

## STYRESAK

**GÅR TIL:** Styremedlemmer  
**FØRETAK:** Helse Vest RHF  
**DATO:** 16. 09. 2019  
**SAKSHANDSAMAR:** Gjertrud Jacobsen  
**SAKA GJELD:** **Kreftkirurgi og annan elektiv kirurgi i Helse Vest**

**ARKIVSAK:** 2019/5108  
**STYRESAK:** 100/19

**STYREMØTE:** 30.09. 2019

---

### FORSLAG TIL VEDTAK

Styret i Helse Vest legg prosjektrapport om kreftkirurgi og annan elektiv kirurgi til grunn for vidare arbeid med kirurgi i regionen med følgjande presiseringar:

- a. Helse Vest skal kvart år gjere ein gjennomgang av kreftkirurgien i regionen opp mot krava som er sett til kreftkirurgisk verksemd i Noreg. Det skal gjerast årleg gjennomgang av aktuelle kompenserande tiltak, og ei meir omfattande vurdering av funksjonsfordelinga etter om lag fire år. Dersom kompenserande tiltak ikkje kan sikrast for eit fagområde må ny funksjonsfordeling vurderast.
- b. Kompenserande tiltak for fagområda lunge-, nyre, bryst og bukspyttkjertel skal vurderast spesielt i årleg gjennomgang.
- c. Basert på forslag til tiltak i rapporten om annan elektiv kirurgi skal eit regionalt prosjekt utarbeide konkrete forslag til korleis desse kan gjennomførast i helseføretaka. Det skal spesielt leggast vekt på arbeidet med pasientstraumar slik at pasientane i større grad vel eige føretak når det er mogleg. Prosjektet skal og vurdere om det kan gjerast spesielle satsingar innanfor avgrensa fagområde.
- d. Helse Vest vedtek funksjonsfordeling for kreftkirurgi som følgjer under føresetnad av at kompenserande tiltak blir gjennomført:

## Ny funksjonsfordeling for kreftkirurgi i Helse Vest

Fagområde/ kreft i:	Helse Førde	Helse Bergen	Helse Fonna	Helse Stavanger
<b>Lunge</b>	Ikkje aktuelt	Blir vidareført	Ikkje aktuelt	Foreslått vidareført i formalisert samarbeid med Helse Bergen
<b>Bryst</b>	Foreslått vidareført i formalisert samarbeid med Helse Bergen	Blir vidareført	Foreslått vidareført i formalisert samarbeid med Helse Bergen/Helse Stavanger	Blir vidareført
<b>Skjoldbrusk- kjertel</b>	Ikkje aktuelt	Blir vidareført	Ikkje aktuelt	Foreslått flytta til Helse Bergen*
<b>Nyre</b>	Foreslått vidareført i formalisert samarbeid med Helse Bergen	Blir vidareført	Foreslått vidareført i formalisert samarbeid med Helse Bergen /Helse Stavanger	Blir vidareført
<b>Urinblære</b>	Ikkje aktuelt	Blir vidareført	Ikkje aktuelt	Ikkje aktuelt
<b>Livmor</b>	Formelt regionalt samarbeid			
<b>Eggstokk</b>	Formelt regionalt samarbeid			
<b>Livmorhals</b>	Formelt regionalt samarbeid			
<b>Eterøyret</b>	Ikkje aktuelt	Blir vidareført	Ikkje aktuelt	Ikkje aktuelt
<b>Magesekk</b>	Foreslått flytta til Helse Bergen	Blir vidareført	Foreslått flytta til Helse Bergen	Foreslått flytta til Helse Bergen
<b>Tjukktarm</b>	Blir vidareført	Blir vidareført	Blir vidareført	Blir vidareført
<b>Endetarm</b>	Blir vidareført	Blir vidareført	Blir vidareført	Blir vidareført
<b>Lever- metastaser</b>	Ikkje aktuelt	Blir vidareført	Ikkje aktuelt	Blir vidareført
<b>Primær leverkreft og gallegangs- kreft</b>	Blir vidareført i Helse Bergen som før. Volum for primær leverkreft og gallegangskreft er så lågt at behovet for ei nasjonal teneste må vurderast i samarbeid med dei andre regionane			
<b>Bukspytt- kjertel</b>	Ikkje aktuelt	Blir vidareført	Ikkje aktuelt	Foreslått vidareført i Helse Stavanger

\*Dette er ei formalisering av det som allereie er praksis i dag.

## Oppsummering

Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Helse Vest om å gå igjennom organiseringa av kreftkirurgien i regionen og legge føringar i rapporten Kreftkirurgi i Norge IS-2284 frå Helse Vest til grunn for ny organisering av kreftkirurgien i Helse Vest. Eit regionalt prosjekt har skaffa fram eit omfattande datagrunnlag og kartlagt kreftkirurgisk verksemd i regionen opp mot krav til kreftkirurgisk verksemd i Noreg.

