



Innst. 316 S

(2009–2010)

Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen

Dokument 8:102 S (2009–2010)

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Erna Solberg, Bent Høie og Sonja Irene Sjøli om forsterket innsats mot kreft

Til Stortinget

Sammendrag

I dokumentet fremmes følgende forslag:

«I

Stortinget ber regjeringen bevilge øremerkede midler til forebyggende folkehelse tiltak i regi av kommuner og frivillige organisasjoner.

II

Stortinget ber regjeringen sørge for at jenter født i 1997 får et nytt tilbud om HVP-vaksine i løpet av skoleåret 2010/2011, samt grundig informasjon om fordeler og ulemper med tilbudet.

III

Stortinget ber regjeringen etablere et pilotprosjekt for screening av tarmkreft.

IV

Stortinget ber regjeringen sørge for å redusere ventetidene for diagnostikk og behandling.

V

Stortinget ber regjeringen instruere helseforetakene om umiddelbart å sørge for at behandlingstilbudet til kreftpasienter har høy kvalitet og er i tråd med

oppdatert kunnskap, blant annet om sammenhengen mellom volum og kvalitet.

VI

Stortinget ber regjeringen fremme forslag om bevilgninger til utvikling av flere kvalitetsregistre for kreftsykdom. Registrene skal være pseudonyme, eksternt kryptert og basert på krav om samtykke eller reservasjonsrett.

VII

Stortinget ber regjeringen sikre at arbeidet med å innhente samtykke fra deltakere i mammografiprogrammet gjennomføres så effektivt som mulig, slik at dataene kan benyttes til forskning og kvalitetsutvikling.

VIII

Stortinget ber regjeringen utvikle flere kvalitetsindikatorer for helsetjenesten, herunder for kreftbehandling.

IX

Stortinget ber regjeringen sikre åpenhet om resultater av kvalitetsmåling, herunder sammenlikning mellom sykehus og enheter.

X

Stortinget ber regjeringen publisere informasjon om ventetider for kreftbehandling.

XI

Stortinget ber regjeringen innføre et system for informasjon og veiledning om utprøvende behandlingstilbud i Norge og utlandet for pasienter som ikke

har effekt av etablert behandling i Norge, bl.a. kreft-rammede.

XII

Stortinget ber regjeringen fremme forslag om å styrke enhetene for utprøvende behandling ved Oslo universitetssykehus Radiumhospitalet, og ved Helse Bergen.

XIII

Stortinget ber regjeringen innføre et nytt beslutningssystem som sikrer at ny behandling som er trygg og kostnadseffektiv, tas i bruk i helsetjenesten raskere enn i dag, og at helsetilbudet blir mer likeverdig. Det skal være klare retningslinjer for vurderingene.

XIV

Stortinget ber regjeringen foreslå forbedringer i finansieringssystemet som bidrar til at nye medisiner og behandlingsformer raskere blir tilgjengelige for pasientene.

XV

Stortinget ber regjeringen legge frem en opptrapningsplan for habilitering og rehabilitering med konkrete mål og tiltak som sikrer bedre kapasitet og kvalitet i tilbudet, også for kreftpasienter.

XVI

Stortinget ber regjeringen styrke tilbudet om lindrende behandling gjennom kompetansehevende tiltak, samt etablering av flere ambulante team, hospice og enheter for lindrende behandling.

XVII

Stortinget ber regjeringen gjennomgå og foreslå forbedringer i tilbudet om lindrende behandling til barn.

XVIII

Stortinget ber regjeringen fremme forslag om en forsterket innsats for utdanning og forskning, herunder helseforskning blant annet innenfor bioteknologi.

XIX

Stortinget ber regjeringen gjennomgå og foreslå forbedringer av de næringspolitiske virkemidler for å fremme bioteknologisk industri i Norge.»

Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Jorodd Asphjell, Are Helseth, Espen Granberg Johnsen, Tove Karoline Knutsen, Stein Erik Lauvås og Sonja Mandt fra Fremskrittspartiet, Jon Jæger Gåsvatn, Kari Kjønås Kjos og Morten Stordalen, 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, slutter seg til intensjonene i representantforslaget, som er å videreutvikle og forbedre behandlingstilbudet for kreft-rammede i Norge. Kreftsykdom er, slik komiteen ser det, en av de største utfordringene Helse-Norge står overfor. Det er derfor viktig at man har en kontinuerlig utviklingsprosess som sørger for at helsevesenet til enhver tid er oppdatert faglig, strukturmessig og kvalitetsmessig i alle ledd av en helhetlig kreftomsorg i Norge.

Komiteen viser til vedlagte brev av 21. mai 2010 fra helse- og omsorgsministeren til helse- og omsorgskomiteen.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, slutter seg til de vurderinger og svar som gis i brevet.

Komiteen vil vise til at om lag hver tredje nordmann får diagnosen kreft en eller annen gang i løpet av livsforløpet. Det er imidlertid gledelig at stadig flere overlever, og blir friske, etter en kreftdiagnose. Det er, slik komiteen ser det, en viktig målsetting at kreftsykdom til enhver tid bekjempes med alle virkemidler man har tilgjengelig, sett i lys av den medisinske utviklingen.

Komiteen er enig med forslagsstillerne knyttet til viktigheten av forebyggende helsearbeid, også i sammenheng med kreftsykdom, og er derfor glad for den tverrpolitiske enigheten knyttet til viktigheten av forebygging som ble synliggjort gjennom samhandlingsreformen. Komiteen er av den oppfatning at øremerkede midler til forebyggende helsearbeid i kommunene er et fornuftig tiltak, som ivaretar behovet for en styrking av dette feltet.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti er bekymret over en utvikling av ventetider for diagnostikk og behandling generelt i helsevesenet, og på kreftområdet spesielt. Det er derfor viktig at det iverksettes tiltak som sørger for en reduksjon i ventetidene, fremfor at ventetidene stadig øker.

Disse medlemmer støtter derfor forslagsstillerne i deres syn på dette feltet.

Komiteen er svært opptatt av at kvaliteten i behandlingstilbudet er av en god og adekvat standard. Det må derfor, slik komiteen ser det, stadig rettes et sterkt fokus mot faglig og kvalitativ utvikling i helsetjenesten og i kreftomsorgen. Komiteen er av den oppfatning at nivået på kvaliteten må gjøres offentlig og lett tilgjengelig for pasientene, slik at det utvikles en sunn konkurranse mellom ulike sykehus og helsetilbydere i Norge. Komiteen mener det er en forutsetning at det utvikles flere kvalitetsindikatorer og måleparametre som ivaretar pasientenes behov for adekvat og god informasjon om helsetilbudet de mottar.

Komiteen er av den oppfatning at utviklingen knyttet til nye behandlingsmetoder, diagnostikk og medikamenter på kreftområdet er inne i en spennende og rask prosess. Dette medfører derfor, slik komiteen ser det, et behov for systemer som sørger for at nye metoder og medisiner vurderes og eventuelt implementeres, og gjøres mer tilgjengelig for kreftpasienter.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti vil også understreke at det norske helsevesenet må være underlagt systemer som sørger for at nye legemidler raskt adopteres inn og benyttes for denne pasientgruppen.

Komiteen vil påpeke viktigheten av å styrke rehabiliterings- og habiliteringsfeltet, herunder også rehabilitering og habilitering for kreftammede. Komiteen viser i den sammenheng til at det i Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011 er et mål å sette fokus på og styrke rehabiliteringsfeltet. Komiteen viser videre til at det i Nasjonal strategi for kreftområdet 2006–2009 er et mål at rehabiliteringstilbudet skal styrkes, også for kreftpasienter.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti støtter forslagsstillerens syn knyttet til en egen opptrappingsplan for dette feltet.

Komiteen er opptatt av at kreftammede får et adekvat og godt tilbud knyttet til lindrende behandling. Det bør derfor, slik komiteen ser det, legges til rette for gode systemer og en videreutvikling av tilbud som gir god omsorg og lindrende behandling.

Komiteen er av den oppfatning at en satsing på palliative enheter, hospice, ambulante team, og et

generelt kompetanseløft, er påkrevd i årene som kommer.

Komiteen er svært opptatt av at vilkårene for forskning og utvikling for kreftområdet er av en slik art at man stimulerer til en god prosess i årene som kommer. Komiteen vil i denne sammenheng understreke betydning av Radiumhospitalet, Kreftregistret, Oslo Cancer Cluster og stamcellesenteret. Dette er, slik komiteen ser det, lokomotivet i den norske kampen mot kreft, og må derfor gis gode rammevilkår som sørger for at kompetansemiljøet utvikles på en god måte.

