

Forebygging og behandling av diabetiske fotsår

TANKER rundt interpellasjonsdebatten på stortinget 20. oktober 2006

Sykepleier Kirsti Espeseth,
Drammen

Dette innlegget er fra min side ment til å skape en debatt og et engasjement rundt behandling og forebygging, spesielt sekundærforebygging, av diabetes og senkomplikasjoner i form av sår. Dette spesielt med tanke på hvordan vi skal unngå flest mulig amputasjoner hos diabetespasienter i framtiden. Tankene om å skrive noe om dette kom etter at en interpellasjon om behandling av diabetikere i Norge ble fremmet på stortinget høsten 2006. Referatet fra debatten ligger på: www.stortinget.no/stid/2006/si061020.html

Håpet var at jeg her kunne finne noe konkret om hvordan regjeringen vil bedre behandlingsmulighetene og forebyggingen av sår og amputasjoner i forhold til det eksisterende tilbud vi har i dag.

I interpellasjonen ble disse spørsmål stilt fra stortingsrepresentant Vigdis Giltun.

“Jeg håper at statsråden kan si noe helt konkret om hva hun vil bidra med for å sikre en funksjonsmessig god organisering, nok fagpersonell og god faglig behandling av diabetespasienter, slik at man unngår de fleste amputasjoner i framtiden.”

Interpellasjonen

Interpellasjon fra representanten Vigdis Giltun til helse- og omsorgsministeren:

“Hvert år må om lag 500 norske diabetikere amputere hele eller deler av foten fordi de pådrar seg stygge fotsår. Beinamputasjoner som følge av diabetes koster staten minimum 300 mill. kr årlig. Norge ligger langt etter Sverige i å ta vare på mennesker med fotproblemer som følge av diabetes. Sverige har redusert antallet beinamputasjoner med ca 85% ved å organisere diabetesomsorgen når det gjelder føtter. Det innebærer at de bl.a har fotterapeuter ansatt ved landets sykehus. Stavanger Universitetssjukehus er langt framme når det gjelder forebygging av diabetesskader, og er foregangssykehus når det gjelder diabetesfoten. Diabetesforbundet foreslår bl.a en refusjonsordning for fotpleie/behandling til denne utsatte gruppen. Forebygging koster, men det koster lite i forhold til den gevinst en oppnår både menneskelig og økonomisk ved å unngå amputasjon.”

Hva vil statsråden foreslå av tiltak for å redusere antallet amputasjoner?



Statsråd Sylvia Brustad svarte blant annet:

“Representanten Giltun tar opp en viktig sak. Det er helt riktig at Norge står overfor store utfordringer når det gjelder både forebygging, oppfølging og behandling av diabetes i årene framover. Det var på den bakgrunn at Regjeringa i juli i år la fram en plan for hvordan vi ønsker å møte disse utfordringene. Noe av målet med den er å greie både å mobilisere og å koordinere flere av de ressursene som allerede finnes, for å få et bredest mulig tilbud til alle diabetespasienter. Så er det riktig, som represen-

tanten Giltun har påpekt, at vi har ansatt en egen direktør som skal ha ansvar for bare dette feltet. Det tror jeg er viktig, slik at vi får mer helhet på dette området. Jeg vil også sørge for at de problemstillingene som er reist i denne interpellasjonen her i dag, er blant de første sakene som Sosial- og helsedirektoratet skal ta tak i.”

Tanker rundt debatten

Jeg har lest igjennom svaret fra statsråden og påfølgende debatt uten å finne konkrete løfter om noe som helst. Jeg får inntrykk av at det skal satses mest på forbygging for å unngå å få diabetes. Men vi må ikke glemme alle de tuse-ner som allerede har sykdommen!

Det at mange har diabetes og det at de får senkomplikasjoner vet vi som helsepersonell, men hvordan skal det faktisk bli bedre for de som har sykdommen og allerede har senkomplikasjoner? Hvordan skal alle de tverrfaglige teamene opprettes på sykehus og hvem skal betale for å ansette for eksempel fotterapeuter der? Samtidig skal det spares penger på alle sykehus. Det hører vi som arbeider der daglig. Hvordan kan vi vite at de ekstra pengene som loves til sykehusene, faktisk går til disse tiltakene? Er noen av disse pengene øremerket til disse formål? Eller kommer disse pengene til å brukes til å rette opp tidligere års underskudd? Jeg er redd det siste er tilfellet.

