

Lik tilgang til god behandling

Nasjonale kreftplaner som verktøy

Martin Cornelius Friedrich Ruppert



Masteroppgave

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi

Institutt for helse og samfunn

Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Mai 2013

Lik tilgang til god behandling

Nasjonale kreftplaner som verktøy

Masteroppgave (MHA)

ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi

Institutt for helse og samfunn

Det medisinske fakultet

Universitetet i Oslo

Martin C. F. Ruppert

Copyright Forfatter: Martin C.F. Ruppert

År 2013

Tittel: Lik tilgang til god behandling. Nasjonale kreftplaner som verktøy.

Forfatter: Martin C. F. Ruppert

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: allkopi, Oslo

Sammendrag

Lik tilgang til samfunnsgodene er et kjennetegn på pluralistiske sækulære vestlige samfunn. Disse godene skal helst være av høy kvalitet, og det er den samme tanken som ligger til grunn for organiseringen av de respektive helsevesen. Nasjonalstatenes dimensjonerings er dog heller tuftet på et abstrakt prinsipp, enn med hensyn til oppgavene borgerne forventer at den skal kunne løse. Nasjonale strategier og planer er i denne sammenheng et verktøy for bedre å kunne oppnå overnevnte mål. I den vestlige verden er kreft nå den sykdommen som tar flest leveår, og medfører alle samfunn betydelige kostnader. Insidensen er stigende. For nasjonale kreftplaner foreligger det overordnede internasjonale guidelines med tanke på det faglige innhold, men ikke et strukturert og akseptert rammeformat for selve planen. De her betraktete nasjonale kreftplaner viser følgelig i deres utforming en nokså forskjellig selvforståelse av selve planbegrepet, som blant annet manifesterer seg i dokumentenes presisjon og antatt gjennomslagskraft. Et fellestrekk er at planene forsøker å bidra til økt intranasjonal likhet og økt kvalitet av behandlingsgodene i kreftbehandlingsskjeden. Internasjonale synsvinkler, som blant annet fremmes av EU-lovgivning, er nærmest fraværende. Ingen av planene introduserer rettferdighet eller pasientforventninger som målbar indikator.

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	1	
Forkortelser	4	
1	Bakgrunn	6
1.1.	Kreftbyrden	6
1.2.	Økonomiske implikasjoner	7
1.3.	Nasjonale kreftplaner	8
2	Problemstillingen	9
3	Material og Metode	10
4	NCCPers spesielle kjennetegn	11
4.1.	Belgia	11
4.2.	Danmark	12
4.3.	Irland	13
4.4.	Nederland	13
4.5.	New Zealand	14
4.6.	Nordirland	15
4.7.	Skotland	17
4.8.	Sveits	17
5	Fellestrekk av betraktede NCCPer	19
5.1.	Overordnede intensjoner	19
5.1.1.	Kvalitet	19

5.1.2.	Likhet	20
6	Diskusjon	21
6.1.	Spesielle kjennetegn, likhet, kvalitet i NCCPer	23
6.1.1.	Belgia	23
6.1.2.	Danmark	23
6.1.3.	Irland	24
6.1.4.	Nederland	25
6.1.5.	New Zealand	26
6.1.6.	Nordirland	27
6.1.7.	Skotland	27
6.1.8.	Sveits	28
6.2.	Presentasjon av komparative analyser	29
6.2.1.	Analyse av NCCPer i Europa	29
6.2.2.	Forarbeide til NCCP Østerrike	31
6.2.3.	Analyse av UKs kreftplaner	32
6.2.4.	Radioterapikapasitet i Europa	33
6.3.	Kvalitet og likhet	34
6.3.1.	Vekt på kvalitet	34
6.3.1.1.	Strukturelle forskjeller	35
6.3.2.	Vekt på likhet	36
6.3.3.	Ulikheter	37
6.3.3.1.	Ulikheter mellom diagnosegrupper	37

6.3.3.2.	Ulikheter mellom kreftdiagnosegrupper	38
6.3.3.3.	Intranasjonale ulikheter	39
6.3.3.4.	Transnasjonale ulikheter	41
6.3.3.5.	Finansiering og ulikheter	42
6.4.	Pasientmobilitet	44
6.4.1.	Intranasjonal mobilitet	45
6.4.2.	Transnasjonal mobilitet	46
7	Konklusjon	47
7.1.	Kvalitet	47
7.2.	Lik tilgang	48
7.3.	Intervensjoner	48
7.4.	Evidensbasert behandlingstilbud	49
7.4.1.	Komplementær behandling	49
7.4.2.	Guidelines	49
7.4.3.	Forskning	50
7.5.	Pasientvolum og pasientmobilitet	52
7.6.	Finansiering	54
7.7.	Oppsummerende kommentar	54
8	Utsyn	55
9	Litteraturliste	57

Forkortelser

ASCO - American Society of Clinical Oncology

BNP- Brutto Nasjonal Produkt

DKK- Danske Kroner

EPAAC- European Partnership for Action Against Cancer

EUROCARE- European Cancer Registry

ESMO- European Society for Medical Oncology

EU- Den Europeiske Union

EU 15- De 15 EU medlemslandene før 1.5.2004

EU 27- De 27 EU medlemslandene siden 1.1.2007

EØS- Det europeiske økonomiske samarbeidsområde

HIV- Human immunodeficiency virus

HOD- Helse og Omsorgs Departement

HTA- Health Technology Assessment

ICT- Information and Communications technology

KRAS test/ KRAS mutations test- gen test for Kirsten Rat Sarcoma sekvens

LINAC- Linear Accelerator

mill- million

MDT- Multi Disiplinær Team

mrd- milliard

NCCP- National Cancer Control Plan

NICE- National Institute for Health and Care Excellence

NKI-AVL- Nederlands Kanker Instituut-Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis (Netherlands Cancer Institute)

PPP- purchasing power parity

OECD- Organisation for Economic Co-operation and Development

QUALY- Quality-adjusted life year

RCT- Randomised controlled trial

SAKK- Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung (Swiss Group for Clinical Cancer Research)

SHDIR- Sosial- og helsedirektorat (siden 2008: Helsedirektorat)

SWENOTECA- Swedish & Norwegian Testicular Cancer group

UK- United Kingdom

USA- United States of America

WHO- World Health Organisation

1. Bakgrunn

1.1. Kreftbyrden

Kreftsykdommer utgjør en stadig økende belastning for alle samfunn. På verdensplan diagnostiseres 12 millioner (mill) cancerpasienter, og kreft forårsaker flere enn 7.5 mill dødsfall per annum¹. 2,5 mill pasienter fikk en cancer diagnose i Europa og kreft er nå den nest hyppigste dødsårsaken i det vestlige Europa². I Sveits er kreft den hyppigste dødsårsak i aldersgruppen mellom 45 og 64 år og mortaliteten i aldersgruppen 65 til 84 år er tilnærmet lik mortaliteten for hjerte-kar sykdommer³. I USA er kreft den hyppigste dødsårsak i befolkningsgruppen < 85 år¹. Vestlige lands tallmaterial antas sammenlignbart:

I Norge forventes det at 1 av 3 får en kreftdiagnose, og at 1 av 4 dør av sykdommen (2006)⁴. For Irland gjelder det en livstidsrisiko for å bli kreftsyk som er estimert til 36% for kvinner og 39% for menn (2001)⁵.

Prevalensen i Norge tallfestes således i 2006 til >170 000. Den årlige insidensen for kreftdiagnoser ligger på rundt 24 000 og forventes i 2020 å være øket med 25%. I Danmark regner man med en insidensfordobling i løpet av de neste 15 år (2005 = 33000)⁶. I området som svarer til Helse Sør-Øst, Vestre Viken HF, hvor ca 10% av Norges befolkningen er bosatt, antas prevalensen å være rundt 13 000 mennesker i 2010. For 2020 er estimatet >16 000⁷. Insidensøkningen i USA antas å øke med 45% i perioden 2010 til 2030³. I 2006 var det i Norge rundt 10 000 mennesker p. a. som døde av en kreftsykdom (DK 2005: 15000)^{4,6}. Stigningen i insidensen ligger delvis begrunnet i befolkningens “double aging”: det er flere eldre og disse blir eldre enn før⁸. I tillegg må betydelig utvidede diagnostiske muligheter tas i betraktning. I Nederland forutser man en insidensøkning på rundt 2% p. a.⁹, mens man i Danmark antar at insidensen stiger årlig med 3%. Henvisninger til kreftavdelinger forventes dog økt med 5 - 10% p. a., grunnet forbedrede diagnostiserings - og utvidete behandlingsmuligheter⁶. Samtidig vil flere kreftpasienter være i live til enhver tid. Behov for rehabiliterings-, psykoonkologiske og palliative tilbud, inklusiv strålebehandling, vil øke. Rundt 40% av kreftpasienter behandles kurativt. Mer enn 50% forventes på et eller annet tidspunkt i deres behandlingsforløp å motta strålebehandling⁴.

For det vestlige Europa antas insidensen å ligge på >4000/1 mill innbyggere⁹. Tallet er lavere enn de skandinaviske tallene, noe som kan begrunnes med de forholdsvis velorganiserte cancerregistre i Skandinavia. Kreftmortaliteten kan også estimeres i tapte life years: Ved antatt levetidsforventning på ikke høyere enn 70 år, vil andelen av tapte leveår grunnet cancerrelatert mortalitet kunne tallfestes til 29% for menn og 45% for kvinner³. Kreft er den sykdommen som tar flest leveår³.

1.2. Økonomiske implikasjoner

Kreftrelaterte kostnader - i tillegg til behandlingskostnader - grunnet prematur død og uførhet, estimeres til 895 milliarder (mrd) US \$ på verdensplan (2008)¹.

Utgifter til helsevesenet varierer mellom forskjellige land. I 2007 brukte USA 15,7% av BNP til helseutgifter, i UK var andelen 8,4%. Økningen i de siste årene har vært formidabel: I 1965 utgjorde det amerikanske helsebudsjett 5% av BNP, for 2020 regnes det med 20%, altså en femtedel av den amerikanske økonomi. Det regnes med en utgiftsstigning i perioden 1990 til 2020 som tilsvarer 600% av de totale tall¹.

Utgifter til kreftbehandlingen varierer likeledes mellom landene. I USA anslås utgiftene til kreftbehandling å utgjøre 5% av de totale helseutgifter, i Europa varierer utgiftene fra 4,1% (Nederland) til 7% (Sverige) i 2004. Økningen i behandlingsindikasjonen bidrar betydelig. I 1991 fikk 11% av UK brystkreftpasienter systemisk behandling (kjemoterapi), mens tallet i 2002 er 24%. Kostnader per kjemoterapiserie er i samme perioden steget fra 6.000 US\$ til 13.000 US\$.

I perioden 2007 til 2010 er kostnader for samme pasientgruppe steget med 10% per annum (UK).

Kostnader for én serie kjemoterapi målt i % av per capita BNP kunne i 1995 tallfestes til 34% og til 67% i 2009. Samlet for US amerikanske medicare forsikrede pasienter beskrives det en årlig utgiftstigning fra 1,8% (1999) til 4,6% (2006). Dette uten at kostnader for assosierte disipliner er tatt med. Vekstraten av kreftrelatert billeddiagnostikk er for eksempel steget over samme periode fra 5,1% til 10,3% årlig¹.

Kreftbehandlingen er multimodal. Utover kirurgi og systemisk behandling med cellegift og biologiske modifiers, utgjør strålebehandling det 3. mulige terapeutiske tiltak.

Som anført vil i dagens situasjon over 50% av krefttrammede kunne ha nytte av strålebehandling.

For å kunne møte det fremtidige behov innenfor et høyspesialisert og kostnadsintensivt behandlingstilbud, kreves det tidlige planlegningsmekanismer på internasjonalt, nasjonalt og regionalt nivå.

1.3. Nasjonale kreftplaner

En Nasjonal kreftstrategi (National cancer control plan, NCCP) er et public health verktøy utviklet for å bedre kunne møte fremtidens behov. Det foreligger retningslinjer fra for eksempel WHO, men også fra helsemyndighetene i EU^{10,11}. De overordnede mål med planene er å sørge for 1) færre borgere får kreft; 2) flere overlever en kreftsykdom; 3) forbedre kreftpasientenes livskvalitet.

Det skal vises til den best mulige bruk av tilgjengelige ressurser i den spesifikke nasjonale setting (EU), eller noe mindre spesifikt: best mulig bruk av tilgjengelige ressurser (WHO).

Planen skal kunne nyttiggjøres av flest mulig personer, tilgangen skal være rettferdig (equitable)¹¹.

EUs kreftplaner skal også argumentere for grunnlaget bak valgte strategier, og således sørge for en transparent prosess. Dette både med hensyn til innbyggere, men også med tanke på andre EU-stater. Et viktig element her er at kreftplanen ikke kun skal bidra til å utligne ulikheter i et land, men også til å utligne ulikheter mellom EU landene.

For å oppnå disse målene skal en kreftplan vise til samspillende strategier.

Gjennomgående underpunkter er (WHO):

- 1) prevensjon: > 30% av cancer tilfeller anses unngåelig og relatert til livsstil: dårlig diett, mangel på fysisk aktivitet, fedme, tobakksrøyking, alkoholbruk, infeksjoner, yrkesrelatert carcinogeksposisjon, miljø (forurensning), strålingeksponering (ioniserende og UV stråler) anføres¹². Det kan skilles mellom individuell (“holdning”) og strukturell (for eksempel økt skatt på tobakk) prevensjon³.

Livsstilsintervensjoner anses velegnet til å utligne helseulikheter¹³. Således anses 30% av cancertilfeller for unngåelige, og det til relativt moderate kostnader.

- 2) tidlig påvisning: kurasjonsrater for tidlig oppdaget cancersykdom er fordelaktig. Nasjonale screeningprogrammer fremmes. Gevinster av screening for cancer cervix anses for nokså entydig, i det vestlige Europa vil for eksempel mortaliteten for cervixcancer uten screening være tilnærmet lik tallene for lungekreft³. For brystkreft, coloncancer og prostatakreft er anbefalingene mindre entydige.
- 3) diagnostisering: tilgjengelighet av relevante diagnoseverktøy og enkle mekanismer for relevant viderehenvisning.
- 4) terapi: tilstrekkelige kapasiteter og ressurser innen kirurgi, for systemisk behandling og radioterapi på nasjonalt nivå. Tidlig tilgang til terapeutiske innovasjoner.
- 5) palliasjon
- 6) i guidelines fra den europeiske union i tillegg : rehabilitering og
- 7) forskning¹¹.

2. Problemstillingen

De i denne oppgaven vurderte nasjonale kreftstrategier er utelukkende offentlige helseprogrammer. I hvilken grad disse blir implementert, er avhengig av politisk vilje og makt. Det er selvsagt forskjeller vedrørende spesifikke nasjonale forhold, men en felles nevner er målet at man skal tilby en kreftbehandling som ligger faglig i internasjonal sammenheng på topp, og som blir tilbudt etter rettferdige prinsipper til borgerne.

Det foreligger per dags dato ingen internasjonal akseptert rammeformat for NCCPs. Enhver slik plan kan likevel forventes å inneholde noen kritiske elementer: analyse av nå-situasjonen vedrørende den nasjonale kreftbyrden inklusive prioriterte problemområder, planens mål og hensikt, intervensjoner, finansierings kilder og størrelse, samt allokeringen av disse midler, mekanismer hvordan intervensjoner implementeres, spesifikke mål og målbare indikatorer, tidsperspektiver for å oppnå

målene, samt definisjon av hvilke institusjoner som er ansvarlig for hvilken del av gjennomføringen¹⁴.

I det følgende forsøkes det å identifisere grunnleggende NCCP-strategier for å kunne møte den tiltagende kreftbyrden. Det fokuseres spesielt på problemstillinger omkring eksisterende og forventelige ulikheter i kreftbehandlingen i utvalgte land, og hvorvidt kreftplanene kan antas å bidra til å attenuere eller aksentuere ulikheter. Dokumentenes gjennomslagskraft forsøkes belyst i henhold til ovennevnte strukturelle punkter, og hva en antar er en legitim forventning fra pasienternes side.

