

Regional kreftplan

Helse Midt-Norge RHF

2011-2020

Innhold

1. Sammendrag og oppsummering av anbefalinger	8
2. Forankring.....	10
2.1 Mål.....	10
2.2 Aktivitet og risiko.....	10
2.3 Organisering	11
2.3.1 Gruppens anbefaling	11
2.4 Strategi 2020	12
2.4.1 Strategisk forankring	12
2.4.2 Mål.....	13
2.4.3 Avhengighet og risiko	13
2.4.4 Organisering av arbeidet	14
2.5 Nasjonale føringer	16
2.5.1 Den regionale organiseringen	16
2.5.2 Nasjonale retningslinjer.....	16
2.5.3 Tidsfrister.....	17
2.5.4 Samhandlingsreformen Stortingsmelding Nr. 47 (2008-2009)	17
2.5.5 Nasjonale føringer	18
3. Utviklingstrekk innen kreftomsorgen.....	19
3.1 Insidens og prevalens	19
3.2 Flere behandlingsmuligheter.....	22
3.3 Mer spesialisert behandling	22
3.4 Økt ressursbruk	24
4. Noen grunnleggende forutsetninger.....	25
4.1 Regions- og lokalsykehusoppgaver	25
4.2 Grunnleggende elementer i organiseringen av kreftomsorgen.....	25
4.3 Regionsansvar St Olavs Hospital - forankring i organisasjonen	27
4.4 Kritisk masse.....	28
5. Utviklingstrekk.....	29
6. Regionale pasientforløp, utredning og oppfølging	30
6.1 Regionale pasientforløp	30
6.2 Utredning.....	30
6.2.1 Generelt.....	30
6.2.2 Endoskopiske undersøkelser	31

6.3 Oppfølging	31
7. Patologi.....	32
7.1 Innledning.....	32
7.2 Dagens organisering	32
7.2.1 St Olavs Hospital.....	32
7.2.2 Ålesund sykehus	32
7.2.3 Molde sykehus.....	32
7.3 Utfordringer.....	32
7.4 Gruppens anbefalinger inkludert endring i funksjonsfordeling	33
8. Bildediagnostikk	34
8.1 Innledning.....	34
8.2 Dagens organisering	34
8.3 Utfordringer innen billeddiagnostikk	34
8.4 Gruppens anbefalinger	34
9. PET	36
9.1 Innledning.....	36
9.2 Dagens situasjon.....	36
9.3 Utfordringer.....	37
9.4 Anbefalinger	37
10. Lungekreft	38
10.1 Innledning.....	38
10.2 Dagens funksjonsfordeling	38
10.3 Kvalitetskrav	38
10.4 Gruppens anbefaling	39
11. Kreft i mage- og tarmsystemet.....	40
11.1 Innledning.....	40
11.2 Dagens funksjonsfordeling	40
11.3 Kvalitetskrav	40
11.4 Gruppens anbefaling	42
12. Urologisk kreft	44
12.1 Innledning.....	44
12.2 Kvalitetskrav	44
12.3 Gruppens anbefaling	45
13. Brystkreft.....	46

13.1 Innledning.....	46
13.2 Dagens funksjonsfordeling	46
13.3 Kvalitetskrav basert på EUSOMA.....	46
13.4 Gruppens anbefaling	47
14. Palliasjon.....	48
14.1 Innledning.....	48
14.2 Organisering av palliasjon basert på nasjonale føringer	48
14.3 Kompetanse.....	49
14.4 Gruppens anbefaling	50
15. Barnekreft.....	51
15.1 Innledning.....	51
15.2 Dagens organisering	51
15.2.1 Oslo Universitetssykehus	51
15.2.2 St Olavs hospital	51
15.2.3 Barne- og ungdomsavdelinger	51
16. Gynekologisk kreft.....	53
16.1 Innledning.....	53
16.2 Dagens funksjonsfordeling	53
16.3 Utfordringer.....	53
16.4 Gruppens anbefalinger inkludert endring i funksjonsfordeling	53
17. Blodkreft	54
17.1 Innledning.....	54
17.2 Dagens funksjonsfordeling	54
17.2.1 St Olavs Hospital.....	54
17.2.2 Ålesund sykehus	54
17.2.3 Andre sykehus	54
17.3 Utfordringer.....	54
17.4 Gruppens anbefalinger.....	54
18. Kreft i øre-nese-halsregionen.....	56
18.1 Innledning.....	56
18.2 Dagens organisering	56
18.3 Utfordringer.....	56
18.4 Gruppens anbefalinger.....	57
19. Sarkomer	58

19.1 Innledning.....	58
19.2 Dagens organisering	58
19.3 Gruppens anbefaling	58
Bløtvevssarkom	58
Bensarkom.....	58
20. Kreft i sentralnervesystemet	60
20.1 Innledning.....	60
20.2 Dagens organisering	60
20.3 Gruppens anbefaling	60
21. Kreftavdelinger og kreftpoliklinikker	62
21.1 Kreftavdelinger	62
21.1.1 St Olavs Hospital.....	62
21.1.2 Ålesund	62
21.2 Sykehuspoliklinikker	63
21.2.1 Nord-Trøndelag	63
21.2.2 Møre og Romsdal	63
21.2.3 Aktivitetsoversikt 2010.....	64
21.3 Andre enheter	65
21.3.1 Lungeavdelingen St Olavs hospital	65
21.4 Gruppens anbefaling	65
22. Stråleterapi.....	66
22.1 Innledning.....	66
22.2 Dagens funksjonsfordeling	67
22.3 utfordringer.....	68
22.3.1 Kapasitet, reinvesteringer	68
22.3.2 Utstyrsnivå.....	68
22.3.3 Funksjonsfordeling	69
22.3.4 Forskning	69
22.4 Gruppens anbefaling	69
23. Kjemoterapi.....	71
23.1 Innledning.....	71
23.2 Dagens funksjonsfordeling	72
23.3 Ressursbruk	72
23.4 Poliklinisering	73

23.5 Prioritering.....	74
23.6 Gruppens anbefaling	75
24. Forskning	76
24.1 Gruppens anbefalinger.....	76
25. Utdanning og fagutvikling	78
25.1 Bakgrunn	78
25.2 Anbefalinger	78
26. Kreftrehabilitering, Vardesenter og likemannsarbeid.....	79
26.1 Innledning.....	79
26.2 Dagens organisering	79
26.3 Utfordringer.....	79
26.4 Vardesenteret.....	80
26.5. Kreftkoordinator.....	80
26.6. Brukergruppen.	80
26.7 Likemannsarbeid.	81
26.7 Gruppens anbefalinger.....	81
27. Vedlegg	82
27.1 Nasjonal kreftplan 1999-2003	82
27.2 Nasjonal strategi for arbeid innenfor kreftomsorgen – Rapport 2004	82
27.3 Nasjonal strategi for kreftområdet 2006-2011	82
27.3.1. Forebyggende arbeid.....	83
27.3.2 Nasjonale screeningprogrammer mm.....	83
27.3.3 Kreftpasienten, helsetjenesten og samfunnet	84
27.3.4 Diagnostikk	84
27.3.5 Behandling.....	85
27.3.6 Alternativ behandling.....	85
27.3.7 Rehabilitering	85
27.3.8 Lindrende (palliativ) behandling.....	86
27.3.9. Personell – kapasitet og kompetanse	87
27.3.10 Kreftregisteret, nasjonale medisinske kvalitetsregistre og forskning	87
27.4 Samhandlingsreformen Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009).....	88
27.4.1 Utfordringer.....	88
27.4.2 Hovedgrep	89
27.4.3 Andre strategiske tiltak	91

27.4.4 Kreftområdet i Samhandlingsreformen	91
--	----

1. Sammendrag og oppsummering av anbefalinger

Forekomsten av kreft er jevnt økende, det er beregnet en økning i krefttilfeller på 27.5 % mellom 2008 til 2020. Det er forventet 4750 nye krefttilfeller i Midt-Norge i 2020.

Kreftbehandlingen blir mer skreddersydd den individuelle pasient, og kostnadene med ny diagnostikk og behandling medfører økte kostnader.

Kombinasjonen av økt forekomst og økte kostnader vil sannsynligvis medføre betydelig økte kostnader langt utover insidensøkningen fra 2010 til 2020.

Moderne kreftbehandling er multimodal og spesialisert. Dette krever etablering og formalisering av multidisiplinære team (MDT) regionalt. Hovedaktørene i et slikt team når behandlingsintensjonen er kurativ eller livsforlengende, bør være: kirurg, onkolog, billeddiagnostiker, patolog og evt. annen spesialist, for eksempel lungelege/hematolog. Det er neppe verken mulig eller ønskelig å etablere fullverdige organspesifikke MDT ved andre sykehus enn St. Olavs Hospital og Ålesund sykehus i Helse Midt-Norge.

Kurativ behandling av kreft bør skje ved enheter som oppfyller gitte kvalitetskrav og har et tilstrekkelig volum av pasienter. Konsekvensene kan være en sentralisering av kurativ kreftbehandling. Innholdet i tilbudet skal til enhver tid være basert på de nasjonale retningslinjene utgitt av Helsedirektoratet for hver enkelt kreftdiagnose, fagområder og de generelle organisatoriske føringer som blir gitt via oppdragsdokumentet og andre relevante nasjonale føringer. Samlet vil dette gi befolkningen en «garanti» om at man får et likeverdig tilbud på et høyt internasjonalt nivå.

Palliasjon bør tilbys så nært pasientens hjem som mulig, men med god nok faglighet. Det er en stor utfordring med kompetanseoverføring til primærhelsetjenesten i forbindelse med samhandlingsreformen. Dette bør settes i et system som blant annet er basert på de nasjonale retningslinjene inne palliasjon. Her bør det regionale kompetansesenteret i lindrende behandling spille en sentral rolle sammen med Avdeling for palliasjon ved St. Olavs Hospital.

Basert på nasjonale retningslinjer og regionale forhold bør det utarbeides regionale pasientforløp for alle kreftdiagnoser, samt generelle forløp for palliasjon, oppfølging etter kurativ behandling, herunder rehabilitering og diagnostikk, forebygging og behandling av seineffekter etter kurativ kreftbehandling.

Mange kreftdiagnoser utredes ved hjelp av endoskopisk teknikk. Ventetider på gastroskopi, colonoskopi, sigmoidoskopi, rektoskopi og bronkoskopi bør analyseres og disse køene bør elimineres på kort sikt.

Det er behov for en styrking av radiologifaget innen Helse Midt-Norge. Mange ressurser, både personell og økonomiske, blir tappet fra det offentlige helsevesenet over til det private markedet. Disse forholdene bør analyseres nærmere og løsninger bør finnes.

Det er et behov for etablering av PET-CT ved St. Olavs Hospital.

Patologitjenesten i Helse Midt-Norge er svært sårbar, og det er et sterkt behov for styrking av faget. Det anbefales en omorganisering med to enheter innen Helse Midt-Norge. Innføring av digital patologi er et eksempel på tiltak som vil kunne redusere sårbarheten og øke effektiviseringen av denne viktige delen av kreftdiagnostikken.

Kjemoterapi og behandling med intravenøse biologiske legemidler skal kun gis ved kreftpoliklinikker/kreftavdelinger med tilstrekkelig kompetanse. Man bør se på hvordan dette i dag er organisert ved alle helseforetak. Volumet og kompleksiteten på denne tjenesten har økt betydelig de senere årene, og det forventes at den fortsatt vil øke.

Kjemoterapi bør igangsettes, evalueres og avsluttes av onkolog, eventuelt gynekolog, lungelege med spesialkompetanse innen onkologi, hematolog eller barnelege. Den praktiske gjennomføringen av kjemoterapi bør skje så nært pasientens hjem som mulig.

Kontakter og henvisninger mellom sykehus bør kunne skje elektronisk. Hvordan dette kan skje på tvers av helseforetakene krever en snarlig vurdering, og gode løsninger bør etableres for å forebygge feil og øke effektiviteten på tvers av helseforetak i hele vårt regionale helseforetak.

Oppfølging av pasienter etter behandling bør gjennomføres så nær pasienten som mulig. Basert på retningslinjer i de nasjonale handlingsprogrammen og de regionale pasientforløpene vil mye av oppfølgingen med godt resultat kunne håndteres av pasientens fastlege. Her er det fortsatt mye arbeid som gjenstår for å sikre kvalitet og effektivitet både på et nasjonalt og regionalt nivå.

Det må være tett og enkel kontakt mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Toveis elektronisk kommunikasjon bør etableres for at dette skal kunne være sikkert og vellykket sett med pasientens øyne.

Utskifting av stråleterapiutstyr – spesielt lineærakseleratorer – tar tid og er ressurskrevende. Det er derfor behov for snarlig å utarbeide en helhetlig langsiktig plan omkring stråleterapikapasiteten i Helse Midt-Norge.

Utdanning og forskning er sentrale elementer som har bidratt til betydelig bedret overlevelse og palliasjon for mange kreftpasienter. Det er fortsatt rom for store forbedringer. Med sin oversiktlige pasientpopulasjon har Norge og Helse Midt-Norge et fortrinn og store muligheter for å gjennomføre pasientnær klinisk forskning på et høyt internasjonalt nivå. Man bør styrke det interregionale samarbeidet på dette området, og et spesielt ansvar for dette ligger hos St. Olavs Hospital i samarbeid med Det medisinske fakultet, NTNU.

2. Forankring

2.1 Mål

2.2 Aktivitet og risiko

En risikoanalyse utført i 2010 på oppdrag fra Helsetilsynet identifiserte de 15 viktigste uønskede hendelsene/forholdene i norsk kreftbehandling og rangerte disse i en risikomatrise.

Konsekvenser

Katastrofal: Tap av liv Svært alvorlig skade Høygradig invaliditet					Diagnostikk
Svært alvorlig: Irreversibel helseskade Tap av leveår Prognosetap			Strålebehandling	Kirurgi	Radiologi
Alvorlig: Reversibel helseskade Uheldige belastninger Moderate skader			Volum-kvalitet Henvisning	Infeksjoner	Patologi
Mindre alvorlig: Lettere, forbigående helseskade uten varig mén			Komplikasjoner	Informasjonsflyt	Kompetanse
Ikke alvorlig: Ingen påvist helseskade				Arbeidsmiljø	Palliasjon Overbehandling Kontinuitet
	Svært usannsynlig (sjeldnere enn hvert år)	Usannsynlig	Lite sannsynlig	Sannsynlig	Svært sannsynlig (ukentlig)

Sannsynlighet for at hendelsen inntreffer i en region (RHF)

Figur 2. Risikobildet i norsk kreftbehandling – de 16 viktigste uønskede hendelser/forhold.

Risikobildet er generelt vurdert som høyt. De viktigste risikofaktorene identifisert var knyttet til diagnostikk av kreftsykdom. Dette omfatter kjeden fra fastlegen til spesialisthelsetjenesten, hvor ventetid, svikt i selve informasjonsutvekslingen og dårlig koordinering på ulike måter bidrar til forsinkelser.

En annen risikofaktor som ble identifisert, var mangel på kompetanse. Det er essensielt at pasienten møter riktig kompetanse innen sin spesifikke kreftsykdom. Lave volumer og kvalitetsutfordringer ble også rangert blant de viktigste risikoindikatorene, dette gjelder blant annet innen kreftkirurgi.

De ulike risikofaktorene og anbefalingene er omtalt under de relevante kapitlene.

2.3 Organisering

Den regionale kreftomsorgen gis på alle tre nivåer. Innen spesialisthelsetjenesten har St. Olavs Hospital, Universitetssykehuset i Trondheim en særstilling med høye forventninger til, og forpliktelser om å være en faglig pådriver og garantist for kvalitet. Det er derfor viktig at alle deler av kreftomsorgen ved St. Olavs Hospital er godt koordinert og organisert. Man bør tilstrebe å ha en tydelig og forutsigbar organisering. Det er spesielt viktig at henvisende instans vet hvordan og hvor man henviser og hvem man eventuelt kan kontakte dersom henvisning ikke blir besvart innen kort tid.

Det er i Helse Midt-Norge kun St. Olavs Hospital og Ålesund sykehus som har et komplett onkologisk tilbud. Dette er sykehus med store kirurgiske og medisinske avdelinger samt avdelinger for strålebehandling, medisinsk onkologi og palliasjon. Ved flere sykehus finnes det i dag kombinerte onkologiske og palliative poliklinikker med sengeområder, ofte organisert ved andre avdelinger.

Samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er i varierende grad utviklet, men vil være et satsningsområde de neste årene. Innen palliasjon er det føringer i det nasjonale handlingsprogrammet for hvordan man bør organisere samarbeidet. Det er godt utviklet for noen HF i Midt-Norge. Innen kirurgi, onkologi, barneonkologi og gynekologisk onkologi er oppfølging av pasienter med seneffekter mindre formalisert. Ansvar for utviklingen av det palliative tilbudet ligger hos det regionale kompetansesenteret ved St. Olavs Hospital i samarbeid med de andre palliative enhetene i Helse Midt-Norge.

Midt-Norge har et befolkningsgrunnlag på nærmere 680.000 mennesker spredt over et stort geografisk område. Moderne medisin krever i større og større grad spesialisering innen både diagnostikk og behandling. Det foreligger klare føringer fra sentrale myndigheter om at det er faglig nødvendig å sentralisere deler av tjenesten, slik som avansert bildediagnostikk, patologitjenester, kreftkirurgi, strålebehandling og noe av den medikamentelle kreftbehandlingen. Behovet for, og forventningene om, dette forventes å øke i tiden framover, etter hvert som ny teknologi tas i bruk både innen diagnostikk, behandling og oppfølging av kreftpasienter.

Andre tjenester må i større grad enn i dag desentraliseres, dette gjelder spesielt de palliative pasientene. Denne desentraliseringen vil gi kommunehelsetjenesten en sterkere rolle i behandling og oppfølging i alle faser av en kreftpasients sykdomsforløp. Grunnet den økende kreftinsidensen vil alle sykehus nødvendigvis måtte behandle og følge opp kreftpasienter. Spesielt den livsforlengende og palliative behandlingen bør skje så nært pasienten som mulig for å redusere reisevei og tidsbruk for en utsatt pasientgruppe.

2.3.1 Gruppens anbefaling

Det anbefales at man går nøye gjennom organiseringen av kreftomsorgen i Helse Midt-Norge. Tiltak vedrørende sentralisering og desentralisering er omtalt under de ulike kapitlene.

2.4 Strategi 2020

2.4.1 Strategisk forankring

Strategi 2020 skal gjøre Helse Midt-Norge i stand til å videreutvikle spesialisthelsetjenestetilbudet og møte de utfordringene som kommer.

Styret for Helse Midt-Norge har lagt til grunn følgende fire hovedutfordringer for helsetjenesten de neste 10 årene:

- Befolkningens sammensetning og behov endres
- Tydeligere krav til dokumentert kvalitet
- Ansatte i helsetjenesten blir en knapphetsfaktor
- Økonomisk vekst bremses for spesialisthelsetjenesten

Styret har videre formulert fem strategiske mål som skal være retningsgivende for utviklingen framover:

- Styrket innsats for de store pasientgruppene
- Kunnskapsbasert pasientbehandling
- En organisering som underbygger gode pasientforløp
- Rett kompetanse på rett sted til rett tid
- Økonomisk bærekraft

Pasientgruppen med kreft utgjør en stor andel av pasientene i Helse Midt-Norge. Det er flere som får kreft, og flere med kreft lever lenger med sykdommen. Økningen er både knyttet til veksten av antall eldre, samt en insidensøkning uavhengig av alderssammensetningen.

Mange pasienter som tidligere fikk et forkortet liv på grunn av kreft kan nå helbredes helt eller vil leve lengre på grunn av nye diagnostiske og terapeutiske tiltak.

Det er forventet at den medisinske utviklingen vil fortsette. Antallet pasienter som har/har hatt en kreftdiagnose (prevalensen) er doblet i løpet av kort tid. Denne gruppen består av pasienter med pågående kreftsykdom, pasienter med senbivirkninger etter behandling; og tidligere pasienter som har en risiko for å utvikle senbivirkninger.

God kreftomsorg krever innsats fra alle nivåer i helsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten er viktig i behandling av kreft, men et godt samarbeid med førstelinjetjenesten vedrørende diagnostikk og oppfølging er helt nødvendig for god samhandling.

Den økende insidensen og prevalensen, kombinert med høye forventninger i samfunnet til diagnostikk, behandling og oppfølging stiller også nye krav til hver enkelt pasient, de pårørende og samfunnet generelt. Likemannsarbeidet er sentralt i denne sammenhengen - man er i ferd med å etablere et Vardesenter sammen med Kreftforeningen på St. Olavs Hospital.

En regional kreftplan bør bidra til at alle pasienter som har eller har hatt kreftsykdom får tilbud om diagnostikk, behandling og oppfølging i henhold til nasjonale retningslinjer uavhengig av bosted. De nasjonale retningslinjene for behandling av kreft og organisering av kreftområdet, utgitt av Helsedirektoratet, er retningsgivende for det regionale tilbudet.

2.4.2 Mål

2.4.2.1 Overordnet mål

Kreftbehandling i Helse Midt-Norge bør være kunnskapsbasert og organisert slik at pasientens muligheter til helbredelse, forlenget liv og god palliasjon ligger på et høyt nasjonalt og internasjonalt nivå.

2.4.2.2 Effektmål

Prosjektet skal bidra til å oppfylle Helse Midt-Norges strategiske mål:

- Styrket innsats for de store pasientgruppene
- Kunnskapsbasert pasientbehandling
- En organisering som underbygger gode pasientforløp
- Rett kompetanse på rett sted til rett tid
- Økonomisk bærekraft

2.4.2.3 Resultatmål

Kreftplanen skal levere en samlet plan for organisering av kreftbehandling i regionen.

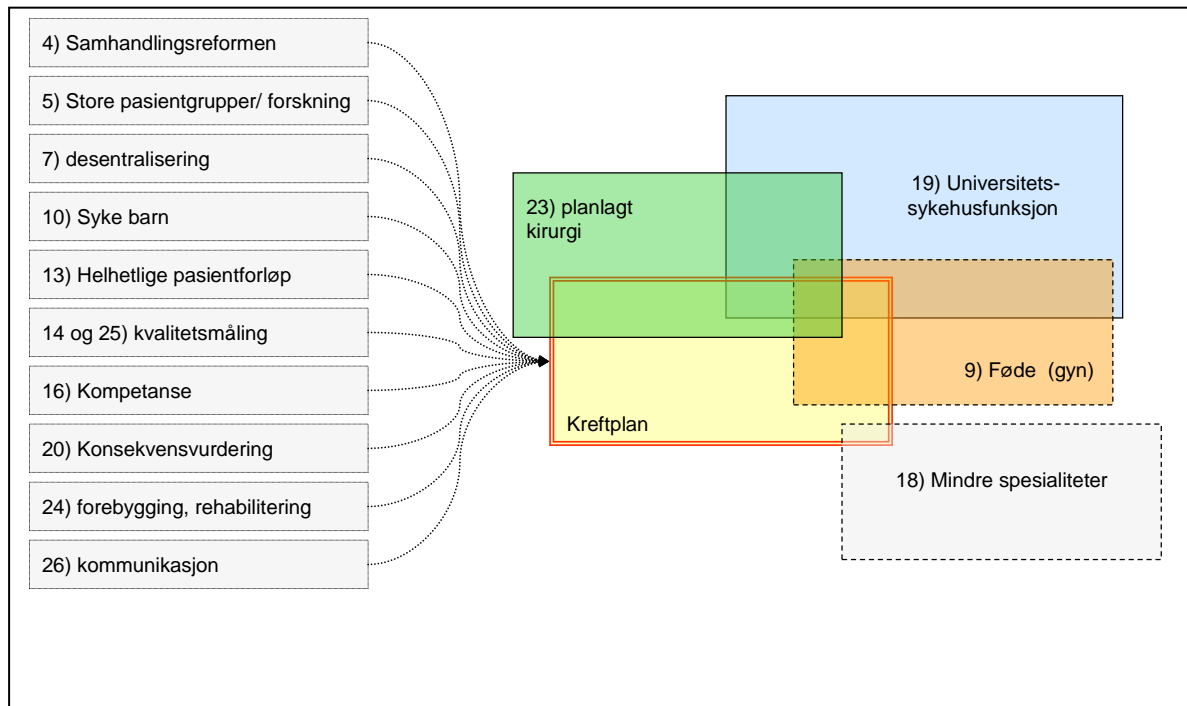
- Planen skal omfatte pasientforløp som inkluderer grensesnittet mot førstelinje, desentraliserte og sentraliserte sykehusfunksjoner, lokalsykehus, universitetssykehuset og spesialiserte nasjonale funksjoner.
- Planen skal omfatte organisering av kunnskapsbasert og effektiv diagnostikk av pasienter med mistanke om kreft, mistanke om forverring av kreft, pasienter i en palliativ fase og pasienter som er under løpende kontroll av en krefttilstand. Planen skal også omfatte nødvendige diagnostiske og behandlingmessige tiltak utenom helseregionen.
- Planen skal omfatte organisering av kunnskapsbasert kurativ, livsforlengende og palliativ behandling, samt oppfølging av pasienter med kreft. Planen skal omfatte alle behandlingsmodaliteter slik som kirurgi, medikamentell behandling, stråleterapi og ikke-medikamentelle intervensjoner.
- Planen skal omfatte pleie og omsorg av pasientene og oppfølging av de pårørende.
- Planen skal omfatte organisering av rehabilitering og oppfølging av seineffekter etter kreftbehandling.

2.4.3 Avhengighet og risiko

2.4.3.1 Avhengighet nasjonale prosesser

Planen skal tilpasses de nasjonale føringene som ligger i Stortingsmelding 47 (2008-2009) "Samhandlingsreformen", "Nasjonal strategi for kreftområdet 2006-2011" og skal være i tråd med nasjonale retningslinjer for kreftbehandling.

2.4.3.1 Avhengighet andre vedtakspunkt og regionale prosesser (RHF-oppgaver, regionale prosjekt, HF-oppgaver)



Figur 1. Illustrasjon av overlappende vedtakspunkter i Strategi 2020.

Kreftplanen har klare overlappende områder mot:

- vedtakspunkt 23 "planlagt kirurgi",
- vedtakspunkt 19 "universitetssykehusfunksjon",
- vedtakspunkt 9 "svangerskap, fødsel og barsel",
- eventuelt vedtakspunkt 18 "mindre spesialiteter"

Følgende vedtakspunkt er også førende for kreftplanen

- vedtakspunkt 4 "Samhandlingsreformen",
- vedtakspunkt 7 "desentralisering",
- vedtakspunkt 10 "syke barn",
- vedtakspunkt 13 "Helhetlige pasientforløp",
- vedtakspunkt 14 og 25 "kvalitetsmåling",
- vedtakspunkt 16 "kompetanse",
- vedtakspunkt 20 "konsekvensutredning",
- vedtakspunkt 24 "forebygging, rehabilitering",
- vedtakspunkt 4 "kommunikasjon",

2.4.4 Organisering av arbeidet

Følgende roller er definert for prosjekter under Strategi 2020:

Prosjekteier	Prosjekteier opptrer på vegne av hele regionen. Prosjekteier er ansvarlig for utforming av prosjektoppdraget, organisering, ressurssetting og gjennomføring av prosjektet .
Styringsgruppen	Koordineringsgruppen skal være styringsgruppe for prosjektet. Koordineringsgruppen er øverste ansvarlige for prosjektets gjennomføring og resultat.
Prosjektleder	Prosjektleder har ansvaret for utarbeidelse av prosjektplan. Prosjektleder har ansvaret for at prosjektet utføres innenfor rammene av regional prosjektmetodikk. Prosjektleder er ansvarlig for å følge opp prosjektets fremdrift, vurdere risiko i prosjektgjennomføring og iverksette tiltak ved behov og rapporterer til styringsgruppen.
Prosjektgruppe	Prosjektgruppa skal sammen med prosjektleder sikre leveranser i tråd med oppdraget. Geografisk representativitet er underordnet bredde i kompetanse. Arbeidsgrupper kan etableres etter behov.
Sekretariatet i RHF	<p>Sekretariatet i RHF har ansvaret for å:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avklare bestillinger • Adressere og koordinere bestillinger • Motta rapporteringer fra prosjektet • Sammenstille rapportering til koordineringsgruppen
Referansegruppe	<p>Relevante faglige nettverk skal brukes som referansegruppe i faglige problemstillinger.</p> <p>Andre aktuelle referansegrupper:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brukergrupper utpekt av brukerutvalget • KS • Utdanningsinstitusjoner

2.5 Nasjonale føringer

2.5.1 Den regionale organiseringen

Gjennom den regionale organiseringen av det norske helsevesenet, får det regionale helseforetaket (RHF-et) årlige oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet. RHF gir deretter ut deloppdrag til de ulike helseforetakene (HF-ene) i hver helseregion.

Gjennom den regionale kreftplanen ønsker man å bidra til en likeverdig behandling for alle pasienter i Midt-Norge. Dette vil skje gjennom en forutsigbar plan, oppgavefordeling mellom HF-ene og mellom spesialisthelsetjenestene og kommunehelsetjenesten.

