



# Innst. 192 S

(2012–2013)

## Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen

Dokument 8:146 S (2011–2012)

### Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Bent Høie og Sonja Irene Sjøli om en ny kolsstra- tegi

Til Stortinget

#### Sammendrag

Det fremmes i dokumentet følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen legge frem en ny kolsstrategi som en oppdatering av Nasjonal strategi for kolsområdet 2006–2011.»

Forslagsstillerne viser til at mens 1 av 15 i den voksne norske befolkningen hadde kols (kronisk, obstruktiv lungesykdom) på midten av 1990-tallet, var andelen økt til 1 av 8 i 2006.

Forslagsstillerne ønsker å bidra til at spredningen av kols blir bekjempet med virkningsfulle tiltak og en handlekraftig politikk, og mener innsatsen mot kols i dag ikke reflekterer hvilket alvorlig samfunnsproblem sykdommen er.

Forslagsstillerne mener at en handlingsplan for å møte kolsutfordringen må omfatte tiltak som styrker tilbudet om diagnostisering, røykeavvenning, rehabilitering, medisiner og lindrende behandling til den delen av befolkningen som blir rammet av kols. De mener det er problematisk om gapet mellom befolkningens behov og helsetjenestens tilbud er stort. Det antydes at gapet er i ferd med å bli større, både fordi andelen kolssyke i befolkningen øker, og fordi viktige deler av tilbudet i de senere årene er blitt svekket.

#### Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Jorodd Asphjell, Thomas Breen, Tove Karoline Knutsen, Sonja Mandt, Wenche Olsen og Anita Orlund, fra Fremskrittspartiet, Jon Jæger Gåsvatn, Kari Kjønaas Kjos og Morten Stordalen, fra Høyre, lederen Bent Høie, Sonja Irene Sjøli og Erna Solberg, fra Sosialistisk Venstreparti, Audun Lysbakken, fra Senterpartiet, Kjersti Toppe, og fra Kristelig Folkeparti, Line Henriette Hemdal, viser til at kols og andre kroniske lungesykdommer rammer en stor gruppe mennesker. Antall kolssyke i Norge er cirka 370 000 og øker med 20 000 årlig. Hos cirka 70 prosent av pasientene er tobakksrøyking årsaksfaktor alene, og i resterende tilfeller er yrkesmessig eksponering med eller uten tobakk årsaken. Komiteen viser videre til at FN og Verdens helseorganisasjon (WHO) nå retter oppmerksomheten mot kols og andre kroniske, ikke-smittsomme sykdommer som for en stor grad kan forebygges ved redusert tobakksbruk og endringer i livsstil. Komiteen viser til at regjeringen laget «Nasjonal strategi for KOLS-området 2006–2011» og opprettet Nasjonalt kolsråd som en del av strategien. Komiteen mener strategien har vært et nødvendig og nyttig virkemiddel i arbeidet mot den tiltagende kolsepidemien. Den vedtatte kolsstrategien hadde varighet ut 2011.

Komiteen mener langsiktig primærforebygging må ha som mål å redusere forekomsten av kols i betydelig grad, men dette kan ta tid da det er lang tidsforskyvning mellom endret røykeadferd og forekomst av kols i befolkningen. Komiteen mener primærforebygging av kols må skje gjennom kutt i tobakksrøyking og ved et aktivt arbeid mot helseska-

delig inhalasjon i arbeidslivet, samt ved oppmerksomhet rundt usunt kosthold, fysisk inaktivitet og luftforurensing. Komiteen mener derfor det er nødvendig å ha en bred og aktiv strategi for forebygging av tobakksskader i tråd med anbefalinger fra WHO. Samtidig vil komiteen understreke at det er viktig å stille diagnosen kols tidlig hos de som er rammet. Det gir mulighet for tidligst mulig intervensjon gjennom røykeslutt og livsstilsendring. Komiteen understreker at dette dreier seg om en svært stor gruppe pasienter, og mener det må stilles krav til veiledere og kunnskap hos fastlegene slik at diagnosen erkjennes tidlig. Kols er en kronisk sykdom hvor utviklingen kan bremses, og mange pasienter vil i forløpet ha god nytte av økt kunnskap om egen sykdom og rehabilitering. Kols er for en del pasienter en alvorlig, kronisk sykdom hvor livets slutfase kan være svært vanskelig, og komiteen vil understreke behovet for adekvat kompetanse på god og riktig lindrende behandling for pasienter som trenger det.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, viser til helse- og omsorgsministerens brev av 14. desember 2012 og er enig i at den videre satsingen for å bekjempe kols bør skje som en integrert del av det tverrsektorielle folkehelsearbeidet og oppfølgingen av Samhandlingsreformen.