3. Material og Metode

Den foreliggende oppgaven er et litteraturstudie med utgangspunkt i europeiske kreftplaner tilgjengelig ved hjemmesiden til European Partnership for Action Against Cancer (EPAAC)¹¹. Alle kreftplanene er utstedet fra de enkelte lands helseministerium eller tilsvarende relevante offisielle myndighet. Det foreligger én publisert komparativ analyse av de samlede europeiske kreftplaner¹⁴: Per 2009 forelå det i EU-27 nasjonale kreftplaner fra 17 nasjoner: Belgia, Danmark, Estland, Frankrike, Ungarn, Irland, Italia, Litauen, Malta, Nederland, Polen, Portugal, Spania, UK-England, UK-Skottland, UK-Nordirland, UK-Wales. I tillegg behandler den anførte publikasjonen planer fra OECD-landet Sveits og Norge (kreftplan II)¹⁴. Per dags dato (mars 2013) har ytterlige 6 land publisert kreftplaner: Tsjekkia, Finland, Hellas, Latvia, Slovenia, Sverige. Den aktuelle planen fra Litauen er under arbeid, utgaven fra 2009 er altså trukket¹¹. Aktuell kreftplan III fra Norge forventes utgitt i løpet av 2013¹⁵. Planen fra Tsjekkia er nokså komprimert og på 1 side, den finske planen foreligger som sammenfatning, den latviske og greske plan kun i originalspråket.

Med tanke på sammenlignbarhet i en skandinavisk sammenheng, har jeg fokusert på de nordeuropeiske landene med et befolkningsgrunnlag < 20 mill innbyggere. Skandinavia er i påvente av den norske planen representert med den danske, for UK er Skottland og Nordirland tatt med. Utenfor EU betraktes planen fra Sveits. Utenfor både EU og Europa analyseres kreftstrategien fra New Zealand som er et høyt

utviklet, geografisk nokså isolert samfunn med ca 4,5 mill innbyggere. Jeg har således gjennomgått Nasjonale kreftplaner fra Belgia, Danmark, Irland, Nederland, New Zealand, Nordirland, Skottland og Sveits. Befolkningsgrunnlaget ligger mellom 1,8 mill (Nordirland) og 16,7 mill (Nederland), og kan som oppgitt sammenlignes med skandinaviske enkeltstående eller sammenlagte regioner/land. I tillegg har jeg gjennomgått forberedende offisielle papirer fra Østerrike og Tyskland. Sekundære litteratursøk via pubmed og google med søkeord på “NCCP” med synonyma som “national cancer plan/strategy”, “equity”, “equality”, “incidence” og “survival differences”, samt “patient mobility”. Søk ved hjemmesidene av relevante internasjonale organisasjoner (EU, WHO, ESMO, ASCO). Deskriptiv statistikk angående de respektive landene er hentet fra nasjonale hjemmesider og wikipedia.org.

4. Presentasjon av NCCPers spesielle kjennetegn

4.1. Belgia, “National Cancer Plan”, tidsramme 2008 - 2010, altså en 3-årsplan¹⁶. Planen er svært detaljert og lister 32 “actions” opp. Samlet prislapp på 380 mill € settes for perioden 2008 til 2010. Planen inneholder detaljerte “pricetags” helt ned til nokså individuelt nivå, både gjeldende refusjoner og tilskudd til pasienter. For eksempel nevnes det: 30 € for røykesluttskonsultasjon, 5% refusjonsøkning for MDT-beslutning, 60 € økning for parykkrekvisisjon ved kjemoterapi. Planen anmoder en politisk avgjørelse for hvor mye samfunnet er villig til å betale for nye medikamenter. Planen anmoder også en avgjørelse hvorvidt nye medikamenter kan taes i bruk innen en tidsfrist, som settes på 280 dager. Protonterapi er en svært kostnadsintensiv variant av stråleterapien. Pt er det flere land som etablerer denne terapiformen. Den belgiske plan uttaler seg spesifikt om innføring av Hadronterapi: også her ses en økonomisk begrunnet tilnærming: Det anslåes at det koster 100 mill € å etablere et Hadronterapisenter og 10 mill € per annum for å drifte. En vil kunne behandle 1.000 pasienter årlig. Kostnader per pasient vil således beløpe seg på 25.000 €. Det nevnes at dette beløpet kan sammenlignes med utgiftene til dyr kjemoterapi. Det anføres også at

beregningsmodellen har ikke tatt besparinger grunnet terapiens forbedrede behandlingsresultater i betraktning: det regnes med at færre hadronterapi-behandlede pasienter vil oppleve disseminering av sykdommen, og at behandlingen har mindre bivirkninger enn konvensjonell strålebehandling. Innen avgjørelsen vedrørende etableringen av et protonterapisenter i Belgia er tatt, bør pasienter med relevant indikasjon fortsatt få refundert behandlingsmodaliteten i utlandet. I 2005 eksisterer det ca 30 sentra på verdensplan som tilbyr Hadronterapi¹⁶.

4.2. Danmark, “National Cancer Plan II”, tidsramme 2005 - 2010, dette er Danmarks 2. kreftplan¹⁷: Kreftoverlevelse i Danmark er lavere enn i andre, spesielt nordiske, land. Ambisjonen er dog å tilby kreftbehandling på det høyeste internasjonale nivå. Det innføres eksplisitt ingen konkrete mål, idet disse vurderes på evidenced based vis, som er vanskelig å måle. Man skal dog heller ikke vente “mange år” for å se om det har vært noen effekter av strategien. Prevensjonskapitlet fokuserer spesielt på tobakksrøyking. Pasient pathways (pakkeforløpene) skal utbygges.

Når det gjelder kreftkirurgi, er det observert lavere overlevelse i de postoperative måneder ved sammenlikning med de andre nordiske land. Kreftkirurgien skal videre sentraliseres. Det fordres implementering av standard regimer for systemisk behandling. Dette ikke minst for å unngå overforbruk. Utgifter for cytostatika i perioden 1999 til 2004 er steget fra 346 til 1.198 mill DKK p a. Det argumenteres for en forbedring av datagrunnlaget og registre.

Vedrørende radioterapi: Benchmarking med NKI-AVL (The Netherlands Cancer Institute, Amsterdam) i 2004 avslørte høyere produktivitet ved NKI. For å styrke radioterapiområdet har en derfor bevilget 300 mill DKK ekstra i 2005.

Internasjonale nettverk innen stråleterapi bør styrkes for å holde kunnskap omkring drift og utvikling vedlike.

Alternative behandlinger: Sykehusene oppfordres til å imøtekomme pasientenes ønske om å bruke alternativ medisin, helst inkorporere relevante guidelines. Det nevnes dog at det er behov for mer forskning angående komplementær behandling.

Forskning: Eksisterende nettverk styrkes på nasjonalt nivå.

Bemanningsproblematikken er viet et eget kapittel. Her fremmes konseptet av jobbglidning. Jobbglidning er en utdelegering av oppgaver fra en profesjongruppe til en annen for å frigjøre personalressurser i flaskehalsprofesjoner¹⁷. I Danmark forbereder man nå den 3. kreftplan og i “aftale om finansloven 2011” er “aftalen om kreftplan III” tilgjengelig: Det fokuseres på pasientforløp før og etter behandlingen (prevensjon, screening, diagnostikk, samt palliasjon og rehabilitering). Det settes prislapp på de enkelte områder hvor det er enighet mellom de politiske partier. 34 av 34 pakkeforløp for forskjellige cancerdiagnoser betraktes per 2010 som implementert¹⁸.

4.3. Irland, “Strategy for Cancer Control”, tidsramme 2006 - 2016⁵.

Planens uttalte vision er å sørge for en redusert kreftbyrde i Irland *relativ til EU15 landene innen 2015*. De fragmenterte leveransene for kreftbehandlingen anses ikke som best practice. Planen fokuserer på nettverksorganisering: Det foreslås ett helintegrert cancersenter inkludert radioterapi per >1 mill innbyggere, ett cancersenter med subspesialisering per 500 000 innbyggere, inkludert akkreditering. Grunnet bestående bemanningsproblematikk fordres det årlige bemanningsrapporter. For å sikre behandlingkvaliteten kreves det et minimum case load per senter. Det anbefales å følge utviklingen via 19 policy-indikatorer. Det er ingen fokus på internasjonalt samarbeide. Ulikheter anses som omnipresent vedrørende alle helsetilstander, og skal monitoreres via ovennevnte policyindikatorer. Urettferdig tilgang til helsegodene grunnet region, sosial klasse, alder og kjønn fastslås⁵.

4.4. Nederland, “National Cancer Control Programme”, tidsramme 2005 - 2010⁸.

I introduksjonen fordeles det ansvarsforholdene mellom forskjellige stakeholders: screening og å støtte en helsefremmende livsførsel er en oppgave som forvaltes av myndighetene. Lik tilgang (“equality”) til behandlingstilbudet håndteres primært av helsevesenets tilbyder, helseforsikringer og pasientene selv. Ved kontraktsignering vedrørende et forsikrings-/behandlingstilbud bør pasientene kreve ingen dårligere standard enn “best practice”.

Videre beregnes kostnader for screening, behandling og etterbehandling til 1,5 mrd € per år i tidsperioden fra før denne planens startdato. Beløpet er altså fastslått uten

kostnader for primær prevensjon, forskning og profesjonell utdanning. Det anmerkes at for hjerte-/karpasienter over 75 år brukes det årlig mer enn 1,5 mrd € i Holland. Allikevel skal denne NCCP være budsjettneøytral, og heller finansieres via reallokering av midlene.

Alle kapitler inndeles i følgende avsnitt: status/introduksjon, flaskehals, formål, tiltak inkludert utnevning av en "action initiator", altså en gjennomføringansvarlig. Under diagnostiseringskapittelet vises til 1. linjes portvaktfunksjon og implementering av europeiske guidelines for almenpraktiserende leger, som ønskes fremmet. Pasientens videre ferden bør følge integrerte pathways fra diagnose til behandling, involvering av MDTs forutsettes.

Behandlingstilbudet i Holland betegnes som "reasonably good to good, but with room for improvement".

Det er ønskelig å rekruttere pasienter til flere studier.

Planen inneholder et eget avsnitt om bemanningen i onkologien. Her etterlyses guidelines for involverte profesjoner: sykepleiere, legespesialister, men også blant annet sosialarbeidere, psykologer, spirituelle rådgivere og frivillige. For legespesialister kreves det en systematikk for reakkreditering, hvor følgende elementer eksplisitt bør inngå: kommunikasjon, etikk, administrative kunnskaper, ikke minst angående pasientenes tilbakeføring til 1. linje.

Indikatorer skal utvikles i løpet av 2005, og er følgelig ikke en direkte del av denne planen. Så snart indikatorer er etablert skal fremgangen rapporteres årlig⁸.

4.5. New Zealand, "Cancer Control Strategy Action Plan", tidsramme: 2005-2010²⁰.

Overordnede mål: planen skal bidra til å forminske kreftinsidensen, og redusere kreftsykdommers innvirkning på samfunns-, men også individnivå. I tillegg har planen et klart fokus på ulikheter ("inequalities") mellom forskjellige samfunnsgrupper. Kulturelt mangfold skal respekteres, det skal sørges for rettferdig ("equitable") tilgang til helsegodene, uavhengig av den enkeltes økonomiske muligheter.

Helsetilbudet skal være av høy kvalitet og evidensbasert.

Følgeriktig inneholder den new zealandske kreftplanen et eget kapittel vedrørende New Zealands Maori-minoritet: I relevant sammenheng forpliktes det eksplisitt for bruk av Maori-konseptene haurora, whanau og whanau ora. Disse konseptene er nokså helhetlige tilnærminger (haurora) til helsestatus som innebærer også wellbeing av familien i utvidet forstand (whanau)¹⁹.

I et eget kapittel om ulikheter, tallfestes problemstillingen: kreft er den hyppigste dødsårsak for maorikvinner, og nest hyppigst for maorimenn: Kreftmortaliteten er i forhold til Non-Maori økt med 51% for maorimenn, og med 78% for maorikvinner. I planen defineres det at etniske ulikheter i helsestatusen henger sammen med ulik tilgang til politiske, miljømessige, økonomiske og adferdsbestemte helsedeterminanter, noe som resulterer i ulike sykdomsinsidenser. I et eget avsnitt om høykvalitets informasjon omkring cancerbehandling, inkluderes det eksplisitt informasjon om alternativ og komplementær medisin. Noen sykehus tilbyr tradisjonelle healingmetoder og mulige positive effekter fremheves. Ytterlig evidensbasert forskning og gode informasjons- og kommunikasjonsevner etterlyses for å ikke kompromittere “konvensjonell” behandling.

Et eget avsnitt angående ungdomskreft understreker behov for riktig pasientplassering avhengig av utviklingsstand og ikke alder. Tilbudet til ungdommen skal kunne matche standarden i pediatrik onkologi.

Radioterapitilbudet betegnes som marginalt, og for å sikre optimal behandling må noen pasienter sendes til Australia.

Organiseringen av helsesystemet og detaljer vedrørende organiseringen, behandles i avsnittet om forskning, som utover dette kun siterer WHO's krav til NCCP forskning²⁰.

4.6. Nordirland, “Cancer Control Programme”, tidsramme 2007 til 2011²¹.

Planen byr på nokså definerte målindikatorer:

- 1) 25% reduksjon av aldersjustert kreftinsidens innen 2015.
- 2) Økning av 5-års overlevelse til samme nivå som de beste resultater av europeiske land.

Planen lener seg opp mot NHS dokumenter inkludert NICE og øvrige UK planer, og betrakter seg som et regional rammeverk.

Spesielt peker følgende elementer seg ut:

Planen ønsker å fremme:

- høykvalitets informasjon vedrørende komplementær behandling. Pasienter skal således settes i stand til å ta egne beslutninger.
- fokus på ICT (information communication technology) - spesielt telemedisin for å muliggjøre MDTer både lokalt, regionalt, nasjonalt og internasjonalt.
- vedrørende organisering fokuseres det på 1.linje, skape nettverk av almenpraktikere (AP) og sykepleiere med spesiell interesse for kreftsykdommer. Derfra skal pasientene følge integrerte pasientforløp gjennom relevante behandlingsnivåer.
- Stråleterapi: Tilstrekkelig kapasitet pt og inntil 2015. Innen da utvikles det egen stråleterapiplan for perioden 2015 til 2025. Denne planen skal ta hensyn til pasientenes reisetid.
- Likhet: Fokus på likhet (“equality”) i egen appendiks: Utover de vanlige determinanter som alder, kjønn, sosio-økonomisk status og seksuell orientering, innføres det et mer spesifikt sett av variabler: Inndeling av landet i ikke tettbygde (“rural”) og tettbygde (“non- rural”) områder, hvor det bemerkes at cancerinsidensen er generelt 7% (for menn) til 10% (for kvinner) lavere i ikke tettbygde områder. For lungekreft er insidensforskjellen ca 40%. Inndeling av landet i kommuner og innbyggernes reisavstand til relevant helsetilbud betraktes. Cut off er satt til 60 minutter reisetid til et spesialisert kreftbehandlingstilbud. Her spiller også politisk preferanse og religion en rolle: “Nasjonalister” og katolikker er overrepresentert i den gruppen hvor reisetid er >60 min. For å forbedre denne situasjon har man tidligere utvidet antall spesialiserte kreftenheter til 5 lokalisasjoner, mens høyspesialisert behandling inkludert radioterapi kun foregår ved ett senter ved Belfast City hospital. Denne institusjon er forbundet med øvrige UKs “Royal Group of Hospitals”. Relevant befolkningsgrunnlag for et høyspesialisert kreftsenter estimeres til minst 1 mill innbyggere, hvorledes man ikke ønsker å etablere ytterlig et senter. Det åpnes dog for mulige strålesatelitter ved planlegging for 2015 til 2025.
- NICE guidelines defineres som minimumsstandard for behandlingen²¹.

4.7. Skotland, “Better Cancer Care Action Plan”, utgitt 2008¹³.

Planen vier et eget kapittel til molekylær testing. Molekylær patologi er tiltagende relevant for å kunne skreddersy moderne høykostnads kreftbehandling. Planen fokuserer på en konsertert patologiservice i Skotland. Det eksisterer 4 avdelinger.

I behandlingskapittelet nevnes det eksplisitt “horizon scanning” som verktøy for å sikre oppdatert behandling (“Scottish Medicines Consortium horizon scanning initiative”). En anbefaler å følge de engelske NICE guidelines, dog kun som en “working relationship”. Vedrørende strålebehandling henvises det til egen plan for perioden 2011 - 2015. Per 2008 eksisterer det 1 LINAC per ca 200.000 innbyggere. Maskinene er lokalisert i 5 sentra. Radioterapiplanen vil måtte ta stilling til utbygging av satellitter.

Eget kapittel vedrørende forbedringen av “cancer care quality” anbefaler nasjonal benchmarking mellom de 3 skotske regionene. Dette krever utvikling av nasjonale indikatorene. Såfremt lignende indikatorer er tilgjengelig, bør benchmarking foregå over hele UK.

