

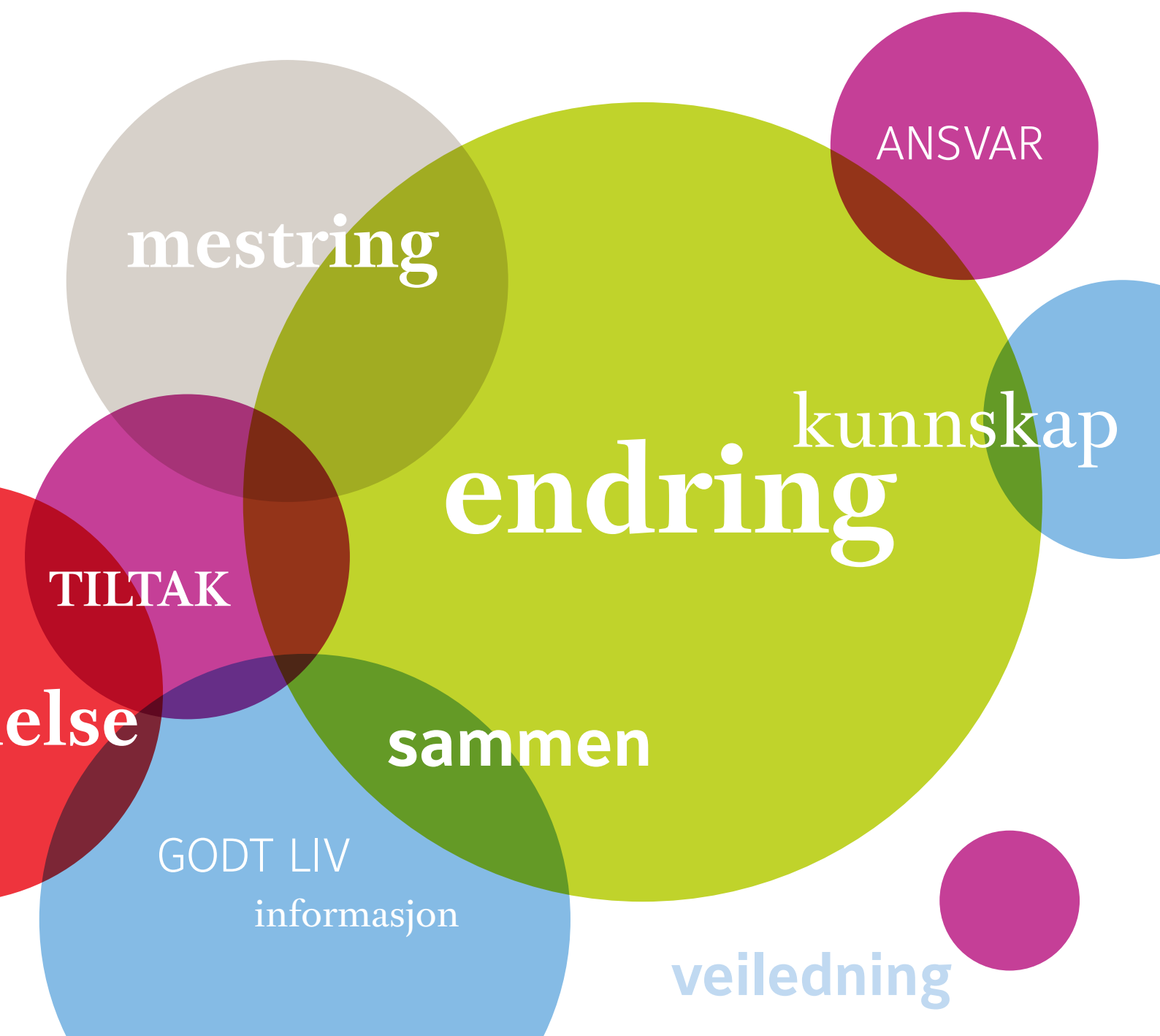


HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET

NCD-strategi

2013 – 2017

For forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av fire ikke-smittsomme folkesykdommer; hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft



Løfte i flokk

Ett vet vi – vi må løfte i flokk. Gjør vi det, er seieren sikker!

Mannen bak det optimistiske budskapet het Klaus Hanssen. Han var formann i Nasjonalforeningen mot tuberkulosen for omtrent hundre år siden. De frivillige organisasjonenes innsats var avgjørende for å stoppe de smittsomme sykdommene. Organisasjonene drev med både forebyggende og lindrende arbeid. De utdannet sykepleiere og helsesøstre. De opprettet helsestasjoner og drev med folkeopplysning i form av blader, filmer, utstillinger og brosjyrer. Dette engasjementet var starten på det som gradvis ble et offentlig ansvar, og som i dag er grunnlaget for velferdssamfunnet vårt.

Folkehelsearbeidet for hundre år siden var avgjørende for å stagge de smittsomme sykdommene. Dagens folkehelsearbeid er avgjørende for å stagge de ikke-smittsomme folkesykdommene og livsstilssykdommene. I dag blir mange av oss syke som følge av tobakk, usunt kosthold, fysisk inaktivitet og alkohol. Flere får hjerte- og karsykdommer, diabetes, kroniske lungesykdommer og kreft.

For å møte disse utfordringene må vi forebygge mer og fange opp sykdom i en tidlig fase – der folk bor. De som trenger hjelp til å leve med en kronisk sykdom må få støtte og veiledning i nærmiljøet sitt, og sykehus og spesialister må samarbeide mer sømløst med lokale tilbud. Derfor gjennomfører vi samhandlingsreformen og styrker helsetjenestene i kommunene.

Men dette er ikke utfordringer vi bare kan møte på sykehus eller legekontorer.

Dette er utfordringer vi må møte i alle sektorer av samfunnet.

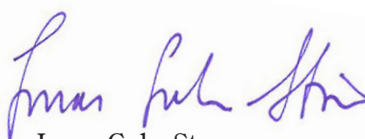
Kommunene har allerede et lovfestet ansvar for folkehelsepolitikken der vi bor. Det er ikke bare et ansvar for helsesjefen. Plan- og bygningssjefen, næringssjefen og samferdselssjefen må også tenke helse i alt de gjør. Det hjelper ikke at kommunens visjon er bedre helse for innbyggerne hvis hundremeterskogen ved det barnerike boligfeltet blir regulert til næringsformål og det nye sykehjemmet blir bygget ved en motorvei der ingen tør å gå på tur.

Både i privat og frivillig sektor finner vi aktører som er svært viktige i folkehelsearbeidet. Partene i arbeidslivet tjener både virksomhetene og de ansatte om de legger til rette for fysisk aktivitet og sunn mat i kantina. Fotballaget kan sørge for at sultne små fotballspillere får smoothie og smørbrød i stedet for brus og brownies på cupen. Dagligvarebransjen kan tilby sunne alternativer og gjøre veien fram til kassa til noe annet enn en trang korridor av chips og sjokolade.

Sist, men på ingen måte minst: Pasientorganisasjonene er viktige medspillere både når det gjelder forebygging og forbedring av helsetjenester.

For hundre år siden var det fattige mennesker som bar den største sykdomsbyrden. Det er fortsatt slik. Derfor er folkehelsearbeidet ikke bare et arbeid for bedre helse i hele befolkningen – men også et arbeid for å utjevne sosiale forskjeller. Det er ingen liten jobb.

Men Klaus Hanssen hadde helt rett. Hvis vi løfter i flokk, er seieren sikret!



Jonas Gahr Støre
Helse- og omsorgsminister

Innledning

I 2009 døde nær 8 000 personer i Norge av hjerte- og karsykdommer, diabetes, kroniske lungesykdommer og kreft før de fylte 75 år. Samlet medfører disse folkesykdommene mye lidelse for mange, og betydelige helse- og omsorgsutgifter for samfunnet. En vesentlig del av dagens helsebudsjett brukes på disse fire sykdommene.

Vi har valgt å lage en felles strategi for forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av disse fire store folkesykdommene, definert av Verdens helseorganisasjon (WHO) som NCD-sykdommer (Noncommunicable Chronic Diseases). Sykdommene har mye felles, og det er stort potensial for forebygging av sykdommene, lidelsene de skaper, og de for tidlige dødsfallene de forårsaker. Årsakene til sykdommene er dels felles, dels sykdomsspesifikke og dels ukjente. Mennesker som rammes har ofte flere av sykdommene og flere av risikofaktorene. Det er godt dokumentert at sentrale risikofaktorer for alle sykdommene er tobakk, usunt kosthold, fysisk inaktivitet og skadelig bruk av alkohol. Helse og fordelingen av helse i befolkningen henger også sammen med levekår, sosiale forskjeller og hvordan vi innretter samfunnet.

Forebyggende tiltak på befolkningsnivå er i stor grad de samme for alle sykdommene. Det er også mange felles utfordringer og løsninger i helse- og omsorgstjenesten, innen forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering.

Denne strategien bygger i stor grad på eksisterende nasjonale handlingsplaner, strategier og retningslinjer. Tiltakene gjennomføres innenfor gjeldende budsjettrammer. Ambisjonen er at strategien skal bidra til at vi i Norge når målet om 25 prosent reduksjon i for tidlig død av disse folkesykdommene før 2025,

slik dette målet er nedfelt i Meld. St. 34 (2012-2013) *Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar*. Videre skal strategien bidra til at alle som rammes får minst mulig plager og en begrenset sykdomsutvikling, slik at de kan leve et godt og langt liv med sin sykdom.

