

Møtereferat

Møtetid/sted: **Fredag 7. nov 2025 kl 09:30 – 15:30**
Radisson RED Oslo Airport, Gardermoen

Deltagende fagrådsmedlemmer: Tore Julsrud Berg, Kåre I. Birkeland, Jens Petter Berg, Anne-Marie Aas, Trond G. Jenssen, Kjersti Nøkleby, Jan Robert Johannesen, Elisabeth Øines, Britt Inger Skaanes, Grethe Ueland, Bjørn Olav Åsvold, Ingvild Hernar, Anne Jølle, Kari Anne Sveen, Ragnar Joakimsen (digitalt) og Archana Sharma.

Inviterte observatører: Lisbeth Damlien Nymoen (DMP), Line Sletner (Avd. for fagutvikling i spesialisthelsetjenesten, Hdir)

Fra Avd. folkesykdommer, Hdir: May Cecilie Lossius, Hilde Bergum og Anna Randby

Inviterte gjester/innledere: Hanne Gulseth, FHI

Forfall: Beate-Christin Hope Kolltveit og Lars Krogvold

Nasjonalt fagråd for diabetes – 07.11.25

Sak nr.	Tema/innleder	Innhold
1	Velkommen v/Tore Julsrud Berg	- Referent: Hilde Bergum og Anna Randby - Referat fra møtet 23.5.2025 godkjennes - Saker til eventuelt: ingen - Dagsorden godkjennes
2	Liten "runde rundt bordet" Fagrådsmedlemmene	Innspill fra fagrådsmedlemmene om forhold Helsedirektoratet/fagrådet bør orienteres om. - Det er registrert etterspørsel etter FIB-4-screening. Prøven er etablert i laboratoriene og brukes i klinisk praksis. Det reises spørsmål til hvorvidt bruken bør omtales i diabetesretningslinjen. - Utfordringer med at estimert GFR blir overvurdert (sammenliknet med målt GFR) ved vektreduksjon/fedmelegemidler - Begrepet "brukerstyrt poliklinikk" kan bli misforstått, kan gjøres på en god måte - Diabetesforbundet uttrykker bekymring knyttet til kapasitet på diabetis-poliklinikkene, ventelistene er lange. Det er merkbart økt trykk på «Diabeteslinjen» generelt og spesielt fra pasienter med diabetes og psykiske helseutfordringer. - Flyktninger med diabetes og multimorbiditet er en ressurskrevende gruppe - Tydelig dalende optimisme i primærhelsetjenesten hos behandlere og pasienter knyttet til bruken av fedmelegemidler - Fastlegene venter på oppdatert diabetesretningslinje - Utfordrende å forholde seg til fedmelegemidler som fastlege uten retningslinjer - Upper limb complications viktigste årsak til smerter hos pas med diabetes

