

Ny politikk på diabetesfeltet? Nøkkelinformanters syn på dagens og morgendagens tilbud

Christina Foss og Ingrid Ruud Knutsen

Christina Foss, professor, Avdeling for sykepleievitenskap, Institutt for samfunn og helse, Universitetet i Oslo, i.c.foss@medisin.uio.no

Ingrid Ruud Knutsen, post.doc, Avdeling for sykepleievitenskap, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo og førsteamanuensis ved Høgskolen i Oslo og Akershus, ingrid.ruud.knutsen@hioa.no

Abstract

New policy in type 2 diabetes care? Key informants' assessment of today's and tomorrow's policy

Health care service for patients with chronic diseases has undergone fundamental changes in recent years; focus on self-management, decentralisation to municipals with an emphasis on prevention and an urge for interdisciplinary and intersectoral collaboration. In the operationalization of the political signals to specific measures in the field, key actors' understandings influence the formulation of policy. As part of a larger international study (EU-Wise) qualitative semi-structural interview was performed with 15 informants who hold key positions with an ability to influence the specific implementation of health policy for people with type 2 diabetes. The key informants showed abundant variation in what they saw as important challenges and measures. The informants have few descriptions of initiatives to fight social inequalities and were vague in their descriptions of measures that are not individual-oriented. The vagueness may indicate the need for more specific recommendations of measures in the field.

Key words/Nøkkelord

health policy; municipal care; chronic disease; keynote informants

helsepolitikk; kommunehelsetjeneste; kronisk sykdom; nøkkelinformanter

Referee*

<http://dx.doi.org/10.7557/14.4050>



© 2016 The author(s). This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly credited.

Innledning

Med en aldrende befolkning og generelt endrede levevaner i befolkningen har såkalte kroniske sykdommer blitt en utfordring for samfunnet. Type 2 diabetes er en sykdom i sterk økning i vestlige land (WHO, 2008) og Norge er intet unntak. Folkehelseinstituttet (<http://www.fhi.no/>) anslår at ca. 3,8 prosent av befolkningen har diagnostisert type 2 diabetes og at det i tillegg kan være like mange udiagnostiserte tilfeller. Forekomsten av sykdommer som diabetes type 2 og overvekt er sosialt skjevfordelt og relatert blant annet til utdanningsnivå (Dahl, Bergsli og van der Wel 2014). Senkomplikasjoner ved diabetes type 2 er alvorlige (Claudi, Cooper og Daae 2000), men endringer i livsstil kan forebygge så vel forekomsten av lidelsen som utvikling av komplikasjoner (Berg 2000; Quigstad 2004; Schellenberg, Dryden, Vandermeer, Ha og Karownyck 2013). Vi står derfor i en situasjon der det er behov for handling og tiltak på bred front for å fremme helse i relativt store grupper i befolkningen.

I tilnærmingen til pasienter med type 2 diabetes følger Norge en politikk som innebærer sterkt fokus på å støtte individet til økt ansvar for egen helse (Ham 2010; Scheller-Kreisen, Blümel og Busse 2009; Sheaff og Pilgrim 2006; WHO 2008). I tillegg til det medisinske tilbudet som fastlegen gir, satses det på å bidra til økt egenmestring av sykdommen gjennom ulike former for gruppebaserte lærings- og mestringstilbud. Gruppebaserte tilbud baseres på en blanding av kunnskaper, motivasjon og erfaringsdeling for å stimulere individet til en livsstil som skal forebygge utvikling av komplikasjoner til sykdommen. I tillegg til diagnosespesifikke tilbud via startkurs oftest på sykehusenes poliklinikker og via motivasjonskurs gjennom Diabetesforbundet, er det en rekke mindre diagnosespesifikke tilbud (gå-grupper, matlagingskurs og lignende som tilbys i kommunene ofte via frisklivssentraler og helsehus.

En rekke helsepolitiske reguleringer og retningslinjer understreker betydningen av forebyggende og helsefremmende tiltak (HOD 2011; HOD 2013; HOD 2014–2015). Samhandlingsreformen og Kommunehelseloven gir kommunene hovedansvar for pasienter med kroniske lidelser, og betydningen av samhandling og tverrfaglige tilnærminger løftes sterkere fram (HOD 2008). Når det gjelder diabetes spesifikt, har Helsedirektoratet nylig revidert retningslinjene fra 2009 (<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes-nasjonal-faglig-retningslinje>).