Prosjektet har og vurdert organisering av annan elektiv kirurgi i regionen. Styret i Helse Vest hadde ein omfattande drøfting om tilrådingane frå prosjektet i møte 18.06.19. Det blir i saka lagt fram forslag til ny funksjonsfordeling for kreftkirurgi i Helse Vest og at det skal gjerast ein årleg gjennomgang av kreftkirurgiske verksemda i regionen opp mot krava som er sett til kreftkirurgisk verksemd i Noreg. Forslag til ny funksjonsfordeling for kreftkirurgi får ikkje store konsekvensar for kirurgisk kapasitet i føretaka, men for å vedlikehalde og styrke kirurgisk kapasitet i dei mindre føretaka bør det setjast i verk tiltak for å sikre at pasientane vel lokalt føretak når det er mogleg.

## Bakgrunn

I oppdragsdokumentet for 2016 frå Helse- og omsorgsdepartementet blei Helse Vest bedt om å legge føringar i rapporten Kreftkirurgi i Norge IS-2284 frå Helse Vest til grunn for organisering av kreftkirurgien i Helse Vest. Eit regionalt prosjekt har gjort ein gjennomgang av kreftkirurgien i regionen, og har vurdert tiltak for nytte den samla kirurgikapasitet i regionen godt. Prosjektrapporten har vore på høyring i helseføretaka og styret i Helse Vest blei i styremøte 5. april 2018, sak 46/18, styremøte 19.06.18, sak 69/18 og i styremøte 11.12.18 sak 124/18 orientert om status for arbeidet med kirurgiprojektet.

I styremøte 18. juni 2019 i styresak 070/19 *Kreftkirurgi og annan elektiv kirurgi i Helse Vest – rapport og høyring* blei konklusjonar og tilrådingar frå det regionale prosjektet presentert saman med høyringsinnspel frå føretaka og brukarutval. Styret i Helse Vest drøfta saka og dei mest aktuelle problemstillingane.

Denne saka inneheld i hovudsak drøfting og vurdering rundt dei kreftformene det har vore arbeidd mest med i prosjektet, og som styret i Helse Vest drøfta i møtet 070/19. Dette er dei kreftformene der det er foreslått å vidareføre aktivitet til tross for at føretaka ikkje fyller alle krav til verksemda og kreftformer det ikkje er semje om. Det blir lagt fram forslag til vedtak om funksjonsfordeling for kreftkirurgi og vidare styring og organisering av kreftkirurgien i regionen. Det er og forslag om å starte opp eit eige prosjekt for å følgje opp forslag frå prosjektet om annan elektiv kirurgi i regionen.

## Kommentarar

Mål for prosjektet har vore å utarbeide forslag til ny funksjonsfordeling for kreftkirurgi i regionen i tråd med krava som er satt i rapporten «Kreftkirurgi i Norge» IS-2284 og å legge fram tiltak for god utnytting av samla kirurgikapasitet i regionen. Prosjektet har lagt fram eit forslag som det i stor grad er semje om med unntak av fagområda kreft i magesekk og bukspyttkjertel. (Sjå tabell 6 i styresak 070/19).

Under følgjer ei kort oppsummering av synspunkta rundt dei kreftformene det har vore mest fokus på i arbeidet som blei drøfta i styremøte 18. juni 2019. (Dette blei og lagt fram i styresak 070/19).

### Lungekreft

Prosjektgruppa er samd i at denne aktiviteten kan vidareførast i Helse Stavanger dersom kompensierende tiltak blir satt inn og det blir gjort ny vurdering om tiltaka er gode nok.

Risikovurderinga syner at tre faktorar er vurdert som kritiske dersom ein vidarefører aktiviteten i Helse Stavanger som nå. Dette gjeld talet på kirurgar, volumet og utdanningsfunksjonen.

- Den eksterne faggruppa meiner at det bør gjerast ny risikovurdering etter at tiltak er satt i verk før ein konkluderer.
- RBU er i tvil om det er mogleg å etablere så gode og omfattande kompensierende tiltak at kvaliteten blir sikra i Helse Stavanger. RBU stiller og spørsmål ved at det berre er kirurgen (som kjem frå Helse Bergen) som fyller volumkravet og ikkje resten av operasjonsteamet.
- Helse Bergen ser at ordninga med at torakskirurgar frå Helse Bergen si hjarteavdeling gjennomfører inngrep i Helse Stavanger er eit viktig tiltak knytt opp mot behandling av større skader og vil bidra til å finn gode løysningar for at denne ordninga skal kunne halde fram. Likevel meiner føretaket det vil bli krevjande å formalisere dette samarbeidet på grunn av lågt volum, og at inngrepa må skje raskt etter at indikasjon er avdekka. Helse Bergen meiner samarbeidet må evaluerast årleg for å sikre at pasientane får god behandling og at ressursane blir brukt på ein effektiv måte.
- Brukarutvalet i Helse Stavanger understreker at det er viktig å evaluere dei kompensierende tiltaka etter eit år, samt gjere ny risikovurdering når kompensierende tiltak er på plass.

### Brystkreft

Prosjektgruppa foreslo å vidareføre aktiviteten i alle fire føretaka til tross for at Helse Førde og Helse Fonna ikkje tilfredsstillar krav til volum per sjukehus og har for få kirurgar.

Volumkravet for brystkreft er i rapporten Kreftkirurgi i Norge satt til 100 inngrep pr. år. Helse Førde og Helse Fonna har heller ikkje utdanningsfunksjon i bryst/endokrinkirurgi pt.

