



STORTINGET

Innst. 514 S

(2020–2021)

Innstilling til Stortinget
fra helse- og omsorgskomiteen

Dokument 8:255 S (2020–2021)

**Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om
Representantforslag fra stortingsrepresentantene
Kjersti Toppe og Siv Mossleth om en forsterket inn-
sats for å behandle benskjørhet og forebygge
brudd hos eldre**

Til Stortinget

Bakgrunn

I dokumentet fremmes følgende forslag:

- «1. Stortinget ber regjeringen utarbeide nasjonale faglige retningslinjer som bygger på oppdatert kunnskapsgrunnlag for forebygging og behandling av osteoporose.
2. Stortinget ber regjeringen sørge for at det i alle helseforetak opprettes koordinerende tjenester for bruddforebygging (FLS), og at slike tilbud sikres finansiering.»

Det vises til dokumentet for nærmere redegjørelse for forslagene. Forslag 1 er ikke til behandling i denne innstillingen, jf. at Stortinget med hjemmel i Stortingets forretningsorden § 39 annet ledd bokstav e har avvist forslaget.

Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Hilde Kristin Holtesmo, Ingvild Kjerkol, Hege Haukeland Liadal, Tuva Moflag og Tellef Inge Mørland, fra Høyre, Erlend Larsen, Mari Holm Lønseth,

Sveinung Stensland og Camilla Strandskog, fra Fremskrittspartiet, Kari Kjønås Kjos og Morten Stordalen, fra Senterpartiet, Kjersti Toppe, fra Sosialistisk Venstreparti, Nicholas Wilkinson, fra Venstre, Carl-Erik Grimstad, og fra Kristelig Folkeparti, lederen Geir Jørgen Bekkevold, viser til forslagene i Dokument 8:255 S (2020–2021) om en forsterket innsats for å behandle benskjørhet og forebygge brudd hos eldre. Helse- og omsorgsminister Bent Høie har uttalt seg om forslagene i brev til komiteen av 6. mai 2021. Brevet følger som vedlegg til denne innstillingen. Komiteen har mottatt 14 skriftlige innspill om forslaget.

Komiteen merker seg at forslag 1 ikke er til behandling i denne innstillingen, da det ble avvist ved fremsettelse i Stortinget, jf. at et tilsvarende forslag er blitt votert over tidligere i inneværende sesjon.

Komiteen deler forslagsstillernes mål om bedre behandling for benskjørhet og å forebygge brudd hos eldre. Komiteen viser til at mellom 240 000 og 300 000 nordmenn har osteoporose, og studier viser at kvinner har nesten dobbelt så stor risiko for å utvikle sykdommen. Komiteen viser videre til at Norge er i verdenstoppen på antallet hoftebrudd i forhold til befolkningens størrelse, og at fall er den tiende viktigste årsaken til dødsfall og den sjette viktigste årsaken til helse- og livstap i Norge. Fallskader utgjør nesten halvparten av årlige ulykkesdødsfall, og 40 pst. av alle sykehjemsinnleggelser i Norge kommer i etterkant av fallskader.

Komiteen merker seg at i 2015 hadde regjeringen et mål om å redusere antallet hoftebrudd med ti pst. innen 2018, jf. Folkehelsemeldingen (Meld. St. 19 (2014–2015)). Dette målet ble gjentatt i Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for el-

dre fra 2018, og i Folkehelsemeldinga fra 2019 (Meld. St. 19 (2018–2019)) er det en nullvisjon for fallulykker i perioden 2019–2027. Komiteen registrerer at antallet hoftebrudd i Norge har holdt seg stabilt siden Nasjonalt hoftebruddregister ble opprettet i 2005.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Venstre og Kristelig Folkeparti, viser til at muskel- og skjelettlidelser er den vanligste årsaken til at folk bli uføre, nest etter psykiske lidelser. Det er behov for mer oppmerksomhet om disse utfordringene. Flertallet viser til at muskel- og skjelettlidelser vil få en sentral plass i den nye NCD-strategien.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at svært mange av dem som har beinskjørhet med høy risiko for brudd i Norge, ikke får behandlingen de trenger for å styrke skjelettet og redusere bruddrisikoen. Disse medlemmer viser til Sykepleien nr. 5/2020, hvor Faggruppe for osteoporose og benhelse skriver at det er viktig og effektivt å tilby alle som har gjennomgått et lavenergibrudd, vurdering med tanke på osteoporose. Videre bør alle over 50 år som har gjennomgått hoftebrudd, kompresjonsbrudd i ryggen eller to andre lavenergibrudd, få medisinsk behandling som styrker skjelettet. Denne behandlingen kan halvere risikoen for nye brudd. Disse behandlingsrådene inngikk i NoFRACT, et stort forskningsprosjekt som blant annet omfatter fire universitetssykehus i Norge, og hvor det var tverrfaglig enighet om denne oppfølgingsplanen.

