

# RAPPORT

## REGIONAL PLAN FOR DIAGNOSTIKK OG BEHANDLING AV PROSTATAKREFT

HELSE VEST

Desember 2013

# INNHOOLD

Kapittel 1. Oppsummerte anbefalinger fra utvalget.....	3
Kapittel 2. Innledning .....	6
2.1. Mål og mandat .....	6
2.2. Tilleggsoppdrag til nedsatt prosjektgruppe .....	7
2.3. Kommentar fra prosjektgruppen: .....	8
Kapittel 3. Vurdering av behovet for diagnostikk, behandling og rehabilitering i et 5 års perspektiv.....	9
3.1. Epidemiologi og demografi .....	9
Kapittel 4. Beskrivelse av dagens behandlingstilbud .....	11
4.1. Utredning av prostatakraft.....	11
4.2. Behandling av prostatakraft.....	12
4.3. Behov for diagnostikk.....	13
4.3.1. Urologi.....	13
4.3.2. Onkologi .....	13
4.3.3. Radiologi/Nukleærmedisin.....	13
4.3.4. Patologi.....	15
Kapittel 5. Behandling .....	17
5.1. Radikal behandling .....	17
5.2. Palliativ behandling .....	18
5.3. Rehabilitering .....	19
Kapittel 6. Prostatasenter .....	20
Kapittel 7. Langtidsbivirkninger.....	24
7.1 Plan for forbedring av behandlingstilbudet i regionen .....	25
Kapittel 8. Vurdering av tilbudet i regionen og identifisering av flaskehalsar	26
8.1. Vurdering av tilbudet i regionen .....	26
VEDLEGG 1 - Eksempel på pasientforløp, hentet fra Danmark.....	27

# KAPITTEL 1. OPPSUMMERTE ANBEFALINGER FRA UTVALGET

Utvalget har valgt å oppsummere sine anbefalinger knyttet opp til hvert enkelt punkt i mandatet.

1. Vurder behovet for diagnostikk, behandling og rehabilitering og hvordan dette forventes å utvikle seg i et 5-års perspektiv.

***Gruppen anser at behovet for og diagnostikk og behandling vil øke gjennom de neste 5-10 år. Både økt antall eldre og økt krav om utredning og behandling fra pasienter og pårørende, samt nye behandlingsmetoder vil bidra til dette.***

2. Gi råd om organisering av primærdiagnostikk frem til verifisert diagnose foreligger eller mistanke om prostatakraft er avkreftet.

***Gruppen mener at det er mest hensiktsmessig at hvert helseforetak utarbeider sin egen logistikkmodell for primærdiagnostikk basert på lover og forskrifter, nasjonalt handlingsprogram for prostatakraft og lokale forhold.***

3. Beskrive dagens tilbud hva gjelder langtidsbivirkninger etter kurativ behandling og gi råd i forhold til hvordan dette tilbud bør utvikles

***Gruppen mener at langtidsbivirkninger i hovedsak må følges opp av behandlende avdeling, som må ha kompetanse på dette feltet. Særlig gjelder dette inkontinens. Haukeland universitetssykehus (HUS) har opprettet et behandlingsprogram for pasienter med behov for kirurgisk behandling av postprostatektomi inkontinens. Stavanger universitetssykehus (SUS) har planer om det samme. Postoperativ impotensproblematikk må også være et fokusområde i oppfølgingen, men skal i større grad foregå i alle foretak.***

4. Gi råd i forhold til å møte de spesielle behov man finner hos menn med uhelbredelig prostatakraft, sammenlignet med de behov man finner hos mennesker med andre uhelbredelige kreftsykdommer.

***Gruppen mener at dette ikke er et spesielt problem. På lik linje med andre palliative pasienter har også denne gruppen et generelt behov for et godt utbygget palliativt nettverk, hvor alle helseforetak i samarbeid med kommunehelsetjenesten gir et så godt tilbud som mulig.***

5. Gi en vurdering av tilbudet i helseregionen bl.a. med særlig vekt på å identifisere viktige flaskehals, for eksempel kapasitet innenfor radiologi og laboratorietjenester,

rehabiliteringskapasitet, tilgang på spesialister og eventuelt annet personell og kapasitet og kompetanse i kommunehelsetjenesten

**Gruppen mener følgende flaskehals er foreliggende for å kunne oppfylle 5-10-20 dagers målsettingen i kreftbehandlingen:**

- 1. Tilgang på spesialister innen urologi, onkologi, patologi og radiologi.**
- 2. Tilgang på MR- kapasitet.**
- 3. Tilgang på patologikapasitet.**

6. Fremme forslag til hvordan tilbudet kan forbedres i regionen med bakgrunn i nasjonalt handlingsprogram, kunnskap om hva som er gode pasientforløp på dette området og hvordan individuell plan kan nyttes.

**Gruppen mener at man må følge nasjonalt handlingsprogram, men at dette må tilpasses lokale forhold. Gruppen tror ikke det kan gis generelle forordninger som skal gjelde alle. Gruppen ser ikke klart for seg behovet for individuell plan for størstedelen av denne pasientgruppen**

7. Vurdere om det er deler av tilbudet beskrevet under punktene 1-6 over som (utenom stråleterapi) ikke bør bli utført i alle fire HF.

**Gruppens flertall mener kirurgisk behandling av prostatakraft bør foregå i Helse Bergen og Helse Stavanger, slik som tilfellet er i pr 2013. Helse Fonna ønsker å kunne begynne med slik behandling på et senere tidspunkt hvis tilstrekkelig volum.**

8. Redegjøre for særlige økonomiske konsekvenser av foreslåtte tiltak.

**Gruppen er satt sammen uten personer med økonomi- og budsjettkompetanse, og ser seg dermed ikke kompetente til å uttale seg om dette. Gruppen er imidlertid klar over at dersom de foreslåtte tiltak for å sikre en raskere diagnostikk og behandling gjennomføres, så vil dette medføre betydelige økonomiske konsekvenser.**

## Prostatasenter

1. Hva skal et prostatasenter gjøre i tillegg til og eventuelt også til erstatning for det som gjøres lokalt i hvert foretak? Et det en mindre pasientgruppe som har behov for den ekstra kompetanse som et slikt senter kan ha eller bør en større del av pasientgruppen diagnostiseres i et slikt senter for å sikre mest mulig riktig behandling og oppfølging lokalt i neste omgang?

