



Innst. 65 S

(2011–2012)

Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen

Dokument 8:147 S (2010–2011)

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Bent Høie, Sonja Irene Sjøli, Michael Tetzschner og Elisabeth Røbekk Nørve om opprettelsen av spesialiserte diagnosesentre

Til Stortinget

Sammendrag

Det fremmes i dokumentet følgende forslag:

1. Stortinget ber regjeringen sette i gang planlegging av etablering av diagnosesentre i Norge, herunder utredning av finansiering for diagnostiske takster.
2. Stortinget ber regjeringen legge opp til en fristsetting for når pasienter kan få oppfølging ved henvisning til diagnosesentre.»

Forslagsstillerne ønsker at det skal opprettes diagnosesentre i Norge for å sikre norske pasienter god og rask behandling med tidlig diagnostisering ved komplekse symptombilder. Ved diagnosesentrene skal prosessen være at ingen pasienter som kommer inn med symptomer, sendes videre før enten sykdom er avkreftet eller et behandlings- eller oppfølgingsløp er planlagt.

Det vises til erfaringer og planer med diagnosesentre i Danmark.

Det understrekes at ved bruk av spesialiserte diagnosesentre kan man raskere få en utredning fra et spesielt kompetent fagmiljø, og det påpekes særskilt at slike diagnosesentre har en viktig rolle å spille i kampen mot kreft.

Forslagsstillerne mener det bør utvikles en plan for å opprette spesialiserte og høykompetente diagnosesentre ved universitetssykehusene.

Forslagsstillerne ønsker at det i forbindelse med utarbeidelse av planer for å opprette slike diagnosesentre beregnes deres forventede kapasitet og tilstrømning av pasienter. De mener at det på bakgrunn av dette kan lages retningslinjer som antyder hvilke frister for diagnostisering henviste pasienter skal kunne forholde seg til.

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 Dævøy, er opptatt av de utfordringer Norge står overfor når det gjelder tidlig intervensjon ved diagnostisering. Ved tidlig intervensjon kan en både begrense behovet for behandling og på den annen side øke suksessratene for dem som får behandling. Dette er også bakgrunnen for at det den 23. juni 2011 ble innført en normerende og førende tidsfrist, på 20 virkedager, på pasientforløp med kreft. Komiteen mener det er viktig og riktig at man får redusert tiden fra pasienter får mistanke om kreft, til utredning og behandling iverksettes.

Komiteen viser til en studie som viste at halvparten av krefttilfellene hadde så uklare symptomer

at kreft ikke ble oppdaget før lenge etter at symptomene oppsto. 51 prosent av personer rammet av kreft har symptomer som gir legen indikasjon på sykdommen, ifølge en dansk undersøkelse utført blant nydiagnostiserte kreftpasienter og deres fastleger i Århus fra 2004-2005. (Referanse: Nielsen, Hansen og Vedsted (2010): Præsentation af symptomer i almen praksis hos pasienter med cancer, s. 2827-2831 i Ugeskrift for Læger 172(41):2864)

Komiteen viser videre til åpen høring om forslaget 20. oktober 2011 hvor det fremkom at ca. 80 prosent av pasientene, hvor det er mistanke om alvorlig sykdom (okkult cancer), er relativt enkle å stille diagnose på, mens 20 prosent vil trenge ytterligere undersøkelser ved for eksempel universitetssykehus med enda bredere spesialistmiljøer.

Komiteen er opptatt av å bygge videre på de mange gode erfaringene man har hatt etter etableringen av brystdiagnostiske sentra. Til tross for at disse må kunne betegnes som smalspektrede diagnosesentra, er den opplagte fordel at pasienter og fastleger har en klar adresse å forholde seg til. Det å finne frem i en tidvis uoversiktlig spesialisthelsetjeneste kan bedres ved tydeligere fokus, slik at også fastleger enklere kan hjelpe sine pasienter frem til avklaring.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, viser til brev av 28. september 2011 fra helse- og omsorgsministeren. Flertallet er tilfreds med at statsråden vil stille krav til helseforetakene om videreføring av arbeidet med å forbedre pasientforløpene for kreftpasienter.

