

RAPPORT FRÅN

En dag om & DIABETES & OBESITAS

ALMEDALEN 1 JULI 2019



Konsultation på distans, multisjuka patienter, myter om fetma... Det var några av de ämnen som diskuterades under "En dag om diabetes & obesitas" som arrangerades i Visby under Almedalsveckan. Bakom årets arrangemang stod Nationella Diabetesteamet, Diabetesorganisationen i Sverige (DiOS), Riksförbundet HjärtLung samt Riksförbundet HOBS – Hälsa oberoende av storlek, i samverkan med Novo Nordisk.

Under dagen medverkade forskare, vårdpersonal, tjänstemän, politiker och patientföreträdare från olika delar av landet. Här förmedlas ett sammandrag av diskussionerna.



ROS OCH RIS I DEBATTEN OM PRIVATA NÄTLÄKARES PLATS I SVENSK PRIMÄRVÅRD

– De fysiska mötena går inte att ersätta. Vi läkare måste klämma och känna på patienterna. Men samtidigt kan jag också se fördelar med digital vård och inser att det kan vara ett bra komplement i vissa lägen.

Det sade David Nathanson, ordförande för Svensk Förening för Diabetologi och representant för Nationella Diabetesteamet, vid dagens första seminarium där de privata nätläkarnas plats i den svenska primärvården var föremål för debatt.

På kort tid har antalet besök hos privata nätläkare ökat snabbt, från cirka 200 000 under 2017 till 600 000 besök 2018. Förespråkarna menar att de nya vårdaktörerna avlastar en hårt ansträngd primärvård, medan kritikerna anser att vårdkonsumtionen och samhällskostnaderna ökar – och att nätläkarna plockar russin ur kakan.

– Statistik visar till exempel att de vanligaste diagnoserna är enklare åkommor med kort uppföljning. Och tjänsterna utnyttjas mest av höginkomsttagare i 30-40-årsåldern i storstäderna. Få av patienterna är över 60 år och få har andra modersmål än svenska, konstaterade David Nathanson, som samtidigt menade att det är svårt att gå emot strömmen; nätläkarbolagen är här för att stanna.

FÅ VÄLGJORDA STUDIER

David Nathanson berättade att när det gäller digital vård av patienter med diabetes finns få välgjorda studier.

– Men det man hittills har kunnat se är att digital vård vid typ 1-diabetes kan vara ett kostnadseffektivt komplement, i kombination med fysiska besök.

Johan Hultberg, moderat riksdagsledamot från Västra Götaland och själv typ 1-diabetiker, sade sig vara trött på att digitala tjänster ofta beskrivs som ett komplement till vanlig vård.

– Det som är intressant är hur jag vill bli bemött. Vilken är den bästa mötesformen för mig. Jag anser att digitalisering i grunden är något fantastiskt och innebär stora möjligheter, inte bara för diabetiker utan för alla patienter.

Daniel Forslund, biträdande regionråd (L) i Region Stockholm, var inne på samma spår.

Hur de privata nätläkarbolagen ska integreras i vårdutbudet är något som diskuteras inom Sveriges kommuner och landsting, SKL, berättade Daniel Forslund som även är ordförande för SKL:s beredning för digitalisering.

– Vi måste hitta avtalsformer som både innebär stabilitet för nätläkarna och kontinuitet för patienter med kroniska sjukdomar som diabetes, betonade han.