Komiteen er videre opptatt av at rammevilkårene for bioteknologisk industri er gode, sett i lys av den interessante og raske utviklingen dette feltet innehar knyttet opp mot medisinsk utvikling.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti er av den oppfatning at kreftomsorgen i Norge må styrkes betydelig på flere områder. Forskning og utvikling må stå i høysete, samt at behandling og legemiddelbruk må tåle sammenligning med de beste land i verden. Disse medlemmer er av den oppfatning at Radiumhospitalet, Kreftregistret og Oslo Cancer Cluster må utgjøre pilarene i det norske kreftmiljøet. Dette bør skje gjennom en storstilt satsing på disse kompetansemiljøene i form av merkevarerbygging og rammevilkår som sikrer den videre fremdriften på forskning, utvikling og behandling av kreft i Norge.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet vil vise til MD Anderson Cancer Center i Houston som har om lag 18 000 mennesker som er ansatt til å forske, utvikle og behandle kreft. Fremskrittspartiet er svært tilfreds med de tilbakemeldinger disse medlemmer fikk, på en studiereise til Houston, fra ledende personligheter ved dette kreftmiljøet, knyttet til det gode samarbeidet de hadde med Radiumhospitalet. Disse medlemmer mener det er viktig at Radiumhospitalet gis mulighet til å videreføre det internasjonale samarbeidet på kreftområdet.

Disse medlemmer vil videre understreke viktigheten av å gi flere pasienter tilgang til utprøvende behandlingsmetoder og medisin. Det vises i denne sammenheng til MD Anderson Cancer Center i Houston, som har en tydelig profil knyttet til å «aldri gi opp»-pasienter som er rammet av kreft. Disse medlemmer mener det er viktig at norsk kreftomsorg også baserer seg på samme prinsipp, og at tilbud om utprøvende behandling må gis til langt flere pasienter enn hva som gjøres i dag.

Forslag I

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Kristelig Folkeparti, mener at forebygging av kreft er et av de viktigste tiltak for å hindre at flere får kreft. Flertallet viser til de mange tiltak som er satt i gang for å bedre folkehelsen. Flertallet vil understreke at røyking er en av de absolutt hyppigste årsakene til kreft, og at forebygging av røyk vil gi store resultater i forhold til nedgang av kreftforekomst i befolkningen. Flertallet støtter derfor opp om regjeringens strategier for å hindre at folk og særlig ungdom begynne å røyke, samt tiltak for å bidra til at folk kan slutte å røyke.

Forslag II

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, viser til at det nå tilbys vaksine neste skoleår for jenter i 7. klasse som ikke har fått tilbudet inneværende skoleår. Dette mener flertallet er fornuftig, slik at flest mulig får benyttet tilbudet. Flertallet viser til at denne vaksinen på sikt vil spare mange liv og hindre komplikasjoner.

Forslag III

Komiteen viser til at tykk- og endetarmskreft er den nest hyppigste krefttypen i Norge, og at forekomsten er økende både for kvinner og menn. Det er viktig med tidlig diagnostisering, og denne type kreft kan være særlig egnet for screening.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Kristelig Folkeparti, viser til at flere land har igangsatt screeningprogram for denne kreftformen, mens andre land avventer resultatene fra pågående og planlagte studier før de vil starte opp. Flertallet viser til at Helsedirektoratet anbefaler å igangsette pilotforsøk med screening av tykk- og endetarmskreft for å få erfaringer før dette eventuelt blir gjeldende for hele landet. Dette arbeidet skal vurderes i Nasjonalt Råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten innen juni 2010.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, ser fram til at departementet etter dette tar en avgjørelse om et eventuelt pilotprosjekt for screening skal igangsettes.

Forslag V

Komiteen er opptatt av at fagkompetanse samles og utnyttes best mulig. Komiteen mener det er viktig at det finnes sterke fagmiljøer med stort volum og høy faglig kompetanse på kreftfeltet. Komiteen ser av svarbrevet at dette arbeidet er i gang, og at det tas hensyn til at det allerede fins eksisterende miljøer med gode resultater rundt om i landet. Komiteen er opptatt av at dette følges nøye opp, og at det i styringsdialogen med de regionale helseforetakene fortsatt stilles krav om et kvalitativt best mulig behandlingstilbud, samtidig som volum opprettholdes.

Forslag VI

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti vil bemerke at eksternt krypterte og pseudonyme helseregistre ikke er til hinder for klinisk forskning, da det vil være mulig å ta kontakt med pasienten via krypteringsinstansen og sykehuset eller helsetjenesten som vedkommende i utgangspunktet har gitt helseopplysninger til. Dette innebærer også at pasienten må gi sitt samtykke til utlevering av supplerende opplysninger eller deltakelse i et forskningsprosjekt, i tråd med hovedregelen i helseforskningsloven. Det vises for øvrig til at systemet med pseudonyme registre med ekstern kryptering praktiseres av det islandske selskapet De Code Genetics, som kan vise til betydelig vitenskapelige fremskritt innenfor bioteknologisk forskning, herunder kreftdiagnostikk.

Forslag VII

Komiteen vil understreke at tiltak for å sikre at dataene innhentet i mammografi- og cervixscreeningen tas vare på og brukes i framtiden, bør prioriteres høyt. Det er etter komiteens mening viktige data som kan benyttes i forskning og for en bedre kreftomsorg.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener at Helse- og omsorgsdepartementet må ta et ansvar for å avklare de mulige juridiske holdbare handlingsalternativene for å sikre mest mulig av dataene for fremtidig forskning.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, er fornøyd med at det nå gjøres en gjennomgang av reglene, slik at vi for framtiden unngår denne type konflikter. Flertallet har ingen merknader utover dette, og med bakgrunn i

svarbrevet fra statsråden foreslås det at forslaget vedlegges protokollen.

Forslag X

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti merker seg at helsetjenesten bestreber seg på rask diagnostikk og behandling av kreftpasienter, men påpeker at det faktisk er ventetider for enkelte former for kreftbehandling og diagnostikk. Dette fremkommer av en rekke henvendelser fra pasienter. Videre vises det til Helsetilsynets rapport 4/2010 om Risikobildet av norsk kreftbehandling, der det heter at det er stor risiko for svikt i utredningsfasen, som kan føre til sen diagnostikk. Dette er den største risikoen for svikt innenfor kreftbehandling, som svært sannsynlig fører til tap av liv og helse for pasientene. Helsetilsynet mener man må vurdere myndighetskravene i ventetidsgarantien.

Det vises til helse- og omsorgsministerens brev til helse- og omsorgskomiteen av 21. mai 2010, der det uttales at:

«Helsedirektoratet har i samarbeid med de regionale helseforetakene foreløpig vurdert at det er lite hensiktsmessig å ha med ventetider til kreftbehandling på nettstedet»

Slik disse medlemmer ser det, er det svært uheldig å holde tilbake informasjon om den faktiske situasjonen i helsetjenesten, herunder ventetider. Dette forhindrer en åpenhet som er nødvendig for forbedring av tilbudet, og fratar pasientene viktig informasjon som også undergraver deres rett til fritt sykehusvalg. Disse medlemmer kan ikke se noen begrunnelse for at pasienter som har kreft skal ha mindre rett til informasjon om ventetider enn andre pasienter. Disse medlemmer forventer at statsråden sørger for at informasjon om faktiske ventetider for kreftbehandling og diagnostikk gjøres tilgjengelig for pasientene. Samtidig må denne informasjonen danne grunnlag for forbedringer i tilbudet.

Komiteen viser til at Helsetilsynets rapport 4/2010 understreker behovet for å sikre raskere og bedre diagnostikk, for å forhindre at forsinkelser fører til dødsfall og helseproblemer som kan unngås. Videre mener Helsetilsynet at mangler i kvaliteten i helsetilbudet, herunder at for mange sykehus opererer for få pasienter, representerer en svært alvorlig risiko for svikt. Komiteen mener det er nødvendig at dette følges særskilt opp overfor RHF'ene, slik at det kan treffes tiltak for å redusere risikoen for svikt i tråd med Helsedirektoratets anbefalinger.