Flertallet er også fornøyd med at statsråden varsler dialog med berørte fagmiljøer for å sikre at alle som har viktige bidrag i dette arbeidet, blir tatt med på råd.

Flertallet understreker diagnostiseringens avgjørende rolle for å sikre riktig behandling, til riktig tid, med riktige metoder. Flertallet viser til at statsråden varsler at temaet vil bli berørt i større bredde i den kommende meldingen til Stortinget om kvalitet og pasientsikkerhet. Flertallet ser frem til dette viktige arbeidet.

Flertallet viser til statsrådets beskrivelse av bredt sammensatte fagstaber ved sykehusene som i praksis er å regne som sentre for diagnostikk på kreftområdet. Flertallet understreker viktigheten av å sikre langsiktig oppbygging av og stabilitet rundt slike fagmiljøer.

Flertallet foreslår at representantforslaget ikke bifalles.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til de erfaringene man ser fra Dan-

mark, hvor klar adresse for diagnose i kombinasjon med klare frister viser nedgang i tid fra mistanke om alvorlig sykdom foreligger til behandling igangsettes. Disse medlemmers anbefaling er å starte utredning om diagnosesenter i Norge og i den anledning også legge opp til en fristsetting for når pasienter kan få oppfølging ved disse.

Disse medlemmer viser til en pilotundersøkelse fra diagnosesenteret ved danske Regionshospitalet Silkeborg. I en studie av 143 pasientforløp der pasienten er henvist med såkalt «okkult cancer», dvs. med ukarakteristiske symptomer, ble det funnet kreft i 21 tilfeller. Det er tilsvarende 15 prosent. I danske Dagens Medicin omtale av studien 14. november 2011 vises det til at erfaringen ved Aarhus Sykehus er at kun om lag en femtedel av potensielle kreftpasienter som henvises til pakkeforløpet for lungekreft, får påvist kreft. Disse medlemmer mener det faktisk at kreft påvises bortimot like ofte for pasienter med ukarakteristiske symptomer, underbygger behovet for også i Norge å opprette spesialiserte diagnosesentre. Silkeborgs diagnosesenters ledende overlege, Ulrich Fredberg, sier følgende til Dagens Medicin:

«Man har indført kræftpakker for specifikke sygdomme, fordi det kan nedsætte dødeligheden. Men den gennemsnitlige dødelighed for alle kræftpasienter falder ikke, fordi den anden halvdel af kræftpasienterne, som ikke indgår i en pakke, bliver skubbet bag i køen og ikke modtager en god nok behandling.»

57 av pasientene i studien har en spesifikk annen sykdom enn kreft. Mette Yde Dam, som har gjennomført studien, sier:

«Det er meget vigtigt, at patienterne med okkult cancer ikke bliver proppet i en bestemt kasse og bliver undersøgt ens. Og hvis vi kan udelukke kræft, må vi ikke være tilfredse og stoppe udredningen og behandlingen.»

Disse medlemmer mener diagnosesentrene således spiller en viktig rolle også for andre sykdommer enn kreft og bidrar til bedre diagnostisering og dermed behandling av en rekke pasienter også ut over dem som får diagnosen kreft.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sette i gang planlegging av etablering av diagnosesentre i Norge, herunder utredning av finansiering for diagnosetakster.»

«Stortinget ber regjeringen legge opp til en fristsetting for når pasienter kan få oppfølging ved henvisning til diagnosesentre.»

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, viser til at Danmark har noe lengre forløpstider innen flere former for kreftbehandling enn Norge, men er opptatt av å understreke at det er vesentlig å ta lærdom av andre lands erfaringer. Flertallet er fornøyd med statsrådets tydelige forsikring om at andre lands erfaringer vil bli benyttet til beste for helsetilstanden i Norge.

Forslag fra mindretall

Forslag fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti:

Forslag 1

Stortinget ber regjeringen sette i gang planlegging av etablering av diagnosesentre i Norge, herunder utredning av finansiering for diagnosetakster.

