



Innst. 200 S

(2011–2012)

Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen

Dokument 8:8 S (2011–2012)

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Siv Jensen, Kari Kjønås Kjos, Solveig Horne og Åse Michaelsen om tiltak for å sikre kvinner rask rekonstruksjon av bryst etter kreftoperasjoner

Til Stortinget

Sammendrag

Det fremmes i dokumentet følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen, i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for 2012, innføre en behandlingsfrist på seks måneder for rekonstruksjon av bryst etter kreftoperasjon.»

Som bakgrunn for forslaget viser forslagsstillerne til at brystkreft er den klart hyppigste kreftformen hos kvinner og utgjør om lag 23 pst. av alle krefttilfeller hos kvinner. Det vises videre til at det i dag er ventetider opp til fem år fra brystkreftopererte kvinner får fjernet bryst, til de får rekonstruert et nytt. Dette er, slik forslagsstillerne ser det, uakseptabelt.

Forslagsstillerne er sterkt uenige i den praksis som har ført til de ekstremt lange ventetidene for rekonstruksjon av bryst, og mener det er viktig å redusere ventetiden til et nivå som er tilpasset den enkelte kvinnes ønsker.

Forslagsstillerne mener det er flere tiltak som må iverksettes, slik at kvinner som ønsker rekonstruksjon etter brystkreft, blir gitt tilbud om dette langt raskere enn hva som er tilfellet i dag. Etter deres syn er det nødvendig å sørge for nok ressurser og kompetanse i det offentlige helsevesen, slik at dette ikke fører til at andre pasientgrupper får lengre ventetid.

De mener at kjøp av kapasitet hos private aktører, både i Norge og i utlandet, også må vurderes dersom kapasiteten ved offentlige sykehus ikke er tilstrekkelig.

Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Jorodd Asphjell, Thomas Breen, Are Helseth, Tove Karoline Knutsen, Sonja Mandt og Wenche Olsen, fra Fremskrittspartiet, Jon Jæger Gåsvatn, Kari Kjønås Kjos og Per Arne Olsen, fra Høyre, lederen Bent Høie, Sonja Irene Sjøli og Erna Solberg, fra Sosialistisk Venstreparti, Geir-Ketil Hansen, fra Senterpartiet, Kjersti Toppe, og fra Kristelig Folkeparti, Laila Dåvøy, viser til at brystkreft er den hyppigste kreftformen blant kvinner i Norge; omtrent 2 800 nye tilfeller ble registrert i 2009. De siste 40 årene har behandlingen av brystkreft vært i kontinuerlig utvikling, og behandlingsresultatene er gode. Når det gjelder fem års overlevelse etter brystkreft, viser statistikken en jevn forbedring over de siste år, og i 2009 var den på 88,3 prosent.

Komiteen viser videre til at cirka halvparten av kvinnene må fjerne ett eller begge bryst. Fjerning av bryst kan medføre en stor belastning for mange kvinner. Mange opplever fatigue (tretthet), skulder- og armlager, depresjon, langvarige psykososiale problemer eller dårligere livskvalitet. Nedsatt selvfølelse, søvnproblemer og økt angst er ikke uvanlig. Rekonstruksjon av bryst er derfor en viktig faktor for å bidra til helse og velvære for brystkreftpasienter.

Komiteen har merket seg at Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten drøftet saken

på sitt møte den 6. desember 2010 og uttalte følgende:

«Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering oppfatter at kvaliteten på den norske kreftomsorgen gjennomgående er god. Kreftomsorgen er også høyt prioritert når man ser på fordelingen av helsetjenestens samlede ressurser. Rådet mener, på bakgrunn av internasjonale retningslinjer, at vurdering for rekonstruksjon skal være en del av tilbudet for brystkreftopererte også i Norge. De førende dokumenter for brystkreftbehandling bør oppdateres og avstemmes slik at hele behandlingsforløpet ivaretas. Rådet ber om at Helsedirektoratet får et slikt oppdrag. Rekonstruksjon bør være et eget tema i 'Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med brystkreft' og arbeidsgruppens samlede kompetanse bør dekke alle felt i behandlingsforløpet. Rådet erkjenner at de nyeste operasjonsmetodene for rekonstruksjon (med eget vev) er meget ressurskrevende. I vurderingen av den enkelte pasient må derfor ressurs hensyn, medisinske hensyn og pasientens preferanser vektlegges.»

