

Fra: Ingvild Felling Meyer

Dato: 11.02.2020

## Referat (revidert)

Møtetid/sted: **Tirsdag 11. februar**, Gardermoen Radisson Blu

Varighet:

**kl 0900 – 1500**

Tilstede: Tor Claudi (møteleder), Kåre I. Birkeland, Tore Julsrud Berg, John G. Cooper, Jens Petter Berg, Anne-Marie Aas, Kristian F. Hanssen, Trond G. Jenssen, Kjersti Nøkleby, Elsa Orvik, Ellen Renate Oord, Jan Robert Johannesen, Nina Reimers, Bjørnar Allgot, Victoria Telle Hjellset, Anne Kirsti Høgåsen, Elisabeth Øines og Ingvild Felling Meyer. Elisabeth Austad (referent)

Eksterne: Aleksander Skøyeneie og Karna Vogt ,sak 2 (fra Hdir)

Bente Urfjell , sak 3 (fra Hdir)

Kristian Høines, sak 7

Tor Carlsen, sak 8 (Legeforeningen - NFA)

### Dagsorden: Nasjonalt fagråd for diabetes - møteagenda 11.02.20

| Saksnr. | Sak/ansvarlig   | Tema/ansvarlig  |
|---------|---|---|
|         | <b>Velkommen</b><br>v/Tor   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Gjennomgang av referat fra møtet 08.10<ul style="list-style-type: none"><li>○ Tor: E-læring fra Boehringer</li></ul></li><li>• Elisabeth ble valgt som referent</li></ul>   |
|         | <b>Orientering av retningslinjerevisjonen</b><br>v/Kåre og Anne-Marie | <b>Kapitel 5 og 8 – Kåre</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Kap 5: Den viktigste revisjonen er ny kunnskap om blodsukkersenkende legemidler fra langtidsstudier med harde endepunkter. Teksten er i helhet gjennomgått og det er gjort språklige endringer for å reflektere ny kunnskap.</li><li>- Kap 8: Viktigste revisjon er implementering av ny kunnskap om nyrebeskyttende effekt av SGLT2-hemmere og GLP1-analoger i algoritmen.</li><li>- Viser til detaljer i vedlagt ppt-presentasjon</li></ul> <b>Kapitel 4 – Anne-Marie</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Kunnskapsgrunnlaget på eksisterende anbefalinger styrket.</li><li>- Vegetarisk kosthold er tatt inn i anbefalingen.</li><li>- Diabetesremisjon ved vektreduksjon er løftet frem og det er lagt til i den opprinnelige formuleringen hvorfor dette anbefales. Målet er fremdeles 5-10%, men jo større vekttap dess bedre metabolsk kontroll og i en del tilfeller</li></ul> |

