



HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET

Nasjonal strategi for diabetesområdet 2006-2010



Nasjonal strategi for diabetesområdet

2006-2010

Forord fra helse- og omsorgsministeren

Juni 2006

Diabetes er en av vår tids store folkesjukdommer. Det er to hovedtyper av sykdommen, type 1- og 2-diabetes, som hver har sine særskilte utfordringer. Sykdommen er påvist for mellom 90 000 - 120 000, men det anslås at det finnes nesten like mange tilfeller som ennå ikke er påvist. Begge typene er økende, men med mest økning for type 2-diabetes.

Uten behandling kan diabetes føre til alvorlige komplikasjoner i hjerte, øyne, nyrer og føtter, men med god behandling øker levealder og livskvalitet. God forebygging gjennom bedre kosthold, fysisk aktivitet og røykfrihet kan bidra til å redusere forekomsten av type 2-diabetes. Med Nasjonal strategi for diabetesområdet (2006 – 2010) ønsker regjeringa å møte de framtidige utfordringene på diabetesområdet på en offensiv og helhetlig måte. I siste omgang dreier strategien seg om at fellesskapet skal bruke sine ressurser på en målrettet måte både for å forebygge diabetes og for å hjelpe det enkelte menneske med de utfordringer som det står overfor i en diabetessituasjon. Likeens skal strategien legge til rette for samspill med frivillige aktører som yter en betydelig innsats på diabetesområdet. Strategien omfatter målsettinger og tiltak innen forebygging, behandling, rehabilitering, opplæring, samhandling og forskning.

Regjeringen ønsker med denne strategien:

- å forebygge nye tilfeller av type-2 diabetes og bremse utviklingen av senkomplikasjoner for begge typer av sykdommen
- å redusere sosial ulikhet i helse
- at helsetjenestene som tilbys skal være likeverdige
- å ha god systematikk i oppfølgingen av personer med høy risiko for å utvikle type 2-diabetes
- å redusere andelen med udiagnostisert type 2-diabetes

Koordinering og samhandling er viktige stikkord for å lykkes med diabetesstrategien. Både i arbeidet med å utforme de enkelte tiltakene og i behandling og oppfølging av den enkelte pasient må det legges til rette for samarbeid mellom de ulike sektorene og virksomhetene. Et viktig bidrag til dette samarbeidet er styrkingen av Sosial- og helsedirektoratets koordineringsrolle – for å sikre helhetlig oppfølging av diabetesstrategien. Det skal derfor ansettes en strategidirektør i direktoratet til høsten.

Jeg vil takke alle som har vært involvert i arbeidet med denne strategien og som har bidratt med ressurser og innspill. Jeg vil særlig takke Diabetesforbundet, som har bidratt konstruktivt med å stille kompetanse og ressurser til rådighet.

Lykke til med det videre arbeidet!

Sylvia Brustad

1. Innledning	4
1.1. Diabetes som nasjonal utfordring.....	4
1.2. Om diabetes mellitus.....	4
1.3. Type 1-diabetes.....	4
1.4. Type 2-diabetes.....	5
1.5. Nedsatt glukosetoleranse	5
1.6. Særskilte grupper.....	5
1.7. Diabetes mellitus som internasjonal utfordring	6
1.8. Helseøkonomi	6
1.9. Akutte komplikasjoner og senkomplikasjoner.....	7
1.10. Forebygging og behandling av diabetes mellitus	7
1.11. Hvor mange har diabetes mellitus i Norge?	8
2. En nasjonal strategi for diabetesområdet.....	9
2.1. Helsepolitisk forankring.....	9
2.2. Bakgrunn, målgruppe og varighet	9
2.3. Hovedformål og hovedlinjer i strategien	10
2.4. Sosial- og helsedirektoratet som nasjonal koordinator	11
2.5. Prioritering	12
3. Nasjonale målsettinger og tiltak	13
3.1. Forebyggende arbeid	13
3.1.1. Forebygging av diabetes.....	13
3.1.2. Sosial ulikhet i helse.....	14
3.1.3. Fysisk aktivitet	14
3.1.4. Kosthold	15
3.1.5. Tobakk	15
3.1.6. Høyrisikostراتيجier i forebyggingsarbeidet	16
3.1.7. Partnerskap for lokalt folkehelsearbeid.....	16
3.2. Diagnostisering.....	17
3.3. Behandling og sekundærforebygging.....	19
3.3.1. Behandling	19
3.3.2. Sekundærforebygging	20
3.3.3. Oppfølging av gravide med diabetes.....	21
3.3.4. Nasjonale faglige retningslinjer.....	21
3.3.5. Kvalitetssikring	22
3.4. Rehabilitering.....	23
3.4.1. Rehabilitering	24
3.4.2. Diabetesteam	24
3.4.3. Samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten	24
3.4.4. Psykisk helse	25
3.5. Opplæring av pasienter og pårørende	26
3.6. Personell – kapasitet og kompetanse	27
3.7. Forskning og utvikling.....	28

1. Innledning

1.1. Diabetes som nasjonal utfordring

Diabetes mellitus er en kronisk sykdom som medfører store belastninger for den enkelte, familien og for samfunnet. Om lag 90 000-120 000 personer har påvist diabetes mellitus i Norge. Man regner med at like mange har udiagnostisert diabetes i Norge. Sykdommen kan føre til potensielt svært alvorlige konsekvenser for dem som er rammet. Senkomplikasjoner omfatter blindhet, nyresvikt, amputasjon av føtter og økt risiko for hjerte- og karsykdommer. Diabetes mellitus utgjør en betydelig utfordring som må møtes på en offensiv og helhetlig måte.

Epidemiologiske kartlegginger utført av blant andre Nasjonalt Folkehelseinstitutt viser at antall personer med denne diagnosen har økt de senere årene i Norge. Både nasjonale og internasjonale prognoser legger til grunn at veksten vil fortsette i årene fremover. Andelen med påvist diabetes mellitus i befolkningen har økt de siste 50-60 årene både for type 1- og type 2-diabetes. Årsakene til denne utviklingen er mange og sammensatte. Blant annet øker forekomsten av type 2-diabetes med alderen. Fordi vi lever lenger enn før, er det rimelig å anta at antall personer med type 2-diabetes øker betydelig. Studier viser også at det er sammenheng mellom overvekt og økt sannsynlighet for type 2-diabetes, mellom lav fysisk aktivitet og type 2-diabetes og mellom røyking og type 2-diabetes. Det er også sannsynlig at

bedre rutiner for diagnostisering har ført til at flere tilfeller oppdages.

1.2. Om diabetes mellitus

Diabetes mellitus er en alvorlig sykdom hvor tilførselen av hormonet insulin enten mangler, er redusert eller hvor insulin ikke virker i cellene. Den utvikles som en kombinasjon av arveanlegg og miljøfaktorer. Hva som utløser sykdommen er fremdeles uklart. Uten behandling kan diabetes føre til alvorlige komplikasjoner, men med god behandling øker levealder og livskvalitet. Det skilles mellom type 1-diabetes og type 2-diabetes.

1.3. Type 1-diabetes

I Norge har om lag 25 000 personer type 1-diabetes. Sykdommen debuterer som regel i barne- og ungdomsårene. Type 1-diabetes gir kraftige symptomer, og diagnosen blir derfor stilt raskt. Sykdommen forårsakes primært av en genetisk betinget ødeleggelse i de insulinproduserende cellene i bukspyttkjertelen. Uten insulin fungerer ikke næringsomsetningen. For type 1-diabetes er derfor insulin nødvendig fra behandlingsstart, og sykdommen krever jevnlig injeksjoner med insulin. Forekomsten av type 1-diabetes har økt i mange land i de siste 30 årene, noe som kan tyde på at miljøfaktorer kan være blant årsakene. På nåværende tidspunkt er imidlertid miljøfaktorene ukjente og det er derfor ikke mulig å foreslå konkrete tiltak for å forebygge type 1-diabetes. Norge har den tredje

høyeste forekomsten av type 1-diabetes i verden. Vi vet ikke hva dette skyldes. Sykdommen behandles medikamentelt, samtidig vil livsstiltak også kunne bidra til å forhindre og utsette senkomplikasjoner.

1.4. Type 2-diabetes

Type 2- diabetes er den vanligste formen for diabetes mellitus. Det er i hovedsak personer over 30 år som får type 2-diabetes. Forekomsten øker med alderen, men den gjennomsnittlige debutalderen er synkende. Foruten arvelige faktorer er overvekt og mangel på fysisk aktivitet de viktigste årsakene til type 2-diabetes. Sykdomsutviklingen er ofte langsam og diffus, og det kan ta lang tid før diagnosen blir stilt. Det er derfor ikke sjelden at senkomplikasjoner foreligger allerede ved diagnosetidspunktet. Som nevnt innledningsvis anses det som sannsynlig at det finnes mange udiagnostiserte tilfeller av type 2-diabetes i Norge.

Type 2-diabetes skyldes redusert virkning av insulinet i kroppen kombinert med redusert utskillelse av insulin. Type 2-diabetes behandles vanligvis både med livsstilsendrende tiltak og medisiner. Type 2-diabetes er mer utbredt blant menn enn blant kvinner og forekommer oftere blant personer med etnisk opprinnelse i Asia og Afrika enn blant etnisk norske. Det er flere med lav utdanning og inntekt som har sykdommen enn personer med høy utdanning og høy inntekt. Sosiale ulikheter i helse er de samme for utbredelsen av diabetes som for andre store sykdomsgrupper. Forskjellene forekommer i alle aldersgrupper og for begge kjønn. Det er tilsvarende sosiale

forskjeller i kosthold og fysisk aktivitet – det vil si at grupper med lav utdanning og inntekt er mindre fysisk aktive og har et mer usunt kosthold enn grupper med høy utdanning og inntekt. Slike sosiale ulikheter i helseatferd er viktig for å forklare de sosiale ulikhetene i forekomst av type 2-diabetes.

