

Helse- og omsorgsdepartementet

Vår dato: 08.04.2022
Deres dato: [Deres dato]
Vår referanse: [Vår ref]
Deres referanse: [Deres ref]

NHO Geneo`s innspill til Folkehelsemeldingen

NHO Geneo er en nyopprettet landsforening i NHO, og organiserer i dag hele verdikjeden fra vugge til grav innen privat helse, velferd og oppvekst. Bransjeforeningene Helse&velferd og LMI med sine medlemmer, er stiftere av den nye landsforeningen. Disse bedriftene utgjør ulike typer virksomheter som utvikler og produserer legemidler, som utvikler og leverer helseteknologi og digitale løsninger for å møte utfordringer knyttet til aldring og helse, og det er virksomheter som leverer tjenester innen behandling, omsorg, forebyggende helse og ulike velferdstjenester bl.a. for barn og unge, inkl. barnehager.

Vi støtter regjeringens mål om å skape et helsefremmende samfunn, forebygge sykdom og sikre en desentralisert helsetjeneste som yter gode og likeverdige helsetjenester i hele landet, og vi mener den kommende folkehelsemeldingen må fokusere enda sterkere på forebyggende helsearbeid, god behandling av sykdom og rehabilitering.

Innhold

NHO Geneo`s innspill til Folkehelsemeldingen	1
Strategiske tiltak.....	2
Barn og unge.....	2
Vaksiner	3
Persontilpasset forebygging	5
Trening.....	5
Ikke smittsomme sykdommer	6
Fedme	6
Diabetes type 2.....	8
Hjerte- og karsykdommer.....	8
Muskel og skjelettplager	9
Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten	10
Antibiotikaresistens	11
Bedriftshelsetjeneste.....	14

Strategiske tiltak

Folkehelsemeldingen må tilrettelegge for mer offentlig privat samarbeid og skape kultur for å inkludere helsenæringen som en ressurs i folkehelsearbeidet

På samme tid som vi i dag kan behandle ulike sykdommer og lidelser mer effektivt, betyr det også at en stor del av befolkningen vil leve lenger med sykdom. I perspektivmeldingen fra 2020 heter det at *Med mindre utgiftsveksten i statsbudsjettet dempes, eller inntektene øker mer enn det nå ligger an til, vil vi i årene fremover oppleve at utgiftene øker raskere enn inntektene*¹.

Helsenæringen besitter kunnskap og tilgang på teknologi og løsninger som vi mener kan svare på noen av utfordringene som er belyst i perspektivmeldingen. At private aktører har et kommersielt motiv, bør ikke være til hinder for at det kan inngås partnerskap hvor vi kan løse utfordringer sammen. Det finnes også eksempler på tjenesteinnovasjon, teknologi og løsninger som kan ha et begrenset potensiale for kommersialisering, men som likevel kan bidra positivt til pasient og helsevesen.

Folkehelsemeldingen bør fremme forslag om revidering av NCD-strategien fra 2013

Store deler av den norske befolkningen i løpet av livet bli rammet av ikke-smittsomme sykdommer. Slike sykdommer utgjør en stor andel av sykdomsbyrden i Norge. Strategien for ikke-smittsomme folkesykdommer, NCD-strategien², fra 2013 har mange gode og konkrete målsetninger. Vi mener samtidig at tiden er moden for å revidere strategien slik at den i større grad gjenspeiler dagens utfordringer og løsninger. Norge har siden 2013 opplevd befolkningsvekst, demografisk endring, digitalisering og større tilgang på innovasjon som bør reflekteres i målsetninger for det norske NCD-arbeidet.

Barn og unge

I et folkehelseperspektiv er barns rett til god helse, av vesentlig betydning og at utsatte grupper av barn og unge får målrettede tiltak, slik at de får lik mulighet til god helse, fysisk og psykisk.

Det er positivt at det har vært en økning av antall psykologer og at kommuner er pålagt psykologkompetanse. Samtidig er det viktig å ha med seg at det fremdeles er lang ventetid på time hos psykolog med driftsavtale. Man bør vurdere om tilgang til hjelp ikke nødvendigvis bør være kun diagnosebasert, men ut fra behov hos pasienten vurdert av fastlege.

Anbefalinger

- Innsatsen må øke, og flere må få hjelp raskere. Det er godt forebyggende arbeid. Private og ideelle aktører kan bistå med både kapasitet, kompetanse og kvalitet etter det myndighetene ønsker og fastsetter.

¹ [Meld. St. 14 \(2020–2021\) \(regjeringen.no\)](#)

² [ncd_strategi_060913.pdf \(regjeringen.no\)](#)

Vaksiner

Hvorfor er vaksiner en viktig del av folkehelsearbeidet?

Vaksiner er et av de mest effektive og målrettede verktøy vi har i forebyggende helsearbeid. Verdens helseorganisasjon mener at vaksiner er «den viktigste bidragsyteren til god folkehelse nest etter rent vann». Vaksiner forebygger sykdom og vil derfor redusere presset på helsetjenesten, særlig for de ansatte i pleie- og sykehussektoren, og dermed frigjøre ressurser til andre viktige helseprioriteringer. Samtidig vil vaksiner holde flere i arbeid og kan være kostnadsbesparende i et samfunnsperspektiv.

Vaksiner er risikoreducerende for utvikling av sykdommer som krever behandling med antibiotika, noe som er viktig i kampen mot antibiotikaresistens. Vaksiner er god helseberedskap - en vaksinert befolkning belaster i mindre grad helsesystemet og gjør samfunnet mer robust i møte med nye helseutfordringer.