|          |   |   |
|----------|---|---|
|          |   | <p>remisjon. VLCD viser bra effekt, men må inngå i et helhetlig program med oppfølging. Prospektive kohort studier har styrket kunnskapsgrunnlaget.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anbefalingen om fysisk aktivitet er blitt mer omfattende. Det er evidens for at høyre intensitet gir bedre effekt. Styrketrening i tillegg til annen moderat aktivitet er tatt inn.</li> <li>- NFFK innspill om å bruke betegnelsen metabolsk kirurgi. Den metabolske tilleggseffekten av kirurgi er av mindre betydning enn selve vekttapet og derfor brukes vektreduserende kirurgi i retningslinjen.</li> <li>- Viser til detaljer i vedlagte ppt-presentasjon</li> <li>- Overordnet: Fått mange innspill fra ulike aktører som må svares ut. Alle er ikke svart ut på detaljnivå, men det er loggført og noen har bedt om innsyn.</li> </ul>   |
| <b>2</b> | <b>Fører kort</b><br>v/Aleksander Skøyeneie og<br>Karna Vogt (Hdir) | <p><b>Aleksander - orientering om prosjektet</b></p> <p>Digital helseattest med integrert fører kortveileder i EPJ som skal erstatte dagens rutiner og prosedyrer for å søke om fører kort. I dag må alle må skrive ut helseattest og fysisk møte opp på trafikkstasjonen og levere denne. Viser til detaljer i vedlagt ppt-presentasjon</p> <p><b>Karna</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Presiserer at ved digital helseattest kan ikke legen sende hele erklæringen, kun konklusjon og dette må godkjennes av pasient. Ved begrensning i varighet eller vilkår om tilleggsutstyr, unntatt briller, kan ikke attesten sendes digitalt men må skrives ut på papir. Pasienten må ved digital helseattest godkjenne at denne type helsebegrensninger oppgis.</li> <li>- Forslag om å fjerne krav til tidsbegrensning ved kostregulert diabetes i forskrift er til vurdering.</li> </ul> <p>Ved bruk av legemidler som kan gi hypoglykemi, er varighet av helseattest utvidet fra 1 til 5 år ved fører kort gruppe 1, dersom maks ett alvorlig anfall siste år. Endringen stoppes av at Liechtenstein har gitt forbehold til denne paragrafen – vurderer å oppheve dette i løpet av våren. Ved visse vilkår etter kortere observasjonstid kan man få fører kort selv om flere enn ett anfall. Viser til detaljer i vedlagt ppt-presentasjon.</p> |
| <b>3</b> | <b>NPR</b><br>v/Bente Urfjell (avd<br>Helseregister)                | <p><b>1. Hvordan og fra hvilke kilder henter NPR sine data?</b></p> <p>Registre: KUHR, IPLOS, KPR, NPR</p> <p>Rapportering til NPR: Data registreres i EPJ/PAS som trekkes ut i NPR-melding og sendes til NPR via Norsk helsenett.</p> <p>Fra 2008 ble registeret person entydig.</p> <p>Basis er avdelingsoppholdet og koder knyttet til konsultasjon/innleggelse. Enhetsinndeling ikke lik for alle sykehus og hver poliklinikk kan ikke alltid gjenkjennes. Viser til detaljer i vedlagt ppt-presentasjon</p>  |

|   |  |  |
|---|--|--|
|   |  | <p><u>Tore:</u> Kan man få data om hypoglykemi? Bente, skal sjekke dette.</p> <p>Databasen:<br/> <a href="https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/37f4e0dd-61fd-4846-a7c1-d87553ce2c1a?e=false&amp;vo=viewonly">https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/37f4e0dd-61fd-4846-a7c1-d87553ce2c1a?e=false&amp;vo=viewonly</a></p> <p><b>2. Vet avd Helseregistre/NPR noe om kombinasjon av forskjellige data, knyttet til samme innleggelse/polikliniske undersøkelser?</b></p> <p>Personopplysninger, administrative opplysninger og medisinske opplysninger settes sammen til forløp per pasient, per enhet (kryptert på fødselsnr). Ved innleggelse registreres ikke alltid pasienten med diabetes dersom innleggelse skjer av annen årsak – hoved tilstand og andre diagnoser.</p> <p><u>Kåre:</u> Gjøres dette på bestilling eller går det automatisk? Hvordan prioriteres leveransene? Erfaring med at forskning prioriteres lavt.</p> <p>Stor pågang av forskningssøknader, og har ikke klart å levere innenfor forskriften. Ja, dette går automatisk og data er tilgjengelig for alle.</p> <p><u>John:</u> Kan man få data på eks diabetes type 1 på spesifikt årstall?</p> <p>Ja, og kan filtreres på aldersgruppe. Mister tallene hvis du filtrerer for mye.</p> <p><b>3. Er det gjort undersøkelser (dvs evaluering) som sier noe om datakvaliteten?</b></p> <p>Det er i 2020 planlagt dekningsgradanalyser for BDR og NDV. Prøver å utarbeide en gullstandard for hvor mange pasienter i registrene og om noen er registrert i begge registrene.</p> <p><u>John:</u> Kan nasjonal dekningsgrad splittes opp i helseregion?</p> <p>Ja, men må be om det spesielt. Ideelt sett skulle data vært på helseforetak nivå. Utfordringen med dekningsgrad på helseforetak er ant gjestepasienter.</p> <p><u>Tore:</u> Er det oversikt over feilkoding?</p> <p>Nei, men det kan gjøres journalgjennomgang dersom det er mistanke om misbruk av finansiering.</p> <p><u>Bjørnar:</u> stiller spørsmål ved at vi må betale for dataen når det er 100% statsfinansiert. Dataene burde være mer tilgjengelig, ikke bare ved en bestilling.</p> |
| 4 | <p><b>Orientering om revisjonsprosjektet Svangerskapsdiabetes-retningslinjen v/Ingvild</b></p> | <p>Det er usikkert om det blir en revisjon.</p> <p>Prosjektet har levert på 4 av 5 punkter og jobber nå med pkt. 5; helseøkonomisk analyse fra Oslo Economics. Analysen skal gi beregning på screening ved ulike kombinasjoner av alder og BMI. Detaljer i vedlagte ppt-presentasjon.</p>  |

