

**Regional kreftplan
2005-2010
(med perspektiver til 2020)**

Helse Vest RHF

Rapport fra arbeidsgruppe
2004

INNHALDSFORTEGNELSE

1. BAKGRUNN	3
1.1 MANDAT FOR PROSJEKTGRUPPEN	3
1.2 NASJONALE OG REGIONALE PLANER.....	3
1.2.1 OPPFØLGING AV NORSK KREFTPLAN (NOU 1997:20)	4
1.2.2 DELPLAN FOR KREFT, HELSEREGION VEST 2000	5
1.2.3 NASJONAL STRATEGI FOR ARBEID INNENFOR KREFTOMSORGEN	6
1.3 UTFORDRINGER INNEN KREFTOMSORGEN.....	8
1.3.1 KREFTSITUASJONEN I 2001	8
1.3.2 FREMSKRIVING AV KREFTDATA TIL ÅR 2020.....	10
1.3.3 RESSURSBRUKEN I KREFTOMSORGEN.....	12
1.3.4 FORVENTET ØKNING I KOSTNADENE.....	14
1.3.5 PRIORITERING	15
1.3.6 FUNKSJONSFORDELING.....	15
1.3.7 STANDARDISERING AV TILTAK	17
1.3.8 INTRODUKSJON AV NYE TILTAK INNEN DIAGNOSTIKK OG BEHANDLING.....	17
1.3.9 BETYDNINGEN AV FORSKNINGS- OG UTVIKLINGSARBEID.....	18
1.3.10 SAMHANDLING MED PRIMÆRHELSETJENESTEN	18
2. SAMMENDRAG OG FORSLAG TIL TILTAK	19
3. FOREBYGGING	23
3.1 SPESIALISTHELSETJENESTENS ANSVAR FOR PRIMÆRFOREBYGGELSE.....	23
3.2. SEKUNDÆRFOREBYGGELSE	24
3.2.1 GENERELT OM SCREENING	24
3.2.2 ETABLERTE SCREENINGTILTAK	25
3.2.3 SCREENING FOR KREFT I TYKK- OG ENDETARM (COLORECTAL CANCER).....	26
3.2.4 SCREENING FOR KREFT I BLÆREHALSKJERTELEN(PROSTATA CANCER)	26
4. DIAGNOSTIKK.....	27
4.1 PATOLOGISERVICE	27
4.2 GENETISK UTREDNING OG VEILEDNING.....	30
4.3 BILLEDDIAGNOSTIKK.....	32
Perspektiver på radiologisk diagnostikk	32
5. BEHANDLING	34
5.1 KIRURGISK BEHANDLING	34
5.1.1 BEHANDLINGSPRINSIPPER OG KIRURGIENS PLESS.....	34
5.1.2 BRUK AV LAPAROSKOPISK KIRURGI I KREFTBEHANDLINGEN.....	35
5.1.3 KIRURGI SOM LINDRENDE KREFTBEHANDLING	36
5.1.4 FUNKSJONSFORDELING INNEN KREFTKIRURGI	37
5.2 STRÅLEBEHANDLING	38
5.3 MEDIKAMENTELL BEHANDLING.....	39

5.3.1 FAGOMRÅDETS BETYDNING OG FUNKSJONSFORDELINGEN.....	39
5.3.2 UTVIKLING OG KVALITETSSIKRING	40
5.4 SPEIELLE KREFTFORMER.....	42
5.4.1 UNDERLIVSKREFT HOS KVINNER.....	42
5.4.2 KREFT HOS BARN.....	43
5.4.3. KREFTSYKDOMMER I BEINMARG, BLOD OG LYMFESYSTEM.....	44
6. LINDRENDE BEHANDLING.....	46
6.1 NASJONALE FØRINGER/ANBEFALINGER.....	46
6.2 UTVIKLING AV PALLIATIV BEHANDLING I HELSEREGION VEST	47
7. REHABILITERING I KREFTOMSORGEN	50
8. FORSKNINGS- OG UTVIKLINGSARBEID I KREFTOMSORGEN	52
VEDLEGG	

1. BAKGRUNN

1.1 MANDAT FOR PROSJEKTGRUPPEN

I styringsdokumentet til Helse Vest for 2003 ble det framhevet at bl.a. kreftbehandling og kreftomsorgen skal være under særskilt styringsmessig fokus i de regionale helseforetakene. Helse Vest skal følge opp Norsk kreftplan og legge til rette for videreføring og nyetablering av aktuelle tiltak innenfor rammen av ordinær virksomhet etter 2003.

Helse Vest RHF besluttet bl.a. på denne bakgrunn å utarbeide en revidert og oppdatert regional kreftplan basert på nye data vedrørende antall krefttilfeller og behandlingsresultat. Målet er å sikre en helhetlig behandlingsskjede og hensiktsmessig funksjons- og oppgavefordeling.

Det ble opprettet en prosjektgruppe bestående av:

- Dagfinn Øgreid, Helse Stavanger HF
- Kjell Løvslett, Helse Stavanger
- Sigbjørn Berentsen, Helse Fonna HF
- Stener Kvinnsland, Helse Bergen HF
- Geir Andvik, Helse Førde HF
- Knut Iversen, Haraldsplass Diakonale Sykehus
- Britt Frøyen(NSF), vara Åse Helen Årflot (NSF), tillitsvalgt
- Ruth Midtgarden, kommunene utpekt av Den Norske Lægeforening
- Grace Ellen Gjuvslund, Kreftforeningen
- Hans K. Stenby og Egil Kjerstad, Helse Vest RHF

Viseadministrerende direktør ved Helse Bergen Stener Kvinnsland har ledet prosjektgruppen.

Rådgiver Magne Høgelid, Helse Bergen har deltatt i stor grad i utarbeidelse av rapporten.

Prosjektgruppen ble bedt om å:

- kartlegge dagens kapasitet og funksjons- og oppgavedeling innenfor kreftbehandling
- beskrive og vurdere den forventede økning i antall krefttilfeller
- vurdere utviklingen innen medisinsk diagnostikk, behandling og omsorg
- vise hvordan helseregionen kan møte utviklingen og sikre tilstrekkelig kapasitet og kvalitet på tjenestetilbudet, herunder hvordan funksjoner og oppgaver bør fordeles og samarbeid ned primærhelsetjenesten.

1.2 NASJONALE OG REGIONALE PLANER

De viktigste grunnlagsdokumentene for planen er Norsk kreftplan 1998-2002 og Delplan for kreft i Helseregion Vest 2001-2004. Det har også pågått parallelt en revisjon av Norsk kreftplan som det er tatt hensyn til ved utformingen av denne planen, jfr rapport av juni 2004: Nasjonal strategi for arbeid innenfor kreftomsorgen.

1.2.1 OPPFØLGING AV NORSK KREFTPLAN (NOU 1997:20)

Norsk kreftplan er en grundig utredning av kreft som nasjonalt problem, de samfunnsmessige konsekvenser av kreft, utviklingen i kreftforekomst og behandling, og den gir en oversikt over nåværende organisering av kreftomsorgen. Det pekes på betydelige mangler på nasjonalt plan og de behov som må dekkes for å gi nåværende og fremtidige pasienter et adekvat tilbud. Forslagene til tiltak i NOU 1997:20 er konkrete og lar seg evaluere.

Blant tiltak pekes det på forebygging basert på kunnskaper om kreftsykdommenes årsaker, nødvendighet av screeningundersøkelser ved noen kreftformer understrekes, samt behovet for styrking av diagnostikk og behandlingsapparatet. Det pekes på kvalitetssikring av den operative kreftbehandling, på regionsykehusenes rolle for utforming av retningslinjene for kreftbehandlingen, og koordineringsarbeidet som kan utføres gjennom regionale kreftfagråd. Det understrekes at hver region skal ha ett regionsykehus. Lindrende kreftbehandling må styrkes, spesielt kapasiteten for strålebehandling, som innen år 2007 må dobles.

Det ble også lagt rammer for akseptabel ventetid for strålebehandling, som etter indikasjonsstilling er klar, ikke måtte overstige 10 virkedager. Likeså burde den elektive kreftkirurgien i større grad skjermes for øyeblikkelig hjelp operasjoner og derved unngå utsettelse, større psykisk belastning og risiko for pasientene. Det ble påpekt at kreftfeltet hadde behov for øremerkede midler til utprøvende behandling. Spesialisttilgangen innen patologi, onkologi og gynekologisk onkologi måtte vurderes, og spesialistutdanningen og tap av spesialister i de kirurgiske fag måtte gjennomgås. Innen hver helseregion måtte det innen år 2000 etableres relevant videreutdanning for kreftsykepleiere.

I fylkenes planer for organiseringen av kreftbehandlingen måtte det, i tråd med det regionale planarbeidet, etableres enheter for medisinsk-onkologisk kreftbehandling, minimum en enhet per fylke. I samarbeid med den enhet som hadde det primære behandlingsansvaret for pasienten skulle det gis medikamentell kreftbehandling basert på behandlingsregimer i hovedsak vedtatt regionalt eller nasjonalt. De nasjonale interessegruppene, sammensatt av spesialister i forskjellige disipliner og rettet mot de ulike kreftformer, vil spille en vesentlig rolle i utforming av slike programmer. Operativ kreftbehandling burde konsentreres til færre hender og denne virksomhet utføres ved færre sykehus for å sikre kvaliteten. Langtidsoppfølging av behandlede kreftpasienter var også et område som måtte vies større oppmerksomhet, likeså arbeidet med rehabilitering av kreftpasienter og sosiale støtteordninger for kreftrammede og deres pårørende.

Lindrende (palliativ) kreftbehandling må i sykehusene integreres i det ordinære behandlingsapparatet. Palliativ medikamentell behandling burde skje desentralisert med enheten(e) i hvert fylke for medisinsk onkologi som en kompetansebase. I tillegg ble det anbefalt at hver region skulle etablere en enhet for lindrende kreftbehandling knyttet til regionsavdelingen for kreft med funksjon å være kunnskapsbase og kompetansesenter for utforming av retningslinjer. I denne sammenheng ble det understreket at kapasiteten for palliativ strålebehandling (den kvantitativt viktigste form for palliativ behandling ved kreft) måtte økes ved regionsykehusene, eventuelt også i form av satellitter faglig underlagt regionsavdelingene.

Regionale kreftråd måtte innen 1999 utpekes av de regionale helseutvalg og handlingsplaner for kreftbehandling i regionene med spesiell vekt på samhandling mellom nivåene i helsetjenesten og tverrfagligheten i kreftomsorgen skulle utarbeides. I handlingsplanen skulle

inngå en plan for utdanning av relevante spesialister og vedlikehold av kompetanse for de allerede ansatte spesialistene, i henhold til Stortingsmelding nr.24 96/97.

Innen 2001 skulle alle kommuner legge frem planer som sikrer at kreftsyke i livets slutfase fikk tilbud om hjemmebasert behandling og omsorg, med vekt på tiltak i hjem eller sykehjem.

Kunnskapsutvikling innen kreftfeltet ble definert som et ansvar ikke bare for universitetene, forskningsråd, Den Norske Kreftforening og legemiddelindustrien. Det ble spesielt pekt på at effekter av ulike tiltak eller behandlinger er et primæransvar for helsetjenesten, d.v.s. sykehuseier.

Det ble antatt at kreftomsorgen i løpet av en 10 års periode totalt ville kreve 5,5 milliarder til gjennomføring av nye, nødvendige tiltak. Som ledd i investeringer måtte det også etableres bedre systemer for oppfølging av kreftpasienter og analyse av behandlingseffekter og komplikasjoner.

Det ble konkretisert tiltak innenfor en rekke områder.

Alle mål er ikke nådd og alle tiltakene er ikke fulgt like godt opp. Samtidig har endring av organisatoriske og finansieringsmessige rammer gjort flere tiltak uaktuelle.

Planen har likevel hatt stor innvirkning på utvikling og utbygging av tjenestetilbudet. Kunnskap om effekten av forebyggende strategier, diagnostiske metoder for å avdekke og kartlegge sykdom, terapeutiske tiltak er forbedret. Vi trenger imidlertid nye impulser for å forbedre våre tilbud ved lindrende behandling og det er fortsatt eksempler på sviktende omsorg ved livets slutt.

Aktuelle tiltak må følges opp i en regional plan også med evaluerbare suksesskriterier på brukernivå.

1.2.2 DELPLAN FOR KREFT, HELSEREGION VEST 2000

Styrking av kreftbehandlingen var eget satsingsområde i Regional Helseplan 2001-2004 som ble vedtatt av Det regionale helseutvalg før statlig overtakelse. Delplan for kreft var utarbeidet av en faggruppe og tiltak anbefalt av faggruppen ble innarbeidet i den regionale helseplanen. En rekke av forslagene til arbeidsgruppen hadde karakter av faglege anbefalinger og ble ikke innarbeidet som egne tiltak i Regional Helseplan.

Det ble i planen foreslått å utarbeide prosedyrer på utvalgte områder, bl.a. for samarbeid med kommunehelsetjenesten, og for billediagnostiske prosedyrer. Midler til konkrete prosjekt kunne søkes fra de midlene som var satt av til utviklingsprosjekter i regionen. Fagrettlederne innenfor kreftområdet måtte basere seg på inndelingen i fire sykehusområder.

Mammografiscreening var innført i Rogaland og Hordaland, og Sosial- og helsedepartementet hadde godkjent oppstart av mammografiscreening i Sogn og Fjordane. I mangel av patologisk avdeling ved Sentralsjukehuset i Sogn og Fjordane ble det inngått avtale om telepatologitjenester mellom Haukeland Sykehus og Sentralsjukehuset i Førde.

Det var særlig sentralt i planperioden å styrke kompetansen innenfor kreftbehandling. I et regionalt perspektiv var det var spesielt viktig å få denne kompetansen spredd til hele

regionen. Videre var det behov for en klarere oppgavefordeling mellom sykehusene og det ble utarbeidet et forslag til funksjonsfordeling innenfor kirurgisk kreftbehandling, jfr tiltak 1.4. Kapasitetsutvidelse burde første rekke skje innenfor strålebehandling, der det hadde vært lange ventetider, og innenfor patologi.

Det ble foreslått tiltak innenfor 5 hovedområder i Regional Helseplan:

- | | |
|------------|--|
| Tiltak 2.1 | Styrking og utvikling av patologitjenestene
Det ble foreslått å utarbeide en plan med forslag til oppgavefordeling, spesialisering og rekruttering. Planen skulle bygge på forslag om 4 sykehusområder og tilstedeværende patologitjeneste i alle de fire hovedsykehusene, jfr egen regional plan for patologitjenester |
| Tiltak 2.2 | Kompetansesenter for arvelig kreft og genterapi ved Haukeland Universitetssykehus.
Disse sentrene er etablert ved Haukeland Universitetssykehus. |
| Tiltak 2.3 | 8. stråleterapimaskin i regionen
Maskinen er nå installert ved Haukeland Universitetssykehus. |
| Tiltak 2.4 | Behandling av uhelbredelig syke og døende
Det er etablert et Kompetansesenter for lindrende behandling ved Haukeland Universitetssykehus. Det er også etablert egen regional sengepost med 5 senger ved Haraldsplass diakonale sykehus/Sunniva Hospice. Sengeposten ble etablert som et samarbeidsprosjekt med Haukeland Universitetssykehus. |
| Tiltak 2.6 | Utarbeiding av regionale retningslinjer innenfor enkelte tumorformer
Dette er bare i liten grad gjennomført. |

1.2.3 NASJONAL STRATEGI FOR ARBEID INNENFOR KREFTOMSORGEN

I juni ble en rapport om Nasjonal strategi for arbeid innen kreftomsorgen overlevert fra Sosial- og helsedirektoratet til helseministeren. Dette er en oppfølger til Nasjonal kreftplan.

I innledningen til denne utredningen blir det slått fast at prinsippene og perspektivene som lå til grunn for Nasjonal kreftplan står fast. Det dokumenteres at mange av de anbefalte forslagene ble fulgt opp, men ikke alle like godt. Nye momenter er selvsagt kommet til ikke minst på grunn av nytillkommet teknologi og en stor økning i ny biologisk kunnskap. Videre tar utredningen utgangspunkt i de prognoser for kreftsykdommene som foreligger med en fortsatt markant økning i antallet nye tilfeller.

Som noen av de viktigste virkemidlene for å møte dette blir følgende momenter understreket:

- Det må utarbeides nasjonale retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging (nasjonale handlingsprogrammer)
- Det må etableres nasjonale ordninger for innføring av ny diagnostikk og behandling og der kvaliteten i dette er avhengig av at forskningskompetanse og -metodikk inkorporeres i helsetjenestens rutinefunksjoner
- Overvåkning (registrering) av anvendte metoder og behandlingsresultater gjennom en nasjonal registrering (kvalitetsregistre) er helt nødvendig. Informasjonen må benyttes til kvalitetsfremmende tiltak. Det understrekes at kvalitetsregistrene må få en fast finansiering.

- Kapasitet må bygges ut i takt med økning i tilfellene

I kapittel 3 anbefales en rekke konkrete tiltak.

De 3 første omhandler kvalitet og der stikkord er handlingsprogrammer, innføring av ny metodikk, betydning av forskningskompetanse, og funksjonsfordeling. I forbindelse med funksjonsfordeling anbefales at ”de regionale helseforetak må klargjøre hvilke sykehus som kan påta seg et primært behandlingsansvar for en gitt diagnosegruppe og hvilke krav til infrastruktur, kompetanse og ferdigheter som må være tilgjengelige”. Blant en rekke tiltak for å fremme kompetanse nevnes spesielt krav til kompetanse for den lindrende kirurgiske kreftomsorgen, og behovet for å øke andelen sykepleiere med videreutdanning i onkologi ved de kirurgiske avdelinger.

Nødvendigheten av å utnytte mulighetene i elektronisk informasjonsutveksling, ansvars plassering for den enkelte pasient på navngitte personer i både primær- og spesialisthelsetjenesten, og betydningen av at sykehusene har kompetanse og kapasitet til å kartlegge pasientens ikke-medisinske behov før utskrivning, fremheves under samhandling.

Forbedring av diagnostikk fremheves som forutsetning for rettidig og mer presis seleksjon til optimal behandling. Kapasiteten må økes i takt med behovene, og det fremheves spesielt at vevs- og billeddiagnostikk må bli et satsningsområde for å møte morgendagens krav til biologisk karakterisering av sykdom med tanke på terapivalg, vurdering av prognose, evaluering av respons på behandling, målrettet kontroll og oppfølging av langtidseffekter og senskader. Det understrekes at rekruttering til patologifaget må sikres. Kvaliteten i vevsdiagnostikken (patologifaget) må sikres gjennom funksjonsfordeling og subspecialisering. Innen billeddiagnostikk oppfordres sykehuseier (RHF) til å ha rullerende planer for oppgradering av utstyr. Pasienter må sikres tilgang til PET (positron emisjonstomografi (event. PET/CT) ved foreliggende indikasjon.

Den kirurgiske behandlings betydning understrekes; ”kirurgiens sentrale plass må gi sterke føringer på fagets kapasitet og organisering”, og faget må gis forbedrede muligheter for forskning og metodeutvikling. RHF-enes ansvar for å dimensjonere og organisere den kirurgiske kreftbehandling understrekes eksplisitt. Stråleterapienhetene må videreutvikles, innfasing av nytt utstyr – mer moderne utstyr/utfasing av gammelt utstyr må fortløpende vurderes. Arbeidet i KVIST-gruppen (KValitetssikring I Stråleterapi) må videreutvikles.

Det påpekes også et behov for å forbedre kunnskapen om ernæring til kreftpasienter.

I tillegg til å understreke behovet for å utvikle kompetanse i behandling av eldre kreftsyke, påpekes de spesielle rekrutteringsproblemene som en ser ved de regionale avdelingene for barn med kreft. Det anbefales at kirurgisk behandling av barn med svulster utenfor nervesystemet samles på et sted i landet.

Det er mange konkrete forslag til forbedring av det lindrende behandlingstilbudet til kreftpasienter. Det anbefales å opprette palliative team med basis i spesielle sykehusavdelinger/seksjoner, som samarbeider med primærhelsetjenesten. Kompetansehevende tiltak for lindrende behandling må systematiseres og bygge på en kjede fra spesialavdelinger ved regionsykehus (kompetansesentra), palliative enheter og andre kliniske avdelinger til sykehjem og hjemmebasert omsorg. Det anbefales også å prøve ut sykepleiekonsultasjonsordninger ved sykehusenes poliklinikker.

Det påpekes et behov for å samle og systematisere kunnskapen om rehabilitering av kreftpasienter. Barn og unge voksnes spesielle behov må være et særskilt satsningsområde.

Tidlig diagnostikk av kreft (screening) som er etablert, må videreføres. Det anbefales ikke innføring av screening for kreft i blærehalskjertelen. Når det gjelder screening for tykk- og endetarmskreft anbefales det å forberede seg på dette på to måter, ved å delta i forskningsprogram som evaluerer nytten, og ved å bygge ut kapasitet og kompetanse innen diagnostikk (kolonoskopi).

1.3 UTFORDRINGER INNEN KREFTOMSORGEN

Det gis her en kort beskrivelse av kreftsituasjonen slik den var i år 2001 med fremskriving av kreftdata mot år 2020 som grunnlag for fremtidig prioritering og utbygging.

1.3.1 KREFTSITUASJONEN I 2001

Krefthyppighet/insidens

Krefthyppighet, insidens, angis vanligvis som nye krefttilfeller i løpet av et kalenderår i forhold til en befolkningsmengde; vanligvis per 100 000.

I 2001 fikk totalt 22.468 personer kreft i Norge; 11.583 menn og 10.885 kvinner. I Helseregion Vest var det 4525 nye krefttilfeller i 2001 derav 2380 menn og 2145 kvinner. 1815 har bosted i Rogaland, 2141 i Hordaland og 569 i Sogn og Fjordane.

Det fremgår av vedlagte figur 1 at antallet krefttilfeller er klart høyest innenfor de eldste aldersgruppene, 14 074 av totalt 22 468 var over 65 år, dvs nesten 2/3 av totalt antall nye krefttilfeller.

Tall fra kreftregisteret (aldersjusterte insidensrater per 100 000) viser at det i alle fylkene i Helseregion Vest var en høyere rate menn som fikk kreftdiagnose i 2001 enn det som var gjennomsnittet nasjonalt. For kvinner var insidensraten høyere enn landsgjennomsnittet i Rogaland og lavere i Hordaland og Sogn og Fjordane.

Prevalens

Prevalens angir egentlig antallet personer som på et bestemt tidspunkt lever med en sykdom. Her er begrepet modifisert til antallet personer i live som en gang har hatt en kreftdiagnose og som er i live, enten helbredet eller fortsatt syke. Gruppen består således av de som:

1. er antatt helbredet
2. for tiden er uten påvisbar sykdom, men hvor tilbakefall kan forventes
3. får aktiv behandling med kurativt intensjon
4. får livsforlengende behandling eller annen form for palliativ behandling
5. er terminalt syke

Tall fra kreftregisteret viser at antall personer som lever med kreft har økt fra 107 945 i 1990 til 149 553 i 2000, en økning på nesten 40 %. Økningen fortsatte i 2001 slik at det ved utgangen av året var 155.742 personer som levde med en kreftdiagnose. Av disse er det særlig

de 74.362 kreftpasientene hvor det er gått fra 0 til 5 år etter diagnose som representerer behandlingsutfordringene.

