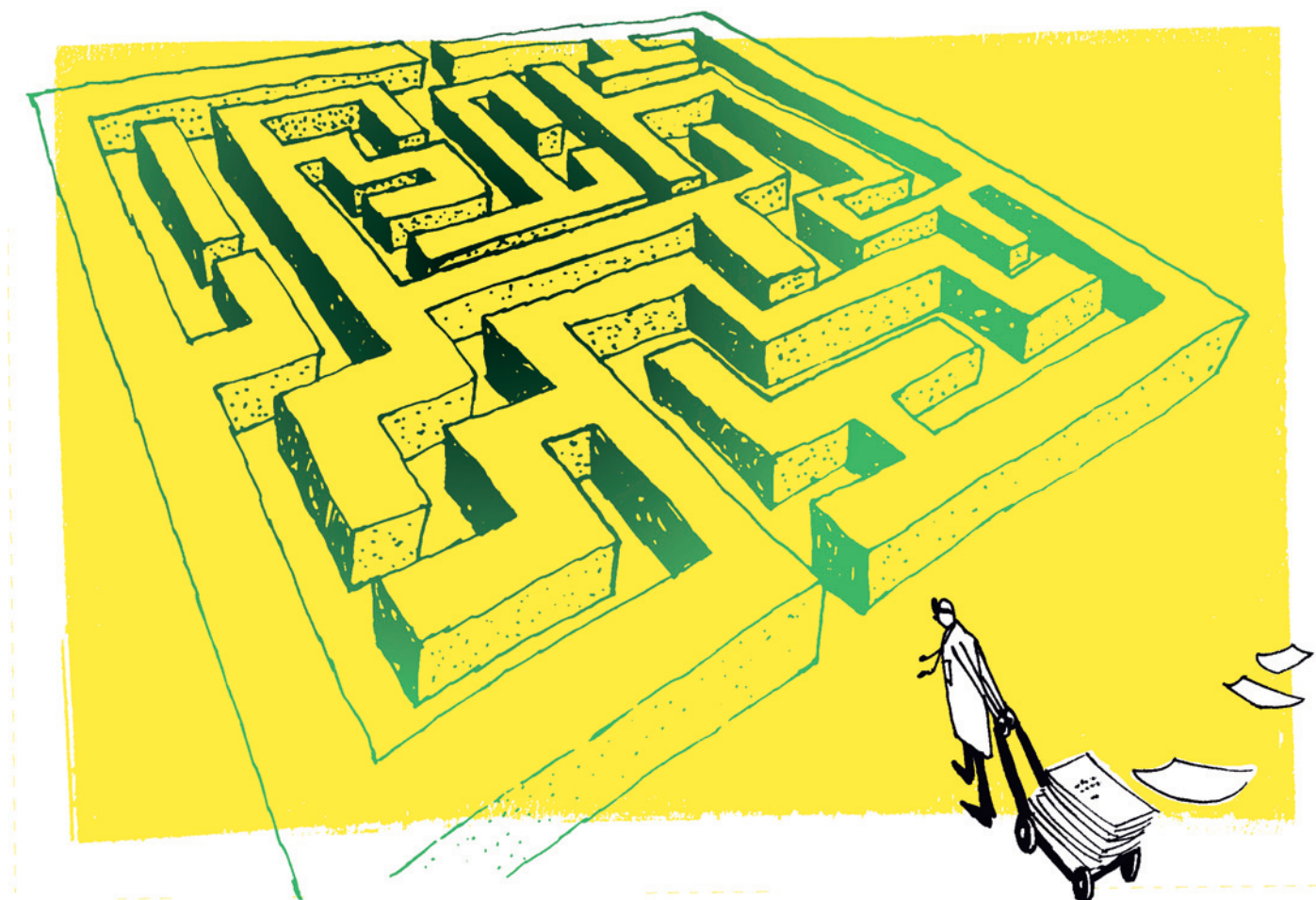


Mye tyder på at veien fra medisinske vurderinger til helsepolitiske beslutninger er blitt for lang og kronglete. Vi bør ha tettere samhandling mellom fag og politikk

Trenger vi enda en kreftplan?