|   |   |  |
|---|---|--|
| 5 | <b>Presentasjon av Nasjonal kvalitetsindikator (U-AKR)</b><br>v/Ingvild | <p>Fire forslag til NKI har vært vurdert, sitter igjen med to indikatorer (Årskontroll (og innsending til NDV) og U-AKR) som skal ut på høring. Lager en tekst som skal følge indikatorene.</p> <p>U-AKR: Data kan sendes via Helfo og fra sykehus lab. Det gjenstår noen avklaring før det kan avgjøres om denne skal bli en kvalitetsindikator. Viser til spørsmål i vedlagte dokument som ble sendt ut med møteinnkallingen. Svar på spørsmål (Jens): Det er en relativt god overenstemmelse metoder over tid, uproblematisk analyse. Analyse kvalitet forutsetter at man er med på NOKLUS protokoll, optisk avlesning av instrument. Forutsatt kvalitetskontroll regimer, burde det ikke være forskjell mellom ulike land.</p>   |
| 6 | <b>Status "undervisningsmaterieill" (ppts)</b> v/Victoria               | <p><b>Smågruppe undervisning</b></p> <p>Njål Meland, NTNU, har utviklet et hefte som er tilgjengelig på NFA sine sider.</p> <p>Opprettet faggruppe i kommunikasjon. Samkjøre og samordne oss så vi er på samme linje. Enighet om innhold, fokus på levevaner og kommunikasjon. Må skru til formen slik at folk bruker det. Har vært motstand. Foredrag om retningslinjene, må få til at legene vil bruke materialet. Victoria skal sammen med Hdir ha møte med Linn Getz for å få innspill. Utkast blir sendt til fagrådet i løpet av neste uke. Presenterer arbeidet på møtet i mai.</p>  |
| 7 | <b>Referansegruppe Diabetes (NFA)</b> v/Kristian Høines, John og Tor    | <p>Faggruppene står sentralt i NFAs faglige aktivitet. De jobber med et felt innenfor allmennmedisin og gir råd til styret til høringsuttalelser som berører interessefeltet. Viser til detaljer i vedlagte ppt-presentasjon.</p> <p>Frem til 2006 var det en faggruppe på diabetes. Hvordan få opp denne igjen?</p> <p>I offentlige høringer og implementering av retningslinjer vil en faggruppe være viktig. Fastlegene lytter til NFA. En aktiv og sterk faggruppe vil være gunstig for å få prosjektene ut, og på sikt lette arbeidet for alle som skal samarbeide med fastlegene. Det er vanskelig å få noen til å dra i gang faggruppe pga manglende kapasitet. Kristian kan være med å dra i gang en faggruppe, men har ikke mulighet til å lede denne. I førsteomgang samle inn navn som kan være med på et første møte.</p> <p>Søknad om prosjektmidler er enklere når gruppen er etablert. Dugnadsarbeid kan ikke være en varig løsning.</p> <p>Etablering av faggruppe støttes av Fagrådet, Helsedirektoratet og Diabetesforbundet. John og Tor, sammen med Kristian planlegger første informasjonsmøte og sender søknad til NFA.</p> <p><u>Tor Carlsen:</u> Det er satt av 50.000 til hver faggruppe i NFA og det finnes noen ubrukte midler. anbefaler å søke om midler til oppstartmøte. Styret finner en leder og resten av gruppa</p> |

