



KREFTFORENINGEN

Helse- og omsorgsdepartementet

Oslo, 2. mars 2017

Deres ref.:

Vår ref.:

Saksbehandler: Thomas Axelsen

Høring - NOU 2016:25 Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten

Kreftforeningen er en av de største bruker- og interesseorganisasjonene i Norge med 113 000 medlemmer og 25 000 frivillige. Kreftforeningens formål er å arbeide for å forebygge og bekjempe kreft samt bedre livskvaliteten for pasienter og pårørende. Over 250 000 mennesker i Norge har eller har hatt kreft. Årlig rammes over 32 000 mennesker og omtrent 11 000 dør hvert år som følge av kreftsykdom. Kreft er hyppigste dødsårsak for de under 75 år og det forventes en markant økning av nye krefttilfeller de nærmeste årene. Ett av tre krefttilfeller kan forebygges. Årlig bevilges det rundt 250 millioner kroner til ulike prosjekter ved norske forskningsinstitusjoner.

Kreftforeningen takker for å ha mottatt «NOU 2016: 25 Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten» på høring.

Kreftforeningen er først og fremst opptatt av at brukerne får et helsetilbud av høyest mulig kvalitet, og at eierstrukturen i størst mulig grad må bygge opp under en slik målsetning. Herunder at eierstrukturen støtter opp under god samhandling og koordinerte tjenester. I vårt høringssvar vil vi peke på de områdene vi ser på som de viktigste ved valg av fremtidig eierstruktur.

Brukermedvirkning

Kreftforeningen er glad for at regjeringen har viet stor oppmerksomhet til jobben med å skape pasientens helsetjeneste. For å lykkes med en slik målsetning er det behov for at spesialisthelsetjenesten i enda større grad innretter seg mot brukernes behov. Eierskapsmodellen må derfor så langt det lar seg gjøre legges til rette for økt pasientinnflytelse gjennom brukermedvirkning både på individ-, tjeneste-, og systemnivå.

Kvalitet i tjenestene

Norske sykehus skal først og fremst sikre norske innbyggere et helsetilbud som holder høyest mulig kvalitet. I «Nasjonal helse- og sykehusplan» legges det gode premisser for sykehus som styrer på kvalitet. Kreftforeningen er derfor opptatt av at den eierstrukturen man faller ned på i størst mulig grad legger til rette for en implementering av de politiske føringene som legges til grunn i sykehusplanen. I et slikt arbeid må det også utvikles gode indikatorer på kvalitet som er lett tilgjengelige for befolkningen.

Vi ser en stor utfordring med uønsket variasjon når det kommer til innholdet i tjenestene og med tanke på resultatene som oppnås. Dette må i så stor grad som mulig unngås. Vi er også opptatt av at lokale kamper ikke kommer i veien for de sentraliseringene som er nødvendige på kreftområdet, samtidig som vi er positive til en desentralisering av de oppgavene som kan desentraliseres. For eksempel er det viktig at avansert kreftkirurgi sentraliseres slik at den enkelte kirurg og institusjon oppnår tilstrekkelig volum, mens selve behandlingen med cellegift med fordel kan desentraliseres.

Digital infrastruktur

Vi viser til de overordnede målene i «én innbygger, én journal» som skal bidra til gode koordinerte tjenester av høy kvalitet. Kommunene og spesialisthelsetjenesten trenger en felles løsning for å sikre brukerne koordinerte og sømløse tjenester. Eierstrukturen som velges må bidra til innføring og styrking av nasjonal digital infrastruktur og nasjonale e-helseløsninger.

Den foreløpige e-helsestrategien viser at det er bred enighet i sektoren om å satse på nasjonale e-helsetiltak fremover, og at dagens modeller i forhold til leveranse og finansiering har flere svakheter. Dette påvirker gjennomføringsevnen for nasjonale løsninger. Den nye eierstrukturen må legge til rette for sterkere nasjonal styring, mer hensiktsmessig finansiering og felles forvaltning av nasjonale løsninger. Regionale løsninger bør unngås.

Eierskapsmodellen som velges må bidra til at nye, store e-helseprosjekter kan implementeres på en god måte i hele landet, samt bidra til å bygge ned de barrierene vi ser på dette området i dag.

Forholdet til kommunehelsetjenesten

Vi har en stadig eldre befolkning, og antallet mennesker over 70 år som lever med kreft vil øke opp mot 70% de neste 15 årene. Store deler av tilbudet disse får vil finne sted i kommunene der folk bor. Mange kreftpasienter behandles vekselvis i kommune- og spesialisthelsetjenesten. For at brukerne skal få koordinerte tjenester krever dette stor grad av samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, og det krever både sykehus og kommuner med riktig kompetanse.

Eierstrukturen som velges må legge opp til stor grad av samhandling mellom de ulike tjenestenivåene, og bygge ned de pasientopplevde barrierene mellom sykehusene og de kommunale tilbudene.

Forskning

Norge er et lite land målt i befolkning. For å styrke den kliniske forskningen er det viktig at man har en modell som legger til rette for pasientmobilitet mellom eventuelle regioner, samtidig som det må legges til rette for internasjonalt samarbeid. På mange høyspesialiserte områder vil det være viktigere å bygge opp gode nasjonale miljøer fremfor mindre regionale miljøer.

Politisk ansvar

I kapittel 7.5.5.2 skriver utvalget at «*Det kan forventes mer omkamper og pågang fra pressgrupper i budsjettprosessen og i enkeltsaker når statsråden har sørge-for-ansvaret, og buffer-rollen som regionale helseforetak har i dag, fjernes.*» Her ønsker vi å minne om at dette også har en motsatt slagside, nemlig at for mange administrative nivåer kan bidra til at de ulike partene ender opp med å peke på hverandre i viktige spørsmål.

Kreftforeningen ønsker en eierskapsmodell som fortsatt utvetydig adresserer helseministeren som den øverst ansvarlige for spesialisthelsetjenesten. Modellen må bidra til lavest mulig grad av ansvarsfraskrivelse, samtidig som det selvsagt er viktig å unngå en politisk styring som går på bekostning av et helsetilbud som er basert på faglige retningslinjer. Det er viktig at vi har et helsevesen hvor det med all tydelighet fremgår hvem som har ansvar for hva.

Med vennlig hilsen
Kreftforeningen

Ole Alexander Opdalshei
assisterende generalsekretær