Forslag XVI

Komiteen viser til at lindrende behandling tar sikte på å gi pasienten og de pårørende best mulig livskvalitet i pasientens siste levetid. Det er viktig at det gis et helhetlig tilbud til pasientene og deres pårørende, der både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov ivaretas. Mer enn 50 prosent av kreftpasienter som dør, avslutter livet på sykehus. Det er imidlertid bare om lag 82 senger i palliative enheter i sykehus. Når det gjelder senger i palliative enheter i kommunene, viser statistikk fra nyttår 2010 29 enheter med 179 senger og 41 sykehjem med 65 palliative enkelt-senger. Det er behov for å styrke tilbudet om lindrende behandling både kapasitetsmessig og kvalitativt, slik at flere får et tilbud om pleie og omsorg ved livets slutt. Den demografiske utviklingen med et økende antall eldre, samt økt forekomst av kreft, kols og andre sykdommer tilsier at tilbudet må styrkes betydelig. Det må legges til rette for at pasienter som ønsker det kan avslutte livet hjemme, gjennom gode ambulante tjenester, pleie og omsorg.

For de som har behov for døgkontinuerlig omsorg, kan hospice være et svært godt alternativ som gir en trygg avslutning på livet i rolige omgivelser.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener at det bør etableres flere hospice, som ivaretar pasientenes og de pårørendes behov for helhetlig omsorg og et mangfoldig tilbud.

Komiteen viser til at det i snitt dør 349 barn av alvorlig sykdom hvert år, ifølge SSB. Blant disse har om lag 35 ondartede svulster som kreft. Barn som lider av en uhelbredelig sykdom, har ofte et komplekst og sammensatt sykdomsbilde. Foreningen JA til lindrende enhet og omsorg for barn er etablert for å rette fokus mot at lindrende behandling også trengs for barn og deres familier. Det påpekes at mange av de behandlingstilbudene og hjelpetilbudene som finnes, er beregnet for voksne og ikke tar inn over seg den spesielle situasjonen som oppstår når et barn er døende. Det vises til at det i USA og Storbritannia er etablert egne hospiceavdelinger og andre egnede tilbud for barn som er uhelbredelig syke og døende. Slik komiteen ser det, er det svært viktig at helsetjenesten både har kompetanse og egnede tilbud til gi barn og deres familier et helhetlig tilbud om omsorg og lindrende behandling. Det bør utvikles nasjonale retningslinjer som sikrer et godt tilbud om en verdig omsorg ved livets slutt for barn og deres familier. Dette krever en helhetlig omsorg der barnets og familiens fysiske, sosiale og åndelige behov ivaretas. Komiteen mener at kompetansen om lindrende behandling generelt, og spesielt rettet mot barn, må

bedres. Om lag 46 prosent av barn som dør, avslutter livet hjemme. Familier som ønsker at barnet skal avslutte livet hjemme må gis mulighet for dette gjennom gode ambulante tjenester, veiledning, støtte og nødvendig bistand. Det er også viktig at det gis et godt tilbud om ettervern for foreldre og familier som mister barn.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti vil vise til forslag om plan for livshjelp, Dokument 8:11 S (2009–2010), jf. Innst. 150 S (2009–2010), der det ble fremmet forslag om en systematisk oppbygging av tilbud om lindrende behandling.

Forslag XVIII

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti understreker at bevilgningene til helseforskning, herunder kreftforskning, må styrkes som en investering i fremtidige behandlingsmuligheter og bedre helse for pasientene. Disse medlemmer mener at det bør legges bedre til rette for å kombinere klinisk arbeid med forskning, uten at de ansatte må bruke sin fritid til sistnevnte oppgave. Disse medlemmer viser til at EU har store helseforskningsprogram, som kan være finansieringskilde for forskningsarbeid også i Norge. Dette krever imidlertid omfattende administrativt arbeid, og disse medlemmer ber regjeringen vurdere om det kan etableres en veiledningstjeneste som bistår norske miljøer med å søke slik finansiering.

Videre viser disse medlemmer til at helgenomanalyser og bruk av høykapasitets DNA-sekvensering gir nye og bedre kunnskap om årsaken til sykdom og behandling av sykdom, blant annet for kreft. Dette gir positive muligheter for å forbedre behandlingstilbudet til pasientene, men krever både nye kompetanse og tilstrekkelige ressurser. Disse medlemmer ber regjeringen vurdere hvordan de positive mulighetene i den bioteknologiske utviklingen på dette området kan utnyttes best mulig for å forbedre behandlingstilbudet til pasientene, innenfor rammen av et godt personvern og etisk forsvarlig bruk av bioteknologi.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen:

- Bevilge øremerkede midler til forebyggende folkehelse tiltak i regi av kommuner og frivillige organisasjoner.

- Etablere et pilotprosjekt for screening av tarmkreft.
- Sørge for å redusere ventetidene for diagnostikk og behandling.
- Instruere helseforetakene om umiddelbart å sørge for at behandlingstilbudet til kreftpasienter har høy kvalitet og er i tråd med oppdatert kunnskap, blant annet om sammenhengen mellom volum og kvalitet.
- Fremme forslag om bevilgninger til utvikling av flere kvalitetsregistre for kreftsykdom. Registerne skal være pseudonyme, eksternt kryptert og basert på krav om samtykke eller reservasjonsrett.
- Sikre at arbeidet med å innhente samtykke fra deltakere i mammografiprogrammet gjennomføres så effektivt som mulig, slik at dataene kan benyttes til forskning og kvalitetsutvikling.
- Utvikle flere kvalitetsindikatorer for helsetjenesten, herunder for kreftbehandling.
- Sikre åpenhet om resultater av kvalitetsmåling, herunder sammenlikning mellom sykehus og enheter.
- Publisere informasjon om ventetider for kreftbehandling.
- Innføre et system for informasjon og veiledning om utprøvende behandlingstilbud i Norge og utlandet, for pasienter som ikke har effekt av etablert behandling i Norge, bl.a. krefttrammede.
- Fremme forslag om å styrke enhetene for utprøvende behandling ved Oslo Universitetssykehus Radiumhospitalet, og ved Helse Bergen.
- Innføre et nytt beslutningssystem som sikrer at ny behandling som er trygg og kostnadseffektiv tas i bruk i helsetjenesten raskere enn i dag, og at helsetilbudet blir mer likeverdig. Det skal være klare retningslinjer for vurderingene.
- Foreslå forbedringer i finansieringssystemet som bidrar til at nye medisiner og behandlingsformer raskere blir tilgjengelige for pasientene.
- Legge frem en opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering med konkrete mål og tiltak som sikrer bedre kapasitet og kvalitet i tilbudet, også for kreftpasienter.
- Styrke tilbudet om lindrende behandling gjennom kompetansehevede tiltak, samt etablering av flere ambulante team, hospice og enheter for lindrende behandling.
- Gjennomgå og foreslå forbedringer i tilbudet om lindrende behandling til barn.
- Fremme forslag om en forsterket innsats for utdanning og forskning, herunder helseforskning blant annet innenfor bioteknologi.
- Gjennomgå og foreslå forbedringer av de næringspolitiske virkemidler for å fremme bioteknologisk industri i Norge. »

Forslag fra mindretall

Forslag fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti:

Stortinget ber regjeringen:

- Bevilge øremerkede midler til forebyggende folkehelse tiltak i regi av kommuner og frivillige organisasjoner.
- Etablere et pilotprosjekt for screening av tarmkreft.
- Sørge for å redusere ventetidene for diagnostikk og behandling.
- Instruere helseforetakene om umiddelbart å sørge for at behandlingstilbudet til kreftpasienter har høy kvalitet og er i tråd med oppdatert kunnskap, blant annet om sammenhengen mellom volum og kvalitet.
- Fremme forslag om bevilgninger til utvikling av flere kvalitetsregistre for kreftsykdom. Registerne skal være pseudonyme, eksternt kryptert og basert på krav om samtykke eller reservasjonsrett.
- Sikre at arbeidet med å innhente samtykke fra deltakere i mammografiprogrammet gjennomføres så effektivt som mulig, slik at dataene kan benyttes til forskning og kvalitetsutvikling.
- Utvikle flere kvalitetsindikatorer for helsetjenesten, herunder for kreftbehandling.
- Sikre åpenhet om resultater av kvalitetsmåling, herunder sammenlikning mellom sykehus og enheter.
- Publisere informasjon om ventetider for kreftbehandling.
- Innføre et system for informasjon og veiledning om utprøvende behandlingstilbud i Norge og utlandet, for pasienter som ikke har effekt av etablert behandling i Norge, bl.a. kreftrammede.

