



Kreftforeningens innspill til Helse- og omsorgsdepartementet om nasjonal helse- og samhandlingsplan

Oslo, 15. september 2022

Kreftforeningen er en landsdekkende, frivillig organisasjon innen kreftarbeidet i Norge og har over 128 000 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.

Innledning

Kreftforeningen takker for anledningen til å komme med innspill til regjeringens arbeid med *Nasjonal helse og samhandlingsplan*.

I 2020 fikk over 35.000 nordmenn en kreftdiagnose og er en den sykdomsgruppe som tar flest liv i Norge. Stadig flere får kreft, og dette tallet vil fortsette å øke i tiden som kommer – både som et resultat av at vi lever lenger, men også som følge av levevanene våre.

Perspektivmeldingens framskrivninger viser at gapet mellom tilgjengelige ressurser og ressursbehovet i helsetjenesten fortsetter øke og at helsebehovet i befolkningen vil bli større enn det helsetjenesten er i stand til å dekke. I tillegg til at det blir færre hender per pasient i helsetjenesten, vil det samtidig bli færre pårørende per pasient. Det er anslått at behovet for arbeidskraft i helse og omsorg kan vokse med nesten 260.000 årsverk fram mot 2060. Men vi kan ikke løse den demografiske utviklingen og helseutfordringer vi står ovenfor bare gjennom å ansette flere folk i helsevesenet. Vi er avhengig av å løse utfordringene gjennom mer forebygging, digitaliserte tjenester og velferdsteknologi og bedre samhandling mellom tjenestenivåene.

Kreftforeningen vil i dette innspillet vise til områder vi mener må adresseres i planarbeidet for en mer bærekraftig kreftomsorg og helse- og omsorgspolitik. Våre innspill er sortert under utvalgte hovedpunkter i departementets tematiske områder for høringen.

- 1. Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.** Kreftforeningen mener derfor det er behov for en totalrevisjon for å få en mer tilgjengelig lov. En ny pasient- og brukerrettighetslov vil bidra til å styrke pasienters og brukeres rettsikkerhet samt bidra til å utjevne ulikhet i helse.
- 2. Samhandling, desentraliserte tjenester og sømløse pasientforløp.** Stadig større andel av medisinsk behandling foregår poliklinisk, og sykehusoppholdene har blitt kortere. Dette

krever økt kompetanse i kommunene, både til samhandling og koordinering mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten samt på tvers av sektorene i kommunene.

3. **Digitalisering.** Utvikling og anskaffelse av nye behandlingsmetoder og velferdsteknologi er faktorer som kan være med å bremse behovet og etterspørselen i helsesektoren samtidig som pasientsikkerheten og kvaliteten på kreftomsorgen blir bedre.
4. **Personell og kompetanse** er og vil bli en viktig forutsetning for å rigge helsesystemet for nyvinninger digitalt, juridisk og medisinfaglig. Et bærekraftig utdanningssystem må også ta høyde for dilemmaet om behovet for spesialisering versus generalisering.
5. **Rehabilitering og prehabilitering.** Flere rapporter, blant annet fra Helsedirektoratet og KPMG, viser til utfordringer og mangler knyttet til rehabiliteringsfeltet. Vi erfarer at Kreftpasienters tilgang til rehabilitering og prehabilitering er for dårlig, og vi forventer at temaet løftes i arbeidet med planen.

1. Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

1.1 Totalrevisjon av pasient- og brukerrettighetsloven

Gjeldende pasient- og brukerrettighetslov er snart 23 år gammel og er etter utallige endringer i dag umulig å forstå for pasienter, klinikere, sykehusledere og andre. Konesekvensen er svekket rettsikkerhet for pasienter. At loven er upresis og praktiseres ulikt, skaper dessuten individuelle og regionale forskjeller. Kreftforeningen mener derfor det er behov for en totalrevisjon for å få en mer tilgjengelig lov. En ny pasient- og brukerrettighetslov vil bidra til å styrke pasienters og brukeres rettsikkerhet samt bidra til å utjevne ulikhet i helse.

