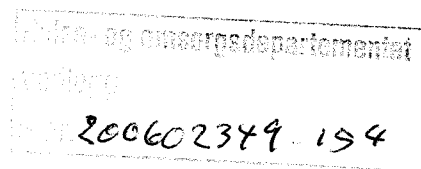


Til Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep.
0030 Oslo
postmottak@hod.dep.no



Helsfyr, 22. juni 2006

Ryggforeningen i Norges innspill til Høring om Nasjonal Helseplan 2007-2010

I kapittel "1.2. Spørsmål til høringsinstansene" skriver departementet følgende:

- *Er det andre forhold som bør trekkes fram i omtalen av status?*
- *Er det lagt vekt på de mest sentrale utfordringene?*
- *Hva bør stå sentralt i de strategier og tiltak som skal møte utfordringene?*
- *Hvilke prosesser bør gjennomføres før strategier og tiltak besluttet?*

Generelt virker det som høringsnotatet beskriver best de to første punktene, status og utfordringer, men er vag eller lar være å skrive om strategier og tiltak som skal møte utfordringene bortsett fra de strategier og tiltak som allerede er vedtatt. I hvert fall gjelder det sett med ryggpasienters øyne og sett fra muskel- og skjellettfeltet mer generelt.

Siden stiftelsen i 1994 har Ryggforeningen arbeidet for at ryggglidelser og andre relaterte muskel- og skjellettlidelser skal få en mer rasjonell prioritering i helsevesenet på linje med andre store folkesykdommer som for eksempel kreft, hjerte, psykiatri og rusmisbruk. Det har vist seg meget vanskelig blant annet fordi det ikke finnes sterke nok næringsinteresser eller politiske interesser knyttet til denne pasientgruppen som stort sett lider i stillhet.

I forordet nevner høringsnotatet en av de store utfordringene:

"Det er forskjeller i kvalitet i tjenestene og noen pasientgrupper har ikke god nok tilgang på nødvendige tjenester." (s.5)

Høringsnotatet inneholder noen omtaler av strategier for å få en mer rettferdig fordeling av helsetjenester på tvers av sosiale skillelinjer, kjønn, etniske skillelinjer, aldersgrupper (barn – eldre) og geografiske skillelinjer (distrikter). Men når det kommer til urettferdig fordeling mellom sykdomsgrupper, er dette kun behandlet med eksempler på utvalgte sykdomsgrupper som det allerede er politisk satset på. Det finnes ingen prinsipiell eller generell diskusjon av den urettferdige fordelingen som per i dag eksisterer mellom sykdomsgruppene, og dette mener vi er en alvorlig svakhet ved Nasjonal helseplan så langt. I høringsnotatet står det:

"Helse- og omsorgsdepartementet arbeider med en nasjonal strategi mot sosial ulikhet i helse. Strategien skal gi overordnede føringer for arbeidet med å redusere sosial ulikhet i helse innen en rekke samfunnssektorer. For helse- og omsorgssektoren vil et første skritt være å kartlegge den sosiale fordelingen av helsetjenester og årsaker til eventuelle skjevheter. En slik kartlegging vil kunne danne grunnlag for en mer rettferdig fordeling av helsetjenester." (s.37)

Ryggforeningen mener at HOD ikke bare burde kartlegge den sosiale skjevfordelingen av helsetjenester, men også den sykdomsrelaterte skjevfordelingen av helsetjenester og ikke minst årsakene til disse skjevhetene.

Rett nok skriver HOD:

"Det er viktig at det etableres gode kriterier og prosesser for å beslutte når det er behov for å særskilte nasjonale strategier. [...] Dette kan sikre at bruken av nasjonale strategier skjer under bevissthet om hvordan disse påvirker tjenestenes prioriteringer mellom ulike formål." (s. 37)

Men høringsnotatet skriver ingen ting om hvordan slike kriterier og prosesser kan etableres. Høringsnotatet tar heller ikke opp hvilke kriterier eller mangel på kriterier man hittil har prioritert etter. Ryggforeningen mener et første skritt i riktig retning, kunne være at HOD brukte samme strategi for å se på skjevfordeling mellom sykdomsgrupper som de ønsker å bruke for å avdekke skjevfordeling på grunn av sosial ulikhet, nemlig å kartlegge skjevhetene og årsakene til at noen sykdomsgrupper får en så voldsom stor del av helsekronene (ikke minst til forskning) sammenlignet med andre.

