kunnskapsbasert, produsentuavhengig oppdatering på et tema som er direkte anvendbart i den kliniske hverdagen. KUPP har vært benyttet som undervisningsmetode overfor fastleger for blant annet riktigere bruk av antibiotika. Fastlegene oppgir at de er fornøyd med KUPP som undervisningsform, og det oppnås resultater på forskrivningen. KUPP kan være godt egnet som undervisningsform med diabetes som tema. Helse- og omsorgsdepartementet har tatt initiativ til å utvide arbeidet med KUPP i 2018. Det er foreslått å starte en kampanje med behandling av diabetes type 2 som tema.

7.6 KOMPETANSELØFT I PRIMÆRHELSETJENESTEN

Et viktig satsingsområde for regjeringen er å øke kompetansen hos ansatte og ledere i helse- og omsorgstjenesten. Kompetanseløft 2020 skal bidra til kompetanseøkning og inneholder mange tiltak rettet mot den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Flere av dem vil ha betydning for oppfølging av personer med diabetes type 2. For personer med diabetes vil særlig to av tiltakene være sentrale. Dette gjelder økt kompetanse hos allmennleger og sykepleiere i kommunene.

7.6.1 Økt kompetanse hos allmennleger i kommunene

Fra 1. mars 2017 må alle leger som ansettes eller inngår avtale med kommunen være spesialister i allmennmedisin eller under spesialisering. Stadig mer komplekse helse- og omsorgstjenester skal ytes i kommunene. Pasienter og brukere har sammensatte behov. Et krav om spesialisering vil bidra til ytterligere medisinsk faglig bredde- og dybdekompetanse som det er behov for i kommunen. Målet med kravet er å øke kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten ved å heve kompetansen hos allmennlegene. Dette vil komme pasientene til gode.

7.6.2 Økt kompetanse hos sykepleiere i kommunene

Det er innført flere tiltak for å øke den kliniske kompetansen hos sykepleiere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i fastlegepraksisene. Et av tiltakene er tilskudd til videreutdanning innen avansert klinisk sykepleie. Dette vil gjøre sykepleiere bedre i stand til å følge opp personer med tilstander som krever mer kompetanse om sykdomsutvikling og behandling i samarbeid med annet personell.

7.7 VELFERDSTEKNOLOGIPROGRAMMET OG AVSTANDSOPPFØLGING

Bedre muligheter til egenbehandling og monitorering vil gjøre hverdagen enklere for personer med diabetes. Det kan også forenkles og forbedre kvaliteten på den medisinske

oppfølgingen. Andre identifiserte gevinster som kan nevnes, er økt trygghet, mestring og selvstendighet for brukere og pårørende og redusert belastning for tjenesten. Som del av Nasjonalt velferdsteknologiprogram pågår det et nasjonalt prosjekt for avstandsoppfølging. Dette handler om at pasienter med kronisk sykdom blir fulgt opp hjemmefra via nettbrett og mobile sensorer av helsepersonell i kommunen ved hjelp av velferdsteknologiske løsninger. Helsepersonell kan følge med på målingene og iverksette tiltak ved behov. Personer med diabetes er en av sykdomsgruppene som prioriteres i denne utprøvingen. Resultater fra VIS-prosjektet i Oslo kommune viser til positive resultater ved bruk av velferdsteknologi i den sammenheng. Blant annet rapporterte diabetespasienter at teknologien var enkel å bruke og at den var nyttig i håndteringen av sykdommen. Brukerne hadde en oppfatning av bedre måloppnåelse og virkning fra de daglige vurderingene. Brukerne opplyste også om stor tilfredshet med å motta egen helseinformasjon. Utprøvningsperioden for prosjektet med medisinsk avstandsoppfølging er utvidet til 1. juli 2018 med påfølgende sluttrapport med effektevaluering i september 2018. Den kan gi verdifull informasjon som kan ligge til grunn for videre bruk av slike verktøy. Det skal også igangsettes en ny pilot for medisinsk avstandsoppfølging i 2018, som knyttes opp mot pilot for primærhelseteam der dette er hensiktsmessig. En viktig del av arbeidet med å ta i bruk ny teknologi er å etablere følgeforskning slik at resultater og effekter kan følges underveis.