Flertallet viser til at et bedre og mer effektivt og koordinert behandlings- og rehabiliteringstilbud til de store kronikergruppene med kols- og diabetespasienter vil bli konkret fulgt opp i stortingsmeldingene om folkehelse og om innovasjon i omsorg, som kommer våren 2013. Flertallet mener at det i tillegg må jobbes videre med å utvikle mer tverrfaglig samarbeid i primærhelsetjenesten og heve kompetansenivået i allmennlegetjenesten for tidlig intervensjon og kontinuitet i oppfølgingen av disse gruppene. De som har behov for spesialisert rehabilitering, skal fremdeles få det, men rehabilitering og mestring av kronisk sykdom må være et integrert element i hele behandlings- og oppfølgingsforløpet i tråd med intensjonene i Samhandlingsreformen.

Flertallet foreslår at representantforslaget vedlegges protokollen.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til at representantforslaget under behandling fremmet et konkret forslag om å be regjeringen legge frem en ny kolsstrategi, samt understreket den verdifulle rollen Kolsrådet hadde spilt under den forrige strategien.

Disse medlemmer viser til at også Landsforeningen for hjerte- og lungesyke har uttalt at

Norge «må få på plass en ny kolsstrategi». Som LHLs generalsekretær har påpekt, og som det også vises til i representantforslaget, er det store mangler i tilbudet til denne store og syke pasientgruppen, og det gjøres for lite for å få bukt med lidelsene dette medfører.

Disse medlemmer er glade for at regjeringen og regjeringspartiene i komiteen understreker at de ser utfordringene knyttet til kols i Norge og behovet for bedre diagnostikk, forebygging, behandling og rehabilitering. Disse medlemmer stiller seg derfor undrende til at de ikke drøfter, eller i det minste begrunner, sin motstand mot å få på plass en ny kolsstrategi. Disse medlemmer mener ikke minst at dette er underlig sett i lys av det skryt de gir til den forrige strategiperioden. Disse medlemmer vil også her vise til at noe av det siste Nasjonalt kolsråd gjorde, var å vurdere gjennomføringen av kolsstrategien og oppfølgingen av den. Blant anbefalingene som ble gitt da, var at helsemyndighetene skulle lage en ny kolsstrategi som et sentralt dokument for politikkutforming, ikke minst når det gjelder Samhandlingsreformen.

Disse medlemmer er enig i at Samhandlingsreformens intensjoner underbygger viktige deler av en strategi for å forbedre tilbudet til kolssyke, men mener det er i de konkrete tiltakene, oppfølgingen og ressursene at tilbudet må forbedres – ikke i målsettingene. Her vil disse medlemmer særlig understreke behovet for god behandling og ikke minst rehabilitering av kolssyke. I denne sammenheng er det positivt at regjeringen også har opprettet en tilskuddsordning for oppfølging av kolspasienter i kommunene, og disse medlemmer er spent på resultatene dette vil gi i praksis for pasienter. Gitt utfordringene knyttet til denne pasientgruppens behov, nødvendigheten av bedre forebygging, diagnostisering, tilrettelegging for mestring, behandling, rehabilitering og lindring, også utenfor helsefeltet, mener disse medlemmer at det er viktig med en helhetlig utformet og tiltaksorientert strategi. Det vil sørge for at vi bedre møter de problemene kols medfører for samfunnet og for pasientene.

Disse medlemmer vil derfor gjenta forslaget fra dokumentet under behandling, og fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen legge frem en ny kolsstrategi som en oppdatering av Nasjonal strategi for kolsområdet 2006–2011.»