1.2 Systemendringer for å sikre raskere tilgang til nye legemidler.

Rask tilgang til legemidler kan være et spørsmål om liv og død for enkelte pasienter. For disse pasientene haster det å få på plass en unntaksordning som faktisk fungerer i systemet for Nye Metoder. Evalueringen av Nye Metoder viser dessuten hårreisende eksempler på geografisk ulikhet i helse. Bor du på Vestlandet er sannsynligheten for å få innvilget et unntak mer enn dobbelt så stor som for dem som bor på Østlandet.

I 2018 ble det gjort en endring som førte til at det ble vanskeligere å få innvilget unntak, og vi frykter nå at leger velger å ikke søke om unntak for sine pasienter fordi nåløyet har blitt for trangt til å få pasientene gjennom. Vi trenger en gjennomgang av unntaksordningen, og en endring som gjør at den er mer i tråd med intensjonen i prioriteringsmeldingen. Metodevurderingene som gjøres i Statens Legemiddelverk er en sentral del av beslutningsgrunnlaget til Beslutningsforum. Åpenhet og transparens er helt nødvendig for å ivareta legitimiteten til vurderingene og beslutningene som tas. Det er i dag ingen mulighet til å klage på beslutningene i Nye metoder, og i tilfeller hvor det er faglig uenighet om beslutningsgrunnlaget er det ingen mulighet for å kvalitetssikre arbeidet til SLV. Dette svekker hele systemets troverdighet og skaper dessuten forsinket tilgang til behandling for pasienter.

Kreftforeningen mener at løsningen ligger i å opprette en kvalitetssikringsmekanisme etter modell av Blåreseptnemnda. Dette vil tilrettelegge for gode og mer legitime beslutninger i Beslutningsforum, uten at det forsinker saksbehandlingstiden.

1.3 Tilrettelegge juridiske rammer for lagring, bruk og deling av gendata nasjonalt og internasjonalt

For å lykkes med persontilpasset medisin må genetiske data kunne deles og brukes av forskere og helseforetak både nasjonalt og internasjonalt. Derfor skal et nasjonalt genomsenter opprettes, og Norge har signert en deklarasjon om å dele genomdata med andre europeiske land i 1+ million

genomes. Det er imidlertid høyst uklart om de juridiske rammene er gode nok. Helsedirektoratet har i oppdrag å utrede disse juridiske rammene. Dette arbeidet må gis prioritet og tilstrekkelige ressurser for å sikre god fremdrift, og det blir viktig at det tas tilstrekkelige grep og sikrer at lovendringer tar Norge godt inn i fremtiden og ikke bare løser små utfordringer på kort sikt.

1.4 Forutsigbar finansieringsplan til handlingsplan for kliniske studier

Stortinget har nylig behandlet Riksrevisjonens undersøkelse av kliniske behandlingsstudier i helseforetakene. Det var unison enighet om at antallet kliniske studier må økes og at det må sikres likeverdig tilgang over hele landet. For å lykkes er ikke politiske styringssignaler nok. Riksrevisjonens undersøkelse og handlingsplanen for kliniske studier må følges opp av friske midler. Vi foreslår derfor at handlingsplanen følges opp med en detaljert finansieringsplan som sikrer at målene i handlingsplanen kan nås.

1.5 Kliniske studier hjem til pasienten

Kliniske studier er et stort satsningsområde innenfor all klinisk behandling. For å gjennomføre kliniske studier på sømløs og ressurseffektiv måte er det viktig at helsepersonell på alle tjenestenivåer kjenner til hva kliniske studier innebærer og hvilke krav det er til gjennomføring av studier. Med utgangspunkt i fremtidens helseutfordringer er det mye som taler for at kliniske studier i mye større grad kan gjøres desentralisert. Med det menes studier hjem til pasienten. Dette vil kreve spesielt store krav til god samhandling mellom helseprofesjonene, men også tjenestenivåene. Kompetanseheving, gode IKT systemer og innføring av nytt teknisk utstyr må prioriteres for å gjennomføre gode kliniske studier.

1.6 Forskning om kommunehelsetjenesten

Sammenlignet med spesialisthelsetjenesten forskes det lite på kommunale helse- og omsorgstjenester. Som et resultat av oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten får kommunen stadig økende og mer kompleks oppgaveportefølje. For ivaretagelse av kvalitet og pasientsikkerhet er det av avgjørende betydning å styrke kunnskapsgrunnlaget for videre utvikling av de kommunale helse- og omsorgstjenester. Til dette kreves tilrettelegging i form av blant annet forskerkompetanse og finansiering.