7.8 ØKE KUNNSKAPEN OM RISIKOFAKTORER, FOREKOMST OG BEHANDLING AV DIABETES

7.8.1 Registerdata

Det er ønskelig å få på plass bedre data om risikofaktorer, forekomst og utvikling av diabetes i befolkningen. For å følge utviklingen av risikofaktorer for utviklingen av diabetes er det behov for bedre landsrepresentative befolkningsundersøkelser. I dag er mye av oversikten basert på HUNT-studien i Nord-Trøndelag og Tromsøundersøkelsen. Når det gjelder forekomst og behandling i dag, samles det inn data om dette i ett register for voksne og ett for barn. Diabetesregisteret for barn mottar i hovedsak rapportering fra spesialisthelsetjenesten, mens diabetesregisteret for voksne mottar rapportering fra fastleger og diabetespoliklinikker. Hensikten med registrene er både å sikre en epidemiologisk oversikt over diabetesbehandlingen i Norge, men også å kunne ha oversikt over og kunne gi direkte tilbakemelding til hver tjenesteyter eller avdeling om deres kvalitet sammenliknet med andres. Registrene kan blant annet gi kunnskap om de nasjonale retningslinjene følges og om nasjonale målsettinger nås. Det er et mål å ha høy dekning på innrapportering til registrene. Barnediabetesregisteret er godt etablert i Norge med hundre prosent deltakelse på avdelingsnivå og 97 prosent deltakelse på individnivå. Det gir hver barneavdeling mulighet til å følge resultatene sine og sammenlikne seg med de andre barneavdelingene. Når det gjelder Nasjonalt diabetesregister for voksne (NDV), er deltakelsen betydelig lavere, med særlig få meldinger fra fastleger. Om lag 68 prosent av diabetespoliklinikkene sendte inn data til registeret i 2015. Helseregionene Vest og Nord sendte inn hyppigst. Først når datakompletheten er økt betraktelig, kan data fra registeret benyttes til å utvikle flere kvalitetsindikatorer. For å få til dette, må flere fastleger sende inn diabetesskjema. Det er etablert en egen takst for dette. Registeret har fått tildelt midler fra

Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) til å starte opp et kvalitetsforbedringsprosjekt ved 13 endokrinologiske poliklinikker og diabetesteam i medisinske poliklinikker. Bakgrunnen for prosjektet er at data fra registeret viser stor variasjon mellom poliklinikkene i andel pasienter med høyt langtidsblodsukker. Pasienter i denne gruppen har stor sannsynlighet for å utvikle alvorlige senkomplikasjoner. Målet med prosjektet er lavere langtidsblodsukker hos de dårligst regulerte pasientene uten at dette går ut over tilbudet til de andre. Avdelingene som deltar, vil også få økt kompetanse på å jobbe med kvalitetsforbedring i egen praksis.

Det antas at leger som benytter diabetesregisterets skjema, utfører de anbefalte prosedyrene for oppfølging av personer med diabetes langt oftere enn de som ikke benytter det. Det var i 2014 bare 8 prosent av landets fastleger som innrapporterte til registeret. Andelen økte til 15 prosent i 2016.

Det er identifisert to hovedårsaker til at innrapporteringen fra fastleger er dårlig. Den ene er at skjemaet for innrapportering til nå har vært et separat skjema som må lastes opp ved siden av elektronisk pasientjournal (EPJ). Fastleger rapporterer at de opplever det som tidkrevende å bruke skjemaet. Å integrere diabetesoppfølging i elektronisk pasientjournal vil gjøre dette enklere. Det arbeides med å forbedre de elektroniske løsningene.

EPJ-løftet samarbeider med NOKLUS om uttrekk av diabetesdata fra fastlegenes pasientjournaler til Norsk diabetesregister for voksne. Dette vil være svært positivt for innsamling av diabetesdata fra primærhelsetjenesten.

I tillegg er det av betydning at det kan gjøres automatiske uttrekk fra fastlegens journal. Dette er mulig i dag, men kun for noen variabler i diabetesregisteret og kun til bruk i kvalitetsarbeid ved det enkelte legekantor. Det er igangsatt et arbeid for å utrede mulighetene for hvordan data kan rapporteres inn ved uttrekk fra journal i stedet for å sende inn skjema til registeret. Dagens lovverk er til hinder for å hente ut personopplysninger til dette formålet.

