

KREFTKIRURGI OG ANNAN ELEKTIV KIRURGI

Høring – frist 20. mai 2019



OPPSUMMERING

Kreftkirurgi

Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Helse Vest om å legge føringar i rapporten Kreftkirurgi i Norge IS-2284 frå Helsedirektoratet til grunn for organisering av kreftkirurgien i Helse Vest. Helse Bergen og Helse Stavanger oppfyller alle krava både til volum og andre faglege krav for ein del kreftformer. For ein del kreftformer er det sjukehus som ikkje fyller krava.

Prosjektet har drøfta både å flytte kreftkirurgisk verksemd frå sjukehus som ikkje fyller krava, og å vidareføre aktivitet med kompenserande tiltak. Kompenserande tiltak kan være aktuelt når andre forhold enn bare krav til den kirurgiske verksemda må vektleggast.

Det er semje om forslag til funksjonsfordeling for alle kreftformer med unntak av kirurgi for kreft i magesekk og bukspyttkjertel. For kirurgi for lunge-, bryst- og nyrekreft er det behov for å setja i verk kompenserande tiltak.

Det er gjort ekstern risikovurdering av forslag til funksjonsfordeling, og ei ekstern faggruppe og regionalt brukarutval har vurdert denne.

Prosjektgruppa foreslår følgjande:

Helse Vest gjer kvart år ein gjennomgang av kreftkirurgien i regionen opp mot krava som er sett til kreftkirurgisk verksemd i Noreg. Dette gjeld spesielt dei områda der det nå er foreslått å vidareføre aktivitet med kompenserande tiltak. Det bør gjerast årleg gjennomgang av aktuelle kompenserande tiltak, og ei meir omfattande vurdering av funksjonsfordelinga etter om lag fire år.

- Ordninga for lungekreftkirurgi der kirurgar frå Helse Bergen opererer i Helse Stavanger blir vidareført med kompenserande tiltak. Formalisert ordning må være etablert innan eit år. Det må då gjerast ny vurdering av om tiltaka er solide nok til å vidareføre funksjonsfordelinga.
- Kirurgi for kreft i nyre blir vidareført i alle fire føretaka inntil vidare. For å kunne gjere dette må det setjast inn kompenserande tiltak. Ordninga må være etablert innan eit år. Det må då gjerast ny vurdering av om tiltaka er solide nok til å vidareføre funksjonsfordelinga, samt ei ny vurdering av voluma og den faglege utviklinga innan dette fagområdet.

Annan elektiv kirurgi

Det går pasientstraumar på ulike måtar mellom helseføretaka, til private aktørar og ut av regionen. Det er størst bruk av private tenester i Helse Bergen og Helse Stavanger sitt opptaksområde.

I regionen er det ei skeivfordeling særleg mot Helse Bergen frå Helse Førde og Helse Fonna. Det er viktig å styrke den elektive kirurgien i desse to føretaka og det bør startas eit arbeid for å snu pasientstraumar mot dei to minste føretaka. Hovudmålet med tiltaka skal ikkje vere å få store grupper av pasientar busett i Helse Stavanger og Helse Bergen

sine område til å bli behandla i Helse Fonna eller Helse Førde, men å få pasientar frå desse områda til å velje eige føretak når gode tilbod allereie fins eller kan etablerast. Prosjektgruppa tilrår at det bør vurderast om det kan gjerast spesielle satsingar innanfor avgrensa oppgåver som: bariatrisk og postbariatrisk kirurgi, bekkenbotn dysfunksjonar/anoproktologi og brokkkirurgi.

INNHALD

1. Innleiing	5
1.1 Mål og mandat	5
1.2 Prosjektleiing og organisering av arbeidet	7
2 Kreftkirurgi	8
2.1 Grunnleggande prinsipp i arbeidet	8
2.2 Nasjonale føringar for kreftkirurgi	8
2.3 Datagrunnlag	8
2.4 Kartlegging av krav til sjukehus for å sikre robuste fagmiljø	9
2.5 Organisering av kreftkirurgi i andre regionar i Noreg	9
2.6 Organisering av kreftkirurgi i Sverige og Danmark	10
2.7 Status funksjonsfordeling for kreftkirurgi i Helse Vest	11
2.8 Status for samarbeid mellom helseføretaka i dag	12
2.9 Kompenserande tiltak	14
2.10 Drøfting av forslag til funksjonsfordeling	15
3. Risikovurdering av forslag til funksjonsfordeling for kreftkirurgi	16
3.1 Innleiing	16
3.2 Ekstern risikovurdering	17
3.2.1 <i>Innspel frå ekstern faggruppe</i>	17
3.2.2 <i>Innspel frå regionalt brukarutval</i>	18
3.3 Oppsummering – risikovurdering	19
4. Forslag til ny funksjonsfordeling for kreftkirurgi i Helse Vest	21
4.1 Innleiing	21
4.2 Forslag det er semje om	22
4.3 Forslag til funksjonsfordeling det er semje om med behov for kompenserande tiltak	23
4.4 Behov for å vurdere nasjonal teneste	26
4.5 Forslag til funksjonsfordeling det ikkje er semje om	27
4.6 Oppsummering av forslag til funksjonsfordeling	28
5 Annan elektiv kirurgi	30
5.1 Innleiing	30
5.2 Datagrunnlag	30
5.3 Dagens pasientstraumar	31
5.4 Kjøp hos private kommersielle aktørar	35
5.5 Akuttkirurgisk tilbod	36
5.6 Innspel frå føretaka	37
5.7 Vurdering	37
5.8 Forslag til tiltak	38

Tabell 1	Gruppering av kreftkirurgi basert på krav sett til kreftkirurgisk verksemd i norske sjukehus.....	11
Tabell 2	Status for funksjonsfordeling for kreftkirurgi i Helse Vest, og i kva grad føretaka fyller krav sett til kreftkirurgisk verksemd i norske sjukehus jf. gruppering i tabell 1	12
Tabell 3	Mal for kartlegging av samarbeid om kreftkirurgi mellom helseføretaka	12
Tabell 4	Oversikt over fagområde der det er gjort risikovurdering av forslag til funksjonsfordeling. Forslaga er merka gult i tabellen	16
Tabell 5	Forslag til ny funksjonsfordeling for kreftkirurgi i Helse Vest	29
Tabell 6	Sjukehusopphald i 2016 og 2017 for pasientar frå Helse Vest i kirurgiske einingar fordelt etter inkomstmåte og DRG-type.....	30
Tabell 7	Bruk av operative sjukehusopphald i 2016 og 2017 fordelt mellom sjukehusområda i Helse Vest (elektive) for heile populasjonen.....	31
Tabell 8	Fordeling av kirurgiske elektive sjukehusopphald fordelt etter område pasientane kom frå og det helseføretaket dei blei behandla ved. Inkludert pasientar utan kreftoperasjonar, auge-, ØHN-sjukdommar og eit fåtal andre.	32
Tabell 9	Fordeling mellom sjukehus – tal sjukehusopphald frå eige område, pasientar behandla i andre område i HV og utanfor HV (elektive opphald som fell i kirurgisk DRG)	32
Tabell 10	Fordeling av dei ulike sjukdomsgruppene mellom helseføretak-områda fordelt etter kor dei vert behandla. Elektive kirurgiske pasientar i 2017	34
Tabell 11	Kjøp av elektiv kirurgisk verksemd hos private i 2017 fordelt etter omsorgsnivå, sjukdomsgrupper og helseføretak-område	35
Tabell 12	Fordeling av ØH-sjukehusopphald som fell i kirurgisk DRG for dei største sjukdomsgruppene og stad for behandling i 2017. Pasientar heimehøyrande i HV.....	36
Tabell 13	Fordeling av ØH-sjukehusopphald for dei største sjukdomsgruppene, kor pasientane kom frå og kor dei vart behandla i 2017. Pasientar heimehøyrande i HV.....	36

Vedlegg (eige dokument)

Vedlegg 1	Kreftkirurgi i Norge IS-2284 – Helsedirektoratet 2015
Vedlegg 2	Bakgrunn og oversikt over tidlegare arbeid med kreftkirurgi i Helse Vest
Vedlegg 3	Kartlegging Helse Vest – krav til kreftkirurgisk verksemd
Vedlegg 4	Analyse av kreftkirurgi i Helse Vest februar 2018
Vedlegg 5	Utvalde operasjonar i 2016 - 2017
Vedlegg 6	ROS-analyse kreftkirurgi
Vedlegg 7	Uttale frå eksterne fagpersonar om risikovurdering kreftkirurgi
Vedlegg 8	Uttale frå regionalt brukarutval om risikovurdering kreftkirurgi

1. INNLEIING

1.1 Mål og mandat

Mål

- Foreslå ny funksjonsfordeling for kreftkirurgi i Helse Vest basert på nasjonale føringer
- Tiltak for god utnytting av samla kirurgisk kapasitet i regionen

Helse Vest fekk i 2016 i oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet å gjere ein gjennomgang av kreftkirurgien i regionen, basert på rapporten: *Kreftkirurgi i Norge IS-2284*¹ (vedlegg 1) utgitt av Helsedirektoratet 2015. Dette oppdraget er tatt inn i styringsdokumenta til helseføretaka for 2017:

Helseføretaka skal delta i arbeidet med gjennomgang av kreftkirurgi i regionen. Gjennomgangen vil bli basert på Helsedirektoratet sin rapport Kreftkirurgi i Norge.

Følgjande dokument ligg til grunn for arbeidet:

Kreftkirurgi i Norge; IS-2284; Helsedirektoratet, mars 2015

Styringsdokument til helseføretaka i Helse Vest 2017

Oppdragsdokument til Helse Vest 2016

Nasjonal helse- og sjukehusplan (2016 – 2019)

Regional plan for kirurgi i Helse 2013 – 2017 spesielt avsnitt 10 om kreftkirurgi

Regional plan for diagnostikk og behandling av brystkreft

Regional plan for diagnostikk og behandling av prostatakraft

I vedlegg 2 er det gjort greie for bakgrunn og tidlegare arbeid med kreftkirurgi i Helse Vest.

¹ <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1439/Kreftkirurgi-i-Norge-IS-2284.pdf>

Mandat for arbeidet:

Kreftkirurgi Utgreiing og diagnostikk, etterbehandling og eventuell palliativ behandling skjer i dag i stor grad lokalt og utgjer den største delen av kreftbehandlinga i sjukehusa (jfr regional plan for kirurgi i Helse Vest). Det er den potensielt kurative delen av behandlinga som omfattar kirurgi som skal vurderast i dette arbeidet. Funksjonsfordeling for ikkje-kirurgisk kreftbehandling er ikkje omfatta av dette arbeidet.

Prosjektet skal vurdere gjeldande funksjonsfordeling innan kreftkirurgi i Helse Vest opp mot gitte nasjonale føringar. Både føringane som er lagt i regional plan for kirurgi om kreftkirurgi og krav til robustheit og volum som er gitt nasjonalt må leggest til grunn for framtidig funksjonsfordeling.

- Gjeldande funksjonsfordeling innan kreftkirurgi skal vurderast innan følgjande område: lunge, nyre, mamma, bukspyttkjertel, metastase til lever, lever, galleveier, magesekk, endetarm og spiserør.
- Prosjektet skal tilrå ny funksjonsfordeling for kreft i regionen.
- Prosjektet må vurdere konsekvensar for heile pasientforløpet ved å flytte kirurgi og beskrive tiltak for å sikre gode overgangar mellom føretaka.
- Prosjektet skal og kartelegge om det finnes praksisskilnader mellom føretaka som må undersøkast nærmare blant dei kreftformene som skal vurderast.

Annan elektiv kirurgi

Prosjektet skal avklare om flytting av kreftkirurgi gir ledig operasjonskapasitet som kan nyttast til andre inngrep. Ei første overordna analyse av aktivitetsdata for kirurgi i perioden 2014 – 2016 viser at det truleg er ei skeivfordeling mot dei store sjukehusa, ikkje berre for avansert kirurgi, men også for de vanlige formene for kirurgi. Det kan synes som om indikasjonsstillingane for operativ behandling er noko ulik. Kva omsorgsnivå (dag- eller døgnopphald) pasientane får behandling i, er noko ulikt i regionen.

- Det skal på bakgrunn av dette gjerast ein gjennomgang av elektiv kirurgi generelt slik at samla kapasitet i regionen blir fullt utnytta.
- Prosjektet må vurdere:
 - eventuell skeivfordeling mot dei store sjukehus for dei vanlege formene for kirurgi
 - eventuelle ulikheter ved indikasjonsstilling for operativ behandling
 - omsorgsnivå pasientane får behandling i
- Funksjonsfordeling skal være basert på kvalitet og pasienttryggleik.
- Det skal sikrast livskraftig ØH-kirurgi i alle fire helseføretaka og ved sentralisering av kreftkirurgi må det kartleggast kva for inngrep som eventuelt kan flyttast frå dei største sjukehusa til dei mindre.