Dette er kritiske faktorar som risikovurderinga har peika på.

- Den eksterne faggruppa har og merka seg dette, men påpeiker at begge føretaka tilfredsstillar dei fleste av dei andre krava som og er viktige for å sikre ei kvalitativt god behandling.
- I si vurdering av risikovurderinga er RBU i tvil og peiker på at ei vidareføring vil krevje gode og robuste kompenserande tiltak. RBU konkluderer med i høyringa at sjølv om dei to føretaka ikkje fyller volumkrava så blir det utført så mange operasjonar kvart år i desse føretaka at ein meiner at kvaliteten kan sikrast gjennom kompenserande tiltak.
- I høyringa slår Helse Førde fast at forslaget om å vidareføre brystkreftkirurgi i Helse Førde er særleg viktig for føretaket.
- Også brukarutvalet i Helse Fonna støttar vidareføring av brystkreftkirurgi i Helse Fonna.

## Nyrekreft

Prosjektgruppa foreslo å vidareføre aktiviteten i alle fire føretaka til tross for at Helse Førde og Helse Fonna ikkje tilfredsstillar krav til volum per sjukehus og har for få kirurgar.

Risikovurderinga peika på fleire kritiske faktorar i vurderinga av forslag til funksjonsfordeling for nyrekreftkirurgi. For Helse Førde gjeld dette talet på urologar som er lågt og for 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.
- I si vurdering av risikovurderinga støtta RBU at kirurgi for nyrekreft blir sentralisert til Helse Bergen og Helse Stavanger.
- Både Helse Førde og Helse Fonna meinte at ei flytting av denne aktiviteten frå føretaka ville få større konsekvensar for å behalde og rekruttere urologar (og dermed annan aktivitet) enn risikovurderinga synte. Den eksterne faggruppa støtta dette, men meinte ikkje det ville få konsekvensar for vaktberedskap slik Helse Førde hevda. Faggruppa meinte at aktiviteten bør flyttast til Helse Bergen og Helse Stavanger.

- I høyringa meiner Helse Bergen at fordeling av kirurgi med lågt volum og høg grad av kompleksitet på fleire sjukehus, kan medføre auka risiko for pasientar. Føretaket peiker her på behandling av nyrekreft som er i endring, med aukande grad av differensiering slik at fleire pasientar kan behalde deler av nyra og slik ha betre funksjonsevne etter inngrepet. Kirurgi som sparer deler av nyra krev beredskap med tanke på komplikasjonar, og fagmiljøet i Helse Bergen meiner at intervensjonsradiologi må være tilgjengeleg. Helse Bergen har fått innspel frå fagmiljøet i eige føretak om at den føreslåtte funksjonsfordelinga av nyrekreftkirurgi ikkje er fagleg fundert, og at tiltaka ikkje vil kompensere for ulempene ved å ikkje sentralisere slik kirurgi.
- I høyringa peiker Helse Førde på at forslaget om å vidareføre kirurgi for nyrekreft i Helse Førde er særleg viktig for føretaket.
- RBU er i tvil om det er riktig å vidareføre kirurgi for nyrekreft i Helse Førde og Helse Fonna sjølv om det blir etablert kompensierende tiltak. Det blir peika på at denne typen kirurgi blir meir og meir avansert og at robotkirurgi blir meir vanleg. Dersom nyrekreftkirurgi skal fortsette i desse føretaka må dei kunne utføre operasjonane på dei beste og mest skånsame metodane.
- Brukarutvalet i Helse Fonna meiner at dersom kirurgi for nyrekreft skal kunne vidareførast må Helse Fonna skaffe fleire nyrekreftkirurgar som utfører kirurgi på nyaste og mest skånsame metode. Samarbeidsavtaler må formaliserast og vurderast årleg for å sikre drift på forsvarleg nivå.

## Kreft i magesekk

I prosjektrapporten er Helse Førde, Helse Fonna og Helse Bergen samd i forslag 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.

Risikovurderinga ser volumet som ein kritisk faktor i Helse Stavanger.

- Faggruppa er samd med Helse Stavanger i at dette kan ha større effekt på rekruttering og det å behalde fagpersonar enn det risikovurderinga syner 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. Faggruppa peiker og på at volumet er så lågt at utdanningsfunksjonen blir svært vanskelig og flytting av kirurgien vil samla medføre betydeleg mindre risiko.
- Brukarrepresentanten støttar forslag om å sentralisere all kirurgi for kreft i magesekk til ein stad i regionen.

- I høyringa er Helse Bergen samd i at operasjon av kreft i magesekk skal sentraliserast til ein stad og peiker på at førekomsten er minkande. Føretaket meiner det ikkje vil være stort nok volum til å ha to robuste fagmiljø i regionen.
- I høyringa frå Helse Stavanger tilrår styret at kirurgi for kreft i magesekk ikkje blir avvikla i Stavanger. Vidare ber Helse Stavanger om at styret i Helse Vest vurderer kompenserande tiltak for kirurgi ved kreft i magesekk slik det er føreslått for nyre- og brystkreftkirurgi i Helse Fonna og Helse Førde.
- RBU støttar sentralisering av kirurgi for magekreft til Helse Bergen sjølv om det kan få konsekvensar for LIS-utdanninga i Helse Stavanger jf. uttale frå RegUt. RBU meiner at uansett må omsynet til pasienten vege tyngst. Det totale volumet i Helse Vest er for lågt til at denne kirurgien skal utførast to stader, og RBU peiker på at både risikovurderinga og den eksterne faggruppa støttar dette.
- Brukarutvalet i Helse Stavanger ber styret i Helse Vest vurdere kompenserande tiltak for magesekk- og bukspyttkjertelkirurgi. Utvalet understreker at det er viktig å evaluere dei kompenserande tiltaka etter eit år samt ny risikovurdering med etablerte kompenserande tiltak på plass.