Basert på at antall krefttilfeller i Helseregion Vest har vært i overkant av landsgjennomsnitt og at befolkningen i Helseregion Vest i år 2000 utgjorde omlag 920 000, er det grunn til å anta at over 30 000 mennesker i vår region lever med og blir behandlet for kreft.

Når det gjelder kreftpasienter som har levd 5 år eller mer etter diagnose, har mange andre kroniske plager til tross for at de er kvitt kreftsykdommen. Vi mangler imidlertid tall over hvor mange som er påført fysiske og psykiske skader til tross for en korrekt og vellykket behandling av tidligere sykdom. I denne gruppen er det personer med behov for både fysisk og psykisk rehabilitering. Det totale antall personer i denne gruppen er stort, rundt 81.000, men det er behov for en nærmere kartlegging hvilke behov denne gruppen har.

Risiko og risikoutvikling

Det er fortsatt store hull i vår kunnskap om årsaken til kreft. Vi har langt bedre oversikt over hvilke situasjoner som kan føre til økt risiko ("sjanse") for at sykdom kan utvikles. (Med risiko menes både risiko for å få kreft og for å dø av kreft.) Vi vet at røykere har en langt høyere risiko for å utvikle en rekke kreftsykdommer enn ikke-røykere. Vi kjenner imidlertid ikke til alle detaljene i årsaken (de utløsende mekanismene) som fører til kreftutviklingen. At årsaken ligger i tobakksrøyken, er imidlertid hevet over en hver tvil. Likevel er bildet meget sammensatt og kan bli påvirket av arvelige faktorer, eventuelt kombinasjon med andre kjemiske stoffer i miljøet (som radon og asbest) og ukjente faktorer. De som ikke røyker har en langt lavere risiko selv om de andre faktorene er like. Kompleksiteten i årsaken til kreftutvikling, kan forklare at mange av de som eksponeres ikke får sykdommen.

Et annet eksempel er sammenhengen mellom fysisk aktivitet og overvekt. Etter hvert er det avdekket data som viser en sammenheng mellom økt kreftrisiko for visse diagnosegrupper og inaktivitet og fedme. Risiko på gruppenivå kan kartlegges, men vi mangler klare svar på årsaken (de utløsende mekanismene). Vi vet også at kostholdet i stor utstrekning kan påvirke risiko for kreft, uten at vår detaljkunnskap om årsaken er presis. Vi kan derfor ikke gi en skreddersydd oppskrift på en "sikker" diett, men vi kan gi en generell anbefaling som vil redusere risiko.

Insidens og prevalenstillene viser oss at både antall nye krefttilfeller og antall personer som lever med kreft øker. Tall fra Dødsårsaksregisteret viser også at antall personer som dør av kreft øker. Hvert år dør rundt 10 000 mennesker i Norge av kreft, og av disse dør omlag 6000 allerede innen ett år etter at diagnosen er fastlagt. En naturlig konsekvens av disse tallene er at det må settes mye innsats inn på raskere og bedre diagnostikk da diagnosetidspunktet og diagnosekvalitet for de aller fleste kreftdiagnoser har avgjørende betydning for utfall av behandlingen.

Risiko er svært høy ved for sen diagnose. Som en vil kunne se av tallene i vedlagte figur 4 har ikke leveutsiktene bedret seg vesentlig siden 1960-tallet når det er påvist kreft med spredning. Det har derfor avgjørende betydning å diagnostisere kreft i en så tidlig fase som mulig. Dette krever et godt utviklet samspill mellom pasient, primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste.

Totalt sett har menn større risiko for å få kreft enn kvinner. På den annen side rammes flere kvinner enn menn i aldersgruppen under 50 år og under 60 år. Det er først og fremst

forekomsten av brystkreft hos yngre kvinner som er forklaringen på at kreft er hyppigere hos kvinner enn hos menn i de yngre aldersgruppene.

Det er klare sosiale forskjeller i morbiditet (sykelighet) og mortalitet (dødelighet) noe som tilsier at tiltak knyttet mot levevilkår vil kunne redusere risiko.

For menn har sannsynligvis ikke leveutsiktene bedret seg i perioden 1963-1993. Både dødelighet og antallet krefttilfeller har økt noenlunde parallelt. Hos kvinner er dødeligheten uendret på tross av økning av nye krefttilfeller.

Dårlig prognose ved lungekreft er viktigste enkeltforklaring (fig. 3 vedlagt). Dersom vi ikke innregnet lungekrefttilfellene, ville det vært tydeligere at det har vært reduksjon i risiko. De store kreftgruppene skjuler forbedringer for mindre grupper (testikkelkreft og leukemi hos barn).

Diagnosetidspunktets betydning for behandlingsutfall.

For både pasienter med lokalisert og regional utbredelse av kreftsykdommen er det grunn til å glede seg over bedret overlevelse fra 1950-tallet og inn i nittiårene. Årsakene må først og fremst tilskrives fremskritt innen kirurgi, anestesi og postoperativ overvåkning/behandling når det gjelder solide svulster. Moderne kjemoterapi (cellegift) og strålebehandling er først og fremst knyttet til bedre leveutsikter for pasienter med lymfom, leukemi og testikkelkreft.

Hvis sykdommen først blir oppdaget når det er generell spredning, er leveutsiktene dårlige for begge kjønn (fig. 4 vedlagt). Dette betyr igjen at omfattende behandling med tanke på å helbrede pasienter med avansert sykdom på diagnosetidspunktet, ikke er effektiv når vi forholder oss til befolkningsgrupper (populasjonsnivå). Derimot kan disse pasientene gis lindrende og i visse tilfeller livsforlengende behandling.

For de hyppigste kreftformene, brystkreft og prostatakreft, er det en gledelig bedring av den relative overlevelsen unntatt ved spredning av sykdommen, hvor leveutsiktene fortsatt er dårlige. Det samme mønsteret avtegner seg også når det gjelder kreft i tykktarm og i endetarm.

Tabell 2 i vedlegget viser at kreftrisiko øker betydelig ved økt alder. Befolkningsutvikling først og fremst knyttet til antall eldre (gjennomsnittlig levealder) vil dermed være viktige data for planlegging innen kreftomsorgen.

Det er noen store diagnosegrupper som utgjør de desidert fleste krefttilfellene. Tiltak knyttet til forebygging, diagnostikk og behandling for disse diagnosegruppene vil dermed ha størst effekt i forhold til redusert risiko.

1.3.2 FREMSKRIVING AV KREFTDATA TIL ÅR 2020

Det er mange usikre faktorer i en fremskrivning. Vi kan likevel forutsi kreftbildet i årene som kommer med stor sannsynlighet.

Befolkningsutvikling og alderssammensetning.

Det er som nevnt først og fremst alderssammensetningen som vil ha betydning for forventede antall krefttilfeller. I løpet av noen år vil vi få en markert forskyvning i befolkningens alderssammensetning. Det fører til at antall individer som rammes av kreft øker.

Forventet levealder både for kvinner og menn øker og forskjellene i levealder vil jevnes ut etter hvert. Det vil igjen slå ut siden eldre menn har en høyere risiko for å få kreft enn eldre kvinner. Personer som når en alder med betydelig økt risiko for kreft, øker dramatisk og må få konsekvenser for vår planlegging. Nasjonale og regionale tall viser at det vil være dobbelt så mange gamle i 2050 som i 2002. Bortsett fra en liten nedgang de nærmeste årene vil antall personer i Norge over 67 år øke fra 610 000 i 2002 til mellom 1.1 og 1.4 millioner i 2050. Tallene for de aller eldste (over 90 år) vil øke enda mer, anslagsvis fra 27 000 i 2002 til 80-162 000 i 2050.

De regionale tallene som er vedlagt (fig5 og tabell3) viser at økning i antall eldre blir særlig merkbar etter 2010. Vi vet med stor sikkerhet at en så stor økning i antallet eldre vil bety mange flere krefttilfeller selv med stor satsing på forebyggende tiltak og diagnostiske forbedringer. Endringen vil i stor grad påvirke det fremtidige behovet for kreftbehandling på grunn av høyere frekvens av kreftsykdom og lengre gjennomsnittlige liggetider for eldre, enn den yngre del av befolkningen.

Av en total forventet befolkningsøkning i Helseregion Vest på om lag 60 000 frem til 2020 vil personer over 65 år utgjøre om lag halvparten. Økningen for denne aldersgruppen vil være 18,3 % i perioden 2003 til 2020, 16,9 % av denne veksten vil komme i perioden 2010 – 2020.

I Sogn og Fjordane vil det være en liten reduksjon av antall personer over 65 frem til 2010. I perioden 2010-2020 vil det her være en økning på 12,9 %. I Rogaland vil økningen være 21,4 % frem til 2020, derav 18,6 % i perioden etter 2010. I Hordaland vil økningen være 17,7 % frem til 2020, derav 16,7 % i perioden etter 2010.

I vedlagte tabell 4 vises forventet utvikling av nye krefttilfeller i Norge. Gjennomsnitt i årene 1993-97 på 19 369 nye tilfeller forventes økt til 22 153 nye tilfeller årlig i perioden 2003-07 og 26 883 nye årlige tilfeller i 2018-22. Dette skyldes i stor utstrekning en betydelig økning i antall personer i de eldre aldersgrupper og dels økning av den alderskorrigerte insidensen.

Resultatet for menn er en befolkningstilvekst på 12 % mens forventet kreftforekomst (insidens) øker med nesten 4.200 eller 42 % i forhold til 1993-1997-gjennomsnittet. 4 % av denne økningen skyldes en reell økt risiko i befolkningen (uavhengig av alder), 37 % skyldes endret alderssammensetning i befolkningen. En reduksjon på 25 % i antall lungekrefttilfeller p.g.a. redusert risiko (aldersjustert insidens) i den mannlige delen av befolkningen, blir mer enn kompensert med endringer i alderssammensetningen i befolkningen. Resultatet er en økning på 17 % selv om risiko reduseres. Forventet økning i antall nye årlige tilfeller av cancer prostata er på hele 84 %.

For kvinner forventes en befolkningsvekst på 12 % i perioden 1993-1997 til 2018-2022. Økningen av antall krefttilfeller pr. år forventes å bli 3.300 eller 36 %. Forandringen i risiko uavhengig av alder er større enn hos menn, hele 11 %, mens 24 % skyldes endret alderssammensetning i befolkningen. Det er særlig økning i nye brystkrefttilfeller som bidrar til denne økningen. En forventer en økning på 56 %, halvparten tilskrives endret risiko uavhengig av alder. Lungekrefttilfellene forventes å øke til det dobbelte av dagens verdier. 70 % skyldes økt risiko.

Med utgangspunkt i de tall for økning av kreftsyke som er redegjort for og basert på de retningslinjer som finnes for diagnostikk, behandling og oppfølging, er det avgjørende å få dette behovet for økt kapasitet inn i planleggingen av helsetjenester på alle nivåer. Det er spesielt viktig at lokalsykehusenes kapasitet for tidlig diagnostikk og behandling oppskaleres. Med behandling menes først og fremst kapasitet for kirurgisk behandling som den viktigste metode for kreftbehandling, men også strålebehandling og etterbehandling med cellegifter. Denne prosessen må være en del av langtidsplanleggingen for sykehusene (4-årsplaner) og med medvirkning av primærhelsetjenesten. Det vil være nødvendig fortløpende å avstemme oppgaver for å være sikker på at planlegging skjer innen en totalvurdering der alle ledd dimensjoneres riktig.

For kreftpasienters prognose vil det være svært avgjørende at den diagnostiske kapasitet og kompetanse bygges videre ut fortløpende. Det er ved å diagnostisere tidlig, finne sykdommen når den er mindre utbredt, at det største potensiale fortsatt ligger til å bedre leveutsiktene for kreftpasienter.

Det er i denne sammenheng viktig å ha rullerende planer for nytt stort bildediagnostisk utstyr (kapasitet og forbedring), etablere beredskap ved økte behov for endoskopiske undersøkelser som ved screening for tykk- og endetarmsundersøkelser, og utvikle patologitjenestene i henhold til de anbefalinger som er gitt i særskilt plan for patologifaget i Helse Vest.

1.3.3 RESSURSRBRUKEN I KREFTOMSORGEN

Behovet for ressurser i kreftomsorgen vil avhenge av flere ulike forhold. De viktigste er:

- Befolkningsutvikling og alderssammensetning

Disse forhold er i liten grad påvirkelige av helsevesenet og trendene må tas for gitt i en planleggingssammenheng.

- Utvikling av livsstil

Det viktigste er røyking, ernæringssammensetning, utvikling vedrørende fedme. For å påvirke utvikling på disse feltene kreves betydelig forebyggende arbeid for å unngå negativ utvikling.

- Diagnostidspunkt

Forbedringer på dette sekundærforebyggende område har betydelige konsekvenser både for behandlingsresultat og ressursbruk i spesialisthelsetjenesten for øvrig. Økt vekt på å oppdage tilløp til kreft tidlig og presist kunne avgjøre omfang og stadie vil være av avgjørende betydning. Det vil være særdeles viktig å prioritere forebygging og tidlig diagnose av kreft da en slik vil kunne unngå og redusere både morbiditet og mortalitet.

Kreftbehandling består i hovedsak av tre behandlingsmodaliteter: kirurgi, strålebehandling og medikamentell behandling. De kirurgiske fag er organisert omkring følgende spesialiteter: generell kirurgi med grenspesialiteter, ortopedi, nevrokirurgi, øre-nese-halssykdommer, øyesykdommer og fødselshjelp- og kvinnesykdommer (gynekologi). Strålebehandling utøves av spesialiteten onkologi. Spesialitetene onkologi, hematologi som er en grenspesialitet av indremedisin, pediatri og gynekologi utarbeider behandlingsprogrammene med kjemoterapi og annen tumorrettet medikamentell behandling. Den praktiske administreringen av behandlingen foregår dels ved spesialavdelingene på regionsykehusene, dels ved spesialavdelinger og poliklinikker på sentral- og lokalsykehus

Selv om diagnostikk – kirurgi – stråleterapi – kjemoterapi – palliasjonsbehandling – har mange kontaktpunkter og utgjør et felles behandlingstilbud, ”konkurrerer” de om ressursene.

En kreftstrategi må forsøke å veie det ene opp mot det andre. Fordeling må være en dynamisk prosess. Vi må forsøke å se denne ressursfordelingen i et helhetsperspektiv.

Som følge av utviklingen innen molekylærbiologien vil diagnostikken kreve mer i årene som kommer. Det gjelder for eksempel vevsdiagnostikk ved lymfekreft og leukemi og nye billeddannende metoder som PET (posisjonsemissjonstomografi, se side 34). MR-teknologien er også inne i en utvikling som vil kreve tunge investeringer (se side 34). Kostnadene ved å unnlate å investere, kan raskt overskride den potensielle gevinsten ved å ha optimale hjelpemidler tilgjengelig. En bedre oppløselighet av billediagnostikken vil kunne avsløre de pasientene som ikke vil være tjent med et omfattende, kostbart og plagsomt behandlingsopplegg. Det kan gi mer presis veiledning om svulstens vekstform og derigjennom skreddersy kirurgi eller strålebehandling. Nye diagnostiske metoder kan i fremtiden gi en bedre seleksjon til adjuvant behandling (tilleggsbehandling som kan strekke seg over mange år). Ved brystkreft gir man i dag både kjemoterapi i ca. et halvt år og hormonbehandling i 5 år til tusenvis av pasienter ”for sikkerhets skyld”. Vi vet at bare et fåtall har reell nytte av denne behandlingen, men vi vet ikke hvem som trenger den. Derfor er gruppene som får denne behandling meget stor. Adjuvant behandling slik den praktiseres i dag gir pasientene som gruppe et bedre behandlingsresultat og flere blir helbredet.

Fremtiden vil høyst sannsynlig gi oss bedre instrumenter som kan selektere de som skal og må ha tilleggsbehandling. Kostnadene ved adjuvant behandling er vanskelig å beregne, men utgjør mange hundre millioner. Behandlingen er heller ikke ufarlig med hensyn til utvikling av andre sykdommer. Bedre seleksjon til adjuvant behandling kan gi en betydelig økonomisk gevinst og dessuten spare mange pasienter for en langvarig og plagsom behandling. Det forutsetter at man investerer i de diagnostiske metodene og utvikler kunnskapsgrunnlaget.

Det er en stor økning av alle behandlingsformene (modaliteter) på grunn av økt antall kombinasjoner av disse. Kirurgi som metode viser en klart økende tendens. Forklaringen på det er sammensatt: Flere blir diagnostisert på et tidligere tidspunkt når sykdommen fortsatt er lokalisert og dermed operabel. Bedre operasjonsmetoder og bedre narkosemidler gjør at flere aldersgrupper kan inkluderes i de kirurgiske behandlingsoppleggene.

Operativ behandling (kirurgi) inngår som ledd i primærbehandlingen med kurativt siktemål hos 80 % av pasientene. Av de som blir helbredet, blir 87 % behandlet med kirurgi. Dette illustrerer med all tydelighet de operative fagenes sentrale plass i den moderne kreftbehandlingen (jfr bl.a. dansk kreftplan 2000).

Diagnostisering og behandling av kreft utgjør samlet en betydelig del av spesialisthelsetjenestens oppgaver, jfr tabell 5 i vedlegg. Ved Haukeland Universitetssykehus som sammen med Sentralsykehuset i Rogaland behandler størsteparten av kreftpasientene, utgjorde kreftpasienter i 2003 ca 1/6 av alle pasienter som ble behandlet. Det er rimelig å anta at ressursbruken ved Sentralsykehuset i Rogaland er mye lik. Svært mange avdelinger har kreftpasienter og vil være berørt av tiltak innenfor fagområdet.

Anslagsvis 15 % av kreftbehandlingen ved Haukeland Universitetssykehus anslås å være behandling på regionsykehusnivå. Resten er behandling på lokalsykehusnivå.

1.3.4 FORVENTET ØKNING I KOSTNADENE

Kreftsykdommene utgjør en stor og økende andel av sykdommene i samfunnet. I 2001 var det ca. 4500 nye tilfeller i Helseregion Vest, ca. 2100 personer døde med kreft som dødsårsak og det levde per 31.12.01 ca. 31.100 personer med en kreftdiagnose i Helseregion Vest. Sikre prognoser tilsier at disse tallene vil øke. Sammenlignet med tallene fra 2001 vil antallet nye tilfeller ha økt med 25 % eller 1100 ekstra tilfeller per år i 2020. Bildet blir ytterligere dramatisk når økningen først og fremst skyldes kreft hos eldre mennesker (>65 år), og der kompliserende andre sykdommer gjør konsekvensene av de nye kreftsykdommene til en enda større utfordring for helsevesenet.

I et forsøk på å konvertere dette til økonomiske størrelser, er det i en stor utredning gjort i Sverige (<http://www.cancerfonden.se>) beregnet at direkte kostnader vil øke fra 13 til 31 milliarder SEK fra 2002 til 2020. Med dobbelt så stor befolkning i Sverige (8.8 mill), og en kurs på 0.90 vil det bety at stipulerte direkte kostnader for kreftomsorgen i Helseregion Vest vil være ca. 2.8 milliarder i 2020. Direkte kostnader til primærhelsetjenesten er ikke med i de svenske beregningene.

I Nasjonal kreftplan ble de direkte kostnadene for landet basert på 1996 tall beregnet til ca. 5.1 milliarder. Med en tilsvarende kostnadsvekst som stipulert i Sverige og med en 3.2 ganger økning i kostnader (fra 1996, sammenlignet med utredningen fra Sverige der utgangspunktet var 2002), ville de direkte kostnadene for Helseregion Vest i 2020 bli 3.3 milliarder. Direkte kostnader knyttet til primærhelsetjenesten utgjorde 10 %, dvs. kostnadene for spesialisthelsetjenesten i 2020 etter denne beregningen vil være ca. 3 milliarder.

Legges kostnadene for utgiftene til primærhelsetjenestene til i denne svenske beregningen, og med en like stor relativ tyngde, vil direkte kostnader for Helseregion Vest til kreftomsorgen ligge på ca. 3 milliarder i 2020 i begge de to beregningene, basert på dagens organisering, betalingsordninger og arbeidsdeling mellom forvaltningsnivåer. Av de direkte kostnadene ble det beregnet i Nasjonal kreftplan at ca. 80 % av dette er sykehuskostnader (spesialisthelsetjenesten), dvs. 2.4 milliarder.

Det er ovenfor antatt at kreftpasientene utgjør ca. 1/6 av pasientstrømmen i Helse Bergen. Dette gjelder både liggedøgn og antallet pasienter med døgnopphold. Andelen av antallet polikliniske konsultasjoner var ca. 10 %. I 2004 per 7. juli er DRG poeng per pasient med kreft som hoveddiagnose 1.078, gjennomsnittlig liggetid vel 7 døgn. Kostnadsøkningen for perioden 1996-2002 er ca. 25 % (Samdata). Med utgangspunkt i beregningen i Nasjonal kreftplan på 5.1 milliard, 80 % til sykehus (4.1 milliarder), 20 % forbruk i Helseregion Vest var kostnadene i 1996 til kreftomsorg i sykehus 820 millioner. Omregnet til 2002 kostnader (25 % økning) utgjør det ca. 1 milliard. Med utgangspunkt i tallene i den svenske utredningen og der direkte kostnader økte med 260 % fra 2002 til 2020 blir kostnadene i 2020 i Helse Vest 2.6 milliarder.

Fordi kostnadene for kreft må kunne anta å være noe høyere enn for de andre diagnoseområdene i spesialisthelsetjenesten og derfor andelen som foregår i Helse Bergen stipulert til 50%, og det antas at kostnadene for Helse Bergen i 2004 er 1/6 part av 4.5 milliarder (kostnadsbudsjettet for 2004) utgjør dette 750 millioner for Helse Bergen og 1.5 milliarder for Helse Vest. Prislappen i 2020 skulle da bli med en forventet kostnadsstigning som antatt i den svenske utredningen på 2.6 tilsvarende $1.5 \text{ milliarder} \times 2.6 = 3.9 \text{ milliarder}$.

En må imidlertid anta at prisveksten i det norske helsevesenet blir lavere enn antatt i den svenske modellen (som for direkte kostnader er på hele 14 % per år.). Hvis en fra 2004 til 2020 antar en økning i kreftbyrde på 25 %, en årlig prisstigning på 3 % (ca. 50 % på 16 år) og en ekstrakostnad for teknologisk utvikling på 25 %, blir prislappen i 2020 3 milliarder.

Det må med utgangspunkt i disse tre uavhengige men usikre beregningene kunne antas at kostnadene for kreftomsorgen i ett 16 års perspektiv for Helse Vest vil bli minst doblet (fra 1.5 til 3.0 milliarder). Det vil ikke være urimelig å tro at 3.5 milliarder er et riktigere tall.