I kjølvannet av mange nye helsepolitiske føringer og lovendringer reises det naturlig nok flere spørsmål knyttet til både ressursbruk, profesjonsinteresser og effektivitet om ulike veivalg rundt tilbud til pasienter med kroniske sykdommer. I den konkrete utformingen av norsk forebyggingspolitikk vil det oppstå konflikter mellom markedsinteresser og helseinteresser, mellom ulike grupper i helsevesenet, mellom fagfelter, mellom administrative nivåer, mellom sektorer

og mellom sosiale grupper (Stenvoll, Elvbakken og Malterud 2005). En premiss for godt samarbeid er at det eksisterer en gjensidig forståelse av mål og middel i arbeidet. Ikke bare helsepolitiske føringer gitt i form av stortingsmeldinger og direktiver, men også personer innen forvaltning og den konkrete utformingen av de helsepolitiske føringene vil påvirke veivalgene og utforming av tiltak i praktisk politikk. Per i dag er disse interessene ikke tydelig identifisert og beskrevet. Det er et uttalt ønske om at helsetjenestens utforming er basert på medvirkning og transparens, og hvordan personer i sentrale stillinger tenker om det aktuelle feltet er en potensiell kilde til innsikt i den konkrete utformingen av helsepolitiske veivalg. Intervju med nøkkelinformanter er beskrevet som en metode som har potensiale til å bidra til innsikt i gjennomslagskraften av helsepolitiske føringer og idealer (Varvasovsky og Brugha 2000). I forskningssammenheng betegner vi disse personene som «nøkkelinformanter», som en betegnelse på en informant som har «ekspertkunnskap» innen feltet som skal belyses. Personen kan ha en sentral posisjon, eller ha en spesiell innsikt i det som kartlegges enten som fagperson/ profesjonell eller som privatperson. I denne studien er målet å identifisere hvordan nøkkelinformanter i Norge ser på forebyggingsstrategier, aktuelle utfordringer og aktuelle tiltak til pasienter med type 2.

Metode

Artikkelen bygger på norske data fra en nylig avsluttet større internasjonal studie finansiert under EUs 7. rammeverk, med navnet EU-WISE (<http://eu-wise.com>). Studien hadde som målsetting å få innsikt i hvilke ulike faktorer som er viktige i mestring av kronisk sykdom.

Rekruttering og informanter

Politikere, ansatte innen helsebyråkratiet med ledende stillinger, forskere, representanter for sentrale profesjoners- og pasienters organisasjoner, samt representanter for legemiddelindustrien som kunne forventes å ha innsikt i studien tema ble kontaktet tidlig i kartleggingsprosessen. Flere av de intervjuede var i ledende helsepolitiske stillinger (og mange hadde samtidig en helseprofesjonsutdanning) (tabell 1).

Tabell 1: De 15 nøkkelinformantenes yrkesmessige bakgrunn og nåværende stilling

		Informanter
Profesjonsbakgrunn	Lege	5
	Sykepleier	4
	Annet	6
Stilling ved intervju	Politiker	7
	Akademiker	2
	Helseleder	2
	Pasientorganisasjon	2
	Legemiddelindustrien	2

Vi tok sikte på å inkludere nøkkelinformanter som hadde erfaringer fra ulike posisjoner og funksjoner og som ikke bare kunne representere ulike gruppers interesser, men som også kunne forventes å ha innsikt i helsepolitiske føringer innen feltet. Vi rekrutterte sentrale representanter fra Stortingets helsekomite, kommune- og fylkesforvaltning, pasientorganisasjoner og fagforbund, kommunenes sentralforbund, helsedirektoratet, forskere, media og legemiddelindustrien. Respondenter ble identifisert gjennom vår kjennskap til nøkkelposisjoner, gjennom snøballmetode (en informant henviste til en annen) og gjennom å identifisere deltagere i relevante debatter i media og fagtidsskrifter innen temaet. Potensielle respondenter ble invitert til å delta på intervju via telefonisk henvendelse etterfulgt av skriftlig informasjon via e-mail om studien og om hvilke spørsmål som kom til å bli reist i intervjuet. Stort sett var de forespurte positive til deltagelse, men to (politikere) takket nei med henvisning til stort tidspres. Intervjuene ble innledet med at informantene ga muntlig samtykke til intervjuet og samtykke til at det kunne tas opp på bånd.

Intervjuet

I denne artikkelen presenterer vi funn fra kvalitative individuelle intervjuer med 15 norske nøkkelinformanter. Intervjuene ble utført våren 2013 per telefon. Hvert intervju varte mellom 30-60 minutter og ble gjort av første- og annenforfatter av artikkelen. En intervjuguide var utviklet av forskningsgruppen i EU-Wise dels på basis av litteratur innen feltet og dels på bakgrunn av data fra de ulike deltakerlandene (Hellas, Bulgaria, England, Nederland, Spania, Norge). Data om helsevesenets oppbygging, struktur og finansiering ble diskutert blant partnerne for å komme fram til et konsistent sett av temaer på tvers av landene (Rogers, Vassilev, Pumar, Todorova, Portillo, Foss, Koetsenruijter, Ratsika, Serrano, Knutsen, Wensing, Roukova, Patelarou, Kennedy og Lionis 2015). Den norske versjonen av guiden (Figur I) ble så tilpasset hvordan det norske helsevesenet er finansiert og strukturert og til dagsaktuelle forhold i landet (vi sløyfet for eksempel spørsmål som var knyttet til henvisning til økonomiske

krise siden dette var mer aktuelt for land som Hellas og Spania), og deretter oversatt fram og tilbake av to personer; en amerikansk med gode norskkunnskaper og en norsk med gode engelskkunnskaper som oversatte den norske versjonen tilbake til engelsk.