Vedrørende effektivitet: Forbedring av henvisningsrutiner for å unngå doble undersøkelser og for å overholde ønskelige tidsfrister i behandlingsskjeden. I 2008 er det tale om en 62 dagers pathway for pasientene. Per 2011 skal alle pasienter uavhengig av diagnosen få stilt eventuell behandlingsindikasjon innen 31 dager. Her argumenteres det for likhet : “patients want to know that the treatment they receive is as good as any in the country”. Når det kommer til organisering foreslås det utskiftninger på overordnet nivå: “Scottish Cancer Group” erstattes med en “Scottish Cancer Taskforce”, som årlig innberetter utviklingen til den skotske regjeringen. Indikatorer og arbeidsprogram skal i denne forbindelse utvikles, men er altså ikke del av planen¹³.

4.8. Sveits, “Nationales Krebsprogramm”, tidsramme 2011 - 2015³.

Dette er den 2. sveitsiske kreftplan. Allerede i introduksjonen vedrørende kreftbyrden problematiseres datagrunnlaget. Ved den 1. kreftplan var kun 50% av befolkningen registrert, per 2010 er det 68%. Selv om det ses positivt på en ytterlig

utbygning av kreftregistre, nevner en eksplisitt problematiske aspekter rundt datasikkerhet, ikke minst med tanke på private sykeforsikringer.

Det finnes utover WHO's sjekkliste ekstrakapitler angående pleie, rehabilitering og psykoonkologi.

Ad prevensjon vises det til hva andre europeiske land og USA anbefaler i deres strategier. Det fokuseres på migranter. I Sveits har over 20% av befolkningen migrasjonsbakgrunn.

Forskning: Den eksisterende koordinerende enhet står for >50% av studier (SAKK, Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Klinische Studien). SAKK har sponsoransvar for internasjonale studier i EU-sammenheng og fra Canada. Dette anses som svært relevant for pediatriske og sjeldne kreftformer, hvor den industrielle studieinteressen er nokså begrenset. I tillegg vil en ofte ikke kunne rekruttere tilstrekkelige pasienttall ved en sveitsisk nasjonal tilnærming. Det rettes kritikk mot for mye byråkrati og administrative forsinkelser i studiesammenheng.

Eksisterende finansiering kritiseres: Forskningen vedrørende hvilke pasienter som faktisk får hvilke goder og i hvilken form ("Versorgungsforschung"), betraktes som ineksistent. Således er det vanskelig å tildele ressurser på vitenskapelig grunnlag.

I terapikapittelet fastslås det at landet er for lite til å kunne følge med den internasjonale utviklingen! Det kreves følgelig å følge internasjonale guidelines (blant annet ESMO, ASCO) og eventuelt tilpasse disse guidelines de sveitsiske forhold. I Sveits er det uklart hvem som har kompetanse til å utarbeide relevante guidelines, det finnes forskjellige anbefalinger fra forskjellige vitenskapelige selskaper for samme sykdom. Dette defineres som uakseptabelt. Det eksisterer også forskjeller omkring behandlingsresultater blant cancerentiteter. Internasjonalt ligger de sveitsiske resultater blant de beste i overlevelse av brystkreft og non-hodgkin lymfom, men kun middels ved thyreoideacancer. I tillegg finnes det interkantonalet forskjeller ved for eksempel kurasjonsrater for brystkreft. Årsaken ligger ikke kun i mangelen på guidelines, men kan begrunnes mangfoldig: Interkantonalet forskjeller og forskjeller mellom behandlingsinstitusjoner i alle ledd, spesielt nevnes case load eller heller mangel på tilstrekkelig case load.

Off-label bruk av medikamenter: I Sveits brukes 60% av kreftmedisiner off-label.

Det vil si utenfor den offisiell godkjente indikasjon. Andelen er enda høyere i

pediatrisk onkologi og for sjeldne (“orphan”) kreftformer. 20% av cancersykdommer defineres som orphan cancers, det vil si færre enn 6 sykdomstilfeller per 100.000 innbyggere. Ytterlig sentralisering av behandlingen foreslås.

Planen kritiserer mangelfull utnyttelse av eksisterende innsparingspotensiale. Det foranstalles for mange og unødvendige diagnostiske undersøkelser, unødvendige kontroller og unødvendige terapier. En konkluderer med nødvendigheten for etablering av pathways, etablering av regionale interkantonalet nettverk (per 1.5 mill innbyggere), samt Nasjonale kompetenssentra (2 stk).

Angående sykepleie bemerkes det at i en internasjonal sammenheng må sveitsiske subspecialiseringsfasiliteter anses som substandard i forhold til andre land.

Rasjonaliseringen i helsevesen bør ta hensyn til et stigende personalebehov i onkologien³.

5. Fellestrekk av betraktede NCCPer

Gjennomgang av overnevnte NCCPer viser at alle planene inneholder elementene som WHO og den Europeiske Union anbefaler. Således finnes en innholdsmessig gjennomgang av de tidligere nevnte elementer : 1) primær prevensjon, 2) sekundær prevensjon (screening), 3) diagnostisering, 4) behandling, 5) palliasjon, og i tillegg i henhold til EPAAC guidelines: 6) rehabilitering og 7) forskning.

Alle dokumenter introduserer seg som en plan, aksjonsplan eller program. Det er kun publikasjonen fra Irland som tituleres som en kreftstrategi. I det følgende refereres til alle dokumenter som NCCP/plan.

5.1. Overordnede intensjoner

5.1.1. Kvalitet

Alle gjennomgåtte NCCPer legger sin faglige ambisjon på et høyt internasjonalt nivå. Ambisjonene spenner fra en forbedring av en selvutstedet karakter “reasonable

good/ good” til “better” (Nederland) til “best possible care” (Belgia) og “the highest international standards” (Danmark).

Insidens og mortalitetsrater, eller relativ reduksjon av disse (Irland), skal kunne måle seg med de beste. Tilnærming er top down, og da sett fra det nasjonale nivå, noe som kan opplagt begrunnes i selve tittelen, en “nasjonal” plan, men samtidig ikke nødvendigvis alltid tar innbyggernes/pasientenes behov i betraktning. Som borger er en nok interessert i den “beste behandling”, uavhengig av hvilken nasjonalstat en tilhører eller av geografisk plassering. Såfremt denne tilbys utenfor landets grenser, kan det forventes at en “nasjonal strategi” sørger for tilgang til dette godet - altså “bottom up”. NCCPs intensjon om å forbedre behandlingstilbudet i fremtiden, kan være lite betydningsfull for dagens, og den nærmere fremtidens, pasient. I det minste vil pasienten være opptatt av den respektive nå-tilstanden. Nasjonale og internasjonale ulikheter i tilbud og outcome er per dags dato ikke ubetydelig. Cross border-aktiviteter nevnes i de betraktede NCCPer stort sett i “forsknings”-kapitler. Denne internasjonale tilnærmingen, må dog heller betraktes som en intensjon, noe som ligger innebygd i planbegrepet. I dagens Europa kan senter-deltakelse i internasjonale studier/vitenskapelige foreninger virke noe tilfeldig. For testiscancer eksisterer det for eksempel et samarbeide mellom Norge og Sverige (SWENOTECA, Swedish & Norwegian Testicular Cancer Project²²), som utgir guidelines og definerer protokollbasert behandling, mens for eksempel Danmark er ikke med.

5.1.2. Likhet

WHO's definisjon av en NCCP innebærer systematisk og rettferdig implementering av strategier for å redusere kreftbyrden i et samfunn¹⁰. De kreftstrategier som er gjennomgått her, refererer heller til “lik tilgang” som et overordnet mål. I henhold til WHO er det betimelig å skille mellom “inequality” (ulikhet) og “inequity” (urettferdighet): Ulikhet i en populasjons helsestatus kan blant annet bero på a) individets frie valg eller biologiske forskjeller; b) ytre betingelser. Imens inngrepen i a) kan ansees som ideologisk eller etisk uakseptabel, kan b) bero på unødvendige eller unngåelige omstendigheter. Sistnevnte setting vil kunne resultere i inequity (urettferdighet) vedrørende helsestatus²³. Defineres

individets helse status altså som preget av “inequity”, det vil si “unfairness”, må dette anses som et verdibasert utsagn. I et offisielt dokument utstedt fra nasjonale myndigheter i et demokratisk samfunn, ville en kunne forvente eksplisitt stillingstagen til slikt. Rettferdighet vedrørende for eksempel tilgang til behandlingsmuligheter, kan differensieres på minst to forskjellige måter: a) tilgang beror på meritter (Aristoteles), b) tilgang etter behov (Kropotkin). Mens den førstnevnte definisjon beror på en heller meritokratisk samfunnsforståelse, er den sistnevnte en nyere forestilling, basert på teorier fra slutten av det 19 århundre²⁴. I vestlige land reflekteres dette blant annet i pasientenes sykeforsikringsordninger, det vil si mulighet for å tegne privat helseforsikring, men også muligheten for å betale “kontant” for helseytelser. “European Partnership for action against cancer” (EPAAC) ble i 2009 grunnlagt av den Europeiske Kommisjon og er et program fra de europeiske landene for å bekjempe kreftsykdommer. Et av målene er å forminske cancerinsidensen i EU med 15% frem til 2020²⁵. I EPAACs definisjon av en nasjonal cancerplan inngår det at en slik plan skal fremme implementeringen av de mest kostnadseffektive tiltakene. Disse skal kunne nyttiggjøres av flest mulig personer avhengig av landets spesifikke situasjon og dets tilgjengelige ressurser. Denne tilnærming kan således betraktes som noe mer pragmatisk og inneholder et element av triage. Ved “convention on human rights and biomedicine i 1997 ble medlemslandene av European Council blant annet enig om Art 3: “Parties, taking into account health needs and available resources, shall take appropriate measures with a view to providing, within their jurisdiction, equitable access to health care of appropriate quality”²⁶. Altså rettferdig tilgang, men også avhengig av lovgivning og av “appropriate quality”, og under utnyttelse av de tilgjengelige ressurser. Som anført krever både WHO og EPAAC en “systematic and equitable implementation of evidence based strategies”^{10,11}.

6. Diskusjon

Forløpet for en kreftpasient vil vanligvis gjennomgå de tidligere nevnte “faser” fra prevensjon til palliasjon, som således anføres i blant annet WHO’s guidelines og

refererer til det faktiske innhold. Det skal tas hensyn til spesifikke forutsetninger og tilgjengelige ressurser. En vil forvente forskjellige innholdsmessige prioriteringer i forskjellige land. Som fremstilt under problemstillingen eksisterer det ingen internasjonal akseptert, eller på noen måte bindende rammeformat for NCCPer. Dette medfører at en ville forvente at organiseringen av strukturelle elementer, som for eksempel governance og ansvarsfordeling, samt finansiering og evaluering, vil i henhold til de spesifikke målene også defineres på nasjonalt nivå. Det er ikke opplagt at denne fremgangsmåten vil utlikne transnasjonale ulikheter. Kun ved en enhetlig forståelse av et fellesmål, vil spesifikke nasjonale strategier bidra til å utlikne slike ulikheter. Ved forskjellige eller oppjonerende mål, men også ved ulik strukturell tilnærming og ulik mulighet eller vilje til ressursallokering, vil ulikhetene mellom landene kunne aksentueres. I det følgende diskuteres noen av de tidligere presenterte unike punkter i de denne oppgaven tilgrunnliggende NCCPer, videre fremstilles antatte fellestrekk av de her behandlede kreftplaner. Spesielt ledes oppmerksomheten på informasjon vedrørende lik tilgang, rettferdig tilgang og “over the border view”.

En anfører de respektive planenes befolkningsgrunnlag, befolkningstetthet, samt BNP per capita etter PPP (purchasing power parity)-modus for å kunne sammenligne kjøpekraften. Planenes spesielle kjennetegn diskuteres langs dimensjonene “kvalitet” og som anført “likhet”.

Innen disease management-programmer tilstrebes det koherens mellom kvalitetskriterier, mål og indikatorer. Indikatorene vil kunne gi innsikt hvor detaljert målene er²⁷. En kvalitetsindikator kan defineres som “et indirekte mål, en pekepinn som sier noenting på det området man ønsker å måle”²⁸. I denne presenterte sammenheng er “område” nok en målsetning knyttet til hele planen eller et enkelt initiativ i planen. Målbare indikatorer vil kunne bidra til å kvantifisere eventuelle resultater, og kan ha et referanseområde. Det er opplagt at en “referanseverdi” kjennetegnes ved identisk over- og undergrense av referanseområdet. Et “kvalitetskriterie” kan defineres som en egenskap som forventes ved høy kvalitet av et målområde²⁷. Overskuelig tidshorisont for implementeringer (deadlines) er en ikke uvesentlig kvalitetsaspekt for et periodisk program.

6.1. Spesielle kjennetegn, likhet, kvalitet i NCCPer

6.1.1. Belgia: 11mill innbyggere, 354 innbyggere per km², BNP per capita (PPP) 37.678 US\$ (2011).

Kvalitet: Planen utmerker seg med en kort løpetid (3år), og inviterer således til et overskuelig tidsperspektiv med tanke på respons på eventuelt oppnådde resultater. Målbare indikatorer inkluderer deadlines definert for hvert enkelt initiativ. Det skal foretas årlige evalueringer. I tillegg inneholder planen detaljerte prislapper per initiativ. Formål her antas å være at pengetildeling brukes som insentiv til å etablere de anbefalte forbedringer. Overordnet sikter planen på å tilby et “best mulig” kreftbehandlingstilbud, og henviser forøvrig til overordnede internasjonale guidelines. Dette sammenstemmer med EPAACs anmodning om at en nasjonal kreftplan skal sørge for at flest mulig innbyggere profiterer på foreslåtte tiltak innen de tilgjengelige ressurser. Dette må sies at denne planen oppfyller, idet de tilgjengelige pengeallokeringer er definert upfront. Internasjonale guidelines skal adapteres til det belgiske kreftbehandlingstilbud.

Likhet: Vedrørende kostnadsintensiv Hadronterapi og fremtidig håndtering av betydelige kostnader for systemisk behandling, etterlyses det en politisk avgjørelse. Planen presiserer kostnader vedrørende Hadronterapi, og leverer et mulig økonomisk beslutningsgrunnlag. Det stilles ingen medisinskfaglige spørsmål omkring indikasjonen: Behandlingen anmodes foretatt i utlandet inntil Hadronterapitilbud i Belgia eventuelt implementeres, slik at “cross border equality” ivaretas.

6.1.2. Danmark: 5.5 mill innbyggere, 130 innbyggere per km², BNP per capita (PPP): 37.742 US\$ (2011).

Kvalitet: Planen skal bidra til intet ringere enn å føre dansk kreftomsorg til et nivå sammenlignbart med de høyeste internasjonale standarder. Den danske planen inneholder eksplisitt ingen målbare indikatorer, som for eksempel prosentvis reduksjon av mortalitetsrater innen 5 år, idet det argumenteres at slike mål er vanskelig å formulere på solid vitenskapelig grunnlag. Eventuelle resultater bør vurderes etter ikke altfor mange år. Det understrekes dog at eventuelle resultater

også er avhengig av implementeringsgraden av anbefalingene¹⁷. Holdningen kan enten betegnes som noe defensiv i forhold til andre planer, eller som en svært pragmatisk tilnærming. Kvantifiserbare resultater krever blant annet svært gode registre. Ved en halv hjertet implementering vil utilfredstillende resultater ikke være ensbetydende med en dårlig plan, hva angår endelige mål, heller mangel på struktur. Kreftprevensjonen, spesielt vedrørende endringer i livsstil vil redusere flere ikke-smittsomme sykdommer og vil følgelig medføre en ikke kreftspesifikk gevinst¹⁷.

Likhet: Hver individuell pasient skal kunne følge “sin” uavbrutte pathway gjennom helsevesenet. Benchmarkingsprosessen med Den Nasjonale Radioterapiklinikken i Amsterdam anføres som et meningsfullt foretagende, og har medført ekstrabevilgninger på størrelsesorden 300 mill DKK. Det anbefales et internasjonal nettverk med tanke på drift og utvikling innen radioterapi, altså heller mobilitet av profesjonelle helsetilbydere enn pasienter. Kapittelen om komplementær behandling står noe i motsetning til det overordnede mål om å fremme et evidence based tilbud: Pasientens ønske om alternativ behandling bør kommes i møte, lokale guidelines anmodes, mens man i planen gir klart uttrykk for at det kreves mer forskning. Det foreligger altså en mangel på evidens angående komplementær behandling. I “aftale om kreftplanen III” utelates behandlingkapittelet fullstendig, slik at en må anta at dette suppleres senest når den tredje danske kreftplan publiseres¹⁸.

