

DEN NORSKE LEGEFORENING

19 JUL 2010

MOTTATT

Høringsinstanser iflg liste

Vår referanse:

10/00154-16/016

Deres referanse:

Dato:

6.7.2010

Saksbehandler:

Terje Vigen/Elisabeth Arntzen, +47 959 67 889

Høring - Funksjonsfordeling av kreftbehandling i Helse Sør-Øst

I Oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet for 2009 fikk Helse Sør-Øst RHF blant annet følgende oppdrag:

For å sikre kvalitet i den kirurgiske kreftbehandlingen skal Helse Sør-Øst RHF gjennomgå hvilke enheter som utfører kirurgisk kreftbehandling, spesielt innen kreft i spiserør, bukspyttkjertel, lever, prostata, endetarm, tykktarm, lunger og bryst. Det skal i gjennomgangen legges vekt på faktorer som har betydning for behandlingskvaliteten slik som pasientvolum, organisering og kompetanse, blant annet grad av spesialisering, tverrfaglige team, samt kompetanse til å håndtere uforutsette situasjoner og komplikasjoner. Ved samling av komplisert kreftkirurgi som krever støttefunksjoner bør følgende organisatoriske endringer vurderes: 1) desentralisering av mindre behandlingskrevende kirurgi, 2) desentralisering av palliativ behandling som kan skeje i samarbeid med kommunal sektor.

Som det fremgår av styresak 108-2008 om omstillingsprogrammet/hovedstadsprosessen og Plan for strategisk utvikling for Helse Sør-Øst 2009-2020 skal det gjennomføres oppgave- og funksjonsfordelinger for å legge til rette for bedre kvalitet i tjenesten og for å innrette den etter brukernes behov. Arbeidet skal baseres på prinsippet om å sentralisere det som må sentraliseres og desentralisere det som kan desentraliseres.

I styresak 108-2008 står det videre at:

- *Spesialiserte områdefunksjoner skal som hovedregel samles ett sted innenfor et sykehusområde.*
- *Regionale funksjoner skal som hovedregel samles ett sted i regionen.*
- *Ved lokalisering av spesialiserte område- og regionale funksjoner må det tas hensyn til pasientenes behov gjennom en samlet faglig kvalitetsvurdering, faglige avhengigheter og ressursvurderinger.*
- *I sykehusområder der lokale forhold ikke ligger til rette for samling av spesialiserte funksjoner ett sted, må faglig kvalitet og effektiv ressursbruk ivaretas gjennom andre tiltak.*

Det vises også til Helsetilsynets rapport "Risikobildet av norsk kreftbehandling" fra 2010 som påpeker risikoen knyttet til å drive kreftbehandling med lave volumer, og som stiller spørsmålsteget ved om kreftbehandlingen i Norge er tilstrekkelig sentralisert. Rapporten peker på styrenes og foretaksledelsenes ansvar for å kjenne risikobildet i eget foretak og

Helse Sør-Øst er den statlige helseforetaksgruppen som har ansvar for spesialisthelsetjenestene i Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder. Virksomheten er organisert i ett morselskap, Helse Sør-Øst RHF, og 11 datterselskap. I tillegg leveres sykehustjenester i regionen av privateide sykehus, etter avtale med Helse Sør-Øst RHF.

til å gjennomføre de nødvendige tiltak for å redusere dette. Det pågående arbeidet med funksjonsfordelig på kreftområdet må være et virkemiddel for Helse Sør-Øst til å svare på det utfordringsbilde som pekes på i rapporten.

Helse Sør-Øst RHF ga i brev datert 21.10.2009 et oppdrag til Regionalt fagråd for kreft om å komme med en innstilling til ny funksjonsfordeling innen kreftbehandling i Helse Sør-Øst, på faglig grunnlag. Det foreligger nå en samlet vurdering fra det Regionale fagrådet av funksjons- og oppgavefordelingen innenfor kreftområdet med konkrete anbefalinger.

Man oppnådde ikke full enighet om alle rådene i fagrådet, derfor fremkommer det på enkelte forslag et flertall og et mindretall og det er også vedlagt dissenser.

Helse Sør-Øst RHF har en overordnet målsetning om å forbedre kvaliteten i tjenesten. Et viktig virkemiddel er å sikre tilstrekkelig volum på de stedene man skal tilby den mest spesialiserte behandlingen, og arbeidet med funksjonsfordelinger i regionen skal derfor videreføres også på kreftområdet.

Helse Sør-Øst RHF sender med dette samlede rapporter fra Regionalt fagråd for kreft på høring:

Anbefalinger fra Regionalt fagråd for kreft innen områdene,

- Urologisk kreftbehandling
- Kirurgisk behandling av gastrointestinal kreft
- Kirurgisk behandling av kreft i lunger
- Kirurgisk behandling av bryst- og endokrinkreft

Funksjonsfordeling innen kreftbehandlingen med vedlegg innen stråleterapi

- Omhandler funksjonsfordeling innen de sentrale deler av kreftkirurgien

Overnevnte rapporter med tilhørende dokumenter fra arbeidsgruppene er lagt ut på vår nettside under lenken: <http://www.helse-sorost.no/fagradene>

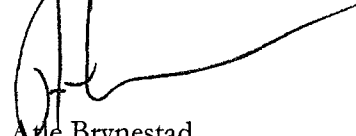
Det ønskes spesielt synspunkter på de konkrete anbefalingene som er gitt av fagrådet. Til grunn for vurderingene skal en også legge brukernes behov, kvalitet i tilbudet og pasientsikkerhet.

Det bør også inngå i vurderingen hvordan anbefalingene om funksjonsfordeling kan påvirke andre tilbud og fagområder, samt tjenesteutviklingen i kommunene.

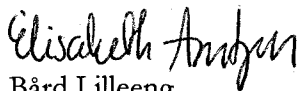
Høringsuttalelsene er offentlige dokumenter som vil bli gjort tilgjengelig på forespørsel. Helse Sør-Øst RHF forbeholder seg også retten til å offentliggjøre høringsuttalelsene. Disse kan bli gjort tilgjengelige på internettsidene: www.helse-sorost.no

Helse Sør-Øst RHF ber om at høringsuttalelser sendes til postmottak@helse-sorost.no innen 15.10.2010.

Med vennlig hilsen
Helse Sør-Øst RHF



Ane Brynestad
fung. adm.direktør

for 
Bård Lilleeng
viseadm.direktør

Vedlegg:

Anbefalinger fra Regionalt fagråd for kreft innen 4 områder

Funksjonsfordeling innen kreftbehandlingen med vedlegg innen stråleterapi

Adresseliste – høringsinstanser, ref. høringsbrev, funksjonsfordeling av kreftkirurgi i Helse Sør-Øst

Likelydende brev til adm.direktør / daglig leder

Helseforetakene/sykehusene

Betanien hospital

Diakonhjemmet sykehus

Lovisenberg Diakonale Sykehus

Martina Hansens Hospital

Revmatismesykehuset

Det regionale brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF

FFO Region Øst, Pb 135, 2011 Strømmen

FFO Sentralt, Pb 4568 Nydalen, 0404 Oslo

Samarbeidsforum for Funksjonshemmedes Organisasjoner (SAFO) sentralt

Samarbeidsforum for Funksjonshemmedes Organisasjoner sørøst

Konserntillitsvalgte i Helse Sør-Øst RHF

Den norske Legeforening

Norsk Sykepleierforbund (NSF)

Fagforbundet

Delta

NITO

Norsk Radiografforbund

Kreftforeningen

Private avtalepartnere innen kirurgi, rehabilitering, opptreningsinstitusjoner og spesielle helseinstitusjoner

Kommunene i helseregion sør-øst

Kopi: Helse Nord RHF

Helse Midt-Norge RHF

Helse Vest RHF

Arbeidsgruppe for
stråleterapi

Del 2

Regionalt fagråd for kreft
Helse Sør-Øst

Avgitt 21.06.2010

Sammendrag	1
1. Innledning.....	3
1.1. Sammensetting av arbeidsgruppa.....	3
1.2. Mandat	3
1.3. Tidligere utredninger.....	4
2. Behandlingskvalitet	4
2.1 Riktige behandlingsbeslutninger.....	4
2.2 Medisinsk teknisk utstyr – IT-system	5
2.2.1. Hadronterapi.....	6
2.3 Kompetanse i stråleterapipersonalet - robusthetskrav.....	6
2.4. Ventetider.....	7
2.5. Avvikshandtering.....	8
3. Funksjonsfordeling mellom regionsavdelinga og stråleterapisatellittene.....	8
3.1. Dagens funksjonsfordeling.....	8
3.2. Kriterier for framtidig funksjonsfordeling.....	9
3.2.1. Krav til personale	10
3.2.2. Krav til medisinsk teknisk utstyr.....	10
3.2.3. Økonomiske forutsetninger	11
3.3. Framtidig funksjonsfordeling.....	11
3.3.1. Kurative behandlingsopplegg – avansert strålebehandling	11

Sammendrag

Behandlingskvalitet (kap. 2)

Kvalitet i stråleterapi kan måles i grad av måloppnåelse med færrest mulig bivirkninger.

- Riktige behandlingsbeslutninger
Grunnlaget for gode behandlingsbeslutninger ligger i god patologisk diagnostikk og bilde-diagnostikk, der bruk av bildemodaliteter og avbildningsteknikker som PET og MRI/MRS må tas i bruk der slik diagnostikk gir gevinter. Tverrfaglige team med kompetanse innen radiologi, nukleærmedisin, medisinsk fysikk, onkologi og kirurgi vil kunne sikre den nødvendige kompetansen for gode kliniske beslutningsprosesser. Den nødvendige faglige bredden av teamene vil være diagnoseavhengig.
- Medisinsk teknisk utstyr.
Avansert tilpasset stråleterapi stiller store krav til medisinsk teknisk utstyr og IT-infrastruktur. Spesialutviklet utstyr for visse behandlingsmuligheter må finnes ved enkelte behandlingsmaskiner i regionen. Utredning om en eventuell etablering av et protonterapi-senter i Norge – og regionen – bør iverksettes.
- Kompetanse.
Utviklingen innen stråleteapi krever nye kompetansekrav til alle involverte grupper – spesielt onkologer, stråleterapeuter og fysikere. Radiologer og nukleærmedisinsere må trekkes nærmere stråleterapiprosessen. Det må etableres robusthetskrav som kontinuerlig sikrer behandlingskvaliteten.
- Ventetider.
Det må etableres felles retningslinjer for maksimale ventetider for strålebehandling. Uakseptable ventetider i perioder må unngås ved at det er etablert en viss overkapasitet på årsbasis, og ved samarbeid mellom stråleterapienhetene i regionen.
- Avvikshandtering.
God avvikshandtering er viktig for å redusere avvik.

Funksjonsfordeling mellom regionsavdelinga og stråleterapisatellittene (kap. 3)

- Dagens funksjonsfordeling.
Stråleterapisatellitten i Kristiansand gjennomfører 90 % av stråleterapien for Agder-fylkene, med en årlig kreftforekomst på ca. 1650. Satellitten i Gjøvik gjennomfører 64 % av strålebehandlingene for Innlands-fylkene, med en forekomst på ca. 2350. Satellitten i Kristiansand utfører en større andel av den kurative strålebehandlinga enn Gjøvik. Øvrig stråleterapi i regionen utføres ved OUS.

- Kriterie for framtidig funksjonsfordeling.
Overordnet målsetting må være at pasienten får det samme stråleterapitilbudet – kvantitativt og kvalitativt – uavhengig av bosted. Stråleterapibruken må monitoreres kontinuerlig, og rapporteres til det regionale helseforetaket.
 - Fagutviklinga må sikres ved at regionsavdelinga sikres nødvendig pasientgrunnlag for kliniske studier.
 - Pasientgrupper må møte de samme strålebehandlingsopplegg uavhengig av hvilken enhet som utfører behandlinga
 - Krav om multidisiplinære utredningsteam kan føre til at utredning og beslutningsprosesser i større grad sentraliseres enn selve gjennomføringen av behandlinga.
 - Kompetanse- og robusthetskrav må avpasses etter de oppgavene som skal løses ved vedkommende enhet.
 - Kostnadene ved MTU og IT-system kan føre til at visse utstyrsgupper initialt eller permanent blir lokalisert bare til regionsavdelinga.

- **Framtidig funksjonsfordeling**
 - Det bør i utgangspunktet være en geografisk deling av pasientgrunnlaget mellom stråleterapienhetene
 - Om et behandlingsopplegg er kurativt, vil i seg selv ikke være bestemmende for behandlingssted.
 - Visse spesialiserte strålebehandlingsopplegg og visse pasientgrupper bør bare behandles ved regionssenteret.
 - Ved multimodale behandlinger vil det være ønskelig med samling av den totale behandlinga ved ett sykehus/sykehuskompleks
 - For visse sykdomsgrupper med store kompetanse- og utstyrskrav til utredning, vil det kunne være aktuelt å sentralisere utredning og beslutninger om behandlingsopplegg.
 - For visse grupper kan det også være aktuelt å gjennomføre behandlingsplanlegginga ved regionssenteret for å gjennomføre behandlingene ved satellittenhet
 - Eventuell framtidig sentralisering av utredning og kirurgi, vil også kunne påvirke valg av strålebehandlingsenhet.

1. Innledning

Regionalt fagråd for kreft har funnet det hensiktsmessig å etablere ei arbeidsgruppe med deltakere fra alle foretakene i helseregionen for å drøfte faktorer som har betydning for behandlingskvaliteten innen stråleterapivirksomheten, og funksjonsfordelinga mellom regionssykehuset og stråleterapisatellittene. Grappa ble oppnevnt den 15.04.2010. Den samme gruppa har også vurdert bruk og underforbruk av stråleterapi i regionen og kommet med forslag til tiltak for å eliminere underforbruket og forskjellene. Grappa har også vurdert stråleterapikapasiteten i Helse Sør-Øst fram til 2020, og vurdert investeringsbehov. Disse vurderingene er gjengitt i delrapport 1, også avgitt 21.06.2010.

1.1. Sammensetting av arbeidsgruppa

Følgende gruppe er oppnevnt:

Vidar Jetne OUS, medisinsk fysiker, leder av gruppa
Kristin Bjordal OUS, onkolog
Randi Wolff OUS, stråleterapeut
Tor Jensen ST, onkolog
Kjetil Weyde SI, onkolog
Ole Kristian Andersen SiV, onkolog
Svein Mjåland SS, onkolog.
Nina Podhorny VV, bryst-/endokrinkirurg
Britt Fritzman SØ, bryst-/endokrinkirurg
Stein Øverby SiV, urolog
Arne Færden Ahus, gastrokirurg
Marius Normann OUS, onkolog
Mette Westlie SI, sykepleier

Kreftsykepleier Nina Firing, SiV, har gått inn i gruppa i stedet for Ole Kristian Andersen i siste del av arbeidet. Sykepleier Mette Westlie, SI, har ikke deltatt i gruppas arbeid. Kristin Bjordal, Svein Mjåland, Nina Podhorny, Arne Færden og Nina Firing har kommentert utkastene til rapport.

1.2. Mandat

Gruppa har fått følgende mandat:

1. *Beskriv faktorer som har betydning for behandlingskvaliteten innen stråleterapivirksomheten, for eksempel kompetanse, pasientvolum, team, robusthet etc.*
2. *Beskriv dagens funksjonsfordeling mellom stråleterapienhetene ved OUS, SI og SS.*
3. *Foreslå evt. endringer i funksjonsfordelinga på kort og lang sikt som kan sikre optimal kapasitetsutnyttelse ved alle enheter, der kvaliteten på behandlinger er sikret.*

4. *Hvilke kurative behandlingsopplegg bør i framtiden kunne gjennomføres ved de to satellittene og hva skal til for å få gjennomført dette?*

Besvares innen 15. juni 2010.

Tidsfristen ble drøftet i gruppas første møte, og gruppa har fått utsatt **frist til 21. juni 2010.**

1.3. Tidligere utredninger

Mandatet for denne gruppa er tematisk gitt relativt grundig drøfting i utredningene fra 2005/2006 i "Samordningsprosjekt Kreftomsorg Helse Øst og Helse Sør – Stråleterapi Del 1, 3 og 4, delinnstillinger fra arbeidsgruppe for stråleterapi, 19.12.2005 – 10.03.2006.

2. Behandlingskvalitet

I stråleterapi er kvalitetsbegrepet særlig knyttet til det å oppnå behandlingshensikten med færrest mulige bivirkninger. Stråleterapiteknisk er utfordringene forskjellig avhengig av lokalisasjon av sykdommen i forhold til strålevare/sensitive organer, behandlingshensikten, dosevalg, pasientens levestykker, osv. Hvilke kvalitetsparametre som er de viktigste, vil være forskjellige ut fra situasjonen. Tilgjengeligheten – og dermed ventetider – vil kunne være viktige kvalitetsparametre.

De største stråleterapifaglige utfordringene ligger i å øke kurasjonsraten i den betydelige pasientgruppa der det i dag ikke oppnås lokal kontroll. Det regnes med at 15 – 20 % av kreftpasientene dør pga. manglende lokal kontroll av sykdommen. Avansert stråleterapi kan være viktig tiltak for å øke den lokale kontrollraten.

For å øke kontrollraten innen stråleterapi, kan det være nødvendig å gi høyere doser til tumor eller deler av tumor. Fordi man samtidig ønsker å unngå økning i bivirkninger, eller fordi man tilstreber å redusere bivirkninger der de i dag er betydelige, blir det satset mye på forbedret diagnostikkgrunnlag og bedring av strålebehandlingsteknikker som reduserer dose til friskt vev. I dagligtale nevnes ofte "skreddersydd" behandling.

For å øke kontrollraten etter kirurgisk behandling, kan nye pre- og postoperative stråleterapiregimer komme til anvendelse.

2.1 Riktige behandlingsbeslutninger

Det vil ligge store utfordringer i å velge de mest optimale løp når det gjelder utredning, planlegging og gjennomføring av behandling, og det er viktig at man her følger nøye med utviklinga når det gjelder resursbruk. De mer resurskrevende metodene bør kun velges der det er terapeutiske gevinster å hente.

Viktig for god resursutnyttelse er valg av fraksjonering innen stråleterapi. Av arbeidsgruppas første delinnstilling, går det fram at en del palliative behandlinger – spesielt ved

skjelettmetastaser - i større grad blir hypofraksjonert ved satellittenhetene enn ved regionsavdelingene. Praksis ved satellittenhetene er mest i tråd med faglige anbefalinger. For en del kurative behandlingsopplegg og ved rebehandling kan det derimot være indikasjoner for å benytte mer fraksjonert behandling – hyperfraksjonering.

Den avanserte ”skreddersyde” stråleterapien blir mer og mer vanlig, og vil etter hvert omfatte en betydelig del av stråleterapien. Det er to faktorer som driver denne utviklingen – ønsket om høyere tumordose for å sikre bedre lokal kontroll, og ønsket om redusert morbiditet. Dette vil i sin tur fordre økt geometrisk og dosimetrisk presisjon.

En grundig kartlegging av sykdomsutbredelse er en viktig forutsetning for optimal bruk av resurser både for planlegging og for gjennomføring av stråleterapi.

Bruk av nyere bildemodaliteter og avbildningsteknikker som PET og MRI/MRS, i tillegg til CT, spiller en sentral rolle i denne sammenheng, både i forbindelse med utredning, terapivalg, planlegging, og oppfølging/monitorering av behandlingsrespons (tumor og friskt vev). Disse metodene representerer et stort potensiale med tanke på å heve kvaliteten på den behandlinga som tilbys.

En forutsetning for å innføre og gjøre bruk av slike avanserte avbildningsteknikker, er at det etableres tverrfaglige team i en langt større utstrekning enn det som er vanlig i dagens sykehusstruktur. Radiologiske og nukleærmedisinske tjenester må knyttes tettere til de onkologiske/stråleterapeutiske spesialitetene. Det samme kan være viktig når det gjelder patologitjenester. Kunnskapsterskelen er gjennomgående svært høy innenfor disse spesialiteter/sub-spesialiteter, og kun slike tverrfaglige team – der også medisinske fysikere med kompetanse innen bildediagnostikkfysikk inngår - vil kunne sikre den ønskede og nødvendige kompetanse i den kliniske beslutningsprosessen. I mange tilfeller vil det være aktuelt med egne team innenfor den enkelte diagnose. Bare slik vil man kunne høste den ønskede gevinsten i form av bedre behandlingskvalitet.

Suksessen til bildeveiledet stråleterapi (IGRT) og biologisk adaptiv stråleterapi (Bio ART) hviler mer eller mindre på en slik form for organisering. Valg av planleggingsteknikk og behandlingsteknikk – herunder også krava til dosimetrisk og geometrisk presisjon i strålebehandlinga – må bli funksjon av de evalueringer/betraktninger som slike tverrfaglige team vil måtte gjøre.

Utvikling og uttesting av disse moderne systema bør gjennomføres ved regionsavdelinga, for deretter å bli videreført ved satellittene når ordningene er vel etablerte.

2.2 Medisinsk teknisk utstyr – IT-system

En utvikling av mer avansert tilpasset stråleterapi stiller store krav til den infrastrukturen (MTU og IT) som skal bære denne utviklingen.

Planleggingssystema må kunne handtere multimodal bildeinformasjon og inneha gode grenseflater mot tilstøtende system innenfor radiologi og nukleærmedisin. De må enkelt kunne utvides/tilpasses nye og endrede behandlingsteknikker. Dette krever både mye

prosessorkraft og hurtige nettverkløsninger, samt fleksible programvareplattformer. Det kan synes som om spesielle behandlingsteknikker krever egne planleggingssystem, dvs. det vil ikke være én leverandør som vil kunne levere de beste/mest funksjonelle løsningene for alle formål.