1.3.5 PRIORITERING

Prioritering skal sikre at helseressursene i samfunnet utnyttes så godt som mulig. En grunnleggende forutsetning er at de tjenester som tilbys så langt som mulig er kunnskapsbasert og kostnadseffektive, og at denne kunnskapen er tilgjengelig for helsearbeiderne, og også for publikum. I henhold til prioriteringsforskriften har personer rett til nødvendig helsehjelp når:

- pasienten har et visst prognosetap med hensyn til livslengde og/eller et ikke ubetydelig redusert livskvalitet ved utsettelse av helsehjelpen
- pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen og
- de forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakenes effekt

Det er viktig å skille mellom det som er dokumentert basert på formelle krav til dokumentasjon og betydningen av det som er dokumentert. En avgjørende premiss i en prioriteringsdebatt vil alltid være forholdet mellom innsatsen og utbyttet av denne for den enkelte pasient. Hvor mye ble livet forlenget? Hvor mye bedret livskvaliteten seg og hvor lenge holdt denne bedringen seg? Disse problemstillingene blir best tatt hånd om ved å ha mest mulig standardiserte retningslinjer for diagnostikk og behandling, og i tillegg ha formelle prosesser for å endre på retningslinjene.

I kreftomsorgen skiller en mellom tiltak der hensikten er å øke sannsynligheten for at pasienten blir varig frisk, dvs. gis anledning til å dø av annen årsak (kurativ intensjon), og tiltak der hensikten ikke er å gjøre pasienten varig frisk (fordi dette ikke kan oppnås), men å forbedre kvaliteten på den tiden man har igjen, en lindrende hensikt (palliativ intensjon).

Det er en helt avgjørende forutsetning at for alle problemstillinger der en for kreftpasienten tilbyr behandling i henhold til retningslinjer, så er det innenfor rammene av prioriteringsforskriften sine forutsetninger. Det er dette det til enhver tid må skaffes kapasitet til, og som det må planlegges for.

1.3.6 FUNKSJONSFORDELING

Kreft er mange forskjellige sykdommer. I ICD-10 (International Classification of Disease-10. utgave) opererer en med 100 forskjellige kreftdiagnoser, som i tillegg har mange underdiagnoser. I tillegg kommer undergrupper basert på det histopatologiske bildet, biologiske karakteristika, alder på pasienten etc. Det er svært stor variasjon i hvordan de enkelte grupper av sykdommer skal behandles, fra enkel kirurgi eller endog ingen behandling til svært komplekse behandlinger (multimodal behandling) med bruk av alle tilgjengelige virkemidler. En "mild" variant av kreft i blærehalskjertelen skal kanskje bare observeres over

år, mens en svulst i bein- eller bindevev hos en ung pasient skal opereres og bestråles, og i tillegg utsettes for cellegiftbehandling i mange måneder.

I 2001 var det i Helseregion Vest 4518 nye tilfeller av kreft. De fordeler seg med hensyn til antall i diagnostiske grupper med >500 til grupper på 1-10 per år. Arbeidsdeling er nødvendig for å få tilstrekkelig trening ved de mer sjeldne diagnosene.

Grunnlaget for funksjonsfordeling av oppgaver er at det antas å være en sammenheng mellom antallet som blir behandlet på en enhet og resultatene av behandlingen. Dette har imidlertid vist seg å være en meget sammensatt og kompleks problemstilling og der antallet pasienter i seg selv bare er en faktor og ikke alltid den avgjørende for kvaliteten på resultatene. I tillegg er behandlerens (kirurgen) alminnelige trening og erfaring, det medisinske teamets totale kompetanse inklusive de diagnostiske disiplinene, erfaringsgrunnlag i annen og relevant medisinsk aktivitet, og at anbefalte retningslinjer for en gitt behandling følges av betydning.

Et eksempel kan være kirurgisk behandling av kreft i bukspyttkjertelen der det i 2001 var 108 nye tilfeller diagnostisert i Helseregion Vest. Erfaringstall tilsier at maksimalt 20 % av disse skal gjennomgå forsøk på kurativ kirurgi, et inngrep som er omfattende og komplisert, dvs. ca. 20. Resultatene ved behandlingen er i sin alminnelighet fortsatt svært dårlige (<20 % i live etter 5 år hos dem som tilsynelatende ble radikalt behandlet) og der i tillegg faren er ganske stor for ulike komplikasjoner, noen av dem dødelige. Hvordan bør dette organiseres for å maksimere effekt og minimalisere komplikasjoner ved en slik sykdom?

Et annet eksempel kan være en variant av lymfekreft som er svært aggressiv, hos en ung pasient. Her vil utfallet være avhengig av en nøyaktig diagnostikk (riktig subtype av lymfekreft, nøyaktig billediagnostisk kartlegging av utbredelse av sykdommen) og behandlingsteamets trening i å gjennomføre cellegiftbehandling med den intensitet som er nødvendig.

Forholdet mellom volum og resultat i behandling av kreftsykdommer synes å være særlig viktig når det første kirurgiske inngrepet er helt avgjørende for resultatet, dvs. når kirurgien sin rolle er helt avgjørende, når kompleks og sammensatt diagnostikk og multimodal behandling er nødvendig for et godt resultat.

Den enkelte behandlende enhet må kunne dokumentere sine resultater. Dette er en forutsetning for å forstå bedre de komplekse sammenhenger som kort er redegjort for, men også for at pasientene skal kunne bli fortalt hva som faktisk oppnås ved en gitt avdeling.

Vi må organisere virksomheten på en slik måte at det er mulig å sikre kvaliteten i resultatene. Hvor mange tilfeller av en gitt sykdom bør en enhet ha over en gitt tidsperiode, og der en kan anta at diagnostikk og behandlingsmåter holdes konstant, for å kunne uttale seg om sine resultater? En slik enhet for kvalitetssikring foreslås avgrenset ved følgende definisjon:

En enhet for kvalitetssikring er den/de enheter eller avdelinger på et gitt sykehus som har behandlingsansvar for en konkret diagnose (f. eks. kreft i endetarm) med utgangspunkt i den befolkningen som betjenes av det gitte sykehus.

Funksjonsfordeling må være basert på den løsning som beviselig eller et bredt fagmiljø mener gir pasienten de beste resultater.

1.3.7 STANDARDISERING AV TILTAK

I utredningen Nasjonal strategi for arbeid innenfor kreftomsorgen vektlegges betydningen av standardisering av klinisk praksis. Det anbefales at nasjonale faggrupper blir sentrale i enda større grad i arbeidet med å utvikle og vedlikeholde nasjonale anbefalinger. Det finnes i dag anbefalte retningslinjer for mange av de hyppigst forekommende krefttypene.

Retningslinjer og standardisering vil også være det beste (og viktigste) grunnlag for å kunne gjøre sammenligninger av kvalitet og resultater.

Det er viktig at de faglige nettverkene bygges videre opp regionalt og med utgangspunkt i diagnosegrupper, bl.a. for å fremme standardisering og kvalitetsforbedring. Dette ble også sterkt vektlagt i den tidligere delplan for kreft i Helseregion Vest. Det er viktig at disse nettverkene er sammensatt av personer med ulike roller i behandlingskjeden, og ikke bare med personer med utgangspunkt i en gitt medisinsk spesialitet. I noen av nettverkene vil det også være naturlig å ha med representanter for ulike helseprofesjoner. Disse faglige nettverkene kan bidra til at lojalitet mot nasjonale anbefalinger utvikles. Nettverkene bør også ta et ansvar for at en rasjonell og avtalt funksjonsfordeling blir fulgt opp.

Fagmiljøene i Helseregion Vest må også være aktive i å etablere nye og bidra systematisk til de etablerte nasjonale kvalitetsregistre, både de som er lov- og forskriftsfestet og de andre. Kvalitetsregistre kan gi det beste grunnlaget for riktige konklusjoner på gitte problemstillinger. Førte innføringen av en ny diagnostisk prosedyre til at flere pasienter ble radikalt operert for en gitt kreftsykdom?

1.3.8 INTRODUKSJON AV NYE TILTAK INNEN DIAGNOSTIKK OG BEHANDLING

Den medisinske kunnskap er i en konstant utvikling. Det vil kontinuerlig komme opp forslag om endring i medisinsk diagnostikk og praksis.

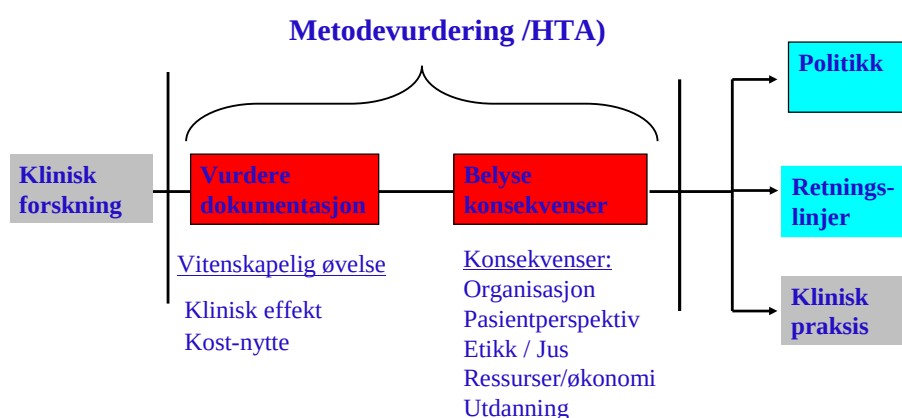
Nedenstående figur er hentet fra utredningen Nasjonal strategi for arbeid innenfor kreftomsorgen (2004) og gir en god innsikt i de elementene som i større eller mindre grad bør være basis for vurdering før eventuell implementasjon av nye eller endrede rutiner. Det kan også være aktuelt på basis av systematisk gjennomgang av forskning å avslutte gitte tilbud pga manglende effekt av tiltaket, dvs, fase ut ikke virksom, etablert behandling. Dette utgangspunktet bør danne grunnlaget for en systematisk fremgangsmåte.

Denne arbeidsformen bør i størst mulig grad være harmonisert med nasjonal praksis. De tidligere omtalte faglige nettverkene bør ta mål av seg til å være en aktiv pådriver i å skape grunnlag for støtte for beslutninger og bør være bindeleddet mot nasjonale faggrupper. Det er i denne sammenhengen viktig at det i minst mulig grad utvikles ulik praksis ved de forskjellige behandlingsstedene for kreft i Norge. Felles praksis ved alle regionsykehusenes gir fagmiljøene den beste legitimitet i forhold til enkeltpasienters ønsker og krav.

Fagmiljøene i Helseregion Vest må også være aktive i klinisk forskning, spesielt i fase III studier (sammenlignende studier). Det er svært viktig forut for en implementeringsfase, og vil gi de aktuelle fagmiljøene bedre innsikt i kunnskapsbasen for det aktuelle problemet.

Fig. Standardisert fremgangsmåte for vurdering av ny metode eller teknologi.

Bruk av medisinsk metodevurdering



1.3.9 BETYDNINGEN AV FORSKNINGS- OG UTVIKLINGSARBEID

Det hevdes noen ganger at forskning og utviklingsarbeid er mest fordyrende og er noe som "de andre og helst i andre land" bør drive med. De norske forskningsmiljøer sine bidrag til den globale kunnskapsbasen vil være begrenset. Det er imidlertid viktig å understreke at det er kun ved å bruke forskningsmetodiske prinsipper i vurdering av ny kunnskap, i evaluering av pågående aktivitet og ved innføring av nye tiltak at det utvikles kvalitativt gode og effektive helsetjenester. Det må derfor være et mål i seg selv at det foregår mye forskning og utvikling i Helseregion Vest, med et spesielt ansvar for regionsykehuset.

Det må i denne sammenheng, spesielt i den elektroniske journal, arbeides for at tilrettelegging av pasientdata, medisinske og andre data, forenkler klinisk forsknings- og utviklingsarbeid. Ideelt sett bør det meste av informasjonen bli innhentet som en naturlig del av den daglige virksomheten.

Dette er viktig i forbindelse med utvikling av helhetlig styringsinformasjon, jfr eget prosjekt.

1.3.10 SAMHANDLING MED PRIMÆRHELSETJENESTEN

Kreftpasienten mottar tjenester fra ulike deler av helsetjenesten og vil stadig veksle i kontakt med primær- og spesialisthelsetjenesten. Det er derfor svært viktig med klar plassering av oppgaver og ansvar i forhold til den enkelte pasient og god kommunikasjon mellom de ulike aktørene. Det er viktig for enhver kreftpasient til enhver tid å vite hvem som har ansvaret og hvor de kan henvende seg når problemer oppstår.

Pasienter som behov for langvarig rehabilitering etter kurativ behandling og for pasienter som er kommet i en kronisk uhelbredelig fase, spesielt de med et langtrukket forløp, vil ha rett til individuelle planer. Det er viktig at fagmiljøene som behandler og følger opp kreftpasienter, utvikler gode modeller for individuelle planer der pasienten opplever den "sømløse" samhandling mellom nivåene, og de ulike aktørene.

Praktiske ordninger for formidling av kunnskap om kreftsykdommene mellom spesialist- og primærhelsetjenesten, primærhelsetjenestens oppgaver i omsorgen for den langtkomne syke og døende kreftpasient er andre viktige temaer.

2. SAMMENDRAG OG FORSLAG TIL TILTAK

Det er grunn til å anta at de aller fleste av dagens kreftpasienter i Helseregion Vest får et godt tjenestetilbud i de fleste tilfellene, og at de som oftest også oppnår de helsegevinster som kan forventes, selv om vi i alt for liten grad har dokumentert dette.

Forbedret opplysningsnivå i befolkningen, bedre funksjonsfordeling om oppgavene mellom sykehus og avdelinger, oppbygging av egen kreftavdeling ved Sentralsykehuset i Rogaland, bedret kapasitet på strålebehandling, innføring av mammografiscreening og større vektlegging på organisering av den lindrende kreftbehandling har bidratt til dette inntrykket.

Det er imidlertid fortsatt behov for forbedringer på mange områder og vi står utviklingsmessig overfor store utfordringer bl.a. som følge av økt levealder, flere eldre og økt sykelighet.

Det forventes fra 2002 til 2020 en økning på minst 25 % i antallet nye tilfeller. Den største økningen vil komme i årene fra 2008-2010. Økningen for menn skyldes først og fremst en endring i befolkningens alderssammensetning, dvs at en langt større andel vil komme i en alder hvor kreft inntreffer hyppigere. For kvinner skyldes endringen både endring i alderssammensetning og effekt av livsstil, spesielt røkevaner.

I tillegg vil behovet for tjenester øke fordi antallet personer som til enhver tid er i live og som har fått en kreftdiagnose vil øke, for eksempel vil antallet pasienter som har en kronisk uhelbredelig kreftsykdom, leve lenger på grunn av mer effektiv behandling.

Det er forsøkt gjort rede for hvordan økningen i omfanget av kreft vil påvirke kostnadene til kreftomsorgen i samme tidsperiode. Med utgangspunkt i 3 ulike beregningsgrunnlag er det sannsynliggjort at kostnadene til kreftomsorgen for helseforetakene vil mer enn doble seg fra budsjettet 2004 og frem til 2020. Som forutsetninger er lagt inn 25 % flere krefttilfeller i 2020 sammenlignet med dagens situasjon, 3 % prisstigning i gjennomsnitt per år, ekstrakostnad på 25 % for teknologisk utvikling (svært konservativt estimat) og minst 3-dobling i kostnadene til medikamenter. Kostnadene antas med disse forutsetningene å øke fra 1.5 til minst 3 milliarder i 2020 i Helseregion Vest.

Forventet økning i antall krefttilfeller stiller store krav til planlegging og utvikling av tjenestetilbudet.

Forebyggende tiltak må iverksettes på områder hvor dette er dokumentert nyttig.

Diagnostikk og behandling må utvikles i tråd med utviklingen innen medisinsk teknologi og dimensjoneres ut fra forventet behov for tjenester.

Lindrende behandling og rehabilitering må styrkes.

I utvikling av tjenestetilbudet må legges vekt på:

- en klar og omforent forståelse av prioritering i kreftomsorgen i regionen
- en klar funksjonsfordeling basert på beste faglige anbefaling
- standardisering av tiltak og felles retningslinjer for diagnostikk og behandling
- regler for introduksjon av nye eller endring av pågående tiltak innen diagnostikk og behandling, både med tanke på kvalitet og kostnadskontroll
- forsknings- og utviklingsarbeid for å fremme kvalitet og effektivitet
- nær samhandling med primærhelsetjenesten

Forventet økning i antall krefttilfeller må inngå i plandokument og årlig melding for de enkelte helseforetakene og Helse Vest RHF. Det må i denne sammenheng også foretas en kvalitetssikring av de økonomiske beregningene som her er foretatt.

Det gis her en oppsummering av tiltakene som foreslås i planen på de ulike områdene:

Forebygging:

I kapittel 3 vurderes situasjonen for screening for kreftsykdommer. Situasjonen for screening ved tykk- og endetarmskreft må følges nøye. Det er ikke anbefalt å innføre populasjonsbaserte screeningtiltak for kreft i blærehalskjertelen.

Diagnostikk:

Videre forbedring av resultatene ved kreft er i stor grad avhengig av videreutvikling av det diagnostiske tilbudet. God diagnostikk er av avgjørende betydning for å foreta de riktige behandlingsvalg. Det må være en grunnleggende forutsetning at helseregionen med unntak av helt spesielle tiltak er selvforsynt innen det diagnostiske område.

Patologi:

- Regional plan for patologitjenester i Helse Vest legges til grunn for utvikling av patologitjenestene.
- Oppbygging av avdelinger i Helse Fonna og Helse Førde må prioriteres.
- Plan for rekruttering følges opp.

Genetisk disposisjon:

- Kompetansesenteret for arvelig kreft ved HUS må ta del i den nasjonale utvikling og videreutvikle tilbudet ved SiR
- Kompetansesenteret må sikres en permanent finansiering.
- Det bør utarbeides en plan for videre utvikling i et 5-10 års perspektiv, spesielt med tanke på rekruttering av personell.

Bildedagnostikk:

- Det utarbeides en generell plan for videreutvikling av kapasitet og innhold i bildediagnostisk utstyr i regionen.
- Det foretas en nærmere avklaring av ansvars plassering av billediagnostikk mellom radiologi og kliniske fag.
- Det søkes etablert et PET senter i Helse Bergen i 2005-6, og kapasiteten bør økes ved å etablere en PET skanner i Helse Stavanger innen 2008

Kirurgi:

Kirurgisk behandling er den viktigste behandlingsform innen kreftomsorgen, og organisering inklusive funksjonsfordeling, retningslinjer, kapasitet og kompetanse er derfor helt avgjørende for å sikre enkeltpasienten de beste muligheter. I utredningen diskuteres 3 problemstillinger, bruk av laparoskopisk metodikk ("kikhullskirurgi") i kreftbehandling, kirurgien sin rolle i lindrende kreftbehandling og funksjonsfordeling i regionen.

Det er foretatt en kartlegging av hvor kirurgisk behandling med kurativt siktemål foregår. Tallene er imidlertid beheftet med betydelig usikkerhet og avdekker med all sannsynlighet også variasjon i kodepraksis. Med forbehold om usikkerhet i tallene synes anbefalingene i den tidligere regionale helseplan, i noen grad å være fulgt opp. Med noen endringer foreslås disse videreført.

Problemene knytter seg særlig til behandling av sjeldne svulstformer i øvre deler av mage- og tarmkanalen, urinblære og blærehalskjertel, og arbeidsdelingen mellom HUS og SiR. Ut fra antallet tilfeller burde alle disse svulstformene være sentralisert til et behandlingssted, eventuelt behandles av felles team.

- Det anbefales at barn med sjeldne svulstformer utenfor sentralnervesystemet som skal opereres med kurativ hensikt, henvises til Rikshospitalet HF
- Det opprettes et faglig nettverk/faggruppe i kirurgisk kreftbehandling med bl a følgende oppgaver:
 - Bidra til at den anbefalte funksjonsfordeling følges,
 - utarbeide klare retningslinjer for indikasjonen for radikal prostataektomi
 - utarbeide forslag til samarbeid der alle pasienter med svulster i øvre mage- og tarmkanal og urinblære opereres enten ved HUS eller SiR, med et felles team av operatører for begge sykehus
 - utarbeide bedre felles retningslinjer for lindrende kreftkirurgi og iverksette regional registrering av disse inngrepene
 - vurdere oppstart av forsøk med laparoskopisk assistert behandling av tykk- og endetarmskreft

Strålebehandling:

Det antas å være behov for 10 LAE i 2020. Med iverksetting av utvidet driftstid og et fornuftig fornyelses- og videreutviklingsprogram for maskinparken er det behov for en ekstra lineæraksellerator i regionen i perioden. Denne bør plasseres ved SiR.

- Det utarbeides et langsiktig fornyelsesprogram for strålemaskiner og støttefunksjoner i Helse Bergen og Helse Stavanger.
- Den 9. maskinen i regionen bør installeres ved SiR, og bør anskaffes før de eksisterende maskinene fornyes (tentativt i perioden 2008-10).

Medikamentell behandling:

Det er underbygget i utredningen at omfanget av og kostnadene ved denne behandlingsformen vil øke. Det er svært viktig at de faglige nettverk er aktive innen standardisering, endring av behandling og innføring av nye tiltak. Det må innføres tiltak for å effektivisere administrasjonen av og registreringen av denne virksomheten.

- All adjuvant cellegiftbehandling skal foregå ved kreftpoliklinikkene i Førde, Bergen, Haugesund og Stavanger.
- Ansvar for etablert lindrende cellegiftbehandling, som bør være en lokalsykehusoppgave, overtas gradvis av helseforetakene for sine pasienter/de fire hovedsykehusene. Kapasitet og kompetanse må bygges opp tilsvarende.
- Det må utarbeides planer for rekruttering av onkologer, spesielt med tanke på behovene i Helse Førde og Helse Fonna.
- I samarbeid med Apotekene Vest HF innføres det et felles system for administrasjon og registrering av medikamentell kreftbehandling med tilhørende system for kvalitetssikring og automatisk oppdatering i henhold til nasjonale anbefalinger.

Spesielle kreftformer:

Gynekologiske kreftformer:

Det er utviklet et godt samarbeid i regionen. Den avtalte funksjonsfordeling må videreutvikles. Her vil spesielt kapasiteten ved HUS være en avgjørende faktor.

- Samarbeidsordningene som er etablert innen gynekologiske kreftsykdommer i helseregionen videreføres og videreutvikles.
- Spesialisering innen gynekologisk onkologi med spesiell vekt på kirurgiske kompetansekrav støttes.

Barnekreft:

- Rekruttering av barneleger til arbeidsområdet barneonkologi må vies spesiell oppmerksomhet fremover

Kreft i bloddannende organer:

- Anbefalt og i stor grad iverksatt funksjonsfordeling videreføres.
- Det må bygges opp hematologisk kompetanse i Helse Førde og Helse Fonna.
- Allogen benmargstransplantasjon bør etableres i Helse Bergen

Lindrende kreftbehandling:

Målet med alle tiltak for pasienter med kronisk, uhelbredelig kreft er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliative pasienter kjennetegnes ved sviktende organfunksjoner og sammensatte problemer. Det er stadig endring i pasientens situasjon, noe som stiller spesielle krav til organiseringen av tjenestene for pasienten, ofte med behov for hyppige konsultasjoner, god tilgjengelighet til adekvat kompetanse og der det fordres svært god kommunikasjon mellom nivåene.