Vi ønsker en mer samlet og ensartet innsats på alle nivåer i arbeidet med disse sykdommene. Samtidig skal det særegne ved den enkelte sykdom ivaretas. Strategien er derfor delt inn i en felles del med felles utfordringer og tiltak, samt en del med spesifikke utfordringer, mål og tiltak for den enkelte sykdomsgruppe. De fem hovedgrepene i strategien er:

- videreføring og utvikling av det primærforebyggende arbeidet, slik *Folkehelsemeldingen* beskriver
- økt vektlegging av arbeidet med tidlig diagnostikk
- økt vektlegging av sekundærforebygging
- sikre pasientforløp med god kvalitet på behandling og oppfølging i alle ledd
- styrke brukerne og pasientenes rolle og trekke dem mer aktivt med i behandlingen av egen sykdom

Bakgrunn

Vi står overfor en global trend med økt forekomst og for tidlig død av hjerte- og karsykdommer, diabetes, kroniske lungesykdommer og kreft. På verdensbasis er disse sykdommene årsak til to tredeler av alle dødsfall og til hvert fjerde dødsfall blant dem under 60 år. Dette er en global utfordring hvor mye av kreftene som påvirker utviklingen er internasjonale. Derfor kreves det i tillegg til nasjonale tiltak også internasjonalt samarbeid.

I mai 2012 vedtok Verdens helseforsamling (WHA) målet om å redusere for tidlig død av NCD-sykdommene med 25 prosent innen 2025. WHO har identifisert fire overordnede indikatorer og mål for å lykkes med dette. Forekomsten av for høyt blodtrykk skal reduseres med 25 prosent. Tobakksforbruket skal reduseres med 30 prosent. Saltinntaket skal reduseres med 30 prosent, og andelen som er fysisk inaktive skal reduseres med ti prosent. De internasjonale målene og tiltakene er nærmere beskrevet i WHO: *Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable chronic diseases (NCDs) 2013-2020* og WHO Europe: *Action Plan for implementation of the European strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable diseases 2012-2016*.

Norge er en betydelig pådriver i dette arbeidet, og stiller seg bak den globale målsettingen.

Tobakk. I 2012 var 16 prosent av befolkningen (16-74 år) dagligrøykere. Det tilsvarer 650 000 personer. Av disse er 40 000 under 25 år, noe som tyder på at nedgangen i andelen røykere primært skyldes redusert nyrekruttering, og i noe mindre grad at etablerte røykere slutter. Snusbruken i den voksne befolkningen er rundt 9 prosent. Det tilsvarer rundt 350 000 personer. Daglig snusbruk er mest vanlig blant menn under 45 år, mens kvinnelige snusere i hovedsak er under 25 år.

Kosthold. Det har skjedd en positiv utvikling i det norske kostholdet over lang tid, men det er fortsatt store utfordringer. Forbruket av grønnsaker og frukt har økt, men fortsatt er det slik at bare rundt 20 prosent av den voksne befolkningen spiser anbefalt mengde av disse varene. Forbruket av sukker er gått ned, men er likevel høyt i noen grupper og særlig blant barn og unge. Selv om brusforbruket er redusert, er det fortsatt på over 60 liter sukkerholdig brus per innbygger i året. Forbruk av godterier har økt betydelig de siste 30 årene og var i gjennomsnitt 14 kilo per innbygger i 2011. Inntaket av mettet fett har over tid gått ned, men er nå i ferd med å øke igjen. Fortsatt inneholder norsk kosthold for mye mettet fett, salt og sukker, og for lite av matvarer som grove kornprodukter, fisk, grønnsaker og frukt.

Overvekt og fedme. Basert på Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) er det anslått en tredobling av andelen med overvekt i befolkningen de siste 20 årene. To tredeler av alle over 20 år er overvektige og rundt 20 prosent av befolkningen har

fedme. Blant barn og unge har det også vært en jevn økning i andelen med overvekt de siste 30 årene. Barnevektstudiesen i regi av Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI) fra 2012 viser at denne trenden kan være i ferd med å snu. Rundt 16 prosent av norske åtteåringer er nå overvektige eller har fedme, mot tidligere rundt 20 prosent.

Fysisk aktivitet. Bare 20 prosent av den voksne befolkningen tilfredsstiller anbefalingen om minst 30 minutter daglig moderat fysisk aktivitet. Drøyt tre millioner mennesker har et for lavt aktivitetsnivå. Det er primært folks hverdagsaktivitet som er gått ned. Enkelte innvandrergupper er mer inaktive enn majoritetsbefolkningen. Barn anbefales å være moderat fysisk aktive i 60 minutter hver dag. Blant seksåringer tilfredsstiller mer enn 90 prosent anbefalingene, men aktivitetsnivået går ned med alderen. Blant niåringer er andelen 86 prosent blant gutter og 70 prosent blant jenter. Tilsvarende tall for femtenåringer er henholdsvis 58 prosent og 43 prosent.

Alkohol. Det har siden 1990 vært en betydelig økning i det totale alkoholkonsumet i Norge, selv om vi fortsatt drikker mindre enn i mange andre land. I 2011 var det registrerte forbruket per innbygger 6,62 liter ren alkohol. Det er en økning på 35 prosent på 20 år. Det uregistrerte forbruket samme år er beregnet til rundt 1,5 liter per innbygger. Det er først og fremst forbruket av vin og totalkonsumet blant dem over 50 år som øker. Forbruket blant ungdom har de senere årene gått noe ned.

Sosiale forskjeller i helse. Det er en klar sammenheng mellom levekår og helse. Levealderen i Norge har økt for alle grupper. Størst økning er det i gruppen med høy utdanning og inntekt. Det er store forskjeller i sykdomsbyrde og for tidlig død. Årsakene til de sosiale forskjellene i helse er sammensatte, og noen faktorer virker antakelig gjennom hele livsløpet. Samlet sett forklarer hjerte- og karsykdommer, sammen med lungekreft og kols, mer enn 60 prosent av forskjellene i for tidlig død. Røykevaner er antakelig den viktigste årsaken, men også ulikheter i kosthold, overvekt og fysisk inaktivitet bidrar vesentlig.

Utsatte grupper. Noen grupper i befolkningen har spesielt høy risiko for en eller flere av de fire NCD-sykdommene som omfattes av denne strategien. Dette krever spesiell oppmerksomhet og målrettede

tiltak. For noen skyldes den økte risikoen primært at de, i større grad enn andre, bruker tobakk, er overvektige, har usunt kosthold, er lite fysisk aktive og/eller har et for høyt forbruk av alkohol. Det er for eksempel vist at det er en sammenheng mellom psykiske lidelser og disse risikofaktorene. Det er vist at psykisk syke med hjerte- og karsykdom ikke får like god behandling og oppfølging som befolkningen for øvrig. For andre er årsaken til økt risiko mer knyttet til genetikk, eller en kombinasjon av genetikk og levevaner. Visse innvandrergupper har økt forekomst av diabetes. Dette gjelder særlig kvinner. Disse innvandrergruppene har en genetisk disposisjon for diabetes, men mange har også økt forekomst av en eller flere risikofaktorer. I *Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle, Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017*, som ble lagt frem i august 2013, er disse utfordringene nærmere beskrevet.

Bred tilnærming. Skal de fire folkesykdommene forebygges må tiltak iverksettes på samfunns-, gruppe- og individnivå. Å utjevne levekår er et hovedinnsatsområde. Utfordringer, muligheter og effektive løsninger for disse sykdommene i helse- og omsorgstjenesten har en rekke fellestrekk. Befolkningsrettede primærforebyggende tiltak vil ikke i tilstrekkelig grad bidra til å nå målet om redusert dødelighet allerede innen 2025. Avgjørende for at Norge skal nå målet om reduksjon i dødelighet er tverrsektorielle tiltak, befolkningsrettede tiltak og spesifikke tiltak i regi av helse- og omsorgstjenesten, rettet mot personer som allerede har en eller flere av disse risikofaktorene eller sykdommene.

En betydelig andel av dem som rammes av disse sykdommene blir ikke friske. Men en helse- og omsorgstjeneste som gir rask diagnose, råd og hjelp til å bedre levevaner, god behandling, god rehabilitering og kontinuerlig oppfølging i stabile faser, kan bremse sykdomsutviklingen og bedre den enkeltes livskvalitet og funksjonsevne. Samtidig reduseres forekomsten av komplikasjoner, sykehusinnleggelser og for tidlige dødsfall.

En brukerorientert tjeneste. Den enkelte pasient og bruker lever ofte i mange år med sin sykdom og må anerkjennes som ekspert på eget liv, behandles som en likeverdig partner og ha en aktiv rolle i behandling og oppfølging av egen tilstand. Det er avgjørende for aktiv deltakelse, motivasjon og etterlevelse av behandlingsråd at pasienter har kunnskap om egen tilstand, og om effekten av forebyggende tiltak og behandling. Den enkelte pasients erfaring kan brukes både i likemannsarbeid og til å kvalitets-sikre tjenesten.