Et grunnleggende prinsipp er at utredning, behandling og oppfølging av alle kreftpasienter i så stor grad som mulig skal være basert på et forskningsbasert fundament. Helsedirektoratet har tidligere kommet med føringer om at stråleterapi og andre kompetansekrevede diagnostiske behandlingsformer bør sentraliseres. Det nasjonale handlingsprogrammet med retningslinjer innen kreftomsorgen, utarbeidet av faggrupper oppnevnt av RHF-ene i samarbeid med Kunnskapscenteret, og utgitt av Helsedirektoratet, skal være grunnlaget for aktiviteten i Helse Midt-Norge.

For å bidra med høy faglig kompetanse i det nasjonale arbeidet med handlingsprogrammene, og ta initiativ til og/eller delta i kliniske multisenterstudier, er det ønskelig at flere klinikere har både klinisk og akademisk kompetanse. St. Olavs Hospital, i samarbeid med Det medisinske fakultet, NTNU, forventes å bidra til og stimulere til et høyt klinisk og akademisk faglig nivå ved alle helseforetakene og i kommunehelsetjenesten i Midt-Norge.

2.5.2 Nasjonale retningslinjer

Helsedirektoratet har utgitt 11 nasjonale handlingsprogrammer med retningslinjer for flere tumorformer. Flere er under utvikling og bearbeides. I tillegg til de tumorspesifikke handlingsprogrammene er det også utgitt et handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. I handlingsprogrammene er det gitt detaljerte anbefalinger om utredning, behandling og oppfølging for den aktuelle pasientgruppen.

Ved innføring av ny teknologi basert på vitenskapelige publikasjoner, bør det også gjøres kost-nytte-analyser. Kunnskapscenteret bidrar til dette. Ved betydelig økning i kostnadene, dokumentert gjennom dette arbeidet, kan det være nødvendig å fremme enkeltsaker til vurdering i Nasjonalt råd for prioriteringer i helsevesenet.

I de nasjonale handlingsprogrammene gis det også anbefalinger om organisatoriske forhold, og pasientforløp i varierende grad. Denne delen av handlingsprogrammene er i midre grad myndighetsforankret. Helsedirektoratet har gitt signaler om at man vil se nærmere på denne delen av handlingsprogrammene.

Basert på de nasjonale retningslinjene bør man utvikle nasjonale, regionale og lokale pasientforløp, disse skal være fundamentet for en optimal logistikk innad i hvert HF, mellom HF-ene og mellom HF-ene og kommunehelsetjenesten. Man bør ha som prinsipp at det utvikles regionale pasientforløp som også kan tilpasses lokale forhold dersom dette er påkrevd. Ved å basere pasientforløpene på de nasjonale retningslinjene, er målsetningen at samfunnets ressurser blir benyttet på en optimal måte slik at pasientene kan få behandling på rett sted til rett tid, på et høyt nasjonalt og internasjonalt nivå.

St. Olavs Hospital, universitetsklinikken skal påse at de nasjonale retningslinjer og regionale pasientforløp blir utviklet. Ansvaret for å implementere disse vil ligge hos det enkelte HF og de enkelte kommuner. Det forventes at St. Olavs Hospital tar et initiativ til samarbeidsprosjekter, samt utvikler pasientforløp og andre regionale standarder.

Klinisk forskning er en del av den pålagte aktiviteten i spesialisthelsetjenesten. Det forventes at St. Olavs Hospital, i samarbeid med fagpersoner ved andre sykehus i regionen, er initiativtaker og pådriver til at pasienter i Midt-Norge får mulighet til å delta i kliniske studier, og at det planlegges å utføres regionale, nasjonale og/eller internasjonale multisenterstudier. Alle regionale HF bør integreres og delta aktivt i all klinisk forskning.

2.5.3 Tidsfrister

Hesledirektoratet har på oppdrag fra Helsedepartementet utarbeidet forløpstider for utredning og behandling av kreft. Disse forløpstidene skal være retningslinjer for helseforetakene.

Forløpstidene skal legges til grunn for helseforetakenes organisering og logistikk, og er et budskap om hva pasienter med kreft generelt bør forvente av ventetid i de ulike leddene i helsehjelpen. Årsaker til avvik fra fristene bør dokumenteres i pasientjournalen.

Målet er at minimum 80 % av pasientene skal få hjelp innenfor disse fristene.

- Vurdering av henvisning: 5 virkedager fra mottatt henvisning.
- Oppstart utredning: 10 virkedager fra mottatt henvisning.
- Oppstart behandling: 20 virkedager fra mottatt henvisning.

De nasjonale faglige retningslinjene for kreft er delvis supplert med normerte forløpstider, og vil bli ytterligere videreutviklet i nær fremtid.

2.5.4 Samhandlingsreformen Stortingsmelding Nr. 47 (2008-2009)

En av de grunnleggende ideene i denne reformen er at pasientene skal behandles på rett sted til rett tid. Det vektlegges at man legger forholdene til rette for en sammenhengende behandlingsskjede mellom tredjelinjenivå (universitetssykehuset), andrelinjenivå (lokalsykehus) og førstelinjenivå (kommunehelsetjenesten).

For 2012 er de økonomiske insentivene endret ved at det nasjonalt er overført 5835 millioner fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, for Helse Midt-Norge dreier det seg om ca 850 millioner kroner. Det forventes at kommunehelsetjenesten overtar flere tilbud som spesialisthelsetjenesten har ivaretatt. Samhandlingsreformen krever et tettere og mer forpliktende samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Områder som er spesielt aktuelle for kreftomsorgen er:

- Palliasjon
- Kontroll av pasienter etter kurativ behandling
- Rehabilitering av kreftpasienter i alle stadier av sykdommen

- Oppfølging og diagnostisering av pasienter med seneffekter etter kurativ og/eller livsforlengende behandling

Se utfyllende kommentarer i kapittel 13.4.

2.5.5 Nasjonale føringer

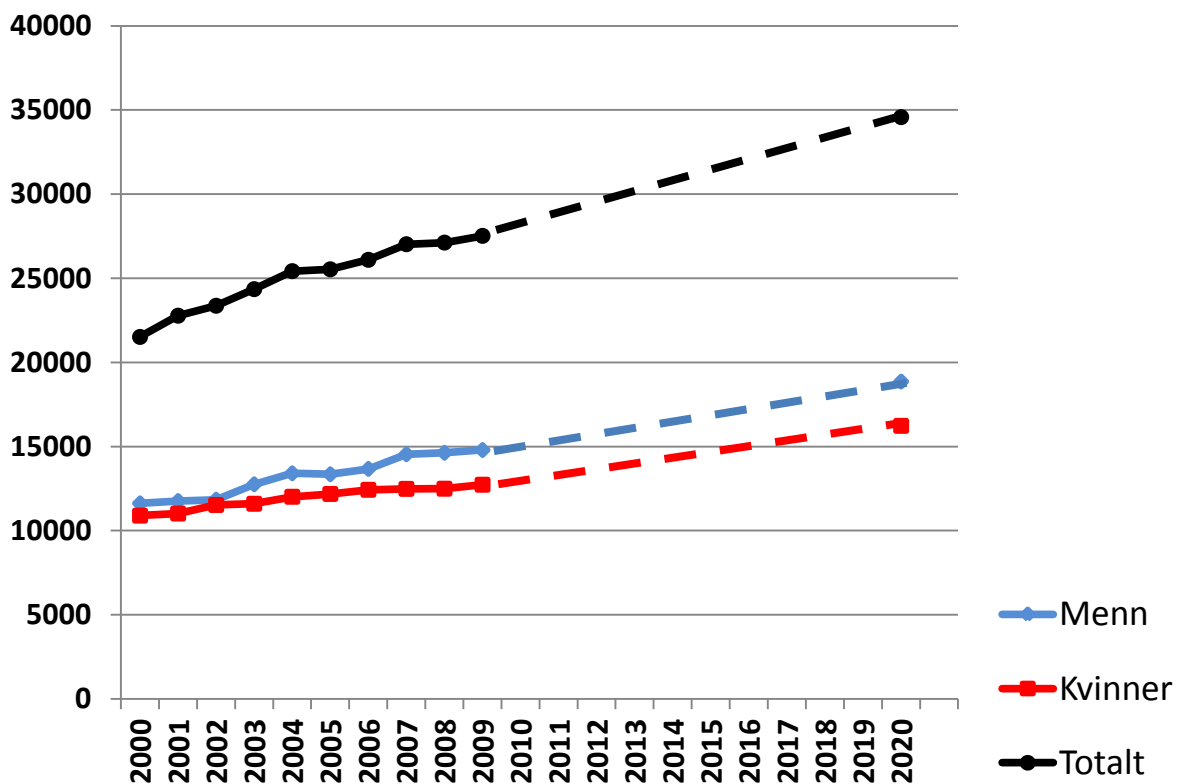
Det er utviklet en rekke nasjonale føringer utover det som er nevnt ovenfor, som nasjonal kreftplan 1999-2003, nasjonal strategi for arbeid innen kreftomsorgen – Rapport 2004, nasjonal strategi for kreftområdet 2006-2011, og samhandlingsreformen (se utfyllende kommentarer over og i kapittel 13.4). For de nasjonale føringene henvises det til vedlegg, kapittel 13.1, 13.2 og 13.3.

3. Utviklingstrekk innen kreftomsorgen

3.1 Insidens og prevalens

Antall nye krefttilfeller har økt jevnt de siste 20-30 årene, og man har forventer en tilsvarende økning i hvert fall fram til 2020 (figur 1). I 2009 ble det diagnostisert 27.520 tilfeller av kreft i Norge. Det har vært en økning på 23 % i perioden fra 1999 til 2009. Det døde 10.565 personer av kreft i 2009. Befolkningen i Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag var 678.682 pr. 1. oktober 2010. Det ble diagnostisert 3728 krefttilfeller i Midt-Norge i 2009. Forekomsten av kreft i Midt-Norge ligger på samme nivå som gjennomsnittet i Norge. De store kreftgruppene prostatakreft, brystkreft, tykk-/endetarmskreft og lungekreft utgjør halvparten både av nye krefttilfeller og kreftdødsfall. Mellom 85 og 90 % av krefttilfellene blir påvist hos de over 50 år, med 50 % av tilfellene hos de over 70 år. Fremskrivning av antall eldre, viser at befolkningen som er 67 år eller eldre vil vokse fra 0,6 millioner i 2009 til 1,5 millioner i 2060, en årlig økning på nesten 2 %. Det er nylig fremskrevet en årlig økning i kreftinsidensen på 2 % årlig fra 2008 til 2020, dette medfører en økning i krefttilfeller på 27.5 % i denne tolvårsperioden. Dette vil medføre 4750 krefttilfeller i Midt-Norge i 2020.

Historisk sett har Kreftregisterets estimater alltid underestimert den reelle økningen i insidens.

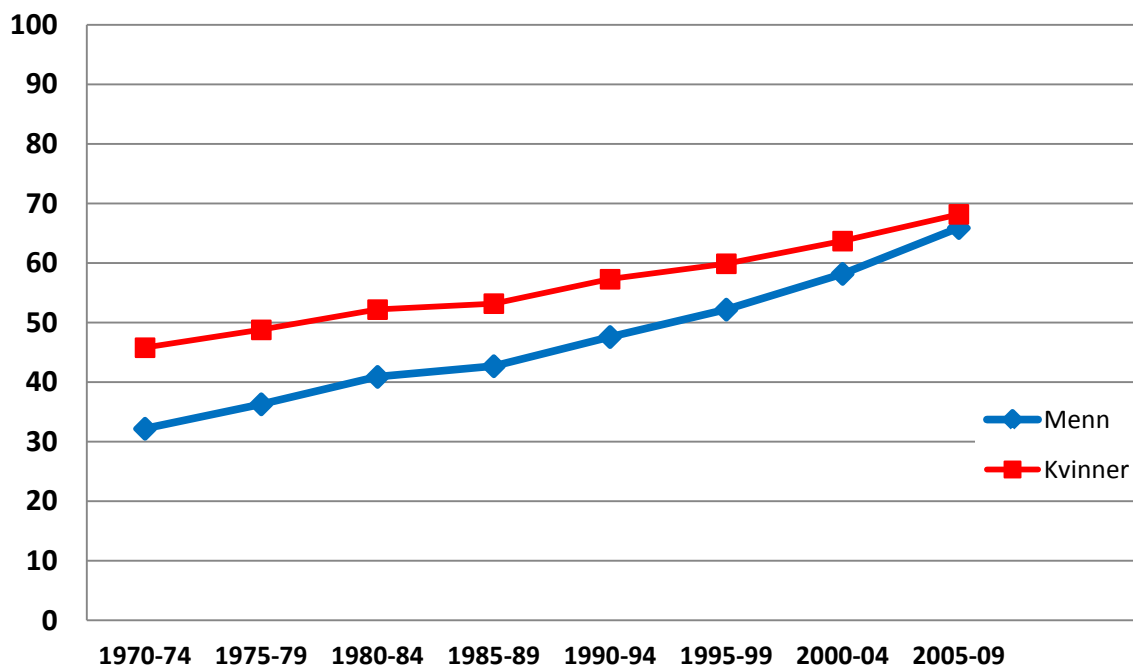


Figur 1. Antall krefttilfeller i Norge, 2000-2009 med kreftregisterets fremskrivning til 2020.

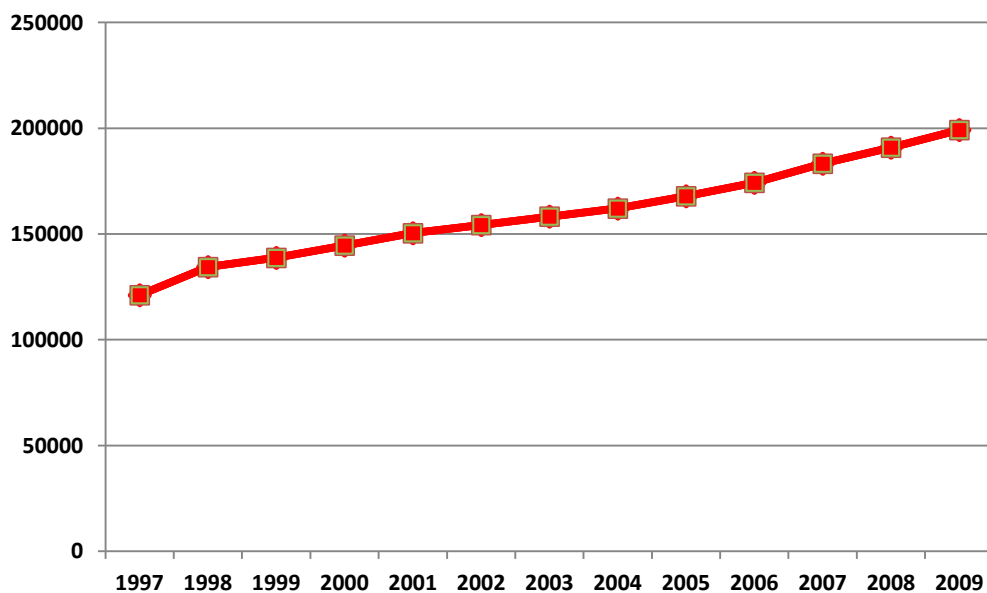
Tabell 1. Nye krefttilfeller i Midt-Norge 2009, med fremskriving fra kreftregisteret for 2020.

	Møre og Romsdal		Sør-Trøndelag		Nord-Trøndelag		Totalt	Prognose
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner		2020
Alle typer kreft	837	659	767	716	396	353	3728	4750
Prostatakreft	268		208		113		589	
Brystkreft	1	149	1	152	1	76	380	
Lungekreft	90	54	81	65	40	29	359	
Tykkttarmskreft	66	84	57	73	35	40	355	
Gynekologisk kreft		71		86		39	196	
Blærekreft/urinveier	63	19	52	22	26	6	188	
Endetarmskreft	40	30	36	32	15	14	167	
Føflekkreft	28	31	35	36	15	18	163	
Hjernerkeft	25	29	31	39	14	24	162	
Lymfekreft	28	23	25	22	17	10	125	
Blodkreft	28	19	24	23	15	12	121	
Bukspyttkjertelkreft	19	24	21	22	9	9	104	
Nyrekreft	24	13	23	17	12	9	98	
Kreft i magesekk	21	15	18	16	9	6	85	
Annen kreft i mage/tarm	12	17	20	16	9	9	83	
Øre-, nese- og halskreft	24	10	23	11	10	4	82	
Myelomatose	10	10	12	5	7	4	48	
Testikkelkreft	16		17		8		41	
Sarkom	3	6	3	7	3	7	29	
Spiserørskreft	9	1	7	4	3	1	25	

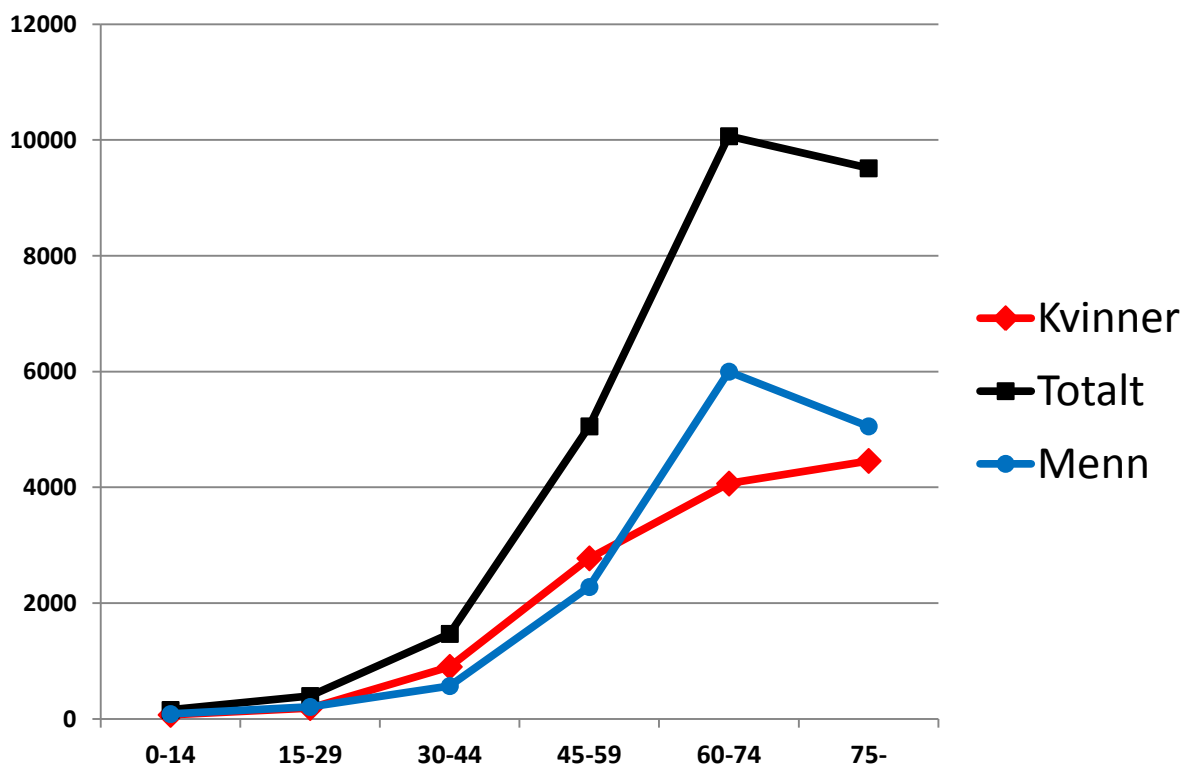
Mortalitetsraten har holdt seg relativt stabil de siste førti årene. Med økende insidens og bedret overlevelse (Figur 2) har antall pasienter med en kreftdiagnose økt sterkt. Pr 31.12.2010 var det 199.170 personer i live med en kreftdiagnose/tidligere kreftdiagnose. Dette utgjør en økning på 48 % fra 1998 (Figur 3) og hele 85 % siden 1990. Disse tallene vil øke enda raskere frem mot 2020.



Figur 2. Relativ overlevelse kreftpasienter i Norge, 1970-2009.



Figur 3. Prevalens av kreftpasienter i Norge, 1997-2009.



Figur 4. Antall nye krefttilfeller i Norge 2009, etter aldersgruppe.

3.2 Flere behandlingsmuligheter

De siste ti årene har behandlingen av mange kreftsykdommer blitt endret. Mer multimodal behandling har blitt tatt i bruk (kirurgi, strålebehandling og kjemoterapi), og nye diagnostiske metoder, spesielt bildediagnostikk, brukes i alle faser av sykdomsforløpet for å kunne tilby rett pasient rett behandling til rett tid. For å utnytte denne nye kunnskapen er det nødvendig med et tett samarbeid mellom spesialister med spesialkompetanse innen kreftdiagnostikk (bildediagnostikk og patologi) og innen behandling (kirurgi og onkologi).

Nye legemidler, herunder de såkalte "biologiske" legemidlene, er en del av det nye behandlingsbildet. De bedre behandlingsmulighetene har medført at flere pasienter lever lenger, ofte med metastatisk sykdom. Man kan si at en stor gruppe kreftpasienter har en kronisk, langsomt progredierende sykdom. Flertallet av de nye medikamentene, samt diagnostiske prosedyrer og kirurgiske metoder innen kreftbehandlingen, er kostnadsdrivende, og dette har medført et økt fokus på kost-nytte-vurderinger ved innføring av nye teknologier. En av forutsetningene for å oppnå god utnyttelse av de ressursene samfunnet tillegger kreftomsorgen, er høy kompetanse kombinert med tilstrekkelig høyt volum innen utredning og behandling.

3.3 Mer spesialisert behandling

Behandlingen av kreftsykdommer krever mye kunnskap etter hvert som behandlingsmulighetene innenfor den enkelte kreftsykdom utvikler seg kontinuerlig. Behandlingen er i mye større grad tilrettelagt den enkelte pasients sykdom, basert på bedret klassifisering av hver enkelt pasient. Et eksempel kan være den komplekse behandlingsalgoritmen ved adjuvant behandling av lokalisert brystkreft. Denne vises under i

tabellform.

NBCG's retningslinjer for **ADJUVANT BEHANDLING VED BRYSTKREFT** (gjeldende fra 01.09.11, med tilleggendring fra 01.01.12)
 Det skal utføres HER2-, ER/PgR- og Ki67 analyse av alle pasienter aktuelle for systemisk adjuvant behandling.

pTGPn	Alder	HER2	ER-status ^a	Ki67 ^b	Ikke-hormonell systembehandling	Endokrin systembehandling ^c	Stråleterapi
pT1G1pN0	Alle aldre	HER2-	ER positiv ≥10%	≤15%	Ingen	Ingen	Strålebehandling hvis: 1. Operert brystbevarende 2. Boost <50.40 år Ingen boost ≥50 år 3. Ikke sikkert fri margin etter ablatio
				15-30%	Ingen	Ja	
				>30%	<75 år: FEC60 ^d x4→T ^e	Ja	
		HER2+	ER positiv ≥1%	≤30%	<75 år: FEC60 ^d x6	Ja	
				>30%	<75 år: FEC60 ^d x4→T ^e	Ja	
				>30%	<75 år: FEC60 ^d x6	Nei, unntatt hvis PgR ≥10% ^f	
HER2+	ER negativ	≤30%	<75 år: FEC60 ^d x6	Nei, unntatt hvis PgR ≥10% ^f			
		>30%	<75 år: FEC60 ^d x4→T ^e	Nei, unntatt hvis PgR ≥10% ^f			
		>30%	<75 år: FEC100 ^d x4→T ^g H ^h →H ⁱ	Ja			
pT1a-bG2-3pN0	≥35år	HER2-	ER positiv ≥10%	≤15%	Ingen	Ingen	Strålebehandling hvis: 1. Operert brystbevarende 2. Boost <50.40 år Ingen boost ≥50 år 3. Ikke sikkert fri margin etter ablatio
				15-30%	Ingen	Ja	
				>30%	<75 år: FEC60 ^d x4→T ^e	Ja	
		HER2-	ER positiv 1-10%	≤30%	<75 år: FEC60 ^d x6	Ja	
				>30%	<75 år: FEC60 ^d x4→T ^e	Ja	
				>30%	<75 år: FEC60 ^d x6	Nei, unntatt hvis PgR ≥10% ^f	
	HER2+	ER positiv ≥1%	≤30%	<75 år: FEC100 ^d x4→T ^g H ^h →H ⁱ	Ja		
			>30%	<75 år: FEC60 ^d x4→T ^e	Nei, unntatt hvis PgR ≥10% ^f		
			>30%	<75 år: FEC100 ^d x4→T ^g H ^h →H ⁱ	Ja		
	HER2+	ER negativ	≤30%	FEC60 ^d x6	Ja		
			>30%	FEC60 ^d x4→T ^e	Ja		
			>30%	FEC60 ^d x6	Nei, unntatt hvis PgR ≥10% ^f		
<35år	HER2-	ER positiv ≥1%	≤30%	FEC60 ^d x6	Nei, unntatt hvis PgR ≥10% ^f		
			>30%	FEC60 ^d x4→T ^e	Nei, unntatt hvis PgR ≥10% ^f		
			>30%	FEC60 ^d x4→T ^e	Ja		
	HER2+	ER positiv ≥1%	≤30%	FEC100 ^d x4→T ^g H ^h →H ⁱ	Ja		
			>30%	FEC100 ^d x4→T ^g H ^h →H ⁱ	Nei, unntatt hvis PgR ≥10% ^f		
			>30%	FEC100 ^d x4→T ^g H ^h →H ⁱ	Nei, unntatt hvis PgR ≥10% ^f		
pT1cG2-3pN0 pT2G1-3pN0	<55år	HER2-	ER positiv ≥1%	≤30%	FEC60 ^d x6	Ja	Hensiktning til stråleterapi (hvis indikasjon): Ved kjemoterapi: Søkk stråleterapi ved 3.-4. FEC kur. Uten kjemoterapi: Søkk stråleterapi umiddelbart.
				>30%	FEC60 ^d x4→T ^e	Ja	
				>30%	FEC60 ^d x6	Nei, unntatt hvis PgR ≥10% ^f	
		HER2-	ER negativ	≤30%	FEC60 ^d x6	Nei, unntatt hvis PgR ≥10% ^f	
				>30%	FEC60 ^d x4→T ^e	Nei, unntatt hvis PgR ≥10% ^f	
				>30%	FEC60 ^d x6	Ja	
	HER2+	ER positiv ≥1%	≤30%	FEC100 ^d x4→T ^g H ^h →H ⁱ	Ja		
			>30%	FEC100 ^d x4→T ^g H ^h →H ⁱ	Nei, unntatt hvis PgR ≥10% ^f		
			>30%	FEC100 ^d x4→T ^g H ^h →H ⁱ	Nei, unntatt hvis PgR ≥10% ^f		
	≥55 år	HER2-	ER positiv ≥50%	≤15%	Ingen	Ja	
				15-30%	<75 år: FEC60 ^d x6	Ja	
				>30%	<75 år: FEC60 ^d x4→T ^e	Ja	
HER2-		ER positiv 1-50%	≤30%	<75 år: FEC60 ^d x6	Ja		
			>30%	<75 år: FEC60 ^d x4→T ^e	Ja		
			>30%	<75 år: FEC60 ^d x6	Nei, unntatt hvis PgR ≥10% ^f		
HER2+	ER positiv ≥1%	≤30%	<75 år: FEC100 ^d x4→T ^g H ^h →H ⁱ	Ja			
		>30%	<75 år: FEC100 ^d x4→T ^g H ^h →H ⁱ	Nei, unntatt hvis PgR ≥10% ^f			
		>30%	<75 år: FEC100 ^d x4→T ^g H ^h →H ⁱ	Nei, unntatt hvis PgR ≥10% ^f			

pTGPn	Alder	HER2	ER-status	Ki67	Ikke-hormonell systembehandling	Endokrin systembehandling	Stråleterapi
pT1-2pN1-3	<55år	HER2-	ER positiv ≥10%	≤15%	FEC60 ^d x6	Ja	Det er indikasjon for stråleterapi for alle pN1-3 Hensiktning til stråleterapi (hvis indikasjon): Ved kjemoterapi: Søkk stråleterapi ved 3.-4. FEC kur. Uten kjemoterapi: Søkk stråleterapi umiddelbart.
				>15%	FEC60 ^d x4→T ^e	Ja	
				>15%	FEC60 ^d x4→T ^e	Nei, unntatt hvis PgR ≥10% ^f	
		HER2+	ER positiv ≥1%	≤30%	FEC100 ^d x4→T ^g H ^h →H ⁱ	Ja	
				>30%	FEC100 ^d x4→T ^g H ^h →H ⁱ	Nei, unntatt hvis PgR ≥10% ^f	
				>30%	FEC100 ^d x4→T ^g H ^h →H ⁱ	Nei, unntatt hvis PgR ≥10% ^f	
	≥55 år	HER2-	ER positiv ≥50%	≤15%	Ingen	Ja	
				>15%	<75 år: FEC60 ^d x4→T ^e	Ja	
				>15%	<75 år: FEC60 ^d x6	Ja	
		HER2-	ER positiv 10-50%	≤15%	<75 år: FEC60 ^d x6	Ja	
				>15%	<75 år: FEC60 ^d x4→T ^e	Ja	
				>15%	<75 år: FEC60 ^d x6	Nei, unntatt hvis PgR ≥10% ^f	
HER2+	ER positiv ≥1%	≤30%	<75 år: FEC100 ^d x4→T ^g H ^h →H ⁱ	Ja			
		>30%	<75 år: FEC100 ^d x4→T ^g H ^h →H ⁱ	Nei, unntatt hvis PgR ≥10% ^f			
		>30%	<75 år: FEC100 ^d x4→T ^g H ^h →H ⁱ	Nei, unntatt hvis PgR ≥10% ^f			

^aPgR status har kun betydning for anbefalinger når ER er negativ og da kun som grunnlag for endokrin behandling. PgR status kommer derfor inn i vurderingen under kolonnen "Endokrin behandling".