Disse medlemmer viser til regjeringens nullvisjon for fallulykker, og merker seg at regjeringen ikke engang oppnådde en reduksjon på én pst., ifølge tall fra Nasjonalt hoftebruddregister. Disse medlemmer viser til Sykepleien nr. 5/2020, der temaet var forebygging av fall, hvor fagfolk innen feltet uttalte at de ikke engang hadde hørt om regjeringens mål for reduksjon av antall hoftebrudd. De mener hovedgrunnen til at regjeringen ikke lykkes med målet sitt, er manglende satsing på oppfølging. Den mest effektive og sannsynligvis rimeligste måten å få ned tallene på hoftebrudd på, ville vært å tilby alle over 50 år i Norge som bryr seg, utredning og eventuelt behandling for osteoporose. Medikamentell behandling er det best dokumenterte tiltaket.

Disse medlemmer merker seg at fagmiljøet tar til orde for å innføre en modell for bruddforebygging ved alle norske sykehus gjennom koordinatorbaserte tjenester, kalt FLS (Fracture Liaison Services). FLS er koordinatorbasert forebygging av sekundære brudd for osteoporosepasienter, igangsatt av spesialisthelsetjenesten. Målet med FLS er å identifisere alle som kom-

mer inn på sykehus og legevakst med lavenergibrudd. Koordinatorbasert vil si at noen, vanligvis en sykepleier, finner risikopasientene blant bruddpasientene, utreder dem og anbefaler behandling. Det medisinskfaglige ansvaret ligger hos ansvarlig lege, oftest en ortoped eller indremedisiner. Disse medlemmer merker seg at sykehusenes finansieringssystem ifølge fagfolk er til hinder for slik forebygging og behandling av osteoporosepasienter, fordi det oppleves som en kamp å få osteoporosemidler over driftsbudsjettet. Ortopediske avdelinger får inntekter gjennom innsatsstyrt finansiering basert på hvor mange brudd som behandles. Brudd som forebygges, gir ingen gevinst for sykehuset.

Disse medlemmer registrerer at fagfolk også etterlyser nasjonale retningslinjer i form av en oppdatert handlingsplan og mer lik oppfølging og behandling etter brudd, og aller helst forebygging av brudd.

Disse medlemmer viser til at Helsedirektoratets siste nasjonale retningslinje for å forebygge og behandle osteoporose ble utgitt i 2005. I 2018 ble det laget «Norske retningslinjer for tverrfaglig behandling av hoftebrudd» som følge av et samarbeid mellom Norsk forening for geriatri, Norsk ortopedisk forening og Norsk anestesilogisk forening. Disse retter seg mot lavenergibrudd hos skrøpelige eldre. I tillegg er «Behandlingsveilederen ved lavenergibrudd» utarbeidet i prosjektet NoFRACT, og i 2015 publiserte Faggruppe for osteoporose og benhelse en veileder for utredning og behandling av osteoporose hos menn og kvinner over 50 år. Denne veilederen ble revidert i 2019. Systematisk innsamling og spredning av kunnskap om bruddforebygging er viktig for å nå målene om en reduksjon i osteoporotiske brudd. Fagmiljøene og pasientorganisasjoner har i mange år etterlyst oppdaterte nasjonale faglige retningslinjer som også muliggjør etablering av koordinerende tjenester for bruddforebygging, og det etterlyses også en egen handlingsplan for forebygging av sekundærbrudd ved osteoporose.

