



# **Handlingsplan for diabetes i Helse Midt-Norge 2012-2016**

## 1 Hvorfor en handlingsplan for diabetesomsorgen i Midt-Norge?

Mennesker med diabetes er en stor og økende pasientgruppe. Under arbeidet med samhandlingsreformen ble type 2-diabetes ofte brukt som eksempel på sykdom der bedre samhandling mellom forvaltningsnivåene vil gi positive følger for den enkelte pasient og samtidig redusere belastningen på helsetjenestene. Sykdommen kalles ofte en ”modell sykdom” fordi erfaringer fra arbeidet med kan overføres til andre grupper med kronisk sykdom. Hovedtrekkene i diabetes som modell sykdom er:

Sykdommen kan forebygges

En stor andel av de som har sykdommen er i kontakt med kommunehelsetjenesten og sjelden i spesialisthelsetjenesten

Endring av levevaner kan begrense og/eller gi kontroll over utviklingen av sykdommen

For å lykkes på feltet er det avgjørende at kommunene, sammen med pasienten, blir en hovedaktør både i forebygging og behandling

Type 2-diabetes er assosiert med flere livsstilsfaktorer. Overvekt (kontra normalvekt) har den største tilskrivbare risiko på 78 % sammenlignet med forhold som røyking og inaktivitet (Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, HUNT). HUNT-undersøkelsene viser at økningen i forekomst av kjent diabetes som tok til på 1970- tallet, synes å fortsette. Den 3. helseundersøkelsen viser at vektutviklingen fortsetter i gal retning.

Handlingsplan for diabetes i Helse Midt-Norge har til hensikt å understøtte en utvikling på diabetes feltet som er i samsvar med Samhandlingsreformen og Helse Midt-Norges Strategi 2020. Hovedsatsningen er å utarbeide gode pasientforløp som klargjør samarbeid og oppgavedeling mellom ulike aktører og nivå.

Nasjonal strategi for diabetesområdet 2006-2010 og Nasjonale faglig retningslinjer (2009) er sentrale dokument for diabetesomsorgen i Norge. Gjennomføringen av handlingsplanen skal skje innenfor rammen av langtidsplan og budsjett for Helse Midt-Norge RHF.

En regional, tverrfaglig arbeidsgruppe har utarbeidet ”Anbefalinger til Handlingsplan for diabetes i Midt-Norge 2011-2015”. Arbeidsgruppens anbefalinger er et omfattende dokument og en viktig ressursbase både for helseforetak og samarbeidsorganene i videreutviklingen av diabetesomsorgen. Handlingsplan for diabetes i Helse Midt-Norge bygger på arbeidsgruppens anbefalinger. [http://www.helse-midt.no/Helse-Midt/Dokumenter/2012/Arbeidsgruppe\\_diabetesplan.pdf](http://www.helse-midt.no/Helse-Midt/Dokumenter/2012/Arbeidsgruppe_diabetesplan.pdf)

## 2 Diabetesomsorg - Mål og Tiltak

For å styrke diabetesomsorgen vil Helse Midt-Norge legge vekt på utvikling av standardiserte pasientforløp for ulike typer diabetes. Dette skal bidra til likeverdig tjenester med god kvalitet, hensiktsmessig koordinering mellom forvaltningsnivåene og skal støtte opp under brukernes evne til å mestre egen sykdom.

Utvikling av pasientforløp forutsetter samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. God samhandling i diabetesomsorgen fremmes gjennom at

spesialisthelsetjenesten er lydhør ovenfor kommunenes behov for kompetanse og at eksisterende samarbeidsorganene mellom helseforetak og kommuner er sentrale aktører i utviklingen av standardiserte pasientforløp og implementering av disse.