2. Samhandling, desentraliserte tjenester og sømløse pasientforløp

Stadig større andel av medisinsk behandling foregår poliklinisk og sykehusoppholdene har blitt kortere. Dette medfører økt kompetansebehov i kommunen, både til samhandling og koordinering mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten samt på tvers av sektorene i kommunehelsetjenesten. For å løse morgendagsutfordringer har kommunene et stort behov for teknologi og digitale løsninger i tillegg til supplerende tilbud gjennom frivillige.

Det nylig innførte Pakkeforløp hjem for kreftpasienter kan være en god modell for andre pasientgrupper. Pakkeforløpet har en struktur for bedre pasientflyt og samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Samarbeidet må baseres på overordnede avtaler for sykehus og kommuner i opptaksområdet og retningslinjer må tilpasses i de aktuelle helsefelleskap.

2.1 Tilskuddsordning for kreftkoordinator

Etttersom det ikke følger ressurser fra statlige budsjetter til å gjennomføre pakkeforløp hjem, frykter Kreftforeningen at det kan bli store forskjeller mellom kommuner med mye ressurser og kommuner som ikke makter å gi tjenester knyttet til pakkeforløp hjem i det hele tatt. Dermed blir ikke tilbudet til kreftpasientene og deres pårørende likeverdige. Kreftforeningen mener derfor det må opprettes en statlig tilskuddsordning som kommune kan søke for å ansette kreftkoordinator, etter modell fra det man tidligere har gjort med helsesykepleiere.

2.2 Helsefelleskapenes må omfatte kreftomsorgen

En del pasienter opplever usikkerhet og utydelige ansvarsforhold, spesielt i overgangene mellom sykehus og kommuner. En videreutvikling av Helsefelleskapene er et viktig premiss for å få til gode overganger mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. I dag er det fire prioriterte grupper som omfattes av helsefelleskapene. Det er nødvendig å utvide disse til også å gjelde andre grupper/diagnoser som spesifikt sliter med overgangen mellom sykehus og kommune, blant annet kreftpasienter.

I forbindelse med implementeringen av pakkeforløp hjem, som nettopp skal sørge for en mer sømløs overgang fra aktiv behandling til «hjem i kommunen», ser vi at helsefelleskapene spiller en viktig rolle for å få til dette arbeidet.

2.3 Plan for felles IKT-systemer

For å sikre god samhandling på tvers av tjenestelinjene er det avgjørende med IKT-verktøy og løsninger som fungerer på alle nivåene. Det ligger store forventninger til at pasientene i større grad både behandles og følges opp hjemmefra, samt at kliniske studier i mange tilfeller gjøres desentralisert. For å lykkes med dette er man avhengig av gode planer for innføring av felles IKT-systemer og bruk av leverandører for verktøy og utstyr. Det må legges til rette for deling av data og felles elektroniske behandlingsplaner for å gi pasienten best mulig oppfølging og sikre god pasientsikkerhet. Pasienter med komplekse problemstillinger er spesielt utsatt hvis pasientdata ikke er oppdatert og tilgjengelig for helsepersonell til riktig tid. flaskehals og finne gode løsninger sammen.

3. Digitalisering

Digital kompetanse er og vil bli viktig fremover. Brukervennlig, stabil og hensiktsmessig teknologi blir viktige investeringer for å kunne redusere fremtidig arbeidskraftbehov. Videre må teknologien svare til de faktiske behovene som tjenestene har, og det må sikres tilgang til teknikere som har ansvar for vedlikehold av teknologien.

3.1 Digital samhandling

En nasjonal styring og utvikling av digitale tjenester er helt nødvendig for pasienter og innbyggere – både av hensyn til pasientsikkerhet, kvalitet i behandling og for å administrere ressursbruken i helsetjenestene.

