

*Det er behov for et langt tettere samarbeid mellom sykehus for å sikre optimal behandling av kreftpasienter med spesielle behov*

# Sentralisering av behandling av sjeldne krefttyper

I dette nummer av Tidsskriftet beskriver Sæter og medarbeidere en utvikling gjennom 20 år av Radiumhospitalets behandlingstilbud ved sarkom (1). Ett forhold som tas opp, er behovet for sterkere sentralisering. Under den pågående gjennomføring av kreftplanen og oppbyggingen av statlige regionale foretak er det rimelig å ta opp dette spørsmål mer generelt: Har vi en fornuftig funksjonsfordeling for små grupper av kreftpasienter med spesielle behov?

Sentralisering bygger delvis på den erfaring at regelmessig øvelse er nødvendig for å mestre vanskelige oppgaver. Sett under ett gir systematiske oversikter en betinget støtte til sammenhengen mellom pasientvolum og kvalitet (2–4). Likevel eksisterer det ingen full avklaring av hvor sterk sammenhengen er for de ulike kreftformer, eller hvilket pasientvolum som er kritisk.

Det er mange metodologiske problemer knyttet til det å registrere og sammenlikne behandlingsresultater. I tillegg er det andre faktorer som gjør en slik avklaring vanskelig: Høyt pasientvolum er ingen garanti for høyt volum for alle involverte leger. Høyt volum for alle involverte leger garanterer ikke at disse danner en velfungerende enhet. Mye trening behøver ikke å bety at man trener riktig. Riktig trening fra beslektet aktivitet kan redusere laveste akseptable pasientvolum innen en gitt kategori. Kvalitet vil også være avhengig av sykehusets organisering, informasjonssystem, økonomi og ikke minst det tilbudet pasientene får før og etter den mest avanserte del av behandlingen. Dermed blir et stabilt samarbeid med lokalsykehus og primærhelsetjeneste viktig. Et forhold som har vært altfor lite påaktet, er betydningen av å ha en sykehusledelse med evne og vilje til å forstå og ta hånd om de særegne problemer man møter når man skal oppnå stabil drift av sårbare og høyt spesialiserte funksjoner. En debatt om funksjonsfordeling som kun baseres på volumbetraktninger blir dermed for enkel: Et tilstrekkelig pasientvolum er en av flere nødvendige faktorer for å oppnå god kvalitet.

Helsedepartementet kan bestemme funksjonsfordelingen mellom sykehus bl.a. når det gjelder kreftbehandling, og har gjort dette for regions- og landsfunksjoner (5). Kreftbehandling i Norge er i all hovedsak regionalisert. Snaut 0,5 % av pasientene omfattes av landsfunksjoner. Regionsfunksjonene er tallmessig langt større, men vanskelige å tallfeste. I hovedsak er departementets funksjonsfordeling godt begrunnet både når det gjelder prinsipper for sentralisering og en-

keltbeslutninger. Paradoksalt nok er funksjonsfordelingen for smågrupper stort sett langt grundigere vurdert enn fordelingen av flere av de store tumorgruppene, der staten ikke har brukt sin styringsrett. Det er derfor all grunn til å holde fast ved hovedtrekkene i departementets fordeling også etter den statlige overtakelse av sykehusene.

Det er nødvendig å trekke frem to mindre pasientgrupper:

Resultatene ved behandling av testikkelkreft er et eksempel på at en tidlig beslutning om sentralisering har vært en suksess. For alle stadier under ett helbredes i Norge godt over 95 % av pasientene, dvs. at resultatene nasjonalt er fullt på høyde med det beste som er publisert noe sted i verden. Vi må holde fast ved gjeldende organisering av behandlingstilbudet for denne gruppen.

Pasienter med Hodgkins sykdom er en gruppe der behovet for sentralisering har økt. I de senere år har man innsett at behandlingsindusert morbiditet og mortalitet spiller en vesentlig rolle. En relativt standardisert behandling er endret for å skreddersy og minimalisere bruk av kjemo- og stråleterapi. Dette forutsetter et helt annet nivå når det gjelder subklassifisering, fortløpende kartlegging av sykdomsutbredelse og kvalitet av stråleterapi enn tidligere. Man trenger kontinuerlig trening av behandlingsteamet, der spesielt kompetente radiologer har en nøkkelposisjon. Disse pasientene bør fortsatt tas hånd om ved regionsykehus (6).