Hva med refusjon av fotterapi til denne pasientgruppen? Jeg vet at det er pasienter som ikke har råd til å gå til fotterapeut. Hvordan skal disse sikres hjelp uansett hvor de bor og uansett hvordan den enkeltes økonomiske situasjon er? Dette sier statsråden ingen ting om.

Men i regjeringens Soria Moria erklæring heter det blant annet: “I regjeringserklæringen fra Soria Moria legges det vekt på at alle skal ha tilgang til gode og likeverdige helse-tjenester uavhengig av personlig økonomi og bosted.” Etterleves denne erklæringen? ►

Kommunehelsetjenesten skal også styrkes økonomisk. "Regjeringas styrking av kommuneøkonomien skal sikre at kommunene kan rekruttere nye fagpersoner, men også sørge for videreutvikling og videreutdanning hos dem som allerede er ansatt."

Er det her noen konkrete forslag til hvordan denne videreutdanningen skal foregå? Hvilke yrkesgrupper skal videreutdannes? Skal kommunene betale for utdannelsen? Hvordan skal det sikres at denne styrkede økonomien brukes til akkurat dette? Er disse midlene øremerket?

Jeg minner her om at spørsmålet til statsråden var hva hun konkret vil bidra med for at man unngår de fleste amputasjoner i framtida. I svaret fra statsråden heter det videre: "I den diabetesstrategien som vi la fram i sommer, er det et uttalt mål å redusere antall seinkomplikasjoner ved diabetes. Da er det flere tiltak vi vurderer, slik at vi skal bli bedre på dette. Det gjelder for det første forebygging. Vi vet at forebygging er tett knyttet til generelle folkehelseiltak og er et veldig viktig punkt. Jeg vil nevne tiltak for å få til endringer av kosthold og tiltak for å få flere folk i aktivitet. Gode rutiner for god praksis i hele helsetjenesten er også svært viktig."

Jeg leser også dette som om at det aller viktigste tiltaket er kosthold og fysisk aktivitet. Er dette alene gode nok tiltak for å forebygge sår, reparere allerede oppståtte skader og forebygge nye skader? Etter min mening nei!

Alvorlige senkomplikasjoner i form av fotsår hos diabetikere ender for ofte med amputasjon. Gjennom års erfaringer har jeg sett svært mange fotsår og det er naivt å tro at ikke senkomplikasjoner også i framtiden vil oppstå.

Hvor er tiltakene mot fotsår og forebyggingen av nye skader? Statsråden forholder seg ikke til denne problemstillingen i det hele tatt i svaret sitt.

Statsråd Sylvia Brustad [10:09:59]:

Representanten Giltun tar opp en viktig sak. Det er helt riktig at Norge står overfor store utfordringer når det gjelder både forebygging, oppfølging og behandling av diabetes i årene framover. Det var på den bakgrunn at Regjeringa i juli i år la fram en plan for hvordan vi ønsker å møte disse utfordringene. Noe av målet med den er å greie både å mobilisere og å koordinere flere av de ressursene som allerede finnes, for å få et bredest mulig tilbud til alle diabetespasienter.

Så er det riktig, som representanten Giltun har påpekt, at vi har ansatt en egen direktør som skal ha ansvar for bare dette feltet. Det tror jeg er viktig, slik at vi får mer helhet på dette området. Jeg vil også sørge for at de problemstillingene som er reist i denne interpellasjonen her i dag, er blant de første sakene som Sosial- og helsedirektoratet skal ta tak i.

Type 2-diabetes er et økende problem over hele verden. Vi i Norge er ikke noe unntak.



"Legeforeningen ved Norsk selskap for allmennmedisin – forkortet NSAM – har utviklet en egen handlingsplan for diabetes i allmennpraksis. Dette er et program som har høy faglig kvalitet og inneholder råd om diagnostisering, behandling og oppfølging av pasientene. Halvparten av allmennlegene i Norge bruker i dag dette programmet. NSAM anbefaler at alle som har fått påvist diabetes, skal få undersøkt føttene sine årlig."