Disse medlemmer viser til at Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti i Innst. 11 S (2020–2021) fremmet følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringa sørge for at det snarast vert utarbeidd oppdaterte retningslinjer for behandling av osteoporose, og at desse vert innarbeidd i tenestene, slik at pasientgruppa får god og adekvat behandling.»

Disse medlemmer viser til at dette forslaget ikke fikk støtte av regjeringspartiene eller Fremskrittspartiet. Disse medlemmer mener det er uholdbart at helsemyndighetene til nå ikke har prioritert å oppdatere de nasjonale faglige retningslinjene for osteoporose, og er bekymret for at dette hemmer tilgangen til nye, effektive behandlinger som gjerne ikke er omtalt i de eldre retningslinjene. Disse medlemmer vil understreke behovet for oppdaterte nasjonale faglige ret-

ningslinjer for osteoporose, og mener at dette snarest mulig må bli et prioritert arbeid i Helsedirektoratet.

Disse medlemmer registrerer at studier viser at kvinner har nesten dobbelt så stor risiko for å utvikle osteoporose. En satsing på osteoporosebehandling og forebygging er derfor en viktig satsing på kvinnehelse. Disse medlemmer merker seg at den norske befolkningen i årene som kommer vil leve lenger, og en større andel av befolkningen vil være eldre. Antallet som er 80 år eller eldre, vil mer enn tredobles innen 2060. Én av de sykdommene som rammer flest eldre – som medfører betydelige helsetap for den enkelte, og som har betydelige kostnader for helsetjenesten og samfunnet – er osteoporose.

Disse medlemmer viser til at fall blant eldre koster både den enkelte og samfunnet dyrt. Disse medlemmer mener det trengs en handlingsplan for forebygging av sekundærbrudd ved osteoporose, og at både samfunnet og den enkelte vil spare mye på å innføre systemer i helsetjenesten for å identifisere pasienter med osteoporotiske brudd, for å fremme tiltak som kan hindre at brudd skjer igjen. Disse medlemmer viser til at fall er den tiende viktigste årsaken til dødsfall og sjettede viktigste årsaken til helsetap i Norge, blant annet større en helsetapet med hjerte- og karsykdommer. Fallskader utgjør nesten halvparten av alle årlige ulykkesdødsfall. Disse medlemmer viser til at fall er et økende problem for eldre kvinner og menn, og ender ofte med bruddskader. 40 pst. av sykehjemsinnleggelseskommer i etterkant av fallskader.

Disse medlemmer mener det er på tide å prioritere det forebyggende arbeidet med å hindre nye brudd hos pasienter med benskjørhet.

På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at det i alle helseforetak opprettes koordinerende tjenester for bruddforebygging (FLS), og at slike tilbud sikres finansiering.»

«Stortinget ber regjeringen utarbeide en handlingsplan for fallforebygging og forebygging av brudd ved benskjørhet.»

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti merker seg at statsråden i sitt svarbrev til komiteen påpeker at forebygging er en lovpålagt oppgave for helseforetakene, avviser at ISF-systemet står i veien for å prioritere forebygging, og advarer mot at Stortinget skal stille krav om å tilby FLS-tjeneste ved norske sykehus:

«Det er mange nødvendige tiltak og aktiviteter i spesialisthelsetjenesten som ikke er omfattet av DRG-systemet og dermed utløser ISF-refusjon. Det betyr ikke at finansieringssystemet er til hinder for å utføre slike aktiviteter, men det betyr at helseforetakene i større

grad må prioritere bruken av sine ressurser. Etter min vurdering vil helseforetakene i dag kunne prioritere systematisk arbeid med forebygging av brudd. En del sykehus har også innført modeller for dette formålet (...) Pasientbehandling skal skje basert på pasientens behov. Sykehusene skal gi en forsvarlig pasientbehandling. Hvilke tiltak og prioriteringer som skal til for å sikre forsvarlig behandling og oppfølging er faglige vurderinger som bør foretas på sykehusene, ikke i Stortinget.»