### **Kreft i bukspyttkjertel**

I prosjektrapporten er Helse Førde, Helse Fonna og Helse Bergen samd i forslaget 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.

Risikovurderinga ser volumet som ein kritisk faktor i Helse Stavanger.

- Brukarrepresentanten støttar forslag om å sentralisere all kirurgi for kreft i bukspyttkjertel til ein stad i regionen.
- I høyringa er Helse Bergen samd i at operasjon av kreft i bukspyttkjertel skal sentraliserast til ein stad i regionen. Føretaket meiner det ikkje vil vere stort nok volum til å ha to robuste fagmiljø i regionen.
- Helse Stavanger tilrår at kirurgi for kreft bukspyttkjertel ikkje blir avvikla i Stavanger. Vidare ber Helse Stavanger om at styret i Helse Vest vurderer kompenserande tiltak for bukspyttkjertelkirurgi slik det er føreslått for nyre- og brystkreftkirurgi i Helse Fonna og Helse Førde. Helse Stavanger meiner i høyringa at det på grunnlag av dokumentert operasjonsvolum, robuste fagmiljø og kvalitet på behandlinga er hensiktsmessig å halde fram med kreftkirurgi for lever og bukspyttkjertel ved Helse Stavanger med dei kompenserande tiltaka som måtte være nødvendige. Helse Stavanger legg vekt på at lever- og bukspyttkjertelkirurgi bør sjåast samla på, og at alle volum og krav til robusthet tilseier at begge former for kirurgi kan halde fram i Stavanger. Vidare at voluma innan desse områda vil auke og peiker på at kvaliteten av

bukspyttkjertelkirurgi samla sett er like god i Helse Vest som dei andre tre regionane, sjølv om behandling blir gitt ved begge universitetssjukhusa.

- RBU støttar sentralisering av denne kirurgien til Helse Bergen og meiner det totale volumet i Helse Vest er for lågt til at denne kirurgien skal utførast to stader i regionen. RBU meiner og at volumkravet bør være absolutt her i og med at kravet er lågt og satt til 10 inngrep pr år.
- Brukarutvalet i Helse Stavanger ber styret i Helse Vest vurdere kompenserande tiltak for magesekk- og bukspyttkjertelkirurgi. Utvalet understreker at det er viktig å evaluere dei kompenserande tiltaka etter eit år samt ny risikovurdering med etablerte kompenserande tiltak på plass.

Tabell 1 under viser samla oversikt over synspunkta til dei ulike aktørane i prosjektet og som er kome fram i høyringane.



**Tabell 1 Forslag til talet på stader som skal operere utvalde kreftformer og innspel til dette.**

<b>Vurdering av talet på stader som skal operere utvalde kreftformer i Helse Vest</b>												
<b>Kreftform</b>	Helsedirektoratet si tilråding basert på krav til kreftkirurgisk verksemd	Prosjekt-gruppa si tilråding	Høyring							Risikoanalyse av tilråding frå prosjektgruppa		
			Helse Førde	Helse Bergen	Helse Fonna	Helse Stavanger	Regionalt brukarutval i Helse Vest	Brukar-utval Helse Fonna	Brukar-utval Helse Stavanger	Risikoanalyse KPMG		Ekstern faggruppe si vurdering av risikoanalysa
Lungekreft	1	2	x	x	x	x	Tvilande til om kompensere tiltak blir robust nok	x	x	Helse Stavanger - 3 kritiske risikofaktorar		Kritisk til deling på to stader i regionen
Brystkreft	2	4	x	x	x	x	x	x	x	Helse Fonna 2 kritiske risikofaktorar	Helse Førde 3 kritiske risikofaktorar	Støtter forslag - kompensere tiltak vil sikre tilbod
Nyrekreft	2	4	x	x	x	x	x - alle må få operasjon med beste metode	x	x	Helse Fonna 1 kritisk risikofaktor	Helse Førde 2 kritiske risikofaktorar	Kritisk til deling på fire stader pga nye metodar
Kreft i magesekk	1	1*	x	x	x	Ueinig	x	x	Ber om kompensere tiltak	Helse Stavanger - 1 kritisk risikofaktor		x
Kreft i bukspyttkjertel	1	1*	x	x	x	Ueinig	x	x	Ber om kompensere tiltak	Helse Stavanger - 1 kritisk risikofaktor		x

x = støtter forslag

\*Fleirtalet i prosjektgruppa

## Drøfting

I styresak 070/19 blir spesielt tre forhold trekt fram som sentrale for vurdering av funksjonsfordeling for kreftkirurgi:

- omsynet til den aktuelle pasientgruppa
- omsynet til andre pasientgrupper
- omsynet til spesialistutdanninga

Det første punktet blir vurdert som viktigast, men må og sjåast i samanheng med dei to andre punkta. Krava frå Helsedirektoratet til den kreftkirurgiske verksemda er primært knytt til det første punktet. Helsedirektoratet legg i sin rapport vekt på at sjukehus og den enkelte kirurg bør ha eit adekvat volum av den aktuelle kreftform, og på generelt grunnlag ser ein ikkje på volum under 20 operasjonar per år per sjukehus som tilstrekkeleg til å oppretthalde kompetanse innan fagområde som er i utvikling. Det er berre Helse Bergen som er over 20 inngrep per år for alle dei kreftformene som er omtalt jf. tabell 2 under.

Tabell 2 viser oversikt over dei kreftformene det har vore arbeidd mest med i prosjektet. Her er krava til desse kreftformene synleggjort og korleis føretaka fyller desse. Det er variasjon i krava frå Helsedirektoratet mellom dei ulike kreftformene både for krav til storleik på opptaksområde og krav til volum for sjukehus og kirurgar.

**Tabell 2 Oversikt over krav til storleik på opptaksområde og krav til tal på operasjonar per avdeling samt tal for helseføretaka (omfattar inngrep med kreftdiagnose og er eit gjennomsnitt av aktivitet i perioden 2014 – 2016 i Helse Vest jf. vedlegg 3 i rapporten)**

	Krav til storleik på opptaksområde	Krav til tal på operasjonar per avdeling	Krav til tal på kirurgar pr sjukehus	Krav til tal på operasjonar per kirurg
<b>Kreft i magesekk</b>	<b>400 000</b>	<b>10</b>	<b>3</b>	<b>10</b>
Helse Førde	110 000	3,3	2	
Helse Bergen	448 000	24,3	3	
Helse Fonna	181 000	1,7	5	
Helse Stavanger	363 000	7	3	
<b>Kreft i bukspyttkjertel</b>	<b>400 000</b>	<b>10</b>	<b>3</b>	<b>10</b>
Helse Bergen	448 000	22	5	
Helse Stavanger	363 000	9	4	
<b>Nyrekreft</b>	<b>200 000</b>	<b>20</b>	<b>3</b>	<b>10</b>
Helse Førde	110 000	16	2	
Helse Bergen	448 000	64	5	
Helse Fonna	181 000	11	4	
Helse Stavanger	363 000	25	4	
<b>Lungekreft</b>	<b>400 000</b>	<b>40</b>	<b>3</b>	<b>20</b>
Helse Bergen	448 000	112	5	
Helse Stavanger	363 000	18	3(frå Bergen)	
<b>Brystkreft</b>	<b>200 000</b>	<b>100</b>	<b>3</b>	<b>50</b>
Helse Førde	110 000	62	2	
Helse Bergen	448 000	328	8	
Helse Fonna	181 000	54	1(+utlyst 1 stilling)	
Helse Stavanger	363 000	241	3	

Det er ulike årsaker til å utføre kirurgiske inngrep på eit organ:

- inngrep når det ikkje er mistanke om kreft
- inngrep der det er mistanke om kreft, men det viser seg at det ikkje var kreft
- inngrep med mistanke om kreft/mistanke bekrefta med vevsprøve der dette viser seg å være tilfelle når man undersøker det som er fjerna ved operasjonen

Spesielt for bukspyttkjertel vil ein nokre gonger operere med det utgangspunkt og den teknikk ein bruker ved kreft, der vevsundersøkinga etterpå viser at dette ikkje var tilfelle. Dette vil utgjere ca. 10% av operasjonane, og kjem i tillegg til inngrepa der vevsundersøkinga viser kreft.

Eit av krava til kreftkirurgisk verksemd i Noreg er at det bør være eit gitt volum av inngrep både for sjukehuset og den enkelte kirurg. Både operasjonsteam og den enkelte kirurgi har behov for eit gitt volum for å halde kompetansen ved like. For nokre av fagområda er det satt same krav til talet på inngrep for både avdeling og kirurg.

Samstundes er det satt krav til at det bør være minst tre kirurgar per sjukehus. Kravet til tal på operasjonar per kirurg varierer innan dei ulike fagområda og blir større jo større fagområdet er (målt i talet på inngrep).

Dersom ein skal ha tre kirurgar som kvar skal gjere 10 inngrep per år må sjukehuset i prinsippet ha 30 inngrep i året som minste volum. Som eit delvis kompenserande tiltak kan ein alternativt sjå for seg at fleire kirurgar deltek i dei enkelte inngrepa for å sikre vedlikehald av kompetansen.

