

REFERAT FRA MØTE I NASJONALT FAGRÅD FOR DIABETES

Møtetid/sted: **Fredag 27. september 2024 kl 9:30 – 15:30**
Radisson Blu, Gardermoen

Deltakende fagrådsmedlemmer: Bjørn Olav Åsvold (møteleder), Kåre I. Birkeland, Jens Petter Berg, Anne-Marie Aas, Kjersti Nøkleby, Elsa Orvik, Jan Robert Johannesen, Nina Reimers, Victoria Telle Hjellset, Elisabeth Øines, Britt Inger Skaanes, Grethe Ueland, Lars Krogvold, Tilla Landbakk, Ingvild Hernar, Beate-Christin Hope Kolltveit, Kari Anne Sveen og Tore Julsrud Berg (fagrådsleder fraværende unntatt digital deltakelse på fotsesjon)

Forfall: Ragnar Joakimsen, Trond G. Jenssen og Anne Jølle

Fra Direktoratet for medisinske produkter: Marthe Sunde Kirkemo

Fra Helsedirektoratet: Anna Randby

Eksterne: Karoline Harding, Marjolein Iversen, Malin Lenita Vik, Tonya Moen Hansen (Hdir) og Marja Berndt (Hdir) deltok på hele fotsesjonen.

Sak nr.	Tema/ansvarlig	Innhold
1	Velkommen Bjørn Olav Åsvold	- Referent: Anna Randby - Gjennomgang av referat fra møtet 12.04.24: godkjent uten kommentar. - Saker til eventuelt: ingen. - Dagsorden godkjent.
2	Velkommen til nye fagrådsmedlemmer Bjørn Olav Åsvold	Presentasjonsrunde av nåværende og nye fagrådsmedlemmer for neste fagrådsperiode
3	Latent Autoimmune Diabetes of Adults (LADA) Bjørn Olav Åsvold	Hva er LADA, resultater fra HUNT-studien og hvordan bør denne pasientgruppen behandles og følges opp (primær vs. spesialist)? - Økt nivå av minst en type diabetesrelatert autoantistoff og klinisk forløp som likner DT2 i starten, men som på sikt ofte vil arte seg mer som DT1. Heterogent klinisk forløp. - Pasienter med LADA skiller seg fra pasienter med DT1 ved at de oftere har fedme, metabolsk syndrom, høyere C-peptid og kun ett forhøyet antistoff. - Er LADA egentlig en tilstand hvor pasienten først får DT2 og deretter utvikler en sent debuterende autoimmun DT1? Bør man si at disse pasienten både har DT1 og DT2, og i alle fall gå bort ifra oppfattelsen om at de blir "feildiagnostisert" med DT2 først? - Noen med autoimmun DT1 som etter hvert utvikler DT2 i tillegg, såkalt "dobbel diabetes". - Målemetoden for anti-GAD (St.Olavs) har en spes. på ca. 95%, dvs. at ca. 5% har en falsk positiv verdi, og egentlig har DM2.