Figur I. Intervjuguide i norsk versjon

Innledning – helsepolitiske tiltak

Hva ser du som de viktigste politiske endringene overfor pasienter med kroniske sykdommer som for eksempel diabetes 2 gjennom de siste 10-15 årene?

Aktører

Hvem er de viktigste aktørene på området helseatferd hos diabetes 2 pasienter?

Personell

Hvordan mener du at helsetjenesten fungerer i dag, med tanke på sammensetning og antall ulikt helsepersonell? Hvordan ser du for deg utviklingen her?

Primærhelsetjenesten

Hvis vi ser spesifikt på primærhelsetjenesten; Hvilke refleksjoner har du omkring finansiering og kompetanse i den kommunale helsetjenesten når det gjelder forebyggende og helsefremmende arbeid?

Forskningsstatus

Mener du at vi har tilstrekkelige forskningsbaserte kunnskaper å bygge på i utforming av forebygging av kronisk sykdom og retningslinjer for oppfølging og pleie av diabetes type 2?

Nettverk

Hvilken betydning tror du pasientens nettverk har for mestring av sykdommen?

Holdninger

Har du noe inntrykk av holdningen til kroniske sykdommer som type 2 diabetes?

Sosiale helseforskjeller

Hvilken innvirkning har det politiske fokuset rettet mot sosiale helseforskjeller hatt for utforming av politikk rettet mot mennesker med diabetes 2?

Oversettelsene ble sammenholdt og diskutert av de to forfatterne til det ble enighet om én versjon. Den oversatte og tilpassede guiden ble ikke fulgt slavisk idet vi tilstrebet en naturlig samtale (Kvale 1997) med vekt på at informanten skulle få løftet fram det som vedkommende anså som mest betydningsfullt.

Analyse

Vi fulgte prinsipper for tematisk analyse (Green og Thorogood 2014). Intervjuene ble først fortløpende transkribert. Deretter ble alle intervjuer lest og informantenes hovedpoeng ble deskriptivt kodet og satt opp i en tabell slik at vi fikk en oversikt over hvilke temaer som informantene løftet fram. Deretter grupperte vi lignende koder sammen i kategorier. Prosessen ble gjort av to forskere uavhengig av hverandre og så sammenlignet og diskutert. Vi leste intervjuene, koder og kategorier flere ganger og diskuterte til vi oppnådde konsensus om hvilke temaer som skulle prioriteres i den påfølgende analysen. Dataanalysen var prinsipielt iterativ gjennom en refleksiv prosess av å gå gjentatte ganger mellom data og egen forståelse av feltet, og hvor vi hele tiden stilte spørsmål om hva data fortalte, egen forståelse av feltet samt problemstilling og mål ned studien (Srivastava og Hopwood 2009). I prosessen med å analysere intervjuene la vi vekt på en utforskning av de kategorier og temaer som var mest vektlagt og fokusert av informantene. Noen av de tema som var introdusert av forskeren under intervjuet ble derved ikke undersøkt videre fordi de empiriske dataene ikke støttet disse kategoriene. Videre gikk vi i diskusjonene av informantenes utsagn frem og tilbake mellom utsagn og de politiske, økonomiske og institusjonelle rammer de refererte til, og denne refleksjonsprosessen bidro også til å øke vår forståelse av temaer som ble reist.

Etikk

Studien er forelagt og anbefalt av Regional Etisk Komité (REK nr. 2012/593). Alle deltagere ble sendt skriftlig informasjon om studien samt intervjuguiden i mail på forhånd og ga muntlig samtykke til å bli intervjuet. Da dette er personer som uttaler seg i kraft av sitt embete om helsepolitiske spørsmål er det i tråd med REK ikke innhentet skriftlig samtykke. For å anonymisere data slik at informantene ikke skal kunne gjenkjennes, er sitater er ikke knyttet til stilling og arbeidssted.

Funn

Informantene beskrev en rekke trekk og utfordringer innen helsepolitiske veivalg til pasienter med diabetes type 2. En del fellestrekk kunne identifiseres hos informantene, men mest tydelig var likevel de store variasjonene i informantenes forståelse av viktige tiltak og virkemidler. Forskjellene var i noen grad knyttet til profesjonsbakgrunn, men mer arbeidssted og ikke minst til hvor nært informantene sto praktisk arbeid og kontakt med pasientgruppen.

I analysen fant vi at informantenes respons kan fremstilles knyttet til tre kjernespørsmål; hva er de viktigste tiltakene, hvem er de viktigste aktørene og i hvilken grad og hvordan skal tiltak til gruppen reguleres?

Hva oppfattes som de viktigste tiltak?

Samtlige intervjuer ble innledet med spørsmål om hva informanten så som den viktigste helsepolitiske endringen overfor pasienter med kroniske sykdommer som diabetes type 2 de senere årene. Ved første gjennomlesning reflekterer svarene tre poeng; forebygging, brukermedvirkning og læring og mestring. Ved nærmere ettersyn mener vi imidlertid at informantene snakket om disse størrelsene som sider av samme sak; forebygging via læring og mestring som baseres på en aktiv og medvirkende pasient i stand til å ta vare på egen helse.