- Tilbudet innen lindrende behandling utvikles i tråd med nasjonale føringer.
- I første omgang må det etableres palliative team i alle helseforetakene med konsulentfunksjon mot andre enheter i sykehuset og mot primærhelsetjenesten.
- Kompetansesenteret må fortsatt være en viktig drivkraft i utvikling av nettverk og samhandling for å styrke kompetansen på alle nivåer.

Rehabilitering i kreftomsorgen:

Dette er et uoversiktlig område der det foreligger lite systematisk arbeid. Kreftpasientens behov for rehabilitering varierer sterkt, enten det gjelder innen det psykososiale området eller innen fysisk rehabilitering.

- Utfordringene og behovene innen fysisk rehabilitering av kreftpasienter må kartlegges som ledd i en generell kartlegging av rehabiliteringsbehov i regionen.

Forsknings- og utviklingsarbeid i kreftomsorgen:

Den kliniske forskningen i sykehusene bør styrkes. Her har Haukeland Universitetssykehus og Samarbeidsorganet med Universitetet i Bergen et spesielt ansvar. Det må tilrettelegges for klinisk forskning bla. gjennom bedre elektronisk styringsinformasjon, jfr helhetlig styringsinformasjon. Det er også viktig å legge til rette for en enklere igangsetting av uttesting av lovende forskningsresultater på mennesket. Det bør derfor etableres en klinisk prøvningsenhet ved HUS for i større grad å bidra til dette. Det må også legges til rette for å kunne opprette og vedlikeholde biobanker og kliniske pasientregistre.

- Klinisk kreftforskning må videreutvikles.
- Helse Bergen utarbeider en prototyp for håndtering av pasientopplysninger tilrettelagt for klinisk forskning.
- Det anbefales å etablere en regional klinisk forskningsenhet ved HUS/UiB for å understøtte den translasjonelle forskningen i regionen
- Det bør tilrettelegges for etablering av flere omfattende biobanker i regionen.

3. FOREBYGGING

3.1 SPESIALISTHELSETJENESTENS ANSVAR FOR PRIMÆRFOREBYGGELSE

Det er stor enighet om tiltakene innen primærforebyggelse i samfunnet, jfr Nasjonal strategi for arbeid innenfor kreftomsorgen, og European Code Against Cancer and Scientific Justification (Ann Oncol 14: 973-1005, 2003).

Det er også enighet om at hovedansvaret for implementasjon og tilbud av tiltak ligger i kommunehelsetjenesten.

Det heter i styringsdokumentet til Helse Vest RHF at spesialisthelsetjenestens ansvar for forebyggende arbeid omfatter individrettet forebygging, helse- og risikoovervåkning, veiledning og samarbeid med primærhelsetjenesten/kommunene om folkehelsetiltak og smittevern.

Det betyr bl.a. at:

- det individrettede forebyggende helsearbeidet må utvikles, samt integreres i de individuelle planene og pasientopplæringsprogrammene
- registre innen sykdoms- og risikoovervåkning må følges opp ved å formidle data om for eksempel epidemiologiske forhold og skader som grunnlag for forebyggende tiltak og planlegging i regionen

- helseforetakene må være samarbeidspartnere i gjennomføring av lokale forebyggende programmer
- alle sykehusene skal være røykfrie og uten salg av tobakksvarer
- pasienter og ansatte bør kunne tilbys hjelp til røykeslutt

Det er viktig at også spesialisthelsetjenesten formidler kunnskaper og verdier som understøtter betydningen av primær forebygging.

3.2. SEKUNDÆRFOREBYGGELSE

3.2.1 GENERELT OM SCREENING

Screening er en metode for å identifisere sykdom i utvikling hos individ uten symptomer. Screeningstester kan identifisere personer med økt risiko for å ha en sykdom eller et forstadium til sykdom, dvs en metode som kan peke ut de personene som bør underkastes en grundigere undersøkelse for å bekrefte eller avkrefte en sykdomsmistanke.

Utbredelsen av sykdommen på diagnosetidspunktet vil for de fleste kreftsykdommer i høy grad påvirke prognosen. Hensikten med screening er å oppdage sykdommen på et stadium som gir bedre muligheter for helbredelse. Det har de senere årene vært synlig bedring av behandlingsresultater for tidlig diagnostisert kreft mens behandlingsresultatene har vært tilnærmet uendret for mer avansert kreft. Forebygging og tiltak som kan påvise sykdom i tidlig stadium, er derfor det beste strategiske valget.

Å oppdage en kreftsvulst tidlig, gir ofte bedre resultater og gjør også at behandlingen ofte kan gjennomføres med mer skånsomme metoder. En liten svulst i brystet har en langt bedre prognose enn en stor. I en liten svulst, har kreftcellene gjennomgått færre delinger og risiko for mutasjoner til mer aggressive former er mindre. Det er gode argumenter for tidlig diagnostikk, enten den skjer gjennom organiserte masseundersøkelser eller på individuelt nivå.

Screening er imidlertid i seg selv ikke tilstrekkelig. I tidlig fase vil sykdommen ofte være uten symptomer. Man må gjennomgå en spesifikk undersøkelse for å avdekke forstadier eller tidlig sykdomsutvikling. Screening kan indikere om en i utgangspunktet frisk og symptomfri person har høy eller lav sannsynlighet for å ha kreft. Screening i seg selv vil ikke være tilstrekkelig for å diagnostisere en svulst, men den kan bidra til å identifisere personer som bør undersøkes nærmere. Mammografiscreening er et typisk eksempel.

Det er videre to grunnleggende forutsetninger for screening:

- at det foreligger et behandlingstilbud som i vesentlig grad vil bedre helsetilstanden til den "screening-positive" gruppen sammenlignet med de som ikke screenes, dvs at vi har et behandlingstilbud som gir et bedre resultat når behandling blir igangsatt tidlig enn når behandlingen blir igangsatt når sykdommen blir klinisk manifest.
- at det foreligger store randomiserte forsøk der man sammenligner mortalitet for den aktuelle kreftformen i den screenede gruppen sammenlignet med en ikke-screenet gruppe som har fått standard behandling etter at sykdommen ble klinisk manifest.

Rask undersøkelser av mulige faresignaler er et nødvendig ledd i denne prosessen. Det forutsetter en aktiv tilretteleggelse for å ta imot pasienter til videre undersøkelse. Et eksempel er henvisning til et brystdiagnostisk senter der pasienten kan få avklart all usikkerhet og eventuelt bli tatt hånd om direkte ved positive funn. Pasienten henvises med et klinisk problem i stedet for at primærlegen selv skal sette sammen et undersøkelsesprogram.

3.2.2 ETABLERTE SCREENINGTILTAK

I Norsk kreftplan for 1998-2003 ble det foreslått:

- At screening for brystkreft gjøres landsdekkende
- Å starte et prøveprosjekt for screening for kreft i tykk- og endetarm i 1-3 fylker.
- At screening for cervixcancer fortsatt bør evalueres mht. aldersgrupper, intervall og resultater.

Alle tiltakene er gjennomført.

Brystkreft:

Brystkreft er den hyppigste kreftform hos kvinner og utgjør 11,6 % av all kreft og 23,8 % av all kreft hos kvinner (2001). I 1994 ble det startet et prøveprosjekt i fire fylker (Oslo, Akershus, Hordaland og Rogaland) der kvinner i aldersgruppen 50 – 59 år ble invitert til mammografi undersøkelse annet hvert år. I 1998 ble prøveprosjektet utvidet med fem nye fylker (Telemark, Troms, Finnmark og Agderfylkene).

Senter for medisinsk metodevurdering (SMM) konkluderte i sin rapport 4/2002 med at mammografiscreening for aldersgruppen 50-69 reduserer den relative dødelighetsrisiko av brystkreft. For aldersgruppen 40-49 år er det sannsynlighetsovervekt for at mammografiscreening ikke reduserer dødeligheten av brystkreft. Screening for brystkreft ble på denne bakgrunn gjort landsdekkende for alle kvinner over 50 år. Det er også vurdert landsdekkende tiltak for kvinner under 50 år. Her anbefales det å etablere et screeningprogram f. eks. fra 45 – 50 år som et vitenskapelig prosjekt når forholdene kan legges til rette med tilstrekkelig personell.

Kreft i livmorhalsen:

Screening for livmorhalskreft (cervixcancer) ble innført uten at det på forhånd verken i Norge eller i verden for øvrig var utført prospektive randomiserte undersøkelser som vurderte nytten av masseundersøkelse. Det ble raskt registrert en klar gevinst med redusert dødelighet

Siden 1995 er det landsomfattende tilbud til alle kvinner i alderen 25 – 69 år. Alle kvinner i denne aldersgruppen blir invitert til å ta en celleprøve hvert 3. år. Kvinnen må imidlertid selv bestille time hos lege for å få tatt prøven. Denne screening er medvirkende til at antallet pasienter med livmorhalskreft i langt kommet stadium har minket de senere år.

Infeksjon av visse typer av human papillomavirus (HPV) som gjerne overføres seksuelt, er den viktigste risikofaktor for cervixcancer. I tillegg til testing av HPV, er det igangsatt et vaksineprogram i Norge. Grunnen er at HPV-infeksjon er en medvirkende årsak til cervixcancer (med forstadier). Hypotesen er at vaksinasjon vil kunne redusere risiko for både forstadier og manifest utbrudd av kreft. Det er en absolutt forutsetning at innføring av tester og vaksineprogrammer må struktureres og registreres.

Vaksinasjonsprogram mot hepatitt B virus infeksjoner:

Globalt kan ca. 18 % av krefttilfellene knyttes til infeksjoner av virus, bakterier eller parasitter. Leverkreft er en av de ti vanligste kreftformene i verden, og man regner med at 80 % av disse krefttilfellene skyldes hepatitt B viruset. Verdens helseorganisasjon oppfordret i 1991 alle medlemslandene til å innføre hepatitt B-vaksinasjon i sine nasjonale vaksinasjonsprogrammer. Per 2003 har over 120 land, deriblant USA, Canada, Kina og Australia, innført slik vaksinasjon. Norge, de andre nordiske landene, Storbritannia og Nederland bestemte tidlig på 1990-tallet ikke å innføre allmenn hepatitt B-vaksinasjon. Forekomsten av akutt hepatitt B i Norge var på begynnelsen av 1990-tallet svært lavt og blant de laveste i verden. Siden midten av 1990-tallet har forekomsten øket betydelig. Som et alternativ til generell vaksinasjon av befolkningen, har Norge valgt en strategi med selektiv vaksinasjon av de utsatte grupper for å bli smittet med hepatitt B.

3.2.3 SCREENING FOR KREFT I TYKK- OG ENDETARM (COLORECTAL CANCER)

Den helsemessige nytten av å screene friske personer for kreft i tykk- og endetarm er studert i fire randomiserte og kontrollerte studier som SMM har vurdert. Alle, unntatt en, har brukt testing for blod i avføring som metode. Studiene viser at 15-33 prosent færre dør av tykk- og endetarmskreft i screenet gruppe i forhold til en kontrollgruppe. Det er imidlertid ingen endring i totaldødeligheten i den screenede gruppen. Det er heller en tendens til at flere i den screenede gruppen dør av andre årsaker enn av colorektal kreft, sammenliknet med kontrollgruppen. Dette viser at 1000 personer må screenes i 10 år for å forhindre ett dødsfall av colorektal kreft.

En innføring av colorectal screening som rutine må vurderes av fagmiljøene før beslutning fattes. Både USA og en rekke europeiske land anbefaler screening for colorectal kreft. Dette er en meget vanskelig problemstilling. Foreløpig er flere avventende og de mener man trenger mer tid for å avklare om det totalt sett foreligger helsemessig gevinst.

Insidensen av colorectal kreft i Norge er nå en av de høyeste i hele verden. Vi har større risiko enn våre naboland. Hva tjener de norske pasientene som gruppe best? Det er mangel på kapasitet for scopiundersøkelser. Det foreligger ventetider på undersøkelsen mange steder. Pasienter som trenger undersøkelsen pga symptomer må prioriteres foran et screeningprogram. Fagmiljøene må vurdere hvorledes vi kan forberede oss til et mulig fremtidig, nasjonalt screeningprogram. Opprustning av personelltilgangen blir helt sentral. Fagmiljøene må også ta stilling til om det kan utdannes eget personell som kan foreta scopiundersøkelsene.

Det er organisert screening for personer med genetisk økt risiko for colorectal kreft, som bør fortsette.

3.2.4 SCREENING FOR KREFT I BLÆREHALSKJERTELEN (PROSTATA CANCER)

Kreft i prostata (blærehalskjertelen) er den hyppigste kreftform hos menn og utgjør 12,9 % av all kreft og 25,0 % av all kreft hos menn og rammer over 3000 hvert år. Det er et stort press for innføring av screening for kreft i prostatakjertelen. En enkel blodprøve vil være aktuell som screeningmetode for prostatakreft. Denne prøven blir av og til tatt uten at det foreligger

symptomer fra prostatakjertelen. Forhøyede verdier kan tyde på prostatakraft. Vi har en rask og relativt rimelig test som kan avgrense pasienter i risikogruppen for prostatakraft. Den viktigste grunnen for at den europeiske gruppen ikke vil anbefale det, er mangel på randomiserte undersøkelser som støtter dette. Reduksjon i mortalitet er forutsetningen for å anbefale et program. En usikker reduksjon i dødelighet må veies opp mot den skade som blir påført personer som ikke vil ha nytte av behandlingen. De skriver: "Unfortunately, at diagnosis, men needing treatment for prostate cancer cannot be differentiated from men who do not".

Vi mangler også en god behandling med forutsigbar effekt. Da er vi like langt. Hensikten med screening er å kunne tilby en behandling som gir et bedre resultat ved behandling før sykdommen har gitt symptomer enn om en venter. Det er omdiskutert om tidlig behandling kan gi et fortrinn. Både den europeiske gruppen og de fleste innen de norske fagmiljøene mener at vi så langt har for dårlig dokumentasjon på at screening kan gi en overlevelsesgevinst.

Det anbefales å avvende konklusjonene fra de mange forsøkene som er igangsatt.

Siden det foregår en del såkalt "villscreening" og mange får påvist prostatakraft gjennom dette, bør forholdene legges best mulig til rette for at vi kan lære noe av behandlingstiltakene. En systematisk registrering og oppfølging av de som får påvist sykdom gjennom "villscreening", kan gi god informasjon. Spesielt vil det kunne bidra til å kartlegge senskader og bivirkninger. De urologiske miljøene har tatt initiativ til en landsomfattende registrering. Dette støttes på lik linje med de andre registreringsprogrammene som er anbefalt.

4. DIAGNOSTIKK

4.1 PATOLOGISERVICE

Innledning:

Forutsetningen for riktig behandling er riktig diagnose. Vi står midt oppe i en teknologisk utvikling som er i ferd med å endre de to mest sentrale fagområdene for diagnostikk: patologi og røntgendiagnostikk (billeddannende metoder). Moderne medikamentell behandling som mer og mer bærer preg av effekter som er "målstyrt", forutsetter også en "målstyrt" diagnostikk. Operasjon og strålebehandling kan planlegges og utføres mest presis dersom sykdomsutbredelsen er presist kartlagt. Undersøkelser med god oppløsning kan avgjøre om pasienten vil være tjent med operasjon eller om andre behandlingsformer vil gi et bedre resultat. Moderne diagnostikk kan stake ut riktig behandlingsstrategi, d.v.s. best utnyttelse av effekten av behandlingstiltakene. Dette vil følgelig bli et virkemiddel for bedre ressursutnyttelse og spare pasienter for ineffektiv og kostbar behandling.

Patologiske analyser er en forutsetning for moderne kreftbehandling. Faget er av stor betydning i dag men det må i en plan også tas høyde for utviklingen. Patologifaget er i endring. Det kan best beskrives som et paradigmeskifte der molekylær diagnostikk er i ferd med å knytte diagnostikk og behandling sammen på en helt ny måte. Det vil få konsekvenser for fagets organisering, oppgavefordeling, undervisningsprogram, forskningsprogram og ressurstildeling

I Nasjonal strategi for arbeid innenfor kreftomsorgen blir patologifaget gitt mye oppmerksomhet, og dets betydning sterkt understreket både for behandlingsresultat og ressursbruk. Det anbefales at det satses sterkt på patologifaget og det ønskes tiltak for bedre kvalitetssikring, etablering av nasjonale handlingsprogrammer, økt forskningsinnsats, økonomi, rekruttering og økt kompetanse.

I Nasjonal strategi for arbeid innenfor kreftomsorgen fremheves det blant annet at de nye diagnostiske teknikkene er en betingelse for utvikling av nye behandlingsmetoder og at implementering av teknikkene må samordnes med de kliniske fagene. I utkastet er følgende tiltak foreslått:

Kvalitetssikring:

De nye diagnostiske teknikkene er en betingelse for utvikling av nye behandlingsmetoder. Implementering må samordnes med de kliniske fagene. Patologifaget er og må være inkludert i det terapeutiske team. Dette må få konsekvenser for oppgavefordelingen i de kliniske fagene. Noen diagnosegrupper er avhengig av samlokalisering for å få optimalt utbytte, andre kan tillate annen form for praktisk samarbeide.

En form for subspesialisering er nødvendig for å dekke visse diagnosegrupper. Spesifikke kompetansekrav må stilles. Intern oppgavefordeling er nødvendig. Det gjelder både for vanlige diagnoser som brystkreft og tarmkreft og for mer sjeldne diagnoser som lymfekreft og bindevevskreft (sarcomer). Anvendelse av de nye teknikkene må innarbeides i patologiutdanningen. Fagmiljøene må selv ta stilling til eventuell formalisering/akkreditering av kompetanse ved subspesialisering.

Faglig krevende diagnoser må dobbeltsikres langt mer enn i dag (flere prøver må vurderes av to patologer).

Som en følge av ovenstående bør ressursene benyttes til å øke eksisterende laboratoriers kapasitet og kompetanse og ikke på nyetablering.

Svarene fra patologiundersøkelsene må inngå i kvalitetsregistrene.

Obduksjonsfrekvensen må økes. En lav frekvens er et nasjonalt folkehelseproblem. Det svekker kvaliteten i de kliniske fagene. Nasjonale registre vil få en svekket kvalitet. Diagnosene som ligger til grunn for Kreftregisterets data, må kvalitetssikres. Denne prosessen kan utnyttes som et nasjonalt kompetansehevende tiltak.

Raske svar på prøvene er viktig for fremdrift av behandlingsprosedyrene for den enkelte pasient. Svartid må ikke forsinkes p.g.a. kapasitetsmangel. Normerte frister for besvarelse (rutineprøver) må defineres som et kvalitetskrav.

Nasjonale handlingsprogrammer

Patologifaget må inngå i utforming av handlingsprogrammene. Spesifiserte krav til undersøkelser må defineres.

Forskning

Forskning innen diagnostikk må integreres i rutinene ut fra samme argumentasjon som er vektlagt i de kliniske fagene. Diagnostikken må defineres som "pasientnær".

Avdelingene som er tilknyttet universitetene må ha muligheter for kontakt og samarbeide med hele forskningssøylen fra basalforskning til den ”pasientnære” forskningen.

Økonomi

Virksomhetens inntjening må balanseres bedre med utgiftene. Utviklingen i faget innebærer stadig dyrere tester. Disse testene må betraktes som en del av behandlingen.

Rekruttering - kompetanse

Behovet for rekruttering til faget må oppdateres. Patologifaget oppfattes som et prioritert investeringsområde for fremtiden både for å sikre pasientene optimal behandling, men også som ledd i fremtidig kostnadskontroll (seleksjon til optimal behandling). Det må etableres ordninger for kompetansesikring/vedlikehold/utvikling etter samme prinsipp som øvrige spesialiteter herunder formaliserte kontakter med utenlandske laboratorier.

Regionale plan for patologitjenester

Av regional plan for patologitjenester fremgår det at det er en klar underdekning innen patologifaget i regionen og at det er behov for betydelig styrking både ressursmessig og organisatorisk. Det foreslås blant annet at det etableres faglige nettverk.

Det er i planen foreslått en arbeidsdeling hvor det utføres basistjenester ved alle de fire helseforetakene i regionen. Dette innebærer at tjenestene må bygges ut i Haugesund og Førde. Med basistjenester i denne sammenheng mener gruppen all tjeneste innen patologifaget med unntak av gynekologisk cytologi og annen diagnostikk som formelt er regionalisert. Basistjenester inkluderer autopsi- og biopsidiagnostikk med lokal tilgang til spesialundersøkelser inklusive immunhistokjemi. Cytologi bør bygges ut med særlig vekt på finnáls aspirasjons cytologi (punksjonscytologi). Med dagens teknikker og kompetansekrav i molekylærpatologi, er det naturlig at dette lokaliseres til Stavanger og Bergen og i denne omgang ikke bygges ut i Førde og Haugesund.

Forholdene må legges til rette i Stavanger og Bergen for å ta i mot øket mengde gynekologisk cytologi og for å kunne fungere som støtte for de avdelinger som er under oppbygging.

Med en bemanning på åtte leger i Haugesund (6 overleger, 2 ass. leger) og fem leger i Førde (4 overleger og en ass. lege) og god integrasjon i det øvrige sykehusmiljø, vil disse miljøene være lite sårbare. Kommunikasjon med billedoverføring via telenettet ses på som en forutsetning for en sunn og stabil utvikling av patologitjenestene i Helseregion Vest, særlig med tanke på kvalitetssikring, konferanser og undervisning.

Det foreslås i denne omgang å opprette følgende regionale kompetansemiljøer:

- Mammasenter, screening, patologi, behandling (Helse Bergen)
- Nevrotumorkompetansesenter (Helse Bergen)
- Oralpatologi (Helse Bergen)
- Ben/bløtvevssvulster (Helse Bergen)
- Kvantitativ Patologi (Helse Stavanger)

Det er under vurdering søknad om nasjonalt kompetansesenter for mammografiscreening ved Helse Bergen.

Diagnostikk av svulster i ben og bløtdeler er i praksis etablert som en regional funksjon knyttet til regionsykehuset, der utredningen gjøres i team bestående av kirurger, onkologer, radiologer og patologer.

Nyrepatologi er tidligere etablert som nasjonalt kompetansesenter ved regionsykehuset.

For kvantitativ patologi er det internasjonal kompetanse på høyt nivå i Stavanger.

Bruk av private laboratorier

Det er arbeidsgruppens oppfatning at den samlede patologieservice i Helseregion Vest bør utbygges slik at sykehusavdelingene kan ta hånd om all diagnostikk innenfor helseregionen. I dag kjøper Helse Vest tjenester tilsvarende rundt 6 patologiårsverk ved Laboratorium for Patologi i Oslo. Tallet blir høyere om en regner på alt som sendes ut av regionen. Tilbakeføring av det materialet som i dag sendes ut, vil således være et godt økonomisk fundament for utbygging av egne avdelinger. Til dette er også å tilføye at det materialet som sendes ut for det meste er små og diagnostisk ”lette” prøver som det er lønnsomt å ha ved egen avdeling.

Et viktig medisinsk argument er å samle mest mulig av undersøkelser hos en og samme pasient ved en enkelt avdeling, subsidiert innenfor regionen.

Til tross for dette vil det fortsatt være et visst behov for supplement fra private laboratorier som en buffer ved lav bemanning og som et konkurransemoment for offentlige laboratorier. Dette behov er vanskelig å anslå og bør ikke influere på planene for utbygging av patologitjenestene ved egne sykehus.

