

**KREFTBEHANDLING:** Dagens hovedproblem er ikke manglende ressurser, men manglende strategiske føringer på hva som bør gjøres, skriver innsenderne.

ARKIVFOTO: BÅRD BØE

Vi står ved et veiskille

HELSEPRIORITERINGER

PER EYSTEIN LØNNING

Professor, Kreftavd. Haukeland Universitetssykehus

RAGNHILD LOTHE

Professor, K.G. Jebsen senter for tarmkreftforskning, Kreftklinikken, Oslo Universitetssykehus

OLA MYKLEBOST

Professor, leder av Norsk kreftgenomikk konsortium, Universitet i Bergen

Den dyreste kreftbehandlingen er ikke den som koster mest, men den som ikke virker.

DET ER BERETTIGET FOKUS på prisen på nye medisiner i kreftbehandlingen. Samtidig klages det på at det satses for lite på forskning i Norge. Fortvilte pasienter søker hjelp i utlandet, private aktører henviser til gentester, der verdien i beste fall er om diskutert. Norske kreftleger uttrykker bekymring for et todelt helsevesen, og helseministeren svarer med å opprette et eget ekspertpanel for at pasienter med uheldelig sykdom skal få en «second opinion».

DET KAN BLI UTFORDRENDE å opprette et ekspertpanel som skal vurdere om det finnes gode alternativer for alvorlig syke pasienter, som har fått beskjed av legen sin om at helbredelse ikke er mulig. Skal det i så fall gjelde kun for kliniske studier der man kan føre kunnskap tilbake til helsevesenet? Hvordan defineres kvalitetskravene? Hva med behandling med uklar kost/nytte som gis av kommersielle aktører uten et godt støtteapparat for pasientene?

Sporene skremmer.

FOR 20 ÅR SIDEN REISTE norske brystkreftpasienter til utlandet og fikk såkalt høydose kjemoterapi, en behandling beheftet

med svært så store bivirkninger og kostnader. Vår daværende helseminister godtok å dekke kostnadene til denne behandlingen basert på spinkel dokumentasjon. Til slutt viste det seg at behandlingen ikke ga noen bedret overlevelse for brystkreftpasientene. 15.000 kvinner i USA ble overbehandlet på feil grunnlag, og de som lever, har store bivirkninger.

Kan vi i dag tilby pasientene effektiv målrettet behandling på grunnlag av kreftsvulstenes molekylære egenskaper? Svaret er dessverre nei; vi har rett og slett ikke tilstrekkelig kunnskap om dette. Ennå.

VI HAR GODE EKSEMPLER på at gentestsvaret som etterfølges av en målrettet behandling virker godt. Kronisk myelogen leukemi kan i dag holdes i sjakk med medisinen glivec fordi man vet den molekylære årsaken til at denne kreftypen utvikles.

Men en behandling som virker på én kreftform, kan ikke anvendes ukritisk på andre kreftformer. Brystkreftpasienter med såkalt overuttrykk av HER2 gen (15-20 prosent av pasientene) kan helbredes med målrettet behandling rettet mot dette molekylet. Men vi vet i dag ikke om pasienter med andre kreftformer og aktivering av samme molekyl kan oppnå samme effekt.

FØFLEKKREFT MED MUTASJONER i BRAF-genet behandles målrettet. Men mutasjoner i BRAF som fører til effektiv behandling ved føflekkreft, vet vi gir ikke tilsvarende effekt ved tykktarmskreft. I tillegg er det som regel variabel effekt av en medisin mellom pasienter med samme sykdom.

I to franske studier der man så på mulighetene for å gi moderne målrettet behandling til brystkreftpasienter, og der man ikke hadde standardbehandling å tilby, hadde mindre enn fem prosent av pasientene noen dokumentert nytte av behandlingen.

DE NYE, BANEBRYTENDE immunterapiene viser god effekt i visse pasientgrupper, som føflekkreft, mens ved mange andre kreftformer virker de bare for noen få. Men også hos flertallet av pasienter med føflekkreft utvikler sykdommen seg videre, og vi vet ikke årsaken.

Ved tykktarmskreft har man en biomarkør som identifiserer pasienter med spredning, og som forventes å ha nytte av immunterapi. Men markøren finnes kun hos to til fire prosent av alle som har avansert sykdom. Bare mer forskning kan åpne for effektiv behandling for tilsvarende undergrupper innenfor de store kreftsykdommer.

Alle meningsmålinger gjengir et ufullstendig bilde av innbyggernes meninger.

GJENNOM VÅRT ARBEID som ledere av større forskningsgrupper innen feltet, og i ledelsen av Nasjonal kreftsatsning samt Norsk Kreftgenomikk-konsortium de siste fire-fem årene, har vi sett utviklingen mot det vi i dag står oppi komme. På konferanser, i avisinnlegg og i åpne debattmøter har vi prøvd å advare mot konsekvensene ved ikke å ta tak i problemstillingene.

Helsedepartementet har gjennomført flere utredninger. Foreløpig ligger rapportene der. Nå er det tiltak som gjelder.

ETTER VÅR OPPFATNING er løsningen å sørge for kliniske studier i Norge, der norske kreftleger i samarbeid med relevante laboratorie- og forskningsmiljøer tar tak i disse problemene. Gjennom å sette opp gode kliniske studier basert på biologisk kunnskap, med klare inntakskriterier, målsetning og presise resultatmålinger, vil man og definere kriterier for hvilke

behandlinger som er aktuelle for ulike pasientgrupper - inkludert enkeltpasienter. Dermed er det klart for pasient og behandler i forkant hva som kan tilbys og forventet nytteverdi. Dette vil sikre både tilgang på relevant informasjon og sikre best mulig behandling for alle pasienter.

ET SLIKT TILTAK VIL OGSÅ bidra til løpende faglig oppdatering av norske kreftbehandlingsmiljøer om den konkrete nytten av nyere behandlingsformer. Og ikke minst; gjennom slike studier, der man systematisk kartlegger de molekylærgenetiske forandringene i hver enkelt svulst og sammenholder dette med behandlingseffekter, vil vi få nøkkelen kunnskap som i neste omgang kommer nye pasienter til gode. For da vil man vil finne frem til hvilke egenskaper som forårsaker resistens eller følsomhet mot de ulike behandlingsformene. Vi har i Norge velorganiserte nasjonale faggrupper for de ulike kreftformene som kan stå for implementering av nye behandlingsmåter i norsk klinikk.

DET KAN ALLTID DISKUTERES hvor mye man skal bevilge til helse. Det er behov for mer. Men dagens hovedproblem er ikke manglende ressurser, men manglende strategiske føringer på hva som bør gjøres. Hovedproblemet er ikke at medikamentene vi snakker om for hver pasient er kostbare, men behandlingen blir kostbar veid opp mot nytteverdien fordi mange pasienter ikke har effekt av behandlingen som tilbys. Med andre ord: Den dyreste behandlingen er ikke den som koster mest men den som ikke virker.

I dag får helseforetakene overført mange hundre millioner kroner årlig til forskning som fordeles på ulike typer forskningsaktiviteter. Langt fra alt går til pasientrettet virksomhet. Samtidig som vi mener at myndighetene må på banen med ekstrabevilgninger for å få en reell satsing på moderne klinisk utprøving i Norge, kan man også se på hvordan dagens midler benyttes.

VI ER OVERBEVIST OM at økte investeringer vil være kostnadsbesparende. I tillegg spares pasienter for ineffektiv behandling med til dels betydelige komplikasjoner.