^bKi67 proliferasjonsindeks (% Ki67 positive celler) benyttes for å skille spesielt mellom Luminal A of Luminal B subtyper av brystkreft (ER positive subtyper), men hvor det også er valgt å benytte analysen for å estimere proliferasjonsgrad ved trippel negativ pN0 brystkreft. For pN+ pasienter er det valgt å benytte 15% som cut-off, da risiko for tilbakefall er klart høyere ved pN+ status, og gjennomsnittseffekten av å legge til taxaner er betydelig (ca 20% relativ risikoreduksjon). Dersom Ki67 er lav hos ER+ pasienter, er det hos lymfokytte positive likevel ikke funnet tilleggseffekt av å legge til taxaner. For pN0 pasienter er prognosen generell bedre og absolutt nytteeffekt av systemisk behandling lavere enn hos pN+. Det foreligger heller ikke publiserte studier som omhandler betydningen av Ki67 på effekt av å legge til taxaner hos pN0. Men det er sannsynlig at relativ risikoreduksjon er tilsvarende som for pN+ pasienter ved samme tumorbiologiske utgangspunkt. Det er valgt å benytte både Ki67 15% og 30% som grenseverdier ved pN0 i tråd med følgende: For ER+HER2- pasienter med små tumorer (pT1a+b) eller grad 1 pT1 er prognosen i utgangspunktet så god at det ikke oppfattes å være grunnlag for kjemoterapi ved Ki67 < 30%, men endokrin behandling bør benyttes dersom Ki67 > 15% (baler for å risiko for tilbakefall likevel er stor nok for at slik behandling bør gis). Å benytte Ki67 grense på 30% for å gi kjemoterapi til denne gruppen reduserer samtidig risiko for overbehandling, der eventuell kjemoterapi ellers kun hviler på Ki67 analysen (som kan være vanskelig for patologene å estimere nøyaktig). For de fleste pN0 pasienter (som generelt har høyere risiko for tilbakefall enn foregående gruppe) vil det være grunnlag for endokrin og/eller kjemoterapi uavhengig av Ki67. Ved alder < 55 år anbefales kjemoterapi (+ evt endokrin behandling). Ved alder ≥ 55 år utsettes kjemoterapi til HER2-ER+ ≥ 50% med Ki67 < 15%. Ved Ki67 > 30% er det grunnlag for å legge til taxaner for alle pN0 pasienter.

^cEndokrin behandling < 55/50 år: Tamoxifen (Tam) 20 mg x 1 i 5 år. Endokrin behandling ≥ 55 (50) år: Eit av følgende: Aromatasainhibitor/antiandrogen (AI, anastrozole 1 mg x 1, exemestane 25 mg x 1, letrozole 2.5 mg x 1) i 2 år → Tam i 3 år eller AI i 5 år. Mellom 50-55 år avgjør menopausal status om endokrin behandlingssopplegg for < 55 eller ≥ 55 år kan benyttes. Endokrin behandling oppstartes etter at kjemoterapi er avsluttet. Der hvor Tam er gitt i > 2-5 år, bytt til AI i 3 år. Ved AI må det gøres benyttelsesmålinger ved oppstart, etter 1 år og deretter hvert 2. år inntil avslutning. Benytt VirD/Calsium profylaktisk.

^dVurder alltid comorbiditet ved alder mellom 70-75 år.

^eFEC gis hver 3. uke, FEC60: Epirubicin doseres til 60 mg/m², FEC100: Epirubicin doseres til 100 mg/m².

^fVed HER2 positiv status og indikasjon for kjemoterapi: Trastuzumab (Herceptin) infusjon hver 3. uke i 1 år med oppstart ca 3 uker etter avsluttet FEC og uavhengig av om stråleterapi gjennomføres. Ved indikasjon for taxaner, se eget opplegg under punkt 4.

^gT-Decetaxel 100 mg/m² hver tredje uke x 4 eller paclitaxel 80mg/m² hver uke x 12. Ved HER2-positiv status: gi herceptin parallelt med taxan og gjør LVEF måling før oppstart av FEC.

^hDersom ER er negativ og PgR er positiv, bør reseptorundersøkelsen gjentas for å avklare med sikkerhet om endokrin behandling er aktuelt.

ⁱLymfokytte-positiv pasienter som er enten HER2 positive eller trippel negative bør metastaseeres, dersom dette ikke nevneverdig forsker tidspunkt for behandlingstart.

Denne intensive og komplekse utredningen både i primærdiagnostikken, ved tilbakefall av sykdom og med livsforlengende og palliativ behandling kombinert med at behandlingen ofte er multimodal, krever spisskompetanse. Vurderinger i det multidisiplinære team (MDT), bestående av kirurg, onkolog, bildediagnostiker og patolog, er nødvendig i mange tilfeller. For å oppnå nok kompetanse i et slikt team, er en avhengig av et stort nok pasientvolum for å utvikle og opprettholde kompetansen. Dette tilsier at deler av kreftomsorgen bør sentraliseres, mens andre deler bør desentraliseres. For eksempel bør man vurdere å desentralisere livsforlengende og palliativ behandling i enda større grad enn hva tilfellet er i dag.

Behandlingen kan medføre spesielle bivirkninger. Det er viktig at behandling gis, og følges opp, av kompetent helsepersonell basert på de nasjonale retningslinjene og forskningsbasert kunnskap. Man må hele tiden vurdere behandlingseffekt opp mot behandlingsnytte. Dette kan være spesielt krevende i den livsforlengende fasen av behandlingen. Det vil da ofte være en fare for overbehandling, som kan forebygges ved å involvere MDT i beslutningsprosessen.

3.4 Økt ressursbruk

Behandling av kreftsykdommer består i hovedsak av kirurgi, strålebehandling og medikamenter. I tillegg har palliativ behandling en egen plass med en rekke generelle palliative tiltak, samt kombinasjoner av ovenfornevnte modaliteter. Den betydelige økningen i polikliniske pasienter har medført en økt ressursbruk ved poliklinikkene, samtidig som at antallet senger i spesialisthelsetjenesten er redusert. Denne endringen av ressurser er planlagt, og ønsket. Denne utviklingen forventes å fortsette i årene fremover, på grunn av nye behandlingsmuligheter, økningen av antallet nye krefttilfeller (insidensøkning) og antallet mennesker som lever med kreft (prevalensøkning). Det er vanskelig å forutse det fremtidige behovet for sengeplasser, denne vurderingen må gjøres kontinuerlig.

Det forventes minimum 30 % økning i ressursbruken innen kreftomsorgen fra 2010 til 2020.

4. Noen grunnleggende forutsetninger

4.1 Region- og lokalsykehusoppgaver

Midt-Norge består som nevnt av omkring 680.000 mennesker fordelt på et relativt stort geografisk område med krevende transportveier i deler av regionen. For å kunne tilby befolkningen et optimalt og nasjonalt likeverdig krefttilbud, må man sikre at behandlere har nødvendig kompetanse og infrastruktur. Dette gjelder både innen diagnostikk, behandling og oppfølging. For å nå dette målet kreves relativt store investeringer på personalnivå (kompetanse) og på utstyrssiden. En grunnleggende forutsetning er at utredning (billediagnostikk), vurdering av biologisk materiale (patologi) og behandlingsdelen av teamene har en kritisk masse pasienter til enhver tid. For å oppnå dette må flere utredningsformer, spesielt krevende billediagnostikk, for eksempel PET-CT, kirurgi, medikamentell behandling og andre invasive prosedyrer, sentraliseres til noen få sentra. Stråleterapi krever også en sentralisering på linje med dagens struktur, på grunn av kostbart utstyr og høyspesialisert personale. Samtidig bør andre behandlingsformer, spesielt den palliative behandlingen, samt deler av den livsforlengende medikamentelle behandlingen, desentraliseres til lokalsykehus og muligens til kommunehelsetjenesten. Hva kommunehelsetjenesten har kompetanse og mulighet til å overta, krever en særlig utredning.

Klinisk forskning krever også en "kritisk masse" av personell og pasienter som kan delta i kliniske studier. Ofte er det nødvendig med et samarbeid nasjonalt og/eller internasjonalt. Pådriver og initiativtaker til klinisk forskning skal være St. Olavs Hospital, universitetsklinikken og dens forskningsmiljøer/forskningsgrupper, men alle sykehus i regionen må bidra til klinisk forskning.

4.2 Grunnleggende elementer i organiseringen av kreftomsorgen

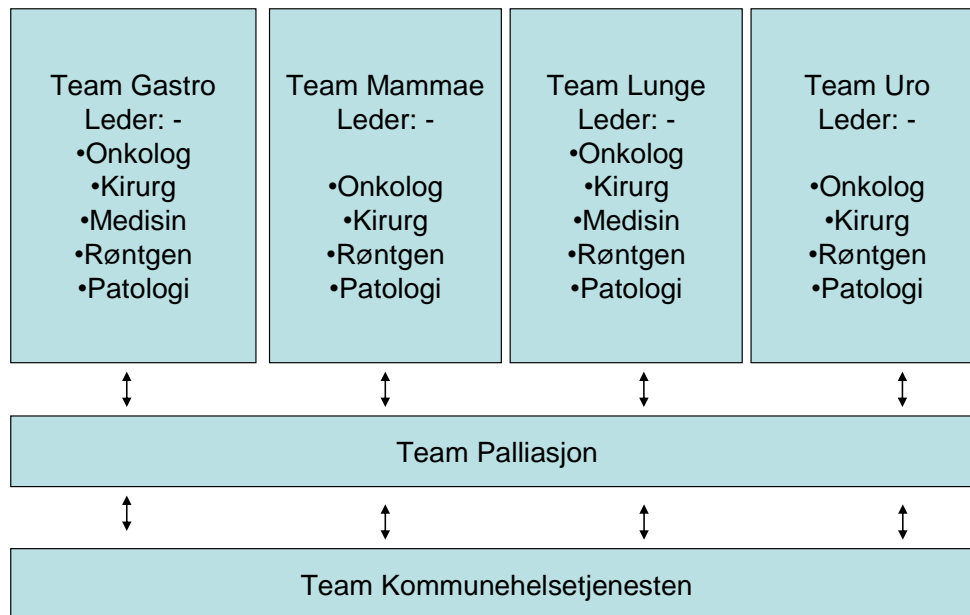
Dagens kreftbehandling krever et tett samarbeid mellom spesialiteter, spissing av kompetanse innen spesialiteter, koordinering av samarbeid mellom de tre nivåene i helsevesenet, samarbeid mellom forskjellige kompetanseområder (andre enn medisin og sykepleie), etablering og utvikling av sammenhengende behandlingsskjeder, kvalitetssikring og initiativ til deltakelse i klinisk forskning.

Moderne kreftbehandling er multimodal og spesialisert. Dette krever et MDT som arbeider tett sammen. Hovedaktørene i et slikt team når behandlingsintensjonen er kurativ eller livsforlengende er: kirurg, onkolog, billediagnostiker, patolog og eventuelt annen spesialist, for eksempel lungelege/hematolog.

MDT er en forutsetning for å kunne tilby moderne kreftbehandling. Teamet er nødvendig for de vurderingene og beslutningene som skal tas i forbindelse med pasienters utredning og behandling. Det kreves i dag spisskompetanse utover grunnspecialitet. Et team for kolorektalkreft / brystkreft / lungekreft / urologisk kreft med flere, må ha kirurg og onkolog med spesialkompetanse nettopp innenfor hvert spesifikke kreftområde, det samme gjelder for patologi og billediagnostikk. Det forventes at disse enkeltpersonene, og ikke minst teamet samlet, er oppdatert på den internasjonale kunnskapsfronten innen sitt fagområde, at man deltar i utviklingen av de nasjonale retningslinjene og utvikler oppdaterte regionale pasientforløp. I tillegg bør MDT delta i, og fortrinnsvis ta initiativ til, klinisk pasientnær forskning på regionalt, nasjonalt og internasjonalt nivå.

Krav om multidisiplinære team er i økende grad nedfelt i nasjonale handlingsplaner. Multidisiplinære team er i dag etablert av klinikere innen mange fagfelt etter behov. Disse multidisiplinære teamene er i dag ofte uformelle i struktur, og det er et behov for definert ledelse og formell struktur for å sikre robusthet og ansvar. En slik overordnet organisasjonsplan er skissert i figur 5.

Figur 5. Organisasjonsplan



Denne figuren illustrerer også at det er behov for en egen spisskompetanse innen hver diagnosegruppe. Dette vil ikke (i hvert fall på nivå 3) være den samme personen som innehar spisskompetanse innen hvert fagområde for de forskjellige diagnosegruppene, eksempelvis onkologi, røntgen etc. Derfor bør de fleste (større) diagnosegruppene organiseres i egne team. Denne teamstrukturen bør være et minimumskrav for å kunne diagnostisere, planlegge og utøve moderne kurativ, livsforlengende og palliativ kreftbehandling. Disse teamene bør være formelt oppnevnt med en leder, og være forankret i RHF- og HF-strukturene. Kompetanse og sammensetning vil avhenge av om teamet er på tredjelinjenivå, St. Olavs Hospital, eller på kreftsenter ved lokalsykehus, som i Ålesund.

Det er ikke realistisk med fullverdige organspesifikke multidisiplinære team ved andre sykehus enn St. Olavs Hospital og Ålesund sykehus i Helse Midt-Norge.

Det palliative teamet bør på samme måte inneha spesialkompetanse innen palliasjon. Leger med godkjent spesialkompetanse innen palliasjon, sykepleiere med spisskompetanse innen palliasjon og kreftsykepleiere, samt et øvrig tverrfaglig team bestående av fysioterapeut, klinisk ernæringsfysiolog, ergoterapeut, sosionom og prest, bør være opprettet ved alle sykehus i regionen.

På St. Olavs Hospital, Universitetssykehuset i Trondheim, bør leder for teamet i tillegg til å ha nødvendig klinisk spisskompetanse, også ha grunnleggende forskerutdannelse, minimum på PhD-nivå, samt fortrinnsvis være forskningsaktiv innen relevante områder for de beslutningene man må fatte i teamet.

Det kommunale MDT bør ha et tett formalisert samarbeid med det palliative MDT i spesialisthelsetjenesten. Dette samarbeidet bør ivareta og sikre den faglige standarden, samt fordele fast pasientansvar. Det kommunale palliative teamet bør ha personell med nok kompetanse til å kunne ta selvstendige beslutninger innen onkologi og palliasjon når dette er formålstjenlig. Man bør derfor legge forholdene til rette for et formalisert samarbeid om klinikere som kan arbeide både i spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Også for det kommunale MDT er det viktig med en kritisk masse pasienter for å kunne opprettholde den nødvendige kliniske kompetansen og for å sikre en forsvarlig bruk av ressurser. I store kommuner kan pasientmassen være tilstrekkelig for et eget MDT, mens man i mindre kommuner bør etablere samarbeid på tvers av kommuner.

En forutsetning for at MDT skal fungere optimalt, er lett tilgjengelighet for vurderinger i MDT og konsultasjoner med medlemmer av MDT. Dette forutsetter etablerte rutiner for henvisninger og at medlemmer av MDT har formelt ansvar for å yte service til hele helseregionen.

4.3 Regionsansvar St. Olavs Hospital - forankring i organisasjonen

Det er forventet at den ovenfornevnte kompetansen innen alle spesialområder finnes på universitetsklinikken. Dette er nødvendig for å kunne tilby pasientene behandling på et høyt internasjonalt nivå både i henhold til de nasjonale retningslinjene og internasjonale standarder. En forutsetning for at pasientene skal kunne sikres et slikt nivå, er at teamlederne har høy klinisk og akademisk kompetanse. Teamleder bør rekrutteres fra det kliniske miljøet som har omsorg for den aktuelle typen kreftpasienter. Det forventes at teamleder, sammen med det øvrige akademiske miljøet ved St. Olavs Hospital og Det medisinske fakultet, NTNU, er initiativtakere til klinisk pasientnær forskning i helseregionen.

Denne kompetansen innen både klinikk og forskning må være tilgjengelig i hele helseregionen hvor kreftpasienter behandles. Dette vil bli organisert ved at teamene (se figur 1) ved St. Olavs Hospital (nivå 3) også får et regionalt ansvar i tett samarbeid med personer med spisskompetanse på nivå 2 og 1. Teamene bør formaliseres i en struktur som både ivaretar hver spesialitets særbehov, en sammenhengende kompetansetilgjengelighet, og en sammenhengende og forutsigbar flyt av pasienter (sammenhengende behandlingsskjede) basert på pasientforløp tilpasset hver enkelt diagnose. Dette innebærer at pasientene utredes og behandles der den nødvendige kompetansen finnes. Dette vil bety en sentralisering av primærdiagnostikk, spesielt der det kreves en rask avklaring på nivå 3, mens videre behandling og oppfølging bør desentraliseres. Dette gjelder spesielt livsforlengende og palliativ behandling. På hvilket nivå pasienten utredes, behandles og følges opp, må spesifiseres i de regionale pasientforløpene.

Det regionale teamet skal gi støtte til de lokale teamene. Dette vil være spesielt aktuelt ved primærdiagnostikk, residivituasjoner, vanskelige palliative pasienter og oppfølging av pasienter med seineffekter. Det regionale teamet vil fungere som et "tumorboard" for regionen.

Deler av teamet bør delta i utvikling og oppdatering av de nasjonale retningslinjene, samt være med i de nasjonale tumorgruppene.

4.4 Kritisk masse

Det er økende dokumentasjon innen de fleste kreftformer som bekrefter at høyvolumsenter oppnår bedre resultater enn senter som behandler få pasienter. Dette gjelder ulike sykdommer som brystkreft, tykktarms- og endetarmskreft, testikkelkreft, lungekreft, bukspyttkjertelkreft, spiserørskreft og prostatakreft. Det positive forholdet mellom volum og overlevelse er konsekvent mellom studier, selv om det er eksempler på at små senter også kan oppnå høy kvalitet og god overlevelse. Kombinasjonen av volum og kompetanse – et robust multidisiplinært team – er grunnleggende i moderne kreftbehandling. Dette gir pasientene en garanti for rask innføring av nye behandlinger og ny diagnostikk, individualisert og rutinebasert utredning og behandling, kortere ventetider og muligheter til å delta i kliniske studier. Det er et sterkt forhold mellom kvaliteten på kirurgi og den enkelte kirurgs årlige inngrep. Kirurgens dyktighet er en viktig del av den bedrede overlevelsen ved store sentra, men et minst like viktig bidrag som kirurgens dyktighet er det faktum at et større pasientvolum øker erfaringen, kunnskapen og dyktigheten til de andre medlemmene av MDT, som onkolog, radiolog, patolog og andre spesialister.

Det er essensielt at en enhet som behandler kreft skal være robust. For å redusere sårbarheten er det viktig at ingen funksjoner er avhengige av enkeltpersoner. For å opprettholde kvaliteten til en robust enhet er man avhengig av relativt mange pasienter innen hver diagnosegruppe, da flere fagpersoner må opprettholde spisskompetanse. I tillegg skal en robust enhet kunne stå for utdanning av nye spesialister innen fagfeltet.

Sentre som St. Olavs Hospital har, på grunn av relativt stort pasientvolum og tett akademisk tilknytning, ofte en god infrastruktur som kan støtte forskere som deltar i kliniske studier. St. Olavs Hospital har derfor et forskningsmessig ansvar som pådriver og støttespiller for alle sykehus i Helse Midt-Norge.

5. Utviklingstrekk

Moderne kreftbehandling er kjennetegnet ved et stort og godt forskningsbasert datagrunnlag, velutviklede nasjonale retningslinjer og en god nasjonal kreftomsorg.

Det forventes i dag kort tid fra første symptom til oppstart av behandling. Man arbeider systematisk for å identifisere flaskehals og forsinkelser i systemet. I alle faser av sykdommen kreves det spesialkompetanse, ikke bare for spesialister innen hovedområdene onkologi, kirurgi, bildediagnostikk, patologi og palliativ medisin, men også innen subområder innenfor hvert hovedområde. En slik kompetanse har langsamt bedret behandlingsresultatene, for eksempel har organiseringen av brystkreftscreening med tilhørende diagnostikk- og behandlingsteam for brystkreft sannsynligvis vært en av hovedårsakene til bedre resultater for brystkreftgruppen. Innen de andre store tumorområdene vil en tilsvarende stringent organisering sannsynligvis bidra til bedre resultater.

Nye metoder er til vurdering og blir tatt i bruk regelmessig, noe som sannsynligvis vil skje i enda større grad i årene framover. PET-CT er et eksempel på dette. Denne typen bildediagnostikk vil bli en viktig del av mye primærdiagnostikk innen kurative behandlingsforløp i langt større grad i framtiden enn hva tilfellet er i dag. Nye operasjonsmetoder, herunder robotkirurgi, vil i økende grad bli tatt i bruk, og superspesialisert kombinert behandling, inklusive høyteknologisk strålebehandling, vil bli brukt i større grad i årene framover. Denne høyteknologiske strålebehandlingen har som mål å bedre overlevelse, men aller mest å bidra til redusert sannsynlighet for seineffekter.

Brystbevarende kirurgi kombinert med rekonstruksjon vil også bli en del av primærbehandlingen for en del pasienter. Sammensatte behandlingsforløp med en kombinasjon av kirurgi, kjemoterapi og strålebehandling er allerede en del av standardforløpet, men vil sannsynligvis i enda større grad bli en del av rutinebehandlingen.

I samhandlingsreformen forventes det at kommunale og interkommunale pasientforløp utvikles og at tjenestene organiseres ut fra behov om større enheter. Derfor har noen kommuner opprettet organisatoriske enheter hvor man har samorgansiert førstelinjetjenesten, et eksempel er samarbeidet mellom åtte kommuner i Orkdalsregionen. Behovet for palliativ diagnostikk og behandling i primærhelsetjenesten vil øke. Mange av disse eldre pasientene vil være mer tidkrevende, blant annet på grunn av lavt funksjonsnivå og annen komorbiditet. Dette krever nye organisasjonsformer og ny tenkning innen kreftomsorgen.

Utdanning av fagfolk, spesielt legespesialister, er i endring. Tjenesteplaner og reell arbeidstid er i dag redusert mye sammenlignet med tidligere. Dette gjør at legespesialister har et mindre erfaringsgrunnlag, og for kirurger, et mye mindre operasjonsvolum når de er ferdig med sin spesialisering. Nyutdannede spesialister er derfor mer avhengig av å arbeide i et fagmiljø for å opprettholde og utvikle sin fagkompetanse enn tilfellet var tidligere. Det er innen dagens helsevesen ikke mulig å opparbeide spisskompetanse innen alle felt, både på grunn av den generelle kunnskapsutviklingen, men også på grunn av mindre tilgjengelig tid til prosedyrer og faglig fordyping. I mye større grad enn før har man derfor en intern funksjonsfordeling, såkalt subspecialisering, innenfor ulike fag. Innen kirurgien er dette formalisert med ulike grener. Innen fag som radiologi, patologi og onkologi har man den samme funksjonsfordelingen, men den er ikke formalisert. Denne subspecialiseringen starter i praksis ofte før man er ferdig utdannet spesialist.

6. Regionale pasientforløp, utredning og oppfølging

6.1 Regionale pasientforløp

Det skal foreligge regionale pasientforløp for alle store pasientgrupper innen kreftomsorgen. De regionale pasientforløpene skal inkludere retningslinjer for diagnostisering, utredning, behandling, rehabilitering og oppfølging av kreftpasienter. Det regionale multimodale teamet skal ha ansvar for utarbeidelse og vedlikehold av de regionale pasientforløpene. Arbeidet må gjøres i tett dialog med lokalsykehusene og bygge på Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer innen ulike kreftformer og palliasjon. Disse prosedyrene skal anvendes i alle ledd av kreftbehandlingen, slik at man generelt unngår at undersøkelser gjentas hvis pasienter henvises fra lokalsykehusene til regionsykehuset for videre behandling. Det ligger utenfor denne kreftplanen å gå direkte inn på det konkrete innholdet i ulike regionale pasientforløpene, men visse forutsetninger skal ligge til grunn:

- Utredning skal skje pasientnært, det vil sikre rask utredning, diagnose og etablering av en god kontakt mellom det lokale sykehuset og pasienten. Utredning skal følge det regionale pasientforløpet.
- Kontakt og henvisninger mellom sykehus bør kunne skje elektronisk.
- Det bør etableres egen adresse for vurdering i de ulike MDT, på tvers av spesialiteter. For eksempel kan man ha en adresse for alle henvisninger vedrørende urologisk kreft til St. Olavs Hospital.
- Oppfølging av kreftpasienten etter avsluttet behandling bør skje så nært pasienten som mulig. I større grad enn i dag skal dette skje ved lokalsykehus og i kommunehelsetjenesten. Oppfølging av de regionale pasientforløpene er nødvendig for å sikre kompetanseoverføring til de ulike nivåene i kreftomsorgen.
- Det må sikres gode kommunikasjonslinjer mellom de ulike nivåene i kreftomsorgen, fra kommunehelsetjenesten via lokalsykehusene til universitetssykehuset
- Rehabilitering av kreftpasienter bør skje så nært hjemmet som mulig. Prevalensen av kreftpasienter øker sterkt, og i stor grad må dette behovet ivaretas av primærhelsetjenesten.

6.2 Utredning

6.2.1 Generelt

Utredning av kreft bør skje raskt og bør holde en høy kvalitetsmessig standard, uavhengig av hvem som utreder. Visse spesifikke krav til utredende instans går frem av kvalitetskrav presentert i kapittel 8. Andre generelle krav til utredning er at:

- Radiologisk kreftutredning og undersøkelser underveis i behandlingen bør gjøres ved sykehus. Prosedyrer må standardiseres og kvaliteten bør være på et høyt nivå.
- Spesialister som utreder kreft bør være fast ansatt, for å sikre pasienten kontinuitet samt minske risikoen for svikt i informasjonsflyten.
- Kontakt og henvisninger mellom sykehus må kunne skje elektronisk, og henvisninger må vurderes umiddelbart.
- Ventetid på undersøkelser ved mistanke om kreft må avvikles.

6.2.2 Endoskopiske undersøkelser

Endoskopiske undersøkelser er i dag i utstrakt bruk ved utredning av lungekreft og kreft i mage-/tarmsystemet. Det er vanskelig å vurdere sjansen for kreft basert på sykehistorien, symptomer og funn. Antallet nye krefttilfeller funnet hos pasienter hvor man antar at sjansen for kreft er liten, er likevel så høyt at man ikke bør prioritere pasienter henvist til endoskopier i ulike hastegrupper. Ventelistene på endoskopiske undersøkelser i Helse Midt-Norge er stabile, slik at totalkapasiteten for å undersøke pasientene synes å være tilfredstillende.

- Kapasiteten og organiseringen på endoskopiske undersøkelser som colonoskopi, gastroskopi og bronkoskopi må bedres slik at man ikke har venteliste på slike undersøkelser.
- Endoskopiske undersøkelser skal være tilgjengelig så nært pasienten som mulig.
- Alle pasienter som henvises med spørsmål om kreft bør skoperes innen en uke.

6.3 Oppfølging

Den økte prevalensen av individer med en kreftdiagnose øker sterkt. Så å si alle pasienter med en tidligere kreftdiagnose vil ha behov for oppfølging etter avsluttet behandling. Hyppige undersøkelser er nødvendig de første årene etter avsluttet behandling. Detaljer vedrørende oppfølging skal spesifiseres i pasientforløpene. Det store volumet av disse pasientene vil utgjøres av pasienter med prostatakreft, brystkreft og kreft i mage-/tarmsystemet. Volumet av disse pasientene er for stort til at spesialisthelsetjenesten vil kunne betjene all oppfølging etter og under behandling.

Oppfølging bør gjennomføres så nær pasienten som mulig. Basert på retningslinjer i de nasjonale handlingsprogrammene og de regionale pasientforløpene vil mye av oppfølgingen med godt resultat kunne håndteres av pasientens fastlege.

For pasienter som følges etter behandling for sin kreftsykdom i primærhelsetjenesten, er det viktig at oppfølgingen skjer etter gjeldende retningslinjer. Disse er i kontinuerlig endring, og det bør foreligge et lett tilgjengelig elektronisk hjelpemiddel der siste oppdaterte retningslinjer for oppfølging er skissert. Det er viktig at tidligere pasienter følges med riktige intervaller, og primærhelsetjenesten må ha verktøy som sikrer innkalling av pasienter til kontroller.

Det må være tett og enkel kontakt mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Toveis elektronisk kommunikasjon er en forutsetning for at dette skal kunne være vellykket.