***Gruppen mener at et slikt senter ikke skal ta seg av alle som kan tenkes å ha prostatakreft. Senteret bør ha særlig fokus på pasienter med spesielle utfordringer som ung alder, mistanke om høyriskosykdom, genetisk disposisjon og ved diagnostiske utfordringer. Pasienter uten spesielle utfordringer skal utredes ved eget helseforetak.***

2. Skal det i Helse Vest være ett slikt senter eller flere og hvordan skal dette/disse bygges opp med kompetanse og utstyr?

***Det opprettes 2 prostatasentre i Helse Vest ved HUS og SUS. HUS starter oppbyggingen av sitt senter først. Sentrene må arbeide sammen om forskning og utvikling av fagfeltet. Dette må gjøres i samarbeid med de andre helseforetakene i Helse Vest.***

# KAPITTEL 2. INNLEDNING

## 2.1. Mål og mandat

### 1. Mål:

Helse Vest RHF har et overordnet ansvar for å sørge for at befolkningen i Helseregion Vest tilbys spesialisthelsetjenester i og utenfor institusjon.

Helse Vest RHF er i oppdragsdokumentet for 2010 bedt om å videreføre arbeidet med å utarbeide/revidere planer for store pasientgrupper med de hyppigste kreftformene.

Helse Vest har i første omgang valgt ut to kreftformer:

- Brystkreft
- Prostatakreft

Begge kreftformene er omhandlet i Regional kreftplan 2005-2010, vedtatt av styret i Helse Vest RHF 15. mars 2005. I oppdragsdokumentet for 2010 er det gitt følgende føringer for planarbeidet:

- Planene skal utvikles i et forløpsperspektiv og omfatte kommunehelsetjenesten og ulike nivå av sykehusbehandling der det er relevant
- Planene skal identifisere viktige flaskehals, for eksempel kapasitet innenfor radiologi og laboratorietjenester, rehabiliteringskapasitet, tilgang på spesialister og eventuelt annet personell og kapasitet og kompetanse i kommunehelsetjenesten
- Relevante faglige retningslinjer/handlingsprogram for ulike krefttyper og rapporter fra forløpsgruppene som ble etablert i forbindelse med samhandlingsprosjektet skal legges til grunn for arbeide
- Individuell plan er et viktig hjelpemiddel

Det utarbeides egne planer for disse to kreftformene. Planarbeidet må bygge på den regionale kreftplanen og de føringene som er gitt i oppdragsdokument og referert ovenfor.

Til grunn for arbeidet må det ellers ligge en vurdering av behovet for tjenester i regionen og hvilken utforming, tiltak og løsninger som er mest tjenelige.

### 2. Mandat:

Det nedsettes en arbeidsgruppe med representanter for helseforetakene, brukerutvalget og de ansattes organisasjoner.

Arbeidsgruppen skal:

1. Gi en vurdering av behovet for diagnostikk, behandling og rehabilitering og hvordan dette forventes å utvikle seg i et 5-års perspektiv
2. Gi råd om organisering av primærdiagnostikk frem til verifisert diagnose foreligger eller mistanke om prostatakreft er avkreftet.

3. Beskrive dagens tilbud hva gjelder langtidsbivirkninger etter kurativ behandling og gi råd i forhold til hvordan dette tilbud bør utvikles
4. Gi råd i forhold til å møte de spesielle behov man finner hos menn med uhelbredelig prostatakreft, sammenlignet med de behov man finner hos mennesker med andre uhelbredelige kreftsykdommer
5. Gi en vurdering av tilbudet i helseregionen bl.a. med **særlig** vekt på å identifisere viktige flaskehals, for eksempel kapasitet innenfor radiologi og laboratorietjenester(patologi), rehabiliteringskapasitet, tilgang på spesialister og eventuelt annet personell og kapasitet og kompetanse i kommunehelsetjenesten
6. Fremme forslag til hvordan tilbudet kan forbedres i regionen med bakgrunn i nasjonalt handlingsprogram, kunnskap om hva som er gode pasientforløp på dette området og hvordan individuell plan kan nyttes.
7. Vurdere om det er deler av tilbudet beskrevet under punktene 1-6 over som (utenom stråleterapi) ikke bør bli utført i alle fire HF.
8. Redegjøre for særlige økonomiske konsekvenser av foreslåtte tiltak.

## 2.2. Tilleggsoppdrag til nedsatt prosjektgruppe

I revidert budsjett for 2013 ble det bl.a. avsatt egne midler til opprettelse av prostatasentre. I et tilleggsdokument til Oppdragsdokumentet for 2013, datert 28.06.13, tildeles Helse Sør-Øst 4 mill. kr og de tre andre RHF' ene 2 mill. kr hver.

Helse Vest har altså fått 2 mill. kr til formålet i 2013.

Departementet skriver følgende om formålet:

Prostatakreft skiller seg fra mange andre kreftformer ved at ikke alle pasienter har behov for umiddelbar behandling og er på flere måter en særlig utfordring innen diagnostikk og valg av behandling. Prostatasentre vil kunne gi pasienter med symptomer på prostatakreft en rask avklaring av diagnose og god informasjon om videre oppfølging og behandling.

I Helse Vest diagnostiser og behandler alle de fire helseforetakene (de fire hovedsykehusene) i dag prostatakreft. Radikal prostataektomi gjøres i Bergen og Stavanger.

Saken reiser to hovedspørsmål:

Hva skal et prostatasenter gjøre i tillegg til og eventuelt også til erstatning for det som gjøres lokalt i hvert foretak? Et det en mindre pasientgruppe som har behov for den ekstra kompetanse som et slikt senter kan ha eller bør en større del av pasientgruppen diagnostiseres i et slikt senter for å sikre mest mulig riktig behandling og oppfølging lokalt i neste omgang?

Skal det i Helse Vest være ett slikt senter eller flere og hvordan skal dette/disse bygges opp med kompetanse og utstyr?

Det bes om at prosjektgruppen også utreder prostatasenter/-sentre i Helseregion Vest med bakgrunn i de føringene som her er gitt.

