



KREFTFORENINGEN

Helse og omsorgsdepartementet
Teatergata 9
0030, Oslo

Oslo, 2. mai 2023

Saksbehandler: Andreas Høiaas

Høringsinnspill til NOU 2023: 4

Tid for handling — Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste

Kreftforeningen takker for muligheten til å komme med innspill til NOU 2023: 4 – Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste (Helsepersonellkommissjonens rapport). Kreftforeningen er en landsdekkende, frivillig organisasjon innen kreftarbeidet i Norge og har over 135 000 medlemmer og om lag 20 000 frivillige. Kreftforeningen jobber for at færre skal få kreft, at flere skal overleve kreft og at kreftrammede og pårørende skal ha best mulig livskvalitet. Vi er en aktiv samfunnsaktør og bidrar til målrettet innsats innen forskning, omsorg, forebygging, informasjon, internasjonalt arbeid og politisk påvirkningsarbeid. Arbeidet er basert på innsamlede midler, testamentariske gaver og tippemidler. Den brede støtten i befolkningen gjør oss til den ledende frivillige organisasjonen innen kreftarbeidet i Norge.

I dette høringssvaret kommer vi til å knytte noen overordnede kommentarer til Helsepersonellkommissjonens overordnede budskap, før vi kommer med mer konkrete innspill på utvalgte tema. Her er våre samlede innspill:

Kreftforeningen ber om at regjeringen i oppfølgingen av rapporten fokuserer på:

- *Hvordan prinsippene for prioriteringer bedre kan implementeres i hele helsetjenesten for å sikre at begrensede valg blir implementert på en god måte som tar høyde for brukerens behov og preferanser. Dette vil være naturlig å følge opp i den kommende prioriteringsmeldingen.*
- *Reduksjon av medisinsk overaktivitet (overdiagnostisering og overbehandling) må gis langt større oppmerksomhet med tilhørende virkemidler, ref. blant annet Kloke valg-kampanjen.*
- *Hva som er en rimelig ressursbruk i den norske helsetjenesten, og konsekvensene av å investere en større andel av BNP for å utvikle helsetjenesten og investere i teknologi som vil gjøre helsetjenesten rustet til å møte fremtidens utfordringer på en god måte.*
- *Hvordan man best kan få på plass en pasient- og brukerrettighetslov som sikrer pasientenes rettigheter og høy tillitt til helsevesenet på en god måte som ikke unødvendig belaster helsetjenesten ressurser. Kreftforeningen ber derfor om total*

revisjon av pasient- og brukerrettighetsloven som ivaretar pasientenes rettigheter og samtidig gjør loven lettfattelig for pasienter, helsepersonell og befolkningen for øvrig.

- *Hvordan man kan sikre at de helsefremmende og forebyggende tiltakene utenfor helsetjenesten som man har empiri på vil redusere ressursbruken i helsetjenesten gis økt prioritet i budsjettprioriteringene, slik Helsepersonellkommisjonen legger opp til i sin rapport.*
- *Å få på plass et program for effektiv organisering og riktig oppgavedeling i tråd med kommisjonens anbefaling. Dette bør etableres i sammenheng med lanseringen av Nasjonal helse- og samhandlingsplan.*
- *Å gi en tydelig beskrivelse av, gjerne i Nasjonal helse- og samhandlingsplan, på hvordan helsefrivilligheten kan spille en større rolle i fremtidens helsetjeneste, og hvordan man kan sikre gode samarbeidsformer mellom myndighetene og noen av de store og profesjonelt drevne brukerorganisasjonene.*
- *Å sikre at helsefrivilligheten blir en sentral del av fremtidens helseberedskap. Dette må løftes i den kommende Helseberedskapsmeldingen.*
- *Hvordan man i større grad kan sikre at utdanningsinstitusjonene tilpasser fagplaner til dagens og fremtidens kompetansebehov.*
- *Hvordan gode og smartere metoder for kompetanseoverføring kan implementeres i tjenesten på en måte som sikrer at arbeidende personell tilegner seg den kunnskapen de trenger for å kunne møte helsetjenestens behov på en god måte.*
- *Hvordan man kan sikre en helhetlig tilnærming til helsefaget slik at helsefagarbeidere både får en rimelig oppgavebyrde, gode muligheter for kompetanseheving, og faglig utfordrende arbeidsoppgaver.*
- *Hvordan man kan på sikre desentraliserte utdanninger som bidrar til rekruttering i hele Norge, samtidig som behovet for god kvalitet i utdanningen ivaretas.*
- *Å sikre en vedvarende investeringsvillighet og et ambisjonsnivå som sikrer en hurtig og god implementering av en digital struktur som bidrar til mer effektiv bruk av helsetjenestens ressurser, og bedre pasientoppfølging.*
- *Tilpassing av lovverket slik at de nødvendige løsningene kan komme på plass uten at juridiske barrierer forsinker disse prosessene.*
- *Implementeringen av programmer som sikrer digital kompetanseheving, og støtte til endringsledelse, for å sikre optimal bruk av ny digital teknologi etter innføring.*