Andre oppgåver

Prosjektet skal og

- kartlegge kirurgiske inngrep som bli tilvist til andre regionar og som ikkje er del av nasjonale behandlingstenester
- vurdere om det er kirurgiske inngrep for kreft som bør organiserast som nasjonale tenester utover det som alt er etablert.

Flytting av kirurgi skal handterast innanfor gjeldande inntektsfordelingsmodell og reglar

1.2 Prosjektleiing og organisering av arbeidet

Direktørmøtet i Helse Vest supplert med tillitsvalde har vært styringsgruppe for prosjektet, leia av administrerende direktør i Helse Vest. Prosjektgruppa blei leia av fagdirektør i Helse Vest og var sett saman av brukarrepresentant samt fagdirektør og ein fagperson frå kvart helseføretak.

Brukarrepresentanten har forankra innspel gitt i prosjektarbeidet i regionalt brukarutval og Kreftforeningen, både lokalt i regionen og sentralt.

2 KREFTKIRURGI

2.1 Grunnleggande prinsipp i arbeidet

Prosjektet har gjort kartlegging og analyser av kreftkirurgi for dei kreftformene som er analysert i Helsedirektoratet sin rapport (jf. pkt. 2.2). Rapporten tar utgangspunkt i primærsvulstar oppstått i det aktuelle organ. For nokre lokalisasjonar kan to forhold være aktuelle å trekke inn:

- A. Kirurgi på metastasar² i same organ.
- B. Inngrep med same teknikk og omfang som ved kreftkirurgi i same organ, men der det ikkje er kreft.

I kartlegging og analyse av aktivitet er derfor perspektivet i rapporten frå Helsedirektoratet (primærtumor oppstått i aktuelle organ/lokalisasjon) lagt til grunn. I vidare vurdering av aktivitetstall som grunnlag for funksjonsfordeling i Helse Vest blir faktorane A og B trekt inn.

Ved vurdering av volum pr. sjukehus har prosjektet i kartleggings skjemaet i vedlegg 3 føljt krava frå Helsedirektoratet strengt for kvar institusjon for å sjå om sjukehusa fyller krav til volum og andre faglege krav til kirurgisk verksemd som er satt i rapporten.

Det finnes mange faktorar som kan påverke kvalitet, og mange mål og indikatorar som kan brukast. I prosjektet har ein haldt seg til dei kriterium og krav som er stilt i Helsedirektoratet sin rapport.

2.2 Nasjonale føringar for kreftkirurgi

Helsedirektoratet presenterte i 2015 status for kreftkirurgien i Noreg med oversikt over sjukehus som opererer kreftpasientar og kor mange inngrep som blir gjort kvart år (*Kreftkirurgi i Norge IS-2284*). Rapporten gav vidare tilrådingar om kva krav som må stillast til sjukehus for å sikre robuste fagmiljø innan kvart område for kreftkirurgi. Nasjonal helse- og sjukehusplan la denne rapporten til grunn og Helse Vest har fått i oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet å følgje opp denne. I Nasjonal kreftstrategi (2018-2022) *Leve med kreft* er og krava i Helsedirektoratet sin rapport lagt til grunn.

2.3 Datagrunnlag

Prosjektet har gjennomført ei omfattande analyse av aktivitet for kreftområdet i Helse Vest for perioden 2014 – 2016. Data for kirurgisk aktivitet er henta frå Norsk pasientregister (NPR) og datagrunnlaget er synleggjort per sjukehus. For nokre kreftområde er det og synleggjort aktivitet for befolkninga som er busett i det enkelte helseføretaksområde. I vedlegg 4 er det gjort greie for korleis data er analysert.

² Metastase er spreiding av kreft frå ein kreftsvulst til andre deler av kroppen.

Rapporten viser analyser av kreftområda tilsvarande dei som er analysert i Helsedirektoratet sin rapport.

2.4 Kartlegging av krav til sjukehus for å sikre robuste fagmiljø

I Helsedirektoratet sin rapport er det satt opp oversikt over minimumskrav til sjukehus som skal utføre kreftkirurgi. Desse er knytt til volum i form av tal på operasjonar for den einskilde kreftform per sjukehus og tal på operasjonar per kirurg. Vidare er det stilt ei rekke andre faglege krav til sjukehusa. Dei viktigaste er: tal på kirurgar som kan metoden, regelmessige tverrfaglege møte, patologiservice, radiologi, utdanningsfunksjonar, storleik på opptaksområde og krav til ikkje kirurgisk behandling.

Prosjektet har gjennomført ei kartlegging av kreftkirurgitilbodet i Helse Vest etter ein mal som er i tråd med dei krava som er stilt frå Helsedirektoratet. Kartlegginga syner oversikt over alle dei aktuelle kreftformene og status i kvart av helseføretaka som utfører denne kirurgien.

Kartlegginga er dokumentert i vedlegg 3.

2.5 Organisering av kreftkirurgi i andre regionar i Noreg

Helse Nord

Helse Nord har gjennomført relativt omfattande funksjonsfordeling av kreftkirurgi til Nordlandssykehuset og Universitetssykehuset i Tromsø. Regionen har ein kreftplan som er i samsvar med føringane frå Helsedirektoratet, men må sentralisere meir innan kolonkirurgi. Regional kreftplan 2014 - 2021³

Helse Midt-Norge

Helse Midt-Norge har ein regional plan for kreftbehandling som omfattar kreftkirurgi. Denne gjeld for perioden 2011 – 2020. Planen blei utarbeidd før føringane frå Helsedirektoratet blei lagt, men den gjeld framleis. All kirurgi med låge volum med unntak av kirurgi for nyrekreft blir gjort ved St. Olavs hospital. Regional kreftplan Helse Midt-Norge RHF 2011 - 2020⁴

Helse Sør-Øst

Styret i Helse Sør-Øst har vedtatt funksjonsfordeling for kreftkirurgi etter forslag frå Regionalt fagråd for kreft. Fagrådet gjer årleg evaluering av kreftkirurgien for at RHF-et skal kunne følge opp vedtatt funksjonsfordeling. Det er gjort revidering av funksjonsfordelinga og gjennomgang av status for krav til robusthet jf Helsedirektoratet sine krav. I Helse Sør-Øst er stor del av kreftkirurgien der talet på inngrep er lågt lagt til Oslo universitetssjukehus. I forslag til regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst blir kirurgi for kreft i magesekk omtalt spesielt og at regionalt råd for kreft har tilrådd at

³ <https://helse-nord.no/Documents/Fagplaner%20og%20rapporter/Fagplaner/Regional%20kreftplan%202014-2021.pdf>

⁴ <https://helse-midt.no/Documents/Strategi/sak%2049-12%20vedlegg%201%20Høringsdokument%20Regional%20kreftplan%20Helse%20Midt-Norge%20RHF%202011-2020.pdf>

denne aktiviteten bør samlast på ein stad i regionen (mot to nå). Planen blei vedtatt i styret i Helse Sør-Øst 13. desember 2018.⁵

Tabell under viser talet på sjukehus i dei andre regionane som utfører kreftkirurgi for nokre utvalde kreftformer:

Kreftform:	Helse Nord	Helse Midt-Norge	Helse Sør-Øst
Bryst	2	4	8
Magesekk	1	1	2 (foreslått redusert til 1)
Bukspyttkjertel	1	1	1
Lunge	2	1	2
Nyrekreft	2	3 ⁶	8

2.6 Organisering av kreftkirurgi i Sverige og Danmark

Sverige

Sverige er delt i 6 helseregionar. Kvar region skal ha sitt eige cancersenter (RCC). Etter avgjerd i Sosialdepartementet blir det i samarbeid med kommunar og landsting utarbeidd ei sentralisert kreftbehandling. Dei overordna prinsippvedtaka går i grove trekk ut på ei betydeleg sentralisering av kreftkirurgien til nokre få (1-3) sjukehus per region samt einsarta utgreiings- og behandlingsprinsipp. Eksempel på dette er magesekk- og spiserørskirurgi som tidlegare blei gjort på 25-30 sjukehus. Frå 2017 skal dette utførast ved 6 sjukehus.

Det er opp til dei enkelte RCC å strukturere kreftkirurgien med bakgrunn i sentrale føringar. To regionar har ferdigstilt heile kreftbehandlingsstrukturen. Begge med klare oppgåver til nokre få sjukehus innan kvar region. De fire andre er i ferd med å slutføre sine rapportar i tråd med de føringane som er gitt. Dette er forventa utarbeidd og innført i løpet av 2018.

Ut over dette er det på landsbasis gitt føringar for meir avanserte og sjeldne former for kreftkirurgi. Dette inneber sentralisering til eit mindre tal sjukehus enn eit per region med klar føresetnad om samhandling på tvers av regionane.

Danmark

Danmark er delt i 5 regionar med klare føringar for samarbeid over regiongrensene. Spesialisthelsetenesta er vidare delt på tre nivå. Kreftkirurgien er lagt til dei to øvste nivåa (sjukehus med region- og eller høgt spesialiserte funksjonar). For nokre kreftformer er det inngått/pålagt samarbeid mellom regionane slik at kirurgien blir gjort på to eller tre sjukehus i landet. Dette blir styrt og kontrollert årleg av Sunnheitsstyrelsen⁷. Bruk av multidisiplinære team (MDT) i utgreiing og avgjerd om korleis den enkelte pasient skal behandlast er gjennomført som et hovudprinsipp. Det same gjeld framdrift i utgreiing og behandling i tråd med tilrådingane i pakkeforløpa for

⁵ <https://www.helse-sorost.no/Documents/H%C3%B8ringer/Regional%20utviklingsplan%202035/Regional%20utviklingsplan%202035%20-%20h%C3%B8ringsutkast.pdf>

⁶ Nyrrereseksjonar blir sendt til St. Olavs hospital frå Levanger sjukehus

⁷ <https://www.sst.dk/da/planlaegning/specialeplanlaegning/gaeldende-specialeplan/kirurgi>

kreft. Det er gjennomført ei sterk sentralisering av kreftkirurgien i Danmark med signaler om ytterlegare sentralisering.

Under følger oversikt over talet på sjukehus i Danmark som utføre kreftkirurgi for nokre utvalde område etter siste oppdatering i desember 2018:

Kreftform:	Tal på sjukehus	Merknadar
Brystkreft utan behov for rekonstruksjon	8	
Brystkreft med behov for rekonstruksjon	4	
Kreft i spiserør og magesekk	3 (4)	To sjukehus har eit formalisert samarbeid
Kreft i bukspyttkjertel	3 (4)	To sjukehus har eit formalisert samarbeid
Primære lever- og gallegang - svulstar	3	2 for gallegangar
Levermetastasar	5	
Nyrekreft – radikal fjerning	8	Planlegg ytterlegare samling
Nyrekreft - nyresparande	4	
Lungekreft	4	

2.7 Status funksjonsfordeling for kreftkirurgi i Helse Vest

Basert på kartlegging av datagrunnlag for kirurgisk aktivitet og kartlegging av andre krav til sjukehus som driv med kreftkirurgi har prosjektet fordelt dei ulike kreftformene i fire grupper. Vurdering av kreftkirurgi er gjort per føretak og per kreftform både for volum og andre krav.

Dei fire gruppene er som følger:

Tabell 1 Gruppering av kreftkirurgi basert på krav sett til kreftkirurgisk verksemd i norske sjukehus

0	Kreftkirurgi som oppfyller krav til volum per institusjon og kirurg.
I	Kreftkirurgi med stort nok volum til å oppfylle krav. Andre krav til verksemda må vurderast i tillegg.
II	Kreftkirurgi med volum i grenseland i høve til krav. Vidareføring av verksemda må vurderast i samanheng med andre krav til verksemda.
III	Kreftkirurgi med små volum som ikkje er i tråd med krav. Vurdering av vidareføring må vurderast i samanheng med andre krav til tenestene, eventuelle kompenserte tiltak og omsyn til konsekvensar for andre inngrep eller tenester.

Tabell 2 under viser status for funksjonsfordeling per i dag i Helse Vest basert på kartlegging gjort i prosjektet, og i kva grad føretaka fyller dei krava som er sett av Helsedirektoratet jf. inndeling over. Kartlegginga er basert på data for perioden 2014 – 2016. Det er gjort tilleggsanalyser som viser aktivitet for perioden 2016 og 2017 i vedlegg 5.

Tabell 2 Status for funksjonsfordeling for kreftkirurgi i Helse Vest, og i kva grad føretaka fyller krav sett til kreftkirurgisk verksemd i norske sjukehus jf. gruppering i tabell 1

Fagområde/kreft i:	Helse Førde	Helse Bergen	Helse Fonna	Helse Stavanger
Lunge	Ikkje aktuelt	0	Ikkje aktuelt	III
Bryst	III	0	III	I
Skjoldbruskkjertel	Ikkje aktuelt	I	Ikkje aktuelt	III
Nyre	III	0	III	I
Urinblære	Ikkje aktuelt	I	Ikkje aktuelt	Ikkje aktuelt
Livmor	III	0	III	I
Eggstokk	Ikkje aktuelt	0	Ikkje aktuelt	II
Livmorhalsen	Ikkje aktuelt	0	Ikkje aktuelt	Ikkje aktuelt
Spiserør	Ikkje aktuelt	I	Ikkje aktuelt	Ikkje aktuelt
Magesekk	III	I	III	III
Tjukktarm	II	0	I	0
Endetarms	I	0	I	0
Lever	Ikkje aktuelt	0	Ikkje aktuelt	I
Bukspyttkjertelen	Ikkje aktuelt	I	Ikkje aktuelt	III ⁸

Prosjektet har spesielt drøfta kreftformene som er definert i gruppe II og III og kva som må gjerast for å sikre eit framtidig robust tilbod til kreftpasientane. Dette kan omfatte endra funksjonsfordeling eller kompenserande tiltak enten i eit helseføretak eller i samarbeid på tvers av helseføretaka.

