

# Styresak

---

Går til: Styremedlemmer  
Føretak: Helse Vest RHF  
Dato: 20.03.2014  
Sakhandsamar: **Hans K. Stenby**  
Saka gjeld: **Forslag til regional plan for diagnostikk og behandling av prostatakraft**

**Arkivsak**  
2010/498  
**Styresak 057/14**

**Styremøte 09.05. 2014**

---

## Forslag til vedtak

1. Styret legg forslag til regional plan for diagnostikk og behandling av prostatakraft til grunn for utvikling av tilbudet i helseføretaka.
2. Det blir etablert eit fagleg nettverk som skal arbeide vidare med felles protokollar og prosedyrar på tvers av føretaka, bidra til utvikling av prostatasentre og lage retningsliner for korleis sentra kan nyttast for å sikre gode tilbod til pasientar i heile regionen.
3. Helseføretaka må ha særleg merksemd mot rekruttering av naudsynte spesialistar og kapasitet på medisinske støttetenestar som radiologi (MR) og patologi.
4. Det blir etablert to prostatasentre i regionen – eit i Helse Bergen HF og eit i Helse Stavanger HF. Arbeidet med etablering startar i 2014 med sikte på full drift i løpet av 2015 ved begge. Det blir bedt om ein konkret plan for etablering av sentra frå dei to føretaka innan 01.07.14. Det blir deretter tatt stilling til fordeling av dei øyremerka midla til føremålet.

## Oppsummering

Ei arbeidsgruppe har utarbeidd forslag til ein regional plan for diagnostikk og behandling av prostatakraft. Grappa har vurdert behovet diagnostikk, behandling og rehabilitering i eit 5-års perspektiv, kva som er utfordringar og korleis tilbodet bør utviklast.

Prostatakraft er den hyppigaste kreftforma hos menn og vil auke kraftig når delen eldre i befolkninga aukar. Tilgang på spesialistar innan urologi, onkologi, patologi og radiologi samt kapasitet på MR og analyser innan patologi vil vere utfordrande.

Nasjonalt handlingsprogram må leggest til grunn for diagnostikk og behandling.

Noverande funksjonsfordeling med stråleterapi og kirurgisk behandling bør vidareførast.

Det blir anbefalt to prostatasentre i regionen, eit i Helse Bergen og eit i Helse Stavanger.

Prostatakraft er fortsatt eit fagområde kor der er fagleg usemje på fleire område. Det gjeld både effekt av tidlig diagnostikk og kva som er optimal behandling og tidspunkt for radikale inngrep.

Det er såleis naudsynt å vidareføre eit regionalt samarbeid for sikre at best mogelig kunnskap blir lagt til grunn for arbeidet i alle helseføretaka.

Det blir foreslått etablert eit regionalt nettverk for å utvikle felles protokollar/metodebøker og prosedyrar på tvers av føretaka, samt nærare retningsliner for kva oppgåver prostatasentra skal ha.

## Fakta

Helse Vest RHF blei i oppdragsdokumentet for 2010 bedt om å vidareføre arbeidet med å utarbeide/revidere planar for store pasientgrupper med dei hyppigaste kreftformene.

Dei kreftformene som blei valt var:

- brystkreft og
- prostatakraft

Regional plan for diagnostikk og behandling av brystkreft blei behandla av styret 6. mars 2013.

Arbeidet med regional plan for diagnostikk og behandling av prostatakraft har tatt noko lengre tid m.a. for å vente på arbeidet med nasjonalt handlingsprogram.

Utkast til plan ligg no føre. Utkastet er utarbeidd av ei arbeidsgruppe med representantar for helseføretaka og brukarutvalet.

Arbeidsgruppa blei bedt om å:

1. gi ein vurdering av behovet for diagnostikk, behandling og rehabilitering og korleis dette forventast å utvikle seg i eit 5-års perspektiv
2. gi råd om organisering av primærdiagnostikk fram til verifisert diagnose ligg føre eller mistanke om prostatakraft er avkrefta.
3. beskrive dagens tilbod når det gjeld langtids biverknadar etter kurativ behandling og gi råd i forhold til korleis dette tilbodet bør utviklast
4. gi råd i forhold til å møte dei spesielle behova som finnes hos menn med prostatakraft som ein ikkje kan bli frisk av, samanlikna med dei behov som finnes hos menneske med andre kreftsjukdommar som ein ikkje kan bli frisk av
5. gi ein vurdering av tilbodet i helseregionen bl.a. med særlig vekt på å identifisere viktige flaskehalsar, for eksempel kapasitet innanfor radiologi og laboratorienester, rehabiliteringskapasitet, tilgang på spesialister og eventuelt anna personell og kapasitet og kompetanse i kommunehelsetenesta

