

Plan for vidareutvikling av gynekologisk kreftbehandling i Helse Vest



KI-generert illustrasjon

Innhold

1	Innleiing.....	4
1.1	Bakgrunn	4
1.2	Mandat	4
2	Nasjonale og regionale føringar	5
2.1	Felles innsats mot kreft - Nasjonal kreftstrategi 2025 – 2035	5
2.2	Nasjonal kvinnehelsestrategi – betydning av kjønn for helse (2024)	7
2.3	Helsedirektoratet sine nasjonale faglege råd Kreftkirurgi - kompetanse og kvalitet.....	8
2.4	Regionale føringar.....	10
3	Fagfellevurdering innan gynekologisk kreft i Helse Vest mars 2026	11
4	Dagens tilbod og organisering av gynekologisk kreftbehandling.....	15
4.1	Organisering.....	15
4.2	Bemanning og rekruttering	16
4.3	Kirurgi	16
4.4	Medikamentell behandling	17
4.5	Strålebehandling	17
4.6	Patologi og radiologi.....	17
4.7	Regionalt MDT-møte	18
4.8	Pasientforløp og koordinering	19
4.9	Tabellar.....	19
5	Kvalitet på behandling i regionen.....	28
5.1	Nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk kreft	28
5.2	Vurdering av tilbodet for eggstokkreft basert på ESGO kvalitetskriterium..	34
6	Forutsetningar for eit robust og stabilt tilbod	36
7	Modellar for organisering av tilbodet	38
8	Diskusjon.....	48
8.1	Forholdet mellom medikamentell behandling og kirurgi	48
8.2	Generell diskusjon av sentralisering av kirurgi.....	49
8.3	Effekt av sentralisering for kvalitet på behandling av eggstokk kreft	51
8.4	Effekt av sentralisering for kvalitet for behandling av livmor kreft	52
8.5	Robustheit og sårbarheit – eitt vs to senter	53
9	Oppsummerande diskusjon av modell 1, 2 og 4	55
10	Prosjektorganisering.....	60
10.1	Appendix Innspel frå Helse Stavanger.....	62

Samandrag

Tilbodet til pasientar med gynekologisk kreft i Helse Vest har i langt tid vore organisert med samarbeid mellom dei fire helseføretaka i regionen. På bakgrunn av at Helse Bergen i ein periode i 2024 hadde vanskar med å fylle den regionale rolla innan gynekologisk kreft på same måte som tidlegare, ny nasjonal kreftstrategi, ny kvinnehelsestrategi og kvalitetsresultat som viste forbettringspotensiale valde Helse Vest RHF i samråd med dei fire helseføretaka i regionen å få utført ei ekstern fagfelleevaluering av tilbodet innan gynekologisk kreft i regionen. Fagfelleevalueringa blei levert i slutten av februar 2026 og 2.mars 2026 blei det i Direktørmøtet i Helse Vest semje om å sette i gang eit regionalt prosjekt som skulle gjere ein gjennomgang av organiseringa av tilbodet for gynekologisk kreft i regionen, og vurdere tiltak som må setjast i verk.

Prosjektet har vurdert fem ulike modellar for organisering av gynekologisk kreftbehandling i Helse Vest, med ulike fordelar, ulemper, risikoar og kva som må til for å lukkast:

- Modell 1 Delt kirurgisk tilbod mellom Helse Bergen og Helse Stavanger
- Modell 2 All kirurgi for eggstokk- og livmorkreft til Helse Bergen
- Modell 3 All kirurgi for eggstokk- og livmorkreft til Helse Stavanger
- Modell 4 All kirurgi for eggstokkreft blir lagt til Helse Bergen, delt tilbod for livmorkreft
- Modell 5 All kirurgi for eggstokkreft blir lagt til Helse Stavanger, delt tilbod for livmorkreft

Fagfelleevalueringa gav ei svært sterk anbefaling om modell 2 då denne modellen blei vurdert å ha lågast risiko på sikt. Prosjektgruppa har peika på at denne modellen har høg risiko på kort sikt og at det ikkje er ei løysing prosjektgruppa kan anbefale satt i verk nett no.

Fagrepresentantane frå Helse Bergen har peika på at modell 4 er deira anbefalte løysing då dei ser betydelege fordelar med å sentralisere kirurgi av eggstokkreft. Fagrepresentantane frå Helse Stavanger har peika på at modell 1 er deira anbefalte løysing. Tilsettere representantane i prosjektgruppa stiller seg bak modell 1 med bakgrunn i at dei meiner det er best for det samla arbeidsmiljøet og at det er den løysinga som er mest realistisk å gjennomføre.

Både Helse Bergen og Helse Stavanger har etablerte fagmiljø innan gynekologisk kreft. Val av organisering må balansere omsynet til kvalitet, robustheit og utvikling av fagmiljø over tid. Ei delt løysing (modell 1) har fordelar med at vi fortsatt vil ha to fagmiljø som kan støtte kvarandre og løysinga krev minst omorganisering, men løysinga krev godt samarbeid og tiltak for å sikre tilstrekkeleg kompetanse og volum. Sentralisering (som i modell 4) kan styrke kvalitet og fagleg utvikling ved eitt senter, men kan også medføre svekking av det andre fagmiljøet og auka sårbarheit dersom kapasiteten ikkje er tilstrekkeleg.

På kort sikt er det risiko knytt til raske endringar i organiseringa, ettersom dette oftast fører til svekking av eksisterande fagmiljø. Samstundes er det uvisse knytt til kva løysing som gir best effekt på lengre sikt, mellom anna fordi dette avheng av evna til å vedlikehalde og bygge kompetanse, bevare stabile fagmiljø og oppretthalde gode pasientforløp i sjukehusa

og mellom sjukehusa. Ei delt løysing som ved modell 1 vil krevje ei rekke kompenserande tiltak som vil krevje ressursar og som det ikkje er sikkert at vil vere tilstrekkeleg for å gi eit robust tilbod på lang sikt.

Uavhengig av modell er det behov for omfattande tiltak for å styrke tilbodet. Dette omfattar vidareutvikling av samarbeidet mellom helseføretaka, meir systematisk kompetanseutvikling gjennom hospitering og rotasjonsordningar, og tettare fagleg samarbeid gjennom felles møte og strukturert bruk av regionale multidisiplinære team (MDT) møter. Det er òg behov for standardisering av utgreiing og behandling, vidare arbeid med å bevare og utdanne spesialistar innan gynekologisk kreft, styrke utdanningsløpa og å sikre tilstrekkeleg operativ kapasitet.

For å følgje utviklinga på kvalitet og effekt av tiltaka, bør det leggjast opp til systematisk oppfølging av kvalitetsindikatorane i Kvalitetsregisteret for gynekologisk kreft, pasientrapporterte data og måloppnåing for pakkeforløp kreft.

Prosjektgruppa er samde i ei rekke tiltak som kan styrke tilbodet i regionen innan gynekologisk kreft. Prosjektgruppa er imidlertid ikkje samde i om val av modell 1 eller modell 4 er det beste valet for regionen på sikt. Uavhengig av kva modell som blir vald må man følgje med på at utviklinga går i positiv retning og det bør gjerast ei vurdering av status om 2-3 år for å vurdera om tiltaka har fungert etter hensikta.

1 Innleiing

1.1 Bakgrunn

Tilbodet til pasientar med gynekologisk kreft i Helse Vest er organisert med samarbeid mellom dei fire helseføretaka i regionen. Dette er regulert i eigne samarbeidsavtalar. Helse Vest er den einaste helseregionen der kirurgisk behandling av eggstokkreft føregår utanfor regionsjukehuset.

Helse Bergen mista nøkkelpersonell og hadde difor vanskar med å fylle den regionale rolla innan gynekologisk kreft på same måte som tidlegare i perioden 1. juni til 31. desember 2024. Det var i denne perioden naudsynt med kompetanse og viktige bidrag til pasientbehandlninga frå andre sjukehus. Helse Stavanger var sentralt bidragande med beslutningsstøtte; ledet regionsMDT denne halvtårsperioden. Helse Bergen har rekruttert nye erfarne fagpersonar og sett i verk tiltak som har hatt god effekt på situasjonen per juni 2026, men det er framleis behov for å styrke og stabilisere tilbodet i regionen.

Det er nyleg publisert ny Nasjonal kreftstrategi, Kvinnehelsestrategi og nasjonale kvalitetsindikatorar¹ har over lang tid vist at det er betringspotensiale i Helse Vest samanlikna med dei andre regionane.

Helse Vest RHF i samråd med dei fire helseføretaka i regionen fått gjennomført ei ekstern fagfelle vurdering av tilbodet til pasientar med gynekologisk kreft i regionen. Formålet med fagfelle vurderinga var å få råd om tiltak på kort og lang sikt ([lenke](#)).

Helse Vest RHF skal nå gjere ei samla vurdering av tiltak som må setjast i verk. Helse Vest RHF gjennomfører derfor eit regionalt arbeid for å finne tiltak som kan sikre eit godt og likeverdig tilbod innan gynekologisk kreftbehandling med utgangspunkt i det regionaliserte tilbodet i Helse Vest.

For å gjennomføre dette er det etablert eit regionalt prosjekt under leiing av Helse Vest RHF med deltakarar frå helseføretaka, brukarutvalet og tillitsvalde.