|   |  |   |
|---|--|---|
|   |  | opprettet internt. Stort sett NFA medlemmer som er med i faggrupper, men noen ganger er tverrfaglig innslag tatt med.   |
| 8 | Utvikling av Diabeteskurs i SKIL-format<br>v/Tor Carlsen (NFA) | <p><b>Hvordan kan SKIL gi bedre kvalitet i diagnostikk/behandling/oppfølging av pasienter med diabetes?</b></p> <p>Diabetes er største diagnosegruppen i allmennpraksis. Kommunene betaler for å få rapporter for fastleger. SKIL skal ikke forske selv men samarbeide med forskningsinstitusjonene. SKIL modellen: Kliniske emnekurs med 3 møter, 4 måneder mellom. Gruppene settes sammen som man ønsker, en administrator.</p> <p>Tema 2019: legemiddelgjennomgang, antibiotika, gode pasientforløp hos utsatte, kloke valg. Dette er godkjent som klinisk emnekurs.</p> <p>E-læringskurs: Hva fører til forandring av praksis? Lite effektivt med vanlige kurs. Å føre inn data fra egen praksis gir bedre innlæring.</p> <p>Indikatorutvikling: SKIL utvikler dette til hvert tema. Nasjonale indikatorer vanskeligere enn til en lokal gruppe.</p> <p>Veiledning: behovet for veiledning og styring er veldig forskjellig. Gruppene har behov for veiledning av selve opplegget. Kvalitetsutvikling som fag er også en type kunnskap.</p> <p><b>Kvalitetspakke diabetes – hva bør stå sentralt?</b></p> <p>Har vært møte med diabetesforbundet, stor interesse, legene får oversikt over en definert problematikk. Dette er en del av frustrasjonen over arbeidsbelastning. Ønsker å bruke mest tid på de som har høyest risiko, skjerpet intervensjon av disse.</p> <p><u>Innspill:</u> Viktig med tidlig oppdagelse, diabetes i NCD-sammenheng, Viktig med info om hva som bør systematiseres/struktureres.</p> <p><u>Bjørnar:</u> Fra et brukerperspektiv er SKIL veldig brukervennlig, uautoritær læring. Behov for politisk innsalg i møte med KS. En allianse med brukerorganisasjonen og legeförening må skapes på et politisk nivå.</p> <p><u>Ingvild:</u> Ny rapport av Anders Grimsmo om fastlegordringen i forebyggende behandling. Denne rapporten kan bringe arbeidet et steg videre ved en bedre dialog med KS, hvor de ser behov for samarbeid med legeföreningen.</p> <p>Hvor mange av fastlegene bruker SKIL? Vet man hvorfor resterende andel ikke bruker det? Mangel på kjennskap, geografi,</p> <p><u>Jan Robert:</u> Det er behov for bedre finansiering av SKIL. SKIL er et godt initiativ for å samle smågruppe oppleggene slik at fastlegene finner all informasjon under samme sted.</p> |