"Regjeringa ønsker at dette handlingsprogrammet blir implementert blant alle leger i primærhelsetjenesten. Jeg har derfor bedt Sosial- og helsedirektoratet i samarbeid med Legeforeningen arbeide for at handlingsprogrammet blir tatt i bruk av alle allmennleger."

På spørsmål fra stortingsrepresentant Karin Andersen om tidshorison på implementering av handlingsplanen svarte statsråden:

"Vi har ikke satt noen bestemt dato, men de har fått beskjed om at dette skal skje raskt. Jeg har forventninger til at dette nye programmet raskt vil bli tatt i bruk av alle landets allmennleger. Det er svært viktig."

Jeg tror på at dette er et viktig tiltak. I NSAM's handlingsplan er det forslag til flere konkrete tiltak. www.nsamdiabetes.no

Et spørsmål dukker likevel opp selv om dette ikke har noe direkte med debatten å gjøre: Blir handlingsprogrammet fullt ut fulgt av alle som har tatt det i bruk? Blir føttene kontrollert så ofte som anbefalt? Risikopasienter anbefales kontroll av føtter hver 3.-4. måned. Svært mange pasienter jeg har hatt undervisning for forteller at føttene ikke blir undersøkt når de er til kontroll hos fastlege, verken ved årskontroll eller ved rutinekontroll (hver 3.-4. måned).

Som det er sagt: Antall personer med diabetes har økt voldsomt de siste 30 årene. Vi venter dessverre at denne økningen vil fortsette. Det er i dag omkring 120 000 mennesker i Norge som har påvist diabetes. Vi regner med at det er omtrent like mange som har uoppdaget diabetes. Grunnene til denne eksplosive utviklinga av type 2-diabetes er hovedsakelig endringer i kosthold, mindre fysisk aktivitet og en generell vektøkning i befolkninga.

Så er det også helt riktig at pasienter med diabetes mellitus risikerer alvorlige senkomplikasjoner. Mest alvorlig er nerveskader og sirkulasjonsforstyrrelser som kan føre til diabetiske fotsår. Da er det også slik at om lag en tredel av alle med diabetes utvikler nedsatt følsomhet i føttene i løpet av 10-15 år, avhengig av hvor godt sjukdommen har vært regulert. Fagfolk anbefaler derfor at en person med diabetes som har fått påvist nevropati, bør gå regelmessig til stell og kontroll hos kvalifisert behandler 3-6 ganger pr. år for å forebygge

fotsår og minske risikoen for amputasjon. Det er avgjørende viktig med god behandling og oppfølging av pasienter med nevropati for å unngå alvorlige infeksjoner, slik representanten Giltun var inne på. Uten god oppfølging kan resultatet bli en langvarig og ressurskrevende behandling, som i verste fall kan ende med amputasjon. Risikoen for amputasjon er om lag 30 ganger høyere for mennesker med diabetes enn for andre. I Norge foretas det hvert år 400-500 amputasjoner over ankelnivå hos diabetikere. Det er en alvorlig situasjon som vi ikke ønsker, og som vi ønsker å gjøre noe med.

I den diabetesstrategien som vi la fram i sommer, er det et uttalt mål å redusere antall seinkomplikasjoner ved diabetes. Da er det flere tiltak vi vurderer, slik at vi skal bli bedre på dette. Det gjelder for det første forebygging. Vi vet at forebygging er tett knyttet til generelle folkehelseiltak og er et veldig viktig punkt. Jeg vil nevne tiltak for å få til endringer av

Storingsrepresentant Karin Andersen stiller også spørsmålet: “Det andre er de faglige retningslinjene som spesialisthelsetjenesten skal rette seg etter. Kan statsråden også si litt om tidshorizonten på det?”

Statsråd Sylvia Brustad svarer: “Når det gjelder spørsmålet fra representanten Karin Andersen omkring de faglige retningslinjene, er det heller ikke satt noen fast dato for disse, men det vil ta noe lenger tid. Vi skal jo nå også sette ned et nytt nasjonalt råd som skal ta seg av kvalitet og prioriteringer, som er så veldig viktig. Jeg vil nok mene at de også bør ha en liten rolle i dette arbeidet, men det kan vi komme tilbake til.”

