



Kreftforeningens innspill til Blankholm-utvalget

Dato 18.04.18

Kreftforeningen er en av de største bruker- og interesseorganisasjonene i Norge med 118 000 medlemmer og 27 000 frivillige. Kreftforeningens formål er å arbeide for å forebygge og bekjempe kreft, samt bedre livskvaliteten for pasienter og pårørende.

Kreftforeningen hilser velkommen en utredning om prioriteringsspørsmålene også i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Vi mener at det absolutt er behov for et helhetlig system for prioritering i hele helse- og omsorgssektoren, ikke bare i spesialisthelsetjenesten. Brukerne – pasienter og pårørende - må inkluderes i prioriteringsprosessen på alle nivåer. Vi mener at de samme kriterier for prioritering som skal hjelpe helsepersonell til å fatte gode prioriteringsbeslutninger i spesialisthelsetjeneste, også i stor grad kan legges til i grunn i primærhelsetjenesten.

Overordnede problemstillinger

Et helt grunnleggende prinsipp som må ligge til grunn for alt prioriteringsarbeid er likeverdighet i tjenestene. Den store heterogeniteten i kommunene byr i denne sammenhengen på helt spesielle utfordringer, med helt ulike utgangspunkt når det kommer til befolkningssammensetning, ressurstilgang og organisatorisk oppbygging. Det finnes en rekke lovpålagte tjenester og tilbud som kommunene i dag skal tilby. Likevel må man ta hensyn til den store variasjonen av disse tjenestene og tilbudene, i utviklingen av gode prioriteringskriterier for kommunene.

Videre må prioriteringsarbeidet både henge sammen med det som allerede skjer i spesialisthelsetjenesten, i tillegg til at kommunene også må se til alt arbeidet som skjer på andre områder enn helsefeltet. Prioritering i kommunene skjer ikke innenfor et enkelt område, noe som kompliserer bildet. Men det må uansett ligge til grunn i det videre arbeidet. En tredje prioriteringsutfordring er de store demografiske endringene vi står overfor. Vi vil i løpet av de neste ti årene bli langt flere eldre, noe som vil legge et ekstra stort press på dagens helsetjenester. Dette er ikke minst relevant på kreftområdet.

Kreftbildet

Over 260 000 mennesker i Norge har eller har hatt kreft. Årlig rammes nær 33 000 mennesker og om lag 11 000 dør hvert år som følge av kreftsykdom. Kreft er hyppigste dødsårsak for de under 75 år. Ett av tre krefttilfeller kan forebygges. Antall krefttilfeller vil øke i årene som kommer. I følge Kreftregisteret forventes det at antall krefttilfeller vil øke med opp mot 10.000 tilfeller frem mot 2030. Kreft rammer alle aldre. Likevel er over halvparten av dem som får kreft i dag, over 70 år. Antallet tilfeller i den eldre delen av befolkningen (65 til 79 år) er mer enn fordoblet siden 1975. For den eldste delen av befolkningen (80+) er antallet tredoblet. Tallene vil fortsette å stige.

Fremtidens kommunale kreftomsorg – de viktigste prioriteringsutfordringene

Kreftpasienter har ofte langvarige, alvorlige og komplekse sykdoms- og behandlingsforløp hvor de beveger seg mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Stadig mer av behandlingen foregår poliklinisk og sykehusoppholdene er blitt kortere. Dette vil kreve enda mer av de kommunale tjenestene i tiden fremover. Det stiller krav til økt kompetanse i kommunen, til samhandling og koordinering mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og også på tvers av sektorene i kommunehelsetjenesten og med

NAV. Med dette som bakteppe ser vi blant annet at følgende prioriteringsutfordringer blir viktig for kreftpasientene;

Eldre:

En særlig utfordring er den store økningen av kreftforekomst blant de eldre. Eldre er en svært heterogen gruppe og alder i seg selv trenger ikke å si noe om den enkeltes helse, selv om det er kjent at økende alder er forbundet med det å ha flere sykdommer samtidig (komorbiditet/ multimorbiditet), bruk av mange ulike medisiner, tiltakende kognitiv svikt, redusert mobilitet, risiko for underernæring og manglende sosialt nettverk. Det er behov for å ta en rekke grep for å imøtekomme disse utfordringene.