- Fremme forslag om å styrke enhetene for utprøvende behandling ved Oslo Universitetssykehus Radiumhospitalet, og ved Helse Bergen.
- Innføre et nytt beslutningssystem som sikrer at ny behandling som er trygg og kostnadseffektiv tas i bruk i helsetjenesten raskere enn i dag, og at helsetilbudet blir mer likeverdig. Det skal være klare retningslinjer for vurderingene.
- Foreslå forbedringer i finansieringssystemet som bidrar til at nye medisiner og behandlingsformer raskere blir tilgjengelige for pasientene.
- Legge frem en opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering med konkrete mål og tiltak som sikrer bedre kapasitet og kvalitet i tilbudet, også for kreftpasienter.
- Styrke tilbudet om lindrende behandling gjennom kompetansehevende tiltak, samt etablering av flere ambulante team, hospice og enheter for lindrende behandling.
- Gjennomgå og foreslå forbedringer i tilbudet om lindrende behandling til barn.
- Fremme forslag om en forsterket innsats for utdanning og forskning, herunder helseforskning blant annet innenfor bioteknologi.
- Gjennomgå og foreslå forbedringer av de næringspolitiske virkemidler for å fremme bioteknologisk industri i Norge.

Komiteens tilråding

Komiteen har for øvrig ingen merknader, viser til representantforslaget og råder Stortinget til å gjøre slikt

vedtak:

Dokument 8:102 S (2009–2010) – representantforslag fra stortingsrepresentantene Erna Solberg, Bent Høie og Sonja Irene Sjøli om forsterket innsats mot kreft – vedlegges protokollen.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 3. juni 2010

Bent Høie
leder

Morten Stordalen
ordfører

Vedlegg

Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet v/statsråden til helse- og omsorgskomiteen, datert 21. mai 2010

Dokument 8:102 S (2009–2010) – Representantforslag fra stortingsrepresentantene Erna Solberg, Bernt Høie og Sonja Irene Sjøli om forsterket innsats mot kreft

Jeg viser til brev av 21. april 2010 der helse- og omsorgskomiteen ber om min uttalelse til representantforslag nr. 8:102 S fra stortingsrepresentantene Erna Solberg, Bent Høie og Sonja Irene Sjøli. I dokumentet fremmes 19 forslag om forsterket innsats mot kreft.

Regjeringen har gjennom Nasjonal strategi for kreftområdet 2006–2011 prioritert å sikre god kreftbehandling og kreftforskning. Med kreftstrategien legges det til rette for bedre kvalitet og kompetanse, tilstrekkelig kapasitet og likeverdig tilgjengelighet, hensiktsmessig organisering og bedre samhandling i og mellom alle ledd på kreftområdet. Kreftstrategien har nasjonale mål og tiltak for forebyggende arbeid, screeningtilbudet (masseundersøkelser), diagnostisering og behandling, rehabilitering og lindrende behandling, personellfeltet og register- og forskningsvirksomhet.

For å styrke kvalitet og likeverdig behandling, er det per i dag utarbeidet ni nasjonale handlingsprogrammer (behandlingsretningslinjer) for kreftbehandling, og det er planlagt seks nye handlingsprogrammer i løpet av 2010.

Representantforslag nr. 8:102 S inneholder nitten forslag. Nedfor følger mine uttalelser til forslagene.

I

Stortinget ber regjeringen bevilge øremerkede midler til forebyggende folkehelse tiltak i regi av kommuner og frivillige organisasjoner.

Folkehelsearbeidet bygger på strategier som er lagt i St. meld. nr. 16 (2002–2003) *Resept for et sunnere Norge* og som er videreført i St. meld. nr. 20 (2006–2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Et viktig perspektiv for politikken er at forebyggende innsats må rettes både mot faktorer i omgivelser og samfunn som påvirker befolkningens helse, og målrettet mot grupper med høy risiko for livsstilsrelatert sykdomsutvikling. Hver påvirkningsfaktor bidrar ofte til flere ulike helseproblemer som hjerte- og karsykdommer, ulike kreftformer, astma, kols, skader, muskel- og skjelettsykdommer, mv.

Det bevilges i dag over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett øremerkede midler til forebyg-

gende folkehelse tiltak til kommuner og i regi av frivillige organisasjoner. Dette gjelder bl.a. bevilgningen over kap 719 post 21 og tilskuddsordningen til fysisk aktivitet over kap 719 post 73 der det er fordelt 500 000 kroner til hvert av landets fylker til tiltak for å fremme fysisk aktivitet lokalt i regi av frivillige organisasjoner. 14,5 mill. kroner er over posten tildelt Norges idrettsforbund og olympiske og paralympiske komité til forebyggende helsearbeid gjennom fysisk aktivitet. Videre er det over denne posten tildelt tilskudd til friluftslivsorganisasjoner og til Sykle til Jobben-aksjonen. Som ledd i videreutvikling og oppfølging av grønn resept- ordningen, pågår kommunebasert utvikling av frisklivstilbud rettet mot risikogrupper for å fremme sunne levevaner og forebygge livssykdommer. Over kap 719 post 60 er det i statsbudsjettet for 2010 bevilget 11,9 mill. kroner til kommunetilskudd til folkehelse tiltak.

St.meld. nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen* legger føringer for å styrke det forebyggende arbeidet i kommunene. Dette innebærer blant annet oppbygging av kompetanse og utvikling av systemer for å få bedre oversikt over helseutfordringene i kommunene. Det legges vekt på å forankre forebyggingsinnsatsen i kommunenes ordinære plan- og styrings-systemer. Departementet viser i den forbindelse til at kommunenes frie inntekter i statsbudsjettet for 2010 er styrket med 2 730 mill. kroner, og at 230 mill. kroner av disse er begrunnet i styrking av forebyggende helsetjenester i oppfølgingen av samhandlingsreformen.

Den viktigste enkeltårsaken til kreft som det kan gjøres noe med er tobakksrøyking. Beregninger fra 2006 viste ca. 6700 dødsfall av totalt 41376 i Norge i 2003 kunne tilskrives røyking. Det utgjorde 16 % av alle dødsfall (19 % blant menn og 14 % blant kvinner). Effektive tiltak mot tobakk vil være den enkelt-satsingen som vil ha størst effekt på forekomsten av kreft.

Norge har nylig forpliktet seg til en fornyet innsats mot tobakk gjennom en omfattende strategi og plan for å redusere røyking og snusbruk på bakgrunn av en nylig gjennomgang av det norske tobakksarbeidet i regi av WHO. Helse- og omsorgsdepartementet vil på grunnlag av denne gjennomgangen nå starte arbeidet med en ny nasjonal tobakksstrategi for perioden 2011–2015. Arbeidet med å utvikle et strengere lovverk er allerede i gang.

II

Stortinget ber regjeringen sørge for at jenter født i 1997 får et nytt tilbud om HVP- vaksine i løpet av skoleåret 2010/2011, samt grundig informasjon om fordeler og ulemper med tilbudet.

Folkehelseinstituttet har i brev av 15. april 2010 anbefalt Helse- og omsorgsdepartementet å åpne for at jenter i 7. klasse som av ulike grunner ikke fikk tilbud om HPV-vaksine i løpet av dette skoleåret (2009/2010) skal få et nytt tilbud i løpet av neste skoleår (skoleåret 2010/2011). Helse- og omsorgsdepartementet har vurdert dette, og besluttet å følge anbefalingen fra Folkehelseinstituttet. Dette vil være i tråd med praksis for de øvrige vaksinene i barnevaksinasjonsprogrammet hvor helsesøstrene aktivt tilbyr en vaksine til de som av ulike grunner ikke ble vaksinert i forrige skoleår. Et annet argument er at mange kommuner ikke kom raskt nok i gang med HPV-vaksinasjon pga pandemien.

III

Stortinget ber regjeringen etablere et pilotprosjekt for screening av tarmkreft.

Tykk- og endetarmskreft er den nest hyppigst forekommende krefttypen i Norge, og forekomsten er økende både for kvinner og menn. Tidlig diagnostisering av kreft gir god mulighet for radikal behandling med helbredelse. Dette gjør at denne kreftformen er potensielt godt egnet for screening, og det finnes flere aktuelle screeningmetoder.

Flere land har igangsatt screeningprogrammer, mens andre land har valgt å vente på resultater fra pågående eller planlagte studier. Det pågår samtidig en teknologisk utvikling som på sikt har mulighet for å gi screeningmetoder som medfører mindre ulemper for den som screenes.