Det er dokumentert betydelige samfunnsøkonomiske gevinster av økt nasjonal utvikling av digitale løsninger i sektoren. Dagens situasjon er uholdbar. Manglende kontroll fører til unødvendig bruk av ressurser ved at undersøkelser må gjøres på nytt flere steder, pasienter må kalles inn til nye timer fordi informasjonen man sitter på er mangelfull, og helsepersonell må bruke tid på å finne frem informasjon om pasientene. IKT-løsninger som ikke snakker sammen og ikke kan utveksle nødvendig informasjon utgjør en stor risiko for pasientene. Derfor:

- Det haster å sikre den digitale samhandlingen. Infrastrukturen må styrkes for å gi pasientene et sømløst forløp, bedre pasientsikkerheten og unngå død og pasientskader.
- Det må være en nasjonal styring som gjør at det ikke spiller noen rolle hvor i Norge du bor for om informasjon kan deles mellom helseinstitusjoner.
- Informasjonen må deles på en slik måte at behandlere kan skille mellom hva som er kritisk viktig og mindre viktig informasjon.

- Sekundærbruk av data til forskning og styring er viktig
- Personvernet må ivaretas

3.2 Digital oppfølging hjemme

Norge ligger i verdenstoppen når det gjelder tilgang til IKT-utstyr og bruk av internett. Det er på høy tid at det også reflekteres innen helse. Vi må utnytte våre fortrinn som en digital befolkning og ta hensyn til en befolkning som bor spredt. Vi foreslår at regjeringen bidrar med innovasjonsmidler og insentiver til kommuner og helseforetak som kan bidra til at digital hjemmeoppfølging blir innført som standard behandling.

Selv om ikke alle pasienter vil kunne følges opp digitalt er det i dag mange som er positive til et slikt tilbud. En undersøkelse fra Kreftforeningens brukerpanel viser at:

- Om lag 2 av 3 ønsker seg digital oppfølging i hjemmet hvis dette kunne spare dem for unødvendig reise eller smitterisiko.
- Omtrent like mange ville ønske seg digital hjemmeoppfølging dersom de kan følge med på egen helse.
- Så mange som 73 prosent ville ønske seg digital hjemmeoppfølging dersom lege/sykehus eller kreftkoordinator kunne følge med på helsen og ta kontakt ved behov.

4. Personell og kompetanse

Utfordringsbildet når det gjelder personell og kompetanse kommer tydelig fram i mandatet til *Helsepersonellkommisjonen* som ble etablert i desember 2021 og skal legge fram sin utredning innen 1. februar 2023. Formålet er å etablere et kunnskapsgrunnlag og foreslå treffsikre tiltak i årene framover for å utdanne, rekruttere, og beholde kvalifisert personell i helse- og omsorgstjeneste i hele landet for å møte utfordringene i helse- og omsorgstjenestene på kort og lang sikt.

Kompetanseløft 2025 (K2025) er regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten.

Kompetanseløft 2025 tar utgangspunkt i følgende fire hovedutfordringer:

1) Knapphet på helse- og sosialfaglig personell, 2) Mangel på kompetanse og kunnskapsgrunnlag, 3) For lite brukermedvirkning, tverrfaglighet, samarbeid og samhandling, og 4) Svakheter i ledelsen, planleggingen og organiseringen av tjenestene.

HOD har gitt Helsedirektoratet ansvar for gjennomføring av K2025, i form av å følge opp en rekke nasjonale strategier og vedtatte planer med ulike former for tiltak knyttet til personell- og kompetansespørsmål. Når det gjelder primærhelsetjenesten, er den mest urovekkende utfordringen per nå og få fastlegeordningen opp fra knestående. Problematikken er godt kjent, og trenger ingen ytterligere beskrivelse.

For spesialisttjenesten er hovedutfordringene langt på vei de samme som for primærhelsetjenesten. I henhold til oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene for 2022 skal bemanning, utdanning, kvalitets- og kompetanseutvikling, forskning, innovasjon, helsekompetanse og opplæring av pasienter og pårørende skal underbygge god og forsvarlig pasientbehandling. Videre skal arbeidet med utdanning og kompetanse bidra til at helsepersonell i norsk spesialisthelsetjeneste ligger i front faglig og dermed kan tilby gode og trygge tjenester i hele landet. Arbeidet skal ta utgangspunkt i regionale utviklingsplaner og tiltak som bidrar til å rekruttere, beholde og utvikle personell på kort og lang sikt skal iverksettes. Å videreføre og forsterke arbeidet med heltidskultur er en del av dette. Det skal legges til rette for kompetanseoppbygging i den ordinære virksomheten og desentraliserte tilbud

skal utvikles. Utdanning av spesialister skal dekke behovene i regionen og redusere avhengighet av utenlandsk arbeidskraft.