Den andre hovedårsaken til manglende innrapportering fra fastleger, er at det må innhentes samtykke fra pasientene til å sende inn opplysninger til registeret. Helse- og omsorgsdepartementet har igangsatt et arbeid for å forskriftsfeste de medisinske kvalitetsregistrene. Både Barnediabetesregisteret og voksendiabetesregisteret vil omfattes av denne forskriften. Forskriften vil kunne erstatte konsesjonene disse registrene har i dag. Den nye helseregisterloven åpner for å etablere registre med reservasjonsrett i stedet for samtykke. Dersom forskriften gir registrene adgang til å samle inn opplysninger med reservasjonsrett, kan dette ha effekt på fastlegens rapportering til registeret. Hvorvidt opplysningene kan samles inn med reservasjonsrett, må imidlertid vurderes som en del av forskriftsarbeidet. I denne sammenheng må det legges vekt på de personvernmessige konsekvensene av en overgang fra samtykke til reservasjonsrett.

Et kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) ble etablert i desember 2017. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å vurdere hvilke data vi har behov for i videre utvikling av registeret. Det vil på sikt gi en oversikt over antall personer som har diagnosen diabetes.

Voksendiabetesregisteret er det eneste kvalitetsregisteret fra primærhelsetjenesten. Et framtidig kommunalt pasient- og brukerregister vil ikke bidra til å fylle en rolle slik et kvalitetsregister har, men vil kunne bidra med verdifull kunnskap om diabetes i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det tar tid å utvikle et komplett helseregister. I mellomtiden vil helse- og omsorgsdepartementet legge til rette for økt innrapportering til diabetesregisteret ved å forenkle rutiner for innsending av skjema.

7.8.2 Nasjonale kvalitetsindikatorer

Kvalitetsindikatorer brukes blant annet til lokalt forbedringsarbeid. Det er publisert fire kvalitetsindikatorer basert på data fra Barnediabetesregisteret. Disse inngår i et eget kvalitetsforbedringsprosjekt (kapittel 7.3.3).

En av indikatorene er HbA1c, som er et mål for god blodsukkerkontroll. Omtrent 30 prosent av barna med diabetes i Norge har HbA1c under 7,5, som er en anerkjent grense for god blodsukkerkontroll. En god blodsukkerkontroll reduserer senkomplikasjoner av diabetes. I regi av barnediabetesregisteret er det startet et kvalitetsforbedringsprosjekt ved ni barneavdelinger. Prosjektet følger en arbeidsform som har gitt gode resultater i Sverige. Andelen barn med HbA1c under 7,5 økte fra 33 til 56 prosent i løpet av prosjektperioden.

For diabetes type 2 hos voksne, finnes det i dag bare én nasjonalkvalitetsindikator. Det er antall amputasjoner blant pasienter med diabetes og rapporteres gjennom Norsk pasientregister (NPR). Kvalitetsindikatoren måler pasienter med diabetesdiagnose som bruker blodsukkersenkende legemidler, og som har måttet amputere en tå, fot eller et bein på grunn av diabetes.

For å utvikle gode kvalitetsindikatorer for behandling av voksne med diabetes type 2, kreves det tilgang på data fra fastleger og den øvrige kommunale helse- og omsorgstjenesten som har tilstrekkelig kvalitet og kompletthet.

Det foregår et løpende arbeid i Helsedirektoratet med å utvikle nye kvalitetsindikatorer for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Videre skal Norge rapportere på de 25 indikatorene i Verdens helseorganisasjons globale NCD-strategi *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020*. Folkehelseinstituttet har fått i oppdrag å følge opp dette i samarbeid med Helsedirektoratet. Folkehelseinstituttet har etablert en nasjonal ekspertgruppe som våren 2017 la fram en rapport om utvikling av indikatorer på NCD-området som kan ivareta rapporteringen for den globale og nasjonale NCD-strategien. Gruppen viser til at det mangler representative data for enkelte sentrale risikofaktorer som ikke kan hentes fra eksisterende registre eller systemer, blant annet indikator for høyt blodsukker/diabetes og overvekt. Her vil data fra de regionale befolkningsundersøkelsene i Nord-Trøndelag (HUNT) og Tromsø bli brukt som grunnlag for rapportering til Verdens helseorganisasjon.

7.8.3 Kvalitetsforbedringsprosjekt med utspring i Barnediabetesregisteret

Norge er i verdenstoppen når det gjelder forekomst av diabetes type 1 hos barn i alderen 0–14 år. Sykdommen er assosiert med alvorlige akutte komplikasjoner og alvorlige senskader.