Prosjektgruppen har hatt slik sammensetning:

- Christian Beisland, urolog, Helse Bergen- leder av gruppen
- Jon Egge, radiolog, Helse Fonna
- Guttorm Lysvold Jenssen, radiolog, Helse Bergen
- Ilker Tasdemir, urolog, Helse Stavanger
- Bjørnar Gilje, onkolog, Helse Stavanger
- Sven Inge Helle, onkolog, Helse Bergen
- Ståle Sund, patolog, Helse Førde
- Lisbet Sviland, patolog, Helse Bergen
- Eivind Skjerven, regionalt brukerutvalg
- Brit Pedersen, spesialrådgiver, Helse Bergen, sekretær

### **2.3. Kommentar fra prosjektgruppen:**

Prosjektgruppen har utsatt ferdigstilling av rapporten på bakgrunn av at vi har avvventet nytt nasjonalt handlingsprogram for prostatakraft, dette ble ferdigstilt i oktober 2012. Dette fordi vi har sett det som viktig at vår innstillingen følger de retningslinjer som handlingsprogrammet legger opp til.

I tillegg har det parallelt vært et regionalt planarbeid for kirurgi. Dette har også hatt implikasjoner for gruppens arbeid. Til sist er det høsten 2013 kommet en tilleggsbestilling fra Helse Vest omkring etablering av prostatasenter/re i regionen.

Gruppen har ikke utarbeidet særskilte pasientforløp da dette er beskrevet i nasjonalt handlingsprogram. Tilpasninger må tilpasses lokale forhold og dermed gjøres innenfor de enkelte helseforetak. I vedlegg 1 skisseres forslag til et slikt hentet fra Danmark, dette eksempelet vil i stor grad gjelde for universitetssykehusene.



## KAPITTEL 3. VURDERING AV BEHOVET FOR DIAGNOSTIKK, BEHANDLING OG REHABILITERING I ET 5 ÅRS PERSPEKTIV

De viktigste faktorene for å kunne gi en vurdering av behov for diagnostikk, behandling og rehabilitering er epidemiologi og demografi.

### 3.1. Epidemiologi og demografi

Kreft i prostata er den kreftsykdommen som hyppigst rammer menn i Norge med nærmere 5000 nye tilfeller i 2011. Vel 90 % får sykdommen etter fylte 60 år, noen svært få har oppstått hos menn under 45 år. 25 % av nye krefttilfeller er urologiske

Antall nyoppdagede tilfeller har økt kraftig de siste årene. Dette kan skyldes bedre muligheter til å oppdage sykdommen og innebærer ikke en reell økt forekomst av prostatakreft. Over 90 % av tilfellene oppdages etter fylte 60 år. Økningen i antall påviste kreft i prostata skyldes i all hovedsak introduksjonen av PSA-målinger ( Prostata Spesifikt Antigen) rundt 1990, og økende gjennomsnittlig levealder i befolkningen. En økning i den gjennomsnittlige levealder medfører derfor i seg selv at antall tilfeller øker.

#### Fakta- Prostatakreft

Nye tilfeller 2011:

- 4 978 menn

Dødsfall 2011:

- 1 052 menn

Trender:

Forekomst - menn:

- 1957-1961: 689 pr. år  
(26,6 pr. 100 000)
- 2007-2011: 4 491 pr. år  
(106,6 pr. 100 000)

5- års relativ overlevelse - menn:

- 1972-1976: 52,4 %
- 2007-2011: 89,5%

Kreftoverlevende - menn:

- Pr. 31.12.2001: 16 687
- Pr. 31.12.2011: 34 361

Akkumulert risiko for å utvikle prostatakreft fram til 75 års alder - 2007-2011:

- Menn: 13,2 %

(Kilde: Kreftregistret 2013)

Internasjonalt ligger Norge blant de land med høyest forekomst og dødelighet av kreft i prostata.

**Tabell 1. Befolkningsutvikling 2010-2025 etter fylke og alder<sup>1</sup>**

Fylke	2010		2015		2020		2025	
	I alt	70 +	I alt	70 +	I alt	70 +	I alt	70 +
Rogaland	427 947	37 299	460 883	41 551	491 841	49 712	522 931	58 949
Hordaland	477 175	49 179	504 896	53 118	530 181	62 902	555 959	78 776
Sogn og Fjordane	107 080	13 394	107 113	13 963	107 229	15 890	107 970	17 976
<b>Helse Vest</b>	<b>1 012 202</b>	<b>99 872</b>	<b>1 072 892</b>	<b>108 632</b>	<b>1 129 251</b>	<b>128 504</b>	<b>1 186 860</b>	<b>155 701</b>

### 10 års framskrivning

Det må antas at økende antall personer i alder 60+ vil få betydning for behov for utredning, diagnostikk og behandling av prostatakraft på grunn av at det er den eldre befolkning som får prostatakraft. Det er også flere pasienter som overlever sin kreftsykdom, dette medfører at det vil bli økt press på urologisk og onkologisk kapasitet.

Gruppen er usikker på hvordan man skal tallfeste behovet, men det er klart for gruppen at det vil komme en betydelig økning i arbeidsoppgavene. Dette vil medføre et økt behov for ressurser til de gjeldende fagfelt.

<sup>1</sup> Hentet fra Helse Vest, 2020

## KAPITTEL 4. BESKRIVELSE AV DAGENS BEHANDLINGSTILBUD

### 4.1. Utredning av prostatakreft

Utredning og diagnostikk av mistenkt prostatakreft skjer i dag ved alle helseforetakene i regionen. Det kan være ulik kodepraksis mellom helseforetakene, det er derfor mulige feilkilder i dette materialet. Vi har heller ikke data fra de private avtalespesialistene som f.eks. Uro- sør i Haugesund som tar en stor del av utredningen for Helse Fonna. Data som presenteres nedenfor er hentet fra NPR og er dermed de offisielle data som vi har tilgang til.

**Tabell 2. Antall episoder avslutta i 2012 med prostatakreft (C61) som hoved- eller bi-diagnose<sup>2</sup>**

Helseforetak	AntHdiag	AntBidiag	Totalt
Helse Bergen	4874	3472	8346
Helse Stavanger	2220	981	3201
Helse Fonna	454	251	705
Helse Førde	583	712	1295
Haraldsplass diakonale sykehus	228	223	451
<b>Totalt</b>	<b>8359</b>	<b>5639</b>	<b>13998</b>

Tabellen viser at det i Helse Vest regionen er minimum 8359 tilfeller hvor pasienter har vært til utredning eller behandling for sin prostatakreft. Hver pasient kan ha flere episoder.