Mål. Norge har som overordnet mål å redusere for tidlig død av hjerte- og karsykdommer, diabetes, kroniske lungesykdommer og kreft med 25 prosent innen 2025. Denne strategien skal bidra til at målet nås.

Overordnede tiltak

- sikre en samlet og bred tilnærming til forebygging, diagnostikk, behandling og rehabilitering av hjerte- og karsykdommer, diabetes, kroniske lungesykdommer og kreft de neste fire årene
- videreføre og forbedre befolkningsrettede tiltak for å forebygge bruk av tobakk, fremme sunne kostvaner og fysisk aktivitet, og hindre alkoholskader
- videreføre og styrke forebyggende tiltak i helse- og omsorgstjenesten
- videreutvikle arbeidet med tidlig identifisering av mennesker med forhøyet risiko for NCD-sykdommene
- sikre gode pasientforløp og god oppfølging
- bedre koordinering og samhandling innad i spesialisthelsetjenesten og mellom denne og de kommunale helse- og omsorgstjenestene
- sikre god brukermedvirkning
- videreføre og videreutvikle samarbeidet med frivillig sektor
- utvikling av felles statistikk internasjonalt, som gir mulighet for å måle utviklingen over tid og sammenlikne landene, slik det er beskrevet i *Folkehelsemeldingen*

Et mer helsefremmende samfunn

Denne delen av strategien er forankret i folkehelsepolitikken slik den er beskrevet i Meld. St. 34 (2012-2013) *Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar*. Regjeringens mål for folkehelsearbeidet er at:

- Norge skal være blant de tre landene i verden som har høyest levealder
- befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse og trivsel og reduserte sosiale helseforskjeller
- vi skal skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen

Folkehelsemeldingen ble behandlet av Stortinget våren 2013 og en samlet komité stilte seg bak de nasjonale målene for folkehelsepolitikken.

Sektorovergripende folkehelsearbeid

Befolkningens helse skapes ikke først og fremst i helse- og omsorgstjenesten, men i samfunnet forøvrig. Folkehelsearbeidet er et ansvar på tvers av sektorer og samfunnsområder. Det er ikke en ny erkjennelse. Når vi i 2013 slår fast at befolkningen har god helse og at levealderen øker, er det et resultat av langvarig og systematisk arbeid i alle samfunnssektorer.

Også for forebygging av de fire sykdomsgruppene som denne strategien omfatter, er sektorovergripende tiltak avgjørende. Bakenforliggende årsaker til risikofaktorene har i stor grad sin opprinnelse og løsning utenfor helsesektoren. Det er godt dokumentert at samfunnsmessige og miljømessige forhold som utdanning og oppvekst, arbeid, boligforhold, økonomisk trygghet, sosial støtte og nærmiljø har betydning for befolkningens helse.

Det skal etableres et folkehelsepolitisk råd, ledet av helse- og omsorgsministeren. Formålet med rådet er å sikre politisk oppmerksomhet og bidra til bred forankring av folkehelsearbeidet på tvers av fagområder og sektorer. Rådet skal ha fokus på oppfølging av *Folkehelsemeldingen* og av denne *NCD-strategien*, og bidra til utarbeidelse av nye meldinger og strategier på folkehelsefeltet.

Folkehelsemeldingen inneholder en samlet strategi for å skape et samfunn som fremmer helsen i hele befolkningen og hovedinnretningen er helse i alt vi gjør. Sentrale tiltak er:

- bidra til at folkehelseloven gjennomføres i kommuner, fylkeskommuner og nasjonalt
- videreutvikle de kommunale folkehelseprofilene
- etablere et nasjonalt folkehelsepolitisk råd
- stimulere til etablering av folkehelsenettverk i kommunene
- legge til rette for godt samarbeid mellom kommunesektoren og frivillig sektor som aktører i det lokale folkehelsearbeidet
- gjøre det lettere å velge sunt
- videreføre bruken av reguleringer og lovverk
- i budsjettene fremover vurdere om det er mulig å endre de helsepolitiske særavgiftene på en måte som bidrar til å bedre folkehelsen

Tobakk

I *En framtid uten tobakk, nasjonal strategi for arbeidet mot tobakksskader 2013-2016* er sentrale mål å unngå at unge begynner å snuse og røyke, motivere og tilby hjelp til snus- og røykeslutt, samt beskytte befolkningen og samfunnet mot tobakksskader. I denne strategien trekker vi frem de mest sentrale tiltakene for å nå disse målene, og viser for øvrig til tobakksstrategien for nærmere detaljer.

Mål

- barn og unge som er født etter år 2000 skal ikke begynne å snuse eller røyke
- andelen barn og unge (16-24 år) som røyker daglig skal være under seks prosent
- økningen i daglig snusbruk blant barn og unge (16-24 år) skal stanses
- andelen dagligrøykere i befolkningen skal være under ti prosent
- andelen i befolkningen som bruker snus skal være under åtte prosent
- ingen barn skal utsettes for passiv røyking
- andelen gravide som røyker ved slutten av svangerskapet skal være under fire prosent

Tiltak

- opprettholde et høyt avgiftsnivå på tobakksvarer
- utvikling av lovverket ved blant annet å innføre bevillingsordning for salg av tobakk, forbud mot selvbetjening, gjøre flere arenaer tobakksfrie, og styrke vernet mot passiv røyking
- videreføre satsingen på nasjonale tobakkskampanjer
- videreføre og videreutvikle tiltak rettet mot barn og unge, særlig på nett og i nye medier
- videreføre og videreutvikle et godt faglig tilbud om hjelp til tobakksavvenning

Kosthold

Arbeidet med kosthold og ernæring har de siste årene hovedsakelig vært forankret i *Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007–2011)*, som 12 departementer sto bak, og videreføres i *Folkehelsemeldingen*.

Mål

- øke andelen i befolkningen som kjenner og følger de nasjonale kostrådene
- opprettholde den høye kjennskapen til Nøkkelhullmerket og øke andelen i befolkningen som vet hva merket står for
- gjøre det enklere for alle grupper i befolkningen å velge sunne matvaner
- redusere saltinntaket i befolkningen
- bidra til at barn og unge etablerer gode kostholdsvaner

Tiltak

- videreføre kampanjen Små grep – stor forskjell
- videreføre og videreutvikle arbeidet med Nøkkelhullmerket
- gjennomføre tiltakene i saltstrategien, med særlig vekt på samarbeid med matvarebransjen
- legge til rette for sunne måltider i barnehage og skole
- ha en langsiktig ambisjon om å utvide ordningen med gratis frukt og grønt til alle elever i grunnskolen
- følge opp tiltak som begrenser markedsføring av usunn mat og drikke rettet mot barn og unge, herunder arbeidet i Matvarebransjens faglige utvalg (MFU)
- vurdere behovet for en egen strategi for riktig ernæringskompetanse i kommunene

Fysisk aktivitet

Arbeide for økt fysisk aktivitet i befolkningen er sektorovergripende og forankret i videreføringen av *Handlingsplan for fysisk aktivitet (2005-2009)*, som åtte departementer sto bak. *Folkehelsemeldingen* legger et godt grunnlag for å styrke dette arbeidet.

Mål

- øke andelen unge, voksne og eldre som følger de nasjonale anbefalingene om fysisk aktivitet
- tilrettelegge muligheten for fysisk aktivitet og en aktiv livsstil
- øke befolkningens kjennskap til de nasjonale anbefalingene for fysisk aktivitet
- øke befolkningens kunnskap om betydningen av fysisk aktivitet for å fremme livskvalitet og helse, og for forebygging av sykdom

Tiltak

- gjennomføre en informasjonskampanje for fysisk aktivitet i 2014
- samarbeide om gjennomføringen av Miljøverndepartementets friluftslivsstrategi
- vurdere hvordan skoledagen kan organiseres slik at elevene sikres minst én time fysisk aktivitet hver dag
- arbeide for miljø- og helsevennlig transport blant annet ved gjennomføring av *Nasjonal transportplan 2014-2023*, *Nasjonal gåstrategi* og *Nasjonal sykkelstrategi*
- videreføre tiltak for økt fysisk aktivitet og aktivitetsfremmende bo- og nærmiljøer, blant annet gjennom ulike tilskuddsordninger til kommunene og til frivillig sektor

Alkohol

Strategien for arbeidet med alkohol er nedfelt i Meld. St. 30 (2011–2012) *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk*. Her trekker vi frem de mest sentrale utfordringene og tiltakene relatert til økt risiko for de fire folkesykdommene som strategien omfatter.

Mål

- bremse økningen i alkoholforbruket
- redusere forekomsten av alkoholrelatert sykdom
- øke befolkningens kunnskap om sammenhengen mellom alkohol og helse

Tiltak

- opprettholde og videreføre universelle tiltak som bevillingssystemet, vinmonopolordningen, reklameforbudet, aldersgrenser og et høyt avgiftsnivå
- videreføre og videreutvikle tilskuddsordningene til kommunal tjenesteutvikling, forebygging og kompetanseheving til kommunene og frivillig sektor
- videreføre arbeidet med ansvarlig alkoholhåndtering rettet mot arbeidet i kommuner og på skjenkesteder for å sikre god håndtering av bevillingssystemet
- videreføre ulike tiltak rettet mot barn og unge blant annet i skolen
- videreføre og videreutvikle alkoholkampanjen Alkohol og helse

Felles muligheter og utfordringer for helse- og omsorgstjenesten

Helse- og omsorgstjenesten har viktige oppgaver innen forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av hjerte- og karsykdommer, diabetes, kroniske lungesykdommer og kreft.