6.1.3. Irland: 4.7 mill innbyggere, 74 innbyggere per km², BNP per capita (PPP): 39.500 US\$ (2011).

Kvalitet: Planen inneholder et sett av spesifikke målbare indikatorer. Det skal gjennomføres et årlig ettersyn vedrørende implementering av initiativer. Befolkningsgrunnlaget for å oppnå tilstrekkelig case load per senter tallfestes for et spesialisert kreftbehandlingssenter til 500.000 innbyggere og til over 1 mill innbyggere for et integrert senter. Det argumenteres ikke videre for akkurat denne kvantifiseringen, men inntrykket er at en forventer å kunne innfri medisinsk faglige utfordringer med en slik organisering.

Likhet: Planen aksepterer “omnipresent inequality” i alle helsetilstander. “Inequity” finnes i kreftbehandlingstilbudet, og er avhengig av region, sosial klasse, alder og kjønn⁵. “Inequity” skyldes blant annet fragmenteringen av behandlingstilbudet.

Følgelig fokuserer planen i denne hensyn på den fysiske organiseringen av kreftbehandlingen.

6.1.4. Nederland: 16,8 mill innbyggere, 405 innbyggere per km², BNP per capita (PPP): 42.331 US\$ (2011). Landet har med over 16 mill innbyggere det største befolkningsgrunnlaget av denne oppgavens betraktete NCCPer.

Kvalitet: Planen fremsetter ingen indikatorer, men krever derimot at disse utvikles innen 2005. Planens løpetid er 2005 til 2010. Indikatorene skal etterfølgende brukes til årlig evaluering. Planen argumenterer for nasjonale guidelines og et utstrakt system av akkreditering av involverte behandlere, nok for å sikre minstestandarden. Akkrediteringen av legespesialister impliserer blant annet faste rutiner for rehenvisninger til 1. linje og fokus på gode rutiner hos almenpraktikere, noe som godt kan sees som en kostnadsbesparende intensjon.

De overnevnte tiltakene er heller rettet mot kommunikasjon og etikk, og ikke fag. Planen betegner kvaliteten av det hollandske kreftbehandlingstilbud som i beste fall “good” og innrømmer muligheter for forbedring. Som anført er det dog opp til forsikringstakerne å kreve “best practice”⁸.

Likhet: Ansvar for lik tilgang til helsetjenester legges på helsetilbydere, forsikringer og pasienter. Imens er screeningen og livsstilintervensjoner myndighetens ansvar⁸. Denne inndelingen kan virke noe passiv, hva angår forventete oppgaver av et nasjonal overordnet dokument: Å sørge for at helsetilbyderne gir tilgang til lik behandling, kan like presis være del av en nasjonal kreftstrategi. Dette gjelder også for et helsevesen med et mer privatisert innslag enn det skandinaviske. Valg av private forsikringsavtaler faller nok under innbyggerens autonome beslutningsmuligheter. Her vil myndighetenes inngrepen nok kunne betraktes som uetisk. Screening og livsstilsintervensjoner kan anses som verktøy for å utligne urettferdig tilgang. Ved relevante diagnostiske funn bør pasientene følge definerte pathways til videre behandling, noe som også fordres i den hollandske plan. Dette bør styrke likheten vedrørende tilgang til behandlingen. Ved muligheten for en mer “risk seeking” forsikringsavtale, kan behandlingen dog antas modifisert. Planen uttrykker urettferdig ressursfordeling mellom pasientgrupper (hjerter-karsykdommer versus kreft). Til tross for at tallene presenteres slik at en vil forvente et begrunnet krav for omrokking av midler, uttrykker planen at tiltakene allikevel skal være

kostnadsnøytral innen kreftområdet. Det er påfallende at man her i grunn aksepterer åpenlyst flere elementer av ulikhet mellom diagnosegruppene. I tillegg fokuseres det på pasienternes autonomi og frie valg. Grunnlaget for individets ufordelaktige valg kan nettopp også begrunnes med et element av urettferdige forhold angående individets grunnforutsetninger.

6.1.5. New Zealand: 4,5 mill innbyggere, 16,5 innbyggere per km², BNP per capita (PPP): 27.700 US\$ (2011).

Kvalitet: Alle initiativer er strukturert slik at mål/resultat, stakeholder og milepæler kommer frem. Evalueringen skal skje per enkelt initiativ. Tidsperspektiv er delvis ned på månedlige evalueringer. I forarbeidet til den østerrikske kreftplanen, fastslås det at planen fra New Zealand har detaljerte krav for feedback angående eventuell progresjon, men ingen konkrete målverdier, kun 1. skritt er nevnt²⁹.

Likhet: Denne planen *definerer* at insidensforskjeller mellom etniske grupper hovedsaklig stammer fra forskjellig tilgang grunnet ytre betingelser, altså at det er et betydelig element av “urettferdighet” i samfunnet. Derav resulterer et moralsk imperativ til å forbedre situasjonen, som berører spesielt New Zealands Maori-minoritet. I tillegg referer planen til lovfestede rettigheter som sikrer beskyttelse av Maorienenes tradisjonelle medisinforståelse. Helhetlige konsepter, som for eksempel healing, støttes. Allikevel kreves det en evidence based tilgang til kreftbehandlingen. En forsøker å tilnærme seg dette dilemma ved å kreve evidence based forskning vedrørende tradisjonelle konsepter, og sikre “high class” informasjon vedrørende nokså motstridende terapeutiske tilnærminger. En kommer ikke utenom å formode politisk motivert hensynstagen bak denne doble strategi. Samtidig understrekes det at helse/sykdom er en individuell opplevelse og at individets autonomi må sikres. Eventuell kostnadsbesparende elementer ved Maori-rettete terapitilæringer kvantifiseres forståelig nok ikke. New Zealand er et nokså isolert øysamfunn. De geografiske betingelser fremmer neppe cross border pasientmobilitet. Nasjonale flaskehalssituasjoner vil kvantitativt være aksentuert, men grunnet landets geografiske isolasjon vil dette kunne oppleves kvalitativt av mindre betydning. For strålebehandling er det etablert en “terapeutisk bro” til Australia²⁰.

6.1.6. Nordirland: 1,8 mill innbyggere, 131 innbyggere per km², BNP per capita (PPP) : 31.000 US\$ (2011) , som tilsvarer ca 80% av UKs gjennomsnitt³⁰.

kvalitet: 2 overordnede målbare indikatorer presenteres: reduksjon av kreftinsidensen med 25% innen 2025, samt økning av 5 års overlevelse til samme nivå som de beste i Europa.

I tillegg presenteres prosentvise reduksjoner vedrørende tobakksrøyking, fedme og alkoholkonsum. Alle mål skal nåes innen 2025. Planen er etablert i 2007, er uten bestemt løpetid og skal evalueres etter 3 år.

Indikatorene er således nokså overordnede, og tidsperspektivet er nokså langsiktig. Feedbacksløyfens tidsaspekt er den lengste av de betraktete planene.

likhet: Også denne planen legger mye vekt på likhet. Planen inneholder en “equality impact assessment” i eget appendiks: Pasienter med reisetid som overskrider 60 min til en spesialisert helseinstitusjon bor i heller landlige omgivelser og er politisk mer innstilt på en “union” med Den Irske Republik enn å være del av UK. Det er flere katolikker bosatt på landet, mens majoriteten av befolkningen bor bynært²¹.

Religionstilhørighet i Nordirland har ikke bidratt til et mer koherent samfunn, og ulikheter i tilgang til goder som disfavoriserer én gruppe kan antas å medføre en visst innenrikspolitisk brisans. En får også her inntrykket at den brukte likhetsforståelse har politiske undertoner. Hvorvidt det reellt består et element av “inequity” kan sikkert diskuteres, men planen unngår denne tilnærming. Man glemmer dog ikke å påpeke at de befolkningsdeler som har lengst reisetid til relevant kreftbehandlingstilbud har betydelig lavere insidensrater²¹. I det ulikhetsbegrepet her er basert på behov (lengre reisetid, men likt behov for helsehjelp), kan en si at dette behovet er for hele den berørte gruppen i hvertfall relativt sett mindre.

Strålebehandlingsskapiteten defineres som pt tilstrekkelig, men ved hensynstagen til ovenstående åpnes det for vurdering av etablering av et satellittsystem ved neste planleggingsperiode²¹.

6.1.7. Skotland: 5,3 mill innbyggere, 67,5 innbyggere per km², BNP per capita (PPP) : 41.200 US\$ (2010)³¹.

kvalitet: Denne planen presenterer verken målbare indikatorer eller deadlines for implementering av tiltakene. Indikatorene skal utvikles i forbindelse med nasjonale benchmarking programmer. Det skal etableres en helt ny overordnet struktur, “The Scottish Cancer Taskforce”, som skal stå ansvarlig for årlige tilbakemeldinger.

likhet: Den skotske plan understøtter nasjonal benchmarking, og antar som anført at pasienter ønsker behandling som er “as good as any in the country”. I denne sammenheng skal det innføres målbare indikatorer.

Moderne systemisk kreftbehandling kan ved hjelp av molekylærpatologiske metoder tiltagende “skreddersys”: Pasientgruppen som vil kunne ha nytte av et - ofte kostbart - medikament, kan bedre identifiseres. Den skotske planen understreker i et eget kapittel relevansen av en fungerende molekylærpatologisk infrastruktur¹³. Det kan med rette antas at kravet til prediktive markører også fremover vil spille en avgjørende rolle for å kunne ta kostbare medikamenter i bruk. Å unngå en flaskehalssituasjon innen patologiservicen, og spesielt innen molekylærpatologi, er ytterst relevant, såfremt en ønsker å kunne tilby pasientene frontline terapikonsepter. Forøvrig etterlyser Oslo Cancer Cluster, et universitært forskningsnettverk, i sitt hørings svar til den kommende norske kreftplan stillingstagen til tilstrekkelig molekylærpatologiske kapasiteter³². “Horizon scanning” skal fremmes for å kunne holde tritt med den internasjonale utviklingen. Vedrørende radioterapi skal det på et senere tidspunkt tas stilling til en eventuell utbygging av strålesatelitter¹³.

6.1.8. Sveits: 8 mill innbyggere, 195 innbyggere per km², BNP per capita (PPP): 43.509 US\$ (2011).

kvalitet: Hvert initiativ er supplert med målbare indikatorer. For implementering av initiativene er det satt relevante deadlines.

likhet: Den sveitsiske planen utmerker seg med en del selvkritiske observasjoner: Gode resultater i internasjonal sammenheng settes i relasjon til det begrensede datagrunnlag i Sveits. Samtidig problematiseres det rundt datasikkerheten, ikke minst i lys av pasientforsikringsrelevante spørsmål. Registreringen anses dog for god nok til å kunne påpeke ufordelaktige interkantonalet forskjeller. I terapikapitlet bemerkes det eksplisitt at Sveits er ikke stort nok for å kunne følge med den internasjonale utviklingen³. Dette er ikke minst bemerkelsesverdig idet landet har et

befolkningsgrunnlag på nærmere 8 mill innbyggere, og er således ikke den minste av de betraktete nasjoner. Det anbefales å adaptere internasjonale oppdaterte guidelines, noe som kan virke betimelig for å unngå forsinkelser, tatt andre nasjoners løsninger i betraktning. Gjennomgående settes den nasjonale status i et internasjonalt perspektiv. Planen kritiserer eksplisitt mangelfull utnyttelse av innsparingspotensialer ved dagens organisering.

6.2. Presentasjon av komparative analyser

Forfatterens kommentarer i kursiv

6.2.1. Analyse av NCCPer i Europa¹⁴

I et forsøk å sammenligne NCCPer systematisk, publiserte Atun et al fra Imperial College i London en analyse av eksisterende kreftplaner i Europa (2009). Studien ser således på EU-27 landene, OECD-landene Sveits og Norge, i tillegg kandidatlandene Tyrkia og Kroatia, som dog ikke hadde publisert kreftplaner på det daværende tidspunkt. Det introduseres fire områder som er tilgjengelig for policy makers: Organisatoriske betingelser, finansiering, allokering og servicetilbud/-innhold. I tillegg introduseres 7 mål: 4 delmål: fairness (“equity”), effisiens, effektivitet og responsevaluering, samt 3 endelige mål: Forbedring av både helsenivå og fordelingen, beskyttelse mot finansielle risiki og brukertilfredshet. Fra 31 land analyseres altså 19 tilgjengelige planer. 9 av disse inneholder krav om konkrete pengeallokeringer, og kun 4 (Belgia, England, Frankrike og Polen) estimerer hele budsjett. Noen av resultatene fra denne studien presenteres for de over gjennomgåtte kreftplaner i det følgende. Kreftplan II fra Norge er tatt med, ut av opplagt interesse (New Zealand mangler som anført):

Alle planene inneholder en nå-status vedrørende det respektive landets kreftbyrde, samt spesifikke tiltak og anbefalinger for å oppnå respektive mål:

Finansiering: 5 planer (Belgia, Danmark, Norge, Skotland og Sveits) nevner nødvendigheten for budsjettmessige konsekvenser av implementeringen. Kun den belgiske planen estimerer det nødvendige budsjett. 4 planer (Belgia, Nederland, Nordirland, Norge) leverer tall vedrørende makronivå finansiering av planene, hvorav 3 planer gir uttrykk for behov av ytterlige midler. Nederlands NCCP skal

finansieres via reallokering og efficiency gains. Alle planer unntatt den skotske (Belgia, Danmark, Irland, Nederland, Nordirland, Norge, Sveits) nevner nødvendigheten for allokering av midler for planimplementering. Kun 3 planer (Belgia, Danmark, Skottland) nevner investeringer i teknologier, så som CT og MR-scannere eller lineærakseleratorer. Kun den belgiske planen nevner investeringer i medikamenter. 3 planer (Belgia, Norge, Skotland) presenterer investeringer i human resources.

4 NCCPs (Danmark, Nederland, Skotland, Sveits) anbefaler investeringer i populasjonsbasert prevensjon og promotering av disse, mens alle planene fremmer disse aktiviteter.

3 av disse 4 planene nevner røykestopp, økt fruktkonsum og mindre UV-eksposisjon. Den danske planen fokuserer i tillegg på behandling av overvektige barn. I Nederland derimot, fokuserer man på investeringer i screeningprogrammer. 6 NCCPer (Belgia, Danmark, Irland, Nederland, Norge, Sveits) spesifiserer investeringer i forskning og utvikling.

Innhold:

screening: alle land har introdusert screeningprogrammer. For cancer cervicis og cancer mammae er dog anbefalte intervaller og relevante aldersgrupper forskjellige. I Nordirland og Skotland, har man for eksempel valgt et 3-års screening intervall for C mammae, i Danmark, Irland, Nederland og Norge er det 2-års intervaller. For coloncancer eksisterer det kun screening programmer i Irland og Skotland, mens i Sveits er en fremtidig introduksjon en del av planen. *Det er internasjonal uenighet vedrørende nytten av coloncancer-screeningen.*

struktur: alle planer krever forbedret tilgang til Multidisiplinære Team (MDT). Alle planer anbefaler utvikling av nettverksstrukturer. I Danmark anbefales det et nettverk mellom 1. og 2. linje for å sikre effektiv diagnostisering, mens man i Irland, Nordirland, Norge, Skotland og Sveits ønsker regionale nettverker.

diagnostikk og behandling: alle planene anbefaler at diagnostikk og generelle behandlingsmuligheter bør styrkes. Irland, Nederland, Norge og Sveits krever en egen (sub-) plan for tidlig diagnostisering. I Danmark kreves det at pasient pathways er lokalt orientert, dvs fra 1. linje til det relevante sykehus. *Dette samsvarer med den danske nettverksbygging.*

innovasjon: Oppgradering til state of the art diagnostikk mangler kun i den nederlandske planen som en egen anbefaling, *men som fremlagt er det kun 3 planer som allokterer dedikerte penger til dette*. At tilgang til nye medikamenter bør forbedres, understrekes i planene fra Belgia, Nord Irland, og Skotland, *mens finansieringen kun nevnes i den belgiske plan*.

guidelines: I alle land unntatt Sveits (Belgia, Danmark, Irland, Nederland, Nordirland, Skottland) anbefales det å styrke evidence based guidelines. *Som anført betviler man i den sveitsiske planen relevans av nasjonale guidelines, og anbefaler heller å følge internasjonale guidelines*.

akkreditering: Irland, Nederland, Nordirland og Norge anbefaler i sine planer at det innføres akkreditering av institusjoner som tilbyr kreftbehandling.

kvalitetssikring og kontroll: Alle planene ønsker å forbedre kvaliteten i kreftbehandlingen. Belgia, Danmark, Nederland, Nordirland og Norge anbefaler innføring av systematisk kvalitetssikring, inklusive innføring av indikatorer. I Nederland anbefales det å innføre kvalitetskriterier og kontroll av kreftbehandling ved bruk av disse kriterier. Innføring av en nasjonal kvalitetsstandard for kreftbehandling fremmes i 4 planer (Belgia, Irland, Skotland, Sveits).