7. Patologi

7.1 Innledning

Vurdering av vevsprøver utført av patolog er helt sentralt i all diagnostikk av kreft. Nye, mer avanserte teknikker har det siste tiåret medført en grunnleggende endring i patologifaget. Moderne teknikker som immunhistokjemi, PCR-teknikker, in situ hybridisering med mer er nødvendige teknikker for patologiske laboratorier å beherske, og har blitt svært viktig i diagnostikken av de fleste kreftsykdommer. Det er estimert at et overlegeårsverk skal dekke ca. 2500 biopsier årlig. I tillegg til vurdering av biopsier skal patologer også dekke cytologiprøver og obduksjoner. Ved et universitetssykehus skal man i tillegg dekke behovet for undervisning og forskning.

7.2 Dagens organisering

7.2.1 St. Olavs Hospital

Avdeling for patologi og medisinsk genetikk ved St. Olavs Hospital har 12 overlegehjemler og vurderer rundt 38.000 biopsier årlig. I tillegg til diagnostikk har avdelingen universitetsfunksjon og skal utdanne nye spesialister samt drive forskning.

7.2.2 Ålesund sykehus

Avdeling for patologi ved sykehuset i Ålesund har to overleger i 1.8 stillinger. De vurderer rundt 14.000 biopsier årlig.

7.2.3 Molde sykehus

Laboratorium for patologi i Molde har to overleger. De vurderer rundt 7000 biopsier årlig.

7.3 utfordringer

Patologi har en stor utfordring med få overleger, og et stadig økende antall biopsier. Alle enheter for patologi i Helse Midt-Norge er underbemannet basert på anbefalte produksjonstill. Det er spesielt bekymringer knyttet til situasjonen i Møre og Romsdal. Ved St. Olavs Hospital er også kapasiteten presset, og avdelingen må sende mange prøver for vurdering til private laboratorier.

Kapasitetsbegrensingen gjør patologi til et svært sårbart område da det ikke er patologisk reservekapasitet i noen norske helseregioner. Dette medfører et stort privat marked, som basert på erfaringer med privat bildediagnostikk vil kunne tappe det offentlige helsevesenet for fagpersoner.

I multimodale team inngår patolog som en viktig del av teamet for å gi et bedre tilbud til pasientene. På grunn av den generelle arbeidsbelastningen er det i dag vanskelig for patologer å inngå i alle slike team.

Digital patologi er i ferd med å bli tatt i bruk flere steder i Norge og utlandet. Innføring av digital patologi kan effektivisere driften og bedre samarbeidet mellom patologiavdelingene i regionen.

Ved denne teknikken skannes de mikroskopiske snittene slik at man får et digitalt bilde som lagres på en server og derfra hentes opp for å granskes på skjerm. Dette har flere fordeler:

1. Bildet kan sendes som vanlig digitalt bilde på helsenettet.
2. Man slipper logistikken omkring arkivering og henting av snitt for diagnostikk, møter, undervisning med mer.

3. Flere kan ha samme bilde åpent samtidig.
4. Dersom patologen er borte, kan bildene/snittene analyseres av patolog ved et annet laboratorium.
5. I dag sendes prøver fra Ålesund og Molde til St. Olavs Hospital per post for etterundersøkelse i forbindelse med behandling. For disse prøvene vil man spare tid og slippe å gjenta omfattende undersøkelser (immunhistokjemi) utført primært.

7.4 Gruppens anbefalinger, inkludert endring i funksjonsfordeling

Det er behov for en sterk styrking av patologi innen Helse Midt-Norge frem mot 2020.

Alle tre patologiske avdelinger er i dag underbemannet, spesielt er situasjonen kritisk ved Ålesund sykehus.

Små miljø er sårbare, og frafall av nøkkelpersoner vil kunne få store konsekvenser. Vi anbefaler derfor en større, samlet patologisk avdeling i Møre og Romsdal, som samorganiseres med patologien ved St. Olavs Hospital, for eksempel ut fra samme modell som man i dag har innen onkologien.

Krevende analyser bør sentraliseres til et sykehus.

Nye analysemetoder bør innføres ved St. Olavs Hospital først.

Tverrfaglig kontakt mellom patolog og andre faggrupper må styrkes, og patolog må inngå i relevante tverrfaglige team.

Helse Midt-Norge bør innføre digital patologi. Det vil gi fleksibilitet, økt effektivitet og sikrere drift ved fravær og sykdom.

Kreftkirurgi er avhengig av patologiske frysesenitt. Sykehus som utfører kreftkirurgi er derfor avhengig av patologitjenester, og dette må være en forutsetning for at spesifiserte typer kreftkirurgi kan foregå ved sykehuset.

8. Bildediagnostikk

8.1 Innledning

I diagnostisering av så å si alle typer kreft er bildediagnostikk obligatorisk. Bildediagnostikken er nødvendig for å stille kreftdiagnosen, for å fastsette sykdommens utbredelse, og for å planlegge behandlingen. Ved etablert sykdom brukes bildediagnostikk utstrakt til evaluering av behandling og til diagnostikk av symptomer i kreftsykdomsforløpet.

Vurdering av bildediagnostikk ved kreftsykdom er krevende. Bildene inneholder ofte mye informasjon som må tolkes av erfarne og spesialiserte radiologer.

8.2 Dagens organisering

Alle sykehus i helse Midt-Norge har etablerte avdelinger for bildediagnostikk. I tillegg er det et stort privat tilbud av bildediagnostikk finansiert av det offentlige.

8.3 Utfordringer innen bildediagnostikk

Innen spesialisthelsetjenesten er det i dag store kapasitets- og kvalitetsutfordringer, primært på grunn av mangel på kompetente spesialister innen radiologi.

En generell oppfatning i Helse Midt-Norge er at:

- Utredning av kreftsykdom blir ofte forsinket dersom primærutredningen skjer ved sykehus som ikke har spesialiserte radiologer, eller ved private institutter. Dette skyldes usikkerhet ved tolkning av undersøkelsene, som ofte må gjøres på nytt av spesialiserte radiologer ved de største sykehusene. Dette medfører ofte forlenget utredningstid av pasienten.
- Man er sterkt bekymret over at det offentlige helsevesenet tømmes for personalressurser og økonomiske ressurser som går til private aktører. Offentlig finansiering av private institutter har i de siste årene medført at flere radiologer har sluttet i det offentlige for å begynne ved private institutter. Ved å svekke spesialisthelsetjenesten på denne måten får de pasientene som har behov for effektiv og forsvarlig utredning et dårligere tilbud.
- Det er økende krav til tjenester fra fagfeltet bildediagnostikk. Dette skyldes økt krav til spesialisert diagnostikk, bedre behandlingsmuligheter, tekniske fremskritt og økende pasientantall. I tillegg er det økende bruk av bildeveiledet intervensjon. For å få til en tilfredsstillende kvalitet og fagutvikling, er det helt nødvendig med et tett tverrfaglig samarbeid med de andre fagene som er involvert i kreftomsorgen.

8.4 Gruppens anbefalinger

Det anbefales en koordinert og planlagt satsning på bildediagnostikk i Helse Midt-Norge.

Det er stort behov for flere radiologer i spesialisthelsetjenesten. Det trengs en økning i utdanningskapasiteten da det har vist seg svært vanskelig å rekruttere ferdig utdannede spesialister. På grunn av økende kompleksitet og økende pasientantall er det et sterkt behov for flere legestillinger, både spesialister og leger i spesialisering.

Utredningen av kreftpasientene må skje på det sykehuset hvor behandlingen skal foregå.
Radiologen må inngå som en del av det tverrfaglige teamet.

De private aktørene innen bildediagnostikk er en utfordring i forhold til kapasitet og kvalitet i spesialisthelsetjenesten.

Bilediagnostikk uten strålebelastning bør benyttes i størst mulig grad hos barn og unge voksne.

Det er et stort behov for nasjonale retningslinjer for å sikre riktig bruk av bildediagnostikk.

Billediagnostiske protokoller må samkjøres innen helseregionen.

9. PET

9.1 Innledning

PET-CT er en metode hvor PET (Positron Emisjons Tomografi) kombineres med Computer Tomografi. PET er en nukleærmedisinsk metode som avbilder fordeling av en radioaktivt merket forbindelse (radioaktivt merket druesukker/FDG) i vev, og som i stor grad kan skille mellom aktivt tumorvev og nekrotisk vev/fibrose. PET kombineres oftest med CT, men kan også kombineres med andre modaliteter, som MR.

PET brukes hovedsakelig ved utredning av kreftpasienter, men benyttes også noe innen fagfeltene nevrologi og kardiologi. En rekke studier har entydig vist at PET har høyere sensitivitet og spesifisitet enn annen bildediagnostikk.

Norge fikk sin første PET-CT i 2005, som det siste landet i Vest-Europa. Kunnskapssenteret konkluderte i en rapport fra 2009 at Norge vil ha et økt behov for PET-CT frem mot 2020. På bakgrunn av denne rapporten anbefalte Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten i desember 2009 at man i Norge tar sikte på videre utbygging av PET-CT.

9.2 Dagens situasjon

Per i dag har vi to PET-sentre i Norge, et i Bergen og et i Oslo. PET-senteret i Oslo (Oslo Universitetssykehus) har tre scannere; en på DNR, en på Rikshospitalet og en på Ullevål sykehus. Universitetssykehuset i Nord-Norge har foreløpig avtale om kjøp av mobil PET-CT-undersøkelse fra Finland, man har nå planlagt anskaffelse av egen PET-CT. I tillegg til det offentlige tilbudet tilbyr nå private aktører også PET-CT i Norge.

Grunnet ventetid på undersøkelse, ventetid på beskrivelse og lang reisevei, er det relativt få pasienter fra Helse Midt-Norge som i dag henvises til PET-CT.

De nasjonale handlingsprogrammene beskriver indikasjon for PET på områder der teknologien er godt dokumentert.

Anbefalinger for bruk av PET ved forskjellige typer kreft er følgende:

Lungekreft:

- Gir bedre stadieinndeling av ikke småcellet lungecarcinom (NSCLC) enn konvensjonelle metoder. PET-CT bør inngå i preoperativ vurdering av pasienter med ikke-småcellet lungecancer for å avklare eventuell spredning til mediastinum.

Maligne lymfomer:

- For korrekt stadieinndeling ved Hodgkin lymfom (HL) og aggressivt non-Hodgkin lymfom (NHL) i tvilstilfeller ved tradisjonell diagnostikk.
- Ved restforandringer etter fullført kjemoterapi ved utbredt stadium av HL og aggressivt NHL, der man er i tvil om dette representerer aktivt tumorvev eller ikke.
- Ved mistanke om progresjon under terapi eller residiv etter terapi ved aggressivt NHL og HL, der tradisjonell diagnostikk ikke kan avklare spørsmålet.
- Ved residiv av HL og aggressivt NHL der det anses som viktig å nøyaktig definere lokalisasjon/utbredelse av sykdommen.

- Interim PET-analyse er lovende ved HL, utbredt sykdom og anbefales brukt i prospektive studier. Ved NHL trengs flere og bedre studier med homogene pasientpopulasjoner og enhetlig behandling for å avklare eventuell nytteverdi.

Spiserørskreft:

- Pasienter med kurativ intensjon etter utredning med CT thorax/øvre abdomen og EUS (endoskopisk ultralyd), bør utredes med PET-CT.

Tykkertarm- og endetarmskreft:

- Utredning for å påvise eventuell ekstrahepatisk sykdom eller ekstrapulmonell sykdom før kurativ metastasekirurgi.

Hode- og halskreft:

- Deteksjon av primærtumor ved vanskelig diagnostikk.
- Utredning av residiv eller restforandringer etter kreftbehandling.

Testikkelkreft:

- PET-CT har god sensitivitet og spesifisitet for å påvise restsykdom etter behandling for metastatisk seminom.

Generelt forventes det at indikasjonene for PET-CT vil øke de neste årene, ikke bare innenfor onkologi, men også innen andre fag, som nevrologi.

9.3 utfordringer

Utviklingen innen fagfeltet går raskt. PET-CT er en relativt ny metode i Norge. Det er derfor relativt få fagpersoner med kompetanse på området. Det vil si at det må settes inn ressurser på utdanning, rekruttering og opplæring av personell. Det kreves et godt samarbeid mellom nukleærmedisinsk og radiologisk avdeling.

Etablering av PET-CT vil være moderat kostnadskrevende, både når det gjelder primær investering og drift.

9.4 Gruppens anbefalinger

Det er et klart behov for etablering av PET-CT ved St. Olavs Hospital for å sikre pasienter like muligheter for undersøkelse med PET som i andre helseregioner.

10. Lungekreft

10.1 Innledning

Lungekreft er den kreftsykdommen i Norge som tar flest liv. I 2007 døde 2151 pasienter i Norge som følge av lungekreft. Lungekreft er sterkt forbundet med røyking, og en forventer at insidensen vil holde seg stabil fremover, før insidensen så reduseres som resultat av lavere andel røykere i Norge. Det diagnostiseres rundt 350 pasienter med lungekreft årlig i Midt-Norge. Kurasjon er mulig dersom sykdommen er lokalisert ved diagnostetidspunktet slik at man kan få utført kirurgi med kurativt siktemål. Ofte er sykdommen så utbredt på diagnostetidspunktet at kurasjon ikke er mulig. Mange av pasientene har behov for spesialisert palliasjon i livets slutfase.

Det er et overordnet mål å sikre rask diagnostikk ved symptomer på lungekreft da sykdommen kan ha en aggressiv utvikling, og sykdommen kan gå over fra å være kurabel til å bli inkurabel under utredningen.

I Helse Midt-Norge opereres nå ca. 20 % av pasientene med lungekreft. For å optimalisere sjansen for kurasjon er det viktig med rask og effektiv diagnostisering, dette inkluderer at alle pasientene blir vurdert av det kompetente onkologiske teamet og at kirurgisk behandling kan igangsettes uten unødvendig venting.

10.2 Dagens funksjonsfordeling

Diagnostisering skjer i dag ved alle sykehus i Midt-Norge. Ved påvist lungekreft uten fjernspredning vurderes pasienten for kirurgi eller kurativ strålebehandling ved det tverrfaglige thoraxmøtet ved St. Olavs Hospital. Alle sykehus i Midt-Norge kan delta gjennom telemedisin.

All kirurgi er sentralisert til St. Olavs Hospital, dette gjelder også endoskopiske intervensjoner.

Palliativ kjemoterapi ved lungekreft blir gitt ved alle kreftpoliklinikker i regionen. Ved St. Olavs Hospital skjer dette ved lungeavdelingen.

Strålebehandling gis ved Kreftklinikken, St. Olavs Hospital eller ved Kreftavdelinga i Ålesund.

10.3 Kvalitetskrav

Primærutredningen av lungekreft bør skje ved et sykehus med fast ansatt spesialist i lungemedisin. Forutsetningen for presis diagnostikk er rask tilgang til bildediagnostisk CT-undersøkelse, endoskopisk bronkoskopi og mulighet for CT-veiledet biopsi i thorax.

Som ledd i utredningen av primær operabel lungekreft må man ha rask, regional tilgang til undersøkelse med PET-CT.

Multidisiplinært team ved St. Olavs Hospital bør alltid vurdere operabilitet eller mulighet for kurativ strålebehandling av primær lungekreft og metastaser. Multidisiplinært team bør bestå av thoraxkirurg, lungemedisiner, onkolog, radiolog og patolog. Det skal spesifiseres hvem som er leder for dette teamet. Teamet må møtes minst en gang i uken.

Kirurgi ved lungekreft skal utføres av thoraxkirurg med kompetanse i kirurgi av maligne tilstander i thorax. I tillegg må følgende krav oppfylles av enheter som skal operere lungekreft:

- Postoperativ- og intensivsenhet med anestesilege i døgnvakt
- Fysioterapi- og pleietjeneste
- Lungemedisiner i døgnvakt og med mulighet for bronkoskopi
- Patologitjeneste med frysesnitt
- Radiolog i døgnvakt og mulighet for vanlig rgt og CT
- Thoraxkirurg i døgnvakt
- Onkolog med kompetanse innen lungekreft

Mortalitet ved senter som utfører thoraxkirurgi skal ligge under 3 % ved operasjon for primær lungekreft.

Preoperativ PET må være tilgjengelig med kort ventetid, slik at dette ikke utsetter kurativ behandling.

Endoskopisk intervensjon som laserbehandling, stenting, cryobehandling og brachyterapi er sterkt kompetanseavhengig og bør kun utføres av lungespesialister med spesiell interesse for, og kompetanse innen, fagfeltet.

10.4 Gruppens anbefalinger

Primærutredningen bør skje ved alle sykehus med fast ansatt lungespesialist.

Utredende sykehus må ha nødvendig kompetanse innen billeddiagnostikk samt tilgang til kompetent patologiservice.

Alle pasienter med mulig kurabel lungekreft skal raskt vurderes av det multidisiplinære teamet ved St. Olavs Hospital.

I Helse Midt-Norge skal all thoraxkirurgi være sentralisert til St. Olavs Hospital.

PET-CT er en sentral del av utredningen i henhold til de nasjonale retningslinjene. For å sikre pasienter i Midt-Norge rask og effektiv utredning og kirurgi må det etableres tilbud om PET-CT ved St. Olavs Hospital

Endoskopisk intervensjon som laserbehandling, stenting, cryobehandling og brachyterapi skal være sentralisert til St. Olavs Hospital.

All kjemoterapi og annen medikamentell behandling av lungekreft kan administreres av onkolog eller lungelege med spesiell kompetanse innen kjemoterapi og annen medikamentell behandling av lungekreft. Ved mindre sykehus skal det skje på onkologiske poliklinikker med spesielle polikliniske enheter for kjemoterapi.

11. Kreft i mage- og tarmsystemet

11.1 Innledning

Over 800 pasienter får påvist kreft i mage- og tarmsystemet i Helse Midt-Norge årlig, og disse utgjør ca 22 % av alle nye krefttilfeller. Den største gruppen pasienter utgjøres av pasienter med kreft i tykktarm og endetarm. Gruppen utgjøres i tillegg av pasienter med spiserørskreft, magekreft, leverkreft, galleveiskreft og bukspyttkjertelkreft. I tillegg kommer operasjoner av levermetastaser inn under dette fagfeltet. Overlevelse har gradvis bedret seg, spesielt for pasienter med endetarmskreft der fokuset har vært på strenge krav til kirurgisk teknikk og tilstrekkelig volum av pasienter. Behandlingen av mage- og tarmkreft er multidisiplinær på samme måte som all annen kreftomsorg og avhengig av tett samarbeid mellom kirurg, onkolog, radiolog, patolog og andre relevante spesialiteter, slik som gastroenterologi, i utredningsfasen.

11.2 Dagens funksjonsfordeling

Utredning av tarmkreft skjer ved alle sykehus i Helse Midt-Norge.

Kirurgi ved kreft i spiserør, magesekk, lever, gallerveier og bukspyttkjertel er allerede sentralisert til St. Olavs Hospital. Imidlertid operer flere sykehus pasienter i de store gruppene med tykktarm- og endetarmskreft. Ålesund sykehus opererer tykktarm- og endetarmskreft. For pasienter med endetarmskreft er det de siste fem årene utført mellom 5-18 operasjoner årlig ved Levanger sykehus og mellom 7-11 operasjoner årlig ved Molde sykehus. Flere sykehus har operert tykktarmskreft i samme femårsperiode; Levanger 34-51 operasjoner årlig, Molde 41-62 operasjoner årlig og Namsos 12-20 operasjoner årlig. Helse Midt-Norge har et lavt befolkningsgrunnlag, og det er viktig at de sykehusene som skal utføre kreftkirurgi oppnår et høyt nok volum, slik at kompetanse og utdanningskapasitet er sikret.

Tabell 2. Operasjoner for kreft i mage- og tarmsystemet Helse Midt-Norge 2003-2010, tall fra NPR

		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Totalt	Per år	Totalt
St Olav	Tykktarm	103	104	103	104	105	117	121	119	876	110	1714
	Endetarm	61	68	62	65	54	63	52	74	499	62	
	Øvre GI*	30	44	32	41	40	52	46	54	339	42	
Ålesund	Tykktarm	43	46	51	81	60	69	72	78	500	63	701
	Endetarm	31	20	26	22	19	20	31	32	201	25	
Molde	Tykktarm	29	53	27	44	46	41	56	62	358	45	439
	Endetarm	15	9	13	9	7	11	10	7	81	10	
Levanger	Tykktarm	35	49	28	48	34	38	51	35	318	40	419
	Endetarm	10	13	19	14	8	5	14	18	101	13	
Namsos	Tykktarm	14	18	28	17	20	12	20	18	147	18	147

*Spiserør, magesekk og bukspyttkjertel

11.3 Kvalitetskrav

Primærutredningen kan skje ved alle sykehus med tilgang på endoskopiske undersøkelser med kort ventetid, samt god tilgang på bildediagnostikk. MDT skal legge føringer for utredning gjennom regionale pasientforløp, og vil være en kompetanseressurs for alle enheter innen helseregionen.

Ved mistanke om kreftdiagnose skal det regionale pasientforløpet følges.

Dette vil sikre riktig utredning og bidra til kortere tid før oppstart av behandling, samt minimere behovet for ny bildediagnostikk.

Kirurgi ved spiserørskreft skal kun utføres av enheter med minst to gastrokirurger med kompetanse i kirurgi av spiserørskreft. I tillegg må følgende krav oppfylles av enheter som skal operere spiserørskreft:

- Regelmessige møter i multidisiplinært team (gastrokirurg, onkolog med spesiell kompetanse innen gastroonkologi, radiolog, eventuelt patolog)
- Tilgjengelig thoraxkirurgi
- Teknisk utstyr og faglig kompetanse for adekvat radiologisk utredning (inkludert PET)
- Endoskopisk ultralyd
 - Endoskopisk kompetanse (stenting)
 - Onkologisk miljø med erfaring i avanserte radioterapiteknikker

Kirurgi ved kreft i magesekk skal kun utføres av enheter med minst to gastrokirurger med kompetanse i kirurgi av kreft i magesekk. I tillegg må følgende krav oppfylles av enheter som skal operere kreft i magesekk:

- Teknisk utstyr og faglig kompetanse for adekvat radiologisk utredning (inkl. CT gastrografi)
- Regelmessige møter i multidisiplinært team med gastrokirurg, onkolog med spesiell kompetanse innen gastroonkologi, radiolog
- Patologiservice med spesialkompetanse
- Endoskopisk kompetanse (stenter)
- Sikker logistikk til avdeling som utreder og behandler cardia-/spiserørskreft

Kirurgi ved kreft i bukspyttkjertel skal kun utføres av enheter med minst to gastrokirurger med kompetanse i kirurgi av kreft i bukspyttkjertel. I tillegg må følgende krav oppfylles av enheter som skal operere kreft i bukspyttkjertel:

- Regelmessige møter i multidisiplinært team (gastrokirurg, onkolog med spesiell kompetanse innen gastroonkologi, radiolog, patolog)
- Endoskopisk ultralyd
- Intervensjonsradiologi/endoskopi på høyt nivå
- Patologiservice med spesialkompetanse

Kirurgi ved endetarmskreft skal kun utføres av enheter med minst to gastrokirurger med kompetanse i kirurgi av endetarmskreft. I tillegg må følgende krav oppfylles av enheter som skal operere endetarmskreft:

- Regelmessige møter i multidisiplinært team med gastrokirurg, onkolog med spesiell kompetanse innen gastroonkologi, radiolog med spesiell kompetanse innen gastroonkologi

- Tilgang til patologitjenester
- MR med minst to radiologer med erfaring i vurdering av endetarmskreft
- Endorektal ultralyd
- Tilgjengelig urolog

Kirurgi ved tykktarmskreft skal kun utføres av enheter med minst to gastrokirurger med kompetanse i kirurgi av tykktarmskreft. I tillegg må følgende krav oppfylles av enheter som skal operere tykktarmskreft:

- Regelmessige møter i multidisiplinært team med gastrokirurg, onkolog og radiolog
- Tilgang til patologitjenester
- God kompetanse for adekvat radiologisk utredning
- Tilgjengelig urolog

Det er vanskelig å sette et minimumsnivå for antall operasjoner, men en meta-analyse fra 2010 som inkluderte 18.301 pasienter behandlet etter 1990 viste at det ved endetarmskreft er dårligere overlevelse og flere komplikasjoner hvis kirurgen utførte mindre enn 10-20 operasjoner årlig. Ved kreft i tykktarm foreligger det ikke like god dokumentasjon, men en publikasjon fra 2010 som inkluderte 4481 pasienter operert for tykktarmskreft i Storbritannia, viste at overlevelsen var dårligere dersom kirurgen opererer mindre enn 26 pasienter årlig. Forskjellen i overlevelse var ikke like stor som ved endetarmskreft. Gjennom mange år har man fokusert på standardisering og sentralisering av behandling av kreft i endetarm i Norge. Resultatene viser nå at overlevelsen ved endetarmskreft for første gang er bedre enn ved tykktarmkreft. Man har i den samme perioden ikke hatt det samme fokus på tykktarmskreft, men rasjonale bak en ytterligere sentralisering av behandling av tykktarmkreft er sterkt.

Det er også dokumentasjon på at sentralisert kirurgi ved kreft i spiserør og bukspyttkjertel gir bedre overlevelse. Dette er kirurgi som er sentralisert i Midt-Norge, men volumet av operasjoner er relativt lavt. Imidlertid er dette operasjoner som er sentrale innen gastrokirurgi, og representerer kompetanse som er nødvendig for å ivareta universitetsfunksjonen og utdanning.

Antall operasjoner per enhet er kun ett av flere kriterier som bør vektlegges når man skal vurdere den fremtidige organiseringen av den kurative kreftkirurgien i Midt-Norge. Andre like viktige kriterier er nødvendig spisskompetanse innen bildediagnostikk, patologi og onkologi. Disse spesialistene må ha nødvendig opplæring, erfaring og fortløpende pasientgrunnlag for å opprettholde den nødvendige kompetansen og for å kunne utdanne nye spesialister.

11.4 Gruppens anbefalinger

Primærutredning av tarmkreft kan utføres ved alle sykehus i Helse Midt-Norge. Forutsetningen for utredning er god tilgang til gastrokopi og koloskopi. Et krav til utredning er fast ansatt indremedisiner eller kirurg med god trening i endoskopiske teknikker. Utredende sykehus må ha god og rask tilgang til diagnostisk radiologi. Pasienten må henvises raskt til behandlende sykehus uten unødvendige ventetider.

Sykehus som opererer de ulike kreftformene i mage- og tarmsystemet skal ha et multidisiplinært team og skal oppfylle kvalitetskrav spesifisert for de ulike diagnosene.

All kjemoterapi og medikamentell behandling ved kreft i mage- og tarmsystemet bør administreres av onkolog, dette gjelder spesielt adjuvant behandling.

PET-CT bør etableres ved St. Olavs Hospital for å sikre kort ventetid for pasienter med mulig kurabel spiserørskreft.

12. Urologisk kreft

12.1 Innledning

Over 900 pasienter får urologisk kreft i Midt-Norge årlig. Den største gruppen pasienter utgjøres av prostatakreft, andre grupper pasienter har blærekreft, kreft i urinveier, nyrekreft og testikkelkreft. Kirurgi ved urologiske kreftformer er i stor grad sentralisert til St. Olavs Hospital. Transurethrale prosedyrer ved blærekreft og prostatakreft utføres ved alle sykehus med fast ansatt spesialist i urologi. Det finnes en operasjonsrobot i Helse Midt-Norge, denne brukes til urologisk og gynekologisk kreftkirurgi. Operativ behandling av nyrekreft blir i dag også utført ved sykehusene i Ålesund og Levanger. Primær operasjon for testikkelkreft blir i dag utført ved alle sykehus i Helse Midt-Norge.

Tabell 3. Operasjoner for urologisk kreft Helse Midt-Norge 2003-2010, tall fra NPR

		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Totalt	Per år
St Olav	Prostatakreft	28	33	52	80	97	112	102	127	631	79
	Nyrekreft	33	42	39	43	52	51	62	73	395	49
	Blærekreft	20	16	35	23	20	25	31	23	193	24
Ålesund	Nyrekreft	22	10	10	12	6	14	11	17	102	13
Levanger	Nyrekreft	5	5	9	10	12	3	5	13	64	8

12.2 Kvalitetskrav

Primærutredningen kan skje ved alle sykehus med fast ansatt urolog, samt god tilgang på bildediagnostikk. Det regionale MDT skal legge føringer for utredning gjennom regionale pasientforløp, og vil være en kompetanseressurs for alle enheter innen helseregionen.

Ved mistanke om kreftdiagnose skal det regionale pasientforløpet følges.

Dette vil sikre riktig utredning og bidra til kortere tid før oppstart av behandling, samt minimere behovet for ny bildediagnostikk.