2.8 Status for samarbeid mellom helseføretaka i dag

Prosjektet har kartlagt korleis det faglege samarbeidet er i dag på tvers av føretaka for dei kreftformene som det har vore mest fokus på i arbeidet. Dette gjeld: kreft i skjoldbruskkjertel, nyrekreft, kreft i magesekk og kreft i bukspyttkjertel.

Samarbeidet blei kartlagt etter følgjande mal:

Tabell 3 Mal for kartlegging av samarbeid om kreftkirurgi mellom helseføretaka

Oppgåvedeling: Kirurgisk behandling Kjemoterapi Strålebehandling Palliativ behandling	Felles møtepunkt: Regionale MDT-møter Regionale telefonmøter Pakkeforløpskoordinatorar Annan kontakt	Kliniske studiar, forskning og anna.
--	---	--------------------------------------

Skjoldbruskkjertel

Tidlegare har Helse Stavanger vist pasientar med lokalavansert sjukdom, metastasar trengande lateral glandeldisseksjon, samt medullære thyreoideacancere til Helse Bergen. Ein er nå einige i fagmiljøet om at alle pasientar med preoperativ kreftdiagnose

⁸ Vurderinga er basert på talet på inngrep med kreft. Helse Stavanger meiner med tilvising til Helsedirektoratet sin rapport Kreftkirurgi i Norge at det totale talet på inngrep må leggjast til grunn – både operasjonar utført pga sikker kreftsjukdom og operasjonar utført ut i frå aksepterte faglege kriterium fordi a) det ligg føre risiko for kreftutvikling eller b) det ikkje lar seg sikkert definere ut frå bildediagnostikk om tilstanden er ondarta eller godarta. Dei kirurgiske inngrepa er prinsipielt dei same.

skal visast til Helse Bergen for kirurgi. Begge sjukehusa gjer diagnostiske «hemithyreoidectomi» kor endeleg histologisk diagnose i nokre tilfelle kan vise kreft. Strålebehandling vil være aktuelt for få pasientar med utbredt sjukdom. Desse har tradisjonelt vært behandla i Helse Bergen. Palliativ behandling omfattar få pasientar og må avgjerast individuelt

Nyrekreft

Helse Fonna utfører open og laparoskopisk nefrektomi og nyrereseksjon / tumorektomi. Ved tvil om sjukdomsbildet/inngrepet blir dette drøfta med og eventuelt tilvist vidare til Helse Bergen/Helse Stavanger.

Nyrekreftpasientar som treng kjemoterapi får i dag dette i Helse Bergen. Det er planer om å få dette til også i Helse Fonna. Eventuell strålebehandling blir for dei fleste gitt i Helse Bergen. Mange palliative tiltak blir utført i Helse Fonna. Palliativ kjemoterapi og stråling blir ikkje utført i Haugesund.

Helse Fonna deltar ikkje i faste regionale MDT-møter, men har ofte telefonmøte med Helse Bergen og Helse Stavanger, dei aller fleste med kreftavdelingane, om pasientar som treng onkologisk vurdering.

Helse Førde utfører open og laparoskopisk nefrektomi og nyrereseksjon / tumorektomi. Ved tvil om sjukdomsbildet/inngrepet blir dette drøfta med og eventuelt tilvist vidare til Helse Bergen.

Det blir gitt kjemoterapi i Helse Førde. Eventuell strålebehandling blir gitt i Helse Bergen. Palliativ kirurgi og kjemoterapi blir utført i Helse Førde.

Helse Førde deltar ikkje i faste regionale MDT-møter, men dette er sterkt ønska. Det er kontakt mellom fagpersonar i Helse Førde og Helse Bergen ved tvil om behandlingstilnærming. Det er ikkje formalisert kontakt om alle pasientar. Pakkeforløpskoordinatorane i Helse Førde kommuniserer hyppig med kollegaer i Helse Bergen.

Magesekk og spiserør

Helse Stavanger og Helse Bergen har i fellesskap utarbeidd eit notat om samarbeidet mellom føretaka. Det er semje om at kreft i overgang mellom magesekk og spiserør skal opererast i Helse Bergen. Begge føretaka operer per i dag kreft i magesekk. Det er ikkje felles møtepunkt mellom føretaka. Det føregår per i dag ikkje samarbeid om kliniske studiar eller forskning.

Bukspyttkjertel

Helse Stavanger og Helse Bergen har i fellesskap utarbeidd eit notat om samarbeidet mellom føretaka. Begge føretaka operer i dag kreft i bukspyttkjertel. Per i dag er det inga oppgåvedeling mellom føretaka. Det er ingen faste telefonmøte, men dei har eit felles MDT- møte kvar veke. Pakkerforløpskoordinatorane har også eit felles møte kvar veke. Det er per i dag ikkje samarbeid om kliniske studiar eller forskning

2.9 Kompenserande tiltak

For ein del av kreftformene oppfyller Helse Bergen og Helse Stavanger alle krav både til volum og dei andre faglege krava til den kirurgiske verksemda. For nokre kreftformer og helseføretak er det mindre forhold som må avklarast og følgjast opp, men som ikkje får konsekvensar for funksjonsfordelinga. Desse er definert i gruppe I i tabell 2 og må følgjast opp i dei enkelte helseføretaka.

Kartlegginga viser at det for ein del kreftformer er sjukehus som ikkje fyller krav knytt til volum, eller andre faglege krav. For desse kan det være nødvendig å vurdere om andre verkemiddel enn å flytte kirurgien kan nyttast for å sikre eit kvalitativt godt tilbod til pasientane både lokalt og regionalt.

Ved vurdering av funksjonsfordeling i regionen må nasjonale føringar leggjast til grunn slik dei er konkretisert av Helsedirektoratet, men Helsedirektoratet tar bare omsyn til kreftkirurgisk verksemd åleine når krav til kreftkirurgi i Noreg er satt. Konsekvensar for annan type verksemd i sjukehusa er ikkje vurdert.

Ein må derfor vurdere korleis krav til den kreftkirurgiske verksemda skal sikrast opp mot konsekvensar av flytting av kirurgi frå eit sjukehus kan ha for anna verksemd i sjukehuset. Sjølv om kreftkirurgi er blant dei mest sentrale helsetilbod sjukehusa gir, må funksjonsfordeling også vurderast i lys av konsekvensane for det samla kirurgiske tilbodet i regionen, både akutt og elektivt, og det samla «sørge for»-ansvar som Helse Vest har i Helseregion Vest. For dei minder helseføretaka kan det være behov for å ha spesifikke funksjonar for å sikre rekruttering og behalde LIS-legar og legespesialistar. Dette vil bidra til å oppretthalde kirurgisk akuttberedskap. Det kan i nokre tilfelle være aktuelt med kompenserande tiltak for å vidareføre det kreftkirurgiske tilbodet i eit helseføretak.

Krava til kreftkirurgisk verksemd må derfor vurderast nærare i nokre tilfelle. Prosjektet har vurdert tiltak som kan kompensere for at ikkje alle krav er oppfylt per føretak/fagområde, og på den måten behalde den kreftkirurgiske verksemda i føretaka.

Døme på kompenserande tiltak kan være:

- formalisert samarbeid/avtaler mellom to eller fleire føretak i regionen
- tett fagleg samarbeid mellom føretaka ved faglege møter om enkeltpasientar (regionale MDT-møter) og utveksling av personell
- utdanning av spesialistar
- regelmessig hospitering
- avtaler om rask flytting av pasientar ved problem i det minste føretaket.
- samarbeid om andre funksjonar enn kirurgi som til dømes radiologi og patologi
- faglege nettverk

Det finnes i dag slike tiltak innan nokre av kreftområda i regionen, og prosjektet har kartlagt desse. Dersom det i staden for flytting av kreftkirurgi frå eit føretak blir sett inn kompenserande tiltak må desse formaliserast med skriftlege avtaler mellom sjukehusa.

Dersom ein vedtar funksjonsfordeling i regionen som ikkje fullt ut er i tråd med nasjonale krav, må det setjast inn kompenseranda tiltak. Det er brei semje i prosjektet om at desse ordningane må evaluerast og følgjast regelmessig opp frå Helse Vest.

Brukarrepresentanten i prosjektet har lagt vekt på at krav frå Helsedirektoratet er det beste skjønnet vi har, og at vi må ha gode argument for å avvike frå krav. Oppgåvedelinga i regionen ikkje må være sårbar slik at tilbodet blir svekka ved ferie/sjukdom og liknande.

2.10 Drøfting av forslag til funksjonsfordeling

Prosjektgruppa har drøfta eit forslag til ny funksjonsfordeling som prosjektleiar la fram.

Forslaget er basert på krava som er stilt til kreftkirurgisk verksemd ved norske sjukehus og den kartlegginga som er gjort av den kreftkirurgiske verksemda i regionen. Forslaget inneber at ein flyttar kirurgi frå føretaka i regionen der aktiviteten er låg.

Det blei og foreslått å behalde aktivitet for nokre område i fleire føretak til tross for at ikkje alle krav til verksemda er oppfylt. Dette gjeld spesielt brystkreftkirurgi i Helse Førde og Helse Fonna. For lungekreftkirurgi er det foreslått å vidareføre aktivitet i Helse Stavanger gitt at det blir etablert eit formalisert samarbeid med Helse Bergen.

Prosjektgruppa blei samde om funksjonsfordeling for kreftkirurgi for dei fleste fagområda. For nokre av desse er det aktuelt å sette inn kompensierende tiltak. Det var usemje om følgjande tiltak som var foreslått frå prosjektleiar:

- Flytte kirurgi for nyrekreft frå Helse Førde og Helse Fonna til Helse Bergen og Helse Stavanger.
- Flytte kirurgi for kreft i magesekk frå Helse Stavanger til Helse Bergen.
- Flytte kirurgi for kreft i bukspyttkjertel frå Helse Stavanger til Helse Bergen.

Etter at forslaget blei drøfta i både prosjekt- og styringsgruppa avgjorde styringsgruppa at ein skulle gjere ei risikovurdering av forslaget.

3. RISIKOVURDERING AV FORSLAG TIL FUNKSJONSFORDELING FOR KREFTKIRURGI

3.1 Innleiing

Det er gjort risikovurdering av dei kreftområda det er usemje om og for dei kreftområda der ein tilrår vidareføring på tross av at krava i dei nasjonale føringane ikkje er oppfylt. Felt merka med gult i tabell 4 er risikovurdert.

Tabell 4 Oversikt over fagområde der det er gjort risikovurdering av forslag til funksjonsfordeling. Forslaga er merka gult i tabellen

Fagområde/ kreft i:	Helse Førde	Helse Bergen	Helse Fonna	Helse Stavanger
Lunge	Ikkje aktuelt	0	Ikkje aktuelt	Risikovurdere å vidareføre
Bryst	Risikovurdere å vidareføre	0	Risikovurdere å vidareføre	I
Nyre	Risikovurdere flytting av kreftkirurgi	0	Risikovurdere flytting av kreftkirurgi	I
Magesekk	Semje om sentralisering, ikkje behov for å risikovurder	I	Semje om sentralisering, ikkje behov for å risikovurder	Risikovurdere flytting av kreftkirurgi
Bukspyttkjertelen	Ikkje aktuelt	I	Ikkje aktuelt	Risikovurdere flytting av kreftkirurgi

Følgjande risikoelement er vurdert:

- tal kompetente kirurgar for den aktuelle kreftform
- For lavt volum operasjonar i helseføretaket – (utgangspunkt i operasjonar pt.)
- Konsekvensar for samanhengjande pasientforløp
- For lite opptaksområde
- Utdanningsfunksjon blir meir krevjande
- Manglande/vanskelig rekruttering
- Vanskelig å behalde fagpersoner
- Svekka vaktberedskap
- Annan kirurgi må og flyttast/blir svekka
- Støttefunksjonar må avviklast/blir svekka

KPMG har gjennomført risikovurderinga. Rapport følgjer vedlagt i vedlegg 6. Risikovurderinga gjer bare ei vurdering av sannsynlegheit /konsekvens og gir ikkje råd om risikoreduserande tiltak.

I tillegg har Helse Vest bedt ei ekstern faggruppe med 3 deltakarar⁹ frå andre regionar og brukarutvalet i Helse Vest om å vurdere sjølve risikovurderinga. Begge har gitt skriftlege innspel som følgjer vedlagt i vedlegg 7 og vedlegg 8.