Den medisinske virkelighet er så sammensatt at det ikke er mulig å detaljregulere funksjonsfordeling på statlig nivå. Man kan ikke utelukkende fordele oppgaver med utgangspunkt i sjeldne diagnoser, behandlingsmetoder eller behov for spesielt utstyr. Mange pasienter med spesielle behov har vanlige kreftformer, men har uvanlige tilleggsproblemer eller uvanlig lokalisasjon av svulsten. Det enkelte regionsykehus vil over tid ha variabel kompetanse. Dermed må man basere mange enkeltavgjørelser om behandlingssted på individuelle medisinske vurderinger. Som departementet sier:

«Fravær av formaliserte regler for sentralisering (...) forutsetter (...) at en ved alle regionsykehus gjennomfører en kritisk evaluering av egen kompetanse for alle deler av utredning og behandling i møte med enkelt-pasienter med spesielle behov,» og at man må «vurdere om den aktuelle pasient på det aktuelle tidspunkt er tjent med å få hele eller deler av behandlingen ved annet regionsykehus». Denne tankegangen bør være en selvfølgelig rettesnor for samarbeidet mellom

regionsykehus og ved internt samarbeid i det enkelte regionale foretak.

Nye metoder for kommunikasjon og informasjonsutveksling har åpnet helt nye muligheter for å danne regionale og nasjonale fagmiljøer. Imidlertid har vanetenkning, dårlig administrativ tilrettelegging og manglende tillit bidratt til å stykke opp det sammenhengende tilbud våre pasienter burde fått. Opprettelse av tverrfaglige team ved regionsykehusene for spesielle grupper kreftpasienter kan bli en ufullstendig løsning hvis man ikke samtidig tar opp hvordan disse kan bli en del av et regionalt eller nasjonalt nettverk.

Leger ønsker en utvikling av sykehus basert på medisinske premisser. Men klarer vi ikke å samarbeide og få frem det verdifulle i vårt samarbeid overfor de nye sykehusene, vil vi bli overstyrt. Det er all grunn til å frykte at en slik overstyring vil bygge på helt andre prinsipper enn det som medisinsk sett er fornuftig (7). Det bør i seg selv være motiverende.

*Baard-Christian Schem*

*baard-christian.schem@helse-bergen.no*  
Onkologisk avdeling  
Haukeland Sykehus  
5021 Bergen

*Baard-Christian Schem (f. 1956) er medlem av Tidsskriftets redaksjonskomité. Han er dr.med., spesialist i onkologi og engasjert i utprøvede behandling med hypertermi ved kreftsykdommer. I 1996–99 var han sekretær for Helseetilsynets fagråd for høyspesialisert medisin.*

## Litteratur

1. Sæter G, Hall KS, Bruland ØS, Solheim ØP, Høie J, Follerås G et al. Bein- og bløtvevssarkomer behandlet ved Det Norske Radiumhospital 1980–99. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2089–94.
2. Forholdet mellom pasientvolum og behandlingsskvalitet. Helsedirektoratets utredningsserie 4–1993. Oslo: Helsedirektoratet, 1993.
3. Järhult J. Är stora sjukhus bättre än små? Kvalitet/volym inom kirurgin. Stockholm: Landstingsförbundet, 1995.
4. Teisberg P, Hansen FH, Hotvedt R, Ingebrigtsen T, Kvalvik AG, Lund E et al. Pasientvolum og behandlingsskvalitet. SMM-rapport 2/2001. Oslo: SINTEF Unimed, 2001.
5. Rundskriv I-8/2000. Godkjente landsfunksjoner, flerregionale funksjoner, regionsfunksjoner og medisinske kompetansesentre. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 2000.
6. Holte H, Schem B-C, Kolstad A, Heikkilä R, Kvaløy S. Maligne lymfomer. I: Dahl O, Christoffersen T, Kvaløy S, Baksaas I, red. Cytostatika. Medikamentell kreftbehandling. 6. utg. Oslo: Institutt for farmakoterapi, Den Norske kreftforening, 1999.
7. Schem B-C. Samarbeidende konkurrenter? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 773.