

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep  
0030 Oslo

Helse- og omsorgsdepartementet	
Saksnr.: 200500444	Dok.nr.: 90
Arkivkode: 500	Journ.dato: 020605
Avt.: KTA	Saksbeh.: EV
U.off.:	

Vår ref: 3413-v1

Oslo, 30. mai 2005

### **HØRINGSUTTALELSE NOU 2005:3 FRA STYKKEVIS TIL HELT. EN SAMMENHENGENDE HELSETJENESTE**

Norges Diabetesforbund (NDF) vil med dette avgi høringsuttalelse til NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt.

For mange personer med diabetes, og andre mennesker med kronisk sykdom er en god helsetjeneste med kontinuitet og høyt kvalifisert veiledning og opplæring av avgjørende betydning for sykdomsforløpet. En helsetjeneste preget av samarbeid og samhandling vil være viktig bidrag til dette.

Diabetesforbundet støtter utvalgets vurderinger og forslag rundt individuell plan.

NDF ser svært positivt på forslaget om å styrke Lærings- og mestringsentrene. Disse sentrene har allerede en betydelig rolle i samhandlingen mellom helsetjenesten og brukerorganisasjonene og mellom helsetjenesten og den enkelte bruker. I tillegg bidrar sentrene i stor grad til å gjøre den enkelte bruker bedre i stand til å både ta vare på egen helse og stille riktigere krav til helsetjenesten. Lærings- og mestringsentrene bør videreutvikles som en møteplass for brukerorganisasjoner og for helsepersonell i kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Utvalget slår fast at medisinsk behandling ikke kan avhjelpe alle helseproblemer. NDF ser på lovfesting av pasientopplæring som en individuell rettighet som et viktig skritt på veien for bedre helsetjeneste for mange, spesielt kronisk syke.

NDF har i mange år benyttet betegnelsen "personer med type 3-diabetes" om de pårørende. Dette er for å sterkt markere at kronisk sykdom rammer hele familien, ikke bare den som selv kjenner sykdommen på kroppen. Vi setter derfor pris på at utvalget spesielt nevner pårørende og deres mulig roller.

Lovfesting av brukermedvirkning i kommunehelsetjenesteloven er positivt. NDF savner allikevel en større vektlegging av at det settes av ressurser slik at medvirkningen i større grad blir reell og likeverdig.

Kompetanseutvikling innen helsetjenesten må foregå både innenfor de enkelte tjenestenivåene, men i tillegg bør spesialisthelsetjenesten som i dag har et ansvar for denne utviklingen i allmennhelsetjenesten. De ulike nivåene har sannsynligvis mange ting å lære av hverandre.

Diabetes er en sykdom som krever stor grad av egenbehandling. Diabetes kan betraktes som en livslang habilitering, for å utsette behovet for rehabilitering. Stadig flere rehabiliterings- og opptreningssentra gir tilbud til personer med diabetes, spesielt til de med type 2-diabetes, for å gjøre disse i bedre stand til å legge om livsstil og få et bedre liv med sykdommen sin. Å få et avklart forhold mellom spesialisthelsetjenestens tilbud og rehabiliterings- og opptreningssentrenes tilbud, vil sannsynligvis bedre tilbudet til mange med diabetes.

Utvalget foreslår forskning på effekten av samhandling. Diabetesforbundet synes dette er et godt forslag. Behovet for en systematisk oppbygging av kunnskap om metoder for samhandling er betydelig.

Diabetes er allerede i dag en modellsykdom i mange sammenhenger. Ulike modeller for samhandling må utprøves, og det kan vurderes om diabetes også i denne sammenheng kan være en modellsykdom.

Forslagene som vil medføre økt samhandling mellom kommunene og de statelige foretakene vil sannsynligvis komme brukere med kroniske lidelser til gode. Det samme gjelder forslagene om mindre andel av stykkprisfinansiering. Personer med kroniske sykdommer er lite lønnsomme i forhold til et finansieringsystem som i stor grad baseres på høy stykkprisandel.

Dagens finansiering av fastlegeordningen belønner ikke fokus på forebygging og god helse for den enkelte pasient. Diabetesforbundet ønsker å understreke betydningen av utvalgets forslag til å dreie finansieringsordningen i retning av mer i basistilskudd og mindre på takster og egenandeler. På denne måten vil også systemet belønne forebygging framfor behandling.

Diabetesforbundet støtter fastlegeordningen. NDF ønsker allikevel en klarere presisering av at det at en sykdom er kronisk, ikke betyr at den er lettere å behandle. Noen fastlegene har ikke tilstrekkelig kunnskap og erfaring til å være fundamentet i behandlingen av slike grupper. For personer med diabetes kan det være aktuelt å ha en egen lege som behandler diabetes-delen av helsen, mens fastlegen kan ta seg av det resterende. Dette betyr blant annet at det er viktig å ha enkle henvisningsregler dersom fastlegen mangler diabetesfaglig kompetanse.

Det er viktig med økt innsats på alle plan for å bremse utviklingen av type 2-diabetes. Kommunene må engasjere seg i det forebyggende og samfunnsmedisinske arbeidet på mange plan, både politisk og medisinsk. Samfunnsmedisinsk arbeid må foregå i team, og være et samarbeid mellom myndighetene og ulike typer helsepersonell. Det er behov for mer organiserte modeller. Lærings- og mestringssentrene kan være gode arenaer for slike modeller.

NDF ønsker også at det ses på antallet pasienter som kan stå på listen til en fastlege. I dag har mange fastleger så mange pasienter på sine lister at ventetiden for den enkelte bruker blir uforholdsmessig lang.

Mange sykdomsgrupper har i dag ulike veiledningstjenester på telefon og internett. NDF har en egen tjeneste kalt Diafonen, som besvarer alle mulige henvendelser om diabetes. Diafonen er et samarbeid mellom erfarne brukerrepresentanter/legfolk og helsepersonell fra ulike faggrupper med høy kunnskap om diabetes. NDF mener at slike tjenester i mange tilfeller kan fungere både som portvakt og portåpner til det mer spesialiserte nivå, slik utvalget mener fastlegene kan fungere. NDF ønsker derfor at slike tjenester vurderes formalisert og finansiert for en rekke alvorlige kroniske sykdommer.

Norges Diabetesforbund ser fram til å følge det videre arbeidet med oppfølgingen av NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt.

Med vennlig hilsen  
**Norges Diabetesforbund**



Anne Mette Liavaag  
forbundsleder