1.5. Nedsatt glukosetoleranse

Nedsatt glukosetoleranse er en risikofaktor for senere utvikling av diabetes og hjerte- og karsykdom. Beregninger tyder på at om lag 12 % av befolkningen har nedsatt glukosetoleranse. En enkeltstudie viser at rundt halvparten av alle med nedsatt glukosetoleranse utviklet type-2 diabetes etter 10 år¹.

1.6. Særskilte grupper

Antall gravide med type 2-diabetes har økt de siste 30 årene. Svangerskapsdiabetes forekommer mer enn dobbelt så hyppig blant innvandrere fra Nord-Afrika og Sør-Asia enn blant etnisk norske. Diabetes mellitus under svangerskapet kan øke risikoen for komplikasjoner ved fødselen og for misdannelser hos barnet. Samtidig har det vært stor nedgang i barnedødelighet i den perinatale fasen (tiden rett før og rett etter fødselen) hos gravide diabetikere. Barn og unge og personer med tilleggdiagnoser ut over diabetes vil også ha særlig behov for koordinert innsats fra helsetjenesten for å oppnå gode behandlingsresultater.

¹ DECODE study group. Glucose tolerance and mortality: comparison of WHO and American Diabetes Association diagnostic criteria. Lancet 1999; 354:617-621.

Likeverdig tilgang til helsetjenester er et sentralt helsepolitisk mål. Dette forutsetter ikke likhet i strategier og tiltak, men at disse må tilpasses de ulike pasientgruppene. Arbeidet må skje med respekt for ulike forutsetninger i pasientgruppene. En viktig del av diabetesstrategien er å komme i dialog med særskilte pasientgrupper, for eksempel grupper i enkelte innvandremiljøer, med tanke på særskilte tiltak for å sikre at forebygging og behandling er hensiktsmessig tilrettelagt.

1.7. Diabetes mellitus som internasjonal utfordring

Verdens helseorganisasjon har definert diabetes mellitus som en av utfordringene for folkehelsen i fremtiden. Om lag 200 millioner mennesker har diabetes mellitus, og prognoser tyder på at tallet kan være doblet om 25 år. De aller fleste av disse tilfellene vil være type 2-diabetes, men også forekomsten av type 1-diabetes øker. Diabetes mellitus utgjør dermed en stor global helseutfordring. Prioriteringen av diabetesområdet i Norge henger sammen med bekymringen på verdensbasis for den stadig økende forekomsten av diabetes mellitus. Økningen i diabetes gjenspeiler forandringer i levemåte og legger press på helsetjenesten verden over. Når gjennomsnittsalderen i befolkningen øker, betyr det at forekomsten av type 2-diabetes også vil øke. Man regner med at det hvert år dør om lag 3,2 millioner mennesker som følge av senkomplikasjoner knyttet til diabetes mellitus.

1.8. Helseøkonomi

Diabetes mellitus utgjør en betydelig økonomisk byrde for mange land. De økonomiske konsekvensene av diabetes mellitus i Norge er ikke kjent, men vi regner med at diabetesbehandling vil legge beslag på en større andel av helseutgiftene i fremtiden.

Riktig prioritering i helsetjenesten vil få økt oppmerksomhet fremover. I prioriteringssammenheng skiller vi mellom kliniske vurderinger i forhold til den enkelte pasient, og vurderinger i forhold til økonomiske og strukturelle vilkår som ligger til grunn for hvordan vi skal prioritere mellom ulike pasientgrupper. Økonomiske og strukturelle prioriteringer gjøres på politisk nivå og på ledelsesnivå i helsetjenesten. I begge tilfeller står forholdet mellom alvorlighetsgrad, effekt av tiltak og vurdering av kostnadsnytte sentralt. Gode helseøkonomiske analyser bidrar til kvalitet i analysene på overordnet nivå. Diabetesområdet har noen kjennetegn som gjør at helseøkonomiske analyser er særlig viktig: En helhetlig vurdering av forebygging, primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste må stå sentralt i prioriteringsarbeidet, inkludert hvordan rehabilitering bør ivaretas på disse områdene. Helseøkonomiske analyser kan gi bedre grunnlag for å prioritere mellom områder og virkemidler. Forebygging har særskilt stor betydning på diabetesområdet. Erfaringsmessig er forebygging et område som lett forsømmes, kanskje særlig fordi effekten først viser seg flere år frem i tid.

Gode helseøkonomiske analyser kan bidra til at slike forhold får tilstrekkelig

plass i strategien og når man skal vurdere tiltak. Helseøkonomiske analyser skal brukes i strategiperioden. Slike analyser bidrar også til at man kan sette inn ressursene der de vil gi størst helsegevinst. Slik kan sykdom forebygges på et tidlig stadium og man kan unngå komplikasjoner og dyr behandling.

1.9. Akutte komplikasjoner og senkomplikasjoner

Type 1- og type 2-diabetes er to sykdommer med forskjellige årsaker. Dersom sykdommen ikke er godt regulert, er både type 1 og type 2-diabetes forbundet med risiko for akutte komplikasjoner og senkomplikasjoner. Diabetes kan gi alvorlige senkomplikasjoner i hjerte, øyne, nyrer og føtter. Diabetes er den hyppigste årsak til blindhet hos unge, en del får redusert nyrefunksjon og enkelte vil ha behov for transplantasjon på grunn av nyresvikt. Hvert år foretas omkring 400-500 amputasjoner over ankelnivå hos personer med diabetes.² Diabetikere har lavere gjennomsnittlig levealder enn resten av befolkningen. Personer over 20 år med type 2-diabetes rammes av hjerteinfarkt to til fem ganger hyppigere enn andre, og de har to til tre ganger så stor risiko for å dø av hjerte- og karsykdom som normalbefolkningen.

1.10. Forebygging og behandling av diabetes mellitus

God forebygging gjennom generelle befolkningsstrategier og høyrisikostrategier vil kunne hindre og utsette sykdom for personer med risiko

² NSAMs handlingsprogram for diabetes, kapittel 6 med referanser. (<http://www.nsamdiabetes.no/>)

for type 2-diabetes. Videre vil god behandling og sekundærforebygging forebygge senkomplikasjoner for både type 1- og 2-diabetes. Pasientene kan få et lengre og bedre liv med færre senkomplikasjoner dersom sykdommen reguleres ved hjelp av gode levevaner og medikamentell behandling. Med bedre levevaner menes særlig mer fysisk aktivitet, bedre kosthold og en røykfri tilværelse. Sosiale forskjeller i levevaner er en særskilt utfordring. Når forebyggende tiltak skal settes i verk er det viktig å være klar over at forskjeller i levevaner ikke bare er et resultat av individuelle valg, men at sosiale forhold også spiller en viktig rolle. Det betyr for eksempel at tiltakene må utformes slik at det blir enklere å gjøre sunne valg. Andre viktige tiltak er lavterskeltilbud for å fremme fysisk aktivitet og sunt kosthold, rettet mot grupper som har særlig høy risiko for å utvikle sykdommen.

Det er et nasjonalt mål å sikre diabetespasienter likeverdig behandling av god kvalitet. Det er i dag studier som tyder på at det varierer i hvilken grad pasientene når sine behandlingsmål. Viktige tiltak for å redusere gapet mellom behandlingsmål og måloppnåelse er: nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av diabetes, bruk av nasjonale medisinske kvalitetsregistre for diabetesområdet og opplæring av diabetespasienter og pårørende.

For primær- og spesialisthelsetjenesten er det viktig å innlede et tett samarbeid for å fange opp personer som er i risikozonen for å utvikle diabetes, og for å sikre god systematikk i diagnostisering og oppfølging i alle

faser av sykdommen. God samhandling mellom behandlere på ulike tjenestenivåer har også stor betydning ved behandling av personer med diabetes. Dette fungerer ikke alltid tilfredsstillende i dag.

God egenbehandling er vesentlig for den som har fått diagnosen diabetes mellitus. Det er viktig at helsetjenesten kan understøtte den enkelte pasient slik at hun eller han kan fungere selvstendig og mestre livet med kronisk sykdom. Pasienten må sees på som en ressurs som kan håndtere sin egen livssituasjon og ikke som en passiv mottaker av tjenester. Slik kan personer med diabetes være modell for den nye autonome pasientrollen der læring og mestring står sentralt.

1.11. Hvor mange har diabetes mellitus i Norge?

Man regner med at mellom 90 000-120 000 har påvist diabetes mellitus i Norge. Men det foreligger ennå ikke

god nok kunnskap om utbredelse og utvikling av sykdommen. For eksempel kan ikke internasjonale tall uten videre omregnes til norske forhold. I tillegg finnes et stort antall av ikke-oppdagede tilfeller av type 2-diabetes. Forekomst og utvikling i Norge kan dermed ikke fastslås presist. Det er en viktig del av strategien for diabetesområdet å arbeide videre for å øke kunnskapen om forekomst, utvikling og øvrige faktorer som bør påvirke valg av tiltak. Samtidig må ikke erkjennelsen av behovet for mer kunnskap tone ned den utfordringen som finnes.

2. En nasjonal strategi for diabetesområdet

2.1. Helsepolitisk forankring

Ved behandlingen av budsjettinnstilling S.nr.1 (2004-2005) ble det gjort følgende vedtak:

"Stortinget ber Regjeringen legge frem forslag til Nasjonal plan for forebygging, forskning og behandling av diabetes for Stortinget i løpet av 2005."