Tiltak

Det er i første rekke viktig at utbyggingen av patologitjenester i Førde og Haugesund forseres.

Nye stillinger må tilføres både i Stavanger og Bergen for å støtte oppbyggingen og driften i Førde og Haugesund og for å bygge regionen sammen til et kompetanseområde i likhet med regionale planer for samarbeid i radiologi (7).

Rekrutteringsestimater er alltid forbundet med en viss usikkerhet, men det ser likevel ut for at tilgangen på spesialister i patologifaget i denne regionen vil være adekvat videre fremover. En må imidlertid regne med at patologer med både akademisk og praktisk kompetanse vil bli mangelvare med mindre stimuleringstiltak for forskning forseres.

Forslag:

- Regional plan for patologitjenester i Helse Vest legges til grunn for utvikling av patologitjenestene.
- Oppbygging av avdelinger i Helse Fonna og Helse Førde må prioriteres.
- Plan for rekruttering følges opp.

4.2 GENETISK UTREDNING OG VEILEDNING

Som et av tiltakene i Nasjonal kreftplan ble det vedtatt å bygge opp regionale kompetansesentra for arvelig kreft. Dette er i Helseregion Vest lagt til Senter for medisinsk

genetikk og molekylærmedisin (MGM) ved HUS. Oppgavene består å gi et tilbud i form av genetisk utredning og genetisk veiledning til familier med opphopning av visse krefttyper. Det er en spesiell opphopning av familier med arvelig bryst/-eggstokkreft i Rogaland. Kompetansesenteret har derfor sluttet seg til det arbeidet som ble etablert mellom DNR og SiR fra 1994 hvor genetisk veiledning gis ved konsultasjonsdager og klinisk oppfølging skjer ved kvinneklinikken og kirurgisk avdeling (tarm/bryst).

MGM har gitt støtte til utstyr og start av utdanning av genetisk veileder ved SiR. Fra mai -04 opprettet MGM en "satelitt" ved SiR hvor sekretær (100 %) og genetiker (20 %) er tiltrådt i et prøveprosjekt..

Finansieringen av kompetansesenteret var i årene 1999-2003 med penger fra Nasjonal kreftplan. Det er videreført i 2004 som en særskilt bevilgning fra Helse Vest. Dette må nå sees på som en etablert funksjon i Helse Vest.

Utrednings- og veiledningsaktiviteten har vært jevnt økende gjennom de årene tilbudet har eksistert. MGM gjør alle de vanlige laboratorietestene, med unntak av noen få, som sendes til laboratorier i utlandet.

Det antas at antallet familier med arvelig bryst/-eggstokkreft ikke vil vesentlig øke i tiden fremover. Derimot er det forventet at det vil bli økt oppmerksomhet på arvelige tilfeller av tykk- og endetarmskreft, og også en del tilfeller av føflekksvulst, i tillegg til en rekke svært sjeldne tilstander.

Dette feltet er i rask utvikling. Utover den tradisjonelle bruk av genetisk veiledning til familier med arvelig kreft, er identifisering av arvelig årsak i stor grad en del av grunnlaget for behandlingsvalg for den enkelte pasient.

Det er et behov for bedre samordning nasjonalt, da det er åpenbart at regionalisert oppbygning av dette tilbudet med håndtering av omfattende familiestrukturer ikke nødvendigvis er optimalt. Felles IT håndtering av familieopplysningene vil kunne lette utveksling av nødvendig informasjon mellom de ulike kompetansesentre i landet.

Det er videre klart at det er omfattende arbeid både å sette opp og vedlikeholde kvaliteten i testene som tilbys. Det fremmes derfor et forslag i Nasjonal strategi for arbeid innenfor kreftomsorgen at det bør være en funksjonsfordeling mellom de ulike laboratoriene av hvilke tester som gjøres hvor. Nye tester som settes opp anbefales bare etablert ett sted i landet.

Det er svært viktig med en god planlegging av rekruttering fremover for å sikre kontinuitet i tjenestene. Kompetansesenteret bør fremme en plan for den videre utvikling av disse tjenestene i relativt langt perspektiv (5-10 år).

Forslag:

- Kompetansesenteret for arvelig kreft ved HUS må ta del i den nasjonale utvikling og videreutvikle tilbudet ved SiR
- Kompetansesenteret må sikres en permanent finansiering.
- Det bør utarbeides en plan for videre utvikling i et 5-10 års perspektiv, spesielt med tanke på rekruttering av personell.

4.3 BILLEDDIAGNOSTIKK

Perspektiver på radiologisk diagnostikk

Hovedmålet for den radiologiske diagnostikken for kreft vil være å gi en korrekt billedmessig framstilling av god nok kvalitet så raskt som mulig med minst mulig ressursbruk. De diagnostiske metodene skal kartlegge sykdommens utbredelse slik at pasienten kan loses inn i korrekt terapigruppe. Diagnostiske metoder benyttes også for å evaluere respons på behandling og i etterkant kontrollere et eventuelt tilbakefall av den opprinnelige sykdommen. (Bygger her i stor grad på Nasjonal strategi for arbeid innenfor kreftomsorgen)

Screening

Den eneste radiologiske populasjonsbaserte screening med dokumentert gevinst er screening med mammografi for å påvise brystkreft.

I en rekke land foregår såkalt ”villscreening” for å påvise mulige kreftsykdommer (villscreening dvs usystematisk helsesjekk av individer uten symptomer). Slik ”screening” foregår også for andre sykdomsgrupper, som for eksempel hjerte- og karsykdommer (spiral-CT for å se etter kalk i hjertearterier, (CT: computertomografi)). Ingen har så langt kunnet dokumentere helsegevinster av slik virksomhet. Mest dokumentasjon foreligger med hensyn til CT-basert screening for tidligdiagnostikk av lungekreft, hvor de foreløpige resultatene kan tyde på en viss gevinst i spesielt definerte risikogrupper. Flere steder, i første rekke i USA, foreligger det en såkalt ”helkroppsscreening” som et helsetilbud basert på ”Whole-body” CT og MR (magnetisk resonans tomografi). Individbasert gevinst rapporteres, men ingen studie av slik virksomhet har dokumentert helsegevinst basert på kost-nytte.

Det er i et 5-10 år perspektiv tvilsomt om det vil dukke opp nye screeningformer som i dag ikke er kjent. Videreutvikling av eksisterende metoder hvor helsegevinst kan dokumenteres, er imidlertid sannsynlig. Det pågår for eksempel undersøkelser om spiral-CT kan benyttes som screeningmetode for colorectalkreft.

Diagnostikk innen kreftomsorg

A. Diagnostikk av ondartet sykdom.

Denne vil i overskuelig framtid foregå med konvensjonell radiologi som baseres på røntgenstråling, ultrasonografi (ultralyd), CT (røntgenbasert) og MR (elektromagnetisme). Positron emisjonstomografi (PET, basert på radioaktive isotoper med meget kort halveringstid) i kombinasjon med CT vil sannsynligvis finne en plass innen primærdiagnostikk, vurderingen av behandlingsrespons og kontroller av visse sykdommer. Nye metoder som kan avbilde vevets biokjemiske egenskaper (”molecular imaging”), vil definitivt finne sin plass i framtiden.

B. Kartlegging av sykdomsprosesser/malignitetsgrad.

Innen kartlegging av sykdomsutbredelsen (stadieinndeling) og responsevaluering vil CT, MR og PET/CT eller PET/MR være de mest aktuelle modalitetene i et 5-10 års perspektiv. Sannsynligvis vil PET/CT bli den mest sentrale i slik kartlegging da dette er den metoden som er i stand til å måle tumoraktivitet og ikke bare gi et bilde av et tumorvolum. Metoden har et potensial for å skille mellom tumor vev og inaktivt vev. Funksjons-MR vil også i en slik tidsperiode videreutvikles i betydelig grad innen dette spesifikke feltet, mens CT’s rolle

sannsynlig vil bli nedtonet, i hovedsak grunnet betydelig ioniserende stråling og manglende evne til annen kartlegging enn tumorlokalisering og vaskularisering (blodforsyning).

C. Funksjonskartlegging/spredningspotensial/malignitetsgrad.

Her vil de molekylære bildeteknikkene i hovedsak være dominerende, i første rekke MR og PET/CT. Generelt kan det sies at tendensen vil gå i retning av stadig økt bruk av ressurskrevende, kostbart utstyr på bekostning av enklere og mindre ressurskrevende utstyr. Det er derfor viktig å definere nytteverdien ved slike undersøkelser. Dette vil i første rekke gjelde PET/CT som i dag kan evaluere eventuell behandlingsrespons bedre og tidligere enn noen annen modalitet, noe som gjør en i stand til å avslutte kostbar behandling dersom effekt ikke påvises. Strålefelt kan innskrenkes eventuelt utvides ut fra påvisning og lokalisering av aktivt tumorvev. En kost- nytte-analyse må inkludere en rekke parametre, bl.a. om en dyr og ressurskrevende diagnostikk endrer de totale kostnadene når behandling tas med.

Utvikling av metoder for ny diagnostikk

På kort sikt (5 år) vil man innen radiologi neppe se nye modaliteter bli tatt i bruk i rutinediagnostikk og rutineoppfølging av kreftsykdom. Antall konvensjonelle, radiologiske undersøkelser vil sannsynligvis gå ned til fordel for CT- og MR-undersøkelser. Spesielt må man regne med en økning i antall MR-undersøkelser, både fordi MR i en rekke tilfeller har høyere sensitivitet og spesifisitet enn andre metoder, men også fordi MR ikke benytter ioniserende stråling. Likeledes vil antall PET/CT-undersøkelser øke markant dersom vi får tilgang til metoden.

Det foreligger i dag ingen overbevisende studier som skisserer hvor mange apparater av hvert enkelt slag pr. mill innbyggere som kreves for adekvat kapasitet. Visse analyser som er utført blant annet i Danmark, synes å indikere at man i løpet av relativt kort tid (2-3 år) vil kreve en PET-skanner pr. 500 000 innbyggere. Med tanke på utviklingen av PET/CT diagnostikk og den dokumenterte nytteverdien som nå foreligger, er dette tallet neppe vesentlig misvisende.

Strukturert plan for innføring av nye metoder

Innføring av nye metoder må være kunnskapsbasert for å hindre overforbruk og at visse undersøkelsestyper ikke tas i bruk på områder hvor det mangler dokumentert nytteverdi. Dette kan styres gjennom refusjonsordningene ved at det ikke gis offentlig betaling for andre undersøkelser enn der hvor nytteverdi er dokumentert. Handlingsprogrammene må skissere bruk av diagnostiske hjelpemidler både i primærdiagnostikken og ved kontroll og oppfølging.

Vurdering og forslag til tiltak

Det har vært en jevn og stor økning i bruk av bildediagnostiske hjelpemidler i kreftomsorgen. Dette skyldes i noen grad den økte pågangen av pasienter, men i mye større grad behovet for å kartlegge utbredelse av sykdom, operere på riktigere grunnlag, som forberedelse til stråleterapi og for å kunne styre medikamentell behandling. Mange av disse problemstillingene er svært krevende og setter store krav til radiologisk ekspertise. I denne sammenheng understrekes den betydning det vil ha fremover å kunne utnytte de teleradiologiske muligheter for felles konferanse, ny vurdering etc.

God kreftomsorg er helt avhengig av en bildediagnostisk service med høy kapasitet og kvalitet. Det må være langsiktige rullerende planer for utstyr, samtidig er det svært viktig å understreke betydning av en kontinuerlig overvåkning av bruken (og misbruket) av disse hjelpemidlene, og gode prosesser før innføring av ny teknologi. Det må parallelt arbeides med rekrutteringen til fagområdet.

Det er også behov for en diskusjon om ansvars plassering av bildediagnostikk i de ulike fagområdene. Hva skal gjøres i avdelinger for bildediagnostikk (radiologi) og hva skal gjøres i de ulike kliniske fagene? Her må de ulike faglige nettverkene i regionen involveres.

Det tilrås å starte en prosess for å få etablert et PET-senter i Helseregion Vest med sikte på etablering i 2005-6 i Helse Bergen. Etableringen bør skje i nært samarbeid med UiB, og ses i sammenheng med fremstående aktivitet innen annen funksjonell bildediagnostikk, som funksjonell MRI. Det vil bli et svært viktig nytt bidrag til forbedringer i kreftomsorgen. Det antas at det i løpet av få år vil bli behov for 2 sentra i helseregionen.

Forslag:

- Det utarbeides en generell plan for videreutvikling av kapasitet og innhold i bildediagnostisk utstyr i regionen.
- Det foretas en nærmere avklaring av ansvars plassering av billediagnostikk mellom radiologi og kliniske fag.
- Det søkes etablert et PET senter i Helse Bergen i 2005-6, og kapasiteten bør økes ved å etablere en PET skanner i Helse Stavanger innen 2008

5. BEHANDLING

5.1 KIRURGISK BEHANDLING

5.1.1 BEHANDLINGSPRINSIPPER OG KIRURGIENS Plass

Kunnskapen om den enkelte sykdoms vekst- og spredningsmønster er avgjørende for å kunne foreta de riktige behandlingsvalg. Hvis en svulst blir oppdaget på et tidlig tidspunkt hvor den er begrenset og sjelden eller aldri har spredd seg, skal de lokale behandlingsmåtene (kirurgi og/eller strålebehandling) vanligvis velges (f. eks. en liten svulst i tykke- og endetarm eller munnhule-, svelgområdet). Hvis det ved en annen sykdom og med en tilsvarende liten primærsvulst allerede finnes en tendens til spredning, vil ofte ikke lokal behandling være nok (kreften er spredd ut uten at den er mulig å påvise på dette tidspunktet). Da kan bare pasienten bli frisk ved å få effektiv medikamentell tilleggsbehandling (dette er realiteten ved en stor andel av brystkrefttilfellene).

Med utgangspunkt i disse enkle, men praktisk viktige betraktningene kan en grovt sammenstille fremgangen i behandlingseffekter de siste 3-4 tiår i noen få grupper. Pasienter med svulster med en langvarig lokal fase (svulsten har ikke spredd seg) har oppnådd bedre resultater når disse diagnosene stilles tidligere, og flere pasienter kan tilbys radikal lokal behandling (kirurgi og/eller strålebehandling).

Den neste gruppen der det er oppnådd en del, er de sykdommene (først og fremst brystkreft og en andel av tykktarmsvulstene) hvor det er en mikroskopisk spredning på diagnosetidspunktet. Her gis medikamentell behandling (cellegifter og/eller hormonelt

virkende medikamenter) i tillegg til den lokale behandlingen, og dette har ført til en redusert sannsynlighet for tilbakefall ved disse kreftformene.

Den tredje gruppen som i antall er mindre, men som har stor betydning fordi de ofte rammer barn og unge, består av en gruppe av ulike krefttyper som har vist seg svært følsomme for behandling med cellegifter. Dette gjelder en del kreftformer hos barn (spesielt den hyppigste form for barneleukemi), testikkelkreft, og en andel av lymfekrefttilfellene hos unge voksne.

Hvis en ser på den endring i prognose som generelt har funnet sted fra ca. 30 % 5 års-overlevelse (pasienter i live 5 år etter diagnose) i 5-årsperioden fra 1958-62 til ca. 55 % i perioden 1993-97, begge kjønn sett samlet, så er dette en betydelig forbedring. Hva den forbedringen skyldes og hvordan den skal tolkes, er en mer sammensatt utfordring. Noe av den grunnleggende vanskeligheten i denne sammenhengen er vår til dels mangelfulle kunnskap om kreftsykdommenes naturlige forløp uten behandling. Vi vet ikke hva vi skal sammenligne med.

Det som karakteriserer utviklingen i prognose over tid er først og fremst at det er en helt jevn forbedring over disse 35 årene. Det må være derfor være rimelig å tro at det er en blanding av effekten av flere forhold. Viktige faktorer er langt bedre innsikt i befolkningen om krefttegn og som i sin tur fører til diagnostikk av sykdommene i tidligere stadier, bedre diagnostikk, og bedre behandling.

For å forstå effekten av behandlingen isolert må en se på prognosen for den enkelte sykdom, kontrollert for stadium på diagnosetidspunktet (se fig. 4 i vedlegg). For de aller fleste kreftsykdommene fremkommer da at bedring av prognose har funnet sted først og fremst i de tidlige stadier (lokal eller regional sykdom), og i liten grad, hvis overhode, ved utbredt sykdom (stadium IV – utbredt i kroppen). Noe av denne bedringen skyldes bedring i diagnostikk (riktigere stadium) og tidligere presentasjon (intrastadium migrering – mindre volum av sykdommen i samme stadium). Bedring skyldes også bedre effekt av behandling. Det skyldes mest riktigere kirurgi, men også tillegg av strålebehandling. I tillegg kommer betydningen av nye og bedre medikamenter som har hatt meget stor betydning for noen av kreftsykdommene, men der disse i det totale kreftbildet spiller en mindre rolle.

Selv om det er meget stort antall nye medikamenter utviklet med basis i moderne molekylær biologi på vei inn i kreftbehandlingen, er det lite som taler for at de store trekk i balansen mellom de ulike behandlingsformene vil endres dramatisk i et 10-15 års perspektiv.

Kreftkirurgi vil fortsatt være den viktigste form for kreftbehandling etterfulgt av stråleterapi for langt det største antallet av krefttilfeller.

Tre problemstillinger knyttet til kirurgisk kreftbehandling belyses nærmere:

- betydningen av laparoskopisk kirurgi i kreftbehandlingen,
- bruk av palliativ kirurgi i behandling av kreftpasienter, og
- regional funksjonsfordeling innen kirurgisk kreftbehandling.

5.1.2 BRUK AV LAPAROSKOPISK KIRURGI I KREFTBEHANDLINGEN

Betydningen av laparoskopisk assistert kirurgi ("kikhulls-kirurgi") i kreftbehandling, og spesielt behandling med kurativ hensikt, er et omdiskutert tema. Hypotesen har vært at det er

en like god behandling på riktig indikasjon som tradisjonell, åpen kirurgi, men at pasientene har kortere rekonvalesens. SMM ble derfor bedt om å gjøre en rask vurdering av kunnskapen på dette området, dvs gjøre en vurdering av sekundær litteraturen (i prinsippet gode oversiktsartikler etter gitte kriterier). Denne forelå i november 2003 ("Laparoskopisk kreftkirurgi med kurativ intensjon"). Det ble det funnet i alt 51 relevante originalartikler, og blant disse ble det trukket ut 11 som fylte kriteriene for en meta-analyse. Ingen av disse 11 oversiktene, og der 6 av dem omhandlet tykktarmskreft (ca. coli) hadde et høyt evidensnivå.

Det ble bl.a. konkludert med at det er bare innen behandling av kolorektal kreft at en kan forvente svar på spørsmål om effekt og kost/nytte med utgangspunkt i kontrollerte studier de nærmeste årene. Når det gjelder kreft i blærehalskjertelen uten spredning synes metoden å vinne innpass, men bedre studier må avventes. Det er ikke større randomiserte studier ved ovariekreft, magekreft og livmorkreft. Ved ovariekreft er det fortsatt frykt for spredning av svulstceller ut i bukhulen under inngrepet. Faren for spredning av svulstceller i innstikksåpningene synes ikke å være stor, men det er avgjørende for resultatene at operatøren har mye trening.

Hovedkonklusjonen er at metoden ikke er etablert for noen kreftoperasjon, og at enhver oppstart bør være innenfor rammen av et klinisk forsøk.

Et litteratursøk fra tiden etter november 2003 bekrefter at det er innen behandling av colorektal kreft at kunnskapsgrunnlaget blir bedre. I 2 randomiserte studier (colon kreft, NEJM 350: 2050-9, 2004, og rektosigmoid kreft, Lancet 363: 1187-92, 2004) bekreftes at det oppnås like gode resultater ved laparoskopisk assisterte inngrep som ved åpne inngrep. I en ny oversiktsartikkel (J Surg Res 117: 79-91) konkluderes det med at det fortsatt ikke er avklart hvilke klare fordeler det er å gå over til denne nye teknikken. I en studie fra Stockholm (Br J Surg 91: 409-13) blir det konkludert, basert på en randomisert klinisk studie, at det er høyere kostnader for helsevesenet med den laparoskopiske teknikken, men samme total kostnader for samfunnet ved de to metodene.

For de andre aktuelle indikasjonene er ikke kunnskapsgrunnlaget vesentlig bedret etter at rapporten fra SMM forelå.

5.1.3 KIRURGI SOM LINDRENDE KREFTBEHANDLING

Som ledd i oppfølgingen av tiltakene foreslått i Nasjonal kreftplan, ble det i regi av SMM gjort en utredning av kunnskapsgrunnlaget for bruk av lindrende kirurgisk kreftbehandling (SMM-rapport nr. 8/2003). Dette er en omfattende utredning som også foreslår tiltak innenfor hver svulstgruppe. En hovedkonklusjon er at kunnskapsgrunnlaget er meget mangelfullt.

Palliativ kirurgi krever store ressurser, og for mange pasienter kan dette være et godt tilbud. Det bør derfor tilstrebes langt mer systematikk i dette arbeidet, utarbeides mer avklarte retningslinjer for indikasjoner og foretas systematisk prospektiv registrering av disse inngrepene for å forbedre dette feltet.

Det anbefales at et faglig nettverk for kirurgisk kreftbehandling i Helse Vest tar tak i dette omfattende og viktige fagfeltet.

5.1.4 FUNKSJONSFORDELING INNEN KREFTKIRURGI

I delplan for kreft i den tidligere regionale helseplanen ble funksjonsfordelingen innen kreftkirurgi med kurativ hensikt drøftet og det ble gitt anbefalinger.

Som underlag for oppfølging av dette temaet i her ble det søkt å fremskaffe tall på operasjoner med kurativ hensikt innen de ulike diagnoser for å se på hvordan anbefalingene var fulgt opp. Det ble bestilt et uttrekk fra Norsk Pasient Register basert på C-diagnose, koblet mot aktuelle operasjonskoder og fordelt på sykehus. Tallene ble kvalitetssikret ved henvendelse til avdelingsoverlegene ved de kirurgiske avdelinger i Helse Førde HF, Helse Bergen HF, Helse Fonna HF og Helse Stavanger HF. Det viste seg å være en del divergenser, det skyldtes stort sammenblanding av kurativ og palliativ intensjon (øvelsen gir også klar beskjed om behovet for å samordne kodepraksis). Tallene gir likevel et rimelig sant bilde av hvilke operasjoner som ble utført ved hvilke institusjoner i 2002 for de fleste aktuelle kreftdiagnoser.

Det alminnelige inntrykket er at anbefalingene i den tidligere kreftplanen i betydelig grad er fulgt opp. Det er også grunn til å tro at praksis har ytterligere endret seg etter 2002.

Behandlingen av kreft i spiserøret er sentralisert, og anbefales å fortsatt være det. Kreft i magesekken, som er en sykdom som blir sjeldnere, men fortsatt har dårlig prognose, og der mindre enn 50 % egner seg for radikaloperasjon bør sentraliseres til 2 institusjoner, Helse Bergen og Helse Stavanger. Tallene ville for de 2 institusjonene i 2002 være 17 (SiR) og 29 (Helse Bergen).