Overordnede kommentarer til situasjonsbeskrivelsen

Helsepersonellkommisjonen bruker betydelig tid og plass på å gi en situasjonsbeskrivelse av den norske helsetjenesten, og legger til grunn i analysen at:

- Norge bruker mye penger per innbygger på helse sammenlignet med andre land.
- Det ikke er en sammenheng mellom befolkningens forventninger knyttet til helse- og omsorgstjenestene og bærekraften i tjenestene.
- Det blir behov for mer arbeidskraft i andre sektorer, og at vi derfor ikke kan ha en økning i sysselsettingen i helse- og omsorgstjenesten.

Kreftforeningens hadde ønsket at det ble tydeligere understreket hvilke karakteristikk ved den norske helsetjenesten som har innvirkning på kostnadsbruken. En del av vår helsetjenestes ressursbruk skyldes organisatoriske forhold gitt av blant annet vårt bosetningsmønster og geografiske forhold. Hvilken del av ressursbruken som skyldes geografi og hva som skyldes manglende effektivitet er i liten grad diskutert, og vi opplever dette som en mangel i rapporten.

Videre, Kreftforeningen har forståelse for hvorfor utvalget velger å legge til grunn en lineær utvikling basert på dagens situasjon, da fremtiden er usikker. Samtidig vektet denne forutsetningen svært sterkt i rapportens analyser, og vi skulle gjerne ha sett at dette bildet ble nyansert ytterligere.

Til slutt setter Kreftforeningen spørsmålsteget ved påstanden om at det ikke er en sammenheng mellom befolkningens forventninger knyttet til helse- og omsorgstjenestene og bærekraften i tjenesten. Dagens offentlige helsetjeneste nyter en stor grad av tillitt, og er en av bærebjelkene i vårt velferdssamfunn. Et økt gap i forventningene om hva som bør tilbys i den offentlige helsetjenesten og faktisk tilbud vil kunne gjøre at denne tillitten over tid forvitrer. Dette vil kunne bane vei for en ytterligere todeling av helsetjenesten og en sterkere fremvekst av private tjenester. En styrket privat sektor vil igjen kunne redusere bærekraften i det offentlige helsetilbudet da helsepersonell blir en knappere ressurs. Det er med andre ord en sterk sammenheng mellom bærekraften i, og befolkningens forventninger til, helsetjenesten.

Om prioriteringer og begrensende valg i helsetjenesten

Prioritering var ikke en uttrykt del av Helsepersonellkommisjonens mandat. Kreftforeningen mener at dette er et viktig kapittel som belyser prinsipielle temaer, og vil berømme kommisjonen for å ha viet såpass mye plass til tematikken. Prioritering er i kommisjonens rapport satt i sammenheng med det de beskriver som begrensende valg, hvor målet er en reduksjon av overbehandling.

Kreftforeningen støtter fullt ut at utnyttelse av helsetjenestens ressurser gjennom valg av metoder og fokusområder gis en større plass i debatten om prioritering. Hittil har prioriteringsdebatten i stor grad handlet om de 6-7% av budsjettene som går til legemidler, og i svært liten grad hvordan man allokterer ressursene i i resten av helsebudsjettet. Lønnskostnadene til helsepersonell, som tross alt utgjør 66 prosentene av budsjettet.

Rapporten har et avsnitt om systemet for Nye metoder, og hvordan debatten om dette systemet viser hvor krevende det er å prioritere innenfor helse- og omsorgstjenesten i Norge. Over 90 prosent av metodene som var oppe til beslutning i Nye metoder i 2022 var legemidler, og nær 40 prosent av disse legemidlene var på kreftområdet, og slik har fordelingen vært mer eller mindre i systemets levetid. Kreftpasienter har derfor i mange tilfeller måttet forholde seg til systemets beslutninger, og i aller høyeste grad følt seg truffet av eksplisitte prioriteringer. Vi er derfor glade for at kommisjonen påpeker at det arbeidet som nå gjøres med videreutvikling av Nye metoder er viktig. De skriver imidlertid videre at *«det må bidra til å holde omfanget og kostnadene til ved innføring av nye metoder og legemidler innenfor det som kan forsvares ut fra (...) retningslinjene for prioritering.»* Kreftforeningen ønsker å understreke at det aldri har vært tvil om systemet for Nye metoder har fulgt retningslinjene for prioritering. Spørsmålet har heller vært hvilke konsekvenser lang saksbehandlingstid og nye runder med prisforhandlinger har hatt for pasientene som har ventet, forholdet mellom vurderinger på gruppenivå og den enkelte pasient, og om systemet har vært i besittelse av de rammene for prioritering, verktøyene og ressursene som trengs for å håndtere dette på en forsvarlig og legitim måte.