Sosialkomiteen i Stortinget har også påpekt behovet for å redusere sukkerforbruket, særskilt blant barn og unge, og at dette må sees i sammenheng med ovennevnte arbeid³. Komiteen har også påpekt at det er viktig å få på plass effektive og rasjonelle prosedyrer for å forhindre og utsette alvorlige senkomplikasjoner, herunder synstap og at det må rettes særskilt oppmerksomhet mot yngre kvinner med type 2-diabetes og gravide med diabetes. Arbeidet med en helhetlig oppfølging av diabetesområdet ble også omtalt i statsbudsjettet for 2006, St. prp. nr. 1 (2005-2006).

På bakgrunn av de helsepolitiske føringer som er gitt, legger Helse- og omsorgsdepartementet til grunn at en nasjonal strategi for diabetesområdet, som inneholder klart formulerte målsettinger for forebygging, forskning og behandling av diabetes, kombinert med etablering av en nasjonal koordinerende funksjon, vil være et godt virkemiddel for en helhetlig og offensiv oppfølging av diabetesområdet.

³ jf innstilling S. nr.165 (2004-2005)

Strategien følges opp med konkrete tiltak.

Sentrale målsettinger i diabetesstrategien er forankret i Soria-Moria-erklæringen⁴ og andre relevante dokumenter fra helsemyndighetene: Oppfølgingen av St. meld. nr 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge* (Folkehelsemeldingen), NOU 2005: 3 *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste* (Wisløff-utvalget) og ny nasjonal strategi for å forebygge ulikhet i helse.

2.2. Bakgrunn, målgruppe og varighet

Utfordringene på diabetesfeltet må møtes med en nasjonal strategi. Det kreves tiltak innen forebygging, forskning, primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Det må være systematikk for hvordan det arbeides med rehabilitering i forhold til diabetesområdet. De sentrale målene for diabetesstrategien legger til grunn at det iverksettes målrettede tiltak på disse områdene, og at det tas organisatoriske grep som kan understøtte helheten i arbeidet. Det er et sentralt punkt i strategien at Sosial- og helsedirektoratet blir gitt en tydelig koordinerende rolle i det arbeidet med å følge opp

⁴ I regjeringserklæringen fra Soria-Moria legges det vekt på at alle skal ha tilgang til gode og likeverdige helsetjenester uavhengig av personlig økonomi og bosted. Videre skal samarbeidet mellom sykehusene og kommunetjenesten styrkes. Regjeringen vil også satse sterkere på sykdomsforebyggende arbeid, blant annet øke fokuset på fysisk aktivitet og kosthold.

diabetesstrategien. Dette vil gi et forum der berørte parter i felleskap kan vurdere situasjoner og utfordringer og at dette vil gi grunnlag for mer koordinerte og forankrede tiltak. Strategien omfatter nasjonale målsettinger, planlagte og/eller igangsatte tiltak og på enkelte områder nevnes aktuelle tiltak som skal vurderes innen forebygging, diagnostisering, behandling, rehabilitering og forskning. Målet med strategien er å forebygge at personer utvikler type 2-diabetes, og forhindre og utsette alvorlige senkomplikasjoner hos dem som har fått diagnosen.

En særskilt utfordring når diabetesstrategien skal settes i verk, er å få til en god kobling mellom diabetesspesifikke tiltak og tiltak som inngår i en generell folkehelsestrategi, som for eksempel kostholdsforbedring og fysisk aktivitet. Slike tiltak er ikke særskilt rettet mot diabetesfeltet, men vil ha betydning også for dette feltet. Det er viktig at oppfølging av strategien sees i sammenheng med det generelle folkehelsearbeidet. Men det er viktig å sikre at de nødvendige diabetesrelevante tiltakene gis nødvendig prioritet. I oppdraget til Sosial- og helsedirektoratet om å ha en koordinerende funksjon, vil det være sentralt å finne en god balanse mellom disse to tiltakstypene.

Sosial- og helsedirektoratet har utarbeidet det faglige grunnlaget for diabetesstrategien⁵. Enkelte fagmiljøer og Norges Diabetesforbund har levert innspill underveis. Direktoratets

⁵ Nasjonal strategi for diabetesområdet. Sosial- og helsedirektoratets faglige grunnlag for diabetesoppfølgingen.

dokument inneholder en rekke forslag til tiltak, og kan fungere som et viktig grunnlag for aktører i folkehelsearbeid og i helse- og omsorgstjenesten når de skal vurdere hvilke tiltak som kan iverksettes for å nå strategiens målsettinger. Dokumentet er vedlegg til diabetesstrategien.

Målgruppen for diabetesstrategien er primært aktører med ansvar innenfor diabetesområdet, herunder kommunene, fastlegene, de regionale helseforetakene og Nasjonalt folkehelseinstitutt. Sosial- og helsedirektoratet er tildelt et nasjonalt ansvar for koordineringen av oppfølgingen av diabetesstrategien, jf punkt 2.4

Diabetesstrategien gjelder for perioden 2006-2010. Den vil også inngå i Nasjonal helseplan.

2.3. Hovedformål og hovedlinjer i strategien

Hovedformålet med diabetesstrategien er å møte utfordringene på diabetesområdet på en offensiv og helhetlig måte, gjennom å legge til rette for bedre kvalitet, tilstrekkelig kapasitet og likeverdig tilgjengelighet, samt hensiktsmessig organisering og bedre samhandling mellom alle ledd på diabetesområdet.

Hovedlinjer i strategien:

- Satsing på forebygging, både det generelle folkehelsearbeidet som er forankret i helsepolitikken og tiltak som er særskilt rettet mot diabetesområdet.
- Systematisk arbeid for tidlig identifisering av pasienter med type 2-diabetes slik at relevante

tiltak kan settes inn. Arbeid rettet mot høyrisikogrupper inngår i strategien.

- Systematiske tiltak og monitorering for å sikre at pasienter oppnår de behandlingsmål som er satt, for eksempel gjennom iverksetting av nasjonale faglige retningslinjer, inkludert elektronisk diabetesskjema, og bruk av nasjonale medisinske kvalitetsregistre for diabetesbehandling.
- Samarbeid med frivillig sektor og de faglige organisasjonene for bedre måloppnåelse av tiltakene.
- Organisatoriske tiltak som å etablere et "ansvarspunkt" som skal følge med på status, utvikling og utfordringer på diabetesområdet og kontinuerlig vurdere om strategier og tiltak treffer i forhold til behovene og at de tiltak som oppfølging og analyser tilsier, blir identifisert. Dette ansvarspunktet skal også ivareta koordineringsoppgaver som ikke blir ivaretatt direkte i linjesystemene. Sosial- og helsedirektoratet tillegges denne rollen. At direktoratet får en slik rolle, endrer ikke institusjonenes ansvars- og fullmaktsforhold. Norges Diabetesforbund vil være en viktig samarbeidspartner i dette arbeidet.

2.4. Sosial- og helsedirektoratet som nasjonal koordinator

For å sikre en bedre koordinert og mer målrettet innsats på diabetesområdet, er Sosial- og helsedirektoratet gitt en nasjonal koordinerende rolle i den

videre oppfølgingen av strategien⁶. Det etableres en egen fagstilling i Sosial- og helsedirektoratet – en strategidirektør for diabetesområdet – som skal ha særskilt ansvar for denne funksjonen. Formålet er å ivareta en helhetlig oppfølging av diabetesområdet. Utvikling og iverksetting av tiltak for å nå strategiens målsettinger skal følge av fastsatte ansvarsstrukturer.

Sosial- og helsedirektoratet vil ha et særskilt ansvar for å etablere nødvendige samarbeidsfora mellom relevante aktører. Dette innebærer blant annet å opprette en oppfølgingsgruppe for berørte aktører. Det kan være personer i beslutningsposisjoner, fra fagmiljøer og fra brukergrupper, herunder Norges Diabetesforbund. Hensikten med en slik gruppe er å etablere en arena for erfaringsutveksling og kunnskapsoverføring, og legge til rette for at tiltak på samme tjenestenivå og tiltak innen folkehelsearbeid og primær- og spesialisthelsetjenesten ses i sammenheng.

Videre skal Sosial- og helsedirektoratet følge med på om gjennomføringen skjer i henhold til strategiens målsettinger, og rapportere til Helse- og omsorgsdepartementet dersom:

- aktørene vanskelig kan lykkes med å gjennomføre målene
- aktørene ikke griper tilstrekkelig tak i sitt samarbeidsansvar
- gjennomføringen er avhengig av nye eller endrede nasjonale tiltak på noen områder

⁶ Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Sosial- og helsedirektoratet av 13.01.2006. Statsbudsjettet 2006 – kap 720 Sosial- og helsedirektoratet – tildeling av bevilgning punkt 6.10

Innspillene fra Sosial- og helsedirektoratet skal gis i de ordinære budsjett- og planprosessene, dersom ikke særlige forhold tilsier annet.

Styringskrav om oppfølging av diabetesstrategien er lagt inn i bestillerdokumentet for 2006 til de regionale helseforetakene, og i tildelingsbrevet for 2006 til Sosial- og helsedirektoratet. I styringsbudskapet forutsettes det at aktørene innen folkehelsearbeid og i helse- og omsorgstjenesten følger opp sine ansvarsområder, herunder at de utvikler og iverksetter konkrete tiltak for å nå målene i strategien.