Vaksinasjonsprogram for voksne

Norge har et velfungerende barnevaksinasjonsprogram med høy oppslutning, som i dag sparer samfunnet for en stor sykdomsbyrde og behandlingstkostnader. Eksempelvis kan livmorhalskreft være nesten utryddet i Norge innen 2039 takket være effektiv HPV-vaksine og verdens høyeste vaksinasjonsdekning. Innføring av rotavirusvaksine i barnevaksinasjonsprogrammet er vist å redusere sykdom og sykehusinnleggelses betydelig, samt være kostnadsbesparende for samfunnet.

På mange områder har vi ikke nok kunnskap til å utforme treffsikker politikk. Men det finnes unntak: Vi har mye kunnskap om viktigheten av vaksinasjon gjennom hele livsløpet – men det er likevel ingen systematisk tilnærming til vaksinasjon av voksne.

Andelen eldre i Norge øker, og dermed også det totale behovet og forbruket av helsetjenester. Det er bred politisk oppslutning om et voksevakinasjonsprogram i Norge, men oppfølgingen fra departementet har blitt forsinket på grunn håndteringen av pandemien – men nå er det mer aktuelt enn noensinne å ta tak i dette igjen og prioritere voksevakinasjon - der kunnskap allerede foreligger.

Et vaksinasjonsprogram for voksne vil bidra til å utjevne forskjeller innen helse ved å bedre etterlevelse av vaksineanbefalingene uavhengig av den enkeltes kunnskap, sosioøkonomiske status eller hvor i landet man bor. Gjennom et vaksinasjonsprogram for voksne står kommunene ansvarlig for å tilby god og likeverdig tilgang til vaksinasjon til hele befolkningen, og kommunene vil få mer forutsigbare rammer for sitt forebyggende arbeid.

Erfaringer fra covid-19-pandemien

Vi har erfart hvor sårbart helsevesenet kan være. Vaksiner og beskyttelse av de mest utsatte er et viktig tiltak for å unngå overbelastning av helsetjenesten og et vesentlig bidrag til en bærekraftig helsetjeneste.

Voksne og eldre er sårbare for infeksjonssykdommer og trenger beskyttelse: Alder er en vesentlig risikofaktor for alvorlig covid-19-sykdom, og dette gjelder også for andre infeksjonssykdommer

(eksempelvis influensa, kikhoste, pneumokokksykdom, helvetesild). Hovedgrunnen er økt forekomst av samtidig sykdom, samt en svekkelse i immunsystemet, med alder.

Under pandemien så vi økt behov for vaksinasjon mot andre infeksjonssykdommer for å redusere belastningen på helsevesenet. Ideelt sett skulle befolkningen vært godt beskyttet i forkant av pandemien.

Det kan oppstå mangelsituasjoner ved plutselig økt behov for vaksiner. Våren 2020 gikk FHI proaktivt ut og anbefalte pneumokokkvaksinasjon til alle over 65 år. Dette medførte så høy etterspørsel at FHI sine lagre på pneumokokkvaksiner raskt gikk tomme. Produksjonen av vaksiner er en tidkrevende prosess, og det er derfor viktig med god forutsigbarhet i produksjonsleddet.

Kommunene har på kort tid klart å bygge kompetanse og strukturer for å håndtere vaksiner i hele landet som ledd i sin pandemirespons – dette kan vi bygge videre på. Andre aktører – eksempelvis apotek – har vært en viktig bidragsyter i vaksinasjonsarbeidet. Farmasøytens rekvireringsrett for vaksiner for både covid-19 og influensa har gitt økt tilgjengelighet for vaksinasjon, og det er et potensiale i økt vaksinasjonsdekning ved å øke farmasøytens mulighet til å rekvirere og administrere vaksiner. Myndighetenes strategi rundt åpenhet og frivillig vaksinasjon har medført høy vaksinasjonsdekning og mindre vaksineskepsis sammenlignet med andre land.

Vi så en klar nedgang i influensainnleggelser under pandemien, og samtidig også nedgang i sykehusinnleggelser grunnet hjerteinfarkt og slag. Dette forsterker koblingen mellom infeksjonssykdommer og sekundære komplikasjoner, noe som er spesielt viktig å være klar over i et folkehelseperspektiv.

Gitt erfaringer fra covid-19-pandemien, et økende antall eldre i befolkningen, de mange positive effektene av vaksinasjon både for enkeltpersoner og samfunnet, samt som et viktig tiltak for å redusere forskjeller innen helse, *bør vaksiner og vaksinasjonsprogram for voksne få spesiell oppmerksomhet i den kommende folkehelsemeldingen.*

Et vaksinasjonsprogram for voksne vil forebygge mangelsituasjoner ved å gi forutsigbarhet i leveranser og dermed jevn tilførsel av vaksiner til Norge.

Anbefalinger

- Regjeringen bør implementere et vaksinasjonsprogram for voksne så snart som mulig. Dette kan skje gradvis, og bør inkludere klare anbefalinger for vaksinasjon, informasjonssystemer som når forbruker (inkludert SMS-påminnelse om vaksinasjon, som allerede er bestemt innført), fortrinnsvis offentlig finansiering av aktuelle vaksiner (selv om informasjon og infrastruktur er vel så viktig som finansiering for å øke dekningsgraden), insentiver for informasjon og administrasjon av vaksiner, samt god tilgjengelighet av vaksinasjon (ta i bruk alle aktører, inkludert apotek).
- I tillegg bør det legges til rette for god informasjon om vaksinasjonsanbefalinger for vaksiner som ikke er en del av programmet.

