



Representantforslag 146 S

(2011–2012)

fra stortingsrepresentantene Bent Høie og Sonja Irene Sjøli

Dokument 8:146 S (2011–2012)

Representantforslag fra stortingsrepresentantene Bent Høie og Sonja Irene Sjøli om en ny kolsstrategi

Til Stortinget

Bakgrunn

Siden midten av 1990-tallet, da 1 av 15 i den voksne befolkningen hadde kols (kronisk obstruktiv lungesykdom), har antallet personer som er rammet økt. Nyere undersøkelser har vist at per 2006 var andelen av lungesykdommen økt til 1 av 8 voksne nordmenn. Utviklingen har skjedd på tross av at andelen dagligrøykere i befolkningen i samme tidsrom sank fra 33 pst. til 25 pst. Nedgangen i røyking skyldes hovedsakelig at færre unge røyker.

Selv om nedgang i røyking på sikt forventes å vilde gi en nedgang i kolsforekomst, tyder mye på at det vil kunne ta inntil én generasjon før omfanget av sykdommen har kulminert.

I 2007 ble Nasjonalt kolsråd opprettet. Rådets oppgave var å følge opp «*Nasjonalt strategi for kolsområdet 2006–2011*». Rådet bidro med en rekke innspill og forslag til Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet, men ble imidlertid opphevet da perioden det var oppnevnt for løp ut ved utgangen av 2011, og er ikke blitt erstattet av noe lignende organ.

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.

Fokus på kroniske, ikke-smittsomme sykdommer

For andre gang i FNs historie avholdt Hovedforsamlingen i september 2011 et møte om et helserelatert tema. Temaet var det som kalles *kroniske, ikke-smittsomme sykdommer*. Mens det tidligere var de smittsomme sykdommene som tok mange liv, har Verdens helseorganisasjon (WHO) utpekt sykdomsgruppene kreft, diabetes, hjerte-kar-sykdommer og kroniske lungesykdommer (herunder kols) til hovedsatsingsområder innen de kroniske, ikke-smittsomme sykdommene.

Felles for kroniske, ikke-smittsomme sykdommer er at de i stor grad er forebyggbare – spesielt er røyking og levemåte (lite fysisk aktivitet, dårlig kosthold og mye alkohol) faktorer som kan endres. WHO beregner at kols vil være på tredjeplass over dødelige sykdommer i 2020, mot femteplass nå. Forslagsstillerne vil imidlertid påpeke at dette også har sammenheng med medisinske fremskritt innenfor andre sykdommer og lidelser, som påvirker de relative helseeffektene av ulike sykdommer og skader.

For helsevesenet betyr dette at pasientene kommer med sykdommer som ved siden av diagnose og akutt behandling, også krever oppfølging og behandling over lang tid. Dessuten er det også ofte tilleggssykdommer som må behandles. Dette byr på utfordringer for både organisering og prioriteringer.

At sykdommene ofte henger sammen med forebyggbare livsstiler og vaner, gjør at enkelte pasienter som rammes kan kvie seg for å følge opp og søke behandling. Alt dette betyr at helsevesenet må tenke på en annen og mer helhetlig og langsiktig måte. Forslagsstillerne vil i denne sammenheng understreke viktigheten av å ansvarliggjøre og påvirke individene som selv velger sin atferd, ettersom det er klare begrensninger for hvor langt staten kan og bør gå for å begrense atferden som kan lede til denne typen sykdommer.

Hva er kols?

Kols er resultatet av kroniske betennelsesprosesser som gir varige skader på strukturer i lungene. Dette gjør åpningen til bronkiene trangere slik at det blir vanskeligere å puste og mer sekret må hostes opp. Gradvis brytes lungevevet ned slik at lungenes evne til å ta opp oksygen fra luften reduseres. Personer som lever med kols, må puste mer enn normalt ved fysiske anstrengelser. Viktige plager ved kols er derfor kronisk hoste, mye seigt slim fra luftveiene og tung pust ved fysiske anstrengelser.

Man regner at 70 pst. av kolstilfellene skyldes tobakksrøyking alene. Omtrent 30 pst. skyldes yrkesmessig påvirkning, med og uten røyking. De fleste tilfellene oppstår ved at man blir utsatt for støv, særlig i deler av industrien, men nyere kunnskap viser at også ganske forskjellige grupper, så som bønder og asfaltarbeidere, kan være særlig utsatt. I tillegg kan arv disponere for kols. Kols utvikles imidlertid meget sjelden uten en ytre årsak – og da først og fremst røyking.

Det tar flere år, ofte tiår, å utvikle kols. De første tilfellene av kols blant personer som begynner å røyke i ungdomsårene, ser man vanligvis først i 35–40-årsalder, og de fleste er i 60-årene når kolsdiagnosen stilles. Diagnosen kan stilles endelig ved spirometri som er en lungefunksjonstesting.