Det synes også å være en trend i retning av at det utvikles behandlingsmaskiner med særlige muligheter for visse behandlingstyper. Utstyr/programvare som kreves for å gjennomføre spesielle behandlingsteknikker kan bare gjøres tilgjengelige på et mindre utvalg maskiner (for eksempel stereotaksi, gating, tracking, intensitetsmodulert buebehandling (IMAT)).

2.2.1. Hadronterapi

Behandling med protoner og lette ioner er ennå ikke å betrakte som etablert standardbehandling dersom en legger Health Technology Assessment (HTA)-kriterier til grunn, men indikasjonene for protonterapi er godt dokumenterte for enkelte behandlingstilfeller. Protonterapi vil være et bedre behandlingstilbud for en betydelig andel av stråleterapipasientene, inntil 15 % ifølge en svensk utredning (Protonterapicentrum. Huvudrapport om förutsättningar för ett protonterapicentrum. Akademiska sjukhuset i Uppsala den 28. juni 2002). Likevel er det spesielt innen barnekreft at et slikt tilbud vil være viktig, da risikoen for sekundærkreft antas å bli betydelig redusert ved protonbehandling som i større utstrekning kan redusere normalvevsdoser. Ved rebehandling og der tumorområder er vanskelig lokalisert i forhold til viktige, strålefølsomme strukturer, kan indikasjonene for valg av protonterapi også være sterke.

Det er i dag et formalisert samarbeid med protonsenderet i Köln om behandling av regionens pasienter. I 2014 vil det stå ferdig et tilsvarende senter i Uppsala og det vil da være naturlig å inngå en formell avtale med dette senteret for behandling av regionens pasienter.

Utredning om etablering av et norsk protonterapisenter bør igangsettes. Naturlig lokalisering vil være Oslo universitetssykehus HF, og et eventuelt senter må ha landsfunksjon. Parallelt med utredningene om eventuell etablering, bør regionen allerede nå bygge opp kompetanse og utstyr for planlegging av protonbehandling. På den måten kan man for enkelte pasienter få mulighet til å sammenligne for eksempel en IMRT-plan med hva man kan oppnå med behandling med protoner. Dette bør skje ved regionalavdelinga for egne og aktuelle pasienter fra satellittene. Slik kan ansvaret ivaretas for at pasienter med sterke indikasjoner for protonterapi, får dette tilbudet.

2.3 Kompetanse i stråleterapipersonalet - robusthetskrav

Utviklingen av stråleterapi fører også til endrede kompetansekrav for personalet som skal gjennomføre stråleterapien dersom de ønskede kvalitetsgevinster skal kunne høstes.

Det vil være svært viktig at utdanningen av *stråleterapeuter* fanger opp pågående endringer, slik at stråleterapientrene får en utøvergruppe som har god innsikt i og forståelse av den teknologien og de metodene som etter hvert tas i bruk.

Fysikergruppa må i tillegg til tradisjonell stråleterapifysikk også ha god innsikt i bildemodaliteter, bildebruk og bildehandtering.

Onkologenes stråleterapiutdanning må styrkes og gis en tyngre vektning mot bildemodaliteter og bildebruk. Selv om det er ønske om at alle norske onkologer fortsatt skal beherske grunnleggende ferdigheter i forhold til både medikamentell kreftbehandling og stråleterapi, er det viktig at grupper av onkologer får spesialkompetanse innen stråleterapi for å kunne holde tritt med de teknologiske muligheter og begrensninger innen faget.

Radiologer og nukleærmedisinere må trekkes nærmere stråleterapiprosessen.

Medisinsk teknisk personale og IT-personale må inngå i bemanninga ved et stråleterapisenter, da både MTU og IT-system er svært spesialisert og samtidig kritiske for å holde kontinuitet i strålebehandlinga.

Robusthetskrav.

Det må etableres et sett av robusthetskrav som innebærer at behandlingskvaliteten er sikret ved enheter som skal gjennomføre gitte funksjoner.

Det er behov for en bemanning med tilstrekkelig kunnskap for å ivareta ønsket behandling også i perioder med sykdom, ulike former for permisjoner og andre lengre fravær. I slike situasjoner må det også sikres at ulike utstyrsgupper og datasystem kan driftes og brukes korrekt.

Det er spesielt viktig å sikre at pasientene får tilbud om konkomitant stråle/kjemoterapi der hvor det er indisert.

Stråleterapisatellittene har en liten og dermed sårbar fysikergruppe, og innen medisinsk fysikk vil det derfor være et betydelig behov for faglig utveksling mellom satellittene og regionsavdeling. Det må derfor finnes fysikerresurser ved regionsavdelinga som kan bistå satellittene.

2.4. Ventetider

Stråleterapiavdelingenes evne til å gjennomføre strålebehandlinga innen forsvarlige tidsrammer vil ha stor betydning for kvaliteten på tilbudet. Tidskrava vil variere mellom sykdomsgrupper. For et fåtall pasienter vil det være viktig med umiddelbar behandlingsstart (for eksempel ved truende tverrsnittslesjoner), for andre start innen få dager eller uker, for atter andre er tidsfaktoren langt mindre kritisk for sykdomsutviklingen. I den siste gruppa kan utsettelse av behandlingsstart likevel være sterkt uønsket av pasienten, og dermed redusere opplevd kvalitet.

Regionsavdelinga og satellittene bør ha felles retningslinjer for krav til tidsforløp, og rapportere avvik som skyldes kapasitetsproblemer.

Det vil alltid være svingninger i hyppigheten av henvisninger til stråleterapi, og for å unngå uakseptable ventetider i perioder, må hver enhet og regionen ha en viss overkapasitet. Overkapasiteten ved hver enhet kan reduseres ved god utnytting av behandlingsskapasitet på tvers av enhetene.

2.5. Avvikshandtering

Alle stråleterapienhetene har avvikssystem som tilfredsstillende Statens stråleverns krav til avviksregistrering i stråleterapien. God avvikshandtering vil være svært viktig for å holde avvikstallene nede, og dermed høyne kvaliteten på strålebehandlinga.

3. Funksjonsfordeling mellom regionsavdelinga og stråleterapisatellittene.

Ved planlegging av satellittenhetene (1994-2000) ble det tatt utgangspunkt i at enhetene skulle dekke om lag to tredeler av stråleterapibehovet i sine nedslagsfelt, mens det ble regnet med at den siste tredjedelen burde få sin behandling ved regionscenteret. Den palliative strålebehandlinga og de mest hyppige kurative behandlingene skulle utføres ved satellittene. Med befolkningsgrunnet i hhv. Agder-fylkene og Innlands-fylkene ville to akseleratorer ved hver enhet gi satellitten i Kristiansand kapasitet til også å dekke noe av Telemarks behov. Det blir årlig diagnostisert hhv. ca. 1650 og 2350 nye krefttilfeller i Agder-fylkene og Innlands-fylkene.

3.1. Dagens funksjonsfordeling

De siste to åra er 90 % av strålebehandlingsseriene til Agder-pasienter utført ved Senter for kreftbehandling (SFK) ved Sørlandet Sykehus Kristiansand (SSK) – 93 % av for Vest-Agder og 85 % for Aust-Agder. Det er i hovedsak kurativ behandling ved ØNH-kreft, gynekologisk kreft, lymfomer og sarkomer som blir behandlet ved regionscenteret, mens øvrig kurativ behandling og den palliative behandlinga blir utført ved SFK. Av strålebehandling for Telemark, utførte SFK 9 % av behandlingsseriene, der største gruppe var kurative brystkreftbehandling.

SFK utfører en større andel av strålebehandlingene for Agder-fylkene enn forutsatt, og færre pasienter fra Telemark..

Ved stråleterapienheten i Sykehuset Innlandet Gjøvik (SIG) ble 64 % av strålebehandlingsseriene for pasienter fra Innlandsfylkene gitt, om lag som forutsatt ved planlegginga av enheten. De fleste kurative behandlingsseriene for diagnosegruppene brystkreft, lungekreft, CNS-svulster og hudkreft blir gitt ved strålesatellitten på Gjøvik, mens de for andre diagnoser i all hovedsak blir utført ved regionscenteret. Den palliative strålebehandlinga dominerer, men samtidig er det et betydelig udekket behov for palliativ strålebehandling, spesielt i Hedmark. At stråleterapienheten ved SIG utfører en lavere andel av strålebehandlingsseriene fra eget sykehusområde enn tilsvarende enhet ved SSK, kan

forklares både ved at det er flere krefttilfeller i Innlandet og at det ved SFK/SSK gis noe mer kurativ strålebehandling. At det i Gjøvik er færre kurative behandlingsopplegg enn i Kristiansand, beror dels på lavere onkologbemanning i Gjøvik, men også på at et større opptaksområde krever mer kapasitet for den palliative strålebehandlninga.

For enkelte pasienter med ØNH-kreft, gynekologisk kreft og lymfom er utredning, beslutninger om behandlninga og til dels stråleterapiplanleggingen utført ved Radiumhospitalet, mens selve behandlninga er utført ved satellittenhetene. Dette gjelder et fåtall pasienter, og er i de fleste tilfellene resultat av pasientønsker.

3.2. Kriterier for framtidig funksjonsfordeling

Overordnet målsetting må være at pasient får det samme stråleterapitilbudet uavhengig av bosted. Regionscenteret monitorerer i dag stråleterapibruken i hele regionen. Dette er en viktig funksjon som bør ivaretas. Jevnlig rapportering bør skje til det regionale helseforetaket, slik at utviklingen i stråleterapibruken kan følges. Monitoreringen vil også være viktig redskap for å utjevne skjevbelastninger mellom enhetene, for å sikre optimal resursutnyttelse.

Konseptet med stråleterapisatellitter skulle ivareta et samlet stråleterapifaglig ansvar plassert ved regionssykehuset, kombinert med gjennomføring av strålebehandlninga også ved enheter lokalisert til enkelte områdesykehus. Det forutsettes at de samme retningslinjene for behandling og at de samme stråleterapiprotokoller benyttes ved alle enhetene i regionen.

For å sikre god fagutvikling er det viktig at regionscenteret får nødvendig pasientgrunnlag for kliniske studier. Det vil dels kreve at utredning og behandling for visse pasientgrupper sentraliseres, eller – der det ikke svekker kvalitet i forskning og utvikling – at flere enheter deltar i samme studie.

Som påpekt i avsnitt 2.1., vil det for visse pasientgrupper være viktig med utredning i multidisiplinære team, der bl.a. spesielle avbildingsmetoder tas i bruk. Avhengig av kompleksitet og krav til kompetanse i teama, kan det bli behov for å sentralisere visse utredningsoppgaver til regionssykehuset, for å unngå kostnadskrevende investeringer i diagnostisk utstyr og kompetanse. Etterfølgende strålebehandling kan gjennomføres ved regionsavdelinga eller ved stråleterapisatellittene. For noen av disse pasientene kan det også være aktuelt å utføre stråleterapiplanlegginga ved regionscenteret, for så å gjennomføre behandlninga ved satellittenhet.

Kostnadene ved anskaffelse av MTU og IT-system for å kunne gjennomføre visse spesialiserte behandlingstyper tilsier en sentralisering av pasientbehandlninga for disse modalitetene til regionsavdelinga. For vel etablerte modaliteter kan en overføring til satellittene være aktuell dersom en ved utstyrsutskifting får inn utstyr som er forberedt for de aktuelle modalitetene. I andre tilfeller kan utredning og planlegging ved regionsavdeling være en varig løsning, for etterfølgende gjennomføring av behandlingene ved satellittenhetene der behandlingsutstyret har de nødvendige muligheter.

For å åpne for slike muligheter er det svært viktig å få etablert god datakommunikasjon mellom planleggningssystema ved de forskjellige enhetene.

Gruppen mener at kompetanse- og robusthetskrav må tilpasses oppgavefordelinga mellom regionsenteret og satellittene. Fagmiljøene må være så robuste at tildelte oppgaver kan utføres også ved ferie, permisjoner, sykdomstilfeller og ved personalutskifting.

Ved multimodale behandlinger vil det være ønskelig med samling av den totale behandlinga ved ett sykehus/sykehuskompleks.

3.2.1. Krav til personale

Funksjoner må legges til fagmiljø som har god kompetanse, og som er så robuste at funksjonsfordelinga kan vare over tid. Hvorvidt det bør kreves to eller tre onkologer i alle fag-/diagnosegrupper for å oppnå ønsket robusthet, er ikke arbeidsgruppa enige om. Fagmiljøet må ha kompetanse for å ivareta behov for multimodal/konkomitant behandling.

For stråleterapeutgruppa er det viktig med god mestring av de strålebehandlingsopplegg som skal gjennomføres. Det er rimelig å anta at det er sammenheng mellom hyppighet av visse behandlingstyper og kvalitet. Spesielt vil en kombinasjon av kompleksitet og sjeldenhet være en risikofaktor for kvalitet.

Medisinske fysikere må også beherske krav til romlig og dosimetrisk presisjon, samt de utstyrssystemer som benyttes for behandlingene.

Medisinsk teknisk personale og personale som behersker de driftskritiske IT-systema må også være tilgjengelig ved stråleterapienhetene.

Der både utredning, planlegging og gjennomføring av stråleterapi skal skje, må det også være sikret bistand fra kvalifisert og robust fagmiljø innen radiologi.

3.2.2. Krav til medisinsk teknisk utstyr

Det medisinske tekniske utstyret og planleggningssystema vil være avgjørende for hvilke strålebehandlingsopplegg som kan utføres ved en enhet. For regionssykehuset – med sine 17 lineærakseleratorer – vil det alltid også være nyere maskiner med nye behandlingsmuligheter. Enkelte behandlingsmaskiner blir også utviklet med spesielle behandlingsmuligheter, og det er fornuftig å ha enkelte slike maskiner ved et stort regionsenter.

Ved de mindre enhetene med to lineærakseleratorer vil det gå lengre tid mellom nyanskaffelser, og i visse perioder vil enkelte behandlingsopplegg ikke kunne utføres ved enheten. Med krav om kontinuitet i strålebehandlingsserier, vil det også være krav om samme behandlingsmulighet på de to akseleratorene ved enheten.

Disse forhold gjør at enkelte spesialiserte strålebehandlingsopplegg bare bør etableres ved regionsenteret, mens andre avanserte opplegg kan overføres til satellittene dersom utstyrskrava blir innfridde.

3.2.3. Økonomiske forutsetninger

Kriteriene over er i første rekke lagt ut fra faglige vurderinger. I framtida må økonomiske ordninger mellom helseforetak innen Helse Sør-Øst sikre at de faglig mest gunstige løsninger kan velges innenfor de økonomiske rammene for hele virksomheten. I dagens ordninger honoreres poliklinisk stråleterapi ut fra utførte felteksponeringer, mens arbeidsinnsatsen i større utstrekning vil ligge i planlegging av behandlinga. Grunnlaget for oppgjørsordninga blir nå vurdert med tanke på endring, og et nytt system bør legge forholdet bedre til rette for funksjonsfordeling mellom regionscenter og satellittenehet.

3.3. Framtidig funksjonsfordeling

Arbeidsgruppa går inn for en geografisk deling av pasientgrunlaget mellom OUS og stråleterapisatellittene, modifisert av pasientenes frie sykehusvalg.

Det vil ofte være den beste løsningen å la samme sykehus/sykehuskompleks få det totale ansvaret for multimodale behandlingsopplegg. I visse situasjoner vil det være ønskelig å beholde hovedansvaret for en behandlingsmodalitet ved sykehus som ikke har egen stråleterapienhet. Flere av arbeidsgruppas representanter påpeker viktigheten av at pasienter som i slike situasjoner henvises regionsavdelinga for en preoperativ strålebehandling, skal tilbake til henvisende sykehus for gjennomføring av det kirurgiske inngrepet med mindre det ved regionsavdelinga påvises tilstander som er funksjonsfordelt dit. I dag oppleves det at pasienter som henvises for preoperativ strålebehandling også opereres ved regionsavdelinga.

Ved regionspsykehuset foregår i dag en kontinuerlig monitorering av belastningen ved alle stråleterapienhetene i regionen. Dersom det oppstår varig skjevfordeling av belastning mellom enhetene, bør tiltak settes i verk for å utjevne denne, for eksempel ved justering av primært opptaksområde eller ved inngåelse av avtaler vedrørende fordeling av enkelte pasientgrupper.

3.3.1. Kurative behandlingsopplegg – avansert strålebehandling

Det tas utgangspunkt i at stråleterapi fremdeles er definert som en regionspsykehusfunksjon når det gjelder fagansvar både innen medisin og medisinsk fysikk. Behandlingene skal imidlertid gjennomføres både ved regionsavdelinga og de etablerte stråleterapisatellittene.

I vurderinga av hvor kurative og avanserte strålebehandlingsopplegg bør gjennomføres, må både personalmessige og utstyrmessige kriterier legges til grunn. I tillegg må pasientvolum tillegges vekt.

At et behandlingsopplegg er kurativt, er i seg selv ikke avgjørende for hvor behandlinga bør utføres. Der spesialiserte behandlingsopplegg ikke anvendes og der pasientvolumet ikke er for lite, kan disse behandlingene like gjerne gjennomføres ved satellittenehetene.

Det bør være en målsetting å kunne tilby kurativ behandling av de fleste indikasjonsområder der hvor strålebehandling inngår som en del av multimodal terapi som sykehuset ellers utfører. Dette vil i første rekke gjelde kreft i bryst, prostata, rectum, blære og hud. Videre bør man kunne tilby kurativ behandling av lunge- og hjernesvulster, mens spesialiserte behandlingsopplegg som stereotaktisk stråleterapi – ofte radiokirurgi – for hjerne og lungesvulster må forbli en oppgave for regionsenteret.

Ordningene må forutsette at hovedlinjene for behandling er like ved regionsavdeling og satellitt. Det er spesielt viktig å sikre at pasientene får tilbud om konkomitant stråle/kjemoterapi der hvor det er indisert.

Disse hovedlinjene kan bli modifisert av ønske om framtidig sentralisering av diagnostikk og utredning. En eventuell sterkere sentralisering av kirurgien, vil kunne endre på hvor strålebehandling for ulike diagnosegrupper bør utføres, ut fra ønsket om samling av multimodale behandlinger.

Pasienter i diagnosegrupper hvor regionsykehuset har primæransvar for utredning og behandling, bør som hovedregel fortsatt behandles ved regionsenteret, spesielt gjelder det kurativ behandling.

**Anbefalinger fra Regionalt fagråd for kreft
i Helse Sør-Øst innen områdene:**

- **Urologisk kreftbehandling**
- **Kirurgisk behandling av gastrointestinal kreft**
- **Kirurgisk behandling av kreft i lunger**
- **Kirurgisk behandling av bryst- og endokrinkreft**

31.05.2010

Innledning.....	4
1. Kreft i lunger.....	7
1.1 Arbeidsgruppens anbefalinger	7
1.1.1 Behandling av mesotheliom.....	8
1.1.2 Utredningstid og organisering av utredning for pasienter med mistanke om lungekreft	8
1.1.3 Tid fra ferdig utredning til operasjon.....	8
1.1.4 Krav til enheter som skal operere lungekreft.....	8
1.1.5 Multidiplinære team.....	9
1.1.6 Arbeidsgruppens forslag til endringer i funksjonsfordelingen	9
1.2 Regionalt fagråd anbefaler:.....	10
1.2.1 Ventetider:.....	10
1.2.2 Kvalitetskrav	10
1.2.3 Multidiplinære team.....	10
1.2.4 Funksjonsfordeling:	10
2. Gastrointestinal kreft.....	11
2.1 Arbeidsgruppens anbefaling.....	11
2.1.1 Kreftkoordinator	11
2.1.2 Kvalitetskrav/robusthetskrav for enheter som skal utøve gastrointestinal kreftkirurgi	11
2.1.3 Ventetider:.....	11
2.1.4 Forslag til endringer i funksjonsfordelingen:.....	11
2.2 Regionalt fagråd anbefaler:.....	14
2.2.1 Kreftkoordinator:.....	14
2.2.2 Kvalitetskrav/robusthetskrav:.....	14
2.2.3 Forslag til endringer i funksjonsfordelingen:.....	14
3. Urologisk kreftbehandling	17
3.1 Arbeidsgruppens anbefalinger	17
3.1.1 Kvalitetsregistre	17
3.1.2 Dedikerte kirurger	17
3.1.3 Ventetider	17
3.1.4 Robusthets-/kvalitetskrav til enheter som skal drive urologisk kreftbehandling	17
3.1.5 Volumkrav	17
3.1.6 Forslag til endring i funksjonsfordelingen:.....	17
3.2 Regionalt fagråd anbefaler:.....	20
3.2.1 Kvalitetsregistre:.....	20
3.2.2 Kvalitetskrav/robusthetskrav til enheter som skal drive urologisk kreftbehandling	20
3.2.3 Protesekirurgi	20
3.2.4 Forslag til endring i funksjonsfordelingen:.....	21
4. Bryst- og endokrinkirurgi.....	23
4.1. Arbeidsgruppens anbefalinger	23
4.1.1 Robusthets-/kvalitetskrav til enheter som skal drive bryst- og endokrinkreftbehandling	23
4.1.2 Krav til volum.....	23
4.1.3 Private røntgeninstitutt, jf. arbeidsgruppens rapport pkt 3.2.5	23
4.1.4 Samarbeid med ØNH/kar/thorax om endokrinkirurgiske pasienter, jf. arbeidsgruppens rapport pkt 4.9.....	23
4.1.5 Sentralisering/desentralisering av behandling av endokrine neoplasier	23
4.1.6 Utdanning	24
4.1.7 Forslag til endringer i funksjonsfordelingen:.....	24
4.2 Regionalt fagråd anbefaler:.....	25
4.2.1 Robusthets-/kvalitetskrav til enheter som skal drive bryst- og endokrinkreftbehandling	25
4.2.2 Private røntgeninstitutt, jf. arbeidsgruppens rapport pkt 3.2.5	25

4.2.3 Samarbeid med ØNH/kar/thorax om endokrinkirurgiske pasienter, jf. arbeidsgruppens rapport pkt 4.9.....	25
4.2.4 Sentralisering/desentralisering av behandling av endokrine neoplasier	25
4.2.5 Utdanning	26
4.2.6 Forslag til endringer i funksjonsfordelingen:.....	26

Innledning

I oppdragsdokumentet for Regional fagråd for kreft står bl.a.:
Fagrådet skal kunne gi Helse Sør-Øst RHF råd i bl.a.:

- Konkrete problemstillinger etter oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF.
- Inndeling av fagfelt i regionale funksjoner, flerområdefunksjoner og områdefunksjoner, slik at det sikres en dynamikk i samling og desentralisering av behandlingsfunksjoner i tråd med endringer i kunnskap, teknologi, pasientvolum mv.