”Satsingen på forebygging gjennom lærings- og mestringssentrene tror jeg er noe av det viktigste. Det å mestre egen sykdom, det å bli mindre avhengig av hjelpeapparatet det er jo viktig både for den det gjelder - men også for, la oss si helsevesenet som sådan”.

Det var en tendens til å knytte økt pasientansvar til en positiv styrking av pasienten. Ikke alle pasienter har like gode ressurser og et av temaene som ble tatt opp i intervjuguiden var økende helseforskjeller. Det var få av informantene som på eget initiativ tok opp utfordringer knyttet til sosioøkonomiske helseforskjeller hos pasienter med diabetes type 2. Men også i diskusjoner om sosioøkonomiske forskjeller mellom pasientene, ble tiltak i hovedsak relatert til tiltak rettet mot individets kunnskaper og motivasjon og knyttet til individuelle valg:

”Du må ta ansvar for hva du gjør og hva du spiser. Ingen stapper maten i deg og det er ingen som holder deg igjen i sofaen så du ikke får gått tur heller”.

De som omtalte redusering av helseforskjeller som lite påaktet knyttet dette til dagens helsepolitiske linjer:

”Når det kommer til stykket så er jeg ikke sikker på om vi virkelig gjør noe med det. Måten vi innretter helsevesenet og spørsmål om mer valgfrihet og mer private aktører... Det er en del argumenter i den debatten som kan høres besnærende ut, men som bare gir større helseforskjeller.”

Det ble antydnet at sosioøkonomiske helseforskjeller var et vanskelig tema, og informantenes svar var gjennomgående preget av vaghet og lite konkretiserte tiltak. Flere informanter viste også til at det å adressere sosiale helseforskjeller var et fylkeskommunalt eller kommunalt ansvar:

«Folkehelseloven og den forpliktelsen den gir kommunene i forhold til oversikt over helsetilstand og risikofaktorer som påvirker, og sånn sett forpliktelse til å

legge tiltak inn i planer. Det er jo kjempeviktig å få til føringer og intensjoner om å styrke forebygging og ivaretagelse av personer med kroniske sykdommer.”

Andre henviste til at kommunene ikke har nødvendig økonomisk handlingsrom. En tydelig forskjell syntes å eksistere mellom de informanter som har stillinger innenfor ledelse eller politikk sammenholdt med de som står nære feltet i praktisk arbeide som ikke hadde merket store forskjeller i den konkrete omsorgen.

Hovedinntrykket fra intervjuene er at de viktigste tiltakene er rettet mot å støtte individets mestring gjennom kunnskaper og motivasjon mot en livsstil som sees som helsefremmende. Denne støtten gis via fastlegen og via gruppebaserte tilbud i offentlig eller privat regi. Helseforskjeller i gruppen reises i mindre grad av informantene, og når temaet sosiale helseforskjeller reises svarer respondentene overordnet og knapt, og det er få som nevner konkrete tiltak. Utfordringer med sosiale helseforskjeller knyttes i liten grad til samfunnsstrukturer, men heller til enkeltindividets ansvar som skal stimuleres gjennom kommunal tilrettelegging.

Hvem beskrives som viktige i omsorgen for personer med diabetes type 2?

Uavhengig av informantenes stilling og profesjonsbakgrunn var det bred enighet om at fastlegen er den ansvarlige og den viktigste i omsorgen til diabetes type 2 pasienter i kommunehelsetjenesten. Men samtidig nevner flere begrensninger i «den tradisjonelle fastlege-rollen»:

”Fastlegen har selvfølgelig ansvaret for å behandle. Men vi tenker nok ikke det at legen skal sitte der å bruke veldig mye tid på sitte og snakke en masse om kosthold og fysisk aktivitet og så videre. Men de trenger jo et sted å henvise, for de kan ikke drive på med dette alene.”

Til tross for enigheten om at legen har en viktig rolle, var det ingen beskrivelser av hvordan legen skulle bidra til en ønsket tverrfaglig tilnærming overfor gruppen eller hvilken rolle legen skulle ha overfor andre grupper som ble løftet fram som viktige i det helsefremmende arbeidet. Mange av respondentene, også leger, peker på behovet for en større bredde i forebyggingsarbeidet til pasientgruppen.

”Jeg tror jeg ville satsa på noen diabetessykepleiere ut på legekantorene. Diabetessykepleierne har bedre tid og gjør nok ofte en mye bedre jobb enn doktoren. Vi merker god forskjell på kvaliteten i kommuner som har ansatt diabetessykepleiere».

Informantene snakket alle om samarbeid mellom kommunens ulike enheter og det synes det å være bred enighet om betydningen av tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid, mellom kommunen og lokale organisasjoner, sagt med

en av informantenes ord; «*Det største potensialet ligger i det kreative rommet mellom det offentlige og frivillig virksomhet*». Samtidig etterlyste informantene styring og regulering av et slikt samarbeid.