Forslag 2

Stortinget ber regjeringen legge opp til en fristsetting for når pasienter kan få oppfølging ved henvisning til diagnosesentre.

Komiteens tilråding

Komiteens tilråding fremmes av Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet.

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

v e d t a k :

Dokument 8:147 S (2010–2011) – representantforslag fra stortingsrepresentantene Bent Høie, Sonja Irene Sjøli, Michael Tetzschner og Elisabeth Røbekk Nørve om opprettelsen av spesialiserte diagnosesentre – bifalles ikke.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 17. november 2011

Bent Høie

leder

Per Arne Olsen

ordfører

Vedlegg**Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet v/statsråden til helse- og omsorgskomiteen, datert 28. september 2011****Dok. 8:147 S (2010–2011) - Representantforslag fra stortingsrepresentantene Bent Høie, Sonja Irene Sjøli, Michael Tetzchner og Elisabeth Røbekk Nørve om opprettelse av spesialiserte diagnosesentre**

Jeg viser til brev av 15. juni 2011, der helse- og omsorgskomiteen ber om min uttalelse til representantforslag nr. 8:147 fra stortingsrepresentantene Bent Høie, Sonja Irene Sjøli, Michael Tetzchner og Elisabeth Røbekk Nørve. I dokumentet fremmes følgende forslag:

«Forslag 1:

Stortinget ber regjeringen sette i gang planlegging av etablering av diagnosesentre i Norge, herunder utredning av finansiering for diagnosetakster.

Forslag 2:

Stortinget ber regjeringen legge opp til en fristsetting for når pasienter kan få oppfølging ved henvisning til diagnosesentre.»

Jeg oppfatter forslagene, jf. Dok.8:147(2010–2011), som hovedsakelig begrunnet i ønsket om rask medisinsk hjelp til mennesker med uklare symptomer, der det er mistanke om kreft. I det følgende vil jeg derfor kort redegjøre for det som i dag er praksis på området diagnostisering og behandling av kreft. Jeg vil også gå inn på aktuelle problemstillinger når det gjelder raskest mulig diagnose ved mistanke om kreft og hvordan helseforetakene nå arbeider for å sikre gode og effektive behandlingsforløp på kreftområdet.

Fra 23. juni i år ble det innført tidsfrister på pasientforløp på kreft. Innenfor en ramme på totalt 20 virkedager skal vurdering av henvisning skje innen fem virkedager, utredning av pasienten innen ti dager og oppstart av behandling skal skje innen 20 dager. For noen pasienter vil det være behov for lengre tid enn 20 virkedager, slik at det anslås at 80 % vil måtte være innenfor fristene. Årsaken til at man behøver mer tid skal begrunnes i journalen. Forløpstidene er normerende og førende for helseforetakenes organisering og logistikk, og gjør det nødvendig for helseforetakene å treffe de tiltak som kreves for å fjerne flaskehalser. Raskere forløp enn 20 dager kan være nødvendig når den medisinske tilstanden tilsier det. Det lovmessige grunnlaget er fortsatt pasientrettighetsloven § 2-2 og forskrift om prioritering av helse-

tjenester. I revidert oppdragsbrev fra juli i år er de regionale helseforetakene bedt om å gjøre retningslinjene om forløpstider for kreftbehandling kjent i de aktuelle fagmiljøene.

Riktig diagnostikk ved mistanke om kreft er en betydelig utfordring for fastlegene, som årlig har ca tre millioner konsultasjoner der pasientenes tilstand er uklar. Fastlegens undersøkelse skal være slik at mistanke om alvorlig sykdom uten unødig opphold skal utredes videre hos riktig instans i spesialisthelsetjenesten. Da må det gå tydelig frem av henvisningen at det er mistanke om alvorlig sykdom. Det vil stadig være utfordringer knyttet til henvisninger til videre utredning for kreft, og håndteringen av disse i sykehusene. Det er derfor viktig at spesialisthelsetjenesten vektlegger samarbeidet med fastlegene og raskt responderer på henvisninger ved mistanke om kreft. Norge deltar, sammen med bl.a. Danmark og Sverige, i et internasjonalt prosjekt som bl.a. undersøker betydningen av fastlegens rolle i forløpet av kreftbehandling (International Cancer Benchmarking Project). Det overordnede målet er å skaffe kunnskap som bidrar til bedre overlevelse etter kreftbehandling.

