

Statsråd Bent Høie
Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Vår ref. LM

Oslo, 6. februar 2015

Diabetesforbundets krav til statsbudsjettet for 2016

Diabetesforbundet er en uavhengig interesseorganisasjon for folk som har diabetes og andre som er interessert i diabetes. Forbundet ble stiftet i 1948 og har omkring 40.000 medlemmer, 19 fylkeslag og 138 lokalforeninger.

Diabetesforbundet jobber for et godt liv med diabetes – og en framtid uten.

Her følger Diabetesforbundets krav til statsbudsjettet for 2016:

- Diabetesforbundet ber regjeringen om å følge opp målsettingene i strategi for ikke-smittsomme sykdommer (NCD) og at det avsettes midler til dette arbeidet.
- Diabetesforbundet ber om at de diabetesspesifikke målene og tiltakene i NCD-strategien suppleres med en egen plan for å sikre god implementering.
- Diabetesforbundet ber regjeringen sørge for at diabetespoliklinikkene får tilstrekkelig med ressurser som sikrer at personer med diabetes type 1, og personer med diabetes type 2 som står i fare for eller har fått senkomplikasjoner, kan få en forsvarlig medisinsk oppfølging.
- Diabetesforbundet ber regjeringen sørge for en styrking av diabetesteamene ved alle sykehus.
- Diabetesforbundet ber regjeringen få på plass et klarere regelverk som presiserer skolens og barnehagens ansvar for å bistå barn og unge med særskilte behov for medisinerings.
- Diabetesforbundet ber regjeringen etablere en egen tilskuddsordning for å stimulere kommunene til å opprette lærings- og mestringstilbud.
- Diabetesforbundet ber regjeringen sikre regionale lærings- og mestringstilbud til barn og unge slik at de kan lære seg å mestre egen sykdom og livssituasjon.
- Diabetesforbundet ber regjeringen videreføre 2. mill. kroner til vårt arbeid med diabetes og innvandrere

- Diabetesforbundet ber regjeringen igangsette et utredningsarbeid for et større offentlig ansvar på tannhelsefeltet, der det utvikles en finansieringsmodell og en takordning for egenandeler.
- Diabetesforbundet ber også om at forebyggende tannbehandling for pasienter som er spesielt utsatt for tannkjøttssykdommer og dårlig tannhelse på grunn av kronisk sykdom, skal innlemmes i skjermingsordningene.
- Diabetesforbundet ber regjeringen videreføre tilskuddet på til sammen 6,7 mill. kroner knyttet til Diabeteslinjen, motivasjonsgrupper og utdanning av ledere til motivasjonsgrupper
- Diabetesforbundet ber regjeringen følge med på utviklingen i helsestasjon- og skolehelsetjenesten, ved å stille krav om at kommunene dokumenterer antall nye stillinger i helsestasjon og skolehelsetjenesten.
- Diabetesforbundet ber regjeringen starte et arbeid med å utrede hvordan prispolitiske virkemidler kan brukes mer aktivt for å dreie befolkningens forbruk mot sunne mat- og drikkevarer, herunder vurdere om de helsepolitiske særavgiftene kan utvikles til å bli mer treffsikre.
- Diabetesforbundet ber regjeringen om å sikre at alkoholholdig drikke innholdsmerkes, på lik linje med andre næringsmidler.

Helhetlig og offensiv satsing for å møte diabetesutfordringen

Diabetes er en av vår tids største helseutfordringer. Omkring **375.000 personer** i Norge har diabetes. Av disse har rundt **28.000** diabetes type 1, mens resten har diabetes type 2. Rundt halvparten av dem med diabetes type 2 har ennå ikke fått diagnosen, og lever i dag med diabetes uten selv å vite om det.

Hvert år får omtrent **6000** personer i Norge diabetes. 600 får diagnosen diabetes type 1, av dem er ca. 300 barn under 15 år. Norge ligger på verdenstoppen i barnediabetes.