Målet med arbeidet er å komme fram til tiltak som vil styrke tilbodet ytterlegare på kort sikt og tiltak som på lengre sikt vil sørge for at regionen har eit robust og berekraftig tilbod innan gynekologisk kreftbehandling.

1.2 Mandat

Prosjektet skal gjere ein gjennomgang av organiseringa av tilbodet for gynekologisk kreftbehandling i regionen, og vurdere tiltak som må setjast i verk. Tidlegare styrevedtak og

¹ Basert på data frå Nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk kreft

nasjonale føringar om organisering av tilbodet skal leggast til grunn for arbeidet saman med den eksterne fagfellevurderinga.

Prosjektet skal:

- vurdere tiltak som kan innførast på kort og lang sikt for å styrka tilbodet for gynekologisk kreftbehandling i regionen
- vurdere andre forhold som det bør takast omsyn til i gjennomgangen
- foreslå ein overordna regional handlingsplan for når tiltaka skal setjast i verk og ansvarlege for tiltaka

Prosjektet skal levere ein samla rapport med vurderingar og forslag.

Til slutt i rapporten følgjer oversikt over prosjektorganisering.

2 Nasjonale og regionale føringar

2.1 Felles innsats mot kreft - Nasjonal kreftstrategi 2025 – 2035

Strategien gir føringar på kreftområdet til forvaltninga, helse- og omsorgstenesta og andre sektorar som kan ha noko å seie for å oppnå måla i strategien og har fem målområde:

1. Noreg skal vere eit føregangsland innan kreftførebygging og tidleg oppdaging.
2. Noreg skal vere eit føregangsland for gode pasientforløp.
3. Ein meir brukarorientert kreftomsorg.
4. Fleire skal overleve og leve lenger med kreft og etter kreft.
5. Best mogleg livskvalitet for pasientar med kreft og pårørande deira.

Desse målområda er konkretisert i tiårs mål. Områda vil vere særleg viktige for å bringe kreftområdet framover, bidra til at færre får kreft, og til at menneske med kreft vil overleve og leve lenger med best mogleg livskvalitet.

Under følgjer litt om målområde 2, 3 og 4

Målområde 2 Noreg skal vere eit føregangsland for gode pasientforløp

Det blir for dette målområdet lagt vekt på:

- godt organiserte og samanhengande pasientforløp
- bruk av pakkeforløp for å sikre kvalitet, struktur og føreseielegheit
- betre samarbeid mellom sjukehus, fastlege og kommune
- oppfølging både under og etter behandling
- tilgang til spesialisert kompetanse gjennom cancer centre eller nettverk

Målet er at pasientar skal oppleve eit heilskapleg og koordinert forløp utan unødvendig venting, med god kvalitet i heile tenesta.

I tiårsmål 6 under dette målområdet blir det lagt til grunn at alle pasientar med kreft skal ha tilgang til eit Comprehensive Cancer Centre² (CCC) eller et Cancer Center³ (CC).

Målet er at alle pasienter skal møte en helsetjeneste som oppfyller høye krav til forebygging, diagnostikk, behandling, oppfølging, oppdatert kompetanse og forskning. God og presis diagnostikk og utredning av kreftsykdom er sentralt for å kunne gi den mest optimale behandlingen tilpasset den enkelte pasient. Derfor skal alle pasienter, uansett bosted, kjønn og ved behov, ha tilgang til den samlede kompetansen i regionen og likeverdig tilgang til et Comprehensive Cancer Centre (CCC) eller et Cancer Centre (CC), eller et nettverk av helsetjenesteinstitusjoner som er koordinert av et CCC/CC.

Dette målet er konkretisert i reviderte oppdragsdokument for 2025 frå Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Vest:

Dei regionale helseføretaka skal sørge for at alle pasientar med kreft, under dette dei med sjeldne kreftdiagnosar, skal ha tilgang til den samla kompetansen i regionen og likeverdig tilgang til eit Comprehensive Cancer Centre (CCC), eit Cancer Centre (CC) eller eit nettverk av helsetenesteinstitusjonar som er koordinerte av eit CCC eller CC.

Status etablering av CCC i Helse Bergen

Helse Bergen er godt i gang med akkrediteringsprosess for Comprehensive Cancer Center (CCC), i regi av OEIC (Organisation of European Cancer Institutes). Rapporten frå site-visit april 2026 viste eit svært godt samsvar mellom eigenvurderinga til sjukehuset og audit-teamets vurderingar for alle område; 1) Governance, 2) Organisation of quality systems, 3) Patient involvement and empowerment, 4) Multidisciplinarity, 5) Prevention and early detection, 6) Diagnosis, 7) Treatment, 8) Research, 9) Education and training. For område 8) Research vart alle minimumskrav knytte til forskningsaktivitet vurderte som oppfylt, inkludert tal kliniske studiar, del pasientar inkludert i kliniske behandlingsstudiar og dessutan forskningsproduksjon målt både i volum og kvalitet.

² Eit CCC tilbyr eit komplett og koordinert behandlingstilbod som kombinerer diagnostikk, behandling, rehabilitering og forskning på høgt internasjonalt nivå. Målet med satsinga er å forbetre pasientforløpa, styrkje forskinga og auke samhandlinga mellom fagmiljø på tvers av sjukehuset og med eksterne samarbeidspartnarar. Eit CCC er eit sjukehus som er akkreditert av Organisation of European Cancer Institutes (OEIC). For å bli akkreditert må sjukehuset dokumentere:

- Høg kvalitet på heile kreftforløpet – frå diagnostikk til rehabilitering
- Integrering av forskning som ein naturleg del av behandlinga
- Tverrfagleg samarbeid og koordinering mellom avdelingar og fagmiljø
- God og tilgjengeleg pasientinformasjon

³ For å bli godkjent som et Cancer Centre (CC) stilles det ikke like høye krav til for eksempel volum av aktivitet, diagnostisk høyspesialisert infrastruktur og forskningsaktivitet som til et CCC. Et CCC har et vesentlig større krav til volum av forskningsaktivitet enn CC, men også til type forskning innenfor basalforskningen.

Kvinneklinikken vart framheva som ein av sjukehuset sine forskingssterke avdelingar, med høg vitskapeleg produksjon, stor studieaktivitet og sterke forskingsmiljø innan gynekologisk kreft, særleg innan translasjonell forskning og kliniske studiar. Endeleg evalueringsrapport er venta å liggja føre hausten 2026.

Status etablering av CCC i Helse Stavanger

Helse Stavanger har starta en akkrediteringsprosess knytt til EUnetCCC nettverket. Universitetssjukehuget i Nord-Norge og St Olav's hospital har også starta denne prosessen, og Helse Stavanger samarbeider med disse. Gynekologisk kreft er det første faget i denne prosessen for Helse Stavanger. Arbeidet er forankra i styringslinjene gjennom eige mandat og etablert kreftstyre, og det ble opplyst at utviklingsløpet er omfattande og er forventa å ta minimum 1–1,5 år.

Målområde 3 – Ei meir brukarorientert kreftomsorg

Strategien legg vekt på ein meir brukarorientert kreftomsorg, der pasientar og pårørende skal få betre moglegheiter til å medverke i eiga behandling.

Det blir peika på følgjande:

- betre tilgang til informasjon og digitale verktøy
- samval mellom pasient og helsepersonell
- digital oversikt over pasientforløp og digital oppfølging heime
- bruk av verktøy for medverknad som også kan betre tenesta
- meir behovsstyrte kontrollar i staden for faste oppmøte Målet er at pasienten skal kunne delta aktivt i val og oppfølging, og at tenesta i større grad blir tilpassa behovet til kvar enkelt.

Målområde 4 Fleire skal overleve og leve lenger med kreft og etter kreft

Strategien legg til grunn at fleire skal overleve og leve lenger med kreft, og få behandling og oppfølging av høg kvalitet.

Det blir lagt vekt på:

- at pasientar skal få rett behandling og oppfølging til rett tid
- meir bruk av persontilpassa medisin, mellom anna gentestar
- styrking av forskning og auka deltaking i kliniske studiar
- utvikling av nye behandlingsmetodar og innovasjon

Målet er betre overleving, mindre dødelegheit og at pasientane får ei behandling som er best mogleg tilpassa den enkelte.

2.2 Nasjonal kvinnehelsestrategi – betydning av kjønn for helse (2024)

Strategien bygger på Kvinnehelseutvalets NOU: *Den store forskjellen* som blei lagt fram i 2023. Det overordna målet for kvinnehelsestrategien er å bidra til at betydninga av kjønn blir lagd vekt på i politikkkutforminga, og i korleis helsestyresmaktene og den felles helsetenesta vår arbeider med kvinners helse og kjønnsperspektivet i helse.

Strategien peikar mot ei organisering av behandlingstilbodet med delvis sentralisert, høgspesialisert kirurgi kombinert med regionale strukturar, nasjonale funksjonar og standardiserte pasientforløp, med krav om likeverdig tilgang.

2.3 Helsedirektoratet sine nasjonale faglege råd Kreftkirurgi - kompetanse og kvalitet

Helsedirektoratet utarbeidde i 2024 nasjonale faglege råd knytt til kreftkirurgi ([lenke](#)). Formålet med råda er å sikra likeverdig og kvalitativt god behandling av pasientar med kreft same kvar ein bur i landet.