Helsedirektoratet

		• Nylig oppstartet samhandlingsprosjekt OUS -fastleger for bedre oppfølging av DM • Pga. sentral bestillingsmodul er legemidler tatt ut av Noklus diabeteskjema • Fastleger trenger bedre digitale verktøy for oppfølging av diabetespasienter • Det er startet med brukerstyrt poliklinikk for DT1 på Ahus • Startet med digital hjemme-oppfølging for diabetes ved OUS • EASD har laget utkast til guideline for «diabetes distress»
3	Hvordan operasjonalisere "å redusere sosial ulikhet i helse" i diabetesarbeidet til Helsedirektoratet? v / Kadri Tammur, Avd. levekår, Hdir	Orientering, oppsummering: Helsedirektoratet drøfter hvordan tiltak for å redusere sosial ulikhet i helse kan inkorporeres i direktoratets arbeid, blant annet i normerende produkter, kampanjer og i samarbeid med helsetjenestene. Holder gjerne dialog videre med fagrådet om dette. Direktoratet kan ha fora som kan være nyttige for arbeidet med ulikhet: Brukerrådet, Fagrådet for innvandrers helse, Norsk nettverk for migrantvennlige sykehus, m.m. Viktig: Man må forskjellsbehandle for å likebehandle. Spørsmål til fagrådet: Hvilke verktøy og ressurser hadde dere ønsket dere for å inkorporere sosial ulikhet i arbeidet? Hva er barrierene for en systematisk tilnærming til sosial ulikhet i helse? Diskusjon/inns spill fra fagrådsmedlemmene: • Når Startkurset på sykehuset er på norsk har fastlegen ingen steder å henvise en fremmedspråklig diabetespasient. Arrangere online Startkurs for pasienter i hele landet på ulike språk? • Fastleger trenger bedre kjennskap og enklere tilgang til pas.info om diabetes • Dyre medikamenter kan øke sos ulikhet (som GLP1-analoger) • Geografi spiller inn mangel på endokrinolog i Nordland og nyreleger i Helse Nord. • Lav kapasitet på poliklinikker kan gjøre at mange grupper ikke kan prioriteres; spesielt uheldig at unge med DT2 prioriteres ned – forsterker sosial ulikhet • Noen kommer ikke på kontroll fordi de ikke har råd til reisen eller til egenandelen • Stor variasjon i hva pasienter trenger - fastlegene har en nøkkelrolle i å kunne gi mest til de som trenger mest • En lavterskel-ressurs for fastlegene/noen å spille på (a la Frisklivstilbud for pasienter med DT2) ville gjort det lettere • Bør man i retningslinjene få inn hvordan hensynta sosioøkonomi i hvert kapittel? • Bør anerkjennes og legges til rett for at bruk av tolk tar dobbelt så lang tid. Noen har brukt KEF med tolk på Diabeteskurs. • Bør de som ikke møter til timen følges opp? De som ikke møter er ofte sårbare pasienter som kunne trenge at noen tar kontakt. "Systemet oppfører seg dårlig mot denne pasientgruppen – de blir ikke godt ivaretatt." • I Diasa-studien (kvinner med sørsiasatisk bakgrunn) testes det ut ulike modeller for tiltak (som kontroll av HbA1c etter fødsel?). • Tid er nøkkelen. Alt går saktere med denne gruppen. Burde man hatt en skåring, som fragility-skår, og tilpasse avsatt tid etter denne? • Drammen HF; jobbet systematisk for bedre beh. til pas med minoritetsbakgrunn • Fortsatt en høy andel av uoppdaget DT2 i noen av disse gruppene
4	STAT-19: ny data- og analyseplattform hos FHI – muligheter og planer på diabetesfeltet v/ Hanne Gulseth, FHI	Overordnet formål STAT-19: Utvikle, utarbeide og offentliggjøre statistikk fra å koble data fra de ulike helseregistrene. Skal støtte FHIs egne forvaltningsoppgaver som kunnskapsprodusent i helsesystemet. Oversikt og kunnskapsstøtte for beslutninger og råd. Bidra til 'bedre helse for alle' og 'gode helse- og omsorgstjenester'. Vil gi nye muligheter for rask kunnskap, også om diabetes, overvekt/fedme og legemidler. Hva er kunnskapsbehovet på overvekt, fedme og diabetes? Diskusjon:

		-Hva slags verktøy brukes for å registrere hvor mange som får fedmelegemidler i kombinasjon med hjelp til levevaneendringer? <i>Takst for livsstilsintervensjon</i>: viktigste parameter mtp. veiledning levevaneendringer. Taksten brukes i begrenset grad pga. usikkerhet knyttet til hvordan den kan brukes – genererer derfor usikre data. -Hvordan få sanntidsdata på vekt hos pasienter som vil få fedmelegemiddel med refusjon? Kan vekt/BMI registreres på resept i fbm. reseptfornyng? Argumenter mot å løse dette via resepten: Vil generere upresise data da vekt ofte registreres av lege på annet tidspunkt enn resepten fornyes – bør heller gjøre gode studier. Er personvern en utfordring? Forslag: Vekt bør heller registreres i pasientenes prøvesvar? (Men pasientens prøvesvar er en del av journal og ikke av et helseregister, og kan ikke kobles i STAT-19.)
5	"Kartlegging av hvor mange barn og unge som har diabetes type 2, og hva som kjennetegner dem." v/Hdir	Hdir trenger råd fra fagrådet om hvordan dette oppdraget bør løses. Innspill fra medlemmene: BDR uegnet, der er kun de som legges inn i sykehus, og kun barn, ikke ungdom over 18 år. Få legges inn, men inntrykket er at alle barn med DT2 henvises til sykehus-poliklinikk og får en diagnose. NPR dermed viktig kilde. STAT-19 vil antagelig egne seg godt gjennom å innhente data fra NPR, KPR og LMR. Og det kan kobles med andre viktige variabler for å kartlegge gruppen.
6	Stor satsning fra Helsedirektoratet; "Behandlingstilbud for overvekt og fedme" v/Hdir	-Jobbes med å utvikle læringsressurser og rigg for å understøtte implementeringen av anbefaling 4.2 i diabetesretningslinjen – "Strukturert program for vektreduksjon og diabetesremisjon". -Stor satsing: Avd. folkesykdommer har utredet et satsingsforslag fra Hdir på bedre behandlingstilbud til pasienter med overvekt og fedme. Satsingsforslaget skulle oversendes HOD høsten 2025, men det ble i oktober besluttet at det utsettes. -Arbeidet med et Strukturert program for vektreduksjon gjøres også ut fra et behov for bedre oppfølging av pasienter som bruker inkretinbaserte fedmelegemidler: uten god oppfølging er det økt risiko for at pasienter ikke legger om kostholdet og ikke øker fys.ak. Behov for god utredning i forkant og hjelp med bakenforliggende faktorer. Hdir er i dialog med DMP som deler bekymringen for varierende og for lite oppfølging, og informerer om at validiteten i deres kost/nytte vurderinger forutsetter at pas følges opp tilsvarende som i de kliniske studiene. Deler også bekymringen rundt manglende data på effekt og sikkerhet ved langtidsbruk. De to landene i Europa som har innvilget støtte til inkretinbaserte fedmelegemidler (UK og Sveits) krever at pasientene deltar i et omfattende program. Hdir ønsker å høre hva fagrådet mener om å sette krav til å få fedmelegemidler på blå resept/individuell stønad: -Det støttes at bruk av inkretinbaserte legemidler må kombineres med levevaneendringer -Det støttes at det bør stilles krav dersom det offentlige skal finansiere denne type legemidler. Muligens lettere å stille krav til helsepersonell enn til pasientene. -Bør gå i dialog med legeforeningen / de fagmedisinske foreningene -Et oppfølgingsprogram må være et program fastlegene kan henvise til -Et strukturert program for vektreduksjon ved hjelp av levevaneendringer burde tilbys også de som ikke skal bruke fedmelegemidler - Et strukturert program for vektreduksjon ved hjelp av levevaneendringer vil føre til store gevinster, på helse- og økonomiske på sikt Fagrådet støtter at det arbeides videre med å forberede et oppfølgingstilbud for pasienter som skal få fedmelegemidler med offentlig refusjon.
7	Bekymringsmelding fra Diabetesforbundet om "brukerstyrt" poliklinikk. Avvisning av DT2 på diabetespoliklinikkene, inkl. unge med DT2. v/ Tore Julsrud Berg	Helsedirektoratet har mottatt bekymringsmelding fra Diabetesforbundet om brukerstyrt poliklinikk og avvisning av DT2 på diabetespoliklinikkene. Bekymringsmeldingen gjelder at flere poliklinikker innfører løsninger for brukerstyrt poliklinikk der hensikten er å prioritere timer til de med størst behov, men der dette i praksis synes å bety at mange pasienter får lengre intervaller mellom årskontroller enn beskrevet i retningslinjen. Fagrådet deler bekymringen til Diabetesforbundet om at årskontroller ikke gjennomføres eller skyves på i tid: Uttalelse fra fagrådet:

		Årskontroll: I Helsedirektoratets nasjonale kliniske retningslinje for diabetes, kapittel 2 står det: «Pasienter med diabetes type 1 bør tilbys tverrfaglig oppfølging i spesialisthelsetjenesten (ofte organisert som 'diabetesteam'). Oppfølging må tilpasses den enkeltes behov, men minst én konsultasjon per år.» Hvis årlig oppfølging av diabetes type 1 i spesialisthelsetjenesten ikke følges, bør det meldes individuelt til fylkeslegen eller på overordnet nivå til Statens Helsetilsyn. • Brukerstyrt poliklinikk anses som en god måte å imøtekomme pasienters behov for helsetjenester på i diabetespoliklinikkene forutsatt at det finnes ressurser der til å ivareta pasientenes behov. Fagrådet deler Diabetesforbundets bekymring for diabetespoliklinikkens ressurser i forhold til behovet. • Den økende forekomsten av diabetes type 2 hos unge bekymrer på grunn av data som viser en alvorlig prognose. Flere av disse burde få et tilbud på diabetespoliklinikkene, for en tverrfaglig vurdering av sin metabolske og kardiovaskulære sykdom, inkludert diabetes, med høy risiko for negative utfall.
8	Diabetesretningslinjen – revisjon v/ Tore Julsrud Berg	Helsedirektoratet orienterte om status for arbeidet. Uttalelse fra fagrådet: «Diabetesretningslinjen har stort faglig gjennomslag i fagmiljøer som behandler personer med diabetes, særlig i primærhelsetjenesten. Fagrådet er bekymret for at diabetesretningslinjen på flere områder ikke er oppdatert i forhold til den medisinske utviklingen og prioriteringer. Mange kapitler er ikke revidert siden utgivelsen i 2016. Revisjonen av noen kapitler, ansett som svært viktige, har pågått i tre år og er ikke ferdigstilt. Gitt retningslinjens normative form må den være oppdatert. Fagrådet råder derfor Helsedirektoratet til å ferdigstille revisjonen snarlig»
9	Orienteringer fra Hdir v/ Anna Randby og Hilde Bergum	• Status ny Nasjonal diabetesplan 2025-2029: lanseres 14.11.2025 • Midler til diabetes på statsbudsjettet for 2026: Ble bevilget 16,6 mill NOK til diabetesarbeid i 2026 (uendret nivå fra 2025). Formålet med bevilgningen: følge opp Nasjonal diabetesplan (2025-2029) og tilskuddsordningen Diabetesarbeid. • Forprosjekt for revisjon GDM igangsatt: Oppstart av revisjonsarbeidet godkjent i retningslinjerådet, samarbeid med FHI igangsatt, frikjøp av endokrinolog (20%), forenklet helseøkonomisk utredning igangsatt. • Strukturert program for vektreduksjon: Det jobbes med utarbeiding av digitale ressurser rettet mot pasienter og helsepersonell. Jobbes også med en rigg basert på samhandling mellom fastlege og frisklivssentral, samt en rigg for et digitalt tilbud utgående fra RHF'ene. Dialog med relevante miljøer. • Utllysning av tilskuddsordningen for 2026: HOD viderefører tilskuddsordningen for diabetesarbeid. Søknadsfrist 1.des 2025. • Implementering av Fagprosedyren for diabetes i kommunale helse- og omsorgstjenester: Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) invitert til å kunne søke støtte til tiltak som vil bidra til implementering av fagprosedyren i 2025 og 2026. • JACARDI: Det er en prioritert oppgave i Hdir å delta i europeiske myndighetssamarbeid knyttet til arbeidet for reduksjon i ikke-smittsomme sykdommer. • Stortingsmelding om allmennlegetjenesten: Orientering, mange oppdrag til Hdir for å jobbe med dette, inkl. økt kapasitet og bredde i fastlegeordningen.
10	Eventuelt og ny møtedato	Møtedato bestemmes på Doodle (febr/mars)

Tore Julsrud Berg

leder av fagrådet