



KREFTFORENINGEN

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)
Postboks 8011 Dep

0030 Oslo

Oslo, 29. september 2016

Deres ref.:
Vår ref.: 16/00198-2
Saksbehandler: Elin Kristine Wilson Horn

Høringssvar - oppfølging av forslag i Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen

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 242 000 mennesker i Norge har eller har hatt kreft. Årlig rammes over 31 000 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.

Kreftforeningen viser til høringen fra Helse- og omsorgsdepartementet om «oppfølging av forslag i Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen» og ønsker med dette å komme med innspill. Våre kommentarer vil i hovedsak omhandle krav til kompetanse i kommunene.

Kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Kreftforeningen er enig i at et viktig tiltak for å imøtekomme det stadig mer komplekse behovet for helse- og omsorgstjenester i kommunene er å lovfeste en liste over profesjoner som alle kommuner må ha knyttet til seg for å kunne gi innbyggerne tjenestene de trenger.

Antall krefttilfeller vil øke i årene som kommer. I følge Kreftregisteret forventes det at antall krefttilfeller vil øke med 42 % blant menn og 27 % blant kvinner frem mot 2030.

Kreftpasienter har ofte et langvarig, alvorlig og komplekst sykdoms- og behandlingsforløp hvor de beveger seg mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Stadig mer av behandlingen foregår poliklinisk og sykehusoppholdene er blitt kortere. Dette 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.

I følge Nasjonal handlingsplan for kreft 2015-2017 utarbeidet av Helsedirektoratet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, skal det etableres tilbud om kreftkoordinator i alle kommuner. Dette kan eventuelt gjøres gjennom interkommunalt samarbeid. En kreftkoordinator skal koordinere og tilrettelegge hverdagen sammen med kreftsyke og pårørende i alle faser av et sykdoms- og behandlingsforløp. En kreftkoordinator skal være

synlig og lett tilgjengelig for pasienter, pårørende og samarbeidspartnere i kommunen, bidra til tverrfaglig koordinering og til gode rutiner og systemer for kreftomsorg i kommunen. Kreftkoordinatoren har kompetanse på kreft samtidig som den skal kjenne kommunens øvrige tjenester.

Det poengteres i oppfølgingsplanen til Primærhelsetjenstemeldingen at «...de kommunale tjenestene er viktige. Og at de i årene fremover blir stadig viktigere for å møte de samlede utfordringene og befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester. Videre må kommunene gjøres i stand til å oppfylle samhandlingsreformens intensjoner om koordinerte og helhetlige pasientforløp, mer forebygging og tidlig innsats, flere tjenester nær der brukerne bor, og at en større andel av tjenestene leveres i kommunene. Det pekes i meldingen på at mange kommunale helse- og omsorgstjenester er gode hver for seg, samtidig som tjenestene er for oppstykket og helheten mangler» (s.14).

Sett i lys av utfordringsbildet er det flere grunner til at alle kommuner bør ha en kreftkoordinator. Våre erfaringer om kreftkoordinator i kommunen, en ekstern rapport om pasientforløp i kommuner med og uten kreftkoordinator (TNS-Gallup, 2015) samt Sintef rapport, 2016) tilsier at kreftkoordinator er en funksjon som vil være viktig for å møte morgendagens behov i primærhelsetjenesten. De gode tilbakemeldingene vi får fra kommunene som har kreftkoordinator underbygger også dette. Kommunene vil i fremtiden bli større og få mer ansvar innen behandling, rehabilitering og oppfølging av personer med kreft. Da vil også behovet for koordinerte tjenester og koordinering av pasienter øke ytterligere. Sintef-undersøkelsen peker på at kreftkoordinatoren fyller et behov i en fragmentert helsetjeneste, og er viktig for å ivareta brukernes behov. Dette taler for at en funksjon som kreftkoordinator vil være hensiktsmessig og må ha en sentral plass i kommunehelsetjenesten fremover. Kreftforeningen synes derfor at det er underlig at kreftkoordinator ikke nevnes i det hele tatt i Primærhelsetjenestemeldingen.