I Oppdragsdokumentet for 2009 er Helse Sør-Øst RHF gitt flere oppdrag som har som formål å sikre kvalitet i den kirurgiske kreftbehandlingen. Blant annet er Helse Sør-Øst RHF, jmfør punkt 3.2.1 Behandlingskvalitet, gitt følgende oppdrag:

For å sikre kvalitet i den kirurgiske kreftbehandlingen skal Helse Sør-Øst RHF gjennomgå hvilke enheter som utfører kirurgisk kreftbehandling, spesielt innen kreft i spiserør, bukspyttkjertel, lever, prostata, endetarm, tykktarm, lunger og bryst. Det skal i gjennomgangen legges vekt på faktorer som har betydning for behandlingskvaliteten slik som pasientvolum, organisering og kompetanse, blant annet grad av spesialisering, tverrfaglige team, samt kompetanse til å håndtere uforutsette situasjoner og komplikasjoner. Ved samling av komplisert kreftkirurgi som krever støttefunksjoner bør følgende organisatoriske endringer vurderes: 1) desentralisering av mindre behandlingsskrevende kirurgi, 2) desentralisering av palliativ behandling som kan skje i samarbeid med kommunal sektor.

Det sies videre at:

- *Spesialiserte områdefunksjoner skal som hovedregel samles ett sted innenfor et sykehusområde.*
- *Regionale funksjoner skal som hovedregel samles ett sted i regionen.*
- *Ved lokalisering av spesialiserte område- og regionale funksjoner må det tas hensyn til pasientenes behov gjennom en samlet faglig kvalitetsvurdering, faglige avhengigheter og ressursvurderinger.*
- *I sykehusområder der lokale forhold ikke ligger til rette for samling av spesialiserte funksjoner ett sted, må faglig kvalitet og effektiv ressursbruk ivaretas gjennom andre tiltak.*

Helse Sør-Øst har gitt et oppdrag til Regionalt fagråd for kreft basert på ovenstående. Oppdraget ble grundig diskutert i fagrådet for å velge en tilnærming som kunne gi Helse Sør-Øst den forespurte anbefaling innen gitte tidsfrist, med god involvering av fagfolk innen de ulike deler av kreftbehandlingen fra de ulike sykehusområder. Fagrådet nedsatte fire arbeidsgrupper for urologisk kreftbehandling, kirurgisk behandling av bryst- og endokrinkreft, kirurgisk behandling av gastrointestinalkreft og kirurgisk behandling av kreft i lunger. Arbeidsmetode og prosess har vært drøftet med ledelsen i Helse Sør-Øst og i Fagdirektørmøtet. Arbeidsgruppene har gjennomført flere møter og utarbeidet innstillinger til Fagrådet. Fagrådet har så diskutert innspillene fra arbeidsgruppene og utarbeidet nedenstående anbefaling til Helse Sør-Øst, med arbeidsgruppenes innstillinger som vedlegg.

Når fagrådet nå gir sin innstilling til Helse Sør-Øst, forsøkes det å legge det til rette for en utvikling som er fremtidsrettet og som bygger opp under og styrker kvaliteten innen hele kjeden av kreftbehandling. Det gis anbefalinger om hvordan de ulike områder av kreftbehandlingen bør utvikles i regionen i årene framover. Det har imidlertid vært en utfordrende prosess å skulle fokusere på pasientenes beste uten å ta hensyn til dagens sykehusstruktur med etablerte fagmiljøer og tidligere funksjonsfordeling. Argumentene for å etablere fremtidsrettede gode løsninger for pasientene har måttet bryne seg på argumentene for å bevare dagens praksis innen kreftkirurgien.

Minimumsvolum av pasientbehandling innen de ulike sykehus er et stadig tilbakevendende tema når det gjelder organiseringen av kreftkirurgi. Dokumentasjonen av et slikt minimumsvolum er begrenset. Innen de aller fleste områder er det dog enighet om at det er en sammenheng mellom volum og kvalitet. Men det kan være vanskelig å sette en absolutt nedre grense for det behandlingsvolum som gir god kvalitet.

Begrenset dokumentasjon har gjort det vanskelig å definere absolutte minimumskrav i dette arbeidet. Men både i arbeidsgruppene og regionalt fagråd er det forsøkt å sette noen grenser som fagrådet mener kan bidra til en kvalitetsheving.

Fagrådet ønsker å peke på at å sikre et høyt nok volum ikke nødvendigvis trenger å innebære en sentralisering til Oslo. Det kan også være områder der det, av ulike hensyn, kan være hensiktsmessig å slå sammen opptaksområder (etablere flerområdefunksjoner) for å sikre enheter utenfor Oslo et tilstrekkelig volum. Når det gjelder pasientvolum og fordeling av oppgaver må man også ta hensyn til endringene i opptaksområder som gjennomføres, slik som endringene som skjer per 1.1.2011 ved overføring av pasientgrunnlag fra Oslo universitetssykehus til Akershus universitetssykehus. Deler av fagrådet er opptatt av at Oslo universitetssykehus ikke skal få en for dominerende rolle i regionen og mener man bør se på muligheten av samling av ulike funksjoner ved flere enheter i regionen.

Ved etableringen av Oslo universitetssykehus som Helse Sør-Østs regionsykehus, er regionsykehuset pålagt et tydelig ansvar for etablering/oppbygging av kunnskap og kompetanse ved regionens helseforetak. Dette innebærer at regionsykehuset på ulike måter skal bidra til opplæring av personell og sikre kompetanse ved de ulike foretak i regionen. Det kan dreie seg om at regionsykehuset bidrar med kompetent personell i perioder eller at personell ved helseforetakene i perioder kan arbeide ved regionsykehuset for opprettholdelse og oppbygging av desentralisert kompetanse. Tverrfaglige regionsmøter og teledisinske konferanser er også viktige virkemidler for å ivareta kompetanseutviklingen i regionen.

I sin innstilling til Helse Sør-Øst har fagrådet i hovedsak vektlagt kvaliteten i kreftbehandlingen i henhold til fagrådets mandat og oppdrag. Gjennomføring av anbefalingene vil på noen områder kunne influere på andre deler av foretakenes pasientbehandling, slik som f.eks akuttfunksjonene og andre medisinske oppgaver. Fagrådet har ikke gått inn i disse vurderinger på tvers av ulike sykehusoppgaver og fagområder, og mener disse må gjøres av Helse Sør-Øst i samarbeid med de ulike helseforetak før endelig vedtak fattes.

Innen alle de fire områdene som er berørt er det foreslått konkrete kvalitets-/robusthetskrav til enheter som skal utføre kirurgisk kreftbehandling. Dette vil være viktig for å bidra til en kvalitetsheving av pasientbehandlingen innenfor kreftområdet. En innføring av strengere krav for å heve kvaliteten i utredning og behandling vil kunne kreve økte ressurser av økonomisk, personellmessig og utstyrmessig karakter.

Fagrådet har søkt å holde fokus på hva som er best for pasientene. Rådet ønsker å vektlegge særskilt nødvendigheten av å få gjort noe med de lange ventetidene flere pasientgrupper opplever i ulike deler av sitt behandlingsforløp. De danske retningslinjer for "pakkeforløp" vedr. utredning og behandling av kreftsykdom bør vurderes nøyer i tiden framover. Fagrådet mener at ventetiden fra diagnosen er sikret og nødvendig utredning er gjennomført, til start av behandling, ikke bør overstige 2 uker.

Det er selvsagt viktig at pasientene får nødvendig tid fra diagnosen stilles til behandling starter, bl.a. for å kunne reflektere over ulike behandlingsmetoder m.m.. Men dette er i praksis nesten aldri noen reell problemstilling. Det er enighet om at det i dag er altfor mange som venter for lenge.

Det er behov for å forbedre logistikken knyttet til diagnostisering, utredning og oppstart behandling. Kommunikasjon mellom avdelinger og foretak, umiddelbar søknadsvurdering, tilbakemelding til pasient og henvisende instans – alt dette må forbedres og kvalitetssikres for å hindre tidstap.

Videre ønsker fagrådet å poengtere viktigheten av etablering og vedlikehold av kvalitetsregistre ved de ulike kreftsykdommer. Dette vil utvilsomt være et av våre viktigste redskaper i arbeidet med å heve kvaliteten innen ulike deler av kreftkirurgien og den multidisiplinære kreftomsorg. Men det tar tid og koster penger å bygge opp databaser som kan gi oss gode svar. Fremdeles er det viktige kreftområder der det ikke er etablert gode og sammenhengende kvalitetsregistre. Dette er det viktig å få på plass. Fagrådet er opptatt av at det sikres finansiering både av registre som er etablert, registre som planlegges etablert og nye som bør etableres

De nasjonale handlingsprogrammene innen kreftområdet vil være sentrale fremover. Fagrådet har inntrykk av at disse brukes aktivt. Men de vil kreve en betydelig innsats av fagmiljøene i samarbeid med Helsedirektoratet og Kunnskapssenteret å foreta jevnlig revisjoner av programmene.

I kreftomsorgen er funksjonen til de multidisiplinære team i vurderinger og beslutninger av enkeltpasienters utredning og behandling av avgjørende betydning. Velfungerende robuste team bestående av spesialisert kirurg, onkolog, radiolog og evt. patolog og andre, er ofte en forutsetning for å kunne tilby moderne kreftbehandling. Slike krav er nedfelt i nasjonale handlingsplaner og er i enkelte land en forutsetning for å få økonomisk refusjon for behandlingen. Fagrådet og de ulike arbeidsgrupper legger stor vekt på at slike team etableres ved helseforetak som gir kreftbehandling.

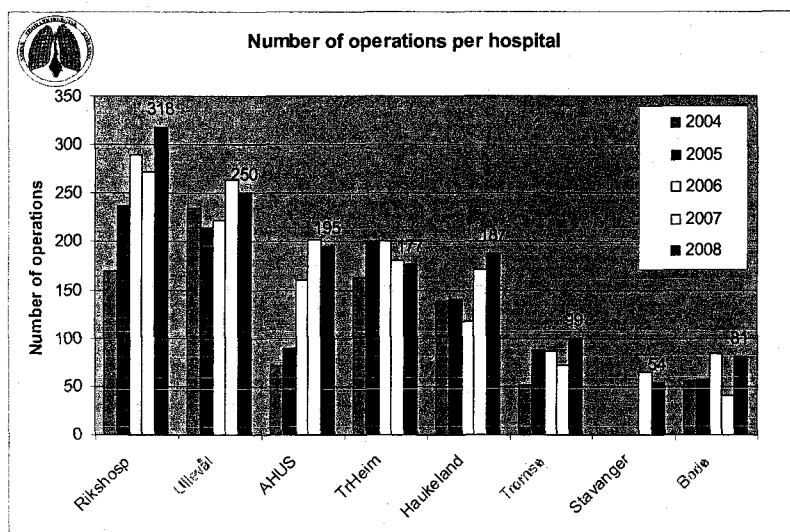
Regionalt fagråd vil anbefale Helse Sør-Øst å gi fagrådet i oppdrag i 2012 å foreta en revisjon av de beslutninger som fattes på bakgrunn av dette arbeidet. Da vil fagrådet, på bakgrunn av operasjonstall for 2009, 2010 og 2011 kunne verifisere om alle foretakene oppfyller kvalitetskravene som er fastsatt og at vedtaket etterleves.

1. Kreft i lunger

1.1 Arbeidsgruppens anbefalinger

For 20 år siden ble det utført lungekirurgi ved omlag 25 sykehus i Norge. Av disse var nær 15 i Helse Sør og Helse Øst. I 2009 ble denne kirurgien gjort på følgende 8 sykehus i landet: Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø, Nordlandssykehuset Bodø, St. Olavs Hospital Trondheim, Haukeland Universitetssykehus Bergen, Stavanger Universitetssykehus, samt ved Rikshospitalet, Ullevål Universitetssykehus og Akershus Universitetssykehus i Helse Sør-Øst.

Den operative aktivitet innen lungekirurgi de siste årene har vært følgende:



Norwegian Association of Cardiothoracic Surgeons

Denne figuren omfatter all lungekirurgi. Som en tommelfingerregel kan man regne med at kirurgi for primær lungekreft utgjør omlag 1/3 av det totale antall.

Akershus universitetssykehus og Oslo universitetssykehus hhv Ullevål og Rikshospitalet gjør lungekirurgi i vår region. I 2008 ble det gjort 195 lungeoperasjoner på AHUS, 250 på Ullevål og 318 på Rikshospitalet. Dette er de 3 største enhetene i Norge innen denne aktiviteten.

Antall operasjoner årlig for lungekreft og lungemetastaser ved de 3 sykehusene:

	2005	2006	2007	2008	2009
Lungekreft					
Akershus universitetssykehus	31	35	53	45	43
OUS, Rikshospitalet	75	100	85	96	137
OUS, Ullevål	69	83	106	118	121
Lungemetastaser					
Akershus universitetssykehus	3	1	14	6	6
OUS, Rikshospitalet	13	40	46	66	63
OUS, Ullevål	7	8	11	20	15

I 2008 ble 259 (av 502 i hele landet) operasjoner for lungekreft gjort på de tre sykehus.

I Helse Sør-Øst er det en noe lavere operasjonsrate i forhold til befolkningen, sammenlignet med hele landet totalt (20 %). Dette tilsier at i Helse Sør-Øst bør aktiviteten økes til 300 – 350 operasjoner for lungekreft årlig.

16 av operasjonene ble gjort thorakoskopisk, alle disse ved Ahus. Det er antydning at om lag 20% av reseksjoner for lungekreft bør gjøres thorakoskopisk. Ved operasjon av lungemetastaser bør trolig andelen med thorakoskopisk tilgang være høyere.

1.1.1 Behandling av mesotheliom

Kirurgi i form av ekstrapleurale pneumonektomi har som ledd i en multimodal behandling hos pasienter med begrenset utbredelse av malignt pleuralt mesotheliom vist å kunne bedre overlevelse. På bakgrunn av dette har vi tidligere på Ullevål Universitetssykehus tilbudt denne operasjonen og operert et mindre antall pasienter. Per dags dato foreligger imidlertid ingen konsensus vedrørende kirurgisk behandling av maligne mesotheliomer. Norsk Lungecancergruppe (NLCCG) har anbefalt at egnede pasienter med malignt pleuralt mesotheliom fortrinnsvis bør henvises Riggshospitalet i København for inklusjon i en felles skandinavisk studie med en definert behandlingsprotokoll. Thoraxkirurgisk fagmiljø har fulgt denne anbefalingen så lenge denne studien pågår, men som hovedprinsipp mener miljøet at denne pasientgruppen bør behandles i Norge. Norge har nødvendig kirurgisk og onkologisk kompetanse og utstyr for å gjennomføre en multimodal behandling av pasienter med begrenset utbredelse av malignt pleuralt mesotheliom. Dette gjelder så vel preoperativ diagnostikk med PET-CT, kirurgi og onkologisk behandling inklusiv stråleterapi med IMRT-teknikk.

1.1.2 Utredningstid og organisering av utredning for pasienter med mistanke om lungekreft

Tiden det tar fra disse pasientene søker lege til de er operasjonsklare er i dag altfor lang – Arbeidsgruppen anbefaler at det nedsettes en arbeidsgruppe for å stille krav om struktur, organisering og bemanning ved de lungemedisinske enheter som skal utrede pasienter med mistanke om lungekreft. I tillegg må det vurderes om det skal settes en grense for maksimal tidsbruk fra en pasient søker lege for symptomer eller funn som kan gi mistanke om lungekreft og til pasienten blir operert.

1.1.3 Tid fra ferdig utredning til operasjon

Tiden fra ferdig diagnostisert lungekreft til operasjon synes å holdes innen 1 måned slik retningslinjene tilsier.

Arbeidsgruppen foreslår at det store flertall (mer enn 80 %) av pasienter bør opereres innen 2 uker fra de er ferdig utredet.

1.1.4 Krav til enheter som skal operere lungekreft

Selv om resultatene innen lungekirurgi i stor grad er avhengig av operatørens erfaring og kvalifikasjoner, er denne kirurgien avhengig av et større apparat. Det er ikke tilstrekkelig å kun ha en kirurg som behersker dette.

Ved Oslo universitetssykehus, Riggshospitalet og Ullevål er lungekirurgien organisert integrert med hjertekirurgien. Dette er en styrke, spesielt når det er aktuelt med perikardreseksjon, aortareseksjon eller behov for støtte av hjerte- lungemaskin. Denne organisering og struktur

synes å gi en robusthet i den forstand at funksjoner ikke er avhengig av enkeltpersoner samt at det er tilstrekkelig bemanning med erfarne spesialister til å kunne få inn bistand til vurdering og behandling av uforutsette hendelser og komplikasjoner. Ahus er det eneste sykehuset i regionen som gjør thorakoskopiske inngrep ved kreft i lungene (ca 30% av dette foretakets inngrep for denne pasientgruppen).

I et sykehus hvor det opereres lungekreft bør det være følgende funksjoner:

- Anestesilege i døgnvakt, samt postoperativ- og intensivhet.
- Fysioterapi- og pleietjeneste.
- Lungemedisiner i døgnvakt og med mulighet for bronkoskopi.
- Onkolog
- Patologitjeneste med frysesnitt.
- Radiolog i døgnvakt og mulighet for vanlig rgt og CT.
- Thoraxkirurg i døgnvakt.
- Alle spesialiteter og yrkesgrupper omkring disse pasientene skal være spesielt dedikert dette, og bør ha denne pasientgruppen som hoveddel av sitt arbeid.
- De som skal operere lungekreft skal være thoraxkirurger med spesielt ansvar for og engasjement i kirurgisk behandling av kreftsykdommer i thorax.

Hvert senter der denne kirurgien gjøres skal ha kjennskap til senterets operative mortalitet, og denne bør ligge under 3 % for operasjoner for lungekreft og under 1 % for operasjoner for lungemetastaser.

1.1.5 Multidisiplinære team

Ved vurdering av operabilitet for pasienter med primær lungekreft og med metastaser skal dette gjøres i et multidisiplinært team bestående av thoraxkirurg, lungemedisiner, onkolog, patolog og radiolog. Klinikeren som kjenner pasienten og sykehistorien må også delta, og dette kan gjøres ved hjelp av telemedisin. Slike møter bør holdes ukentlig. Pasienter som ikke skal opereres kanaliseres videre til annen behandling.

1.1.6 Arbeidsgruppens forslag til endringer i funksjonsfordelingen

Arbeidsgruppens anbefaling:

1. En videreføring av situasjonen slik den er i dag:
Antall sykehus som utfører lungekirurgi er redusert fra nær 15 til 3 innen Helseregion Sør-Øst. Ingen av disse 3 stedene har kritisk lavt operasjonsantall. AHUS mangler full vaktordning med formelt godkjent thoraxkirurg. Forøvrig synes samtlige 3 sykehus å ha de nødvendige interne funksjoner for å ivareta pasienter som opereres for kreft i lunger, og har dermed en "robust struktur". Ved AHUS er lungekirurgien og karkirurgien gjensidig avhengige av hverandre. Om man i vår helseregion ønsker å sentralisere all lungekirurgi til ett senter må det holdes opp mot at gjenværende kirurgi på AHUS vil kunne bli skadelidende.
2. En samling av all lungekirurgi
Uten at det er påkrevet, kan lungekirurgien i regionen sentraliseres ytterligere. En sammenslåing av alle 3 enheter vil gi operasjonstall på 800 – 1000 per år og bli et senter av middels til stor størrelse i europeisk sammenheng. Dette vil åpne vesentlige muligheter for å videreutvikle faglige spissfunksjoner og ivareta forskning.

1.2 Regionalt fagråd anbefaler:

1.2.1 Ventetider:

Det nedsettes en arbeidsgruppe for å stille krav om struktur, organisering og bemanning ved de lungemedisinske enheter som skal utrede pasienter med mistanke om lungekreft. Som del av dette arbeidet må det vurderes om det skal settes en grense for maksimal tidsbruk fra en pasient søker lege for symptomer eller funn som kan gi mistanke om lungekreft og til pasienten blir operert.

Det store flertall pasienter (mer enn 80%) bør opereres innen 2 uker fra de er ferdig utredet.

1.2.2 Kvalitetskrav

Følgende krav må oppfylles for enheter som skal operere lungekreft.