Kirurgi i form av radikal prostatectomi ved prostatakreft skal kun utføres av enheter med minst to urologer med kompetanse i kirurgi av prostatakreft. I tillegg må følgende krav oppfylles av enheter som skal operere prostatakreft:

- Minst 25 operasjoner per operatør
- Minimum 50 operasjoner per enhet som gjennomfører dette inngrepet
- Multidisiplinært team med urolog, uro-onkolog, patolog, radiolog og uroterapeut
- Tilgjengelig MR for relevante pasienter
- Onkologisk oppfølging må kunne tilbys i etterkant av operasjonen

Kirurgi med kurativ intensjon ved nyrekreft skal kun utføres av enheter med minst to urologer med kompetanse i kirurgi av nyrekreft. I tillegg må følgende krav oppfylles av enheter som skal operere nyrekreft:

- Kompetanse innen laparoskopisk teknikk innen kirurgi på nyre
- Tverrfaglig team bestående av urolog, onkolog med spesiell kompetanse innen uro-onkologi, patolog, radiolog og nefrolog
- Tilgang til patologitjenester
- Alle pasienter skal preoperativt diskuteres tverrfaglig
- Onkologisk oppfølging må kunne tilbys i etterkant av operasjonen

Kirurgi ved blærekreft skal kun utføres av enheter med minst to urologer med kompetanse i kirurgi av blærekreft. I tillegg må følgende krav oppfylles av enheter som skal operere nyrekreft:

- Tverrfaglig team bestående av urolog, onkolog med spesiell kompetanse innen uro-onkologi, patolog, radiolog og uroterapeut
- Alle pasienter skal preoperativt diskuteres tverrfaglig
- Cystektomerte pasienter må følges på sengepost av sykepleiere med særlig kompetanse innen håndtering av denne pasientgruppen
- Patologitjenester tilgjengelig, med patolog med urologiskkompetanse
- Intervensjonsradiologi
- Stomisykepleier
- Gastrokirurgisk avdeling
- Intensivavdeling
- Onkologisk oppfølging må kunne tilbys i etterkant av operasjonen

Kirurgi ved testikkelkreft skal kun utføres av enheter med urolog med kompetanse i innsetting av testikkelprotese. I tillegg må følgende krav oppfylles av enheter som skal operere testikkelkreft:

- Onkolog/urolog med kompetanse i utredning av testikkelkreft

12.3 Gruppens anbefalinger

Sykehus som opererer de ulike kreftformene i urinveiene skal ha et multidisiplinært team og skal oppfylle kvalitetskrav spesifisert for de ulike diagnosene.

Transurethrale prosedyrer ved blærekreft og prostatakraft kan utføres ved sykehus med fast ansatt urolog.

All kjemoterapi ved prostatakraft, blærekreft og kreft i urinveiene skal administreres av onkolog.

All kjemoterapi og medikamentell behandling av nyrekreft skal administreres av onkolog.

All kjemoterapi av testikkelkreft skal utføres ved St. Olavs Hospital, adjuvant kjemoterapi med karboplatin kan gis ved kreftavdelingen i Ålesund etter konferanse med St. Olavs Hospital.

13. Brystkreft

13.1 Innledning

Blant kvinner er brystkreft den hyppigste kreftsykdommen, og rundt 400 kvinner får diagnosen hvert år i Helse Midt-Norge. Behandlingen av brystkreft er i dag multidisiplinær og avhengig av et tett og formalisert samarbeid mellom kirurg, onkolog, radiolog og patolog.

13.2 Dagens funksjonsfordeling

Mammografiprogrammet er sentralisert til de brystdiagnostiske sentra (BDS) i Ålesund og på St. Olavs Hospital. De brystdiagnostiske sentra har ansvar for tverrfaglig utredning av mistenkt brystkreft. Utredning av brystkreft skjer også ved de andre enhetene som behandler brystkreft i Helse Midt-Norge. Kirurgi ved brystkreft har frem til i dag blitt utført ved mange sykehus i Helse Midt-Norge. Det samme gjelder den bildediagnostiske utredningen som i tillegg også skjer ved private sentra. Kjemoterapi har blitt gitt ved alle sykehus, og administrert både av onkologer, kirurger og indremedisinere.

Tabell 4. Operasjoner for brystkreft Helse Midt-Norge 2003-2010, tall fra NPR

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Totalt	Per år
St Olav	203	222	192	196	199	298	220	193	1723	215
Ålesund	99	94	107	107	103	138	126	127	901	113
Molde	74	87	67	55	94	57	65	83	582	73
Levanger	69	35	63	58	58	77	54	36	450	56
Namsos	30	17	6	9	8	14	4	18	106	13

13.3 Kvalitetskrav basert på EUSOMA

Krav til sykehusenhet som skal behandle brystkreft:

- En enhet må ha tilstrekkelig størrelse til å nydiagnostisere mer enn 150 nye tilfeller av brystkreft hvert år. Dette fordi hvert medlem av det multidisiplinære temaet må ha et minimum av nye brystkreftpasienter for å opprettholde ekspertisen og for å sikre kostnadseffektivitet på et brystsenter.
- Multidisiplinært team:
 - Minst to kirurger som er grenspesialist innen bryst- og endokrinkirurgi. Brystkirurgene bør kunne gjøre enkle rekonstruksjoner og onkoplastiske inngrep, men for øvrig samarbeide med plastikkirurg om større slike inngrep.
 - Radiologer: Minst to brystradiologer med bred tilnærming til faget. Bør delta så vel i screeningen som i klinisk virksomhet. Må være fullt kvalifisert innenfor mammografi, ultralyd, vevsprøvetaking og merkeprosedyrer etc.

- Patologer: En ledende patolog og minst en patolog til, eventuelt to avhengig av aktivitet, til å ta ansvar for brystpatologi og cytologi. Må delta fortløpende i diagnostikken av det enkelte kasus og innenfor tverrfaglige møter.
- Onkologer: Onkologisk spesialkompetanse for både stråleterapi og medikamentell behandling i tillegg til oppfølging av kontrollpasienter og pasienter med metastatisk sykdom.
- Krav om regelmessige tverrfaglige møter for utvalgte pasienter.

13.4 Gruppens anbefalinger

Pasienter med suspekte funn i bryst bør ikke henvises til privat røntgeninstitutt, men direkte til et BDS.

Sykehus som opererer brystkreft skal ha et multidisiplinært team og skal oppfylle kvalitetskrav.

All kjemoterapi og medikamentell behandling ved brystkreft bør administreres av onkolog. Adjuvant hormonbehandling kan administreres av grenspesialist innen bryst- og endokrinkirurgi.

Krav til enheter som skal behandle brystkreft vil i fremtiden sannsynligvis øke, som å kunne tilby primære rekonstruksjoner og eventuell intraoperativ strålebehandling, for å nevne noen.

Kvalitetskrav fra EUSOMA er basert på dokumentasjon om bedret overlevelse ved høyvolumsentra. Økt pasientvolum og robuste multidisiplinære team gir også bedre mulighet for økt kvalitet, kvalitetssikring og kvalitetsevaluering. Behandlingen er høyspesialisert og integrerer mange høyspesialiserte faggrupper. Kvalitetskravene til enheter som behandler brystkreft vil bedre sikre tilgangen til kvalifisert fagpersonell.

14. Palliasjon

14.1 Innledning

Palliativ behandling, pleie og omsorg bør integreres som en naturlig del av det samlede kreftforløpet. Den siste palliative definisjonen til WHO sier: *"Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual."*

Dette understreker behovet for en nær integrasjon mellom palliativ medisin og onkologi for pasienter som får onkologisk behandling med livsforlengende og/eller palliativ intensjon. En slik integrasjon krever gode og forutsigbare arbeidsrelasjoner forankret i gode pasientforløp. Videre kreves det høy kompetanse innen palliasjon på alle nivåer. For å ivareta kompetansenivået har norske myndigheter nylig godkjent en påbygningsspesialitet innen palliativ medisin.

14.2 Organisering av palliasjon basert på nasjonale føringer

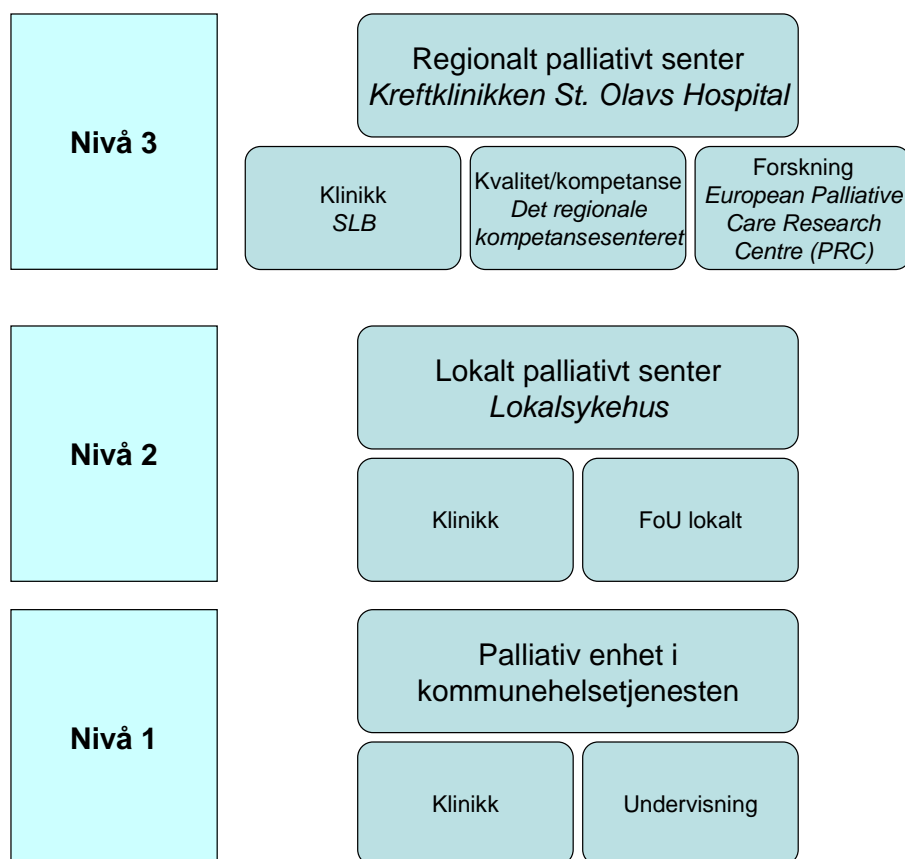
Organiseringen av det palliative tilbudet innen kreftomsorgen er basert på tre kompetansenivåer, a: grunnleggende kompetanse, b: nødvendig kompetanse og c: spesialistkompetanse.

Det regionale palliative senteret, lokalisert ved Avdeling palliasjon ved Kreftklinikken St. Olavs Hospital, med Seksjon lindrende behandling som det kliniske tilbudet og European Palliative Care Research Centre (PRC) som forskningsenheten, forventes å være en viktig motor og pådriveren i det regionale palliative tilbudet (se figur 2).

Senteret skal motta pasienter som har behov for behandling på tredjelinjenivå og lokalsykehuspasienter for St. Olavs Hospital, ha ansvar for at den faglige kompetansen innen grunn-, videre- og etterutdanning er høy nok og relevant, tilby etter- og videreutdanningsløp innen palliasjon, og bidra til at de lokale sentrene innen palliasjon tilbyr relevant videre- og etterutdanning i regionen.

Ved lokalsykehus, nivå 2, er smertebehandling både for kreftpasienter og ikke-maligne smertepasienter i dag delvis organisert som en integrert del av det palliative tilbudet, eller som et særskilt tilbud.

Siden palliativ medisin bør integreres som en del av det totale tilbudet til kreftpasienter, har man flere steder samorgansiert onkologiske poliklinikker med det palliative senteret på lokalsykehuset.



Figur 5. Organisering palliasjon i Helse Midt-Norge

14.3 Kompetanse

I de nasjonale retningslinjene har man differensiert mellom tre kompetansenivåer. På nivå A forventes grunnleggende kompetanse. Dette skal være en del av grunnutdannelsen, men også en del av spesial-, videre- og etterutdanningen. Siden den palliative pasienten finnes på alle nivåer og innenfor de fleste spesialområder i helsevesenet, forventes det at alt relevant helsepersonell innehar kompetanse på dette nivået. Både kommune- og spesialisthelsetjenesten behandler kreftpasienter med en palliativ intensjon i et relativt stort volum. Her skal man ha kompetanse på nivå B. Dette innebærer nødvendigvis høyere kompetanse utover det grunnutdanningen gir. På spesialenheter på nivå 3, 2 og 1 er det nødvendig med kompetanse på spesialistnivå. For leger betyr dette at man er godkjent spesialist, og har påbygningsspesialitet i palliativ medisin (godkjent av Helsedirektoratet). Innen de andre yrkesgruppene har man ikke tilsvarende godkjente spesialistløp. Innen sykepleie bør man på de palliative enhetene, både på tredje-, andre- og førstelinjenivå ha sykepleiere med spesialutdanning innen onkologi og med ytterligere fordypning i palliasjon. Tilsvarende forventninger bør man også ha når det gjelder fordypning for annet personell i det tverrfaglige teamet, som fysioterapeut, klinisk ernæringsfysiolog, sosionom, prest etc.

Det er behov for både spesiell og generell kompetanse innen flere medisinske spesialområder for å kunne ivareta de mest krevende palliative pasientene på tredje og andrelinjenivå. Dette gjelder spesielt innen kirurgi, endoskopi, onkologi (stråleterapi og medikamentell behandling) og symptomlindrende behandling – spesielt smertebehandling. St. Olavs Hospital bør sikre seg at denne spesialkompetansen foreligger innen de aktuelle områdene, som palliasjon, gastrokirurgi,

nevrokirurgi, ortopedisk kirurgi, lungemedisin og anestesi. Universitetsklinikken skal ha ansvaret for at denne spesialkompetansen er til stede og at den videreutvikles gjennom kliniske studier i samarbeid med European Palliative Care Research Centre (PRC), Kreftklinikken, St. Olavs Hospital/NTNU.

14.4 Gruppens anbefalinger

Forholdene legges til rette for klinisk spesialistutdanning i palliativ medisin.

Palliative sentre på lokalsykehus bør samorganiseres med onkologi/poliklinikksengelasser.

Smerteklinikker bør samorganiseres med palliative senter ved lokalsykehus.

Videre- og etterutdanning innen palliasjon for sykepleiere, med muligheter for regional akkreditering fra det regionale palliative senteret.

Palliative pasientforløp og prosedyrer må utvikles.

Klinisk forskning bør prioriteres og den regionale ledelsen tas av European Palliative Care Research Centre (PRC).

Personer med spesiell kompetanse innen palliativ kirurgi må finnes på St. Olavs Hospital og ved større lokalsykehus. Slik kompetanse må integreres inn i det palliative MDT.

15. Barnekreft

15.1 Innledning

Kreft hos barn utgjør en liten del av den samlede kreftpopulasjonen (ca 0,7 %). Insidensen har ikke økt særlig de siste tiårene. Utredningen og behandlingen er ofte omfattende og krevende, og de fleste pasientene utredes og behandles i henhold til nordiske eller internasjonale retningslinjer, ofte innenfor rammene av kliniske studier.

I gjennomsnitt diagnostiseres mellom 20-30 barn og ungdommer med kreft i Helse Midt-Norge hvert år.

Som ved kreft hos voksne øker prevalensen grunnet bedre overlevelse enn tidligere. Barn som har hatt kreft har en høy risiko for senbivirkninger, og bør derfor følges i mange år etter endt behandling.

For å sikre riktig utredning, behandling og oppfølging av en så liten pasientgruppe er MDT sentralt. I Norge er det et formelt og forpliktende nasjonalt nettverkssamarbeid gjennom nasjonale faggrupper og gjennom Kompetansesenteret for solide svulster hos barn. Nesten alle pasientene utredes og behandles etter nordiske eller internasjonale protokoller for de forskjellige typene barnekreft.

15.2 Dagens organisering

15.2.1 Oslo Universitetssykehus (OUS)

Noen funksjoner innen barneonkologien er nasjonalt sentralisert til OUS. Dette gjelder utredning og behandling av retinoblastom, samt behandling med allogen stamcelletransplantasjon.

15.2.2 St. Olavs Hospital

St. Olavs Hospital utreder og primærbehandler alle barn og unge mellom 0-18 år i Helse Midt-Norge. Barnekreftenheten er en egen post ved Barne- og ungdomsklinikken og har sju senger for barn. Til enheten er det knyttet fire spesialister i pediatri, samt en lege i spesialisering og 15 sykepleiestillinger.

Totalt var det i 2010 377 innleggelses ved enheten, med gjennomsnittlig liggetid på 4,6 døgn. Det var om lag 900 polikliniske konsultasjoner.

Stråleterapi ved kreft hos barn og ungdom planlegges og utføres av onkolog ved Kreftklinikken i samarbeid med barneleger.

Oppfølgingen og eventuell rehabilitering etter avsluttet behandling blir gjort både ved St. Olavs Hospital og ved de lokale sykehusene.

15.2.3 Barne- og ungdomsavdelinger

Noen cellegiftkurer blir delegert til barneavdelingene nært pasienten (Ålesund, Levanger, Kristiansund). Mange av komplikasjonene knyttet til behandlingen, som infeksjoner, transfusjonstrengende anemi eller trombocytopeni, blir ivaretatt av de lokale barneavdelingene.

15.3 Gruppens anbefalinger

Dagens funksjonsfordeling opprettholdes.

For noen kreftsykdommer som rammer ungdom kan behandlingsstrategien være den samme som hos voksne. I slike tilfeller bør pasientene diskuteres med onkolog før behandling startes. Eksempler på dette kan være testikkelkreft hos postpubertale og lymfekreft.

16. Gynekologisk kreft

16.1 Innledning

Rundt 200 kvinner blir årlig diagnostisert med gynekologisk kreft i Midt-Norge.

Gynekologisk kreft omfatter kreft i de kvinnelige kjønnsorganene; vagina, livmorhals, livmor og eggstokker. Gynekologisk onkologi er et spesialområde innenfor generell gynekologi, men er ikke en egen spesialitet i Norge. I praksis er det organisert som et spesialområde med spisskompetanse innen kirurgi og medikamentell behandling fordi pasientgruppens behov ikke dekkes av generelle gynekologer.

I tråd med dokumentasjon og internasjonal utvikling er kirurgisk behandling av gynekologisk kreft gjennom mange år spesialisert til regionale kreftsentre. Robotassistert laparoskopisk kirurgi er å foretrekke fremfor tradisjonell kirurgi på grunn av lavere komplikasjonsrate og kortere liggetid.

16.2 Dagens funksjonsfordeling

Kirurgisk behandling av eggstokkreft, livmorhalskreft og vulvakreft opereres i dag kun ved St. Olavs Hospital. Laparoskopisk behandling av livmorkreft er også sentralisert til St. Olavs Hospital. St. Olavs Hospital har per dags dato en operasjonsrobot, der kapasiteten blir delt mellom urologisk kirurgi og gynekologisk kirurgi.

Stråleterapi ved gynekologisk kreft planlegges og utføres av onkolog ved Kreftklinikken i samarbeid med gynekologer.

Ålesund sykehus opererer fortsatt et lite antall pasienter med livmorkreft.

16.3 Utfordringer

Det er få gynekologiske kirurger som utfører kreftkirurgi ved St. Olavs Hospital. Fagmiljøet er derfor svært avhengig av enkeltpersoner.

Kapasitetsgrensen er nå nådd for robotkirurgi ved St. Olavs Hospital.

16.4 Gruppens anbefalinger, inkludert endring i funksjonsfordeling

Primærutredningen kan skje ved alle sykehus med fast ansatt gynekolog og god tilgang på bildediagnostikk. Det regionale MDT skal gi føringer for utredning gjennom regionale pasientforløp, og vil være en kompetanseressurs for alle enheter innen helseregionen.

Det anbefales at all gynekologisk kreftkirurgi i Helse Midt-Norge sentraliseres til St. Olavs Hospital.

All kurativ strålebehandling ved gynekologisk kreft skal utføres ved St. Olavs Hospital. Palliativ strålebehandling kan utføres ved Ålesund sykehus.

Det er behov for økt robotassistert kirurgikapasitet ved St. Olavs Hospital.

17. Blodkreft

17.1 Innledning

Blodkreft inkluderer mange underdiagnoser: Akutt lymfatisk leukemi, akutt myelogen leukemi, kronisk lymfatisk leukemi, kronisk myelogen leukemi og myelomatose.

Årlig blir ca. 160 pasienter diagnostisert med disse sykdommene i Midt-Norge, 2/3 er leukemi og 1/3 myelomatose. Forekomsten av hematologisk kreft har vært relativt stabil de siste tiårene. En forventer en viss økning i forekomst fremover som følge av en eldre befolkning, i og med at mange av de hematologiske kreftsykdommene forekommer hyppigere hos eldre.

Sykdomsbildene varierer svært mellom de ulike diagnosegruppene. Ved akutt leukemi er ofte sykdomsbildet preget av akutt livstruende sykdom. På den andre siden har kronisk myelogen leukemi et mer langtrukket forløp, som etter innføring av ny behandling med tyrosinkinasehemmer nå er å betrakte som en kronisk sykdom.

Det norske hematologiske miljøet har innarbeidet en fungerende regional og nasjonal funksjonsfordeling.

17.2 Dagens funksjonsfordeling

Utredning av blodkreftsykdommer skjer initialt ved alle sykehus i Helse Midt-Norge med fast ansatt hematolog.

17.2.1 St. Olavs Hospital

Avdeling for blodsykdommer ved St. Olavs Hospital består av sengepost for blodsykdommer med 16 senger og av poliklinikk for blodsykdommer. Avdelingen har regionsfunksjon for Helse Midt-Norge og lokalsykehusfunksjon for Sør-Trøndelag.

Avdelingen har en betydelig forskningsaktivitet.

Avdelingen har regionsfunksjon for all høydosebehandling med autolog stamcellestøtte i Helse Midt-Norge.

17.2.2 Ålesund sykehus

Sykehuset har sengepost og poliklinikk for blodsykdommer. Behandler alle blodsykdommer som ikke er sentralisert regionalt eller nasjonalt. Etter avtale med St. Olavs Hospital kan pasienter i aplasi etter høydose og konsolideringbehandling ved AML behandles ved Ålesund Sjukehus.

17.2.3 Andre sykehus

Sykehus med hematolog behandler myelomatose og ikke-kurable leukemier.

17.3 utfordringer

Det er generelt et økt behov for nye spesialister i hematologi frem mot 2020. Bakgrunnen for det er avgang for aldersgrensen og mer spesialisert behandling.

17.4 Gruppens anbefalinger

Avdeling for blodsykdommer ved St. Olavs Hospital skal være en kompetanseressurs for alle enheter innen helseregionen.

Behandling med allogen stamcelletransplantasjon skal være sentralisert ved Oslo universitetssykehus og Haukeland universitetssykehus.

Behandling med autolog stamcelletransplantasjon skal være sentralisert til St. Olavs Hospital.

Alle pasienter som er i en situasjon hvor kurasjon er mulig eller usikkert skal vurderes av St. Olavs Hospital. For eldre pasienter og pasienter med nedsatt allmenntilstand kan man konsultere hematolog ved St. Olavs Hospital.

Pasienter i aplasi etter høydose og konsolideringbehandling ved ALL kan behandles ved Ålesund Sjukehus etter avtale med St. Olavs Hospital.

Behandling av annen hematologisk kreftsykdom skal kun gjøres ved sykehus med fast ansatt hematolog.

18. Kreft i øre-nese-halsregionen

18.1 Innledning

Kreft i øre-nese-halsregionen omfatter kreft i nese, bihuler, munnhule, svelget (ned til spiserøret), strupe og spyttkjertler, samt hudkreft lokalisert høyere enn kragebenet.

Det blir diagnostisert ca. 100 nye tilfeller av kreft i øre-nese-halsregionen (eksklusive hud) årlig i Helse Midt-Norge. Behandlingen er ofte kombinasjoner av kirurgi, strålebehandling og medikamentell kreftbehandling. Behandlingen er omfattende og gir til dels store bivirkninger, både akutte og kroniske. Ernæringsvansker er en svært vanlig og alvorlig komplikasjon både av kreftsykdommen og til behandlingen.

18.2 Dagens organisering

Utredning og behandling av pasienter med kreft i øre-nese-halsregionen er sentralisert til St. Olavs Hospital. Helt unntaksvis utredes og behandles disse pasientene ved andre sykehus i regionen. St. Olavs Hospital har etablert MDT for øre-, nese- og halskreft, uten at man har en klar organisatorisk forankring. Øre-, nese- og halslege og onkolog vurderer pasienter i fellesskap to ganger per uke. I tillegg deltar kjevekirurg, plastikkirurg, dermatolog og andre ved behov. Spesielle kasus diskuteres med patolog og radiolog en til to ganger per måned. Det pågår arbeid med standardiserte regionale forløp.

Det er i tillegg et godt nettverk av øre-nese-hals-spesialister i regionen, med etablerte andrelinjetilbud i Ålesund, Kristiansund, Molde, Levanger og Namsos.

Etter endt behandling gjennomføres kontroller delvis ved St. Olavs Hospital, delvis desentralisert med støtte av fastlege, sykepleietjenesten i hjemkommunen og eventuelle lokale palliative team.

Enkelte pasienter med behov for svært krevende rekonstruksjon henvises til Oslo Universitetssykehus.

18.3 utfordringer

Det er få øre-nese-hals-spesialister som utfører kreftkirurgi ved St. Olavs Hospital, og det er svært få onkologer som har spesiell kompetanse på strålebehandling og medikamentell kreftbehandling for øre-nese-halskreft. Fagmiljøet er derfor svært avhengig av enkeltpersoner.

Bestråling av øre-nese-halskreft representerer en av de mest krevende disiplinene innen stråleterapi. Dette stiller store krav til teknologiske investeringer og strålekompetanse ved St. Olavs Hospital spesielt og regionen generelt.

Logistikken omkring henvisning fra fastlege via øre-nese-hals-spesialist på lokalsykehus til universitetssykehuset er ikke optimal.

MDT, inkludert patolog og radiolog, er per i dag ikke involvert i alle pasienter.

18.4 Gruppens anbefalinger

All utredning og behandling av kreft i øre-nese-halsregionen gjennomføres ved St. Olavs Hospital. Unntak kan gjøres for enkelte pasienter som skal få palliativ behandling.

Kompetansen ved St. Olavs Hospital bør styrkes ved at det planlegges for ytterligere en kirurg og en onkolog som læres opp innen kreft i øre-nese-halsregionen.

Kompetansen innen ernæring bør styrkes.

Behovet for kostbar teknologi for å drive moderne strålebehandling må inkluderes i den regionale langtidsplanleggingen.

MDT må styrkes ved at i prinsippet alle pasienter med kreft i øre-nese-halsregionen vurderes i fellesskap mellom øre-nese-hals-spesialist, onkolog, patolog og radiolog.

Standardiserte regionale pasientforløp må etableres.

19. Sarkomer

19.1 Innledning

Sarkom er sjeldne, maligne svulster i ben eller bløtvev. Det finnes også benigne svulster som har et aggressivt klinisk forløp (fibromatose, kjempecelletumor i ben). Disse har så stor likhet med sarkom at de naturlig behandles av samme tverrfaglige gruppe som behandler sarkomene.

Optimal behandling krever et nært samarbeid mellom kirurger, radiologer, patologer og onkologer. Behandlingen varierer fra kun kirurgi til noe av den mest intensive behandlingen som gis kreftpasienter, med ulike kombinasjoner av kirurgi, strålebehandling og cellegift.

Pasientgruppen er liten og heterogen og det er et utstrakt internasjonalt samarbeid om studier og forslag til retningslinjer. De norske behandlingssentrene deltar blant annet i Skandinavisk sarkomgruppe (SSG).

19.2 Dagens organisering

Behandling av sarkom er sentralisert til sarkomsentra som finnes ved de fire store universitetssykehusene Rikshospitalet-Radiumhospitalet, Haukeland Universitetssykehus, St. Olavs Hospital og Universitetssykehuset Nord Norge. For pasienter i Helse Midt-Norge skal pasienter med mistanke om sarkom henvises til St. Olavs Hospital. Sarkomsenteret her ledes av ortopedisk avdeling ved St. Olavs Hospital, og det er multidisiplinære team-møter med ortoped, radiolog, patolog og onkolog hver fjortende dag. Med enkelte andre faggrupper er det ukentlige møter. Det er viktig at sarkompasientene sendes ubiopsert og uoperert til sarkomsenter.

19.3 Gruppens anbefaling

Bløtvevssarkom

Alle dype svulster uansett størrelse, alle subkutane svulster som er større enn fem centimeter, og andre svulster som gir grunn til malignitetsmistanke (rask vekst, smerter) henvises til sarkomgruppen ved St. Olavs Hospital **uten forutgående operasjon eller invasiv diagnostikk**. Disse retningslinjene er i tråd med internasjonale og nasjonale retningslinjer.

MR bør gjøres før henvisning og bildene vurderes i sarkomgruppen. Slik kan man identifisere de store subkutane lipomene som kan tas hånd om lokalt, og skreddersy videre utredning av de svulstene som skal håndteres ved sarkomsenteret.

Bensarkom

Siden bensarkom er så sjeldne, vil symptomer og funn fra muskel- og skjelettsystemet i de aller fleste tilfeller ha en annen årsak enn dette. Det finnes ikke spesifikke kriterier for hvilke tilstander i ben som skal henvises til vurdering ved sarkomsenteret på samme måte som for bløtvevssvulster. Generelt kan følgende anbefalinger gis: Ved smerter fra skjelettet, patologisk fraktur, palpabel kul eller annen suspekt klinikk skal det være lav terskel for henvisning til røntgenundersøkelse. Ved negativt røntgenfunn og persisterende symptomer må det gjøres ny klinisk vurdering. Røntgen bør gjentas, eventuelt suppleres med MR. Ved den minste mistanke

om bensvulst skal bildene granskes av radiologer med spesialkompetanse. Ved suspekt røntgenfunn skal pasienten henvises til sarkomgruppen.