Det er selvsagt vanskelig å lage kriterier for hvordan helsekronene skal fordeles mellom sykdomsgrupper, men det går an å ta utgangspunkt i arbeidet med prioriteringsforskriften der man

"foreslo å legge følgende tre kriterier til grunn for prioriteringer; alvorlighet av tilstanden, forventet (og dokumentert) nytte av tiltaket og kostnadseffektivitet (kostnadene bør stå i rimelig forhold til resultatene)." (s.20)

Prioriteringsbegrepet i helsedebatten har imidlertid stort sett blitt brukt om prioritering av enkeltpasienter i forholdt til eksisterende tilbud. Når det gjelder prioritering mellom utvikling av ulike tilbud, har man stort sett ikke brukt begrepet "prioritering" men "satsning". Grunnen til det, er vel at begrepet "prioritering" i større grad avslører den brutale sannhet at når noen får mer får andre relativt mindre. "Satsning" gir mer assosiasjoner i retning av at noen får noe ekstra uten at andre får mindre.

Ryggforeningen mener hovedproblemet når det gjelder dagens prioritering i helsevesenet er den urettferdige prioriteringen mellom sykdomsområder med hensyn til kvalitetsforbedring av helsetjenester. Prioriteringen mellom pasienter for tilgang til eksisterende tjenester er bedre ivaretatt, men det er et problem at høringsnotatet ikke skiller klart mellom disse to typene prioriteringer.

I Helseplanen under overskriften "Kvalitet og prioritering" står det:

"God kvalitet og riktig prioritering er avgjørende forutsetninger for å nå de politiske målene om likeverdig tilgang til gode helsetjenester for alle. Manglende åpenhet og oppmerksomhet kan også føre til at forskjeller forblir skjult. Åpenhet er derfor viktig i kvalitets- og prioriteringsstrategien. Det bør være et mål at det generelle prioriteringsarbeidet fanger opp behovene på de ulike områdene der det vil være aktuelt med særskilte innrettede tiltak slik som helsetjenester overfor flyktninger, asylsøkere, fengselstjenesten, doping- og spilleavhengige." (s.15)

Ryggforeningen mener vesentlige forskjeller mellom sykdomsgruppene forblir skjult nettopp fordi Nasjonal helseplan ikke åpent tar opp problemene om prioritering mellom helseområder. Noe som er med å rote det til ser vi i sitatet over der man blander sammen sosiale skillelinjer

med skillelinjer knyttet til sykdomskategori. Flyktninger, asylsøkere og innsatte i fengsler er sosiale kategorier av mennesker. De kan alle ha behov for for eksempel behandling for hjerte problemer, og det kan hende at de fra lavere sosiale grupper har vanskeligere for å få god hjertebehandling enn mennesker fra høyere sosiale lag. Dette er en sosial skjevfordeling som Nasjonal helseplan er rimelig klar på og opptatt av. Men spørsmålet om ulikhetene i behandlingen mellom de som rammes av ulike sykdomsgrupper (for eksempel hjerte problemer versus ryggproblemer) blir ikke berørt på noen prinsipiell måte. Det ser i det hele tatt ut til at prioritering mellom sykdomsgrupper er noe Nasjonal helseplan vil unngå å diskutere. Doping og spilleavhengighet, som nevnes i sitatet over, er eksempel på prioritering av sykdomsgrupper og burde vært behandlet som en separat problemstilling i denne sammenhengen. Det at noen sykdomsgrupper har en overhyppighet i noen sosiale grupper er ikke et argument for å behandle de to prioriteringstypene samlet. Det er tvert i mot en grunn til å være særlig nøye med adskillelsen.