		• Grad av insulinproduksjon og antall autoantistoffer predikerer insulinbehov i fremtiden. • LADA-pasienter kan som regel behandles som DM2 (og hos fastlege) så lenge sykdommen arter seg klinisk som det. Diskusjon / innspill fra fagrådet: • Er LADA egentlig en egen sykdom? • Behandlingen ved LADA bør trolig styres av hvilken behandling som virker best, ikke etter antistoffene. • Siden LADA egentlig er en kombinasjon av begge typer diabetes bør de ha rett til medikamenter brukt ved begge typer • For å vurdere om det er trygt å bruke SGLT2-hemmer for en pasient med LADA kan det være nyttig å måle C-peptid. • Bør forklare LADA godt i Diabetesretningslinjen • Burde det sendes ut info om LADA i NFA sitt nyhetsbrev – f.eks. hva gjør du når du ikke kommer i mål ved DM2?
4	Oslo Diabetesprosjekt Karoline Harding, kommuneoverlege i Helseetaten, Oslo	Prosjektet implementerer strukturert årskontroll for DT2, opplæring og oppgavedeling med helsesekretærer, oppsøking av utsatte grupper og systematisk kvalitetsforbedringsarbeid, og er nå rullet ut til seks bydeler i Oslo. Diskusjon / innspill fra fagrådet: • Profesjonsnøytrale takster er en nøkkel for å komme videre med denne type arbeid • Viktig med veiledningskompetanse hos helsepersonell som bidrar i årskontroll, 5 sykepleiere har fått dette i Bergen. • Årskontrollen bør kunne effektiviseres og gjøres på bare en konsultasjon. • Har vi nok helsepersonell til å organisere oss slik? • Det bør lages en timetype i EPJ som heter "Årskontroll" • Bør være tilgjengelig støttmateriell på pasientens språk • Slike prosjekter stopper i etterkant hvis det ikke følger med penger • Den blå diabetesboka bør være digital da den er lett å miste • Bør kunne sendes ut en melding med påminnelse eller time for årskontroll da det ikke er bærekraftig at en sekretær skal ringe • Det undervurderes hva som skal til for å endre levevaner, pasienten må ha mer støtte • Vi må tenke sentralisering rundt levevaneendring • Alvorlig når bydeler/kommuner bygger ned Frisklivssentral • Noklus Diabetesskjema: Noen fastleger opplevde at "nå skal vi kontrolleres", det er ikke så bra. Viktig at det forankres på en positiv måte hos fastlegene – jobbe smartere/mer strukturert/med bedre kvalitet osv. • Noklus jobber også med å involvere helsesekretærene i årskontroll, 24 kontorer gjør dette nå med gode resultater • Hva vi skal gjøre mindre av? F.eks. er det ikke nødvendig med kontroll hver 6 mnd. for alle med diabetes.
5	Diabetiske fotsår og amputasjoner	Hva er insidensen i Norge, hvordan er utviklingen over tid og hvordan lykkes vi i forhold til sammenliknbare land? Hva bør det satses på for å bedre forebygging og behandling av fotsår og amputasjoner?
	Fra epidemiologi til klinisk forskning: fotsår og amputasjoner	• Det har vært et stort fall i livstidsprevalensen for diabetisk fotsår i Norge, fra 10.1% i HUNT2 (1995-1997) og 7.2% i HUNT3 (2005-2007) til 5.1% i HUNT4 (2018-2019). • Fra HUNT2 til HUNT4 (1995-2019) falt prevalens av amputasjoner fra 4.9% til 1.6%.

	Professor Marjolein Iversen, Høgskulen på Vestlandet	- Faktorer som var assosiert med økt risiko for fotsår: T1D (mer enn T2D), økt livomkrets, alder over 75 år, høyde, mann, insulinbruk, makrovaskulære komplikasjoner og depresjon. - Å være mann og ha makrovaskulære komplikasjoner øker sannsynligheten mest for at føtter ikke følges opp. - Pasienter med fotsår har 40% økt risiko for død sammenliknet med personer med diabetes uten fotsår. Noe av den økte risikoen for død i denne gruppen kan forklares av alder, mannlig kjønn, høyere HbA1c, mer røyking, insulinbruk, albuminuri, hjertesykdom og depresjon, men det forklarte ikke hele den økte risikoen. - Studie fra 2017 viste at bare 17 av 41 sykehus hadde diabetes fotsårteam og bare ¼ av disse inkluderte både medisinsk og kirurgisk kompetanse.
	Nasjonal kvalitetsindikator (NKI) for fotamputasjoner Tonya Moen Hansen, PhD, seniorrådgiver Hdir	- OECD publiserer 4 kvalitetsindikatorer for tjenester for diabetes: innleggelser til spesialisthelsetjenesten, amputasjoner av nedre ekstremiteter, bruk av anbefalte antihypertensiva og adekvat bruk av kolesterolsenkende behandling - Hos OECD er nevneren per 100 000 personer og ikke antall personer med diabetes som i Norge. På OECD sin indikator for amputasjoner ligger Norge etter Island, Italia, Korea og Sverige (rate på 3 eller færre per 100 000), og på nivå med Irland, Sveits og Australia (rate 4 per 100 000). Belgia, Nederland, Finland, Danmark, UK og Canada har en amputasjonsrate på 5-7. Tyskland ligger på 8, Tsjekkia 18 og USA 33. - Ulikt formål for kvalitetsindikatorene: Helsesystemanalyse for OECD versus kvalitetsforbedring for våre nasjonale NKI'er. - NKI'en for amputasjoner viser en ganske flat kurve siden 2011 med et tydeligere fall siden 2019, men dette skyldes trolig at nevneren er basert på legemidler og GLP1-analogene og SGLT2-hemmerene gitt til andre pasientgrupper har derfor trolig økt nevneren. Helsedirektoratet jobber med å etablere en mer korrekt nevner, trolig basert på data fra NPR og KPR, og å splitte indikatoren mellom høye og lave amputasjoner, se vedlagte presentasjon for detaljer.
	Diabetesforbundets fotsatsing Malin Lenita Vik, fagpolitisk ansvarlig i Diabetesforbundet	- Diabetesforbundets arbeid og prioriteringer er basert på medlemmenes ønsker, gjennom føringer gitt på Landsmøtet. Har fått mandat om å jobbe for at fothelse blir en viktig del av den neste diabetesplanen, at forebyggende fotbehandling må prioriteres og jobbe for at personer med diabetesskader i føttene kommer innunder statens refusjonsordninger. Diabetesforbundet ønsker også at det etableres multidisiplinære fotsårteam på alle landets sykehus og at fotterapeuter bør ansettes i den offentlige helsetjenesten. - Det er en sterk sosial gradient for fotsår og at mange ikke har råd til å kjøpe seg hjelp til stell av føtter. - Vi bør ikke være fornøyd med at 70% av de med T1D får undersøkt føttene med monofilament. I en undersøkelse i 2022 oppga poliklinikkene at de har så lite tid til konsultasjonen at de ikke alltid rakk å prioritere føttene.
	Tiltak for å redusere fotsår og amputasjoner: hva virker? Tore Julsrud Berg	- Tiltak som har best dokumentasjon er det som er beskrevet i Diabetesretningslinjen: undersøke føttene regelmessig, informere pasientene om risiko og forebyggende tiltak, gi god opplæring i fotstell, forsøk røykestopp og optimalisering av blodsukkerkontroll, fjerne hard hud ved nevropati og trykkavlastende fottøy. Det er store utfordringer med etterlevelse ved bruk av tilpasset fottøy/trykkavlastning - Viktig med riktig utredning, diagnostikk og behandling, helst i multidisiplinære fotsårteam i sykehus når fotsår har oppstått, inkludert å gjenkjenne kritisk iskemi og bruk av antibiotika ved infiserte sår (se nasjonal veileder for antibiotika i sykehus)