Komiteen viser til brev fra Helse - og omsorgsministeren til komiteen, datert 11. januar 2012, hvor det fremkommer at Helsedirektoratet har lagt ovenfornevnte vedtak til grunn i sitt arbeid med de nasjonale retningslinjene for behandling av brystkreft. Videre opplyses det at Helsedirektoratet har frist til 23. mars 2012 med å utarbeide retningslinjene. Komiteen er tilfreds med at Kreftforeningen og Foreningen for brystkreftopererte er invitert til å delta i dette arbeidet.

Komiteen har merket seg at helse- og omsorgsministeren i brevet til komiteen uttaler at rekonstruksjon av bryst skal være en del av behandlingen ved brystkreft, men at det ikke er hensiktsmessig med en egen tidsfrist, og videre at sykehusene uansett må vurdere den enkelte pasients situasjon når behandlingsforløpet planlegges.

Komiteen vil understreke at rekonstruksjon skal være en del av behandlingsprogrammet og behandlingsforløpet for brystkreftopererte og inngå i retningslinjer, veiledere og planverk på området.

Komiteen vil påpeke at det er en uakseptabel lang ventetid for rekonstruksjon. Tilbudet er mangelfullt som følge av for lav samlet kapasitet, herunder begrenset tilgang på kompetanse. Komiteen mener det må skje en generell oppbygging av offentlig plastikkirurgi som kan ta ansvar brystkreftopererte og andre pasientgrupper som trenger det, for å kunne gi en god og forutsigbar behandling. Komiteen er derfor av den oppfatning at kapasiteten i det offentlige tilbudet på å rekonstruere bryst må økes.

Komiteen legger til grunn at det skal være et gjennomgående behandlingsløp i etablerte miljøer for denne pasientgruppen, og mener det er viktig at diagnose, behandling og rekonstruksjon ikke splittes

opp. Komiteen er kjent med at tilgangen på kompetanse innen plastikkirurgi er begrenset, noe som gir stor sårbarhet med hensyn til å bygge opp den offentlige tjenesten. Komiteen mener derfor det er viktig å bygge opp et bærekraftig tilbud hvor god kompetanse og kvalitet er avgjørende.

For brystkreftopererte er det viktig å ha trygghet og visshet om at de får det beste behandlingstilbudet.

Komiteen har for øvrig merket seg at Foreningen for brystkreftopererte deltar i en arbeidsgruppe ved Oslo universitetssykehus (OUS), avdeling for bryst- og endokrinkirurgi, som ser på muligheten for et tverrfaglig kompetanseteam som skal følge kvinnen fra hun blir diagnostisert til hun er ferdig behandlet. Komiteen mener dette er et viktig tiltak for å kunne effektivisere arbeidet, eliminere flaskehals og styre samarbeidet mellom de ulike fagmiljøene.

Komiteen viser til at 416 kvinner i 2010 fikk rekonstruert sitt bryst etter brystkreft, og 89 kvinner fikk nytt bryst etter å ha fjernet bryst forebyggende grunnet arvelig disposisjon for brystkreft. Helsedirektoratet har opplyst at cirka 750 kvinner har behov for rekonstruksjon årlig etter brystkreftoperasjon. I tillegg kommer de kvinnene som fjerner bryst forebyggende på grunn av disposisjon for arvelig brystkreft. Mange av disse kvinnene er yngre og ønsker rekonstruksjon.

Komiteen har merket seg at Norsk pasientregister ikke kan levere data på hvor mange som venter på rekonstruksjon. Kreftforeningen opplyser imidlertid at dagens situasjon er at mange kvinner venter i svært mange år, opptil 10 år, på å få rekonstruert brystet, og at ventetiden de siste årene har økt. Komiteen mener dette er en uakseptabel lang ventetid som medfører en betydelig belastning for kvinnene.