2.5. Prioritering

Det er et sentralt siktemål at diabetesområdet skal bli riktig og dermed høyt prioritert gitt sykdommens forekomst og økning (se også punkt 1.1 og 1.8). Pasientenes rettigheter i pasientrettighetsloven⁷ og prioriteringsforskriften⁸ er sentrale virkemidler for å sikre riktig prioritering. Retten til å få fastsatt individuell frist for når spesialisthelsetjenesten senest må yte helsehjelp, har styrket pasientenes posisjon og anses for å være særlig viktig for diabetespasienter. Tiltakene som foreslås iverksatt eller styrket må ha riktig omfang sett i et helhetlig prioriteringsperspektiv. Bevilgninger for å realisere strategiens mål vil skje gjennom ordinære budsjettprosesser.

⁷ Lov nr. 63 om pasientrettigheter.

3. Nasjonale målsettinger og tiltak

3.1. Forebyggende arbeid

Nasjonale målsettinger

- Redusere antall nye tilfeller av type 2-diabetes gjennom bedre kosthold, økt fysisk aktivitet og røykfrihet
- Redusere risiko for senkomplikasjoner

Planlagte/igangsatte tiltak

- Følge opp St.meld. nr.16 (2002-2003) *Resept for sunnere Norge*
- Følge opp *Handlingsplanen for fysisk aktivitet – Sammen for fysisk aktivitet*
- Utarbeide en handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen
- Iverksette *Nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet 2006-2010*
- Iverksette tiltak for å redusere alvorlig overvekt, inkludert å utvikle behandlingstilbud til sykkelig overvektige og utarbeide og iverksette faglige retningslinjer for behandling og oppfølging av overvektige i primærhelsetjenesten

Tiltak som skal vurderes

- Foreta en samlet vurdering av behovet for ulike livsstils- og lavterskeltilbud
- Vurdere behov for å utarbeide og iverksette høyrisikostrategi med generelle tiltak og tiltak rettet mot enkeltindivider

3.1.1. Forebygging av diabetes

Utfordringene for det primærforebyggende helsearbeidet på diabetesområdet er i stor grad sammenfallende med forebygging av andre livsstilsrelaterte sykdommer. Det er de samme virkemidlene som må tas i bruk. Derfor er tiltak innen forebyggende arbeid generelt utformet. Det er viktig at primærforebygging av type 2-diabetes sees i sammenheng med handlingsplan for fysisk aktivitet, og med handlingsplanen for bedre kosthold i befolkningen som er under utarbeidelse. Tiltakene i disse handlingsplanene er viktige for å utsette utviklingen av type 2-diabetes og utsette senkomplikasjoner både for type 1- og 2-diabetes. Det

legges stor vekt på befolkningsrettede tiltak, men også på tiltak overfor spesielle grupper. Høyrisikostrategier omtales i punkt 3.1.6.

Type 1-diabetes kan i dag ikke forebygges fordi vi ikke vet hvilke faktorer som er med på å utløse sykdommen. Endringer i livsstil kan redusere forekomsten av type 2-diabetes og forhindre og utsette senkomplikasjoner både for type 1 og type 2-diabetes. Det er godt dokumentert at det er en sammenheng mellom fedme og risiko for å utvikle type 2-diabetes. Forekomsten av fedme er økende i Norge i alle aldersgrupper. Studier viser at en kroppsmasseindeks (BMI) på over 27 gir økt dødelighet, og at risikoen for å utvikle sykdommer øker med stigende fedme. Årsaken til

den økende fedmen i den norske befolkningen er nært knyttet til det stadig lavere nivået på fysisk aktivitet i forhold til inntak av energirik mat. Tiltak for å forebygge overvekt og fedme vil være viktig. De viktigste strategiene vil derfor være å legge til rette for en livsstil med fysisk aktivitet, sunt kosthold og redusert tobakksbruk.

3.1.2. Sosial ulikhet i helse

De sosiale forskjellene er betydelige når det gjelder kunnskap om og oppmerksomhet på hva sunt kosthold, fysisk aktivitet og tobakksbruk betyr for helsen. Å redusere sosiale forskjeller i helse er derfor et viktig mål i arbeidet med å forebygge diabetes. Det arbeides med å tilrettelegge for å gjøre de sunne valgene enkle og for å øke befolkningens kunnskap om forhold som påvirker helsen.

3.1.3. Fysisk aktivitet

Regelmessig fysisk aktivitet gir viktige helsefordeler fysisk, psykisk og sosialt og beskytter mot sykdom og helseplager. Samtidig vet vi at individuelt tilpasset fysisk aktivitet er viktig i sekundærforebygging, ved behandling av en rekke sykdommer og tilstander og i rehabilitering etter sykdom/skade. Grunnlaget for gode aktivitetsvaner og god helse i oppveksten og gjennom hele livsløpet legges i barne- og ungdomsårene. Den største utfordringen er å gi gode muligheter for variert og lystbetont lek og fysisk aktivitet for barn og unge og bidra til økt fysisk aktivitet i grupper som er for lite fysisk aktive.

Når det gjelder fysisk aktivitet, er det sosiale forskjeller i aktivitetsvaner og

aktivitetsnivå. Det ligger en stor utfordring i å fremme fysisk aktivitet blant barn og unge og i grupper som er for lite fysisk aktive. Andelen fysisk inaktive er høyest i grupper som er minst privilegerte sosialt og helsemessig. Som oppfølging av St.meld. nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge* er det utarbeidet en tverrdepartemental handlingsplan for fysisk aktivitet – *Sammen for fysisk aktivitet*. Handlingsplanen gjelder for perioden 2005-2009 og den omfatter virkemidler og tiltak på åtte departementers ansvarsområder. Gjennom et bredt anlagt samarbeid på alle forvaltningsnivåer er siktemålet å bidra til:

- Lokalbaserede lavterskelaktiviteter på lokalplanet og gode muligheter for fysisk aktivitet i fritiden og på viktige arenaer som barnehage, skole og arbeidsplass
- Aktivitetsfremmende bo- og nærmiljøer som stimulerer til fysisk aktivitet og tar hensyn til tilgjengelighet for alle. Dette må ivaretas i den ordinære areal- og samfunnsplanleggingen og i arbeidet med å tilrettelegge våre fysiske omgivelser
- Motivere til en aktiv livsstil gjennom god veiledning og oppfølging i helsetjenesten, befolkningsrettet informasjon og holdningsskapende arbeid

Det er behov for en styrket og mer målrettet innsats rettet mot grupper med behov for spesiell tilrettelegging og som ikke så lett fanges opp gjennom befolkningsrettede og strukturelle tiltak. I den videre oppfølging skal det derfor også legges vekt på tiltak som fremmer

utvikling av lokalbaserte lavterskelaktiviteter i samsvar med erfaringer fra arbeidet i bydel Romsås i Oslo. Videre skal det legges vekt på kompetansehevende tiltak hos helsepersonell og andre som arbeider med barn og unge og målrettede informasjonstiltak.

3.1.4. *Kosthold*

Kostholdet er viktig i forebygging og behandling av type 2-diabetes. Store deler av befolkningen inntar generelt for mye mett fett, sukker og salt, og for lite grovt brød, grønnsaker, fisk og frukt. En spesiell utfordring er å redusere sukkerforbruket blant barn og unge. I den senere tid er forbruket av sukkerholdig brus redusert, samtidig som mange skoler installerer vannautomater for å få brusforbruket ytterligere ned. Den økende forekomsten av type 2-diabetes og prognosene som tyder på at denne veksten vil fortsette, har ført til at en tverrdepartemental handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen er under utarbeidelse. Denne vil bli viktig i forebyggingsinnsatsen siden kostholdet har vesentlig betydning både for å forebygge diabetes og for å utsette alvorlige senkomplikasjoner. Planen skal ferdigstilles i 2006 og settes i verk fra 2007. Viktige elementer i en slik plan vil være:

- Iverksette kommunikasjonsstiltak om ernæring og helse rettet mot hele befolkningen og spesielle grupper
- Legge til rette for sunne mattilbud på arbeidsplassen, i skole og barnehage
- Vurdere tiltak for å bedre tilgjengelighet, mangfold og kvalitet i matvareproduksjonen,

samt se nærmere på pris- og avgiftsvirkemidler

- Vurdere tiltak knyttet til kosthold og helse som en del av utdanningstilbudet til helsepersonell, lærere og andre relevante yrkesgrupper
- Styrke klinisk ernæring i helsetjenesten: i svangerskapsomsorgen, ved helsestasjonene, i skolehelsetjenesten, pleie- og omsorgstjenesten, hos allmennlegene/fastlegene og i spesialisthelsetjenesten. En særlig utfordring ligger i å finne gode organisatoriske løsninger for forankring av ernæringskompetanse i kommunene
- Forske på tiltak for å fremme et sunt kosthold inklusive hva som har effekt i forhold til å endre atferd
- Undersøke regelmessig kosthold og kostholdsrelaterte helse- og sykdomsindikatorer i befolkningen

3.1.5. *Tobakk*

At røyking kan øke risikoen for type 2-diabetes har vært kjent siden 1980-tallet, og dokumentasjonen på denne sammenhengen øker. Generelt har tobakksbruk en svært negativ innflytelse på helsetilstanden og er en kjent risikofaktor for å utvikle sykdom. En tobakksforebyggende politikk må rettes inn mot å redusere antall dagligrøykere, begrense rekruttering av nye røykere og hindre passiv røyking. Det er et nasjonalt mål at andelen unge røykere skal halveres i løpet av fem år (2003-2007). Den langsiktige visjonen er en røykfri ungdomsgenerasjon. Det

finnes flere tilbud innen røykeavvenning, blant annet Røyketelefonen, opplæring av kursledere og røykeavvenningskurs. Det vises også til *Nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet 2006-2010*. Det er ønskelig at det fremover skal satses sterkere på tobakkskadeforebyggende arbeid i helsetjenesten, herunder:

- Styrke helsetjenestens rolle og engasjement i røykeavvenning
- Gjennomføre opplæring av relevant helsepersonell i svangerskapsomsorgen og i helsestasjons- og skolehelsetjenesten

3.1.6. Høyrisikostراتيجier i forebyggingsarbeidet

Å identifisere personer med høy risiko for å utvikle type 2-diabetes er fordelaktig i et folkehelseperspektiv. Dette kan være personer med nedsatt glukosetoleranse eller personer med overvekt eller fedme.

