

Helse- og omsorgsdepartementet
Spesialisthelsetjenesteavdelingen
Pb 8011 Dep.
0033 Oslo

Vår ref: #6991/1 Oslo, 22. juni 2006

HØRINGSUTTALELSE - NASJONAL HELSEPLAN (2007-2010)

Norges Diabetesforbund(NDF) er svært glad for at arbeidet med å utarbeide en nasjonal helseplan er startet, og at planen skal fungere som en overordnet strategi slik at de ulike strategiene blir satt i system i forhold til hverandre. En helhetlig nasjonal plan vil på en positiv måte kunne samle helsetjenesten. Eksempelvis oppleves somatikken og psykiatrien av mange i dag som to ulike helsetjenester, og det vil derfor være en god ting å se alt i en sammenheng. Det er imidlertid beklagelig at brukerorganisasjonene ikke involveres tidligere i arbeidet.

NDF ser også viktigheten i at arbeidet med kroniske sykdommer sees i sammenheng med øvrige helsepolitiske satsninger slik som et bedret kosthold, økt fysisk aktivitet, samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, samt redusere sosial ulikhet i helse. Det er viktig å anerkjenne at diabetes og andre kronikergrupper representerer en nasjonal utfordring, men planen tallfester lite hvilke helseutfordringer vi står overfor. NDF mener at helseutfordringen i forhold til diabetes også må forankres internasjonalt, i det sykdommen er en stor utfordring også utenfor Norge.

Samtidig er NDF bekymret for at den foreliggende helseplanen sier svært lite om opplæring av pasienter for å kunne mestre egen sykdom. Det er personen med en kronisk lidelse som er den viktigste ressursen for å nå både kortsiktige og langsiktige målsetninger. Eksempelvis er NDFs hovedmål at "personer med diabetes ikke skal få sitt liv forkortet eller sin livskvalitet redusert på grunn av sin sykdom".

Det er også bekymringsverdig at planen skiller dårlig mellom høyrisikostrategier og generelle folkehelseiltak. Det mangler imidlertid tiltak rettet spesielt mot grupper med høy risiko for å utvikle livsstilsrelaterte sykdommer, som blant annet type 2-diabetes.

På forebyggings siden fokuseres det på at hver og en har et personlig helseansvar. NDF mener at det legges opp til en urimelig individualisering av ansvar for egen helse. Genetiske faktorer, miljøets betydning og andre sosioøkonomiske determinanter må også tas med. For å forebygge fremtidig sykdom må man ha både brede befolkningsbaserte strategier, men også spesifikke tiltak mot høyrisikogrupper.

NDF ønsker også en redegjørelse for hva som er forskjellen mellom en plan og en strategi. Det ser ut til at begrepene brukes om hverandre.

1. Rammer og spørsmål til høringsinstansene

1.1 Rammer og bakgrunn for høringsnotatet

- Punktene det redegjøres for i de ulike avsnittene ("et likeverdig tilbud av helsetjenester, uavhengig av sosial bakgrunn er et sentralt mål (...)", "Nasjonal helseplan skal ta utgangspunkt i pasienters og pårørende perspektiv (...)" osv.), konkretiseres for lite i den foreliggende planen.
- S. 9 : Det er bra at "brukere og brukerorganisasjonene vil få en forsterket og sentral rolle i utforming og drift av fremtidens helsetjeneste, men NDF savner en konkretisering av dette.
- Rammefinansiering er viktig for de med kronisk sykdom.

s. 13: Tverrfaglig satsinger, handlingsplaner og strategier

Det poengteres at "Nasjonal helseplan tilstreber at det skal trekkes opp retningslinjer for bruken av helsetjenester, handlingsplaner og strategier". Dette sier planen ingenting om hvordan skal gjennomføres.

2. utfordringer for folkehelsen - forebygging

- Det skiller ikke mellom generelt folkehelsearbeid, sykdomsspesifikt arbeid og sekundærforebygging.
- Det bør inn et avsnitt hvor det vises til de ulike gruppers nasjonale strategier/planer.
- Befolkningsrettet forebyggende innsats kan også innebære å bruke prispolitiske virkemidler for å stimulere ønsket atferd. Eksempelvis endring i sukkeravgiften, fjerning av m.v.a. på frukt og grønnsaker og legge skatt på reklame for usunne matvarer.
- Planen viser til få tall og tydeliggjør heller ikke hvor de store gruppene kommer inn. Mangel på tall vanskeliggjør muligheten til å konkretisere nødvendige tiltak.
- Økt byråkrati stopper ikke veksten. Vi er en frivillig organisasjon med mange fylkeslag og lokalforeninger - det må gjøres lettere for disse å gjennomføre sitt frivillige engasjement. Det bør lages et eget kapittel om frivillige organisasjoners særegenhet (i nettverk med bruker- og helsepersonell), og nytten av å samarbeide med disse.