Dei generelle råda beskriv behov for strukturar og prosessar som sjukehus som utfører kreftkirurgi treng å ha på plass for å sikre kvalitet. Det blir lagt vekt på evaluering av eigne resultat, og eit kontinuerleg kvalitetsforbetringsarbeid.

Følgjand råd er gitt om kompetanse og kvalitet for sjukehus som utfører kreftkirurgi:

Sykehus som utfører kreftkirurgi bør ha et fem års perspektiv på plan for bemanning og kompetanse

Bemanning og kirurgisk kompetanse

Fast ansatte spesialister bør utgjøre hoveddelen av bemanningen som utfører kreftkirurgi. Ved rekruttering av nye spesialister bør virksomhetens langsiktige kompetansebehov inngå i vurderingen.

Virksomheten må sørge for kontinuerlig ivaretagelse av spesialkompetanse i forhold til definert kreftkirurgisk ansvarsområde. Se [kapittel 2](#) for informasjon om kompetanse og bemanning for spesifikke kreftområder.

Bemanning bør være tilstrekkelig for å kunne ivareta:

- vaktordninger som ikke avhenger av kontinuerlig innleie av vikarer
- tid til forskning, kompetanse- og fagutvikling, eksempelvis overlegepermisjoner og deltakelse på kurs/konferanser
- kontinuerlig mulighet for faglige diskusjoner/faglig konferering
- utdanning av spesialister og krav til utdanningsvirksomheter i [spesialistforskriften § 22, § 24 og § 25](#)
- opplæring av nyansatte
- kirurgers deltakelse i forskning og kvalitetsforbedringsarbeid

Praktisk informasjon

Bemanning og kirurgisk kompetanse

Bemanning og kompetanse planlegges i forhold til sykehusets ansvarsområde, pasientpopulasjon og antall pasienter, og inkluderer en vurdering av:

- spesielle metoder som er nødvendig for virksomheten
- spesialkompetanse
- spesiell komplikasjonshåndtering

Spesielle metoder

Grunnleggende kirurgisk kompetanse er definert i kravene til spesialistgodkjenning for det aktuelle fagområdet gjennom forskriftsfestede læringsmål. Kirurgien har i tråd med raskere teknologisk utvikling blitt svært spesialisert, og kirurger utfører et stadig smalere spektrum av høyt spesialiserte kirurgiske inngrep. Denne trenden gjelder i særlig grad for kreftkirurgien. Ulike kreftområder har forskjellige behov for spesialkompetanse for å opprettholde et fullverdig behandlingstilbud.

Spesiell komplikasjonshåndtering

Kirurgisk behandling innebærer risiko for uønskede hendelser og komplikasjoner, og i verste fall død. Et kreftkirurgisk behandlingstilbud forutsetter beredskap til å håndtere komplikasjoner.

Spesielle kasus, stadier eller følgetilstander samles på færre steder

Noen kreftformer opptrer sjeldent, eller kan ha sjeldne undergrupper som krever erfaring og spesialkunnskap som tilsier at utredning og behandling har behov for å samles regionalt eller nasjonalt. Ved svært sjeldne tilfeller er det aktuelt å sende pasienter til et høyspesialisert senter i utlandet.

Volum og kirurgisk erfaring

Kirurgiske inngrep på samme organ for annen krefttype eller for ikke-malign tilstand i samme organ kan bidra til oppbygging og vedlikehold av spesialkompetanse for kreftkirurgi. Overføringsverdi, læringseffekt og erfaringsgevinst fra kirurgi i samme anatomiske område, varierer fra fagfelt til fagfelt

Følgjande organspesifikke råd er gitt for gynekologisk kreft:

Kirurgisk kompetanse

I tillegg til det generelle rådet om bemanning og kirurgisk kompetanse ([lenke](#)) bør avdelingar/seksjonar som utfører kirurgi for gynekologisk kreft meistra:

- Kirurgiske og medisinske komplikasjonar

Tverrfaglege spesialitetar og tenester

Avdelingar som utfører kirurgi for gynekologisk kreft bør sørgja for tilgang på følgjande:

Samarbeidande spesialitetar

- Radiologar
- Nukleærmedisinar med Pet-kompetanse
- Intervensjonsradiologar
- Onkolog
- Patolog med frysesnittservice
- Andre kirurgiske spesialitetar som gastrokirurg, urolog og plastisk kirurg
- Palliativt team

Tilgjengeleg dagtid

- Generell indremedisin, til dømes kardiolog
- Anestesi

Døgkontinuerleg beredskap

- Intensivavdeling
- Operasjonsstove

- Generell indremedisin
- Gastrokirurg

Kvalitetsforbetring

Det generelle rådet om kvalitetsforbetringsarbeid ([lenke](#)) er gjeldande, men sjukehus som utfører kirurgi for gynekologisk kreft bør i tillegg sørgja for at data blir registrerte i:

- nasjonalt register for gynekologisk kreft.

2.4 Regionale føringar

Sentraliseringa av kreftkirurgien som har funne stad i Noreg i over 20 år, har vore viktig for å tilpasse det kreftkirurgiske tilbodet til utviklinga av de kirurgiske og onkologiske fagområda. Sentralisering, saman med Nasjonale handlingsprogram, multidisiplinære møter og utgreiing og behandling i pakkeforløp har vore viktige faktorar i forbetring av kreftbehandlinga.

Helse Vest skal gjennom sørge-for-ansvaret sjå til at regionen samla sett har ei optimal organisering av spesialisthelsetenesta for å yte eit best mogleg samla tilbod til befolkninga i regionen som heilskap. Kreftkirurgi er ein viktig, men avgrensa del av oppfyljinga av sørge for ansvaret. Det som totalt sett er ei optimal organisering for å yte eit best mogleg samla tilbod til befolkninga i regionen som heilskap, er ikkje summen av isolert sett optimale tilbod til spesifikke grupper av pasientar. For å få ein heilskap som skal fungere stabilt over tid 24/7/365 må ein kompromisse mellom ulike omsyn.

Vurdering av dei beste løysningane for kreftkirurgi må også ta inn over seg kva konsekvensane blir for annan kirurgisk verksemd, kirurgifaget som ein del av det samla tilbodet i det enkelte helseføretak eller sjukehus, og dei negative konsekvensane ei nedbygging av kirurgi ved mellomstore sjukehus kan få for ikkje-kirurgiske pasientgrupper, LIS-utdanning og vaktberedskap. I tillegg vil det vere slik at sjølve operasjonen ofte utgjer ein liten del av heile pasientforløpet. Desentralisering av deler av kirurgien for ein kreftform vil kunne sikre at både diagnostikk og den lange oppfølging etter operasjon kan bli tilbydd lokalt. Samtidig skal krav til kvalitet og pasienttryggleik leggast til grunn. Samstundes er det slik at eit kvart kirurgisk inngrep krev volum for den enkelte kirurg og det enkelte kirurgiske teamet for at resultatet skal bli bra for pasienten. Difor er det naudsynt å sjå på førekomstar når ein skal fordele kapasitet og kompetanse i regionen.

Kvaliteten på behandlinga for den enkelte kreftpasient er ikkje betre enn det heile behandlingsskjeda kan levere. Helse Vest har derfor både gjennom oppfølging av pakkeforløp for kreft, og i arbeidet med avtaler om kompensierende tiltak for kreftkirurgien arbeid med å legge til rette for regionalt samarbeid og felles løysningar for pasientforløp som ofte må krysse helseføretaksgrensene. Regionaliseringa er gjort gjennom avtaler mellom helseføretaka som regulerer organisatoriske forhold og faglege krav per fagområde.

I 2019 ([lenke](#)) vart det gjort ein gjennomgang av det kreftkirurgiske tilbodet i Helse Vest. Med bakgrunn i god erfaring med regionalt samarbeid innan gynekologisk kreft, og råd frå fagmiljø i regionen vedtok styret i Helse Vest RHF ([lenke](#)) at det regionaliserte samarbeidet om tilbodet innan gynekologisk kreft skulle vidareførast ved å formalisere dette i avtaler mellom føretaka. Det blei den gong ikkje gjort ein fullstendig gjennomgang av det kirurgiske tilbodet innan gynekologisk kreft.

Med fagfellevurderinga som nå ligg til grunn har Helse Vest fått ytterlegare kunnskapsgrunnlag for å vurdere korleis tilbodet innan gynekologisk kreftbehandling skal organiserast.

3 Fagfellevurdering innan gynekologisk kreft i Helse Vest mars 2026

Fagfellevurderinga ([lenke](#)) var utført av eksterne fagekspertar som såg tilbodet i regionen utanfrå og som var basert på skriftlege beskrivingar av tenesta og intervju med fagpersonar og leiarar frå alle helseføretaka. Fagfellane var frå Danmark eller Sverige som har delt handsaminga av gynekologisk kreft i kirurgisk og medikamentell behandling, til skilnad frå Noreg og t.d. Finland og Tyskland. Fagfellane hadde ikkje med brukarar og tillitsvalde i sitt arbeid. Rapporten har ei særleg merksemd mot den kirurgiske behandlinga og den første delen av pasientforløpa og ikkje i like stor grad på korleis gynekologisk kreft går inn i ein heilskap i å drive kvinneklinikkane/avdelingane, eller spesialistutdanning av legar.