Det skjer i tillegg diagnostikk ved flere private aktører f.eks. URO Sør i Haugesund, de hadde 189 pasienter i 2012 (jfr. årsrapport Prostataregister 2013).

<sup>2</sup> Episoden telles etter følgende regler:

Dersom C61 er hoveddiagnosen, telles episoden som 'AntHdiag'.

Dersom C61 ikke er registrert som hoveddiagnose, men en eller flere ganger som bi-diagnose telles episoden som 'AntBidiag'

Summen av disse to (AntHdiag + AntBidiag) er unike episoder med C61 som hoved- eller bi-diagnose.

## 4.2. Behandling av prostatakraft

I dette avsnittet presenteres antall pasienter som har fått enten operasjon eller strålebehandling. Antall pasienter som har fått annen behandling/oppfølging er ikke tatt med.

**Tabell 3. Kirurgiske inngrep. Antall pasienter med prostatakraft operert i 2012 – åpen kirurgi eller Davinci (robot)**

Helseforetak	Åpen kirurgi	DaVinci
Helse Bergen	1	142
Helse Stavanger	0	106
Helse Fonna	0	0
Helse Førde	15	0
Haraldsplass diakonale sykehus	0	0
<b>Totalt</b>	<b>16</b>	<b>248</b>

Tabell 3 viser antall opererte pasienter som har gjennomgått en radikal prostatektomi. Helse Stavanger har ikke hatt kapasitet til å operere alle pasientene, det har derfor vært pasienter som har blitt operert andre steder. Gruppen har ikke tilgang til data som viser hvor mange pasienter dette dreier seg om. Helse Førde sluttet å operere radikal prostatektomi i 2012, slik at det i 2013 kun har vært utført operasjoner ved HUS og SUS.

### Strålebehandling

#### SUS- tall<sup>3</sup>

I 2012 var det 88 pasienter som fikk kurativ eller salvage strålebehandling ( strålebehandling etter operasjon) ved SUS. Antallet med palliativ ble anslått til ca. 40 pasienter

#### HUS - Behandlingsserier:

År	Radikal behandling <sup>4</sup> (# fremmøter >= 23)	Palliativ behandling (andre)
2010	211	142
2011	316	143
2012	339	153

<sup>3</sup> Oppgitt av onkologisk medlem av gruppen fra SUS.

<sup>4</sup> I disse tallene er det inkludert både pasienter som har stråling som eneste behandling og de som har fått stråling i kombinasjon med annen behandling

Tallen fra Bergen reflekterer at dette også inkluderer pasienter som ikke sokner til Helse Bergen/Helse Vest sitt opptaksområde.

### 4.3. Behov for diagnostikk

Utredningen av prostatakraft er i ferd med å bli mer og mer tverrfaglig, det er en rekke spesialiteter involvert i en slik utredning.

Når det gjelder 20 dagers fristen for utredning av prostatakraft kan ikke gruppen se at den er medisinsk begrunnet, men vi skal tilstrebe at pasienten skal vente kortest mulig for å kunne ta et informert valg og motta den rette behandling. Vi har sett på hvilke faggrupper som må styrkes med økte av ressurser for å få til et raskere pasientforløp.

#### 4.3.1. Urologi

Alle foretak som skal drive utredning av prostatakraft må ha en stabil og god/erfaren urologstab som kan ta ansvar for kreftforløpet.

Det vil være behov for flere urologer både som følge av økt forekomst, men og som følge av mere kompliserte utredningsalgoritmer. Det må antas at noen urologer på hvert sted utvikles med tanke på spesialkompetanse innen prostatakraft. Den foreslåtte nye spesialiststrukturen kan gjøre det enklere å sikre rekruttering til fagfeltet.

#### 4.3.2. Onkologi

Selv om onkologenes plass i diagnostikk av prostatakraft er begrenset, vil behovet for onkologer øke. Dette fordi valg av behandling i mye større grad enn hittil vil måtte tas etter tidlige diskusjoner i tverrfaglige team. Her er onkologene med deres kunnskap om strålebehandling en helt nødvendig samarbeidspartner.

#### 4.3.3. Radiologi/Nukleærmedisin

Det er radiologiske undersøkelser både ved diagnostikk ved lokalisert sykdom og ved mistanke om spredning.

##### **MR:**

Behovet for MR i 5-10 års perspektiv antas å være økende. Grovt sett kan man anta at **alle nye** pasienter med prostatakraft i alder hvor radikal behandling er aktuelt vil skulle ha en slik undersøkelse. Man må anta at dette vil gjelde alle pasienter til aktiv overvåking, radikal operasjon og strålebehandling. Dette anslås å utgjøre ca. 2/3 av alle nye prostatakraftpasienter (ca. 6-700).

Det nasjonale handlingsprogrammet for prostatakraft konkluderer med følgende punkter når det gjelder bruk av MR (mpMR – multiparametrisk MR)

- mpMR prostata undersøkelse bør gjøres på dedikerte avdelinger da tolkningen av funnene er vanskelig og avhengig av erfaring.
- mpMR prostata kan påvise cancer der PSA er forhøyet, men der biopsi er negativ
- mpMR prostata kan brukes i oppfølging av pasienter med lavrisiko cancer som er satt på aktiv overvåkning.
- mpMR synes å gi bedre preoperativ stadiet karakterisering av cancer med hensyn til lokalisering, størrelse og relasjon til ekstraprostatiske strukturer.
- mpMR kan brukes til å styre biopsien mot den mest suspekte lesjon
- mpMR kan brukes i utredning av pasienter der recidiv etter radikal behandling mistenkes

Uti fra ovenstående antas det at behovet for MR med all sannsynlighet vil øke når mer blir avklart om nytten av MR innen aktiv overvåkingsprotokoller, og i tilbakefallsutredning.

Deteksjonsundersøkelser vil, slik gruppen ser det, kunne (avhengig av felles maskiner og like protokoller) gjøres i alle foretak.