Så godt som alle behandlingsmetoder som Beslutningsforum sier nei til å innføre, ledsages av et utsagn om at dette ønsker man å tilby, men prisen er for høy. Dette skiller seg derfor i stor grad fra de tjenestene som kommisjonen peker på – tjenester som gir ingen eller liten

nytte. Kreftforeningen mener det er viktig å gjøre dette skillet mellom anskaffelser av nye legemidler, og utfasing av metoder med liten effekt. Systemet har hittil i liten grad lyktes med å utfase metoder, men dette vil sannsynligvis kunne bidra til legitimiteten til eksplisitte prioriteringer om man klarer å utvide perspektivet til å omhandle større deler av helsetjenesten.

På den ene siden hevder kommisjonen at mye av etterspørselen i helsetjenesten er tilbudsstyrt. På den andre siden drøfter de hvorvidt en nedprioritering av lavt prioriterte tjenester kan medføre en oppbygging av dette tilbudet i privat regi, med en påfølgende lekkasje av helsepersonell. I det tilfellet den enkelte pasient velger å gå til det steget å benytte seg av en privat helsetjeneste, som ikke tilbys av det offentlige, kan dette i enkelte tilfeller være et uttrykk for at helsetjenesten og den enkelte pasient vurderer nytten av en intervensjon ulikt. Her vil både brukerinvolvering og mer forskning på pasientenes preferanser kunne ha en rolle for å avgjøre hvilke begrensende valg som bør gjøres i helsetjenesten.

Om det er slik at det er en høy betalingsvillighet i befolkningen etter private helsetjenester mener også Kreftforeningen at man bør diskutere mer inngående om størrelsen på budsjettoverføringerne til helsetjenestene reflekterer befolkningens betalingsvillighet for disse tjenestene. Ved å i større grad satse på innovasjon og privat-offentlig samarbeid i helsetjenesten vil deler av personellutfordringene kunne løses ved å levere helsetjenester på nye måter.

Kommisjonen peker også på manglende pasientinformasjon knyttet til rasjonell bruk av helsetjenesten, og at det er behov for en holdningsendring i befolkningen. Det er klart at god forventningsstyring er viktig, men samtidig må man ta høyde for at slik informasjon ikke nødvendigvis tolkes likt i befolkningen. Det er også viktig at man ikke tar utgangspunkt i det som er beleilig for tjenesten, men setter brukerens behov i sentrum av den videre utviklingen av helsetjenesten.

Når det gjelder prioriteringer og begrensende valg i helsetjenesten, vil vi også framheve viktigheten av å se nøye på medisinsk overaktivitet, i betydning overdiagnostisering og overbehandling, ref. kap. 11 Prioritering og reduksjon av overbehandling. Bevissthet om, og reduksjon av, overbehandling er vesentlig å gjennomføre for alle formål. Et eksempel på et slikt tiltak er Klope valg-kampanjen som omtales flere steder i rapporten. Denne type tiltak kan med fordel kan gis mer oppmerksomhet til enn i dag.

Under pkt. 11.8.2 står følgende:

“Det kan også stilles spørsmål ved om sykehus som gjennomfører inngrep eller forlenger sykehusopphold for pasienter som følge av feilbehandling, bør kunne motta finansiering til dette. Gitt en målsetting om å redusere omfanget av feilbehandling mest mulig, er en finansiering til oppgaver forårsaket av feilbehandling, et uheldig signal”.

Vi ser intensjonen med dette forslaget, men ut fra et pasientperspektiv (og også helsepersonellperspektiv) må vi forsikre oss om at det ikke blir ulønnsomt å rette opp i feilbehandling. Feil og svikt vil dessverre alltid kunne skje, noe finansieringssystemet må ta høyde for. For å sikre at finansieringen er mer målrettet på dette området bedre enn i dag, støtter vi at det gjøres en gjennomgang av DRG-satser og egenbetaling for å identifisere en

justering som kan bidra til å redusere insentivene til å tilby/benytte helsehjelp som har lavere prioritet.

Med dette som bakgrunn ønsker Kreftforeningen at regjeringen i oppfølgingen av rapporten fokuserer på:

- *Hvordan prinsippene for prioriteringer bedre kan implementeres i hele helsetjenesten for å sikre at begrensende valg blir implementert på en god måte som tar høyde for brukerens behov og preferanser. Dette vil være naturlig å følge opp i den kommende prioriteringsmeldingen.*
- *Reduksjon av medisinsk overaktivitet (overdiagnostisering og overbehandling) må gis langt større oppmerksomhet med tilhørende virkemidler, ref. blant annet Kloke valg-kampanjen.*
- *Hva som er en rimelig ressursbruk i den norske helsetjenesten, og konsekvensene av å investere en større andel av BNP for å utvikle helsetjenesten og investere i teknologi som vil gjøre helsetjenesten rustet til å møte fremtidens utfordringer på en god måte.*