4. 1 Nasjonale handlingsprogrammer bør utvikles

Oppfølging og behandling av kreftpasienter har i en årrekke lent seg på jevnlig oppdaterte Nasjonale handlingsprogrammer (og kvalitetsregistre) med i all hovedsak tydelige føringer for hvilken kompetanse som trengs for å gi best mulig kreftbehandling og omsorg gjennom hele pasientforløpet, inkludert palliasjon, livets slutfase og ivaretagelse av pårørende. Dette er tiltak som flere diagnose- og sykdomsgrupper bør ha, for å sikre mest mulig riktig tilpasset behandling, og søke å unngå overbehandling, underbehandling og nytteløs behandling, med de omkostninger det har både for det enkelte menneske og for samfunnskostnader.

4.2 Organisering av kompetanseteam

Primærhelseteam og/eller annen teamorganisering er et godt utgangspunkt for bedre samhandling og koordinering av kommunale helsetjenester. Tverrfaglige sammensatte team bidrar til bedre kvalitetssikring av pasientoppfølgingen. I tillegg kan økt satsing på avansert klinisk sykepleier (AKS) være godt tiltak for å heve kompetansenivået i kommunale helsetjenester. AKS kan bidra både til intern kompetanseheving samt være et solid og avlastende ledd for fastlegene.

Helsefelleskapene som samarbeidsarena må løftes og styrkes i tiden fremover. Det er naturlig at tilgang på tilstrekkelig og kvalifisert helsepersonell jevnlig settes på agendaen i helsefelleskapene for bedre sikring av pasientforløpene og overgangene mellom 1. og 2. linjetjenesten.

Betydningen av digital kunnskap og kompetanse hos helse- og omsorgspersonell vil fortsette å øke, i tråd med teknologiske muligheter, pasienters behov og samfunnsmessige behov (se pkt. 4.) Noe av det viktigste framover er å lære av nåværende erfaringer, prosjekter og piloter, ved å oppskalere og ta teknologien i bruk permanent med de rammebetingelser som kreves.

4. 3. Fastlegen

Fastlegen er navet i kommunehelsetjenesten og er en svært viktig støttespiller for kreftpasienter. På nåværende tidspunkt er det cirka 235 000 pasienter som ikke har en fastlege i Norge, og tallet øker hver måned. Kreftforeningen er alvorlig bekymret både for de kreftpasientene som ikke har en fastlege og for de pasientene som har symptomer på kreft, men som ikke har en fastlege å gå til. Det haster med å få på plass tiltak for å bedre situasjonen. Tiltak som både rekrutterer flere leger til fastlegeordningen og som hindrer frafallet. Fastlegens oppgaver må gjennomgås.

Fastleger som vi er i kontakt med forteller at de bruker for mye tid på møter, på å logge seg på ulike løsninger, på byråkrati og koordinering. Kreftforeningen har derfor vært med på å etablere en kreftkoordinator stilling i kommunene (se punkt 3.2). En slik koordinator kan ta seg av mye administrasjon og koordinering. Legerressursene må brukes på medisinskfaglige oppgaver. Oppgaveglidning og realisering av primærhelseteam må sikre at andre oppgaver ivaretas.

5. Rehabilitering og mestring

Flere rapporter, inkludert Helsedirektoratet/KPMGs evaluering av opptrappingsplan for rehabilitering og habilitering, har over tid pekt på utfordringer på rehabiliteringsfeltet. Dette omfatter:

- uklar ansvarsfordeling mellom de to tjenestenivåene
- manglende lederforankring og svak styring
- at dagens lovfestede ordning med individuell plan og koordinator fungerer dårlig,
- at budsjett- og ansvarsfordeling legger ikke til rette for kost-effektiv oppgaveløsning.

Det er også bred enighet om at det er et for svakt kunnskapsgrunnlag på dette feltet, men forskning er fremdeles ikke prioritert.

5.1 Rehabiliteringsreform og kreftrehabilitering i handlingsprogrammene for kreft

Kreftforeningen erfarer at kreftpasienter ikke får et godt nok rehabiliteringstilbud. I vår nylige pasientforløpsundersøkelse gjennomført blant nesten 700 kreftpasienter svarer kun 1 av 3 at de har fått et godt nok rehabiliteringstilbud. Det er store udekte behov for mange tiltak og det er særlig overgangen fra behandling i spesialisthelsetjenesten til sykehus som er utfordrende. Undersøkelsen viser også at over 6 av 10 ikke har blitt spurt om de har behov for rehabilitering. I den grad det gjøres, er det hovedsakelig i spesialisthelsetjenesten.