For pasienter som skal til radikal kirurgi vil «staging»- undersøkelser med spesialprotokoller vil det sannsynligvis i overskuelig fremtid være mest hensiktsmessig at disse gjøres ved opererende sykehus for å sikre samarbeidet mellom radiolog og kirurg. Dette i tråd med anbefalingene i handlingsprogrammet.

Slik gruppen ser det; bør MR prostata foreløpig være en undersøkelse som urolog/onkolog skal henvise til. Det bør også tilstrebes at MR undersøkelser skal foregå i offentlig regi og at det bygges ut tilstrekkelig MR kapasitet ved foretakene, da **MR i dag er en flaskehals ved alle helseforetakene.**

MR prostata bør ikke gjøres i privat regi da dette er undersøkelser som ofte må gjentas på sykehus og dermed generer dobbeltarbeid.

#### **PET:**

PET har i dag ingen avklart plass i utredningen ved prostatakraft, men det foregår stadig utprøving. Det nasjonale handlingsprogrammet anbefaler at bruk av PET fortrinnsvis bør foregå i kliniske studier.

P.t.er det FACBC-traceren som er mest lovende. PET vil være aktuelt der hvor det mistenkes spredning til f.eks. lymfeknuter.

Det nasjonale handlingsprogrammet for prostatakreft beskriver at PET ikke er ser ut til å være bedre enn MR i deteksjon og stadium bestemmelse ved primær diagnostikk. Foreløpig har PET sin hoved indikasjon ved mistanke om tilbakefall.

FACBC-PET gjøres foreløpig i Oslo. FACBC-traceren vil være tilgjengelig i Bergen fra januar 2014 (opplysninger fra PET-senteret i Bergen ved Dr. Martin Biermann (06.11.13)). Status for PET-senter i Stavanger er at det estimeres ferdigstilling ved utgangen av 2015<sup>5</sup>.

PET vil sannsynligvis få en økt relevans for diagnostikk, og en kan forvente økt etterspørsel og bruk de neste 10 år.

#### **Annen Radiologi/ Nukleærmedisin:**

Bruken av skjelettscintigrafi antas å øke innenfor onkologi som ledd i evalueringundersøkelser, innen urologi antar man at det vil holde seg på omtrent samme nivå som i dag. På sikt kan nok en del av disse undersøkelsene blitt erstattet av PET.

### **4.3.4. Patologi**

#### **Histologisk diagnostikk**

##### **Grovnålsbiopsier:**

Prostatabiopsier med mistanke om kreft er prioritert ved de fleste patologiavdelinger med en median svartid på ca. 6 virkedager. 90 % er besvart innen 15 virkedager. Viktigste årsak til forsinkelser er bruk av immunhistokjemi som kan forsinke besvarelsen med opp til 6 dager.

Det vil være mulig å oppnå at 90 % er besvart i løpet av 6 virkedager, men det vil kreve omorganisering og økt bemanning.

For å oppnå dette kan også "batching" være et problem. Dvs. at en bør fordele biopsiinngrep til i hvert fall 2 dager per uke slik at avd. for patologi får en jevnere fordeling. Dette vil være mer effektivt og krever færre resurser. Ujevn fordeling og uttak av prøver vil medføre større trykk på teknisk side og på immunhistokjemiske analyser.

For å si at 80 % skal ha begynt behandling innen 20 dagers frist så er dette en samlet verdi. For avd. for patologi må målet være at 90 % er besvart innen 5 dager. For tiden er 6 virkedager mer realistisk utfra fiksering, fremføring, videre undersøkelser og immunfarging som er gjort i ca. 50 % av tilfellene. En må ta forbehold med immunfarging som kan forsinke besvarelestiden utover 6 virkedager.

Prostatakreft er prioritert som andre vanlige kreftformer. Dvs. at all kreftdiagnostikk som inngår i 20 dagers regelen må forholde seg til de samme svartidsrammer. Ressurser må da tilføres på teknisk side for få prøvene raskest mulig gjennom laboratoriet og deretter må legebemanningen og sekretariatet styrkes. Det kreves detaljerte beskrivelse og målinger av

<sup>5</sup> Opplysning gikk av SUS sine representanter i gruppen.

hver prostata kreftprøve og dette tar legetid. Innføring av standardiserte maler og prøvesvar vil bidra til å redusere tidsbruk og mulig også sekretær behov.

### **Operasjonspreparater, radikal prostatectomi.**

Radikal prostatectomi utføres per i dag i Stavanger og Bergen. Disse er svært ressurskrevende, men her er det ikke behov for korte svartider og de fleste kan bli besvart innen 14 – 21 dager. Imidlertid vil en økning av radikale prostatektomier medføre behov for økt kapasitet da de er krevende preparater med mange tilleggsundersøkelser.

### **Konklusjon**

En generell målsetning om diagnostisering innen 6 virkedager for flertallet av grovnålsbiopsier fra prostata synes rimelig og burde være gjennomførlig forutsatt at patologiavdelingene har de nødvendige ressurser. Situasjonen viser seg i så måte å variere mellom de 4 patologiavdelingene i Helse Vest. Mens det vil være de samlede ressurser som er avgjørende for helhetsbildet – både patoloptjenester, laboratoriestab og sekretærtjenester – er det utvilsomt tilgangen på patoloptjenester som er mest sårbar.

Den patologisk-anatomiske diagnostikk vil derfor lett bli en flaskehals ved utredning av alle kategorier av pasienter, inkl. diagnostikk av prostatakreft. Det må igjen understrekes at patologisk anatomisk diagnostikk er arbeidsintensiv og forutsetter kontinuerlig tilstedeværelse av kompetente patologer. Det må dessuten passes på at krav om korte svartider ikke går på bekostning av den diagnostiske kvalitet. Vi ser ingen enkel vei ut av dette uføret, utover at Helse Vest ser sitt ansvar i å prioritere en tilstrekkelig patologdekning ved alle 4 avdelinger.



## KAPITTEL 5. BEHANDLING

Med hensyn til valg av behandlingsstrategier for ulike pasienter vises det til nasjonale føringer gitt i nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av prostatakraft (<http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/kreft/urologi/prostatakraft-nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-diagnostikk-behandling-og-oppf%C3%B8lging-av-prostatakraft>).