Kreft i tykk- og endetarmen blir operert bare ved de 4 store sykehusene samt Haraldsplass Diakonale Sykehus. Det bør fortsette. Tykktarmskreft i Helse Førde HF bør bare opereres i Førde. Operasjonene i Odda og på Stord bør helt overtas av Haugesund sjukehus. Operasjoner for kreft i lever- og galleveier foregår fortsatt på 2 sykehus i regionen (SiR og HUS), i strid med anbefalingene fra tidligere. Det er fortsatt grunnlag for å anbefale at denne praksisen må revurderes.

Kreft i bukspyttkjertelen har fortsatt en meget dårlig prognose og mindre enn 20 % av pasientene er kandidater for et kirurgisk inngrep med kurativ hensikt. Disse operasjonene bør definitivt ytterligere sentraliseres. Antallet for 2002 i Rogaland er 8 og for Hordaland og Sogn og Fjordane 16.

Behandlingen for brystkreft og forstadier er sentralisert til 4 sykehus, dette bør fortsette. Kreft i eggstokker er samlet på få hender i et formalisert samarbeid på regionsnivå. Når det gjelder kreft i blærehalskjertelen gir ikke tallene mening. Her er det åpenbart at enten divergerer kodepraksis sterkt, eller så er indikasjonen for radikal operasjon sterkt varierende. Her er det åpenbart behov for en opprydding.

Når det gjelder andre sjeldne kreftformer så er de alle sentralisert til HUS.

Funksjonsfordelingen innen kreftkirurgi bør fullføres i henhold til de anbefalinger som tidligere er gitt og som her gjentas, og som også gis i Nasjonal strategi for arbeid innenfor kreftomsorgen. Det bør foretas en fornuftig fordeling basert på den kompetanse som finnes ved de enkelte foretak og dokumentert kvalitet.

Kirurgi på barn med kreft representerer en helt spesiell utfordring. Med unntak av kreft i sentralnervesystemet er disse kreftformene svært sjeldne, og det er mange ulike typer som tilsier en nasjonal funksjonsfordeling.

Forslag:

- Det anbefales at barn med sjeldne svulstformer utenfor sentralnervesystemet som skal opereres med kurativ hensikt, henvises til Rikshospitalet HF
- Det opprettes et faglig nettverk/faggruppe i kirurgisk kreftbehandling med bl a følgende oppgaver:
 - Bidra til at den anbefalte funksjonsfordeling følges,
 - utarbeide klare retningslinjer for indikasjonen for radikal prostataektomi
 - utarbeide forslag til samarbeid der alle pasienter med svulster i øvre mage- og tarmkanal og urinblære opereres enten ved HUS eller SiR, med et felles team av operatører for begge sykehus
 - utarbeide bedre felles retningslinjer for lindrende kreftkirurgi og iverksette regional registrering av disse inngrepene
 - vurdere oppstart av forsøk med laparoskopisk assistert behandling av tykk- og endetarmskreft

5.2 STRÅLEBEHANDLING

Stråleterapitilbudet er vesentlig utvidet de siste 5 årene i Helseregion Vest. Med etablering av tilbudet i Stavanger med 2 LAE (Lineær Akselerator Enhet) og med 1 ekstra LAE ved HUS (høsten 2004) vil tilbudet i regionen være totalt 8 LAE, som er god dekning i forhold til en vanlig antatt behovsnorm på 1 LAE per 125.000 mennesker.

Det er etablert en god arbeidsdeling mellom de 2 avdelingene i regionen, og det er grunn til å anta at det er god kvalitet på de tjenestene som ytes til kreftpasientene. Basert på de årlige rapportene som sendes til KVIST- ("Kvalitet I Stråleterapi) gruppen i regi av Strålevernet, er dette overbevisende dokumentert. Dette betyr ikke at det ikke er behov for forbedringer og videre utvikling av tilbudet.

Det er en allment akseptert oppfatning nasjonalt og internasjonalt at det er behov for strålebehandling til et antall pasienter som tilsvarer ca. 45 % av nye pasienter per år. For Helseregion Vest skulle det bety ca. 3000 pasienter i 2002. Det var ca. 1700 som fikk behandling med 7 LAE, hvorav 2 ytte relativt dårlig, og SiR fortsatt var i en oppbyggingsfase. Dette betyr at det fortsatt i 2002 var et underforbruk av denne behandlingen, mest innen for lindrende strålebehandling. Det er grunn til å tro at dette har bedret seg basert på tallene fra 2003 fra HUS. Med 8 LAE i fra 2005 vil det være en tilgjengelig kapasitet som tilsvarer et volum av pasienter for 2005 på knapt 40 %. Med en utskiftning av 1 av de eldste maskinene ved HUS som er planlagt i 2005 og med bruk av 1 fast ettermiddagsskift, burde man nærme seg en tilnærmet behovsdekning for stråleterapi i 2006.

Det er ingenting som taler for at behovet for stråleterapi vil endre seg vesentlig i årene som kommer. En må derfor basere fremtidige kapasitetsvurderinger på aktuell praksis. Utvidet driftstid på stråleterapiutstyret må være en del av kapasitetsutvidelsen over tid.

Det er tidligere gjort vurderinger som har vist at det er mest kostnadseffektivt å ha et ettermiddagsskift per 3 LAE. Begrunnelsene for dette var meget sammensatt og inkluderte bl.a. optimal utnyttelse av staben med tanke på arbeidstid og betaling, ”oppetid” på stråleterapimaskinene når de driftes utover normalarbeidstid, hvilke maskiner som kan brukes, økt servicebudsjett på maskinene, at kveldsskift vanskelig kan bli lengre enn 5 timer, og at pasientsammensetningen som egner seg for dette er begrenset.

Med utgangspunkt i en 30 % økning i antall nye pasienter frem til 2020 (4500 i 2002, 5750 i 2020, og med samme antagelse om at andelen som trenger stråleterapi forblir 45 % (2600 pasienter), samme gjennomsnittlige yteevne per LAE per år (16.000 felteksposeringer) og med et antatt ressursbruk per pasient som i dag, betyr det et behov på ca. 10 LAE i 2020. Dette bør kunne løses ved å ha en langsiktig plan for fornyelse av utstyret hvor det planlegges for 9 maskiner og ellers bruk av utvidet driftstid. Den 9 maskinen bør legges til SiR. Med 3 stråleterapimaskiner ved SiR vil det bli enklere å gjennomføre utvidet driftstid.

Det anbefales at den avtalte arbeidsdeling mellom de 2 stråleterapienhetene videreføres. Andelen av pasienter fra Rogaland til HUS gikk betydelig ned fra 2002 til 2003. Det må antas at dette i alle fall delvis kan forklares med at pasienter fra Helse Fonna i større grad kanaliseres til SiR ettersom kapasiteten der øker. Funksjonsfordelingen og retningslinjer for stråleterapi må være oppgaver å følge opp for det regionale faglige nettverket som i noen grad er etablert og som bør videreutvikles.

Forslag:

- Det utarbeides et langsiktig fornyelsesprogram for strålemaskiner og støttefunksjoner i Helse Bergen og Helse Stavanger.
- Den 9. maskinen i regionen bør installeres ved SiR, og bør anskaffes før de eksisterende maskinene fornyes (tentativt i perioden 2008-10).

5.3 MEDIKAMENTELL BEHANDLING

5.3.1 FAGOMRÅDETS BETYDNING OG FUNKSJONSFORDELINGEN

Medikamentell kreftbehandling spiller en avgjørende rolle for varig helbredelse for ca. 8-10 % av pasientene. Blant pasienter som har nytte av denne behandlingen, kan en plukke ut 2 hovedgrupper. Den første gruppen er den som får meget intensiv behandling. Dette gjelder pasienter med testikkelkreft, leukemi, lymfekreft og der behandlingen er den viktigste for helbredelse og som for flere av disse gruppene oppnås hos et stort antall av pasientene. Denne behandlingen foregår i det alt vesentlige på HUS, spesielt for pasienter som skal ha multimodal behandling. Noen av pasientene får sin behandling også ved klinikk for blod- og kreftsykdommer ved SiR.

Den andre hovedgruppen er den der medikamentell behandling spiller en mindre rolle, er noe mindre intensiv og gis i tillegg til lokalt radikal behandling med kirurgi og/eller stråleterapi. I den siste gruppen er diagnosegruppene brystkreft og tykktarmskreft de tallmessig største. Her får en andel av pasientene medikamentell behandling i tillegg, såkalte adjuvant medikamentell behandling. Effekten av denne behandlingen på disse gruppene er sikkert påvist, men av relativt begrenset betydning. Den relative risiko for tilbakefall minsker med 20-30 %, den

absolutte risikoreduksjon er mindre enn 10 %. Behandlingen som disse pasientene får er intensiv og med betydelige bivirkninger og intensiteten er avgjørende for å oppnå effektene. Det er svært viktig av den adjuvante medikamentelle behandlingen gjennomføres slik at denne intensiteten i behandlingen opprettholdes, og pasienten får den statistisk reduserte risiko for tilbakefall. Den adjuvante behandling bør derfor gjennomføres ved de kreftpoliklinikkene som finnes ved de fire store sykehusene i Helseregion Vest.

En stor og økende andel av kreftpasienter får medikamentell behandling ved kronisk, uhelbredelig kreftsykdom. Her er det primære målet å oppnå forlenget levetid, men også symptomlindring er en svært vanlig indikasjon. Behandlingens effekt er som regel godt dokumentert og forankret i nasjonale retningslinjer. Det kan være aktuelt å gi flere ulike behandlinger, den ene etter den andre ved noen av kreftsykdommene. Det er mest aktuelt ved brystkreft- og tykktarmskreft.

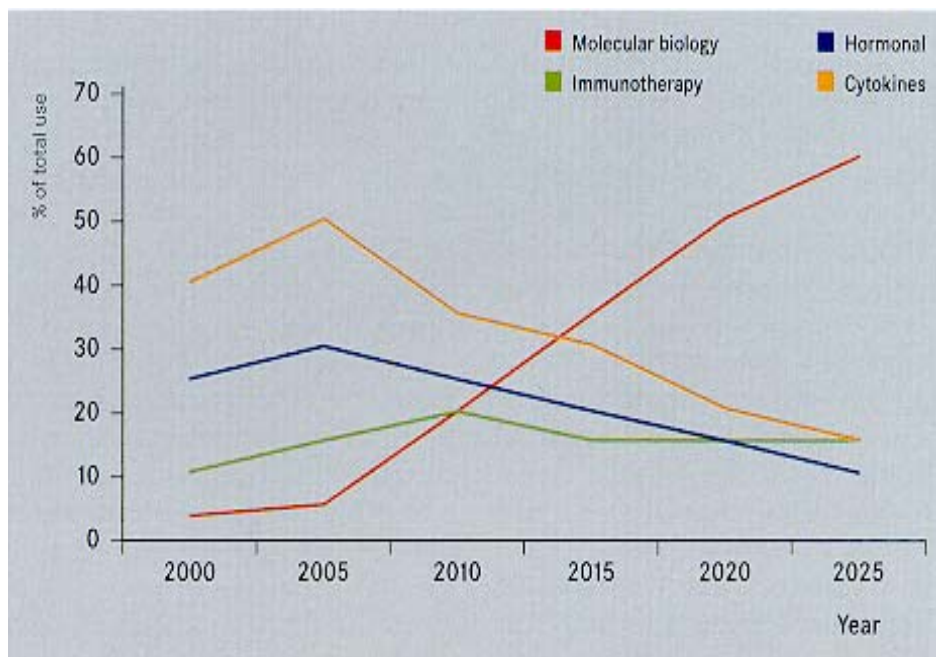
Det er viktig at den medikamentelle kreftbehandling med lindrende hensikt i det alt vesentlige er å betrakte som lokalsykehusoppgaver, og at ansvaret for gjennomføringen av dette plasseres ved kreftavdelingene/kreftpoliklinikkene ved de fire store sykehusene som gradvis må overta disse oppgavene. Det har vært tradisjon for at dette betraktes som regionsykehusoppgaver, men det er ingen tvil om at denne behandlingen er i ferd med å alminneliggjøres. Det er svært viktig i denne sammenhengen å påpeke at det da må settes av ressurser og bygges opp kapasitet og kompetanse tilsvarende. Dette gjelder spesielt sykehusene i Førde og Haugesund.

5.3.2 UTVIKLING OG KVALITETSSIKRING

Det vil utvikles nye muligheter innen området medikamentell kreftbehandling i årene fremover. Disse vil i første omgang bli gjort gjeldende innenfor lindrende behandling både som behandling mot selve kreftsykdommen, men også i form av ulike støttebehandlinger, som f. eks. ved kreftrelatert tendens til blodfattighet, for å motvirke nedsatt allmenntilstand og for å motvirke infeksjonstendens etc. Behandlingsprinsipper er allerede etablert og det vil bare bli flere. Det er helt avgjørende at nye behandlinger ikke innføres som etablerte tjenester uten anbefalinger i nasjonale/regionale retningslinjer.

Debatten om betydningen av marginale gevinster ved å ta i bruk nye og meget kostbare medikamenter vis à vis bruk av ressursene på andre uløste helseoppgaver må holdes levende. Her har de regionale faglige nettverk et særskilt ansvar.

Fig. XX. Utviklingen i den relative bruk av ulike former for medikamentell kreftbehandling



I fig. Xx som er hentet fra World Cancer Report (WHO 2003), vises at det i 2015-2020 antas at 50 % av de aktive kreftmedikamenter vil være utviklet basert på molekylær biologiske prinsipper. Det som fremfor alt kjennetegner dem er store utviklingskostnader og derved høye priser for brukere. I den tidligere omtalte svenske utredningen anslås medikamentutgiftene å øke fra 2.25 milliarder SEK til 9 fra 2002 til 2020. I Norge økte utgiftene til cytostatika med 119 % fra 1999 til 2003.

Informasjonsutvekslingen mellom institusjonene er et generelt og tilbakevendende problem. Erfaringsmessig kan vitale opplysninger mangle og man er nødt til å ty til telefonen for å bli oppdatert "i siste liten". Det foreligger nå en norskutviklet IT-applikasjon ("Cytodose") som kan følge pasienten gjennom hele behandlingsfasen. Den fungerer også som en sjekkliste for kritiske blodprøver, korrekt beregning av medikamentdoser, instruks for tilberedning og valg av løsningsmidler, infusjonstider, overvåking av kritiske intervaller mellom kurene, etc. Systemet kommuniserer med et sentralt elektronisk register der behandlingsoppleggene er programmert og kvalitetssikret. Det elektroniske registeret er en videreføring av det tidligere nasjonale cytostatikakur-registeret og fungerer som et bibliotek for standardiserte kurer knyttet opp til de ulike diagnosene. Et tredje element i dette systemet er en applikasjon som muliggjør telemedisinsk samhandling mellom ulike sykehus i behandlingen av fellespasienter. Det kan også anvendes som et administrativt verktøy og kan gi full oversikt over bruk av kjemoterapi fordelt på diagnosegrupper, sykehus og avdelinger. Kostnader kan også registreres.

Applikasjonene er utviklet med sterk medvirkning fra det norske onkologiske fagmiljøet, og det er gitt økonomisk støtte fra Sosial- og Helsedirektoratet til utviklingen.

Systemet bør bygges ut til et landsdekkende program. Dette passer godt inn i en strategi med satsing på en nasjonal registrering. I tillegg er det en meget robust lokal kvalitetssikring for et behandlingsopplegg med svært mange "snubletråder".

De sykehusbaserte cytostatika-registrene bør organiseres for automatisert oppdatering fra det nasjonale prosedyreregisteret. Det kan gjøres etter samme prinsipp som for stråleterapiregisteret (se også kapittel om FOU) Et slikt nasjonalt register vil være en unik mulighet for nasjonal oversikt over forbruket og endringer over tid.

Det er bare ved å ha en styrt utvikling med velfunderte krav til effektoppnåelse at kostnadsutviklingen kan bli håndterlig, her vil et egnet IT verktøy være nødvendig.

Forslag:

- All adjuvant cellegiftbehandling skal foregå ved kreftpoliklinikkene i Førde, Bergen, Haugesund og Stavanger.
- Ansvar for etablert lindrende cellegiftbehandling, som bør være en lokalsykehusoppgave, overtas gradvis av helseforetakene for sine pasienter/de fire hovedsykehusene. Kapasitet og kompetanse må bygges opp tilsvarende.
- Det må utarbeides planer for rekruttering av onkologer, spesielt med tanke på behovene i Helse Førde og Helse Fonna.
- I samarbeid med Apotekene Vest HF innføres det et felles system for administrasjon og registrering av medikamentell kreftbehandling med tilhørende system for kvalitetssikring og automatisk oppdatering i henhold til nasjonale anbefalinger.

5.4 SPESIELLE KREFTFORMER

5.4.1 UNDERLIVSKREFT HOS KVINNER

Antall nye gynekologiske krefttilfeller pr. år i Norge er ca. 1450, tilsvarende 13 % av all kreft hos kvinner og 6,5 % av alle krefttilfellene. Selv om forekomsten av livmorhalskreft synes å avta som følge av systematisert cytologiscreening siden 1995, øker de andre hovedformene for gynekologisk kreft, hovedsakelig som følge av endret alderssammensetning i befolkningen. Totalt forventes en økning av gynekologisk kreft de kommende år omtrent på samme nivå som økningen av andre kreftformer.

I tråd med tidligere kreftplanen er det foretatt en utvidelse av kapasiteten ved HUS for å kunne ta imot all gynekologisk kreft i regionen. Fra 2002 foregår behandlingen av all gynekologisk kreft i samarbeid med regionsykehuset, med unntak av eggstokk-kreft hvor SiR fortsatt samarbeider med DNR. Når kapasitet og kvalitet er likeverdig ved HUS, vil også SiR bruke HUS.

Det er ukentlig videokonferanse mellom gynekologene i Haugesund, Førde, Stavanger og Haukeland samt "regionssamlinger" vår og høst. Det er utviklet felles database for gynekologisk kreft i regionen. Samarbeidet betegnes som tett og meget godt og det er all grunn til å videreføre og videreutvikle det samarbeid som er etablert innenfor kreftbehandling av kvinner med underlivskreft.

Gynekologisk onkologi anvender alle tre behandlingsmodaliteter: kirurgi, strålebehandling og medikamentell behandling. Det har derfor flere likhetstrekk med andre kreftformer og det er nærliggende å finne løsninger der en kan trekke fordeler av en sammenfallende kompetanse i

andre fagområder. Prosedyrene som anvendes i både kirurgi, strålebehandling og medikamentell behandling er til dels meget kompliserte. Det er flere kirurgiske inngrep der en trenger bistand fra kirurger med spesialkompetanse innen plastikk-kirurgi, urologi og gastroenterologi. Det er derfor nødvendig at fagfeltet har sin basis i sykehus med et bredt kirurgisk miljø. Ved HUS har avdeling for kreftbehandling og medisinsk fysikk ansvar for all strålebehandling til disse pasientene.

Fagmiljøet mener det er behov for grenspesialisering innenfor gynekologisk kreftbehandling for å sikre fremtidig kompetanse innen fagfeltet. De mener at en formalisering av ansvaret for gynekologisk kreftbehandling i form av grenspesialitet er det enkelttiltaket som mest effektivt vil kunne bedre kvaliteten og sikre rekrutteringen. Det er andre virkemidler som også bør vurderes. Et av disse virkemidlene kan være å etablere egne tverrfaglige behandlingsteam. Kontaktpunktene i medisinen er i endring. Multimodalitet krever en organisasjon der kompetansen fra flere fagfelt knyttes sammen for å løse deler av et fagområde. Gynekologisk onkologi er et slikt eksempel og det føyer seg inn i rekken av fagområder som bør vurderes mht formalisert kompetanse for den funksjonen de utfører.

Forslag:

- Samarbeidsordningene som er etablert innen gynekologiske kreftsykdommer i helseregionen videreføres og videreutvikles.
- Spesialisering innen gynekologisk onkologi med spesiell vekt på kirurgiske kompetansekrav støttes.

5.4.2 KREFT HOS BARN

Det er i Norge årlig ca 120 nye tilfeller av kreft hos barn under 15 år, hvorav 25 – 30 innen Helseregion Vest. Vi vet lite om årsakene til kreft hos barn og disse sykdommene kan i dag ikke forebygges. I motsetning til hos voksne, er kreftforekomst hos barn ikke sikkert stigende. Ett av 600 barn vil utvikle kreft før 15 års alderen. Prognosen er blitt betydelig forbedret, fra ca 20 % i begynnelsen av 60 årene til ca 70 % 5 års overlevelse i dag, alle kreftformer hos barn sett under ett.

Den medisinsk-faglige utvikling tilsier en videre opptrapping av behandlingsintensitet. Den gjennomsnittlige liggetid i sykehus for barnekreftpasienter er ca 100 dager per år i den aktive behandlingsfasen. Selv om det ikke er en stor gruppe så er det knyttet en omfattende ressursbruk til behandlingen.

Mange pasienter som overlever primærbehandlingen sliter dessverre med fysiske og psykiske problemer resten av livet. God oppfølging av disse pasientene krever mye ressurser og godt samarbeid mellom regionsykehus, lokalsykehus og kommunalt nivå.

De barneonkologiske pasientene utgjør en stor andel av innleggelsene ved Barneklubben Haukeland Universitetssykehus, ca 600 pr år med gjennomsnittlig liggetid over 5 døgn. I tillegg står pasientgruppen for ca 1000 polikliniske pasientkonsultasjoner, samt et stort antall telefon- og helsepersonellhenvelser årlig.

For pasientgruppen har sentraliseringsdiskusjonen ikke gått innad i regionen, men mellom sentralisert behandling ett sted i landet og regionsykehusene. Etter flere års tautrekking

mellom sentrale og regionale interesser er det fastslått at barneonkologien i hovedsak er et regionsykehusansvar. Et særtrekk innen barneonkologien er svulstenes relative sjeldenhet, hvilket gjør det helt nødvendig å innlemme pasientene i systematiske, kliniske studier for å vinne erfaring og forbedre behandlingsresultatene. Det er derfor opprettet nasjonale faggrupper for hjernesvulster hos barn, andre solide svulster og for blodkreft (leukemi), med representanter for alle medisinske spesialiteter og alle regioner. Det er i tillegg opprettet et kompetansesenter for solide svulster ved Barneklubben, Rikshospitalet. Oppgaven til senteret skal være å koordinere arbeidet til de nasjonale faggruppene

Den barneonkologiske tjenesten er høyt spesialisert og er en regionsykehusfunksjon hvor det er vesentlig med et godt samarbeid gjennom sammenhengende behandlingsskjeder med sentral- og lokalsykehus samt primærhelsetjenesten. Arbeidsbelastningen i feltet er betydelig større enn krefttallet tilsier og behandlingsmiljøene er små og sårbare.

En av hovedproblemstilling innen barneonkologien har vært og er rekrutteringssituasjonen. Dette gjelder også vår region. Det er nå utarbeidet en god plan ved Barneklubben HUS for rekruttering av nøkkelpersonell. Barneklubben kan også vise til svært gode resultater, godt samarbeidsnettverk, bruk av protokoller og second opinion. Siden barnekreft er sjelden må tiltakene skreddersys omkring den enkelte pasient og pasientgruppe.