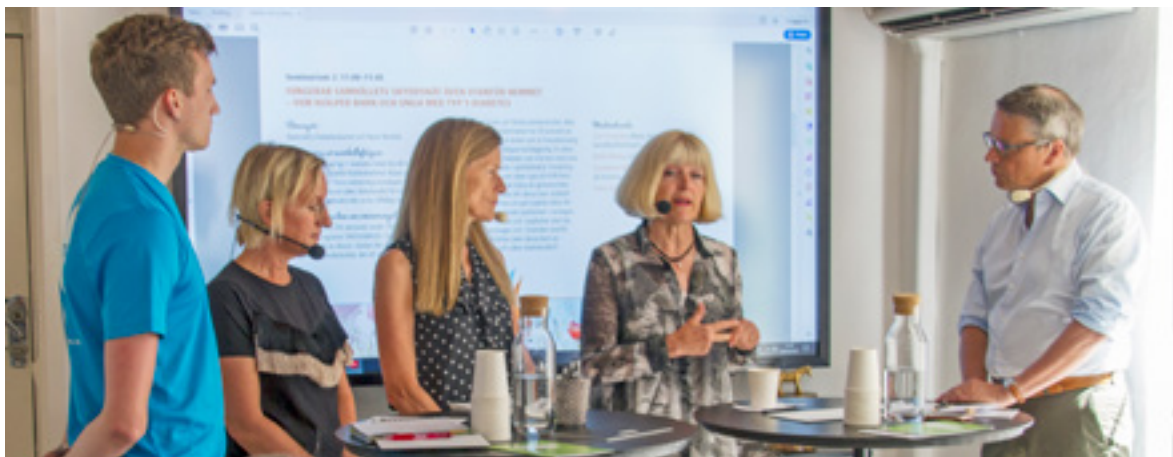
VILL LÖSA ERSÄTTNINGSMODELLEN

Nasim Farrokhnia, kvalitets- och forskningsdirektör vid det digitala vårdbolaget Kry, var på plats för att ge sin syn på de privata nätläkarnas roll i svensk hälso- och sjukvård.

– Jag har arbetat i 20 år som läkare och forskare i den offentliga världen innan jag började på Kry. Jag håller inte med om att vi dränerar sjukvården på resurser. Som akutchef på Södersjukhuset mötte jag samma typ av patienter som jag idag träffar via videomöte och då till en betydligt lägre kostnad. Så låt oss lösa ersättningsmodellen utan att kasta bort lösningen, sade hon.



MER KUNSKAP OCH BÄTTRE KOMMUNIKATION BEHÖVS FÖR SÄKER VÅRD UTANFÖR HEMMET



Att leva med typ 1-diabetes innebär avancerad egenvård. När föräldrarna inte är tillgängliga eller sviktar är barnets situation mycket utsatt. Därför måste barnen erbjudas egenvårdsstöd i skolan. Detsamma gäller barn som är placerade i samhällsvård. Tyvärr fungerar inte detta alltid i praktiken.

Det konstaterades vid dagens andra seminarium som fokuserade på vem som tar ansvar för barn med typ 1-diabetes utanför föräldrahemmet.

Sedan tio år tillbaka har barn med typ 1-diabetes rätt till egenvårdsstöd i skolan. Personalen ska till exempel vid behov hjälpa till med injektioner och blodsockerkontroller. Men trots dessa regler har många barn inte någon vuxen på skolan som är huvudansvarig för egenvården.

– Rektorn är skyldig att utse en sådan person. Personen har dock rätt att vägra att ta på sig uppgiften, vilket försvårar situationen. Därtill kommer att en 12-åring anses vara mogen att själv ansvara för sin egenvård, vilket inte alltid stämmer, betonade läkaren Gun Forsander från Svenska barnläkarföreningen.

TAR TID FRÅN UNDERVISNINGEN

Egenvården är ofta komplicerad, menade Robin Åberg, själv typ 1-diabetiker och ordförande i Ung Diabetes.

– Det är många olika faktorer som ska vägas in. Sjukdomen påverkar hur man mår fysiskt, och det tar mycket psykisk energi att hålla reda på allt, menade han.

Idag arbetar Robin Åberg som lärare och upplever att stödet i skolan till barn med typ 1-diabetes ofta är bristfälligt.

– Lärarna vet inte särskilt mycket om diabetes och ingen vill ta ansvar för egenvården. Det slutar ofta med att bollen hamnar hos mig. "Robin, du som har diabetes, du får ta tag i det", berättade han.

Robin Åberg ansåg att det också är svårt för lärarna att ta sig an uppgiften eftersom det tar tid från undervisningen. Därför förordar han elevassistenter som hjälper elever med typ 1-diabetes.

En extra utsatt grupp är barn med typ 1-diabetes som är placerade i samhällsvård. Under seminariet framkom att kompetensen om typ 1-diabetes måste öka bland personalen på HVB-hem.