”Det er fint når flere jobber sammen.[] Men det må systematiseres et samarbeid, særlig mellom frivillig og offentlig sektor. I offentlig sektor så er det viktig at fastlegene knyttes også til det primærforebyggende. Mer da som rådgivere, men de må knyttes inn i grupper som jobber med primærforebyggelse. Fastlegeordningen har mange flotte fordeler, men kommunene trenger å ha mange gode medisinske rådgivere.”

Mens det er enighet om samarbeid med frivillige og ideelle organisasjoner er det flere som uttrykker mer skepsis til private aktører.

”De private – det vil si legemiddelfirmaene har jo vært ganske aktive med å pushe insulinbehandling også til pasienter med type 2 diabetes. Private aktører innen kost har jo også en negativ side, og det er at de alltid har vidunderoppskriftene. Folk blir selvfølgelig forvirret”.

Mens representantene for legemiddelindustrien selv tenderte til å nedtone seg selv som påvirkningsagenter, pekte andre på at legemiddelfirmaenes innflytelse vil føre til et mer medisinsk fokus på behandling av type 2 diabetes og nedprioritering av forebyggende tiltak av ikke-medisinsk art.

At samarbeide og innsats fra flere instanser og fra både frivillige, private og profesjonelle anses som viktige overfor en pasientgruppe som type 2 diabetes var tydelig. Likevel, igjen var informantenes respons preget av usikkerhet og lite konkretisering av hvordan samarbeide skulle foregå; hvordan samarbeidet skulle styres og hvem som skulle lede dette arbeidet.

Hvordan skal tiltak til gruppen reguleres; gulrot eller pisk?

Et sentralt spørsmål omkring forebyggende og helsefremmende arbeid er diskusjoner knyttet til hvilke tiltak som det skal satses på for å påvirke helse relatert adferd. Respondentene beveger seg stort sett svært forsiktig i forhold til «gulrot-eller-pisk» diskusjonen. Mens de informanter som løfter fram individorienterte tiltak legger vekt på individets frihet gjennom stimulering til «rette valg», legger de som peker på samfunnsforhold mer vekt på sterke reguleringer.

«Det er jo ikke bare er det enkelte individs valg. Mye er tilrettelegging – eller manglende sådan i samfunnet. Det kreves helt andre virkemidler enn det den enkelte kan stilles til ansvar for sjøl. 90 % av folkehelse er bestemt av faktorer som ligger utenfor helsetjenesten. Den største risikoen er vel å ikke fullføre videregående skole. [] Hvis vi skal få gjort noe med folkehelse nå, så må vi gjøre noe med de svakeste og ikke de flinkeste.[] Problemet er at barn er tyngre enn

dagens 35-åring var da de gikk på barneskolen. Så hvis man ikke går inn der så ser jeg mørkt på det. Prioritere bevegelse framfor å sitte stille. De har vel ikke greid å gjennomføre en time gym hver dag i barneskolen ennå tror jeg. Det burde jo være en enkel sak. På et folkehelsemøte jeg var så var det en som sa et man burde forby bilkjøring nærmere skolen enn en kilometer. Sånn at ungene måtte gå altså. Der kan man lære litt av røykeloven tror jeg. Man må ha virkemidler som i utgangspunktet oppfattes som ganske betydelige inngrep for å komme igjennom».

Nasjonale retningslinjer er en måte å regulere omsorgen til pasienter med type 2 diabetes. Når det gjelder styring spesifikt i behandlingen av pasienter med type 2 diabetes henviser flere informanter til eksisterende retningslinjer:

”De gamle retningslinjene fra 2009 burde jo revideres. Nå står vi ei en situasjon der ingen vet riktig om vi skal revidere de retningslinjene, og det skumle ved det er at da har liksom industrien full tilgang. Det de retningslinjene kunne ha gjort var å være mer edruelige overfor det nye og det ville antageligvis ha kosta mindre å lage nye retningslinjer og implementere dem, enn å overlate arenaen til de som tjener penger på det”.

Ifølge Folkehelseinstituttet har andelen av pasienter med type 2-diabetes som behandles kun med kost og mosjon har gått ned (<http://www.fhi.no>). En informant etterlyser at nye retningslinjer kunne åpne opp for refusjonsordninger som stimulerer alternative tilnærminger til pasientene for å fremme forebygging.

«Jeg kan jo godt skrive resepter på 1500 kroner til folk uten noe problem i det hele tatt. 500 kroner til treningsstudio er jo mer effektivt noen ganger, men det er det jo ingen refusjon på. Jeg synes at vi vektlegger medikamentell behandling i mye større grad enn vi vektlegger ikke-medikamentell behandling. Det er jo private aktører som tjener på pillene men vi vil jo ikke at private aktører skal tjene på ikke-medikamentell behandling. Det finnes ingen refusjon på trening. Så det er jo et eksempel på at livsstilstilnærming prioriteres ned.»