Om pasientenes rettigheter

Norge har sterke pasientrettigheter, bredt støttet på Stortinget og i befolkningen. Helsepersonellkommisjonen problematiserer imidlertid at helse- og omsorgstjenesten blir satt under press som følge av befolkningens stadig økende forventninger til pasientrettigheter og kvalitet i helse- omsorgstjenester. For å sikre bærekraft i den offentlige helse- og omsorgstjenesten foreslår Helsepersonellkommisjonen blant annet å gjennomgå eksisterende og fremtidige pasientrettigheter og vurdere hvilke personellbehovkonsekvenser dette utløser. Det anbefales videre å se nærmere på hvordan pasientforløp kan forenkles gjennom justerte anbefalinger og pålagte normer for behandling. Ordninger som fordrer betydelig personell- og ressursbruk i helse- og omsorgstjeneste, men som ikke i seg selv bidrar til forbedret helse trekkes frem som «unødvendige helse- og omsorgstjenester» som derfor ikke bør prioriteres. Brukerstyrt personlig assistanse (BPA), pårørendestøtte og retten til å anmode tilsyn er blant disse.

Kreftforeningen støtter kommisjonens overordnende anbefaling om at det må foretas grundige konsekvensutredninger der det skal innføres nye eller ved fremtidig endring av eksisterende pasientrettigheter.

På bakgrunn av mandatet er det ikke overraskende at kommisjonen har et særskilt søkelys på personellmessige konsekvenser. Kreftforeningen vil imidlertid minne om at ressurs- og personellmessige konsekvenser må ses på og vurderes likestilt med hvilke konsekvenser en styrking eller lemping av rettigheter vil ha for pasienter og pårørende.

Kreftforeningens ønsker å være tydelig på at helse- og omsorgstjenesten først og fremst må innrette seg etter pasient- og brukeres behov for nødvendig helsehjelp og sørge for at alle får tilgang til en forsvarlig standard. Kreftforeningen er bekymret for kommisjonens uttalte skepsis og bekymring for stadig sterkere pasientrettigheter. Etter vårt syn er det ikke nødvendigvis pasientrettighetene som skaper utfordringer i helse- og omsorgstjenesten, men snarere operasjonaliseringen av rettighetene. Anmodning om tilsyn fra pasienter og pårørende er et av flere eksempler som trekkes frem av kommisjonen. Tilsynsmuligheter og rapportering er først og fremst viktige styringsdata for tjenestene og gir pasientene en viktig sikkerhetsventil i tilfeller der forsvarlige standarder unntaksvis ikke overholdes. Ressursene

som medgår til rapportering og håndheving av ulike tilsynsordninger bestrides ikke, men vi stiller spørsmål om slike mer administrative oppgaver kunne overføres fra leger, sykepleiere og annet helsepersonell til administrativt personell.

Muligheter for pasienter og pårørende til å anmode om tilsyn, er også viktig for å opprettholde en høy tillit til helsetjenesten hos pasienter, pårørende og i befolkningen generelt. At det er svært høy tillit til helsevesenet, tjener alle på. Dette må hegnes om og styrkes.

Med dette som bakgrunn ønsker Kreftforeningen at regjeringen i oppfølgingen av rapporten fokuserer på:

- *Hvordan man best kan få på plass en pasient- og brukerrettighetslov som sikrer pasientenes rettigheter og høy tillitt til helsevesenet på en god måte som ikke unødvendig belaster helsetjenesten ressurser. Kreftforeningen ber derfor om total revisjon av pasient- og brukerrettighetsloven som ivaretar pasientenes rettigheter og samtidig gjør loven lettfattelig for pasienter, helsepersonell og befolkningen for øvrig.*

Om forebygging og helsefremmende tiltak

Kreftforeningen er glade for at Helsepersonellkommisjonen i så sterk grad vektlegger behovet for et sterkt folkehelsearbeid og satsing på forebygging. En befolkning med god helse og helsekompetanse, og et samfunn som legger til rette for at det blir lett å ta gode valg, vil redusere behovet for innsats fra helsepersonell.

Kreftforeningen har nettopp fått utarbeidet en rapport av Kreftregisteret som viser at 38% av alle krefttilfeller i Norge skyldes faktorer som kan forebygges. Eksempler på praktisk politikk som vil kunne påvirke folkehelsen og redusere antallet krefttilfeller er:

- En aktiv pris- og avgiftspolitik som legger til rette for sunne valg gode valg
- En aktiv politikk som stanser markedsføring av usunne varer til barn og unge.
- En fortsatt streng alkohol- og tobakkspolitikk.
- Et program for å utrydde HPV-relatert kreft i løpet av få år.