Kartlegging i prosjektet syner at føretaka i svært varierende grad samarbeider på tvers og at lite av dette er formalisert. Mykje av dette er personavhengig og dermed sårbart. Dersom ein framover skal kunne halde fram med kreftkirurgi og på dei mindre sjukehusa, må det etablerast mykje tettare fagleg samarbeid. Dette må formaliserast og omfatte både samarbeid om utdanning, fagleg utvikling og vedlikehald samt felles vurdering av enkeltpasientar slik at pasientar i heile regionen har same tilgang til alle typar behandling uavhengig av kor ein blir utreda. Det må og formaliserast korleis kapasitetsproblem i eit føretak kan handterast av andre når det er behov for det. Til ein viss grad vil slikt samarbeid kunne bøte på at ein ikkje fyller alle krava som er sett til kreftkirurgisk verksemd slik det er peika på i prosjektrapporten om kompenserande tiltak. Ein har lykkast med dette innan nokre område, men det er behov for å følgje etablering av kompenserande tiltak tett for å sikre eit robust nok tilbod i heile regionen.

### **Administrerande direktør si tilråding:**

Uavhengig av kva for funksjonsfordeling som blir bestemt i regionen vil pasientane alltid kunne velje det sjukehus dei ønskjer behandling ved så lenge fleire enn eit sjukehus tilbyr behandlinga. Fritt behandlingsval gjeld også for kreftkirurgi.

### **Om kompensierende tiltak**

I prosjektrapporten, tilråding frå prosjektet og i styresak 070/19 er ulike former for kompensierende tiltak omtalt knytt til dei ulike kreftformene. Dersom ein skal nytte kompensierende tiltak vil krav til desse være avhengig av om det i utgangspunktet er klart kor pasienten skal opererast, eller om ein må ha felles vurdering mellom føretak om kor pasienten skal opererast.

Styret i Helse Stavanger og brukarutvalet i Helse Stavanger ber styret i Helse Vest om at ein vurderer kompensierende tiltak for kirurgi ved kreft i magesekk og bukspyttkjertel slik det er føreslått for nyre- og brystkreftkirurgi i Helse Fonna og Helse Førde. Det vil ikkje være aktuelt med same type kompensierende tiltak for desse fagområda, da det for desse to kreftformene ikkje er snakk om at eit sjukehus med lågt volum som samarbeider med eit som har stort volum, men om to sjukehus som begge har lågt volum. Enkelpasientar skal ikkje vurderast med tanke på å eventuelt bli behandla i eit anna føretak og kompensierende tiltak kan ikkje auke det samla talet på inngrep i regionen.

### **Årleg gjennomgang av kreftkirurgien i regionen**

Kartlegging av det kreftkirurgiske tilbodet har vist at det for dei områda der føretaka samarbeider tett på tvers av føretaksgrensene kan ein sikre eit fagleg godt og likeverdig tilbod i heile regionen.

Det bør leggest til rette for at alle fagområda samarbeider tettare på tvers dersom ein skal lykkast med å få på plass robuste kompensierende tiltak. Dette for å kunne tilby likeverdig behandling i heile regionen.

Dersom ein skal vidareføre aktivitet med kompensierende tiltak må det gjerast ein gjennomgang av kreftkirurgien i regionen opp mot krava som er sett til den kreftkirurgiske verksemda i Noreg årleg. Volumtal må vurderast jamleg for å sikre et robust nok tilbod i framtida. Aktiviteten skal følgjast opp, og spesielt om dei kompensierende tiltaka lar seg setje i verk og sikrar eit robust nok tilbod. Vidare må det gjerast ei meir omfattande vurdering av funksjonsfordelinga etter om lag fire år. Dersom kompensierende tiltak ikkje kan sikrast for eit fagområde må ny funksjonsfordeling vurderast før dette. Ved årleg gjennomgang og uttrekk av data knytt til volum vil representantar frå alle føretaka delta under leiing av Helse Vest. Kriteria som skal ligge til grunn for evalueringsarbeidet må utarbeidast snarleg.

Under følgjer tilråding knytt til dei aktuelle kreftformene

### **Lungekreftkirurgi**

Volumet i Helse Stavanger er i gjennomsnitt 18 inngrep som er langt under kravet på 40 inngrep per år. Til no har kirurgar frå Helse Bergen operert pasientane i Helse Stavanger. Desse kirurgane held derfor kompetansen sin ved like ved å opere på to stader i regionen.

Dette er ei ordning som kan vidareførast. Helse Stavanger har og starta prosess med å tilsette ny torakskirurg.

Følgjande må gjelde dersom ein skal halde fram med lungekreftkirurgi i Helse Stavanger:

- Formaliserast avtale mellom Helse Bergen og Helse Stavanger om fast ambulering av kirurgar frå Helse Bergen til Helse Stavanger
- Val av teknikk (open kirurgi eller torakoskopisk teknikk) må være uavhengig av behandlingsstad.
- Regulering av korleis pasientar skal ivaretakast om det oppstår problem med kapasiteten ved sjukehusa.

### **Nyrekreftkirurgi**

Forslaget til funksjonsfordeling frå prosjektgruppa inneber at det må setjast inn kompensierende tiltak dersom nyrekreftkirurgi skal kunne vidareførast i Helse Førde og Helse Fonna. For begge desse føretaka syner gjennomgangen at dei ikkje fyller viktige krav til verksemda frå Helsedirektoratet. Risikovurderinga viser at det er fleire faktorar som er kritiske. Prosjektgruppa meiner likevel at det for desse to fagområda er mogleg å vidareføre den kirurgiske verksemda gitt at kompensierende tiltak blir sett i verk.