- Anestesilege i døgnvakt, samt postoperativ- og intensivhet.
- Fysioterapi- og pleietjeneste.
- Lungemedisiner i døgnvakt og med mulighet for bronkoskopi.
- Onkolog
- Patologitjeneste med frysesnitt.
- Radiolog i døgnvakt og mulighet for vanlig rtg og CT.
- Thoraxkirurg i døgnvakt.
- Alle spesialiteter og yrkesgrupper som behandler disse pasientene skal være spesielt dedikert dette fagfelt, og bør ha denne pasientgruppen som hoveddel av sitt arbeid.
- De som skal operere lungekreft skal være thoraxkirurger med spesielt ansvar for og engasjement i kirurgisk behandling av kreftsykdommer i thorax.

Hvert senter der denne kirurgien gjøres skal ha kjennskap til senterets operative mortalitet, og denne bør ligge under 3 % for operasjoner for lungekreft og under 1 % for operasjoner for lungemetastaser.

1.2.3 Multidiplinære team

Multidiplinært team for vurdering av operabilitet forpasienter med både primær lungekreft og metastaser skal bestå av thoraxkirurg, lungemedisiner, onkolog, patolog og radiolog. Teamene bør møtes ukentlig.

1.2.4 Funksjonsfordeling:

En videreføring av situasjonen slik den er i dag med virksomhet både ved Oslo universitetssykehus og Ahus.

- Det forutsettes et tettere samarbeid mellom Akershus universitetssykehus og Oslo universitetssykehus innen forskning og kvalitetsutvikling.
- Fagrådet anbefaler at det utarbeides en ensartet pasientlogistikk ved de to foretakene.
- Fagrådet anbefaler også at det arbeides for en samling av virksomheten innen OUS.

2. Gastrointestinal kreft

2.1 Arbeidsgruppens anbefaling

Utsiktene for pasienter med kolorektalkreft er bedre i Norge enn i nesten alle andre europeiske land. Dette utelukker ikke lokale forskjeller, men det er grunn til å tro at kvaliteten og behandlingstilbudet er mer ensartet i Norge enn i større nasjoner. Dette taler for at det bør gjøres få og små forandringer i organiseringen av omsorgen for denne pasientgruppen. Forandringer kan likevel være berettiget, spesielt hvis man legger andre kvalitetskriterier til grunn enn overlevelse. For norske pasienter med øsofagus- og ventrikkeltumor derimot er utsiktene dårligere enn gjennomsnittet i Europa. Pasienter med pancreascancer har overalt en svært dårlig prognose.

Omkring 35% av pasientene med gastrointestinal cancer har uhelbredelig sykdom på diagnosetidspunktet, og av dem som behandles med kurativt siktemål, vil ytterligere 35% siden få et uhelbredelig residiv. I Helseregion Sør-Øst utgjør dette til sammen ca. 1600 pasienter i året, en gruppe nesten på størrelse med alle nydiagnostiserte kolorektalkreftpasienter.

2.1.1 Kreftkoordinator

Arbeidsgruppen foreslår at det opprettes stillinger som kreftkoordinator ved alle gastrokirurgiske avdelinger. Ved små avdelinger kan denne stillingen kombineres med andre sekretæroppgaver, ved de største avdelingene må det sannsynligvis opprettes flere stillinger.

2.1.2 Kvalitetskrav/robusthetskrav for enheter som skal utøve gastrointestinal kreftkirurgi

I arbeidsgruppens rapport fremkommer konkrete kvalitetskrav som må være oppfylt ved enheter som skal kunne utføre gastrointestinal kreftkirurgi.

2.1.3 Ventetider:

Arbeidsgruppen anbefaler å legge Helsedirektoratets retningslinjer for ventetider ved tykktarmskreft til grunn for behandling av all gastrointestinal kreft.

2.1.4 Forslag til endringer i funksjonsfordelingen:

Gastrointestinal kreftkirurgi utføres ikke lenger ved sykehusene i Flekkefjord, på Elverum og på Tynset. Av kriteriene som er definert over, bør slik kirurgi heller ikke utføres på Notodden, Kongsberg eller Kongsvinger med mindre disse avdelingene rustes opp.

2.1.4.1 Coloncancer

Arbeidsgruppens anbefaling:

1. Den gastrointestinale cancerkirurgien ved Sørlandet sykehus i Arendal, Ringerike sykehus og Diakonhjemmets sykehus begrenses til coloncancer.
2. Alle helseforetak som utfører kirurgi ved tykktarmskreft i dag kan videreføre denne gitt at kvalitetskravene dekkes ved alle sykehus som utfører denne kirurgien.

2.1.4.2 Rectumcancer

Arbeidsgruppens anbefaling:

1. Virksomheten kan videreføres ved, såfremt kvalitetskravene inklusive volum oppfylles (minimum 20 reseksjoner per år):
 - a. Sykehuset Telemark
 - b. Sykehuset i Vestfold
 - c. Vestre Viken
 - d. OUS
 - e. Sykehuset Østfold
 - f. Akershus universitetssykehus
 - g. Sykehuset Innlandet
 - h. Sørlandet Sykehus, Kristiansand
2. Sykehuset Innlandet og Vestre Viken må selv kunne vurdere hvor aktiviteten skal foregå, men det forutsettes at kvalitetskravene, inkludert volumkravet, dekkes ved alle lokale enheter som utfører rectumcancerkirurgi.

2.1.4.3 Lokalavansert primært inoperabel rectumcancer og lokale residiv

Dette dreier seg om pasienter med så lokalavansert sykdom at de etter strålebehandling ikke kan forventes å bli radikaloperert med ordinær TME-teknikk.

Arbeidsgruppens anbefaling:

Behandlingen av disse tilstandene bør fortsatt sentraliseres til Oslo universitetssykehus.

2.1.4.4 Ventrikkcancer

Arbeidsgruppens anbefaling:

1. Flertallets forslag:
Reseksjonskirurgien samles på to steder.
 - a. Oslo universitetssykehus behandler pasienter fra sykehusområdene Sørlandet, Telemark-Vestfold, Vestre Viken, samt Oslo sykehusområde. Her vil det kunne utføres ca. 50 reseksjoner i året.
 - b. Akershus universitetssykehus behandler pasienter fra sykehusområdene Innlandet, Ahus og Østfold. Her vil det kunne utføres ca. 35 reseksjoner i året.

Kommentarer og begrunnelse: Forslaget innebærer en kraftig sentralisering. For enkelte pasienter vil dette medføre lang reisevei. Man vil imidlertid få to fagmiljøer som kan betraktes som høyvolumsentra i europeisk sammenheng med den mulighet for utvikling og kompetanseheving dette innebærer.

2. Mindretallets forslag

Ventrikkcancerkirurgien "sentraliseres" til

- a. Sørlandet sykehus, Kristiansand,
 - b. Sykehuset Telemark
 - c. Sykehuset i Vestfold
 - d. Vestre Viken, Buskerud
 - e. OUS,
 - f. Akershus universitetssykehus
 - g. Sykehuset Østfold
 - h. Sykehuset Innlandet, enten Hamar eller Lillehammer
- På bakgrunn av dagens data vil volumene variere fra ca. 5-20 reseksjoner i året.

Kommentarer og begrunnelse: Operasjonsvolumene forblir små, men vurderes som forsvarlige så sant avdelingene forøvrig tilfredsstillende de faglige forutsetningene. Forslaget imøtekommer sykehusenes behov for kompetanse innen øvre abdominalkirurgi, som er av betydning bl. a. for traumatologi og komplikasjonskirurgi.

2.1.4.5 Øsofagus- og cardiacancer

Arbeidsgruppens anbefaling:

Pasientene sentraliseres til Oslo universitetssykehus. Pasientene bør henvises dit for utredning så direkte som mulig med mindre kurativ behandling er klart utelukket. Også utredning med henblikk på palliativ radiokjemoterapi bør foregå sentralt, evt. i nært samarbeid med Oslo universitetssykehus. Palliativ endoskopisk behandling og kjemoterapi vil kunne gis lokalt.

2.1.4.6 Levermetastaser og pancreascancer

Arbeidsgruppens anbefaling:

1. Flertallets forslag:

All kirurgi for levermetastaser og pancreascancer sentraliseres til Oslo universitetssykehus.

Kommentarer og begrunnelse: Kompetansen på dette feltet er i dag samlet i Oslo universitetssykehus. En sentralisering vil styrke fagmiljøet ytterligere. For pancreascancer svarer et opptaksområde på 2,8 millioner til hva som anbefales i f. eks. britiske retningslinjer.

2. Mindretallets forslag:

Kirurgien sentraliseres til Oslo universitetssykehus og Akershus universitetssykehus med opptaksområder som foreslått i alternativet for ventrikkeltumor. Disse vil bli på henholdsvis 1,5 og 1,3 millioner innbyggere.

Kommentarer og begrunnelse: Forslaget er fremmet i et langsiktig perspektiv. Det krever oppbygging av fagmiljøene på Akershus universitetssykehus. Befolkningen som sogner hit, ca. 500 000, bør tilbys et fullstendig behandlingstilbud for kolorektal- og pancreascancer. Ved å øke opptaksområdet vil dette bli større enn for lever-galle-pancreaskirurgi i noen av de andre helseregionene. Forslaget utelukker ikke et utstrakt klinisk og vitenskapelig samarbeid med Oslo universitetssykehus.

2.1.4.7 Primær lever- og gallegangscancer

Arbeidsgruppens anbefaling:

Pasientbehandlingen sentraliseres til Oslo universitetssykehus.

Palliativ behandling

Når det gjelder arbeidsgruppens anbefalinger innenfor palliativ behandling vil dette bli nærmere diskutert i arbeidsgruppe for lindrende behandling som skal etableres sommeren 2010, som del av den helhetlige kreftplanen regionalt fagråd skal utarbeide innen 31.12.2010.

2.2 Regionalt fagråd anbefaler:

2.2.1 Kreftkoordinator:

Det opprettes stillinger som kreftkoordinator ved alle gastrokirurgiske avdelinger. Ved små avdelinger kan denne stillingen kombineres med andre sekretæroppgaver, ved de største avdelingene må det sannsynligvis opprettes flere stillinger.

2.2.2 Kvalitetskrav/robusthetskrav:

Kvalitetskravene/robusthetskravene arbeidsgruppen har utarbeidet forutsettes oppfylt ved enheter som skal kunne utføre gastrointestinal kreftkirurgi.

2.2.3 Forslag til endringer i funksjonsfordelingen:

Generelt:

Alle enheter som skal utføre kreftkirurgi skal oppfylle de spesifikke kvalitets-/robusthetskriteriene som er spesifisert i arbeidsgruppens rapport.

2.2.3.1 Coloncancer

- Den gastrointestinale cancerkirurgien ved Sørlandet sykehus i Arendal, Ringerike sykehus og Diakonhjemmets sykehus begrenses til coloncancer.
- Fagrådet gjennomfører en revisjon i 2012 for, på bakgrunn av operasjonstall for 2009, 2010 og 2011 kunne verifisere om foretakene oppfyller kvalitetskravene som er fastsatt og at vedtaket etterleves.

Regionalt fagråd støtter arbeidsgruppen i deres anbefaling om at alle helseforetak som utfører kirurgi ved tykktarmskreft i dag kan videreføre denne gitt at kvalitetskravene, inkludert volumkravet dekkes ved alle sykehus som utfører denne kirurgien.

Det ble i Fagrådet diskutert en ytterligere samling av coloncancerkirurgien, for eksempel til en lokalisasjon innen hvert sykehusområde, for å sikre god robusthet av de multidisiplinære team. Men fordi en slik sentralisering vil kunne ha negative effekter på gjenværende virksomhet og fagmiljø ved de ulike sykehus, må de samlede konsekvensene av et slikt forslag utredes nærmere.

Mulige fordeler:

- Økt pasientvolum og mer robust multidisiplinært team gir bedre mulighet for økt kvalitet, kvalitetssikring og kvalitetsevaluering
- Laparoskopisk kirurgi brukes i økende grad – krever store volum for å erverve og vedlikeholde kompetanse

Mulige ulemper

- Vanskelig å rekruttere og beholde kirurger med bred gastrokirurgisk kompetanse i det lokale gastrokirurgiske miljø. Dette kan negativt påvirke den totale kirurgiske aktivitet

2.2.3.2 Rectumcancer

1. Regionalt fagråd støtter arbeidsgruppen i deres anbefaling om at virksomheten kan videreføres ved, såfremt kvalitetskravene inklusive volum (minimum 20 reseksjoner per år) oppfylles:
 - Sykehuset Telemark
 - Sykehuset i Vestfold
 - Vestre Viken

- OUS
 - Sykehuset Østfold
 - Akershus universitetssykehus
 - Sykehuset Innlandet
 - Sørlandet Sykehus, Kristiansand
2. Sykehuset Innlandet og Vestre Viken må selv kunne vurdere hvor aktiviteten skal foregå, men det forutsettes at kvalitetskravene, inkludert volumkravet, dekkes ved alle lokale enheter som utfører rectumcancerkirurgi.

Det ble i Fagrådet diskutert en ytterligere samling av rectumcancerkirurgien til en lokalisasjon innen hvert sykehusområde. Men fordi en slik sentralisering vil kunne ha negative effekter på gjenværende virksomhet og fagmiljø ved de enkelte sykehus, må de samlede konsekvensene av et slik forslag utredes nærmere (se ovenfor under coloncancer).

2.2.3.3 Lokalavansert primært inoperabel rectumcancer og lokale residiv

Disse pasientene bør henvises til Oslo universitetssykehus. Etter neoadjuvant behandling bør pasienter som skal ha en utvidet reseksjon (ikke standard TME) som hovedregel opereres ved OUS.

Pasienter som etter gjennomført neoadjuvant radiokjemoterapi skal behandles med standard TME-disseksjon/reseksjon kan behandles ved alle sykehus som gjør kirurgi for rektumcancer

Kirurgisk behandling av lokalt recidiv bør utføres ved OUS.

2.2.3.4 Ventrikkelcancer

1. Fagrådets flertall anbefaler å samle reseksjonskirurgien på to steder.

- a. Oslo universitetssykehus behandler pasienter fra sykehusområdene Sørlandet, Telemark-Vestfold, Vestre Viken samt Oslo sykehusområde. Her vil det kunne utføres ca. 50 reseksjoner i året.
- b. Akershus universitetssykehus behandler pasienter fra sykehusområdene Innlandet, Ahus og Østfold. Her vil det kunne utføres ca. 35 reseksjoner i året.

2. Fagrådets mindretall ønsker en mindre sentralisering av denne kirurgien da den er viktig for den øvrige ventrikkelkirurgien, og ønsker en samling ved:

- a. Sørlandet sykehus, Kristiansand,
- b. Sykehuset Telemark
- c. Sykehuset i Vestfold
- d. Vestre Viken, Buskerud
- e. OUS,
- f. Akershus universitetssykehus
- g. Sykehuset Østfold
- h. Sykehuset Innlandet, enten Hamar eller Lillehammer

På bakgrunn av dagens data vil volumene ved de enkelte sykehus variere fra ca. 5 til 20 reseksjoner i året.

2.3.4.5 Øsofagus- og cardiacancer

Pasientene sentraliseres til Oslo universitetssykehus. Etter at diagnose er stillet kan CT for utredning av fjernmetastaser gjøres lokalt. Dersom det ikke foreligger fjernmetastaser og kurativ behandling kan være aktuelt, bør pasientene straks henvises OUS for videre utredning og behandling. Dersom palliativ radiokjemoterapi kan være aktuelt, bør også

videre utredning foregå ved OUS, evt. i nært samarbeid med OUS. Palliativ endoskopisk behandling og kjemoterapi kan gis lokalt.

2.3.4.6 Levermetastaser og pancreascancer

1. Fagrådets flertall anbefaler at kirurgi for levermetastaser og pancreascancer sentraliseres til Oslo universitetssykehus (som regionsykehusfunksjon, slik det i prinsippet er i dag), for å kunne ha et regionalt og nasjonalt senter med et stort pasientvolum med et sterkt multidisiplinært team, samt fagutvikling og forskning på et internasjonalt nivå.

2. Et mindretall i Fagrådet anbefaler at denne kirurgien sentraliseres til Oslo universitetssykehus og Akershus universitetssykehus, der Oslo universitetssykehus behandler pasienter fra sykehusområdene Sørlandet, Telemark-Vestfold, Vestre Viken samt Oslo sykehusområde og Akershus universitetssykehus behandler pasienter fra sykehusområdene Innlandet, Ahus og Østfold. Årsaken er ivaretagelsen av universitetsfunksjonen, den brede kolorektale kompetansen, det store opptaksområdet ved Ahus og den forventede veksten i pasientgruppen med operable (og ofte synkrone) levermetastaser. Det forutsettes et tett samarbeid mellom OUS og Ahus om disse oppgaver. Også Sørlandet sykehus ønsker å operere pasienter med levermetastaser, etter nærmere avtale med Oslo universitetssykehus.

2.3.4.7 Primær lever- og gallegangscancer

Pasientbehandlingen sentraliseres til Oslo universitetssykehus.

3. Urologisk kreftbehandling

3.1 Arbeidsgruppens anbefalinger

3.1.1 Kvalitetsregistre

Arbeidsgruppen mener det er et stort behov for å få etablert et gjennomgående kvalitetsregister innenfor det urologiske fagområdet i regionen og ser det som et ansvar og en oppgave for Helse Sør-Øst å få dette etablert.

3.1.2 Dedikerte kirurger

Arbeidsgruppen innfører begrepet "dedikerte operatører", urologer som har et særlig ansvar for en type inngrep slik at inngrep samles på færre hender. I noen grad etterleves nok dette prinsippet ved flere foretak også i dag da "øvelse gjør mester"-prinsippet legges til grunn innen mange av de kirurgiske fagområdene.

3.1.3 Ventetider

Arbeidsgruppen foreslår en ventetid på maksimum 14 dager for alle pasienter som skal tilbys større urologisk cancerkirurgi.

3.1.4 Robusthets-/kvalitetskrav til enheter som skal drive urologisk kreftbehandling

Arbeidsgruppen har satt kvalitetskrav til enheter som skal drive urologisk kreftbehandling for diagnosene:

- radikal prostatektomi, jf. arbeidsgruppens rapport pkt 2.3.1
- radikal nefrektomi, jf. arbeidsgruppens rapport pkt 2.3.2
- radikal cystektomi, jf. arbeidsgruppens rapport pkt 2.3.3

3.1.5 Volumkrav

Et av robusthetskravene/kvalitetskravene knytter seg til volum. Arbeidsgruppen er delt i sitt syn når det gjelder tallene som settes og hvorvidt volumtallet skal gjelde for hver enhet som skal utføre kirurgien eller om kravet til volum kan ses på som et samlet krav for foretaket totalt sett, og at kirurgien kan utføres på to steder.

I arbeidsgruppens rapport er det vist til denne problemstillingen, bl.a. under radikal prostatektomi der volumkravet er satt til 50. Både Vestre Viken og Sørlandet Sykehus har en aktivitet som er større enn dette minimumskravet, men ved begge helseforetak utføres kirurgien ved to lokalisasjoner.

3.1.6 Forslag til endring i funksjonsfordelingen:

3.1.6.1 Radikal prostatektomi

Diskusjonen bærer til dels preg av at det i tidligere Helse Øst ble gjort en funksjonsfordeling innenfor kreftkirurgien, styrebehandlet i mai 2005 "Sak 34-2005 Kreftkirurgi – funksjonsfordeling Helse Øst". For radikal prostatektomi ble det i denne forbindelse besluttet at denne kirurgien skulle ivaretas av Aker universitetssykehus og Akershus

universitetssykehus. Sykehuset Innlandet har imidlertid startet opp denne virksomheten de senere årene, selv om dette i 2005 ikke er lagt til grunn. I Helse Sør er det ikke gjennomført tilsvarende funksjonsfordeling.

Når det gjelder radikal prostatektomi bygges kapasiteten i dag opp nasjonalt innen robotkirurgi slik at de lange ventetidene for dette inngrepet vil reduseres betraktelig i løpet av kort tid.

Arbeidsgruppens anbefaling:

1. Kvalitets-/robusthetskravene skal være oppfylt ved alle enheter som skal utføre radikal prostatektomi.
2. Dette innebærer at radikal åpen prostatektomi kan videreføres ved:
 - a. Vestre Viken
 - b. Sørlandet sykehus
 - c. Sykehuset i Vestfold
3. Ved Vestre Viken og Sørlandet sykehus bør virksomheten samles ved et av sykehusene i helseforetaket.
4. Volumkravet dekkes ikke, i følge tall fra NPR, ved
 - a. Akershus universitetssykehus og
 - b. Sykehuset Innlandet
5. Dersom aktiviteten ved Akershus universitetssykehus, som en følge av den forestående utvidelsen av opptaksområde, øker til mer enn 50 åpne prostatektomier per år og virksomheten for øvrig oppfyller kvalitetskravene jf 2.3.1. kan virksomheten ved Akershus universitetssykehus videreføres.
6. Dersom aktiviteten ved Sykehuset Innlandet minst er på 50 åpne prostatektomier per år og virksomheten for øvrig oppfyller kvalitetskravene jf 2.3.1. kan virksomheten ved Sykehuset Innlandet videreføres.
7. Robotvirksomheten videreføres ved
 - a. OUS
 - b. Sykehuset Telemark
8. Fagrådet gjennomfører en revisjon i 2012 for, på bakgrunn av operasjonstall for 2009, 2010 og 2011 kunne verifisere om alle foretakene oppfyller kvalitetskravene som er fastsatt, inkludert minstekravet til operasjoner.

En videreføring og oppbygging av den åpne radikale prostatektomien slik arbeidsgruppens forslag legger til rette for, krever flere pasienter til åpen prostatektomi enn det antallet som henvises til denne prosedyren i dag. For å komme over minstenivået må flere av foretakene la være å sende pasienter til robotinngrep.