Den andre hovedutfordringen i behandlingen av kreft hos barn er hvordan sjeldne kreftformer skal sikres optimal behandling og de best oppnåelige resultater. Det er innen barneonkologien flere kreftformer der en har et svært lavt antall pasienter som behandles hvert år. Det er i denne sammenhengen avgjørende viktig at det sluttet lojalt opp om de nasjonale retningslinjene og de faglige nettverkene, og at resultatene følges ekstra nøye.

Det vises til kapitlet om kreftkirurgi når det gjelder operative inngrep med kurativ hensikt på sjeldne svulster utenfor sentralnervesystemet.

Forslag:

- Rekruttering av barneleger til arbeidsområdet barneonkologi må vies spesiell oppmerksomhet i årene fremover.

5.4.3. KREFTSYKDOMMER I BEINMARG, BLOD OG LYMFESYSTEM

Kreft i blod og beinmarg omfatter akutte og kroniske leukemier og myelomatose (beinmargkreft). Av totalt 22468 nye krefttilfeller i 2001 Norge var det 933 med disse diagnosene. I Helseregion Vest var det samme år 163 nye pasienter med disse diagnosene, 85 i Rogaland, 65 i Hordaland og 15 i Sogn og Fjordane. Behandlingen skjer ved hematologiske seksjoner i de medisinske enhetene. Lymfekreft (lymfom) har mye til felles med blodkreftsykdommene. Litt avhengig av hvordan begrepet avgrenses, diagnostiseres det årlig 7-800 nye tilfeller av lymfom i Norge, ca. 140-150 i Helseregion Vest. Ved universitetssykehusene foregår lymfombehandling i kreftavdelingene og ved andre sykehus stort sett ved hematologiske seksjoner.

I Helseregion Vest er det en regionale spesialseksjonen for hematologi ved Medisinsk avdeling, HUS og seksjoner for hematologi ved Sentralsjukehuset i Rogaland og Haugesund sykehus. Funksjonen bør permanent etableres i Helse Førde.

Det anbefales følgende arbeidsdeling for behandling av kreft i beinmarg, blod og lymfesystem:

Tabell 7 Ansvarsfordeling innen hematologisk kreftbehandling og lymfomer

	HUS (Onk. avd.)	HUS (Hem.se k Med.avd)	HDS, Bergen	Voss sykehu s	Stord Sykeh us	Førde Sentral Sykehus	Hauge- sund Sykehus	SiR
Aggressive ikke- hodgkins lymfomer, behandlingsstart og - plan	X							X
Hodgkins lymfom, behandlingsstart og - plan	X							
Annen lymfombehandling,	X					X	X	X
Akutt leukemi, behandlingsstart/plan		X						X
Akutt leukemi, fortsette påbegynt behandling		X					X	X
Kroniske leukemier, yngre pas./aggressiv behandling		X					X	X
Kroniske leukemier hos eldre pas.		X	X	X	X	X	X	X
Myelomatose, under 65 år		X				X	X	X
Myelomatose, over 65 år		X	X	X	X	X	X	X
Høydosebehandling m/autolog stamcellestøtte	X	X						
Allogen stamcelletransplantasj on		X						

I regionen er det et godt samarbeid mellom regionsykehuset og øvrige sykehus som gir denne behandlingen. Stort sett fungerer det etter den oppsatte fordeling i dag, men optimal samhandling begrenses i noen grad av mangel på kompetanse og kapasitet ved lokalsykehusene. Det er viktig at denne strukturen opprettholdes og styrkes, og at helseforetakene bygger videre på den funksjonsfordeling som tidligere anbefalt.

Det er svært ønskelig at det gis muligheter for å starte med allogen benmargstransplantasjon ved HUS i nær fremtid. Dette er tidligere godkjent som en flerregional funksjon lagt til Helse

Bergen sammen med Rikshospitalet. I dag sendes pasientene til Rikshospitalet eller til utlandet.

Forslag:

- Anbefalt og i stor grad iverksatt funksjonsfordeling videreføres.
- Det må bygges opp hematologisk kompetanse i Helse Førde og Helse Fonna.
- Allogen benmargstransplantasjon bør etableres i Helse Bergen

6. LINDRENDE BEHANDLING

6.1 NASJONALE FØRINGER/ANBEFALINGER

Lindrende behandling (palliasjon) defineres som aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med langtkommen, uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid. Lindring av smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer.

I løpet av de siste årene er det blitt utviklet langt bedre tilbud for pasienter som trenger lindrende behandling ved livets slutt. Behovet for forbedringer er blitt identifisert og har fått prioritet både nasjonalt, regionalt og lokalt.

Det er anslått at ca 15 000 kreftpasienter i Norge trenger kvalifisert behandling for lindring av smerter og andre plagsomme symptomer. Regnet om til tall for Helseregion Vest skulle dette tilsi ca 3000 pasienter. Det er videre anslått at 15 % av disse har så komplekse smerte- og symptombilder at de krever kompetanse som i dag ikke er godt nok tilgjengelig verken i 1. eller 2. linjetjenesten.

Ca 95 % av pasienter ved palliative enheter er pasienter med langtkommen, uhelbredelig kreftsykdom, i tillegg kommer noen pasienter med nevrologiske sykdommer.

Lindrende behandling er et prioritert område.

Det er i Nasjonal kreftplan og Livshjelpvalgets innstilling (NOU 1999:2) trukket opp anbefalinger for organisering av lindrende behandling (palliasjon) i Norge. Disse er videreført i Standard for palliasjon (Den norske lægeforening 2004).

For sykehus er bl.a. følgende fremhevet:

- Alle kliniske avdelinger skal beherske grunnleggende palliasjon.
- Alle avdelinger som behandler kreftpasienter, bør ha ansatt kreftsykepleier.
- Kreftavdelinger/poliklinikker har et spesielt ansvar for palliativ kreftbehandling (kjemoterapi og strålebehandling) i regionen.
- Alle større sykehus bør ha et palliativt team med konsulentfunksjon overfor sykehusets avdelinger og primærhelsetjenesten.
- Alle større sykehus bør ha smerteklinikk/smertepoliklinikk.
- Tverrfaglig kompetanse er nødvendig

- På små sykehus uten kreftavdeling eller palliativt team må kreftpoliklinikken ha konsulentfunksjon for palliasjon.
- Også små lokalsykehus bør ha minst en lege med god kompetanse i palliasjon og minst en kreftsykepleier.

For kommunene er det gitt følgende anbefalinger:

- Alle sykehjem bør beherske grunnleggende palliasjon.
- Det bør opprettes egne senger for palliativ behandling i sykehjem i hver kommune, eventuelt som interkommunalt samarbeid i mindre kommuner.
- Lindrende behandling skal være et eget punkt i kommunens helseplan.
- Alle kommuner bør ha kreftsykepleier med funksjon som ressursykepleier.
- Det må være tilgjengelig heldøgnstjeneste i hjemmesykepleien i kommunen.
- Fastlegen er ansvarlig for den medisinske behandling i hjemmet

Lindrende behandling må ivaretas i en sammenhengende behandlingskjede. Dette må sikres ved gode rutiner for innleggelse/utskrivning, telefonkontakt, felleskonsultasjoner, felles dokumentasjon (ESAS, hjemmejournal og individuell plan), kompetanseoverføring/opplæring, konsulentfunksjonen til palliativt team, råd og veiledning fra palliative team/enheter, nettverk av ressursykepleiere og samarbeid på systemnivå. Det må være mulig for personell fra sykehus og sykehjem å reise ut og gi pasientnær opplæring til samarbeidspartnere.

Tverrfaglig videreutdanning i palliativ omsorg og videreutdanning i kreftsykepleie er viktige for kompetanseheving. I palliasjon er kreftsykepleierne spesielt viktige ressurspersoner.

6.2 UTVIKLING AV PALLIATIV BEHANDLING I HELSEREGION VEST

Kompetansesenter for lindrende behandling

Palliativ behandling utvikles i Helseregion Vest i tråd med nasjonale føringer. Det er lagt til grunn en organisering av tilbud og kompetanse på tre nivåer:

- Regionalt nivå: regional klinisk enhet og regionalt kompetansesenter
- Helseforetak/sykehusnivå: palliativ kompetanse, team og enheter
- Kommunalt nivå: kompetanse og egne palliative enheter

Det utvikles nettverk regionalt og internt i helseforetaksområdene. Kompetansesenteret for lindrende behandling (KLB) er en sentral drivkraft/motor i utviklingen.

Det regionale kompetansesenteret ble opprettet som ledd i Nasjonal kreftplan og inngår som en ordinær del av virksomheten. Senteret har sin hovedbase i Helse Bergen HF.

Kompetansesenteret skal være den regionale kompetansebasen i palliasjon med følgende oppgaver:

- forskning og fagutvikling
- undervisning og opplæring

- koordinator og pådriver for økt kompetanse i lindrende behandling i primær- og spesialisthelsetjenesten i regionen

KLB er organisert med en liten sentral enhet på regionsykehuset tilknyttet et nettverk av kliniske medarbeidere i deltidsstilling i alle de fire helseforetakene. På denne måten når KLB ut til hele helseregionen, både til sykehus og primærhelsetjenesten.

Kompetansesenteret vil fremover:

- Bygge videre opp kompetansenettverk i regionen, spesielt nettverk av ressurspsykepleiere i både 1. og 2. linjetjenesten.
- Være pådriver for og bistå i planleggingen av palliative team og enheter på sykehus i regionen
- Være pådriver for og bistå i planleggingen av palliative enheter på sykehjem i regionen
- Arbeide med samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten for å oppnå helhetlige behandlingsskjeder, jfr nedenfor

Sunniva Hospice - regional palliativ enhet

Det er etablert en klinisk regional palliativ enhet. Det er Sunniva Hospice som er en del av Haraldsplass Diakonale Sykehus.

Sunniva Hospice har både palliativt team, palliativ enhet, dagavdeling med poliklinikk og arbeid for etterlatte. I tillegg til funksjonen for pasienter innlagt på sengeposten (palliativ enhet), arbeider det palliative teamet i dag i alt vesentlig mot pasienter i hjemmet (hjemmeomsorg), i samarbeid med fastlege og hjemmesykepleie.

De fleste pasientene vil komme fra nærområdet, men pasienter med spesielle behov skal også kunne henvises fra andre deler av regionen. Den regionale funksjon innbefatter også råd og veiledning til helsepersonell.

Sengeposten behandlet 100 pasienter i 2003 med 5 senger. Sengetallet er fra okt. 2004 utvidet til 8 senger. Gjennomsnittlig liggetid er 11 dager og ca 40 % dør i avdelingen.

Innleggelsesårsaker er komplekse smerte- og symptomtilstander og kompliserte psykiske/sosiale problemer, f eks familieproblematikk. Optimalisert tverrfaglig tilrettelegging er nødvendig.

Det palliative teamet fra Sunniva Hospice har en viktig funksjon mot kommunen (sykehjem og hjemmebasert omsorg). Innad på Haukeland Universitetssykehus bør det bygges ut et palliativt team med nær tilknytning til Smerteklinikken og sykehusets kontaktsykepleiere for kreftpasienter. Teamet må også arbeide nært sammen med Sunniva Hospice og Kreftavdelingen.

Oppbygging i helseforetakene

Kreftavdelingene (den regionale på HUS, Klinik for blod- og kreftsykdommer på SiR og Kreftavdelingen (-poliklinikken) i Førde) har et spesielt ansvar for palliativ onkologisk behandling (kjemoterapi og strålebehandling) i regionen. Kreftavdelingen i Førde disponerer imidlertid ikke egne senger, og det vanskeliggjør kontinuiteten i behandlingen. Medisinsk avdeling er ikke spesielt tilrettelagt for denne pasientgruppen, og det disponeres i tillegg få

enerom. Det er foreslått opprettet en egen sengepost ved Førde sentralsjukehus (jfr kreftplan for Helse Førde).

Både kreftpoliklinikken i Førde og Onkologisk dagenhet på Haugesund sjukehus mangler per i dag tilfredsstillende lokaler for å gi helhetlig behandling, pleie og omsorg til palliative pasienter. I Førde er det satt i gang bygging av ny kreftpoliklinikk.

Kvaliteten på den lindrende behandling som gis på sykehus i regionen, er variabel. Dette viser seg ved at mange avdelinger enda ikke systematisk har innført symptomregistrering, ordning med pasientansvarlig lege, informasjonssamtaler på enerom/samtalerom eller ansettelse av kreftsykepleier og ved at smerte- og symptomlindring mange steder ikke er god nok.

Det er behov for å ha medarbeidere i miljøet med spesiell oppmerksomhet mot denne pasientgruppen. I tråd med nasjonale føringer er palliative team på de større sykehusene med konsulentfunksjon mot sykehusets avdelinger og mot primærhelsetjenesten er et viktig tiltak. Teamet skal bidra til kvalifisert behandling, pleie og omsorg, og være et viktig bindeledd mellom nivåene. Et palliativt team bør minimum bestå av lege og sykepleier (en full sykepleierstilling og 50 % legestilling som et absolutt minimum), og må i tillegg ha tilgang til prest, fysioterapeut og sosionom (på deltids- eller konsulentbasis), eventuelt også psykiater/psykolog. Nært samarbeid med smerteklinikk og onkologisk ekspertise er viktig.

Både Helse Stavanger, Helse Fonna og Helse Førde har planer klare for et palliativt team. I Helse Stavanger vil et utvidet team være i drift fra januar 2005. Det viktigste på alle disse stedene er å få et ambulerende konsulentteam på plass. I neste omgang vil det være naturlig at teamet også får disponere noen egne senger. Erfaring viser at dette er viktig både for spesielt kompliserte pasienter og for å bygge opp teamets kompetanse.

I Helse Bergen foretaksområde er funksjonen som palliativt team lagt til Sunniva Hospice. I tillegg har smerteklinikken på Haukeland Universitetssykehus en viktig konsulentfunksjon for palliative pasienter, jfr ovenfor.

Haukeland Universitetssykehus har tverrfaglig smerteklinikk, Sentralsjukehuset i Rogaland har smerteklinikk og Haugesund sjukehus har egen smertepoliklinikk. For tiden er det ingen egen enhet eller lege med spesialinteresse for smertebehandling i Helse Førde.

Smerteklinikkene er spesialisert til å ta seg av vanskelige smertetilstander, herunder kreftsmarter. Smerteklinikk og palliativt team kan ikke erstatte hverandre, men vil supplere og utfylle hverandre. Disse enhetene må ha nært samarbeid, og det er en fordel om de er samlokalisert.

Tilbud i kommunene

Kommunene er kommet ulike langt i oppbygging av kompetanse og utbygging av egne enheter/senger for lindrende behandling. Det er etablert tilbud i noen større kommuner, og det pågår planlegging i mange kommuner.

Ved Bergen Røde Kors Sykehjem er det en palliativ enhet med god sykepleierdekning og god tilgang på legespesialister med høy kompetanse i palliativ medisin. Sykehjemmet har fått tilført ekstra ressurser gjennom prosjektet "Hospice og palliativ medisin for eldre", som ble avsluttet i mai 2003. Den palliative enheten har også en undervisningsfunksjon i samarbeid

med Sunniva Hospice og KLB. Modellen kan ikke overføres til vanlige sykehjem uten tilgang på sammenlignbare ressurser.

I tillegg til Bergen Røde Kors Sykehjem har også Vardafjell sykehjem i Haugesund og Luranetunet i Os palliative enheter. Flere sykehjem i regionen har øremerket en eller et par senger til palliative pasienter, og flere sykehjem har palliativ enhet under planlegging, bl a som prosjekt finansiert gjennom øremerkede midler over statsbudsjettet 2004. Tilgang til kompetansesenteret og palliativt team på sykehuset i foretaket vil ha stor betydning for disse enhetene. Det er særlig viktig at sykehjemsleger som arbeider med denne pasientgruppen, kan ha tilgang til faglig fellesskap, støtte og oppdatering.

I Helse Stavanger, Helse Fonna og Helse Førde foretaksområder er det etablert kompetansenettverk av ressurspsykepleiere innenfor lindrende behandling. Kompetansesenteret har hatt en viktig rolle i formalisering av nettverkene, som drives i samarbeid med Kreftforeningen og helseforetakene. Det er et mål at alle kommuner i regionen skal ha sykepleiere i kompetansenettverk. Det arbeides nå med etablering av nettverk i Helse Bergen foretaksområde.

Forslag:

- Tilbudet innen lindrende behandling utvikles i tråd med nasjonale føringer.
- I første omgang må det etableres palliative team i alle helseforetakene med konsulentfunksjon mot andre enheter i sykehuset og mot primærhelsetjenesten.
- Kompetansesenteret må fortsatt være en viktig drivkraft i utvikling av nettverk og samhandling for å styrke kompetansen på alle nivåer.

7. REHABILITERING I KREFTOMSORGEN

Mange pasienter har spesifikke behov for rehabilitering på grunn av fysisk funksjonssvikt, som følge av sykdom og/eller behandling. En del av disse problemene kan oppstå lang tid etter at diagnosen ble stilt og behandlingen er gjennomført. En systematisk kartlegging av disse behovene er ikke gjort, spesielt i relasjon til et realistisk tjenestetilbud, og vi mangler kunnskap om området.

Spesifikke problemer som forebygging og behandling av lymfødem eller rehabilitering etter amputasjon, opplæring og tilpasning i forbindelse med stomioperasjoner blir nok til en viss grad ivaretatt, selv om vi heller ikke, her har gode oversikter.

Oppfølging og støtte til pasienter med hjernesvulster representerer en annen utfordring.

Fysisk rehabilitering vil spesielt være viktig og avgjørende for barn og unge.

Et fragmentert rehabiliteringstilbud innen spesialisthelsetjenesten og grensesnittet mot førstelinjetjenesten utgjør to hovedproblemstillinger innen rehabilitering. Mange kreftpasienter opplever store endringer i sin livssituasjon knyttet til sin kreftsykdom. For at pasienten skal kunne oppleve tilbudet som fullverdig må det være en sammenhengende behandlingskjede der helheten pasienten lever i blir ivaretatt.

Kreftrehabilitering i sykehus blir i dag i hovedsak ivaretatt av de avdelinger som har ansvar for primærbehandlingen og i noen grad av egne rehabiliteringsavdelinger der det er behov for spesialisert tverrfaglig rehabilitering over tid. Det er et hovedinntrykk at den medisinske spesialiserte rehabiliteringen blir godt ivaretatt ved de enkelte avdelingene så lenge den klart er et spesialisthelsetjenesteansvar.

Når det likevel er usikkert om alle kreftpasienter i regionen får et likeverdig og fullverdig rehabiliteringstilbud skyldes det at nødvendig rehabilitering har vært ivaretatt av mange ulike avdelinger og institusjoner. En del kreftpasienter har også fått sin rehabilitering ivaretatt av private opptreningsinstitusjoner som ikke har vært del av noen sammenhengende kjede.

Når nå opptreningsinstitusjonene har inngått avtaler med Helse Vest RHF og også etter hvert blir fullfinansiert gjennom Helse Vest RHF er det grunnlag for å gjøre opptreningsinstitusjonene til en naturlig del av rehabiliteringskjeden også for utvalgte kreftpasienter. En forutsetning for at dette skal kunne skje er nært samarbeid med aktuelle avdelinger ved helseforetakene og nødvendig kompetanseheving.

Individuell plan er ment å være et virkemiddel som kan sikre sammenheng i behandlingskjeden samtidig som også ikke medisinske problemstillinger blir ivaretatt. Det defineres blant annet en ansvarsgruppe rundt pasienten og hvem som har ansvar for koordinering.

I tillegg må følgende virkemidler støtte opp om samhandlingen:

- Gode rutiner for innleggelse i og utskrivning fra sykehus. Utskrivning bør varsles i god tid. Dersom begrepet ”åpen retur” brukes, skal dette være klart definert.
- Telefonkontakt. Alle involverte instanser må ha god tilgjengelighet på telefon. Kontakt mellom aktørene er spesielt viktig i starten og når pasienten er ustabil.
- Felleskonsultasjon før utskrivning fra sykehus eller sykehjem. Målet er god planlegging av hjemmesituasjonen og presisering av ansvarsforhold.
- Felles dokumentasjon med bruk av individuell plan og definert ansvar for oppfølging.
- Pasienten kan ”flyttes fritt” mellom avdelinger og nivåer i helsevesenet.
- Kompetanseoverføring mellom involvert personell. Det er ønskelig at sykehuspersonell for eksempel har praktisk og økonomisk mulighet for å reise ut til pasientens hjem og gi opplæring til hjemmesykepleien.
- Ambulant virksomhet kan fungere som et sentralt bindeledd mellom nivåene, der fastlegen sitter med koordineringsansvaret.
- Nettverk av ressurspsykepleiere med felles kultur, felles rutiner og felles faglige møter/kurs.
- Utvikle felles prosedyrer, retningslinjer og samarbeidsavtaler.

Forslag:

- Utfordringene og behovene innen fysisk rehabilitering av kreftpasienter må kartlegges som ledd i en generell kartlegging av rehabiliteringsbehov i regionen.

8. FORSKNINGS- OG UTVIKLINGSARBEID I KREFTOMSORGEN

Kunnskapen om kreftsykdommene er i rivende utvikling, og gir flere og flere indikasjoner?? på nye behandlingsmuligheter. Det er nok å nevne stikkord som immunterapi og vaksiner, genterapi mot kreft, diverse anvendelser av stamceller etc. Kompleksiteten er imidlertid økende, og fremgang vil avhenge av nye samarbeidsformer. Forskningsgrupper må sammensettes annerledes enn før. Det gjelder også infrastrukturen rundt forskning.

De faglige nettverkene må ta et ansvar for å øke engasjementet og deltagelse i klinisk forskning. Regionen må i denne sammenhengen ses på som en felles arena, og det må bli i større grad en forpliktelse å delta. Dette forutsetter på den andre siden at infrastruktur systematisk tilrettelegges for å forenkle deltagelse for den enkelte forsker/kliniker med utgangspunkt i en travel klinisk hverdag. Den elektroniske journalen må muliggjør enkel bruk av pasientopplysninger inn i forskningsprosjekter. Her må det utvikles verktøy. For å fremme klinisk (kreft)forskning er det også viktig å arbeide med forskningsassistentrollen, og tilrettelegge opplæringsprogrammer.

For å kunne utvikle et reelt innhold i begrepet translasjonell forskning bør det etableres en regional enhet for eksperimentell klinisk forskning. Bare da vil en kunne systematisk ta fatt på studier som er å utprøve nye medikamenter og teknologier for første gang på mennesket.

Det bør legges til rette for å etablere flere omfattende biobanker. Her bør Kompetansesenteret for klinisk forskning få ansvar for å utarbeide modeller for hvordan dette best bør organiseres og driftes.