Kreftstrategien vurderer at Norge bør innføre et screeningprogram for tykk- og endetarmskreft. Helsedirektoratet har nedsatt en arbeidsgruppe som arbeider med å forberede et pilotforsøk med screening for tykk- og endetarmskreft. Piloten vil ha til hensikt å skaffe erfaring før et screeningprogram eventuelt innføres for hele Norge. Spørsmålet om innføring av nasjonalt screeningprogram for tykk- og endetarmskreft vil bli behandlet i Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten i begynnelsen av juni. Departementet vil avvente Rådets vedtak i denne saken før det tas en endelig beslutning om igangsetting av pilotforsøk for screening av tykk- og endetarmskreft i Norge.

IV

Stortinget ber regjeringen sørge for å redusere ventetidene for diagnostikk og behandling.

Gjennom oppdragsdokumentet for 2010 er det gitt styringssignal om at de regionale helseforetakene innenfor sine økonomiske rammer skal iverksette tiltak for å redusere ventetidene til behandling, herunder gjøre bruk av private aktører der dette bidrar til å redusere ventetider på en kostnadseffektiv måte.

Ved mistanke om kreft angis ikke ventetider, fordi disse pasientene skal gis utredning og behandling raskt. Det er innen behandlingsmiljøene i Norge enighet om at ved mistanke om kreftsykdom skal pasienten gis prioritet både for diagnostikk og behandling. Dette gjelder både kurativ, livsforlengende og palliativ behandling.

Pasienter som henvises fra fastlege med mistanke om kreft skal tas raskt inn til vurdering og utredning i spesialisthelsetjenesten. Pasienter som henvises til sykehus eller spesialistpoliklinikk har i henhold til pasientrettighetsloven rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 virkedager etter at henvisning er mottatt. Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom, slik som kreft, har pasienten rett til raskere vurdering.

I helseforetakene har det i flere år vært en prosess mot funksjonsfordeling og flerregionalt samarbeid, både innen kreftkirurgi og for andre områder der dokumentert kunnskap har påvist sammenheng mellom volum og kvalitet. Dette er likevel ingen garanti for at det ikke kan oppstå ventetider. Funksjonsfordeling og flerregionalt samarbeid må derfor også ha fokus på logistikk og organisering av behandlingstilbudet for å unngå flaskehalser.

Som ledd i en nasjonal kreftstrategi er det nå utarbeidet ni handlingsprogrammer og det er forventet at det i løpet av 2010 kommer ytterligere seks handlingsprogrammer.

Handlingsprogrammene inneholder standarder for hele behandlingsforløpet for de ulike kreftformene; fra mistanke om kreft til utredning, diagnostikk og behandling.

Hvis behandlingsforløp for alle relevante sykdomsgrupper og underdiagnoser tas inn i handlingsprogrammene, antar man at dette vil gi pasientene en bedre og mer effektiv utredning og behandling.

Gjennom oppdragsdokumentet er det gitt styringssignal om at de regionale helseforetakene skal utarbeide/revidere regionale planer for pasienter med de hyppigste kreftformer. Planene skal identifisere sentrale flaskehalser, f.eks. kapasitet innen radiologi og laboratorietjenester, rehabiliteringskapasitet, tilgang på spesialister og evt. annet helsepersonell, og kapasitet og kompetanse i kommunehelsetjenesten.

Helsedirektoratet har laget prioriteringsveiledere med veiledertabeller for flere fagområder og disse

inneholder maksimumsfrister for ventetid. Prioriteringsveilederne skal legges til grunn for å sikre enhetlig vurdering av rett til nødvendig helsehjelp. Det innebærer at pasienter som får rett til prioritert helsehjelp skal få en medisinsk forsvarlig frist for når helsehjelpen senest skal starte.

V

Stortinget ber regjeringen instruere helseforetakene om umiddelbart å sørge for at behandlingstilbudet til kreftpasienter har høy kvalitet og er i tråd med oppdatert kunnskap, blant annet om sammenhengen mellom volum og kvalitet.

I oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene er det gjennomgående stilt krav om kvalitet i tjenestene. I oppdragsdokumentet for 2009 ble de regionale helseforetakene spesielt bedt om å sikre kvaliteten i den kirurgiske kreftbehandlingen ved å gjennomgå hvilke enheter som utfører kreftbehandling spesielt innen kreft i spiserør, bukspyttkjertel, lever, prostata, endetarm, tykktarm, lunger og bryst.

I en tilbakemelding fra de regionale helseforetakene i januar 2010 kom det fram at de regionale helseforetakene har, eller er i ferd med å foreta en gjennomgang av kreftkirurgien. Helse Sør- Øst RHF har gjort vedtak om å opprette regionale fagråd, blant annet for kreft. Fagrådet for kreft skal innen 1. juli 2010 bl.a. ferdigstille en vurdering av funksjons- og oppgavefordelingen innenfor kreftområdet i regionen. Helse Vest har i 2009 startet en ny gjennomgang av funksjonsfordelingen innen kreftkirurgi. Helse Midt-Norge RHF foretok en samling av kreftkirurgien i 2004. Når det gjelder kreft i prostata har Helse Midt-Norge RHF gitt tilbakemelding om at de vil se på innretningen i regionen i lys av de nye retningslinjene fra Helsedirektoratet fra desember 2009. Helse Nord RHF har i sin lokalsykehusstrategi planlagt at tykktarmskreft skal gjøres ved ett sykehus i hvert helseforetak. Strategien er nå på høring og vil bli iverksatt mot sommeren 2010. Når dette er gjennomført, har Helse Nord RHF regulert all kreftkirurgi i sitt opptaksområde.

Jeg forventer at de regionale helseforetakene kontinuerlig utvikler et kvalitativt godt behandlingstilbud til kreftpasienter i tråd med oppdatert kunnskap og departementets føringer i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene.

VI

Stortinget ber regjeringen fremme forslag om bevilgninger til utvikling av flere kvalitetsregistre for kreftsykdom. Registrerne skal være pseudonyme, eksternt kryptert og basert på krav om samtykke eller reservasjonsrett.

Nasjonale medisinske kvalitetsregistre gir et meget viktig kunnskapsgrunnlag for kvalitetsforbedring, forskning og utvikling av kvalitetsindikatorer. Det er et mål å ha nasjonale medisinske kvalitetsregistre på alle fagområder, herunder kreft. Kreftregisteret har som mål å etablere kvalitetsregistre for alle krefttyper.

Regjeringen har de siste to årene øremerket midler innenfor inntektsrammen til de regionale helseforetakene, med formål å utvikle og implementere felles organisatorisk og teknisk infrastruktur for nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Vi har også gjennomført forprosjekt for Nasjonalt helseregisterprosjekt og hatt på høring rapporten «Gode helseregistre – bedre helse. Strategi for modernisering og samordning av sentrale helseregistre og medisinske kvalitetsregistre 2010–2020». Ett av hovedgrepene i strategien er forslaget om etablering av fellesregistre, bestående av et basisregister med underliggende kvalitetsregistre. Denne modellen er inspirert av Kreftregisteret.

Regjeringen arbeider nå, på bakgrunn av høringsuttalelsene, med å utforme en endelig strategi og handlingsplan. Forslag om utvikling av flere kvalitetsregistre, herunder også for kreftsykdommer, skal vurderes i forhold til denne strategien for å sikre en helhetlig og strategisk utvikling av registerområdet.

Helseregisterlovens utgangspunkt er at registrering og behandling av helseopplysninger skal baseres på samtykke fra den opplysningene knytter seg til.

Det er imidlertid for Kreftregisteret gjort unntak fra dette utgangspunktet, jf. helseregisterloven § 8 tredje ledd og kreftregisterforskriften. Gjeldende regelverk åpner for at Kreftregisteret kan utvikle nye kvalitetsregistre uten å innhente samtykke fra de registrerte såfremt dette skjer innenfor de rammer som er oppstilt i kreftregisterforskriften. Et krav om at nye kvalitetsregistre på kreftområdet skal være pseudonyme, eksternt krypterte og basert på krav om samtykke eller reservasjonsrett vil i praksis medføre at Kreftregisteret stilles overfor nye praktiske og juridiske utfordringer ved etablering av kvalitetsregistre. Det bemerkes videre at de foreslåtte endringene vanskelig lar seg forene med systematikken i gjeldende regelverk. Pseudonyme registre ville i tillegg hindre muligheten for klinisk oppfølging av pasientene. Registrerne skal selvsagt ha en høy grad av sikkerhet og personvernet skal ivaretas. Regelverket for medisinske kvalitetsregistre vil bli utredet som del av Nasjonalt helseregisterprosjekt.