Brukarane er opptekne av at pasientane skal få det inngrepet som gir best resultat og at det for nyrekirurgien er spesielt viktig at alle pasientar får likt tilbod sjølv om ikkje alle sjukehus tilbyr robotkirurgi som vil være rett metode for ein del av desse inngrepa.

Den eksterne faggruppa er skeptisk til at nyrekreftkirurgien skal delast på fire stader i regionen på grunn av den medisinske utviklinga. Volumtala er og låge både i Helse Fonna (11) og Helse Førde (16) mot kravet på 20 per år. Medisinsk utvikling vil medføre at fleire av nyrekreftpasientane må opererast i Helse Bergen og Helse Stavanger (robotkirurgi). Dermed blir volumet endå lågare i dei to minste føretaka. For Helse Fonna er det samstundes mogleg å auke volumet fordi ein del pasientar som kunne vore operert i Helse Fonna nå av ulike årsaker blir operert i Helse Bergen eller Helse Stavanger. Uansett er volumtala låge i Helse Førde og Helse Fonna.

Følgjande må gjelde dersom nyrekreftkirurgi skal halde fram i Helse Førde og Helse Fonna:

Det må etablerast skriftlege og strukturerte samarbeidsavtaler med Helse Bergen/Helse Stavanger om fagleg samarbeid, kompetanse og kapasitet.

- Avtalane må synleggjere korleis samarbeidet skal organiserast og korleis pasientane skal ivaretakast om det oppstår problem med kapasiteten ved sjukehusa.
- Alle pasientar som er aktuelle for kirurgi skal drøftast i MDT-møte med deltaking frå Helse Stavanger eller Helse Bergen.

- Pasientar som vil være tent med robotkirurgi skal opererast i Helse Stavanger eller Helse Bergen.
- Pasientar med lokalavansert primærtumor frå heile regionen skal tilvisast til Helse Bergen.

### **Brystkreftkirurgi**

Prosjektgruppa har foreslått å vidareføre aktiviteten i Helse Førde (62) og Helse Fonna (54) sjølv om volumtala er låge og ein i dag har for få tilsette, spesielt i Helse Fonna. Kravet per år er sett til 100 per avdeling og 50 per kirurg. Det er mogleg å auke volumet i Helse Fonna fordi ein del pasientar som i dag er busett i Helse Fonna sitt område blir operert i Helse Bergen og Helse Stavanger. Dette kan skuldast at mange kvinner i Helse Fonna sitt opptaksområde etter funn ved mammografiscreening blir kalla inn til Helse Bergen/Helse Stavanger. Det vil mest sannsynleg endre seg når Helse Fonna får ansvar for mammografiscreeninga for sitt område. Den eksterne faggruppa legg vekt på at Helse Førde og Helse Fonna tilfredsstillar mange av krava satt til verksemda sjølv om volumtala per i dag er låge.

Følgjande må gjelde dersom brystkreftkirurgi skal halde fram i Helse Førde og Helse Fonna:

Det må etablerast samarbeidsavtale med Helse Bergen/Helse Stavanger om fagleg samarbeid, kompetanse og kapasitet

- Avtalen må synleggjere korleis samarbeidet skal organiserast, og korleis pasientane skal ivaretakast om det oppstår problem med kapasiteten ved sjukehusa.
- Helse Førde og Helse Fonna kan minimum ha to opererande kirurgar for brystkreftkirurgi der det er eit mål at desse må være mamma-endokrinerkirurgar.

### **Kirurgi for kreft magesekk**

Fleirtalet i prosjektgruppa har føreslått å sentralisere dette frå alle fire HF til ein stad i regionen. Helse Stavanger er ikkje samd i dette. Allereie i dag vert pasientar med svulstar nær eterøyret operert i Helse Bergen.

- Talet på inngrep i Helse Stavanger er svært lågt (7). Kravet er sett til 10 både per kirurg og per avdeling. Ein forventar at talet på krefttilfelle og inngrep vil falle ytterlegare.
- Svulstane i øvre del av magesekken (som er dei som ikkje blir sjeldnare), ofte på overgangen til eterøyret bør opererast i sjukehus som også opererer på eterøyr og har torakskirurg.
- Det blir og brukt både open og laparoskopisk teknikk, så to teknikkar må haldast ved like. Samla volum i regionen er ikkje større enn det som er nødvendig for å vedlikehalde kompetanse hos tre operatørar og sikre opplæring av nye. Dette tilbodet bør derfor samlast i Helse Bergen.

## **Bukspyttkjertel**

Fleirtalet i prosjektgruppa har føreslått å sentralisere dette til ein stad i regionen. Helse Stavanger er ikkje samd i dette. Volumet er lågt i Helse Stavanger (9) men likevel nær kravet på 10 per år per avdeling. Helse Stavanger meiner denne aktiviteten er svært viktig for spesialistutdanninga, rekruttering og fagmiljøet i føretaket. Administrerande direktør ser at dette er forhold som må leggjast vekt på.

