

# A VITEN HELSE

Nye og avanserte kreftbehandlinger er så dyre å bruke at det offentlige ofte ikke har råd. De med penger kjøper dem fra private klinikker.

## På vei mot en klassedelt kreftomsorg



**Ola Myklebost**  
professor,  
UiB, leder av  
Norsk Kreft-  
genomikk-  
konsortium



**Per Eystein Lønning**  
professor ved  
Haukeland,  
leder av  
Nasjonal  
Kreftsatsing



**Anne Lise Ryel**  
generalsekretær i Kreftforeningen



**Sigrid Bratlie Thoresen**  
Ph.D., senior-  
rådgiver  
Bioteknologi-  
rådet

**Tilliten til at det offentlige helsevesenet gir den beste kreftbehandlingen er truet.**

Antallet målrettede kreftmedisiner øker raskt. Som oftest er de svært kostbare, og i mange tilfeller er det bare et fåtall pasienter som får god effekt. Et offentlig helsevesen kan ikke ha økonomi til å ta alle bredt i bruk, og må sette grenser for kostnader i forhold til forventet nytte.

For pasientene er dette svært utilfredsstillende fordi alle ønsker å få sjansen til å prøve nye, lovende behandlinger.

Dette har ført til at de med god råd eller privat helseforsikring i økende grad kjøper slik behandling fra private aktører, og vi får et klassedelt helsevesen.

En slik utvikling vil undergrave en av de viktigste hjørnesteinene i den norske velferdsstaten; et likeverdig helsetilbud til alle.

**Persontilpasset er fremtiden**

Mer enn hver tredje nordmann blir rammet av kreft i løpet av livet, og forekomsten er økende. Samtidig får vi nye, målrettede behandlinger som angriper de spesifikke, biologiske mekanismene som driver hver enkelt kreftsvulst, som gjør at dødeligheten av mange krefttyper går ned. For eksempel kan medisiner som hemmer kreftspesifikke genmutasjoner gi svært god effekt, slik som Herceptin for noen typer brystkreft. Og at aktivering av kroppens immunceller gjennom immunterapi i flere tilfeller ser ut til å kunne kurere føflekkreft med spredning, en diagnose som tidligere i praksis var en dødsdom, er oppsiktsvekkende.

En rekke andre målrettede behandlinger er også under utvikling, fra kreftspesifikke antistoffer og medisiner som bremser spredning av kreftceller, til kreftvaksiner og genterapi. Vi aner bare konturene av omfanget som vil komme.

Det er bred politisk enighet om at slik persontilpasset kreftmedisin vil få stadig større betydning for hvordan vi håndterer kreftsykdom i fremtiden, og den er langsomt på vei inn i helsetjenesten.

Men for å kunne utnytte de nye behandlingsprinsippene optimalt er det nødvendig med et betydelig forskningsbasert kunnskapsløft og en koordinert nasjonal oppbygging av kompetanse og teknologi.

Når helse- og omsorgsdepartementet mener at dette må finansieres gjennom helseforetakene eksisterende budsjettammer, blir vi bekymret. Dersom man mener alvor med persontilpasset kreftmedisin, slik at det kan tilbys alle som trenger det på en kostnadseffektiv måte, kreves politisk vilje til satsing og nye, øremerkede midler.



**Mer enn hver tredje nordmann blir rammet av kreft i løpet av livet, og forekomsten er økende. Nye, målrettede behandlinger er på vei, men de krever en betydelig satsing.**  
FOTO: SHUTTERSTOCK/NTB SCANPIX

### Fakta

#### Nye og dyre behandlinger

Vi har fått en rekke nye, målrettede kreftbehandlinger der prisen fort blir i millionklassen for den enkelte pasient:

- ▶ **Immunterapi:** Dette er medikamenter (antistoffer) som aktiverer pasientens eget immunforsvar til å drepe kreftceller mer effektivt enn normalt. Medisinene har hatt god effekt for en del pasienter med føflekkreft, og i begrenset omfang også for enkelte andre typer kreft. Effekten, og dermed bruken, forventes å øke i fremtiden.
- ▶ **Genterapi:** Metoder for å gjøre genetiske endringer i celler blir stadig bedre, og det forventes at genterapi derfor vil gi mange nye muligheter for behandling av kreft fremover. Et eksempel på dette er CAR T-celleterapi, hvor man setter et gen inn i arvestoffet til pasientens immunceller (hentet fra en blodprøve). Genet gjør at immuncellene gjenkjenner og dreper kreftceller i blodet som leukemi og lymfom, når de gis tilbake til pasienten. Behandlingen har gitt svært gode resultater i kliniske studier, der mange pasienter med uheldelig kreft er blitt kurert. Behandlingen er også under utprøving på noen pasienter i Norge. Behandlingsprosessen er imidlertid omfattende, og derfor kostbar.
- ▶ **Kinasehemmere:** Veksten av mange kreftsvulster drives ofte av overaktive kinaser, molekyler som gir signaler til cellene om at de skal dele seg. Mange målrettede medikamenter som blokkerer disse signalene, såkalte kinasehemmere, er under utvikling.

#### En kostbar affære

Persontilpasset kreftmedisin kan forbedre pasientenes overlevelse og livskvalitet. Samtidig kan det være gunstig for helseøkonomien på sikt. Med økt kunnskap kan vi velge riktig medisin for hver pasient, og dermed gi nye, dyre behandlinger kun til de pasientene man forventer får nytte av dem. I tillegg vil sykehusoppholdene kunne bli færre og kortere. Slik kan vi utnytte ressursene i helsetjenesten bedre, og få større helsegevinst av de tilgjengelige midlene.

Men dette kan ikke oppnås uten betydelig og koordinert investering. Nye og bedre behandlinger får vi kun gjennom strategisk satsing på forskning, kompetansebygging og investering i teknologi og infrastruktur. Man må også i økende grad legge til rette for kliniske utprøvinger, som både vil gi ny og viktig kunnskap, og gi pasienter tilgang til ny behandling.



Legemiddelindustrien er avgjørende for utviklingen av person-tilpasset medisin. Men mange av de nye medisinene er svært dyre – prisen for et års behandling kommer fort opp i millionklassen for én pasient. Selv om dette i noen grad gjenspeiler stadig økende utviklingskostnadene er det meget høye fortjenestemarginer på de medisinene som lykkes.

Det ble åpent kritisert fra talerstolen på the American Society of Cancers årlige møte (det største fagmøtet om kreft i verden) i 2015. Det er liten tvil om at det finnes betydelig rom for prisforhandling. Det er derfor viktig at myndighetene fortsetter å utfordre legemiddelindustrien på pris, gjerne gjennom flernasjonalt samarbeid, for å sikre en god, men bærekraftig helsetjeneste.

#### Riktig kunnskap

Gode beslutninger forutsetter solid kunnskap. Det er vanskelig å

forstå hvordan biologi påvirker sykdomsrisiko og behandlingsutfall.

Det som hjelper én pasient har ikke nødvendigvis effekt for en annen, selv om den tradisjonelle diagnosen er den samme.

Vi vet ennå ikke hvordan vi skal kunne forutsi hvilke pasienter som har nytte av ulike behandlinger, slik som immunterapi. Dette kan kun løses ved systematisk kunnskapsoppbygging.

De samfunnsmessige utfordringene forsterkes også av et til tider unyansert mediebilde, hvor ukritiske overskrifter kan veie tyngre enn balansert formidling.

Måten enkelte norske medier har overdrevet suksessen for nye immunbehandlinger har ført til urealistiske forventninger hos pasienter i en fortvilet livssituasjon. Dette fører mange i armene på et privat helsevesen som tilbyr dyr behandling med høyst usikker gevinst.

#### Helhetlig satsing nødvendig

For at persontilpasset medisin skal lykkes, må vi tenke stort, annerledes og langsiktig. Det er urealistisk å tro at man ved å overlate dette til helseforetakenes prioritering innenfor gjeldende rammer vil kunne få det koordinerte løftet vi trenger. Her behøves en nasjonal strategi og tilførsel av friske midler, for å sikre bedre og lik tilgang til behandling, uavhengig av geografisk tilhørighet og samfunnslag.

Dette vil bygge tillit til helsevesenet i befolkningen, og redusere tilstrømmingen til udokumenterte private tilbud. Har vi råd til en slik satsing? Vi spør heller: Har vi råd til å la være?