Manglede systematikk rundt utredning av behov og informasjon, kan være noe av forklaringen på at såpass mange kreftpasienter ikke får den oppfølgingen de trenger. Mindre enn 1 av 3 er enige i at helsepersonell har spurt dem om hva som er viktig for dem og over halvparten sier at de selv har måtte finne frem til hvilke tilbud som finnes. Det er også kjent at det er geografiske ulikheter i tilbud til kreftpasienter, for eksempel tilgang til kreftkoordinatorer, frisklivssentraler og lignende. Det er behov for bedre systematikk i hvordan det arbeides, men også en styrking av kommunale rehabiliteringstjenester. I den forbindelse vil vi gjerne trekke frem Askøy kommune som et eksempel på en kommune som har lyktes i å etablere et godt rehabiliteringstilbud til kreftpasienter, gjennom et systematisk samarbeid mellom kommunes kreftkoordinator og frisklivsentral med påfølgende følgeforskning.

Kreftforeningen er en del av aktørnettverket for nasjonal rehabiliteringsreform, som består av over 20 aktører fra bruker- og fagmiljøer. Vi viser til at det er sendt inn et felles innspill fra aktørnettverket der det foreslås at det oppnevnes en *nasjonal tversektoriell ekspertgruppe*. Ekspertgruppa skal ut fra behovet for rehabilitering beskrive hvordan rehabilitering kan tilbys på riktig tid, på riktig nivå med riktig kompetanse – uavhengig av diagnose og hvor i landet man bor – samt modeller for sømløse rehabiliteringstjenester.

Et mål for regjeringen må være at alle handlingsprogram og diagnosespesifikke pakkeforløp for kreft får gode beskrivelser av rehabilitering og oppfølging under og etter behandling, og at disse retningslinjene blir fulgt.

6.2 Pre-habilitering som standardbehandling ved kreft

Pre-habilitering er et tiltak som er ment å tilbys i perioden fra diagnosen er satt frem til oppstart av behandling (for eksempel røykeslutt, tilrettelagt trening, kostholdsveiledning og lærings- og mestringstilbud). Prehabilitering handler om å styrke pasientene slik at de tåler behandlingen bedre og kommer seg raskere. Dette gjelder særlig skrøpelige pasienter med flere diagnoser og dårlig helsetilstand. Per i dag er dette ikke en del av standardbehandlingen ved kreft. Enkelte sykehus med AHUS i spissen, har testet ut pre-habilitering i forløpet for pasienter med tykk- og endetarmskreft med gode resultater som reduksjon i liggetid, mer tilfredshet med ventetiden, opplevelse økt trygghet og omsorg, økt kontinuitet, tilfredshet med informasjon og opplevelse av påvirkning på eget behandlingsforløp.

Pre-habilitering bør gjennomføres i samarbeid med kommunene og enkelte av ressursene må brukes i forkant av inngrepet, men kan redusere bruken av tjenester i etterkant. Bærum sykehus har nylig gjennomført en pilot i samarbeid med Asker og Bærum kommune og vil nå i tillegg teste ut digital hjemmeoppfølging (se pkt. 4. 2). Vi anbefaler at departementet ser på erfaringene som nå er gjort og inkluderer pre-habilitering i planverket for rehabilitering.

Andre pågående strategi- og utviklingsarbeider

Ny nasjonal helse- og samhandlingsplan må sees i sammenheng med øvrige aktuelle strategi- og plandokumenter. Det kommer en ny kreftsplan som vi forventer vil sette høye ambisjoner og krav til både primær- og spesialisthelsetjenesten. Videre er det flere andre styringsdokumenter som vil sette sitt preg på helsetjenestene og kreftomsorgene fremover, for eksempel den reviderte strategien for persontilpasset medisin og nasjonal e-helsestrategi. Vi ønsker departementet lykke til med det videre arbeidet med helse- og samhandlingsplanen.

Med vennlig hilsen

Kreftforeningen

Thomas Akselsen

Leder samfunnspolitisk seksjon