Som en kort oversikt kan behandlingsforløp bestå av følgende ulike deler. Disse kan benyttes alene, i kombinasjoner eller sekvensielt. Her nevnes noen behandlingsforløp med eksempler på hvordan pasientene kan behandles.

- Radikal behandling
  - Aktiv overvåking
  - Operasjon
  - Strålebehandling
  
- Palliativ behandling
  - Watchful Waiting
  - Hormonbehandling
  - Kjemoterapi
  - Palliasjon

### 5.1. Radikal behandling

Aktiv overvåking er et aktivt behandlingsvalg og fordrer bruk av klare og definerte protokoller for oppfølgingen. Dette bør skje i regi av en urologisk avdeling/seksjon, men bør selvfølgelig gjennomføres i samarbeid med fastlegen. Dette kan/bør foregå i alle helseforetakene. Antallet på aktiv overvåking bør økes.

Operasjon (radikal prostatektomi) er et inngrep med betydelig læringskurve. Tett samarbeid med radiologer for å avklare nervesparing/ vid eksisjon er nødvendig. Avdelinger bør ha et betydelig antall inngrep pr. år. Kirurgi bør benyttes på pasienter med høyere risiko, mens færre pasienter i lavrisikogrupperne bør tilbys dette. Disse bør i stedet tilbys aktiv overvåking, med mulighet for radikal behandling senere dersom sykdommen skulle utvikle seg.

P.t gjøres inngrepene ved SUS og HUS (se operasjonstall fra 2012), og begge disse har tilstrekkelig antall inngrep for å oppnå gode resultater. Etter flertallet i gruppen sin mening,

foreligger det ikke grunnlag for at inngrepet skal gjøres ved flere steder i regionen. Dette er også i tråd med hva helseministeren signaliserte ultimo november 2013, der han tar til ordet for ytterligere sentralisering av prostatakreftoperasjoner til færre sykehus.

<http://www.dagensmedisin.no/nyheter/helseministeren--for-mange-sykehus-opererer-prostatakraft/>

Helse Fonna ønsker fortsatt mulighet til å kunne operere prostatakraft forutsatt at det er stort nok volum, viser her til vedlegg til regional kirurgiplan 2013 hvor dette også kommer til kjenne.

Strålebehandling er også et radikal behandlingalternativ (se tall for strålebehandling 2012), og indikasjonene er gitt i nasjonalt handlingsprogram. Samarbeid mellom urologer og onkologer for å gi pasientene best mulig grunnlag for et informert valg av behandling blir bare mer og mer viktig. P.t gis radikal strålebehandling ved SUS og HUS, og etter gruppens mening foreligger det ikke grunnlag for at dette skal gjøres ved flere steder i regionen med dagens ressurstilgang<sup>6</sup>.

## 5.2. Palliativ behandling

Watchful Waiting er her definert under palliativ behandling. Dette skal bare benyttes for pasienter som ikke er kandidater for senere radikal behandling (f.eks. menn med forventet gjenstående levetid på mindre enn 10-15 år og, eller med så betydelig komorbiditet at radikal behandling uansett ikke aktuelt). Denne gruppe pasienter skal alle helseforetakene ta seg av.

Hormonbehandling gis som førstelinje behandling til alle pasienter med metastaserende sykdom. Dette gjelder både ved primært metastaserende sykdom og ved senere metastaser. Denne pasientgruppen skal også tas hånd ved alle helseforetak.

Kjemoterapi gis i dag ved hormonrefraktær sykdom, og etter klare retningslinjer (se nasjonalt handlingsprogram). Dette kan gis i alle helseforetak, gitt at man har onkologisk kompetanse til å takle bivirkninger/komplikasjoner. Gruppen anser at tilstrekkelig onkologisk kompetanse/onkologi bør finnes i alle foretak.

Palliasjon ved prostatakraft er et sammensatt kompleks. I mange tilfeller vil det dreie seg om smertebehandling ved skjelettmetastaser. Dette bør løses i alle helseforetak, men man må sikre at man har gode samarbeidsordninger med stråleenheter ved behov for palliativ strålebehandling. Alle helseforetak bør ha godt utbygde smerteteam som kan hjelpe til med å optimalisere smertebehandlingen for denne pasientgruppen, det må sikres tilstrekkelig kapasitet og sikres overføringsordninger mot kommunehelsetjenesten jfr. samhandlingsreformen.

Postrenal nyresvikt på grunn av ureterobstruksjoner vil hos mange prostatakraftpasienter gi behov for pyelostomi (PP) katetre. Dette bør gjøres i alle helseforetak og det må sikres

---

<sup>6</sup> I gruppens mandat er strålebehandling ikke tema.

tilstrekkelig kapasitet, det fordrer en tilstrekkelig intervensjonsradiologisk kompetanse i hvert foretak.

### **5.3. Rehabilitering**

Noen spesiell plan for rehabilitering virker ikke aktuelt for denne pasientgruppen. Pasienter som tilbys radikal behandling er i utgangspunktet så friske at de antas å kunne gjenoppta sitt tidligere virke ila 3-6 måneder etter avsluttet behandling.

## KAPITTEL 6. PROSTATASENTER

I revidert statsbudsjett for 2013 ble det bl.a. avsatt egne midler til opprettelse av prostatasentre. I et tilleggsdokument til Oppdragsdokumentet for 2013, datert 28.06.13, tildeles Helse Sør-Øst 4 mill. kr. og de tre andre RHF 'ene 2 mill. kr. hver. Helse Vest har altså fått 2 mill. kr til formålet i 2013. Bevilgningen er videreført i forslaget til statsbudsjett for 2014 med 3, 1 millioner til Helse Vest.