## 2.2 Hovedmål og tiltak

### Mål

**Utvikle regionale standardiserte pasientforløp for personer med diabetes.**

### Tiltak

**Helseforetakene skal utarbeide regionale standardiserte pasientforløp for ulike grupper med diabetes i spesialist- og kommunehelsetjenesten.**

De prioriterte gruppene er:

Type 2-diabetes voksne

Svangerskapsdiabetes

Type 1-diabetes voksne og barn

Pasientforløpet er en strukturert, tverrfaglig behandlings- og omsorgsplan for en bestemt pasientgruppe forankret i faglig evidens og koblet til effektiv ressursutnyttelse og målbare resultater. Pasientforløpene skal være helhetlige - fra kommunehelsetjenesten via spesialisthelsetjenesten og tilbake til kommunen. Den regionale metoden for utvikling av pasientforløp skal benyttes.

St. Olavs Hospital gis ansvar for å sette i gang et regionalt samarbeid mellom helseforetakene. Helseforetakene har ansvar for å samarbeide med kommunene og brukerorganisasjonene i eget opptaksområde. Fagnettverkene bør involveres i arbeidet.

Delmål og tiltak nedenfor har til hensikt å støtte opp under utarbeiding og implementering av standardiserte pasientforløp.

### 2.2.1 Delmål og tiltak

#### Deltmål 1

**Helseforetakene skal ha en god organisering av tjenestetilbudet til pasienter med diabetes.**

- **Tiltak**

Helseforetakene skal regelmessig gjennomgå og eventuelt forbedre organisering, kompetanse og kapasitet innenfor tjenestetilbudet til pasienter med diabetes.

#### Deltmål 2

**God samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.**

- **Tiltak**

Helseforetakene ta opp diabetes og overvekt/fedme som sak i klinisk samarbeidsutvalg/(-organ), første gang i 2012.

Hensikten med å ta opp diabetes og overvekt/fedme i det kliniske samarbeidsutvalget er å utarbeide forslag som fremmer utviklingen av tjenestetilbudet til pasienter med diabetes og overvekt/fedme. Dette kan være samarbeid om kompetanseutvikling, kurs, hospitering og lignende.

I Samhandlingsreformen er diabetes beskrevet som et eksempel på pasientgrupper der det er ønskelig at kommunene skal få en større rolle i pasientforløpet. Det er derfor viktig at arbeidet i de kliniske samarbeidsutvalgene søker å legge til rette for dette.

### **Delmål 3**

#### **Helse Midt-Norge skal ha elektronisk verktøy som understøtter god behandling på diabetesfeltet (diabetesmodul).**

- **Tiltak**  
Helse Midt-Norge RHF skal utvikle Diabetesjournal. Helseforetakene skal delta i utviklingen og ta i bruk Diabetesjournal.
- **Tiltak**  
Utvikle kvalitetsindikatorer på grunnlag av Diabetesjournal.

Formålet med en diabetesjournal er å få et hjelpemiddel som gir god oversikt over pasienter med diabetes og som bidrar til å sikre god kvalitet og riktig prioritering i pasientbehandlingen. Dette kan gjøres ved å etablere en diabetesmodul i helseforetakenes elektroniske pasientjournal for registrering av pasientdata/-forløp og rapportering til diabetesregistrene. Det er ønskelig at det elektroniske verktøyet samordnes med kommunale datasystem. (Jf. Nasjonalt helseregisterprosjekt, NHRP)

### **Delmål 4**

#### **Diabetesomsorgen skal være kunnskapsbasert.**

- **Tiltak**  
Helse Midt-Norge RHF og helseforetakene skal prioritere forskning som understøtter utvikling av gode pasientforløp og samhandling innen diabetes og overvekt/fedme.

### **Delmål 5**

#### **Sikre oppfølging av handlingsplan for diabetes.**

- **Tiltak**  
Handlingsplan for diabetes i Helse Midt-Norge skal følges opp i Styringsdokument og Årlig melding.
- **Tiltak**  
Helse Midt-Norge RHF ta opp diabetes- og overvekt/fedmetilbudet som sak i fagsjefmøtet. Hensikten er å følge opp tiltakene i handlingsplanen og vurdere om tiltakene har ønsket effekt.