⁹ Ein spesialist i generell og gastroenterologisk kirurgi – Oslo Universitetssjukehus
Ein spesialist i generell kirurgi, gastrokirurgi og bryst- og endokrinkirurgi – Ålesund sjukehus
Ein spesialist i generell kirurgi og urologi – Sykehuset i Levanger

Prosjektgruppa har drøfta risikovurderinga.

Under følgjer ei kort oppsummering av rapporten frå KPMG, innspela frå faggruppa og RBU i tillegg til vurderingar frå prosjektgruppedeltakarane.

3.2 Ekstern risikovurdering

KPMG har gjennomført ei standard ROS-analyse basert på føringar frå prosjektgruppa jf. punkt 3.1 og datagrunnlag utarbeidd i prosjektet. Data er knytt til talet på inngrep utført med kreftdiagnose. Inngrep utan kreft er ikkje tatt med. Andre datakjelder er vurdert, men ikkje brukt i arbeidet fordi dette ikkje er tal som kan samanliknast.

Kreftkirurgi ved lungekreft, brystkreft, nyrekreft, kreft i magesekk og kreft i bukspyttkjertel er risikovurdert. Dette er gjort for to alternativ: enten for vidareføring av aktivitet utan at alle krav til robusthet frå Helsedirektoratet er tilfredsstilt, eller at aktiviteten er foreslått flytta basert på at krava ikkje er tilfredsstilt.

For kvar kreftform og helseføretak er det vist ein illustrasjon av risikobilete og ei oppsummering av dei mest kritiske faktorane samt kva forhold som har påverke vurderinga. Fullstendig grunngjeving av vurdering av alle faktorar er gitt i vedlegg til rapporten.

Risikovurderinga syner at det må setjast i verk tiltak for å kompensera for lågt volum i dei tilfella der ein tilrår å vidareføra aktiviteten. Dette gjeld forslag om vidareføring av lungekreftkirurgi i Helse Stavanger og brystkreftkirurgi i Helse Førde og Helse Fonna. Kravet om minimum tre kirurgar er ikkje møtt og dette er spesielt kritisk for lungekreftkirurgi i Helse Stavanger. Dette resulterer i sårbarhet som må adresserast. For brystkreftkirurgi i Helse Førde og Helse Fonna er talet på kirurgar vurdert som kritisk og kompensierende tiltak må setjast i verk. Elles er i stor grad kvalitative krav frå Helsedirektoratet tilfredsstilt bortsett frå utdanningsfunksjon i Helse Fonna og Helse Førde. I Helse Fonna er det ein pågåande søknadsprosess om dette. Dersom ein ikkje har etablert utdanningsfunksjon i tråd med krava må andre kompensierende tiltak vurderast.

For dei områda der ein vurderer å flytte kirurgi blir det i hovudsak vurdert som positivt for kvalitet og pasientsikkerhet. Samstundes får dette ei mogleg negativ effekt på føretaka sine evner til å rekruttere og å behalde fagpersonar, vaktberedskap, svekking av annan type kirurgi og andre støttefunksjonar. I vurderinga av flytting er ingen av risikofaktorane vurdert til å være kritiske, men tiltak bør vurderast for den enkelte.

3.2.1 Innspel frå ekstern faggruppe

For lungekreftkirurgi meiner faggruppa at det er behov for omfattande tiltak dersom aktiviteten i Helse Stavanger skal vidareførast, og at det bør utførast ny risikovurdering med konkrete tiltak. Gruppa tilrår og ei risikovurdering av å flytte lungekreftkirurgi til Helse Bergen i og med at volumet er lågt i Helse Stavanger.

For brystkreftkirurgi i både Helse Førde og Helse Fonna peiker gruppa på at volumtala er lågare enn krav, og at desse er lågare, spesielt for Helse Fonna, enn opptaksområdet

skulle tilseie. Begge føretaka har for få kirurgar, men gruppa peiker på at vel så viktige krav for å sikre god kvalitativ behandling er å ha breitt multidisiplinært fagmiljø. Helse Førde tilfredsstillar mange av krava med unntak av utdanningsfunksjonen. Helse Fonna tilfredsstillar og dei fleste av krava og gruppa meiner det vil være vesentleg for å sikre rekruttering av spesialistar i framtida at Helse Fonna får godkjent søknad om å bli godkjend utdanningsinstitusjon for dette fagområdet.

Gruppa meiner at forslaget om å flytte nyrekirurgi frå eit sjukehus vil ha større negativ betydning for å behalde og rekruttere urologar enn det KPMG har lagt til grunn. Yngre urologar vil søkje alternative jobbmoglegheiter. Men gruppa meiner ikkje dette vil få konsekvensar for vaktberedskap, annan kirurgi og støttefunksjonar fordi framtidas urologar ikkje automatisk vil være vaktkompetente i «bløtkirurgi». Differensiering av nyrekreftkirurgi er ikkje omtalt i risikovurderinga. Dette er viktig og det vil medføre meir krevjande kirurgi for nokre av inngrepa som til dømes robotkirurgi. Dette taler for sentralisering av verksemda.

Gruppa meiner risikovurderinga er dekkande for kirurgi ved kreft i magesekk. Dette er eit område med lågt volum, og det er også sannsynlig at volumet vil fortsette å falle. Risiko blir redusert ved flytting. Ei undergruppe som er tilnærma uforandra er kreft i overgangen mellom magesekk og spiserør. Dette taler og for flytting til sjukehus som driv kirurgi for spiserørskreft

Gruppa peiker på at det i risikovurderinga for kreft i bukspyttkjertel er brukt volumtal for inngrep med kreftdiagnose. Tal operasjonar som det er relevant å sjå på er høgare, fordi ein ikkje alltid har sikker diagnose før inngrepet. Det blir peika på at det er vanleg å anslå at 5-13% av operasjonar for mistenkt kreft vil ende opp med godarta histologi.

Kravet på 10 operasjonar pr år som Helsedirektoratet har sett, blir av gruppa problematisert og viser til andre grenser i til dømes Nederland. Gruppa meiner at sjølv om det i årsrapporten frå Norsk Register for gastrokirurgi er oppgitt 18 inngrep i Helse Stavanger i 2017 er det godt grunnlag for dei vurderingane som er gjort i risikoanalysa kor lågt volum utgjør høg risiko. Alle andre regionar har sentralisert denne type kirurgi til eit sjukehus i regionen, og gruppa meiner at den risiko sentralisering er for samanhengande pasientforløp kan handterast.

Dersom ein vurderer konsekvensar for rekruttering ved flytting av kirurgi for kreft i bukspyttkjertel saman med flytting av kirurgi for magekreft vil dette samla kunne gjere rekruttering av kirurgar med profilering mot øvre gastrokirurgi noko vanskelegare. Samtidig vil Helse Stavanger framleis ha leverkirurgi med tilstrekkeleg volum og eit høgt nok samla volum innan spesialiteten gastroenterologisk kirurgi.

3.2.2 Innspel frå regionalt brukarutval

Rapporten frå KPMG er sendt til leiar av brukarutvalet og denne blei presentert i eit møte. Regionalt brukarutval (RBU) har gitt skriftleg tilbakemelding etter gjennomgang av rapporten frå KPMG om risikovurdering av forslag til funksjonsfordeling.

Etter gjennomgang av rapporten om risikovurdering vil RBU tilrå at kirurgi for lungekreft, kreft i magesekk og kreft i bukspyttkjertel blir lagt til Helse Bergen.

RBU finn det vanskelegare å gi ei klår tilråding for nyrekreftkirurgi og brystkreftkirurgi. Det blir peika på at i risikoanalyse for nyrekreftkirurgi blir total risiko redusert ved å flytte aktiviteten frå hhv. Helse Førde og Helse Fonna til Helse Bergen og Helse Stavanger samanlikna med å vidareføre som i dag. Tilsvarende samanlikning er ikkje gjort for brystkreftkirurgi og skilnaden mellom flytting og vidareføring er dermed ikkje synleggjort i risikovurderinga på same måte som for nyrekirurgi. RBU ser på etablering av brystdiagnostisk senter i Helse Fonna som positivt for volum og utdanningsfunksjonen i føretaket.

Med bakgrunn i risikovurderinga og minimumskrava i rapporten frå Helsedirektoratet støttar RBU at nyrekreftkirurgi i Helse Førde og Helse Fonna blir lagt til Helse Bergen og Helse Stavanger. RBU er i tvil om det er rett å vidareføre brystkreftkirurgien i Helse Førde og Helse Fonna. Om det blir gjort, vil det krevje gode og robuste kompenserande tiltak.

3.3 Oppsummering – risikovurdering

KPMG

Risikovurderinga viser at det er kritiske risikofaktorar for dei områda der ein tilrår å behalde verksemda til tross for at ikkje alle krav er oppfylt og at det må setjast i verk kompenserande tiltak. Vidare at det blir redusert risiko ved verksemda der det er foreslått å sentralisere verksemda.

Samstundes kan dette få ei negativ effekt på føretaka sine evner til å rekruttere og å behalde fagpersonar, vaktberedskap, svekking av annan type kirurgi og andre støttefunksjonar. I vurderinga av flytting er ingen av risikofaktorane vurdert til å være kritiske, men tiltak bør vurderast for den enkelte.

Ekstern faggruppe

For lungekreft meiner faggruppa at det bør gjerast ytterlegare vurderingar i tillegg til å formalisere dagens ordning. For brystkreft legg faggruppa vekt på at både Helse Førde og Helse Fonna tilfredsstillar mange av krava sett til verksemda sjølv om volumtala per i dag er låge. Faggruppa meiner at det vil ha større negativ påverknad for å behalde og rekruttere urologar til Helse Førde og Helse Fonna enn slik KPMG har vurdert det ved flytting av nyrekirurgi.

Faggruppa meiner risikovurderinga er dekkande for kreftkirurgi på magesekk. For kreftkirurgi bukspyttkjertel meiner gruppa at også operasjonar som viser seg ikkje å være kreft må leggest til grunn for vurdering av volum, men at dette ikkje vil endre vurderinga.

Regionalt brukarutval

Regionalt brukarutval meiner lungekreftkirurgi i Helse Stavanger bør flyttast til Helse Bergen og er i tvil om det er rett å vidareføre kirurgi for brystkreft i Helse Fonna og Helse Førde.

Samla sett har ikkje faggruppa og RBU innvendingar til risikovurderinga som er gjort utanom det som er peika på over.

Prosjektgruppa

Risikovurderinga har vore presentert for prosjektgruppa som har drøfta denne. Helse Førde og Helse Stavanger meiner det er uheldig at helseføretaka ikkje har tatt del i vurderingane som er lagt til grunn for risikovurderinga. Dette betyr noko når ein for eksempel skal vurdere konsekvensar for rekruttering.

Helse Bergen har peika på at prosjektgruppa ikkje blei samd om eit forslag til funksjonsfordeling, og at det derfor blei bedt om ei ekstern vurdering. Da bør denne vurderinga vektleggjast, og vi bør samtidig sjå til kva som blir gjort i andre regionar og til internasjonal utvikling.

Helse Førde, Helse Fonna og Helse Stavanger er kritiske til vurderingar som er gjort knytt til konsekvensar for rekruttering, det å behalde fagpersonar og kva dette vil bety for resten av verksemda i helseføretaka.

Helse Fonna, Helse Førde og Helse Stavanger stilte seg og kritiske til at volumet for kreftkirurgi i risikovurderinga blir vurdert opp mot total kirurgisk verksemd og ikkje kirurgi for den aktuelle kreftforma. Dei meiner det vil være meir relevant å vurdere volumet opp mot likande kirurgi som blir utført innan det aktuelle fagområdet.

Helseføretaka sine synspunkt knytt til vurderingar for dei enkelte kreftformene er tatt inn i punkt 4.3.

4. FORSLAG TIL NY FUNKSJONSFORDELING FOR KREFTKIRURGI I HELSE VEST

4.1 Innleiing

Forslaget til funksjonsfordeling som prosjektleiar la fram for prosjektgruppa jf. punkt 2 var basert på status for den kreftkirurgiske verksemda i helseføretaka sett opp mot dei krava som er stilt frå Helsedirektoratet. Desse er brukt som indirekte mål på kvalitet. Forslaget innebar og å vidareføre aktivitet som ikkje oppfyller alle krav. Det kan argumenterast for å vidareføre aktiviteten med kompenserande tiltak for å sikre eit robust tilbod.

Krava frå Helsedirektoratet omhandlar mellom anna volum (talet på kreftkirurgiske inngrep) – både for den enkelte kirurg og for sjukehuset. Sjølv om samanhengen mellom volum og kvalitet klart er til stade, er det ofte vanskeleg å angi eit kritisk nedre volum for den enkelte pasientgruppa eller prosedyre. Talet kan variere mykje mellom ulike pasientgrupper, ved ulike behandlingsmetodar og ved ulik organisering av verksemda.