Under følger samandrag av fagfellevurderinga:

Deloitte har på oppdrag frå Helse Vest RHF gjennomført ei fagfellevurdering av tilbodet innan gynekologisk kreftbehandling i regionen. Tre eksterne spesialistressursar innan gynekologisk kreft frå Sverige og Danmark har vore engasjerte og stått for vurderingane av det medisinfaglege tilbodet per i dag, og komme med tilrådingar for korleis regionen kan sikre eit godt og likeverdig tilbod innan gynekologisk kreft. Tilrådingane blir vurderte som ein føresetnad for å sikre eit trygt og likeverdig tilbod av kvalitet i framtida.

Formålet med fagfellevurderinga har vore å vurdere det medisinsk-faglege tilbodet i dag, og dessutan gi tilrådingar om korleis regionen kan sikre eit godt og likeverdig tilbod innan gynekologisk kreft i eit 10-15 års perspektiv.

Dagens tilbod til pasientar med gynekologisk kreft i Helse Vest er organisert gjennom eit tett samarbeid mellom dei fire helseføretaka i regionen, der Helse Bergen har ei sentral rolle med koordinering og leiing av dei regionale møta, varetaking av store delar av den kirurgiske verksemda,

og varetaking eller rådgiving ved behov av den medikamentelle behandlinga, og dessutan strålebehandling for pasientane i regionen. Det er også ein stor aktivitet i Helse Stavanger, som varetek mesteparten av tilbodet til pasientar i eige opptaksområde. Helse Fonna og Helse Førde utfører primært kirurgi ved lågrisiko livmorkreft og administrerer den medikamentelle behandlinga, medan andre pasientar blir viste til Helse Bergen.

Hovudvurderingar og tilrådingar

Fagfellevurderinga teiknar eit samansett bilete av tilbodet innan gynekologisk kreft i Helse Vest . På den eine sida finn fagfellane at det er fleire delar av pasientforløpet som fungerer godt, spesielt dei desentraliserte funksjonane innanfor utgreiing, oppfølging og palliasjon. Likevel blir det påpeika ei rekke sårbarheiter i det noverande tilbodet for gynekologiske kreftpasientar i Helse Vest.

Fleire delar av pasienttilbodet i regionen fungerer godt og dannar eit solid grunnlag for vidare forbetring. *Utgreiing og diagnostikk, administrasjon av medikamentell behandling, oppfølging av komplikasjonar og palliativ omsorg blir handtert som hovudregel ved lokalsjukehuset til pasienten.*

Pasientnærleik i mesteparten av pasientforløpet, slik det er i Helse Vest , blir vurdert positivt og er i tråd med nasjonale retningslinjer. Vidare er den regionale samhandlinga mellom dei fire føretaka formalisert gjennom ulike samarbeidsstrukturar på tvers av føretaka. Det er utarbeidd samarbeidsavtalar, felles radiologiske protokollar og digitale løysingar som mogleggjer deling og dobbeltsjekk av bilete og patologiske prøver, og dessutan rutine som sikrar inkludering av pasientar i heile regionen til kliniske studiar⁴.

Dette er viktige tiltak for eit samanhengande pasientforløp, med fokus på både høg kvalitet og eit pasientnært behandlingstilbod .

Tilbodet innan gynekologisk kreft i Helse Vest blir likevel ikkje vurdert som tilstrekkeleg robust. *Vurderinga kjem hovudsakleg av for lågt pasientvolum i regionen til å halde oppe noverande innretning av tilbodet innan gynekologisk kreft, og dessutan sårbarheiter i dagens organisering. I dag er det etablert ei tydeleg arbeidsfordeling mellom dei fire føretaka, der Helse Bergen og Helse Stavanger har hovudansvaret⁴. Vurderinga til fagfellane er at verken Helse Bergen eller Helse Stavanger åleine utgjer eit tilstrekkeleg robust fagmiljø, noko som mellom anna kjem av at kompetansen i begge*

⁴ Prosjektgruppa meiner at dette ikkje er ei korrekt/god beskriving av tilbodet

miljøa i stor grad er avhengig av eit fåtal erfarne nøkkelpersonar innan både kirurgi og medikamentell behandling.

Sårbarheita blir forsterka av mangelfull struktur i utdanningsløp og rekruttering ved begge føretak. Pasientvolumet er også for lågt til å halde oppe to separate kirurgiske senter samtidig som ein oppfyller internasjonale kvalitetskrav til pasientbehandling (European Society of Gynaecological Oncology, ESGO). Per i dag opererer både Helse Bergen og Helse Stavanger livmor- og eggstokkreft. For eggstokkreft ligg det totale volumet i regionen under det optimale målet for eitt senter, men med sentralisering til eitt føretak vil ein nå eit «intermediate target number» på 50 eller fleire operasjonar per senter per år. Når det gjeld livmorkreft, er det samla regionale volumet tilstrekkeleg, men delinga mellom to føretak fører til at Helse Stavanger opererer færre pasientar enn minimumskravet, medan Helse Bergen så vidt oppfyller kravet. Lågt pasientvolum fører, etter vurderinga til fagfellane, til at gynekologiske kreftkirurgar ikkje oppnår tilstrekkeleg tal på operasjonar til å halde oppe og vidareutvikle kompetansen sin, og det avgrensar også moglegheita for å utdanne framtidas spesialistar.

Det er fagfellanes overordna og svært sterke tilråding å sentralisere hovudansvaret for behandling til eitt senter i Helse Vest. *Fagfellane anerkjenner fordelar ved eit desentralisert tilbod, spesielt med tanke på pasientnærleik, og fagfellane tilrår at fleire funksjonar innan pasientforløpet skal varetakast ved lokalsjukehuset til pasienten, der det er mogleg, utan å ringast kvaliteten i behandlinga. Samtidig vurderer fagfellane ut frå eit kvalitetsperspektiv at det gir så store gevinstar at sentraliseringa likevel blir tilrådd. Ei samling av kompetansen og pasientvolumet til regionen er ein føresetnad for å byggje eit leiande fagmiljø som kan levere behandling i tråd med internasjonal standard, styrkje forskning og utdanning, og dessutan sikre betre og meir likeverdige behandlingresultat for alle gynekologiske kreftpasientar i regionen.*

Det er vidare tilrådinga til fagfellane at det sentraliserte hovudsenteret blir lagt til Helse Bergen. *Det er store likskapar i tilbodet til pasientar i Helse Bergen og Helse Stavanger. Fagfellane anerkjenner at Helse Stavanger har eit velfungerande fagmiljø med dedikerte fagpersonar, og at arbeidet som er gjort innan gynekologisk kreft er bra. Likevel vurderer fagfellane at Helse Bergens allereie regionale rolle, tilgang på veletablerte støttefunksjonar av høg kvalitet og eit samla sett større forskingsmiljø, gir det beste utgangspunktet for eit sentralisert behandlingstilbod i eit lengre perspektiv. Helse Bergen, ved Haukeland universitetssjukehus (HUS), behandlar i dag klart flest pasientar innan alle gynekologiske krefttypar i regionen og har*

regionsfunksjon innan kurativ stråling. Vidare har Helse Bergen den mest avanserte behandlinga innanfor fag det er naturleg å samarbeide med for pasientar med gynekologisk kreft, som eksempelvis gastrokirurgi og anesthesi- og intensivavdeling, og dessutan onkologisk kurativ strålebehandling. Tilrådinga er likevel avhengig av at Helse Bergen gjennomfører vesentlege tiltak ved eige føretak for å byggje opp att eit robust senter for gynekologisk kreftbehandling med tilstrekkeleg spesialistkompetanse, og dessutan eit attraktivt forskings- og utdanningsmiljø.

Fagfellane understrekar at situasjonen i Helse Vest er kritisk og krev både strakstiltak og tiltak på lengre sikt for å sikre eit trygt og likeverdig tilbod med tilstrekkeleg kvalitet i framtida. Viss kreftbehandlinga innan gynekologi skal oppretthaldast på eit høgt nivå må det etablerast ein eigen seksjon for gynekologisk kreft med tydeleg leiing i Helse Bergen , og fagmiljøet må styrkjast gjennom rekruttering for å bli tilstrekkeleg robust til å handtere det samla ansvaret.

4 Dagens tilbud og organisering av gynekologisk kreftbehandling

4.1 Organisering

Tilbudet til pasientar med gynekologisk kreft i Helse Vest har i ei årrekke vore organisert med tett samarbeid mellom dei fire helseføretaka i regionen, slik det mellom anna vart beskrive i rapporten *Kreftkirurgi og annan elektiv kirurgi* som vart lagd fram i styresak 100/19 for styret i Helse Vest RHF. Helse Bergen HF har hatt ei sentral rolle med koordinering og leing av det regionale tilbudet for gynekologisk kreftbehandling. Helse Vest er den einaste regionen som fordelar sine pasientar til to senter med spesialkompetanse innan gynekologisk kreft.

Det regionaliserte tilbudet innan kreftkirurgi er regulert i eigne samarbeidsavtalar mellom helseføretaka i regionen jf. styresak 028/23 *Avtalar om kompenserande tiltak for kreftkirurgi*, og organisert i tråd med nasjonale råd for organisering av verksemda publisert av Helsedirektoratet ([link](#)).

