KREFTFORENINGEN

Helse Sør-Øst RHF
Pb. 404
2303 Hamar

Oslo, 11. oktober 2018

Deres ref.:
Vår ref.: 18-3855
Saksbehandler: John Stigum

Kreftforeningens innspill til regional utviklingsplan 2035 Helse Sør-Øst

Vi viser til det regionale helseforetakets arbeid med regional utviklingsplan 2035 og takker for muligheten til å komme med innspill.

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. Vårt innspill er en kort sammenfatning av noen perspektiver og hovedområder som må dekkes i regional utviklingsplan frem mot 2035.

Pasientforløp og samhandling med kommunene
En av hovedutfordringene kreftomsorgen står ovenfor er den store økningen i forekomst av kreftsykdommer, som i hovedsak skyldes at vi blir flere eldre. En annen utfordring er de økende kostnadene som følge av ny og kostbar behandling. Disse utfordringene stiller store krav når det gjelder kapasitet, kompetanse og effektive pasientforløp.

De regionale helseforetakenes arbeid med digitalisering er spesielt viktig i møte med de demografiske og økonomiske endringene vi står overfor, med en markant økning i etterspørselen på helsetjenester. Den raske teknologiutviklingen gir nye muligheter for behandling, oppfølging og rehabilitering av pasienter. For å få tatt potensialet som teknologien gir i bruk, trengs en ny infrastruktur.

Utviklingsplanen må fremme tiltak som styrker et helhetlig pasientløp. Alle kreftpasienter må ha et likeverdig tilbud, og alle landets helseforetak må gjennomføre pakkeforløpene for kreft i henhold til gjeldende retningslinjer og regelverk, innen de fristene som er satt. I dette arbeidet vil innføring av ny teknologi være nødvendig.

Kreftforeningen erfarer at forløpskoordinatorfunksjonen slik denne er definert i «Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for kreft 2014-2015» er implementert noe ulikt både internt i og mellom helseregionene. Særlig den utadrettede delen av funksjonen som dreier seg om kontakt med og tilgjengelighet for pasienter, pårørende, fastleger og kommuner utøves svært ulikt. Kreftforeningen mener det er viktig at også den utadrettede

KREFTFORENINGEN KONGENS GATE 6, OSLO **POSTADRESSE** PB. 4 SENTRUM, 0101 OSLO **FAKTURAADRESSE** KREFTFORENINGEN C/O FAKTURAMOTTAK, PB. 4350 VIKA, 8608 MO I RANA **TLF.** 21 49 49 21 **KREFTLINJEN** 800 57 338 **E-POST** POST@KREFTFORENINGEN.NO **FORETAKSNR.** NO 951812528 MVA **BANKGIRO** 7032 05 11168 **KREFTFORENINGEN.NO**

koordinatorfunksjonen etterleves og at det enkelte helseforetak prioriterer tilstrekkelige ressurser til dette.

Som poengtert i «Nasjonal kreftstrategi 2018-2022» varierer andelen pasienter i pakkeforløp som ikke har kreft betydelig mellom helseforetakene. Dette er egnet til å skape usikkerhet rundt praksis for inklusjon av pasienter med begrunnet mistanke for kreft og hvorvidt dette praktiseres likt på tvers av helseforetakene. Kreftforeningen mener det er særdeles viktig å sikre en enhetlig praksis mht. inklusjon av pasienter i pakkeforløpene.

Vi forventer at pakkeforløp hjem blir innført for å sikre god overgang fra sykehusbehandling til oppfølging i kommunehelsetjenesten. Helseforetakene må sørge for at kontaktlegefunksjonen koordinatortjenester i sykehus og kommunene videreutvikles for bedra samhandling og mer helhetlige tjenester.

Utviklingsarbeidet i sykehusene må også bidra til at kreftpasienter som trenger det skal få tilbud om rehabilitering og psykososial oppfølging, både i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Pakkeforløp for kreft i sykehusene, handlingsprogrammene og pakkeforløp hjem må sammen bidra til at pasienten får et helhetlig og koordinert rehabiliteringstilbud inkludert tilgang til kreftkoordinator.

Digitalisering
Den regionale utviklingsplanen må bidra til en storstilt innsats på digitalisering i sykehusene. Denne må samtidig sees i sammenheng med digitaliseringen av det resterende helsetilbudet. Fremtidig kreftbehandling forutsetter at informasjonen om pasienten kan deles; – sykehusene seg i mellom – og mellom sykehus, kommune og fastleger. En innbygger en journal må realiseres.

En fremtidig kreftbehandling som er individuelt tilpasset hver unike pasient, krever at all relevant informasjon om pasienten og hans sykdom tas i bruk. Dette inkluderer sykehistorie, laboratorieanalyser, billeddiagnostiske analyser og geninformasjon. Kreftforeningen følger med stor interesse utviklingen av Helseplattformen i Helse Midt-Norge og vil understreke viktigheten av at det etableres en felles IT-løsning for kommune- og spesialisthelsetjeneste, fastleger og avtalespesialister. Kreftforeningen vil videre poengtere viktigheten av at en slik løsning gjøres nasjonal for å sikre samhandling og informasjonsflyt også på tvers av helseregionene. Dette også for å sikre likhet mht. informasjon og medvirkning for kreftpasienter uavhengig av bo- og behandlingssted.