Helse- og omsorgstjenestens rolle er forankret i helse- og omsorgspolitikken slik den er beskrevet i Meld. St. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*, Meld. St. 16 (2010-2011) *Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015*, Meld. St. 10 (2012-2013) *God kvalitet – trygge tjenester*, Meld. St. 9 (2012-2013) *Én innbygger – én journal*, Meld. St. 29 (2012-2013) *Morgendagens omsorg*, og Meld. St. 34 (2012-2013) *Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar*.

Helse- og omsorgstjenesten må jobbe mer helhetlig, koordinert og tverrfaglig. Samarbeid med brukere og dialog med andre aktører må bedres. Et samlet tjenestetilbud skal ivareta forebygging, tidlig diagnostisering, systematisk oppfølging og behandling, og rehabilitering. Målet er å forhindre at sykdom oppstår, bremse forløpet og gjøre pasienten best mulig rustet til å leve med sin sykdom. Ved avansert sykdom, og ved flere kroniske sykdommer samtidig, er målet lindring, omsorg, pleie og eventuelt lindrende behandling ved livets slutt.

Det er avgjørende å støtte pasientenes egenomsorg og mestringsevne, gjennom blant annet nærhet til tjenestene, pasientopplæring og sterkere brukermedvirkning. Det faglige arbeidet må videreutvikles gjennom samarbeid mellom tjenestenivåene og kunnskapsoverføring/veiledning fra spesialisthelsetjenesten til kommunen. Utgangspunktet er de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom kommunene og helseforetakene, og spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor kommunene. Gjennom oppfølging av

stortingsmeldingen *Morgendagens omsorg* skal helse- og omsorgstjenestens brukere gis nye muligheter til å klare seg selv bedre i hverdagen. Meldingen gir grunnlag for å videreutvikle det pleiefaglige arbeidet, både for dem som har behov for lindring og pleie, og dem som trenger daglig assistanse.

Mange mennesker med hjerte- og karsykdom, diabetes, kronisk lungesykdom og kreft har mer enn en diagnose. De fleste dør av hjerte- og karsykdom. Det gjelder også dem med kronisk psykisk sykdom. Avdekking og behandling av samtidig angst, depresjon, diabetes eller kols er derfor viktig for å redusere andelen pasienter som dør av hjerte- og karsykdom. Vi har i dag ikke retningslinjer for tidlig diagnostikk, sekundærforebygging, behandling og rehabilitering av pasienter med flere sykdommer samtidig. Dette gjør at sykdomsspesifikk behandling som oftest blir mer vektlagt enn en helhetlig tilnærming, som ville gitt vesentlig større helsegevinst.

Bakgrunnen for samhandlingsreformen er erkjenningen av at strukturen i helsetjenesten i for liten grad har vært tilpasset pasienter med kroniske sykdommer. Helsetjenesten legger sterk vekt på diagnostisering og behandling av sykdom og senkomplikasjoner, og mindre på å fremme helse og forebygge helseproblemer. Som en konsekvens av dette skjer behandlingen i spesialisthelsetjenesten når de kroniske sykdommene har kommet langt, i stedet for at disse forebygges og begrenses gjennom primærforebygging og tidlig intervensjon.

Kvaliteten på arbeidet med å utvikle gode forløp for mennesker med kroniske sykdommer vil være en markør for om vi lykkes med samhandlingsreformen. Helsedirektoratet har fått i oppgave å følge med på om vi lykkes med dette.

Oppmerksomhet på forebygging og tidlig intervensjon er et uttrykk for at myndigheter og tjenester må bygge på et helhetsperspektiv for helse- og omsorgstjenesten. Satsingen på forebygging står ikke i et motsetningsforhold til behandling og oppfølging av pasienter og brukere med etablerte kroniske sykdommer. Tobakk, usunt kosthold, fysisk inaktivitet og helseskadelig alkoholforbruk gir ikke bare økt risiko for sykdom, men påvirker også prognosen negativt for dem som er rammet av disse sykdommene.

Forebygging i helse- og omsorgstjenesten kan deles i tre nivåer. Innsats for å hindre at barn og unge etablerer usunne levevaner. Innsats for å hindre at friske med forhøyet risiko for sykdom blir syke. Innsats for å redusere risikofaktorer hos dem som er syke, og dermed begrense sykdomsutvikling, senkomplikasjoner, unødig lidelse og hindre for tidlig død. Tidlig diagnostisering, rask og adekvat behandling, samt målrettet rehabilitering er også avgjørende for at målet om 25 prosents reduksjon i for tidlig død av disse sykdommene innen 2025 skal nås.

De overordnede målene i denne delen av strategien bygger på intensjonene om mer forebygging og samtidig ivaretagelse av dem som er blitt syke.

Mål

- etablere sunne levevaner blant barn og unge
- sterkere vektlegging av forebygging
- mer tidlig innsats
- sterkere brukermedvirkning
- mer tverrfaglighet og bedre samarbeid mellom ulike ledd i helse- og omsorgstjenesten
- mer fleksibel bruk av helsepersonells kompetanse
- etablere spesialiserte helsetjenester nærmere der folk bor i form av desentralisert/ambulant spesialisthelsetjeneste
- flere oppgaver lagt til kommunene og ressurser til å utføre dem
- sørge for at tilbud også når utsatte grupper

Tiltak

- videreføre og styrke forebyggende arbeid blant barn og unge, blant annet gjennom å legge økonomisk til rette for styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten
- Helsedirektoratet skal utarbeide nye nasjonale faglige retningslinjer for helsestasjons- og skolehelsetjenesten
- Helsedirektoratet gis i oppdrag å utarbeide en felles veileder som omtaler hvordan sentrale, felles problemstillinger knyttet til forebygging, diagnostikk, behandling og rehabilitering av hjerte- og karsykdom, diabetes, kronisk lungesykdom og kreft kan ivaretas på en god måte
- Helsedirektoratet skal, i samsvar med sin lovpålagte rolle, utarbeide og revidere nasjonale faglige retningslinjer for hjerte- og karsykdom, diabetes, kols og kreft. Disse skal være kunnskapsbaserte, økonomiske og administrative konsekvenser skal være vurdert, og de skal inneholde en plan for implementering i hele helse- og omsorgstjenesten. Retningslinjene må være realiserbare innenfor tilgjengelige ressurser
- det bør utarbeides enkle kortversjoner av retningslinjene for hjerte- og karsykdom, diabetes, kols og kreft, for pasienter og pårørende
- gjennomføre *Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017*
- bidra til regional og kommunal erfaringsutveksling som for eksempel spredning av Helse Nords regionale handlingsplan for diabetes

Tidlig diagnostikk og primærforebygging

Skal målet om 25 prosent reduksjon i for tidlig død av NCD-sykdommene innen 2025 nås, er det helt sentralt å identifisere risikogrupper. Det er avgjørende for overlevelse av sykdom at diagnosen stilles så tidlig som mulig. Ved både diabetes type 2, kols og kreft er det vist at diagnosen ofte stilles sent. Opptil halvparten av dem som har mild til moderat sykdom ved diabetes type 2 og kols er udiagnostisert. Ofte stilles diagnosen ved innleggelser i sykehus for komplikasjoner. Ved kols har pasienten da allerede mistet nær halve lungefunksjonen. Ved diabetes er det ofte utviklet irreversible senkomplikasjoner med konsekvenser for behandlingseffekt og prognose.

Det finnes flere veletablerte metoder for tidlig påvisning av forstadier til sykdom eller faktisk sykdom. Screening er en masseundersøkelse av hele eller deler av befolkningen hvor målet er å oppdage forstadier til sykdom eller faktisk sykdom tidlig for å redusere sykkelighet og dødelighet. En forutsetning for at nasjonale screeningprogram har effekt er at det finnes adekvate og faglig tilfredsstillende metoder som er følsomme og treffsikre og har lav risiko for bivirkninger, samt høy deltakelse i programmene. Videre må man kunne tilby behandling. I Norge er det etablert nyfødtscreening for en del sykdommer, mammografiscreening, screening for livmorhalskreft og et prøveprosjekt for screening av tykk- og endetarmskreft.

Det foregår også ulike former for noe som kan likne på screening på mange arenaer, uten at disse er vurdert og etablert som nasjonale screeningprogram. Tilbudet til befolkningen om ulike helsetester fra kommersielle aktører, i form av blodprøver, bilde-diagnostikk og annet for å kartlegge helserisiko og sykdom, er økende og lite oversiktlig. Utfordringen er å håndtere dette på en god måte til beste for den enkelte. Økt bruk av slike tilbud kan være hensiktsmessig, men kan også gi uheldig oppmerksomhet på helse og sykdom, og kan føre til unødige bekymringer for fremtidig sykdom og død. Det kan også føre til økt pågang til helsetjenestene av pasienter som er friske, med den konsekvens at tilgangen reduseres for pasienter med mer alvorlige og kroniske sykdommer.