For **abdominal sarkom, gynekologiske sarkom og barnesarkom** i Midt-Norge gjelder tilsvarende henvisningsrutiner til den respektive avdeling ved St. Olavs Hospital.

20. Kreft i sentralnervesystemet

20.1 Innledning

Forekomsten av primære kreftsykdommer i sentralnervesystemet har vært økende siden 50-tallet. For tiden diagnostiseres ca. 950 pasienter årlig i Norge. Langt de fleste har hjernesvulster. Slike svulster utgjør en stor andel av de solide svulstene hos barn, men majoriteten opptrer hos voksne over 50 år. Vanligst er høygradig maligne svulster (glioblastom) som i praksis er en uheldelig sykdom med kort forventet levetid. Behandling og oppfølging av disse pasientene er i størst mulig grad desentralisert. Noen pasienter har mer benigne tilstander hvor repetert kirurgi er anbefalt behandling. Oppfølgingen av disse pasientene er i større grad sentralisert.

Viktigste differensialdiagnose er hjernemetastaser. Ved mistanke om sekundære hjernesvulster er det naturlig at utredning, diagnostikk og behandling gjøres i samråd med onkolog.

20.2 Dagens organisering

Diagnostikk gjøres ved alle sykehus i regionen, og vanligvis ved medisinske, nevrologiske, geriatriske og slagavdelinger.

De fleste opereres for å sikre histologisk diagnose. All kirurgi utføres ved Nevrokirurgisk avdeling, St. Olavs Hospital. Dette betyr i praksis at all histopatologisk diagnostikk også gjøres ved St. Olavs Hospital. Det videre pasientforløpet bestemmes av kirurg i samarbeid med onkolog.

Alle pasienter henvises rutinemessig for onkologisk vurdering postoperativt hos onkolog ved Kreftklinikken, St. Olavs Hospital, eventuelt av onkolog ved Kreftavdelingen, Ålesund sykehus dersom det dreier seg om høygradig maligne svulster.

Strålebehandling gis ved de onkologiske avdelingene i Ålesund og ved St. Olavs Hospital. Ved andre tilstander enn maligne gliomer, vurderes alltid indikasjon og doseplan av onkolog ved St. Olavs Hospital.

Kjemoterapi gis ved alle sykehus i regionen, ved St. Olavs Hospital, Levanger sykehus, Kristiansund, Volda og i Ålesund ved kreftpoliklinikker; i Molde og Namsos ved Nevrologisk avdeling.

En stor del av de pasientene med lavgradige hjernesvulster som ligger an til kirurgi ved et eventuelt residiv følges av Nevrokirurgisk avdeling. Alle andre pasienter følges primært av nærmeste enhet som administrerer kjemoterapi.

Nevrolog følger ofte de pasientene som behandles for sekundær epilepsi.

20.3 Gruppens anbefaling

Det bør etableres et formelt MDT for kreft i sentralnervesystemet.

Primærutredningen kan skje ved alle sykehus med tilgang til MR og nødvendig spesialistkompetanse i tolkning av MR-bildene.

I Helse-Midt-Norge gjøres all nevrokirurgi ved St. Olavs Hospital. Alle pasienter vurderes for reseksjon eller biopsi av nevrokirurg ved St. Olavs Hospital – eventuelt i samråd med onkolog.

All strålebehandling gis ved Kreftavdelingene i Ålesund og ved St. Olavs Hospital. Ved andre tilstander enn maligne gliom, vurderes alltid indikasjon og doseplan av onkolog ved St. Olavs Hospital.

Kjemoterapi skal igangsettes og evalueres av onkolog.

Kontroller kan utføres ved alle sykehus i regionen, av fast ansatt nevrolog eller onkolog.

Oppfølging av epilepsi gjøres av nærmeste nevrolog.

21. Kreftavdelinger og kreftpoliklinikker

21.1 Kreftavdelinger

21.1.1 St. Olavs Hospital

Kreftklinikken ved St. Olavs Hospital ble etablert i 1982. Klinikken er organisert i ulike avdelinger: Avdeling sengeområde, avdeling poliklinikk, avdeling stråleterapi, avdeling palliasjon, avdeling undervisning og avdeling forskning.

Kreftklinikken disponerer 36 sengeplasser, 24 ved avdeling sengepost og 12 ved avdeling palliasjon. Klinikken har vært gjennom omfattende reorganisering med fokus på økt poliklinisk drift. Det har vært en betydelig reduksjon i antallet senger fra 68 senger i 2008. Antallet innleggelses er siden 2007 redusert, mens den polikliniske aktiviteten har økt kraftig. Den polikliniske aktiviteten ventes å øke videre i samme takt, både grunnet økning i insidens og organisatorisk omlegging til mer utstrakt poliklinisk drift.

Sengekapasiteten ved Kreftklinikken, St. Olavs Hospital er betydelig redusert, og det er et behov for å desentralisere ansvar for pasienter som ikke har behov for utredning og behandling på dette nivået.

Det forventes at Kreftklinikken sammen med de andre store fagområdene innen kirurgi og medisin ved St. Olavs Hospital skal fungere som det faglige tyngdepunkt og ta den kliniske og forskningsmessige ledelsen både internt på St. Olavs Hospital og i Midt-Norge. Dette skal bidra til at pasientene sikres rask utredning og behandling til rett tid på rett sted i Midt-Norge.

Avdeling for strålebehandling disponerer i dag fire lineærakseleratorer, samt utstyr for å kunne gi brachyterapi. Se ellers eget kapittel om stråleterapi.

Det er under vurdering å reetablere et kombinert onkologisk og palliativt tilbud ved Orkdal sykehus, som i dag er en del av St. Olavs Hospital.

21.1.2 Ålesund

Kreftavdelingen ved Ålesund sykehus ble åpnet i 2004. Den er organisert i kreftpoliklinikk, stråleenhet, sengepost og palliativt team.

Kreftavdelingen disponerer 16 sengeplasser, hvorav tre er dedikert palliative pasienter.

Kreftavdelingen, sammen med medisinsk og kirurgisk avdeling, kan tilby det meste av kreftbehandling til voksne. Behandling av visse kreftsykdommer er sentralisert til St. Olavs hospital, se ellers kapitlene om kirurgi, kjemoterapi og strålebehandling.

Stråleenheten disponerer i dag to lineærakseleratorer, se eget kapittel om stråleterapi.

Palliativt team i Ålesund ble etablert i 2007 og har fysioterapeut, sosionom, prest, anestesilege med spesialkompetanse i palliasjon, onkolog og allmennlege med spesialkompetanse i palliasjon. Legestillingene utgjør totalt 1,6 stillinger. De har i tillegg 2,2 kreftsykepleierstillinger fordelt på tre sykepleiere i det tverrfaglige teamet.

21.2 Sykehuspoliklinikker

21.2.1 Nord-Trøndelag

21.2.1.1 Levanger

Kreftpoliklinikken i Levanger ble opprettet i 1992. Palliativ behandling har siden etableringen vært en viktig del av virksomheten. Det er ansatt fem kreftsykepleiere ved enheten, og siden høsten 2010 har man ansatt tre onkologer. I 2011 ble det forventet at 1474 cytostatikakurer skulle gis ved poliklinikken.

Det er formalisert et samarbeid mellom Kreftklinikken ved St. Olavs Hospital og Levanger sykehus.

Det er etablert et palliativt team ved Levanger sykehus.

21.2.1.2 Namsos

Kreftpoliklinikken har 2,2 kreftsykepleierstillinger. Ingen onkolog er ansatt. I 2011 ble det forventet at 1092 cytostatikakurer skulle gis ved poliklinikken.

21.2.2 Møre og Romsdal

21.2.2.1 Molde

Kreftpoliklinikken i Molde ble opprettet høsten 1993, og ble i 2010 en egen enhet sammen med et palliativt team. Enheten består i dag av: Enhetsleder (kreftsykepleier) i 0,8 stilling og sekretær i 0,6 stilling. Kreftpoliklinikken består av kreftsykepleiere i totalt 3,75 stillinger. Det er ingen legehjemmel tilknyttet enheten. Enheten blir betjent av de ulike spesialistene som har ansvar for diagnosegruppen.

Palliativt team ble oppbygd i 2005/2006, og det er nå sykepleiere i 1,8 stillinger, lege i 0,5 stilling, sosionom, fysioterapeut, ernæringsfysiolog, ergoterapeut og prest tilknyttet teamet. Teamet har etablert et godt nettverk i kommunene og har årlig fire nettverkssamlinger for sykepleiere med undervisning. Det er også bygd opp nettverk med ressursykepleiere i kommunene rundt Molde, men det fortsatt mangler en avtale mellom sykehuset og Molde kommune om oppgaver og forpliktelser i nettverket.

21.2.2.2 Kristiansund

Poliklinikk for blod- og kreftsykdommer ble åpnet i 1999. Poliklinikken består i dag av kreftsykepleiere i 2,6 stillinger og sekretærer i 1,2 stillinger. Det er ingen legehjemmel tilknyttet enheten. Enheten blir betjent av de ulike spesialistene som har ansvar for diagnosegruppen.

Palliativt team ble opprettet i 2006, organisert under medisinsk avdeling (poliklinikk for blod- og kreftsykdommer og palliativt team), og består i dag av allmennlege i 0,5 stilling, kreftsykepleiere i 1,4 stillinger og samarbeid med anestesilege ved behov. Palliativt team disponerer to senger.

Poliklinikken og palliativt team er organisert under medisinsk avdeling og har en felles enhetsleder som er kreftsykepleier i 0,4 stilling.

Palliativt team med fire senger ble opprettet i 1998 ved Rokilde sykehjem og etterbehandlingsavdeling med seks korttidsplasser (såkalt 1 ½-linjetjeneste) ble opprettet i Kristiansund kommune i 2010.

21.2.2.3 Volda

Kreftpoliklinikken i Volda er organisatorisk en del av Kreftavdelingen i Helse Sunnmøre. Kreftpoliklinikken i Volda hadde i 2010 1,9 stillinger besatt av spesialsykepleiere, og fra 6. september 2010 ble hematolog ansatt, fordelt på 50 % i palliativt team og 50 % i kreftpoliklinikk. Onkolog fra Kreftavdelinga ved Ålesund sykehus har polikliniske dager i Volda 2-3 dager per måned.

Palliativt team og palliativt team er også en del av Kreftavdelingen i Helse Sunnmøre. I teamet er det ansatt sykepleiere, fysioterapeut, anestesilege med spesialkompetanse i palliasjon, hematolog og prest i ulike stillingsprosenter. Palliativt team disponerer tre sengeplasser i palliativt team som er lokaliserte i medisinsk sengepost.

21.2.3 Aktivitetsoversikt 2010

Tabell 5. Aktivitet ved kreftavdelinger og kreftpoliklinikker 2010

	St Olavs	Ålesund	Levanger	Molde	Kristiansund	Namsos	Volda
Sengeplasser	36	16	x	x	x	x	x
Innleggelser	2071	813	x	x	x	x	x
Stråleterapi maskiner	4	2	x	x	x	x	x
Antall pasienter stråleterapi	1028	478	x	x	x	x	x
Polikliniske konsultasjoner	16761	4300	2762	2420	2246		
Polikliniske kjemoterapikurer	5891	2736	1347	1638	1200	979	786
Palliativt team	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja		

21.3 Andre enheter

21.3.1 Lungeavdelingen St. Olavs hospital

Lungeavdelingen ved St. Olavs Hospital har ansvaret for utredning og behandling av pasienter med lungekreft ved St. Olavs Hospital. Avdelingen har et tett samarbeid med Kreftklinikken når det gjelder pasienter som har behov som stålebehandling.

Lungeavdelingen har en egen dagenheter for lungekreft med poliklinisk utredning, palliativ kjemoterapi og oppfølging av pasienter med lungekreft. Enheten har ca. 2500 konsultasjoner årlig. Det er også en definert sengeenhet med inntil 16 senger for utredning, behandling og palliativ pleie.

21.4 Gruppens anbefalinger

St. Olavs Hospital skal være klinisk og forskningsmessig førende innen kreftomsorgen i Midt-Norge, i samarbeid med lokale sykehus. Dette innebærer at man har ansvar for å utvikle regionale pasientforløp og ta initiativ til å koordinere kliniske forskningsprosjekter.

Det anbefales opprettelse av en kreftpoliklinikk med to onkologer ved St. Olavs Hospital, avdeling Orkanger.

I Nord-Trøndelag skal kreftpoliklinikken ved Levanger sykehus, i et formelt faglig samarbeid med Kreftklinikken St. Olavs Hospital, være ansvarlig for medikamentell kreftbehandling gitt ved alle poliklinikker i fylket. Alle onkologer i fylket bør være faglig tilknyttet kreftpoliklinikken ved Levanger sykehus.

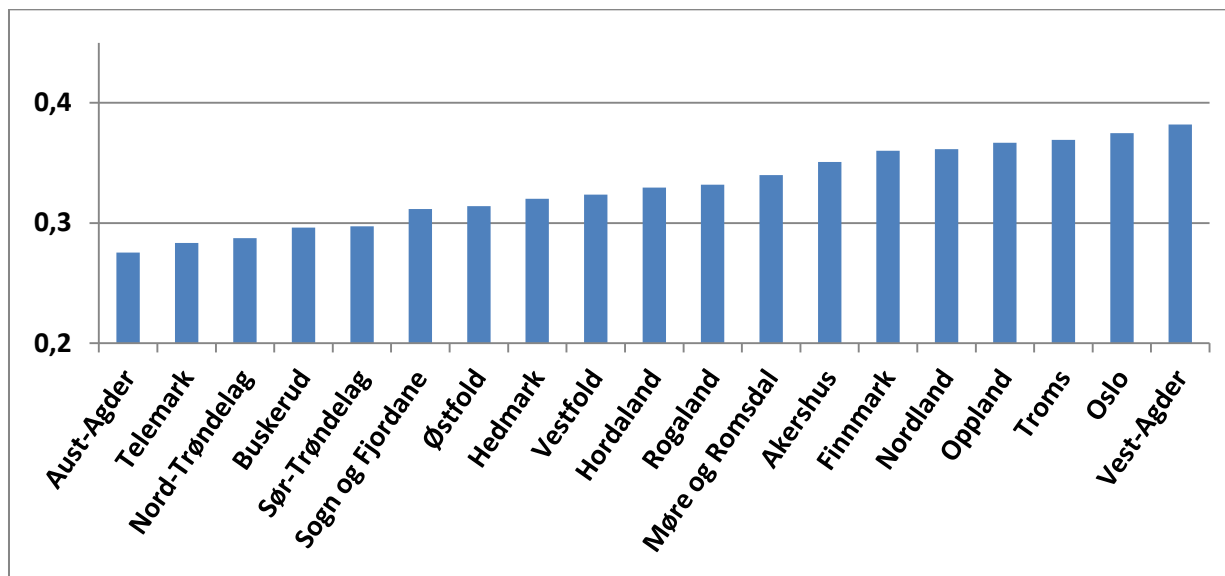
I Møre og Romsdal skal kreftavdelingen ved Ålesund sykehus være ansvarlig for medikamentell kreftbehandling gitt ved alle poliklinikker i fylket. Vi anbefaler at alle onkologer i fylket bør være faglig tilknyttet kreftavdelingen ved Ålesund sykehus. Vi anbefaler at to onkologer ansettes ved kreftpoliklinikken i tidligere Helse Nordmøre og Romsdal HF.

22. Stråleterapi

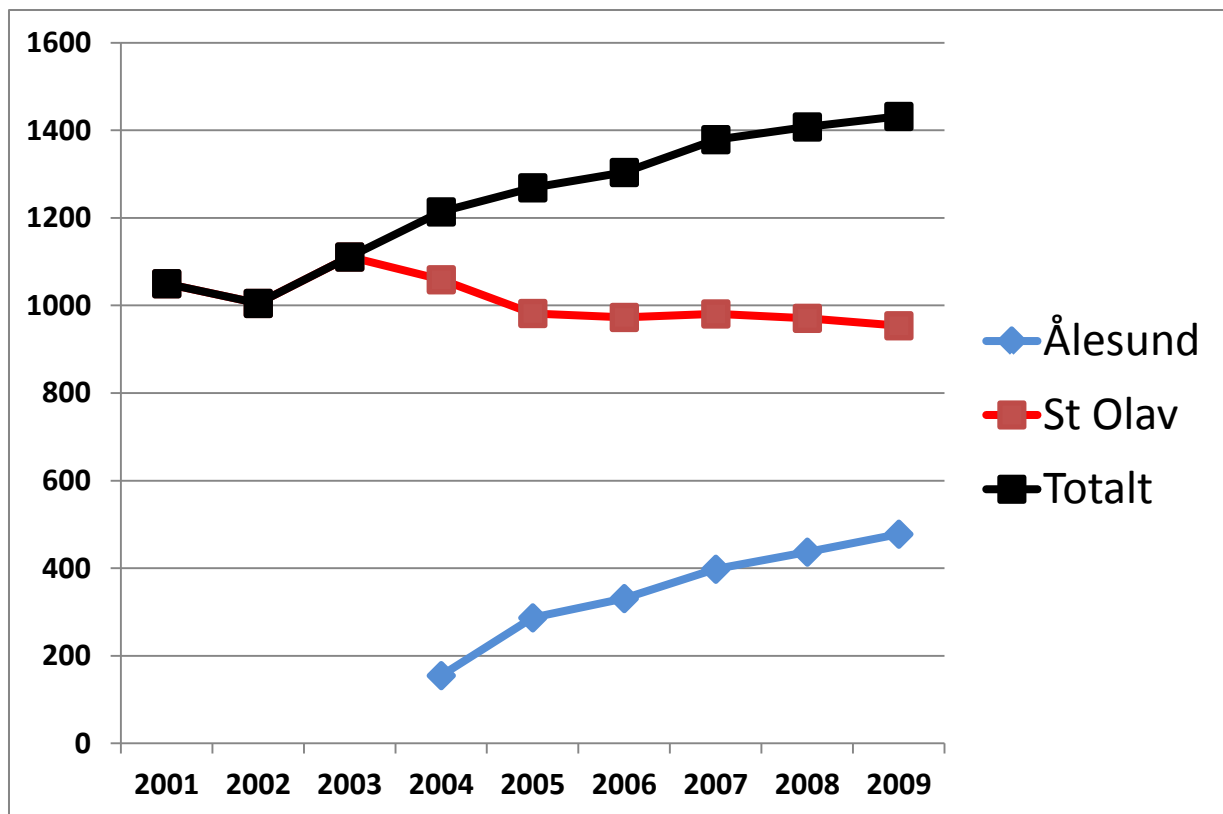
22.1 Innledning

Stråleterapi er, nest etter kirurgi, den behandlingsformen som kurerer flest kreftpasienter. Stråleterapi er i tillegg svært viktig som livsforlengende, symptomlindrende og symptomforebyggende behandling. Det er estimert at ca 50 % av alle kreftpasienter vil ha nytte av stråleterapi i forløpet av sin kreftsykdom. Stråleterapi inngår i større og større grad som en del av et multimodalt behandlingsopplegg, med andre ord kombineres stråleterapi ofte med medikamentell kreftbehandling og/eller kirurgi.

Stråleterapi krever avansert, kostbart teknisk utstyr samt høyt spesialisert kompetanse (onkolog, fysiker, stråleterapeut, radiolog, patolog, kirurg; alle med kompetanse tilpasset det enkelte kasus). Kostnadmessig er stråleterapi en rimelig behandlingsform innenfor kreftområdet. Totalkostnaden for stråleterapi utgjør ca. 5 % av totalkostnadene for kreftbehandling.



Figur 6. Antall nye pasienter til strålebehandling pr. nye krefttilfeller, fylkesmessig inndeling.



Figur 7. Antall pasienter behandlet med strålebehandling i Helse Midt-Norge 2001-2009.

22.2 Dagens funksjonsfordeling

Helse Midt-Norge tilbyr stråleterapi ved to senter; St. Olavs Hospital og Ålesund sykehus. St. Olavs Hospital har fire lineærakseleratorer og behandler ca. 1000 pasienter per år. Ålesund sykehus har to lineærakseleratorer og behandler ca. 500 pasienter per år. I all hovedsak er det geografisk tilhørighet som bestemmer hvor pasienten behandles. De to sykehusene har en utstyrspark som gjør at pasienter kan planlegges ved ett senter og få behandling ved det andre.

Enkelte kreftsykdommer med lav insidens og behov for stråleterapi som krever spesielle teknikker og kompetanse (for eksempel hode/halskreft, gynekologisk kreft, lymfekreft), skal behandles ved St. Olavs Hospital. Etter avtale kan den praktiske gjennomføringen av behandlingen gjennomføres ved Ålesund sykehus.

Det foreligger en formell samarbeidsavtale mellom St. Olavs Hospital og Ålesund sykehus.

Virksomhetsrapporter fra Statens strålevern viser at det gis færre strålebehandlinger per innbygger i Helse Midt-Norge sammenlignet med Norge for øvrig (figur 6). Dette tyder på et underforbruk av stråleterapi i vår region. Dette, i tillegg til den forventede 2 % årlige økningen i kreftinsidensen frem mot 2020, tilsier at stråleterapien bør dimensjoneres for en økt etterspørsel på omkring 30 % de neste ti årene.

St. Olavs Hospital arbeider for å lage en god faglig infrastruktur for å drive stråleterapirelatert forskning gjennom sitt samarbeid med NTNU (Institutt for Biofysikk og medisinsk teknikk, European Palliative Care Research Center (PRC) med flere), regionalt med stråleterapimiljøet i Ålesund, nasjonalt og internasjonalt. Det finnes i tillegg god forskningskompetanse i klinikken.

Ingen av de to stråleterapienhetene i regionen har etablerte kliniske kvalitetsregistre for stråleterapi.

22.3 utfordringer

22.3.1 Kapasitet og reinvesteringer

Det vil være et kontinuerlig behov for å skifte ut og etter hvert utvide den eksisterende utstyrspakken ved de to sentra.

For å imøtekomme forventningene om en økt etterspørsel vil det være behov for økt kapasitet innen strålebehandling innen 2020. For å innfri nye og strengere krav om forløpstider fra diagnose til behandling trenger man en riktig dimensjonering av totalkapasiteten.

Vanlig nedskrivningstid for moderne stråleterapimaskiner er omkring 12 år. Ved optimalt vedlikehold kan teknisk levetid for stråleterapimaskiner strekkes mot 14 år. Dette forutsetter imidlertid tilgjengelige yngre og driftsikre maskiner ved enheten, slik at behandling kan gjennomføres også i perioder med nedetid på eldre maskiner.

De fleste stråleterapimaskinene i Helse Midt-Norge ble innkjøpt i 2001 (to maskiner på St. Olavs Hospital), 2003 (to maskiner i Ålesund og en maskin i Trondheim) og 2004 (en maskin på St. Olavs Hospital).

Ved å beholde 1–2 av de best fungerende stråleterapimaskinene i regionen lengst mulig, kan man ivareta den nødvendige økte kapasitetsetterspørselen frem mot 2020, inntil også disse stråleterapimaskinene må skiftes ut.

Utskiftning av stråleterapimaskiner forutsetter strålebunkerkapasitet både ved Ålesund sykehus og St. Olavs Hospital. Ved St. Olavs Hospital ble det bygget en ekstra bunker som første trinn av "RiT2000"-prosessen, og denne blir den første utskiftingsstasjonen ved fornyelse av stråleterapimaskinene ved St. Olavs Hospital. Tomt for en tredje strålebunker ved Ålesund sykehus er teknisk klargjort.

Det er utarbeidet en detaljert analyse for utskifting av stråleterapimaskiner ved Ålesund sykehus. Analysen dokumenterer utfordringene med å gjennomføre utskifting av stråleterapimaskiner uten først å bygge en tredje strålebunker.

Det anses ikke som nødvendig eller ressursmessig fornuftig å etablere strålebehandling ved andre sykehus i regionen fram mot 2020.

22.3.2 Utstyrsnivå

Begge sentra benytter CT-avbildning for planlegging av stråleterapi. Internasjonalt og nasjonalt øker bruken av MR til dette formålet. Det er et behov for å etablere MR-doseplan som teknikk i regionen, hvilket sannsynligvis vil kreve kapasitet tilsvarende én MR-maskin ved hvert senter i løpet av en femårsperiode.

PET-CT benyttes i stadig større grad innen diagnostikk og utredning av kreftsykdom. I tillegg til behovet for PET-CT som diagnostisk hjelpemiddel i Helse Midt-Norge, vil etablering av PET-CT også kunne bidra til å øke kvaliteten på strålebehandling. PET-CT benyttes internasjonalt for å

kunne målrette strålebehandling best mulig og dermed redusere faren for bivirkninger. Gruppen støtter derfor en anbefaling om å etablere PET-CT i regionen.

Full oversikt over andre tekniske løsninger som kan tenkes å bli etablerte standardteknikker fram mot 2020 har man ikke nå. Teknologiske fremskritt kan kreve både økonomiske investeringer og oppdatering av kompetansen, men det kan også effektivisere strålebehandlingen.

22.3.3 Funksjonsfordeling

Funksjonsfordelingen mellom St. Olavs Hospital og Ålesund er sentral for å kunne utnytte kompetanse og teknologi til det beste for kreftpasientene og for samfunnet. Det er påkrevd at de to sentrene har en tett og god dialog omkring dette, slik at pasientene styres til det mest egnede senteret.

22.3.4 Forskning

De nasjonale handlingsprogrammene er kjernen for all stråleterapi i Norge. Stråleterapi er som all kreftbehandling et fag i kontinuerlig endring. En stor del av denne endringen foregår i form av teknologiske fremskritt. Det er et behov for klinisk forskning på effektene ved implementering av nye behandlingsteknikker i stråleterapi.

Det er viktig at regionen bidrar til forskning både som partner i multisenterstudier nasjonalt og internasjonalt, som hovedutprøver i egne studier og til formidling av forskningsresultater. Regionen bør utnytte de gode forutsetningene som finnes til å gjennomføre forskning av høy kvalitet.

Det bør opprettes et kvalitetsregister for stråleterapi for regionen.

22.4 Gruppens anbefalinger

Utskiftning av stråleterapiutstyr – spesielt lineærakselleratorer – tar tid og ressurskrevende, det er derfor behov for å ha en helhetlig langsiktig plan omkring stråleterapikapasiteten i Helse Midt-Norge. De viktigste elementene i planen bør være vurdering av stråleterapikapasiteten i dag og de neste 10-15 årene, samt en grundig plan for utskiftning av stråleterapiutstyr, programvare, doseplanleggingsutstyr inklusive CT etc.

I utgangspunktet – dersom man ikke har en ekstra "bunker" – vil en av stråleterapimaskinene være ute av drift i utskiftingsperioden. Dette betyr at man i denne perioden – som ofte vil være på 2-3 måneder i Ålesund – vil ha en reduksjon av stråleterapikapasiteten på 50 %. Derfor står det sentralt i den videre utregningen å vurdere behovet for å bygge nye bunkere – primært i Ålesund, men også ved St. Olavs Hospital.

Det er behov for flere onkologer med spesialkompetanse innen strålebehandling.

MR og PET-CT kan bli viktige modaliteter for mer nøyaktig doseplanlegging.

Fortsettelse av et faglig samarbeid og etablert funksjonsfordeling mellom Ålesund og Trondheim er beskrevet i samarbeidsavtale.

Hovedansvaret for forskning innen stråleterapi har St. Olavs Hospital, i tett samarbeid med Ålesund sykehus.

23. Kjemoterapi

23.1 Innledning

Omfang av og type medikamentell behandling varierer i stor grad mellom tumorgrupper og stadier av sykdommer. Den omfatter alt fra hormonbehandling til omfattende høydose kjemoterapi med stamcellestøtte. Medikamentell behandling gis primært som adjuvant, kurativ, og livsforlengende, og av og til som symptomlindrende behandling.

Mye av den kurative medikamentelle behandlingen medfører betydelig morbiditet, med en risiko for å dø av selve behandlingen. Dette er pasienter som ofte krever omfattende ressurser poliklinisk og ved sengepost. Pasientgrupper i denne kategorien er pasienter med metastaserende testikkelkreft, lymfomer og leukemier.