Primærhelsetjenesten er en viktig arena for de fleste høyrisikostراتيجier, siden de aktuelle personene ofte vil bli fanget opp her.

Allmennlegetjenesten/fastlegene vil derfor spille en viktig rolle i den første oppfølgingen. Det faglige opplegget for *Grønn resept* vil ofte kunne brukes også overfor denne målgruppen, og de samme oppfølgingsaktivitetene er relevante. Vektreduksjon vil gjerne stå sentralt. Lavterskeltilbud innen folkehelsearbeidet med vekt på blant annet fysisk aktivitet og tilgang til kostveiledning er aktuelle tiltak. Behov for å styrke kostveiledning i regi av helsetjenesten vil bli vurdert i den nye handlingsplanen for kosthold i befolkningen.

Utforming av lokale tilbud bør også ses i sammenheng med tilgang til lærings- og mestringssentre. Det kan være behov for å vurdere behovet for ulike livsstils- og lavterskeltilbud under ett.

En av de viktigste oppgavene for den nye koordineringsfunksjonen i Sosial- og helsedirektoratet blir å utarbeide en høyrisikostراتيجi som både inkluderer generelle tiltak og tiltak rettet mot individer. Dette arbeidet må integreres i budsjettprosessene.

Foruten allmennleger, helsestasjons- og skolehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, kan eldresentre, bedriftshelsetjenesten og apotekene være viktige arenaer for å informere om risikofaktorer og gi råd om forebyggende tiltak. Norges Diabetesforbund kan også være en viktig bidragsyter med informasjon om risikofaktorer og symptomer blant annet gjennom diabetes.no, veiledningstjenesten Diafonen og annen informasjonsvirksomhet.

3.1.7 Partnerskap for lokalt folkehelsearbeid

Regjeringen vil styrke forebygging i vid forstand, og legger vekt på politisk styring og partnerskap med alle byggende krefter i fylker og kommuner. Målet er å fremme helse og livskvalitet for den enkelte. Regjeringen følger derfor opp St.meld. nr 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge* som legger føringer for folkehelsearbeidet og gir det en sterkere lokal og demokratisk forankring.

I 2004 ble det etablert en midlertidig stimuleringsordning for fylker og

kommuner for å utvikle en varig "infrastruktur" for folkehelsearbeidet. Fylkeskommunene har som regional utviklingsaktør tatt lederrollen i regionale partnerskap for folkehelse hvor blant annet regionale statsetater, regionale helseforetak, høyskoler og frivillige organisasjoner deltar.

Statlig stimulering forutsetter at fylker og kommuner bidrar med egne

ressurser og at arbeidet forankres i det fylkeskommunale og kommunale plansystemet. Midlene skal i hovedsak gå til å styrke og støtte opp om et helhetlig folkehelsearbeid i kommunene. Utvikling av lavterskeltilbud med tanke på endring av helseatferd er aktuelle tiltak. Hittil er 16 fylker og et stort antall kommuner i disse fylkene inkludert. Målet er at alle fylker og kommuner skal omfattes av denne satsingen.

3.2. Diagnostisering

Nasjonale målsettinger

- Utvikle metoder og rutiner for å identifisere personer med høy risiko for å utvikle type 2-diabetes
- Redusere andelen av personer med udiagnostisert type 2-diabetes

Planlagte/iverksatte tiltak

- Understøtte videre implementering av Norsk selskap for allmennmedisins (NSAM) handlingsprogram for diabetes i allmennpraksis
- Utarbeide og sette i verk nasjonale faglige retningslinjer for diagnostisering og behandling av diabetes i spesialisthelsetjenesten

Tiltak som skal vurderes

- Vurdere tiltak for å stimulere allmennleger inklusive leger som arbeider i helsestasjons- og skolehelsetjenesten og bedriftshelsetjenesten til å gjøre seg kjent med NSAMs handlingsprogram for diabetes i allmennpraksis
- Vurdere tiltak for å stimulere til kompetanseutvikling blant personellet ved legekontorer, i bedriftshelsetjenesten, helsestasjons- og skolehelsetjenesten m.fl., slik at de blir oppmerksomme på og kan arbeide videre i forhold til tegn hos personer som kan være i risikozonen for å utvikle type 2- diabetes

I denne strategien holdes de nasjonale målsettingene for diagnostisering og behandling atskilt, selv om de i praksis er forbundet med hverandre. Dette gjøres fordi svært mange personer sannsynligvis har uoppdaget type 2-diabetes, og fordi tidlig diagnose og rask oppstart av behandling i vesentlig grad bidrar til å forhindre og utsette alvorlige senkomplikasjoner. Det vises også til at mange har nedsatt toleranse

for glukose og dermed ligger på grensen til å utvikle slik diabetes, jf. en helseundersøkelse utført av HUNT forskningscenter⁹.

⁹ Midthjell, Platou C, Skrove A. Urovekkende høy forekomst av uoppdaget type-2-diabetes og nedsatt glucosetoleranse hos voksne i Nord-Trøndelag. Norsk Epidemiologi 2005;15 (Supplement1), 30. Også sitert i artikkelen "Flere diabetikere enn antatt", publisert på Nasjonalt folkehelseinstituttets nettsider www.fhi.no

Primærhelsetjenesten er sentral i diabetesomsorgen på flere områder: for primærforebygging, for å oppdage tegn på sykdom og identifisere personer i risikozonen, for å sette i gang behandling, oppfølging og for forebygging av senkomplikasjoner. Allmennlegene tar imot pasienter med et bredt spekter av symptomer og sykdommer, og de fleste har ikke tegn på alvorlig sykdom. Dette gjelder også personer med type 2-diabetes som kan ha få symptomer i en tidlig fase.

Risikofaktorer for å utvikle type 2-diabetes har lenge vært kjent, men systematisk kartlegging av slike faktorer hos enkeltindivider gjøres i liten grad i Norge. Metoden som anvendes ved diagnostisering er imidlertid vel utprøvd og etablert. I denne sammenheng vises det til Norsk selskap for allmennmedisins (heretter NSAM) handlingsprogram for diabetes i allmennpraksis, jf. omtale under punkt 3.3.

I NSAMs handlingsprogram/kliniske retningslinjer anbefales ikke generell screening på diabetes. Det legges imidlertid vekt på at aktiv leting bør foretas på vide indikasjoner i primærhelsetjenesten. Mange land har utarbeidet nasjonale planer for forebygging, forskning og behandling av diabetes; blant annet Finland, Danmark, Østerrike, Storbritannia, Australia og Tyskland. I Finland pågår det for perioden 2000 – 2010 et omfattende utviklingsprogram for forebygging og behandling av diabetes, hvorav et program for forebygging av type 2-diabetes. Sistnevnte omfatter blant annet en strategi for å identifisere personer som er i risikozonen for å

utvikle type 2-diabetes. Et verktøy i denne sammenheng er et skjema for å beregne grad av risiko for å utvikle type 2-diabetes. Risikovurderingsskjemaet er også tatt i bruk av NSAM som en del av de kliniske retningslinjene knyttet til diagnostisering. Risikofaktorene som kartlegges er knyttet til alder, vekt, kroppsmasseindeks, livvidde, fysisk aktivitet, inntak av frukt/grønnsaker, bruk av blodtrykkssenkende medikamenter, blodsukkerverdi og forekomst av diabetes i familien.

Ved å stimulere leger i primærhelsetjenesten til å gjøre seg kjent med NSAMs handlingsprogram og til å formidle kunnskap videre til sine medarbeidere ved legekontoret, helsestasjonen, skolen, bedriftshelsetjenesten m.fl., vil større oppmerksomhet kunne bli rettet mot personer i høyrisikogrupper. Når personer oppsøker eller er innkalt til legekonsultasjon eller bedriftshelsetjeneste, gjerne av helt andre årsaker enn mistanke om at de har type 2-diabetes, vil helsepersonellet ha et bedre grunnlag for eventuell oppfølging/informasjon om livsstiltak etc. Mange forebyggende diabetesspesifikke tiltak vil være felles med behandlingssopplegget for personer med type 2-diabetes (jf. punkt 3.1.6 Høyrisikostrategier i forebyggingsarbeidet). Oppfølging kan også være tiltak for å identifisere personer med udiagnostisert type 2-diabetes.

Mange av dem som utvikler type 2-diabetes er eldre mennesker. Eldresentrene er derfor en potensiell arena for å identifisere hjelpebehov,

forutsatt at personalet får nødvendig opplæring.