Case-finding er en metode for å identifisere personer med høy risiko og tidlig tegn på sykdom, slik at disse kan tilbys forebyggende tiltak, utredning og riktig behandling tidligst mulig. Basert på blant annet alder, vekt, kroppsmasseindeks (KMI), midjemål, røykevaner, yrke, familiebelastning og symptomer kan man ved hjelp av blodprøver og eventuelt lungefunksjonsmåling enkelt stille diagnosene kols, diabetes, høyt blodtrykk og forhøyet kolesterol tidlig.

Risikoen for hjerte- og karsykdom, diabetes, kroniske lungelidelser og kreft øker med alderen. Det er derfor spesielt viktig at forebyggende tiltak også retter seg mot aldersgrupper hvor risikoen øker og stadig flere blir syke.

Mål

- forbedre identifiseringen av høyrisikogrupper for fremtidig sykdom
- redusere andelen med udiagnostisert hjerte- og karsykdom, diabetes, kols og kreft
- bedre og flere tilbud om hjelp til å endre levevaner til høyrisikogrupper og til pasienter i hele helse- og omsorgstjenesten

Tiltak

- Helsedirektoratet skal utarbeide en overordnet nasjonal strategi og styringsstruktur for de nasjonale screeningprogrammene
- videreføre samarbeidet med Nasjonalforeningen for folkehelsen, Diabetesforbundet, Landsforeningen for hjerte- og lungesyke og Kreftforeningen
- stimulere til etablering av flere frisklivssentraler og tilsvarende tilbud i den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- Helsedirektoratet skal videreføre arbeidet med utdanning av slutteveiledere på tobakk
- vurdere innføring av metoder og/eller systemer for case-finding eller helsekontroller i den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- stimulere til økt oppmerksomhet på bedre tilbud om hjelp til endring av levevaner i spesialisthelsetjenesten
- følge med på ulike aktørers tilbud om helsetester og lage systemer for håndtering av tilbud som ikke holder tilfredsstillende faglig standard

Sekundærforebygging

Også når sykdom er oppstått er det avgjørende med tiltak mot tobakk, usunt kosthold, fysisk inaktivitet og skadelig alkoholforbruk for å hindre videreutvikling og for tidlig død. Dagens helse- og omsorgstjeneste er gode på sykdomsspesifikk behandling av symptomer, men det er rom for forbedringer. Det er et betydelig forbedringspotensial for forebygging av risikofaktorer.

Mål

- tilbud om hjelp/råd for endring av levevaner i helse- og omsorgstjenesten
- pasientene skal vurderes for samtidig annen kronisk sykdom, psykiske lidelser og rusproblemer
- tilbud om sekundærforebygging i henhold til nasjonale retningslinjer for hver enkelt sykdom

Tiltak

- legge til rette for at alle deler av helse- og omsorgstjenesten integrerer sekundærforebygging i tilbudet til pasienter med hjerte- og karsykdom, diabetes, kroniske lungesykdommer og kreft
- vurdere økt bruk av annet helsepersonell enn leger i arbeidet med endring av levevaner i både i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Behandling, oppfølging og rehabilitering

Sykdomsforløpet er kjent for pasienter med hjerte- og karsykdom, diabetes, kols og kreft. Behandlingen har som mål å bedre symptomer, hindre forverring og opprettholde best mulig livskvalitet. Disse sykdommene krever innsats og kontinuitet fra diagnosen stilles og gjennom hele forløpet. Det er gjennom helse- og omsorgstjenesteloven lagt til rette for dette blant annet gjennom økonomiske insentiver som kommunal medfinansiering. Det er utfordringer knyttet til gode strukturer og kompetanseoppbygging, både i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og i spesialisthelsetjenesten.

Mange land, som Danmark, Nederland og Storbritannia, har valgt en nasjonalt tilpasset kvalitetsmodell basert på The Chronic Care Model for bedre helse- og omsorgstilbud til kronisk syke. Modellen tar primært utgangspunkt i allmennlegen som koordinator for et proaktivt tverrfaglig team rundt kronisk syke. Modellen åpner for at deler av den systematiske oppfølgingen og mange av tiltakene, som pasientopplæring, trening og motiverende samtaler, kan utføres av annet personell enn leger.

Brukerorienteringen er sterk i modellen. Det er et krav at pasienten/brukeren involveres i behandlingen og har god tilgjengelighet til tjenestene. Den enkelte pasient tilbys pasientopplæring og konkret oppfølgingsplan.

God samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten er spesielt viktig for pasienter med kroniske sykdommer som hjerte- og karsykdom, diabetes, kols og kreft. For å bedre samhandlingen innad i og mellom kommunenes helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten, er det behov for gode IKT-løsninger med gode beslutningsstøtteverktøy basert på nasjonale retningslinjer. Årskontroller utgjør et viktig element i oppfølgingen av disse pasientene. Ved bruk av standardiserte IKT-baserte årskontrollskjema vil man også ha mulighet til å innhente kvalitetsindikatorer til nasjonale kvalitetsregistre i primærhelsetjenesten.

Mange pasienter får forverring med behov for innleggelse i sykehus. En del av innleggelsene kan skje i kommunale øyeblikkelig hjelp- døgntilbud som er under etablering i hele landet.

Rehabilitering er viktig for disse sykdomsgruppene. Effekten av mer omfattende rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten kan avta etter 3-6 måneder og må følges opp med tilbud nær der pasienten bor. Rehabiliterings- og treningstilbud som «hjeretrim», kols- og diabetesskoler samt gruppetilbud til personer med kreft har vist å kunne bremse forløpet, bedre livskvalitet og hindre innleggelser.

Gjennom den nye stortingsmeldingen om *Morgendagens omsorg* skal helse- og omsorgstjenestens brukere gis nye muligheter til å klare seg selv bedre i hverdagen til tross for sykdom, eller funksjonsnedsettelse. Det er derfor etablert særlige satsinger for å stimulere til aktiviseringstiltak i samarbeid med frivillig sektor.

Mål

- bedre tilbud i den kommunale helse- og omsorgstjenesten i tråd med samhandlingsreformen
- styrke den aktive omsorgen i kommunen, i tråd med Meld. St. 29 (2012-2013) *Morgendagens omsorg*
- god samhandling og gjensidig kompetanseoverføring internt i tjenestene og mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- gode pasientforløp i alle deler av helse- og omsorgstjenesten
- tilstrekkelige og kvalitativt gode tilbud til dem som har behov for lindring, omsorg og pleie og eventuelt lindrende behandling ved livets slutt
- bedre bruk av ny teknologi i forebygging, behandling og rehabilitering
- stimulere til utvikling av aktivitet ved eldre- og seniorsentre i tråd med Meld. St. 29 (2012-2013) *Morgendagens omsorg*
- videreføre og videreutvikle samarbeidet med Nasjonalforeningen for folkehelsen, Diabetesforbundet, Landsforeningen for hjerte- og lungesyke og Kreftforeningen
- tilbud om lindrende behandling, pleie og omsorg i den kommunale helse- og omsorgstjenesten i tråd med Meld. St. 29 (2012-2013) *Morgendagens omsorg*
- stimulere til økt bruk av velferdsteknologi, i tråd med Meld. St. 29 (2012-2013) *Morgendagens omsorg*
- vurdere ulike modellforsøk for bruk av velferdsteknologi, felles journal, brukerdagbok og egenomsorgstiltak for å sikre kontinuitet i oppfølging av den enkelte

Tiltak

- systematisk arbeid for implementering og oppdatering av gjeldende retningslinjer for hjerte- og karsykdom, diabetes, kols og kreft
- stimulere til bedre opplæring av pasienter og pårørende i alle deler av helse- og omsorgstjenestene
- utrede tilpasning av Chronic Care Model i Norge
- videreutvikle tilbud som ivaretar lærings- og mestringsfunksjoner og rehabilitering
- sikre nødvendig kompetanse gjennom utdanning
- støtte opp under mer tverrfaglig innsats ved blant annet å legge til rette for hvordan ny og tilpasset arbeidsdeling og oppgavefordeling mellom yrkesgrupper kan gjennomføres
- etablere øyeblikkelig hjelp- døgntilbud i kommunene
- etablere gode systemer som sikrer god samhandling og gjensidig kompetanseoverføring mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- utarbeide en faglig sjekkliste for gode pasientforløp
- arbeide for å gjøre kjent de faglige retningslinjenes anbefaling om årskontroller for alle med NCD-sykdommer
- utnytte eksisterende helse- og kvalitetsregistre bedre samt utvikle flere kvalitetsindikatorer

Hjerte- og karsykdom

Hjerte- og karsykdommer er den sykdomsgruppen som forårsaker flest dødsfall i Norge, og innebærer ofte langvarige helseproblemer og funksjonsnedsettelse. 35 prosent av alle dødsfall skyldes hjerte- og karsykdom. De siste 40-50 årene er dødeligheten av hjerteinfarkt falt med 80 prosent i aldersgruppen 40-70 år. En ytterligere nedgang er mulig. Etter hjerteinfarkt kan hjertesvikt utvikles. Behandling av risikofaktorer, kontinuerlig og koordinert oppfølging, samt hjelp til egenomsorg og rehabilitering er avgjørende for livskvalitet og overlevelse.