*Bioteknologirådet inviterer til debatten «På vei mot en klasseslett kreftomsorg» 29. april kl. 9–11 på Litteraturhuset i Oslo (bioteknologiradet.no/arrangementer)*

Hver uke skriver våre Uviten-spaltister om det de mener er mangelfull forskning, flau formidling, kunnskapsløs politikk eller ren fusk.

## Pasientene og deres forskere

### Uviten



**Kristian Gundersen**  
professor i statsvitenskap ved UiO

#### Sterke pasientgrupper må ikke få tvinge gjennom ensidig forskning.

Pasientmedvirkning er et slagord i helsevesenet. I behandlingen av den enkelte pasient er dette selvsagt viktig ut fra et menneskerettighets- og forbrukerperspektiv. Men skal pasientene ha særlige rettigheter i vurderingen sykdomsårsaker og behandlingsstudier?

Toppjournalen British Medical Journal har innført en ordning med at pasienter deltar i fagfelle-vurderingen, altså uten å være fagfeller. En slik praksis kan bli problematisk for sykdommer der pasientene og deres organisasjoner har veldig sterke meninger som er i konflikt med vitenskapelige vurderinger.

#### Verdiløs metode

To pensjonerte professorer ved Universitetet i Oslo fikk store overskrifter da de i 2013 hevdet de fant borreliabakterier gjennom mikroskopering av blod hos ME pasienter. Dette ga mange pasienter med Lars Monsen i spissen endelig en biologisk forklaring på deres sykdom: De var ikke psykisk syke.

Konklusjonen var sterkt ønsket og støtten til pensjonistene ble massiv.

Mange forskere mente derimot at disse studiene var faglig meningsløse. Likevel presset daværende helseminister Jonas Gahr Støre Folkehelseinstituttet til å forske videre på metoden. Publikasjonen kom 15. februar i år og konkluderer med at metoden er verdiløs, og redaktøren av tidsskriftet skriver i en kommentar at man måtte hatt minst 1000 ganger flere bakterier i blodet enn det som er rimelig å forvente dersom metoden skulle vært selv teoretisk mulig.

Vi får håpe pasientene opptrer mer seriøst fremover, for Norges forskningsråd bestemte nylig at ME-pasientene selv nå skal være med på

bestemme hva det skal forskes på i dette feltet.

#### PACE-studien

Det er også blitt turbulent rundt en studie kalt PACE som er den største som er gjort på ME. Den britiske undersøkelsen ble opprinnelig publisert i topptidsskriftet Lancet, og konkluderte med at behandling med fysisk trening og kognitiv adferdsterapi er gunstig for ME-pasienter. Dette passer godt med en hypotese om at ME har psykiske årsaker.

Kritikken har vært massiv, og 7. mars ble det publisert 11.000 underskrifter med krav om utlevering av de rådata som ligger til grunn for undersøkelsen. Forskerne svarer at dette er i konflikt med taushetsplikten og at data allerede er gjort tilgjengelig for uavhengige forskere.

Saken verserer nå i det britiske rettssystemet.

Kravet om innsyn i data er legitimt og bør på en eller annen måte etterkommes, men man kan spørre seg om slike massive aksjoner virkelig er motivert i sannhetssøken. Det er kjent at tobakksindustri og klimaskeptikere har brukt endeløse innsynskrav for å trakassere forskere.

#### Personangrep

Redaktøren av Lancet sier han aldri har opplevd en slik reaksjon på en publikasjon: «Et orkestret forsøk på å undergrave kredibiliteten til studien og forskerne fra pasientgrupper». Selv en del av den mer seriøse kritikken av PACE-studien er iblandet personangrep.

PACE-forskerne selv svarer godt for seg vitenskapelig sett, men vikles ubønnhørlig inn i en fiendtlig diskusjon om sin egen integritet.

Dersom sterke pasientgrupper vil at samfunnet skal godta nesten hva som helst av elendig forskning som støtter hypoteser de liker (oslo-pensjonistenes), mens man krever det perfekte av forskere som konkluderer annerledes (PACE), vil man få et skjævt bilde av virkeligheten. Det er ikke hensikten med vitenskapelig debatt.

### Uviten spaltister

**Nina Kristiansen, Simen Gaure, Kristian Gundersen og Øyvind Østerud.**