Helse Bergen har det mest omfattande tilbudet i Helse Vest, med kirurgi for alle fire hovudtypar gynekologisk kreft⁵, både kurativ og palliativ strålebehandling, og dessutan planlegging og administrasjon av medikamentell behandling. Helse Stavanger opererer for eggstokk- og livmorkreft, gir palliativ strålebehandling, planlegg og administrerer medikamentell behandling. Helse Fonna og Helse Førde utfører kirurgi for lågrisiko livmorkreft og administrerer medikamentell behandling; andre pasientar blir viste til Helse Bergen.

Det er etablert årlege møte for gynekologisk kreft der dei fire helseføretaka i Helse Vest deltek. I desse møta blir mellom anna resultat frå nasjonale kvalitetsregister vurdert, eventuelle avvik som gir utslag, og fagpersonane planlegg vidare arbeid for å halde oppe eller betre kvaliteten. Regionen har kvar veke felles regionale MDT- møte. I tillegg er det kvar veke regionale samhandlingsmøte innan gynekologisk kreft, der det er moglegheit for å diskutere pasientar og eventuelle spørsmål om endringar i behandling. Det blir og gjennomført undervisning i desse møta som vert leia frå Bergen.

Seksjonsoverlegen for gynekologisk kreft i Helse Stavanger er leiar for det norske handlingsprogrammet for gynekologisk kreft. Fleire fagpersonar frå både Helse Bergen og Helse Stavanger er med i arbeidsgruppene for utarbeiding av fleire av kapitla i handlingsprogrammet.

I Helse Bergen og Helse Stavanger er behandling lagt til eigen seksjon for gynekologisk kreft med utgreiing, diagnostisering, kirurgi, medikamentell-, stråle- og lindrande behandling. I

⁵ Livmor, eggstokk, livmorhals og vulva. For dei to siste er førekomsten fallande som følge av HPV_vaksinasjon. Det er nasjonale diskusjonar kring organisering av tilbudet til desse pasientane.

Helse Bergen arbeidar legane fortrinnsvis utan tilstadesvakt, og dei brukar all si dagarbeidstid på gynekologisk kreft. Om lag halvparten av gynkreftlegane i Helse Stavanger har det meste av si arbeidstid knytt til gynekologisk kreft, medan om lag halvparten deltar i generell gynekologisk vakt og arbeidet med generell gynekologi.

Helse Fonna og Helse Førde har lagt behandling til generell gynekologisk avdeling. Helse Fonna og Helse Førde operer livmorkreft stadium 1a, og gir medikamentell og lindrande behandling.

Sjå og tabell 1 som viser organisering for alle fire helseføretaka.

4.2 Bemanning og rekruttering

Arbeidet med gjennomgang av tilbodet innan gynekologisk kreftbehandling i regionen blei mellom anna utløyst av at personar med nøkkelkompetanse i Helse Bergen slutta, og dei utfordringane dette førte med seg. Helse Bergen har rekruttert nye erfarne fagpersonar, og sett i verk tiltak som har hatt god effekt på situasjonen no. Det er behov for å styrke og stabilisere tilbodet ytterlegare. Helse Stavanger har eit stabilt miljø med erfarne kirurgar.

Framover blir det avgjerande å klare å behalde og rekruttere gynkreftlegar i regionen. Tilgang til kirurgiske prosedyrar for kvar enkelt lege er ein viktig faktor for å bidra til eit robust kompetanse- og arbeidsmiljø. Som for andre fagområde er det utfordrande å rekruttere ferdige spesialistar, og derfor viktig å satse på utdanning av spesialistar i regionen. I fagfelle vurderinga er det peika på ei rekke tiltak som kan bidra til dette.

I tabell 2 under er det gitt ein oversikt over bemanning i helseføretaka og kva kompetanse som finns. Tala for ekstern turnover for overlegar i dei to klinikkane som heilheit viser at det over tid ikkje er stor skilnad mellom Helse Bergen og Helse Stavanger.

4.3 Kirurgi

Fordelinga av pasientar med gynekologisk kreft som treng kirurgisk behandling skjer i samsvar med samarbeidsavtalar mellom føretaka i Helse Vest. Ifølgje samarbeidsavtalane skal følgjande pasientar frå Helse Stavanger tilvisast til Helse Bergen:

- Pasientar med livmorhalskreft og vulvakreft skal visast til Haukeland universitetssjukehus (HUS).
- Pasientar med langtkommen stadium av livmorkreft skal tilvisast HUS for diskusjon om behandlingsval og behandlingsstad.

Alle andre pasientar blir opererte ved SUS.

Ifølgje samarbeidsavtalane skal følgjande pasientar frå Helse Førde og Helse Fonna tilvisast til Helse Bergen:

- Pasientar med eggstokkreft, livmorhalskreft og vulvakreft skal tilvisast HUS.

- Pasientar med middel- og høg risikoprofil livmorkreft skal tilvisast HUS.
- Pasientar med låg risikoprofil livmorkreft blir meld opp til MDT-møte og stad for operasjon blir bestemt der.
- Pasientar som treng palliativ kirurgi, både primært og ved residiv, kan ved moglegheit få behandling på det lokale sjukehuset sitt.

Sjå og tabell 3 som viser oversikt over aktivitet i helseføretaka i 2024 og 2025.

4.4 Medikamentell behandling

I Helse Vest er det Helse Stavanger og Helse Bergen som lagar behandlingsplanar for medikamentell behandling av pasientar med gynekologisk kreft. Sjølve behandlingane og administreringa av kurane, skjer hovudsakleg ved det lokale sjukehuset til pasienten og blir gjennomført av lokalt tilsette gynekologar. Pasientar frå Helse Fonna og Helse Førde får i all hovudsak si medikamentelle behandling vurdert i Helse Bergen. Sjå og tabell 1 og 3 som viser oversikt over organisering og aktivitet i helseføretaka.

Den medikamentelle kreftbehandlinga blir stadig meir kompleks med nye tilgjengelege og kostbare legemiddel og lengre behandlingssløp. Det gynonkologiske miljøet i Noreg har hatt tradisjon med å ivareta den medikamentelle del av faget men nokre avdelingar (både ved regional- og lokalsjukehus) har formalisert samarbeid med onkologar. Det er generelt behov for fleire onkologar i Noreg og på Vestlandet og dette har vore ei utfordring i forhold til å knytte onkologane tettare på dei gynonkologiske pasientane.

4.5 Strålebehandling

All potensiell kurativ strålebehandling til pasientar med gynekologisk kreft (primært vulvakreft og livmorhalskreft) er sentralisert til Helse Bergen, som har dedikerte stråleonkologar. Helse Bergen tilbyr standard brakybehandling (innvendig strålebehandling direkte i livmorhalsen), dels som interstitiell brachyterapi, kun ved avanserte behandlingsforløp blir pasientane sende til Radiumhospitalet i Oslo. Helse Stavanger og Helse Bergen har begge tilbod om palliativ strålebehandling.

Sjå og tabell 3 som viser oversikt over aktivitet i helseføretaka.

4.6 Patologi og radiologi

I Helse Vest har alle fire helseføretaka ei radiologisk avdeling og avdeling for patologi som bidreg til utgreiinga av gynekologiske kreftpasientar i regionen. Innan patologi gjennomfører og handterer helseføretaka den grunnleggjande diagnostikken. Ved behov for ei ny eller grundigare vurdering, kan prøver sendast til Helse Bergen.

For radiologi er arbeidsdelinga i stor grad styrt av lokal kompetanse. Både Bergen og Stavanger har PET-CT. Pasientar frå Helse Førde og Helse Fonna blir primært sende til Helse Bergen for PET-CT undersøking.

Radiologiske prosedyrar i Helse Vest er standardiserte, der det er etablert felles protokollar på tvers av dei fire føretaka. Dette for å unngå at pasientar må ta dei same undersøkingane om igjen når dei blir flytta til, eller skal vurderast ved eitt anna sjukehus.

Regionen har etablert fleire samarbeidsmoglegheiter på tvers av føretaka, mellom anna digitale samarbeidsmoglegheiter for både radiologi og patologi, noko som mogleggjer digital deling og dobbeltsjekk av bilete og patologiske prøvar mellom føretaka.

4.7 Regionalt MDT-møte

Helse Vest har gjennomført eit regionalt prosjekt for å forbetre og standardisere dei regionale MDT-møta. Det er etablert rutinar for regionale MDT- møter for gynekologisk kreft der pasientar som blir utgreia for gynekologisk kreft blir meldt og diskutert. Pasientar som er seinare i behandlingsforløpet kan også bli meldt til møtet om det er ønskeleg med tverrfagleg diskusjon. Det er Helse Bergen som er ansvarleg for møta, og alle fire helseføretak i regionen deltek. Helse Bergen har ei eiga oversikt over møteplan for gynekologiske møte, der det mellom anna er beskrive kva personar som er møteansvarlege for kvart enkelt møte, blant dei også dei regionale MDT-møta. MDT-møta er sentrale i pasientbehandlinga og kvart av føretaka melder opp aktuelle pasientar veka før det planlagde møtet. I dei regionale MDT-møta deltek gynekologar, radiologar, patologar og eventuelt stråleonkolog for å sikre ein tverrfagleg diskusjon. Radiologar i Helse Bergen presenterer også bilete av pasientar i Helse Førde og Helse Fonna, men det er eigen radiolog frå Helse Stavanger som presenterer bileta av pasientar frå Helse Stavanger. Det er med patolog frå Helse Førde på MDT møta.