Ei rekke andre faktorar enn pasientvolum kan også påverke kvaliteten:

- høgt volum for den enkelte tilsette i tillegg til volum for sjukehuset
- i tillegg til mengdetrening at prosedyrar blir utført riktig
- om sjukehuset har tilgrensande aktivitet for andre pasientgrupper, der nødvendige ferdigheiter kan bli lært og halde ved like
- dei enkelte medarbeidarane sine ferdigheiter, men også av korleis behandlingsteam og sjukehus er organisert og samhandlar.
- Samarbeid med andre sjukehus

Pasientvolum aleine er derfor ikkje godt nok grunnlag for å vurdere funksjonsfordeling. Tilstrekkeleg pasientvolum er ein nødvendig, men ikkje ein tilstrekkeleg føresetnad for kvalitet. Ein må også trekke inn indirekte konsekvensar av sentralisering. Konsekvensane for andre tilgrensande pasientgrupper som "blir igjen" må vurderast. Dette gjeld både pasientar som skal ha liknande elektiv behandling, og pasientar med behov for akutt hjelp der denne helsehjelp er basert på ferdigheiter som blir innøvd og haldt ved like ved elektiv aktivitet.

Bortfall av fagleg utfordrande oppgåver i sjukehus kan på lang sikt få konsekvensar for rekruttering.

Eit mål med funksjonsfordeling for kreftkirurgi er å samle kompliserte prosedyrar og vurderingar for små pasientgrupper til få individ, slik at den enkelte kan øve opp og vedlikehalde nødvendige tekniske ferdigheiter og annan kompetanse. Ønske om å involvere få personar står delvis i eit motsetningsforhold til ønske om at den enkelte verksemda skal ha god kontinuitet. Dette blir forsterka av at mange verksemdar er avhengig av fleire personellgrupper som alle må være tilgjengelege for å gi eit kvalitativt godt tilbod.

Det må og tas omsyn til at kreftkirurgisk verksemd ikkje skal være avhengig av enkeltpersonar. Tenesta skal kunne gjerast kontinuerleg gjennom feriar og andre

endringar i drifta, samt dersom enkeltpersoner med sentrale oppgåver skulle bli borte grunna kurs, permisjonar, sjukdom, pensjon eller død.

Konklusjonar om funksjonsfordeling vil ofte måtte bli gjort utan at det fins vitskapeleg bevis samla sett som klart støtter ei bestemt løysing. Som regel må ein byggje på ei rekke faktorar som kvar for seg er vanskelege å kvantifisere og vege mot kvarandre. Samtidig vil konsekvensar av ulike alternativ for oppgåvefordeling i den enkelte sak fortøna seg ulikt avhengig av kor i helsevesenet ein er.

Prosjektgruppa var delt i synet på deler av forslaget jf. punkt 2. Etter drøfting av risikovurderinga og innspel frå eksterne fagpersoner og regionalt brukarutval er det framleis ikkje semje om deler av forslaget til funksjonsfordeling.

Risikovurderinga og innspela til denne inneheld ikkje avgjerande faktorar som går i mot opprinneleg forslag til funksjonsfordeling frå prosjektleiar med unntak av RBU sitt innspel om at lungekrefkirurgi bør flyttast frå Helse Stavanger til Helse Bergen. Deler av prosjektgruppa er kritiske til vurderingane som er lagt til grunn i risikovurderinga og meiner ikkje konsekvensane av forslaga kjem fram i denne.

Prosjektgruppa har etter dette gjort ei ny vurdering og gjennomgang forslaget til funksjonsfordeling frå prosjektleiar jf. punkt 2.

I avsnitta under er forslaga det er semje om synleggjort i punkt 4.2. Punkt 4.3 syner dei forslaga til funksjonsfordeling det er semje om, men der det er behov for å setja i verk eller formalisere kompenserande tiltak. I avsnitt 4.4. følgjer dei forslaga til funksjonsfordeling det ikkje er semje om kor føretaka har grunngjeve kvifor dei ikkje er samde i forslaget.

4.2 Forslag det er semje om

Skjoldbruskkjertel

Kirurgi for kreft i skjoldbruskkjertel blir i all hovudsak gjort i Helse Bergen i dag, og det er semje om at denne ordninga blir regionalisert. Det er langt fleire operasjonar på skjoldbruskkjertelen for godarta lidingar enn for ondarta. Regionalisering omfattar ikkje inngrep på godarta tilstandar. I nokre tilfelle vil slike inngrep postoperativt vise seg å være et kreftinngrep, sett i lys av patologisvar. Slike tilfelle blir ikkje oppfatta som eit brot på regionalisering av kreftinngrepa. Desse pasientane skal fylgjast opp i tråd med retningslinjene når svaret frå patolog ligg føre.

Urinblære

Fjerning av urinblære (cystektomi) er regionalisert til Helse Bergen og det er semje om å vidareføre ordninga.

Spiserør

Kirurgi for kreft i spiserør er regionalisert til Helse Bergen og det er semje om å vidareføre ordninga

Tjukktarm

Kirurgi for kreft i tjukktarm blir gjort i alle fire helseføretaka i dag. Det er semje om å vidareføre denne ordninga, men at operasjonar for kreft i tjukktarm blir avslutta ved Voss sjukehus.

Endetarm

Kirurgi for kreft i endetarm blir gjort i alle fire helseføretaka i dag. Det er semje om å vidareføre denne ordninga.

4.3 Forslag til funksjonsfordeling det er semje om med behov for kompenserande tiltak

For nokre område som ikkje fyller alle krav frå Helsedirektoratet er det semje om funksjonsfordeling gitt at det blir sett i verk kompenserande tiltak. Dette gjeld følgjande:

Lungekreft

Risikovurderinga har vurdert tre faktorar som kritiske; talet på kirurgar, volumet og utdanningsfunksjonen. Denne tilrår at det må setjast i verk kompenserande tiltak dersom aktiviteten i Helse Stavanger skal vidareførast. Faggruppa meiner det bør gjerast ny risikovurdering om ein vel å sette inn kompenserande tiltak, og RBU meiner denne aktiviteten bør flyttast til Helse Bergen.

Kirurgi for kreft i lunge blir i dag gjort i Helse Bergen og Helse Stavanger. Helse Stavanger har per i dag ikkje eigne kirurgar og volumet for kreftkirurgi er lågt i høve til krava. Føretaket oppfyller elles krava som er sett til lungekreftkirurgi (mellom anna lungemedisin, radiologi/PET, anestesi/intensiv). Thorakskirurgar frå Helse Bergen gjennomfører inngrep i Helse Stavanger. Thorakskirurgar frå Helse Bergen som kjem til Helse Stavanger har ikkje det som obligatorisk del av sin tenesteplan. Helse Stavanger meiner at risikovurderinga og faggruppa si vurdering av denne ikkje fullt ut ser kor tett integrert dei to føretaka allereie jobbar i dag.

Dette er og eit viktig tiltak knytt mot behandling av større skader ved Helse Stavanger.

Dersom ein skal vidareføre kreftkirurgisk aktivitet for lungekreft i Helse Stavanger må det setjast inn kompenserande tiltak. Desse må formaliserast med ei skriftleg og strukturert avtale mellom Helse Bergen og Helse Stavanger. Avtalen må synleggjere korsleis samarbeidet skal organiserast, og korleis pasientane skal ivaretakast om det oppstår problem med kapasiteten ved sjukehusa.

Brakarrepresentanten uttrykkjer tvil til å vidareføre gjeldande ordning, og om kompenserande tiltak kan sikre ei kvalitativt godt tilbod, før ei konkret ordning med kompenserande tiltak er etablert.

- Prosjektgruppa foreslår at ordninga der kirurgar frå Helse Bergen opererer i Helse Stavanger blir vidareført med ein formalisert avtale mellom føretaka jf. modell med kompenserande tiltak skissert under. Ordninga må være etablert innan eit år. Det må då gjerast ny vurdering av om tiltaka er solide nok til å vidareføre funksjonsfordelinga.

Kompenserande tiltak:

Formalisert avtale mellom Helse Bergen og Helse Stavanger som omfattar følgjande:

- Korleis samarbeidet skal organiserast
- Fast ordning for kirurgar frå Helse Bergen som gjennomfører inngrep for lungekreft i Helse Stavanger
- Korleis pasientar skal ivaretakast om det oppstår problem med kapasiteten ved sjukehusa

Brystkreft

Kirurgi for brystkreft blir i dag gjort i alle fire føretaka. Helse Førde og Helse Fonna tilfredsstillar ikkje krav til volum per sjukehus og har for få kirurgar. Dei har ikkje utdanningsfunksjon i bryst/endokrinkirurgi pt. Helse Fonna har søkt om dette. Dette er kritiske faktorar som risikovurderinga og har peika på. Faggruppa har og merka seg dette, men påpeiker og at begge føretaka tilfredsstillar dei fleste av dei andre krava som og viktige for å sikre eit kvalitativt god behandling. RBU er i tvil og peiker på at ei vidareføring vil krevje gode og robuste kompenserande tiltak.

Helse Fonna har etablert brystdiagnostisk senter og er i ferd med å overta ansvar for mammografiscreening for pasientar frå eige opptaksområde. Dette vil kunne bidra til at ikkje så mange pasientar blir operert i Helse Stavanger og Helse Bergen frå Helse Fonna sitt opptaksområde og føre til at Helse Fonna truleg vil oppfylle krava til volum.

Prosjektgruppa er samde om at Helse Førde og Helse Fonna kan ha to opererande kirurgar for brystkreftkirurgi der det er eit mål at desse skal være mamma-endokrin kirurgar. Dette er ikkje i tråd med krava, men samstundes vil det gi fleire operasjonar per kirurg om ein ikkje deler dette på fleire. Dersom ein skal gå inn på ei slik ordning må det etablerast skriftleg og strukturert samarbeidsavtale med Helse Bergen eller Helse Stavanger som omfattar hospitering og felles vurdering av pasientar som det er aktuelt å operere i Helse Bergen eller Helse Stavanger. Avtalen må synleggjere korsleis samarbeidet skal organiserast, og korleis pasientane skal ivaretakast om det oppstår problem med kapasiteten ved sjukehusa.

- Prosjektgruppa er samde om å vidareføre kirurgi for brystkreft i Helse Førde og Helse Fonna under føresetnad om at det blir sett i verkt kompenserande tiltak som følger:

Kompenserande tiltak:

- Helse Førde og Helse Fonna må inngå skriftleg og strukturert samarbeidsavtale med Helse Bergen/Helse Stavanger
- Avtalen må synleggjere korsleis samarbeidet skal organiserast, og korleis pasientane skal ivaretakast om det oppstår problem med kapasiteten ved sjukehusa.
- Helse Førde og Helse Fonna kan ha to opererande kirurgar for brystkreftkirurgi der det er eit mål at desse skal være mamma-endokrin kirurgar.

Nyrekreft

Prosjektet har drøfta forslag om å flytte aktivitet frå Helse Førde til Helse Bergen og tilsvarende frå Helse Fonna til Helse Stavanger på grunn av låge volum. Nokre få tilfelle («lokalavansert») er foreslått sentralisert til Helse Bergen.

Kritiske faktorar i risikovurderinga for Helse Førde er talet på kirurgar og lite opptaksområde. Volum er vurdert som alvorleg. For Helse Fonna har volumet vore vurdert som kritisk og talet på kirurgar vore vurdert som alvorleg. Faggruppa peiker på at differensiering av nyrekreftkirurgi som vil medføre meir krevjande kirurgi for nokre av inngrepa framover ikkje er omtalt i risikovurderinga. Denne utviklinga taler for sentralisering av verksemda. RBU støttar at kirurgi for nyrekreft blir sentralisert til Helse Bergen og Helse Stavanger.

Helse Førde og Helse Fonna er ikkje samde i dei vurderingane som er gjort av konsekvensane av å flytte nyrekirurgien frå føretaka. Dei meiner dette vil få mykje større konsekvensar enn risikovurderinga syner. Begge føretaka meiner at det å behalde kreftkirurgien for nyre er avgjerande for å kunne vidareføre eit bredt og godt tilbod innan urologi. Helse Fonna meiner risikovurderinga har sett på ei avgrensa tidsperiode der det var spesielle forhold ved verksemda. Avgjersler basert på denne perioden kan gi uheldige konsekvensar.

Faggruppa meiner og at forslaget vil ha større negativ betydning for å behalde og rekruttere urologar enn det KPMG har lagt til grunn. Yngre urologar vil søkje alternative jobbmoglegheiter. Men gruppa meiner ikkje dette vil få konsekvensar for vaktberedskap, annan kirurgi og støttefunksjonar fordi framtidens urologar ikkje automatisk vil være vaktkompetente i «bløtvevskirurgi».

Helse Førde ynskjer ikkje å flytte kirurgi for nyrekreft til Helse Bergen. Helseføretaket meiner at dette vil få konsekvensar for rekruttering av urologar, og at dei vil miste fagfolk som i dag er del av den akutte vaktberedskapen. Ein fryktar at det vil få konsekvensar for resten av det urologiske tilbodet i føretaket. Helse Førde meiner det er god kvalitet på dette tilbodet i Helse Førde gjer i dag, og ein ønskjer å vidareføre aktiviteten gjerne i eit regionalt nettverk.

