

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep  
0030 Oslo

Att.:

Vår ref. LM

Oslo, 18. januar 2011

## **Diabetesforbundets høringsuttalelse til forslag om ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester**

Diabetesforbundet viser til Helse- og omsorgsdepartementets høringsbrev av 18. oktober 2010, med tilhørende høringsnotat med forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Diabetesforbundet ønsker med dette å gi sine merknader og innspill til ovennevnte høringsnotat og lovforslag. Vi viser også til Diabetesforbundets høringsuttalelser til ny folkehelselov, Nasjonal helse- og omsorgsplan og Veileder for kommunale frisklivssentraler. Denne høringsuttalelsen fokuserer på de områdene Diabetesforbundet anser som særskilt viktige. Diabetesforbundet er medlem av Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO) og støtter seg til deres høringsuttalelse på de områdene vi selv ikke har omtalt.

Diabetesforbundet er en uavhengig interesseorganisasjon for mennesker som har diabetes, pårørende, helsepersonell som jobber med diabetes og andre som er interessert i diabetes. Minst 375 000 personer har diabetes i Norge i dag. I tillegg har nesten like mange økt risiko for å utvikle type 2-diabetes. Antallet med diabetes har økt betydelig de siste årene, og veksten er ventet å fortsette. Ved å sikre at alle som har diabetes får god behandling, og sørge for effektiv primærforebyggende tiltak, vil vi spare enkeltmennesker for sykdom og lidelse, og samfunnet for utgifter til behandling og medisiner.

### ***1. Generelle kommentarer***

Den eksplosive veksten av kroniske sykdommer, der i blant diabetes, vil medføre store utfordringer for helse- og omsorgstjenestene i tiden som kommer. Å løse denne utfordringen utgjør selve kjernen

i samhandlingsreformen. Forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester er et av tre sentrale virkemidler som skal svare på denne utfordringen og sørge for at samhandlingsreformens intensjoner og målsettinger blir iverksatt. Det er derfor knyttet store forventninger til lovforslagets innhold og form.

Diabetesforbundet støtter høringsnotatets beskrivelse av dagens situasjon og fremtidens helseutfordringer. Vi støtter også lovforslagets hovedformål;

- en harmonisering av dagens regelverk på helse- og sosialområdet for å sikre en større grad av samhandling mellom, og på tvers av, sektorer og tjenester.
- et enhetlig regelverk som er enklere for brukerne å sette seg inn i
- en tydeliggjøring av kommunens overordnende ansvar for helse- og omsorgstjenester.

Diabetesforbundet slutter seg til forslaget om å innarbeide spesialisthelsetjenestens prinsipper og begreper i ny lov om helse- og omsorgstjenesten i kommunen, hvor vi mener at felles begrepsbruk og forståelse er en viktig forutsetning for en tettere samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.

Diabetesforbundet er positive til den satsingen på elektronisk samhandling og IKT som det legges opp til i høringsnotatet. Vi støtter særlig opp om krav om bedre elektronisk samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten gjennom standardisering ved videreutvikling og anskaffelser av journal og informasjonssystemer. Et slikt krav er etter vårt syn avgjørende for å bedre samhandling og pasientforløp mellom tjenester og nivåer. Samtidig må det vektlegges en betydelig kompetanseutvikling og kompetanseheving i helse- og omsorgstjenesten på å ta i bruk nye IKT systemer.

I lovforslaget til ny § 3-4 i spesialisthelsetjenesteloven er det foreslått at helseinstitusjonene "kan" opprette kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg. Diabetesforbundet mener at helseinstitusjonene fortsatt må ha en plikt til å opprette slike utvalg og at ordlyden derfor må endres til "skal".