Koordinerte tjenester:

Når kommunene fremover blir større og får mer ansvar innen behandling, rehabilitering og oppfølging av personer med kreft, vil også behovet for koordinerte tjenester og koordinering av pasienter øke ytterligere. En bedre koordinering vil bety en bedre ressursutnyttelse. En bedre koordinering mellom sykehus og kommunene vil også bety færre innleggelses- og reinnleggelses, at flere kreftpasienter vil kunne vende raskere tilbake til arbeidslivet og bedre tilrettelegging i hjemmet, blant annet ved hjelp av helse- og velferdsteknologi, vil redusere institusjonsopphold.

Som eksempel har Kreftforeningen lyst til å trekke frem kreftkoordinator som er lett tilgjengelig for pasienter, pårørende og samarbeidspartnere i kommunen, bidrar til tverrfaglig koordinering utover helse- og omsorgstjenesten og til gode rutiner og systemer for kreftomsorg i kommunen. Kreftkoordinatoren har kompetanse på kreft samtidig som den kjenner kommunens øvrige tjenester og tilbud i regi av frivillige. Kreftkoordinator jobber tett med andre viktige ressurspersoner i kommunen og måten det arbeides på har overføringsverdi til andre brukergrupper og prioriterte områder i kommunen.

Rehabilitering, ernæring, senskader og palliasjon

Det er mange utfordringer knyttet til rehabilitering av kreftpasienter. Dette gjelder både hvordan tjenestene er organisert, kapasitet og kompetanse. Det er mange som ikke får den rehabiliteringen de har behov for og det er tilfeldig hva man får informasjon og faktisk tilbud om.

Det er også knyttet utfordringer til ernæring. Både feil- og underernæring er et stort problem i en aldrende befolkning, uavhengig av diagnose. Tall fra Helsedirektoratet viser at 20-60 % av eldre mottakere av pleie- og omsorgstjenester er underernærte eller i ernæringsmessig risikosone. Opp mot 30 % av eldre som legges inn på sykehus er underernært. Kreftsykdom i seg selv er ofte nok til at en pasient er i risiko for underernæring, og omkring 30 % av kreftpasientene er underernærte. Det er behov for å prioritere styrking av den ernæringsfaglige kompetansen i kommunene, både for å behandle og forebygge underernæring, og andre ernæringsrelaterte lidelser, så vel som å bidra til forebygging i forhold til livsstilsrelaterte sykdommer og overvekt.

I rehabiliteringstjenestene er det et tydelig behov for både økt kompetanse og bredere og mer tverrfaglig samarbeid for å ivareta pasienters rehabiliteringsbehov. Kreftpasienter er en heterogen gruppe men med ulike behov. Mange blir friske og mange lever med senskader etter behandling som fatigue, kognitive utfordringer, angst/depresjon og redsel for tilbakefall. Ca 40 prosent av alle som får kreft er i arbeidsfør alder. I snitt vender mer enn halvparten tilbake til arbeidslivet innen 5-7 år etter en kreftdiagnose.

Noen kreftpasienter blir ikke friske. Å prioritere kompetanse innen palliasjon og tilrettelegging for at folk både skal få være hjemme lengst mulig, og for å få muligheten til å dø hjemme er svært viktig i den kommunale helsetjenesten.

Hvordan sikre en god kommunal helse- og omsorgstjeneste

Det er et stort behov for å møte de utfordringene som den kommunale helse- og omsorgstjenesten står overfor. Kommunene skal løse flere oppgaver, flere trenger omsorg og det er behov for flere hender. Dette krever at vi både må tenke annerledes og bruke ressursene på en annen måte samt se nye muligheter i hvordan løse de fremtidige utfordringene.

Forskning og innovasjon

En viktig forutsetning for å kunne gjøre gode prioriteringer er å ha tall, fakta og forskning på området. Dette vil understøtte gode prioriteringer ved å bidra med dokumentasjon og kunnskap. Innenfor spesialisthelsetjenesten er det mye statistikk og forskning, noe som er svært gunstig når prioriteringskriteriene skal anvendes. For kommunehelsetjenesten er situasjonen en annen ved at det er lite aggregerte data og forskning som kan anvendes i målrettede og holdbare prioriteringer. Det nylige lanserte pasientdataregisteret for kommunale helse- og omsorgstjenester, vil være et viktig skritt i riktig retning.