Mange av løsningene finnes utenfor helsetjenesten og arbeidet må være tverrsektorielt og rettes mot system og strukturer. Barnehager, skoler, arbeidsplasser, kulturtilbud, kosthold og fysisk aktivitet, levekår og sosiale forhold er alle arenaer og faktorer som er viktige for folkehelsen og for en bærekraftig helsetjeneste. Målet om en bærekraftig helsetjeneste må forankres bredt og flere aktører må ta ansvar for å sikre helsefremmende aktiviteter. Arbeidet må monitoreres, evalueres og følges opp slik at vi sikrer best mulig effekt av tiltakene. Dette fordrer at vi stimulerer til implementeringsforskning og bruker mer ressurser på kunnskapsbasert forebygging.

Kreftforeningens nylig gjennomførte pasientforløpsundersøkelse viser at pasienter ønsker langt mer informasjon og kunnskap om hva de selv kan gjøre for å leve best mulig under og etter sykdom. Å mestre hverdagen gjennom egeninnsats, vil avlaste helsepersonell i betydelig grad. Konkret har Kreftforeningen tidligere pekt på at det i tidsrommet mellom at pasienten får en kreftdiagnose og at behandling starter bør gjøres mer prehabilitering. Dette handler om å sikre at pasienter tåler behandlingen så godt som mulig gjennom systematisk oppfølging i form av kostholdsveiledning, røykeslutt, fysisk aktivitet og psykososial oppfølging.

Med dette som bakgrunn ønsker Kreftforeningen at regjeringen i oppfølgingen av rapporten fokuserer på:

- *Hvordan man kan sikre at de helsefremmende og forebyggende tiltakene utenfor helsetjenesten som man har empiri på vil redusere ressursbruken i helsetjenesten gis økt prioritet i budsjettprioriteringene, slik Helsepersonellkommisjonen legger opp til i sin rapport.*

Om fleksibel oppgavedeling på alle nivåer

Helsepersonellkommisjonen peker på at vi må ha “riktig kompetanse på riktig sted”. Dette er et perspektiv vi støtter. Kreftforeningen mener at det i for stor grad er nivåene i helsetjenestens og profesjonenes behov som har blitt vektet i utviklingen av helsetjenesten de siste tiårene.

Skal vi klare å oppnå regjeringens ambisjon om “vår felles helsetjeneste” må vi starte med å ta utgangspunkt i oppgavene som skal løses, og behovene pasientene, de pårørende og innbyggerne har i møte med tjenesten. Deretter må vi finne den riktige oppgavefordelingen, vi må gjøre alvor av ideen om at oppgaver skal løses på det laveste mulige nivået – og vi må bruke alle de ressursene vi har tilgjengelig. Helsepersonellkommisjonen er tydelige på at vi må bygge oppgavedelingen nedenfra. I det nederste nivået i pyramiden ligger tilrettelagt egenomsorg og de pårørende, mens helsefrivilligheten har fått plass i det nest nederste nivået. Kommisjonen beskriver hvordan tilgangen til helsepersonell i fremtiden vil være en begrenset ressurs, og skal man da opprettholde et godt og forsvarlig helsetilbud også i fremtiden er vi avhengige av at det investeres i andre innsatsfaktorer og har et økt fokus på oppgavedeling. Kommisjonen foreslår et program for effektiv organisering og riktig oppgavefordeling og vi opplever at dette er et svært godt forslag. Kreftforeningen håper at regjeringen stiller seg bak forslaget, og at det bevilges midler i tråd med kommisjonens anbefaling.

Med dette som bakgrunn ønsker Kreftforeningen at regjeringen i oppfølgingen av rapporten fokuserer på:

- *Å få på plass et program for effektiv organisering og riktig oppgavedeling i tråd med kommisjonens anbefaling. Dette bør etableres i sammenheng med lanseringen av Nasjonal helse- og samhandlingsplan.*

Om helsefrivillighetens rolle i oppgaveløsningen

Historisk sett har frivilligheten vært en viktig innovatør og tjenesteutvikler på helseområdet. En rekke av de helsetilbudene vi i dag tar for gitt at det offentlige skal tilby ble i sin tid startet av frivillige aktører, før de senere ble overtatt og finansiert av det offentlige. Kommisjonens virkelighetsbeskrivelse tilsier at vi i noen tilfeller vil måtte se på oppgaveglidning i den andre retningen, og at de frivillige organisasjonene tar en større rolle i leveransene av enkelte tjenesten. Helsepersonellkommisjonen skriver om helsefrivilligheten at:

“Organisasjonene har i tillegg mye kunnskap og dermed et potensial for å få en mer formalisert rolle i tjenesteutvikling og tjenesteleveranse i sykehus og kommuner. Organisasjonene står blant annet ofte bak utvikling og innovasjon ved å bistå i prosesser for tjenesteutvikling”.