Persontilpasset forebygging

Det er behov for mer persontilpassede strategier i folkehelsearbeidet og differensiert screening, oppfølging og råd basert på individuelle risikofaktorer.

De nyeste fremskrittene innen biovitenskap og (digitale) teknologier for å stratifisere friske individer basert på individuelle og miljømessige faktorer, bringer løfter om mer treffsikre og effektive forebyggende tiltak. Det er samtidig begrenset kunnskapsgrunnlag for å trygge persontilpasset forebygging. Norge og Norden er godt posisjonert til å framskaffe denne typen kunnskap, gitt datamengden vi besitter i befolkningsundersøkelser og sentrale helseregistre.

Anbefalinger

- Kunnskapsgrunnlaget for persontilpasset forebygging bør styrkes ved at det allokeres egne forskningsmidler til formålet.
- Norske forskningsmiljøer må stimuleres til å delta i pågående EU-programmer for persontilpasset forebygging
- En raskere tilgang til helsedata, er av absolutt nødvendighet

Trening

Treningssentrene jobber forebyggende og tenker hele kroppen til mennesket. De besitter høy kompetanse når det gjelder styrketrening og erfaring. De har svært godt med treningsutstyr på alle sentrene som blir godt ivaretatt.

Før pandemien trente 17 % av befolkningen styrketrening etter anbefaling fra FHI. Tallet er nå at 1 av 3 av disse har sluttet. Idrettslagene har ofte høyest kompetanse på barnetrening og talentutvikling. De har ikke den høye kompetanse på trening av voksne. Treningssentrene spiller befolkningen.

Flere av våre medlemmer har i dag samarbeid med kommuner med gode erfaringer, men dette er ikke utstrakt. Potensialet er stort for at kommunene kan nyttiggjøre seg kompetansen og ressursene treningsentrene besitter for å ivareta pasienter/brukere kommunen har et ansvar for oppfølgingen av i hjemkommune etter end behandling og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, eller når fastlegen vurderer at del av habiliteringen er øvelser og styrketrening med instruktør/veileder.

Frisklivssentralene etableres i mange kommuner, og vil kunne ha sine oppgaver og funksjoner knyttet til frivillighet og folkehelse, men opptreningstilbud etter medisinsk vurdering bør gjøres av personell med rett faglig kompetanse på et senter som er tilrettelagt for dette både med personell og utstyr. Det bør være gevinster av samarbeid her for kommunene både når det gjelder å gi skreddersydde tilbud til pasienter man har et sørge for ansvar for, og gjennom kostnadsreduksjoner ved at kommunen ikke selv bygger opp dette med egne ansatte. Treningssentre vil også kunne gi tilbud til eldre som del av forebyggende helsearbeid. Eldre som holder seg fysisk friske lenger, vil redusere sjansene for og utsette behovet for mer omfattende pleie og hjelpetilbud fra kommunen.

Vi forutsetter at treningssentrene som skal inngå i slike avtaler med kommuner, ivaretar og leverer det kommunen må kunne forvente knyttet til faglighet og forsvarlighet og at kommunene også er tydelige på forventningene gjennom god bestiller kompetanse.

Anbefalinger

- Treningssentrene som del av forebyggende helsearbeid knyttet til habilitering kommunene har ansvaret for, bør benyttes for opptrening/forebygging og bli en naturlig samarbeidspartner forutsatt at sentrene stiller med nødvendig kompetanse og infrastruktur.

Ikke smittsomme sykdommer

Ikke-smittsomme sykdommer (NCD) kan i stor grad forebygges og/eller utsettes ved å foreta endringer i levevaner og livsstil. Det er viktig å legge til rette og prioritere valg som er helsevennlige for å minske risiko for ikke-smittsomme sykdommer. Tall fra FHI viser en positiv utvikling hvorav dødsfall forårsaket av NCD-sykdommer har blitt redusert med 18 prosent siden 2010. Neste målsetting er å redusere 25 prosent før 2025 og 30 prosent før 2030. Fremdeles er det nødvendig å legge ned innsats rettet mot disse sykdommene, siden de står for de fleste dødsfallene i Norge (2 av 3 dødsfall i Norge, WHO 2012).

Fedme

Overvekt og fedme er et stort og økende helse- og samfunnsproblem i Norge. I dag er det nesten *en million* mennesker i Norge med kroppsmasseindeks (KMI) på 30 eller høyere, noe som plasserer dem i kategorien fedme. *100.000 personer* lider av sykkelig overvekt, som innebærer en KMI over 35, inklusiv en tilleggslidelse. Dette er en sykdom som for mange kan kreve livslang behandling. Veldig mange av disse pasientene har forsøkt kost- og livsstilsendringer for å oppnå vektnedgang, uten å lykkes med varige endringer.

Andelen som lever med fedme har doblet seg siden årtusenskiftet, og gjør Norge til et av landene i Europa som har hatt *størst økning* i forekomst av fedme de siste årene.

Denne utviklingen har vi ikke klart å bremse, på tross av at et av de viktigste folkehelsemålene de siste årene, har vært å stoppe økningen i forekomsten av diabetes type 2 og fedme. De alvorlige helseutfordringene dette medfører gir stor grunn til bekymring.

Helseutfordringene innebærer både somatiske og psykiske lidelser. Overvekt og fedme er risikofaktorer for alvorlig sykkelighet, redusert livskvalitet og kan medføre betydelige negative konsekvenser for den enkelte pasient og for samfunnet.

I tillegg til at fedme/overvekt øker risikoen for utvikling av diabetes, høyt blodtrykk, blodfettforstyrrelser, høyt kolesterol og enkelte kreftsykdommer, kommer utfordringer knyttet til diskriminering og stigmatisering i samfunnet. Dette kan være holdninger personer med overvekt møter i det daglige, eller i møte med helsepersonell.