Nedenfor vises insidens for prostatakraft i regionen. Som tallene viser har denne økt med vel 20% i perioden.

	Østfold	Oslo	Akershus	Oppland	Hedmark	Buskerud	Vestfold	Telemark	Aust-Agder	Vest-Agder	Totalt
Prostatakreft											
Insidens * (2001/05)	144	314	280	174	187	174	186	127	96	122	1814
Insidens * (2004/08)	218	357	353	202	192	232	209	166	113	143	2185

* Insidens sier oss hvor mange tilfeller av prostatakraft vi kan forvente innen fylkene i regionen. Det øverste tallet fremkommer i Krefregisterets "Cancer in Norway 2005", og er beregnet som et gjennomsnitt av tallene for 2001 – 2005. Nederste tallene er tilsvarende, hentet fra den siste rapporten "Cancer in Norway 2008" og fremkommer som et gjennomsnitt av tallene for 2004 – 2008.

Når det gjelder Cancer in Norway 2008 er det her også fremskrevet forventede antall krefttilfeller i 2015 og 2020. Når det gjelder prostatakraft forventes en økning i antallet personer som får denne sykdom i vår region med samlet ca 38%.

3.1.6.2 Radikal nefrektomi:

Arbeidsgruppens anbefaling:

1. Kvalitets-/robusthetskravene skal oppfylles ved alle enheter som skal utføre radikal nefrektomi.
2. Virksomheten videreføres inntil videre ved:
 - a. Vestre Viken, helseforetaket sett samlet
 - b. Sykehuset Østfold
 - c. Ahus
 - d. Sykehuset Innlandet
 - e. OUS
 - f. Sørlandet sykehus, helseforetaket sett samlet
 - g. Sykehuset Telemark
 - h. Sykehuset i Vestfold
3. Aktiviteten ved Vestre Viken og Sørlandet sykehus bør samles ved et av sykehusene i helseforetaket for å oppnå ønsket robusthet.
4. Fagrådet gjennomfører en revisjon i 2012 for, på bakgrunn av operasjonstall for 2009, 2010 og 2011 kunne verifisere om alle foretakene oppfyller kvalitetskravene som er fastsatt, inkludert minstekravet til operasjoner.

3.1.6.3 Radikal cystektomi

Nedenfor vises insidens for blærekreft i regionen.

	Østfold	Oslo	Akershus	Oppland	Hedmark	Buskerud	Vestfold	Telemark	Aust-Agder	Vest-Agder	Totalt
Blærekreft											
Insidens * (2001/05)	57	84	79	39	50	44	47	37	20	30	487
Insidens * (2004/08)	61	84	86	37	45	46	54	39	24	25	501

* Insidens forteller oss hvor mange tilfeller av blærekreft vi kan forvente i regionens fylker. Det øverste tallet fremkommer i Kreftregisterets "Cancer in Norway 2005", og er beregnet som et gjennomsnitt av tallene for 2001 – 2005. Nederste tallene er tilsvarende, hentet fra den siste rapporten "Cancer in Norway 2008" og fremkommer som et gjennomsnitt av tallene for 2004 – 2008. NB: Tallene inkluderer kun menn med blærekreft.

Som det kan leses ut av tabellen har det ikke vært noen stor vekst i antallet blærekreft i regionen de siste årene.

Arbeidsgruppens anbefaling:

1. Kvalitets-/robusthetskravene skal oppfylles ved alle enheter som skal utføre radikal cystektomi.
2. Det etableres samarbeid mellom flere Helseforetak i Helse Sør-Øst:
 - Sykehusområdet Akershus og Innlandet går sammen i ett senter (per 1.1.2011 et opptaksområde på ca 850 000).
 - Sykehusområdet Telemark – Vestfold etablerer ett felles senter. (per 1.1.2011 et opptaksområde på ca 400 000)
 - Vestre Viken har i dag ikke tilstrekkelig volum til å opprettholde dagens virksomhet. Dette kan endre seg noe seg dersom lekkasjen fra Asker og Bærum snus, men kombinasjonen av fritt sykehusvalg og lange tradisjoner gjør dette usikkert. Vestre Viken må derfor søke samarbeid med annet sykehusområde, enten OUS eller Telemark-Vestfold
 - Østfold ligger nær grensen på volummål, men er avhengig av samarbeid med OUS for å sikre tilstrekkelig kirurgisk aktivitet for dedikerte kirurger.

- Sykehuset Sørlandet har lite volum og må samarbeide med annet sykehusområde. Gruppen foreslår samarbeid med OUS.
- 3. Blæresubstitutt kan opereres på AHUS, OUS og i Tønsberg.
- 4. Alle pas som trenger kontinent avledning opereres på OUS.
- 5. Fagrådet gjennomfører en revisjon i 2012 for, på bakgrunn av operasjonstall for 2009, 2010 og 2011 kunne verifisere om alle foretakene oppfyller kvalitetskravene som er fastsatt, inkludert minstekravet til operasjoner.

Når det gjelder radikale cystektomier foreligger en dissens (eget vedlegg) fra Sørlandet Sykehus, samt en merknad (innarbeidet i rapporten) fra arbeidsgruppens representant fra Vestre Viken.

Det har, etter at arbeidsgruppen avga sin rapport, kommet en merknad fra Sykehuset Innlandet v/ Steinar Sivertsen (vedlagt). Iflg. merknaden var det i arbeidsgruppen ikke enighet om at Ahus og SI skulle gå sammen i ett senter, slik arbeidsgruppens rapport sier. Det som ble drøftet var at SI i fremtiden kunne samarbeide med A-hus om visse pasientgrupper.

3.2 Regionalt fagråd anbefaler:

3.2.1 Kvalitetsregistre:

Fagrådet anbefaler Helse Sør-Øst om å igangsette et arbeid for å få etablert et gjennomgående kvalitetsregister innenfor det urologiske fagområdet i regionen.

3.2.2 Kvalitetskrav/robusthetskrav til enheter som skal drive urologisk kreftbehandling

Fagrådet anbefaler at kvalitetskravene innenfor

- radikal prostatektomi, jf. arbeidsgruppens rapport pkt 2.3.1
- radikal nefrektomi, jf. arbeidsgruppens rapport pkt 2.3.2
- radikal cystektomi, jf. arbeidsgruppens rapport pkt 2.3.3

innføres som absolutte krav for alle enheter som skal utføre urologisk kreftbehandling.

Regionalt fagråd mener at skal kravene til robusthet/kvalitet ha noen mening, må minimumskravene som er satt for enheter som skal utføre kirurgisk kreftbehandling gjelde for hver enkeltstående enhet som skal utføre kreftkirurgi. Er det foretak som på hvert av to steder kan oppfylle kvalitetskravene, inkludert volumkravene, kan foretaket etablere slik virksomhet begge steder. Er volumene for små på et av stedene eller på begge stedene, bør virksomheten samles til et av dem. Oppfyllelse av kravene til tverrfaglig deltakelse og dedikerte kirurgers ansvar for bl.a. foretakets logistikk for en pasientgruppe tilsier en samling av aktiviteten innen et helseforetak/sykehusområde.

3.2.3 Protese kirurgi

En del av pasientene som opereres med radikal prostatektomi vil få så store komplikasjoner at de vil ha behov for protese kirurgi etter inngrepet. Dette gjelder både pasienter som opereres med robot og åpen operasjon.

Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet har landsfunksjon for protese kirurgi både for urincontinens og erectil dysfunksjon som trenger penisimplantater.

Det er i dag langt færre enn behovet tilsier som får tilbud om protesekirurgi. Hvis det opereres 700-800 pasienter i HSØ/år er behovet trolig 70-80 sfinkterimplantater. Penisimplantatene er underprioritert og kommer i tillegg.. Denne kirurgien er viktig for pasientenes livskvalitet og fagrådet mener det er sentralt å få sikret tilstrekkelig kapasitet innenfor dette området.

3.2.4 Forslag til endring i funksjonsfordelingen:

3.2.4.1 Prostataktomier:

1. Kvalitets-/robusthetskravene inkludert volum (minimum 25 operasjoner per operatør, minst 50 operasjoner per enhet) skal være oppfylt ved alle enheter som skal utføre åpen radikal prostatektomi.
2. Dette innebærer at radikal åpen prostatektomi kan videreføres ved:
 - a. Vestre Viken
 - b. Sørlandet sykehus
 - c. Sykehuset i Vestfold
3. Ved Vestre Viken og Sørlandet sykehus bør virksomheten samles ved et av sykehusene i helseforetaket.
4. Volumkravet dekkes ikke, i følge tall fra NPR, ved
 - a. Akershus universitetssykehus og
 - b. Sykehuset Innlandet
5. Dersom aktiviteten ved Akershus universitetssykehus, som en følge av den forestående utvidelsen av opptaksområde, øker til mer enn 50 åpne prostatektomier per år og virksomheten for øvrig oppfyller kvalitetskravene jf 2.3.1. kan virksomheten ved Akershus universitetssykehus videreføres.
6. Dersom aktiviteten ved Sykehuset Innlandet minst er på 50 åpne prostatektomier per år og virksomheten for øvrig oppfyller kvalitetskravene jf 2.3.1. kan virksomheten ved Sykehuset Innlandet videreføres.
7. Sykehuset Østfold utfører i dag ikke prostatektomier, men henviser pasientene til OUS. Om sykehuset skulle ønske å etablere slik virksomhet, må de samme volumkrav gjelde her som ved andre helseforetak i regionen med tilsvarende pasientgrunnlag.

Robotkirurgi

En hensiktsmessig bruk av robot innebærer ca 400 pasienter per år. Dagens bruk er i hovedsak rettet mot urologiske pasienter, men dette er et egnet redskap både innen gastroenterologisk kirurgi og gynekologi.

Det er ikke påvist at robotkirurgi gir bedre resultater enn åpen radikal prostatektomi. Det er likevel grunn til å tro at fagutviklingen innen kirurgi vil sørge for at robotvirksomheten i regionen vil utvides ved nyinvesteringer ved andre større sentra i regionen utover de to som har dette som etablert virksomhet i dag (OUS og Sykehuset Telemark)

3.2.4.2 Nefrektomier:

1. Kvalitets-/robusthetskravene inkludert volum (minimum 20 operasjoner per enhet per år) skal oppfylles ved alle enheter som skal utføre radikal nefrektomi.
2. Virksomheten videreføres inntil videre ved:
 - a. Vestre Viken, helseforetaket sett samlet
 - b. Sykehuset Østfold
 - c. Ahus
 - d. Sykehuset Innlandet
 - e. OUS
 - f. Sørlandet sykehus, helseforetaket sett samlet

- g. Sykehuset Telemark
- h. Sykehuset i Vestfold
- 3. Aktiviteten ved Vestre Viken og Sørlandet sykehus bør i løpet av 2011 samles ved et av sykehusene i helseforetaket for å oppnå ønsket robusthet.
- 4. Funksjonsfordelingen vil kunne påvirkes av beslutning Helse Sør-Øst RHF ang. karkirurgi.

3.2.4.3 Cystektomier

1. Fagrådets flertall anbefaler etablering av tre sentra for cystektomier i regionen, som også kan operere blæresubstitutt, ved: Akershus universitetssykehus, Oslo universitetssykehus og et felles senter ved Telemark – Vestfold.
 - a. Urologer ved de øvrige foretakene deltar i de tre kirurgiske teamene (ved Ahus, OUS, Telemark-Vestfold) som opererer denne pasientgruppen.
 - b. Alle pasienter som trenger kontinent avledning opereres ved OUS.
2. Et mindretall i fagrådet ønsker en videreføring av fordeling av cystectomiene som er mer lik dagens praksis. Dette innebærer at de foretak som i dag har etablert et behandlingstilbud for denne gruppen fortsetter sin praksis. Mindretallet mener også at en samling av cystektomier ikke er diskutert.

Regionalt fagråd er gjort kjent med at det i regi av Kunnskapssenteret nå gjøres et arbeid knyttet til cystektomier. Konklusjonen fra dette arbeidet foreligger imidlertid ikke enda, og Fagrådet har derfor ikke kunnet bygge sine konklusjoner på basis av dette.

4. Bryst- og endokrinkirurgi

Nedenfor vises insidens for brystkreft i regionen.

	Østfold	Oslo	Aker shus	Oppl and	Hed mark	Busk erud	Vestf old	Tele mark	Aust Agd er	Vest Agd er	Totalt
Brystkreft											
Innsidens (gjennomsnitt 2001/2004)	156	339	300	114	124	179	136	107	54	93	1602
Innsidens (gjennomsnitt 2005/2008)	160	344	309	113	127	158	164	105	53	95	1628

Det er en svakt stigende insidens av brystkreft i regionen. Men veksten er lav, kun 1,7%.

4.1. Arbeidsgruppens anbefalinger

4.1.1 Robusthets-/kvalitetskrav til enheter som skal drive bryst- og endokrinkreftbehandling

Arbeidsgruppen har i sin rapport, pkt 3.1. og 3.2 konkretisert hvilke kvalitetskrav som forutsettes innfridd ved enheter som skal utføre bryst- og endokrinkirurgi i regionen.

4.1.2 Krav til volum

I EUSOMA er det satt krav til at en enhet må ha tilstrekkelig størrelse til å nydiagnostisere mer enn 150 nye tilfelle av primær brystkreft hvert år. I Norge har spesialistforeningen satt som krav et minimumsvolum på 150 nye brystkreftoperasjoner per år for gruppe I avdelinger, og 100 per år for gruppe II avdelinger.

4.1.3 Private røntgeninstitutt, jf. arbeidsgruppens rapport pkt 3.2.5

Hvis det ved undersøkelse ved private røntgeninstitutt gjøres funn med kreftmistanke, skal pasientene henvises direkte til et BDS for utredning. Pasienter med suspekte funn i bryst, bør ikke henvises til privat røntgeninstitutt for trippeldiagnostikk, men direkte til et BDS. Helse Sør-Øst bør revurdere avtalene vedrørende utredningsrutiner ved private røntgeninstitutt.

4.1.4 Samarbeid med ØNH/kar/thorax om endokrinkirurgiske pasienter, jf. arbeidsgruppens rapport pkt 4.9

Arbeidsgruppen mener, i tråd med forutsetningene, at alle endokrinkirurgiske pasienter skal henvises en Bryst- og endokrinkirurgisk avdeling/seksjon. Dette er viktig, ikke minst med tanke på ivaretagelse av spesialitetens utdanningsfunksjon.

Fagrådet ber Helse Sør-Øst presisere dette overfor alle regionens helseforetak.

4.1.5 Sentralisering/desentralisering av behandling av endokrine neoplasier

Arbeidsgruppen slutter seg til forslaget fra samordningsprosjektet i 2006 når det gjelder sentralisering/desentralisering av behandling av endokrine neoplasier.

- "OUS skal fungere som referansesykehus for endokrine neoplasier i Helse Sør-Øst. Hit henvises alle medullære og anaplastiske tyreoidacancere samt de sjeldne paratyroidacancerne, maligne svulster i binyrene, paragangliomer og pasienter med MEN syndrom. Når det preoperativt er påvist sikre metastaser i halsfeltene hos pasienter med tyreoidacancer, skal pasienten også henvises OUS.
- Øvrig tyreoida og paratyroidesykdom kan behandles ved alle sykehus som har "endokrinologisk tverrfaglig team".
- Binyreneoplasier er så vanlige at de bør utredes ved alle endokrinsentre i området, men operasjonene sentraliseres til OUS."

Det ble i arbeidsgruppen pekt på at punktet om binyreneoplasier ikke har vært diskutert.

4.1.6 Utdanning

Det er i Helse Sør-Øst i dag behov for 8 nye overleger innenfor bryst- og endokrinkirurgi, stigende til et behov for 16 nye overleger i 2016. Behovet er ujevnt fordelt, mest akutt er behovet ved Sykehuset Innlandet og Sykehuset i Vestfold. På sikt må det stimuleres til at foretakene utdanner egne LIS, men dette vil ta tid og kan ikke løse fagets akutte utfordringer.

For å kunne drive utdanning av bryst- og endokrinkirurger kreves avdelinger med et pasientgrunnlag som er av en slik størrelse at legen(e) under spesialisering sikres tilfredsstillende erfaring innenfor normert tid på det området av spesialistutdanningen som vedkommende avdeling forutsettes å dekke. I tillegg må enhetens spesialister også ha et stort nok volum til en opprettholdelse og videreutvikling av egen kompetanse.

Arbeidsgruppen foreslår at:

- Det etableres flere LIS-stillinger.
 - OUS bør ha 4 - 6 LIS mot 2 i dag (forutsatt stort nok operasjonsvolum).
 - Ved gruppe 1 avdelinger konverteres alle rotasjonsstillinger til LIS. Det vurderes samtidig hvordan rotasjonshastigheten i disse LIS -stillingene kan økes. Det må bl.a. vurderes om det kan være noen LIS-stillinger som kun er av 1 – 1,5 års varighet ved gruppe 1 sykehus
 - Sykehuset Innlandet og Telemark bør få en LIS hver
- LIS og lege i D-stilling på gruppe 1 sykehus skal ikke gå vakter utenfor egen avdeling.

4.1.7 Forslag til endringer i funksjonsfordelingen:

Det store uløste spørsmålet i arbeidsgruppens rapport går på hvorvidt denne spesialiteten fortsatt skal ha et kraftsentrum ved OUS. Ved regionsykehuset drives mer fagutvikling og forskning enn det gjøres ved øvrige områdesykehus. OUS og Ahus har i respektive vedlegg argumentert for og i mot en sammenslåing av aktiviteten de to stedene. Det gjøres samtidig oppmerksom på at arbeidsgruppen ikke har hatt mulighet til å diskutere dette området ferdig, og at det har vært en uenighet i gruppen om dette forslaget skal berøres eller ikke.

Arbeidsgruppens anbefaling:

1. Aktiviteten ved SAB må legges ned og overføres VV, Buskerud.
2. De Bryst- og endokrinkirurgiske avdelingene ved Sykehuset Telemark og Sykehuset i Vestfold inngår et forpliktende samarbeid som sikrer robustheten begge steder. Det må legges opp til rotasjonsordninger som sikrer endokrinkirurgisk kompetanse i hele miljøet. De to miljøene har samlet et stort volum og en forpliktende samarbeidsavtale vil kunne gjøre miljøet til en ressurs i utdanningen av spesialister.

3. Virksomheten ved Sykehuset Østfold, Sykehuset Innlandet og Sørlandet sykehus videreføres som i dag, gitt at de oppfyller kvalitetskravene som er satt for virksomheten.
4. Flertallet ønsker at virksomheten ved OUS justeres i samsvar med vedtak knyttet til endringer i opptaksområdet. Mindretallet ønsker en sammenslåing av OUS/Ahus til et stort senter, alternativt at OUS beholder dagens opptaksområde.
5. Flertallet ønsker at virksomheten ved Ahus justeres i samsvar med vedtak knyttet til endringer av opptaksområde og hadde ingen spesielle synspunkter i forhold til Overføringsprosjektet.

Det vises til vedlegg 1 og 2 i rapporten der det fremkommer argumenter for og i mot en sammenslåing av Ahus/OUS evt. opprettholdelse av OUS på dagens nivå

4.2 Regionalt fagråd anbefaler:

4.2.1 Robusthets-/kvalitetskrav til enheter som skal drive bryst- og endokrinkreftbehandling

Fagrådet støtter arbeidsgruppens anbefalinger til hvilke kvalitetskrav som skal dekkes ved enheter som skal utøve bryst- og endokrinkirurgi i regionen, jf. arbeidsgruppens rapport pkt 3.1 og 3.2.

4.2.2 Private røntgeninstitutt, jf. arbeidsgruppens rapport pkt 3.2.5

Hvis det ved undersøkelse ved private røntgeninstitutt gjøres funn med kreftmistanke, skal pasientene henvises direkte til et BDS for utredning. Pasienter med suspekke funn i bryst, bør ikke henvises til privat røntgeninstitutt for trippeldiagnostikk, men direkte til et BDS. Helse Sør-Øst bør revurdere avtalene vedr. utredningsrutiner ved private røntgeninstitutt.

4.2.3 Samarbeid med ØNH/kar/thorax om endokrinkirurgiske pasienter, jf. arbeidsgruppens rapport pkt 4.9

Fagrådet støtter arbeidsgruppen i synet på at alle endokrinkirurgiske pasienter skal henvises en Bryst- og endokrinkirurgisk avdeling/seksjon. Dette er viktig, ikke minst med tanke på ivaretagelse av spesialitetens utdanningsfunksjon.

Fagrådet ber Helse Sør-Øst presisere dette overfor alle regionens helseforetak.

4.2.4 Sentralisering/desentralisering av behandling av endokrine neoplasier

Fagrådet slutter seg til forslaget fra samordningsprosjektet i 2006 når det gjelder sentralisering/desentralisering av behandling av endokrine neoplasier.

- *"OUS skal fungere som referansesykehus for endokrine neoplasier i Helse Sør-Øst. Hit henvises alle medullære og anaplastiske tyreoidcancerer samt de sjeldne paratyroidcancerne, maligne svulster i binyrene, paragangliomer og pasienter med MEN syndrom. Når det preoperativt er påvist sikre metastaser i halsfeltene hos pasienter med tyreoidcancer, skal pasienten også henvises OUS.*
- *Øvrig tyreoid og paratyroid sykdom kan behandles ved alle sykehus som har "endokrinologisk tverrfaglig team".*

- *Binyreneoplasier er så vanlige at de bør utredes ved alle endokrinsentre i området, men operasjonene sentraliseres til OUS.* ”

4.2.5 Utdanning

Fagrådet slutter seg til arbeidsgruppens bekymring knyttet til utdanning av et tilstrekkelig antall spesialister i de nærmeste årene og understreker behovet for å få etablert flere utdanningsstillinger. Dette må håndteres videre av spesialitetskomiteen, som også må vurdere fordeling av slike stillinger mellom gruppe 1 og gruppe 2 avdelingene.