VII

Stortinget ber regjeringen sikre at arbeidet med å innhente samtykke fra deltakere i mammografiprogrammet gjennomføres så effektivt som mulig, slik at dataene kan benyttes til forskning og kvalitetsutvikling.

Datatilsynet fattet 17. mars 2009 vedtak om sletting eller anonymisering av opplysninger lagret i strid med reglene i kreftrregisterforskriften. Datatilsynets vedtak ble påklaget til Personvernemnda, som i sin avgjørelse av 26. august 2009 ga Kreftrregisteret en utvidet frist til innen utgangen av 2011 å innhente samtykke fra de kvinner det gjelder (ca. 600 000).

Kreftrregisteret har utarbeidet en framdriftsplan for innhenting av samtykke til permanent lagring av personidentifiserbare opplysninger ved negative funn i mammografiprogrammet, og har startet innhenting av samtykke fra og med 15. juni 2009 fra de kvinnene som møter i programmet. Det er imidlertid to grupper kvinner som ikke kan nås gjennom ordinært oppmøte. Dette er kvinner som ikke møter i den innværende screeningrunden innen utgangen av 2011, og de kvinnene som er ute av programmet på grunn av alder. I følge Kreftrregisteret vil de be om samtykke fra disse kvinnene på andre måter, blant annet gjennom brev, via kampanjer mv.

Det er av stor betydning at screeningdataene er så komplette som mulig, både av hensyn til selve driften av screeningprogrammet (innkalling og oppfølging av kvinnene) og av hensyn til kvalitetssikring og evaluering av programmet. På bakgrunn av signaler om at praksis for innhenting av samtykke i de to screeningprogrammene (mammografiprogrammet og livmorhalsprogrammet) ikke var i tråd med gjeldende regelverk, ba departementet derfor i brev av 27.10. 2008 om at Helse Sør- Øst RHF gjorde en gjennomgang av rutinene.

Helse- og omsorgsdepartementet har siden Datatilsynets varsel om at det ville bli fattet vedtak med pålegg om sletting av data i Kreftrregisterets mammografiprogram fulgt nøye med på Kreftrregisterets oppfølging og håndtering av saken. Helse- og omsorgsdepartementet har også bidratt i arbeidet med å finne mulige løsninger på de utfordringer som denne saken medfører for Kreftrregisteret innenfor rammene av gjeldende regelverk. I den forbindelse har departementet blant annet hatt flere møter med Kreftrregisteret og Helse Sør- Øst RHF.

Ut fra de opplysninger jeg har fått kan det bli vanskelig å løse alle de utfordringer som Kreftrregisteret står overfor innenfor rammene av gjeldende regelverk. Departementet har derfor igangsatt en prosess med å vurdere behovet for endringer i regelverket. Dette først og fremst for å forhindre at lignende saker oppstår i fremtiden, men også for å avklare om end-

ringer i regelverket kan bidra til å hindre at verdifulle data går tapt.

VIII

Stortinget ber regjeringen utvikle flere kvalitetsindikatorer for helsetjenesten, herunder for kreftbehandling.

Helse- og omsorgsdepartementet arbeider kontinuerlig med å videreutvikle systemet med nasjonale kvalitetsindikatorer. Helsedirektoratet er gitt i oppdrag å videreutvikle det nasjonale kvalitetsindikatorsettet og å inkludere nye områder i helsetjenesten.

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Helsedirektoratet i samarbeid med regionale helseforetak startet arbeidet med å utarbeide forslag til styringsvariabler/ indikatorer på gode forløp for de hyppigste kreftformer, pasienter med hjerneslag og for pasienter innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbruk.

Helsedirektoratet og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten deltar også i et kvalitetsindikatorprosjekt i regi OECD og Nordisk Ministerråd. Prosjektene skal bidra til å etablere kvalitetsindikatorer som er anvendbare i land som Norge kan sammenlikne seg med, herunder på kreftområdet. Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten har utarbeidet et forslag til et rammeverk for kvalitetsindikatorsystem for helsetjenesten som Helsedirektoratet får til vurdering i juni d.å.

Som vist til innledningsvis, er det for å styrke kvalitet og likeverdig behandling, per i dag utarbeidet ni nasjonale handlingsprogrammer (behandlingsretningslinjer) for kreftbehandling, og det er planlagt seks nye handlingsprogrammer i løpet av 2010.

IX

Stortinget ber regjeringen sikre åpenhet om resultater av kvalitetsmåling, herunder sammenligning mellom sykehus og enheter.

Departementet ønsker åpenhet om kvalitet. De nasjonale kvalitetsindikatorene presenteres på Helsedirektoratets hjemmeside under statistikk/indikatorer. Her er det mulig å sammenlikne resultatene mellom sykehusene og regionene. De indikatorene som vurderes som relevante for fritt sykehusvalg publiseres i tillegg på nettstedet www.frittisykehusvalg.no. Her sammenliknes sykehusene ut fra landsgjennomsnittet.

Etablering av kvalitetsindikatorer som sammenlikner resultater mellom sykehus i Norge fordrer god datakvalitet og metoder som justerer for pasientsammensetning. Satsningen på nasjonale medisinske kvalitetsregistre og øvrige sentrale helseregistre forventes å ha positiv effekt på utviklingen av nasjonale kvalitetsindikatorer.

X

Stortinget ber regjeringen publisere informasjon om ventetider for kreftbehandling.

Når det er mistanke om kreft, skal pasienten komme raskt til diagnostikk og behandling. Det betyr at pasientene i de fleste tilfeller får raskere behandling (der hvor dette er riktig ut fra en faglig vurdering) enn det tar å oppdatere nettsiden for fritt sykehusvalg og å bytte sykehus.

Nettstedet for fritt sykehusvalg oppdateres en gang i måneden, og viser hovedsakelig ventetider for diagnoser som behandles på mange steder og som har stor etterspørsel. På nettstedet vises de forventede ventetidene til behandling, basert på rapportering fra institusjonene. Ventetidstall som publiseres av Norsk pasientregister er historiske ventetider og danner grunnlaget for offisiell statistikk. Med det nye personidentifiserbare registeret vil det på sikt være mulig å publisere ventetider på spesielle prosedyrer. Helsedirektoratet har i samarbeid med de regionale helseforetakene foreløpig vurdert at det er lite hensiktsmessig å ha med ventetider til kreftbehandling på nettstedet.

XI

Stortinget ber regjeringen innføre et system for informasjon og veiledning om utprøvende behandlingstilbud i Norge og utlandet for pasienter som ikke har effekt av etablert behandling i Norge, bl.a. krefttrammede.

For å kunne gi pasienter informasjon om pågående kliniske studier, er det ønskelig med en felles nasjonal database som gir en oversikt over alle typer kliniske studier i Norge, både når det gjelder introduksjon av nye legemidler og andre typer intervensjon og behandling. Helse- og omsorgsdepartementet har derfor gitt de regionale helseforetakene i oppdrag i samarbeid å etablere en felles database over kliniske studier i Norge. Databasen skal sees i sammenheng med databasene som etableres av de regionale etiske komiteene over alle forskningsprosjekter på mennesker. Dette vil bidra til økt informasjon om pågående kliniske studier og kunne danne et godt grunnlag for å øke informasjonen om utprøvende behandling i Norge.

Helsetjenestens veiledningssenter er opprettet for å veilede pasienter om deres rettigheter til behandling. Pasienter har imidlertid ingen rett til deltakelse i utprøvende behandling. I hvilken grad pasienter får tilbud om deltakelse i kliniske studier vil være avhengig av om det gjennomføres kliniske studier for den aktuelle pasientgruppen i Norge, og i tillegg om den aktuelle pasienten tilfredsstiller kravene i den aktu-

elle protokollen for forsøket. Det vil si at inklusjon er basert på vitenskapelige kriterier og er ikke en rettighet.

Det er et mål å øke omfanget av kliniske studier. Vi har derfor satt klinisk forskning og behov for god infrastruktur for gjennomføring av disse, i fokus i oppdraget til de regionale helseforetakene. Helse- og omsorgsdepartementet finansierer også et eget forskningsprogram for klinisk forskning gjennom Norges forskningsråd, som særskilt prioriterer større flerregionale og nasjonale kliniske studier. Helse- og omsorgsdepartementet vil også sondere mulighetene for et tettere og mer omfattende nordisk samarbeid om kliniske studier. Dette vil kunne bidra til et økt omfang av kliniske studier i Norge, og derved også gi flere pasienter tilgang til utprøvende behandlingstilbud.