Helse Fonna støttar ikkje forslaget om å flytte kreft for nyrekirurgi frå Helse Fonna til Helse Stavanger/Helse Bergen. Helseføretaket meiner at flytting av denne kirurgien vil få store konsekvensar for fagmiljøet i Helse Fonna, og at ein vil miste viktige fagpersoner. Desse inngrepa er viktige for å klare å rekruttere urologar til føretaket og på den måten kunne tilby eit godt samla urologisk tilbod utover kreftkirurgien. Føretaket vil frå 2019 ha tre tilsette urologar. Desse fagpersonane er og viktige i akuttfunksjonen. Konsekvensane vil være store også for andre føretak som må ta imot mykje større del kirurgi på benigne tilstandar. Helse Fonna meiner og at det blir utført diagnostiske operasjonar på nyre som gjer at volumet er høgare enn det som er lagt til grunn for vurderinga.

Helse Bergen og Helse Stavanger vil støtte ei vidareføring av kirurgi for kreft i nyre dersom det blir gjort ei fornya vurdering om eit år der ein mellom anna vurderer utvikling knytt til volum og etablering av kompenserande tiltak.

Brukarrepresentanten støtta forslaget om å flytte kirurgi for nyrekreft frå Helse Førde og Helse Fonna til Helse Bergen/Helse Stavanger jf. punkt 2.10, men dersom nye data viser at ein i Helse Førde og Helse Fonna tilfredsstillar krav kan vidareføring støttast.

Prosjektleiaren foreslo opphavleg ei samling av kirurgi for nyrekreft i Helse Stavanger og Helse Bergen, men støttar vidareføring i alle fire HF gitt at krav om tett fagleg samarbeid blir gjennomført i samsvar med punkt under. Det må gjerast ei vurdering av om desse er etablert etter eit år, samt ny vurdering av volum.

- Prosjektgruppa vil tilrå at kirurgi for kreft i nyre blir vidareført i alle fire føretaka inntil vidare. For å kunne gjere dette må det setjast inn kompensierende tiltak. Ordninga må være etablert innan eit år. Det må då gjerast ny vurdering av om tiltaka er solide nok til å vidareføre funksjonsfordelinga samt ei ny vurdering av voluma og den faglege utviklinga innan dette fagområdet.

Kompenserande tiltak:

Helse Førde og Helse Fonna må inngå skriftlege og strukturerte samarbeidsavtaler med Helse Bergen/Helse Stavanger som omfattar

- hospitering
- felles vurdering av pasientar som det er aktuelt å operere i Helse Bergen/Helse Stavanger
- Avtalane må synleggjere korsleis samarbeidet skal organiserast og korleis pasientane skal ivaretakast om det oppstår problem med kapasiteten ved sjukehusa

Gynekologisk kreft

Det er bare Helse Bergen som oppfyller alle krav satt til alle dei tre kreftformene innan gynekologi. Kartlegginga av den gynekologiske verksemda viser eit tett samarbeid på tvers av alle fire føretaka som er dokumentert i eit eige skriv. Her blir enkeltpasientar drøfta i eigne møter ein gong i veka, og det blir i fellesskap bestemt kor pasienten skal opererast. På den måten blir krav til verksemda sikra.

- Det er semje om å vidareføre den regionaliserte ordninga for kirurgi for gynekologisk kreft som gjeld i dag.
- Ordninga må formaliserast med eigne avtaler mellom alle helseføretaka.

4.4 Behov for å vurdere nasjonal teneste

Leverkreft

Levermetastasar blir i dag operert i Helse Bergen og Helse Stavanger.

- Det er semje om å vidareføre ordninga med at levermetastasar blir operert i Helse Bergen og Helse Stavanger
- Primær leverkreft og gallegangskreft skal inntil vidare opererast i Helse Bergen. Volum for primær leverkreft og gallegangskreft er så lågt at behovet for ei

nasjonal teneste må vurderast i samarbeid med dei andre regionane. Helse Bergen støttar dette.

4.5 Forslag til funksjonsfordeling det ikkje er semje om

Kreft i magesekk

Prosjektlear har foreslått å flytte all verksemd til Helse Bergen på grunn av lågt volum, fagleg nærleik til kirurgi på spiserør og fallande insidens. Risikovurderinga ser volumet som ein kritisk faktor. RBU støtter denne vurderinga og tilrår at denne verksemda blir lagt til Helse Bergen.

Helse Stavanger støttar ikkje forslaget om å flytte kirurgi for kreft i magesekk frå Helse Stavanger til Helse Bergen. Helseføretaket ønskjer å behalde dagens ordning, og at pasientar frå Helse Fonna (unntatt dei med svulstar nær øsofagus) skal tilvisast til Helse Stavanger. Helse Stavanger meiner dei har god kvalitet på verksemda i dag og eit robust fagmiljø i føretaket (inkl. PET), og at det vil få store konsekvensar for føretaket om denne kirurgien blir flytta. Dette gjeld rekruttering, det å behalde fagpersonar og for utdanningsfunksjonen innan gastrokirurgi. Helse Stavanger meiner at det vil ha større konsekvensar for føretaket å flytte kirurgi for kreft i magesekk til Helse Bergen enn det risikovurderinga syner.

Faggruppa er samd i at dette kan ha større effekt på rekruttering, og det å behalde fagpersonar, enn det KPMG har vurdert dersom ein ser flytting av kirurgi for kreft i magesekk saman med å flytte kirurgi for kreft i bukspyttkjertel. Dei meiner likevel det er rett å sentralisere kirurgi for desse tilstandane.

- Helse Førde, Helse Fonna og Helse Bergen er samd i forslag frå prosjektlear om at kirurgi for kreft i magesekk blir flytta frå Helse Førde, Helse Fonna og Helse Stavanger til Helse Bergen.
- Helse Stavanger meiner at kirurgi for kreft i magesekk kan bli gjort i Helse Bergen og Helse Stavanger og at pasientar frå Helse Fonna blir tilvist til Helse Stavanger.
- Brukarrepresentanten støttar forslag om å sentralisere all kirurgi for kreft i magesekk til ein stad i regionen.

Kreft i bukspyttkjertel

Kirurgi for kreft i bukspyttkjertel blir i dag utført i Helse Bergen og Helse Stavanger. Prosjektlear har foreslått å samle all denne aktiviteten i Helse Bergen fordi volumet i Helse Stavanger er lågt. Dersom verksemda blir samla til ein plass vil dette gi eit meir robust tilbod. Også her peiker risikovurderinga på lågt volum som ein kritisk faktor. RBU støtter denne vurderinga og tilrår at denne verksemda blir lagt til Helse Bergen.

Helse Stavanger støttar ikkje forslaget om å flytte kirurgi for kreft i bukspyttkjertel frå Helse Stavanger til Helse Bergen. Helseføretaket ønskjer å behalde dette tilbodet og at ein i tillegg får tilvisingar frå Helse Fonna.

Vurderinga er basert på talet på inngrep med kreft. Helse Stavanger meiner med tilvising til Helsedirektoratet sin rapport Kreftkirurgi i Norge at det totale talet på inngrep må leggjast til grunn – både operasjonar utført pga sikker kreftsjukdom og operasjonar utført ut i frå aksepterte faglege kriterium fordi a) det ligg føre risiko for kreftutvikling eller b) det ikkje lar seg sikkert definere ut frå bildediagnostikk om tilstanden er ondarta eller godarta. Dei kirurgiske inngrepa er prinsipielt dei same. Helse Stavanger meiner at dette må leggjast til grunn for vurderinga. Dei meiner vidare at ein ut i frå faglege kriterier og resultat kan behalde dette tilbodet i føretaket, og ser ikkje kvalitative grunnar til å flytte denne aktiviteten.

- Helse Førde, Helse Fonna og Helse Bergen er samd i forslag frå prosjektleiar om at kirurgi for kreft i bukspyttkjertel blir flytta frå Helse Stavanger til Helse Bergen.
- Helse Stavanger meiner at kirurgi for kreft i bukspyttkjertel kan bli gjort i Helse Bergen og Helse Stavanger og at pasientar frå Helse Fonna blir tilvist til Helse Stavanger.
- Brukarrepresentanten støttar forslag om å sentralisere all kirurgi for kreft i bukspyttkjertel til ein stad i regionen.

4.6 Oppsummering av forslag til funksjonsfordeling

Som grunnlag for å vurdere ny funksjonsfordeling har prosjektgruppa kartlagt den kreftkirurgiske verksemda i regionen og i tabell 2 er det synleggjort status for dei ulike føretaka. I dette er det bare tatt omsyn til den kreftkirurgiske verksemda opp mot krava i Helsedirektoratet sin rapport. I tillegg har prosjektet vurdert effektane for annan kirurgi dersom ein flytter kreftkirurgi frå eit føretak.

Prosjektet meiner at det for nokre områder er mogleg å setje i verk kompenserande tiltak i staden for å flytte kirurgien. Dette mellom anna for å sikre annan aktivitet i føretaket. For nokre område har det vært uttrykt tvil eller uvisse til om dette er riktig.

Prosjektgruppa foreslår derfor følgjande:

- **Lungekreftkirurgi** - ordninga der kirurgar frå Helse Bergen opererer i Helse Stavanger blir vidareført med kompenserande tiltak skissert i punkt 4.3. Ordninga må være etablert innan eit år. Det må då gjerast ny vurdering av om tiltaka er solide nok til å vidareføre funksjonsfordelinga.
- **Nyrekreftkirurgi** - kirurgi for kreft i nyre blir vidareført i alle fire føretaka inntil vidare. For å kunne gjere dette må det setjast inn kompenserande tiltak. Ordninga må være etablert innan eit år. Det må då gjerast ny vurdering av om tiltaka er solide nok til å vidareføre funksjonsfordelinga samt ei ny vurdering av voluma og den faglege utviklinga innan dette fagområdet.
- Helse Vest gjer kvart år ein gjennomgang av kreftkirurgien i regionen opp mot krava som er sett til kreftkirurgisk verksemd i Noreg. Dette gjeld spesielt dei områda der det nå er foreslått å vidareføre aktivitet med kompenserande tiltak. Det bør gjerast årleg gjennomgang av aktuelle kompenserande tiltak, og ei meir omfattande vurdering av funksjonsfordelinga etter om lag fire år.

Tabell 5 under viser forslag til ny funksjonsfordeling frå prosjektgruppa. Områda merka med gult bør vurderast om eit år dersom forslaget blir vedtatt. Områda merka med rødt er det ikkje semje om.

Tabell 5 Forslag til ny funksjonsfordeling for kreftkirurgi i Helse Vest

Fagområde/ kreft i:	Helse Førde	Helse Bergen	Helse Fonna	Helse Stavanger
Lunge	Ikkje aktuelt	0	Ikkje aktuelt	Foreslått vidareført i formalisert samarbeid med Helse Bergen
Bryst	Foreslått vidareført i formalisert samarbeid med Helse Bergen	0	Foreslått vidareført i formalisert samarbeid med Helse Bergen/Helse Stavanger	I
Skjoldbruskkjertel	Ikkje aktuelt	I	Ikkje aktuelt	Foreslått flytta til Helse Bergen
Nyre	Foreslått vidareført i formalisert samarbeid med Helse Bergen	0	Foreslått vidareført i formalisert samarbeid med Helse Bergen/Helse Stavanger	I
Urinblære	Ikkje aktuelt	I	Ikkje aktuelt	Ikkje aktuelt
Livmor	Formelt regionalt samarbeid (dokumentert i vedlegg til rapport)			
Eggstokk	Formelt regionalt samarbeid (dokumentert i vedlegg til rapport)			
Livmorhals	Formelt regionalt samarbeid (dokumentert i vedlegg til rapport)			
Spiserøret	Ikkje aktuelt	I	Ikkje aktuelt	Ikkje aktuelt
Magesekk	Foreslått flytta til Helse Bergen	I	Foreslått flytta til Helse Bergen	Foreslått flytta til Helse Bergen
Tjukktarm	II	0	I	0
Endetarm	I	0	I	0
Levermetastaser	Ikkje aktuelt	0	Ikkje aktuelt	I
Primær leverkreft og gallegangskreft	Volum for primær leverkreft og gallegangskreft er så lågt at behovet for ei nasjonal teneste må vurderast i samarbeid med dei andre regionane			
Bukspyttkjertel	Ikkje aktuelt	I	Ikkje aktuelt	Foreslått flytta til Helse Bergen

5 ANNAN ELEKTIV KIRURGI

5.1 Innleiing

Prosjektgruppa er bedt om å avklare om flytting av kreftkirurgi gir ledig operasjonskapasitet som kan nyttast til andre inngrep. Forslaget om funksjonsfordeling for kreftkirurgi som prosjektgruppa har kome fram til i punkt 4 vil ikkje gi endringar av eit omfang som gjer grunnlag for å flytte annan aktivitet nå.

Prosjektet er og bedt om å vurdere annan elektiv kirurgi i regionen. Det er i mandatet peika på at det truleg er ei skeivfordeling mot dei store sjukehusa, ikkje bare for avansert kirurgi, men også for dei vanlege formene for kirurgi.