Eva Nilsson Bågenholm, läkare och kvalitetsdirektör på privata Humana som ansvarar för ett 70-tal HVB-hem, berättade att man tidigare haft flera allvarliga avvikelser.

– För att komma till rätta med situationen ordnade vi diabetesutbildningar för personalen, vilket har lett till att vi inte haft några ytterligare Lex Maria-anmälningar. Men det behövs fortfarande mer kunskap.

Ett annat problem, enligt Eva Nilsson Bågenholm, är att Humana inte alltid får information om att ett barn har typ 1-diabetes när det placeras.

– Men vi måste få veta detta direkt. Socialtjänsten måste bli bättre på att förmedla denna information till oss, slog hon fast, och tillade att det också behövs klarare riktlinjer som talar om vem som har ansvaret för att sjukdomen sköts på rätt sätt på boendet.

EFTERLYSER BÄTTRE KOMMUNIKATION

Lisbeth Friman, regionrådssekreterare (KD), Region Stockholm, efterlyste också bättre kommunikation mellan olika huvudmän.

– Kommunikationen fungerar inte tillräckligt bra. Vi kan inte läsa varandras journaler till exempel. Kanske blir det bättre när det nya vårdinformationssystemet kommer på plats i Stockholm, sade hon.

VILL HA MER KOMPETENS I HEMSIJKVÅRDEN FÖR ATT SÄKERSTÄLLA EN GOD DIABETESVÅRD

Den kommunala hemsjukvården klarar inte att ge individanpassad diabetesvård enligt dagens riktlinjer. Bara 15 procent av personalen har fått utbildning i diabetesvård och nästan hälften av kommunerna saknar vårdprogram, enligt socialstyrelsens senaste utvärdering.

Vid dagens tredje seminarium framgick att mycket behöver göras i landets kommuner för att ge de äldre kvalitetsssäkrad diabetesvård. Till exemplen ovan kan läggas att det bara finns anställda dietister i cirka 60 av landets 290 kommuner, och enbart 20 procent av kommunerna erbjuder fotundersökningar.

Agneta Lindberg, distriktssköterska och ordförande i Svensk förening för sjuksköterskor i Diabetesvård, inledde seminariet med ett exempel från verkligheten. Berättelsen handlade om en 66-årig kvinna med typ 1-diabetes och insulinpump. På grund av problem med syn och finmotorik hjälpte kvinnans syster till med egenvården. Efter att systemen avlidit vände sig kvinnan till kommunala hemsjukvården.

– Men personalen ansåg sig inte ha kompetens nog att sköta insulinpumpen. Resultatet blev av kvinnan fick återgå till insulinsprutor som hemtjänsten nu ger henne på delegation. Kvinnan känner ökad oro och upplever att livskvaliteten har försämrats avsevärt, konstaterade Agneta Lindberg.

MER KUNSKAP

Anna Nergårdh, regeringens särskilda utredare för "Samordnad utveckling för god och nära vård", reagerade starkt på denna berättelse.

– Så ska det inte vara! Vi måste öka kunskapsnivån hos "hjälparna". Den kommunala hälso- och sjukvården ska ge insatser av samma kvalitet som övrig hälso- och sjukvård. Det är inte en egen bubbla, betonade hon.

Också Eva Nilsson Bågenholm, kvalitetsdirektör på Humana och ordförande i Vårdföretagarna, upprördes av detta utsnitt ur verkligheten:

– Det är horribelt att kvinnan fick sämre vårdkvalitet när hemsjukvården tog över. Tyvärr vet jag att detta förekommer, men det är något som vi inte ska acceptera. Teamen måste byggas bättre och kompetensnivån måste höjas, underströk hon.

Hon fick medhåll av Inga-Lena Andersson, ordförande i Dietisternas Riksförbund, referensgruppen diabetes.

– Personalen behöver till exempel utbildning i nutritionsbedömning för att förebygga undernäring hos personer med diabetes, betonade hon.

Margareta Arcombe, patientföreträdare från Diabetesföreningen Skåne län, kommenterade också berättelsen. När hon blev tillfrågad om hon ville delta i panelen tvekade hon först eftersom hon själv inte upplevt

några problem med diabetesvården. Hon har insulinpump och glukosmätare, som fungerar bra.