Komiteen viser til at det under høringen om saken ble påpekt at ventetiden varierer fra sykehus til sykehus, og at den er avhengig av metodevalg. De mest kompliserte operasjonene som rekonstruksjon fra eget vev med mikrokirurgi og «frie lapper» har lengst ventetid. På nettsiden «Fritt sykehusvalg» i desember 2011 hadde OUS lengst forventet ventetid med 4,5 år, men oppgir samtidig at ventetiden for rekonstruksjon med eget vev er 10 år. Kortest forventet ventetid har St. Olav hospital i Trondheim med et halvt år.

Komiteen vil understreke at brystrekonstruksjon etter brystkreft for mange kvinner er en viktig og nødvendig del av behandlingen og rehabiliteringen. I tillegg har det stor betydning for den enkelte kvinnes livskvalitet.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti vil understreke at brystrekonstruksjon skal

være en rettighet på linje med andre behandlingstiltak ved brystkreft.

Komiteen legger til grunn at brystrekonstruksjon skal inn i handlingsprogrammet for kreft under retningslinjene for brystkreft.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, vil påpeke at dette gjelder der anbefalinger om frister i behandlingsforløpet, basert på faglig kunnskap, vil inngå.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener at brystrekonstruksjon kommer inn under prioritert helsehjelp, jf. pasientrettighetsloven § 2-1b.

Komiteen legger til grunn at valg av metode for brystrekonstruksjon skal være basert på en medisinsk vurdering og i tillegg etter den enkelte kvinnes ønske og behov.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti vil understreke at maksimal ventetid ikke må overskride ett år etter at brystet/brystene er fjernet, og at en medisinsk vurdering må ligge til grunn. Disse medlemmer vil videre understreke at ventetiden skal begynne å løpe etter at brystet er fjernet, og ikke etter en vurdering om rekonstruksjon. Forutsetningen for at dette skal bli mulig, er at det offentlige tilbudet bygges opp og sikres over hele landet.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sikre at brystrekonstruksjon etter brystkreft kommer inn under prioritert helsehjelp, i henhold til pasientrettighetsloven. Maksimal ventetid, etter en medisinsk vurdering, må ikke overskride ett år etter at brystet/brystene er fjernet.»

Komiteen mener det i større grad må legges til rette for primær rekonstruksjon, dvs. at brystet rekonstrueres i samme operasjon som når brystet fjernes, der dette er medisinsk mulig å gjøre. Dette vil etter komiteens mening være mindre belastende for kvinnene, i tillegg til at det vil være kostnadsbesparende for samfunnet. Komiteen viser i denne sammenheng til de gode erfaringene med dette på Island, i Sverige og i England.

Komiteen viser til den uakseptable lange ventetiden for rekonstruksjon av bryst etter brystkreft. Med den kapasiteten som finnes ved de offentlige sykehusene i dag, vil det ta mange år før de er i stand

til å gi et tilbud. Komiteen kan ikke se at målsettingen om reduserte køer for brystrekonstruksjon kan oppnås uten at det offentlige samarbeider med de private klinikkene, samtidig som den offentlige kapasiteten og kompetansen bygges opp for fremtidige behov.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, viser til at Helsedirektoratet har nedsatt en arbeidsgruppe som skal legge vedtaket fra Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering til grunn for sitt arbeid, med tidsfrist 20. mars 2012. Mandatet inneholder bl.a. spørsmål om:

1. Indikasjon; hvilke kvinner bør få et slikt tilbud?
2. Hvilke rettigheter skal pasientgruppen ha?
3. Hvordan kan man redusere behovet for sekundær rekonstruksjon?
4. Hva kreves av kompetanse for å utføre rekonstruktiv kirurgi?
5. Kan bryst- og endokrinkirurger med en videreopplæring/utdannelse utføre noen typer inngrep?
6. Hvordan bør et slikt tilbud organiseres? Herunder bør man vurdere kompetanse og volum ved de sykehus som skal gi dette integrerte tilbudet.
7. Beskriv 2–3 pasientforløp med både primær og sekundær rekonstruksjon, inklusiv tidsplan.