Diabetes er en alvorlig og kompleks sykdom. For både diabetes type 1 og diabetes type 2 kan mangelfull blodsukkerkontroll gi store komplikasjoner i hjerte, øyne, nyrer og føtter. Hvert år må **500 personer amputere** på grunn av diabetes og **150 organtransplantasjoner** i året skyldes diabetes. Mange av disse kunne sannsynligvis ha vært unngått med god behandling til rett tid. På grunn av komplikasjonene har personer med diabetes en lavere forventet levealder enn resten av befolkningen. Diabetes medfører nesten **to ganger høyere risiko for for tidlig død**, og om lag 50 % av dødsfallene skyldes hjerte- og karsykdom¹

Diabetes utfordrer helsetjenesten, både på organisering, kapasitet og kompetanse. For å sikre en god diabetesomsorg er det nødvendig med tverrfaglighet, samhandling og

¹ NCD-strategi (2013–2017)

tilstrekkelig med ressurser. Hoveddelen av diabetesbehandlingen skjer imidlertid ikke i helsetjenesten, men gjøres av den enkelte. For å leve godt med diabetes er det avgjørende å få et godt og tilrettelagt lærings- og mestringstilbud som sikrer god egenbehandling.

Norge har forpliktet seg til å redusere for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer med 25 % innen 2025 jf. tilslutningen i WHA i mai 2012. I dette ligger også en forpliktelse om å stanse veksten av diabetes.

NCD – strategi (2013–2017)

I september 2013 ble Nasjonal strategi for forebygging, behandling og oppfølging av ikke-smittsomme sykdommer (NCD-strategien) lansert. Strategien skisserer de overordnede linjene for oppfølging av diabetes. Det er satt ambisiøse målsettinger i strategien, blant annet at Norge skal bli et **foregangsland for god og likeverdig behandling av diabetes, og et foregangsland for forebygging av diabetes type 2**. Dette krever en offensiv satsing på diabetesområdet, både innenfor forebygging, behandling og forskning på diabetes.

Diabetesforbundet mener at det er avgjørende med en egen plan for å sikre en helhetlig oppfølging av tiltakene og målene som er beskrevet i NCD – strategien.

Diabetesforbundet ber regjeringen om å følge opp målsettingene i strategi for ikke-smittsomme sykdommer (NCD) og at det avsettes midler til dette arbeidet.

Diabetesforbundet ber om at de diabetesspesifikke målene og tiltakene i NCD-strategien suppleres med en egen plan for å sikre god implementering.

Mangelfull kapasitet i spesialisthelsetjenesten

Diabetesforbundet har over tid sett en negativ utvikling i kapasiteten i den spesialiserte diabetesbehandlingen. I henhold til Nasjonale kliniske retningslinjer for forebygging, diagnostikk og behandling av diabetes (Hdir 2009) skal personer med diabetes type 1 få oppfølging i spesialisthelsetjenesten og personer med diabetes type 2 følges opp av sin fastlege. Personer med diabetes type 2 som har en dårlig regulert diabetes eller kompliserende tilleggssykdom vil det være nødvendig med oppfølging hos spesialist.

På bakgrunn av henvendelser fra brukere og en uttalt bekymring fra Diabetesforbundets medisinske fagråd, igangsatte Diabetesforbundet en kartlegging av kapasiteten i den spesialiserte diabetesbehandlingen, våren 2014. Rapporten fra denne kartleggingen vil foreligge i løpet av februar 2015. Resultater fra prosjektet viser blant annet en bekymring i tjenesten for den økte pågangen av diabetespasienter, og manglende ressurser til å gi et godt nok tilbud til alle. Frykt for ventelistebrudd fører til at nyhenviste prioriteres fremfor pasienter som allerede har et tilbud, men som trenger å komme inn til konsultasjon eller

årskontroller. Kartleggingen viser også at ingen av helseforetakene i undersøkelsen² oppfylte minstestandarden for diabetesteam, som er nedfelt i behandlingsretningslinjene for diabetes.

Diabetesforbundet ber regjeringen sørge for at diabetespoliklinikkene får tilstrekkelig med ressurser som sikrer at personer med diabetes type 1 og personer med diabetes type 2 som står i fare for eller har fått senkomplikasjoner, kan få en forsvarlig medisinsk oppfølging.