– Men när jag som förberedelse inför seminariet kontaktade andra diabetiker blev jag rädd. Exemplet vi fått höra är inte unikt. Och själv vill jag absolut inte förlora den utrustning jag har nu när jag blir äldre. Det vore hemskt.

VILL FÖRÄNDRA HELA SYSTEMET

Därefter gled diskussionen in på hur framtidens sjukvård i landet ska utformas, med utgångspunkt från den utredning som Anna Nergårdh leder.

– Det är fel på upplägget idag. Vi behöver förändra hela systemet och det är bra att vi nu börjat prata om vad som måste göras. sade Anna Nergårdh.

Hon medgav att det är "trickigt" att ställa om hela det svenska sjukvårdssystemet och framhöll att viktiga steg på vägen är lagstiftning, information och ekonomiska medel för omställningen.



LÅNGT FRÅN PARTNERSKAP I SJUKVÅRDEN PATIENTER EFTERLYSER MER DELAKTIGHET

Tröghet i systemet och ersättningsmodeller som premierar användning av äldre läkemedel. Det är några av förklaringarna till att det tar tid innan nya uppdaterade riktlinjer får genomslag i hälso- och sjukvården.

Det framkom vid dagens fjärde seminarium där man diskuterade vad som kan göras här och nu för att personer med typ 2-diabetes och etablerad hjärt-kärlsjukdom ska få tillgång till adekvat vård enligt de senaste rekommendationerna. I dessa riktlinjer lyfts behandlingar som kan minska risken för hjärt-kärlsjukdom tydligt fram.

– Men riktlinjer är inte en lag vilket gör att det ibland kan ta flera år innan de får genomslag, konstaterade professor Clas Held från Svenska Kardiologföreningen.

VILL INTE VÄNTA

På frågan om patienterna har råd att vänta in den nya kunskapsstyrningen menade Thomas Magnusson, förbundsordförande för Diabetesorganisationen i Sverige (DiOS), att svaret är nej.

– Jag som patient ska kunna känna mig trygg i att jag redan idag får tillgång till den bästa evidensbaserade vården, betonade han.

Under diskussionen lyftes det stora värdet av nationella kvalitetsregistren Swedeheart och Nationella Diabetesregistret som ett sätt att höja kvaliteten på vården ytterligare. Åke Åkesson, läkare och verksamhetschef vid Borgholms hälsocentral, menade att man borde visa upp de fem bästa och de fem sämsta enheterna för att påverka utvecklingen. Ingen vill vara "oduktigast" sade han.

Diskussionen kom även att fokusera på partnerskap med vården och personcentrerad vård. Christine Cars-Ingels, generalsekreterare för Riksförbundet HjärtLung, menade

att patienten fortfarande står med "mössan i hand". Hon lyfte även fram värdet av att ha en fast vårdkontakt och en personlig hälsoplan, som gärna får vara digital.

– Hälsoplanen är en slags överenskommelse mellan vården och patienten, där patienten aktivt väljer det som passar honom eller henne. Det är ett sätt att tydliggöra patientens eget ansvar och hjälper patienten att förstå sin behandling. Den hjälper också de anhöriga att hänga med, förklarade hon.

Thomas Magnusson betonade betydelsen av att få snabb och professionell hjälp vid en nydebuterad diabetes.

– Annars tycker jag att hälso- och sjukvårdens viktigaste uppgift är att ge mig verktyg att själv hantera min sjukdom. Varför är det inte så överallt? frågade han.

Och de i panelen som representerade hälso- och sjukvården höll med:

– Jag tror att en del av problemet är att vården är ett hierarkiskt system, men vi har blivit bättre på att lyssna på patienterna och att överföra kunskap, sade David Nathanson, ordförande för Svensk förening för diabetologi.

NÖDVÄNDIGA BETEENDEFÖRÄNDRINGAR

Clas Held ansåg att det blir allt mer uppenbart att läkarna måste arbeta mycket tydligare med att motivera patienterna till nödvändiga beteendeförändringar.

– Men hälso- och sjukvården utvecklas hela tiden. Till exempel har "hjärtskolorna" haft stor betydelse för att minska dödligheten efter hjärtinfarkt, sade han.