3.3. Behandling og sekundærforebygging

Nasjonale målsettinger

- Behandling og sekundærforebygging av diabetes skal være hensiktsmessig organisert, ha høy kvalitet og være likeverdig tilgjengelig
- Det skal sikres rasjonell og hensiktsmessig samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten
- Sikre tilfredsstillende sekundærforebyggende tiltak for personer med diabetes mellitus

Planlagte/iverksatte tiltak

- Sikre god livsstilsveiledning til personer med type 2-diabetes
- Følge opp og videreutvikle ordningen med Grønn resept
- Understøtte videre implementering av NSAMs Handlingsprogram for diabetes i allmennpraksis
- Utarbeide og implementere faglige retningslinjer for diagnostisering og behandling av diabetes i spesialisthelsetjenesten
- Understøtte videre implementering av NOKLUS Diabetesprofil
- Sikre at *Retningslinjer for svangerskapsomsorgen* tas i bruk
- Sikre faglig oppdatert og god klinisk kunnskap om diabetesbehandling ved bruk av nasjonale medisinske kvalitetsregistre hos barn og voksne
- Utarbeide helhetlige strategier for utvikling av lokalsykehusfunksjonen og utvikle sammenhengende behandlingsskjeder mv, jf. bestillerdokumentene for 2005 og 2006

Tiltak som skal vurderes

- Vurdere organisering og behov for å styrke ordningen med tverrfaglige diabetesteam

3.3.1. Behandling

Tidlig diagnostisering, god behandling og sekundærforebygging gjør at personer med diabetes mellitus får bedre livskvalitet, et lengre liv og færre senkomplikasjoner. De viktigste elementene i behandlingen er pasientopplæring, egenkontroll og medikamenter. Ved type 2-diabetes klarer mange å kontrollere blodsukkeret tilfredsstillende med legemidler i tablettform og livsstilstiltak. Senere i sykdomsforløpet vil en økende

andel være avhengig av tilførsel av insulin. Omtrent 60 000 mennesker bruker insulin i Norge i dag¹⁰. For personer med type 2-diabetes er egnet kosthold, fysisk aktivitet og røykfrihet også viktig. Egeninnsats og evnen til å ta vare på seg selv er av avgjørende betydning for sykdomsforløpet både for personer med type 1-diabetes og type 2-diabetes.

¹⁰ Tidsskr. Nor Lægeforen. nr 6, 2006;126-128.

80-90 prosent av barn og unge med type 1-diabetes går til kontroll ved barnepoliklinikker i spesialisthelsetjenesten, mens voksne som går til kontroll i spesialisthelsetjenesten i hovedsak følges opp ved indremedisinske poliklinikker. De fleste med type 2-diabetes går til kontroll hos allmennlege/fastlege. Mange med diabetes har sammensatte og kompliserte sykdomsbilder eller de har utviklet senkomplikasjoner. Disse vil kunne trenge oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. Her vil ofte tverrfaglig oppfølging, for eksempel i tverrfaglige diabetesteam være viktig, jf. omtale under punkt 3.4.2. For behandling og oppfølging av diabetespasienter er det vesentlig at samhandlingen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten fungerer godt.

For denne pasientgruppen vil deler av lovverket være særlig betydningsfulle. Diabetespasienter med behov for langvarige og koordinerte sosial- og helsetjenester har - dersom de selv ønsker det - rett til å få utarbeidet en *individuell plan*,¹¹ Individuell plan skal bidra til at pasienten får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Pasienten har rett til å delta i utforming av sin individuelle plan og det skal legges til rette for dette.

Alle pasienter har rett til *medvirkning* under gjennomføringen av behandlingen, herunder rett til å

¹¹ jf. pasientrettighetsloven § 2-5, sosialtjenesteloven § 4-3a, kommunehelsetjenesteloven § 6-2a, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 og forskrift om individuell plan § 4.

medvirke ved valg mellom, og gjennomføring av, tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder, jf. pasientrettighetsloven § 3-1. Reell brukermedvirkning forutsetter at pasienten oppfattes som en premissleverandør for å få til en god behandlingsprosess og at vedkommende gis tilstrekkelig og tilrettelagt informasjon om sykdom og behandling.

Sykehuset skal også utpeke *en pasientansvarlig lege* så snart som mulig etter innlegging eller poliklinisk forundersøkelse, med mindre dette ikke er klart unødvendig, jf. forskrift om pasientansvarlig lege¹² § 3, jf. spesialisthelsetjenesteloven¹³ § 3-7. Den pasientansvarlige legen skal være pasientens faste medisinsk-faglige kontaktpunkt under sykehusoppholdet, jf. forskriften § 4.

3.3.2. Sekundærforebygging

Med sekundærforebygging forstås behandling av personer som har fått diagnosen diabetes mellitus, for å hindre at disse utvikler senkomplikasjoner av sykdommen.

Mat- og drikkevaner og grad av fysisk aktivitet har stor betydning for blodsukkerreguleringen og for utvikling av senkomplikasjoner hos type 2-diabetikere. Det er derfor viktig at personer i risikozonen og de med nyoppdaget type 2-diabetes får individuelt tilpasset veiledning om kosthold og mosjon. Ordningen med

¹² Forskrift 1. desember 2000 nr. 1218 om pasientansvarlig lege m.m

¹³ Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m

Grønn resept skal stimulere allmennlegene til mer veiledning om kosthold og fysisk aktivitet blant annet gjennom en egen takst, og dessuten minske bruken av medikamenter. Hensikten er å forsøke å vri fokus *fra* medikamenter *til* egeninnsats og hjelp til å legge om livsstilen når dette er medisinsk-faglig forsvarlig. Samtidig ser man at kombinasjonen medikamentell behandling og livsstilstiltak, fysisk aktivitet og kosthold, i mange tilfeller er avgjørende for godt resultat for type 2-diabetikerne.

Ordningen med Grønn resept omfatter to elementer; takst i henhold til normaltariffen for leger og faglig veiledningsmaterieell til bruk ved konsultasjonen og til oppfølging av pasienten i form av et individuelt tilpasset opplegg for kosthold og/eller fysisk aktivitet. Takst for grønn resept ble under takstoppgjøret i 2003 avgrenset til diagnosene høyt blodtrykk og type 2-diabetes. Taksten utløses kun når grønn resept forskrives som alternativ til medisiner. Det er imidlertid viktig å påpeke at det faglige veiledningsmateriellet for legen og forskrivning av grønn resept kan brukes overfor *alle* pasienter med livsstilsrelaterte sykdommer som vurderes å ha nytte av livsstilsveiledning. Ordningen er under utvikling og evaluering. Første del av evalueringen, som ble gjennomført første halvår 2005, omhandlet legens oppfatninger og erfaringer med ordningen. Evalueringen avdekker en del svakheter ved ordningen. Det er også behov for å videreutvikle det faglige verktøyet som legen bruker.

Det pågår arbeid med å prøve ut ulike typer oppfølgingsopplegg for pasienter som har fått forskrevet grønn resept. Dette er ment å være et oppfølgingstilbud som pasienter kan henvises til – enten i regi av frivillige organisasjoner og/eller i regi av private aktører i samarbeid med fastlegen/andre deler av helsetjenesten. Denne utprøvingen foregår i flere kommuner i fire fylker. Evalueringen vil gi grunnlag for å vurdere hvordan oppfølgingen skal være for å bli best mulig for pasienten.

3.3.3. *Oppfølging av gravide med diabetes*

Gravide med diabetes eller som har risiko for å utvikle diabetes må følges gjennom svangerskapet. Sosial- og helsedirektoratet har utarbeidet *Faglige retningslinjer for svangerskapsomsorgen 2005*. Her anbefales jordmødre og allmennleger å sjekke om gravide i enkelte risikogrupper har diabetes. Det gjelder gravide som er eldre enn 38 år, har diabetes i nær familie, er overvektige, har hatt svangerskapsdiabetes i tidligere svangerskap eller har etnisk opprinnelse fra det indiske subkontinent eller Nord-Afrika. Sosial- og helsedirektoratet arbeider i samarbeid med Nasjonalt råd for fødselsomsorg med å implementere retningslinjene.

3.3.4. *Nasjonale faglige retningslinjer*

For å oppnå likeverdig behandling og god kvalitet på diabetesomsorgen og forebygge senkomplikasjoner, er det viktig med gode rutiner for å

systematisere kunnskap og standardisere praksis.¹⁴

NSAMs handlingsprogram for diabetes i allmennpraksis brukes i dag av ca. 52 prosent av allmennlegene. Programmet er omfattende og inneholder en rekke anbefalinger om diagnostisering, utredning, behandling, forebygging og oppfølging av personer med diabetes. Sosial- og helsedirektoratet mener at disse kliniske retningslinjene i vesentlig grad kan bidra til god systematikk i diabetesomsorgen.

Handlingsprogrammet kan også være et virkemiddel for å sikre nødvendig samhandling mellom tjenestenivåer. Med utgangspunkt i programmet kan det utarbeides prosedyrepermer for diagnostisering, utredning og oppfølging inkludert oppgave- og ansvarsfordeling mellom yrkesgrupper og tjenestenivåer. Det forutsettes at direktoratet, i samarbeid med NSAM og andre aktører, arbeider for at handlingsprogrammet implementeres hos alle allmennleger.

I arbeidet med handlingsprogrammet samarbeider NSAM tett med Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus (heretter NOKLUS)¹⁵. NOKLUS' hovedformål er å arbeide for å bedre kvaliteten på laboratorievirksomheten utenfor sykehus. NOKLUS har i

¹⁴ I utredningen fra Sosial- og helsedirektoratet vises det til undersøkelser om kvaliteten på diabetesomsorgen i allmennlegetjenesten. De konkluderer med at: "Det er grunn til å tro at det er betydelige variasjoner i behandlingskvaliteten mellom de forskjellige legekantor."