I henhold til forskrift om prioritering av spesialisthelsetjenester og rett til nødvendig helsehjelp mv. finansieres som hovedregel ikke utprøvende behandling i utlandet, med mindre dette skjer som et ledd i en eksisterende avtale mellom helseforetak og tilbyder i utlandet. Det er helseforetakene som inngår avtaler om dette og henviser ved behov. Jeg anser det ikke aktuelt på nåværende tidspunkt å opprette en offentlig tjeneste som gir råd om de svært mange ulike tilbudene i utlandet som ikke skjer som et ledd i helseforetakenes system for utenlandsbehandling.

XII

Stortinget ber regjeringen fremme forslag om å styrke enhetene for utprøvende behandling ved Oslo universitetssykehus Radiumhospitalet, og ved Helse Bergen.

Enheter for utprøvende behandling er en viktig del av infrastrukturen for å gjennomføre kliniske studier. Dette er også løftet frem i Innovasjonsmeldingen.

Kliniske utprøvingssenheter finnes ved alle landets universitetssykehus, men er kanskje ikke i stor nok grad samordnet for å sikre en best mulig nasjonal ressursutnyttelse. Departementet har derfor bedt alle regionale helseforetak å gi en samlet nasjonal oversikt over infrastruktur for klinisk forskning samt å sikre god infrastruktur for kliniske utprøvinger. Denne informasjonen vil være viktig for å sikre en mest mulig hensiktsmessig og samordnet nasjonal infrastruktur for kliniske studier. Ansvaret for eventuell etablering og drift av kliniske utprøvingssenheter ligger til de regionale helseforetakene, og må prioriteres gjennom ordinære budsjettssystemer eller sikres finansiering gjennom søkbare midler til forskningsinfrastruktur.

XIII

Stortinget ber regjeringen innføre et nytt beslutnings-system som sikrer at ny behandling som er trygg og kostnadseffektiv, tas i bruk i helsetjenesten raskere enn i dag, og at helsetilbudet blir mer likeverdig. Det skal være klare retningslinjer for vurderingene.

Som nevnt i representantforslaget utarbeidet Helse- og omsorgsdepartementet rapporten «Nye og kostnadskrevende metoder. Forslag til system for håndtering av ny teknologi» i 2009. Helse- og omsorgsdepartementet er, på bakgrunn av denne rapporten, i ferd med å utarbeide et forslag til et helhetlig system for håndtering av nye metoder. Det tas sikte på å presentere systemet i den kommende nasjonale helse- og omsorgsplanen. Med metoder menes legemidler, medisinsk teknisk utstyr, prosedyrer og diagnostiske tester. Systemet skal ikke endre på aktørenes ansvarsforhold, men skal tydeliggjøre hvilke vurderingskriterier som skal ligge til grunn for beslutninger på de ulike nivåene.

XIV

Stortinget ber regjeringen foreslå forbedringer i finansieringssystemet som bidrar til at nye medisiner og behandlingsformer raskere blir tilgjengelige for pasientene.

Norge har gjennom EØS-avtalen forpliktet seg til et felles europeisk godkjenningssystem for en rekke viktige nye legemidler. Dette innebærer at disse legemidlene godkjennes (får markedsføringstillatelse) samtidig i hele Europa. Det er altså ikke slik at nye viktige legemidler blir godkjent seinere i Norge enn i resten av Europa.

Den offentlige legemiddelfinansieringen i Norge er todelt. Som hovedregel har de regionale helseforetakene ansvar for å finansiere legemidler som brukes i sykehus, mens folketrygden finansierer legemidler som administreres av den enkelte pasient. Kommune har ansvar for å finansiere utgiftene til legemidler i alders- og sykehjem.

Legemidler i sykehus finansieres på linje med annen behandling gjennom basisbevilgningen og ISF- refusjon for gjennomførte behandlinger. Sykehusenes medikamentkostnader føres i sykehusenes regnskaper og inkluderes i grunnlaget for beregning av refusjoner for den enkelte behandling. Hovedprinsippet for den innsatsstyrte finansieringen er at alle kostnader knyttet til sykehusopphold eller polikliniske kontakter finansieres, ikke bare legemiddelbruken. Systemet innebærer at det i enkelttilfeller vil kunne være avvik mellom ISF- refusjon og faktisk ressursbruk for den enkelte behandling.

Folketrygden finansierer det enkelte pasientadministrerte legemiddel. Finansieringen av legemidler på sykehus er derfor ikke like synlig som finansieringen av legemidler over folketrygdens budsjett.

Det er viktig at ISF- ordningen som system er mest mulig riktig og rettferdig. Flere forhold kan påvirke dette, bl.a. innholdet i den enkelte DRG, vektingen og kvaliteten på den medisinske kodingen. ISF- systemets viktigste funksjon er å legge til rette for at et fastsatt aktivitetsmål oppnås på en mest mulig effektiv måte. Systemet skal suppleres med andre virkemidler i styringen av spesialisthelsetjenesten, for eksempel faglige retningslinjer.

Som en del av det kontinuerlige arbeidet med å forbedre kvaliteten på ISF- ordningen, arbeides det med å utvikle systemets evne til å håndtere nye legemidler og behandlingsmetoder der hvor legemiddelkostnadene utgjør en betydelig del av kostnadene ved et sykehusopphold eller poliklinisk kontakt. Et eksempel på dette er at det i 2010 er etablert egne DRG-er for poliklinisk infusjonsbehandling av ulike lidelser. Dette gir en bedre oversikt over bruken av disse kostbare behandlingene, og finansieringen blir mer treffsikker. Tidligere ble finansieringen av disse kostbare behandlingene også basert på annen og billigere behandling.

Målsetningen med ISF-systemet er å gjenspeile faktisk medisinsk praksis på en mest mulig riktig og rettferdig måte. Et viktig prinsipp er at finansieringssystemet ikke skal brukes til å styre de medisinskfaglige vurderingene, men legge til rette for at legemidler og behandlingsformer som etter en forutgående vurdering av kostnader og nytte bør tilbys norske pasienter.

XV

Stortinget ber regjeringen legge frem en opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering med konkrete mål og tiltak som sikrer bedre kapasitet og kvalitet i tilbudet, også for kreftpasienter.

Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011 ble lagt fram for å bidra til å sette fokus på og styrke rehabiliteringsfeltet. Gjennomgangen i 2009 viste at mange av intensjonene og tiltakene i den nasjonale strategien er godt i gang halvveis i strategiperioden.

Det forutsettes at alle som har behov for habiliterings- og rehabiliteringstiltak skal få det. Både kommunene og spesialisthelsetjenesten har et ansvar for at pasientene får helhetlige tiltak.

I Nasjonal strategi for kreftområdet 2006–2009 er det et mål at rehabiliteringstilbudet skal styrkes, også for kreftpasienter. Det må legges til rette for samhandling mellom fagmiljøer, tjenester og forvaltningsnivåer. Samhandlingsreformen er et viktig redskap på dette området.

Når det gjelder rehabiliteringstilbud for kreftpasienter, finnes det flere tilbud. Montebello-Senteret er et landsdekkende kurssenter. Hovedmålsettingen er at kursdeltakerne skal bli best mulig rustet til å

mestre livet videre. Kursene er ulike og tilpasset den enkeltes diagnose og livssituasjon.

Røros Rehabiliteringssenter, som har avtale med Helse Midt-Norge RHF, tilbyr rehabiliteringskurs for kreftpasienter. Videre har de regionale helseforetakene ulike tilbud. Vardesenteret, som er et samarbeid mellom Kreftforeningen og Oslo universitetssykehus, tilbyr rehabilitering til kreftpasienter. I Helse Nord finnes et kompetanseprogram innenfor rehabilitering og habilitering, der kreftrehabilitering er et satsingsområde. Flere lærings- og mestringssentre gir tilbud til kreftpasienter.

Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene er halvveis i strategiperioden godt i gang med intensjonene og tiltakene i den nasjonale strategien for habilitering og rehabilitering. Helsedirektoratet la i 2009 blant annet fram en handlingsplan for habilitering av barn og unge. Det forutsettes at oppfølging av nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering og oppfølging av samhandlingsreformen bidrar til helhetlige prosesser, som er viktig for å få til god rehabilitering.