6. fremme forslag til korleis tilbodet kan betrast i regionen med bakgrunn i nasjonalt handlingsprogram, kunnskap om kva som er gode pasientforløp på dette området og korleis individuell plan kan nyttast.
7. vurdere om det er deler av tilbodet under punkta 1-6 over som (utanom stråleterapi) ikkje bør bli utført i alle dei fire helseføretaka.
8. gjere greie for særlege økonomiske konsekvensar av føreslåtte tiltak.

Arbeidet måtte bli basert på nasjonalt handlingsprogram for prostatakreft, utgitt av Helsedirektoratet.

Arbeidsgruppa sin rapport blei levert i des. 2013. Rapporten blei deretter sendt på høyring. Rapporten blir her lagt fram for styret til behandling.

## Kommentarar

### Arbeidsgruppa sine anbefalingar

Arbeidsgruppe har summert opp sine anbefalingar knytt til kvart punkt i mandatet:

1. Behov for diagnostikk, behandling og rehabilitering og korleis dette kan forventast å utvikle seg i et 5-års perspektiv.

Gruppa meiner at behovet for diagnostikk og behandling vil auke gjennom dei neste 5-10 år. Både auka tal eldre og auka krav om utredning og behandling frå pasientar og pårørande, samt nye behandlingsmetodar vil bidra til dette.

2. Råd om organisering av primærdiagnostikk fram til verifisert diagnose ligg føre eller mistanke om prostatakreft er avkrefta.

Gruppa meiner at det er mest hensiktsmessig at kvart helseføretak utarbeidar sin egen logistikkmodell for primærdiagnostikk basert på lover og forskrifter, nasjonalt handlingsprogram for prostatakreft og lokale forhold.

3. Dagens tilbod når det gjeld langtids biverknadar etter kurativ behandling og råd om korleis tilbodet bør utviklast

Gruppa meiner at langtids biverknadar i hovudsak må følgjast opp av behandlande avdeling, som må ha kompetanse på dette feltet. Særleg gjeld dette inkontinens. Haukeland universitetssjukehus (HUS) har oppretta eit behandlingsprogram for pasientar med behov for kirurgisk behandling av postprostatektomi inkontinens. Stavanger universitetssjukehus (SUS) har planer om det same. Postoperativ impotensproblematikk må også vere eit fokusområde i oppfølginga, men skal i større grad gå føre seg i alle føretak.

4. Råd i forhold til å møte dei spesielle behov som finnes hos menn med Prostatakreft som ein ikkje kan bli frisk av, sammenligna med dei behova som finnes hos menneske med andre kreftsjukdommar ein ikkje kan bli frisk av.

Gruppa meiner at dette ikkje er eit spesielt problem. På lik linje med andre palliative pasientar har også denne gruppa eit generelt behov for eit godt utbygd palliativt nettverk, kor alle helseføretak i samarbeid med kommunehelsetenesta gir eit så godt tilbod som mulig.

5. Vurdering av tilbodet i helseregionen bl.a. med særleg vekt på å identifisere viktige flaskehalsar, for eksempel kapasitet innanfor radiologi og laboratorietenester, rehabiliteringskapasitet, tilgang på spesialister og eventuelt anna personell, kapasitet og kompetanse i kommunehelsetenesta

Grappa meiner følgjande flaskehalsar ligg føre for å kunne oppfylle 5-10-20 dagars måla i kreftbehandlinga:

1. Tilgang på spesialistar innan urologi, onkologi, patologi og radiologi.
  2. Tilgang på MR- kapasitet.
  3. Tilgang på patologikapasitet.
6. Forslag til korleis tilbodet kan betrast i regionen med bakgrunn i nasjonalt handlingsprogram, kunnskap om kva som er gode pasientforløp på dette området og korleis individuell plan kan nyttast.

Grappa meiner at nasjonalt handlingsprogram må følgjast, men at dette må tilpassast lokale forhold. Grappa trur ikkje det kan gis generelle forordningar som skal gjelde alle. Grappa ser ikkje klart for seg behovet for individuell plan for størstedelen av denne pasientgruppa.