Følgjande må gjelde dersom kirurgi mot kreft i bukspyttkjertel skal halde fram i Helse Stavanger:

- Det må etablerast eit fagleg samarbeid med Helse Bergen der ein arrangerer regelmessige fagmøter (eit eller fleire i året) der ein samanliknar data og sikrar registrering i aktuelle registre.
- I samband med årleg gjennomgang av kreftkirurgien skal dei to fagmiljøa i fellesskap etter ein felles mal samarbeide om å registrere og rapportere aktivitet og resultat og komplikasjonar årleg. Dei to helseføretaka skal levere rapportar til Helse Vest og desse skal nyttast i den årlege regionale gjennomgang av kreftkirurgien i regionen.

Under følgjer administrerande direktør sitt forslag til funksjonsfordeling for kreftkirurgi i regionen i tabell 2 gitt at kompensierende tiltak synleggjort over i saka kan etablerast:

**Tabell 3 Forslag til ny funksjonsfordeling for kreftkirurgi i Helse Vest**

Fagområde/ kreft i:	Helse Førde	Helse Bergen	Helse Fonna	Helse Stavanger
<b>Lunge</b>	Ikkje aktuelt	Blir vidareført	Ikkje aktuelt	Foreslått vidareført i formalisert samarbeid med Helse Bergen
<b>Bryst</b>	Foreslått vidareført i formalisert samarbeid med Helse Bergen	Blir vidareført	Foreslått vidareført i formalisert samarbeid med Helse Bergen/Helse Stavanger	Blir vidareført
<b>Skjoldbrusk-kjertel</b>	Ikkje aktuelt	Blir vidareført	Ikkje aktuelt	Foreslått flytta til Helse Bergen*
<b>Nyre</b>	Foreslått vidareført i formalisert samarbeid med Helse Bergen	Blir vidareført	Foreslått vidareført i formalisert samarbeid med Helse Bergen /Helse Stavanger	Blir vidareført
<b>Urinblære</b>	Ikkje aktuelt	Blir vidareført	Ikkje aktuelt	Ikkje aktuelt
<b>Livmor</b>	Formelt regionalt samarbeid			
<b>Eggstokk</b>	Formelt regionalt samarbeid			
<b>Livmorhals</b>	Formelt regionalt samarbeid			
<b>Eterøyret</b>	Ikkje aktuelt	Blir vidareført	Ikkje aktuelt	Ikkje aktuelt
<b>Magesekk</b>	Foreslått flytta til Helse Bergen	Blir vidareført	Foreslått flytta til Helse Bergen	Foreslått flytta til Helse Bergen
<b>Tjukktarm</b>	Blir vidareført	Blir vidareført	Blir vidareført	Blir vidareført
<b>Endetarm</b>	Blir vidareført	Blir vidareført	Blir vidareført	Blir vidareført
<b>Lever-metastaser</b>	Ikkje aktuelt	Blir vidareført	Ikkje aktuelt	Blir vidareført
<b>Primær leverkreft og gallegangskreft</b>	Blir vidareført i Helse Bergen som før. Volum for primær leverkreft og gallegangskreft er så lågt at behovet for ei nasjonal teneste må vurderast i samarbeid med dei andre regionane.			
<b>Bukspytt-kjertel</b>	Ikkje aktuelt	Blir vidareført	Ikkje aktuelt	Foreslått vidareført i Helse Stavanger

\*Dette er ei formalisering av det som allereie er praksis i dag.

Slik dette forslaget er utforma vil det ikkje få konsekvensar for lokalisering av utdanning i regionen.

### **Annan elektiv kirurgi**

Forslag til funksjonsfordeling for kreftkirurgien vil ikkje medføre endringar som får konsekvensar for annan kirurgisk kapasitet i føretaka.

Prosjektgruppa har synleggjort at mange pasientar i dag blir behandla i Helse Bergen som kunne vore behandla i til dømes Helse Førde eller Helse Fonna. For å sikre og å støtte opp om det kirurgiske tilbodet ved dei mindre sjukehus i Helse Fonna og Helse Førde blir det svært



viktig framover å legge til rette for at pasientar vel lokalt sjukehus når det er mogleg. Dette er og viktig for avlaste Helse Bergen kor det er stor pågang for kirurgi. Det må setjast inn tiltak hos alle føretaka om ein skal lykkast med å få til endringar i pasientstraumar. Omfanget av dette er mykje større ein dei voluma som omfattar kreftkirurgien.

Det bør etablerast eit regionalt prosjekt som skal utarbeide konkrete forslag til korleis forslag til tiltak i prosjektrapporten kan gjennomførast i helseføretaka. Det bør spesielt leggast vekt på arbeidet med pasientstraumar slik at pasientane i større grad vel eige føretak når det er mogleg. 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 finnes eller kan etablerast. Dersom ein skal lykkast med dette må alle føretaka informere breidt om tilbodet samt at dei mindre føretaka må tilby korte ventetider. For eksempel at ein kontaktar pasientar tilvist til Helse Bergen og tilbyr behandling i Helse Fonna med kortare ventetid. Pasienten kan fritt velje sjukehus, men føretaka må sikre at pasienten er opplyst om dei ulike tilboda og ventetider.

Prosjektet skal og vurdere om det kan gjerast spesielle satsingar innanfor avgrensa fagområde.

Vedlegg

Styresak 070/19 Kreftkirurgi og annan elektiv kirurgi i Helse Vest - rapport og høyring