Kommunen har en plikt til å gi kommunenes innbyggere den helse- og omsorgstjeneste som de har krav på. I Primærhelsetjenestemeldingen argumenteres det for at kommunene skal rustes til å møte morgendagens utfordringer, og personell som kan bidra til dette er derfor viktig. I argumentasjonen for å lovfeste psykolog som en del av kommunenes kjernekompetanse heter det; «...i takt med den demografiske utviklingen og en stadig eldre befolkning må man imidlertid forvente økt behov for helsetjenester i forbindelse med psykiske lidelser fremover». Kreftforeningen viser til at den samme argumentasjon er gjeldene for den demografiske utviklingen og antallet eldre med kreft som kan forventes i tiden fremover. Vi mener derfor at tilgangen på en kreftkoordinator i kommunen er svært viktig.

Kreftforeningen mener at kreftkoordinatoren må inngå i primærhelseteamet allerede ved mistanke om og under kreftbehandling i nært samarbeid med forløpskoordinator i sykehus og i oppfølgingsteamet rundt kreftpasienter med alvorlig sykdom eller sammensatte behov.

I Primærhelsemeldingen sies det «.... utover dette skal kommunen stå fritt til å velge hva slags personell den vil ansette eller inngå avtale med. Det vil være avgjørende at kommunen, utover kjernekompetansen, ansetter eller inngår avtale med de personellgrupper som er nødvendig for et forsvarlig og nødvendig tilbud av helse- og omsorgstjenester, slik de er forpliktet til etter loven». Kreftforeningen vil i denne sammenheng minne om at erfaringer viser at i et stramt kommunebudsjett så prioriterer kommunene ikke å skaffe seg kompetanse som ikke er lovpålagt.

Regjeringen har ved flere anledninger gitt uttrykk for at det skal være mulig for alvorlige syke å dø hjemme. Kreftforeningen reagerer derfor på at det i oppfølgingsplanen til Primærhelsetjenestemeldingen ikke sies noe om palliasjon og lindrende behandling i kommunen. Det kreves kompetanse innen palliasjon og tilrettelegging for at folk både skal få være hjemme lengst mulig, og for å få muligheten til å dø hjemme. Derfor må den palliative kompetanse i kommunen sikres. Kreftkoordinatorer har mye kompetanse innen palliasjon. Vi vil også peke på at samhandlingsproblematikk i helsesektoren er velkjent, og de palliative pasientene også opplever denne problematikken. Kreftkoordinatorer, eller andre koordinatorer for alvorlig syke og døende, kan spille en viktig rolle for å koordinere og samordne tjenestene til de palliative pasientene. Dette underbygges av Sintef-rapporten som også viser til at kreftkoordinatorenes kompetanse innen palliasjon også kan gi positive ringvirkninger for andre pasienter. Dette er viktig kompetanse som kan brukes særlig i oppfølgingsteamene.

Ernæringskompetanse i kommunen

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. I «Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring» fra 2010, står det at «helseforetakene og kommunene skal sikre at ernæring blir en integrert del av behandlingstilbudet i helse- og omsorgstjenesten». Videre står det at «personer i risiko skal ha en ernæringsplan med dokumentasjon om ernæringsstatus, behov, matinntak og måltettede tiltak.» Vi har grunn til å tro at dette ikke er tilfellet i dag og anser det som nødvendig å styrke den ernæringsfaglige kompetansen i kommunene, både for å forebygge underernæring, og andre ernæringsrelaterte lidelser, så vel som å bidra til forebygging i forhold til livsstilsrelaterte sykdommer og overvekt.