Åke Åkesson hade en annan infallsvinkel på problemet:

– Jag har arbetat många år inom hälso- och sjukvården, men det är först nu som jag fattat hur viktigt det är att involvera patienten, hur totalnödvändig patienten är. Det är du som patient som är ansvarig. Mitt ansvar är att övertyga dig om detta, menade han.



SEX ÅTGÄRDER FÖR EN TILLRÄCKLIG OCH JÄMLIK SVENSK OBESITASVÅRD

– Vi vill att fetma ska accepteras som den kroniska sjukdom det är. Och vi vill få vård utifrån vetenskap och evidens. Idag är det ofta okunskap och fördomar som styr hur vi blir behandlade.

Det underströk Jenny Vinglid, generalsekreterare för Riksförbundet HOBS – Hälsa oberoende av storlek, när hon argumenterade för en tillräcklig och jämlik obesitasvård.

Under seminariet presenterades en rapport som HOBS tagit fram i samarbete med analysföretaget Re-Think och med ekonomiskt stöd av Novo Nordisk. I rapporten konstateras att obesitas (fetma) är en allvarlig kronisk sjukdom som ligger bakom vart tionde förlorat levnadsår i Sverige.

Petter Odmark, analyschef på Re-Think, berättade att det idag finns omfattande ny kunskap om obesitas och om de fysiologiska mekanismer som motverkar egna försök att gå ned i vikt.

FÖR FÅ ERBJUDS BEHANDLING

Ett högt BMI ökar risken att drabbas av ett stort antal sjukdomar, däribland diabetes, hjärtkärlsjukdom och olika former av cancer.

– Obesitasvården är ojämnt fördelad över landet. Dessutom erbjuds alldeles för få personer behandling. Sjukvården lägger faktiskt ner runt femton gånger så mycket på att behandla sjukdomens konsekvenser som på själva sjukdomen i sig, sade Petter Odmark.

I rapporten lyfter man fram sex åtgärder som krävs för en tillräcklig och jämlik obesitasvård: nationella riktlinjer, en utbyggd medicinsk specialistvård, strukturerade program i primärvården, tydliga vårdnivårekommendationer, bättre uppföljning och bättre bemötande.

När panelen – bestående av Gilbert Tribo (L), Region Skåne, Talla Alkurti (S), Region Stockholm, Kajsa Järvholm, psykolog, Region Skåne, och Mats Eriksson, Reform Society – fick tillfälle att kommentera rapporten kunde de intyga att det fortfarande finns en stark kultur av diskriminering och stigmatisering där den som lever med obesitas anses ha sig själv att skylla.

Gilbert Tribo kunde referera till den negativa kritik han fick ta emot när Region Skåne fattat beslut om att öka antalet obesitasoperationer. Kritiken var inte nådig varken från allmänheten eller från vårdpersonal, berättade han.



Och Mats Eriksson, som tidigare arbetat som förtroendevald på högsta nivå inom Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), intygade att frågan kring vård av personer med obesitas sällan diskuterades de år han var engagerad inom SKL. Han gav själv en förklaring:

– Det här är en grupp som sällan syns i den offentliga debatten. De är inte så högljudda!

KVALITETSREGISTER OCH FORTBILDNING

Som avslutning fick paneldeltagarna ge sina förväntningar kring obesitasvården de närmaste åren. Jenny Vinglid lyfte fram förhoppningen att obesitas blir betraktad som en sjukdom och att personer med fetma eller övervikt blir bemötta på ett bra sätt. Kajsa Järvholm för sin del betonade bland annat värdet av nationella riktlinjer och kvalitetsregister.

Gilbert Tribo framhöll att det finns tydliga ekonomiska incitament för att skapa en fungerande obesitasvård eftersom vårdkostnader för följsjukdomar då minskar. En satsning på förbyggande vård betonades av Talla Alkuri som framhöll att primärvården borde få mer resurser liksom familjecentralerna i Region Stockholm. Hon ville också se fortbildningsinsatser för vårdpersonalen

TEXT: Barbro Falk **FOTO:** Hans Blomberg **GRAFISK FORM:** Relevans Strategi & Kommunikation

TRYCK: CA Andersson, Malmö