Spesifikke suksessmål: Unntatt den danske og skotske plan, inneholder alle planene målbare indikator eller mål (Belgia, Irland, Nederland, Nordirland, Norge, Sveits) . 5 planer (Belgia, Nederland, Nordirland, Norge, Sveits) inneholder deadlines. Selve evalueringsmetodene bestemmes i NCCPer fra 4 land (Belgia, Irland, Nordirland, Skotland. *Som tidligere anført betviles nytten av målelige suksessmål i den danske plan*.

“Rettferdighet”, “effisiens” og “patient responsiveness”, altså hvorvidt man innfrir legitime forventninger fra pasienternes side, mangler som mål i alle planene. Forsøk på å integrere selve NCCP i et eksisterende rammeverk mangler i alle dokumenter. Således er det heller ingen forsøk på å plassere tiltakene med tanke på mulige synergier med eksisterende strukturer.

6.2.2. Forarbeide til nasjonal kreftstrategi for Østerrike²⁹

I et forarbeide til Østerrikes NCCP fra 2009, sammenlignes kreftplanene fra 6 europeiske land (England, Irland, Sveits, Nederland, Danmark, Frankrike) og 2 ikke-

europiske land (Kanada, New Zealand). Det refereres at utviklingen av disse programmene har tatt mellom 1 og 12 år. Det fastslås at det er ingen informasjon vedrørende kostnader for selve produksjonen av den tilgjengelige planen. Involveringen av et ikke ubetydelig antall stakeholders, medfører at for eksempel de samlede personalekostnader ikke umiddelbart kan tallfestes. *I noen av høringssvarene til den norske kreftplan III, problematiseres forøvrig rundt manglende partisipasjon av alle relevante stakeholdere³³. I så fall vil planens endelige innhold kunne avhenge av hvem som i forveien kunne avsette tilstrekkelige ressurser for deltakelse.* Alle planene inneholder a) innholdsmessige prioriteter fra pasientforløpets kontinuum som skal operativ forbedres (fra prevensjon til palliasjon), og b) organisatorisk forbedring via etablering av nettverk og regionale kreftsentra.

Alle planene inneholder mål og tiltak, men ikke alltid indikatorer og/eller deadlines. Indikatorene kan igjen inndeles i overordnede (minus X% mortalitet innen Y år), eller en spesifikk indikator for en prioritet: Ventetid for screeningresultat < X uker innen Y år.

Noen programmer er helt uten målverdier, men her (Sveits og New Zealand) er det formulert første skritt og konkrete tiltak.

Alle planene har et krav om regelmessig tilbakemelding vedrørende måloppnåelse. Disse er dog i noen tilfelle heller uspesifisert (England). For New Zealands NCCP beskrives det regelmessige, tidsdefinerte, detaljerte og transparente feedbacksløyfer.

6.2.3. Analyse av UK kreftplaner³⁴

Stiftelsen Cancer Research UK publiserte i 2010 en analyse av implementeringen av de 4 UK kreftplaner i perioden 2006 til 2010. I det følgende refereres resultater relevant for planene fra Skottland og Nord Irland, som behandles nærmere i denne oppgaven. Nordirlands plan anses for lite robust, og det planlagte “service framework” er ikke fullstendig implementert. I Skottland savner en gjennomsyn av oppnådd progresjon, og planen bør oppdateres i nær fremtid. Det nordirske planlagte screeningprogram er forsinket grunnet manglende finansiering.

Utgifter for nye kjemoterapeutika i UK utgjør <2/3 av det vestlige Europa. Dette gjelder også for stoffer som har vært tilgjengelig i >5 år. Nordirske

behandlingssentra rapporteter om kapasitetsproblemer. I perioden 2007 til 2010 er bruk av kjemoterapi økt med 40% i England, mens for Nordirland er økningen på 74%. Det mangler således bemanning og sengeplasser til pasienter. Man har begynt å diskutere “at home chemotherapy”, selv om dette er en risikabel foranstaltning. Begge nasjoner lener seg opp mot engelske NICE, som lisensierer nye medikamenter etter søknad fra “health trusts”. NICE er blitt innført for å unngå såkalte “post code lottery”. NICES eventuelle negative og tidskrevende avgjørelser kan dog unngås både fra pasientens lokale helsetilbyder per “dekret”, eller i “named patient programmes”. Pasienten selv kan anefekte en NICE beslutning juridisk, eller simpelthen betale selv for det respektive medikament. Således består det fortsatt et betydelig element av “inequity”. Skottland har en egen myndighet, “Scottish medicines consortium”, som arbeider hurtig, og anses å ha en god dialog med alle stakeholdere. Skottland bruker mer penger per capita på helse enn de øvrige UK-nasjoner. I Nordirland tar helseministeriet stilling til NICE-avgjørelser, og tilpasser beslutningen. Prosessen kan ta opp til 1 år.

Tilgangsrater til radioterapi er nokså forskjellige i UK-nasjonene (2007): Nordirland: 32%, Wales: 37%, England: 38%, Skottland: 43%. Det optimale nivå defineres til over 50%. Strålefraksjoner per aksellerator varierer mellom 4.376 til 10.126 i forskjellige health trusts, og fraksjoner per 1 mill innbyggere mellom 17.500 til nærmest 48.000. Det bør identifiseres hvor pasientene ikke har tilstrekkelig tilgang til radioterapi. Det etterlyses UK wide benchmarking. *Noe oppsiktsvekkende betegnes stråleterapikapasitet frem til 2015 i den nordirske planen for tilstrekkelig.*

6.2.4. Radioterapikapasitet i Europa³⁵

Tilgang til radioterapifasiliteter er svært forskjellig mellom de enkelte land. Antall lineærakselleratorer per 1 mill innbyggere varierer i 2013 i 33 europeiske land mellom 1,3 i Romania til 9,7 i Danmark. For de nærmere betraktete europeiske land ligger tallene på: Belgia: 8,7, Danmark som anført, Irland: 5,8, Sveits: 9,4, Nederland: 7,6, UK: 5,4. (Norge: 7,6). Såfremt 62,5% av kreftpasientene har indikasjon for primær strålebehandling eller rebestråling, kan den prosentvise mangel (ikke møtt behov) kalkuleres. Her varierer tallene mellom 72% for Romania, til minus 47% (altså overkapasitet) for Sveits. (Belgia: -16%, Danmark: -20%,

Irland: 4%, Nederland: -10%, UK: 21%, Sveits som anført, Norge: -12%). Forholdet mellom gross national income (GNI) per capita og antall pasienter per maskin varierer mellom >1.200 pasienter til rundt 400 pasienter per maskin. Kurven flater ut ved en GNI rundt 12.500 US\$ per capita, hvor antall pasienter ligger på et akseptert (lavt) nivå mellom 400 og 450 pasienter per LINAC.

Studien befatter seg eksplisitt ikke med hvilken organisasjonsform eller teknisk standard de enkelte landene prefererer for sine radioterapitilbud. *Allikevel demonstreres mildt sagt betydelige flaskehals, men også mulige overkapasiteter i noen land. For forskjeller mellom UK-nasjoner innen radioterapi, se tidligere anførte tall.*

6.3. Kvalitet og likhet

Det kan være en nærliggende antakelse, at rike land kan tillate seg å fokusere mer på “vekt på likhet” og “godhet”. Fattigere land vil kanskje heller fokusere på overlevelse (eller QUALY) per krone, og vil således heller fremme effisiente tiltak og fokusere på kvalitetssikring. Det må dog sies at den økonomiske situasjon i de betraktete landene er i en global sammenheng nokså like og privilegerte. BNP per capita (PPP) varierer mellom 27.700 US\$ (New Zealand) og 43.501 US\$ (Sveits). Variasjoner i befolkningstettheten er derimot ikke ubetydelig. Medfølgende geografiske og infrastrukturelle aspekter vil kunne ha innflytelse på den fysiske organiseringen av et helsetilbud.

6.3.1. Vekt på kvalitet

Bortsett fra den danske og skotske planen, opererer alle planene med indikatorer. For den Nederlandske planen skal disse etableres fra og med 2005. Svært detaljerte indikatorer foreligger i Belgia, New Zealand og Sveits, altså både fra det “rikeste” og “fattigste” land (målt i BNP per capita) i denne undersøkelsen. Indikatorsett fra Nordirland skiller seg ut, i det denne er ganske overordnet, og forsøker å omfatte nærmest alle tiltakene i planen, reduksjon av kreftinsidensen og økning av 5-års overlevelse. Disse indikatorene er således en evalueringsmodus som kan være vanskelig å sette i direkte kausal sammenheng med de foreslåtte tiltakene, mens

slike indikatorer i den danske planen bevisst er utelatt. BNP per capita i Nordirland er estimert til 31.000 US\$, og dermed den laveste av de europeiske landene. Den irske planen inneholder kun 19 policy indikatorer. Her nevnes det også både reduksjon av insidensen, mortaliteten og økning av 5-års-overlevelse, dog oppdelt etter enkelte spesifikke diagnoser. I tillegg anføres det indikatorer som beskjeftiger seg mer detaljert med tilstrebede måloppnåelser, som for eksempel prosentvis oppnådd økt tilgang til screening, behandling etter terapeutiske retningslinjer, spesialiserte sentra for kirurgi og palliasjon og deltakelse i kliniske studier. De øvrige planers indikatorsett er langt mer presise, og er tilknyttet de enkelte tiltakene. Relevant aktør i forhold til tiltakene anføres både ved den new zealandske planen og den sveitsiske. Sammenheng mellom bestrebelser av detaljert kvalitetssikring og BNP per capita, som mål for et lands velstand, kan her altså ikke etableres.

6.3.1.1.Strukturelle forskjeller: Ved gjennomsyn av ovennevnte kreftplaner, åpenbares forskjellige tilnærminger til organisasjonen og strukturen av de respektive nasjonale kreftbehandlingstilbud. Utskiftning, eller nyetablering, av overordnede strukturer (som for eksempel foreslått for Skotland) foretas i en bestrebelse i å forbedre behandlingstilbudet. Disse er vanskelig å bedømme ex ante. Det er mange organisatoriske endringer som kan medføre forbedringer. Eventuell effekt av en regional kreftdirektør (som foreslått for Irland) i forhold til systemer uten regional kreftdirektør, vil dog også ex post være vanskelig å måle. Et vesentlig element er dog organiseringen som medfører relevant case load for enkelte institusjoner. Dette gjelder ikke kun for kirurgiske prosedyrer, men har også relevans for systemisk behandling og stråleterapienheter.

Etableringen av nettverk, som alle de behandlede kreftplanene anbefaler, har blant annet relevant case load per institusjon som formål. De fleste landene fremmer oppbygningen av regionale nettverk. Som anført er det kun den danske planen som ønsker et kontaktnettverk mellom lokale helsetilbydere. Størrelsen av befolkningsgrunnlaget per nettverk varierer dog ikke ubetydelig: For eksempel anses 500.000 irske innbyggere for et godt grunnlag for et regional senter, og 1 mill innbyggere for et integrert senter. Nettverkstall for England er definert til 1,5 til 2 millioner innbyggere³⁴. I Sveits mener man at et regionalt nettverk bør bero på 1,5

mill innbyggere, mens over 4 mill innbyggere er et godt befolkningsgrunnlag for et integrert nasjonalt kreftkompetansesenter. Befolkningstettheten varierer her mellom 74 innbyggere per km² i Irland, 407 innbyggere per km² i England og 195 innbyggere per km² i Sveits. Befolkningsgrunnlag for et kreftnettverk i New Zealand med et lavt befolkningstetthet på 16,5 innbyggere per km² (eller for Norge, 15,5 innbyggere per km², i kreftplan II) er ikke kvantifisert.

Valgt størrelse kan være betimelig med hensyn til demografiske og geografiske årsaker, men vil da allikevel neppe medføre lignende case loads per institusjon.

Insidensen anses som anført som sammenlignbart i alle betraktete land.

Strålesatelitter er etablert i Danmark (130 innbyggere/km²) og Norge. Satellitter skal vurderes i Nordirland (131 innbyggere/km²) og Skottland (67,5 innbyggere/km²), således i de europeiske landene med lavest befolkningstetthet. New Zealand (16,5 innbyggere/km²) konstaterer begrenset strålekapasitet, og en etablert strålebro til Australia. Strålesatelitter er ikke meningsfulle uten etablering av en tvillingsmaskin for slik å ha nødvendig redundans. Det dreier seg således om en svært kostnadsintensiv foranstaltning, uten stordriftfordeler og med høye translasjonskostnader. BNP per capita (PPP) i New Zealand er den laveste av de her betraktetede nasjoner (27.700 US\$).

6.3.2. Vekt på “likhet”

Mens både WHO og EPAAC fokuserer på “rettferdig implementering” av tiltakene i en NCCP, virker det slik at de betraktete planene er mer opptatt av “lik tilgang” til helsegodene. Det er kun den new zealandske plan som definerer tilgangen for noen befolkningsgrupper som eksplisitt “urettferdig”. Også Nordirlands plan har et sterk fokus på lik tilgang. Begge landene er preget av unike demografiske betingelser. At BNP per capita i disse to landene er lavest (< 32 000 US\$), anses som koinsidensielt. I motsatt fall vil analyse av en eventuelt minoritetsbetinget BNP-verdi og dens helsemessige implikasjoner, uansett overgå horisonten av denne oppgave. Det høyeste BNP per capita måles i Sveits, som har fremlagt den eneste plan med et systematisk internasjonalt komparativt perspektiv per kapittel. Dette kan tolkes som et resultat av en betydelig kjøpekraft. Differansen i BNP (PPP) til de fleste øvrige betraktete land er mellom 2,7% (Nederland) og 13,3% (Belgia), selv

om alle de betraktede europeiske landene har BNP (PPP) over 37.500 US\$ per capita. Nødvendigheten for cross border view begrunnes i den sveitsiske plan heller epidemiologisk, med landets beskjedene befolkningsgrunnlag.

6.3.3. Ulikheter

I det følgende ses på forskjellige typer av ulikheter mellom pasientgrupper, både mellom forskjellige diagnoseentiteter og avhengig av bosted. Vedrørende diagnoseindelingen, kan det skilles mellom forskjellige sykdommer og mellom forskjellige krefttyper. Ved geografisk tilnærming, betraktes bosted under en intranasjonal og en internasjonal synsvinkel. Videre betraktes finansierings mulige implikasjoner for "likhet".

6.3.3.1. Ulikheter mellom diagnosegrupper: Den hollandske planen påpeker i sin introduksjon at beløpet som brukes for hele befolkningens kreftbehandling overgås av beløpet brukt for pasientgruppen med kardiovaskulære sykdommer over 75 år. Denne fordelingen, som kan forstås som urettferdig, skal i henhold til planen forbli uten konsekvens: Krefttiltakene i Nederland skal være kostnadsnøytral. Det argumenteres ikke videre for en begrunnelse, eller hvorfor tallene overhodet nevnes nokså sentralt i planen. En mulighet er selvfølgelig at man indirekte argumenterer mot eventuelle insparinger av kommende kreftbudsjetter.

Det er et faktum at beløpet grunnet kreftrelatert tap; prematur død og uførhet (disability) på verdensplan overgår tap relatert til hjertesykdommer. For 2008 er tallene 895 mrd US\$ mot 753 mrd US\$. Kostnader i denne sammenheng relatert til cerebrovaskulære sykdommer tallfestes til 298 mrd US\$. For diabetes mellitus ligger tallet på 204 mrd US\$, likt med kostnader for traffikkulykker¹.

I en studie utgående fra French National Cancer Institute i 2007, står kreftmortaliteten for 30% av dødsfallene og 36% av premature dødsfall. Allikevel er kun 10% av helsebudsjettet allokert til kreftomsorgen. De årlige utgifter per kreftpasient er nærmest lik gjennomsnittskostnader for andre sykdommer og betydelig lavere enn for pasienter med HIV eller nefropati diagnoser. 20% av utgiftene for kreftbehandling brukes til legemidler, en forholdsvis lav prosentandel sammenlignet med andre kroniske sykdommer i Frankrike¹.

Andere tall viser til at kreftsykdommer utgjør 16% av de vestlige samfunns totale sykdomsbyrde. Utgiftene til kreftbehandling utgjør 6 til 7% av de totale helsekostnader, og ca 10 til 15% av disse brukes til kreftmedisiner³⁶. I tillegg kan det hevdes at krav til dokumentasjon for kreftlegemidler for lisensiering er høyere enn for andre medisinske tiltak, som f eks kirurgi³⁷. Relativ underfinansiering vil således kunne medføre at medisinsk kreftbehandling seiler akterut i forhold til behandlingen av andre diagnoser.

