



# Primærhelseteam med diabetessykepleier er en løsning

---

## DEBATT

### TROND GEIR JENSSEN

E-post: trond.jenssen@ous-hf.no

Trond Geir Jenssen er overlege ved Oslo Universitetssykehus og professor II ved Universitetet i Oslo. Han har arbeidet med diabetes i mange år og er medisinsk medarbeider i Diabetesforbundet. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

### BERYLL KRISTENSEN

Beryll Kristensen er sykepleier med videreutdanning i diabetes og har lang erfaring med både administrativt og pasientnært arbeid. Hun koordinerte Helse Nords Handlingsplan for diabetes i 2008–2013 og leder Faggruppen for diabetessykepleiere. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har som programleder i en kurskomite mottatt honorar fra Novo Nordisk og Sanofi Aventis.

### INGER UGLENES

Inger Uglenes er kommuneoverlege i Austevoll og fastlege ved Austevoll legesenter. Hun er spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin, og leder primærhelseteamet i Austevoll kommune. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

### LILL SVERRESDATTER LARSEN

Lill Sverresdatter Larsen er sykepleier med master i helsefag og ph.d. i helsevitenskap. Hun er forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund og har permisjon fra stillingen som førsteamanuensis ved UiT Norges arktiske universitet. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

### BJØRNAR ALLGOT

Bjørnar Allgot har bakgrunn som pedagog og har arbeidet med diabetes i flere tiår. Han er generalsekretær i Diabetesforbundet. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

---

Forekomsten av diabetes øker i Norge. Vi mener primærhelseteam med lege, diabetessykepleier og helsesekretær egner seg til å møte denne utfordringen i allmennpraksis.

Nye data viser at forekomsten av diabetes, og da spesielt type 2, øker i Norge (1). Ca. 350 000 personer har diabetes, hvorav de aller fleste har diabetes type 2. Det er å forvente at denne trenden vil fortsette, i og med økende aldring og kroppsvekt i befolkningen.

God diabetesbehandling krever oppfølging av blodsukker, blodtrykk, lipider og urinfunn for å unngå senkomplikasjoner (mikro- og makrovaskulære), noe som rammer mer enn halvparten av personer med diabetes type 2 (2, 3). Nye tall fra det svenske diabetesregisteret

forteller at diabeteskomplikasjoner og sykefravær utgjør en samlet kostnad på 20 000 kr per person med diabetes type 2 per år (3). Minst like viktig er plager og lidelser dette medfører hos den enkelte pasient.

Personer med diabetes type 2 skal primært følges opp av kommunehelsetjenesten, i praksis fastlegen (4). Diabetes behandles ikke med medikamenter alene. Diabetes type 2 krever god kunnskap hos den enkelte rundt egen sykdom, og ikke minst mestring av denne. Utover god diabeteskontroll skal man også kunne leve godt. Fastlegen gjør en god jobb innenfor det rammene tillater. Men året har 8 760 timer og en vanlig diabetespasient har opptil fire legekonsultasjoner per år av 20–30 minutters varighet. Altså tilbringer pasienten 1,5–2,0 timer per år på legekantoret; de øvrige timene i året må vedkommende mestre situasjonen på egen hånd.

Pasienter med kronisk sykdom er bakgrunnen for at Helsedirektoratet, med utgangspunkt i Stortingsmelding 26 (2014–2015), i 2018 lanserte et pilotprosjekt med primærhelseteam. Prosjektet startet 1.4.2018 med 13 fastlegepraksiser og utvidet antallet kontorer i 2019. Primærhelseteam begrenses til å gjelde lege, sykepleier og helsesekretær i fastlegepraksiser. Teamet ledes av legen.

Altså tilbringer pasienten 1,5–2,0 timer per år på legekantoret; de øvrige timene i året må vedkommende mestre situasjonen på egen hånd

Legekantoret i Austevoll er et godt eksempel. Kantoret opprettet et primærhelseteam i 2018 med fem fastleger, seks sykepleiere (hvorav en er diabetessykepleier) og to helsesekretærer. Alle med diabetes type 2 innkalles til årskontroll, slik retningslinjene tilsier (4), og hyppigere ved behov, eventuelt med hjemmebesøk hos skrøpelige pasienter. Lege og sykepleier gjennomfører koordinerende samtale før konsultasjonen. I forbindelse med samtalen utfører diabetessykepleieren praktiske prosedyrer som en del av kontrollen (blodtrykksmåling, monofilament-test, henviser til START-kurs, m.m.). Konsultasjonen tar 40–60 minutter. I tillegg har diabetessykepleieren månedlige møter med fysioterapeut, ergoterapeut og hjemmesykepleietjenesten. Tilbakemeldingene fra primærhelseteam i Norge sier at brukerne (pasientene) føler seg tryggere, og at oppfølgingen har bedre kontinuitet når pasienten i tillegg følges av en sykepleier (5).