Departementet skriver følgende om formålet:

*«Prostatakreft skiller seg fra mange andre kreftformer ved at ikke alle pasienter har behov for umiddelbar behandling og er på flere måter en særlig utfordring innen diagnostikk og valg av behandling. Prostatasentre vil kunne gi pasienter med symptomer på prostatakreft en rask avklaring av diagnose og god informasjon om videre oppfølging og behandling»*

Saken reiser to hovedspørsmål:

- 1. Hva skal et prostatasenter gjøre i tillegg til og eventuelt også til erstatning for det som gjøres lokalt i hvert foretak? Et det en mindre pasientgruppe som har behov for den ekstra kompetanse som et slikt senter kan ha eller bør en større del av pasientgruppen diagnostiseres i et slikt senter for å sikre mest mulig riktig behandling og oppfølging lokalt i neste omgang?**

Pasientgruppen med symptomer eller tegn på prostatakreft er så stor at det ikke på noen måte vil være mulig eller ønskelig at et prostatasenter skal overta all diagnostikk i regionen. Alle foretakene vil måtte drive utredning av prostatakreft også i fremtiden. Spesielt må det fremheves at pasienter som av ulike grunner ikke er aktuelle for radikal behandling, bør ivaretas ved lokalt foretak.

Imidlertid må det fremheves at vi i Norge (og resten av den vestlige verden) har et tosidig problem med prostatakreft og behandling. Vi behandler for mange med lavrisiksykdom og for få med høyrisiksykdom. Dette er dokumentert gjennom flere publikasjoner. Et siktemål for et regionalt prostatasenter vil være å bidra til at denne skjevheten rettes opp.

Et slikt regionalt senter vil særlig kunne bidra med høy kompetanse i tilfeller hvor man ikke klarer å påvise kreft til tross for klinisk mistanke og negative undersøkelser/biopsier. Videre vil man ha mye å tilføre når det gjelder høyrisikopasienter som det definitivt bør foregå tverrfaglig samarbeid om. Det å ha samlokalisasjon mellom radiologer, urologer, onkologer og patologer vil for disse pasientene gi en betydelig gevinst både med hensyn til tidsaspektet for utredningen, men viktigst ved at de får mer kvalifisert rådgivning om valg av behandling.

Et slikt senter med både onkologer og urologer vil også kunne raskere og bedre gi pasienter med spesielle tilleggsfaktorer (f.eks. genetisk disposisjon for prostatakreft (BRCA2)) en høykompetent vurdering av behovet for utredning og behandling. Et slikt senter vil også være en god støttespiller dersom pasienten trenger en «second» opinion.

Noe som ikke kommer så tydelig frem i departementets uttalelse, er behovet for god diagnostikk når det foreligger mistanke om tilbakefall av sykdommen. Sekundær behandling (salvage behandling) med tanke på kurasjon etter operasjon eller strålebehandling, krever betydelig økt kompetanse i forhold til vurdering av primærbehandling. I disse tilfellene vil et tverrfaglig senter få en stor betydning.

Et senter bør også kunne spille en rolle i diskusjon om når palliativ tumorrettet behandling skal iverksettes og hvordan slik behandling skal foregå.

Et slikt senter vil også kunne ta en ledende rolle i forskning på sykdommen. Som det fremkommer i nasjonalt handlingsprogram for prostatakraft, er det mange elementer i utredningen og behandlingen, som anbefales å gjennomføres i kliniske studier. Et slikt senter vil lettere kunne tak i slike utfordringer.

Tilslutt skal og bør et slikt senter være et kompetansesenter for alle foretakene i regionen. Senteret bør drive kurs og opplæring og fremme samarbeid i hele regionen. Det anbefales at de som har hovedansvar for prostatapasienter i de ulike helseforetakene møtes jevnlig for å diskutere felles faglige problemstillinger.

Som en konklusjon; så skal ikke et slikt senter ta seg av alle som kan tenkes å ha prostatakraft. Det bør ha særlig fokus på pasienter med spesielle utfordringer som ung alder, mistanke om høyrisikosykdom, genetisk disposisjon og ved diagnostiske utfordringer.

## 2. Skal det i Helse Vest være ett slikt senter eller flere og hvordan skal dette/disse bygges opp med kompetanse og utstyr?

Det vil være et utbredt samarbeid med Radiologisk avdeling innen MR diagnostikk, Kreftavdelingen for Stråle og medikamentell kreftbehandling, Patologisk avdeling for å vurdere biopsisvarene og Nukleærmedisin for bruk av moderne nukleærmedisinske metoder (PET etc.). Dog vil det være urologene som er bindeleddet mellom alle disse avdelingene og som de aller fleste steder har totalansvaret for prostatakreftpasientene fra henvisning til terminal fase. Det vil derfor være naturlig at et slikt senter bør bygges opp rundt en urologisk avdeling.

Et slikt senter bør ha:

1. HR
  - a. Dedikerte leger av ulik spesialitet med betydelig kompetanse innen diagnostikk og behandling av prostatakreft.
    - i. Forskningskompetanse på doktorgradsnivå bør tilstrebes hos et betydelig antall av disse, for å kunne evaluere den stadige strømmen av ny viten og nye studier.
2. Spesialiteter
  - a. Urologi
  - b. Onkologi
  - c. Radiologi
  - d. Nukleærmedisin
  - e. Patologi
  - f. Medisinsk genetisk kompetanse
3. Andre personellgrupper
  - a. Uroterapeut
  - b. Kreftsykepleier
  - c. Fysioterapeut
  - d. Forskningsykepleier/ Assistent
4. Mulighet til å utøve alle standardiserte behandlingsopplegg for behandling av prostatakreft og senfølger
  - a. Operasjoner

- b. Strålebehandling
  - c. Aktiv overvåking
  - d. Kompetanse innen behandling av sekveler etter tidligere behandling
5. Vitenskapelig kompetanse til å kunne drive eller bidra i utprøvende behandling
6. Moderne tekniske fasiliteter
- a. Up-to-date Ultralydutstyr med mulighet for MR fusjonering av bilder
  - b. Mulighet for MR styrte biopsier
  - c. Moderne MR maskiner og software
  - d. PET – Scan (FACBC)

Gitt de beskrivelsene som gitt ovenfor er det naturlig å tenke seg to sentre i Helse Vest lokalisert til SUS og HUS for å bedre den tverrfaglige utredningen og behandlingen for pasienter med spesielle utfordringer.

Det må presiseres at pasienter uten spesielle utfordringer skal utredes ved eget foretak slik det er skissert tidligere i rapporten. Det forutsettes at dette skal være en styrking av tilbudet og ikke gå på bekostning av eksisterende tilbud.