Interesseorganisasjonen World Obesity – en av hovedpartnerne til verdens helseorganisasjon på fedmespørsmål (WHO) – lister flere faktorer som forårsaker fedme: Biologi, psykisk helse, genetisk predisposisjon, miljø, tilgang til helsetjenester og forekomsten av ultra-prosessert mat i konsumentmarkedet.^{3 4}

En vektnedgang kan øke helserelatert livskvalitet for individet, gjennom å blant annet redusere antall fedmerelaterte symptomer og ubehaget knyttet til disse. I tillegg til økt satsing på strukturelle forebyggende tiltak, trenger vi bedre og mer persontilpasset oppfølging og behandling av mennesker med fedme/sykkelig overvekt.

Kostnader

Menon Economics skriver i en rapport om overvekt og fedme i 2019 at bakenforliggende faktorer som demografi og sosioøkonomiske forhold som utdanningsnivå og inntekt har stor betydning for utviklingen av fedme.⁵

Ifølge Folkehelseinstituttets rapport Sykdomsbyrden i Norge fra 2016, var høy KMI forbundet med tap av leveår. Rapporten viser at høy KMI sto for 3200 dødsfall i 2016⁶ og plasserer høy KMI på topp ti listen over de viktigste risikofaktorene for død.

Menon-rapporten om Overvekt og fedme i Norge, anslår sykdomsbyrden av fedme til nær 40 milliarder kroner, og helsetjenestekostnadene til 12 milliarder kroner i 2018⁷. I tillegg estimerer de et produksjonstap i skatteinntekter, til 17 milliarder.

Anbefalinger

Dagens tiltak for forebygging og behandling av overvekt og fedme er ikke tilstrekkelig. Samfunnet er preget av oppfatninger om at overvektsproblematikk er selvforskyldt og at det er individets eget ansvar å redusere sin vekt. Det er beviselig mer komplisert enn som så.

- Den epidemiske utviklingen av overvekt må adresseres av helsemyndighetene med konkrete tiltak i så vel folkehelsepolitikk på strukturelt nivå, som planer knyttet til hvordan både primær- og spesialisthelsetjenesten skal møte utfordringene de kommende årene.
- Vi støtter Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering som i 2015 konkluderte med at *«tilbud om ikke-kirurgisk behandling til personer som trenger og ønsker individuell behandling for overvekt og fedme, må bygges opp og systemiseres, både i primær- og spesialisthelsetjenesten.»*

³ [Factsheet 2022 - English - 2pg \(worldobesityday.org\)](#)

⁴ [Roots 2022 3 \(worldobesityday.org\)](#)

⁵ s.3 ⁵ s. 31 - 32 [2019-09-Overvekt-og-fedme-i-Norge.pdf \(menon.no\)](#)

⁶ [Sykdomsbyrden i Norge i 2016 - FHI](#)

Diabetes type 2

Antall personer som lever med diabetes i Norge i dag, anslås til å være mellom 316 og 345.000, i en rapport fra Oslo Economics. 8 Gener og overvekt spiller en stor rolle for utviklingen av diabetes type 2, som utgjør om lag 90 prosent av alle tilfeller av diabetes.

Forekomsten av diabetes er høy og sykdommen har store konsekvenser for samfunnet som helhet i form av redusert folkehelse og velferd, redusert arbeidsdeltakelse, belastning for pårørende og økt ressursbruk i helsetjenesten.

Helsetjenestekostnadene forbundet med diabetes type 2 utgjør i størrelseorden ni milliarder kroner per år. I tillegg estimerer Oslo Economics et velferdstap på 30 milliarder, og et produksjonstap på syv milliarder.

Anbefalinger

- Forebyggingen og behandling av fedme er svært viktig, for å redusere sykdomsbyrden av diabetes i fremtiden.
- Endringer i retningslinjer for medikamentell behandling basert på klinisk evidens reflekteres i bevegelse mot bedre og mer individtilpasset diabetesbehandling. I 2020 ble 168.000 pasienter behandlet med blodsukkersenkende legemidler (unntatt insuliner). For disse personene forventes en helsegevinst på 0,1-3,0 kvalitetsjusterte leveår over livsløpet. Om hver pasient vinner ett godt leveår tilsvarer dette 46-83 mrd. kroner avhengig av betalingsvillig.⁶

Hjerte- og karsykdommer

Hjerte- og karsykdommer har lenge vært den vanligste dødsårsaken i Norge. Fra 2017 har det vært den nest vanligste dødsårsaken etter kreft, samt den nest vanligste dødsårsaken for tidlig død. Selv med nedgang i tallene, er det fortsatt et betydelig folkehelseproblem. Basert på HUNT-undersøkelsen presentert av Oslo Economics er det flere enn 2,2 millioner nordmenn med høyt kolesterol i dag (over 5mmol/l), og over 600.000 mennesker fikk utlevert minst ett kolesterolsenkende legemiddel i 2020. Å ha høyt kolesterol kan være arvelig, men i de fleste tilfeller er årsaken en usunn- og lite aktiv livsstil. Livsstilsendringer vil derfor være avgjørende for å senke kolesterolnivået, samt kolesterolsenkende legemidler. Endringer med dokumentert effekt er blant annet primære tiltak som for eksempel økt fysisk aktivitet, sunt kosthold, røykeslutt og begrensning av alkoholkonsum.