Hovedinntrykket etter intervjuene var likevel at mestring knyttes til enkeltindividets ansvar for egen helse som skal styrkes gjennom en rekke ulike tiltak fra ulike aktører i nærmiljøet, men at den mer konkrete utformingen av kommunale tiltak for å fremme denne politikken fremdeles fremsto som noe uferdig, og noen av respondentene ga uttrykk for at politikken var preget av retorikk og slagord mer enn av konkret lokal handling.

Diskusjon

Sykdommer som type 2 diabetes er knyttet til individuelle faktorer som for eksempel kjønn, alder og utdanning, men også til faktorer på meso- og makronivå som for eksempel sosialt nettverk, kultur, opplevelse av stigmatisering (Nam, Chesla, Stotts, Kroon og Janson 2011). Behandling og

forebygging av sykdommen er derved knyttet til flere faktorer enn individets valg. Likevel er et tydelig trekk ved nøkkelinformantenes refleksjoner at de i hovedsak knytter mestringsstøtte og forebygging til individrettede tiltak. Koblingen kan sies å reflektere de helsepolitiske føringer som er lagt. Norge har, i likhet med andre Europeiske land, innført tiltak rettet mot å hjelpe enkeltindividet til bedret mestring gjennom motivasjon, kunnskap og deling av erfaringer (Glazier, Bajcar, Kennie og Willson 2006; Rise, Pellerud, Rygg og Steinsbekk 2013). Mindre oppmerksomhet har vært rettet mot offentlige helsebidrag på høyere samfunnsmessig nivå gjennom eksempelvis påvirkninger av politiske virkemidler knyttet til økonomiske og miljømessige tiltak (O’Keeffe, Kabir, O’Flaherty, Walton, Capewell og Perry 2013; Stuckler, McKee, Ebrahim og Basu 2012). Nyere forskning peker imidlertid på relevansen av kollektive tiltak og betydningen av gode nettverk for mestring av kronisk sykdom (Nam et al. 2011). I en analyse av Folkehelsemeldingen (*Resept for et sunnere Norge 2002-2003*) peker Stenvoll og medarbeidere på at selv om miljørettede tiltak hevdes å være viktige, framstår det overordnede perspektivet som individrettet gjennom sin vektlegging av livsstil og individuelle valg (Stenvoll et al. 2005).

Litteraturen viser at økt ansvar for egenmestring for noen pasienter blir et uoverkommelig krav (Foss, Knutsen, Kennedy, Todorova, Wensing, Lionis, Portillo, Serrano-Gil, Koetsenruijter, Mujika og Rogers 2015; Knutsen, I. A. R., Foss, Todorova, Roukova, Kennedy, Portillo, Regaira, Serrano-Gil, Lionis, Angelaki og Rogers 2015). Individrettede tiltak er vist å ha effekt for noen pasientgrupper, men vi ser også at individrettede gruppebaserte tiltak (lærings- og mestrings tilbud) ikke tiltrekker seg de grupper som strever aller mest (Byrne 2008; Knutsen, Bossy og Foss 2016). Et for ensidig fokus på gruppebasert mestringsstøtte kan derved øke sosioøkonomisk betingede helseforskjeller stikk i strid med vedtatte helsepolitiske føringer (Dahl et al. 2014). Flere av informantene i denne studien hadde lite fokus på sosiale helseforskjeller. At utfordringer knyttet til sosiale helseforskjeller er lite og diffust omtalt av informantene sees også i andre vestlige land når vi sammenligner våre Norske data med land som England og Nederland (Rogers et al. 2015). Helsepolitiske trekk som desentralisering og delegering av ansvar til kommunene er en sentral del av den politikken som har vært førende i store deler av Europa (*Building primary care in a changing Europe* 2015). Desentralisert ansvar til kommunene kan innebære at ”store trekk” som sosiale helseforskjeller faller utenfor synsbildet.

Et sentralt tema i Samhandlingsreformen og også andre utredninger og meldinger er samarbeid. Den tydeligste styringsmekanismen som tilbys for folkehelsefeltet er hevdet å være det systematiske folkehelsearbeidet, hvor informasjon om helsetilstand og påvirkningsfaktorer kobles inn som et grunnlag