6.3.3.2. Ulikheter mellom pasienter med forskjellige kreftdiagnoser: I Sveits ligger behandlingsresultater for brystkreft og non-hodgkins lymfomer i topp i en internasjonal sammenligning. Resultatene for thyroideakreft anses dog kun for middelmådige.

Sjeldne sykdommer stiller ofte andre utfordringer til diagnostiseringen enn “vanlige” diagnoser. Dette kan medfører forsinkelser i pasientens ferd gjennom helsevesenet. Dette gjelder selvsagt også for “rare cancers”, som er definert til <6/100.000 innbyggere, men som samlet utgjør 20% av alle cancertilfeller³. Eksplisitt nevner den danske kreftplan at den individuelle pasient skal følge sin individuelle pathway. Oppbygningen av pasientenes pathway er medisinsk begrunnet, og bør således per sykdom ikke ta hensyn til en eventuell triage mellom diagnoser og strukturelle begrensninger. Organisatoriske begrensninger førte allikevel i Danmark, i en periode før 2007, til systematisk underbehandling av en pasientgruppe (hode-/halskreft), i det strålekapasiteten var “oppbrukt” av pasienter med en annen kreftdiagnose (brystkreft). Blant andre mistet den daværende danske medisinaldirektøren sin stilling i denne forbindelse³⁸. Hendelsen understreker blant annet relevans av organiseringen av strukturelle forhold, ikke minst i en NCCP.

Ved anslagsvis like utviklingskostnader for nye medikamenter uansett endelig indikasjon, men begrenset marked, kan det antas at prissetting av kostbare nye medikamenter for “rare cancers” vil medføre en nokså høy pris. Engelske NICE lisenserer nye medikamenter etter “pricetag per QUALY” noe som således vil begrense tilgang til nye medikamenter for pasienter med sjeldne kreftformer¹.

Ved begrenset industriell interesse for medikamentlisensiering for sjeldne diagnoser og manglende forskningsaktivitet fra det offentlige, vil “off-label” bruk av medikamenter forbli et domene for sjeldne og pediatriske kreftsykdommer. Begrensinger av “off-label” medikamentbruk vil likeledes kunne disfavorisere disse “små diagnoser”. For å unngå en slik situasjon, vil eventuelle handlingsprogrammer således måtte inkorporere “off-label” bruk av kreftlegemidler.

6.3.3.3. Intranasjonale ulikheter: Nokså åpent innrømmer den irske planen at ulikheter er allstedsnærværende for alle helsetilstander. Tilbud, tilgang og behandlingsresultater er preget av urettferdig fordeling som er relatert til region, sosial klasse, alder og kjønn. Planen skal eksplisitt bidra til rettferdig tilgang til kreftbehandlingen. Den hollandske plan derimot, formulerer, som anført helt sentralt, at ansvaret for lik tilgang til behandlingstilbudet ligger hos forsikringsselskapene, helsetilbyderne og pasientene selv. Her utelukkes altså slett ingen ulikheter, men å bidra til “mer rettferdig tilgang” er likevel ikke et opplagt mål av den nederlandske plan.

Begrunnet i en sterk minoritet, vier både den new zealandske og den nordiske plan desiderte avsnitt til intranasjonale ulikheter. New Zealands NCCP bruker flere kapitler på å diskutere Maorienes ulike tilgang til- og bruk av behandlingsmuligheter. Her er det eksplisitt tale om “urettferdige rammebetingelser”.

Man får dog inntrykk av at noen momenter av den økte kreftmortaliteten hos Maoriene allikevel skyldes selvvalgt livsstil, altså heller en “ulikhet” enn en “urettferdighet”, men dette diskuteres ikke i kreftplanen. Tvertimot åpnes det for tradisjonell/rituell medisin, til tross for kravet for evidence based guidelines. En kan anta at en slik liberal holdning også gjelder for øvrige komplementære tiltak. “Omfattende informasjon” nevnes dog som et svært relevant tiltak for å sikre at pasientene kan ta et myndig valg. Som presentert anfører den nordiske planen forskjeller i tilgang til helsevesenet. Det presenteres tall, som viser at lang reiseavstand relativt hyppigere henger sammen med en bestemt politisk preferanse, som så igjen er overrepresentert hos innbyggere med katolsk tro. Det nevnes ikke

eksplisitt “urettferdige betingelser vedrørende tilgang”, men fremstillingen er nokså detaljert, dog uten å anbefale direkte konsekvenser som ville kunne begrunnes i tallmaterialet.

I Sveits nevnes det interkantonale forskjeller angående overlevelsesrater for brystkreft. Dette anses som uakseptabelt, og en ønsker å fremme større behandlingsnettverk. Diskusjonen vedrørende case load i kirurgien er ikke nytt, men det kan enkelt antas at det fortsatt finnes vestlige land hvor kirurger opererer marginale volumina. Standardiserte pasient-pathways og behandlingsguidelines vil også her bidra til jevnere behandlingsresultater.

I denne sammenheng nevner den sveitsiske plan også utstrakt off-label bruk av kreftlegemidler. Det kan vanskelig tenkes at denne praksis bidrar til å forminske interkantonale differenser for alle berørte diagnoser.

Til tross for bestrebelsers for økt likhet vedrørende tilgang til helsegodene, som altså utkrystalliserer seg i for eksempel nasjonale guidelines og pasientpathways inklusive tidsfrister, er tilgangen til slutt avhengig av strukturelle omstendigheter, så som for eksempel tilstrekkelige kapasiteter. I Norge ses det tiltagende bruk av private helsetilbydere, som ikke refunderes av det offentlige. Den enkeltes økonomiske muligheter vil således gi mulighet for å forkorte eventuelle ventetider (blant annet for røntgenundersøkelser). Dette bidrar således til et to-delt helsevesen, uten en eksplisitt formulert politisk intensjon. Muligheten for pasientene å tegne private helseforsikringer medfører heller ikke at ulikheten nødvendigvis blir mindre.

Det engelske NICE ble introdusert for å avskaffe den så kalte “post code lottery” omkring tilgang til nye medikamenter. Systemet kan som tidligere anført overprøves, blant annet kan den regionalt organiserte “cancer drug fund” omgjøre beslutninger fra NICE, noe som faktisk reintroduserer “post code lottery”. Det skal dog sies at dette systemet står for ombygning i 2014, som skal basere avgjørelser blant annet på pasientens “unmet need”¹.

6.3.3.4. *Transnasjonale ulikheter*: Kreftoverlevelse er betydelig forskjellig mellom forskjellige land. Den europeiske kommisjon betegner ulikheter mellom europeiske land vedrørende kreftkontroll og behandling, for bekymringsverdig³⁹. 23 offisielle språk i 27 forskjellige nasjoner, med 27 forskjellige helsevesen, som igjen medfører ikke minst finansielle barrierer for cross border helsehjelp, har bidratt til tiltagende ulikheter mellom EU-medlemslandene¹.

5-year-survival for 8 kreftdiagnoser ble i 2007 i EURO CARE IV-studien publisert for 23 europeiske land. I tillegg undersøker studien 5-year-survival for alle 8 diagnoser samlet i forhold til det totale nasjonale helsebudsjett. For de 4 hyppigste kreftdiagnoser er overlevelsen best i de nordiske land (dog uten Danmark) og sentraleuropa. Intermediate survival finnes i det sørlige Europa, dernest UK og Irland. De laveste overlevelsesrater observeres i østeuropa. I forhold til helseutgifter scorerer UK og Danmark dårlig⁴⁰. Utover prosentandel av BNP brukt på helse, er refusjonsmekanismer, gjennomsnittlig nasjonal inntekt og utdanningsnivå, livsstil og tilgang til helsegoder identifisert som medårsaker til de anførte forskjeller. HTA-systemer innført i UK og Sverige, utelukker noen pasienter fra effektiv behandling. I det flere land vil innføre slike mekanismer, vil transnasjonale ulikheter i fremtiden avhenge enda mer av pasientenes finansielle muligheter og/eller forsikringsordninger.

Byråkratiske barrierer i et fragmentert Europa, medfører at flere kliniske studier i tiltagende grad flyttes til Nordamerika og Asia. Således vil europeiske pasienter i mindre grad bli involvert i utprøvede og innovativ behandling, noe som medfører økende transkontinentale ulikheter¹. Gjennomsnittlige overlevelsesrater av US amerikanske kreftpasienter er per idag høyere enn for europeiske⁴¹.

Europeiske pasienters lønnsstap 1 år etter en kreftdiagnose tallfestes til gjennomsnittlig 25%. Reintegrasjon til arbeidslivet varierer betydelig mellom de enkelte land. Mens man i de nordiske land oppnår en andel på ca 30%, ligger tallene for Hellas, Malta, Italia og Spania mellom 9 og 13%¹.

6.3.3.5. Finansiering og ulikheter

Stillingstagen til kostnadsbegrensinger anses for uunngåelig. Det er per 2009 som anført kun 4 av 19 europeiske kreftplaner som konkret tar stilling til nødvendige pengeallokeringer¹⁴. Grunnet ytterlig stigende kostnader, forskjellige nasjonale ressurser og refusjonssystemer foreligger her ytterlig en kilde for tiltagende fremtidig ulikhet.

Som det kommer frem er det betydelige forskjeller i NCCPene. Det er påfallende at svært få planer budsjetter for de foreslåtte forbedringer. I de betraktete planene gjelder dette kun planen fra Belgia, som fremlegger et fullt budsjett, og til en viss grad planen fra Nederland, som budsjetterer med 0.

Som fremstilt, vil kreftbyrden for alle samfunn øke i fremtiden. De fleste planene er følgelig tydelig på at det kreves ytterlige ressurser for å kunne omsette anbefalingene. I tillegg inneholder de fleste planene tiltak som kan betraktes som kostnadsbesparende.

En del av en nasjonal plan kan være å sørge for en bedre forvaltning av tilgjengelige ressurser. Anslagsvis 30% av krefttilfeller kan unngås ved preventive tiltak, og ytterligere 30% kan anses som kurable ved tidlig diagnostikk¹⁴. Å implementere og/eller styrke områdene prevensjon og tidlig diagnostikk på nasjonal nivå, er absolutt kostnadsbesparende tiltak. Å fremme pasient-pathways og sette relevante tidsfrister forbedrer ikke kun overlevelsesrater, men forminsker også forbruk av dobbeldiagnostikk. For å unngå ventetider krever dette tilstrekkelige diagnostiske kapasiteter. Moderne skreddersyd systemisk kreftbehandling er avhengig av molekylærpatologiske undersøkelser. Den skotske plan vier et eget kapittel til dette. Det forventes ytterligere høykostnadsmedikamenter i nær fremtid, deres indikasjon (og lisensiering) vil avhenge av molekylærgenetiske undersøkelser. Individualisert tarmkreftbehandling, etter for eksempel KRAS-test, er kostnadsbesparende.

Hvorvidt ytterlig bruk av innovativ og kostbar behandling vil utnynte seg i en kostnadsbesparelse, er dog på det nåværende tidspunkt noe mer usikkert¹. Den belgiske planen ønsker eksplisitt stillingstagen til innføringen av Protonterapi. Prislappen settes her for etableringen på rundt 100 mill €, pris per pasient kan sammenlignes med dyr kjemoterapi. Det kostnadsbesparende element ses i den

antatte terapisuksessen, altså at færre pasienter opplever (kostnadsintensive) tilbakefall.

Kostnader kan reduseres, enten ved å gi et mindre tilbud, eller ved å gi et “billigere” tilbud. Et kvantitativt mindre tilbud behøver ikke å være mindre med tanke på den medisinske relevans: Overforbruk av scanning og kontroller er en unødig kostnadsdriver. Det er for eksempel ingen enighet vedrørende indisert kontrollintervaller for brystkreft pasienter. Som fremstilt i kreftplanene er det heller ikke her enighet vedrørende screeningsintervaller (eller indikasjon) for bestemte kreftformer. Ikke minst grunnet europeiske refusjonsordninger (forsikringsordninger), men også grunnet juridiske aspekter (pasientklager), kan det være enklere for helsevesenet å tilby en behandling enn å la være. En ikke ubetydelig andel av kjemoterapi gis i de siste 2 livsukene. Både medisinsk gevinst og forbedringen av pasientens livskvalitet kan betviles. I en underrapport til arbeidsdokumentet for den tyske kreftplan, settes det som mål å redusere denne andelen til <10% av all gitt kjemoterapi⁴².

En sterkere involvering av 1. linje-service er anbefalt i flere planer. Akkreditering av for eksempel almenpraktikere med tanke på tidlig diagnostikk og administrativ utdanning av spesialister, ikke minst for å fremme tidlig tilbakehenvisning av pasienter til 1.linje⁴, vil også kunne forventes å bidra til kostnadsbesparelser. Oppgavedelegering mellom forskjellige yrkesgrupper, såkalt “jobbglidning”, kan likeledes ses på som et kostnadsbesparende verktøy¹⁷.

Et gjennomgående krav, er å forenkle administrasjonsarbeidet ved studier. Ikke minst krever studieadministrasjon en god del personaleressurser, men medfører også forsinkelser av studieresultater, som igjen kan forsinke relevante behandlingsendringer. Angående kostbare nye medikamenter, er den industrielle interesse for head-to-head studier begrenset, noe som således det offentlige bør påta seg¹. Det kan vise seg at “dagens behandlingsstandard “ verken er den billigste eller beste, men likevel evidence based .

Selve prissettingen av medikamenter kan også influeres av myndighetene eller helseforsikringsselskap: Ved cost-sharing-kontrakter refunderes et fast ex-ante beløp til produsenten for medikamentbruk for et definert pasientkollektiv. Såfremt

kontrakten inkluderer en mulig off-label bruk, vil refusjonsmyndighetene beholde kostnadskontroll.

Ved risk-sharing, garanterer produsenten en bestemt terapisuksess. Såfremt dette ikke oppnåes, refunderer produsenten beløpet, eventuelt differensen til prisen for standardbehandlingen.

Ved tilstrekkelig markedsrett, kan refusjonsinstansene forhandle seg til betydelige rabatter fra produsentene. Det tyske marked er det 3.største medikamentmarked på verdensplan. Således forventes det at farmaindustrien går med på prisnedsettelse.

Ved nyintroduksjon av medikamenter kan det antas at industrien er inneforstått i verdien av å være tilstede i dette markedet. Dette til tross for at det tyske markedet er relevant for prisettingen i det øvrige Europa⁴².

“Willingness to pay”: At pasientene betaler for behandlingen ut av egen lomme, kan anses som en kostnadsbesparende foranstaltning for samfunnet. Ved innskrenket eller manglende forsikringdekning, vil det kunne antas at bruk av dyre og nye medikamenter forringes, spesielt såfremt det foreligger en billigere standardbehandling med akseptabel terapeutisk effekt.

6.4. Pasientmobilitet

Økt pasientmobilitet er en opplagt mulighet for å utjevne ulikheter, og for å forbedre utnyttelse av tilgjengelige ressurser.

Ubiquitær tilgang til relevant informasjon i de høyt utviklede nasjoner, og ofte overkommelige avstander mellom enkelte institusjoner, land og kontinenter, bidrar til økt pasientmobilitet. Innen EU er fri flyt av arbeidstagere et vesentlig element.

Pasientmobilitet er en naturlig følge, og fremmes likeledes⁴³. Forskjellige refusjonssystemer medfører noen begrensinger, som også kan begrunnes med de respektive pasientrettighetslovene. Reell behandlingslikhet med tanke på geografiske valg i Europa, må altså anses som begrenset.

Pasientmobilitet defineres som mobilitet mellom helseinstitusjoner, både angående diagnostiske og terapeutiske prosedyrer. Pasientmobilitet fremmes av en del faktorer :

-vedvarende assymetri mellom institusjoner eller mellom nasjonale tilbud, både angående kapasitet og kompetanse.

-overkommelig geografisk avstand mellom institusjoner.

-økonomiske fordeler, både for pasienten og institusjoner.

-enkelt tilgjengelig informasjon vedrørende bestående muligheter for mobilitet.

Pasienter viser dog i utgangspunkt sterk preferanse for sine lokale helsetilbud⁴⁴.

Dette innebærer også at pasientene opplever sine lokale helsetilbud like bra som andre steder^{13,44}.

Det kan skilles mellom nasjonal mobilitet og transnasjonal (“cross-border”) mobilitet.