Antallet kolssyke i Norge er beregnet til cirka 370 000. Man regner med at det er cirka 20 000 nye kolstilfeller i året i Norge. Det er beregnet at kols er årsaken til cirka 20 000 sykehusinnleggelse årlig, og hvert år dør om lag 1 400 mennesker av kols, eller omtrent det samme antallet som dør av lungekreft.

Diagnostisering, behandling og oppfølging

Har man først fått kols, blir man ikke frisk. Kols er en kronisk sykdom, og den forverrer seg med tiden. Men selv om forverringen ikke lar seg stoppe, kan den ofte bremses ved å slutte å røyke, ved å bli fysisk aktiv og trene og ved riktig medisinerings.

Utfordringen for kolspasienter er å leve best mulig med sykdommen. Dette er krevende, hvilket gjør det avgjørende at det gis god behandling og oppfølging.

Diagnostisering

I all behandling er diagnostisering avgjørende. Diagnosen er en forutsetning for å kunne gi den riktige behandlingen til rett tid, og tidnok.

Undersøkelser viser at om lag 40 pst. av dem som har kols, cirka 150 000 personer, er udiagnostiserte. En undersøkelse blant allmennleger, som ble utført i 2009 og 2010 med støtte fra Nasjonalt kolsråd, viste at kun 50 pst. behersker diagnosekriteriene for kols og stadieinndelingen av sykdommen. Under 1 av 5 følte seg trygge på å stille diagnosen.

Resultatet er at svært mange kolspasienter diagnostiseres altfor sent. Sykdommen har da allerede gått over i en alvorlig fase. Belastningene som kols påfører den enkelte og helsevesenet, blir verre og større.

Det er behov for at allmennleger blir tryggere på kolsdiagnostisering, og bedre på å følge opp med røykeavvenning for pasienter som vil ha utbytte av dette. Det vises i denne sammenheng også til at Nasjonalt kolsråd anbefalte at alle personer over 35 år, som røyker eller arbeider i risikoyrker og som har lungesyntomer, bør undersøkes årlig med en lungefunksjonstest, spirometri.

Forslagsstillerne mener derfor det er nødvendig å utforme tiltak for å forbedre diagnostiseringen av kols.

Røykeslutt

Får man diagnosen kols, er det å slutte å røyke det viktigste enkeltstående tiltaket man kan gjøre. Det er anslått at 54 pst. av dem som er diagnostisert med kols fortsatt røyker, til tross for at dette er den beste måten å bremse sykdomsutvikling på og bedre pasientenes helse.

Undersøkelsen blant allmennlegene fra 2009 og 2010 viste at selv om 6 av 10 leger spør nye pasienter om de røyker, er det bare 1 av 5 som kan tilby røykeavvenning.

Dette gjenspeiler det generelle problemet med manglende og svakt utbygd røykeavvenningstilbud i Norge. Det er vist at investering i røykeavvenning er det mest gunstige tiltaket man kan gjøre helseøkonomisk sett.

Forslagsstillerne mener det er nødvendig å styrke innsatsen og se på hvordan virkemiddelapparatet for å bistå med røykeavvenning kan forbedres.

Livsstilsendring, mestring og rehabilitering

Ved siden av røykeavvenning er fysisk aktivitet og trening det viktigste en kolspasient kan gjøre, dersom hun/han vil bremse utviklingen av sykdommen og få styrke og utholdenhet til å leve best mulig med den. Å endre livsstil og tilegne seg nye levevaner er et krevende og langvarig endringsarbeid. De aller fleste mennesker trenger støtte og hjelp i slike prosesser, og har nytte og glede av veiledning.

Dette funksjonsfremmende arbeidet som tar sikte på å bedre og bevare menneskers funksjonsnivå, er rehabiliteringens fagfelt. Og hos de fleste som lever med en kronisk sykdom som kols, er det et tilbakevendende behov for lungerehabilitering. Dette tilbudet er i dag ikke godt nok. Forslagsstillerne vil også vise til Riksrevisjonens Dokument 3:11 (2011–2012) *Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten*, som slår fast at det ikke er mulig å dokumentere noen økt innsats på rehabilitering

siden 2005, til tross for at dette har vært Stortingets klare intensjon.

Forslagsstillerne mener det er nødvendig å styrke rehabiliteringstilbudet i Norge, i tråd med de politiske føringer som er gitt, og at dette løftet må komme kolspasienter med behov for lungerehabilitering til gode. Nasjonalt kolsråd anbefalte en kraftig utbygging av rehabiliteringstilbudet til personer som lever med kols, og utbyggingen bør skje balansert og omfatte både primær- og spesialisthelsetjenesten. Det vises i denne sammenheng også til at Fremskrittspartiets, Høyres og Kristelig Folkepartis representanter i flere sammenhenger, som i forbindelse med Stortingets behandling av Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008–2009), samt Prop. 91 L (2010–2011)), har bedt om en nasjonal opptrappingsplan på rehabiliteringsfeltet, etter modell av opptrappingsplanen for psykisk helse.