Det står videre at:

“Brukerorganisasjonene, i tett samarbeid med helse- og omsorgstjenestene, kan bidra mer for å styrke helsekompetansen blant brukere, pasienter og pårørende. Blant annet kan informasjon-, rådgivnings og veiledningstjenester fra frivillige brukerorganisasjoner til

brukere, pasienter og pårørende forsterkes. Det er imidlertid **behov for å systematisere arbeidet, og å gi det støtte for å sikre forutsigbarhet og kvalitet i arbeidet.** Helsepersonellkommisjonen vurderer at det bør utredes om og hvordan helse- og omsorgstjenestene kan inngå **forpliktende samarbeidsavtaler med frivillige brukerorganisasjoner** slik at de kan bidra til å fremme helsekompetansen i befolkningen” (Våre uthevninger).

Helsefrivilligheten vil kunne løse mange oppgaver mer effektivt og billigere enn det som gjøres i dag, men skal de spille en avgjørende rolle i fremtidens helsetjeneste er det likevel avgjørende at organisasjonene sikres tilstrekkelig med forutsigbarhet og finansiering. I tillegg til å bidra til å sikre bærekraften i helsetjenesten vil dette også kunne bidra til å styrke helseberedskapen. Koronakommisjonen skrev i sin første rapport at “[de] ser at frivilligheten har spilt en viktig rolle for mange under pandemien – både gjennom bistand i beredskapsarbeidet, kommunikasjon til ulike grupper og opprettholdelse av aktivitet og sosial støtte til mennesker. Brukerperspektivet fra pasientorganisasjoner er verdifullt for myndighetenes krisehåndtering. Kommisjonen mener det vil være nyttig å evaluere samarbeidet mellom myndighetene og frivilligheten for å trekke ut gode erfaringer for likeverdig offentlig–frivillig samarbeid for framtiden. **Samarbeid i krise bør bygge på likeverdig samarbeid i normalsituasjoner** (Vår utheving).

Her ser vi at behovene for å sikre helseberedskapen er sammenfallende med behovene for å sikre bærekraften i helsetjenesten. Regjeringen bør derfor komme tilbake i nasjonal helse- og samhandlingsplan med en tydelig beskrivelse av hvordan helsefrivilligheten kan spille en større rolle i fremtidens helsetjeneste, og hvordan man kan sikre gode samarbeidsformer mellom myndighetene og noen av de store og profesjonelt drevne brukerorganisasjonene.

Med dette som bakgrunn ønsker Kreftforeningen at regjeringen i oppfølgingen av rapporten fokuserer på:

- Å gi en tydelig beskrivelse av, gjerne i Nasjonal helse- og samhandlingsplan, på hvordan helsefrivilligheten kan spille en større rolle i fremtidens helsetjeneste, og hvordan man kan sikre gode samarbeidsformer mellom myndighetene og noen av de store og profesjonelt drevne brukerorganisasjonene.
- Å sikre at helsefrivilligheten blir en sentral del av fremtidens helseberedskap. Dette må løftes i den kommende Helseberedskapsmeldingen.

Om utdanning og økt kompetanse i helsetjenesten

Selv om mye av behovene til helsetjenesten kan løses utenfor helsetjenesten og gjennom bedre organisering vil fortsatt god kunnskap og høy kompetanse i alle helsetjenestens nivå være en bærebjelke i fremtidens helsetjeneste.

Det er et stort behov for ny kunnskap og økt kompetanse blant dagens helsepersonell. Bruk av avanserte beslutningsverktøy og analyser, samt et tettere samspill mellom forskning og klinikk kommer til å bli en sentral del av pasientbehandlingen fremover. Kreftforeningen hadde håpet på at den reviderte strategien for persontilpasset medisin skulle peke ut en retning, men den mangler konkrete målrettede tiltak for hvordan dette skal oppnås.

Nye kunnskapsbehov og kompetanseområder vil oppstå i kjølvannet av endringer i helsetjenesten og det vil derfor være viktig at dette legges inn i utdanningene slik at løpene blir mer dynamiske enn i dag. Kreftforeningen har nylig kartlagt seks ulike sykepleierutdanninger vedrørende kompetanse om kliniske studier. Ingen av programmene

hadde kliniske studier på sin fagplan, og kompetansen om dette var lav eller mangelfull på flere av institusjonene. Dette er et eksempel på at utdanningsinstitusjonene hittil ikke har vært gode nok til å tilpasse kunnskapsbehov til dagens behov. Opplæring av helsepersonell i tjenesten vil kreve ekstra ressurser, og det vil derfor være behov for gode og smartere metoder for kompetanseoverføring enn det vi har i dag.

Samtidig som vi trenger økt kompetanse på noen områder som f.eks digitalisering og avanserte behandlingsmetoder, legger kommisjonen til grunn at andelen ansatte i helse- og omsorgstjenestene ikke kan øke. Kommisjonen foreslår at dette kan oppnås ved blant annet bruk av flere med fagarbeiderkompetanse og færre med spesialisert og høyspesialisert kompetanse. Dette vil kreve gode strukturer for oppgavedeling og tydelig satsning på denne gruppen slik at vi sikrer høy kvalitet i helsetjenesten. Ifølge SSB har antall elever som har fullført helse- og oppvekstfag (VK2) gått ned de siste årene. Det vil derfor være behov for økt rekruttering og en større innsats for å få flere elever gjennom dette utdanningsløpet.