Høringsnotatet nevner en rekke sykdomsgrupper særskilt men sier for så vidt ikke at listen er uttømmende. Det kan tenkes at også andre sykdomsgrupper som ikke er nevnt vil prioriteres. Men det er grunn til bekymring sett fra muskel- og skjellettfeltet. For det første er listen over de som er prioritert ved å nevnes særskilt ganske lang og omfatter blant annet doping- og spilleavhengighet, tobakksavhengighet, psykisk helse, rus, kreft, diabetes, KOLS, tannhelse, sykdom som rammer kvinner og demens. I tillegg til disse som er nevnt i selve teksten er enda noen flere nevnt i en tabell over allerede vedtatte satsninger. For det andre inneholder helseplanen ikke noen forpliktende strategi for å identifisere andre underprioriterte sykdomsområder. Vi frykter derfor at Nasjonal helseplan ikke vil føre til noen reell omprioritering mellom helseområder som kunne gavnet den enkelte pasient så vel som statskassen.

Helsevesenet er et felt med store pengeinteresser og sterke profesjonsinteresser. Den som pirker bort i personers eller profesjoners privilegier og penger må regne med bli utsatt for storm. Helseplanen uttaler seg friskt så lenge setningene er så generelle at alle interessegrupper kan tolke hva de vil inn i dem, som for eksempel:

"Nasjonal helseplan etableres i en erkjennelse av behovet for klare nasjonale verdier, mål og rammebetingelser for den samlede helsetjeneste." (s.9)

Man sier også at man vil gjerne ha kriterier for prioritering. Men når man til slutt lister opp de helseområdene man har prioritert, nevnes ingen kriterier, og det gis heller ikke noe håp til dem som ikke er prioritert.

Eksemplene om den lave prioriteringen av ryggpasienter, nevnt nedenfor, viser hvor vanskelig det per i dag er å få til prioritering ved hjelp av rasjonelle og eksplisitte argumenter.

Da Ryggforeningen i 1995 så at regjeringens Helsemelding for perioden 1996-2000 ikke innholdt noe om rygg lidelser, tok vi kontakt med sosialkomiteen i Stortinget som fattet følgende enstemmige vedtak (Vedtak XXII av 7.6.1995 (Innst. S. nr. 165 (1994-1995)):

Stortinget ber Regjeringen igangsette et arbeid med tanke på en plan for økt forebygging, utdanning, behandling og forskning innenfor rygg lidelser.

I merknadene til den samme innstillingen skriver komiteen:

"Ryggsykdommer påfører den enkelte redusert livskvalitet og samfunnet store kostnader i form av sykepenge og uføretrygd. Til tross for dette er ryggglidelser lavt prioritert inn medisinsk utdanning, forskning og behandling i Norge.

[...]

Komiteen mener også at det er grunn til å vurdere å arbeide frem en offentlig utredning for økt satsing på forebygging, forskning og behandling av ryggglidelser" (Side 47, kapittel 6.2.8)

Regjeringen laget aldri hverken plan eller utredning. Det nærmeste man kommer et tiltak i tråd med Stortingets ønske, er prosjektet Nasjonalt ryggnettverk. Men Nasjonalt ryggnettverk klarte innen det ble nedlagt etter 6 års drift heller aldri å produsere noen plan for hverken økt forebygging, utdanning, behandling eller forskning innen ryggglidelser. Nasjonalt ryggnettverk ble heller aldri av departementet bedt om å gjøre det.

Da Stortinget fattet sin beslutning i 1995, var noe av bakgrunnsinformasjonen stortingsrepresentantene fikk at det ved de fire medisinske fakulteter i Norge ikke fantes en eneste professor eller annen fast vitenskapelig ansatt som hadde ryggglidelser som hovedområde.