I kvart møte blir oppmeldingsnotat lest opp, deretter presenterer ein radiolog biletdiagnostikk, og teamet diskuterer i plenum for å bestemme den føretrekte behandlingsstrategien basert på biletdiagnostikk, komorbiditet og andre relevante faktorar. Konklusjonen frå MDT-møtet blir samanfatta munnleg, og behandlingsansvarleg lege frå sjukehus som presenterer pasient på møtet er ansvarleg for å informere pasienten, planleggje behandlinga og handtere det administrative arbeidet, men konklusjonane blir ikkje dikterte inn i journalen under sjølve møtet.

I samarbeidsavtalane om gynekologisk kreft mellom helseføretaka er det beskrive kva pasientar som skal meldast opp til regionale MDT-møte. Helse Fonna og Helse Førde skal melde opp alle aktuelle pasientar til MDT-møtet. Helse Stavanger skal melde opp kvinner med cervix og vulvacancer, langtkomen livmokeft og/eller dei som dei ønskjer tverrfaglege råd om. Det er vidare presisert at alle pasientar med eggstokkreft skal diskutert i MDT-møte.

Lokale MDT-møte

Helse Bergen og Helse Stavanger har i tillegg eigne lokale vekentlege MDT-møte innan gynekologisk kreft, der pasientar som ikkje blir melde opp til det regionale MDT-møta blir diskutert. I Bergen deltek radiolog og onkolog på desse møta.

Gynkreft Vest

I tillegg til det regionale MDT-møte blir det kvar veke arrangert eit møte kalt 'Gynkreft Vest' der aktuelle problemstillingar for pasientar med gynkreft blir diskutert. Dette møtet har merksemd mot pasientar som er seinare i behandlingsforløpet og medikamentell behandling og kun legar frå dei gynekologiske avdelingane tar del i dette møtet. Møtet blir leia av Helse Bergen og alle helseføretaka i regionen deltek.

4.8 Pasientforløp og koordinering

Alle helseføretaka har kreftkoordinatorar og pakkeforløpskoordinatorar som mellom anna koordinerer pasientforløpet. Dei planlegg og følgjer opp utgreiing, konsultasjonar og behandling slik at pakkeforløp kreft skal bli gjennomført innan normert tid. Dette inneber mellom anna å sørge for at alle undersøkingar og førebuingar er gjort før regionale MDT-møte, vidare å legge til rette for tverrfagleg samarbeid mellom gynekologar, onkologar, radiologar og patologar. Gynkreftoverlege vurderer tilvising, rettleier LIS og deltek i preoperative vurderingar. Kreftkoordinator deltek på MDT-møte og Gynkreft i Vest, samt lokale møte i eige HF. Pakkeforløpskoordinatorane (sjukepleiar) administrerer tilvisingar og legg til rette for rask utgreiing og organisering av behandling. Pakkeforløpskoordinator følger opp pasienten undervegs, hjelper med informasjon, eventuelle heimeoppfølging og støtte etter behandling. Oppgåvene for pakkeforløpskoordinatorane varierer noko frå helseføretak til helseføretak avhengig av kompetanse.

For pasientar med pakkeforløp som kryssar helseføretaka er det større risiko for at pakkeforløpet ikkje blir gjennomført innan normert tid. Forløpskoordinatorane bidreg til å redusere denne risikoen ved tett samarbeid på tvers av helseføretaka. I den nasjonale kreftstrategien blir det lagt vekt på at alle pasientar skal ha tilgang til den samla kompetansen i regionen, og likeverdige tilgang til CCC/CC. Prosessen for godkjenning som CCC/CC inneber derfor å ytterlegare forsterke arbeidet med gode pasientforløp.

4.9 Tabellar

For nærare beskrivingar av tenesta ved dei ulike helseføretaka, sjå tabell 1-7:

1. Organisering av tilbod innan gynekologisk kreft
2. Nøkkeltal bemanning
3. Tal for aktivitet i 2024 og 2025
4. Samarbeid med andre fag/avdelingar
5. Resultat pakkeforløp – OF4 (tid frå tilvising til start behandling)
6. Utdanning og kompetansehevande tiltak til legar innan gynekologisk kreft
7. Forskingsaktivitet

Tabell 1. Organisering av tilbud innan gynekologisk kreft

	Helse Bergen	Helse Stavanger	Helse Fonna	Helse Førde
Medikamentell polikliniske kreftbehandling (cyt.pol)	Moglegheit for kur 5 dagar i veka. Nokre av overlegane har hovudansvar for oppfølging av medikamentell behandling, alle overlegar deltar. Onkologer deltar fast i behandlingen.	2 dagar i veka, Legar med spesialisering i gynekreft har hovudansvar. Felles morgonmøte med onkologane, Samarbeidsmøte med onkologane 2 gonger pr måned. Felles team for handsaming av biverknad av immunterapi.	Som oftast får gyn.kreftpas. kur på 3 dagar av veka. HUS planlegg og tilviser kur til Helse Fonna. Pasientar som skal ha cytostatika får time til kontroll hos lege på cyt.pol, cyt.pol 2 dagar i veka.	Cyt.pol open alle dagar i veka, blir primært gitt 2 dagar i veka HUS planlegg og tilviser kur til Helse Førde. Kurar blir gitt i kreftpoliklinikken ved sjukehuset Førde (enkelte i Lærdal og Eid)
Operasjonskapasitet totalt og for gynekreft	Total operasjonskapasitet ved Kvinneklinikken er 16,5 stuedagar per veke, robot 3,5. All cancer og planlagte keisersnitt prioriteres inn i dette først etter et fast mønster: Gynekreft har 5 dedikerte vekestover, med moglegheit for laparotomi + 1,5 –2 robotdagar, fleksibelt ved økt eller redusert behov. Kreft prioriteres alltid foran benign gyn.	Total operasjonskapasitet ved Kvinneklinikken er 11 stuedagar per veke, øh-team. 2,5 robotstover per veke. Cancer prioriterast alltid foran benign gyn.	2 operasjonsdagar dagar i veka på sentraloperasjon	2,5 operasjonsdag kvar veke.
Tal pasientar med døgnopphold i 2025 med gynekreft (C51-C57) *	285	105	48	22
Tal innleggingar i 2025 med gynekreft (C51-C57) *	395	232	117	47
Drift av sengepost/døgndrift	Dedikert gyn kreft lege + LIS for visitt kvar dag, gynekreftkoordinatorfunksjon i arbeidsplan, vurderer henvisninger og tilgjengelig for spørsmål internt (LIS) og eksternt.	1 lege gynonk ansvarleg kvar veke for spørsmål, i tillegg gynonkolog på sengepost.	Kreftpasientane som har open dør status tek direkte kontakt med gyn. sengeposten ved behov. 1 av sjukepleiarane på sengeposten er kreftsjukepleiar.	Ved behov for innlegging ligg pasientane i kreft sengeposten. 1 av sjukepleiarane har erfaring med gynekologi.

*Tal frå regional rapport over pasientgrunnlag ([lenke](#))

Tabell 2. Nøkkeltal bemanning				
	Helse Bergen	Helse Stavanger	Helse Fonna	Helse Førde
Tal netto årsverk 2025 overlegar ved Kvinneklinikk/Gyn-avd.* #	37	22	9	11
Tal netto årsverk LIS-leger ved Kvinneklinikk/Gyn-avd.**	20	20	9	5,5
Tal årsverk overlegar som har jobbet med gynekraft i minst 5 år spesialistar	7,2 6,2 av disse årsverk er *minst 80% dagtidsarbeid med gynekraft	5 6 frå 1.8.26. Om lag halvparten av arbeidstid innan gynekraft	Ingen er spesialistar i gynekraft. Kirurgi blir handsama av 3 overlegar. Cyt.pol av 2-3 overlegar og 2-3 LIS	Ingen er spesialistar i gynekraft. 3 legar som deler hovudansvaret for kreftpasientane.
Tal årsverk overlegar som er i gynekraft spesialisering (list opp tal år gjennomført per lege)	Kirurgi: 3,2 netto årsverk* Med 3, 3, 4 og 5 års erfaring hos 4 legar Medikamentell behandling: 3,7 netto årsverk* med 1, 2, 3 og 6 års erfaring hos 4 legar	3 (medikamentell; alle med 1+ års erfaring) 2 overleger med 3+ års erfaring fra både kirurgi og medikamentell behandling.	-	-
% ekstern turnover overleger gynekologi og obstetrikk 2021-2025 (gj.sn av årlig verdi) #	13,6%	14,9% (0%frå gyn-onkologisk seksjon)	20,6%	20,3%

*berekna som gjennomsnittleg av netto månadsverk for januar-juni og september-desember.