Hva kan vi forvente av dette rådet, når kan vi forvente at rådet skal begynne å arbeide og hva skal de konkret arbeide med?

Er de konkrete tiltakene å finne i Nasjonal strategi for diabetesområdet 2006-2010?

Etter å ha lest igjennom debatten er jeg slett ikke sikker på hva statsråden vet om disse problemene og om jeg i det hele tatt har funnet noen konkrete svar på det som det faktisk ble spurt om. I svaret hennes refereres det til en plan: Nasjonal strategi for diabetesområdet 2006-2010. Denne er lagt fram av regjeringen i juli 2006. www.regjeringen.no/nb/dep/nod/dok/rapporter_planer/rapporter/2006/Nasjonal-strategi-for-diabetesområdet-2006---2010.html?id=106611

I svaret fra statsråden ble det sagt: “Noe av målet med planen er å greie både å mobilisere og å koordinere flere av de ressursene som allerede finnes, for å få et bredest mulig tilbud til alle diabetespasienter.” Hm!

I denne planen trodde jeg at jeg ville finne noen mer konkrete tiltak om hva som kan gjøres for å redusere antall amputasjoner. Her vises det også til et dokument som denne planen bygger på (ligger som vedlegg til planen).

Det står mye om forebygging av diabetes i både planen og dokumentet. Men det står ikke så mye om sekundærforebygging. I punkt 3.3 Behandling og sekundærforebygging står det under tiltak som skal vurderes: “Vurdere organisering og behov for å styrke ordningen med tverrfaglige diabetesteam.”

Det står ingen ting om at det skal arbeides for å opprette flere team. Etter hva jeg har lært gjennom mange år heter det seg at gode, tverrfaglige team bidrar til færre amputasjoner. Kunne det være en ide å pålegge alle sykehus å opprette tverrfaglige team? Om ikke alle sykehus, så i alle fall at det ikke skal være lenger enn et visst antall kilometer til nærmeste team? (Så ville vi nok få problemer med å oppfylle dette i de nordligste fylkene.) Og hvem skal betale nye merutgifter?



Jeg fant ikke et ord om viktighet av regelmessig fotterapi av spesialutdannet fotterapeut i planen. Jeg fant ikke noe om penger som skal settes inn for å styrke dette tiltaket og ikke noe om midler til videreut-

danning. Nå skal det sies at det står i planen at det finnes videreutdanning for denne yrkesgruppen. Men, jeg tror Norge ville spare svært mange penger på sikt ved å gi bedre tilbud om fotterapi og også refusjon til dette, i alle fall for pasientgruppen med nevropati.

Hvor kommer fottøy inn i bildet? Vi som arbeider med problemstillingen med sår på diabetesføtter vet at det er svært viktig hva slags sko pasientene bruker. Og hva med fotsengene? Jeg vet at pasientene i dag får dekket mye av utgiftene til sko og fotsenger, men det er ikke nevnt i planen at fottøy er viktig. Jeg fant heller ikke noe om at ortopediingeniører er viktige og også kanskje trenger videreutdanning for å bli aller best. Det kan få store konsekvenser hvis sko og fotsenger ikke er gode nok. Er det satt av penger til dette? Finnes det utdanningsmuligheter for å bli enda bedre? ►

kosthold og tiltak for å få flere folk i aktivitet. Gode rutiner for god praksis i hele helsetjenesten er også svært viktig.

Diabetes er en sykdom som krever at pasienten sjøl også er årvåken og tar ansvar for egen helse i den grad det er mulig. Jeg tror ikke at disse pasientene ønsker å være passive mottakere av helsetjenester. Derfor er det viktig å støtte pasientens mulighet for å greie de daglige utfordringene og mestre livet med diabetes. Pasienten, pårørende og helsetjenesten må samarbeide om hvordan pasientens egne ressurser kan brukes både i planlegging og i opplæring for å mestre den nye livssituasjonen. En viktig del av dette arbeidet er opplæring i egen fotpleie for dem som har mulighet til å gjøre dette, i tillegg til det helsevesenet bør gjøre.