Diabetesforbundet ber regjeringen sørge for en styrking av diabetesteamene ved alle sykehus.

Bistand til barn og unge med særskilte medisinske behov i skole og barnehage

Diabetesforbundet mener det er nødvendig med en avklaring av skolens og barnehagens ansvar for barn og unge med særskilte medisinske behov. Uklare ansvarslinjer, og lite vilje fra skole og barnehage til å håndtere ulike behov som følge av diabetes, særlig legemiddelhåndtering, er problemstillinger Diabetesforbundet ofte møter. Hvert år får over 300 barn under 15 år diabetes. Totalt har over 2500 barn under 15 år diabetes type 1 i Norge. I barnehage og skole kan barn med diabetes ha behov for oppfølging i forhold til regelmessig mattilførsel, blodsuktermåling og god insulinbalanse gjennom hele dagen for å kunne få en fullgod leke- og lærings situasjon.

Ansvarsforholdet i tilknytning til legemiddelhåndtering er i dag beskrevet i *rundskriv I-5-2008*. Legemiddelhåndtering i barnehage, skole og SFO er ikke lovfestet, men rundskrivet presiserer hva som anses for å være gjeldende rett. Allikevel opplever mange uklarhet rundt hva som inngår som skolens eller barnehagens ansvar, og hva som inngår som en del av foreldreansvaret. Rundskrivets største svakhet er at barnehagene utelukkes fra ansvarspåleggelse. Ifølge opplæringsloven har alle barn og all ungdom opplæringsrett, også om de bruker legemidler. Det er heller ikke hjemmel i barnehageloven for å nekte et barn plass i barnehage selv om det bruker legemidler. Barnehageloven gir i dag funksjonshemmede og kronisk syke barn fortrinnsrett til barnehageplass, og det er dermed rimelig å anta at dette også inkluderer barn som trenger medisiner i løpet av dagen. Nylig uttalte Fylkesmannen i Hordaland på forespørsel at en barnehage ikke kunne pålegges å gi insulin til et barn med diabetes³. Diabetesforbundet mener dette er feil og svært bekymringsfullt

² Ahus, Haukland og St. Olavs Hospital

³ <http://www.utdanningsnytt.no/4/Meny-B/Barnehage/Hverdagsliv/--Fylkesmannen-legitimerer-utestenging-fra-barnehagen/>

Diabetesforbundet ber regjeringen få på plass et klarere regelverk som presiserer skolens og barnehagens ansvar for å bistå barn og unge med særskilte behov for medisinerings.

Økt satsing på lærings- og mestringstilbud i kommunene

Når man får en alvorlig diagnose er opplæring og motivasjon til mestring viktige tiltak. Alle helseforetak skal ha et lærings- og mestringssenter som skal gi et tilbud i en diagnosefase når brukeren er på sykehus eller ved medisinsk oppfølging. Dette tilbudet bygger på spesialkompetansen som helseforetakene har, og er et viktig tilbud som må opprettholdes. Samtidig er det mange som ikke har rett til behandling i spesialisthelsetjenesten, men som likevel trenger opplæring og veiledning for å mestre sin sykdom og livssituasjon. Kommunale lærings- og mestringssenter er en viktig tjeneste for denne gruppen.

Etablering av lærings- og mestringstilbud i kommunene ble beskrevet som et innsatsområde i samhandlingsreformen, men er i liten grad fulgt opp. Det er etablert en tilskuddsordning som skal stimulere til dette, men slik den er innrettet stimulerer den mer til frisklivstiltak enn til lærings- og mestringstiltak. Fylkesmannen, som forvalter ordningen fra 2014, stiller krav om at tiltaket skal knyttes til et frisklivssenter. Dette hemmer utvikling både av lærings- og mestringssentre og av andre tiltak på dette området.

Det er viktig å ha klart for seg at disse to tilbudene har ulike målgrupper. Frisklivstilbud retter seg mot dem som står i fare for å utvikle livsstilssykdommer, mens lærings- og mestringstilbud retter seg mot funksjonshemmede og kronisk syke som lever med livslange helseutfordringer. For å sikre at lærings- og mestringstiltak etableres og utvikles ber Diabetesforbundet regjeringen etablere en egen tilskuddsordning for dette.