Behandlingen av sykdommen skjer i hjemmet. Tverrfaglige diabetesteam i spesialisthelsetjenesten er ansvarlig for behandlingen av barn med diabetes type 1 ved barneavdelingene. De har som sin viktigste oppgave å lære opp foreldrene og gi pasienten opplæring tilpasset barnets alder. Opplæringen er en kontinuerlig prosess. Studier har vist variasjon mellom diabetesteamene når det gjelder å oppnå gode behandlingsresultat. Barnediabetesregisteret viser at få barn i Norge oppnår behandlingsmålet med HbA1c under 7,5, og det er store forskjeller mellom barneavdelingene når det gjelder andelen barn som oppnår dette. Dette viser at det er behov for å bedre kvaliteten på diabetesbehandling hos barn og ungdom i Norge.

Det er planlagt et prosjekt med deltakelse fra ni barneavdelinger i Norge. Prosjektet starter i september 2017, og er finansiert av Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) i Helse Nord RHF og av Legeforeningens fond for kvalitet og pasientsikkerhet. Prosjektet er et såkalt gjennombruddsprosjekt som bygger på en modell for kvalitetsforbedring som er utviklet ved [Institute for Healthcare Improvement](#) i USA. Effekten av tiltakene skal måles med et kvalitativt spørreskjema, samt kliniske variabler i registertet, der fire av disse nylig er blitt publisert som nasjonale kvalitetsindikatorer:

- blodsukkerregulering (HbA1c)
- alvorlige akutte komplikasjoner (samlet for insulinsjokk (føling) og syreforgiftning (ketoacidose))
- målt blodtrykk og LDL-kolesterol
- nyrefunksjon (mikroalbuminuri)

Det svenske kvalitetsforbedringsprosjektet har vist at et systematisk samarbeid om forbedring i kvalitet rettet mot diabetesteamene i kombinasjon med et nasjonalt kvalitetsregister kan gi bedre kliniske resultater.

Måling av kvalitet baserer seg på allerede etablerte rapportssystemer i Barnediabetesregisteret.

Det er helt avgjørende for gjennomføringen av kvalitetsprosjektet at det er forankret i ledelsen ved de respektive barneavdelingene. Gjennomføring av prosjektet vil gi grunnlag for å vurdere effekter og eventuelle utfordringer ved slike systematiske kvalitetsforbedringstiltak og om det er grunnlag for å gjøre dem permanente.

7.8.4 Kartlegging av bemanning og kompetanse ved diabetespoliklinikkene

Selv om antallet nydiagnostiserte med diabetes holder seg relativt stabilt, fører bedre behandling til at diabetespasienter lever lenger. Derfor øker det totale antallet personer med diabetes. Samtidig skjer det stadig endringer i behandlingsformer og muligheter. Det er behov for å vurdere hvilken kompetanse, ressurser og bemanning det vil være behov for ved diabetespoliklinikkene i årene som kommer. Kunnskap om antatt omfang og utvikling av diabetes sammen med utviklingen av nye behandlingsmetoder vil danne et viktig grunnlag for å kartlegge ressursbehovet. I løpet av planperioden vil helseregionene få i oppdrag å kartlegge bemanning og kompetanse ved diabetespoliklinikkene.

7.9 FRISKLIVS-, LÆRINGS- OG MESTRINGSTILBUD

Kommunen har, etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, plikt til å sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, sikre nødvendig opplæring av pasient, bruker og pårørende, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov. Etter spesialisthelsetjenesteloven skal sykehusene ivareta opplæring av pasienter og pårørende. Spesialisthelsetjenesten skal sørge for opplæring som har nær sammenheng med spesialisthelsetjenestens ansvarsområder. Kommunene skal sørge for opplæring innen kommunenes ansvarsområder. Det betyr at tjenestenivået som har ansvar for den enkelte pasienten/brukeren, også i all hovedsak vil ha ansvaret for opplæring av pasienten/brukeren og de pårørende. Det vil likevel forekomme at en pasient eller bruker får behandling i kommunen, samtidig som vedkommende har behov for opplæring som forutsetter spesialistkompetanse.