Kostnader

Ifølge en rapport fra Oslo Economics medfører det store samfunnskostnadene knyttet til hjerte- og karsykdom hvor høyt kolesterol er årsaksfaktor. Sykdomsbyrden oppstår på ulike områder. Blant annet vil totalt tapt helse og livskvalitet for pasientene ha en kostnad på 73.500 millioner kroner, hvorav tapte leveår utgjør 63.000 mill kr og redusert livskvalitet utgjør 10.500 mill kr. I 2016 anslo FHI 3 880 dødsfall og ytterligere 7 501 kvalitetsjusterte leveår på grunn av høyt kolesterol. Det er også gjort undersøkelser som

⁸ [Diabetes-i-Norge-En-analyse-av-forekomst-sykdomsbyrde-behandling-og-samfunnsvirkninger.pdf \(osloeconomics.no\)](#)

viser at tap i produksjon knyttet til sykefravær utgjør 7.000 mill kr. Videre er det betydelige kostnader knyttet til helse og omsorg, som estimeres til 10.600 mill kr, hvor sykehusene står for den største andelen, 8.400 mill kr. Deretter primærhelsetjenesten, 1.500 mill kr, legemiddelkostnader 500 mill kr og til slutt privatpraktiserende spesialister, 200 mill kr. I tillegg fører sykdommene til en rekke øvrige samfunnskostnader, 31.000 mill kr. Til blant annet tids- og reisekostnader (1.200 mill kr), pleie- og omsorgstjenester som for eksempel sykehjem og hjemmetjenester (23.000 mill kr), skattefinansieringskostnader (6.000 mill kr) og uformell pleie som går ut på at venner og familie hjelper til (600 mill kr). Til sammen vil kostnadene knyttet hjerte- og karsykdommer med kolesterol som årsaksfaktor være estimert til 122,100 mill kr. (, Oslo economics)

Utnyttet potensial for forebygging

En sentral oppgave i et folkehelseperspektiv er å forebygge hjerte- og karsykdom, hvor kolesterolsenkende behandling vil være en viktig del av arbeidet i tillegg til egenmotivasjon til varig livsstilsendring blant pasientene. Det sistnevnte har vist seg å være utfordrende i praksis, men bør være et viktig fokusområde. Tilgang til kolesterolsenkende medisiner vil også være viktig ettersom det finnes utfordringer med livsstilsendringene.

- Etablering av tverrfaglige team som følger opp pasientene og som motiverer til kost- og livsstilsendringer. Herunder bør man pilotere samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og treningsentre.
- Sørge for at behandlingsmålene gitt i retningslinjene blir overholdt gjennom å følge opp compliance ved medisiner, eller at intensiteten på behandlingen økes.

Muskel og skjelettplager

Hver fjerde nordmann har fått smerter i nakke, rygg eller lignende plager på grunn av mer hjemmekontor eller mer stillesittende tilværelse viser undersøkelser. Plager i nakke og skulder-regionen er noe som rammer svært mange i Norge. Rundt en million arbeidstakere har slike plager. Tre av fire tapte dagsverk skyldes muskel- og skjelettplager, og tallet har ligget stabilt høyt i over ti år. Koronapandemien har forverret situasjonen. Fastlegeordningen er et eksempel på et etablert terapeut-/pasientforhold som hylles og verdsettes.

Tilsvarende kunne man sett på for pasienters forhold til sin muskel/skjelettbehandler; det være seg fysioterapeuter, kiropraktorer eller manuellterapeuter. Dette vil gi færre sykedager og bedre livskvalitet for svært mange mennesker. Systemendringer her må gi mer åpenhet og transparens når det gjelder behandlerforsikringsavtalene som i dag eksisterer, hvor pasientens behov settes i sentrum, og hvor private leverandører konkurrerer på like vilkår, enten de er små eller store. Men det er også mulig se for seg en ordning der kiropraktorer og fysioterapeuter blir en del av det offentlige tilbudet med lik tilgang for alle uavhengig av egen økonomi, gjennom modeller lik fastlege-systemet og med godkjenningsordning gjennom for eksempel Helfo. Dette vil bety en utvidelse av dagens ordning.

Kiropraktorer ivaretar nesten en tredjedel av alle nordmenn som oppsøker autorisert helsepersonell for rygg- eller nakkeplager. Etablering av foreks kiropraktorutdanning i Bergen er et viktig tiltak for å sikre mer og ny kunnskap, bedre samhandling og en mer bærekraftig primærhelsetjeneste slik at vi står bedre rustet som nasjon, for å møte det store og alvorlige utfordringsbildet muskelskjelettlidelser representerer.

Stortinget har siden 2004 bedt Regjeringen om å legge til rette for å etablere et kiropraktorstudium i Norge. Universitetet i Bergen har ved to anledninger, siste gang i september 2019, på bestilling fra Kunnskapsdepartementet, levert en prosjektskisse for etablering av en nasjonal 5-årig kiropraktorutdanning som inkluderer tverrfaglig forskning innen muskelskjelett-feltet. UiBs foreløpige prosjektskisse er av både Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet vurdert som solid.

Anbefalinger:

- Se på muligheter for å lage en ordning lik fastlegesystemet for å sikre befolkningen tilgang til forebyggende tjenester innen muskel og skjelettplager, som igjen ville kunne gi besparelser for samfunnet i sykemeldinger og fravær.
- Gjøre det mer attraktivt å jobbe tverrfaglig i klinikk eller på tvers av klinikker. Tverrfaglig samarbeid fungerer godt. Her kan man dra paralleller til treningssentre eller åpne for samarbeid og samlokalisering, på en slik måte at det blir nyttig for alle parter, ikke minst pasient/bruker.
- Se på behandlerforsikringsavtalene, og hvordan disse kan reformeres for å sikre konkurranse på like vilkår, og reell valgfrihet for pasientene når det gjelder valg av behandlingssted/ kiropraktor/fysioterapeut.
- Realisere egen godkjent kiropraktorutdanning i Norge i samarbeid med kunnskap og forskningsmiljøer.

Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten

Spesialisert rehabilitering er for pasienter som har særlige behov og potensiale for bedring etter sykdom, ulykker, planlagte operasjoner eller behandling av kroniske sykdommer. Sykdom i muskel- og skjelettsystemet og hjerneslag er noen av de viktigste diagnosegruppene. All rehabilitering har som mål at den rehabiliterte skal kunne mestre dagliglivet bedre og kunne ha en aktiv funksjon i arbeids- og samfunnslivet. Rehabilitering har også blitt sentralt for flere etter gjennomgått alvorlig koronasykdom.

Ca 51 000 pasienter som ble rehabilitert i spesialisthelsetjenesten i 2019, og ca 67 prosent av dem på døgnopphold av både kompleks og enkel art. De resterende pasientene er på dag- og poliklinisk rehabilitering. Private institusjoner har en høyere andel døgnopphold enn offentlige institusjoner, med ca 75 prosent andel. Pasienter på dag- og poliklinisk rehabilitering er yngre enn de på døgnrehabilitering, og 82 prosent i denne gruppen er under 67 år.

Samhandlingsreformen legger større ansvar på kommunene enn tidligere, for rehabilitering og habilitering av pasienter når de kommer hjem og skal ha et tilbud i sin hjemkommune. Kommunene må da sikre et tilbud som aller helst også øker sjansen for å gjenvinne tapt funksjonsevne, eller sette vedkommende i stand til å leve så bra som mulig, gjennom et godt tilbud for opptrening/mestring. Oppgaveoppfanget og kompetansebehovet er stort og vil være økende. Kommunene bør i større grad enn nå nyttiggjøre seg av

ressurser i privat sektor, som driver tverrfaglig spesialisert rehabilitering dag/døgnopphold, hverdagsmestring gjennom tilbudet i hjemmetjenesten, eller treningstilbud skreddersydd, levert av private i avtale med kommunen. Kommunehelsetjenesten bør i større grad prioritere hva den selv skal være oppgaveløser for, av lovpålagte helse og omsorgstjenester, og hva man kan like godt kan la seg bistå av gjennom private og private ideelle aktører like godt eller bedre. Det gir også bedre muligheter til å prioritere kompetanse-satsninger og bli riktige gode på det kommunen har bestemt seg for å bli veldig gode på.

Anbefalinger

- Tydelig organisering og ledelse av rehabiliteringstilbudet på ulike nivåer, inkludert rehabiliteringstilbudet til barn og unge samt til personer med samtidige psykiske helseutfordringer og/eller ruslidelser
- Rehabilitering integrert i hele pasientforløpet
- Et kompetanseløft innen fagfeltet fysikalsk medisin og rehabilitering, og sterke fagmiljøer med kompetanse innen digitalisering og teknologi
- Styrking av samhandlingen mellom den enkelte pasient/bruker og tjenestetilbudet
- Inkludering av pårørendeperspektivet
- Styringsdata som gir nødvendig kunnskap om effekt og kvalite
- Mer forskning på rehabilitering i hele pasientforløpet
- Nyttegjøre seg bedre av kompetanse og ressurser som finnes lokalt i privat sektor, for samlet å gi et bedre og større tilbud til pasienter og brukere, i henhold til lovpålagte oppgaver

Antibiotikaresistens

Antibiotikaresistens er et velkjent problem, og globalt er antibiotikaresistens en betydelig trussel mot folkehelsen. En ny artikkel i The Lancet anslår at 1,27 millioner mennesker døde som følge av antibiotikaresistens i 2019.⁹ Det er mer enn for HIV og malaria til sammen, og en dobling siden forrige WHO estimat for 5 år siden. Det er anslått at 10 millioner vil dø som følge av antibiotikaresistens per år innen 2050.¹⁰

Vi har i Norge mindre utfordringer med antibiotikaresistens, men den naturlige utviklingen tilsier at problemet vil øke også i Norge. For å opprettholde oppmerksomheten er det derfor viktig at antibiotikaresistens får en tydelig plass også i den kommende folkehelsemeldingen. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) har i sine trussel-scenarier for det norske samfunnet beskrevet antibiotikaresistente bakterier som en sannsynlig trussel med alvorlig utfall. Dette må gjenspeiles i myndighetenes helhetlige arbeid for å møte folkehelseutfordringene.

Behovene er definert - vi er avhengig av sikker tilgang på effektive antibiotika

⁹ Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis. Antimicrobial Resistance Collaborators. 629-655, 2022 Lancet. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35065702/>

¹⁰ [Tackling drug-resistant infections globally: final report and recommendations](#), O'Neill, J 2016

Norges gunstige situasjon skyldes blant annet systematisk satsing fra myndighetene på tvers av sektorer: godt forebyggende smittevern, restriktiv og riktig bruk av antibiotika og vaksinasjonsprogrammer, men dette er ikke nok.