3. Strategi for kvalitet og prioritering

- Bra med en anerkjennelse av at det er en ulik praktisering av hvordan pasienter prioriteres og hvilke tjenester som tilbys.

Prioritering

- I forhold til de tre kriteriene (alvorighet av tilstanden, forventet og dokumentert nytte av tiltaket, og kostnadseffektivitet) de to Lønningsutvalgene fra 1987 og 1997 utredet om prioritering i spesialisthelsetjenesten, bør det, som nevnt i innledningen, settes inn diabetesspesifikke tiltak for å hindre en like kraftig utvikling av type 2-diabetes vi har sett de siste årene. Diabetes er en alvorlig, kronisk sykdom hvor konkrete tiltak som Romsåsprosjektet og Diabetesverkstedet kan vise til positive resultater.
- Det er et paradoks at dyr behandling for senskader og komplikasjoner er en pasientrettighet, mens rimelige forebyggingstiltak ikke er det.

3.3 Status og utfordringer

- S. 18: "Pasientforskriften har som mål å bidra til at den enkelte pasient får et likeverdig tilbud uavhengig av kjønn, alder, sykdomstilstand og bosted" En viktig faktor for å få dette til er nok personell. Allerede i dag har vi f. eks mangel på kliniske ernæringsfysiologer osv, og fremtidens sykdomsprognoser viser at behovet for helsepersonell ikke blir mindre.
- I henhold til legemiddelforskriften: den fungerer ikke optimalt i dag, pasienten har ikke valgfrihet.
- Det står også at "Vi har imidlertid ikke et helhetlig opplegg for vurdering av nye metoder for diagnostikk og behandling". Et medisinsk kvalitetsregister kan være med på å løse dette problemet, og også samarbeid med brukerorganisasjoner vil være nødvendig.
- Livskvalitet må regnes som en helsefaktor.

Nasjonalt overbygning

- Nasjonalt kunnskapssenter må samle den kunnskapen som finnes, og avdekke behov for å finne fremtidige utfordringer og hvor det mangler forskning. Nasjonalt kunnskapssenter bør derfor få et utvidet mandat.

4. Strategi for samhandling

- NDF støtter at det bør etableres en bilateral avtale mellom staten ved Helse- og omsorgsdepartementet og kommunene ved KS.
- IKT-nettet må gjøres tilgjengelig både for primær- og spesialisthelsetjenesten.
- Det er også viktig at det ikke bare tilrettelegges til samhandling mellom tjenestenivåene, men også *innad* i dem.

5. Psykisk helse

- Kroniske sykdommer kan være en psykisk utfordring. Også innen dette området er etterutdanning viktig slik at man får tilgang på psykologer, sosionomer osv., og at disse knyttes opp mot team for å sikre god behandling og oppfølging.

6. Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) i helsetjenesten

6.2 Status for IKT i helsetjenesten

Elektronisk pasientjournal

- For personer med kronisk sykdom er en kontinuerlig behandlingsskjede svært viktig. Derfor må journalene være tilgjengelige slik at informasjon kan overføres fra et tjenestenivå til et annet.
- Det er positivt at pasient- og brukerorganisasjonene skal gis en sentral rolle i den videre utviklingen.

Helseinformasjon

- Større brukermedvirkning gir også legene og helsepersonell en ny utfordring som krever mer av legene for å holde seg oppdatert. Standardisering av diabetesteam ved alle sykehus kan bidra til et oppdatert fagpersonell.

7. Forskning for bedre helse

- Bra med en erkjennelse av at Norge har lavere forskningsinnsats enn land det er naturlig å sammenligne oss med.
- Det må settes av tid og nødvendige økonomiske ressurser for å styrke forskningen.

7.2 Mer og bedre forskning i helsetjenesten

- Det er positivt at det fokuseres på økt forskning og at ” (...) forskerutdanning i helsetjenesten må ha en sterk ledelsesmessig forankring også i årene som kommer”, men det må bevilges penger for å få dette til.

7.3 Særskilt kompetanseoppbygging

- Under de ulike fagområdene som nevnes bør også de kroniske sykdommene knyttes opp mot fremtidige utfordringer.

7.4 Målrettet forskning - store kliniske studier

- Siste setning: "Å gjennomføre store kliniske studier som omfatter mange institusjoner, vil kreve ytterligere oppbygging av kompetanse og infrastruktur". Dette veldig uspesifisert, samtidig som det ikke nevnes hvordan dette skal finansieres.