for kommunenes diskusjon om mål og prioriteringer i planer (Hofstad 2014). Selv om det er prinsipiell enighet blant informantene om behovet for samarbeid og samhandling på tvers av profesjoner, nivåer og instanser, er beskrivelsene vage og det er lite tydelighet i hvilken rolle de ulike aktører- og instanser skal ha. I flere europeiske land har etablering av flerfaglige team vært et viktig virkemiddel i forebyggende og helsefremmende arbeid overfor grupper som pasienter med type 2 diabetes (Scheller-Kreisen et al. 2009). Også i Norge er flerfaglige team er løftet fram som viktige tiltak (Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet 2015). At det er relativt store forskjeller i nøkkelinformantenes beskrivelser av utfordringer og tiltak kan være en indikasjon på at også samarbeidet mellom aktører i ulike organisasjoner/instanser er vanskelig også i Norge. Fra England vet vi at samarbeide mellom ulike kommunale og offentlige instanser er lettere enn mellom private og offentlige instanser (South, Darby, Bagnall og White 2010). Det er også vist at manglende styring og mangel på retningslinjer for samarbeidet og/eller manglende trening i tverrfaglig samarbeid har betydning (van Dijk-de Vries, Moser, Mertens, van der Linden, van der Weijden og van Eijk 2012). Informantenes respons kan indikere at helt konkrete retningslinjer for hvordan slike team skal fungere og styres blir viktig. Via Kommunehelsetjenesteloven fikk kommunene i 1984 anledning til å velge om de ville ha fastlønnsleger eller avtaleleger. Etter hvert har mange kommuner et stort innslag av fastleger som arbeider som selvstendig næringsdrivende med stykkprisfinansiering. Med fastlegen i en helt sentral rolle er det ikke utenkelig at ordningen vanskeliggjør kommunenes mulighet til styring av samarbeidsordninger og refusjonspraksiser, og at dette igjen påvirker tjenesten overfor pasienter med diabetes type 2. Økt fokus på primærhelsetjenesten har i flere land innebåret en omfordeling av arbeidsoppgaver. Mange land har etablert en styrket funksjon for diabetessykepleiere i samarbeid med fastlegene, noe som har blitt positivt evaluert av pasientene (Edwall, Danielson og Öhrn 2010; Lawton, Parry, Peel og Douglas 2005). Legers henvisningspraksis synes å være viktig for tilgjengeligheten til alternative tilbud, og bør kanskje også tydeliggjøres.

Studiens begrensninger

Studien har sine begrensninger. Først og fremst er dette knyttet til antallet informanter. Selv om dette er en kvalitativ studie som ikke påberoper seg å være representativ, er det likevel et viktig poeng at funnene derved bare sies å gi en antydning om mulige utfordringer knyttet til de identifiserte ulike forståelsene. Det kan også hevdes at studien er gjennomført like før et regjeringsskifte, men effekten av dette begrenses sannsynligvis av at informantene ikke er politisk representative for en bestemt regjering.

Konsekvenser

Det har nettopp kommet nye nasjonale retningslinje for forebygging, diagnostikk og behandling av diabetes (<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes>). En viktig årsak til de nye retningslinjene er den økende forekomsten av diabetes 2. Analysen av nøkkelinformantenes syn på ulike sider ved dagens helsepolitiske føringer overfor pasienter med type 2 diabetes viser at det er behov for konkrete innspill, og det er et spørsmål om retningslinjene imøtekommer dette kravet. I arbeidet med nasjonale retningslinjer for diabetes har Helsedirektoratet valgt ut noen temaer, deriblant intervensjoner knyttet til livsstil. Når målet er at retningslinjene skal kunne fungere som et nyttig verktøy i den kliniske hverdag, kan det se ut som det er et stort behov for at retningslinjene gir så konkrete og klare råd som mulig på hvordan helsefremmende og forebyggende arbeid til pasientgruppen skal foregå i kommunene. Spesielt synes det å være behov for tydelighet i balansen mellom tiltak for medikamentell behandling og ikke-medikamentelle tiltak. Ansvar for samarbeid på tvers av profesjoner og organisasjoner og for å kunne gi en tett oppfølging knyttet til ulike ikke-medikamentelle tilbud bør vektlegges og tydeliggjøres i de nye retningslinjene. Videre bør ikke-medikamentelle tilbud være varierte og fremstå som attraktive også for brukere som ikke tiltales av eksisterende gruppebaserte lærings- og mestringstilbud.

Litteratur

- Berg, T. J. (2000) Kan type 2-diabetes forebygges? Tidsskrift for Den norske legeförening, 20(120): 2430-2433.
- Building primary care in a changing Europe. (978 92 890 50 319). (2015). WHO The European Observatory on Health Systems and Policies.
- Byrne, S. (2008). Healthcare avoidance. A critical review. *Holistic Nursing Practice*, Sept/Oct: 280-292.
doi.org/10.1097/01.HNP.0000334921.31433.c6
- Claudi, T., J.Cooper, og C. Daae (2000). Er diabetesbehandling for vanskelig for allmennpraktikeren alene? Tidsskrift for Den norske legeförening, 120(22): 2678-2682.
- Dahl, E. H. Bergsli og K. van der Wel (2014). Sosial ulikhet I helse: En norsk kunnskapsoversikt. Retrieved from Høgskolen i Oslo og Akershus: Oslo
- Edwall, L L., E. Danielson og I. Öhrn (2010). The meaning of a consultation with the diabetes nurse specialist. *Scandinavian Journal of Caring sciences*, 72: 256-264.
- Foss, C, I.R. Knutsen, A. Kennedy, E. Todorova, M. Wensing, . . . og A. Rogers (2015). Connectivity, contest and the ties of self-management support for type 2 diabetes: a meta-synthesis of qualitative literature. *Health & Social Care in the Community*, 24(6): 672-686.
doi.org10.1111/hsc.12272.
- Glazier, R, J. Bajcar, N. Kennie, og K. Willson (2006). A systematic review of interventions to improve diabetes care in socially disadvantaged