Illustrasjon © Supernøtt papsløyd

Helse- og omsorgsdepartementet skal i løpet av året utarbeide en ny strategi for kreftområdet (1). Fra før har vi en nasjonal kreftplan fra 1997 (2) og en strategiplan fra 2004 (3). Trenger vi enda en ny kreftplan? Vi kan glede oss over mange fremskritt, men kreft er fortsatt en meget alvorlig sykdom. Listen over problemer og utfordringer er sammensatt og lang. Insidensen øker (4), og behandling og ettervirkninger kan for noen bli en tung prosess. Organisering, økonomi, hensiktsmessig ressursutnyttelse og prioriteringer er krevende selv for oss i «verdens rikeste land». Geografi skaper en vanskelig utfordring. Ny teknologi og nye medikamenter implementeres dessverre ikke alltid like elegant. Ny behandling blir i dag ofte lansert før all nødvendig dokumentasjon er på plass. Det er lett å finne uheldige eksempler, og det er grunn til å se om vi kan organisere oss bedre.

Helsetjenesten må være i stand til å yte det myndighetene fastsetter i lover og forskrifter. Forutsetningen er tilstrekkelig kompetanse og kapasitet. Kapasiteten må sikre at alle får et likeverdig tilbud. Ingen må bli presset nedover på ventelistene. Begrepet kvalitet må defi-

neres og bli en forpliktelse – ellers vil det være en floskel. Kvalitet er et felles ansvar for både myndigheter og fagmiljø. Pasienttilfredshet er en viktig del av kvalitetsbegrepet, men begrepet må også innbefatte hvordan det går med pasientene over tid: overlevelse, komplikasjoner, ettervirkninger, grad av funksjonsforstyrrelse, symptomlindring, informasjon, ventetider etc. Det må også favne risiko for overbehandling. Vi må ha gode rutiner for å holde igjen uvirksom behandling. Et sentralt verktøy er kvalitetsregistre. Beklageligvis går iverksettingen av nye registre meget tregt.

En hovedutfordring er beslutningsprosessene ved innføring av faglige nyvinninger og erstatning av utdatert teknologisk utstyr. Hvem defineres som eksperter: den økonomiansvarlige avdelingslederen eller den fagansvarlige? Nylig ble et nytt, kostbart medikament (Ipilimumab) med effekt på metastaserende malignt melanom vurdert (5). Prosessen ble dekket av TV2-nyhetene. Som pensjonert onkolog var min første tanke: endelig et medikament med effekt på melanom! Godt orienterte pasienter ventet i spenning på svaret fra en såkalt ekspertgruppe. Hvorfor har vi ikke et system som konti-

nuerlig kan vurdere ny behandling, med eksperter med faglig forankring? Fagmiljøene har organisert seg i Onkologisk Forum (6) med undergrupper for ulike diagnoser. De kan navngi personer med den beste oversikten, som har daglig praktisk erfaring, er oppdatert fra kongresser og har et internasjonalt kontaktnett. Hvorfor ikke trekke dem mer med i dette arbeidet? Dagens ordning der nye problemstillinger skal igjennom alle mulige utvalg og råd må være kostbar og tar for lang tid. Det er for mange som skal uttale seg og mene noe om kompliserte saker de egentlig ikke kan så mye om. Kan man bygge ut det nordiske samarbeidet og fordele jobbene eller utveksle beslutningsdokumenter?

Hvem skal bestemme når det blir vanskelig? Det er faget som er motoren og som gir oss ny kunnskap, nye medikamenter, nytt høyteknologisk utstyr for diagnostikk og behandling. Sykepleiere og leger har fortsatt en sentral plass i faget, men det er flere yrkesgrupper med verdifull kompetanse som i dag utgjør helsevesenets samlede fagmiljø. Funksjonsfordelingen mellom yrkesgruppene er også i endring. Skal faget være førende og ha beslutningsmyndighet?