7.5 Forskning for verdiskapning

- At det er et mål om å øke forskningsaktiviteten til tre prosent av BNP innen 2010 viser stor vilje til forskning og er noe NDF støtter.

8. Tverrfaglige satsinger, handlingsplaner og strategier.

8.1 Innledning

- I henhold til "Det er viktig at det etableres gode kriterier og prosesser for å beslutte når det er behov for særskilte nasjonale strategier", understreker NDF igjen at det bør være en dialog med aktuelle brukerorganisasjoner i en tidlig fase. Med dette mener vi *før* et dokument sendes ut til høring.
- Under omtalen av rehabiliteringstjenester bør kronisk syke nevnes. Å lære å leve med en kronisk sykdom er en rehabiliteringsoppgave.
- Hva menes med at det skal legges opp en "omtale" av sentrale planer? De overordnede målsetningene til de ulike strategiene bør inn under dette avsnittet.

8.2 Samhandling og koordinering

- Planen skriver at "det kan være hensiktsmessig at et myndighetsorgan eller virksomhet gis en særskilt rolle for å ivareta videre oppfølging av en strategi eller plan". Dette er viktig, men samtidig er det nødvendig at de ulike strategiene sees under ett, og at det er et overordnet mål å koordinere de ulike strategiene.

8.3 Beredskap

- Bør flyttes til etter pkt 8.4.

9. Den kommunale helse- og sosialtjenesten

9.1 Dagens tjenestetilbud

- Mangel på kunnskap og samspill med spesialisthelsetjenesten også her.
- Det står at "Kommunens ansvar for helsetjenesten etter kommunehelsetjenesteloven er å fremme folkehelsen og forebygge sykdom, skade eller lyte osv. " Er kommunehelsetjenesten dimensjonert for å takle disse helseutfordringene?
- Det sies også lite om kommunehelsetjenestens forebyggende arbeid.

9.2 Helse og lokaldemokrati

- Det bør klargjøres at det er en forskjell mellom frivillige organisasjoner og privatpersoner.

9.3 Framtidas omsorgsutfordringer

- Det skrives mye om leger, men det er også behov for tverrfaglig samarbeid.

9.4 En sammenhengende behandlingsskjede

- Personer med kroniske sykdommer er helt avhengig av at behandlingsskjeden virker.
- Diabetesteam støtter opp under tanken om en videre utbygging av ambulante tilbud med team, og dette har en viktig effekt i diabetesomsorgen.

9.5 Fastlegeordningen

- S. 49: Følges tiltakene i NOU 2005:3 *Fra stykkevis til helt opp?*

11. Kapasitet og struktur

- Det må fokuseres på riktig bemanning i forhold til forventet økning. Allerede i dag er det eksempelvis mangel på kliniske ernæringsfysiologer. I teamene må også den riktige sammensetningen av fagpersoner inngå.

11.3 Kapasitetsbehov for helseplanperioden

- Første kulepunkt bør deles opp, den inneholder mange store grupper.
- En utfordring som nevnes er å se "potensialet som ligger i å se pasientforløp på tvers av enhetsgrenser". Dett er bra og vil styrke behandlingsskjeden.

11.4 Struktur

- Nevner igjen behovet for et samarbeid innad i de ulike tjenestenivåene, i tillegg til i mellom dem.

11.5 Oppgavefordeling mellom sykehus

Struktur for utdanning

- Det står at "Utfordringene med stadig flere eldre, flere med kroniske og sammensatte lidelser vil kreve større grupper av generalister og omsorgspersonell". Dette er lite konkret- hvem er generalistene og hvem er omsorgspersonell?

14. Utdanning av helsepersonell

- Hva ligger det i å "(...) sikre tilstrekkelig og kompetent helsepersonell"? Helsepersonell er mer enn leger og sykepleiere.

Grunnutdanning

- I forhold til Helsemod- hva baseres dette på?

Etterutdanning og videreutdanning

- Burde vært en behovsvurdering og ikke hovedsakelig som et ledd i arbeidsgiver- /arbeidstakerforhold.
- Ressurstilgangen må økes slik at det legges bedre til rette for etterutdanning
- Det sies lite om utdanning til de som ikke tilhører spesialisthelsetjenesten: det er et stort behov på kommunehelsetjenestenivå.
- Helsepersonellutdanning må tilpasses de kommende utfordringene i samarbeid med pasient-/brukerorganisasjonene.

Med vennlig hilsen
Norges Diabetesforbund



Anne Mette Liavaag
forbundsleder