

# Referat fra arbeidsgruppemøte 12. april 2010

Møtested: Helse Midt-Norge, Stjørdal

Til stede: Hege Sandsengen, Sølvi Olsvik, Torstein Baade Rø, Brit Haugdahl, Leif Vonen, Kristin Hunstad, Guri Wist, Eva Kvendbø, Kristian Fougner, Magnus Strømme

## Oppdaterte regionale epidemiologiske data

Unni fra Styringsgruppen var innom i møtets første minutter og orienterte om at Arbeidsgruppen vil få oppdaterte epidemiologiske data fra HUNT-3.

## SharePoint

Magnus redegjorde for SharePoint, et web-basert lukket forum til hjelp i skriveprosessen videre. Pr i dag har vi ennå ikke blitt lagt til som brukere i mediet. Arbeidsgruppens deltakere vil om kort tid motta en epost med brukernavn og passord. Magnus vil skrive en enkel veiledning i bruk av SharePoint. Styringsgruppen vil også få tilgang.

Intensjonen er at alle bruker SharePoint i skriveprosessen videre. Løsningen gir et overblikk over rapportens helhet mens de ulike elementene tar form. De enkelte deler vil merkes med gruppedlemmers navn, noe som ikke er å forstå som et totalansvar for avsnittet, men mer et ansvar for fremdrift og prosess. Samtlige oppfordres til å lese og bidra på flest mulig av rapportens elementer. Hvis noen opplever det vanskelig å ta hjelpemiddelet i bruk, kan de kontakte Magnus for hjelp, eventuelt også sende ham tekster i Word som han legger inn.

Det ble på bakgrunn av møtet gjort noen endringer i rapportens elementer, men grunnstrukturen beholdes. Det er et poeng at samtlige utfordringer (kapittel 2) svares med et tiltak (kapittel 4).

## Status i spesialisthelsetjenesten

Kristian orienterte om tilbakemelding fra Namsos sykehus.

Torstein orienterte om tilbakemeldinger fra barneklippene i helseregionen.

De tidligste tilbakemeldingene reiser også spørsmål ved kvaliteten på data: En del av dette kan genereres fra datasystemer, mens andre data mer er kvalifiserte anslag fra klinikerne. Det er naturlig å vurdere dette nærmere i bearbeidingen av materialet. Å gå veldig omfattende ut kan svekke både svarprosent og kvaliteten på svarene.

## Status i kommunehelsetjenesten

Magnus orienterte om at han har fått inn noen kommentarer til utkastet til undersøkelsen for kommunehelsetjenesten, men at dette primært er forslag til tillegg og ikke substansielle endringer. Magnus vil prioritere å få denne ut snarest mulig. Det er vesentlig at Kristin

signerer undersøkelsen, eventuelt sammen med en annen i gruppen. Svar går direkte til Magnus. Undersøkelsen adresseres kommuneoverlegen i de enkelte kommuner, uten navn.

Kommentarer som kom frem i tilknytning til kommuneundersøkelsen var:

- Mer hensiktsmessig å bruke dobbelbegrepet fotterapeut/-pleier.
- Hvilke henvisningsmuligheter opplever kommunene å ha til psykisk helsevern?
- Fanger spørsmålene i god nok grad opp tverrfaglige kurs/LMS-kurs?
- Få frem hva som fungerer godt og hva de trenger ressurser til i kommunene.
- Kartlegge utbredelsen av Frisklivssentraler.

## Nye elementer til rapporten

I møtet fremkom en del nye og en del endrede elementer til den eksisterende strukturutkastet til handlingsplan. Følgende ble foreslått:

- **Yrkesgrupper.** Spesielle forhold knyttet til yrkesgrupper med særskilte krav til sertifisering, dreier seg ofte både om BMI og diabetesstatus (sjåførere, sjømenn).
- Det bør tenkes nytt omkring **sykepleierrollen** i denne problematikken.
- Problematikken omkring **motivasjon**, compliance og sykdomstretthet representerer et svært viktig fokus.
- Subgruppen med **spiseforstyrrelser**.
- Hva er hensiktsmessige **arbeidsmåter**/interaksjon med pasientene? Retningslinjene er veldig lite spesifikke på dette punktet.
- Generelt: Få frem alle de foreslåtte tiltakenes **kostnader**.
- Et større fokus på de frivillige – **brukerorganisasjonene**: Diabetesforbundets aktiviteter og tilbud som eksisterer, og eventuelt som kan utvikles i et samhandlingsperspektiv.
- **Brukermedvirkning**: Både på individnivå og på systemnivå.
- Generelt: Det vil være utfordrende å sette gode **resultatmål** for tiltakene om vi ikke har en tilstrekkelig god kjennskap til dagens situasjon. Hva er gode styringsmål?
- **Komplikasjoner** (avglemt): Ortopeder, øyeleger, nefrologer, fotteam, karkirurg.
- Sykdommens konsekvenser for **arbeidsførhet** og problematikken omkring ofte uklare og langvarige trykkesaker, spesielt for pasienter med redusert psykisk helse.
- **Diabeteskomplikasjoner** må inn på listen og de ulike relevante aktører i dette.

## Løse momenter fra diskusjonen

I det følgende fremgår en del av de momenter som kom frem i diskusjonen i møtet

- **Diabetesteam – hvordan forstår vi definisjonen?** Hva sier de faglige retningslinjene om dette? Hvilke krav til intern samhandling og dynamikk forutsetter vi for at noe kan kalles et team som drar vekslende på det tverrfaglige?
- **Høringsrunde.** Vi bør beramme at rapporten skal ut på en høringsrunde. Dette kan gjøres skriftlig, men en kanskje like konstruktiv måte å gjøre dette på vil være å innkalle til høringsmøter. Dette kan vurderes mot slutten av arbeidet.
- **Sykeliggjøring.** Diabetesforbundet glipper noen medlemmer som ikke ønsker å melde seg inn da de ikke anser seg som syke. Dermed går også pasientene glipp av foreningens tilbud. Dette gjelder især type 2-diabetes.
- **Ansvarsfordeling.** Det var tilløp til en fundamental diskusjon om ansvarsfordelingen mellom første- og annenlinjetjenesten. Hvorfor er det slik at det er type 1-diabetikeren

som går i annenlinje, mens type 2 i førstelinje? På mange måter representerer type 2-diabeikeren en langt mer kompleks utfordring og krav til sammensatt tverrfaglig intervensjon med tanke på mestring og livsstil. Mange opplever at denne sammensatte kompetansen ikke er tilstede i førstelinjen.

- **Prosjektskisser.** Gruppen ble minnet om muligheten til å tenke konkrete prosjekter for modellutvikling i forlengelse av arbeidet med handlingsplanen, og at dette bør skisseres i tilstrekkelig grad til at man kan søke midler for gjennomføring.
- **Diabetessykepleier.** Det var noe uenighet omkring hvorvidt kommunene bør ha diabetessykepleier, eller om det er lokalsykehuset som bør serve kommunene med denne kompetansen.
- **Kursvirksomhet.** Vil kurs kunne være et godt kompetansehevende tiltak i regionen? I så fall, hvem er målgruppen? I hvilken grad vil ett kurs kunne favne over ulike profesjoner (les: fastlegene) gitt at målgruppenes skisseres bredt? Det er mange mulige målgrupper for slike kurs, alt fra legene til hjemmetjenesten og institusjonskokker. Skal fastlegene inn i dette, er det vesentlig at kurs arrangeres som emnekurs godkjent av Legeforeningen. De mest populære teller for to dager (15 timer á 45 minutter), evt strukket ut over fire kvelder. Det er viktig at et slikt tiltak ikke blir et engangstilfelle, men arrangeres jevnlig.
- **Takster.** Flere har erfaringer med at dagens takstsystem legger føringer som kan oppleves begrensende for en hensiktsmessig pasientinteraksjon. Det kan dreie seg om at telefonkonsultasjoner er dårlig honorert eller manglende kompensering for ambulant virksomhet.
- **Motiverende intervju.** Arbeidsgruppen anerkjenner behovet for psykologintervensjon i enkelte tilfeller, men opplever at det i de fleste tilfeller vil være tilstrekkelig med at andre faggrupper tilegner seg kognitive redskaper, eksempelvis motiverende intervju. Det finnes både nettundervisning i dette og gode ressurspersoner i regionen.

Magnus Strømmen  
Referent