Arbeidsgruppen anbefaler at det opprettes 2 prostatasentre i Helse Vest ved HUS og SUS. HUS starter oppbyggingen av sitt senter først. Det må sikres budsjettmessig dekning for begge sentrene. Sentrene må arbeide sammen om forskning og utvikling av fagfeltet. Dette må gjøres i samarbeid med de andre helseforetakene i Helse Vest.

## KAPITTEL 7. LANGTIDSBIVIRKNINGER

I mandatet er vi bedt om å si noe om hvilke problemer langtidsbivirkninger utgjør.

Her avgrenses området til bivirkninger av aktiv radikal behandling. Bivirkninger koblet til hormonbehandling og annen palliativ behandling forutsettes det at behandlende enhet tar hånd om selv.

De vanligste bivirkninger til radikal behandling er (frekvensangivelser hentet fra nasjonalt handlingsprogram):

1. Etter radikal operasjon:
  - a. Vedvarende alvorlig stressinkontinens (0-15 %)
  - b. Erekttil dysfunksjon (29-100 %).

Både korttids- og langtidsbivirkningene er redusert ved høyvolumsentre hvor det er kirurger som utfører mange slike operasjoner. Nervesparende kirurgi enten bilateralt eller unilateralt blir i dag benyttet ved lavrisiko og intermediær risikoprofil ved de fleste sentre. Dette har bedret resultatene når det gjelder erekttil dysfunksjon etter kirurgi. Bedre pre-operative billedundersøkelser og større forståelse for forløpet av den nevro-vaskulære bunt gjør at man kan utføre større grad av nervesparende kirurgi uten at dette går på bekostning av radikalitet.

De fleste sentre med kirurgi har i dag et program for å bedre langtidsbivirkninger så som bekkenbunnøvelser og systematisk opplæring i bruk av hjelpemidler for erekttil dysfunksjon. Ved HUS og SUS avholdes det pasientkurs for pasienter som skal til radikal prostatektomi. Her får de allerede før operasjonen gjennomgang av mulige komplikasjoner, og grunnleggende kunnskap om behandling av disse. Alle pasienter tilbud om oppstart med PDE5 – hemmer tidlig, og de følges opp av lege og uroterapeut med tanke på videre opplæring i ereksjonsfremmede behandling om de har et ønske om dette det første året etter operasjonen.

Alle pasienter blir vurdert for sin kontinens etter 12 mnd. Man vet at først på dette tidspunkt kan man med høy grad av sannsynlighet si at det ikke blir bedre.

2. Etter strålebehandling:
  - a. Tarmplager: hyppigere toalettbesøk, kroniske blødninger, løs avføring, luftplager.
  - b. Urinveier: Hematuri, hyperaktiv blære, urethrastriktur, urininkontinens (uvanlig)
  - c. Impotens (opptil 50 %)



De fleste pasienter lærer å leve med de oftest milde-moderate strålerelaterte rektale problemer (sliming, urgency, tenesmer). Blødning fra rektum bør alltid føre til at det utføres sigmoideoskopi. NICE anbefaler at alle strålebehandlede pasienter får utført sigmoideoskopi hvert 5. år (NHPK-handlingsprogram).

## 7.1 Plan for forbedring av behandlingstilbudet i regionen

### **Impotens:**

Behandlingen må fortsette å institueres ved behandlende avdeling, evt. at pasienten etter strålebehandling må følges opp ved lokal urologisk avdeling for optimalisering av denne behandlingen.

### **Urinlekkasje (postprostatektomi inkontinens – PPI) :**

Inntil for to år siden ble alle pasienter med behov for kirurgisk behandling for vedvarende postprostatektomi inkontinens behandlet ved Rikshospitalet. Grunnet den store økningen i antallet radikale prostatektomier, og at dette ikke var en definert landsfunksjon, ble dette overflyttet til de regionale helseforetakene.

Helse-Bergen, ved Avd. for Urologi, har de 2 siste årene bygget opp kompetanse på både utredning og behandling av slik inkontinens. Det benyttes både lukkemuskel proteser (AMS-800) og slyngemetoder (ATOMS). HUS har utarbeidet og utsendt et opplegg for henvisning til slik behandling, som er distribuert til alle urologiske enheter (inkl. avtalespesialister) i Helse-Vest. Det bemerkes at disse inngrepene er til dels betydelig beheftet med komplikasjoner og sekundære inngrep. Dette er derfor neppe inngrep som bør spres på mange steder i regionen, SUS har imidlertid intensjon om å starte opp med dette<sup>7</sup>.

Lukkemuskel proteser (AMS-800) og slyngemetoder som ATOMS, er svært dyre implantater, og DRG- refusjonen er ikke nærheten av å dekke kostnadene. Helse – Vest bør derfor vurdere hvordan en slik virksomhet skal finansieres i regionen.

---

<sup>7</sup> Opplysninger fra SUS urolog i gruppen.

# KAPITTEL 8. VURDERING AV TILBUDET I REGIONEN OG IDENTIFISERING AV FLASKEHALSER

## 8.1. Vurdering av tilbudet i regionen

Tilbudet til pasienter med prostatakraft er generelt godt i Helse Vest regionen. Helse Vest har vært tidlig ute med radikal behandling og har hatt gode resultater.

Tall fra prostatakraftregistret viser at både SUS og HUS har gode resultater ved kirurgisk behandling av prostatakraft.

Gruppen har sette på hvilke forhold som innebærer en kapasitetsmangel og som dermed kan være en flaskehals i utredning og behandling av prostatakraft. Det er særlig tre forhold som utgjør en flaskehals. Noe kan forbedres med en mer strømlinjeformet logistikk, men følgende felt har klare begrensinger per i dag for å kunne oppnå målsetningen om 5-10-20 dager inne kreftbehandling.

- Tilgang på spesialister. Det mangler tilgang på spesialister innen urologi, onkologi, patologi og radiologi. Antallet er vanskelig å tallfeste, men det er særlig knyttet opp til kravene om rask utredning og behandling. Jo raskere man ønsker pasientforløpet utført jo flere spesialister trengs.
- Tilgang på MR- kapasitet. Konferer tidligere i rapporten.
- Tilgang på patologikapasitet. Konferer tidligere i rapporten.

## VEDLEGG 1 - Eksempel på patientforløb, hentet fra Danmark