Hjerneslag er den tredje vanligste dødsårsaken i Norge. 75 prosent av tilfellene oppstår etter 70 år. Menn har vært mer utsatt enn kvinner, men kjønnsforskjellene blir mindre og mindre. Dette skyldes blant annet at kvinner nå røyker like mye som menn, og at forekomsten av overvekt, diabetes og fysisk inaktivitet nå er nokså likt fordelt mellom kjønnene. Årsakene til nedgangen i dødsfall grunnet hjerte- og karsykdommer er flere. Kostholdets sammensetning, spesielt redusert inntak av mettet fett, samt nedgang i andelene dagligrøykere, er av betydning. Helt sentralt er betydelige fremskritt i akuttbehandling, oppfølging og rehabilitering av både hjerteinfarkt og hjerneslag, samt tidlig behandling av høyt blodtrykk og forhøyet nivå av fettstoffer i blod.

Primærforebygging/ risikointervensjon

I store deler av verden diskuteres det hvor grensen skal gå for oppstart av behandling mot høyt blodtrykk og forhøyet nivå av fettstoffer i blodet. Settes grensen for lavt er konsekvensen sykeliggjøring av friske mennesker med en relativt lav risiko for fremtidig sykdom og for tidlig død.

De norske nasjonale retningslinjene for primærforebygging av hjerte- og karsykdommer vektlegger generell rådgivning om røykeavvenning, vektnedgang, behandling av diabetes og hjerteflimmer. Bare personer med høy risiko for sykdom og for tidlig død, skal behandles med medikamenter. En risikokalkulator (NORISK) basert på alder, kjønn, røykestatus, blodtrykk og fettstoffer i blod, brukes i beregningen.

Sekundærforebygging

Hjerteinfarkt og hjerneslag oppstår ofte plutselig på grunn av blodpropp eller skade på blodårene. Halvparten har ingen symptomer på forhånd. Ved alarm-symptomer som brystmerter, lammelser eller språk- eller synsforstyrrelse, er akutt innsats med rask varsling og innleggelse på sykehus for vurdering/ behandling avgjørende.

Det nye nasjonale hjerte- og karregisteret vil kunne bidra med kvalitetsforbedring i spesialisthelsetjenesten ved at tidsforløp registreres. Tidlig rehabilitering kan redusere funksjonsnedsettelsen ved oppstått skade. Også for dem som er blitt syke, er primærforebyggende tiltak som røykeavvenning, fysisk trening og kostholdsveiledning avgjørende for både livskvalitet, sykdomsutvikling og overlevelse.

Mål

- Norge skal bli et foregangsland for forebygging av hjerte- og karsykdommer
- Norge skal bli et foregangsland for god behandling av hjerte- og karsykdommer
- Norge skal utvikle gode rehabiliteringstilbud nær der brukerne bor
- brukerperspektivet legges til grunn i forebygging, og behandling/rehabilitering

Tiltak

- tilstrekkelig opplæring av pasienter med hjerte- og karsykdom og deres pårørende, blant annet gjennom støtte til Hjertelinjen i regi av Nasjonalforeningen for folkehelsen
- retningslinjer for primærforebygging av hjerte- og karsykdommer revideres og implementeres
- retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag revideres og implementeres
- bidra til at flest mulig med kols og diabetes eller overvekt vurderes med tanke på hjerte-kar-risiko
- arbeide for at flest mulig tilbys røykeavvenning, eventuelt med medikamentell støtte
- videreføre satsingen på opplæring av skoleelever og andre i basal hjerte-lunge-redning
- Helsedirektoratet skal, i samarbeid med de regionale helseforetakene, gjennomføre en nasjonal befolkningsrettet informasjonskampanje om hjerneslag i 2014

- videreføre arbeidet med reduksjon av responstid
- arbeide for at pasienter med vedvarende symptomer tilbys rehabilitering
- videreføre trenings, og lærings- og mestringstilbud

Diabetes

Det finnes to typer diabetes. Diabetes type 1 debuterer som oftest i ung alder og er ikke forbundet med livsstil/overvekt, men skyldes at kroppen selv ødelegger de insulinproduserende cellene i kroppen. Rundt 28 000 personer i Norge har diabetes type 1. Sykdommen kan ikke forebygges, men senkomplikasjoner og for tidlig død kan utsettes og eventuelt forhindres gjennom god behandling, god oppfølging og egeninnsats.

Diabetes type 2 debuterer oftest i voksen alder, og er forbundet med blant annet fysisk inaktivitet og overvekt (særlig økt fett rundt midjen). Tobakksbruk har betydning for prognosen. Forekomsten er økende. Størst økning er det blant unge voksne. Det er anslått at rundt 340 000 personer har sykdommen. Av disse kan så mange som 100 000 ha sykdommen uten å vite det. Helsekostnadene ved diabetes var rundt 4,1 milliarder kroner i 2011. Personer med diabetes har lavere forventet levealder enn gjennomsnittsbefolkningen.

Diabetes er en kronisk sykdom. Behandlingen skal hindre eller utsette senkomplikasjoner som synsskade, nyreskade, nedsatt infeksjonsforsvar, fotsår og skader på nervesystemet. Bedre kontroll av blodsukker ved hjelp av riktig ernæring eller medisiner, økt fysisk aktivitet og selv en liten vektreduksjon kan hindre utvikling av disse. To av tre pasienter med diabetes har minst én senkomplikasjon.

Diabetes gir ofte hjertesykdom. Mest skadelig er kombinasjonen tobakk og diabetes. Studier har vist at 50-60 prosent av alle som legges inn i norske sykehus med akutt hjerteinfarkt har enten kjent eller ukjent diabetes type 2. Et særtrekk ved diabetes type 2 er at forekomsten blant enkelte innvandrergupper er vesentlig høyere enn i resten av befolkningen. Det er vist at 90 prosent av pakistanske kvinner i Oslo har forhøyet risiko for diabetes type 2. Også andre

innvandrergupper har økt forekomst. Forekomst av svangerskapsdiabetes er også høyere i noen innvandrergupper.

Målene og tiltakene fra *Nasjonal Strategi for Diabetesområdet (2006–2011)* videreføres.

Mål

- Norge skal bli et foregangsland for forebygging av diabetes type 2
- andelen med ukjent diabetes type 2 skal reduseres
- utviklingen av senkomplikasjoner ved diabetes skal reduseres
- Norge skal bli et foregangsland for god og likeverdig oppfølging og behandling av diabetes
- diabetesomsorgen skal ha en sterk brukerorientering
- økt oppmerksomhet på innvandrergupper og andre med høy risiko

Tiltak

Norge skal bli et foregangsland for forebygging av diabetes type 2. For å lykkes med dette, må det forebyggende arbeidet rettet mot kjente risikofaktorer som usunt kosthold, overvekt, fysisk inaktivitet og tobakk videreføres. Det gjelder både befolkningsrettede tiltak og tiltak i alle ledd av helse- og omsorgstjenesten. Dette er beskrevet tidligere i denne strategien.

Andelen med ukjent diabetes type 2 skal reduseres. Tidlig diagnose er avgjørende for sykdomsutvikling og overlevelse, og de mest sentrale tiltakene er:

- videreføre arbeidet med opplysning om symptomer på diabetes rettet mot befolkningen, blant annet på www.helsenorge.no og i samarbeid med Diabetesforbundet
- arbeide for at de nasjonale diabetesretningslinjene implementeres og oppdateres

- utarbeide egne brukerversjoner av diabetesretningslinjene
- vurdere bedre metoder og nye tiltak for rask identifisering av nye tilfeller

Utviklingen av senkomplikasjoner skal reduseres.

- tilstrekkelig opplæring av pasienter med diabetes og deres pårørende, blant annet gjennom støtte til motivasjonsgrupper og Diabeteslinjen
- øke måloppnåelse for blodsukker-, blodtrykks- og kolesterolnivå i henhold til nasjonale retningslinjer

Norge skal bli et foregangsland for god og likeverdig behandling av diabetes.

- utarbeide kvalitetsindikatorer innen diabetes
- bedre innrapportering av data til Nasjonalt Diabetesregister/NOKLUS
- sikre god læring mellom sykehusene ved å utveksle erfaringer for eksempel med regionale handlingsplaner slik det er gjort i Helse Nord
- arbeide for gode pasientforløp i alle faser av sykdommen
- utvikle pilot for kommunalt oppfølgingstilbud til voksne med diabetes type 2

Diabetesomsorgen skal ha en sterk brukerorientering. Diabetes krever høy grad av egeninnsats og egenbehandling.

Sentrale tiltak er:

- god opplæring fra diagnosen stilles og livet ut
- bedre pasientopplæring og tilbud om trening og lærings- og mestringstilbud tidlig i forløpet
- vurdere modeller for opplæring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- stimulere til økt samarbeid med brukerorganisasjoner og likemannsarbeid

Økt oppmerksomhet på innvandrergupper og andre med høy risiko. *Nasjonal strategi om innvandrerhelse 2013-2017, Likeverdige helse- og omsorgstjenester – gode tjenester for alle*, viser til flere tiltak for innvandrergupper med diabetes.