Det er også avgjørende viktig at diabetes diagnostiseres så tidlig som mulig for å unngå eller utsette seinkomplikasjoner. Derfor må det være gode rutiner for å oppdage dette tidlig,

slik at også personer som ikke sjøl vet at de har sykdommen, blir fanget opp tidlig av helsevesenet. Her er jeg enig med representanten Gil-tun i at primærhelsetjenesten og derved fastlegene har et stort ansvar både for å oppdage nye tilfeller og for å sette i gang forebygging og behandling av følgesykdommer så tidlig som overhodet mulig.

Legeforeningen ved Norsk selskap for allmennmedisin – forkortet NSAM – har utviklet en egen handlingsplan for diabetes i allmennpraksis. Dette er et program som har høy faglig kvalitet og inneholder råd om diagnostisering, behandling og oppfølging av pasientene. Halvparten av allmennlegene i Norge bruker i dag dette programmet. NSAM anbefaler at alle som har fått påvist diabetes, skal få undersøkt føttene sine årlig. Handlingsprogrammet anbefaler ikke en generell screening for diabetes, men mye mer aktiv leting etter nye tilfeller av diabetes på vide indikasjoner. Regjeringen ønsker at dette handlingsprogrammet blir

implementert blant alle leger i primærhelsetjenesten. Jeg har derfor bedt Sosial- og helsedirektoratet i samarbeid med Legeforeningen arbeide for at handlingsprogrammet blir tatt i bruk av alle allmennleger.

Det er viktig at alle pasienter får god behandling uavhengig av hvor de bor i landet. Derfor har jeg bedt Sosialog helsedirektoratet utarbeide nye nasjonale, faglige retningslinjer for diagnostisering, behandling og oppfølging av diabetikere innen spesialisthelsetjenesten. Det skal selvfølgelig skje i samarbeid med fagmiljøene, men også med brukerorganisasjonene.

Helsepersonell i det kommunale tjenesteapparatet må også ha kunnskap om hvordan de kan støtte og hjelpe pasienten helt fra sykdommen blir påvist, ved behandling og kontroll av fotsår og ved videre henvisning til spesialisthelsetjenesten. Regjeringas styrking av kommuneøkonomien skal sikre at kommunene kan rekruttere nye fagpersoner, men også sør-

I planen står det også om implementeringen av NSAM handlingsplan. Dette virker for meg lovende. Her er det store muligheter hvis det bare benyttes! Tanken er at fastlegene skal få tilbakemelding på hvor godt de følger opp pasientene og hvordan behandlingsmål er oppnådd eller ikke.

Hva vil skje videre?

I dette innlegget har jeg kommet med en del kritiske tanker og mange spørsmål, og noen synes nok at jeg med disse kommentarene er for negativ og har helt malurt i begeret. Da jeg begynte å lese referatet fra debatten hadde jeg ingen forventninger om at jeg skulle finne konkrete tiltak for problemløsning, men jeg hadde et lite håp om at forståelsen for sårproblematikk skulle vært løftet litt bedre fram. Diabetes som sykdom er for lengst satt på kartet, mens sårproblematikken fortsatt ikke regnes med.

Heftet – *Praktiske retningslinjer – den diabetiske fot* – er omarbeidet og oversatt fra WHO's retningslinjer for behandling av den diabetiske fot. Heftet viser de grunnleggende prinsippene for forebygging og behandling av diabetiske fotsår. Disse prinsippene bygger på en konsensusrapport forfattet av fagfolk fra hele verden – *The International Consensus on the Diabetic Foot* og den engelske versjonen er laget av International Working Group on the Diabetic Foot.

Oversettelse og omarbeidelse til norske forhold er gjort av frivillige i Norsk Interesseggruppe For Sårheling (NIFS). Heftet ble utgitt første gang i 2001, i 6000 eksemplarer, i samarbeid med Norges Diabetesforbund. Det har

ge for videreutvikling og videreutdanning hos dem som allerede er ansatt.

Godt tverrfaglig samarbeid er en forutsetning for å gi et best mulig behandlingstilbud til pasienter med diabetesfot. Jeg mener at lokalsjuehusene også her har en viktig rolle i oppfølginga av pasienter med kroniske sykdommer som diabetes, fordi dette er en sykdom som krever langvarig og hyppig oppfølging fra helsetjenesten og tett kommunikasjon med pasienten og dennes pårørende. I Soria Moria-erklæringa slår Regjeringa fast at vi ønsker bedre arbeidsdeling mellom sjukehusene for å få god kvalitet på behandlinga. Det skal også etableres flere lærings- og mestringssentre for kronisk sjuke ved lokalsjuehusene.