Tal frå regional rapport om personal ([lenke](#))

Tabell 3. Aktivitet i 2024 og 2025

	Helse Bergen		Helse Stavanger		Helse Fonna		Helse Førde	
	2024	2025	2024	2025	2024	2025	2024	2025
Eggstokkreft⁶ Tal på pasientar operert	54 ⁷	80	32	13 ⁸	<5	<5	<5	<5
Livmorkreft⁶ Tal på pasientar operert	84	87	32	33	5	9	7	<5
Livmorhalskreft⁶ Tal på pasientar operert	25	32	<5	<5	<5	<5	<5	<5
Tal polikliniske konsultasjonar/ dagbehandlingar i 2025 for eggstokkreft, livmorkreft eller livmorhalskreft (C54, C55 eller C56)	3184		1198		678		250	
Tal polikliniske konsultasjonar/dagbehandlingar i 2025 for eggstokkreft, livmorkreft eller livmorhalskreft der det blei gitt cytostatika (prosedyrekode i WBOC kapittelet)	925		510		289		77	

⁶ Data fra Kreftregisteret - antall operasjonar, inkl. reoperasjon. Same pasient kan derfor telle fleire gonger. Reperasjonar utgjer ein liten del av operasjonane, men gir litt høgare tall enn viss ein tel tal opererte pasientar.

⁷ Reduksjon pga tap av nøkkelpersoner

⁸ Reduksjon pga flytting av sjukehus

Tal operasjonar eggstokkreft ⁹	Helse Bergen		Helse Stavanger	
	Totalt	Grad III-IV	Totalt	Grad III-IV
2025	80	55	13	8
2024	54	28	32	17
2023	60	36	29	12
2022	54	34	22	12

⁹ Data fra Krefregisteret - antall operasjoner, inkl. reoperasjon. Same pasient kan derfor telle fleire gonger. Reoperasjonar utgjer ein liten del av operasjonane, men gir litt høgare tall enn viss ein tel tal opererte pasientar.

Tabell 4. Samarbeid med andre fag/avdelingar				
	Helse Bergen	Helse Stavanger	Helse Fonna	Helse Førde
Radiologi	Modalitetar tilgjengeleg: røntgen, ultralyd, CT og MR. PET-CT og PET-MR	Modalitetar tilgjengeleg: røntgen, ultralyd, CT og MR. PET CT på SUS	Modalitetar tilgjengeleg: røntgen, ultralyd, CT og MR. CT og MR blir teken i Haugesund	Modalitetar tilgjengeleg: røntgen, ultralyd, CT og MR.
Patologi	Ordinær histologi og cytologi. Molekylærdiagnostikk og genetisk profilering.	Ordinær histologi og cytologi og molekylærdiagnostikk. Genetisk profilering analyseres i Bergen.	Histologi og cytologi blir analysert i HFO, ev vidaresendt til HUS ved behov	Ordinær histologi og cytologi. Enkel molekylærdiagnostikk.
Gastrokirurgi	Samarbeidsavtale. Faste gastrokirurgar tilgjengeleg kvar veke for felles operasjonar, som affiserer tarm. Samarbeid urolog, plastikkirurg, karkirurg ved behov.	Samarbeid gastrokirurgar, plast kirurgar, urologar. karkirurgar.	Gastrokirurgi: godt samarbeid. Ingen faste møtepunkt, men avtaler etter behov	Gastrokirurgi: godt samarbeid. Ingen faste møtepunkt, men avtaler etter behov
Anestesi/intensiv	Samarbeidsavtale. Postoperativ recovery ligger i same blokk som gyn operasjonsavdeling.	Samarbeid anestesilege med gyn ansvar. Prepol. Prehabilitering med fysio på postop avd.	Godt samarbeid	Godt samarbeid
Stråleterapi Onkologi	Faste samarbeidsmøte onkolog (MDTx2/veke). Sentralisert strålebehandling organisert av onkologisk avdeling. I tillegg: onkologar (1,5 årsverk) tilsett ved KK. Stråleonkologar deltar på GU i narkose og innlegging av sleeve ved vurdering behandling livmorhalskreft. Tilgjengeleg nålebrachyterapi. Protonsenteret: Nyetablert.	Felles morgonmøte med onkologane, Samarbeidsmøte med onkologane 2 gonger pr månad. Felles team for handsaming av biverknad av immunterapi.	Blir vurdert i regionale møter. Blir som oftast gjort ved HUS.	Blir vurdert i regionale møter. Blir gjort ved HUS.
Palliasjon	Godt samarbeid om kompliserte palliative pasientar med palliativ sengepost, tilsyn på post eventuelt overflytting palliativ sengepost	Samarbeid med mobilt palliativt team ved behov, ev overflytting palliativ sengepost.	Samarbeid med palliativt team. Egne møter om kompliserte pasientar ved behov.	Samarbeid med palliativt team ved behov

Tabell 5. Resultat pakkeforløp – OF4 (tid frå tilvising til start behandling)

Resultat pakkeforløp – OF4 ¹⁰	Helse Bergen		Helse Stavanger		Helse Fonna		Helse Førde	
	2025	2026 (jan-apr)	2025	2026 (jan-apr)	2025	2026 (jan-apr)	2025	2026 (jan-apr)
Eggstokkreft (% og tal forløp) Andel pakkeforløp innan normert tid	82 % (68)	89% (18)	88 % (32)	100 % (7)	70 % (10)	71% (7)	88 % (8)	67%(3)
Livmorkreft (% og tal forløp) Andel pakkeforløp innan normert tid	79 % (73)	86%(21)	86 % (35)	75% (12)	86 % (22)	60% (5)	92 % (12)	67%(3)
Livmorhalskreft (% og tal forløp) Andel pakkeforløp innan normert tid	79 % (28)	88% (8)	27 % (15)	100% (5)	0 % (2)	25% (4)	100 % (4)	-

¹⁰ OF4 Andel pakkeforløp som var innenfor maksimalt anbefalte dager mellom start forløp og start behandling.

Tabell 6. Utdanning og kompetansehevande tiltak til legar innan gynekologisk kreft

	Helse Bergen	Helse Stavanger	Helse Fonna	Helse Førde
Utdanning av overlegar til spesialisering i gynekreft	<p>3 legar på ESGO kirurgikurs denne våren. Alle leger får moglegheit til å delta på nasjonale og internasjonale møter/kongressar. 5 deltok ESGO 2026. 2 overlegar med > 20 års erfaring innan gyn onkologi som gir aktiv gyn kirurgi opplæring</p> <p>Medikamentell kreftbehandling: ESGO sertifisert lege gir supervisjon og opplæring ved medikamentell kreftbehandling deltaking ESMO gyn (medikamentell behandling) Studiemøter og årsmøte NSGO og deltaking i industrielle kliniske studiar. Hospitering Radiumhospitalet. Tilbyr vikariat til kollegar frå andre senter ved behov</p>	<p>1 lege (presentasjon) på ESGO kongress (kurs)vår 2025, 3 leger digital tilgang Stavanger har ikkje volum til å lære opp eigne legar tilstrekkeleg. Legane oppfordrast til å ta ESGO sertifisering eller traineestilling ved annet senter. Avdelinga legg ESGO kvalitetsindik. for akkr. til grunn. 2 erfarne kirurgar hhv 15 og 20 års erfaring til stade ved avansert kirurgi, supervisjon deltaking ESMO gyn (medikamentell behandling) Alle legar får moglegheit til å delta på nasjonale og internasjonale møter/kongressar. Studiemøter og årsmøte NSGO og deltaking i industrielle kliniske studiar. Hospitering Radiumhospitalet. Tilbyr vikariat til kollegar frå andre senter ved behov</p>	-	-
Kompetansehevande tiltak andre overlegar:	<p>Nasjonale og internasjonale kurs og konferansar Ikkje-gyn kreftleger i klinikken deltar i felles internundervisning tysdag og fredag. Her har vi hatt fokus på palliasjon, gyn kreft behandling og komplikasjonar. Generell gynekologiske leger kan assistere ved kreftrobotkirurgi. Gynkreftlegar deltar ved benign gynekologisk kirurgi</p>	<p>Nasjonale og internasjonale kurs og konferansar Ikkje gyn kreft leger i klinikken deltar i felles internundervisning</p>	<p>Nasjonale og internasjonale kurs og konferansar Internundervisning. Deltaking regionale samarbeidsmøte og MDT-møter.</p>	<p>Nasjonale og internasj. kurs og konferansar Internundervisning. Deltaking regionale samarbeidsmøte og MDT-møte. Tverrfaglege team innan kreftbehandlinga ved sjukehuset i Førde.</p>
Undervisning/praksis innan gynekreft i LIS-utdanning:	<p>Felles internundervisning tysdag og fredag vil også inkludere gyn kreft tema. Halvårlege rotasjonar, gynekreft seksjon inngår i rotasjon. Seksjonsvis undervisning ons. og tors. LIS deltar i alle faste MDT møter. LIS deltar i kreftpoliklinikk og cyt-pol, superviseres av overlege. LIS deltar ved gyn kreft operasjon når dette er mogleg.</p>	<p>Felles internundervisning vil også inkludere gynekreft tema. Halvårlege rotasjonar, gynekreft seksjon inngår i rotasjon. Internt kurs i medikamentell behandling LIS deltar i kreftpoliklinikk og cyt-pol, superviseres av overlege. LIS deltar ved gyn kreft operasjon når dette er mogleg.</p>	<p>Felles internundervisning vil også inkludere gynekreft tema. Vi har nyleg lagt om arbeidsoppgåvefordeling og vil ha rotasjonar der LIS kan følge overlege i arbeidet med kreftpasientane. Rotasjon i LIS-utdanning til HUS eller SUS.</p>	<p>Felles internundervisning vil også inkludere gynekreft tema. Nyleg lagt om arbeidsoppgåvefordeling og vil ha rotasjonar der LIS kan følge overlege i arbeidet med kreftpasientane. Rotasjon i LIS-utdanning til HUS eller SUS.</p>