En utfordring vil helt klart være å kunne tilby nok praksisplasser til helsefagarbeiderne. Dette er en viktig del av deres utdanning og må tilrettelegges for slik at kompetansen er ivaretatt. Kommisjonen foreslår at helsefagarbeidere skal overta oppgaver fra mer spesialisert personell som et ledd i å beholde spesialisert personell. Oppgaver slik som renhold, skyllerom, matservering og generell pleie er oppgaver som i større grad kan overføres til fagarbeidere. En bedre oppgavefordeling tror vi er et bra tiltak, men det blir også viktig å tilby mer faglig utfordrende arbeidsoppgaver til denne gruppen slik at vi ikke får en flukt fra dette yrket. Dette kan til dels løses ved å innføre sertifiseringer og godkjenninger for enkelte arbeidsoppgaver. Det er viktig at dette balanseres siden sertifiseringer og godkjenninger også er ressurskrevende.

Mer desentralisert utdanning, uten å øke antall campus, for å sikre rekruttering i hele Norge kan være en innordning for å kunne oppnå denne type kompetanseheving. Man må se på løsninger som mer samlingsbasert undervisning, mer bruk av praksisplasser i distrikt og muligheter for å endre studiemodellen til en mer fleksibel og delvis digital løsning. Samtidig er det viktig at det sammen med disse løsningene iverksettes tiltak som sikrer kvaliteten i utdanningen.

Med dette som bakgrunn ønsker Kreftforeningen at regjeringen i oppfølgingen av rapporten fokuserer på:

- *Hvordan man i større grad kan sikre at utdanningsinstitusjonene tilpasser fagplaner til dagens og fremtidens kompetansebehov.*
- *Hvordan gode og smartere metoder for kompetanseoverføring kan implementeres i tjenesten på en måte som sikrer at arbeidende personell tilegner seg den kunnskapen de trenger for å kunne møte helsetjenestens behov på en god måte.*
- *Hvordan man kan sikre en helhetlig tilnærming til helsefaget slik at helsefagarbeidere både får en rimelig oppgavebyrde, gode muligheter for kompetanseheving, og faglig utfordrende arbeidsoppgaver.*
- *Hvordan man kan på sikre desentraliserte utdanninger som bidrar til rekruttering i hele Norge, samtidig som behovet for god kvalitet i utdanningen ivaretas.*

Om betydningen av en fortsatt satsning på forskning

Forskning er en del av det lovpålagt sørge-for-ansvaret til et helseforetak, og videre fokus på generering av ny kunnskap vil være svært viktig om vi skal kunne møte de endringene Helsepersonellkommisjonen skisserer vil være nødvendig for vår fremtidige helsetjeneste.

Forskning i sykehusene og helsetjenesten for øvrig er viktig for kvalitetsutvikling, etablering av nye diagnostiske metoder, behandlingstilbud og riktig bruk av ny teknologi. Forskning skal være prioritert på lik linje med pasientbehandling, men vi vet erfaringsmessig at forskning blir nedprioritert når budsjettene strammes inn. Kreftforeningen var derfor glad for at vi fikk på plass en handlingsplan for kliniske studier, som vi ser har gjort at den kliniske aktiviteten har gått opp på enkelte områder. Samtidig ser det ikke ut som at vi kommer til å nå målet om en dobling av pasienter som er med i en klinisk studie innen 2025. Videre er det stor variasjon i tilgjengeligheten av studier mellom de fire helseregionene, men også innad i hver helseregion. Det eksisterer ikke noen fullstendig og oppdatert database over pågående kliniske studier. Varierende kunnskap om kliniske studier blant helsepersonell fører derfor til ulik tilgang til kliniske studier for pasientene.

Det er viktig at forskning blir ytterligere prioritert i de kliniske avdelingene fremover, samt at vi får et tettere samarbeid mellom forskning og klinikk. I den nasjonale handlingsplanen for kliniske studier er den overordnede visjonen at klinisk forskning skal være integrert i all klinisk praksis. Dette vil være med å utvikle bedre helsetilbud til pasientene, gi nyskapning, øke kompetansen, samt bidra til økt bærekraft i helsetjenesten. I tillegg til at vi må øke antallet kliniske studier, vil det også være viktig at man øker andelen av pasientsentrerte studier knyttet til behandlingsforløp, opplevelse av kvalitet og nytte og preferanser, slik at aktiviteten i helsetjenesten også spiller pasientens behov.