Nå, 11 år etter Stortingets "satsning" på rygg, har vi fremdeles ingen faste akademiske stillinger på ryggfeltet. I kompetansekatalogen for det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo, var det i 1998 ført opp 18 professorer med hjertelidelser som hovedområde. På samme tid var det 5 ganger flere uføretrygdete på grunn av rygg enn på grunn av hjerte. Men antallet professorer på rygg var ikke 5 ganger 18 men null.

Etter ti års "satsning" på rygg er situasjonen at det er blitt mange flere uføretrygdete på grunn av rygg men fremdeles null professorer i Oslo, null i Bergen, null i Trondheim og null i Tromsø for en sykdomsgruppe som koster samfunnet 15 milliarder hvert år.

Dette til tross for at samfunnet kunne spare enorme summer på forbedre helsetjenestene for denne gruppen.

"I 2001 var det i Norge over 40 000 uføretrygdete på grunn av vond rygg, og hvert år uføretrygdes nye 3000-4000 av samme årsaker. [...] I Norge utgjør de årlige trygdeutgiftene knyttet til vond rygg rundt 7 milliarder kroner, mens bedriftenes utbetalinger utgjør anslagsvis noe i underkant av 2 milliarder. Totalt sett er de årlige kostnadene i Norge knyttet til ryggglidelser beregnet til mellom 13 og 15 milliarder kroner!" (kilde: Atle Fretheim og Arild Bjørndal (red.): Ryggsmerte. Medisinsk informasjon nr. 3- 2005. Kunnskapsbasert helsefaglig oppdatering. Utgiver: MEDLEX. Norsk helseinformasjon.)

Undersøkelser har vist "at rundt halvparten av røntgenbildene som rekvireres av norske rygger er unødvendige (innsparingspotensial tilsvarende 100 mill. kroner per år). Skulle man gjennom ny kunnskap og bedre behandling likeledes kunne redusere det gjennomsnittlige sykefraværet på grunn av vond rygg fra 55 til 50 dager, vil dette alene kunne spare det norske samfunnet anslagsvis 760 mill. kroner årlig". (ibid:11)

En grunn til at ryggfeltet spesielt og muskel- og skjellettet generelt er så lavt prioritert er at det ser ut til at helsevesenet lever godt med status quo. Virkningsløs eller skadelig behandling (deriblant unødvendige røntgenbilder) utføres i stor stil hver dag og alle får sin lønn og er

glade. Unntatt pasientene som dessverre er for fattige som pressgruppe til å kunne friste eller true politikerne tilstrekkelig.

Vi i Ryggforeningen kunne i vårt innspill til denne høringen nøyd oss med å be om å bli prioritert høyere i Nasjonal helseplan. Men etter ti års kamp, har vi innsett at såkalt "satsning" foregår etter den politiske desibelmetoden og at vi ikke har kraft til å skrike høyere enn det vi allerede har gjort. Det hjelper ikke at vi kommer med argumentene. Argumentene må enten komme fra sterke pressgrupper eller fra departementet selv. Vårt håp er derfor at hvis Nasjonal helseplan tok prioriteringen mellom sykdomsgruppene alvorlig på en systematisk måte, så ville man se at rygg-, nakke og det øvrige muskel- og skjellettfeltet ville skille seg ut ved å score særdeles lavt for alle kriterier for kvalitet nevnt i *Nasjonalt strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten* og gjengitt i høringsnotatet:

"tjenester av god kvalitet er kjennetegnet ved at tjenestene er:

- *virkningsfulle (fører til en helsegevinst)* [det meste av dagen ryggbehandling viser liten eller ingen helsegevinst i vitenskapelige studier]
- *trygge og sikre (unngår uheldige hendelser)* [ryggkirurgi er en av de oftest meldte kirurgiske behandlingene til Norsk pasientskadeerstatning]
- *involverer brukerne og gir dem innflytelse* [en av de få undersøkelsene om ryggpasienters opplevelse med helsevesenet het "Å blir trodd er det viktigste"]
- *er samordnet og preget av kontinuitet* [ryggbehandling er kjent for særdeles mange kokker og dårlig samordning]
- *utnytter ressursene på en god måte* [bruk av 7 milliarder offentlige kroner per år uten å ha en eneste akademisk stilling som skal forsøke å finne ut hvordan pengene kunne brukes bedre, er ikke en god måte å utnytte ressursene på]
- *er tilgjengelige og rettferdig fordelt* [norske ryggpasienter låner penger for å kjøpe ryggoperasjoner i Sverige i stor stil for opp til 300.000,- kroner per stk. mens norske hjerteklinikker i verdensklasse tidvis sliter med overkapasitet.]” (*Høringsnotat s.19 med Ryggforeningens kommentarer i hakeparentes*)