Erfaring fra helsetjenesten og Diabetesforbundet viser at brukerne setter stor pris på et godt behandlingstilbud som vektlegger både kosthold, fysisk aktivitet og veiledning til atferdsendring. Å gjennomføre livslange endringer i levevaner er krevende og avhengig av at den enkelte selv ønsker og har evne til å gjennomføre endringene, samt at pasienten får den støtte og oppfølging som trengs. Gjentatte mislykkede forsøk på vektreduksjon kan ha negative effekter på helse, livskvalitet og mestringsfølelse. Det er derfor viktig at de som ønsker det, får et kvalitetssikret varig tilbud, og at de følges opp av helsepersonell med tilstrekkelig kompetanse.

Frisklivstilbud inneholder tradisjonelt tilbud om hjelp til å endre levevaner ved hjelp til fysisk aktivitet, kostholdsendring og tobakksavvenning. Opprettelsen av frisklivstilbud må ses på som en del av kommunenes samlede tilbud om opplæring. Ved utgangen av 2016 hadde om lag 60 prosent av kommunene opprettet slikt tilbud (260 kommuner hadde etablert frisklivs-, lærings- og mestringstilbud). Mange kommuner har nå et differensiert tilbud til store brukergrupper som sliter med å mestre livet med sykdom. Fastleger og annet helsepersonell kan henvise til disse tilbudene. Brukeren kan også henvende seg direkte til frisklivs-, lærings- og mestringstilbudet uten henvisning. Frisklivssentralen kan tilby diagnosespesifikke gruppetilbud i egen regi eller i samarbeid med andre dersom det er tilstrekkelig pasientgrunnlag og ressurser til det.

Eventuelle diagnosespesifikke tilbud må være tilrettelagt og ledet av kompetent personell som har kunnskap om sammenhengen mellom ulike sykdommer og fysisk aktivitet, kosthold, tobakk og alkohol og anbefalinger for dette. Aktuelle samarbeidspartnere er blant annet spesialisthelsetjenesten, diabetessykepleier, kreftkoordinator i kommunen og pasientorganisasjoner. Frisklivssentralen skal ikke drive individuell, diagnosespesifikk medisinsk behandling. Det betyr at disse kommunale og frivillige leve-med-tilbudene ikke er et alternativ til de diagnosespesifikke opplæringstilbudene i spesialisthelsetjenesten. Tilbudene skal være av midlertidig karakter (maks 3 måneder), og brukeren skal om mulig overføres til andre tilbud i kommunen dersom de er i stand til dette.

Det ytes tilskudd til oppstart av kommunale frisklivs-, lærings- og mestringstilbud. For at kommunene skal få tilskudd til oppstart av slike tilbud, stilles det som krav at tilbudet skal utvikles i samarbeid med brukerorganisasjoner.

Veiledning i regi av frisklivssentraler skal følge de nasjonale anbefalingene om fysisk aktivitet og ernæring i tråd med Aktivitetshåndboken, Kosthåndboken og Nasjonale faglige retningslinjer. Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder for frisklivssentralene. Helsedirektoratet har også utviklet flere veilederkurs for å understøtte kunnskapsbasert praksis og effektivt arbeid ved frisklivssentralene, blant annet Veilederkurs, Bra mat for bedre helse, Fysisk aktivitet i frisklivssentraler og Slutteveilederkurs tobakk. I samarbeid med Fagakademiet tilbyr Helsedirektoratet også kurslederkurs i Kurs i mestring av depresjon (KiD) og Kurs i mestring av belastning (KiB).

7.9.1 Evaluering av ParkinsonNet med tanke på DiabetesNet

ParkinsonNet er en nederlandsk modell for nettverk som prøves ut i Norge i 2017– 2019. Kommuner og sykehus i Rogaland og Oslo skal gå sammen om prosjektet, i nært samarbeid med Norges Parkinsonforbund. Pasientens kunnskap om egen sykdom, tilpasset egentrening og egenbehandling er basis for ParkinsonNet. Målet er mestring basert på pasientens egne ressurser og behov.

ParkinsonNet skal prøve ut løsninger som kan øke kvaliteten på tjenestene som tilbys mennesker med Parkinsons sykdom. Hvis evalueringen er positiv for parkinsonpasienter, vil det bli vurdert om modellen kan ha overføringsverdi til andre pasientgrupper med kronisk sykdom, for eksempel diabetes.

7.9.2 Samarbeid med frivillige

Frivillige personer og organisasjoner er viktige samarbeidspartnere for helse- og omsorgstjenesten. Frivillighetssektoren utgjør en viktig ressurs for personer med kronisk sykdom som diabetes. Det er utarbeidet en *Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet* (2015–2020). Den skal legge til rette for et systematisk og godt samarbeid mellom offentlig og frivillig sektor, redusere ensomhet samt rekruttere og beholde frivillige på helse- og omsorgsfeltet.