Med dette som bakgrunn ønsker Kreftforeningen at regjeringen i oppfølgingen av rapporten fokuserer på:

- *Hvordan man kan ytterligere øke innsatsen med å få på plass kliniske studier i helsetjenesten, slik at kliniske studier blir tilgjengelig som en integrert del av klinisk praksis i hele landet.*
- *Fjerne ressurskrevende hindre for etablering av kliniske studier. F.eks bruk av nasjonal anbefaling fra personvernombud ved multisenter studier og gode løsninger for oppdatert oversikt over aktive kliniske studier vil gjøre det lettere for helsepersonell å vurdere pasienter for studier.*
- *Hvordan man kan øke andelen pasientsentrerte studier slik at man sikrer at de endringene som gjøres i helsetjenesten for å møte de utfordringene kommisjonen skisserer blir gjort på et kunnskapsbasert grunnlag som setter pasientene i fokus.*

Om digitalisering og investering i teknologi

Kreftforeningen er langt på vei enig i Helsepersonellkommisjonens virkelighetsbeskrivelse, men opplever at forslagene på digitaliserings og teknologiområdet er nokså vage. Kommisjonen fokuserer på at det i hovedsak er de oppgavene som ikke omhandler pasientkontakt som er viktigst å først få automatisert, og at «... når den menneskelige faktoren er en viktig del av arbeidsoppgavene, eller en verdifull bieffekt av dem, så bør ulempene for personellet og de berørte ved å automatisere dem, veies opp mot fordelene.»

På et overordnet nivå stiller Kreftforeningen seg bak kommisjonens perspektiv på dette området. Det er viktig at de oppgavene i helsetjenesten som må løses relasjonelt fortsetter å

bli løst relasjonelt. Samtidig er det et behov for at langt flere oppgaver automatiseres for å sikre økt effektivitet i tjenesten. Her er vi også enig med Kommisjonen om at den teknologien som innføres må innføres med et mål om at dette skal øke kvaliteten i tjenestetilbudet, og minske - ikke øke - bruk av tid på oppfølging og oppgaver.

Samtidig viser Kreftforeningens pasientforløpsundersøkelse at norske kreftpasienter er positive til en aktiv primær- og sekundærbruk av deres helsedata. De er også interesserte i å ta i bruk ny teknologi om dette leder til bedre oppfølging og bedre egenkontroll med helsetilstand, og/eller mindre reising. Sett i lys av dette er det viktig at vi i årene som kommer fortsetter å investere i digitaliseringen av helsetjenesten og utvikler et rammeverk orientert rundt samordnede anskaffelser, god erfaringsdeling mellom aktørene, implementering av hensiktsmessige standarder, og god følgeforskning for å kunne tilby de helsetjenestene som gir god nytte både for tjenesten og pasienten.

En sentral brikke i dette rammeverket vil være å få på plass et pragmatisk juridisk rammeverk, som er fortolket likt gjennom helsetjenesten, som ikke hindrer tilfanget av gode teknologiske løsninger til bruk i helsetjenesten til det beste for pasienten. Her stiller Kreftforeningen seg bak Norsk Helsenett, som har poengtert i flere omganger at de ønsker å bevege regelverket bort fra regulering av enkeltløsninger i forskrift, til å definere ansvarsområde i lovtekst.

Kreftforeningen ønsker derfor å poengtere at det er en rekke oppgaver av relasjonell art som også kan løses godt gjennom bruk av riktig teknologi, om pasienten ønsker dette. Dette vil kunne lede til bedre samhandling, pasientoppfølging, og beslutningsstøtte, og er en ønsket utvikling fra pasientenes side. Videre opplever vi at kommisjonen med fordel kunne presisert at det må være et vedvarende fokus på kompetanseheving og endringsledelse etter den initiale implementeringen av ny teknologi. Kreftforeningens opplever at det ofte ikke er teknologien, men etablert arbeidsmønster og kultur som er de største barrierene for at nye verktøy tas i bruk. I dette perspektivet er det ofte tjenestens behov som får prioritet framfor pasientens.

Avslutningsvis vil det også være viktig at det etableres programmer og ressurser for å sikre utjevnenende tiltak slik at det ikke blir et kvalitetsskille i tjenestene som gis mellom de med lav og høy digital kompetanse. Det vil være viktig å sikre at de med lav digital kompetanse også får ta del i gevinstene som kommer av en økt digitalisering av helsetjenestene.

Med dette som bakgrunn ønsker Kreftforeningen at regjeringen i oppfølgingen av rapporten fokuserer på:

- *Å sikre en vedvarende investeringsvillighet og et ambisjonsnivå som sikrer en hurtig og god implementering av en digital struktur som bidrar til mer effektiv bruk av helsetjenestens ressurser, og bedre pasientoppfølging.*
- *Tilpassing av lovverket slik at de nødvendige løsningene kan komme på plass uten at juridiske barrierer forsinker disse prosessene.*
- *Implementeringen av programmer som sikrer digital kompetanseheving, og støtte til endringsledelse, for å sikre optimal bruk av ny digital teknologi etter innføring.*

Med vennlig hilsen,

Ingrid Stenstadvold Ros
Generalsekretær
Kreftforeningen