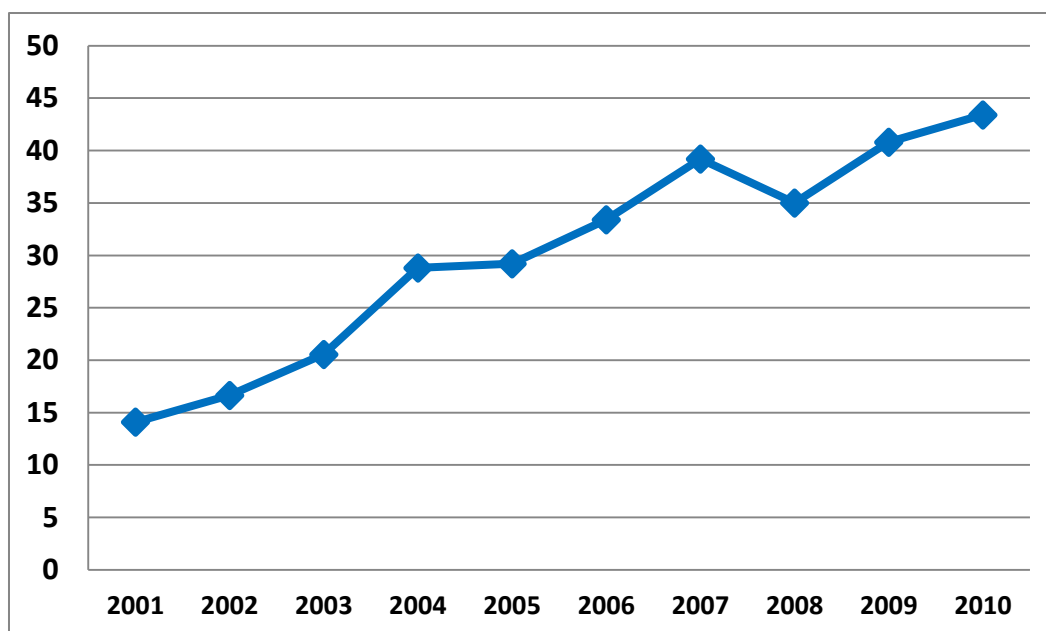
Adjuvant behandling gis til mange pasienter som tilleggsbehandling etter kirurgi og/eller strålebehandling. Behandlingen reduserer risikoen for tilbakefall, og er dermed kurabel behandling. Dette er en stor pasientgruppe med blant annet brystkreftpasienter og pasienter med tykktarm- og endetarmskreft.

Mye av denne behandlingen kan gis poliklinisk, og behandlingen bør skje så nært pasienten som mulig. Medikamentell behandling av kreft bør utføres av kvalifisert ansvarlig personell.

Innen kreftområdet har man tatt i bruk flere nye medikamenter i løpet av de siste 10-20 årene. Nye medikamenter har medført at store pasientgrupper med inkurabel kreftsykdom behandles og lever lengre med sin kreftsykdom. Dette gjelder store pasientgrupper som prostatakreft, brystkreft og tykk- og endetarmskreft. Nye medikamenter er ofte kostbare, og innføring av disse i standardbehandling har medført en økning av utgiftene til medikamenter innen kreftomsorgen.

Legemiddelutgiftene utgjør totalt sett 3 % av driftkostnadene til helseforetaket. Innen kreftomsorgen er forholdet annerledes, der legemiddelkostnader utgjør rundt 20 % av de totale kostnadene. Dette gir utfordringer når nye medikamenter innføres. De siste ti årene har for eksempel kostnadene til legemidler ved Kreftklinikken, St. Olavs Hospital økt med over 300 %.

Fig 8. Legemiddelkostnader Kreftklinikken, St. Olavs Hospital 2001-2010, millioner kroner



23.2 Dagens funksjonsfordeling

Kjemoterapi og annen kreftbehandling som innebærer intravenøs administrasjon har tradisjonelt kun vært gitt på sykehus. Siden kreftplanen av 1994 har dette i stor grad blitt organisert til etablerte kreftpoliklinikker. Ved noen sykehus gis kjemoterapi også ved andre sengeenheter og poliklinikker der pasientgruppene er lokalisert.

Kjemoterapi og biologiske legemidler rekvireres elektronisk via et dataprogram, "cytodose", som er felles for sykehusene i Helse Midt-Norge. Til tross for et felles program er ikke kurdefinisjoner og prosedyrer harmonisert mellom de ulike sykehusene.

De senere års medikamentelle utvikling innebærer at en økende andel av pasientene får peroral behandling med kjemoterapi. Behandlingen gis hjemme, men krever samme polikliniske legeressurser som pasienter som får intravenøs kjemoterapi. Denne innføringen av peroral behandling kommer i tillegg til behandling registrert som cellegift gitt ved sykehus i oversiktene under.

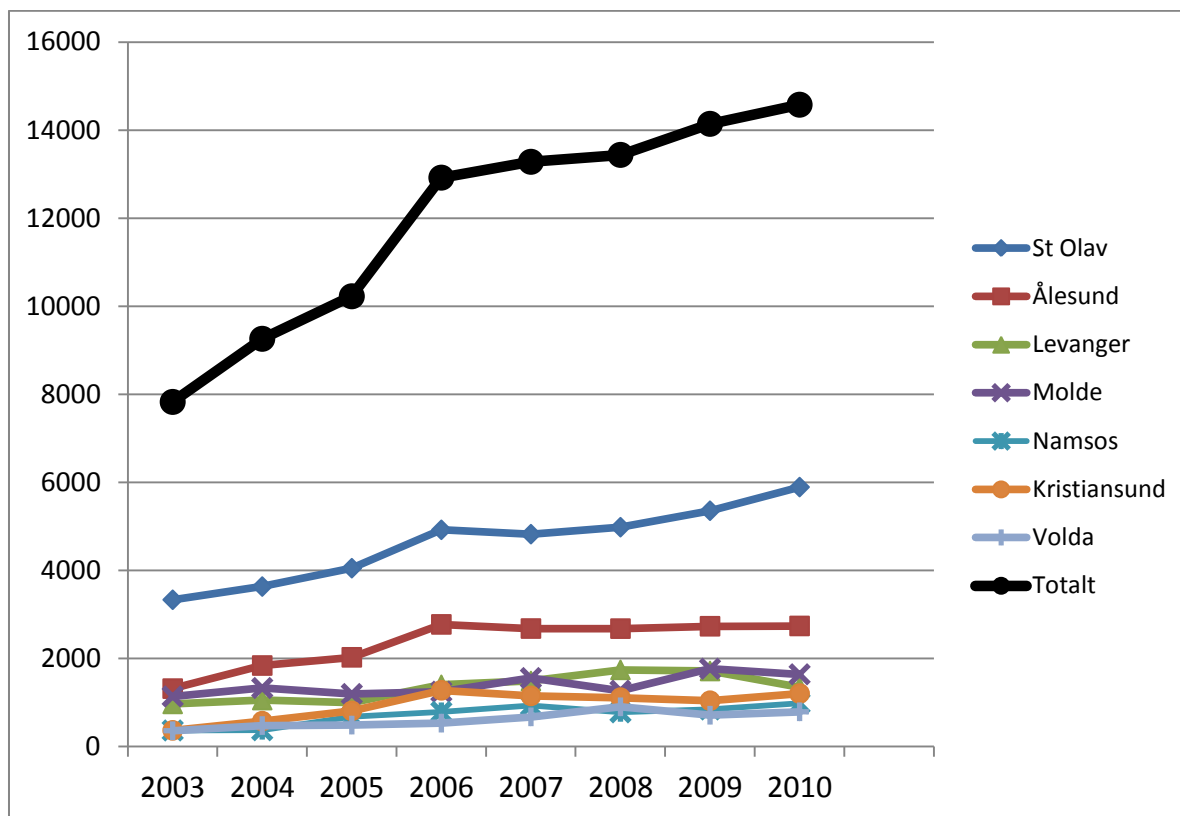
Kjemoterapi produseres av farmasøyt ved apotek. For å opprettholde kvalitet og kompetanse er det viktig med et visst volum. Produksjon av tradisjonell cytostatika utenom sykehus anses ikke å være realistisk.

Behandling som ikke krever apotekproduksjon bør i større grad utføres ved DMS. Ved å samle behandling ved DMS kan man få et volum av pasienter og behandling som gir erfaring og kompetanse. Eksempler på behandling er bisfosfonater, blodtransfusjoner, infusjon av antistoffer, biologiske legemidler med mer. Dette betinger kompetanse med lege, kreftsykepleier og at det foreligger et avtalemessig forhold til behandlende kreftpoliklinikk, onkolog eller palliativt team. Evaluering av behandling må skje i samråd med onkolog.

23.3 Ressursbruk

Tabellen under viser utviklingen i antall cellegiftkurer gitt poliklinisk i Helse Midt-Norge fra 2003 til 2010. På syv år ble antallet cellegiftkurer doblet, med en årlig økning på nesten 10 %. St.

Olavs Hospital og Ålesund sykehus står for 60 % av de polikliniske cellegiftkurene. I tillegg blir det gitt et betydelig antall infusjoner med bisfosfonater, væsker, blod og blodplater.



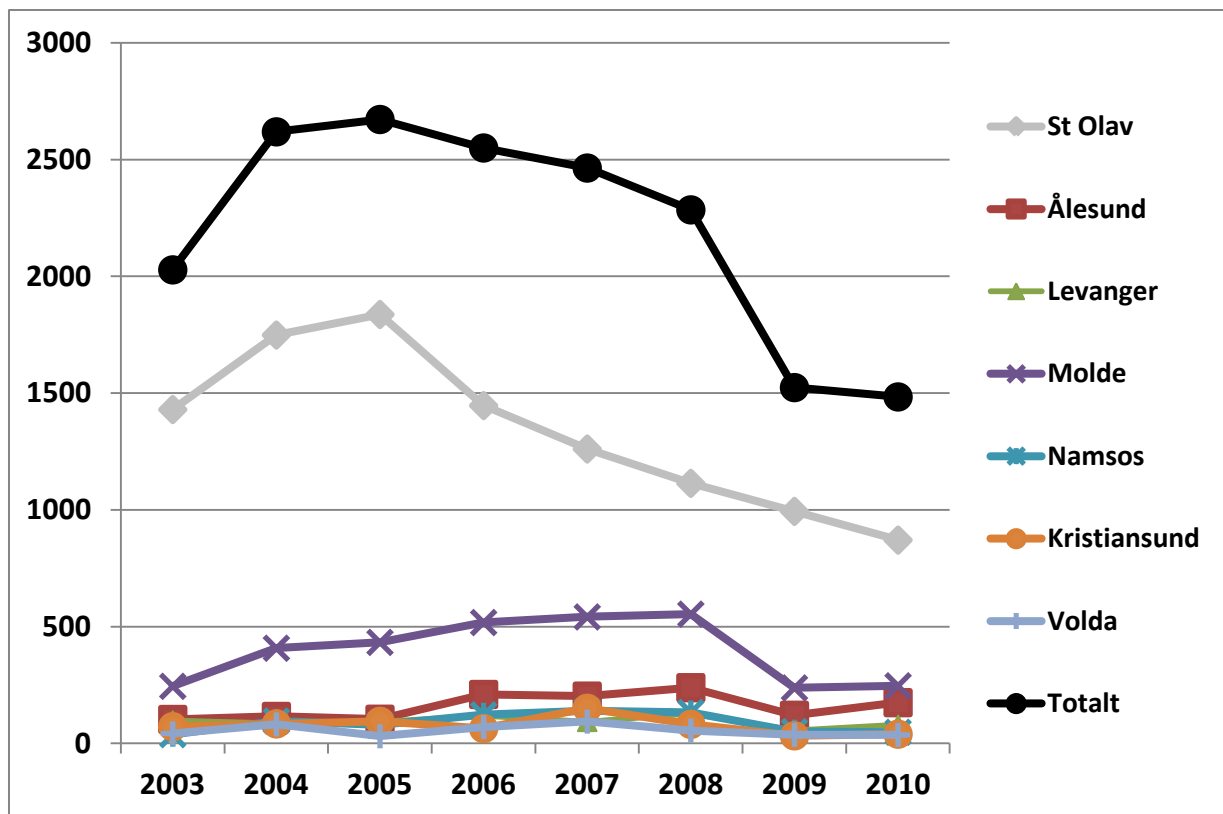
Figur 9. Antall cellegiftkurer gitt poliklinisk i Helse Midt-Norge, 2003-2009.

Kurene gis stort sett ved kreftpoliklinikkene, selv om noen kurer gis ved andre sengeposter og poliklinikker.

23.4 Poliklinisering

Tradisjonelt har en stor andel pasienter blitt behandlet inneliggende på sengepost. Det er variasjon i praksisen mellom sykehusene i regionen, men også store variasjoner innad på enkelte sykehus. Forsvarlig poliklinisering kan redusere behovet for sengeplasser og ressurser knyttet til dette. Utredning og behandling blir mer effektivt slik at disse prosessene tar en mindre del av pasientens tid.

Spesielt ved St. Olavs Hospital har det vært en omfattende poliklinisering. Poliklinisering av cellegiftbehandling og utredning forutsetter god kompetanse ved kreftpoliklinikkene. Poliklinisk drift er legekrevende, og omlegging til poliklinisk drift øker behovet for onkologer.



Figur 10. Antall cellegiftkurer gitt til inneliggende pasienter i Helse Midt-Norge, 2003-2009.

Erfaring og kompetanse innen behandling med kjemoterapi gir raske og trygge pasientforløp og sikrer lik behandling. I Ålesund ble kjemoterapi for pasienter med gynekologisk kreftsykdom flyttet fra gynekologisk avdeling til kreftpoliklinikken ved Kreftavdelingen. Evalueringen av ordningen har vært entydig positiv både fra pasienter til behandlere, og har medført mindre tid på sykehuset for pasientene og frigjøring av sengekapasitet ved den aktuelle sengeposten.

Pasientene bør få behandlingen så nært hjemmet som mulig og så tidsbesparende for pasienten som mulig. Fosen DMS er et eksempel på organisering i distriktet. Her er det etablert en ordning med at onkolog er til stede på behandlingsdager, og evaluering av enklere onkologisk behandling kan utføres.

I Ålesund er det etablert prosedyrer for blodtransfusjoner ambulant. Erfaringen er positiv.

23.5 Prioriteringer

Helse Midt-Norge skal tilby alle pasienter med kreftsykdom lik behandling, med utgangspunkt i nasjonale retningslinjer og regionale pasientforløp.

For pasienter som får palliativ behandling, skal behandlingen medføre så god livskvalitet som mulig, og behandling skal skje så nært pasienten som faglig forsvarlig.

Pasienter som behandles med kurativ intensjon skal ikke vente på behandling. Behandlingen skal være administrert av personell med spisskompetanse innen feltet.

23.6 Gruppens anbefalinger

Kjemoterapi og behandling med intravenøse biologiske legemidler skal gis ved kreftpoliklinikker.

For pasienter som kan kureres med kjemoterapi skal behandlingen være sentralisert til St. Olavs Hospital, dette gjelder pasienter med blant annet blodkreft, lymfomer og testikkelkreft.

St. Olavs Hospital kan etter avtale delegerer den praktiske gjennomføringen av kjemoterapi ved lymfomer og blodkreft til kreftpoliklinikker med hematolog eller onkolog.

Adjuvant kjemoterapi kan gis ved kreftpoliklinikker, administrert av spesialist i den aktuelle sykdommen (onkolog, hematolog, lungemedisiner, gynekolog, barnelege).

Palliativ kjemoterapi bør gis så nært pasientens hjem som mulig. Oppstart, responseevaluering og seponering bør gjøres av spesialist innen den aktuelle sykdommen (onkolog, hematolog, lungemedisiner, gynekolog, barnelege).

Cytodose og prosedyrer relatert til kjemoterapi og biologiske legemidler må i størst mulig grad samkjøres.

Det må utvikles regionale pasientforløp og prioriteringer for medikamentell kreftbehandling.

Man bør vurdere å sentralisere poliklinisk cytostatika ved sykehusene til én enhet per sykehus.

24. Forskning

Utvikling innen dagens medisin generelt, og innen kreftbehandling spesielt, er basert på at nye behandlingsmetoder raskt blir tilgjengelige for pasientene. Spesialisthelsetjenesten har et ansvar for å bidra til at kunnskapsgrunnet utvikles og anvendes i klinisk praksis.

Forskningsfokus på RHF- og HF-nivå bør være klinisk pasientnær forskning, hvor resultatene kan anvendes direkte inn i klinisk praksis. Forholdene i Norge generelt og Helse Midt-Norge spesielt ligger godt til rette for å bidra til å ta initiativ til «translasjonell» eller multidisiplinær forskning. Dette bør kunne skje mellom de forskjellige spesialitetene innen MDT, sammen med basalforskere ved Det medisinske fakultet, NTNU.

Det er et ansvar, og en forventning om, at spesialisthelsetjenesten tar initiativ til forskerinitierte studier som gir svar på relevante spørsmål identifisert i klinisk praksis, og at man deltar i regionale, nasjonale og internasjonale multisenterstudier.

Hovedansvaret for å bidra til dette skal ligge hos St. Olavs Hospital, universitetsklinikken, i samarbeid med Det medisinske fakultet, NTNU. Det er imidlertid også pålagt alle HF å bidra til forskning. Dagens kliniske kreftforskning bør ta utgangspunkt i forskningsgrupper med en "kritisk masse" personer, kompetanse og infrastruktur. Det er en forutsetning at St. Olavs Hospital, universitetsklinikken tar initiativ til, og inkluderer, de andre HF-ene i planleggingen, gjennomføringen og analysen av kliniske studier.

Innen flere fagområder kan det være hensiktsmessig og nødvendig etablere samarbeid internasjonalt. Norges forskningsråd (NFR) oppfordrer til at man i større grad søker om å delta i, og ta initiativ til, EU-finansierte prosjekter.

To grunnleggende forutsetninger for klinisk forskning er tid og kompetanse. Det bør settes av tid til forskningsaktivitet i den kliniske hverdagen. For klinikere med forskningskompetanse (PhD-nivå eller høyere) bør det settes av "kjernetid" til forskning, og denne typen aktiviteter bør så langt som mulig legges inn i tjenesteplanen. Man bør legge forholdene til rette for forskerutdanning på PhD-nivå som en integrert del av spesialistutdanningen ved St. Olavs Hospital, universitetsklinikken, samt for andre relevante faggrupper.

Den andre forutsetningen er at det er mulig å inkludere (gi pasientene mulighet til å delta) i kliniske studier. Derfor må det settes av ressurser til forskningsmedarbeidere på klinikknivå, både ved St. Olavs Hospital og ved andre HF som vil delta i kliniske studier.

24.1 Gruppens anbefalinger

Forholdene må legges til rette for å kunne delta i kliniker-initierte studier ved at infrastrukturen styrkes på klinikknivå med studiesykepleiere og annet kompetent personell.

For klinikere bør det settes av tid og ressurser til å:

- Planlegge og søke om forskningsprosjekter på PhD nivå.
- Integrere post doc. stillinger i 50-100 % som en integrert del av den kliniske driften.
- Planlegge og søke om større prosjekter nasjonalt (nasjonale satsninger) og internasjonalt (EU-initierte utlysninger og midler fra andre internasjonale forskingsfond).

- Det bør arbeides med et holdningsskapende arbeid slik at alt personell ved de ulike HF i regionen vil kunne bidra til å utføre klinisk forskning.

25. Utdanning og fagutvikling

25.1 Bakgrunn

Siden kreftbehandling er sammensatt og alle pasientforløp er «tuftet» på det MDT, er man til enhver tid avhengig av at det på RHF-, HF- og kommunenivå er tilgjengelig personell med den rette kompetansen. For leger er innholdet i spesialistutdannelsen basert på nasjonale føringer, mens tilgang til nok leger med spesialistkompetanse er det til enhver tid pålagt RHF/HF å bidra til.

Innen flere områder har man identifisert «flaskehals» for å kunne utrede, behandle og følge opp pasienter innen gitte tidsrammer og med høy nok faglig kvalitet. Kompetent personell med spesialkompetanse (innen kreft) spesielt innen bildediagnostikk og patologi er hovedområder hvor man nasjonalt og regionalt har store utfordringer med å rekruttere nok spesialister i dag.

Innen onkologi har man også et behov for å øke utdannelsen av spesialister, det samme gjelder innen urologi, gynekologisk onkologi og andre spesialiteter. NFGO (Norsk forum for gynekologisk onkologi) har i lengre tid arbeidet for å få gynekologisk onkologi godkjent som egen subspecialitet, som et ledd i å styrke kompetansen og øke rekrutteringen til faget.

Mye av kreftomsorgen har blitt og vil bli enda mer spesialisert samtidig som man har behov for generell kompetanse på mindre sykehus og i kommunehelsetjenesten. Man har behov for sykepleiere med smal spesialkompetanse på universitetsklinikken, og sykepleiere med mindre spesialisert kompetanse på lokalsykehus og i kommunehelsetjenesten.

MDT skal samarbeide internt på sykehusene, mellom sykehus og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Et samarbeid bør være «tuftet» på kompetente enkeltpersoner med komplementær kompetanse og som kjenner hverandres styrker og svakheter.

25.2 Gruppens anbefalinger

- Det bør i nær framtid utredes et behov for antall spesialister innen kreftomsorgen på RHF-/HF-nivå.
- Man bør umiddelbart legge en plan for å utdanne nok leger innen bildediagnostikk og patologi.
- Man bør utvikle felles møtepunkter/-arenaer innen kreftbehandling, diagnostikk og oppfølging.
 - Det foreslås å etablere et regionalt multidisiplinært fagmøte en gang per år. Ansvaret legges hos Kreftklinikken, St. Olavs Hospital.

26. Kreftrehabilitering, Vardesenter og likemannsarbeid

26.1 Innledning

Helsedirektoratet definerer rehabilitering som "[t]idsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukernes egen innsats for å oppnå best mulig funksjon, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet". Rehabilitering er således et overordnet begrep som ikke bare handler om fysisk opptrening, men også om å gjenvinne sosiale og samfunnsmessige roller. For kreftpasienter handler således rehabilitering om å forebygge og redusere de fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle følgene av kreftsykdommen og behandlingen.

Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering for perioden 2008 til 2011 ble lansert i 2007. I dette dokumentet er kreftsykdom listet opp som en av sykdommene som vil ha et økt behov for rehabiliteringstilbud i fremtiden. I den nasjonale kreftstrategiplanen for 2006-2009, er kreftrehabilitering også pekt på som et viktig område for utvikling av nye krefttilbud.

26.2 Dagens organisering

Helse Midt-Norge har per dags dato avtale med to private aktører som tilbyr rehabilitering av kreftpasienter. Selli Rehabiliteringssenter AS har tilbud om rehabilitering etter bløtdelskirurgi, herunder kreft. Røros Rehabilitering har tilbud om arbeidsrettet kreftrehabilitering finansiert gjennom "raskere tilbake"-midler. Pasientene må være i yrkesfør alder og ha som mål å komme tilbake i arbeid. Pasientene kan henvises fra primærleger og sykehusavdelinger. Kreftpasienter som opplever sammensatte behov for rehabilitering og som ikke faller inn under disse gruppene, har i dag ikke tilbud om spesialisert rehabilitering. Montebellosenteret ved Lillehammer har landsdekkende informasjons- og kurstilbud til kreftpasienter.

26.3 utfordringer

Man vet i dag lite om hvor mange kreftpasienter som trenger rehabilitering, hvilken type rehabilitering pasientene har behov for, når i forløpet behovet er størst, hva som er optimal lengde på intervensjonen og hva innholdet skal bestå i. Dessuten er det uavklart om man bør tilby institusjonsopphold, poliklinisk intervensjon eller en kombinasjon. Hvordan man best selekterer pasienter er også uavklart.

Det er rimelig å anta at mange kreftpasienter klarer å komme tilbake til sin normale funksjon på egen hånd og/eller med hjelp fra familie og pårørende. De som ikke klarer dette bør imidlertid fanges opp og gis et tilbud. Tiltak som etableres for kreftpasienter med behov for rehabilitering bør i størst mulig grad være basert på resultater oppnådd i kliniske studier, og man bør ta høyde for at tiltak i ulike faser (behandlingsfase/senfase) ikke nødvendigvis har samme effekt. Det kan i dag virke som om informasjon om, eller vurdering av, rehabiliteringsbehov ikke er en del av pasientforløpet ved alle sykehusavdelinger. Konsekvensen av dette er at henvisning blir tilfeldig ut i fra den enkelte avdeling eller behandlers kunnskap om rehabiliteringstilbud. Den samme problemstillingen foreligger også i primærhelsetjenesten.

Konsekvensene av dette, kombinert med den begrensningen som ligger i finansiering etter "raskere tilbake"-midler for Røros Rehabilitering sin del, gjør at man får en skjevfordeling i den pasientpopulasjonen som får tilbud om rehabilitering. Dette er uheldig også for forskningen som er nødvendig for å avklare effekter av kreftrehabilitering.

26.4 Vardesenteret

Vardesenteret i Trondheim er under etablering av Kreftforeningen og St. Olavs Hospital. Senteret er planlagt ferdigstilt i 2012, men aktiviteter i midlertidige lokaler ble startet opp høsten 2011. Vardesenteret vil gi kreftrammede og pårørende et omsorgstilbud som møter dagens og fremtidens behov for helhetlig kreftomsorg, og være et supplement til tilbudet som kreftpasienter får i dag. Senteret vil fungere som arena og møteplass for kreftrammede, pårørende og helsefaglig personell med aktiviteter som fremmer livskvalitet, velvære og mestring. Kreftrammede skal kunne motta informasjon, støtte og veiledning, ta del i aktiviteter og møte likesinnede. Senteret vil være åpent for alle som er eller har vært berørt av kreft, samt deres pårørende.

I Vardesenteret ønsker St. Olavs Hospital å styrke faglig konseptutvikling, pasientnær forskning og rehabilitering. Dette innebærer også innovasjon og modellutvikling. I tråd med at St. Olavs Hospital er et universitetssykehus med en regional rolle i forskning, vil kliniske studier være en del av virksomheten ved senteret.

Vardesenterets fire hovedsatsningsområder er samtaler/kurs og grupper, fysisk aktivitet, kosthold/ernæring og rehabilitering/mestring. Senteret vil tilby kurs og grupper i tillegg til individuell rådgiving/samtale med ulike fagpersoner og likemenn. Vardesenteret vil forbedre det totale pasient- og pårørendetilbudet til alle voksne kreftpasienter og deres pårørende, og være en del av et komplett kreftsenter ved St. Olavs Hospital.

26.5. Kreftkoordinator

I Midt-Norge lever det i dag omtrent 28 000 kreftrammede mennesker. Å få en kreftdiagnose er tøft, og livet blir snudd på hodet; mye angst, frykt og utfordringer oppstår. Behovene for kreftpasientene og deres pårørende er variert, sammensatt og kan vare over lang tid.

For å avhjelpe dette har vi i Norge et omfattende tilbud av offentlige og likemannstjenester til mennesker i ulike stadier i livet. Dette gjelder også kreftrammede. Det er en utfordring for kreftpasienter å ha oversikt over alle tilbud og rettigheter.

I ny kommunal helse- og omsorgslov skal kommunene tilby koordinator til pasienter og pårørende, og dette gjelder også for kreftpasienter. Sammen med samhandlingsreformen vil dette bli et stort og viktig ansvar for kommunene. Noen kommuner har alt opprettet stillinger for koordinatorene og fått positive erfaringer. Koordinatorene kan ha ulike fagbakgrunner.

Kreftforeningen har bevilget 30 millioner kroner for å hjelpe kommunene med oppstarten av koordinatorstillingene. Dette for å bidra til å skape sammenheng og helhet – habilitering og rehabilitering – noe som øker tryggheten, nærheten og livskvaliteten. Kommunene må være innstilt på å overta økonomiansvaret for stillingene etter hvert.

26.6 Brukergruppen

Brukermedvirkning er lovpålagt og det offentlige har derfor ansvaret for at det fungerer. Brukermedvirkning på systemnivå vil si at en utnevnt brukerrepresentant opptrer for hele gruppen med felles diagnose. Det er 12 forskjellige kreftdiagnoser i Kreftforeningens pasientforeninger, så i tillegg til erfaringsbasert kunnskap må en innhente annen kunnskap. Brukermedvirkning skal bidra til best mulig diagnostisering, behandling og rehabilitering for pasientene, samt best mulig levekår og livskvalitet for pasienter og pårørende. Dette målet skal

brukerrepresentantene jobbe mot, gjennom å påvirke beslutningsprosesser i regionale helseforetak og helseforetak.

26.7 Likemannsarbeid

Likemannsarbeid er ingen profesjon, men et frivillig ulønnet arbeid som utføres som et tilbud til pasienter og pårørende. I de 12 pasientforeningene som er tilknyttet Kreftforeningen er likemannsarbeidet svært viktig for "å hjelpe hverandre med å ta livet tilbake".

Likemannstjenesten er kvalitetssikret ved at alle likemenn gjennomgår kvalitetskurs, ofte årlig, i sin egen pasientforening. De fleste pasientforeningene har likemenn som tilbyr:

- Besøktjeneste på sykehus - oppmuntrende besøk.
- Kontakttelefon - lytter og gir praktiske råd.
- Selvhjelpsgrupper og møter i lokalforeninger - finne ut av det sammen.
- Konfidensielle samtaler med likemenn.

Likemannstjenesten gir en nærhet mellom den med nyoppdaget kreftdiagnose og en som har levd med en kreftdiagnose, som ikke fagfolk kan erstatte.

26.7 Gruppens anbefalinger

Rett kreftrehabiliteringstilbud til rett tid krever antakelig stor differensiering, både med hensyn til oppstart, innhold og intensitet. Helse Midt-Norge bør derfor utføre forskningsbaserte studier som kan bidra til å sikre at pasientene får rett tilbud. Tilbudene bør rettes mot både seneffekter og langtidseffekter etter kreftbehandling.