## ***2. Kommunens overordnende ansvar for helse- og omsorgstjenester***

Samhandlingsreformen skisserer store utfordringer for kommunens helse- og omsorgstjeneste i tiden som kommer, og forslag til ny lov om kommunal helse- og omsorgstjeneste pålegger kommunen et større ansvar og mer krevende oppgaver enn det som tilligger dem i dag. Det er derfor avgjørende å sikre nødvendige rammevilkår for kommunene slik at de står rustet til å håndtere oppgavene på en god måte. Det må gjøres attraktivt for ulike profesjoner å arbeide i kommunene. Gode faglige miljøer, muligheter for utdanning og etterutdanning, samt kunnskapsoverføring mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten vil kunne bidra til å gjøre kommunale helse- og omsorgstjenester til attraktive arbeidsplasser. Kommunens plikt til å sørge for utdannings- og etterutdanningsmuligheter samt muligheter for å delta i forskningsprosjekter blir viktig. Vi mener at kravet til å inngå et forpliktende samarbeid om utdanning og forskning mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten jf. § 6-2 i lovforslaget må opprettholdes, men at formuleringen i punkt 10 endres til at avtalen *skal* omfatte samarbeid om forskning og utviklingsarbeid.

Dagens kommunestruktur er etter Diabetesforbundets syn en utfordring i forhold til enkelte kommuners evne til å oppfylle samhandlingsreformens målsettinger og de oppgavene som følger. For å levere tjenester av god kvalitet vil det i mange tilfeller være nødvendig å inngå et samarbeid med andre kommuner for å sikre kritisk masse og nødvendig kompetanse. Diabetesforbundet vil trekke frem lokalmedisinske sentre, lærings- og mestringssentre og frisklivssentraler som tverrfaglige helse- og omsorgstilbud hvor det vil være hensiktsmessig for kommuner å inngå et slikt samarbeid. Vi vil anmode om at Helse- og omsorgsdepartementet tar i bruk passende virkemidler for å sikre interkommunalt samarbeid når dette er formålstjenlig.

Lovforslaget innebærer en tydeliggjøring av kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester i kommunen gjennom et "sørge-for-ansvar", etter dagens kommunehelsetjenestelov. Det stilles ikke nærmere krav til hvordan tjenestene skal organiseres. Det legges også opp til en profesjonsnøytralitet. Diabetesforbundet er av den oppfatning at kommunens selvråderett og lokalt demokrati er viktige hensyn, men må balanseres mot nasjonale likhetsprinsipper som skal gjelde for alle landets innbyggere. Diabetesforbundet er bekymret for at den profesjons- og organisasjonsnøytraliteten som det legges opp til i lovforslaget vil kunne føre til kvalitetsmessige ulikheter i tjenestetilbudet i kommunene. Vi er også bekymret for at økonomiske hensyn vil kunne veie tyngre enn kvalitet og profesjonell standard i tjenesteytingen. Vi mener at det må foreligge en nærmere konkretisering av kommunenes plikter i retning av mer definerte kvalitets- eller forsvarlighetskrav. Vi mener også at det bør vurderes å innføre profesjonskrav på visse områder for å sikre forsvarligheten, for eksempel for tjenester med utstrakt bruk av ufaglært arbeidskraft. Videre vil en uklarhet i pliktens innhold kunne gjøre det vanskelig for kommunens innbyggere å kreve sine rettigheter, og vil skape en uforutsigbarhet i forhold til hva som fremkommer som kommunens ansvar.

## **2.1 Oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten**

Det står skrevet i høringsnotatet under punkt 12.3.1 kort om fremtidens kommunerolle;

*De polikliniske konsultasjonene omfatter pasientgrupper med kroniske lidelser, bl.a.*

*hjertesykdommer, diabetes, luftveislidelser (KOLS og astma) og muskel – og skjelettlidelser. I følge Kunnskapssenteret kan det ikke dokumenteres at disse pasientgruppene har signifikant bedre effekt av behandling i spesialisthelsetjenesten enn i kommunehelsetjenesten. Liggedøgnene er knyttet til pasienter med kroniske lidelser som bl.a. diabetes, lungesykdommer, hjerte/karsykdommer og muskel – og skjelettlidelser.*

Diabetesforbundet er ikke kjent med en slik undersøkelse og vi stiller store spørsmålstegn ved denne konklusjonen. Det er uheldig at det her ikke er differensiert mellom diabetes type 1 og type 2, med eller uten komplikasjoner. Diabetesforbundet anser det som alvorlig hvis dette legges til grunn for organiseringen av helsetjenesten, og vi vil anmode om å få oversendt Kunnskapssenterets dokumentasjon.

