



KREFTFORENINGEN

NOTAT

Til: Gunnar Bovim, Helsereformutvalget
Fra: Kreftforeningen
Dato: 14.10.2025
Sak: Utdrag av dagens helsetjeneste – innspill til Helsereformutvalget

Vi viser til hyggelig invitasjon om å sende inn en prioritert liste over hvilke utfordringer vi mener er størst for dagens helsetjeneste.

Vi i Kreftforeningen henter inn kreftpasienters og pårørendes erfaringer gjennom mange ulike kanaler. Mange tar kontakt med oss gjennom våre tjenester som Rådgivningstjenesten og Rettshjelpstjenesten, eller vi møter de gjennom våre ulike tilbud og aktiviteter. Vi har tett kontakt med de ulike pasientforeningene på kreftområdet, og vi har også et eget og relativt stort brukerpanel bestående av pasienter og pårørende som bidrar til å belyse aktuelle problemstillinger.

I tillegg til møter med pasienter og pårørende har vi tett kontakt med både helsepersonell, forskere og andre sentrale aktører innen helsetjenesten. På bakgrunn av våre samlede erfaringer mener vi følgende er de største utfordringene innen dagens helsetjeneste i prioritert rekkefølge:

1. Lang ventetid på nye behandlinger/medisiner

Utviklingen av nye medisiner gir håp om mer effektiv og skreddersydd kreftbehandling. Mange av disse medisinene viser lovende resultater i kliniske studier og kan forbedre livskvaliteten og overlevelsen for pasienter. Likevel tar det ofte lang tid før disse behandlingene blir godkjent av Beslutningsforum, noe som forsinker tilgangen for pasienter som trenger dem. Ifølge W.A.I.T.-rapporten 2024 (IQVIA/EFPIA) har gjennomsnittlig ventetid på nye legemidler i Norge økt fra 494 dager i 2023 til 524 dager i årets undersøkelse. For onkologiprodukter er ventetiden 637 dager. Rapporten måler tiden fra markedsføringstillatelse til positiv beslutning i Beslutningsforum for 173 legemidler godkjent i perioden 2020–2023. I tillegg har legemiddelmarkedet i økende grad blitt et redskap i stormaktspolitikk, og USA har i den senere tiden løftet farmasøytisk politikk til en integrert del av sin handelspolitikk. Ved å true med høye tollsatser på importerte patenterte legemidler samt tydelige krav om høyere betalingsvilje for amerikanske legemidler og krav til produksjon i USA, strammer de grepet over globale forsyningskjeder. Dette kan presse legemiddelprodusenter til å prioritere markeder med gunstigere rammebetingelser, noe som igjen kan redusere tilgangen og øke prisene for pasienter i Norge.

Allerede i dag fører tregheten i saksbehandling av nye legemidler til at enkelte pasienter med økonomiske ressurser velger å kjøpe behandling privat, enten i Norge eller i utlandet. Dette skaper et todelt helsevesen og svekker tilliten til den offentlige helsetjenesten.

2. Bemanningsutfordringer for helsepersonell

Mangelen på kvalifisert helsepersonell er en av de største utfordringene i helsetjenesten, og situasjonen er særlig kritisk innen kreftomsorgen. Onkologer, patologer og stråleterapeuter er allerede en knapp ressurs, og antallet nyutdannede dekker ikke behovet etter hvert som mange nærmer seg pensjonsalder. Til tross for at det utdannes mellom 20 og 30 nye stråleterapeuter i

året, er dette langt fra tilstrekkelig for å møte økende pasientvolum og mer komplekse behandlingsforløp. Høyt arbeidspress, rekrutteringsproblemer og økende administrativt ansvar fører til utbrenthet og høy turnover blant ansatte – noe som igjen forsterker bemanningskrisen.

Et tilleggsmoment er at planleggingen av fremtidig personellbehov i helsetjenesten er svak. Ressursene fordeles i stor grad etter historiske mønstre og er relativt statiske, noe som gir god kapasitet på enkelte områder, men utilstrekkelig vekst i fagfelt som opplever rask økning i pasienttall – slik som kreft. Denne skjevheten forsterkes av manglende koordinering mellom utdanningskapasitet, helseforetakenes behov og nasjonale prioriteringer. Konsekvensene merkes allerede: TV 2 har dokumentert en økning i registrerte avvik ved norske sykehus på nær 30 % de siste fem årene, fra 78 397 i 2019 til over 101 000 i 2023. Når bemanning og kompetanse ikke følger behovet, øker risikoen for feil, og for kreftpasienter betyr det også mindre tid med helsepersonell, dårligere kontinuitet og svekket kvalitet i oppfølgingen.

3. Overgang mellom ulike nivåer i helsetjenesten

Mange kreftpasienter uttrykker ofte stor tilfredshet med behandlingen de mottar på sykehus, hvor kompetansen er høy og behandlingen er spesialisert. Utfordringene oppstår imidlertid når pasientene overføres til kommunale helsetjenester, som ofte mangler nødvendig kompetanse, kapasitet og struktur for å følge opp komplekse sykdomsforløp. Dette fører til at mange pasienter ikke opplever at de får det tilbudet de har behov for. Det skaper usikkerhet og utrygghet. Mange kreftpasienter sliter med senskader etter behandling og har behov for oppfølging som de ikke får.