		• Etter amputasjon er 1-års mortaliteten 25% og etter 3 år er 45%. Sår og amputasjon er en livsfarlig tilstand på linje med kreft. • I en studie av pasienter med fotsår på Aker i 2009 var gj.snitt alder 66 år, 19 års diabetesvarighet, HbA1c 8.4, og 27% var døde 5 år senere. • I ROSA 4 studien (Bakke, 2017): 2.7% som noen gang hadde hatt et diabetisk fotsår.
	Diskusjon	• Er det god evidens for å screene alle hvert år? • Viktig å ikke skape angst hos pasientene, det er få som blir rammet av dette • Kan man bruke karkirurgisk register til å se mer på dette? • Det kommer til å bli en øking i absolutte tall fremover i fotsår og amputasjoner fordi folk blir eldre, overlever hjerteinfarkt osv.
	Orienteringer fra Hdir Anna Randby	• Diabetesretningslinjen • Tilskuddsordningen Diabetesarbeid: ingen signaler om endringer, planlagt utlysning 15 oktober med søknadsfrist 2 desember. Ny søknadsportal: eApply, med enklere innlogging og en egen "Min side" hvor hver søker/prosjekt kan følge med på behandling, utbetaling og ha kontakt med saksbehandler • Digital flipover: Try skal ferdigstille og lage e-læringsversjon • Informasjon om svangerskapsdiabetes: brukertesting gjenstår før oversettelse • Implementering av Fagprosedyre for diabetes i kommunale helse- og omsorgstjenester: kommer to podcast (med Tore Julsrud Berg og Tilla Landbakk) 14 nov, temahefte etter ABC-perm mal og e-læring
6	Diskusjon om fagrådets rolle og arbeidsmåte Bjørn Olav Åsvold	Hvordan fungerer fagrådet? Forslag til endringer? (Ble lite tid til dette og kun tid til noen få innspill). • Fagrådet etterspør tilbakemeldinger på hvordan diskusjonene og rådene som blir gitt blir brukt videre i Hdir. Behov for å tydeliggjøre hvorfor noe blir et tema på fagrådsmøtet? Er det riktig ressursbruk å samle et så stort fagråd? Innspill under avslutningen/eventuelt: • Er det mulig for fagrådet / Hdir å være i dialog med Forskningsrådet om hva som bør være prioriterte forskningsområder på diabetesfeltet i Norge? (Slående at vi mangler gode data på veldig viktige områder). Mulig å spille inn behov for at det bør være en egen pott over statsbudsjettet til de store viktige befolkningsundersøkelsene?
7	Avslutning & Evt. Bjørn Olav Åsvold	Takk til avtroppende fagrådsmedlemmer. Fastsettelse av ny møtedato i januar på Doodle.

Bjørn Olav Åsvoll
Møteleder