|    |  |   |
|----|--|---|
|    |  | <p>Pasientorganisasjonen bør jobbe for å få satt av midler til finansiering av kvalitetsoppfølging.</p> <p><u>Tor:</u> Foreslår at SKIL legger frem et budsjett og at diabetesforbundet tar det videre. Dette kan være en jobb for en faggruppe.</p> <p><u>Ellen:</u> 26% bruker NOKLUS diabetesskjema. I Salten hvor det er et prosjekt, er andelen 86%.</p>   |
|    | <p><b>Orientering om overgangsprosjektet og foreldreveiledningsprogrammet og e-læring</b><br/>v/Ingvild og Bjørnar</p> | <p><b>Overgangsprosjektet – piloteringsfasen på Haukland</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Viser til detaljer om status i vedlagte ppt-presentasjon..</li> <li>- Bi-resultater er bedre samarbeid mellom BUK og voksen avdeling. Prosjektet har fått ledelsesforankring, og HUS har forpliktet seg til oppdrag fra HOD på generisk transisjon. Nettside etablert. men denne kan utvikles til å være "ungdomsmedisin" informasjonsside.</li> </ul> <p>Hovedmotstanden mot prosjektet er mangel på ressurser på voksen.</p> <p>Transisjonsperioden bør vare til 25 år, ikke nødvendig med flere konsultasjoner men ha høyere oppmerksomhet på gruppen. Håpet er at en trygg transisjon fører til færre komplikasjoner senere.</p> <p><b>Foreldreveiledningsprogrammet</b><br/>Viser til detaljer i vedlagte ppt-presentasjon</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementeringsfase, innspill mht forenkling av manualen,</li> <li>- Pedagogisk medarbeider ser på dette</li> </ul> <p><b>E-læring</b><br/>Nytt prosjekt i Diabetesforbundet, med noen midler fra Helsedirektoratet. Diabetesforbundet skal drifte plattformen og Helsedirektoratet skal ha en veiledende rolle.<br/>Innspill: Foreslås en kobling mot Helsenorge. Se detaljer i vedlagte ppt-presentasjon</p> |
| 10 | <p><b>Orientering om revisjonsbehov kap 1 (Diagnostikk og risikovurdering)</b><br/>v/Jens Petter</p>                   | <p>Innspill om at sub-klassifiseringer ved diabetes må komme høyere opp i kapitlet, gjerne som en anbefaling. I dag er det noe info under praktisk.</p> <p>Finnes ikke vitenskapelig dokumentasjon på klinisk nytte (harde endepunkter) av å måle antistoffer. Denne målingen utføres kun når diagnose er stilt, eller ved tvil om hvilken type diabetes.</p> <p><u>Innspill: Viktig for pasientene å ha riktig diagnose, samt kan ha en viss betydning for håndtering av pasientene. Kan brukes i utredning selv om liten evidens. Oppklarende og viktig for NDV..</u></p> <p>HUNT og FINDRISK score: Spørsmål om overestimat av fremtidig diabetesrisiko.</p>   |

|    |                      |  |
|----|----------------------|--|
|    |                      | <p>HUNT4 kan gjøre nye målinger, for lite å støtte seg til en studie. Forslag om at HUNT kan lage en ny modell basert på de nye dataene.</p> <p>Bjørnar tar med tall på hvor mange som har tatt risikotesten på nett til neste møte.</p> <p><b>Årlig revisjon</b></p> <p><u>Ingvild</u>: Helsedirektoratet har ikke kapasitet til årlig oppdatering, men kapittelet om blodsukkersenkende legemidler må gjennomgås. Denne retningslinjen må være detaljert siden den henvender seg til fastlegene.</p> <p><u>Kåre</u>: Foreslår en mindre og permanent gruppe som jobber med dette kontinuerlig. Gruppen overvåker sine kapitler og kommer med forslag enten løpende eller innen gitte tidsfrister. Det gis et mandat for en gitt periode. Viktig med dialog med kunnskapscenteret (FHI) uten å måtte legge inn en formell bestilling.</p> <p><u>Tor</u>: Foreslår dette som tema for møtet i mai. Gruppen til Kåre skiller seg ut fordi det skjer så mye på dette feltet.</p> <p><u>Tore</u>: Implementering er viktigere enn revidering, særlig gjelder det kapitler knyttet til anbefalinger om prosedyrer, eks Fot-kapitlet.</p> |
| 11 | Eventuelt/neste møte | <p>Neste møte – 14. mai 2020 klokken 09-15.</p> <p>Komme videre med implementering; faggruppe, SKIL<br/>Invitere FHI på et møte?</p>   |

Vennlig hilsen

Tor Claudi  
Leder av fagrådet

Ingvild Felling Meyer  
Seniorrådgiver

**OBS! Viktig at dere bruker riktig "koststed" når reiseregninger fylles inn i DFØ-appen:**

**Koststed: 130500**

**K-element 6: 1220\_OP-562-1**

**K-element 4: 076221**

Husk at flybilletter bestilles direkte ved å kontakte Berg-Hanssen på telefon og oppgi gruppekode: «Nasjonalt fagråd for diabetes» (og ref i Hdir: **1220/mna**)