Overganger mellom ulike sykehus er også problematiske. For eksempel når pasienter sendes fra sitt lokalsykehus til mer spesialisert behandling. Manglende informasjonsflyt og koordinering kan føre til forsinkelser i behandling, dobbeltarbeid og unødvendig belastning for pasientene. En helhetlig og sømløs pasientreise krever bedre samhandling og digitale løsninger som sikrer at viktig informasjon følger pasienten.

4. Få og ulik tilgang til kliniske studier

Kliniske studier er viktige for å utvikle nye behandlingsmetoder og gi pasienter tidlig tilgang til innovativ behandling. I Norge ligger imidlertid antallet industrifinansierte studier flatt, og ambisjonen om en dobling innen 2025 nås absolutt ikke. Ifølge Inven2 viser de nyeste dataene at mens akademiske studier har økt svakt, har industristudiene stagnert eller gått tilbake, også innen kreft – et felt som historisk har vært en motor for klinisk forskning i landet.

Kliniske studier i Norge er dessuten skjevt fordelt — de fleste studiene skjer i og rundt universitetssykehus og større regioner, mens mindre sykehus og distriktene ofte står uten tilbud. Dette skaper en betydelig geografisk skjevhet, der pasienter i Nord-Norge, Vestlandet eller øvrige distriktsområder sjelden får tilgang. For kreftpasienter forsterkes problemet: ikke alle kreftdiagnoser har aktive studier tilgjengelig til enhver tid.

5. Manglende satsning på digitalisering og IKT

Digitalisering og moderne IKT-løsninger har potensial til å forbedre pasientbehandling, effektivisere ressursbruk og styrke samhandling i helsetjenesten. Likevel henger mange deler av helsesektoren etter, med utdaterte systemer og manglende integrasjon mellom ulike nivåer. Dette skaper flaskehalser og frustrasjon både for helsepersonell og pasienter.

For kreftpasienter kan digitale verktøy bidra til bedre oppfølging, fjernkonsultasjoner og enklere tilgang til informasjon.

6. En reaktiv helsetjeneste og dårlig rehabiliteringstilbud

Etter kreftbehandling står mange pasienter igjen med store fysiske og psykiske seneffekter, men rehabiliteringstilbudet er ujevnt og ofte fraværende. Mange opplever å bli overlatt til seg selv når behandlingen avsluttes. En reaktiv helsetjeneste som prioriterer akutt behandling fremfor oppfølging, bidrar til redusert livskvalitet og økt behov for helsehjelp på sikt. Rehabilitering må ses som en integrert del av kreftbehandlingen, ikke et tillegg.

Samtidig viser forskning at prehabilitering – målrettet trening, ernæring og psykososial støtte før behandling – styrker pasientens funksjon, reduserer komplikasjoner og forkorter rekonvalesens. Å satse på pre- og rehabilitering gir bedre behandlingsresultater, lavere kostnader og økt livskvalitet. Det krever bedre samhandling mellom sykehus og kommuner, tydelig ansvar og lett tilgjengelige tilbud tilpasset den enkelte pasient.

7. Lite oppmerksomhet om kvalitetsindikatorer

Kvalitetsindikatorer er viktige verktøy for å måle og forbedre helsetjenesten. Likevel er det lite systematisk bruk og oppfølging av slike indikatorer, spesielt innen kreftomsorgen. Dette gjør det vanskelig å identifisere forbedringsområder og sikre at pasientene får behandling av høy kvalitet. For å styrke pasientsikkerheten og tilliten til helsetjenesten, må kvalitetsmåling bli en naturlig del av hverdagen i helsevesenet. Det krever bedre datainnsamling, åpenhet om resultater og en kultur der kontinuerlig forbedring er en selvfølge.

8. Mer satsning på helseforskning

Det settes av for lite midler til medisinsk og helsefaglig forskning i Norge, noe som begrenser utviklingen av nye behandlingsmetoder og bedre pasientforløp. Dette gjelder også innen kreftområdet, hvor behovet for innovasjon og kunnskapsbasert praksis er stort. Manglende investeringer gjør at Norge sakker akterut internasjonalt og mister muligheter til å bidra til globale forskningsgjennombrudd.

Flere områder må styrkes, blant annet internasjonalisering av forskningen og økt innsats innen primærhelsetjenesten og de kommunale omsorgstjenestene. Forskning i disse sektorene er avgjørende for å forstå og forbedre pasientenes hverdag utenfor sykehusene.

9. Manglende oppfølging av politiske styringssignaler i helseforetakene

Det utarbeides jevnlig strategier og tiltaksplaner på nasjonalt nivå som skal styrke helsetjenesten, men disse får ofte mangelfull oppfølging i helseforetakene. Det er et gap mellom politiske intensjoner og faktisk implementering, noe som svekker effekten av viktige satsninger. Eksempler på dette er handlingsplanen for kliniske studier, eller «pakkeforløp hjem» som kun 4,77% av pasientene har fått tilbud om tre år etter at det ble innført. Manglende gjennomføring fører til at gode initiativer ikke får ønsket effekt, og at pasientene ikke merker forbedringer i praksis.

Oppsummering

Vi bidrar gjerne med utdyping av områder/temaer etter behov, samt at vi gjerne vil bidra inn i arbeidet med å finne gode løsninger. Ser frem til fortsatt godt samarbeid, og lykke til med viktig arbeid.