4.2.6 Forslag til endringer i funksjonsfordelingen:

Sett fra Regionalt fagråds ståsted er den skisserte problemstillingen helt sentral i Fagrådets oppgave overfor eier, som nettopp er å gi råd om hvilken funksjonsfordeling som foruten å sikre pasientbehandlingen stimulerer til økt forskning og fagutvikling, styrker fagområdets kompetanseoppbygging, bidrar til å heve kvaliteten i behandlingen og sikrer et tilstrekkelig nivå på utdanning av spesialister.

Anbefaling:

1. Aktiviteten ved SAB legges ned og overføres VV, Buskerud.
2. De Bryst- og endokrinkirurgiske avdelingene ved Sykehuset Telemark og Sykehuset Vestfold inngår et forpliktende samarbeid som sikrer robustheten begge steder. Det må legges opp til rotasjonsordninger som sikrer endokrinkirurgisk kompetanse i hele miljøet. De to miljøene har samlet et stort volum og en forpliktende samarbeidsavtale vil kunne gjøre miljøet til en ressurs i utdanningen av spesialister.
3. Virksomheten ved Sykehuset Østfold, Innlandet og Sørlandet videreføres som i dag, gitt at de oppfyller kvalitetskravene som er satt for virksomheten.
4. Helseforetakenes virksomhet bygger på eget opptaksområde.
5. Et mindretall i arbeidsgruppen har foreslått å samle virksomheten ved OUS og Ahus (beskrevet i arbeidsgruppens innspill, vedlagt). Fagrådet mener at dette forslaget ikke er godt nok utredet. Fagrådet anbefaler at forslaget vurderes videre utredet for å få frem hvilke muligheter en slik samling vil kunne gi mht. å etablere et regionalt/nasjonalt senter for å sikre nødvendig fagutvikling, forskning og utdanning, samt hvilke ulemper forslaget vil kunne ha for det helseforetak som i så fall ikke skal ha denne virksomheten.

Delleveranse 3

**fra Regionalt fagråd for kreft
Helse Sør-Øst RHF**

Funksjonsfordeling innen kreftbehandlingen

**Tillegg til delleveranse 2 som omhandler funksjons-
fordeling innen de sentrale deler av kreftkirurgien**

01.07.2010

1. Innledning.....	3
1.1 - Overgripende anbefalinger.....	5
1.1.1 Rekruttering.....	5
1.1.2 Kapasitet og kvalitet på billedannende utstyr	5
1.1.3 Standardiserte manualer for diagnostisering	6
2. Gjennomgang av de ulike områdene:.....	6
2.1 Akutt onkologi.....	6
2.1.1 Tilbakemelding fra regionavdelingen:	7
2.1.2 Anbefaling fra Regionalt fagråd for kreft:	7
2.2 Barnekreft.....	7
2.2.1 Tilbakemelding fra regionavdelingen:	8
2.2.2 Anbefaling fra Regionalt fagråd for kreft:	8
2.3 CNS-svulster (nevroonkologi)	8
2.3.1 Tilbakemelding fra regionavdelingen:	9
2.3.2 Anbefaling fra Regionalt fagråd for kreft:	9
2.4 Gynekologisk kreft.....	9
2.4.1 Tilbakemelding fra regionavdelingen:	10
2.4.2 Anbefaling fra Regionalt fagråd for kreft:	10
2.5 Hematologi.....	10
2.5.1 Tilbakemelding fra regionavdelingen:	11
2.5.2 Anbefaling fra Regionalt fagråd for kreft:	12
2.6 Lymfomer.....	12
Anbefalinger i Samordningsprosessen, se Hematologi ovenfor.	12
2.6.1 Tilbakemelding fra regionavdelingen:	12
2.6.2 Anbefaling fra Regionalt fagråd for kreft:	13
2.7 Sarkomer	13
2.7.1 Tilbakemelding fra regionavdelingen:	13
2.7.2 Anbefaling fra Regionalt fagråd for kreft:	13
2.8 ØNH-kreft	14
2.8.1 Tilbakemelding fra regionavdelingen:	14
2.8.2 Anbefaling fra Regionalt fagråd for kreft:	14
3. Strålebehandling.....	14
3.1 Behandlingskvalitet.....	15
3.1.1 Riktige behandlingsbeslutninger	15
3.1.2 Medisinsk teknisk utstyr – IT-system	15
3.1.3 Kompetanse i stråleterapipersonalet – robusthetskrav.....	16
3.1.4 Ventetider	16
3.2 Funksjonsfordeling mellom regionsavdelinga og stråleterapisatellittene.	16
3.3 Dagens funksjonsfordeling.....	16
3.4 Kriterier for framtidig funksjonsfordeling	17
3.4.1. Robusthetskrav	18
3.5 Framtidig funksjonsfordeling	19
3.5.1. Kurative behandlingsopplegg – avansert strålebehandling.....	19
3.6 Fagrådets anbefaling	19

1. Innledning

Regionalt fagråd for kreft har fått følgende oppdrag:

1. Fagrådet skal, med utgangspunkt i det arbeidet som er gjort i tidligere Helse Øst og Helse Sør og de grunnlagsdokumenter som finnes, sammenfatte og integrere anbefalinger og resultater. I sammenfatningen må det tas hensyn til ny kunnskap, samt endringer i foretaksstruktur og etablering av sykehusområder i Helse Sør-Øst. Også øvrige vedtak i styresak 108-2008 i Helse Sør-Øst RHF må legges til grunn.
2. Fagrådet bes også om å utrede og gi en anbefaling i forhold til de funksjoner som ikke ble utredet og fordelt i det tidligere samordningsarbeidet.
Fagrådets samlede vurdering av funksjons- og oppgavefordelingen innenfor kreftområdet bes ferdigstilt innen 1.7.2010.
3. I den samlede gjennomgangen av funksjons- og oppgavefordelingen innenfor kreftområdet bes fagrådet om spesielt å vurdere å gi en anbefaling knyttet til de konkrete problemstillingene som ligger i oppdragsdokumentet for 2009, jamfør over.
Det bes om at disse vurderingene ferdigstilles innen 26.3.2010.
4. Fagrådet bes også om å gi en separat vurdering av funksjonsfordeling innen urologisk kreftbehandling, herunder hvilke helseforetak som skal utføre radikal prostatectomi, radikal behandling for blærekreft (cystectomi med anleggelse av urinavledning) og robotoperasjoner. **Også denne vurderingen bes ferdigstilt innen 26.3.2010.**
5. Fagrådet bes, på bakgrunn av den samlede gjennomgangen med hensyn til funksjons- og oppgavefordeling, om å utforme utkast til en helhetlig handlingsplan for kreftområdet. Denne skal i tillegg til funksjons- og oppgavefordelingen beskrive tiltak for å sikre helhetlige pasientforløp, styrking av tilbudet innen kreftrehabilitering og palliasjon, samt samhandling med primærhelsetjenesten. I forhold til de sistnevnte oppgavene anses de regionale kreftplanene i Helse Øst og Helse Sør å utgjøre et viktig grunnlagsmateriale. Arbeidet med handlingsplanen må holdes løpende oppdatert i forhold til resultater av strategisk karakter i nasjonale utvalg som arbeider parallelt med kliniske retningslinjer, standardisering, kvalitets- indikatorer/registre og prioritering. Helse Sør-Øst RHF ber om at handlingsplanen utarbeides som et sammenfattet oversiktsdokument som kan brukes som et arbeidsverktøy for videre oppfølging. **Utkast til handlingsplan bes ferdigstilt innen 31.12.2010.**

31.05.2010 leverte fagrådet en delleveranse knyttet til oppdragets punkt 3 og 4; urologisk kreftbehandling, bryst- og endokrinkirurgisk kreftbehandling, gastrointestinal kreftbehandling og kreft i lunger.

Innen alle de fire områdene som ble besvart i delleveransen per 31.05.2010 er det anbefalt innført konkrete kvalitets-/robusthetskrav til enheter som skal utføre kirurgisk kreftbehandling. Fagrådet ser det som meget sentralt at disse kravene implementeres og etterlevs, da dette vil være viktige faktorer i arbeidet med å heve kvaliteten innenfor kreftbehandlingen ytterligere.

Slike kvalitets-/robusthetskrav må stilles til alle enheter som skal behandle kreftpasienter, ikke kun enheter som ivaretar den kirurgiske delen av behandlingsforløpet.

De tverrfaglige teamenes betydning kan ikke understrekes nok. Og det er fra fagrådets side et ønske av Helse Sør-Øst RHF setter krav til foretakene når det gjelder etterlevelse av sammensetning og bruk av de tverrfaglige teamene.

Medikamentell kreftbehandling og lindrende behandling vil inngå i utkast til handlingsplan for kreftområdet som fagrådet skal levere per 31.12.2010. Konkrete krav til kvalitet/robusthet ved enheter som skal drive med medikamentell behandling vil være en viktig del av denne besvarelsen. Når det gjelder medikamentell behandling ser fagrådet det som viktig å få innført et elektronisk kvalitetssikringsverktøy (som Cytodose) ved alle enheter i regionen som skal gi kjemoterapi.

Regionalt fagråd for kreft fikk i oppdragsdokumentet en forespørsel knyttet til stråleterapi. Fagrådets besvarelse ble oversendt Helse Sør-Øst 17. desember 2009. På bakgrunn av fagrådets svar har Helse Sør-Øst kommet med en ny forespørsel. Da forespørselen bl.a. er knyttet til bruk og underforbruk av strålebehandling i regionen har Regionalt fagråd for kreft funnet det hensiktsmessige å etablere en arbeidsgruppe med deltakere fra alle foretakene i helseregionen for å få behandlet disse problemstillingene så bredt som mulig. Det vil bli oversendt en egen delleveranse fra Regionalt fagråd til Helse Sør-Øst RHF knyttet til dette arbeidet.

For å kunne gi Helse Sør-Øst RHF "*Fagrådets samlede vurdering av funksjons- og oppgavefordelingen innenfor kreftområdet*", jf oppdragsdokumentet gjenstår i hovedsak en del "mindre" områder hvor mye av den initielle behandlingen er lagt til regionavdelingene. Fagrådet har i denne leveransen sett på situasjonen innenfor;

- Akutt onkologi
- Barnekreft
- Gynekologisk kreft
- Hematologisk kreft
- Lymfomer
- CNS-kreft
- Sarkomer
- ØNH-kreft

Til forskjell fra leveransen per 31.05.2010 vurderte fagrådet at det innenfor disse områdene ikke var behov for å nedsette egne arbeidsgrupper, men at det ville være tilstrekkelig med en direkte henvendelse til regionavdelingene der de ble spurt om følgende:

1. *"Beskriv dagens funksjonsfordeling, også eventuelle endringer som er en konsekvens av etableringen av OUS.*
2. *I hvilken grad ivaretar funksjonsfordelingen gjeldende vedtak, jf. bl.a. samordningsprosessen fra 2006*
3. *Er det behov for endringer?*
4. *Beskriv samarbeidet mellom regionsykehus og områdesykehus, hvordan fungerer dette i dag.*
5. *Har det skjedd vesentlige volumendringer etter 2006?*
6. *Er det særskilte problemstillinger Regionalt fagråd for kreft bør være oppmerksom på?"*

Svarene fra regionavdelingene danner utgangspunkt for gjennomgangen i dokumentet.

Når det gjelder føringer innenfor palliasjon og terminal pleie fra samordningsprosessen i 2006 varierer det noe i hvilken grad disse er fulgt opp. Palliasjon/lindrende behandling er et særdeles viktig område innenfor kreftbehandlingen, og oppfølging av anbefalingene fra 2006 og eventuelle endringer i denne vil bli fulgt opp i arbeidet som skal gjøres innenfor lindrende behandling i regi av Regionalt fagråd for kreft.

I tillegg til en gjennomgang av fagområdene nevnt over er det i rapporten tatt inn et kapittel om funksjonsfordeling innenfor enheter som driver med stråleterapi. Det har vært nedsatt en arbeidsgruppe som har kommet med sine anbefalinger innenfor dette området. Etablering av

tverrfaglige team og konkretisering av robusthetskrav for ivaretagelse av multimodal behandling inngår også her som absolutte krav. Rapporten fra arbeidsgruppen følger som vedlegg.

1.1 Overgripende anbefalinger

1.1.1 Rekruttering

Fagrådet ønsker å presisere det store behovet for rekruttering innenfor de ulike områdene. Tidligere er det i flere sammenhenger meldt om et stort behov for onkologer, og behov for flere utdanningsstillinger innen denne spesialitet. I legeforeningens rapport fra november 2009 "Spesialistutdanning av leger" står bl.a. følgende om onkologi: *"Onkologi har et stort behov for spesialister og trenger en økning av antall spesialister på ca 89 % de neste 10 årene hvis behovet skal bli dekket opp. Dette kan oppnås med en relativt beskjeden økning i antallet utdanningsstillinger på ca 14 % per år, fordi det allerede har vært en vekst i antallet utdanningsstillinger."*

I denne rapporten meldes om store utfordringer vedr. spesialister innen hematologi. Innen barnekreft og gynekologisk kreft meldes også om at store deler av overlegegruppene vil pensjoneres samtidig, og i løpet av relativt kort tid.

Det trengs generelt en jevn moderat økning av spesialister innen ulike deler av kreftbehandlingen det neste tiår, pga. økning i insidens/prevalens og endringer i behandlingsopplegg. Dessuten oppfattes arbeidspresset og arbeidsmengden i dagens situasjon som urimelig høy. Hovedutfordringen i regionen i lang tid fremover vil imidlertid være at mange overleger i samme avdeling/enhet går av med pensjon omtrent samtidig, noe som vanskeliggjør kompetanseoverføring til yngre leger og som vil sette fagmiljøene under ytterligere press. Det er behov for en mer fleksibel tilgang på hjemler for å sikre alle disse forhold, slik at de ulike helseforetak skal være i stand til å møte utfordringene.

Fagrådet har i sin leveranse per 31.05.2010 gitt klare anbefalinger knyttet til hvilken robusthet som skal være tilstede ved enheter som skal drive med kreftkirurgi. Tilsvarende anbefalinger gjelder også for enheter som skal utøve ikke-kirurgisk kreftbehandling. En slik robusthet er nødvendig for å heve kvaliteten i dagens kreftbehandling ytterligere. Men foretakene vil ikke klare å etterleve kravene til robusthet/kvalitet hvis det nå ikke gjøres et arbeide for å øke nyrekrutteringen innen sentrale områder.

I anbefalingene skal fagrådet også se til vedtatte endringer i sykehusområder som iverksettes per 01.01.2011. Det har fagrådet søkt å gjøre. Men fagrådet ønsker i den sammenheng å peke på at en nedbygging av kompetanse i et foretak pga. reduksjon i opptaksområdet ikke nødvendigvis betyr en tilsvarende oppbygging ved et annet foretak pga. tilsvarende økning i opptaksområdet. I dette ligger en betydelig risiko som man må være klar over og håndtere for å unngå en totalt sett redusert kvalitet i kreftomsorgen. Kompetanse er heller ikke kun knyttet til antall stillinger i de ulike avdelingene, men er også i stor grad basert på etablerte og utprøvde samarbeidsformer i foretakene, noe som ikke overføres i slike prosesser.

1.1.2 Kapasitet og kvalitet på bildedannende utstyr

Flere områder melder manglende kapasitet innenfor spesielt radiologiske tjenester. Dette forhold kan være kritisk for å få til en god og rask diagnostikk og utredning, og vil i mange tilfeller forlenge ventetiden for pasientene. Fagrådet ser det som svært viktig å få en gjennomgang av dette området for å sikre at dagens utstyrspark utnyttes optimalt, og at gammelt utstyr erstattes.

Fagrådet mener også at en hovedutfordring innen radiologiske tjenester i forbindelse med kreftutredning og –behandling er at kvaliteten på undersøkelsene varierer betydelig, avhengig av maskinpark, programvare, valg av protokoll og den enkelte undersøker. En stor del av den regranskning som i dag foretas ved regionavdelingene etter at pasientene er henvist hit burde kunne fjernes, ved en større grad av samordning av utstyr og protokoller innen radiologi i regionen. Ved dette burde kapasiteten kunne økes noe.

1.1.3 Standardiserte manualer for diagnostisering

Også innenfor flere av områdene som berøres i denne delleveransen er det behov for å forbedre logistikken knyttet til diagnostisering, utredning og oppstart behandling. Kommunikasjon mellom avdelinger og foretak, umiddelbar søknadsvurdering, tilbakemelding til pasient og henvisende instans – alt dette må forbedres og kvalitetssikres for å hindre tidstap.

Et av tiltakene fagrådet anbefaler er utarbeidelse av standardmanualer innenfor ulike typer av diagnostikk. Dette vil kunne bidra til å redusere omfanget av regranskning som gjøres innenfor enkelte områder i dag, som nevnt ovenfor. Det anbefales at regionavdelingene får i oppgave å utarbeide standardiserte manualer/prosedyrer som skal anvendes ved områdepsykehusene før pasienten henvises regionsykehuset for videre behandling, der slike ikke finnes i dag. Det er det gynonkologiske fagmiljøet som har løftet frem problemstillingen. Men fagrådet anbefaler at alle regionavdelinger ser på hvordan slike standardmanualer kan utarbeides innen eget fagområde for å redusere omfanget av regranskning og dermed redusere pasientenes ventetid.

2. Gjennomgang av de ulike områdene:

2.1 Akutt onkologi

Anbefalinger fra samordningsprosessen i 2006 vedrørende akutt onkologi:

"Metastaser i columna med klinisk og/eller billeddiagnostisk innvekst i spinalkanal/herverøtter:

- *Funksjonen videreføres ved RR og UUS*
- *Pasienter henvises UUS og RR, i henhold til fordeling av hoveddiagnoser.*

Nødvendige forutsetninger innenfor metastaser i columna for at flere pasienter skal kunne profitere på behandling og for å heve kvaliteten:

- ❖ *RR og UUS samkjører sine behandlingsrutiner og etablere et forskningssamarbeid.*
- ❖ *Det etableres felles database for prospektiv registrering av pasientbehandling så raskt som mulig*
- ❖ *Retningslinjer for behandling av pasienter med metastaser til columna publiseres i Tidsskrift for den norske lægeforening i løpet av 2006.*
- ❖ *Ortopeder, nevrologer og onkologer i storregionen inviteres til seminar om behandling av pasienter med metastaser til columna.*
- ❖ *For å få vurdert om kvaliteten på pasientbehandlingen er optimal og om man har valgt riktig organisering for behandling av denne pasientgruppen, bør det tidlig i 2007 gjøres en grundig gjennomgang av pasientbehandlingen gitt i 2006 basert på prospektive data.*

Patologiske frakturer:

- *Funksjonen videreføres ved RR og UUS. Pasientene henvises til RR og UUS, når det er behov for regionsykehuskompetanse, i henhold til hoveddiagnose.*

Vena cava syndrom:

- *Behandling med karintervensjon ved tumorbettinget okklusjon, som ved vena cava superior syndrom, er et nytt behandlingstilbud, og hovedprosjektgruppen anbefaler at pasientene henvises RR og UUS i henhold til hoveddiagnose."*

2.1.1 Tilbakemelding fra regionavdelingen:

Funksjonsfordelingen i henhold til Samordningsdokumentet i 2006 har stort sett fungert tilfredsstillende. Den foreslåtte evaluering av pasientbehandlingen er ikke gjennomført, men i hovedstadsprosessen har disse pasientforløp blitt godt diskutert.

De fleste patologiske fracturer behandles kirurgisk ved områdesykehuset og henvises regionsykehuset/stråleterapisatelittene for strålebehandling.

Ved truende og manifest tverrsnittslasjon der det kreves vurdering av multidisiplinært team bestående av nevrokirurg, rygg/ortopedkirurg, onkolog og MR-radiolog skal pasientene henvises regionsykehuset for ø.hj. vurdering og behandling. Disse pasientforløp er stort sett godt etablert. Dog har det vært noen utfordringer vedr. å kunne ha et robust kontinuerlig etablert tilbud ved Radiumhospitalet/Rikshospitalet. Det pågår nå en prosess innad i OUS med tanke på å samle disse akuttfunksjoner til en av lokalisasjonene der alle spesialiteter er tilstede 24 timer i døgnet.

Pasienter med malign karobstruksjon som skal vurderes for ø.hj. karintervensjon henvises regionsykehuset. Også denne funksjon planlegges samlet til en lokalisasjon innen OUS.

Er det særskilte problemstillinger Regionalt fagråd for kreft bør være oppmerksom på?

Det forekommer ofte forsinkelser ved henvisning fra lokal/områdesykehus til regionsykehuset. Flere pasienter kunne trolig bevart viktige funksjoner hvis de kom raskere til behandling. Kunnskap om dette og kompetanse for å kunne gjøre korrekte vurderinger med henblikk på rask henvisning bør styrkes ved helseforetakene. Ansettelse av flere onkologer ved områdesykehusene er et viktig virkemiddel for å lage gode pasientforløp.

2.1.2 Anbefaling fra Regionalt fagråd for kreft:

Fagrådet ser det som ønskelig at det lages "en vei inn" ved OUS for at pasienter kan få en enhetlig tverrfaglig vurdering og behandling, 24 timer i døgnet og hele uken. Sammen med økt kompetanse og kunnskap på alle nivåer av helsetjenesten vil dette kunne korte ned pasientforløpene og bedre kvaliteten, med stor betydning for pasientene.