Disse medlemmer vil påpeke at det nasjonale kolsrådet som fungerte frem til 2011, fikk utført omfattende undersøkelser blant allmennleger som viste særdeles mangelfulle kunnskaper om diagnose, behandling og oppfølging av kols. Det fremkom også at det kun var 18 prosent som hadde tilbud om røyke-

avvenning. Vi vet at det i dag finnes en stor andel pasienter som er underdiagnostiserte. Disse medlemmer mener derfor det er meget viktig å øke kunnskap om kols og styrke kvaliteten på behandlingen. Det er også viktig at fastlegene kan dokumentere kvaliteten på arbeidet de leverer blant annet overfor kolspasienter.

Disse medlemmer viser til at kols utgjør enda et helseområde hvor de frivillige organisasjonene har gått i front for å få frem informasjon og kunnskap og få i gang tiltak til dem som er rammet. Disse medlemmer merker seg at regjeringen tar til orde for at den videre satsingen for å bekjempe kols skal skje som en del av folkehelsearbeidet og gjennom oppfølging av Samhandlingsreformen. Disse medlemmer mener dette er en altfor passiv tilnærming til en alvorlig folkesykdom som er stadig økende. Disse medlemmer har tidligere pekt på faren for at kronikere er de som kan bli lidende som en følge av Samhandlingsreformen, da kroniske, ikke-smittsomme sykdommer krever en annen tilnærming og oppfølging over tid enn det vi ser i dag. Vi vet også at kolspasienter er blant de mest hyppige «svingdørspasientene» i spesialisthelsetjenesten, med opp til 40 prosent reinnleggelser i løpet av ett år.

Disse medlemmer viser til viktigheten av rehabilitering for kolspasienter og mener at regjeringens dramatiske endring av refusjonstakster har ført til at mange tilbud er lagt ned. Vi ser også at spesialisthelsetjenesten bygger ned sine rehabiliteringstilbud før kompetansen i kommunene er bygget opp. Disse medlemmer har ved gjentatte anledninger også pekt på den mangelfulle satsingen på lindrende behandling, noe som er særdeles viktig også i siste del av sykdomsforløpet ved kols.

Disse medlemmer viser til at en samlet opposisjon i forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2013 foreslo å få på plass en tilskuddsordning for etablering av hospiceplasser både hos offentlige, private og ideelle aktører, og viser til de respektive partienes bevilgninger til dette formålet i deres alternative budsjetter.

Disse medlemmer mener at en ny kolsstrategi må ses i et folkehelseperspektiv. Forebyggende

tiltak er viktige. Disse medlemmer vil få minne om Bondevik II-regjeringens stortingsmelding Resept for et sunnere Norge, som fokuserte på tobakkens innvirkning på folkehelsen. Denne stortingsmeldingen var utgangspunktet for røykeloven som ble fremmet av samme regjering. Både andelen dagligrøykere og passive røykere har gått ned. I et lengre perspektiv vil dette bidra sterkt til å redusere forekomsten av kols siden dette er en sykdom som utvikler seg over mange år.

Disse medlemmer mener at man også må fokusere på den luften som befolkningen puster inn. Ren luft er viktig både ute og inne. I likhet med de fleste folkehelse tiltak er tiltak for en bedre lungehelse ikke kun en oppgave for helse- og omsorgstjenesten. Samhandlingsreformens intensjoner og samarbeidsformer kan i denne sammenheng benyttes. En renere luft utendørs kan man oppnå ved høyere andel piggfrie dekk om vinteren slik at forekomsten av svevestøv reduseres, ved bedre satsing og tilrettelegging for kollektivtransport og bedre og flere sykkelveier.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti vil få peke på at Kristelig Folkeparti nylig har fremmet et nytt representantforslag om folkehelse der økt grad av oppmerksomhet på fysisk aktivitet og bedre tilgang til trygge sykkelveier var blant tiltakene.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til Fremskrittspartiets alternative statsbudsjett, hvor det for 2013 også er bevilget 25 mill. kroner ekstra til blant annet oppfølging av kolsstrategien.