Diabetesforbundet er en frivillig organisasjon som ved å være en interesseorganisasjon for personer med diabetes, bidrar til økt kunnskap om og mestring av sykdommen. Helse- og omsorgsdepartementet gir årlig støtte til Diabetesforbundets arbeid, og forbundet er en viktig samarbeidspartner ved utvikling av tjenestetilbudet til personer med diabetes. Tilskuddsmidlene fra departementet skal gå til forebygging av diabetes blant innvandrerkvinner og i tillegg dekke utgifter til tiltak som Diabeteslinjen, motivasjonsgrupper og utdanning av ledere til motivasjonsgrupper.

NCD-alliansen representerer de største pasientgruppene innen ikke-smittsomme sykdommer. Den består av Diabetesforbundet, Kreftforeningen, Nasjonalforeningen for folkehelsen, Landsforeningen for hjerte- og lungesyke og Rådet for psykisk helse. Organisasjonene gjør et svært viktig arbeid internasjonalt, nasjonalt og lokalt for å fremme

gode helsevaner, informere befolkningen generelt og pasienter og helsetjenesten spesielt. Det er viktig for myndighetene å ha et godt samarbeid med alliansen.

Frivillig sektor er en særlig viktig samarbeidspartner for frisklivs- og mestringstilbud i kommunene.

7.10 BEDRE EGENBEHANDLING OG BEHANDLING HOS UNGE MED DIABETES

7.10.1 Overgangen fra barn til voksen

Overgangen fra oppfølging ved barneavdelinger til voksenavdelinger forutsetter større evne til egenomsorg. Dette skjer i en periode i livet da mange av de unge pasientene verken fysisk, sosialt eller mentalt er modne. Dette er en periode av livet som kan preges av risikoatferd og mangelfull evne til å overskue konsekvenser av handlinger. Det kan være vanskelig å ta økt ansvar for egen behandling samtidig som mange er i en løsrivelsesprosess. Samtidig medfører puberteten økt insulinbehov, noe som forsterker utfordringene med behandling av unge med diabetes type 1.

For å bidra til bedre kvalitet i behandling og egenbehandling av barn og unge med diabetes, foreligger det planer om å igangsette utvikling av to veiledningsprogrammer. Det ene er rettet mot foreldre og det andre mot helsepersonell i barneavdelinger. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å bidra til at arbeidet med veilederprogrammene kommer godt i gang. Diabetesforbundet er involvert i arbeidet.

7.10.2 Foreldreveiledningsprogram

Foreldre som har hovedansvaret for behandlingen av barnets diabetes, må være ekstra påpasselige og følge sine barn/ungdommer med stor årvåkenhet. Dette påvirker samspillet i dagliglivet. Det er en stor utfordring å forhindre at dette får negative konsekvenser for de unges trivsel og utvikling.

Gjennomføringen av nødvendige behandlingstiltak skal forenes med den helhetlige omsorgen som alle foreldre har overfor sine barn, og dette setter foreldreoppgaven ved diabetes i et spesielt utfordrende perspektiv. På den ene siden har de en krevende oppgave når barnets helsetilstand skal bevares, og på den annen side skal forholdene legges til rette slik at behovet som barn har for frihet og trygghet, blir ivaretatt. I dagliglivet kan disse to utfordringer oppleves å stå i et motsetningsforhold til hverandre, og gjennom det påvirke samspillet mellom foreldrene og barnet. Gjennom å gjøre foreldrene trygge i rollen, kan både barn og voksne bidra til bedre egenbehandling og hindre komplikasjoner både i barneårene og senere i livet. Det skal utvikles et systematisk veiledningsprogram med vekt på samspillet mellom foreldre og barn fram til ungdomsskolealder (0–13 år). Det finnes allerede programmer som det kan være aktuelt å benytte, men ingen av disse tar utgangspunkt i de spesifikke utfordringene som er knyttet til diabetes.