2.2 Barnekreft

Anbefalinger fra samordningsprosessen i 2006 vedrørende barnekreft:

"Hovedprosjektgruppen har merket seg arbeidsgruppens syn om at den optimale løsningen for behandling av barn med kreft vil være å samle barneklippene på RR og UUS til en stor barneklipp med alle funksjoner samlet på ett sted.

Hovedprosjektgruppen ser det imidlertid som nødvendig med løsninger som kan realiseres på kort sikt, for å få samlet kompetansen omkring barnekreftbehandlingen, og anbefaler:

- *All utredning og behandling av solide svulster for barn i Helse Øst og Helse Sør, inkludert kirurgi og strålebehandling, sentraliseres til RR*
- *All utredning og induksjonsbehandling av leukemier i Helse Øst og Helse Sør, sentraliseres til RR.*
- *Vedlikeholdsbehandling og langtidsoppfølging kan skje ved sykehus som har dokumentert tilstrekkelig kompetanse. Det vil være hovedavdelingens ansvar å sørge for å bygge opp slik kompetanse og følge med at den vedlikeholdes. I dette ligger det også et ansvar for å bidra til å bygge opp befolkningens tillit til de sykehus som tar vedlikeholdsbehandlingen.*

- *Seksjonene for barnehematologi, -onkologi og barnekirurgi ved RR og UUS bør samordnes til en funksjonell enhet med en medisinsk ansvarlig leder. Øvrige forslag er ikke avhengig av at dette gjennomføres på kort sikt."*

2.2.1 Tilbakemelding fra regionavdelingen:

Per i dag er funksjonsfordelingen innenfor dette fagområdet slik det ble anbefalt i samordningsprosessen fra 2006. Fra januar 2011 vil all barnekreftbehandling samles og samkjøres i Barneklubben (Gaustad), og dette området får da den løsningen som i 2006-prosessen ble sett på som optimal.

I forhold til områdesykehusene vil fordelingen være den samme som i dag; alle småkurer og kurant støttebehandling gis på områdesykehusene, mens utredning av malignitet, oppstart av behandling, større kurer, intensivbehandling og høydosebehandling gis på OUS.

Er det særskilte problemstillinger Regionalt fagråd for kreft bør være oppmerksom på?

OUS vil miste sine lokalsykehuspasienter fra Groruddalen og Asker/Bærum. Men antallet regionpasienter vil være det samme. Avdelingen er derfor bekymret over den fremtidige bemanningssituasjonen, da vi vil miste en av 7 overleger.

Det er en stor utfordring at halvparten av overlegene er over 60 år.

2.2.2 Anbefaling fra Regionalt fagråd for kreft:

Fagrådet har inntrykk av at funksjonsfordelingen mellom regionavdelingen og områdesykehusene, fungerer svært godt og ser ingen grunn til å endre på dette.

Når det gjelder rekruttering av leger vises til det som står under generelt i kap. 1.

2.3 CNS-svulster (nevroonkologi)

Anbefalinger fra samordningsprosessen i 2006 vedrørende CNS-svulster:

"Hovedprosjektgruppens mener den optimale organiseringen av dette fagområdet ville være å samle de to enhetene under en felles ledelse:

- *Et senter for Nevroonkologisk virksomhet i Øst/Sør med felles ledelse og drift to steder (RR og UUS).*
- *Ledelsen skal bl.a. sørge for at det etableres felles handlingsprogrammer, pasientregister, kvalitetsregister og en forskningsstrategi innenfor dette fagområdet.*
- *Ledelsen skal også sikre gjennomføringen av en funksjonsfordeling med siktemål å utnytte de to stedenes ulike kompetanseprofil og sikre hensiktsmessige pasientstrømmer.*

Dette forslaget er i tråd med forslaget i Muusman-rapporten som ble avgitt oktober 2004, og følger Hovedprosjektgruppens beslutning om å se de to regionene som én i dette arbeidet..

Hovedprosjektgruppen er imidlertid oppmerksom på at det kan være vanskelig å etablere felles ledelse for en funksjon med drift i begge regioner. Ønsker de to regionale helseforetakene et organiseringsforslag som kan gjennomføres umiddelbart, uten komplikasjonene som følger av en eierstruktur som krysser regiongrensene, foreslår gruppen følgende:

- *Nevroonkologisk virksomhet i Øst/Sør bør bygges opp omkring 2 sideordnede nevrokirurgiske sentra med tilhørende poliklinikk(er) (RR og UUS)*
- *UUS ivaretar i utgangspunktet ansvaret for pasientene i Helseregion Øst med unntak av pasienter fra SAB og Ahus, RR ivaretar ansvaret for Helseregion Sør, samt pasienter fra Ahus' og SABs opptaksområde.*

- *Det etableres et felles fagråd som skal utarbeide felles handlingsprogrammer, tverrfaglige arbeids-/utdannelsesmøter, pasientregister og forskningsvirksomhet. Fagrådene skal også ha til oppgave å etablere hensiktsmessige pasientstrømmer og sikre:*
 - *at det etableres tverrfaglige oppfølgings-/etterkontrollgrupper ved sentralsykehusene i regi av lokal nevrologisk avdeling*
 - *at det gjennomføres en funksjonsfordeling av enkelte pasientgrupper mellom de to sentra slik at den ulike kompetanseprofilen ved de to driftsenhetene kan videreutvikles og spisses.*
 - *unødig dublering av fagmiljøer”*

2.3.1 Tilbakemelding fra regionavdelingen:

Dagens organisering omkring CNS-svulster ved OUS fungerer, men på lengre sikt (2015) er det trolig hensiktsmessig å samle disse pasientene på ett senter som kan ta hånd om all nødvendig diagnostikk og behandling (nevreradiologi, nevroanestesiologi, nevrokirurgi, nevropatologi, strålebehandling, neuroendokrinologi, nevrologi, attføring).

Tverrfaglige oppfølgings/etterkontrollgrupper for disse pasientene bør etableres ved alle nevrologiske avd. i regionen

Handlingsprogrammer (nasjonale) for denne pasientgruppen utarbeides og/eller oppdateres og legges på nett. Arbeidet med et landsdekkende kvalitetsregister i Kreftregisteret bør videre-/sluttføres for å få en total oversikt over behandling og behandlingsresultater ved disse kreftformer.

Er det særskilte problemstillinger Regionalt fagråd for kreft bør være oppmerksom på?

MR-kapasiteten for denne pasientgruppen er for lav.

2.3.2 Anbefaling fra Regionalt fagråd for kreft:

Fagrådet har inntrykk av at funksjonsfordelingen innenfor dette området fungerer godt og ser ingen behov for endringer her. Fagrådet støtter synspunktet om å samle alle funksjonene i et senter innenfor OUS og mener dette vil være en ytterligere styrke for fagområdet. Det er behov for en styrket tverrfaglig omsorg vedr. disse pasienters oppfølging og etterkontroll i regi av de nevrologiske avdelinger i regionen.

Fagrådet er opptatt av at spesielt barn som har behov for behandling med protonterapi sikres denne behandlingen, uavhengig av om dette skjer ved et senter utenfor Norge eller om denne ekspertisen skal bygges opp nasjonalt.

2.4 Gynekologisk kreft

Anbefalinger fra samordningsprosessen i 2006 vedrørende barnekreft:

”Hovedprosjektgruppen anbefaler at det etableres et gynekologisk senter for pasienter fra Helse Øst og Helse Sør, og at dette senteret lokaliseres til RR. En samordning av aktiviteten på de to gynekologiske seksjoner vil kunne legge til rette for at likeverdighet og kvalitet i behandlingen sikres. I tillegg vil en slik samordning sikre kvalitet i utdannelsen av gynekologiske spesialister og dermed kunne bedre rekrutteringen.

Det felles gynekologiske senter for Helse Øst og Helse Sør skal overta hele ansvaret for den gynekologiske service for Oslopatientene. Det betyr at håndtering av henvisning, utredning, behandling, evaluering, oppfølging, palliasjon og terminal pleie for Oslopatientene er det gynekologiske senterets ansvar.”

2.4.1 Tilbakemelding fra regionavdelingen:

Gynekologiske kreftdiagnoser er med noen få unntak regionsfunksjoner. Kun lavrisiko endometriecancer behandles ved lokalsykehus. Høy- og mellomrisiko sykdom anbefales fra fagmiljøet behandlet på regional avdeling, men dette er ikke forankret sentralt i RHFet, men følges nok likevel i stor grad av kolleger lokalt.

Opprettelsen av OUS har medført at de to tidligere seksjonene ved kvinneklinikkene RH og UUS organisatorisk er slått sammen til en avdeling, Avd for gynekologisk kreft, Kvinne- og barneklivnikken, OUS. I tråd med anbefalingen fra Osloprosessen 2006 er det nå bestemt at dette fagområdet skal samlokaliseres på Radiumhospitalet fom 01.01.11.

Det anbefales at behandling av høy- og mellomrisiko endometriecancer regionaliseres. Dette er i så fall også i tråd med dagens praksis i og med at de fleste lokal – og områdeavdelinger henviser disse pasientene i dag til regionsavdelingen.

Det er opprettet et *Gynonkologisk samarbeidsforum for Helse sørøst* som har virket i 3 år der representanter fra alle lokal / områdeavdelinger inviteres, både leger og sykepleiere. Målsetningen er å bedre samarbeidet mellom regions- og lokalavdeling. Det tilstrebes to møter pr år. Tilbakemeldingene er positive.

Er det særskilte problemstillinger Regionalt fagråd for kreft bør være oppmerksom på?

Det vil, på bakgrunn av en økende andel robotkirurgi på bekostning av noe åpen kirurgi og laparoskopisk kirurgi, fremtvinges investeringer til innkjøp av ytterligere en robot, særlig tatt i betraktning av at urologene også planlegger opptrapping av sin robotkirurgi. Det bør legges en plan for robotinvesteringer i regionen.

Det er en relativt høy gjennomsnittsalder på gynonkologene (overlegene) i regionen (56,1 år) som uttrykk for at rekrutteringen ikke har vært god nok. Innen 7 år vil 38 % av overlegene (de som i dag oppebærer kompetansen) være pensjonert.

Utredning av pasientene krever for lang tid. Ikke sjelden kan det gå opp til 6 uker fra søknad mottas til kirurgisk behandling gjennomføres. Dette skyldes tre ting:

- 1) for lang ventetid på radiologiske undersøkelser / regramskninger, opp til 2 uker.
- 2) for lang ventetid på histopatologisk regramskning av prep, opp til 2 uker
- 3) for lite operasjonsressurser

2.4.2 Anbefaling fra Regionalt fagråd for kreft:

Gjeldende funksjonsfordeling mellom regionavdeling og områdesykehus fungerer godt, og fagrådet ser ikke behov for å endre dette.

Det anbefales at behandling av høy- og mellomrisiko endometriecancer regionaliseres.

Fagrådet anbefaler at regionavdelingen utarbeider standardiserte protokoller/manualer for diagnostikk for å redusere omfanget av regramskning og dermed redusere ventetiden for store pasientgrupper.

Når det gjelder rekruttering av leger vises til det som står under generelt i kap. 1.

2.5 Hematologi

Anbefalinger fra samordningsprosessen i 2006 vedrørende lymfomer/hematologi:

"Hovedprosjektgruppen anbefaler:

Sammenslåing av avdelinger/enheter i en nettverkløsning.

- RR fortsetter som sykehus med regionale og flerregionale funksjoner inkludert allogene stamcelletransplantasjon.
- UUS, AUS og evt. også Ahus slås sammen til én faglig enhet med ansvaret for de regionale funksjoner tillagt UUS. Vedrørende regionsykehustjenestene innenfor hematologi for pasienter i opptaksområdet for Ahus og SAB har disse skiftet en del de senere år ut fra gjeldende kapasitet ved UUS og RR. Kapasiteten ved de to avdelinger bør være førende for disse pasientstrømmene.
- UUS overtar regionsansvar for Østfold vedrørende lymfomer
- RR vil fortsatt ha regionsansvar for Hedmark og Oppland vedrørende lymfomer
- UUS har i dag i prinsippet ansvar for hele Helseregion Øst vedrørende hematologisk kreft. En videreføring av dette bør vurderes nærmere.

Enkelte funksjoner sentraliseres:

- HMAS (høydosebehandling med autolog stamcellestøtte) for lymfom samles ved RR
- HMAS for myelomatose samles ved UUS.
- Akutt lymfatisk leukemi/lymfoblastlymfom og Burkitt-lymfomene samles på RR
- Hodgkin (og non-Hodgkin) hos barn og unge behandles etter spesielle protokoller. Gruppen 15-18 (20) år samles ved RR

Sentralisering av diagnostikken.

- Konsentrere ansvaret for all hematopatologisk diagnostikk (voksen og barn) til ett senter, RR. Dette senteret kan evt. benytte spesiallaboratorier ved UUS for enkelte undersøkelser hvis man finner det tjenlig.

Når det gjelder leukemibehandling med kurativ utsikt, er det viktig at ikke den spres på for mange hender. Dette skal primært skje på regionsykehusene RR og UUS.”

2.5.1 Tilbakemelding fra regionavdelingen:

Funksjonsfordelingen mellom regionsykehuset og områdesykehusene fungerer stort sett i tråd med det som var anbefalingen etter samordningsprosessen i 2006. Samlokaliseringen som nå skjer i OUS har enkelte utfordringer knyttet til at OUS fortsatt ivaretar lokalsykehus- og områdefunksjoner for Sykehuset Innlandet og Vestre Viken, Asker og Bærum.

OUS har ivaretatt områdefunksjonene for Hedmark og Oppland når det gjelder akutt leukemi. OUS har også ivaretatt Sykehuset Innlandets lokalsykehus/områdesykehusfunksjon for pasienter hvor det allerede ved diagnose er klart at behandlingsambisjonen er palliasjon. Regionavdelingen legger i sine planer til grunn at Sykehuset Innlandet kan ivareta disse oppgavene selv. Dette forutsetter igjen at Sykehuset Innlandet HF har tilstrekkelig kvalifisert personale og annen nødvendig kapasitet til å ivareta disse funksjoner på kort og lang sikt på en forsvarlig måte.

Myelomatose. OUS har ivaretatt område- og lokalsykehusansvaret for denne pasientgruppen for Sykehuset Asker og Bærum. Regionavdelingen legger i sine planer til grunn at Vestre Viken selv kan håndtere denne pasientgruppen. Dette forutsetter igjen at Vestre Viken HF har tilstrekkelig kvalifisert personale og annen nødvendig kapasitet til å ivareta disse funksjoner på kort og lang sikt på en forsvarlig måte.

Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale sykehus ivaretar nærmere definerte oppgaver for sitt opptaksområde etter avtale med OUS.

Er det særskilte problemstillinger Regionalt fagråd for kreft bør være oppmerksom på?

Utdanningskapasiteten i spesialiteten Blodsykdommer er begrenset og kanskje for liten til at man kan sikre forsvarlig overlegebemanning og kvalitet på behandlingen, inklusive kontinuitet ved områdesykehusene i overskuelig fremtid.

Det er vanskelig for områdesykehusene/foretakene å bygge opp et tilstrekkelig robust miljø

innenfor hematologi. Det er behov for minst 2-3 overleger i hematologi i hvert sykehusområde, enkelte steder enda fler. Ved Sykehuset Innlandet, Vestre Viken og Sykehuset i Vestfold er situasjonen bekymringsfull. Men også ved andre foretak er det for få hematologer til å sikre en tilstrekkelig kvalitet.

2.5.2 Anbefaling fra Regionalt fagråd for kreft:

OUS ivaretar område/lokalsykehusfunksjoner for Sykehuset Innlandet og Vestre Viken, Asker og Bærum. For at OUS, skal klare sine regionsoppgaver og område/lokalsykehusoppgaver for Oslo, må dette endres ved at kompetanse og kapasitet bygges opp ved de nevnte områdesykehus.

Det er i hele regionen utfordringer knyttet til kompetanse innenfor dette fagområdet. Det må ses nærmere på hvordan kompetansen kan ivaretas tilfredsstillende både på region- og områdenivå.

Fagrådet anbefaler at det hematologiske miljøet ved Sykehuset Vestfold og Sykehuset Telemark slås sammen til en funksjonell avdeling med drift to steder for å bedre robustheten i noen grad. Det kan være flere helseforetak som bør samordne sin hematologiske virksomhet. Fagrådet ønsker at regionsavdelingen tar et initiativ til å få opp problemstillingene innenfor dette området samtidig som et samlet fagmiljø vil kunne vurdere hvordan dette området best kan ivaretas på kort sikt.

Når det gjelder rekruttering av leger vises til det som står under generelt i kap. 1. Problemstillingen er kritisk innenfor dette området.

2.6 Lymfomer

Anbefalinger i Samordningsprosessen, se Hematologi ovenfor.

2.6.1 Tilbakemelding fra regionavdelingen:

Dagens funksjonsdeling og endringer som konsekvens av etablering av OUS: I praksis har funksjonsdelingen vært uendret gjennom mange år frem til dd, dvs OUS, Radiumhospitalet har dekket hele Helse Sør-Øst med unntak av Oslo. OUS, Radiumhospitalet får henvist pasienter med Burkitt lymfom, lymfoblastlymfom, residiv av Hodgkin lymfom og pasienter med Hodgkin 15-18 år som skal behandles etter internasjonal randomisert studie fra alle områder i Helse Sør-Øst. HMAS for lymfom for Oslopatienter gis ved OUS, Ullevål. All stamcellehøsting er imidlertid overført til OUS, Radiumhospitalet.

Samarbeidet mellom regionsykehus og områdesykehus. Prinsippene for funksjonsdelingen mellom region- og områdesykehus er til en viss grad beskrevet i "Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av maligne lymfomer" og fungerer tilfredsstillende. Det har foregått en viss sentralisering av håndtering av lymfompatienter i regionen, (eks. til ett sykehus i Østfold og ett i Vestfold), og det tror vi er en riktig retning å gå. I praksis skal pasienter under 60 – 65 år med maligne lymfomer med kurativ intensjon henvises til regionsykehus. I en del tilfelle gis råd om behandling lokalt etter innkalling og revisjon av patologipreparat og billediagnostikk. Dette er en ressurskrevende virksomhet, men rasjonell og hensiktsmessig for pasienter med lang reisevei. Vi mener at vi har et godt samarbeid i regionen med årlige møter og motiverte og flinke medarbeidere ved lokal – og områdesykehusene. Vi mener fortsatt lymfombehandling bør være regionalisert som nå. Lymfomprogrammet ved OUS har en høy FoU aktivitet som bidrar til kvalitet i lymfombehandlingen. Medarbeidere ved områdesykehusene er gjennomgående samarbeidsvillige til å henvise pasienter som kan inkluderes i studier.

Er det særskilte problemstillinger Regionalt fagråd for kreft bør være oppmerksom på?

I Helsetilsynets rapport 4/2010 "Risikobilde av norsk kreftbehandling" er kommunikasjon mellom aktører og informasjonsflyt angitt som viktige faktorer for feilbehandling. Dette er spesielt viktige faktorer i den relativt intensive behandling av lymfompasienter som foregår ved et samarbeid mellom flere sykehus og som det er viktig å fokusere på. Videre har vi et økende problem med kapasitet på billeddiagnostikk ved flere sykehus, noe som kan forsinke iversetting av kurativt rettet behandling. Endelig ville det være en viktig kvalitetssikring av behandlingen om CytoDose (elektronisk verktøy for rekvirering, opptrekk og administrasjon av cytostatika) ble tatt i bruk ved alle sykehus som gir cytostatika i vår region.

2.6.2 Anbefaling fra Regionalt fagråd for kreft:

Funksjonsfordelingen mellom regionsykehuset og områdesykehusene fungerer stort sett godt og enhetlig. Det er avklart hvilke pasientgrupper som skal henvises til OUS, og hvilke som ikke behøver slik henvisning. Hos mange pasienter besluttes, initieres og vurderes behandlingen ved regionsykehuset, mens store deler av behandlingen gjennomføres ved områdesykehuset. Fagrådet mener at denne modell bør fortsette. Det ligger imidlertid betydelig risiko i en slik arbeidsfordeling og man må ha mye fokus på kvalitetssikringen i behandlingen.

2.7 Sarkomer

Anbefalinger fra samordningsprosessen i 2006 vedrørende sarkomer:

"Sarkomer er en liten pasientgruppe som i dag får den oppfølgingen de skal ha fra sarkomgruppen på RR, der UUS også er representert ved sarkomortoped. At det i dag er en "sorteringspoliklinikk" på UUS kan være hensiktsmessig av flere årsaker. Men det er også av kvalitetsmessige hensyn, viktig at et foretak som UUS har kompetanse på dette feltet.

Hovedprosjektgruppen støtter derfor arbeidsgruppens forslag om å videreføre dagens ordning da vi tror dette gir pasientene både best kvalitet og tilgjengelighet.

Hvordan sorteringspoliklinikken på UUS bemannes må sarkommiljøet vurdere. Vi forutsetter imidlertid at bemanningsproblemet løses, og at det ikke legges opp til så sårbare ordninger som i dag. Det forutsettes at sarkommiljøet ved RR også tar ansvar for behandling i palliativ fase."

2.7.1 Tilbakemelding fra regionavdelingen:

Samordning var som prinsipp ikke et problem i 2006 og er fortsatt godt ivaretatt når det gjelder de ortopediske sarkomene. For de ikke-ortopediske bløtvevssarkomene bør samordningen med områdesykehusene og avdelingene innenfor OUS bli bedre.

Reorganiseringen i OUS kan føre til mer spredt virksomhet for sarkomgruppen og kan by på utfordringer i en allerede travel hverdag. Lokalisering av øvrig tumorortopedi som håndtering av metastaser i columna og det perifere skjelett er helt avhengig av hvordan den nye organisering i OUS blir.