En annen maktfaktor er administrasjon/byråkrati. Det overvåker og forvalter et regel- og lovverk. Biologi følger sine egne lover, og ny kunnskap passer ikke alltid med det administrative regelverket. Noen ganger oppstår dilemmaer med hensyn til etikk og medmenneskelighet. Det kan skape konflikt og frustrasjon dersom regelverket overstyrer og vi fratras mulighetene for de pragmatiske løsningene. Administrasjonen fikk økt kontroll over styringsmekanismene ved opprettelsen av helseforetakene i 2002.

Vi skal selvfølgelig ha en politisk ledelse som skal ivareta pasientenes interesser. Formelt har vi jo det. Ulykken er at vi i perioder har en partipolitisk ledelse, mens vi egentlig burde hatt en helsepolitisk ledelse. Løfter og garantier i forbindelse med valgkamper og lokale konflikter illustrerer dette. Garantiordninger der man mangler kapasitet, er kimen til et todelt helsevesen. Min drøm er en politisk ledelse som er hevet over partiene og partipolitisk prestisje, og som kan vurdere utspill fra alle pressgrupper og sette det inn i en større sammenheng.

Beslutningsprosessene må inn i et spor der det er en klar deling mellom fag og helsepolitikk. Prioritering er det sentrale punktet for å opprettholde en rettferdig ressursfordeling. Det er et politisk ansvar.

De offentlige institusjonene har ansvar for vaktjenesten, øyeblikkelig hjelp og et omfattende utdanningssystem – inkludert spesia-

listutdanningen for leger. Dette er tunge oppgaver som må synliggjøres i et sammenliknende regnskap og få følger for takstene vis-à-vis private aktører. Myndighetene må vurdere behovet for kapasitet ved offentlige laboratorier, spesielt røntgendiagnostikk og patologi-faget. Mange sykehus klarer ikke engang å dekke egne behov. Innføring av ny medisin er et offentlig ansvar, og myndighetene må stille krav til inklusjonskriterier og registrering. Vi savner en mer offensiv holdning. Det kan bidra til en raskest mulig avklaring av effekt og et likeverdig behandlingstilbud. Ny behandling må ikke være forbeholdt dem som evner å dekke kostnadene selv. Både pasienter og fagmiljø må ha tillit til prosessen.

Vårt felles mål er et helsevesen med forankring i likeverd, solidaritet og tillit. Disse tre begrepene må få et reelt innhold – selv om det kan synes uoppnåelig når man står overfor sykdom som i sin natur rammer individer på en dypt urettferdig måte. Første steg kan være en tettere samhandling mellom fag og politikk. Jeg har ingen enkle løsninger, men etterlyser debatt om hvordan kontaktflaten mellom fag og de politiske beslutningstakerne kan forbedres. Min konklusjon er derfor at vi trenger en ny utredning med beskrivelse av strategiske mål for kreftomsorgen. Ett av dem bør være at vi etablerer systemer som fører til at vi ikke trenger en ny plan om 5–10 år. Vi må kunne implementere kunnskap fortløpende og løse varslende «kriser» før de oppstår.

Ole Nome
one@ous-hf.no

Ole Nome (f. 1944) er pensjonert onkolog dr.med og tidligere overlege/sjeflege ved Det norske radiumhospital. Han var sekretær for *NOU 1997:20* og *Nasjonal strategi for arbeid innenfor kreftomsorgen – kvalitet, kompetanse og kapasitet* (2004).
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Pressemelding nr. 13/2012 av 16.2.12. www.regjeringen.no/nb/dep/hod/pressemeldinger/pressemeldinger/2012/ny-nasjonal-kreftstrategi.html?id=672688 (26.6.2012).
2. St.prp. nr. 61 (1997–98) om nasjonal kreftplan og plan for utstyrsinvesteringer ved norske sykehus.
3. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal strategi for arbeid innenfor kreftomsorgen, 2004. www.regjeringen.no/upload/kilde/hd/rap/2004/0010/ddd/pdfv/220645-kreftstrategi_endelig_dokument.pdf (26.6.2012).
4. Kreftregisteret. www.kreftregisteret.no (26.6.2012).
5. Helsedirektoratet. anbefaler nye kreftlegemidler, 2012. www.helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Sider/anbefaler-nye-kreftlegemidler.aspx (26.6.2012).
6. Onkologisk forum. <http://onkologiskforum.org> (26.6.2012).