7. Er det deler av tilbodet som er omtala under punkta 1-6 over som (utanom stråleterapi) ikkje bør bli utført i alle dei fire helseføretaka.

Grappa sitt fleirtall meiner kirurgisk behandling av prostatakraft bør gå føre seg i Helse Bergen og Helse Stavanger, slik som tilfellet er pr. 2013. Helse Fonna ønskjer å kunne begynne med slik behandling på eit seinare tidspunkt dersom dei har tilstrekkeleg volum.

8. Gjere greie for særlege økonomiske konsekvensar av føreslåtte tiltak.

Styrking av tilbodet og raskare diagnostikk og behandling vil medføre betydelige økonomiske konsekvensar. Grappa har ikkje sett seg i stand til gjere ei nærare vurdering av dei økonomiske konsekvensane.

### **Prostatasenter**

I revidert budsjett for 2013 blei det sett av eigne midlar til oppretting av såkalla prostatasentre. Som oppfølging av dette blei det i tilleggsdokument til Oppdragsdokumentet for 2013 til Helse Vest RHF gitt 2 mill. kr. til dette føremålet.

Sidan arbeidsgruppa på det tidspunkt ikkje hadde levert rapporten blei dei også bedt om å ta stilling til prostatasentre. Følgjande spørsmål vart stilt til arbeidsgruppa:

1. Kva skal eit prostatasenter gjere i tillegg til og eventuelt også til erstatning for det som blir gjort lokalt i kvart føretak? Er det ei mindre pasientgruppe som har behov for den ekstra kompetansen som et slikt senter kan ha eller bør ein større del av pasientgruppa diagnostiserast i eit slikt senter for å sikre mest mulig riktig behandling og oppfølging lokalt i neste omgang?

Grappa meiner at eit slikt senter ikkje skal ta seg av alle som kan tenkast å ha prostatakraft. Senteret bør ha særlig fokus på pasientar med spesielle utfordringar som ung alder, mistanke om høgrisikosjukdom, genetisk disposisjon og ved diagnostiske utfordringar. Pasientar utan spesielle utfordringar skal utgreiast ved eige helseføretak.

2. Skal det i Helse Vest være eit slikt senter eller fleire senter, og korleis skal dette/desse byggast opp med kompetanse og utstyr?

Grappa meiner det bør opprettast 2 prostatasentre i Helse Vest ved HUS og SUS. HUS startar oppbygginga av sitt senter først. Sentra må arbeide saman om forskning og utvikling av fagfeltet. Dette må gjerast i samarbeid med dei andre helseføretaka i Helse Vest.

## Høyring

Rapporten frå arbeidsgruppa blei sendt på høyring til helseføretaka og brukarutvalet med frist 15.03.14.

Det blei særleg bedt om innspel på:

- i kva grad planutkastet svarar opp mandatet både når det gjelder status av dagens tilbod og utfordringsbilete
- i kva grad planutkastet gir gode rammer og føringar for utvikling av tilbodet i føretaka
- fordeling av funksjonar
- oppretting av prostatasentre

Det blir her kort gjort grei for høyringane.

### Helse Stavanger:

Helse Stavanger har ikkje spesielle kommentarar til dei to første punkta men synes rapporten gir ein grei status av dagens tilbod og utfordringsbilete.

Når det gjeld funksjonsfordeling og prostatasentre støttar Helse Stavanger rapporten. Det bør likevel leggest ein plan for når sentra skal etablerast.

### Helse Fonna:

Helse Fonna har i sin uttale lagt vekt på følgjande:

- pasientane må få eit likeverdig tilbod når det gjeld diagnostikk, behandling og oppfølging. Felles protokollar og prosedyrar bør bli utarbeidd og forløpa bør vere mest mogelig like
- utgreiing bør gå føre seg ved alle dei fire føretaka, som ved høve kan tilvise til eit regionalt senter med særleg vanskelege problemstillingar
- utdanning av spesialistar er viktig
- total prostatakstomi og strålebehandling bør fortsett gå føre seg ved universitetssjukehusa
- komplikasjonar etter kirurgi som krev ny avansert kirurgi bør sentraliserast til ein stad
- flaskehalsar og ressursbehov kunne vore meir konkretisert i rapporten

### Helse Bergen:

Helse Bergen oppfattar planen som balansert og gjennomarbeidd. Føljande blir understreka:

- Det er i behandlinga av alvorleg kreftsjukdom viktig å ha gode og balanserte multidisiplinære team både i utreiings-, avgjerds- og behandlingsfasen.
- Frå radiologisk ståstad blir det peika på at det må vere tilstrekkeleg kapasitet på MR og god kompetanse hos radiologane til å vurdere desse undersøkingane.
- Det er behov for auka utdanning av spesialistar i urologisk kirurgi, radiologi, patologi og onkologi.
- Det er viktig med forskning på alle felt innan dette fagområdet.