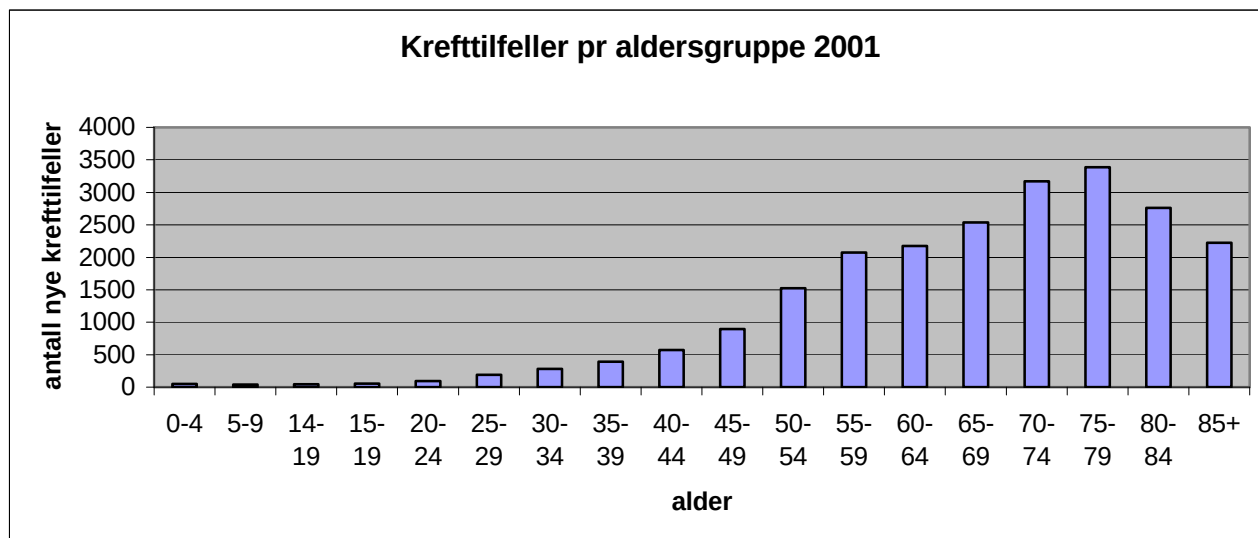
Klinisk kreftforskning må videreutvikles, og det anbefales at Samarbeidsorganet mellom Helse Vest RHF og Universitetet i Bergen tar et spesielt ansvar. Det må her bygges på den rolle som Kompetansesenteret for klinisk forskning har, og de føringer som er gitt i dokumentet, Strategi for forskning i Helse Vest, med tematiske satsinger og forslag til tiltak

Forslag:

- Klinisk kreftforskning må videreutvikles.
- Helse Bergen utarbeider en prototyp for håndtering av pasientopplysninger tilrettelagt for klinisk forskning.
- Det anbefales å etablere en regional klinisk forskningsenhet ved HUS/UiB for å understøtte den translasjonelle forskningen i regionen
- Det bør tilrettelegges for etablering av flere omfattende biobanker i regionen.

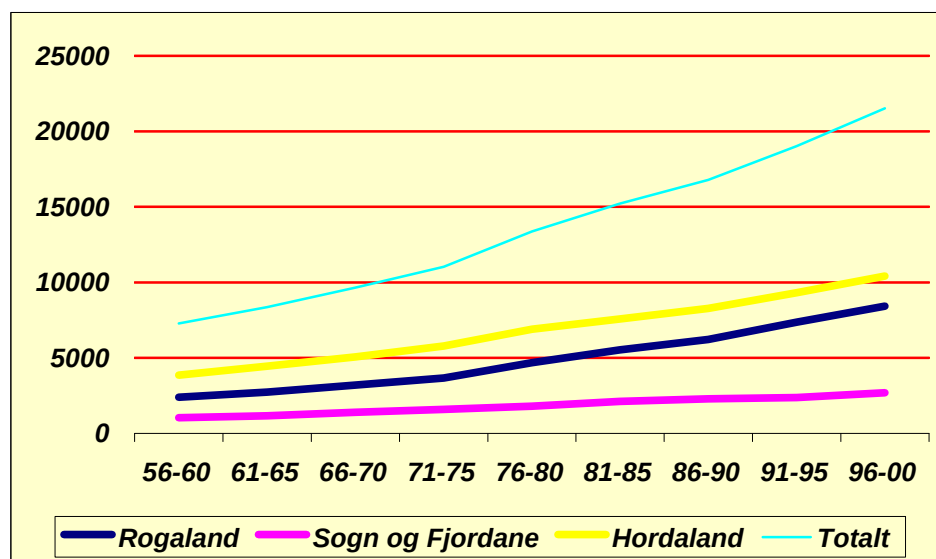
VEDLEGG

Fig. 1: Krefttilfeller per aldersgruppe; Nasjonalt:

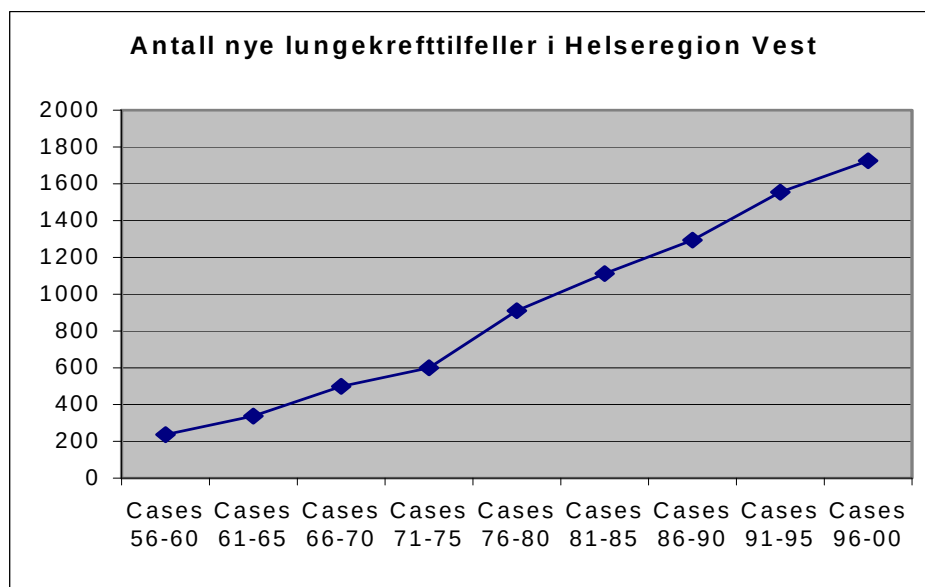


Kilde: Kreftregisteret Cancer in Norway 2001

Fig. 2 Nye kreftrifeller i Helseregion Vest 1956–2000, femårsperioder.



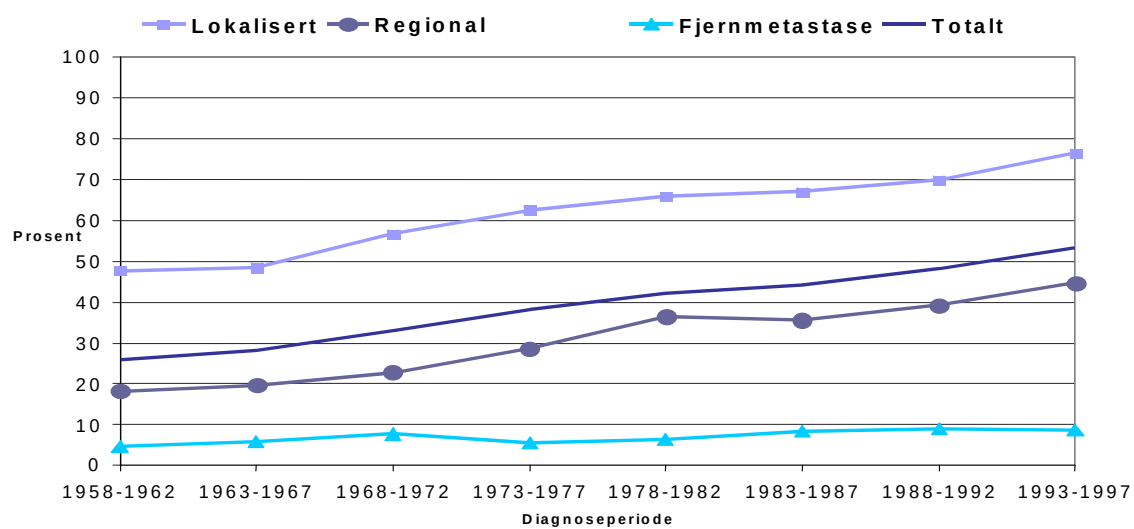
Kilde: Kreftregisteret Cancer in Norway 2001

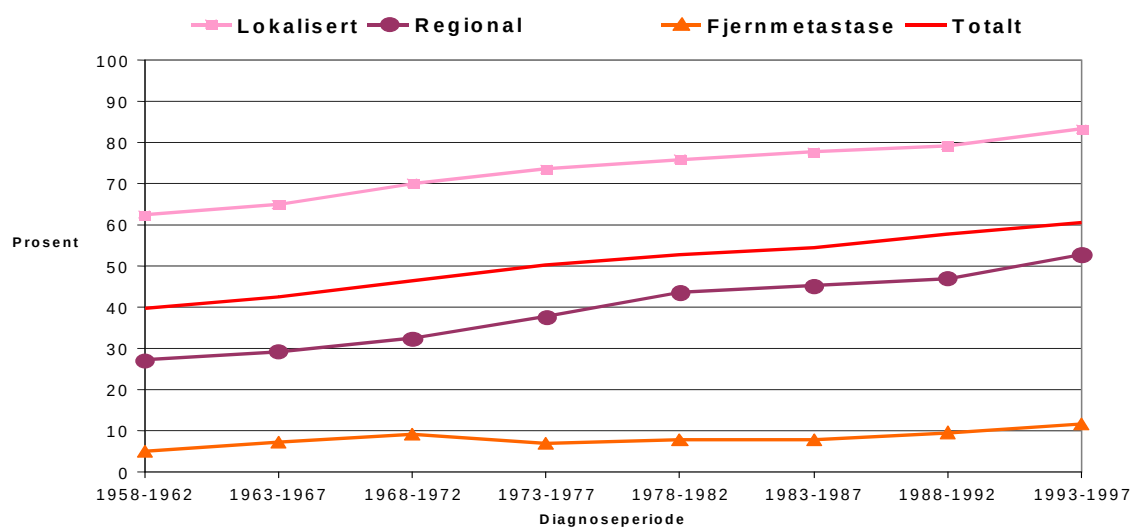
Fig. 3. Lungekreft i Helseregion Vest

Kilde: Kreftregisteret Cancer in Norway 2001

Fig 4 Utvikling av prognose over tid.

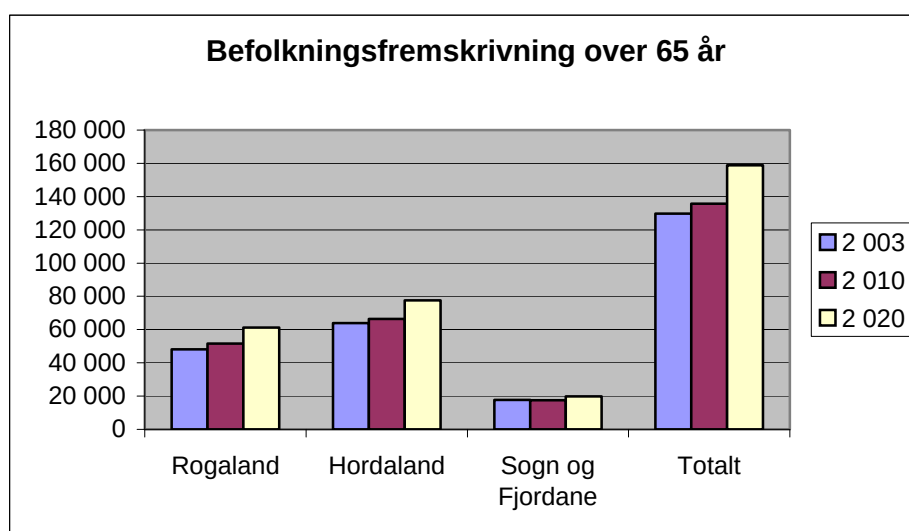
Menn:



Kvinner:

Kilde: Kreftregisteret Cancer in Norway 2001

Fig.5 Befolkningsfremskrivning for personer over 65 år



Kilde: SSB, alternativ MMMM¹

¹ Alternativ MMMM står for middels nasjonal vekst med forutsetninger om: Middels fruktbarhet, middels levealder, middels innenlands mobilitet og middels netto innvandring

Tab 1: De hyppigste kreftformer i Norge 2001

Kreft i	Menn	Kvinner
Prostata	2891	
Bryst	13	2596
Fordøyelsesorganer, hvorav	2637	2402
- tykk-/endetarm	1629	1649
- andre	1008	753
Lunge	1315	794
Kjønnsorganer	295	1505
Føflekk-kreft	480	524
Hjerne, nervesystem	366	455
Kreft med ukjent utgangspunkt	297	374
Av alle med kreft	71,6 %	79,4 %

Kilde: Kreftregisteret Cancer in Norway 2001

Tab 2: Kreftisiko etter alder og diagnose.

	Kreftisiko	Til fylte	Til fylte	Til fylte	Til fylte	Til fylte	
Menn		50 år	60 år	70 år	80 år	90 år	I løpet av livet
	Alle kreftformer	2,90 %	7,20 %	17,90 %	32,30 %	40,00 %	4 av 10
	Prostata	0,00 %	0,40 %	2,70 %	6,90 %	9,20 %	1 av 10
	Lunge	0,20 %	0,90 %	2,70 %	4,50 %	5,10 %	1 av 20
	Tykkertarm	0,10 %	0,50 %	1,40 %	2,60 %	3,40 %	1 av 29
	Urinblære	0,10 %	0,40 %	1,20 %	2,30 %	3,10 %	1 av 32
	Endetarm	0,10 %	0,40 %	1,00 %	1,80 %	2,20 %	1 av 44
Kvinner	Alle kreftformer	5,20 %	10,60 %	19,00 %	28,90 %	35,90 %	7 av 20
	Bryst	1,70 %	3,10 %	4,80 %	6,60 %	7,60 %	1 av 13
	Tykkertarm	0,10 %	0,60 %	1,50 %	2,90 %	4,00 %	1 av 24
	Lunge	0,20 %	0,60 %	1,40 %	2,00 %	2,20 %	1 av 44
	Eggstokk	0,30 %	0,70 %	1,30 %	1,70 %	2,00 %	1 av 50
	Malignt melanom	0,60 %	1,00 %	1,30 %	1,60 %	1,80 %	1 av 55

Kilde: Kreftregisteret Cancer in Norway 2001

Tab 3 : Faktisk endring over 65 år i HRV

Over 65 år	2 003	2 010	2 020	Endring % 2003-2020
Rogaland	48 124	51 634	61 230	21,4 %
Hordaland	63 876	66 479	77 612	17,7 %
Sogn og Fjordane	17 735	17 614	19 889	10,8 %
Totalt	129 735	135 727	158 731	18,3 %

Kilde SSB alternativ MMMM

Tabell (4) Nye tilfeller per år (5 års perioder – gjennomsnitt per år) Norge.

	1993-1997	2003 – 2007	2018 – 2022
Gjennomsnitt antall nye krefttilfeller pr. år	19.369	22.153	26.883

Kilde: Kreftregisteret Cancer in Norway 2001

Tabell (5)Dagens ressursbruk ved Haukeland Universitetssykehus:

Avdeling	Liggedøgn	Antall inneliggende	Poliklinikk	Dagopphold (inkl i tall inneligg)	Inneligg-dag	Ligge døgn-dag	Snitt liggetid
Kirurgisk sengeavdeling	13082	1975	6113	68	1907	13014	6,82
Kjevekirurgisk sengeavdeling	24	7	98	0	7	24	3,43
Ortopedisk/traumatologisk sengeavdeling	1194	94	217	1	93	1193	12,83
Plastikkirurgisk sengeavdeling	801	88	764	18	70	783	11,19
Brannskade avdelingen	27	2	0	0	2	27	13,50
Øre/Nese/Hals sengeavdeling	3444	246	1829	4	242	3440	14,21
Øye avdeling	129	17	134	0	17	129	7,59
Nevrokirurgisk sengeavdeling	791	184	34	6	178	785	4,41
KK/Gynekologisk avdeling	4117	779	1042	73	706	4044	5,73
KK/Fødeavdelingen	6	1	0	0	1	6	6,00
Medisinsk avdeling	6415	876	191	154	722	6261	8,67
Lungeavdelingen	7697	576	1783	8	568	7689	13,54
Kreftavdelingen	18117	4669	10545	1574	3095	16543	5,35
Hjerteavdelingen	979	158	31	8	150	971	6,47
Hud sengeavdeling	557	54	489	0	54	557	10,31
Hud Poliklinikk SOS(Ven)	0	0	2	0	0	0	0,00
Nevrologisk sengeavdeling	1116	116	27	2	114	1114	9,77
BKB/Barneklubben	2090	746	242	289	457	1801	3,94
Revmatologisk avdeling	411	23	3	0	23	411	17,87
Fysikalsk medisin HUS	123	4	0	0	4	123	30,75
Yrkesmedisinsk avdeling	0	0	40	0	0	0	0,00
Medisinsk genetisk avdeling	0	0	3	0	0	0	0,00
Total kreftbeh. 2003	61120	10615	23587	2205	8410	58915	7,01
Total Helse Bergen 2002	362689	63990	231406 (+ 20 590int)	29701	34289	332988	5,20

Kilde: Tallmateriale levert fra IT avdelingen ved HUS

Datagrunnlag: Sykehusopphold - heldøgnsopphold og dagopphold - for året 2002²

Neoplasma malignum oesophagei					
Helseforetak	Institusjon	Diagnoser	Prosedyrer	Antall	
Helse Bergen	Haukeland sykehus	C150-C159	JCC00-JCC97	9	
				9	
Neoplasma malignum ventriculi					
Helseforetak	Institusjon	Diagnoser	Prosedyrer	Antall	

Helse Stavanger	Ssh i Rogaland	C160-C169	JDC00-JDD96	9	
Helse Fonna	Haugesund sjukehus	C160-C169	JDC00-JDD96	8	
Helse Bergen	Voss sjukehus	C160-C169	JDC00-JDD96	2	
	Haukeland sykehus	C160-C169	JDC00-JDD96	18	
Haraldsplass diakonale	Diakonissehjemmets sykehus	C160-C169	JDC00-JDD96	5	
Helse Førde	Førde sjukehus	C160-C169	JDC00-JDD96	4	
				46	
Neoplasma malignum coli et recti					
Helseforetak	Institusjon	Diagnoser	Prosedyrer	Antall	
Helse Stavanger	Ssh i Rogaland	C180-C20	JFB30-JFB97_JFH00-JFH96	93	
Helse Fonna	Haugesund sjukehus	C180-C20	JFB30-JFB97_JFH00-JFH96	79	
	Stord sjukehus	C180-C20	JFB30-JFB97_JFH00-JFH96	12	ca.coli
	Odda sjukehus	C180-C20	JFB30-JFB97_JFH00-JFH96	6	ca.coli
Helse Bergen	Voss sjukehus	C180-C20	JFB30-JFB97_JFH00-JFH96	15	ca.coli
	Haukeland sykehus	C180-C20	JFB30-JFB97_JFH00-JFH96	79	
Haraldsplass diakonale	Diakonissehjemmets sykehus	C180-C20	JFB30-JFB97_JFH00-JFH96	52	
Helse Førde	Nordfjord sjukehus	C180-C20	JFB30-JFB97_JFH00-JFH96	13	ca.coli
	Lærdal sjukehus	C180-C20	JFB30-JFB97_JFH00-JFH96	7	ca.coli
	Førde sjukehus	C180-C20	JFB30-JFB97_JFH00-JFH96	40	
				396	
Neoplasma malignum hepatis					
Helseforetak	Institusjon	Diagnoser	Prosedyrer	Antall	
Helse Stavanger	Ssh i Rogaland	C220-C229	JJB00-JJB96	2	
		C787	JJB00-JJB96	8	
Helse Bergen	Haukeland sykehus	C220-C229	JJB00-JJB96	2	
		C787	JJB00-JJB96	23	
				35	
Neoplasma malignum pancreatis					
Helseforetak	Institusjon	Diagnoser	Prosedyrer	Antall	
Helse Stavanger	Ssh i Rogaland	C250-C259	JLC00-JLC96	5	
Helse Fonna	Haugesund	C250-C259	JLC00-JLC96	3	

	sjukehus				
Helse Bergen	Haukeland sykehus	C250-C259	JLC00-JLC96	16	
				24	
Neoplasma malignum bronchi et pulmonis					
Helseforetak	Institusjon	Diagnoser	Prosedyrer	Antall	
Helse Stavanger	Ssh i Rogaland	C340-C349	GDB00-GDD97	17	
		C780	GDB00-GDD97	1	
Helse Fonna	Haugesund sjukehus	C340-C349	GDB00-GDD97	1	
Helse Bergen	Haukeland sykehus	C340-C349	GDB00-GDD97	14	
		C780	GDB00-GDD97	7	
				40	
Neoplasma malignum mamma, carcinoma in situ i bryst					
Helseforetak	Institusjon	Diagnoser	Prosedyrer	Antall	
Helse Stavanger	Ssh i Rogaland	C500-C509_D050-D059	HAB50,HAC20,PJD42,PJ D52	178	
Helse Fonna	Haugesund sjukehus	C500-C509_D050-D059	HAB50,HAC20,PJD42,PJ D52	19	
	Stord sjukehus	C500-C509_D050-D059	HAB50,HAC20,PJD42,PJ D52	2	
	Odda sjukehus	C500-C509_D050-D059	HAB50,HAC20,PJD42,PJ D52	2	
Helse Bergen	Voss sjukehus	C500-C509_D050-D059	HAB50,HAC20,PJD42,PJ D52	3	
	Haukeland sykehus	C500-C509_D050-D059	HAB50,HAC20,PJD42,PJ D52	230	
Haraldsplass diakonale	Diakonissehjemmets sykehus	C500-C509_D050-D059	HAB50,HAC20,PJD42,PJ D52	4	
Helse Førde	Førde sjukehus	C500-C509_D050-D059	HAB50,HAC20,PJD42,PJ D52	24	
				462	
Neoplasma malignum ovarii					
Helseforetak	Institusjon	Diagnoser	Prosedyrer	Antall	
Helse Bergen	Haukeland	C56	LAE10-LAE21	43	

	sykehus				
				43	
Neoplasma malignum prostatae					
Helseforetak	Institusjon	Diagnoser	Prosedyrer	Antall	
Helse Stavanger	Ssh i Rogaland	C61	KEC00,KEC10,KEC20	51	
Helse Fonna	Haugesund sykehus	C61	KEC00,KEC10,KEC20	32	
	Stord sykehus	C61	KEC00,KEC10,KEC20	12	
	Odda sykehus	C61	KEC00,KEC10,KEC20	8	
	Haukeland sykehus	C61	KEC00,KEC10,KEC20	17	
Helse Førde	Nordfjord sykehus	C61	KEC00,KEC10,KEC20	3	
	Lærdal sykehus	C61	KEC00,KEC10,KEC20	11	
	Førde sykehus	C61	KEC00,KEC10,KEC20	18	
				152	
Neoplasma malignum urinariae					
Helseforetak	Institusjon	Diagnoser	Prosedyrer	Antall	
Helse Stavanger	Ssh i Rogaland	C670-C679	KCC00-KCC96	2	
Helse Bergen	Haukeland sykehus	C670-C679	KCC00-KCC96	19	
Helse Førde	Førde sykehus	C670-C679	KCC00-KCC96	1	
				22	
Totalt antall				1229	