Diabetesforbundet er kritiske til at en del tilbud i sykehussektoren/ helseforetak bygges ned for å ruste opp kommunehelsetjenesten. Innenfor diabetesbehandlingen har vi de siste par årene sett eksempler på dette. Diabetesforbundet er positive til å flytte flere oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten der dette er hensiktsmessig og forsvarlig, men innenfor noen områder, for eksempel innenfor diabetesbehandlingen, er det behov for å opprettholde de spesialiserte tjenestene i tillegg til å bygge ut tilbud i kommunen. Forsvarlig oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten i behandling av type 1 og type 2 diabetes er blant annet beskrevet i Helsedirektorats Nasjonale faglige retningslinjer for diabetes og i samhandlingsreformens forløpsgruppe på diabetes.

### ***3. Kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid***

Forebygging er et viktig element i samhandlingsreformen, og med utgangspunkt i de fremtidige helseutfordringene er det behov for å styrke de forebyggende og helsefremmende tjenestene i kommunen. Diabetesforbundet mener at det er viktig at kommunens "sørge-for-ansvar" for helsefremmende og forebyggende arbeid konkretiseres for å unngå en nedprioritering av dette området til fordel for andre helse- og omsorgstjenester. Høringsnotatets beskrivelse av hva som inngår i helsefremmende og forebyggende arbeid er etter vårt syn god, men for å sikre at kommunene prioriterer slike tjenester mener vi det er nødvendig at det stilles nærmere krav til tjenestenes innhold. Målsettingen med forebyggende helsearbeid i kommunen, slik som det er beskrevet i samhandlingsreformen, er å benytte og videreutvikle dokumenterte tiltak som reduserer og motvirker risiko for funksjonstap med bortfall fra skole og yrkesliv, og som påvirker individets egenmestring og reduserer risikoen for sykdomsutvikling.

Et tiltak som trekkes frem i samhandlingsreformen og i høringsnotatet til ny kommunal helse- og omsorgslov er kommunale lærings – og mestringstilbud. Diabetesforbundet mener at opplæring av brukere, pasienter og pårørende må stå som en lovpålagt oppgave for helsetjenesten i kommunen slik det er for sykehusene jf. spesialisthelsetjenesteloven. Med dette mener vi at opplæring av brukere, pasienter og pårørende bør inngå som et eget punkt under § 3-2. Det må stilles videre krav til kommunen om å etablere eller inngå interkommunalt samarbeid om et kommunalt lærings- og mestringssenter. Kommunale lærings- og mestringssentra må ikke bygges opp på bekostning av lærings- og mestringstilbudet i spesialisthelsetjenesten, men må fungere som et supplement. Oppgave- og ansvarsfordeling samt ordninger som sikrer kompetanseoverføring mellom spesialisthelsetjenesten og det kommunale lærings- og mestringstilbudet bør fremkomme i de lovpålagte avtalene mellom kommuner og regionale helseforetak jf. lovforslagets § 6-2

Kommunene må forpliktes til å etablere frisklivssentraler. Som det beskrevet i Helsedirektoratets veileder til kommunale frisklivssentraler kan sentralene bygges opp til å bli et kommunalt kompetansesenter for individ- og grupperettede tiltak innen mestring og endring av helseatferd. Sentralene kan i tillegg til eget oppfølgingstilbud også ha fokus på muligheter for å styrke det øvrige helsefremmende arbeidet i kommunen. Frisklivssentralene og lærings- og mestringssentrene har overlappende ansvarsområder, derfor må ansvarsfordeling og samspill mellom disse avklares.