Disse medlemmer er enige i at valg av metoder og behandlingstiltak er faglige vurderinger som bør foretas på sykehusene. Disse medlemmer viser i den anledning til at det nettopp er fagpersoner ved sykehusene som har etterlyst at det innføres en FLS-tjeneste ved alle norske sykehus («Vil redusere hoftebrudd med minst 500 i året», Sykepleien 5/2020). Disse medlemmer merker seg samtidig at ISF-modellen, i kombinasjon med svært trange budsjettammer for spesialisthelsetjenesten, bidrar til at det ikke nødvendigvis er fornuftige faglige vurderinger, men økonomiske hensyn, som styrer hvilke prioriteringer som gjøres i sykehusene. Disse medlemmer minner om at ISF-systemet belønner behandling av brudd, mens forebygging ikke lønner seg på samme måte. Disse medlemmer mener det er oppsiktsekkende dersom statsråden ikke erkjenner at økonomisk belønning og straff påvirker prioriteringene som gjøres i helseforetak med stram økonomi. Disse medlemmer viser i den anledning til følgende uttalelse fra NOU 2014:12 om prioritering:

«Utvalget vil tilrå at Helse- og omsorgsdepartementet nøye vurderer og evaluerer hvordan den økte ISF-andelen fra 2014 påvirker behandlingstilbudet for de pasientgrupper som ikke omfattes av ISF.»

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Venstre og Kristelig Folkeparti, viser til at flere norske sykehus allerede i dag bruker metoden FLS, og at det er en anerkjent og god bruddforebyggende metode. Flertallet støtter imidlertid ikke forslaget om at denne metoden skal brukes i alle helseforetak og at et slikt tilbud skal sikres finansiering. Sykehusene har ansvaret for å sikre pasientene god behandling, og flertallet mener det ikke er fornuftig at Stortinget skal detaljstyre hvilke metoder som skal brukes for å sikre denne behandlingen. Flertallet viser til at forebyggende arbeid er en lovpålagt oppgave for de regionale helseforetakene.

Flertallet er uenige med forslagsstillerne i at dagens finansieringssystem er til hinder for å forebygge fallskader. Innsatsstyrt finansiering er bare en del av finansieringen til sykehusene, og sykehusene har selv ansvar for å prioritere sine ressurser. Forebyggende arbeid kan også inngå som en del av ISF-grunnlaget, dersom arbeidet omfatter pasientkontakt.

Forslag fra mindretall**Forslag fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti:***Forslag 1*

Stortinget ber regjeringen sørge for at det i alle helseforetak opprettes koordinerende tjenester for bruddforebygging (FLS), og at slike tilbud sikres finansiering.

Forslag 2

Stortinget ber regjeringen utarbeide en handlingsplan for fallforebygging og forebygging av brudd ved benskjørhet.

Komiteens tilråding

Komiteens tilråding fremmes av medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Venstre og Kristelig Folkeparti.

Komiteen har for øvrig ingen merknader, viser til representantforslaget og råar Stortinget til å gjøre følgende

vedtak:

Dokument 8:255 S (2020–2021) – Representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe og Siv Mossleth om en forsterket innsats for å behandle benskjørhet og forebygge brudd hos eldre – vedtas ikke.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 20. mai 2021

Geir Jørgen Bekkevold

leder

Morten Stordalen

ordfører



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråden

Helse- og omsorgskomiteen
Stortinget
0026 OSLO

Deres ref

Vår ref
21/1907-

Dato
6. mai 2021

Dokument 8:255 S (2020-2021) - Representantforslag om en forsterket innsats for å behandle benskjørhet og forebygge brudd hos eldre

Jeg viser til brev fra Stortingets helse- og omsorgskomite 19. april 2021 med følgende forslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe og Siv Mossleth om en forsterket innsats for å behandle benskjørhet og forebygge brudd hos eldre.

1. Stortinget ber regjeringen utarbeide nasjonale faglige retningslinjer som bygger på oppdatert kunnskapsgrunnlag for forebygging og behandling av osteoporose.
2. Stortinget ber regjeringen sørge for at det i alle helseforetak opprettes koordinerende tjenester for bruddforebygging (FLS), og at slike tilbud sikres finansiering.

Ifølge brevet fra komiteen har forslag 1 blitt avvist etter Stortingets forretningsorden § 39 annet ledd bokstav e. Min vurdering omhandler derfor bare forslag 2.