Geografisk skjevhet, mulighet for å utvikle tjenesten (psykologer), at prosjekter skal videreføres og at man skal kunne tilby hverdagsrehabilitering (ergoterapeuter) samt at kommunene ellers ikke vil være i stand til å ivareta sitt ansvar eller levere forsvarlige tjenester (lege, sykepleier, helsesøster, jordmor) er argumenter som ligger til grunn for lovpålegg av ulik kompetanse. Også i forhold til å styrke klinisk ernæringsfysiologisk kompetanse har man like sterke argumenter fra departementets side. Likevel velger departementet og ikke lovfeste tilbud om denne kompetansen. Kreftforeningen finner dette underlig og sterkt beklagelig. Det er en langt lavere tilgang på kliniske ernæringsfysiologer i Norge enn i land det er naturlig å sammenligne seg med. Dette til tross for at norske helsepolitikere og myndigheter i en årrekke selv har pekt på behovet for å øke tilgangen. Det foreligger omfattende dokumentasjon som entydig viser at det å styrke kommunehelsetjenesten med kliniske ernæringsfysiologer er nødvendig, og gir umiddelbare resultater både for pasientene og samarbeidende helsepersonell. Helsetilsynet har avdekket omfattende svikt i kommunenes ernæringsfaglige tilbud. Derfor synes ikke kommunene å være i stand til å ivareta sørge-for ansvaret for pasientene, og heller ikke sikre forsvarlige tjenester til sårbare pasientgrupper.

Når regjeringen så tydelig ser behovet for klinisk ernæringsfysiolog i Primærhelsetjenestemeldingen, så synes Kreftforeningen det er lite tilfredsstillende at det ikke følger med en konkret plan for opptrapping av tilgangen på kliniske ernæringsfysiologer.

Helsedirektoratet anslår at behovet for kliniske ernæringsfysiologer i primærhelsetjenesten er minst 1 per 10 000 innbyggere . I dag er det drøyt 10 stillinger for kliniske ernæringsfysiologer i norske kommuner. Kreftforeningen etterlyser som et minimum en tiltaksplan med tydelige mål om at myndighetenes egne måltall skal innfris, parallelt med at kommunene oppretter stillinger for profesjonene som nå lovpålegges.

Pasient-, bruker-, og pårørendeopplæring

Kreftforeningen er opptatt av pasient- og pårørendeopplæring må inngå i et helhetlig forløp for brukere, pasienter og deres pårørende, på tvers av alle nivåene i helse- og omsorgstjenesten. I den sammenheng viser vi til vårt høringsvar datert 14.01 2016 om høring på endringer i Helse- og omsorgstjenesteloven (styrket pårørendestøtte) hvor vi støtter en pliktbestemmelse som pålegger kommunen å tilby nødvendig støtte, informasjon og opplæring til personer som har særlig tyngende omsorgsarbeid.

Kreftforeningen mener at tilbudene ved de kommunale frisklivssentralene er viktig brukeropplæring. Kreftforeningen er likevel opptatt av at tilbudet som gis der skal være mer enn et forebyggende tilbud. Vi vil også nevne at samarbeid med pasientorganisasjoner som besitter mye erfaring er viktig når tilbudene skal utvikles. Det er viktig at frisklivssentralene følges opp med ressurser for få til et godt tilbud.

Endring i pasient- og brukerrettighetsloven

Kreftforeningen ser at de endringene som er foreslått i Pasient- og brukerrettighetsloven kommer som en naturlig konsekvens av at ansvaret for tannhelsetjenesten flyttes fra fylkeskommunen til kommunehelsetjenesten. Kreftforeningen synes for øvrig det er positivt at tannsaker er foreslått og inkluderes i Pasient- og brukerombudenes område.

Kort oppsummert så støtter Kreftforeningen en lovfesting av kjernekompetanse i kommunene. Men vi savner kjernekompetanse som blant annet kan dekkes av kreftkoordinator og klinisk ernæringsfysiolog for å gi en best mulig kreftomsorg.

Med vennlig hilsen
Kreftforeningen



Anne Lise Ryel
generalsekretær