- utarbeide nye retningslinjer for svangerskapsdiabetes
- videreføre samarbeidet med ulike innvandrersamfunnsorganisasjoner og Diabetesforbundet
- øke kompetanse og årvåkenhet spesielt blant helsepersonell som behandler innvandrere

Kronisk lungesykdom

De kroniske lungesykdommene astma og kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) er begge svært vanlige i befolkningen og blant de vanligste årsakene til innleggelser i norske sykehus. Dødeligheten ved astma har de siste tiår gått ned, mens den for kols fortsatt er økende. Ved begge tilstander er levevaner viktig. Astmatikere som røyker utvikler oftere kols. Barn som vokser opp med foreldre som røyker får oftere astma enn andre og røyking blokkerer virkningen av den viktigste behandlingen for astma – inhalasjonssteroider.

Tobakksbruk er årsak til 70-80 prosent av all kols. Røykeavvenning er den viktigste og eneste behandlingen som påvirker dødelighet ved kols. Fysisk aktivitet og kosthold er viktig for funksjon og livskvalitet til pasienter med astma og kols.

Det finnes gode retningslinjer for behandling av sykdommene, men disse er ikke godt nok implementert.

Kronisk obstruktiv lungesykdom (kols)

Rundt 400 000 mennesker i Norge har kols, og det tilkommer 30-40 000 nye tilfeller per år. Opptil 75 prosent av dem med kols er ifølge Hordalandssundersøkelsen udiagnostisert. Det dør rundt 2 000 mennesker hvert år av kols i Norge. 18 prosent av befolkningen over 40 år har kols. Rundt 40 000 mennesker har alvorlig kols som krever jevnlig kontakt med helse- og omsorgstjenestene. Tobakk er den viktigste årsaken til kols, men også yrkeseksponering for støv og gasser, genetikk og tidligere astma er kjente årsaksfaktorer. Røykevanene gjenspeiles i dødelighet og kan også forklare den sosiale ulikheten i forekomst.

Kols disponerer også for de andre ikke-smittsomme kroniske sykdommene. Det er høyere dødelighet av hjertesykdom enn av lungesvikt ved kols. Forekomsten av diabetes er høyere ved kols. Det er seks ganger så mange tilfeller av lungekreft blant mennesker med kols enn i befolkningen for øvrig. På grunn av tungpust blir pasienter med kols ofte sosialt isolert. De beveger seg mindre, og utvikler overvekt i tidlige faser av sykdommen. Ved alvorlig sykdom er ofte

underernæring et problem. Kols er forbundet med angst, depresjon og muskel- og skjelettplager.

Symptomene på kols kommer gradvis. Mange pasienter tilpasser dagliglivet til symptomene og oppsøker ofte lege sent i forløpet. Ofte stilles ikke diagnosen før plagene er så store at pasienten blir innlagt på sykehus. Kols følger røykevaner. Mennesker med rus og psykiske problemer røyker mer enn andre. Også blant mannlige innvandrere fra en del land som Polen og Tyrkia er det høy forekomst av røykere, slik at kols forventes å øke. Blant kvinner i andre land er det lite røyking i forhold til Norge, slik at forekomsten blant innvandrerkvinner sannsynlig vil forbli lavere enn ellers i befolkningen.

Mål

- Norge skal bli et foregangsland for forebygging av kols
- antall personer med ukjent kols skal reduseres
- fall i lungefunksjon og utvikling av alvorlig sykdom skal reduseres
- Norge skal bli et foregangsland for god og likeverdig behandling av kols
- kolsomsorgen skal ha en sterk brukerorientering
- økt oppmerksomhet på yrkesrelatert kols
- økt oppmerksomhet på sosial ulikhet i helse og på personer med samtidige psykiske lidelser eller rusproblemer
- økt oppmerksomhet på innvandrergrupper fra land der det røykes mye

Tiltak

Norge skal bli et foregangsland for forebygging av kols. For at Norge skal lykkes med dette, må det forebyggende arbeidet rettet mot kjente risikofaktorer som røyking, usunt kosthold, overvekt og fysisk inaktivitet videreføres. Det gjelder både befolkningsrettede tiltak og tiltak i alle ledd av helse- og omsorgstjenesten, som beskrevet tidligere i denne strategien.

Andelen med ukjent kols skal reduseres.

Tidlig diagnose er avgjørende for sykdomsutvikling og overlevelse, og de mest sentrale tiltakene er:

- videreføre arbeidet med opplysning om symptomer på kols rettet mot befolkningen, blant annet på www.helsenorge.no og i samarbeid med Landsforeningen for hjerte- og lungesyke

- vurdere bedre metoder og nye tiltak for rask identifisering av nye tilfeller i samarbeid med fagmiljøene og Landsforeningen for hjerte- og lungesyke
- stimulere til økt oppmerksomhet og tilbud om lungefunksjonsmålinger i bedrifter med mulig yrkeseksponering
- utarbeide informasjon om kols og røykeslutt tilpasset utsatte grupper

Fall i lungefunksjon og utvikling av alvorlig sykdom skal reduseres.

De mest sentrale tiltakene er:

- tilstrekkelig opplæring av pasienter med kols og deres pårørende, blant annet gjennom støtte til motivasjonsgrupper og Kolslinjen i regi av Landsforeningen for hjerte- og lungesyke
- utarbeide brukerversjoner av Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging av kols
- systematisk arbeide for at den nasjonale kolsretningslinjen og veilederen implementeres og oppdateres
- opplæring av fastleger og annet helsepersonell om blant annet kols, tolking og utføring av lungefunksjonsmålinger samt røykeavvenning og motiverende samtale
- arbeide for at det etableres tverrfaglige kolsteam

Norge skal bli et foregangsland for god og likeverdig behandling av kols.

- utarbeide kvalitetsindikatorer for kols
- vurdere etablering av et nasjonalt register for kols i allmennpraksis
- vurdere innføring av regionale handlingsplaner for kols
- videreutvikle tilbud om lokal rehabilitering/lærings- og mestringstilbud
- arbeide for gode pasientforløp i alle faser av sykdommen

Kolsomsorgen skal ha en sterk bruker-

orientering. Kols krever høy grad av egeninnsats og egenbehandling. Sentrale tiltak er:

- god opplæring fra diagnose og livet ut
- Startkurs for mennesker med kols ved lærings- og mestringssentra i kommunene
- videreføre samarbeidet med Landsforeningen for hjerte- og lungesyke
- brukerundersøkelser

Kreft

I 2013 lever det mer enn 200 000 personer i Norge som har eller har hatt kreft. Hvert år diagnostiseres det rundt 30 000 nye tilfeller. Antallet er økende. Kreftregisterets prognoser anslår at nesten 40 000 personer vil få kreft i 2030. Flere personer overlever kreft enn tidligere. Likevel dør mer enn 10 000 personer i Norge hvert år av kreft. Nærmere halvparten av disse dør i alderen 35-74 år. Kreft er således den sykdommen som bidrar mest til for tidlig død.

Årsakene til kreft er sammensatte og til dels ukjente. Det anslås imidlertid at mellom 30 og 40 prosent av all kreft kan forebygges, hvis man lykkes i å eliminere og/eller redusere tobakksbruk, usunt kosthold, overvekt, fysisk inaktivitet og skadelig bruk av alkohol.

Økningen i antall krefttilfeller, det at stadig flere lever med kreft, og en stadig mer tverrfaglig, avansert og kostnadskrevende behandling vil stille store krav til kapasitet og kompetanse i sykehusene framover. Minst like store utfordringer får den kommunale helse- og omsorgstjenesten som, i tråd med samhandlingsreformen, vil få ansvar for flere og sykere kreftpasienter med sammensatte behov, når stadig mer behandling skjer poliklinisk og sykehusinnleggelsene blir færre og kortere. Kommunene skal sørge for en helhetlig tekning med forebygging, tidlig diagnostikk, behandling, rehabilitering og oppfølging, slik at gode pasientforløp i størst mulig grad kan realiseres på laveste effektive omsorgsnivå. Mange kan leve gode liv med kreft, men trenger livsforlengende behandling, rehabilitering, lærings- og mestringstilbud, lindrende behandling, pleie og omsorg.

I *Sammen – mot kreft. Nasjonal kreftstrategi 2013-2017* er det satt fem overordnede mål og en rekke delmål. I dette sammendraget av Kreftstrategien fremheves de overordnede målene og de mest sentrale delmålene.

Mål

- en mer brukerorientert kreftomsorg
- Norge skal bli et foregangsland for gode pasientforløp
- Norge skal bli et foregangsland innen kreftforebygging
- flere skal overleve og leve lenger med kreft
- best mulig livskvalitet for kreftpasienter og pårørende

Delmål

En mer brukerorientert kreftomsorg. Et viktig mål er bedre informasjon, både til den enkelte pasient og til befolkningen. Kreftpasienter skal til enhver tid vite hvem de skal henvende seg til om egen sykdom, behandling og oppfølging. Pasienter skal kunne delta aktivt i beslutninger om egen behandling. Viktige tiltak er å utvikle digitale selvhjelpsverktøy og mulighet for innsyn i egen journal, og mulighet til kommunikasjon med helsetjenesten. Kreftpasientenes erfaringer må brukes aktivt for å forbedre kvaliteten av tjenestene. Pasienter skal trekkes inn i arbeidet med faglige retningslinjer, forskning og innovasjon.