Å ansette en sykepleier med videreutdanning i diabetes både i primærhelseteam og større legekantor vil styrke det faglige tilbudet. Diabetessykepleieren har høy kompetanse innen diabetesfaget og kan bistå legen med å gi den enkelte (og pårørende) tilpasset veiledning, opplæring og oppfølging. Endring av levevaner er en viktig del av diabetesbehandlingen. Her har diabetessykepleieren både kunnskap og tid til å bistå i veiledningen og dermed frigjøre legens tid til andre oppgaver. Sammen vil de sikre at nasjonale retningslinjer blir fulgt og bidra til at behandlingsmål oppnås.

Diabetessykepleieren har høy kompetanse innen diabetesfaget og kan bistå legen med å gi den enkelte (og pårørende) tilpasset veiledning, opplæring og oppfølging

Helse Nords handlingsplan «Fra kunnskap til handling» (2008–2013) sier om diabetessykepleieren (6): «I teamet er det diabetessykepleieren som trekker i trådene og har det koordinerende ansvar i forhold til arbeidsoppgavene rundt pasienten.»

Det foreligger ingen oversikt over hvor mange kommuner og/eller legekantor i Norge som har ansatt diabetessykepleier, men en viss innsikt har vi. I Nord-Norge har Helse Nords satsing på diabetes medført at det i landsdelen i dag er over 24 kommunale og private legekantor med egen diabetessykepleier (personlig meddelelse: Koordinator i diabetes Elin Røst, Nordlandssykehuset Bodø, Helse Nord). I de øvrige Helseregionene, med et mye større folketall enn Helse Nord, er antallet betraktelig mindre og nesten fraværende. Og hvorfor er det slik? Et godt virkemiddel for å få diabetessykepleiere inn på flere legekantor ville være om de kunne utløse takst slik de gjør i spesialisthelsetjenesten.

Med utgangspunkt i undersøkelsen fra det svenske diabetesregisteret (3), koster

komplikasjoner ved diabetes type 2 det norske samfunnet ca. 7 milliarder kroner per år i sykehusutgifter og sykefravær alene. Det er altså ingen tvil om at god diabetesbehandling både lønner seg samfunnsøkonomisk og bedrer livskvalitet og livsår.

---

#### LITTERATUR:

1. Stene LC, Ruiz PL-D, Åsvold DO et al. Hvor mange har diabetes i Norge i 2020? Tidsskr Nor Legeforen 2020; 140: 1750–3.
  2. Bakke Å, Cooper JG, Thue G et al. Type 2 diabetes in general practice in Norway 2005-2014: moderate improvements in risk factor control but still major gaps in complication screening. BMJ Open Diabetes Res Care 2017; 5: e000459. [PubMed][CrossRef]
  3. Andersson E, Persson S, Hallén N et al. Costs of diabetes complications: hospital-based care and absence from work for 392,200 people with type 2 diabetes and matched control participants in Sweden. Diabetologia 2020; 63: 2582–94. [PubMed][CrossRef]
  4. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje: Diabetes. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes> Lest 29.11.2020.
  5. Regjeringen. Teamarbeid gir bedre pasientoppfølging. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/teamarbeid-gir-bedre-pasientoppfolging/id2830506/> Lest 5.2.2021.
  6. Handlingsplan i diabetes 2008–2013. Fra kunnskap til handling. Bodø/Oslo: Helse Nord, 2007: 24. <https://helse-nord.no/Documents/Fagplaner%20og%20rapporter/Fagplaner/Handlingsplan%20for%20diabetes%202008-2013.pdf> Lest 29.11.2020.
- 

Publisert: 22. mars 2021. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.20.0999

Mottatt 3.12.2020, første revisjon innsendt 12.2.2021, godkjent 15.2.2021.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no