Flertallet er kjent med at Helse Sør-Øst RHF stadig utfører mer dagbehandling med rekonstruksjon med protese, og at denne behandlingen har noe kortere ventetid – fra 32 til 54 uker. Flertallet er også kjent med at de regionale helseforetakene har gjennomgått, eller er i ferd med å gjennomgå, funksjonsfordelingen innen kreftkirurgi, blant annet brystkreftkirurgi, og vurderer faktorer som har betydning for kvaliteten i behandlingen – som pasientvolum, organisering og kompetanse.

Flertallet ser fram til de vurderinger som Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering skal gjøre, og vil i etterkant av dette ta stilling til hvordan saken skal følges opp videre.

Komiteen ber departementet følge opp med de regionale helseforetakene for å redusere eksisterende kø og planlegge langsiktig oppfølging av framtidige rekonstruksjoner. Målsettingen på sikt bør være at ventetiden for de minst kompliserte rekonstruksjonene normalt er under seks måneder fra det er medisinsk forsvarlig å gjennomføre rekonstruksjonen.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, foreslår at representantforslaget vedlegges protokollen.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti har merket seg Kreftforeningens brev til helse- og omsorgsministeren, datert 24. oktober 2011, hvor det vises til ledig kapasitet og vilje hos private klinikker som utfører ulike former for brystrekonstruksjon i Oslo, Bergen, Stavanger og Trondheim. I praksis er det ingen ventetid ved de tre private klinikkene Aleris helse, Colloseumklinikken og Aviva helse som utfører enkle rekonstruksjoner og de mest ressurskrevende operasjoner. Ifølge Kreftforeningen har disse god kapasitet og er i tillegg i stand til å omprioritere ressurser for å dekke et behov under forutsetning om en avtale med de regionale helseforetakene. Disse medlemmer ber derfor regjeringen sørge for at det inngås nødvendige avtaler med private klinikker om brystrekonstruksjon etter brystkreft for å få redusert ventetiden og ventelistene, og ber om at det redegjøres for tiltakene i revidert nasjonalbudsjett for 2012.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at det inngås nødvendige avtaler med private klinikker om brystrekonstruksjon etter brystkreft for å få redusert ventetiden og ventelistene, og ber om at det redegjøres for tiltakene i revidert nasjonalbudsjett for 2012.»

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, merker seg svaret fra statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen at det fra regjeringens side ikke legges noen begrensinger på bruk av private aktører, og at dette er opp til det enkelte helseforetak. Flertallet mener at private aktører

må brukes der tilbud om rekonstruksjon ikke kan gis innen rimelig tid.

Forslag fra mindretall

Forslag fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti:

Forslag 1

Stortinget ber regjeringen sikre at brystrekonstruksjon etter brystkreft kommer inn under prioritert helsehjelp, i henhold til pasientrettighetsloven. Maksimal ventetid, etter en medisinsk vurdering, må ikke overskride ett år etter at brystet/brystene er fjernet.

Forslag 2

Stortinget ber regjeringen sørge for at det inngås nødvendige avtaler med private klinikker om brystrekonstruksjon etter brystkreft for å få redusert ventetiden og ventelistene, og ber om at det redegjøres for tiltakene i revidert nasjonalbudsjett for 2012.

Komiteens tilråding

Komiteens tilråding fremmes av Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet.

Komiteen viser til representantforslaget og merknadene og rår Stortinget til å gjøre følgende

vedtak:

Dokument 8:8 S (2011–2012) – representantforslag fra stortingsrepresentantene Siv Jensen, Kari Kjønås Kjos, Solveig Horne og Åse Michaelsen om tiltak for å sikre kvinner rask rekonstruksjon av bryst etter kreftoperasjoner – vedlegges protokollen.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 16. februar 2012

Bent Høie

leder

Sonja Irene Sjøli

ordfører

Vedlegg**Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet v/statsråden til helse- og omsorgskomiteen, datert 11. januar 2012****Dokument 8:8 S (2011-2012) representantforslag fra Siv Jensen, Kari Kjønaas Kjos, Solveig Horne og Åse Michaelsen om tiltak for å sikre kvinner rask rekonstruksjon av bryst etter kreftoperasjoner**

Jeg viser til brev av 16. november 2011, der helse- og omsorgskomiteen ber om min uttalelse til representantforslag nr 8:8 S(2011-2012) fra stortingsrepresentantene Siv Jensen, Kari Kjønaas Kjos, Solveig Horne og Åse Michaelsen. I dokumentet fremmes følgende forslag:

”Forslag:

Stortinget ber regjeringen, i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for 2012, innføre en behandlingsfrist på seks måneder for rekonstruksjon av bryst etter kreftoperasjon.”