I tillegg til å videreføre det gode arbeidet med uforminsket styrke og oppmerksomhet må vi tenke nytt. Ett viktig konkret tiltak er å sikre tilgang på effektive antibiotika. Utfordringen er tredelt:

1. **Sårbart marked for smalspektrede generiske antibiotika.** Norge er ett av få land som fremdeles bruker mye smalspektret generisk antibiotika. Prisene er svært lave og siden få land bruker slike antibiotika er markedet lite. Det gjør at det er få leverandører globalt og vi ser stadig oftere mangelsituasjoner. Norge er derfor svært sårbart for brudd i de internasjonale forsyningslinjene.
2. **Nye virksomme antibiotika når ikke markedet.** Prising av legemidler er i dag i all hovedsak knyttet opp til godtgjøring basert på forskrivningsvolum: inntjeningen er avhengig av høyt salg. Det er en utfordring når antibiotika skal brukes minst mulig. For produsentene er det ofte ikke lønnsomt å tilgjengeliggjøre antibiotikumet i et lite marked som det norske. Nye studier viser at Norge har tilgang til under halvparten av nye antibiotika utviklet de siste 10 årene.¹¹
3. **Manglende innovasjon og utvikling av nye innovative antibiotika.** Det er kostbart å utvikle nye antibiotika, og utsiktene for inntjening er svært usikre. Selv om vi i Norge i dag har mindre forekomst av antibiotikaresistens, og foreløpig mindre behov for nye innovative antibiotika, trenger vi å ha dem i beredskap. Derfor har vi egeninteresse i at det globalt utvikles nye antibiotika og alternativer til antibiotika, jf. også enstemmig vedtak i Stortinget 2020.¹²

Antibiotikamarkedet fungerer ikke – insentivløsningene er ikke tilpasset antibiotika

Både WHO, EU og norske myndigheter har pekt på at dagens marked for antibiotika ikke fungerer for å sikre tilgang på effektive antibiotika på kort og lang sikt.¹³ Vi må derfor arbeide nasjonalt og internasjonalt for å reparere antibiotikamarkedet.

Den vanlige modellen for betaling av legemidler er basert på salg og bruk. Antibiotika skal bare brukes når det er strengt nødvendig og nye virksomme antibiotika må reserveres fremtidige behov. Dette gjør antibiotikamarkedet lite egnet for en finansieringsordning basert på salg og bruk. Antibiotikabruk i primærhelsetjeneste er allerede redusert med 30 prosent siden 2012, men det er potensiale til ytterligere reduksjon for både smalspektrede, og bredspektret antibiotika i spesialisthelsetjenesten.

¹¹ Patient Access in 14 High-Income Countries to New Antibacterials Approved by the US Food and Drug Administration, European Medicines Agency, Japanese Pharmaceuticals and Medical Devices Agency, or Health Canada, 2010–2020. Outtersen K et al., Clinical Infectious Diseases 2021. [https://academic-oup-com.eu1.proxy.openathens.net/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciab612/6319400](https://academic.oup.com/eu1.proxy.openathens.net/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciab612/6319400)

¹² Anmodningsvedtak Trontaledebatten 2020. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Vedtak/Vedtak/Sak/?p=81084>

¹³ Verdens helseorganisasjon. Meeting report on antibiotic shortages: magnitude, causes and possible solutions (2018) <https://www.who.int/publications/i/item/meeting-report-antibiotic-shortages-magnitude-causes-and-possible-solutions>; EU-Jamrai. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34205554/>; Folkehelseinstituttet. Antibiotikaresistens. Kunnskapshulls, utfordringer og aktuelle tiltak. Status 2020. <https://www.fhi.no/publ/2020/antibiotikaresistens-kunnskapshull-utfordringer-og-aktuelle-tiltak/>

Vi trenger derfor nye bærekraftige insentiv som bidrar til å sikre pasientene tilgang på effektive antibiotika når de trenger det: både gamle smalspektrerte, nye virksomme og innovasjon og utvikling av nye antibiotika. To viktige tiltak er:

- 1. Hel eller delvis frikobling fra salg og bruk.** Hel- eller delvis frikobling kan innrettes som abonnementsløsninger, inntektsgarantier eller liknende som mer eller mindre frikobler fortjeneste fra enhetspris og forskrivningsvolum. Dette kan være et viktig grep for å gjøre Norge til et mer attraktivt marked for både generiske antibiotika, nye innovative og også stimulere til forskning og utvikling av nye antibiotika. Det er allerede innført miljøkriterier i innkjøp av generiske antibiotika og det er mulig å teste ut frikobling fra enhet/forskrivningsvolum. Helsedirektoratet har nylig presentert resultatene fra en mulighetsstudie som beskriver ulike tiltak som kan stimulere markedet for å bidra til forsyningssikkerhet for antibiotika.
- 2. Verdisetting av antibiotika.** Tilgang på effektive antibiotika har en betydelig samfunns- og beredskapsverdi, og ved frikobling fra salg og bruk trenger vi en metode for å verdsette tilgangen på antibiotikumet. Dette vil da være en slags forsikringssum for samfunnet som gjenspeiler verdien av å ha tilgang på det enkelte antibiotikum i den norske helsetjenesten, jf. DSB sin beskrivelse av trusselen fra antibiotikaresistens.

Løsningen finnes både nasjonalt og i internasjonalt samarbeid

Det pågår arbeid for å utvikle alternative finansieringsmodeller blant annet i Storbritannia og Sverige.¹⁴ Storbritannia er som første land i verden i gang med å prøve ut en insentivmodell der målet er å stimulere til både bedre tilgang på antibiotika og riktig bruk. Modellen er helt frikoblet fra salg og bruk av antibiotika og det testes nye metoder for å verdsette tilgang på et antibiotikum.¹⁵

Pilotene i både UK og Sverige har bidratt til å sikre landene tilgang til flere nye antibiotika som fremdeles er utilgjengelige for norske pasienter.