Digitalisering og velferdsteknologi

Arbeidet med digitalisering er spesielt viktig i møte med de demografiske endringene vi står overfor, med en markant økning i etterspørselen på tjenester. Teknologitvillingen skjer raskt, dette gir nye muligheter for forebygging, behandling, oppfølging og rehabilitering. Teknologien er der, men det finnes ikke noe mottaksapparat i kommunen for å ta imot data. For å få tatt i bruk potensialet som teknologien gir, trengs en ny infrastruktur. Problemet er utveksling av informasjon mellom ulike tjenester og ulike nivåer i helsetjenesten. De største utfordringene er behovet for kapital, koordinering og samhandling. På digitaliseringsområdet er det ikke minst viktig å ha et ekstra fokus på behovene i kommunene. Det er vanskelig å se for seg at mer enn 400 kommuner hver for seg skal klare å komme frem til gode digitale løsninger som snakker godt sammen. Det bør derfor på en rekke områder komme på plass felles løsninger, levert som «pakker» fra statlig nivå til kommunenivå, samtidig som det kommer tydelige forventninger og føringer om at løsningene blir tatt i bruk.

Teknologi er ikke bare nøkkelen til bedre kvalitet i behandling, men også til mer forutsigbarhet, trygghet og tilhørighet underveis i et pasientforløp og i tiden etterpå. Teknologi kan ikke gjøre alt, og menneskelig nærhet og varme, kunnskap og profesjonalitet vil aldri bli overflødig. Men i nær fremtid vil ikke antallet varme hender og kloke hoder strekke til.

Forebygging

Vi mener at forebyggende og befolkningsrettede tiltak må få økt oppmerksomhet. Det må understrekes at en av de viktigste løsningene på alle utfordringene beskrevet over vil være å sørge for at færre får kreft og alvorlige livsstilssykdommer.

Det må prioriteres å fremskynde nedgangen i røyking i Norge. Halvparten av de som røyker over lengre tid, dør av det. De dør av kreft, hjerte- og karsykdom og KOLS. Det må satses på røykeslutt tilbud og det må settes i system, blant annet gjennom prioritering av Frisklivssentraler. Det skal ikke være tilfeldig hvilket tilbud som finnes i den kommunale helse

og omsorgstjenesten. Videre er det viktig å prioritere økt fysisk aktivitet. Økt fysisk aktivitet gir flere leveår med god helse, både lengre levetid og økt livskvalitet, sammenliknet med inaktivitet.

Frivillighetens rolle

Kommunen har en plikt til å gi kommunenes innbyggere de helse- og omsorgstjenestene som de har krav på. For å kunne løse oppgavene i den fremtidige kommunehelsetjenesten er vi avhengig av å møte de medisinske og tekniske utfordringene, men det er også, som nevnt, behov for flere hender. Med den nåværende organiseringen av tjenestene er det ikke nok kapasitet. Kommunene har behov for frivillig innsats som et supplement til å utvikle gode omsorgstjenester. Det er et reelt behov for frivillige i den kommunale- helse og omsorgssektoren. Frivillige kan bidra med sin kompetanse og mangfold for å løse mange fremtidige oppgaver. Men for å få det til er det nødvendigvis behov for å avklare ansvarsfordeling, lage gode avtaler og rutiner osv.

Dagens prioriteringskriterier – nytte, ressurs og alvorlighet

Kreftforeningen mener de gjeldende kriteriene for prioritering i spesialisthelsetjenesten - ressurs, nytte og alvorlighet - bør være utgangspunkt for å utarbeide retningslinjer og krav til prioriteringer i kommunehelsetjenesten. I Stortingsmeldingen «Verdier i pasientens helsetjeneste» skilles det mellom ulike beslutningssituasjoner og rammer for prioriteringer på klinisk nivå, gruppe nivå, administrativt nivå og politisk nivå. En viktig del av det forestående utredningsarbeidet vil være og få oversikt over tilsvarende avgrensninger for de lovpålagte oppgavene som gjøres i kommunehelsetjenesten.

Kommunene har på mange måter et bredere og mer sammensatt ansvar enn spesialisthelsetjenestens sørge-for ansvar for å tilby helsetjenester. I tillegg til helsehjelp skal kommunene sørge for et bredere sett av tilbud og dekke flere, som for eksempel forebyggende tjenester, oppfølging av pasienters bolig og livssituasjon og gjerne tilbud som omfatter flere deler av helse- og omsorgstjenestene samtidig. Kunnskapsgrunnet for denne typen tjenester vil i mange sammenhenger være dårligere enn for helsehjelpen som gjennomføres i sykehusene, noe som for eksempel gjør det vanskelig å sammenligne og vurdere kost-nyttevurderinger.

Kontaktperson: leder Politisk sekretariat Beate Heieren Hundhammer, Kreftforeningen
Tlf.: 977 32 781, e-post: Beate.Heieren.Hundhammer@kreftforeningen.no, www.kreftforeningen.no