Forebygging av brudd kan skje gjennom mange ulike tiltak. Både osteoporose og fall utgjør risikofaktorer for brudd. Fysisk aktivitet og kosthold, bruk av tobakk og alkohol påvirker skjeletthelsen, både gjennom å påvirke beinoppbyggingen og beinnedbrytingen. Et sunt og variert kosthold med tilstrekkelige mengder protein, kalsium og vitamin D er også viktig for god beintetthet som kan virke forebyggende mot benskjørhet. I tillegg vil ulike typer medisiner kunne redusere osteoporoseutviklingen.

Osteoporose er en "folkesykdom" som forårsaker mye lidelse og store kostnader for samfunnet. Representantene Toppe og Mossleth foreslår at regjeringen skal sørge for at alle helseforetak innfører en modell for bruddforebygging, FLS. Målet er å identifisere pasienter med lavenergibrudd, og iverksette tiltak og behandling for å redusere risikoen for nye brudd.

Informasjon som departementet har mottatt fra de regionale helseforetakene viser at FLS er anerkjent i fagmiljøene som en god bruddforebyggende metode. Flere norske sykehus har tatt metoden i bruk.

Representantene sier i sin begrunnelse for forslaget at innsatsstyrt finansiering er til hinder for forebygging, og at ortopediske avdelingers inntekter er basert på hvor mange brudd som behandles.

Systemet for fordeling av inntekter fra staten til helseregionene kan i hovedsak deles i to. Basisbevilgningene er uavhengige av aktivitet, og fordelingen baserer seg på en inntektsmodell som tar hensyn til forskjeller i befolkningens behov for tjenester og forskjeller i kostnader ved å levere tjenestene.

Inntekter via Innsatsstyrt finansiering (ISF) avhenger av hvor mye og hva slags behandling, utredning og annen pasientkontakt som gjennomføres. Refusjoner gjennom ISF er i gjennomsnitt bare ment å dekke deler av kostnaden ved gjennomført aktivitet. Resten må dekkes av basisbevilgningene. Siden 2014 har ISF-andelen vært på 50 prosent. Det vil si at refusjonene i gjennomsnitt dekker om lag 50 prosent av kostnadene ved somatisk pasientbehandling.

Forebyggende arbeid er en lovpålagt oppgave for de regionale helseforetakene. Spesialisthelsetjenesteloven sier at det regionale helseforetaket skal sørge for at helseinstitusjoner som det eier skal bidra til å fremme folkehelsen og forebygge sykdom og skade. Mange avdelinger på sykehusene driver forebyggende arbeid, og dette kan også inngå i ISF-grunnlaget, dersom arbeidet omfatter pasientkontakt. ISF er knyttet til utført helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

Det er mange nødvendige tiltak og aktiviteter i spesialisthelsetjenesten som ikke er omfattet av DRG-systemet og dermed utløser ISF-refusjon. Det betyr ikke at finansieringssystemet er til hinder for å utføre slike aktiviteter, men det betyr at helseforetakene i større grad må prioritere bruken av sine ressurser.

Etter min vurdering vil helseforetakene i dag kunne prioritere systematisk arbeid med forebygging av brudd. En del sykehus har også innført modeller for dette formålet. Men jeg vil advare mot at Stortinget skal pålegge alle helseforetak hvilke prioriteringer de skal gjøre og hvilke metoder de skal benytte i sin behandling av pasienter.

Pasientbehandling skal skje basert på pasientens behov. Sykehusene skal gi en forsvarlig pasientbehandling. Hvilke tiltak og prioriteringer som skal til for å sikre forsvarlig behandling og oppfølging er faglige vurderinger som bør foretas på sykehusene, ikke i Stortinget.

Jeg kan derfor ikke anbefale representantenes forslag om at regjeringen skal sørge for at det i alle helseforetak opprettes koordinerende tjenester for bruddforebygging (FLS), og at slike tilbud sikres finansiering.

Med hilsen

A handwritten signature in blue ink, reading "Bent Høie". The signature is written in a cursive, flowing style. The "B" is large and loops around the "ent". The "Høie" is written with a small "ø" and a final flourish.

Bent Høie