6.4.1. Intranasjonale mobilitet innebærer all pasientflyt fra pasientens lokale sykehus/helsetilbud. Dette kan være valg av en institusjon på samme behandlingsnivå eller på forskjellig behandlingsnivå. Et mål for alle nasjonale kreftstrategier, er å sikre tilgang til behandling av høy kvalitet. Ikke minst innenfor det terapeutiske området, innebærer dette etablering av nasjonale standarder og guidelines. Det er en ambisjon at disse minst skal kunne matche internasjonale standarder, som er publisert fra de ledende europeiske eller nordamerikanske vitenskapelige selskaper (for eksempel European Society of Medical Oncology (ESMO), American Society of Clinical Oncology (ASCO)). Tilgangen til behandlingen skal være lik for alle innbyggere, uavhengig av individuelle faktorer. Geografiske forskjeller forsøkes kompensert via organiseringen av helsevesenet, som for eksempel inndelingen i lokale, regionale og nasjonale sentra og definerte pasientforløp, som er medisinsk begrunnet.

Behandlingen, som kan foregår lokalt, skal administreres lokalt, pasienter, som har behov for et mer spesialisert tilbud, skal kunne viderehenvises til regionale og nasjonale sentra. Dette for å sikre riktig kompetanse på riktig nivå og kan innebære planlagt mobilitet til mer spesialiserte og sentraliserte institusjoner. Formålet er en best mulig utnyttelse av tilgjengelige ressurser. For å imøtekomme pasientenes autonomi, og for å minimere kødannelse, er det innført visse valgmuligheter for pasienter i noen land, i Norge med for eksempel ”Fritt sykehusvalg”.

6.4.2. Transnasjonal mobilitet: Innen EU er disse mål hevet til et transnasjonalt nivå. Den politiske intensjonen er å gi alle EU-borgere lik tilgang til tilgjengelige goder og muligheter.

Innføring av det europeiske fellesmarked innebærer fri flyt av varer, arbeide, tjenester og kapital. Tiltagende integrering av sosial- og helsepolitiske føringer har vært en naturlig del av fellesmarkedet. Frem til 1998 var tilgangen til helsehjelp kun regulert for “utenlandske arbeidstakere”⁴⁵. Tilgang til akutt helsehjelp i andre EU-land var regulert via E 111-skjemaet. Per idag er det innført et europeisk “health insurance card”, E 112. E 112 gir også tilgang til refusjon for elektiv helsehjelp, såfremt det er a priori autorisert fra ens hjemland. Det skilles mellom non-hospital og hospital behandling:

Non-hospital behandling:

Uten a priori autorisasjon: Pasienten betaler selv og kan søke erstatning derhjemme.

Pasienten betaler den eventuelle differansen selv.

I tilfelle autorisasjon mottar pasienten full refusjon (gjelder dog ikke Sveits).

Hospital treatment: Ved autorisasjon mottar pasienten full refusjon. Eventuelt må pasienten betale deler av behandlingen selv, og så bli refundert senere (unntatt Sveits).

I 2004 åpnet EUs Supreme Administrative Court for at pasienter uansett skal kunne søke seg til behandling i andre EU/EØS land. Pasienten betaler da regningen selv, og søker etterfølgende refusjon i sitt hjemland. Januar 2011 godkjente EU-parlamentet et nytt direktiv vedrørende patienters rettigheter innen cross border health care:

Poliklinisk behandling i andre EU-land refunderes, *såfremt* det eksisterer et *likt* tilbud hjemme. For sykehusbehandling kreves det fortsatt en a priori godkjennelse.

Godkjennelse kan da *nektes* såfremt det foreligger et *likeverdig* innenrikstilbud, samt at pasienten vil kunne påbegynne denne behandlingen innen rimelig tid.

“Fritt sykehusvalg” i Europa har altså fortsatt noen begrensninger.

I tillegg fastsetter direktivet at medikamenter som er godkjent i et medlemsland må gjøres tilgjengelig i alle land for de pasienter som har fått denne på resept.

Direktivet må inkorporeres i nasjonal lovgivning i løpet av 2013 i alle medlemsland⁴⁴.

Transnasjonal mobiltet fokuserer altså på “cross border”- mobilitet, og møter en del andre utfordringer enn nasjonal mobiltet: - finansiering, - pasientinformasjon, - språkbarrièrer, - juridiske implikasjoner, - familiære hensynstagner⁴⁴.

7. Konklusjon

Nå-tilstanden vedrørende kreftbyrden beskrives i alle de betraktete nasjonale kreftplanene nokså detaljert. Alle planene gjennomgår nasjonale epidemiologiske tall, og henviser til en betydelig aksentuering av den fremtidige belastning kreftsykdommer kommer til å konfrontere samfunnet med.

7.1. Kvalitet

Det er fellesmål, og den opplagte hensikt for å overhodet generere slike planer, å redusere kreftsykdommens belastninger på samfunnet. Hvordan “alle” i en internasjonal sammenheng skal kunne produsere resultater som ligger “i toppen”, besvares forståelig nok ikke av en nasjonal strategi. Målet må anses for nokså ambisiøs, kanskje heller uoppnåelig, spesielt hvis en retter oppmerksomheten på forholdsvis lange løpetider, som noen planer har. Det må dog sies at planene nok ikke kan betraktes som “5-year-soviet style”, men har innebygde evalueringsintervaller. Også disse er svært variable. Månedlige rapporteringsintervaller finnes i den new zealandske planen, mens Nordirlands plan krever evaluering innen 3 år, den danske planen anbefaler ikke å vente “flere år”.

Det er betydelige forskjeller om og hvordan eventuell måloppnåelse skal måles. Den danske planen introduserer bevisst ingen målbare indikatorer, andre planer presenterer indikatorer, deadlines og ansvarlig stakeholder for hvert eneste tiltak.

7.2. Lik tilgang

“Lik tilgang” til helsegodene er et eksplisitt mål i de fleste planer, i noen tilfeller heller formulert som et mål om å “forminske ulikheter”. “Rettferdig tilgang” kreves kun fra new zealandsk hold, mens man som anført ved den irske planen innrømmer ubikvitære ulikheter mellom individers helsestatus. Både WHO’s og EUs guidelines krever at tiltakene skal kunne nyttiggjøres av flest mulig innbyggere innen de spesifikke økonomiske (nasjonale) rammer. Sistnevnte dreier fokuset mer mot effisiens, enn utelukkende på effektivitet. Det kan antas at i en situasjon preget av begrensede ressurser, vil en slik tilnærming kunne gå både på bekostning av “lik” og “rettferdig tilgang”, mens en maksimerer fordelene for det berørte samfunn. Den hollandske planen sammenligner utgiftene for forskjellige pasientkategorier (kardiovaskulær sykdom versus kreft), mens man ved den belgiske planen sammenligner økonomiske implikasjoner for to forskjellige kreftbehandlingsmodaliteter (protonterapi versus kjemoterapi). Relevant prioritering krever politiske beslutninger.

7.3. Intervensjoner

Pasientens (eller kreftsykdommens) forløp preger kapitlene, som strukturerer planlagte intervensjoner. Det er selvsagt store likhetstrekk i hvordan man i den 1.verden, og spesielt i det nord-vestlige Europa, mener å best kunne håndtere utfordringer relatert til den voksende kreftbyrden. Noen planer introduserer dog spesielle egne kapitler, uten at en kan se at disse tilsvarer et spesifikt nasjonalt problemfelt (for eksempel psykoonkologi i den sveitsiske planen).

Støttefunksjonene er essensielle for moderne kreftbehandling. Vekstratene for røntgenundersøkelser er formidabel. Patologiservicen kommer til å være enda mer sentral i fremtidig kreftbehandling. Den skotske planen setter spesifikt molekylærpatologi i forgrunnen. Diagnostiske flaskehalsen kan være avgjørende i utredningsforsinkelser for alle pasienter. Konsekvensene for kreftpasienter kan være fatale. Suboptimal outcome grunnet flaskehalsen er også en konsekvens av manglende produktivitet og tilfredshet hos helsearbeiderne.

Ved forskjellig fokus på teknologisk opprustning, vil ulikheter, både nasjonalt og internasjonalt aksentueres. Tidsfrister i pasientforløpene er nokså avhengige av at den underliggende struktur er tilstrekkelig normert for å kunne håndtere oppgaven.

7.4. Evidensbasert behandlingstilbud

7.4.1. Komplementær behandling

Tre av de betraktede åtte planer ser komplementær terapi som en del av moderne kreftbehandling. Dette til tross for det overordnede krav til evidence based behandling forøvrig, og er kun i den new zealandske sammenheng begrunnet i en kulturell minoritetsforståelse. Kostnadsbesparende aspekter er velkjent i placebosammenheng, men kan også forventes i forbindelse med konsekvent terapinekt. Økonomien nevnes ikke i denne sammenheng, men “høykvalitets” informasjon (New Zealand) og interne guidelines (Danmark) pålegges det skolemedisinske apparat. I Danmark regner man med at det er en tredjedel av kreftpasientene som bruker alternative terapikonsepter⁴⁶, slik at omkostninger for å inkorporere overnevnte krav ikke behøver å være ubetydelige.

7.4.2. Guidelines

Økende medikamentutgifter for kreftbehandling medfører tiltagende bekymring. Det er i denne sammenheng tidligere anført en rekke kostnadsbesparende tiltak. Innføring av nasjonale guidelines vil bidra til å utjevne intranasjonale ulikheter. Samtidig kan det tenkes at nasjonale guidelines bidrar til at behandlingsnivået økes, og at behandlingsstandarden er evidence based. Ansvarsforholdene for fortløpende oppdatering bør være avklart. Såfremt “best possible care” er målet, bør de respektive vitenskapelige selskaper stå for eierskapet. En administrativ tung prosess fører til forsinkelser i den faglige oppdatering, med innlysende konsekvenser for “best possible care”. Med unntak av Sveits, ønsker alle de betraktete nasjoner å innføre eller videreutvikle nasjonale handlingsprogrammer, noe som medfører et ikke ubetydelig dobbeltarbeid. I den sveitsiske planen, konstateres det at landets størrelse ikke er tilstrekkelig til å kunne forsvare en slik innsats. I forarbeidet til den østerrikske kreftplanen, presiseres det at omkostninger for etablering av en nasjonal kreftstrategi er ukjent. I Sveits ønsker man heller å overta og eventuelt justere, eksisterende, og til enhver tidspunkt oppdaterte, internasjonale behandlingsguidelines. Samtidig skal det innføres en “over the border view”, for å kunne følge med utviklingen i andre land. En kan anta at refusjonsinstansene vil miste en del kostnadskontroll ved denne fremgangsmåten. Fra blant annet pasientenes synsvinkel, virker tilnærmingen

fordelaktig. Såfremt flere nasjoner følger dette eksempelet, vil ulikheter i internasjonale behandlingstilbud naturligvis forminskes.

Formålet ved innføringen av guidelines er å standardisere prosesser. I en terapeutisk situasjon kan dette også anses som ufordelaktig, idet utøvelsen av “legekunsten” begrenses, selvom det er tale om retningslinjer. Ved samtidig begrensning av “off-label” medikamentbruk, vil terapiopsjoner ytterlig innskrenkes, noe som vil ramme spesielt “små diagnoser”. Produsenten fritas fra en del av sitt juridiske produktansvar ved “off-label” bruk⁴⁷.

Ved tilstrekkelig markedsmakt, vil refusjonsinstanser kunne forhandle seg til bedre rabattordninger gjennom forhandlinger med legemiddelindustrien. Det er ikke åpenbart at fragmenterte forhold i Europa medfører en slik forhandlingssituasjon i enhver nasjon. Nasjonale fragmenterte refusjonsordninger bidrar heller ikke til en styrket forhandlingsposisjon for refusjonsinstansene: I Norge finansieres kreftlegemidler enten via Folketrygden eller sykehusbudsjettene. Det er dog kun legemidler som finansieres over sistnevntes budsjett, som kan legges på anbud og forhandles rabatter for. Noe som ikke er tilfelle ved “individuell refusjon” over Folketrygden⁴⁸.

7.4.3. Forskning

Det er “randomised controlled trials” (RCTer) som danner grunnlaget for evidence based terapi innen kreftomsorgen. Studiepopulasjonen er selektert. Det betraktes heller den medisinske effekt av en intervensjon (“efficacy”), enn den terapeutiske verdi (effektivitet) i klinikken. Det stilles spørsmål hvorvidt resultatene kan overføres til den daglige terapeutiske situasjon. Forskningen som betrakter legemidlernes relevans i den kliniske hverdag etterlyses i flere planer, i form av komparative fase IV effektstudier⁴². Å initiere Head-to-head-studier kan være av liten interesse for legemiddelindustrien. Ved disfavorable resultater, kan konsekvensene være nokså risikable for produsenten. Det er dog ikke sikkert at alle “evidence based” terapivalg medfører det beste terapeutiske outcome med en favorabel risiko/nytte-profil i den kliniske situasjon⁴².

Forskningen som beskjeftiger seg med den faktiske tilgang til helsegodene (Versorgungsforschung) etterlyses spesifikt i den sveitsiske planen. På det nåværende tidspunkt anses slik vitengenerering angående eventuelle over-, under- eller

feildimensjonerings og reproduserbarhet av studieresultater, i hvertfall i Sveits, i den kliniske hverdag nærmest fraværende.

Et annet krav, er øket innsats innen translasjonsforskningen. Uten sikkert potensiale for klinisk anvendelse, kan det også her være tiltagende vanskelig å finne investorer³.

Det er legemiddelindustrien som står for utviklingen av de fleste nye legemidler, og en betydelig del av den relaterte forskningsinnsatsen. Innenfor kreftlegemidler, observeres det en tiltagende trend bort fra “blockbusters” til flere nisjepregete medikamenter⁴⁹. Tiltagende bruk av prediktive markører innen “personalised medicine”, vil selvsagt minske populasjonsgrunnlagene for RCTer (fase III-studier). Såfremt legemidlet skal kunne tas i klinisk bruk i et overskuelig tidsperspektiv, vil dokumentasjon for noen medikamenter kun bero på fase II-studier. Dette gjelder spesielt for “orphan cancers” og pediatriske kreftformer, med i utgangspunkt begrensede insidenstall³. Nasjonale behandlingsguidelines kan være rigide og foreldet. Begrenset bruk av off-label medikamenter som kostnadsbesparende tiltak, vil minske inntjeningsmulighetene for industrien. Forskningsinnsatsen omkring medikamentenes kliniske relevans, spesielt etter lanseringen, vil ikke øke industriens risikovilje for å utvikle nye produkter.

Tiltagende byråkratisering har forlenget tidsperioden fra oppdagelse til lansering av et nytt medikament fra 8 år i 1960 til 12-15 år i 2002. Toksitsitetsrelatert mortalitet i fase I-studier falt fra 0,8% i 1979 til 0,5% i 2002. Kostnader per vunnet leveår tallfestes til 2.700.000 US\$, og må anses som lite kostnadseffisient. Forsinket markedsinnføring av nye medikamenter kan derimot bety flere 10.000 eller 100.000 tapte leveår for pasienter uten alternative behandlingstilbud³.

Halveringen av aksjeverdien av de 10 ledende legemiddelprodusenter over de siste 10 år, kan interpreteres som et tegn på en mindre robust og mindre inntjeningsterk industri. Det skal i denne sammenheng ikke ignoreres at ovennevnte tiltak vil kunne bidra til mindre innovasjon vedrørende utvikling av nye kreftlegemidler. En vil således forvente en lavere kostnadsvekst, men neppe “best possible care”.

Innovasjon er også et samfunns gode¹.

7.5. Pasientvolum og pasientmobilitet

Som bekjent er befolkningsgrunnet i europeiske stater svært forskjellig. For de betraktete NCCPer varierer landets størrelse mellom 1,8 mill til 16,7 mill innbyggere. Kvaliteten for medisinsk behandling er avhengig av et tilstrekkelig antall pasienter med samme diagnose. Dette gjelder ikke kun for kirurgiske prosedyrer, men også medisinsk behandling. Et tilstrekkelig antall pasienter vil øke presisjonen i det terapeutiske valg. Implementeringen av retningslinjer kan ved manglende “terapeutisk sikkerhet” være kontraproduktiv. Variasjoner i det individuelle sykdomsbilde, kan kreve variasjoner i den terapeutiske tilnærming for å oppnå maksimale behandlingsresultater. Riktig nok er retningslinjene kun retningsgivende, men kan likevel også skape falsk trygghet. Retningslinjene er heller designet til å forhindre det verste, men ikke nødvendigvis til å fremme det beste.

Det er bemerkelsesverdig at for de betraktete NCCPer, er det anbefalte befolkningsgrunnlag for noen regionale nettverk over dobbelt så stort enn for andre. Nettverksbygging og regionale sentra øker “terapeutisk sikkerhet”, men det mangler kunnskap omkring relevant onkologisk case load.