Det aller viktigste med kreftbehandling er at pasienter overlever sykdom. Behandlingsresultatene på kreftområdet er i Norge svært gode. Som Stortinget er kjent med, viser OECDs statistikk for overlevelse etter kreftbehandling at Norge for flere typer kreft er ledende i Norden, og på enkelte områder er Norge helt i tet i hele OECD-området. Norske fagfolk på kreftområdet gjør en stor innsats og skal anerkjennes for det. Når det gjelder 5 års overlevelse etter brystkreft viser statistikken en jevn forbedring over de siste årene og var i 2009 88,3 pst.

Kapasitet og ventetid for rekonstruksjon etter brystkreft er i dag for lang. Det er mitt mål at kapasiteten skal styrkes og at ventetiden skal gå ned. Dette må skje gjennom forsterket fokus på kvalitet i pasientbehandlingen og på at behandlingen av kreftpasienter må skje i helhetlige forløp. På bakgrunn av de lange ventetidene og behovet for gode behandlingkjeder ba helse- og omsorgsdepartementet om en gjennomgang av retningslinjene for behandlingen av brystkreft, hvor en også ba om at rekonstruksjon av bryst ble vurdert. Som et resultat av dette arbeidet har vi nå sagt at rekonstruksjon av bryst skal være en del av behandlingen ved brystkreft. Saken ble drøftet i Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetje-

nesten som i sitt møte 6. desember 2010 uttalte følgende:

”Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering oppfatter at kvaliteten på den norske kreftomsorgen gjennomgående er god. Kreftomsorgen er også høyt prioritert når man ser på fordelingen av helsetjenestens samlede ressurser. Rådet mener, på bakgrunn av internasjonale retningslinjer, at vurdering for rekonstruksjon skal være en del av tilbudet for brystkreftopererte også i Norge. De førende dokumenter for brystkreftbehandling bør oppdateres og avstemmes slik at hele behandlingsforløpet ivaretas. Rådet ber om at Helsedirektoratet får et slikt oppdrag. Rekonstruksjon bør være et eget tema i ”Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med brystkreft” og arbeidsgruppens samlede kompetanse bør dekke alle felt i behandlingsforløpet. Rådet erkjenner at de nyeste operasjonsmetodene for rekonstruksjon (med eget vev) er meget ressurskrevende. I vurderingen av den enkelte pasient må derfor ressurs hensyn, medisinske hensyn og pasientens preferanser vektlegges.”

Helsedirektoratet har lagt ovennevnte vedtak til grunn i sitt arbeid med de nasjonale retningslinjene for behandling av brystkreft, og som nå altså innebærer at brystrekonstruksjon skal være en del av behandlingsprogrammet og må planlegges allerede tidlig i et behandlingsforløp mot brystkreft. I brev av 2.12.2011 fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet formaliseres oppdraget som har en frist til 23. mars 2012. På departementets anmodning er Kreftforeningen ved Foreningen for brystkreftopererte invitert til å delta i Helsedirektoratets arbeid.

Det er etter min vurdering ikke hensiktsmessig med en egen tidsfrist for kirurgisk rekonstruksjon etter brystkreft. Sykehusene må uansett vurdere den enkelte pasients situasjon når behandlingsforløpet skal planlegges. Men jeg vil understreke at når brystrekonstruksjon skal planlegges som en del av behandlingen så betyr det også at kapasiteten skal styrkes og at ventetidene skal gå ned. Når det gjelder de regionale helseforetakenes bruk av private aktører på dette området, er det ikke lagt noen begrensninger på det fra min side.