Diabetesforbundet gir en nærmere redegjøring for vårt syn rundt lærings- og mestringssentre og frisklivssentraler i vårt hørings svar til Helsedirektoratets veileder for kommunale frisklivssentraler.

Frivillige organisasjoner har i lang tid bedrevet helsefremmende og forebyggende arbeid lokalt gjennom ulike lavterskeltilbud, og sitter med mye erfaringer og stor kompetanse på området. Det er derfor naturlig at frivillige organisasjoner trekkes inn som en samarbeidspartner for kommunen i dette arbeidet. Frivillige organisasjoner kan gi nyttige innspill til behov og organisering av kommunale tjenester, i tillegg til å organisere egne tilbud. Diabetesforbundet vil oppfordre departementet om å stille et krav til kommunen om å inngå et samarbeid med frivillige organisasjoner i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Et slikt samarbeid kan skje gjennom dialog mellom den kommunale frisklivssentralen og frivillige organisasjoner som arbeider i kommunen.

Diabetesforbundet foreslår at det tas inn et tillegg til lovforslagets § 3-3: "Kommunen skal ha lærings- og mestringssenter og frisklivssentral, som sammen med frivillige organisasjoner i kommunen skal tilby et bredt spekter av aktiviteter som kan understøtte forbedringer i levevaner."

#### ***4. Fastlegeordningen – endringer og nye krav til fastlegen***

Diabetesforbundet er positive til at det foreslås å innføre nasjonale kvalitets- og funksjonskrav med tilhørende rapportering i fastlegeordningen. Vi er også positive til en presisering av innholdet i fastlegenes listansvar. I vårt syn vil dette kunne styrke brukernes rettssikkerhet.

Vi mener at en proaktiv oppfølging av personer som inngår i fastlegens lister er et viktig tiltak for å forebygge kronisk sykdom og for å redusere mulige følgesykdommer når sykdom har inntruffet. Det bør også inngå i funksjonskravene at fastlegene, som et ledd i det forebyggende arbeidet, skal kunne henvise til frisklivssentraler eller til frisklivstilbud i regi av frivilligheten når slike tilbud finnes.

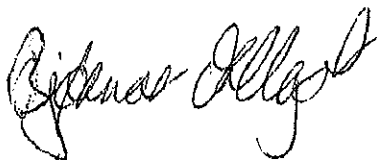
#### ***5. Pasient- og brukermedvirkning***

Brukere har rett til å medvirke, samtidig som brukermedvirkning har en egenverdi, en terapeutisk verdi og er et virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre tjenestene. Diabetesforbundet er positive til at det i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester foreslås at all kommunal virksomhet skal ha en form for brukermedvirkning. Det er etter vårt syn en svakhet at det i lovforslaget tillegges kommunen en plikt til å utarbeide systemer for brukermedvirkning, men ikke hvordan og på hvilket nivå. Aktiv brukermedvirkning må etableres både for brukeren på individnivå og for brukerorganisasjonene på systemnivå. Brukere og brukerrepresentanter skal delta i planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak. Brukermedvirkning bidrar til økt treffsikkerhet i forhold til utformingen og gjennomføringen av både generelle og individuelle tilbud. Diabetesforbundet har god erfaring med den måten brukermedvirkning har blitt ivaretatt på i spesialisthelsetjenesten og ønsker at tilsvarende systemer blir innført i kommunene. Videre må brukerrepresentanter inkluderes i opprettelsen av kvalitetsutvalg eller tilsvarende.

Diabetesforbundet ønsker lykke til i det videre arbeidet med ny kommunal helse- og omsorgslov, og deltar gjerne med utdyping og diskusjoner om våre eller andres innspill.

Med vennlig hilsen

**diabetes**forbundet



Bjørnar Allgot  
generalsekretær



Linda Markham  
rådgiver