Diabetesforbundet ber regjeringen etablere en egen tilskuddsordning for å stimulere kommunene til å opprette lærings- og mestringstilbud.

Diabetes er en komplisert sykdom, med stor grad av egenbehandling. For barn og unge kan det oppleves som spesielt vanskelig å få en livslang og krevende sykdom. Det er derfor viktig at denne gruppen gis god opplæring. Diabetesforbundet mener at det må etableres regionale lærings- og mestringstilbud til barn slik at de kan få opplæring uten innleggelse på sykehus og uten at foresatte trenger å delta. Når barn får diabetes er det foreldrene som får opplæring og ikke barnet selv. Et slikt tilbud bør derfor omfatte re-opplæring for barn og unge som har hatt diabetes i noen år og som nå er modne for å ta mer ansvar selv. Tilbudet kan gjelde for barn fra 12 år og oppover. Krav om et slikt opplæringstilbud bør inngå i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene.

Diabetesforbundet ber regjeringen sikre regionale lærings- og mestringstilbud til barn og unge slik at de kan lære seg å mestre egen sykdom og livssituasjon.

Innvandrerhelse

Studier viser at det er høy forekomst av diabetes i deler av innvandrerbefolkningen, spesielt blant kvinner. Mer enn 25 % av kvinner fra India, Pakistan og Sri Lanka, som er bosatt i Norge, har diabetes. 85–90 % av kvinner med pakistansk bakgrunn er i risikozonen for å utvikle diabetes type 2. Det er også en økt forekomst av svangerskapsdiabetes i denne gruppen. Tall fra Medisinsk Fødselsregister i perioden 1988–1998 viser at svangerskapsdiabetes er mer enn dobbelt så vanlig blant kvinner fra Sør-Asia og Nord-Afrika, enn blant etnisk norske.

Strategi for innvandreres helse (2013–2015) understreker viktigheten av målrettet innsats for å nå denne gruppen. Et tiltak i strategien er å styrke Diabetesforbundets arbeide mot personer med innvandrerbakgrunn. Vi arbeider med å oppsøke ulike målgrupper, øke kunnskapen blant disse, og blant helsepersonell. Diabetesforbundet har i samarbeid med NAKMI (Nasjonalt Kompetanseenhet for minoritetshelse) utviklet et systematisk kompetansehevende tiltak for helsepersonell. I tillegg jobber vi for å styrke engasjementet blant våre tillitsvalgte slik at de kan igangsette lokale tilbud og aktiviteter.

Erfaring viser at mange innvandrere mangler basiskunnskap om helse, kosthold og sykdom. Det er derfor viktig å nå ut med informasjon på ulike måter gjennom tilpassede kanaler. Diabetesforbundet tilbyr i dag informasjon om diabetes på 18 ulike språk. Dette inkluderer både skriftlig materiale, opptak og filmer som er tilgjengelig på vår nettside: www.diabetes.no/innvandrere. Markedsføring og synliggjøring gjennom riktige kanaler er avgjørende for å nå frem til målgruppen og dette er noe vi har sterkt fokus på i videreutvikling av våre tjenester.

Diabeteslinjen face2face er en tjeneste som arbeider oppsøkende og besøker innvandreres samlingssteder for å informere om diabetes. Tjenesten består i dag av et team på seks personer med ulik bakgrunn, fra blant annet Somalia, India, Pakistan, Latin-Amerika og Tyrkia. Alle har helsefaglig bakgrunn og har et stort nettverk i de etniske miljøene. I møte med disse veilederne har mange fått avklart egen diabetesrisiko og fått individuell veiledning ved høye blodsukkerverdier og/eller høy BMI. En nylig publisert cochrane-oversikt viser at kulturelt tilpasset pasientopplæring gir bedre blodsukkerkontroll hos etniske minoriteter som har diabetes type 2. Slik opplæring øker trolig kunnskap om diabetes og ernæring, samt mestringstro og egenkraftmobilisering (empowerment) hos dem som deltar⁴

Diabetesforbundet ber regjeringen videreføre 2. mill. kroner til vårt arbeid med diabetes og innvandrere.