2.7.2 Anbefaling fra Regionalt fagråd for kreft:

Funksjonsfordelingen mellom regionavdeling og områdesykehus fungerer godt. Fagrådet ser ingen grunn til å endre på denne.

Det må sikres en bedre ivaretagelse av de ikke-ortopediske bløtvevssarkomene. Fagrådet anbefaler at regionavdelingen tar et initiativ overfor områdesykehusene for å igangsatt en prosess rundt dette.

2.8 ØNH-kreft

Anbefalinger fra samordningsprosessen i 2006 vedrørende ØNH:

"Vi støtter arbeidsgruppens flertallsforslag om å samle all behandling, både kirurgisk og onkologisk, av ØNH-kreft på RR. Behandling av ØNH-pasienter i en palliativ og terminal fase må foregå ved sykehus med ØNH-kompetanse."

2.8.1 Tilbakemelding fra regionavdelingen:

Det ble i 2006 besluttet at strålebehandling og annen onkologisk behandling for ØNH kreft skulle samles under kreftavdelingen ved Montebello. Dette ble gjennomført og har fungert etter intensjonen. Pasientene har et stabilt, likt og helhetlig tilbud. Samarbeidet med områdesykehusene i regionen fungerer godt. De vet hvor pasienten skal henvises, og deltar aktivt i oppfølgingen. Mange pasienter utskrives etter behandling til områdesykehusene, og del lokale tilbudet i oppfølging brukes aktivt.

Samordningen har ført til en positiv utvikling for behandling og omsorg for pasienter med ØNH –kreft.

Orofacial rehabilitering som er en viktig del av oppfølgingen for pasienter med ØNH kreft bør bedres.

Pasienter som trenger hyperbar oksygenbehandling sendes til Haukeland, til tross for at utstyr og fasiliteter finnes i OUS. Behandlingen skal gis like før og etter kirurgi, og overflytting til og fra Haukeland gir et suboptimalt behandlingstilbud.

Er det særskilte problemstillinger Regionalt fagråd for kreft bør være oppmerksom på?

Kapasitet for radiologiservice i OUS er ikke tilstrekkelig, og PACS systemene må harmoniseres.

Hode-halskirurgenes kompetanse og behandlingstilbud bør benyttes også ved metastaser fra andre lokalisasjoner til hode og hals.

En må gjennomgå enkelte spesielle pasientgrupper med tanke på etablering av landsfunksjoner slik som maligne svulster på skallebasis og ved behov for transplantasjonskirurgi, rekonstruksjoner av svelget med tarmgraft. Dette gjøres i praksis ikke ved andre avdelinger i Norge og bør være landsfunksjoner, i stedet for at enkelte andre regioner sender pasienter utenlands.

2.8.2 Anbefaling fra Regionalt fagråd for kreft:

Funksjonsfordelingen mellom regionavdeling og områdesykehus fungerer godt. Fagrådet ser ingen grunn til å endre på denne. Et godt rehabiliteringstilbud og god tilgang til hyperbar oksygenbehandling må sikres.

3. Strålebehandling

Innledningsvis tas med noen kommentarer som ikke spesifikt har med den faglige funksjonsfordelingen mellom regionavdeling og satellitter å gjøre. Det første er de økonomiske ordningene. I dag honoreres poliklinisk stråleterapi ut fra utførte felteksponeringer, mens arbeidsinnsatsen i større utstrekning vil ligge i planlegging av behandlingen. Grunnlaget for oppgjørsordningen blir nå vurdert med tanke på endring, og et nytt system bør legge forholdet bedre til rette for funksjonsfordeling mellom regionsenter og satellittenhet.

Det påpekes fra flere av arbeidsgruppas representanter viktigheten av at pasienter som henvises regionavdelingen for en preoperativ strålebehandling, skal tilbake til henvisende sykehus for gjennomføring av det kirurgiske inngrepet med mindre det ved regionavdelingen påvises tilstander som er funksjonsfordelt dit. I dag oppleves det at pasienter som henvises for preoperativ strålebehandling også opereres ved regionavdelingen.

3.1 Behandlingskvalitet

I stråleterapi er kvalitetsbegrepet særlig knyttet til det å oppnå behandlingshensikten med færrest mulige bivirkninger. De største stråleterapifaglige utfordringene ligger i å øke kurasjonsraten i den betydelige pasientgruppa der det i dag ikke oppnås lokal kontroll. Det regnes med at 15 – 20 % av kreftpasientene dør pga. manglende lokal kontroll av sykdommen. Avansert stråleterapi kan være viktig tiltak for å øke den lokale kontrollraten.

For å øke kontrollraten innen stråleterapi, kan det være nødvendig å gi høyere doser til tumor eller deler av tumor. Fordi man samtidig ønsker å unngå økning i bivirkninger, eller fordi man tilstreber å redusere bivirkninger der de i dag er betydelige, blir det satset mye på forbedret diagnostikkgrunnlag og bedring av strålebehandlingsteknikker som reduserer dose til friskt vev. I dagligtale nevnes ofte "skreddersydd" behandling.

3.1.1 Riktige behandlingsbeslutninger

Det ligger store utfordringer i å velge de mest optimale løp når det gjelder utredning, planlegging og gjennomføring av behandling, og det er viktig at man her følger nøye med utviklinga når det gjelder ressursbruk. De mer ressurskrevende metodene bør kun velges der det er terapeutiske gevinster å hente.

Viktig for god ressursutnyttelse er valg av fraksjonering innen stråleterapi. Av arbeidsgruppas rapport, del 1, går det fram at en del palliative behandlinger – spesielt ved skjelettmetastaser - i større grad blir hypofraksjonert ved satellittenhetene enn ved regionsavdelingene. Praksis ved satellittenhetene er mest i tråd med faglige anbefalinger. For en del kurative behandlingsopplegg og ved rebehandling kan det derimot være indikasjoner for å benytte mer fraksjonert behandling – hyperfraksjonering.

3.1.1.1 Tverrfaglige team

En forutsetning for å innføre og gjøre bruk av avanserte avbildningsteknikker, er at det etableres tverrfaglige team i en langt større utstrekning enn det som er vanlig i dagens sykehusstruktur. Radiologiske og nukleærmedisinske tjenester må knyttes tettere til de onkologiske/stråleterapeutiske spesialitetene. Det samme gjelder patologitjenester. Kun tverrfaglige team, der også medisinske fysikere med kompetanse innen bildediagnostikkfysikk inngår, vil kunne sikre den ønskede og nødvendige kompetanse i den kliniske beslutningsprosessen. I mange tilfeller vil det være aktuelt med egne team innenfor den enkelte diagnose. Og dette vil være måten vi kan oppnå den ønskede gevinsten i form av bedre behandlingskvalitet. Det vises også til pkt 3.4.1 Robusthetskrav.

3.1.2 Medisinsk teknisk utstyr – IT-system

En utvikling av mer avansert tilpasset stråleterapi stiller store krav til den infrastrukturen (MTU og IT) som skal bære denne utviklingen.

Planleggingsystemene må kunne håndtere multimodal bildeinformasjon og inneha gode grenseflater mot tilstøtende system innenfor radiologi og nukleærmedisin. De må enkelt kunne utvides/tilpasses nye og endrede behandlingsteknikker.

3.1.2.1 Hadronterapi

Behandling med protoner og lette ioner er ennå ikke å betrakte som etablert standardbehandling dersom en legger Health Technology Assessment (HTA)-kriterier til grunn, men indikasjonene for protonterapi er godt dokumenterte for enkelte behandlingstilfeller.

Likevel er det flere pasienter, og da spesielt innen barnekreft at et slikt tilbud vil være viktig, da risikoen for sekundærkreft antas å bli betydelig redusert ved protonbehandling som i større utstrekning kan redusere normalvevsdoser.

Utredning om etablering av et norsk protonterapisenter bør igangsettes. Parallelt med en slik utredning bør regionen bygge opp kompetanse og utstyr for planlegging av protonbehandling. Dette bør skje ved regionalavdelinga for egne og aktuelle pasienter fra satellittene. Slik kan ansvaret ivaretas for at pasienter med sterke indikasjoner for protonterapi får dette tilbudet.

3.1.3 Kompetanse i stråleterapipersonalet – robusthetskrav

Utviklingen av stråleterapi fører også til endrede kompetansekrav for personalet som skal gjennomføre stråleterapien dersom de ønskede kvalitetsgevinster skal kunne høstet. Det vises til arbeidsgruppens rapport pkt 2.3 for nærmere beskrivelse av de ulike personellgruppene.

Det må etableres et sett av robusthetskrav som innebærer at behandlingskvaliteten er sikret ved enheter som skal gjennomføre gitte funksjoner, jf pkt 3.4.1.

3.1.4 Ventetider

Regionsavdelinga og satellittene bør ha felles retningslinjer for krav til tidsforløp, og rapportere avvik som skyldes kapasitetsproblemer. Det vil alltid være svingninger i hyppigheten av henvisninger til stråleterapi, og for å unngå uakseptable ventetider må hver enhet og regionen ha en viss overkapasitet.

3.2 Funksjonsfordeling mellom regionsavdelinga og stråleterapisatellittene.

Ved planlegging av satellittene (1994-2000) ble det tatt utgangspunkt i at enhetene skulle dekke om lag to tredeler av stråleterapibehovet i sine nedslagsfelt, mens det ble regnet med at den siste tredjedelen burde få sin behandling ved regionsenteret.

Den palliative strålebehandlinga og de mest hyppige kurative behandlingene skulle utføres ved satellittene. Med befolkningsgrunnlaget i hhv. Agder-fylkene og Innlands-fylkene ville to akseleratorer ved hver enhet gi satellitten i Kristiansand kapasitet til også å dekke noe av Telemarks behov. Det blir årlig diagnostisert hhv. ca. 1650 og 2350 nye krefttilfeller i Agder-fylkene og Innlands-fylkene.

3.3 Dagens funksjonsfordeling

De siste to åra er 90 % av strålebehandlingsseriene til Agder-pasienter utført ved Senter for kreftbehandling (SFK) ved Sørlandet Sykehus Kristiansand (SSK) – 93 % av for Vest-Agder og 85 % for Aust-Agder. Det er i hovedsak kurativ behandling ved ØNH-kreft, gynekologisk kreft, lymfomer og sarkomer som blir behandlet ved regionsenteret, mens øvrig kurativ behandling og den palliative behandlinga blir utført ved SFK. Av strålebehandling for Telemark, utførte SFK 9 % av behandlingsseriene, der største gruppe var kurative brystkreftbehandling.

SFK utfører en større andel av strålebehandlingene for pasienter fra Agder-fylkene enn forutsatt, og færre for pasienter fra Telemark.

Ved stråleterapienheten i Sykehuset Innlandet Gjøvik (SIG) ble i same periode 64 % av strålebehandlingsseriene for pasienter fra Innlandsfylkene gitt, om lag som forutsatt ved planlegginga av enheten. De fleste kurative behandlingsseriene for diagnosegruppene brystkreft, lungekreft, CNS-svulster og hudkreft blir gitt ved strålesatellitten på Gjøvik, mens de for andre diagnoser i all hovedsak blir utført ved regionscenteret.

Den palliative strålebehandlinga dominerer, men samtidig er det et betydelig udekket behov for palliativ strålebehandling, spesielt i Hedmark.

At stråleterapienheten ved SIG utfører en lavere andel av strålebehandlingsseriene fra eget sykehusområde enn tilsvarende enhet ved SSK, kan forklares både ved at det er flere krefttilfeller i Innlandet og at det ved SFK/SSK gis noe mer kurativ strålebehandling.

At det i Gjøvik er færre kurative behandlingsopplegg enn i Kristiansand, beror dels på lavere onkologbemanning i Gjøvik, men også på at et større opptaksområde krever mer kapasitet for den palliative strålebehandlinga.

For enkelte pasienter med ØNH-kreft, gynekologisk kreft og lymfom er utredning, beslutning om behandling og til dels stråleterapiplanleggingen utført ved Radiumhospitalet, mens selve behandlinga utføres ved satellittenhetene. Dette gjelder et fåtall pasienter, og er i de fleste tilfellene resultat av pasientønsker.

3.4 Kriterier for framtidig funksjonsfordeling

Overordnet målsetting må være at pasientene får det samme stråleterapitilbudet uavhengig av bosted.

Ved etablering av stråleterapisatellitter var det viktig å sikre at det samlede stråleterapifaglige ansvaret var plassert ved regionssykehuset, men at gjennomføringen av strålebehandling kunne gjennomføres ved enheter lokalisert til enkelte områdesykehus. En ivaretagelse av dette forutsetter at de samme retningslinjene for behandling og de samme stråleterapiprotokoller benyttes ved alle enhetene i regionen.

For å sikre god fagutvikling er det viktig at regionscenteret får nødvendig pasientgrunnlag for kliniske studier. Det vil dels kreve at utredning og behandling for visse pasientgrupper sentraliseres, eller – der det ikke svekker kvalitet i forskning og utvikling – at flere enheter deltar i samme studie.

Regionscenteret monitorerer i dag stråleterapibruken i hele regionen. Dette er en viktig funksjon som bør videreføres.

Som påpekt i avsnitt 3.1.2 er det viktig med utredning i multidisiplinære team, der bl.a. kompetanse på spesielle avbildingsmetoder inngår. Avhengig av kompleksitet og krav til kompetanse i teama, kan det bli behov for å sentralisere visse utredningsoppgaver til regionsykehuset, for å unngå kostnadskrevende investeringer i diagnostisk utstyr og kompetanse.

Kostnadene ved anskaffelse av MTU og IT-system for å kunne gjennomføre visse spesialiserte behandlingstyper tilsier en sentralisering av pasientbehandling for disse modalitetene til regionsavdelingen. For vel etablerte modaliteter kan en overføring til satellittene være aktuell dersom en ved utstyrsutskifting får inn utstyr som er forberedt for de aktuelle modalitetene. I andre tilfeller kan utredning og planlegging ved regionsavdeling være

en varig løsning, for etterfølgende gjennomføring av behandlingene ved satellittenhetene der behandlingsutstyret har de nødvendige muligheter.

For å åpne opp for slike muligheter er det viktig å få etablert god datakommunikasjon mellom planleggingssystemene ved de forskjellige enhetene.

Arbeidsgruppa mener at kompetanse- og robusthetskrav må tilpasses oppgavefordelingen mellom regionssenteret og satellittene. Fagmiljøene må være så robuste at tildelte oppgaver kan utføres også ved ferie, permisjoner, sykdomstilfeller og ved personalutskifting.

3.4.1. Robusthetskrav

Også når det gjelder stråleterapibehandling må etableres et sett av robusthetskrav som innebærer at behandlingskvaliteten er sikret ved enheter som skal utføre denne oppgaven.

3.4.1.1 Tverrfaglige team

Etablering av tverrfaglige team er nødvendig for å sikre en god nok ivaretagelse av stråleterapibehandlingen. Det er viktig at teamene har den nødvendige kompetansen innenfor radiologi, nukleærmedisin og bildediagnostikkfysikk, jf pkt 3.2.1.

3.4.1.2 Krav til personale

Funksjoner må legges til fagmiljø som har god kompetanse, og som er så robuste at funksjonsfordelingen kan vare over tid. Bemanningen må være stor nok til at ønsket behandling kan ivaretas også i perioder med sykdom, ferier etc. Hvorvidt det bør kreves to eller tre onkologer i alle fag-/diagnosegrupper for å oppnå ønsket robusthet, er ikke arbeidsgruppa enige om.

Fagmiljøet må ha kompetanse til ivaretagelse av multimodal/konkomitant behandling.

For stråleterapeutgruppa er det viktig med god mestring av de strålebehandlingsopplegg som skal gjennomføres. Det er rimelig å anta at det er sammenheng mellom hyppighet av visse behandlingstyper og kvalitet. Spesielt vil en kombinasjon av kompleksitet og sjeldenhet være en risikofaktor for kvalitet.

Medisinske fysikere må også beherske krav til romlig og dosimetrisk presisjon, samt de utstyrssystemer som benyttes for behandlingene. Det er viktig at regionavdelingen har tilstrekkelig fysikerressurser til å kunne bistå satellittenhetene.

Medisinsk teknisk personale og personale som behersker de driftskritiske IT-systema må også være tilgjengelig ved stråleterapienhetene.

Der både utredning, planlegging og gjennomføring av stråleterapi skal skje, må det også være sikret bistand fra kvalifisert og robust fagmiljø innen radiologi.

Stråleterapisatellittene har en liten og dermed fysikergruppe, og innen medisinsk fysikk vil det derfor være betydelig behov for faglig utveksling mellom satellittenhet og regionavdeling. Det må finnes tilstrekkelig fysikerressurser ved regionavdelingen for ivaretagelse av dette arbeidet.

3.4.1.3 Krav til medisinsk teknisk utstyr

Det medisinske tekniske utstyret og planleggingssystema vil være avgjørende for hvilke strålebehandlingsopplegg som kan utføres ved en enhet. For regionssykehuset – med sine 17 lineærakseleratorer – vil det alltid også være nyere maskiner med nye behandlingsmuligheter. Enkelte behandlingsmaskiner blir også utviklet med spesielle

behandlingsmuligheter, og det er fornuftig å ha enkelte slike maskiner ved et stort regionsenter.

Ved de mindre enhetene med to lineærakseleratorer vil det gå lengre tid mellom nyanskaffelser, og i visse perioder vil enkelte behandlingsopplegg ikke kunne utføres ved enhetene. Med krav om kontinuitet i strålebehandlingsserier, vil det også være krav om samme behandlingsmulighet på de to akseleratorene ved enheten.

Disse forhold gjør at enkelte spesialiserte strålebehandlingsopplegg bare bør etableres ved regionsenteret, mens andre avanserte opplegg kan overføres til satellittene dersom utstyrskrava blir innfridde.

3.5 Framtidig funksjonsfordeling

Arbeidsgruppa går inn for en geografisk deling av pasientgrunnlaget mellom OUS og stråleterapisatellittene, modifisert av pasientenes frie sykehusvalg.

Ved regionssykehuset foregår i dag en kontinuerlig monitorering av belastningen ved alle stråleterapienthetene i regionen. Dersom det oppstår varig skjevfordeling av belastning mellom enhetene, bør tiltak settes i verk for å utjevne denne, for eksempel ved justering av primært opptaksområde eller ved inngåelse av avtaler vedrørende fordeling av enkelte pasientgrupper.

3.5.1. Kurative behandlingsopplegg – avansert strålebehandling

Det tas utgangspunkt i at stråleterapi fremdeles er definert som en regionssykehusfunksjon når det gjelder fagansvar både innen medisin og medisinsk fysikk. Behandlingene skal imidlertid gjennomføres både ved regionavdelingen og stråleterapisatellittene.

I vurderinga av hvor kurative og avanserte strålebehandlingsopplegg bør gjennomføres, må både personalmessige og utstyrsmessige kriterier legges til grunn. I tillegg må pasientvolum tillegges vekt.

Det bør være en målsetting å kunne tilby kurativ behandling av de fleste indikasjonsområder der hvor strålebehandling inngår som en del av multimodal terapi som sykehuset ellers utfører. Dette vil i første rekke gjelde kreft i bryst, prostata, rectum, blære og hud. Videre bør man kunne tilby kurativ behandling av lunge- og hjernesvulster, mens spesialiserte behandlingsopplegg som stereotaktisk stråleterapi – ofte radiokirurgi – for hjerne og lungesvulster må forbli en oppgave for regionsenteret.

Ordningene forutsetter at hovedlinjene for behandling er like ved regionsavdeling og satellitt.

Hovedlinjene kan bli modifisert av ønske om framtidig sentralisering av diagnostikk og utredning. En eventuell sterkere sentralisering av kirurgien, vil kunne endre på hvor strålebehandling for ulike diagnosegrupper bør utføres, ut fra ønsket om samling av multimodale behandlinger.

Pasienter i diagnosegrupper hvor regionssykehuset har primæransvar for utredning og behandling, bør som hovedregel fortsatt behandles ved regionsenteret, spesielt gjelder det kurativ behandling.

3.6 Fagrådets anbefaling

Fagrådet anbefaler at arbeidsgruppens forslag legges til grunn for funksjonsfordelingen mellom regionavdeling og satellitter. Fagrådet ønsker imidlertid å peke på enkelte elementer

i arbeidsgruppens rapport som er særdeles viktige for å sikre kvaliteten innenfor strålebehandlingen:

- Fagrådet anbefaler at regionavdelingen fortsetter å monitorere strålebehandlingen i regionen, og at regionavdelingen sikres tilstrekkelig ressurser til å ivareta dette arbeidet.
- Fagrådet anbefaler at regionavdelingen må se til at kapasiteten samlet sett utnyttes optimalt. For å følge utviklingen i underforbruk og ulik bruk fylkene imellom anbefales det at regionsavdelingen rapporterer årlig til Regionalt kreftråd/Helse Sør-Øst etter nærmere avtale.
- Fagrådet viser til arbeidsgruppas konkretisering av robusthet, og anbefaler at dette tas til følge. Fagrådet presiserer behovet for å etablere tverrfaglige team ved alle enheter som driver kreftbehandling. Teamenes sammensetning vil variere mht diagnose, men det er viktig å sikre at hvert enkelt team innehar nødvendig kompetanse, jf. 3.2.1 for konkretisering av kompetansen i team som skal vurdere strålebehandling.
- Fagrådet anbefaler at det settes ned en gruppe for å vurdere eventuell etablering av et protonterapisenter, eventuelt hvordan dette behandlingstilbudet skal ivaretas dersom det ikke etableres et slik senter.