Kvalitet i helsetilbud
Norske pasienter skal føle seg trygge på at behandlingen de får er helt i verdenstoppen. Det innebærer blant annet at det må bygges opp sterke fagmiljøer som behandler et pasientvolum som er stort nok til å sikre kvaliteten på den behandlingen som gis. Det må også sikres tilstrekkelig kapasitet og kompetanse innen diagnostikk og behandling for å kunne møte den store økningen i antall krefttilfeller i årene som kommer. En slik *kvalitetstilnærming* av kreftbehandling bør være en målsetting i utviklingsplanen. Nærhet er også en kvalitet. Men når vi blir syke mener 60 prosent av oss at det er verdt å reise til den beste behandlingen. Kun 18 prosent mener nærhet til sykehuset er viktig. Det siste tallet øker med alderen (Helsepolitisk barometer 2018).

De regionale helseforetakene må bidra til at systemet Nye metoder utvikles og følges opp på en måte som sikrer likeverdig og raskere tilgang til nye godkjente behandlingsmetoder.

Når det gjelder senskader må det etableres rutiner i helsevesenet slik at pasienter får individuelt tilpasset informasjon og hvordan disse eventuelt kan forebygges og hvordan en kan leve et best mulig liv med senskader. Ettersom antall kreftoverlevere øker, øker også antall personer som lever med senskader etter sykdom og behandling. Kreftforeningen ønsker mer fokus på forskning, forebygging og behandling av seneffekter etter kreftsykdom.

I Helse- og omsorgsdepartementets Nasjonale kreftstrategi, Leve med kreft (2018-2022) anbefales det at det bygges opp regional kompetanse om seneffekter, med personell som kan gi råd til allmennleger om diagnostikk og behandling av seneffekter, samt ta imot pasienter med mer kompliserte seneffekter for utredning og behandling. Dette blir i stor grad ivaretatt av Nasjonal kompetansetjeneste for seneffekter etter kreftbehandling og deres poliklinikk.

Helsedirektoratet anslår at minst 30 prosent av pasienter i spesialisthelsetjenesten er underernærte eller i risiko for underernæring, og tallet er høyere for kreftpasienter. Videre vet vi at blant annet eldre generelt og kreftpasienter er høyrisikogrupper for nettopp underernæring. Det er estimert at det bare i spesialisthelsetjenesten kunne vært spart nærmere 1 milliard kroner årlig på å forebygge og behandle underernæring. Forebygging av underernæring er dessuten et av satsningsområdene i pasientsikkerhetsprogrammet (http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/).

I lys av den økte andelen av eldre i befolkningen, i tråd med føringene i pasientsikkerhetsprogrammet og som følge av de regionale helseforetakene sine oppdragsdokumenter hvor alle helseforetak skal ha utarbeidet ernæringsstrategi, etterlyser Kreftforeningen at denne problemstillingen tas med i utviklingsplanen.

Persontilpasset behandling og klinisk forskning
Befolkningen har høye forventninger til hva helsetjenesten skal tilby. Rask tilgang til høyspesialisert persontilpasset behandling er et økende krav fra store pasientgrupper og må møtes med forskning tett integrert med den kliniske virksomheten. Derfor må deltakelse i kliniske studier være del av innholdet for å yte et helhetlig behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten. En forutsetning for utvikling av mer persontilpasset behandling er at digitaliserte tjenester utvikles og innføres.

Utviklingsplanen bør bidra til at det etableres støttefunksjoner for gjennomføring av klinisk utprøving, særlig ved universitetssykehusene. Dette inkluderer utprøvingsenheter med dedikerte studiesykepleiere og studiekoordinatorer. Det er også behov for å planlegge og finansiere delte stillinger for klinisk personell som gjør det mulig å kombinere klinisk arbeid med forskning. Det må også etableres god informasjon om pasienters muligheter for vurdering /deltagelse i kliniske studier og utprøvende behandling. For øvrig må det legges til rette for at norske pasienter kan delta i kliniske studier i andre nordiske land.

Brukermedvirkning
Kreftforeningen er fornøyd med at brukermedvirkning trekkes frem som sentralt i flere av de lokale utviklingsplanene og at foretakene har tydelige ambisjoner om å styrke og videreutvikle egen praksis for brukermedvirkning. Pasienter må bli tatt vare på gjennom hele pasientforløpet og sikres god informasjon om sykdom, behandling, senskader og videre oppfølging utenfor spesialisthelsetjenesten.

Kreftforeningen er opptatt av at brukerne får mulighet til å påvirke på et tidligst mulig stadium, allerede når rammebetingelsene for utviklingsarbeid, prosjekter og ny praksis etableres. Videre er det viktig at ambisjonene for brukermedvirkning i helseforskning følges opp i form av kompetansehevende tiltak for ansatte og andre forskere tilknyttet helseforetakene. Vi erfarer at kunnskapen om og forståelsen for brukermedvirkning i forskning er svært ulik både mellom helseforetak og klinikker, og at mer målrettede kompetansetiltak internt kan bidra til å sikre en mer hensiktsmessig, god og effektiv brukermedvirkning til beste for forskningen

Med vennlig hilsen
Kreftforeningen

Beate Heieren Hundhammer
Leder politisk seksjon