⁴ Fønhus MS, Munthe-Kaas HM, Annhild Mosdøl A. Diabetes type 2 – er kulturelt tilpasset pasientopplæring effektivt? Omtale av Cochrane-oversikt – 2014.

Diabetesforbundets motivasjonsgrupper og Diabeteslinjen Kap. (781 post 79)

Motivasjonsgrupper

Det er svært krevende å leve med en kronisk sykdom som diabetes. Levevaner har stor betydning for hvordan sykdommen utvikler seg, men for mange er det vanskelig å endre til en sunnere livsstil og spesielt hvis man skal gjøre det alene. For å bidra til økt motivasjon og mestring har Diabetesforbundet utviklet motivasjonsgrupper for personer som har eller er i risiko for å få diabetes type 2. Målet med gruppene er å gjøre hyggelige aktiviteter, knyttet til fysisk aktivitet og sunn mat, i et fellesskap. Satsingsområdet fremover blir å utvide nedslagsfeltet i befolkningen slik at dette blir et tilbud for alle på tvers av kultur og bakgrunn.

Mange opplever at det å møte andre i samme situasjon som en selv bidrar til å skape mer motivasjon for å mestre egen livssituasjon. I 2014 har vi utdannet 72 gruppeledere som ønsker å starte motivasjonsgrupper i ulike lokalmiljø rundt i landet. Diabetesforbundet ser at motivasjonsgruppene har et stort potensial for videreutvikling og er et tiltak som bør inkluderes i flere kommunale tilbud som eksempelvis frisklivssentraler og andre folkehelseorienterte prosjekter i kommunen. Vi har flere gode eksempler på slikt samarbeid og vi ønsker å nå enda bredere ut i årene som kommer. Diabetesforbundets motivasjonsgrupper viser hvordan offentlig-frivillig samarbeid kan skape gode lavterskeltilbud, med og for brukerne.

Diabeteslinjen

Det er stort behov for informasjon blant personer med diabetes, personer med høy risiko for å få diabetes, pårørende og helsepersonell. Diabeteslinjen er Diabetesforbundets veiledningstjeneste der man kan stille spørsmål om diabetes på telefon eller via nett. Spørsmålene besvares av en førstelinjetjeneste bestående av erfarne veiledere, eller av et ekspertpanel (annenlinje) bestående av helsepersonell. I tillegg til norsk er det også mulig å få svar på engelsk, [urdu](#), punjabi, [tyrkisk](#), [somal](#) og arabisk. Linjen er et lett tilgjengelig lavterskeltilbud og et viktig supplement til den offentlige helsetjenesten. Tjenesten har hatt en stor og stabil pågang de siste årene og den har høy anerkjennelse.

Diabetesforbundet ber regjeringen videreføre tilskuddet på til sammen 6,7 mill. kroner knyttet til Diabeteslinjen, motivasjonsgrupper og utdanning av ledere til motivasjonsgrupper.

Bedre skjermingsordninger for tannhelsefeltet

Personer med diabetes er 2–4 ganger mer utsatt for tannkjøtt sykdom som periodontitt og trenger derfor ekstra oppfølging fra tannhelsetjenesten. Regelmessig tannbehandling er

kostbart og mange må velge bort nødvendig tannbehandling av økonomiske årsaker. Diabetesforbundet mener det ikke er naturlig å skille mellom tannhelse og annen helse, og at tannhelse derfor bør inkluderes som en del av den offentlige helsetjenesten. Det må være et mål å få en god helsetjeneste som alle har råd til å benytte. Vi er også kritiske til at regjeringen i statsbudsjettet for 2015 ikke går inn for å prisjustere refusjonstakstene for tannbehandling. I tillegg reduseres takstene på behandling av periodontitt og enkelte andre takster. Det innebærer en reell nedgang i takstene, som vil gi økte kostnader for de med rett til refusjonsbaserte tannhelsetjenester.