## **Forslag fra mindretall**

### **Forslag fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti:**

#### *Forslag 1*

Stortinget ber regjeringen legge frem en ny kolsstrategi som en oppdatering av Nasjonal strategi for kolsområdet 2006–2011.

**Komiteens tilråding**

Komiteens tilråding fremmes av Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet.

Komiteen viser til representantforslaget og merknadene og råar Stortinget til å gjøre følgende

v e d t a k :

Dokument 8:146 S (2011–2012) – representantforslag fra stortingsrepresentantene Bent Høie og Sonja Irene Sjøli om en ny kolsstrategi – vedlegges protokollen.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 5. februar 2013

**Bent Høie**

leder

**Anita Orlund**

ordfører

**Vedlegg****Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet v/statsråden til helse- og omsorgskomiteen, datert 14. desember 2012****Dokument 8:146 S (2010-2011) Representantforslag fra stortingsrepresentantene Bent Høie, Sonja Irene Sjøli om en ny kolsstrategi**

Samhandlingsreformen har tre hovedmålsetterer som alle er viktige for pasienter med KOLS. Både målet om mer helhetlige og koordinerte tjenester, målet om et bedre folkehelsearbeid og en styrket innsats tidlig i forløpet, og målet om at en større del av tjenestene skal leveres i kommunene, er viktige for pasienter med KOLS. Jeg mener at hvor godt samfunnet og helsetjenesten lykkes med å forebygge og behandle KOLS, er en indikator både på hvor godt folkehelsearbeidet fungerer, og en indikator på i hvor stor grad vi lykkes med samhandlingsreformen.

KOLS-strategien for perioden 2007-2010 har hatt som formål å styrke arbeidet på feltet både når det gjelder forebygging, diagnostisering og behandling. Strategien ble videreført til og med 2011 og er nå avsluttet. De viktigste resultatene i strategiperioden er:

- At andelen dagligrøykere i befolkningen fortsetter å synke. Den var i 2010 på 19 %. Særlig gledelig er det at andelen dagligrøykere i den yngste aldersgruppen, 16-24 år, viste en enda tydeligere reduksjon og nå er nede i 12 %. Det forebyggende arbeidet vil følges videre opp i den kommende strategien for tobakksforebygging.
- Det er etablert et nasjonalt kvalitetsregister for personer med KOLS (RegKOLS), som er i drift fra 2011.
- Det er utgitt nasjonale kliniske retningslinjer, herunder tiltak for å finne personer med udiagnostisert KOLS og/eller høy risiko for å få sykdommen.

Den videre satsing i forhold til KOLS vil skje som en integrert del av det tverrsektorielle folkehelsearbeidet og oppfølging av samhandlingsreformen. Utviklingen innen både medisin og teknologi gjør at flere KOLS-pasienter kan få et tilbud i kommunene eller behandling hjemme. Spesielt for pasienter med alvorlig KOLS-sykdom som i dag har hyppige sykehusinnleggelser, vil tettere oppfølging av fastlege og i eget hjem, og eventuelt innleggelse i et kommunalt øyeblikkelig hjelp-tilbud i stedet for i sykehus ved en forverring, kunne øke kvaliteten i oppfølgingen. Dette vil gjøre det lettere å fortsette å leve et så normalt liv som mulig.

Pasienter som mottar lindrende behandling beveger seg ofte mellom sykehus og sykehjem og/eller hjemmet. For å gjøre denne overgangen mer sømløs er det viktig med et godt samarbeid mellom de tverrfaglige palliative teamene i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Samhandlingen mellom disse enhetene, utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester og kommunene er grunnleggende for god lindrende behandling og god omsorg ved livets slutt. Jeg mener tilbudet om lindrende behandling og omsorg ved livets slutt bør bygges opp som en del av den ordinære helsetjenesten. Flere av dem som i dag behandles i sykehus, vil kunne få et bedre tilbud i kommunen. Med samhandlingsreformen styrkes den kommunale helse- og omsorgstjenesten organisatorisk, kompetansemessig og ressursmessig, også for denne pasientgruppen. Det er bl.a. etablert en egen tilskuddsordning for å styrke kompetansen og kapasiteten innen lindrende behandling og omsorg ved livets slutt utenfor sykehus. Investeringsstilskuddet til sykehjem og omsorgsboliger gjør det samtidig mulig å bygge flere og bedre heldøgns omsorgsplasser, herunder palliative enheter. Vi følger tilskuddsordningen nøye, og vurderer løpende rammen for ordningen og innfasingen av den. I regelverket for Husbankens tilskuddsordning har vi gjort det klart at også palliative enheter skal få støtte.