¹⁵ NOKLUS er en samarbeidsordning mellom departementet og Den norske lægeforening, og finansieres gjennom Legeforeningens kvalitetsforbedringsfond III som får avsatt midler gjennom de årlige normaltariiforhandlingene.

samarbeid med NSAM laget et elektronisk diabetesskjema som er basert på handlingsprogrammet. Skjemaet med veiledning er et vedlegg til elektronisk pasientjournal og fungerer som sjekklister for nødvendige tiltak. I skjemaet kan allmennlegen registrere laboratoriedata, eventuelle komplikasjoner og igangsatte tiltak. Elektronisk diabetesjournal anses for å være et nyttig verktøy for å sikre nødvendig oppfølging av pasienten og for å påse at det foretas årlige kontroller.

Det er vesentlig med en helhetlig og systematisk oppfølging av personer med diabetes mellitus på grunn av sykdommens kompleksitet. Sosial- og helsedirektoratet er derfor pålagt å utarbeide faglige retningslinjer for diagnostisering, behandling og oppfølging av denne pasientgruppen i spesialisthelsetjenesten. Dette må foregå i samarbeid med berørte miljøer.

3.3.5. *Kvalitetssikring*

Det er dokumentert at systematisk oppfølging av personer med diabetes gir bedre behandlingsresultat¹⁶. Det elektroniske diabetesskjemaet som er basert på NSAMs handlingsprogram, er også grunnlaget for et delprosjekt under NOKLUS Klinikk, *NOKLUS Diabetesprofil*. Diabetesprofilen baserer seg på utfylling av det elektroniske diabetesskjemaet. Foruten installering av programvaren med brukerveiledning og brukerstøtte, omfatter prosjektet tilbakemelding til allmennlegene om

¹⁶ Gaede, P. et al. (2003) Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. In New England Journal of Medicine Jan 30;348(5):383-93.

status og måloppnåelse for egne diabetespasienter. Det kan for eksempel være hvor stor andel som får utført fotundersøkelse, eller hvor stor andel som når behandlingsmålet for langtidsblodsukker (HbA1c) eller blodtrykk. Slik kan den enkelte lege følge diabetespasientene over tid og se effekten av oppfølgingstiltakene. Det vil også bli gitt tilbakemelding der legens egne pasientdata er sammenstilt med andre kollegers data. I tillegg blir det utviklet pedagogisk materiale til bruk i kollegagrupper og etterutdanning der målet er å bedre praksis. Per mai 2006 er det elektroniske diabeteskjemaet installert i ca. 140 allmennlegepraksiser. NOKLUS har sendt invitasjon til alle allmennleger og har som mål at alle allmennleger skal bli med i *NOKLUS Diabetesprofil*. Dette er også et ledd i forberedelsen til et diabetesregister for voksne som vil være et viktig hjelpemiddel for å bedre omsorgen.

Kunnskapsutvikling og kompetanseheving innen diabetesområdet må være en kontinuerlig prosess. Helse Øst RHF og Helse Vest RHF etablert nasjonale medisinske kvalitetsregistre for

diabetessykdommer hos henholdsvis barn og voksne. Et register for diabetessykdommer hos barn er etablert ved Helse Øst RHF. NOKLUS har fått i oppdrag av Helse Vest RHF å opprette og drifte registeret over voksne pasienter. Registeret skal få data fra de elektroniske diabetesskjemaene.

Forskning basert på pasientdata i registeret vil ha vesentlig betydning for kvalitetsforbedring av pasientbehandlingen og for utforming av helsepolitikken. For å legge forholdene bedre til rette for slike prosesser, er det satt i gang arbeid for å gjøre Norsk pasientregister personidentifiserbart. Per i dag brukes data fra registeret primært som beslutningsgrunnlag for administrasjon og finansiering av spesialisthelsetjenesten. Personidentifiserbart pasientregister vil utvide bruksområdet til å omfatte epidemiologisk og klinisk forskning og danne grunnlag for sykdoms- og kvalitetsregistre. Endringsforslagene ble lagt frem i Ot.prp. nr.49 (2005-2006) *Om lov om endringer i helseregisterloven (norsk pasientregister)*.

3.4. Rehabilitering

Nasjonale målsettinger

- Rehabiliteringstilbudet skal styrkes
- Bedre samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten

Planlagte/iverksatte tiltak

- Nasjonal strategi for å styrke helse- og sosialtjenestens del av rehabiliterings- og habiliteringstilbudet (rehabiliteringsplanen)
- Oppfølging av NOU 2005: 3 *Fra stykkevis til helt*
- Gjennomføre *Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2008*
- Iverksette den nasjonale strategien for IT utvikling *Samspill 2007*

Tiltak som skal vurderes

- Vurdere organisering og styrking av ordningen med tverrfaglige diabetesteam, herunder å vurdere ulike modeller for diabetesteam og behov for etablering av en fast kontakt mellom diabetesteamene og primærhelsetjenesten

3.4.1. Rehabilitering

Rehabilitering kan defineres som "tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best moglege funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet"¹⁷. Rehabilitering omfatter med andre ord både opptrening av fysiske funksjoner og ferdigheter, psykisk mestring og sosial tilpassing for eksempel i skole og arbeidsliv. På diabetesområdet omfatter rehabilitering både opplæring i å mestre rollen som kronisk syk, og å kunne mestre situasjonen best mulig etter en eventuell senkomplikasjon som for eksempel fotamputasjon eller blindhet. Å mestre en kronisk sykdom faller inn under arbeidsområdet til Lærings- og meistringssentrene. En samlet strategiplan for rehabilitering er under utarbeidelse. Det er et mål at rehabiliteringsbehovene på diabetesområdet blir identifisert og tatt inn i den samlede strategiplanen.

3.4.2. Diabetesteam

God diabetesomsorg krever flerfaglig tilnærming og nært samarbeid mellom faggruppene. Erfaringer med tverrfaglige diabetesteam er gode. Mange sykehus har etablert diabetesteam med lege og sykepleier. Noen team har også klinisk

ernæringsfysiolog, fysioterapeut, psykolog og fotterapeut. Noen har også fast kontakt med øyelege. For å styrke samhandlingen mellom tjenestenivåene bør flerfaglige team ved poliklinikkene ha kontaktpunkter i kommunehelsetjenesten, for eksempel innen hjemmesykepleien eller med fastlegene. Aktuelle oppgaver for hjemmesykepleien, foruten å følge opp den medisinske behandling, kan være å forebygge diabetiske fotsår, drive kostholdsveiledning og øke kunnskapen om fordelene ved fysisk aktivitet. Fastlegene bør kunne inngå i et nettverk med ressurspersoner ved poliklinikken.

Videre utvikling av ulike varianter av diabetesteam og modeller for samhandling vil være viktig for å bedre det samlede tjenestetilbudet.

3.4.3. Samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten

For personer med en kronisk sykdom som diabetes mellitus er det svært viktig at samarbeidet mellom tjenestenivåene fungerer slik at tjenestetilbudet er sammenhengende og helhetlig. Det gjelder særlig for pasientgrupper med sammensatte sykdomsbilder og helseutfordringer, f. eks. barn og unge og personer med tilleggsdiagnoser (punkt 1.6). Vellykkede behandlingsopplegg er avhengig av god koordinering mellom faggrupper og mellom helsetjenestenivåene.

¹⁷ St.meld. nr 21 (1998-1999) Ansvar og meistring. Mot ein heilskapeleg rehabiliteringspolitikk

Arbeidet for bedre samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten er en omfattende problemstilling, og flere aktiviteter er nødvendig. Blant annet er de regionale helseforetakene pålagt å iverksette helhetlige strategier for tettere samarbeid med primærhelsetjenesten. Videre skal de arbeide for å desentralisere deler av spesialisthelsetjenesten, herunder utvikle lokalsykehusfunksjoner og utarbeide behandlingsskjeder. Det er også utarbeidet forslag til nye organisatoriske samarbeidsløsninger innad og mellom tjenestenivåene¹⁸. Helse- og omsorgsdepartementet arbeider med å utvikle et overordnet avtalesystem mellom stat og kommunesektor og i tillegg kommer oppfølging av avtaler mellom helseforetak og kommuner. Systematisk bruk av pasienterfaringer vil være en sentral del av avtalesystemet. Målet er bedre rammebetingelser for samhandling mellom første- og annenlinjetjenesten. Dette er et ledd i oppfølgingen av NOU 2005: 3 *Fra stykkevis til helt*. Arbeidet med å styrke samhandling vil bli fulgt opp gjennom de ordinære beslutningssystemer.

I de senere årene er det satt i gang prosesser for at IKT skal kunne brukes på en bedre måte for å ivareta samhandling i helse- og sosialtjenesten. Det gjelder blant annet *Samspill 2007*, som er den nasjonale strategien for IT-utvikling i helse- og sosialsektoren for perioden 2004-2007. Sosial- og helsedirektoratet leder arbeidet med strategien som har to hovedsatsinger;

God informasjonsflyt og Elektronisk samarbeid med nye aktører. Strategien skal prioritere helhetlig og veldefinert informasjonsgrunnlag, Norsk helsenett, informasjonssikkerhet, elektroniske pasientjournaler og konsolidere utbredelse av elektronisk meldingsutveksling, fagstøtte og kunnskapskilder. Viktige satsingsfelt for elektronisk samarbeid er involveringen av pasienter/brukere og pårørende, elektroniske resepter til apotekene og forskrivningsstøtte og elektronisk samarbeid mellom kommunal helse- og sosialtjeneste og spesialisthelsetjenesten. Det skisseres også et kommuneprogram for elektronisk samarbeid som skal gi tettere og bedre samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

3.4.4. *Psykisk helse*

Å ha diabetes mellitus kan oppleves som en tung byrde. Mange sliter med psykiske følgetilstander som spiseforstyrrelser, vansker med å mestre rollen som kronisk syk og tvangslidelser. En god og helhetlig diabetesomsorg må også ha nødvendig fokus på pasientens psykiske helse. Å styrke tilbudet innen psykisk helse, herunder gjennomføre *Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2008*, er en prioritert oppgave.