På internasjonal nivå ser vi samme diskrepans: Nasjonale kreftplaner eksisterer for befolkninger hvis størrelse varierer med en faktor >10. Forskjellige nasjonale tyngdepunkter medfører som konsekvens neppe lik tilgang til samme helsegoder. Det forventes i tillegg en god del dobbeltarbeid, og ved manglende over the border view, kan dobbel fasilitering likeledes være en konsekvens. Vedrørende guidelines, er som anført den sveitsiske planen åpenhertig nok til å forsake “nasjonale guidelines” til fordel for etablerte internasjonale retningslinjer. Som likeledes anført er befolkningsgrunnet i Sveits ikke det minste i en europeisk sammenheng. Skaleringssulemper påpekes også i forskningssammenheng. For Norge påpeker Statens Helsedirektorats strategipapir vedrørende “Klinisk forskning som behandlingstilbud”⁵⁰ mangel på infrastruktur for internasjonalt samarbeid. Aktuelt har Helse- og Omsorgsdepartementet valgt å starte en egen fase IV-studie angående behandling med et svært kostbart legemiddel for malignt melanom. Fagmiljøet etterlyser dog heller deltakelse på en allerede etablert internasjonal studie med større pasientgrunnlag og således antatt høyere relevans hva angår vitengenerering⁵¹.

Pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften skal sikre “lik tilgang til likeverdige tjenester”. Det gis “rett til nødvendig helsehjelp”, noe som ikke inkluderer studiedeltakelse. På nasjonalt plan antas det at rundt 10% av kreftpasientene i Norge inkluderes i studier. Tatt i betraktning at pasienter profiterer fra studiedeltakelse, etterlyses det lik tilgang til studiedeltakelse. Mulighet for behandling i utland, forutsetter at det ikke finnes et lignende tilbud i Norge, noe som heller ikke gjelder studieinkludering⁵⁰.

Til tross for betydelige størrelsesforskjeller mellom de enkelte nasjoner, er ikke pasientmobilitet noe som vurderes nærmere i noen av de betraktede NCCPer. Ved et overordnet mål om lik behandling innen tilgjengelige ressurser, er behandlingen “over the border” en opplagt mulighet.

Hva angår planlegging av kostnadsintensive terapimuligheter, som for eksempel Protonterapi, kan transnasjonal koordinasjon etter undertegnendes mening være svært fordelaktig. I Norge utredes det for tiden muligheten for å etablere et slikt Protonterapisenter i Bergen.

EU-lovgivning omkring sosiale goder vil også i fremtiden forfølge en strategi for å utligne forskjeller i Europa. Direktivet om tilgjengelighet av medikamenter, hvor medikamenter reseptert i et medlemsland også skal være tilgjengelig i andre medlemsland, implementeres innen utgangen av 2013. Den forventete deterritorisasjon etter European Court of Justice sine avgjørelser i (spesielt Kohll/Decker(1998)⁵², er dog uteblitt. Ikke minst på grunn av de nasjonale organiseringene har refusjonsmekanismer sålangt ikke bidratt til en økning av pasientmobiliteten⁴⁴. Muligheten for å tegne private helseforsikringer som gjelder i hele Europa eller verden, vil til gjengjeld øke mobiliteten. En slik tilnærming vil til gjengjeld ikke øke lik tilgang til helsegodene, heller føre til et klassesdelt helsevesen. Såfremt alle NCCPer lykkes med å bidra til nasjonale helsevesen som tilbyr “best mulig” kreftbehandling, vil slike forsikringsordninger dog være av mindre relevans.

7.6. Finansiering

Intervensjoner i et plan har en større gjennomslagskraft, såfremt finansieringen er avklart. Finansieringens kilder, størrelser og allokering er ingen uvanlige aspekter i hvilken som helst plan. Det er derfor bemerkelsesverdig at det er kun 4 av 19 europeiske, og av de betraktete, kun en (Belgia) av 8 planer, som budsjetterer for sine tiltak. I sammenligningen av UKs planer understrekes det at man i Nordirland, 3 år etter programmets publisering, ikke er kommet i gang med sitt screening program grunnet manglende finansiering. Øvrige planer varierer ikke kun i noen av sine spesifikke, og her delvis anførte mål og hensikter, men også finansieringen er noe uklar. Således utgjør manglende budsjettering en ytterlig og ukjent faktor som kan bidra til aksentuerte, ikke minst internasjonale, ulikheter. I mangel av en prioritert rekkefølge av eventuelle tiltak må en anta at hele planens samfunnsnytte (effisiens) svekkes.

7.7. Oppsummerende kommentar

Utover beskrivelsen av nåsituasjonen, gjennomgang av faglig relevante områder og de svært overordnede mål, velger alle presenterte planer nokså forskjellige tilnærminger. Dette gjelder både den strukturelle utforming, varierende presisjon av de beskrevne tiltakene og kvalitetsparametre. Utover den belgiske planen er finansieringen et svært underordnet tema. Likhetsaspektet behandles på nasjonalt nivå nærmest uavhengig av nasjonens respektive størrelse. Utligning av internasjonale ulikheter tilstrebes, idet alle skal levere et kreftbehandlingstilbud på "høyeste nivå".

Ved manglende presisjon i utforming, og en heller overordnet visjonær tilnærming, vil en kunne forvente at det heller er tale om en "strategi" enn en "plan". Det er kun dokumentet fra Irland som kaller seg for en nasjonal strategi, de øvrige dokumenter er titulert "plan", "aktionsplan" eller "kreftprogram". Den irlandske strategi byr allikevel på 19 målbare, om enn noe overordnede, indikatorer. Forventningene til planbegrepet, som presentert i problemstillingen og gjennomgått her, innfris således i nokså varierende grad.

8. Utsyn

WHO's helsedefinisjon er nokså ambisiøs: "Helse er ikke bare frihet fra sykdom og lyte, men fullstendig legemlig, psykisk og sosialt velvære"⁵³. Det er således mangfoldige tiltak, utover et velfungerende helsevesen, som kan bidra til helse i denne forstand. Hvilke prioriteringer et samfunn velger, kan således variere betydelig. Helse i vanlig forstand behøver ikke å stå øverst i et slik hierarki. Et minimum av helse kan dog anses som forutsetning for å kunne nyttiggjøre seg andre aspekter av definisjonen. Fra politisk hold kan det forventes både overordnede og subordinerte strategier. Innen helsesektoren bør disse inneholde både kort- og langsiktige mål. Medisinske fremskritt krever at vi forstår sykdommers grunnleggende mekanismer. I denne hensikt er vaksinasjoner som bekjent et innlysende eksempel, hvor fortløpende investeringer har ført til en svært kostnadseffektiv (forebyggende) behandling, Vaksinasjonseffekten kan på samfunnsplan enkelt defineres som et helseminimum. Også innen kreftområdet kan det påstås at vi har såvidt begynt å forstå grunnleggende mekanismer, og ytterlige resultater kan være del av en langsiktig strategi. De i denne oppgaven behandlede dokumenter kaller seg i hovedsak for "Nasjonale kreftplaner". Utformingen er nokså variert og de fleste bør vel heller kalles for kortsiktige strategier. Det er kun ett dokument som fremlegger et helt budsjett. Et sentralt terapeutisk og kostnadsintensiv element, som radioterapi behandles stemoderlig. Rettferdighetsprinsippet og innfrielse av pasientforventninger er fraværende som mål i samtlige planer. Forbedring av behandlingskvaliteten er et felles mål, men bruk av indikatorer er, kanskje med rette, ikke enhetlig. Likhetsfremmende tiltak fokuserer på intranasjonale forhold. De nasjoner med en mulig mindre privilegert minoritet fokuserer mest på likhetsaspektet, selvom en kausal tilnærming kan nok ikke håndteres i et helseprogram. Betydelige transnasjonale ulikheter kan forventes møtt ved ytterlig deterritorialiserende EU-lovgivning, men også ved pasientenes tiltagende valg av helseforsikringer som tilbyr cross border behandling. Denne problemstillingen er nærmest fraværende i NCCPene. Det er sjeldent at en nasjon tilfeldigvis har den riktige størrelse for å håndtere de oppgaver den er forventet til å løse. Planene er nok allikevel et nyttig verktøy, men ambisjonsnivå på nasjonalt og internasjonalt vegne, bør kanskje medføre et mer koordinert rammeforamt. Det er kanskje bedre å ha en dårlig plan med gode intensjoner enn ingen plan. En overordnet

kreftstrategi som rommer et kontinuum av forbedringsarbeid, bør etter undertegnede mening ikke avskrives som en minst likeverdig fremgangsmåte.

9. Litteraturliste

- 1) Delivering affordable cancer care in high-income countries, Sullivan, R. et al; Lancet Oncol 2011; 12: 933-80, <http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lanonc/PIIS1470204511701413.pdf>
- 2) http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases
- 3) NCCP Sveits: Nationales Krebsprogramm für die Schweiz 2011-2015, http://www.oncosuisse.ch/file/oncosuisse/nkp/2011-2015/vollversion/NKP_Vollversion_d.pdf
- 4) Nasjonal strategi for kreftomsorgen 2006-2009, www.regjeringen.no
- 5) NCCP Irland: A Strategy for Cancer Control in Ireland, http://www.epaac.eu/from_heidi_wiki/Ireland_Strategy_for_Cancer_Control_English.pdf
- 6) Specialerapport for klinisk onkologi, www.DSKO.dk /rapporter
- 7) Samordningsprosjekt Helse Øst og Helse Sør, Stråleterapi, Rapport fra arbeidsgruppen, 19.12.2005
- 8) NCCP Nederland: National Cancer Control Programme, http://www.epaac.eu/from_heidi_wiki/Netherlands_National_Cancer_Control_Programme_English.pdf
- 9) Infrastructure of radiotherapy in The Netherlands, Slotman, B; Leer, J., Radiother Oncol, 2003 Mar; 66(3), 345-49
- 10) <http://www.who.int/cancer/nccp/en/>
- 11) <http://www.epaac.eu/national-cancer-plans>
- 12) <http://www.who.int/cancer/prevention/en/>
- 13) NCCP Skotland: Better Cancer Care, an Action Plan, <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/242498/0067458.pdf>
- 14) Analysis of National Cancer Control Programmes in Europe, Atun, R., Ogawa, T., Martin-Moreno, J.M., Imperial College London Business School 2009, <http://spiral.imperial.ac.uk/bitstream/10044/1/4204/1/Cancer%20Control%20vf2.pdf>
- 15) <http://helsedirektoratet.no/Om/hoyringar/Sider/nasjonal-kreftstrategi.aspx>
- 16) NCCP Belgia: National Cancer Plan: http://www.epaac.eu/from_heidi_wiki/Belgium_National_Cancer_Plan_2008-2010_English.pdf
- 17) NCCP Danmark: Cancer Action Plan II, http://www.epaac.eu/from_heidi_wiki/Denmark_National_Cancer_Plan_II_English.pdf

- 18) Aftaler om Finansloven for 2011, November 2010: Aftale om kræftplan III, http://www.epaac.eu/from_heidi_wiki/Denmark_National_Cancer_Plan_III_Danish.pdf
- 19) <http://www.health.govt.nz/our-work/populations/maori-health/maori-health-models>
- 20) NCCP New Zealand: The New Zealand Cancer Control Strategy, Action Plan 2005-2010, <http://www.southerncancernetwork.org.nz/file/fileid/29602>
- 21) NCCP Nordirland: Regional Cancer Framework, A Cancer Control Programme for Northern Ireland, http://www.dhsspsni.gov.uk/eeu_cancer_control_programme_eqia.pdf
- 22) <http://www.skane.se/sv/Webbplatser/tumorregistret/Patientprocessarbete/Testikelcancer/SWENOTECA-gruppen/>
- 23) <http://www.who.int/hia/about/glos/en/index1.html>
- 24) Lecture Prof Martin Buijsen, Erasmus University Rotterdam, 24.3.2009
- 25) http://europa.eu/rapid/press-release_MEMO-13-54_en.htm?locale=en
- 26) Convention on human rights and biomedicine 1997 <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/164.htm>
- 27) http://www.aeqz.de/aeqz/kompendium_q-m-a/8-qualitaetskriterien-und-qualitaetsindikatoren
- 28) <http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/kvalitetsindikatorer/Sider/default.aspx>
- 29) Nationale Krebsprogramme im Vergleich, Gesundheit Österreich 2009, http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/5/3/9/CH1108/CMS1265975698071/20100323_kurzbericht_nationale_krebsprogramme_im_vergleich.pdf
- 30) <http://www.detini.gov.uk>
- 31) <http://www.scotland.gov.uk>
- 32) <http://helsedirektoratet.no/Om/hoyringar/Documents/Nasjonal%20kreftstrategi/Horingssvar%20-%20OsloCancerCluster.pdf>
- 33) <http://helsedirektoratet.no/Om/hoyringar/Documents/Nasjonal%20kreftstrategi/Horingssvar%20-%20Norsk%20onkologisk%20forening.pdf>
- 34) Improving cancer outcomes: An analysis of the implementation of the UK's cancer strategies 2006-2010, Cancer research UK, 2010, http://www.cancerresearchuk.org/prod_consump/groups/cr_common/@nre/@pol/documents/generalcontent/cr_048863.pdf

- 35) Radiotherapy capacity in European countries: an analysis of the Directory of Radiotherapy Centres database, Rosenblatt,E. et al., Lancet Oncol 2013; 14: e79-86, <http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lanonc/PIIS1470204512705569.pdf>
- 36) Norge risikerer et todelt helsevesen, Dagens Medisin 11/2009, <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/--norge-risikerer-et-todelt-helsevesen/>
- 37) Fokuset på kreftmedisin et paradoks, Dagens Medisin 9/2012, <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/-fokuset-pa-kreftmedisin-et-paradoks/>
- 38) Skandalen, de ville tie ihjel, Dagens Medicin 9/2007, <http://www.dagensmedicin.dk/nyheder/skandalen-de-ville-tie-ihjel/>
- 39) http://ec.europa.eu/health-eu/health_problems/cancer/index_en.htm
- 40) EURO CARE 4: Survival for eight major cancers and all cancers combined for European adults diagnosed in 1995-99: results of the EURO CARE-4 study, Berrino, F. et al.,Lancet Oncol 2007;8:773-783, <http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lanonc/PIIS1470204507702450.pdf>
- 41) Recent survival in Europe: a 2000-02 period analysis of EURO CARE-4 data, Verdecchia,A. et al, Lancet Oncol 2007;8:784-96, <http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lanonc/PIIS1470204507702462.pdf>
- 42) Sicherstellung einer effizienten Arzneimittelversorgung in der Onkologie, Glaeske,G. et al., Gutachten im Auftrag des BMG 2010, http://www.bmg.bund.de/fileadmin/redaktion/pdf_allgemein/Gutachten_Sicherstellung_einer_effizienten_Arzneimittelversorgung_in_der_Onkologie.pdf
- 43) EU directive 2011/24/EU, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:EN:PDF>
- 44) Patient mobility in the Nordic Countries, Volume and obstacles, Hem,K.-G., Kalseth,B., Wilson,A., report, SINTEF 2011, http://www.nordicinnovation.org/Global/_Publications/Reports/2011/2011_patientMobility_report.pdf
- 45) EU reg 1408/71, http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/social_protection/c10516_en.htm
- 46) <http://www.cancer.dk/Hjaelp+viden/hvis+du+har+kraeft/alternativ+behandling/det+vil+kraftens+bekaempelse/>

- 47) Policy for the use of Unlicensed Medicines and the “Off-label” use of Medicines, NHS 2011, <http://www.fifeadtc.scot.nhs.uk/Unlicensed/Policy%20on%20Unlicensed%20medicines.pdf>
- 48) Kan spare millioner på ny finansiering, Dagens Medisin, april 2013, 24-25
- 49) Ten trends transforming the business of oncology, Stewart, J., Naeymi-Rad, N., Oncology Business rev, Sept 2011, 24-28, http://scimega.com/downloads/articles-whitepapers/OncologyBusinessReview_Ten-Trends-Transforming-the-Business-of-Oncology_September2011.pdf
- 50) Klinisk kreftforskning- Klinisk forskning som behandlingstilbud, Shdir 2009, <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/klinisk-kreftforskning-klinisk-forskning-som-behandlingstilbud/Sider/default.aspx>
- 51) Ut mot Støres forskningsstudie, Dagens Medisin 4/2013, <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/ut-mot-stores-forskningsstudie/>
- 52) De-territorialization and De-structuring dynamics: The impact of ECJ patient mobility rulings on Germany, France and the UK, Obermaier, A., Paper for the ECPR conference, 2008
- 53) WHO, Definition of health, 1948, <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>