En kartlegging vil også vise at innsparingseffektene ved hjelp av selv små kvalitetsforbedringer vil være særdeles store for muskel- og skjellettsykdommer fordi de særlig rammer mennesker i sin mest arbeidsføre alder.

Rett nok er rygg- og nakkelidelser nevnt i listen over "Særskilte faglige tiltak under iverksetting". Men siden dette har vært under iverksetting i snart 10 år, vet vi at hva slags omfang disse tiltakene har. De er i dimensjon helt betydningsløse sammenlignet med de virkelige satsningsområdene som kreft, rus, psykiatri og flere andre. Evalueringen av Nasjonalt ryggnettverk konkluderte da også med at tiltaket i løpet av disse årene ikke hadde hatt noen virkning hverken for pasientene eller statskassen og at et hovedproblem var for beskjedne midler i "satsningen". Og det foreligger ingen indikasjoner på at man nå ønsker å satse mer. Derimot finnes det en rekke indikasjoner på at man nasjonalt vil satse mindre. HOD har gitt signaler om at man vil trappe ned på nasjonale midler og overlate til de ordinære strukturene (dvs regionene) å selv prioritere denne gruppen. Det er lite som tyder på at muskel- og skjellettfeltet vil klare på egen hånd å konkurrere mot andre og økonomisk sterkere sykdomsgrupper.

En grunn til at rygg- nakke- og det øvrige muskel- og skjellettfeltet har vært så lavt prioritert, er at det ikke er noen økonomiske insentiver i helsevesenet som premierer helse, bare helsetjenester. Man tjener like bra på tjenester som skader eller ikke hjelper som på tjenester

som hjelper. Utgiftene ved dårlig helse havner i Trygdeetaten. Derfor koster ikke dårlig behandling helsevesenet noe. Mangelen på kobling mellom påfallende lave utgifter til kvalitetssikring av helsetjenester og påfallende høye utgifter til passive trygdeytelser innen et sykdomsområde er et styringsproblem som høringsnotatet ikke tar opp. Problemet nevnes delvis som problem noen steder, men knyttes ikke til konkrete løsninger.

Høringsnotatet nevner under kapittel 3.4 Sentrale satsningsområder:

"Det er behov for å etablere et system som vurderer effekt og ressursbruk ved innføring av nye metoder"

Ryggforeningen mener det er minst like stort eller større behov for å vurdere effekt og ressursbruk av eksisterende metoder som av nye.

Med fare for å gjenta oss selv konkluderer vi på følgende måte:

En nasjonal helseplan må våge å se systematisk og åpent på skjevfordelingen mellom ulike sykdomsgrupper hvis man virkelig ønsker mer helse for skattepengene. Går nasjonal helseplan inn for dette, føler Ryggforeningen seg trygg på at rygg- nakke og det øvrige muskel- og skjellettfeltet vil få en høyere prioritering som vil gavne den norske befolkning både helsemessig og økonomisk. Hvis man fortsatt vil la "satsninger" foregå på dagens skjulte og usystematiske metode (dvs etter skjult lobbyvirksomhet hvor den sterkestes rett gjelder), så vil det meste fortsette som før. Noen må våge å ta debatten om skjevheter mellom sykdomsgrupper. Og er det ett sted hvor denne debatten i det minste må starte, så er det i Nasjonal helseplan.

Vennlig hilsen

Bente R. Tangen
Generalsekretær

Henrik Sinding-Larsen
leder Helsepolitisk utvalg