Målet og tiltakene om en mer brukerorientert kreftomsorg er i det vesentlige de samme som i stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet *God kvalitet – trygge tjenester* og i stortingsmeldingen om digitale tjenester i helse- og omsorgstjenesten; *Én innbygger – én journal*, og vil derfor ikke bli omtalt nærmere her.

Norge skal bli et foregangsland for gode pasientforløp. Kreftpasienter går ofte igjennom komplekse pasientforløp hvor de veksler mellom fastlege, sykehus og andre kommunale helse- og omsorgstjenester gjennom mange år. Dette stiller store krav til samhandling internt i spesialisthelsetjenesten, samt mellom spesialisthelsetjenesten, fastlegen og de kommunale helse- og omsorgstjenestene. For å nå de nasjonale målsettingene om at tilbudet til kreftpasienter skal organiseres som helhetlige og koordinerte pasientforløp, og at 80 prosent av alle kreftpasienter skal starte behandling innen 20 dager, har kreftstrategien satt en rekke delmål.

Mest sentralt er:

- det skal etableres koordinatorkfunksjoner ved alle sykehus som behandler kreftpasienter
- den enkelte pasient skal ha et telefonnummer og en person de kan kontakte i sykehuset
- det skal etableres standard pasientforløp for flest mulig kreftformer, som en del av de nasjonale handlingsprogrammene
- sykehusene skal jobbe systematisk for rask og effektiv utredning og diagnostikk og rask behandlingsstart, blant annet gjennom etablering av multidisiplinære team
- det er etablert brystdiagnostiserende senter ved flere sykehus
- det skal etableres diagnosesentra for prostatakraft
- sykehusene skal i tillegg sikre tilstrekkelig kapasitet innen bildediagnostikk, og undersøkelser av celle- og vevsprøver i patologiske laboratorier
- arbeidet med nasjonale handlingsprogrammer med retningslinjer for kreftbehandling skal videreføres og videreutvikles
- det skal utarbeides en overordnet plan for systematisk revisjon og oppfølging av handlingsprogrammene, samt at den kommunale helse- og omsorgstjenestens rolle skal trekkes sterkere inn

Norge skal bli et foregangsland innen kreftforebygging. For at Norge skal lykkes med dette, må det forebyggende arbeidet rettet mot kjente risikofaktorer som tobakk, usunt kosthold, overvekt, helseskadelige solingsvaner, fysisk inaktivitet og skadelig bruk av alkohol videreføres med full styrke. Det gjelder både befolkningsrettede tiltak og tiltak i alle ledd av helse- og omsorgstjenesten som beskrevet tidligere i denne strategien. To viktige sykdomsspesifikke forebyggende tiltak mot kreft er de etablerte nasjonale screeningprogrammene for livmorhalskreft og brystkreft, samt prøveprosjektet for screening av tykk- og endetarmskreft, og innføringen av vaksinen mot humant papillomavirus (HPV) som en del barnevaksinasjonsprogrammet for jenter på 7. klassetrinnet. Målet med screeningprogrammene er å oppdage forstadier til kreft eller kreft i et tidlig stadium for å redusere sykkelighet og dødelighet. Innføringen av vaksinen mot HPV har som mål å redusere risikoen for livmorhalskreft.

Konkret skal det nå:

- etableres en overordnet nasjonal strategi og styringsstruktur for de nasjonale screeningprogrammene
- stimuleres til økt deltakelse i HPV-vaksineringen blant unge jenter

Flere skal overleve og leve lenger med kreft.

Kreft behandles med kirurgi, legemidler eller strålebehandling, ofte i kombinasjon gjennom kortere eller lengre perioder. All kreftbehandling blir stadig mer spesialisert og individuelt tilpasset. Alle behandlingsformene er i kontinuerlig utvikling, og kravet til kvaliteten på behandlingen som gis er avgjørende. Dette stiller stadig høyere krav til kompetanse hos helsepersonell i alle deler av kreftomsorgen, og store krav til gode systemer for vurdering av innføring av nye metoder, samt tilgang til nytt utstyr.

Sentrale delmål er:

- etablere nasjonale kvalitets- og robusthetskrav til sykehus som skal behandle kreft, blant annet gjennom etablering av nye kvalitetsindikatorer, vurdering av nye kvalitetsregistre, samt mer aktiv bruk av eksisterende kvalitetsregistre for å følge opp i hvilken grad handlingsprogrammene innen kreftbehandling følges
- det skal fortløpende vurderes behov for å begrense visse behandlingsmetoder til noen få sykehus ut fra kravet til kvalitet på behandlingen
- status for kreftkirurgien i Norge skal gjennomgås innen utgangen av 2014
- sikre tilstrekkelig kapasitet og kompetanse innen kirurgisk og onkologisk behandling, gjennom økt utdanning og rekruttering, som sikrer tilgang til legespesialister og annet kvalifisert helsepersonell innenfor relevante fagområder, samt adekvat oppgavefordeling
- nødvendige behandlingslokaler og utstyr, blant annet innen strålebehandling
- avklare et eventuelt norsk anlegg for partikkelterapi, og etablere en avtale for slik behandling for norske pasienter i utlandet til slik avklaring foreligger
- sikre at norske pasienter får tilgang til ny, sikker, virkningsfull og kostnadseffektiv behandling blant annet ved bruk av nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten. Systemet omfatter legemidler, medisinsk utstyr, prosedyrer og diagnostiske metoder som skal brukes både innen forebygging, utredning, diagnostikk, behandling, oppfølging og rehabilitering

Best mulig livskvalitet for kreftpasienter og pårørende.

Det er definert klare nasjonale målsettinger om at kreftpasienter skal få et styrket tilbud om rehabilitering, og at det lindrende tilbudet skal styrkes og være i tråd med WHO's målsetting om «lindring av smerter og andre fysiske symptomer sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer».

Sentrale delmål er:

- å sikre gode tilbud om oppfølging til kreftpasienter
- fastlegens sentrale rolle i oppfølging av kreftpasienten og dennes pårørende gjennom hele sykdomsforløpet skal tydeliggjøres
- videreføre arbeidet med lindrende behandling og omsorg ved livets slutt
- videreføre implementering av nasjonalt handlingsprogram for lindrende behandling som gir anbefalinger om lindrende behandling og omsorg både i spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene, samt anbefalinger om organisering av tjenestene
- følge opp Kompetanseløftet 2015 som innebærer en satsing på kompetansehevede tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt

Litteratur

1. St.meld. nr. 25 (2006-2007) *Fremtidens omsorgsutfordringer. Mestring, muligheter og mening.*
2. St.meld. nr. 20 (2006-2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller.*
3. St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid.*
4. St.meld. nr. 16 (2008-2009) *Nasjonal transportplan 2014–2023.*
5. Meld. St. 16 (2010-2011) *Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015.*
6. Meld. St. 30 (2011-2012) *Se meg. En helhetlig rusmiddelpolitikk.*
7. Meld. St. 10 (2012-2013) *Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. God kvalitet – trygge tjenester.*
8. Meld. St. 9 (2012-2013) *Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren. Én innbygger – én journal.*
9. Meld. St. 34 (2012-2013) *Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar.*
10. Meld. St. 29 (2012-2013) *Morgendagens omsorg.*
11. WHO: *Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable chronic diseases (NCDs) 2013-2020.*
12. WHO Europe: *Action Plan for implementation of the European strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable diseases 2012-2016.*
13. Departementene. *Handlingsplan for fysisk aktivitet (2005–2009) – Sammen for fysisk aktivitet.*
14. Departementene. *Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007–2011) – Oppskrift for et sunnere Norge.*
15. Helsedirektoratets rapport om: *Reduksjon i ikke-smittsomme sykdommer – nasjonal oppfølging av WHO's mål (2013).*
16. Helse- og omsorgsdepartementet. *Rundskriv om spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt (2013).*
17. Helse- og omsorgsdepartementet. *Nasjonal Kreftstrategi (2013-2017): Sammen mot kreft.*
18. Helse- og omsorgsdepartementet. *Nasjonal strategi om innvandreres helse. Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle 2013-2017.*
19. Helse- og omsorgsdepartementet. *Nasjonal strategi for arbeidet mot tobakksskader 2013 -2016 «En framtid uten tobakk».*
20. Helsedirektoratet. *Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging diagnostisering og oppfølging av personer med kols (2012).*
21. Helsedirektoratet. *Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold, veiledningsmateriell (2013).*
22. Helsedirektoratet. *Nasjonal faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne (2011).*
23. Helsedirektoratet. *Nasjonal faglig retningslinje for individuell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer (2009).*
24. Helsedirektoratet. *Nasjonale faglige retningslinjer for røykeavvenning i primærhelsetjenesten (2004).*
25. Helsedirektoratet. *Diabetes – Nasjonal faglig retningslinje (2009).*
26. Helse-Nord regionale helseforetak: *Handlingsplan for diabetes 2008-2013.*
27. Sundhedsstyrelsen Danmark: *Kronisk sygdom: patient, sundhedsvæsen og samfund – forudsætninger for det gode forløb (2005).*
28. Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter.
29. Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus (NOKLUS). *Norsk diabetesregister for voksne.*



forståelse

livskvalitet

bevegelse

FELLESSKAP

respekt

utfold

råd

aktivitet