I dette kapittelet blir det gjort analyser og vurderingar knytt til elektiv kirurgisk aktivitet som kan utførast i alle dei fire helseføretaka med fokus på mellom anna pasientstraumar mellom helseføretaka.

5.2 Datagrunnlag

I dette avsnittet er data analysert på to ulike måtar:

Sjukehusområde - basert på helseføretaksområde tel ein sjukehusopphald for pasientar i det aktuelle området. Dette er i tabellane forkorta til **HBE-om** osv.

Sjukehus - tal på sjukehusopphald i eit helseføretak/sjukehus utan omsyn til kor pasienten kjem i frå. Dette er i tabellane forkorta til **HBE-s** osv.

Organiseringa av dei kirurgiske tenestane har vore rimelig konstant dei siste åra. I det fylgjande har ein valt å sjå på sjukehusopphald (inneliggande og dagbehandling) i kirurgiske einingar i åra 2016-17 slik det går fram av data frå Norsk pasientregister (NPR)¹⁰. Alle med bustad i Helse Vest, uavhengig kor i landet dei blei behandla, er tatt med. Samla utgjer det 259.678 elektive og akutte opphald fordelt mellom opererte (kirurgiske DRG) og ikkje opererte slik det går fram av tabell 6:

Tabell 6 Sjukehusopphald i 2016 og 2017 for pasientar frå Helse Vest i kirurgiske einingar fordelt etter inkomstmåte og DRG-type

Innmåte/år	Ikkje-Kir-DRG	Kir-DRG	Totalsum
Elektiv	17711	135889	153600
2016	9018	67128	76146
2017	8693	68761	77454
ØH	76007	30071	106078
2016	39098	15183	54281
2017	36909	14888	51797
Totalsum	93718	165960	259678

I det fylgjande er berre pasientar som er blitt operert og som dermed er hamna i kirurgisk DRG – totalt 165.960 blitt analysert.

¹⁰ Ein har definert kirurgiske einingar til dei som har >30 sjukehusopphald pr år med kirurgiske DRG Opplagte «medisinske» einingar som medisinske og nevrologiske avdelingar mv. som kan ha fått utført kirurgiske behandlingar er tatt bort. Polikliniske kontaktar som ikkje er dagkirurgi er ikkje med.

Dette kapittelet omhandlar kirurgisk behandling innan følgjande fagområde¹¹:

- generell kirurgi (mamma- og endokrin kirurgi, gastrokirurgi, karkirurgi, urologi)
- plastikkirurgi
- ortopedi
- gynekologi
- hjarte, lunge og dei store kar.

Punkt 5.3 og 5.4 omhandlar elektive sjukehusopphald¹² medan ein i 5.5 også ser på akutte sjukehusopphald.

5.3 Dagens pasientstraumar

Tabell 7 viser alle elektive operative sjukehusopphald i 2016 og 2017, totalt 135.889 for heile populasjonen.

Tabell 7 Bruk av operative sjukehusopphald i 2016 og 2017 fordelt mellom sjukehusområda i Helse Vest (elektive) for heile populasjonen¹³

Sjukehusområde	2016		2017		Samlet	
	Andel	Andel	pr 10000	Sum	Gjennomsnitt	
HBE-om	39 %	40 %	610	53245	39 %	
HFO-om	19 %	19 %	708	25667	19 %	
HFR-om	12 %	11 %	695	15826	12 %	
HST-om	30 %	30 %	577	41151	30 %	
Totalsum	67128	68761	624	135889		

Det var ei auke i elektive sjukehusopphald samla på 2,4 % frå 2016 til 2017. Minst forbruk i befolkninga var det i Helse Stavanger området.

Om ein sette forbruket i Helse Stavanger-området til 1,0, var forbruket i Helse Bergen - området 1,06, i Helse Førde-området 1,20 og i Helse Fonna-området 1,23.

Avgrensar ein vidare til dei utvalde sjukdomsgruppene (sjå fotnote 12), viser tabell 8 overordna pasientstraumar frå sjukehusområda til dei sjukehusa pasientane vart behandla ved – altså kor stor del av desse blei behandla ved «eige» sjukehus og kor stor del ved sjukehus utanfor eige HF-område.

¹¹ Kreftkirurgi saman med kirurgi innan øye- og ØNH og dei med hovudtilstand infeksjonssjukdommar, luftvegslidingar, barnelidingar, psykiske lidingar og blodsjukdomar er halde utanfor.

¹² Eit sjukehusopphald kan vere samansett av fleire avdelingsopphald. Den avdelinga som «vinn» sjukehusopphaldet vinn også hovuddiagnosen (hovudtilstand - HT). Som regel er det den avdelinga som har den eller dei «tyngste» operasjonane, men i nokre enkelte tilfelle kan operasjonar utførte ved ei kirurgisk eining ikkje kome med i dette oppsettet.

¹³ Fordelinga per 10000 byggjer på busetnaden i kommunane oppgjeven av SSB per 31.12.2016. 1.102.253 innbyggjarar i Helse Vest.

Tabell 8 Fordeling av kirurgiske elektive sjukehusopphald fordelt etter område pasientane kom frå og det helseføretaket dei blei behandla ved. Inkludert pasientar utan kreftoperasjonar, auge-, ØHN-sjukdommar og eit fåtal andre.

År/område	HBE-s	HDS	HFO-HSR	HFR-s	HST-s	Priv-andre	RHF-M+N	RHF-OUS	RHF-SØ	Totalsum
2016	13694	3158	10029	3703	8776	5738	1521	780	741	43277
HBE-om	61,0 %	16,4 %	1,0 %	1,2 %	0,1 %	18,2 %	0,5 %	1,3 %	0,4 %	17459
HFO-om	17,2 %	1,3 %	64,8 %	0,6 %	4,0 %	9,5 %	0,3 %	1,8 %	0,6 %	8583
HFR-om	16,4 %	2,6 %	0,2 %	67,9 %	0,0 %	6,4 %	4,3 %	1,7 %	0,6 %	5047
HST-om	6,1 %	0,5 %	4,7 %	0,1 %	69,0 %	11,7 %	0,4 %	2,6 %	4,9 %	12188
2017	14705	3146	9847	3431	8822	5487	1790	870	920	44154
HBE-om	62,0 %	15,5 %	1,0 %	0,9 %	0,1 %	17,9 %	0,4 %	1,5 %	0,5 %	18382
HFO-om	18,1 %	1,3 %	65,8 %	0,6 %	3,1 %	8,5 %	0,3 %	1,8 %	0,6 %	8459
HFR-om	18,6 %	2,5 %	0,2 %	66,6 %	0,1 %	5,7 %	4,1 %	1,8 %	0,5 %	4780
HST-om	7,1 %	0,5 %	5,2 %	0,2 %	68,1 %	9,6 %	0,5 %	2,8 %	6,0 %	12533
Totalsum	28399	6304	19876	7134	17598	11225	3311	1650	1661	87431
Andel samla	32,5 %	7,2 %	22,7 %	8,2 %	20,1 %	12,8 %	3,8 %	1,9 %	1,9 %	100,0 %

Tabell 8 viser at fordelinga er tilnærma lik for dei to åra.

I tabell 8 i rada for **Helse Bergen i 2016** ser ein frå venstre i tabellen at 61% av pasientane frå Helse Bergen sitt område har fått behandling i Helse Bergen sine sjukehus, 16,4 % ved Haraldsplass Diakonale sjukehus (HDS), 1 % ved Helse Fonna/Haugesund Revmatisme sjukehus (HSR) osv.

Tabell 9 viser aktivitet i kvart helseføretak fordelt etter talet på sjukehusopphald frå eige opptaksområde, frå andre føretak i Helse Vest og delen som går ut av eige føretak til andre føretak i regionen for dei same sjukdomsgruppene som ovanfor.

Tabell 9 Fordeling mellom sjukehus - tal sjukehusopphald frå eige område, pasientar behandla i andre område i HV og utanfor HV (elektive opphald som fell i kirurgisk DRG)

Sjukehus i Helse Vest	2016				2017			
	Pasientar frå eige opptaksområde	Pasientar behandla i andre føretak i Helse Vest	Pasientar behandla hos private eller andre regionar	Totalt	Pasientar frå eige opptaksområde	Pasientar behandla i andre føretak i Helse Vest	Pasientar behandla hos private eller andre regionar	Totalt
HBE + HDS	13505	3347	3539	20391	14259	3592	3743	21594
HFO + HSR	5559	767	1048	7374	5563	853	945	7361
HFØ	3425	278	652	4355	3184	247	575	4006
HST	8410	366	2381	11157	8532	290	2371	11193
Helse Vest	30899	4758	7620	43277	31538	4982	7634	44154

For eksempel hadde Helse Fonna og Haugesund Sanitetsforening Revmatismesjukehus i 2016 5559 sjukehusopphald frå eige nedslagsfelt. Samtidig blei 767 behandla ved andre helseføretak i Helse Vest og 1048 fekk si kirurgiske behandling enten hos private kommersielle eller i andre RHF. Av dei 7374 sjukehusopphalda blei altså 75 % behandla innan eige helseføretak og 25 % utanfor.

Dei sjukehusa som «tar» mest frå andre i Helse Vest er Helse Bergen og Haraldsplass Diakonale sjukehus med 16 % av aktiviteten sin frå andre helseføretak. Noko av dette er ganske sikkert regionsjukehusoppgåver.

Dei som «kjøper» mest er Helse Stavanger med 21 % av ein teoretisk aktivitet i sitt område. Helse Vest RHF «kjøper» utanfor egne sjukehus samla for desse fagområda dei to åra høvesvis 18 og 17 % av sjukehusopphalda. Mykje av dette er som dagkirurgi.

Om ein bryt ned dette på dei sjukdomsgruppene som vert behandla her, kjem bruken i 2017 fram slik som vist i tabell 10. Det er om lag same fordeling i 2016 også.

Tabell 10 Fordeling av dei ulike sjukegruppene mellom helseføretak-områda fordelt etter kor dei vert behandla. Elektive kirurgiske pasientar i 2017

Lidelser / sykdomsgrupper	HBE-om				HFO-om				HFR-om				HST-om				HV
	HBE-HDS	Andre HF	Andre- utanfor HV	Subtotal	HFO-HSR	Andre HF	Andre- utanfor HV	Subtotal	HFR-s	Andre HF	Andre- utanfor HV	Subtotal	HST-s	Andre HF	Andre- utanfor HV	Subtotal	
Muskel-skjelett lidelse	3301	148	943	4392	1430	522	408	2360	1034	211	237	1482	1649	345	764	2758	10992
Gyn-føde	1923	26	808	2757	1223	85	74	1382	540	91	71	702	1429	474	223	2126	6967
Gastro sykdom	1616	22	277	1915	707	110	35	852	267	55	29	351	1345	18	160	1523	4641
Hjerte-kar lidelse	1571	0	45	1616	136	532	35	703	58	283	40	381	711	435	66	1212	3912
Symptomer - uavklarte	1290	19	95	1404	369	160	40	569	303	83	25	411	903	60	97	1060	3444
Urologi	1138	33	127	1298	408	73	134	615	390	37	32	459	475	19	171	665	3037
Nervelidelser	437	12	212	661	334	72	46	452	131	33	25	189	623	34	171	828	2130
Komplikasjoner	851	7	72	930	277	113	15	405	108	72	15	195	371	63	45	479	2009
Varicer ol	151	95	752	998	229	20	33	282	80	11	30	121	176	11	237	424	1825
Skader	801	4	38	843	143	62	42	247	114	46	17	177	315	19	69	403	1670
Endokrine sykdommer	401	8	251	660	124	72	42	238	42	35	26	103	257	28	152	437	1438
Misdannelser	366	3	82	451	50	108	39	197	34	46	23	103	206	108	89	403	1154
Hudlidelser	413	3	41	457	133	22	2	157	83	18	5	106	72	16	127	215	935
Totalsum	14259	380	3743	18382	5563	1951	945	8459	3184	1021	575	4780	8532	1630	2371	12533	44154

Muskel-skjelett lidingar var den enkelte sjukdomsgruppa som dominerer i alle helseføretak og som samstundes var den som alle «kjøpte» mest av.

Totalt var det i 2017 12.616 sjukehusopphald utanfor egne helseføretak (knappe 29 % av all kirurgisk verksemd). Av dette igjen utgjorde muskel-skjelettlidningar vel 28 %, medan gynekologiske sjukdomar stod for knappe 15 %, hjertekar-lidningar for vel 11 % og åreknutar vel 9 % av det som helseføretaka ikkje tok sjølv. Rundt 5 % kvar låg mage-tarm sjukdomar, urologiske sjukdomar, endokrine sjukdomar (her under også bariatrisk og postbariatrisk kirurgi) og nerverlidningar (som isjias).