De aller fleste bør få sine behov for rehabiliteringstilbud dekket i sin hjemkommune, ved at det enten er tilstrekkelig kompetanse i kommunen til å håndtere behovene selv, eller at kommunene innhenter veiledning fra spesialisthelsetjenesten. Ved mer komplekse behov, eller der kommunen ikke er i stand til å ivareta den enkeltes behov godt nok, bør det finnes spesialiserte tilbud som kan utrede og iverksette rehabiliteringstiltak og veilede kommunen videre. En slik modell vil bidra til at flest mulig får dekket sine behov nær hjemstedet, og at førstelinjetjenesten tilføres kompetanse etter hvert som behovene som melder seg.

Det bør legges til rette for forskning rundt effekter av kreftrehabilitering og man bør vurdere hvordan dette kan organiseres.

Vurdering av rehabiliteringsbehov bør inngå i alle pasientforløp for kreftpasienter ved sykehusavdelinger.

Finansiering av kreftrehabilitering bør skje uavhengig av "raskere tilbake"-midler for å kunne gi et tilbud til de med kreft som ikke er i yrkesfør alder eller som er uføretrygdet (over 50 % av de som får kreft, får det etter fylte 70 år).

27. Vedlegg

27.1 Nasjonal kreftplan 1999-2003

Nasjonal kreftplan bidro til en offentlig styrking av kreftområdet med i overkant av to milliarder kroner. Hovedmålet med kreftplanen var å redusere antall nye krefttilfeller gjennom en langsiktig strategi for forebygging, samt å bedre tilbudet innen diagnostikk og behandling. Kreftplanens viktigste tiltak omfattet:

- En bedret kapasitet innen stråleterapi.
- Kompetansebygging i spesialisthelsetjenestene, spesielt innen lindrende behandling, arvelig kreft og genterapi.
- Økning av nøkkelpersonell innen kreftomsorgen, herunder legespesialister, kreftsykepleiere, radiografer og stråleterapeuter.
- Utvidelse av mammografiprogrammet til et landsdekkende tilbud for alle kvinner mellom 50 og 69 år.

Nasjonal kreftplan ble evaluert våren 2004. Gjennomføringen av planen har i hovedtrekk skjedd i overensstemmelse med Stortingets intensjoner og bevilgninger. Tiltakene i planen er fra 2004 videreført og integrert i ordinær virksomhet og som ledd i en ny nasjonal kreftstrategi.

27.2 Nasjonal strategi for arbeid innenfor kreftomsorgen – Rapport 2004

I forslag til strategisk oppfølging av Nasjonal kreftplan 1999-2003 ble det utarbeidet over 200 forslag om tiltak rettet mot beslutningstakere, ledere og utøvere på alle nivå i sosial- og helsetjenesten. Kort oppsummert anbefalte arbeidsgruppen følgende:

- Videreføring av forebyggende tiltak, inkludert sunt kosthold, tiltak mot tobakk, strålevern og økt fysisk aktivitet.
- Økt kapasitet i behandlingstilbud.
- Bedring av kvaliteten i kreftomsorgen gjennom videreføring av kvalitetsregistre og økt forskningsinnsats, herunder bedre integrering av forskning i den kliniske virksomheten.
- Nasjonal standardisering av diagnostikk og behandling, herunder ordning for rask innføring av nye (kostbare) metoder med dokumentert effekt.
- Videreføre prosesser for funksjonsfordeling og regionalt samarbeid der dokumentert kunnskap viser at volum har betydning for kvalitet.
- Bedring av rehabiliteringstilbud etter kreftbehandling og for palliative pasienter.
- Stryking av utdanning, rekruttering og bemanning av flere helsepersonellgrupper.

27.3 Nasjonal strategi for kreftområdet 2006-2011

Denne strategien er oppfølgingen av Nasjonal kreftplan (1999-2003). Til grunn for arbeidet ligger "Nasjonal strategi for arbeid innen kreftomsorgen" (2004) og en landsomfattende høring som ble gjennomført høsten 2004.

Hovedformålet med kreftstrategien er å møte kreftutfordringen på en offensiv og helhetlig måte gjennom tilrettelegging for:

- Bedre kvalitet og kompetanse.

- Tilstrekkelig kapasitet og likeverdig tilgjengelighet.
- Hensiktsmessig organisering.
- Bedre samhandling i og mellom alle ledd på kreftområdet.

Kreftstrategien inneholder nasjonale målsettinger/styringssignaler, planlagte/igangsatte tiltak og tiltak som skal vurderes.

27.3.1. Forebyggende arbeid

Nasjonale måleasetninger/Styringssignaler

- Nye krefttilfeller skal forebygges gjennom tiltak rettet mot tobakksbruk, kosthold, strålevern, fysisk aktivitet og alkohol
- Det kreftforebyggende arbeidet skal bidra til å redusere sosiale ulikheter i helse

Planlagte/igangsatte tiltak:

- Nasjonal strategi mot sosial ulikhet i helse
- Nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet 2006–2010
- Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen – for perioden 2007–2011
- Departementenes handlingsplan for økt fysisk aktivitet 2005–2009
- System for varsling av høye UV-nivåer som når ut til hele befolkningen
- Opptrappingsplan for rusfeltet

Tiltak som det arbeides med:

- Vurdere tiltak mot radon i inneluft
- Vurdere ordninger for kvalitetsforbedring i solariebransjen

27.3.2 Nasjonale screeningprogrammer med mer

- Tilbudet om tidlig diagnostikk og oppfølging av arvelig disponerte risikogrupper videreføres
- Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft og mammografiprogrammet skal videreføres
- Departementet vil kontinuerlig vurdere behovet for eventuelle utvidelser av eksisterende screeningprogrammer og/eller nyetableringer. Vurderingene vil ta utgangspunkt i nasjonale erfaringer og prioriteringer, samt kriterier fastslått av WHO

Planlagte/igangsatte tiltak:

- Mammografiprogrammet skal evalueres

Tiltak som det arbeides med:

- Bedre arbeidsfordeling og samordning av aktivitet innen arvelig kreft
- Kunnskapsoppsummeringer, metodevurderinger og eventuelt igangsetting av forskning for å avklare effekten av systematisk brystscreening av yngre og eldre aldersgrupper enn den som inngår i mammografiprogrammet (50-69 år)

- Relevant oppfølging av mammografiscreening på bakgrunn av kunnskapsoppsummering/evalueringsresultater
- Vurdere et prøveprosjekt for utvidelse av mammografiscreening for kvinner mellom 45-49 år
- Kunnskapsoppsummeringer, metodevurderinger og eventuelt igangsetting av forskning for å avklare effekten av systematisk screening av andre kreftformer, for eksempel tykktarm-/endetarmskreft, prostatakreft, lungekreft, føflekkreft og eggstokkreft
- Vurdere endring i Kreftregisterforskriften som gjør all mammografi meldepliktig

27.3.3 Kreftpasienten, helsetjenesten og samfunnet

Nasjonale målsetninger/styringssignaler:

- Med et godt møte mellom kreftpasient og helsetjeneste legges et viktig grunnlag for kvalitet i kreftomsorgen
- Regelverket skal bidra til at godt samarbeid, kommunikasjon og kontinuitet i møtet mellom pasient og helsetjeneste etterleveres bedre, også i kreftomsorgen
- Det må legges til rette for bedre samhandling mellom tjenester og forvaltningsnivåer slik at tilbudet til kreftpasienten blir mest mulig helhetlig
- Det må legges til rette for et godt samarbeid med kreftpasientenes støttespillere, herunder pårørende og frivillig sektor
- Kreftpasientene må få bedre hjelp til kartlegging av sine ikke-medisinske behov, og informasjon om og hjelp til å ivareta sine rettigheter også på de ikke-medisinske områdene

Planlagte/igangsatte tiltak:

- Ny arbeids- og velferdsforvaltning (NAV-reformen) fra 01.07.2006
- Handlingsplan for å styrke spesialisthelsetjenester til eldre
- Stortingsmelding om framtidens omsorgstilbud

27.3.4 Diagnostikk

Nasjonale målsetninger/styringssignaler:

- Det må sikres tilstrekkelig kunnskap i kommunehelsetjenesten (særlig hos fastlegene/allmennlegene) til å kunne identifisere mistenkelige symptomer og følge opp disse på en adekvat måte
- Diagnostikk av potensiell kreftsykdom i spesialisthelsetjenesten skal skje innenfor forsvarlige tidsfrister, være hensiktsmessig organisert, ha høy kvalitet og være likeverdig tilgjengelig

Planlagte/igangsatte tiltak:

- Det skal fastsettes nasjonale handlingsprogrammer for kreftbehandling, herunder standarder for utredning og diagnostikk

Tiltak som det arbeides med:

- Tiltak for bedre logistikk og mer hensiktsmessig organisering av sykehusenes diagnostiske tilbud
- Tiltak for bedre kvalitetssikring av diagnosen

27.3.5 Behandling

Nasjonale målsetninger/styringssignaler:

- Behandling av kreftsykdom skal skje innenfor individuelt fastsatte og forsvarlige tidsfrister, være hensiktsmessig organisert, ha høy kvalitet og være likeverdig tilgjengelig
- Prosesser mot funksjonsfordeling og flerregionalt samarbeid skal fortsette, både innen kreftkirurgi og for andre områder der dokumentert kunnskap har påvist sammenheng mellom volum og kvalitet
- Strålebehandlingskapasiteten skal bygges ut som planlagt

Planlagte/igangsatte tiltak:

- Det skal fastsettes nasjonale handlingsprogrammer for kreftbehandling
- Kvalitetssikringsarbeidet til KVIST-gruppen skal videreføres og videreutvikles

Tiltak som det arbeides med:

- Vurdering av forholdet mellom behandlingsmodalitetene kirurgi, strålebehandling og medikamentell behandling, herunder konsekvenser for kapasitet og organisering

27.3.6 Alternativ behandling

Nasjonale målsetninger/styringssignaler:

- Alternativ behandling av kreftpasienter skal skje i tråd med gjeldende regelverk
- Det er behov for å styrke kunnskapsgrunnlaget om effekten av alternativ kreftbehandling, også i kombinasjon med annen, mer konvensjonell behandling
- Det må legges bedre til rette for at kreftpasienter og deres pårørende kan få tilgang til informasjon om alternative behandlingsformer og om disse har dokumentert effekt

Planlagte/igangsatte tiltak:

- Det er etablert et Nasjonalt forskningscenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM) ved Universitetet i Tromsø
- Det er etablert et kontaktforum mellom brukerorganisasjoner, alternative utøverorganisasjoner og helsemyndighetene
- Det skal etableres et Nasjonalt informasjonscenter om alternativ behandling (NIFAB) tilknyttet Universitetet i Tromsø og NAFKAM

27.3.7 Rehabilitering

Nasjonale målsetninger/styringssignaler:

- Rehabiliteringstilbudet skal styrkes, også for kreftpasienter
- Det må legges til rette for bedre samhandling mellom fagmiljøer, tjenester og forvaltningsnivåer

- Kunnskapsgrunnlaget om forebygging og behandling av senfølger etter kreftsykdom og/eller behandling må økes
- Helsetjenesten skal ha nødvendig fokus på kreftpasientens psykiske helse under hele behandlings- og rehabiliteringsforløpet

Planlagte/igangsatte tiltak:

- Det er i 2006 stilt krav til de regionale helseforetakene om å prioritere rehabilitering generelt
- Det skal utarbeides standarder for medisinsk rehabilitering etter ulike kreftsykdommer som en del av nasjonale handlingsprogrammer for kreftsykdommer
- Utvikle virksomheten ved Nasjonalt kompetansesenter for studier av langtidseffekter etter behandling av kreft ved Det Norske Radiumhospital (ble etablert i 2005)
- Gjennomføre Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2008

Tiltak som det arbeides med:

- Videreutvikling av tilbudet til kreftpasienter ved lærings- og mestringssentrene
- Nasjonal plan for rehabilitering
- Tiltak for bedre samhandling, for eksempel etablering/videreutvikling av rehabiliteringsteam

27.3.8 Lindrende (palliativ) behandling

Nasjonale målsetninger/styringssignaler:

- Kompetansen om lindrende (palliativ) behandling av kreftpasienter må styrkes, også i kommunehelsetjenesten
- Det må legges til rette for bedre samarbeid og samhandling mellom tjenester og forvaltningsnivåer

Planlagte/igangsatte tiltak:

- Sosial- og helsedirektoratet er i 2006 bedt om å ta nødvendige initiativ for å styrke den tverrfaglige kompetansen i kommunehelsetjenesten når det gjelder smertebehandling og palliativ behandling, for eksempel gjennom utarbeidelse av faglige veiledere
- Det skal utarbeides standarder for medisinsk rehabilitering etter ulike kreftsykdommer som en del av Nasjonale handlingsprogrammer for kreftbehandling

Tiltak som det arbeides med:

- Tiltak for bedre samhandling, for eksempel etablering/videreutvikling av palliative team, koordinatorstillinger og ordninger for kompetanseoverføring

27.3.9. Personell – kapasitet og kompetanse

Nasjonale målsetninger/styringssignaler:

- Utvikling av gjeldende systemer for dimensjonering av, og innhold i, grunnutdanning, turnustjeneste, videreutdanning og etterutdanning skal bidra til å sikre tilstrekkelig kapasitet og adekvat kompetanse hos helsepersonell på alle nivåer i kreftomsorgen

Planlagte/igangsatte tiltak:

- Det er i 2006 stilt krav til de regionale helseforetakene om på generelt grunnlag å sørge for et kvantitativt riktig og kvalitativt godt tilbud i utdanning og kompetanseutvikling for helsepersonell som har helseregionene som praksisarena og/eller arbeidssted. Mer spesifikt er det stilt krav om å opprettholde og etablere et riktig antall utdanningsstillinger for leger under spesialisering. Situasjonen for kreftrelaterte spesialiteter som onkologi, patologi og radiologi skal vurderes særskilt
- Det er i 2006 stilt krav til de regionale helseforetakene om å planlegge videreutdanning av personellet for å møte nåværende og fremtidige utfordringer
- De regionale helseforetakene overtok i 2005 finansieringsansvaret for fem overlegestillinger innen barneonkologi som tidligere har vært finansiert av Kreftforeningen

Tiltak som det arbeides med:

- Gjennomgang av bemannings-, rekrutterings- og/eller kompetansesituasjonen for flere relevante personellgrupper, både i kommunenes helse- og sosialtjeneste og i spesialisthelsetjenesten

I oppfølgingen av kreftstrategien vil det være behov for en gjennomgang av bemannings-, rekrutterings- og/eller kompetansesituasjonen for flere relevante personellgrupper, både i kommunenes helse- og sosialtjeneste og i spesialisthelsetjenesten.

27.3.10 Kreftregisteret, nasjonale medisinske kvalitetsregistre og forskning

Nasjonale målsetninger/styringssignaler:

- Den faglige virksomheten ved Kreftregisteret skal videreføres
- Det skal etableres nasjonale medisinske kvalitetsregistre innenfor alle viktige medisinske fagområder, herunder for kreftområdet
- Kreftforskning skal fortsatt sikres gode rammevilkår gjennom etablerte finansieringssystemer for forskning

Planlagte/igangsatte tiltak:

- Sosial- og helsedirektoratet har fått i oppgave å være rådgivende instans og sikre nasjonal samordning av, og prioritering mellom, de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene, herunder kvalitetsregistre innenfor kreftområdet
- Det pågår en strategisk satsning på kreftforskning i regi av Norges forskningsråd

Tiltak som det arbeides med:

- Vurdere tiltak for å sikre bedre tilgjengeliggjøring og bruk av data fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre
- Forskning på utvalgte pasientgrupper (for eksempel eldre) og kreft, forebygging og behandling av senfølger, organisering av tjenestetilbudet til pasienter med kreft, komparative effektstudier av ulike behandlingsregimer med mer.

27.4 Samhandlingsreformen Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009)

Samhandlingsreformen har som målsetning å kanalisere fremtidig vekst i ressurser i helse- og omsorgssektoren til kommunene. Det skal lønne seg for kommunene å satse på forebygging, slik at folk i mindre grad trenger spesialisthelsetjenester. Kommunen må også være i stand til å gi pasientene etterbehandling, rehabilitering og annen oppfølging. Det skal lønne seg for sykehus og kommuner å spille på lag. Med kloke løsninger skal pasientene få rett behandling på rett sted til rett tid.

27.4.1 utfordringer

Hovedutfordringene er knyttet både til et pasientperspektiv og et samfunnsøkonomisk perspektiv. For å lykkes bygger stortingsmeldingen på at bedre samhandling bør være et av helse- og omsorgssektorens viktigste utviklingsområder fremover. Samhandlingstiltak skal ikke være enerådende, og mange pasienter vil primært være avhengige av at det leveres gode tjenester fra ett av tjenestestedene, for eksempel spesialisthelsetjenesten. Den sterke satsningen på bedre samhandling skal ikke fjerne oppmerksomheten fra kvalitets- og utviklingsarbeid som mer isolert er rettet inn mot det enkelte tjenestestedets ytelse.

27.4.1.1 utfordring 1: Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok – fragmenterte tjenester

Mange pasienter og brukere i helse- og omsorgstjenesten har behov for koordinerte tjenester i den forstand at tjenestene leveres fra ulike tjenestesteder og ofte også over en kortere eller lengre tidsperiode. Det er i dag få systemer som er rettet inn mot helheten i de tjenestene som skal svare på pasientenes behov for koordinerte tjenester. Derimot har vi mange systemer som er rettet inn mot de ulike deltjenestene, herunder oppdelinger i ulike organisatoriske enheter, separate rettighets-, finansierings- og IKT-systemer. I tillegg er det slik at det er ulik forståelse av hva som er målet for tjenesten. Store deler av spesialisthelsetjenesten er både i sin organisering og sin funksjon preget av at målet er medisinsk helbredelse.

Kommunehelsetjenesten har derimot et langt større fokus på pasientens funksjonsnivå og pasientens mestringsevne. For pasienten/brukeren er det en gjensidig avhengighet mellom de to målformuleringene. Forskjellen i målforståelse kan likevel bidra til samhandlingsproblemer, fordi det påvirker kommunikasjonen og hvilke problemstillinger som vektlegges. Selv om det gjennom de siste årene har vært jobbet med mange tiltak for å bedre helse- og omsorgstjenestens samhandling, er fremdeles tilbakemeldingene fra pasienter og brukere at samhandlingen ofte er dårlig og at kanskje dette er den største utfordringen som helse- og omsorgstjenesten står overfor. Dårlig koordinerte tjenester betyr også dårlig og lite effektiv ressursbruk.

27.4.1.2 Utfordring 2: Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom

Helsetjenesten har stort fokus på behandling av sykdommer og senkomplikasjoner, framfor tilbud innrettet på å mestre og redusere kronisk sykdomsutvikling. Når man kommer til de praktiske prioriteringssituasjonene viser det seg gjerne at forebygging og tidlig innsats blir tapere i kampen mot de mer spesialiserte og eksponerte tjenestene. Vi har i dag ikke gode nok systemer for analyse og beslutninger om hvordan ressursene bør settes inn i de ulike leddene i kjeden fra forebygging, diagnosearbeid, behandling og rehabilitering.

27.4.1.3 Utfordring 3: Demografisk utvikling og endring i sykdomsbilde gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne

Dette gir utfordringer som må møtes med dyptgripende og langsiktige tiltak. Det vil kreves både mer effektiv drift av helse- og omsorgssektoren i Norge og det politiske miljøet må være beredt på nye og mer krevende prioriteringsbeslutninger. Den demografiske og epidemiologiske utviklingen i Norge er i likhet med andre vesteuropeiske land i stor endring. Det blir flere eldre og flere med kroniske og sammensatte sykdomstilstander. Kols, diabetes, demens, kreft og psykiske lidelser er sykdommer som er i sterk vekst, og utgjør samtidig grupper med store og dermed økende samhandlingsbehov.

Endringene gir store utfordringer i forhold til å bevare og videreutvikle de sentrale velferdsordningene i Norge. Det kreves både vilje og mot til å etablere nye strukturer innenfor flere samfunnssektorer. Dette er bakgrunnen for at regjeringen nå gjennomfører både en pensjonsreform og en NAV-reform i tillegg til samhandlingsreformen. Disse reformene er nødvendige for å sikre at den norske solidaritetspolitikken og folketrygden er bærekraftige også for framtidige generasjoner.

Utviklingen av demografi og sykdomsbilde, med store forskyvninger fra yrkesaktive til ikkeyrkesaktive/behandlings- og pleietrengende, og derav økte behov for tjenester, gir tilsvarende store utfordringer for helse- og omsorgssektoren. Dersom ikke utfordringene møtes med tilstrekkelig vilje og evne til å utvikle nye løsninger, vil valget stå mellom to ikke ønskelige alternativer. Enten får vi en utvikling som blir en trussel mot samfunnets bæreevne, eller så blir det over tid nødvendig med prioriteringsbeslutninger som vil bryte med grunnleggende verdier i den norske velferdsmodellen.

27.4.2 Hovedgrep

27.4.2.1 Hovedgrep 1: Klarere pasientrolle

Et av utslagene av de oppsplittede systemene innenfor helse- og omsorgstjenesten er at også pasientenes medvirkning i stor grad er styrt inn mot de enkelte delene av tjenestene. Pasientmedvirkning på de ulike tjenestestedene, slik det for eksempel i de senere årene er utviklet gjennom brukerrådene i helseforetakene, vil bli opprettholdt og videreutviklet. Som et supplement til dette, og som en viktig del av arbeidet med pasientforløp, vil det sammen med pasientorganisasjonene og øvrige berørte aktører arbeides med hvordan pasientene og deres organisasjoner i større grad kan trekkes med i arbeidet med struktur- og systemtiltak som er rettet inn mot å utvikle bedre helhetlige pasientforløp. Gode helhetlige pasientforløp bør i større grad enn i dag bli en felles referanseramme for alle aktører i helse- og omsorgstjenesten. Forløpstenkingen har som formål å bidra til at alle systemer og tjenester rettes inn mot hjelp slik at den enkelte selv kan mestre sitt liv eller gjenopprette funksjoner/egenmestring i størst

mulig grad. Regjeringen vil etablere en lovpålagt plikt til å sørge for at pasienter med behov for koordinerte tjenester får én person som kontaktpunkt i tjenestene. Gitt de utfordringer som helsetjenesten står overfor, vil det bli en viktigere del av helsepolitikken å legge til rette for det ansvaret som befolkningen må ta for egen helse.

27.4.2.2 Hovedgrep 2: Ny framtidig kommunerolle

Kommunenes rolle i den samlede helse- og omsorgspolitikken vurderes endret slik at de i større grad enn i dag kan oppfylle ambisjonene om forebygging og innsats i sykdomsforløpene tidlige faser. Kommuner med større kompetanse for helse- og omsorgstjenesten gis også bedre forutsetninger for å svare på kravene fra pasienter med kroniske sykdommer. I samhandlingsreformen legges det til grunn at den forventede veksten i behov i en samlet helsetjeneste i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene. Kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON). Et sentralt poeng i meldingen er at kommunene kan se helse- og omsorgssektoren i sammenheng med de andre samfunnsområdene der de har ansvar og oppgaver. I utviklingsarbeidet må det være oppmerksomhet mot spekteret av ulike fagprofesjoner og at man evner å utvikle en samlet tjeneste som gjør bruk av faglige egenskaper og fortrinn hos den enkelte gruppe. En tilrettelegging av tjenestetilbudet som medfører at sykdomsutviklingen hindres, eller utsettes, er bra både for folks helse og for samfunnets økonomi. Behov bør identifiseres og tjenester settes inn så tidlig som mulig. Dette vil bidra til å forhindre sykdomsutvikling og øke den enkeltes mestringsevne. Dette er også viktig for å redusere omfanget av personer som helt eller delvis mister kontakten med arbeidslivet på varig basis som følge av helsemessige problemer, jamfør blant annet målsettingene med NAV-reformen. I denne stortingsmeldingen beskrives og drøftes aktuelle oppgaver som kommunene kan gis ansvar for. Dette er oppgaver som regjeringen vurderer å legge til kommunene. Regjeringen vil i sin vurdering legge vekt på i hvilken grad de aktuelle oppgavene kan løses mest effektivt på kommunalt nivå. Oppgavebeskrivelsen gis på et overordnet nivå i denne meldingen. Hvilke oppgaver, omfanget av disse og tidspunkt for iverksettelse vil regjeringen ta stilling til etter at stortingsmeldingen er behandlet av Stortinget.

Oppgavene vil måtte løses ut fra lokale forhold hvor nødvendig kompetanse er en av hovednøklene. Det legges opp til et forpliktende avtalesystem mellom kommuner/samarbeidende kommuner og helseforetak om blant annet oppgavefordeling og samarbeid. I det videre arbeidet vil det også vurderes nærmere hvordan myndighetene skal følge opp avtalesystemet.

27.4.2.3 Hovedgrep 3: Etablering av økonomiske insentiver

De økonomiske insentivene skal understøtte den ønskede oppgaveløsningen og gi grunnlag for gode pasienttilbud og kostnadseffektive løsninger. Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunalt økonomisk ansvar for utskrivningsklare pasienter er de viktigste virkemidlene på dette området. Kjernen i begrunnelsen er at kommunen også gjennom de økonomiske ordningene kan stimuleres til å vurdere om det kan oppnås bedre helseeffekter gjennom annen bruk av ressursene, herunder riktige bruk av sykehusene. Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten vil også innebære en endring av spesialisthelsetjenestens økonomiske rammebetingelser. Som en del av arbeidet med samhandlingsreformen er det foretatt en vurdering av innretningen av finansieringssystemet for spesialisthelsetjenesten med sikte på at dette skal understøtte målene i samhandlingsreformen.

Aktivitetsbasert finansiering bør fremdeles være en viktig del av finansieringen av spesialisthelsetjenesten, men særlig med bakgrunn i den vekt som framover skal legges på forbygging og tidlige intervensjoner, foreslås det at satsen for aktivitetsbasert finansiering i spesialisthelsetjenesten reduseres fra 40 til 30 %.

27.4.2.4 Hovedgrep 4: Spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse

Helsepolitikk dreier seg i stor grad om trygghet for befolkningen, både i den forstand at gode tjenester er tilgjengelige når de trengs, og at tilgjengeligheten gir befolkningen en trygghet i forhold til det offentlige tjenestetilbudet. At spesialisthelsetjenesten leverer kvalitativt gode tjenester, som tar opp i seg teknologi- og metodeutvikling som nasjonalt og internasjonalt skjer innenfor medisin og helsefag, er et viktig grunnlag for befolkningens trygghet. I samhandlingsreformen er det en ambisjon å styrke spesialisthelsetjenestens forutsetninger for å kunne levere gode spesialiserte helsetjenester til befolkningen. Dette kan primært skje på to måter. For det første vil en riktigere oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten legge til rette for at spesialisthelsetjenesten i større grad kan konsentrere seg om oppgaver der de har sitt fortrinn, de spesialiserte helsetjenestene. For det andre kan et sterkere søkelys på de helhetlige pasientforløpene legge bedre til rette for at pasienter med behov for spesialiserte tjenester finner fram til tjenestestedene som har den aktuelle kompetansen.

27.4.2.5 Hovedgrep 5: Tilrettelegge for tydeligere prioriteringer

Problemet med manglende helhet understrekes også ved at heller ikke myndighetene har et tilstrekkelig koordinert beslutningssystem for helse- og omsorgstjenestene. Med de utfordringene som følger av demografisk og epidemiologisk utvikling, må det tilstrebes at flere av de framtidige prioriteringsbeslutningene rettes inn mot helheten i de pasientforløpene som svarer på de aktuelle behovene. Det må unngås at prioriteringsbeslutningene knyttes til deltjenester av det samlede forløpet, med risiko for at disse er dårlig tilpasset hverandre. Etableringen av Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i 2007 representerer en viktig utvikling av de helhetlige prioriteringene. Som en oppfølging av dette skal Nasjonal helseplan videreutvikles til å bli et mer operativt redskap for prioriteringer innenfor den samlede helse- og omsorgstjenesten.

27.4.3 Andre strategiske tiltak

Regjeringen ønsker å supplere de fem hovedgrepene med tiltak på flere områder. Tiltak som vurderes er knyttet til utvikling av IKT-systemer, utvikling av en forsknings- og utdanningspolitikk og personalpolitikk som understøtter målene i samhandlingsreformen og samarbeid mellom helsemyndighetene og andre sektorer.

27.4.4 Kreftområdet i samhandlingsreformen

Kreftområdet er omtalt spesifikt i samhandlingsreformen. Det fokuseres på den forventede sterke økningen i antall krefttilfeller, og det faktum at mange vil leve lengre med sin kreftsykdom. Dette skyldes generelt flere krefttilfeller, bedre behandling og en eldre befolkning.

Palliative erfaringer fra Havstein sykehjem i Trondheim er spesifikt trukket frem som et godt eksempel på kommunal tverrfaglig omsorg av palliative pasienter. Palliative enheter skal betjene sitt definerte opptaksområde, og bør ha et befolkningsgrunnlag på minimum 10-15 000 innbyggere for å kunne drive behandling på et nivå over grunnleggende palliasjon.

En bør fokusere på forebygging. Tall fra WHO estimerer at 30 % av alle krefttilfeller kan forebygges eller utsettes med endringer i kosthold, fysisk aktivitet og røykevaner.

Det er et dokumentert behov for å styrke kompetansen i ernæring i primærhelsetjenesten, blant annet for kreftpasienter.