- populations. *Diabetes Care*, 29(7): 1675-1688. doi.org/10.2337/dc05-1942
- Green, Judith og NickyThorogood (2014). *Qualitative methods for health research* (Vol. 3. edition). London: Sage.
- Ham, C. (2010). Ten Characteristics of the high-performing chronic care system. *Health Econ Policy Law*, 5(1): 71-90. doi.org/10.1017/S1744133109990120
- Diabetes - forebygging, diagnostikk og behandling. Nasjonale faglige retningslinjer., (2009).
- HOD. (2008- 2009). *Meld.St. 47 Samhandlingsreformen Hentet fra* <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>.
- HOD. (2013) Meld St.19. Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter. (2014-2015). Oslo. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/>
- HOD. (2015) Meld. St. 26. Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. (2014-2015). Oslo. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
- HOD. (2011). Meld. St. 16 Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-16-20102011/id639794/>
- Hofstad, H (2014). Vil forlkehelse få et løft av samhandlingsreformen? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 17(1): 59-64.
- Knutsen, I.R., D. Bossy, og C. Foss (2016). Er gruppebaserte lærings- og mestringstilbud attraktivt for alle med diabetes type 2? *Sykepleien Forskning*, Akseptert for publikasjon sept. 2016.
- Knutsen, I. R., C. Foss, E. Todorova, P. Roukova, A. Kennedy, . . . og A. Rogers (2015). Negotiating diet in networks: A cross-European study of the experienvces of managing type 2 diabetes. *Qualitative Health Research*. doi:10.1177/1049732315610318
- Kvale, S (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Lawton, J., O. Parry, E. Peel, og M. Douglas (2005). Diabetes service provision: a qualitative study of newly diagnosed Type 2 diabetes patients' experiences and views. *Diabetes medicine*, 22: 1246-1251.
- Nam, S., C.A. Chesla, N.A. Stotts, L. Kroon, og S.L. Janson (2011). Barriers to diabetes management:Patient and provider factors. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 93: 1-9.
- O’Keeffe, C., Z. Kabir, M. O’Flaherty, J. Walton, S. Capewell, og I. Perry (2013). Modelling the impact of specific food policy options on coronary heart disease and stroke deaths in Ireland. 3. doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002837
- Quigstad, E. (2004). Forebygging av type 2-diabetes - en oversikt. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 124(23): 3047-3050.

- Resept for et sunnere Norge. (2002-2003). Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.
- Rise, M., A. Pellerud, L. Rygg, og A. Steinsbekk (2013). Making and Maintaining Lifestyle Changes after Participating in Group Based Type 2 Diabetes Self-Management Educations: A Qualitative Study. PLoS ONE [Electronic Resource], 8(5).doi.org/10.1371/journal.pone.0064009
- Rogers, A., I. Vassilev, M.J. Pumar, E. Todorova, M.C.Portillo,. . . Lionis, C. (2015). Meso level influences on long term condition self-management: stakeholder accounts of commonalities and differences across six European countries. BMC Public Health, 15(622). doi.org/10.1186/s12889-015-1957-1
- Schellenberg, E., D. Dryden, B. Vandermeer, C. Ha, og C. Karownyck (2013). Lifestyle interventions for patients with and risk for type 2 diabetes. A systematic review and meta-analysis. Annual Internal Medicine, 159: 543-551. doi.org/10.7326/0003-4819-159-8-201310150-00007
- Scheller-Kreisen, D., M. Blümel, og R. Busse (2009). Chronic disease management in Europe. Eurohealth, 15(1): 1-5.
- Sheaff, R., og D. Pilgrim (2006). Can learning organizations survive in the newer NHS? Implementation Science, 1(27). doi.org/10.1186/1748-5908-1-27
- South, J., F. Darby, A.M. Bagnall, og A.White (2010). Implementing a community-based self care training initiative: a process evaluation. Health & Social Care in the Community, 18(6): 662-670. doi.org/10.1111/j.1365-2524.2010.00940.x
- Srivastava, P., og N. Hopwood (2009). A practical iterative framework for qualitative data analysis,. International Journal of Qualitative Methods, 8(1): 76-84.
- Stenvoll, D., K.T. Elvbakken, og K. Malterud (2005). Blir norsk forebyggingspolitikk mer individorientert? Tidsskrift for Den norske legeforening, 125: 603-605.
- Stuckler, D., M. McKee, S. Ebrahim, og S. Basu (2012). Manufacturing epidemics: the role of global producers in increased consumption of unhealthy commodities including processed foods, alcohol, and tobacco. PLoS Med, 9. doi.org/10.1371/journal.pmed.1001235
- van Dijk-de Vries, A., A. Moser, V.C. Mertens, J. van der Linden, T. van der Weijden, og T.J. van Eijk (2012). The ideal of biopsychosocial chronic care: How to make it real? A qualitative study among Dutch stakeholders. BMC Family Practice, 13. doi:10.1186/1471-2296-13-14
- Varvasovsky, Z., og R. Brugha (2000). Stakeholder analysis Health Policy and Planning, 15: 239-246. doi.org/10.1093/heapol/15.3.239
- WHO. (2008). The world health report 2008 - Primary health care (Now more than ever).