Diabetesforbundet ber regjeringen igangsette et utredningsarbeid for et større offentlig ansvar på tannhelsefeltet, der det utvikles en finansieringsmodell og en takordning for egenandeler.

Diabetesforbundet ber også om at forebyggende tannbehandling for pasienter som er spesielt utsatt for tannkjøttssykdommer og dårlig tannhelse på grunn av kronisk sykdom, skal innlemmes i skjermingsordningene.

Videre styrking av skolehelsetjenesten

Skolehelsetjenesten er et viktig lavterskeltilbud til barn og unge. De har kompetansen og muligheten til å drive både helsefremmende og forebyggende arbeid. Skolehelsetjenesten er den instansen som vil kunne fange opp tidlige faresignaler og symptomer, og hjelpe barn og unge i vanskelige situasjoner. Dette gir muligheten til å sette inn tiltak før problemene blir for omfattende og som bidrar til bedre helse senere i livet. Dette krever imidlertid at man har nok kompetent personell med nok tid og ressurser på hver skole.

I Helsedirektoratets utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten fra 2010 uttrykkes et behov for 1500 ekstra årsverk, hovedsakelig helsesøstre. Det er positivt at regjeringen bevilget 200 mill. kroner ekstra til helsestasjoner og skolehelsetjenesten, og at Stortinget plussset på denne summen med ytterligere 70 mill. kroner for 2015. Det viser en vilje til å satse på dette viktige feltet. Diabetesforbundet er imidlertid bekymret for at disse midlene ikke går uavkortet til det formålet da det gis som frie midler til kommunen.

Diabetesforbundet ber regjeringen følge med på utviklingen i helsestasjon- og skolehelsetjenesten, ved å stille krav om at kommunene dokumenterer antall nye stillinger i helsestasjon og skolehelsetjenesten.

Helsevennlige valg

Helsevennlige valg handler om å ta de «riktige» valgene som er gir positive helseeffekter. Det som avgjør om vi går i den helsevennlige retningen er både interne og eksterne faktorer. Individets motivasjon spiller sammen med ytre rammevilkår når valget tas. Den offentlige

folkehelsepolitikken må gjenspeile forholdet mellom individets valgfrihet og struktur og forhold som vi ikke kan kontrollere.

En fremgangsmåte er å stimulere til eller legge til rette for de gode valgene. Vi mener at en bevisst prispolitikk er nettopp en slik tilnærming. Pris er av stor betydning for forbruksmønsteret vårt når det gjelder mat. Generelt er grupper med lavere sosioøkonomisk status mer prissensitive. Også hos barn og unge har pris en effekt på forbruket. Vi mener prisvirkemidler på matområdet må brukes mer aktivt i arbeidet for å fremme sunnere matvaner, forebygge overvekt og for å utjevne sosiale helseforskjeller.

Diabetesforbundet ber regjeringen starte et arbeid med å utrede hvordan prispolitiske virkemidler kan brukes mer aktivt for å dreie befolkningens forbruk mot sunne mat- og drikkevarer, herunder vurdere om de helsepolitiske særavgiftene kan utvikles til å bli mer treffsikre.

Alkoholholdig drikke er det eneste næringsmiddelet hvor det ikke stilles krav til innholdsmerking. Alkohol lages ved å omdanne sukker til alkohol ved bruk av gjær. Siden sukker er en nødvendig ingrediens i alkoholproduksjonen, inneholder alkoholvarene en betydelig mengde kalorier. Diabetesforbundet mener det er en forbrukerrettighet å vite hva all mat og drikke inneholder for å kunne ta informerte valg. For personer med diabetes er det særskilt viktig å ha god kunnskap om næringsinnhold for å kunne regulere sykdommen på en god måte, og dermed unngå alvorlige senkomplikasjoner.

Diabetesforbundet ber regjeringen om å sikre at alkoholholdig drikke innholdsmerkes, på lik linje med andre næringsmidler.

Kontaktinformasjon: Linda Markham, politisk rådgiver
e-post: linda.markham@diabetes.no eller telefon: 994 17 704.

Med vennlig hilsen

diabetesforbundet



Nina Skille
forbundsleder



Bjørnar Allgot
generalsekretær