Spesialisthelsetjenesten må tilpasse seg og ta i bruk kvalitetssikrede teknologier og erfaringer med behandling fra andre land. Andre lands erfaringer med organisering av helsetjenesten er også viktig, selv om forskjeller i befolkningstetthet og geografiske forhold ellers må tas i betraktning når overføringsverdien av disse vurderes.

Det er i Norge etablert brystdiagnostiske sentra ved flere helseforetak. Et brystdiagnostisk senter utreder spørsmål om brystkreft, og er slik sett et smalspektret diagnosesenter. Erfaringene fra slike sentra er i stor grad positive, og de er ønsket av pasientene.

Helsetilsynets rapport om risikobildet i norsk kreftbehandling pekte på tre områder som særlig viktige når det gjaldt risiko: utredningslogistikk (sen diagnostikk), informasjonsflyt og komplikasjonsovervåking. De regionale helseforetakene følger opp risikorapporten og setter krav til de enkelte foretak. Fristbrudd for pasienter i kreftbehandling skal ikke forekomme.

De senere år har «PET-scannere»(PET/CT) kommet som et viktig tilleggshjelpemiddel i kreftdiagnostikken. Teknologien ved PET/CT er komplisert og vil trolig kun finne anvendelse ved de store sykehusene. Det er derfor et klart og velbegrunnet behov

for en utvikling i retning av at mer kreftdiagnostikk og -behandling foregår på færre sykehus. Kravet til kompetanse og kvalitet i tjenestene ligger bak denne utviklingen. I praksis blir de store sykehusene, med sine bredt sammensatte fagstaber («multimodale team»), også å regne som sentre for diagnostikk på kreftområdet.

Spørsmålet om etablering av egne diagnosesentra som tillegg eller erstatning for dagens utredningsmodell har mange aspekter. En problemstilling er om ordningen med brystdiagnostiske sentre er anvendelig også på andre deler av kreftbehandlingen. En forutsetning for dette vil være at utgangspunktet for diagnostikken er like klart som ved brystdiagnostikk, som gjerne er en kul eller lignende i brystet. I svært mange tilfeller vil det imidlertid være behov for utredningsmodeller som tar høyde for at mange vil ha et komplekst og/eller uklart symptombylle.

I oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2012 vil jeg stille krav om at de regionale helseforetakene skal fortsette arbeidet med å gjennomgå organiseringen av pasientforløpene for kreftpasienter for å kunne imøtekomme de anbefalte forløpstider. Hvordan dette skal realiseres må løses i de enkelte foretak, basert på lokale erfaringer og forut-

setninger ellers. En forutsetning for produktive endringer i organiseringen av kreftbehandlingen, er foruten en helseøkonomisk vurdering, også en faglig vurdering av hva man kan oppnå ved den type endringer som er beskrevet i representantforslaget. Jeg vil derfor i løpet av høsten ta initiativ til en dialog med berørte fagmiljøer, og gjennom en konferanse legge til rette for en bred drøfting av hvordan vi kan oppnå raskere diagnostikk og bedre behandlingsforløp i kreftbehandlingen, i tråd med de anbefalte forløpstider. Deltakere vil være pasientrepresentanter, ansvarlige for tjenestene på området og aktuelle faggrupper. En slik konferanse vil også drøfte kreftbehandlingstilbudet i lys av samhandlingsreformen, og spesielt Danmarks erfaringer på området. Danmark har i dag noe lengre forløpstider innen flere former for kreftbehandling enn Norge. Det blir derfor interessant å kunne ta del i de erfaringer som nå gjøres der for å bedre situasjonen.

I løpet av 2012 vil jeg legge frem en stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet. Denne vil gi Stortinget anledning til å drøfte hvordan vi kan bedre utredningen av pasienter og lære av erfaringer fra andre lands kvalitetsarbeid.