Bedre medisineringskompetanse

God medisinerer spiller en avgjørende rolle for hvordan det er å leve med kols. Medisiner har effekt på symptomene ved at de både kan bedre livskvalitet og lindre og redusere forverring.

Undersøkelsen blant allmennlegene fra 2009 og 2010 viste at bare 1 av 3 leger valgte riktig medikamentell behandling. For å forebygge forverring hos pasientene må dette forbedres. Ved innleggelse i sykehus for en alvorlig kolsforverring, viser ulike studier at mellom en tredjedel og halvparten av pasientene er døde etter to år. Dette er en mer alvorlig prognose enn ved akutt hjerteinfarkt.

Erfaring viser at de pasientene som får rehabilitering, også får kunnskap nok til å få en medisineringsplan slik at de selv kan starte opp med effektiv behandling ved en begynnende forverring. Ved norske sykehus er det vist at dette gir en reduksjon i antall innleggelser og antall liggedøgn med opptil 60 pst. blant kolspasientene.

Utbedret palliasjonstilbud

En del kolspasienter utvikler svært alvorlig kols med sterkt redusert lungefunksjon – kanskje ned mot 20 pst. av det normale, eller lavere. Mens lindrende (palliativ) behandling i livets slutfase er blitt vanlig i moderne kreftbehandling, er dette tilbudet ikke tilstrekkelig utbygd for kolspasienter. Selv om kols og lungekreft gir samme symptombyrde, viser flere studier at mens ingen kolspasienter får palliativ behandling, får cirka 30 pst. av lungekreftpasientene slik behandling. Å lindre tung pust og smerter, samt å redusere angst, krever spesialistkompetanse.

Forslagsstillerne mener at et viktig tiltak for å gi trygghet til personer som lever med kols, er at sykehus kan tilby lindrende behandling til kolspasienter

og at det blir etablert palliative team som fører tilsyn med sykehusavdelinger og går på hjemmebesøk til kolssyke. Som ved kreft, ville flere pasienter da sannsynligvis velge å bo hjemme i livets slutfase.

Behov for opptrapping og handlingsplan

I lys av de store utfordringene som de kroniske, ikke-smittsomme sykdommene generelt, og kols spesielt, stiller helsevesenet overfor, mener forslagsstillerne at ettersom funksjonstiden til Nasjonalt kolsråd og *Nasjonalt strategi for kolsområdet 2006–2011* utløp ved utgangen av 2011, er det nødvendig å få på plass en strategi for hvordan innsatsen mot kols kan forbedres og styrkes i årene som kommer.

Noe av det siste Nasjonalt kolsråd gjorde, var å vurdere gjennomføringen av Kolsstrategien og oppfølgingen av den. Kolsrådet kom med tre anbefalinger:

- For det første må helsemyndighetene lage en ny kolsstrategi som gjøres til et sentralt dokument for politikkkutforming, ikke minst når det gjelder Samhandlingsreformen.
- For det andre må helsemyndighetene kreve at de store helseaktørene som helseforetak, kommuner og fagorganisasjoner, setter en ny kolsstrategi ut i livet.
- For det tredje må helsemyndighetene organisere seg slik at kols blir møtt som en folkesykdom på linje med kreft, diabetes og hjerte-kar-sykdom.

Nasjonalt kolsråd mente også at kolsepidemien har avdekket tre politiske problemer: Det første problemet er at politikken ikke reflekterer størrelsen på det helseproblemet som kols er for befolkningen. Det andre problemet, mente Kolsrådet, er at politikken ikke viser tilstrekkelig kraft og vilje. Kolsepidemien trenger en politikk som endrer holdninger og stiller krav til den medisinske verden. Det tredje problemet Kolsrådet pekte på, er at tiltroen til politikken er blitt svekket. Dette henger særlig sammen med det reduserte rehabiliteringstilbudet.

Konklusjon

Sammenfattet mener forslagsstillerne at en handlingsplan for å møte kolsutfordringen må omfatte tiltak som styrker tilbudet om diagnostisering, røykeavvenning, rehabilitering, medisinerer og lindrende behandling til den delen av befolkningen som blir rammet av kols. 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, men og fordi viktige deler av tilbudet i de senere årene ikke er blitt styrket, men svekket.

Forslag

På denne bakgrunn fremmes følgende

f o r s l a g :

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

15. juni 2012