¹⁸ Samhandling mellom kommunale helse- og omsorgstjenester/fastlegeordningen og spesialisthelsetjenesten, Sluttrapport juni 2006: Helse- og omsorgsdepartementet.

3.5. Opplæring av pasienter og pårørende

Nasjonale målsettinger

- Personer med diabetes og deres pårørende skal tilbys tilstrekkelig opplæring
- Gravide med diabetes skal sikres kvalitetsmessig god oppfølging i svangerskapet under fødselen og i barselperioden

Planlagte/iverksatte tiltak

- Videreutvikle opplæring for personer med diabetes og deres pårørende blant annet ved Lærings- og mestringssentre

Diabetes er en av de kroniske sykdommene hvor god egenbehandling er en forutsetning for vellykket behandling. Egenbehandling krever god innsikt i egen sykdom og forutsetter nødvendig opplæring. Opplæring av pasienter og pårørende en av sykehusenes hovedoppgaver – i tillegg til behandling, utdanning og forskning (spesialisthelsetjenesteloven § 3-8).

De regionale helseforetakene er pålagt å iverksette tiltak for opplæring av pasienter og pårørende i alle helseforetak (styringsdokumentet for 2004 og bestillerdokumentet for 2005). Det har blant annet ført til at det nå finnes mer enn 35 lærings- og mestringssentre¹⁹, og disse tilbyr til sammen om lag 40 opplæringstilbud til personer med diabetes mellitus. For å understøtte den gode utviklingen pålegges de regionale helseforetakene å sikre at det finnes tilfredsstillende sekundærforebyggende tiltak for de store sykdomsgruppene (bestillerdokumentet for 2006). Det inkluderer personer med diabetes. I tillegg tilbys pasientene individuelle konsultasjoner med helsepersonell hvor kontroll av sykdomsforløpet, gjensidig

informasjonsutveksling og opplæring inngår.

Gjennom NOKLUS arbeides det med kvalitetssikring av utstyr for egenmåling av blodsukker og kvalitetsforbedring av blodsuktermålingen hos personer med diabetes. Undersøkelser NOKLUS har utført, viser at under halvparten av de som utfører egenmåling av blodsukker får opplæring i dette. Det er behov for et organisert opplegg for slik opplæring som inkluderer kontroll av måleutstyr, utførelse og tolking av prøvesvar. Dette kan eventuelt NOKLUS bidra til.

Frivillig sektor er en ressurs for diabetesrammede og deres pårørende. Norges Diabetesforbund bistår blant annet med informasjon, gode råd og praktisk hjelp og støtte. Regjeringens generelle holdning er at frivillig sektor på mange områder er viktige bidragsytere og et ønsket supplement til offentlige tjenester. Regjeringen vil derfor legge til rette for at frivillig sektor fortsatt skal ha gode vilkår for å yte ikke-kommersielle tjenester, også på diabetesområdet.

¹⁹ Per april 2006.

3.6. Personell – kapasitet og kompetanse

Nasjonale målsettinger

- Utvikle gjeldende systemer for dimensjonering av, og innholdet i grunnutdanning, turnustjeneste, videreutdanning og etterutdanning for å sikre tilstrekkelig kapasitet og adekvat kompetanse hos helsepersonell på alle nivåer i diabetesomsorgen

Planlagte/iverksatte tiltak

- Det er i 2006 stilt krav til de regionale helseforetakene om å sørge for kvantitativt riktig og kvalitativt godt tilbud i utdanning og kompetanseutvikling for helsepersonell som har helseregionene som praksisarena eller arbeidssted
- Stille krav om å opprettholde og etablere riktig antall utdanningsstillinger for leger under spesialisering
- Det er i 2006 stilt krav til de regionale helseforetakene om å planlegge videreutdanning av personellet for å møte nåværende og fremtidige utfordringer

Helsetjenestens viktigste ressurs er personellet. Pasientene er helt avhengige av personellens empati, evne til kommunikasjon, kompetanse og ferdigheter. Vedlikehold og videreutvikling av relevant kompetanse er derfor en nøkkelfaktor i kvalitetssikringen av pasientbehandlingen.

Den medisinske og teknologiske utviklingen innebærer et kontinuerlig behov for å vedlikeholde kompetansen slik at kvaliteten på tjenestene og yrkesutøvelsen hele tiden er forsvarlig. Dette ansvaret påhviler alle virksomheter som tilbyr helsetjenester i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det er også et ansvar for det enkelte helsepersonell, enten de driver selvstendig eller er ansatt i helsetjenesten²⁰.

Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling har ansvar for å

følge utviklingen i legemarkedet, og gir blant annet råd til Helse- og omsorgsdepartementet om behov for å opprette utdanningsstillinger og overlegestillinger innen de ulike spesialitetene i hver region²¹.

Flere av de store yrkesgruppene har etablert videre- og spesialistutdanning som omfatter diabetes mellitus. Norsk Sykepleierforbund tilbyr mulighet for fordypning innen diabetesområdet for sykepleiere som ledd i en generell spesialutdanning. I tillegg er det etablert en videreutdanning ved Høgskolen i Bergen innen diabetes. Siden 2001 har om lag 80 studenter gjennomført denne utdanningen. I 1984 ble det etablert en utdanning innen endokrinologi som er en subspecialitet under spesialiteten indremedisin. Per i dag er om lag 80 leger godkjente spesialister på dette fagområdet. Spesialistutdanningen i allmenntidmedisin har årlige kurs i diabetes som er godkjent som del av

²⁰ Jamfør kommunehelsetjenesteloven §§ 1-1, 2-1 og 6-3, spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-2- og 3-10, og helsepersonelloven §§ 4 og 16.

²¹ Jamfør forskrift om spesialistgodkjenning av helsepersonell § 5, jf spesialisthelsetjenesteloven § 4-2.

resertifiseringsordningen. Videre finnes det utdanninger med mer spesialisert kunnskap, herunder kliniske ernæringsfysiologer og foterapeuter med fordypningskurs i diabetes.

Jevnlig kompetanseutvikling er også nødvendig. Norges Diabetesforbund er

en viktig bidragsyter på dette området blant annet gjennom fagkonferansen *Diabetesforum*. Den arrangeres annet hvert år, har et tverrfaglig program og trekker flere hundre deltakere fra de fleste relevante yrkesgrupper.

3.7. Forskning og utvikling

Nasjonale målsettinger

- Styrke forskningen på diabetes

Planlagte/iverksatte tiltak

- Styrke forskningen i de regionale helseforetakene
- Styrke forskningen som finansieres av Norges forskningsråd på kroniske sykdommer, inkludert diabetes mellitus

Forskning på diabetes er viktig for å bygge opp kunnskapsgrunnlaget for å møte utfordringene på diabetesområdet på en best mulig måte. Dette omfatter blant annet forskning på forebyggende tiltak, epidemiologisk forskning, helsetjenesteforskning og klinisk pasientrettet forskning. Styrking av forskning på helse er fremhevet som et nasjonalt mål²². Samtidig har Norge i dag en lavere forskningsinnsats innenfor medisin og helsefag enn land det er naturlig å sammenligne oss med.

Diabetesforskning foregår i regi av de regionale helseforetakene, ved universitetene og ved Nasjonalt folkehelseinstitutt. Det forskes blant annet innen forebygging, basalfag, kliniske fag og epidemiologi. Nasjonalt folkehelseinstitutt har for eksempel iverksatt forskningsprosjekter for å identifisere miljømessige faktorer som forårsaker type 1-diabetes.

Det er behov for å styrke forskning som sikrer overføring av kunnskap mellom grunnforskning og klinisk forskning (translasjonsforskning) – og integrering av kunnskap i klinisk praksis. Her er de regionale helseforetakene tillagt et særskilt ansvar. I tillegg arbeides det med å finne en struktur for hvordan fagutvikling og forskning innen allmenntmedisin på allmenntmedisinens egne premisser kan organiseres og finansieres. Sosial- og helsedirektoratet vil høsten 2006, i samarbeid med universitetene og Den norske lægeforening, starte planlegging med tanke på å etablere fire allmenntmedisinske forskningsenheter.

Det vises også til at etablerte medisinske kvalitetsregistre innen diabetesområdet vil være et viktig bidrag for å styrke kunnskapsutviklingen på området. Samlet sett vil dette være et vesentlig bidrag til økt forskningsaktivitet om diabetes.

²² Jf St. meld. nr 20 (2004-2005) *Vilje til forskning* og Soria Moria erklæringen

I Norges forskningsråds forskningsprogrammer for perioden 2006-2010 styrkes forskningen på personer med kroniske sykdommer, herunder diabetes mellitus. Dette inkluderer både epidemiologisk forskning på forebygging og årsaker til kroniske sykdommer i *Program for folkehelse*, og pasientrettet klinisk forskning både i primær- og spesialisthelsetjenesten gjennom *Program for klinisk forskning*. Pasientforløp og samhandling mellom tjenestenivåene er viktig for personer med diabetes, og er et særskilt satsingsområde i nytt program for *Helse- og omsorgsforskning*. Dette programmet skal også bidra til å styrke den helseøkonomiske forskningen i Norge.

I frivillig sektor arbeider Norges Diabetesforbund for mer diabetesforskning i Norge gjennom blant annet å være arrangør av nasjonale konferanser for forskere og stipendiater som arbeider med diabetes. Gjennom disse konferansene bygges det verdifulle nettverk og kompetanse som er viktig i det videre arbeidet.