5.4 Kjøp hos private kommersielle aktørar

Totalt blei det kjøpt 13.296 sjukehusopphald for kirurgi (6752 og 6544) hos private¹⁴ i 2016 og 2017 (alle former for kirurgi utanom auge- og ØNH-sjukdommar)

For de oppførte sjukdomsgruppene i tabell 11 blei det i dei to åra registrert 11.225 opphald (5738 og 5487) kor samla knappe 58 % var frå Helse Bergen området, 14 % frå Helse Fonna området, 5 % frå Helse Førde området og vel 23 % frå Helse Stavanger området. Det er ein viss nedgang i tal inneliggjande i 2017 samanlikna med 2016, medan dagbehandling er heilt konstant. Fordelinga mellom dag- og døgnbehandling i dei ulike sjukdomsgruppene går fram av tabell 11.

Tabell 11 Kjøp av elektiv kirurgisk verksemd hos private i 2017 fordelt etter omsorgsnivå, sjukdomsgrupper og helseføretak-område

Type omsorgsnivå / lidelse	HBE-om	HFO-om	HFR-om	HST-om	Totalsum	Andel
Dagbehandling	2774	547	209	1082	4612	84 %
Muskel-skjelett lidelse	857	369	145	538	1909	41 %
Varicer ol	744	30	21	207	1002	22 %
Gyn-føde	566	59	19	23	667	14 %
Nerverlidelser	184	33	7	121	345	7 %
Gastro sykdom	211	6		14	231	5 %
Endokrine sjukdomar	14	12	3	136	165	4 %
Urologi	91	4	2	3	100	2 %
Skader	17	32	8	38	95	2 %
Komplikasjonar	43			1	44	1 %
Andre-tilstandar	47	2	4	1	54	1 %
Døgnbehandling	515	170	63	127	875	16 %
Endokrine sjukdomar	227	27	19	9	282	32 %
Gyn-føde	164	2	1	3	170	19 %
Urologi	2	110		27	139	16 %
Muskel-skjelett lidelse	35	13	8	48	104	12 %
Hjerte-kar lidelse	11	16	32	19	78	9 %
Gastro sykdom	42	1	1	10	54	6 %
Andre-tilstandar	34	1	2	11	48	5 %
Totalsum	3289	717	272	1209	5487	

Tilnærma all behandling av endokrine sjukdomar er postbariatrisk kirurgi då dei fell i denne hovudkategorien. Her ser ein forskjell mellom Helse Bergen og Helse Stavanger med omsyn til omsorgsnivå. Det er vidare interessant å leggje merke til at kjøp av

¹⁴ Private kommersielle sjukehus og avtalespesialistar

helsetenester knytt til gastro-lidingar og gynekologiske sjukdomar vert brukt nesten berre i Helse Bergen, medan Helse Stavanger er relativt storbrukar av behandling for muskel-skjelett sjukdomar og åreknutar. Helse Fonna er største brukar av behandling for urologiske sjukdomar.

5.5 Akuttkirurgisk tilbod

Det var i 2016 og 2017 høvesvis registrert 15.183 og 14.888 kirurgiske sjukehusopphald (med kirurgisk DRG) som akutte. Om ein konsentrera seg om dei største sjukdomsgruppene men tar med svulstar (jf definisjon over) får ein for 2017 13.746 sjukehusopphald (945 som dag- og 12.801 som døgnbehandling) som fell i kirurgisk DRG.

Fordeling mellom sjukdomsgrupper / lidingar, sjukehusa og områder går fram av tabell 12 og 13.

Tabell 12 Fordeling av ØH-sjukehusopphald som fell i kirurgisk DRG for dei største sjukdomsgruppene og stad for behandling i 2017. Pasientar heimehøyrande i HV

Lidelser	HBE-s	HDS	HFO-s	HFR-s	HST-s	Øvrige	Totalsum
Skader	1932	323	674	287	1001	193	4410
Gastro sykdom	934	102	413	202	999	103	2753
Hjerte-kar lidelse	1495	4	61	31	847	75	2513
Gyn-føde	343	2	184	107	671	30	1337
Komplikasjoner	383	27	124	57	321	27	939
Symptomer - uavklarte	244	6	164	15	89	24	542
Muskel-skjelett lidelse	218	16	59	34	140	14	481
Svulster	233	14	53	38	127	12	477
Urologi	82	6	42	27	131	6	294
Totalsum	5864	500	1773	798	4326	484	13746
Del	46 %	13 %	6 %	31 %	4 %		

Tabell 13 Fordeling av ØH-sjukehusopphald for dei største sjukdomsgruppene, kor pasientane kom frå og kor dei vart behandla i 2017. Pasientar heimehøyrande i HV

Område / sykehus	HBE-s	HDS	HFO-s	HFR-s	HST-s	Andre	Totalsum
HBE-om	4874	483	21	10	21	125	5534
HFO-om	480	6	1734	3	132	52	2407
HFR-om	385	5	1	782	2	97	1272
HST-om	125	6	18	3	4171	210	4533
Totalsum	5864	500	1773	798	4326	484	13746
Del	43 %	4 %	13 %	6 %	31 %	4 %	100 %

I praksis kom 17 % av ØH pasientane i Helse Bergen utanfor eige opptaksfelt. Tilsvarande tall for dei andre sjukehusa var 2-3 %. Nokre av dei som kom utanfrå til Helse Bergen var regionsjukehuspasientar, men det var og ein god del som kom frå tilstøytande kommunar.

Analyserer ein dette nærare ser ein at det dessutan er ein mindre «lekkasje» nord og sør i RHF-et. I tillegg er det ein mindre lekkasje mot OUS som i store trekk kan vere pga. nasjonale tenester.

5.6 Innspel frå føretaka

Følgjande innspel er komne frå dei ulike helseføretaka med omsyn til fordeling og struktur:

Helse Førde har kort eller nesten inga ventetid på inngrep og ønskjer utfordrande og fleire oppgåver innan:

- Gastrokirurgi
- Urologi
- Plastikkirurgi
- Gynekologi
- Ortopedi

Infrastruktur som anestesi mv. må styrkast

Helse Bergen legg vekt på at ein må ta høgde for den faglege utviklinga slik at ein sentraliserer det som skal det og desentraliserer det som er fornuftig. Føretaket vil bidra til å snu pasientstraumane mot Helse Førde og Helse Fonna for dei inngrepa der det er aktuelt. Det er tre akuttsjukehus i Helse Bergen-området, og dei to «små» må ha nok volum for å kunne oppretthalde sin aktivitet. Ein kan tenke seg å desentralisere nokre spissfunksjonar som bariatrisk og postbariatrisk kirurgi, bekkenbotn dysfunksjonar / anoproktologi og brokkkirurgi. Vidare kan ein fordele det som vert kjøpt frå private innan benign generell kirurgi, gynekologi og ortopedi til andre helseføretak.

Helse Fonna har kapasitet innan alle «volumområder» der helseføretaket har dekning for. Dei peiker på at dei har kapasitet innan mindre kirurgi og ortopedi ved både Stord og Odda. Det er korte ventetider innan protesekirurgi (hofte- og kne-) og for isjiasoperasjonar, men lang ventetid innan gastrokirurgi ved Haugesund sjukehus

Helse Stavanger vil delta aktivt i arbeidet med å snu pasientstraumane. Dei meiner at det er fullt mogeleg å ta nokre av pasientane som går til andre RHF heim og sende pasientar frå Helse Stavanger området innan ortopedi og bariatrisk kirurgi til andre helseføretak.

5.7 Vurdering

Tredelt vaktssystem (gastro- og generell kirurgi, gynekologi-føde og ortopedi) er den standarden som ein legg opp til i moderne sjukehusstruktur. Aktiviteten innan ØH og då spesielt gastro- og generell kirurgi er marginal spesielt i Helse Førde, men og i Helse Fonna. Dette tilseier at elektiv kirurgi bør tilførast desse sjukehusa for at aktiviteten skal bli stor nok for eit robust vaktteam på desse stadane.

Det er tydeleg at det går pasientstraumar på ulike måtar både mellom helseføretaka, frå helseføretak-områda til private kommersielle i tillegg til ut av regionen til eksterne helseføretak. Noko av dette er truleg grunna i fritt sjukehusval og fristbrot, men det meste er nok ut frå tradisjonar, vaner og preferansar.

Det må vere eit mål å styre pasientstraumane mot eige helseføretak så sant det er eit tilfredsstillande tilbod ved dette. Skal det gjerast må det fokuserast så vel på organisatoriske forhold som på infrastruktur. Med infrastruktur meiner ein m.a. implementering av ny teknologi.

Det er fleire pasientstraumar som går ved sia av kvarandre. Desse kan summerast opp i fire hovudgrupper:

- Hovudstrøm til eige helseføretak
- Kjøp av kirurgiske tenester frå private kommersielle aktørar
 - Dette er størst i Helse Bergen sitt område etterfølgt av Helse Stavanger området. Det er størst omfang innan ortopedi, men også andre tilstandar som åreknutar, gynekologi, postbariatrisk kirurgi
- Kjøp av kirurgiske tenester utanfor Helse Vest ved offentlege sjukehus
 - Dette er størst i Helse Stavanger området
- «Vandring» / straumar mellom helseføretaka i regionen
 - Det er størst strøm mot Helse Bergen spesielt frå Helse Førde og Helse Fonna, men strømmen inneheld og regionsjukehusoppgåver

Samla «kjøper» Helse Vest nærmare 20 % av alle operative sjukehusopphald utanfor eigne helseføretak / sjukehus. Tala tyder på at det er eit godt grunnlag for å styrke den kirurgiske aktiviteten ved alle helseføretak, men då først og fremst i Helse Førde og Helse Fonna. I tillegg er det grunnlag for ei fordeling av oppgåvene.

5.8 Forslag til tiltak

Det bør startast eit arbeid for å påverke pasientstraumar i regionen slik at pasientar i størst mogleg grad vel eige sjukehus mellom anna for å styrke den elektive verksemda i de minste føretaka.

Følgjande forhold bør tas vidare i eit eige prosjekt

- Det kan vere ei oppgåve for Helse Stavanger å hente heim aktivitet frå i første rekkje Helse Sør-Øst og private kommersielle.
- Helse Bergen bør arbeid for å overføre pasientar frå andre helseføretak-område tilbake til eigne sjukehus. Dette må på den andre sida ikkje gå på integrasjon av behandlingsaktivitet og mogeleg god funksjonsfordeling mellom dei ulike sjukehusa.
- Det er sjukdomsgrupper som ein ikkje har dekkja fullt ut i Helse Vest. Eksempel på dette er i den bariatrisk behandlingsskjeda då spesielt post-bariatrisk kirurgi. Dette blir i dag tatt hand om av dei private kommersielle eller i regi av andre RHF sine sjukehus. Ein god struktur og eit adekvat behandlingstilbod for desse må etterlysast.
- Det kan sjå ut som det er ei manglande dekning innan ortopedi og benign gynekologi i tillegg til plastikkirurgi. Dette er både noko som kan fordelast mellom helseføretaka og i nokre tilfelle må det styrkast.
- Spesielt Helse Bergen må etablere rutinar der pasientar frå andre helseføretak som har eit fullverdig tilbod i eige helseføretak blir kontakta og gjort merksam på det gode tilbodet med kort ventetid i eige helseføretak for å få dei til å velje

behandling eige føretak. Pasientar som blir behandla gjennom avtaler med private kommersielle aktørar må også få dei same opplysningane.

- Tilbodet må synleggjerast og marknadsførast på nettsidene til Helse Førde og Helse Fonna, med omtale av tilbodet, og gjerne presentasjon av det faglige team som står for tilbodet. Det må gå klart fram at denne kirurgiske behandlinga er eit etablert stabilt tilbod med erfarne fagfolk, og eit støtteapparat som viser at dette er noko det aktuell helseføretaket ønskjer å drive på høgt nivå.

Hovudmålet med tiltaka skal ikkje vere å få store grupper av pasientar busett i Helse Stavanger og Helse Bergen sine område til å bli behandla i Helse Fonna eller Helse Førde, men å få pasientar frå desse områda til å velje eige føretak når det er mogleg

Arbeidet må ein gjere i samarbeid med leiinga og dei aktuelle fagfolka i helseføretaka. Det må vere ein føresetnad at kvart enkelt helseføretak må ta høgde for pasientstraumar som skal gå innan sitt område, og dei som skal gå til eit meir regionalisert tilbod. I den samanhengen kan fylgjande moment vere viktige:

- Kva ønsker ein å styrke i sitt helseføretak?
- Kva vil helseføretaka bygge opp av spisskompetanse?
- Kva kan styrke fagmiljøa – både dei kirurgiske og dei tilgrensande?
- Korleis vil helseføretaka profilere seg sjølv? Utdanne – rekruttere fagfolk mv?
- Oppgåver det i eit regionalt perspektiv er rett å flytte til mindre føretak
- Tilboda ein kjem opp med, må vere målretta og med kort ventetid for pasientane.
- Fastlegane og andre brukarar må vere involverte

Det bør vurderast om det kan gjerast spesielle satsingar innanfor avgrensa oppgåver som:

- Bariatrisk og postbariatrisk kirurgi
- Bekkenbotn dysfunksjonar / anoproktologi
- Brokkirurgi

Helse Vest Postboks
303 Forus
4066 Stavanger

Telefon: 51 96 38 00
helse-vest.no