Mange sjukehus har gode erfaringer med tverrfaglige diabetesteam. Disse kan bestå av lege og sjukepleier, og noen har i tillegg klinisk ernæringsfysiolog, fysioterapeut og fotterapeut med på laget. Sverige, Danmark og Nederland har gode erfaringer med slike team,



senere blitt trykket opp flere tusen eksemplarer til og det er nå lagt ut på nett og kan lastes ned fra: www.nifs-saar.no

Det betyr at mange tusen helsearbeidere har dette heftet. Det overrasker meg at dette verktøyet ikke er nevnt noe sted i debatten eller i nasjonal strategi for diabetesområdet og dette konsensusdokumentet bør være med i det videre arbeidet for å redusere antall amputasjoner hos diabetikere i Norge. I disse retningslinjene er det forslag til konkrete tiltak.

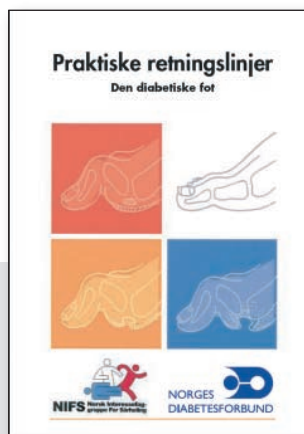
Hvor er substansen?

Av alt det som er nevnt i debatten: Vil det komme noe konkret ut

- av interpellasjonen,
 - av nasjonal strategi for diabetesområdet (2006-2010),
 - av sosial- og helsedirektoratet med en strategidirektør som har ansvaret for bare dette feltet,
 - av dokumentet som denne planen bygger på,
 - av et nytt nasjonalt råd som skal ta seg av kvalitet og prioriteringer,
 - samt planen om å understøtte den videre implementeringen av NSAM's handlingsplan i allmennpraksis,
 - og planen om utarbeidelse og implementering av faglige retningslinjer i spesialisthelsetjenesten?
- Det gjenstår å se!

Jeg har her bare tatt med deler av debatten fra stortinget og planen for diabetesomsorg. Det ligger adresser i teksten hvor du selv kan gå inn og lese mer. Dette innlegget er som sagt ment for å skape debatt og øke engasjementet om denne viktige saken.

Kom gjerne med innlegg til bladet SÅR! ■



og det ser ut til at hyppigheten av amputasjoner kan reduseres med mellom 40 og 80 pst. Derfor er etablering av diabetesteam ved alle landets sjukehus og systemer for bedre samhandling mellom helsetjenestnivåene også svært viktige tiltak for å få ned antallet amputasjoner.

Interpellanten har nevnt tilbudet ved Stavanger Universitetssjukehus, der fotterapeutene har en viktig rolle, som et eksempel på et godt tiltak for denne gruppen pasienter. Jeg er enig i at man i Stavanger har utviklet et bra tilbud, som bør inspirere også andre sjukehus ellers i landet til å kunne utvikle den-

ne tjenesten videre. Jeg synes det er spesielt interessant at fotterapeutene har en sentral rolle i behandlinga og oppfølginga av pasientene. Jeg er også kjent med at sjukehuset arbeider med å videreutvikle denne kompetansen ytterligere, og jeg vil følge denne utviklinga nøye.

Som sagt: Diabetes er et økende problem, som Regjeringa tar på største alvor. Målene i diabetesstrategien skal følges opp når det gjelder både forebygging og behandling. Med tverrfaglige diabetesteam, systemer for samhandling og opplæring av pasienter og pårørende skal vi lykkes i å redusere antallet amputasjoner. Implementering av NSAMs handlingsprogram for diabetes i allmennpraksis skal også sikre større oppmerksomhet overfor risikogrupperne og tidlig påvisning av sjukdommen. Jeg har store forventninger til at det arbeidet som nå er satt i gang på diabetesområdet, vil føre til en bedre situasjon for landets diabetespasienter.