



Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)
Postboks 8011 Dep

0030 Oslo

(Høringssvaret sendes elektronisk)

Oslo, 15. mai 2019

Deres ref.: 19/753
Vår ref.: 19-1855
Saksbehandler: Bente Øverli

NOU 2018:16 Det viktigste først – Kreftforeningens høringssvar

Kreftforeningen er en av de største bruker- og interesseorganisasjonene i Norge med 118 000 medlemmer og 27 500 frivillige. Kreftforeningens formål er å arbeide for å forebygge og bekjempe kreft, samt bedre livskvaliteten for pasienter og pårørende. Over 260 000 mennesker i Norge har eller har hatt kreft. Årlig rammes nær 33 000 mennesker og årlig dør nær 11 000 av kreftsykdom. Kreft er hyppigste dødsårsak blant de under 75 år og det forventes en markant økning av krefttilfeller de nærmeste årene. Ett av tre krefttilfeller kan forebygges. Kreftforeningen er en av de største bidragsyterne til kreftforskning og ga i 2018 220 millioner til ulike prosjekter ved norske forskningsinstitusjoner.

Vi viser til høringsbrev 21.2.19 om NOU 2018:16 Det viktigste først. Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester.

Departementet ber særlig om en vurdering av om de foreslåtte prioriteringskriteriene er egnet for å sikre likeverdige tjenester og da både på faglig, administrativt og politisk nivå, og om de foreslåtte virkemidlene er egnet for å støtte opp om prioriteringer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Kreftforeningen er glade for at prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den offentlig finansierte tannhelsetjenesten nå er satt på kartet på samme måte som i spesialisthelsetjenesten. Dette styrker mulighetene for at helsetjenestene og det totale helse- og omsorgstilbudet sees i sammenheng.

Vi støtter forslaget om at de gjeldende kriteriene for prioritering i spesialisthelsetjenesten (ressursbruk, nytte, alvorlighet) også skal benyttes i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og tannhelsetjenesten. Videre mener vi at det foreslåtte tilleggskriteriet om at et tiltaks prioritet også må ivareta økt fysisk, psykisk og sosial mestring er helt sentralt for å forsøksvis ivareta bredden i ansvar og oppgaver kommunene har når det gjelder innbyggernes helsetilstand og omsorgsbehov.

Vi har noen kommentarer knyttet til den praktiske anvendelsen av prioriteringskriteriene og prinsippene. Ett prinsipp er f.eks. at dess mindre ressurskrevende et tiltak er, dess høyere prioritet får det. Mange har behov for stor grad av tverrfaglighet i den oppfølgingen som gis (f.eks. knyttet til rehabilitering og mestring), noe som kan være svært ressurskrevende. Dette må tas høyde for i prioriteringene. Mens spesialisthelsetjenesten i hovedsak har

oppmerksomhet på diagnose, ser kommunehelsetjenesten mest på funksjon, noe som også kan få konsekvenser for prioritering. Vi er opptatt av å sikre at prioriteringskriteriene i minst mulig grad kommer i konflikt med nødvendighetsprinsippet (det vil si retten til nødvendig helsehjelp) i helse- og omsorgstjenesteloven. Kriteriene må også utformes slik at de i praksis ivaretar forebygging og helsefremming slik helse- og omsorgstjenesteloven pålegger kommunene. Dette blir ikke minst viktig i tiden framover for å fremme god livskvalitet og redusere sannsynligheten for livsstilssykdommer med de menneskelige og samfunnsøkonomiske kostnader det har. Kriteriene må også utformes slik at de i praksis blir så anvendelige som mulig i situasjoner hvor det kan synes noe tilfeldig om tiltaket skal besluttes og/eller foregå i regi av spesialisthelsetjenesten eller kommunehelsetjenesten (f.eks. rehabiliterings- og mestrings tiltak).

Vi er videre opptatt av at det må være mulig å få innsikt i og kunne etterprøve prioriteringsbeslutninger, blant annet for å sikre likeverdige tjenester og tilbud både sosialt og geografisk. Utvalgets anbefaling om å utarbeide nasjonale prioriteringsveiledere som beskriver hvordan nytte og alvorlighetskriteriet normalt skal tolkes ved tildeling av vedtaksbaserte kommunale tjenester blir derfor viktig å følge opp. Vi støtter forslaget om å etablere et nasjonalt kompetansemiljø som kommunene og fylkeskommunene kan støtte seg til i det praktiske prioriteringsarbeidet.

Utvalget understreker betydningen av arbeidet med å styrke forskningen på tiltak i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og tannhelsetjenesten. Dette støtter vi fullt ut, siden et godt kunnskapsgrunnlag er essensielt for prioriteringer i tråd med prinsippene, og ikke minst fordi kunnskapsgrunnlaget per i dag er svært mangelfullt sammenlignet med tilsvarende kunnskap om spesialisthelsetjenesten. Styrking av datainnhenting, datakvalitet, nødvendig teknisk infrastruktur og digitalisering er en sentral del av dette. Når utvalget foreslår å iverksette forsøk i enkeltkommuner for å få praktisk erfaring, anbefaler vi sterkt at det igangsettes systematisk følgeforskning parallelt. Vi antar det også vil være mye å hente fra arbeidet som er gjort knyttet til HelseOmsorg 21.

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 blir kortere. Dette vil kreve enda mer av de kommunale tjenestene fremover. Det stiller krav til økt kompetanse i kommunen, samhandling og koordinering mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og også på tvers av sektorene i kommunehelsetjenesten og med Nav. Utvalget påpeker at helsepersonell er en knapp ressurs, og at en hensiktsmessig prioritering også innebærer en vurdering av hvilke yrkesgrupper som på en mest mulig kostnadseffektiv måte kan utføre de enkelte oppgavene. Vi mener at pågående og planlagte piloter knyttet til primærhelseteam og oppfølgingsteam vil gi nyttige erfaringer på dette området. Fra vårt ståsted er det også viktig å prioritere stillinger som kreftkoordinator og annen kreftfaglig kompetanse for å møte den store veksten i antall krefttilfeller og antall kreftoverlevende som vil legge beslag på betydelige ressurser i kommunene framover. Ikke minst er det også viktig å prioritere faglig kompetanse som fremmer folkehelse og reduserer risikoen for at folk blir syke og skadet. De siste års budsjettmidler for å styrke helsestasjoner og skolehelsetjenesten i kommunene er et godt eksempel på dette.

For å løse oppgavene i den framtidige kommunehelsetjenesten når ressursene blir knappere og prioriteringene vanskeligere, trengs det flere hender og hoder. Det vil derfor være et reelt behov for langt flere frivillige enn i dag for å supplere de tilbudene som gis. Vi mener at


denne tematikken med fordel kunne vært påpekt i utredningen. En løsning kan være å ivareta tematikken blant annet i det videre arbeidet med utarbeidelse av prioriteringsverktøy om disse også skal omfatte hvem som bør eller kan ha ulike roller i prioriterte tilbud og tjenester til ulike grupper.

Vi synes utvalget på en god måte omtaler nødvendigheten av, og fordelene med, brukermedvirkning, herunder pårørendes rolle.

Avslutningsvis støtter vi anbefalingen om at det bør foretas en gjennomgang av hvorvidt dagens finansieringsordninger støtter opp om prioritering i henhold til de foreslåtte prinsippene.

Vi ønsker departementet lykke til med oppfølgingen av hørings svarene og det videre arbeidet.

Med vennlig hilsen
Kreftforeningen



Ole Alexander Opdalshei
assisterende generalsekretær