7.10.3 Veiledningsprogram for helsepersonell i barneavdelinger i samarbeid med voksenavdelinger

Organisasjonen Unge funksjonshemmede har påpekt at mange unge med kroniske sykdommer som diabetes opplever overgangen fra behandling og oppfølging i barneavdeling

til videre tjenestetilbud i voksenavdeling som særlig krevende. Overføringen mellom avdelingene skjer vanligvis når pasienten er 18 år. I voksenavdelingen overtar nye fagpersoner, oppfølgingen blir mindre tett, og foreldrene involveres i mindre grad enn tidligere. Dette kan medvirke til dårlig blodsukkerkontroll hos unge med diabetes. Mangelfull oppfølging av medisinbruk og av kontroller er blant faktorene som bidrar til problemene. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utvikle et veiledningsprogram for tverrfaglige diabetesteam som jobber med ungdom/unge voksne med diabetes (14–26 år). Hensikten er å etablere gode rutiner for helsepersonell som sørger for en individtilpasset overgang og sikre en alderstilpasset oppfølging i voksenhelsetjenesten. Veiledningsprogrammet må ta høyde for de spesielle utfordringene som finnes i ungdom/voksen alder og de spesifikke utfordringene som er knyttet til diabetes.

I oppdragsbrevet for 2018 til RHF'ene er det et oppdrag at alle sykehus må arbeide med gode rutiner for å sikre overgangen fra barneavdeling til voksenavdeling.

7.11 UTVIKLE MER BRUKERVENNLIG INFORMASJON

For å bedre mestring og kvaliteten på egenbehandlingen, og på den måten forebygge komplikasjoner, skal det utvikles en veiviser for egenbehandling. Den skal blant annet inneholde en brukerversjon av Nasjonal faglig retningslinje for diabetes. I tillegg skal det utvikles et e-læringsprogram.

7.11.1 Veiviser for bedre egenbehandling

Veiviser for egenbehandling skal ta for seg de praktiske sidene ved diabeteshverdagen. En viktig del skal handle om pasientrollen og pasientens rettigheter og samspillet med helsepersonell. Tverrfaglighet er sentralt i arbeidet, og deltakere i prosjektgruppen kan være lege, psykolog, klinisk ernæringsfysiolog og sykepleier, i tillegg til personer med kompetanse på kommunikasjon, tekst og grafisk utforming. Helsedirektoratet vil være ansvarlig for å utvikle veiviseren og vil samarbeide med Diabetesforbundet i dette arbeidet.

7.11.2 E-læringsprogram

E-læring omfatter en rekke former for læringsarbeid der den lærende normalt benytter en datamaskin for å motta lærestoff og oppgaver, arbeide med og diskutere disse og eventuelt levere besvarelser. Vanligvis blir lærestoffet presentert via internett, og presentasjonen kan være interaktiv, enten ved at datamaskinen gir ulike former for respons eller gjennom kommunikasjon med andre brukere og veiledere. Det kan veksles mellom tekst, lyd og bilde/video. Det tas sikte på at arbeidet med e-læringsprogrammet starter opp i 2018.

De ferdig utviklede verktøyene (både Veiviser og e-læringsprogram) skal formidles til pasientene via Diabetesforbundet. I tillegg er det viktig at kommunale lærings- og mestringstilbud har kjennskap til og inkluderer innholdet i egenbehandlingsverktøyene i sitt læringsopplegg. Slik kan en pedagogisk tilnærming samkjøres og verktøyene kan nå ut til dem som ikke har fått informasjon om dette via brukerorganisasjonen. Helsedirektoratet har i 2017 fått i oppdrag å starte arbeidet med veiviser for bedre egenbehandling og e-læringsprogram.

8 ØKONOMISKE OG ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER AV TILTAKENE I PLANEN

Nasjonal diabetesplan skal gjennomføres i perioden 2017–2021. Planen skal synliggjøre igangsatte tiltak som ha betydning for personer med diabetes, og målrette enkelte tiltak for å bedre tjenestetilbudet til personer med diabetes, eller som står i fare for å utvikle diabetes. Dette arbeidet forutsetter ikke budsjettøkninger utover gjeldende rammer for helse- og omsorgstjenestene.

Helse- og omsorgsdepartementet har i Prop. 1 S (2017–2018) foreslått å videreføre midler til å følge opp planen i 2018. Det er satt i gang flere tiltak som inngår i vedtatte større satsninger på Helse- og omsorgsdepartementets budsjett, og som har betydning for personer med kronisk sykdom, herunder diabetes.

Utgitt av: Helse- og omsorgsdepartementet

Trykk: Departementenes sikkerhets- og
serviceorganisasjon - 12/2017 - 100