Det er stor variasjonen i hvordan helsetjenestene i ulike land er finansiert og organisert. Én modell vil derfor ikke nødvendigvis passe for alle land. Det er derfor nødvendig å teste ut modeller som hensyntar finansiering og organisering av den norske helsetjenesten.

Det er noen utfordringer som må løses i samarbeid mellom landene. Dette gjelder f.eks. insentiver for å sikre forskning og utvikling (FoU). Her kan Norge fortsette å spille en sentral rolle i EU og WHO.

Norge kan, sammen med blant annet Sverige og UK gå foran og bidra med kunnskapsutvikling. Vi er et lite og oversiktlig land, egnet for pilotering. Norge sees til fra andre land i verden og vi har lang tradisjon for å bidra internasjonalt med å løfte global helse. Dette er også en tydelig ambisjon for regjeringen.

¹⁴ 4 Den svenske folkehelsemyndigheten. Frågor och Svar om upphandling inom pilotstudie för ny ersättningsmodell.

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/92ec9ceb2f2f428cb683add24b4f785b/faq-upphandling-pilotstudie.pdf>

¹⁵ <https://www.england.nhs.uk/blog/how-the-nhs-model-to-tackle-antimicrobial-resistance-amr-can-set-a-global-standard/>

Hurdalsplattformen understreker at regjeringen vil bidra til kraftigere internasjonalt helsesamarbeid og styrket global helseberedskap slik at verden kan forebygge, tidlig oppdage og raskt respondere på nye eller vedvarende infeksjonstrusler og resistensutvikling.

Anbefalinger

- Norge må ha en tydelig ambisjon om å sikre tilgang på effektive antibiotika i Norge og globalt.

Det bør etableres en nasjonal pilot for utprøving av finansieringsinsentiver som passer og hensyntar finansiering og organisering av den norske helsetjenesten, og som kan bidra til at vi sikrer tilgang til effektive antibiotika: både gamle smalspektrede, nye virksomme og innovasjon og utvikling av nye antibiotika.

- Norge har gjennom de siste ti årene etablert seg som en pådriver i kampen mot antibiotikaresistens globalt og i Hurdalsplattformen fremgår det at Norge skal bidra sterkt internasjonalt særlig innenfor de områder Norge har fortinn, blant annet på helse og i bekjempelsen infeksjonstrusler og resistensutvikling. Regjeringen vil samordne med andre aktører og styre norsk innsats slik at den får størst mulig effekt.

Det ligger derfor nært at Norge viderefører og forsterker arbeidet innen antibiotikaresistens og inkluderer initiativ for å få på plass internasjonale finansieringsinsentiv som sikrer FoU på nye innovative antibiotika, jf. Stortingets enstemmige vedtak i 2020¹⁶ om å utarbeide forslag til økonomiske modeller for utvikling av nye, virksomme antibiotika.

Bedriftshelsetjeneste

Bedriftshelsetjeneste (BHT) er en rådgivende tjeneste som skal bistå arbeidsgivere og arbeidstakere med det forebyggende helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet i virksomhetene. Formålet med tjenesten er å forebygge sykdommer, skader og psykiske belastninger på arbeidsplassen. Målet er økt arbeidsdeltakelse og å hindre utstøting fra arbeidslivet. SSB oppgir at 58 prosent jobber i en bedrift med bedriftshelsetjeneste.

Våre medlemmer leverer BHT til både offentlige og private oppdragsgivere og har kunder i de fleste bransjer; fra bygg/anlegg, transport, helse, industri, hotell- og restaurantbransjen, til typiske kontorpregede arbeidsoppgaver.

En godkjent BHT skal tilby tjenester innen:

- Systematisk HMS-arbeid – arbeid med helsevern, miljøvern, arbeidsmiljø, sikkerhet og trygghet.
- Arbeidsmedisin/arbeidshelse – målrettet helsekontroll av arbeidstakere med særskilte eksponerings- og risikoforhold og sykefraværsoppfølging.
- Ergonomi – vurdere arbeidsteknikker og bistå med tiltak og løsninger ved ergonomiske utfordringer.
- Yrkeshygiene – kartlegge fysiske, kjemiske og biologiske forhold og utarbeide arbeidsinstrukser.

¹⁶ Anmodningsvedtak Trontaledebatten 2020. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Vedtak/Vedtak/Sak/?p=81084>

- Organisatorisk arbeidsmiljø – utarbeide retningslinjer og gi informasjon om organisatoriske forhold.
- Psykososialt arbeidsmiljø – gjennomføre spørreundersøkelser, bistå ved konflikthåndtering, veilede ledere.

Oslo Economics rapport om samfunnsnytt i bedriftshelsetjenesten anslår, under visse forutsetninger, en samfunnskostnad ved tjenesten på 2,1 mrd og en samfunnsnytte på 3,4 mrd, altså en netto nytteeffekt på + 1,3 mrd.

Anbefalinger

- Inkludere arbeidshelse i nasjonale retningslinjer og handlingsplaner for folkehelse.
- Øke den nasjonale dekningsgraden av bedriftshelsetjenester med mål om fremme arbeidshelse og forebygge arbeidsrelaterte sykdommer og skader for i alle bransjer.
- Utvikle strategisk samarbeid mellom helsemyndigheter og arbeidshelsefeltet for å styrke helsefremme i arbeidslivet.
- Styrke fagmiljøet innen miljømedisin ved å benytte ressurser innen arbeidshelse.
- Gi bedriftshelsetjenesten utvidede oppgaver som rådgiver for virksomhetenes arbeid for å oppnå bærekraft på områdene klima og miljø.

Vennlig hilsen
Næringslivets Hovedorganisasjon
NHO Geneo

Karita Bekkemellem (s)
Administrerende direktør