XVI

Stortinget ber regjeringen styrke tilbudet om lindrende behandling gjennom kompetansehevende tiltak, samt etablering av flere ambulante team, hospice og enheter for lindrende behandling.

Regjeringen vil som del av Omsorgsplan 2015 øke kunnskapen og kompetansen i den kommunale omsorgssektoren i sin helhet, inkludert lindrende behandling og omsorg ved livets slutt, gjennom Kompetanseløftet 2015. Det er også en egen tilskuddsordning for særskilte utviklingstiltak, herunder tiltak for å styrke kompetansen og kapasiteten innen lindrende behandling og omsorg ved livets slutt, utenfor sykehus.

I tillegg har regjeringen fått på plass et eget øremerket tilskudd til bygging og modernisering av heldøgns omsorgsplasser i kommunene. Investeringsstilskuddet skal stimulere kommunene til å fornye og øke tilbudet av sykehjemsplasser og omsorgsboliger for personer med behov for heldøgns helse- og sosialtjenester, uavhengig av alder, diagnose eller funksjonshemming. Regjeringen har som mål å gi tilsagn til etablering av 12 000 nye heldøgns omsorgsplasser i perioden 2008–2015, og vil utvide rammene ytterligere dersom søknadsinngangen fra kommunene tilsier det.

Modernisering og utbygging skal være utformet slik at det spesielt er tilrettelagt og tilpasset beboere med demens og kognitiv svikt, i tråd med det som er lagt til grunn i regjeringens Demensplan 2015. Det er i tillegg understreket i tilskuddets retningslinjer at støtte også gis til utbygging av palliativt tilbud i kommunene, og regjeringen oppfordrer kommunene til å

bygge ut og utvikle den palliative omsorgen da dette er en del av de ordinære kommunale oppgaver.

XVII

Stortinget ber regjeringen gjennomgå og foreslå forbedringer i tilbudet om lindrende behandling til barn.

Lindrende behandling utføres ved kliniske sykehusavdelinger og i primærhelsetjenesten i kommunene. Om lag 95 prosent av pasientene på palliative enheter på sykehus utgjøres i dag av kreftpasienter. Også i primærhelsetjenesten utgjør kreftpasientene den største gruppen blant de palliative pasientene. Mange kommune driver også egne hospicer. I 2007 lanserte Helsedirektoratet et handlingsprogram med retningslinjer for palliativ behandling i kreftomsorgen, der deler av handlingsprogrammet også er relevant for andre lidelser enn kreft. Handlingsprogrammet gjelder for alle pasientgrupper, og det er ikke gjort noe skille mellom voksne og barn.

I handlingsprogrammet foreslås det standarder for det palliative tilbudet ved de ulike organisatoriske enhetene i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten, blant annet smerteklinikker på sykehus og regionalt palliativt senter, som skal bygge opp kompetanse og spre kompetanse i palliasjon i regionen.

I tillegg anbefaler handlingsprogrammet at det etableres palliative sentre på sykehus med et tverrfaglig behandlingsteam (palliativt team) med ambulant funksjon til bl.a. hjemmebesøk. Teamet skal være et bindeledd mellom 1. og 2. linjetjenesten. Det palliative senteret kan også inneholde senger (palliativ enhet). Ved utgangen av 2008 var det 32 palliative sentre på sykehus i Norge med palliative team, poliklinikker, senger eller en kombinasjon av disse tilbudene.

Ansvar for hjemmebasert omsorg vil i all hovedsak ligge i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Hemmesykepleien og fastlegen skal samarbeide med palliativt team når dette er nødvendig for å gi god behandling og pleie.

I oppdragsdokumentet for 2010 er det stilt krav til de regionale helseforetakene om at tilbudet til kroniske smertepasienter skal styrkes kapasitets- og kompetansemessig. De regionale helseforetakene er innen utgangen av 1. tertial 2010 bedt om å gi en oversikt over tilbudet til kroniske smertepasienter og planer for å styrke dette. I tillegg har departementet i 2010 gitt Helsedirektoratet i oppdrag å foreta en gjennomgang av handlingsprogrammet med retningslinjer for palliativ behandling og vurdere behovet for eventuelle utdypninger i retningslinjene, herunder vurdere om det er behov for å klargjøre barns behov spesielt.

XVIII

Stortinget ber regjeringen fremme forslag om en forsterket innsats for utdanning og forskning, herunder helseforskning blant annet innenfor bioteknologi.

Medisinsk og helsefaglig forskning er, og skal fortsatt være, et prioritert område i regjeringens forskningspolitikk. I forskningsmeldingen «Klima for forskning» er helse og helsetjenester et prioritert område. Vi arbeider for å sikre fortsatt gode rammevilkår for medisinsk og helsefaglig forskning, det gjelder også for kreftforskning og bioteknologi. Den årlige rapporten fra NIFU STEP viser at medisinsk og helsefaglig forskning omfatter en stadig større andel av den totale forskningsinnsatsen i Norge. Det har også vært en økning i midler til helseforskning gjennom Norges forskningsråd i de senere år. I tillegg prioriterer helseforetakene forskning høyt, og nasjonale målesystemer viser at det har vært et økt omfang av medisinsk og helsefaglig forskning i helseforetakene etter sykehusreformen i 2002. Viktige virkemidler har vært lovregulering av forskning kombinert med etablering av et delvis resultatbasert tilskudd til forskning og økt styringsmessig fokus.

I forskningsmeldingen «Klima for forskning» meldes det at det skal arbeides systematisk med å utvikle kunnskapsgrunnlaget på de brede teknologi-områdene (IKT, bioteknologi, materialteknologi/nanoteknologi) med tanke på å utvikle balanserte strategier for grunnforskning, næringsrettet forskning, utvikling og kommersialisering innenfor områdene. Kunnskapsdepartementet følger dette opp på det bioteknologiske området.

XIX

Stortinget ber regjeringen gjennomgå og foreslå forbedringer av de næringspolitiske virkemidler for å fremme bioteknologisk industri i Norge.

Forskning innenfor det medisinske området samt bioteknologi er prioriterte områder for regjeringen, jf. Forskningsmeldingen og virkemidlene på disse områdene som ligger under nærings- og handelsministeren og forskningsministeren. Regjeringen satser på både grunnleggende forskning (FUGE) og

næringsrettet forskning (BIA). Gjennom den nasjonale satsingen innen bioteknologi, FUGE, er det lagt et godt fundament for fremtidig biomedisinsk forskning. Norges forskningsråd og Innovasjon Norge arbeider med å legge forholdene til rette for å utnytte forskningsresultater i næringsmessig sammenheng innen det medisinske området.

Det er etablert teknologioverføringsenheter som skal sørge for at forskningsresultater ved våre universiteter og høyskoler samt i helseforetakene utnyttes også kommersielt. Regjeringen er opptatt av å forankre kommersialiseringsaktivitetene sterkere i forskningsinstitusjonene, samt å bidra til å utvikle kompetansen og slagkraften til teknologioverføringskontorene og kommersialiseringsenhetene. Det er også viktig å få bedre koblinger mellom forskningsmiljøer og investorer/næringsliv i idéutviklings- og etableringsfasene. Slik sett åpner sammenslåingen av Birkeland Innovasjon og Medinnova for spennende perspektiver. Kommersialiseringsrelaterte aktiviteter, herunder FORNY-programmet, er viktige virkemidler for å fremme bioteknologisk og medisinsk næringsvirksomhet i Norge.

Regjeringen ønsker å utnytte den høye kompetansen vi har innen det medisinske området. Vi har en pågående 5-årig satsing (2007–2011) på behovsdrivet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren. Bruk av forsknings- og utviklingskontrakter er et viktig instrument i så måte. I henhold til Stortingets behandling av St.meld. nr. 7 (2008–2009) – Et nyskapende og bærekraftig Norge vil regjeringen vurdere å forlenge og utvide denne satsingen med fem nye år, og til også å omfatte forskningsbasert innovasjon. Dette forutsetter en positiv halvveisevaluering.

Norges forskningsråd sitt program Brukerstyrt innovasjonsarena (BIA) er et sentralt næringsrettet verktøy for bedrifter innen bioteknologi og medisinsk sektor.

Vi tror at mulighetene også for norsk næringsutvikling innen det medisinske området er store. Regjeringens arbeid vil skje med utgangspunkt i eksisterende ordninger og virkemidler. Dette vil ellers kreve en langsiktig satsing som må involvere både offentlige og private aktører.