Det er tydeliggjort både i den nye kommunale helse- og omsorgstjenesteloven og i den nye fastlegeforskriften at de kommunale tjenestene til kronikergrupper skal bli bedre og mer koordinerte, samt at det forebyggende og helsefremmende arbeidet skal styrkes. Folkehelseloven tydeliggjør kommunenes ansvar for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet. Den tverrdepartementale folkehelsestrategien, som regjeringen arbeider med, og som vil komme som en stortingsmelding til våren, skal bidra til å styrke folkehelsearbeidet. Strategien legger føringer for den statlige innsatsen i det brede folkehelsearbeidet. Men den vil også ha betydning for frivillige organisasjoner, kommunesektoren og næringsliv, ved at den legger premisser for samarbeid, stimuleringer, reguleringer mv. som angår disse, slik at samfunnet som helhet bidrar til å fremme befolkningens helse. Hensikten er å styrke koordineringen mellom sektorer, og gi mulighet for å se ulike områder i sammenheng.

Folkehelsearbeidet skal være langsiktig, systematisk og kunnskapsbasert. Bedre folkehelsearbeid er viktig for å forebygge mange sykdommer, blant

annet KOLS. En viktig grunn for meg til å angripe dette området bredt med å involvere omtrent samtlige departementer, er en erkjennelse av at en stor del av det aller viktigste folkehelsearbeidet skjer utenfor helsesektoren. Det har derfor også vært viktig for meg at dette arbeidet tar tak i livsløpsperspektivet og arenaer som barnehage, skole og arbeidsliv. Dette må til for bl.a. å lykkes bedre med å utjevne sosiale forskjeller knyttet til helse. To viktige områder, som jeg vil nevne, er tiltak som fremmer en god barndom der en helsefremmende livsstil blir en naturlig del av oppveksten. En god barndom varer livet ut. Vi må også klare å favne de eldre slik at vi som samfunn bedre legger til rette for en aktiv, trygg og frisk alderdom.

Fysisk aktivitet er svært viktig for å forebygge flere ulike sykdommer og er også viktig for at personer med etablert KOLS skal opprettholde god lungekapasitet og dermed livskvalitet. Ved utgangen av 2009 hadde om lag 70 kommuner etablert frisklivssentraler. To år senere var antallet mer enn doblet. Frisklivssentraler er forankret i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og har tilbud om hjelp til endring og mestring av levevaner ved hjelp av motivasjonssamtale/helsesamtale, fysisk aktivitetstilbud,

tilbud for kostholdsending, samt tilbud om røykeslutt. Helsedirektoratet ga i 2011 ut en veileder for etablering og organisering av frisklivssentraler.

Regjeringen har for 2013 også opprettet en tilskuddsordning på 30 mill. kroner, som bl.a. skal bidra til bedre oppfølging av personer med KOLS i kommunene. Tilskuddsordningen skal stimulere kommunene til å lage systemer for sammenheng og kontinuitet i oppfølgingen av store kronikergrupper, som KOLS og diabetes.

De nye faglige retningslinjene for KOLS, som Helsedirektoratet har utviklet i samarbeid med fagmiljøer og brukere, skal bidra til at flere får diagnosen tidligere. Fra 2011 ble også kombinasjonspreparater til inhalasjon tilgjengelig på blå resept. Et tiltak, som gjør effektiv behandling mer tilgjengelig.

Samhandlingsreformen er en retningsreform. Regjeringen vil fortløpende vurdere hvilke tiltak som vil bidra til å videreutvikle de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenestene i tråd med reformens målsettinger. Vi vil som en del av dette vurdere hvordan de gode resultatene fra KOLS-strategien best mulig følges opp som en integrert del av reformen og det brede folkehelsearbeidet.