### Regionalt brukarutval:

Regionalt brukarutval sendte utkast til plan til Prostatakrefteforeningen i Stavanger og omegn (PROFO) for å få innspel. Brukarutvalet har valt å sende PROFO sin uttale som høyring frå brukarutvalet.

PROFO er rimeleg einige i hovudtrekka i planen men etterlyser meir spenst knytt til å utfordra det beståande systemet. PROFO meiner at det nasjonale handlingsprogrammet ikkje er godt nok. Det må søkast meir erfaring frå utlandet.

Det blir etterlyst betre diagnostikk og meir kapasitet – ikkje minst PET/CT.

PROFO støttar påpeiking av flaskehalsar i rapporten og meiner at det er naudsynt med større beviljingar og/eller bruk av private tenester.

PROFO er eining i at det må etablerast to prostatasentre.

Rehabilitering og kartlegging av biverknadar på lang sikt må bli betre. Etablering av Vardesentre kan vere gode bidrag.

Elles ønskjer ein meir forskning, og meir læring frå andre land og fagområde.

### **Fordeling av midlar til prostatasentre**

Helse Vest blei i 2013 i samband med revidert budsjett tildelt 2 mill. kr til etablering av prostatasentre. Midlane blei ikkje fordelt i 2013 sidan rapporten frå arbeidsgruppa ikkje låg føre.

I 2014 er Helse Vest tildelt 3,1 mill. kr til same føremål.

### **Konklusjon**

Prostatakreft er den hyppigaste kreftforma hos menn. Det er samstundes ei kreftform kor det er ein del fagleg usemje både i forhold til tidleg diagnostisering og kva som er den beste behandlinga.

Det er også slik at talet på pasientar som skal utgreiast er langt høgare enn dei som viser seg å ha kreft. Sjølv om pasienten har kreft kan det også vere aktuelt å vente med behandlinga, men ha pasienten til observasjon jamleg.

Det blir føreslått at forslag til regional plan for diagnostikk og behandling blir lagt til grunn for utvikling av tilbodet i helseføretaka. Det er samstundes behov for ei regional oppfølging for å utarbeide felles protokoll/metodebøker og prosedyrar med bakgrunn i planen og det nasjonale handlingsprogrammet.

Det bør etablerast ei regional nettverksgruppe til dette arbeidet.

Ein må her og ta omsyn til det komande arbeidet med pakkeforløp for dei ulike kreftformene som Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utvikle.

Det må også vere fokus på rekruttering av spesialistar innan urologi, onkologi, patologi og radiologi. Kapasitet på MR og patologiske analyser er også viktig som ledd i diagnostisering og oppfølging.

Når det gjeld biverknadar av prostaektomi i form av inkontinens må det i oppfølging av kirurgiplanen vurderast om kirurgisk behandling berre bør gå føre seg ein plass i regionen (Haukeland universitetssjukehus).

Når det gjeld prostatasentra kan det vere noko uklart kva funksjon desse skal ha. Det vil ikkje vere hensiktsmessig å tilvise alle pasientar med mistanke om prostatakreft til eit slikt senter. Arbeidsgruppa har foreslått at sentra har særleg fokus på pasientar med spesielle utfordringar som ung alder, mistanke om høgrisikosjukdom, genetisk disposisjon og ved diagnostiske utfordringar.

Ei nærare avklaring av kva som må gjerast i kvart helseføretak og kva tid eit prostatasenter må nyttast bør også leggast til nettverksgruppa. Det må lagast retningslinjer for dette som sikrar at pasientane får eit likeverdige tilbod i tråd med nasjonale krav til diagnostikk og behandling.

Det blir anbefalt at det i regionen blir etablert to prostatasentre, eit i Helse Bergen som i utgangspunktet dekker opptaksområda til Helse Førde og Helse Bergen, og eit i Helse Stavanger som dekker opptaksområda til Helse Fonna og Helse Stavanger.

Det blir tilrådd at dei to helseføretaka lager ein plan for etablering av sentra og at dei øyremerka midla blir fordelt til desse to føretaka når det ligg før ein forpliktande plan.