Tabell 7. Forskningsaktivitet				
	Helse Bergen	Helse Stavanger	Helse Fonna	Helse Førde
Forskningsmiljø	To sterke forskningsgrupper knytt til Kvinneklinikken: Bergen gynekologiske kreftforskningsgruppe ved professor Camilla Krakstad. Fokus på translasjonell forskning innan cervix og endometriecancer. CCBIO gyn cancer ved Line Bjørge. Fokus på ovarial, vulvacancer og tumor micromiljø Ingfrid Haldorsen leier forskningsgruppe og samarbeider med Jone Trovik og Camilla Krakstad i MMIV (Mohn Medical imaging and visualisation). 3 gyn kreft PhD ved seksjonen (ein professor). 1 LIS som stipendiat. 2 LIS med PhD gyn kreft.	2 overlegar i klinisk arbeid med Phd Dr Cecilie F Torkildsen disputerte på eggstokkreft, og er knytt til CCBIO (Centre for Cancer Biomarkers) /medlem av Inova group. Ho er også med i forskningsgruppa i Impress. Dr Torkildsen og dr Østborg rettleier doktorgradsstipendiatar innan gynekraft og premaligne forandringar. Ei rekke publikasjonar som går ut frå deltaking i kliniske studiar 2 LIS som har publisert siste året i samarbeid med DNR Samarbeid med forskningsmiljøet ved avdeling for patologi	Ingen i gynekraftforskning ved avdelinga. Deltek i studiar	Ingen i gynekraftforskning ved avdelinga Deltek i studiar
Tal publiserte artiklar innan gynekologisk kreft siste 5 år	112 12 av desse er nasjonale multisenterstudiar, 42 internasjonale multisenterstudiar. Tal med første/andre forfattar: 33. Tal med siste/nest siste forfattar: 57 Tal med deltaking frå klinisk aktiv gynekraftlege: 43	30 8 av desse er nasjonale multisenterstudiar, 6 internasjonale multisenterstudiar. Tal med første/andre forfattar 11 Tal med siste/nest siste forfattar: 2 Tal med deltaking frå klinisk aktiv gynekraftlege: 26	0	0
Tal pågåande kliniske studiar med rekruttering av pasientar	10	13	3	2
Tal pasientar rekruttert til kliniske studiar i 2025	107	119	2	3
Tal forskarar med aktiv forskning innan gynekologisk kreft	32	7	0	0

5 Kvalitet på behandling i regionen

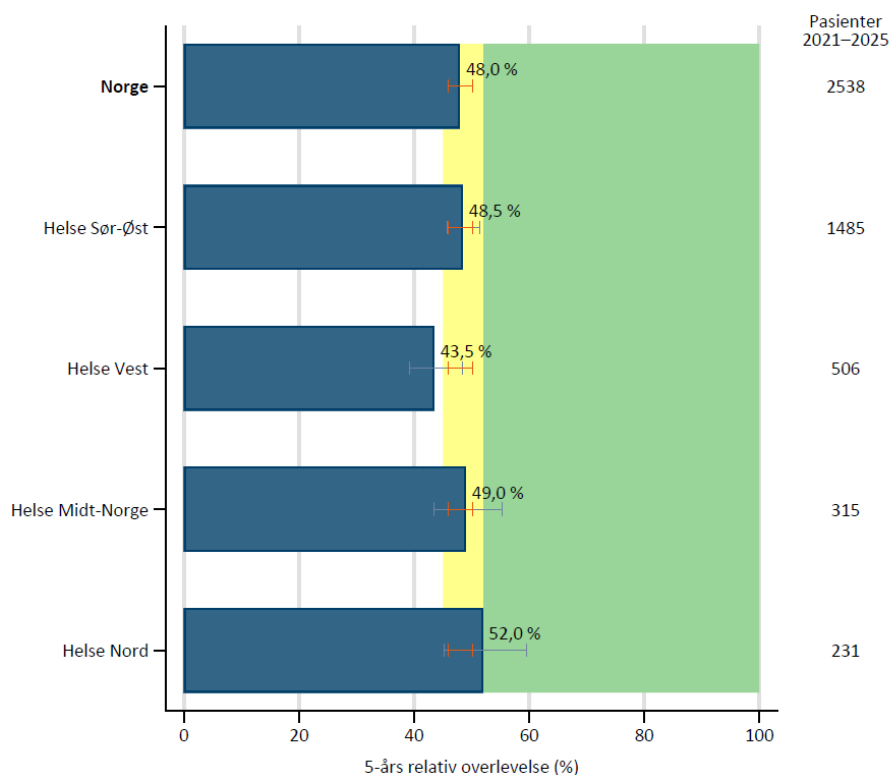
5.1 Nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk kreft

Nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk kreft legg årleg fram resultat for eggstokkreft, livmorkreft (to siste år) og livmorhalskreft.

Kvalitetsindikatorane er eit resultat av konsensus i fagrådet som ser mot tilrådingar i nasjonalt handlingsprogram for gynekologisk kreft frå Helsedirektoratet og frå «European Society of Gynaecological Oncology» (ESGO).

Eggstokkreft

Fem-års overleving ved eggstokkreft i 2025 var 48,0 % nasjonalt. I alle regionane var det ein nedgang i 2025 samanlikna med 2024. Kreftregisteret peiker på at ein mogleg årsak kan vere Covid-19 med auka dødelegheit og forseinka diagnose hos pasientgruppa, eller betre overleving i referansegruppa. På nasjonalt nivå når ein ikkje indikatormålet i år. På regionnivå er det moderat måloppnåing for alle regionar med unntak av i Helse Vest. Helse Vest har over fleire år ikkje oppnådde kvalitetsmålet for overleving, og har eit resultat på 43,5%. Helse Sør-Aust har 48,5%, Helse Midt-Noreg 49%. Høgaste fem-års overleving ser vi i Helse nord med 52% (sjå figur frå årsrapport under).

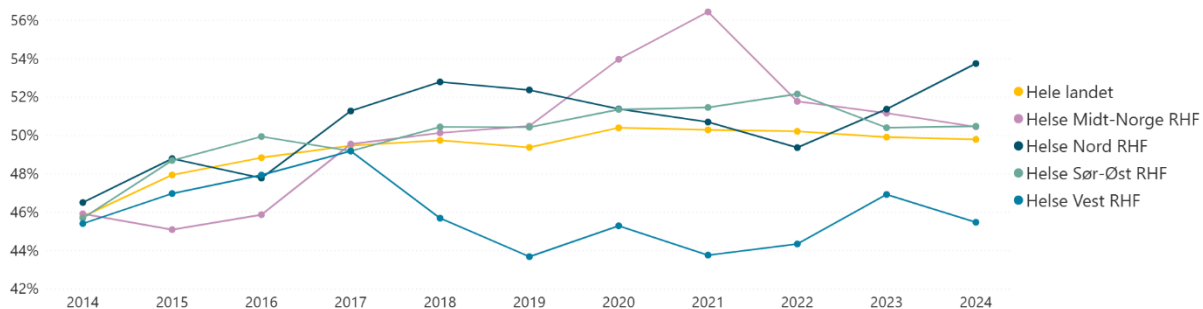


Figur 2.32: Fem års relativ overlevelse per region for ovarialkreft. Høy måloppnåelse er markert med grønt felt, og moderat måloppnåelse er markert med gult felt.

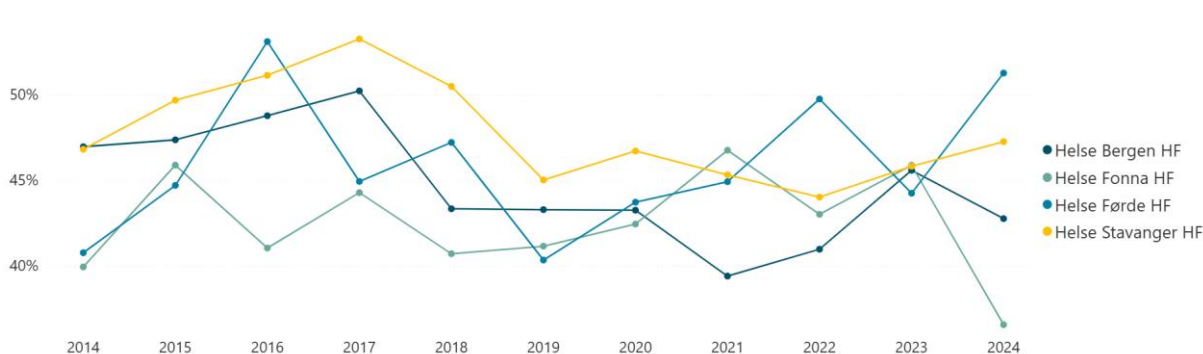
Dei nasjonale kvalitetsindikatorane innan kreft som Helsedirektoratet publiserer ([lenke](#)) viser utviklinga for dei siste ti åra, fram til 2024. Dei viser at Helse Vest over tid ikkje oppnådde kvalitetsmålet for relativ overleving og ligg under landsgjennomsnittet.

Figuren under viser utviklinga i Helse Vest frå 2014 fram til og med 2024:

Figuren under viser utviklinga mellom Helse Vest og dei andre regionane:



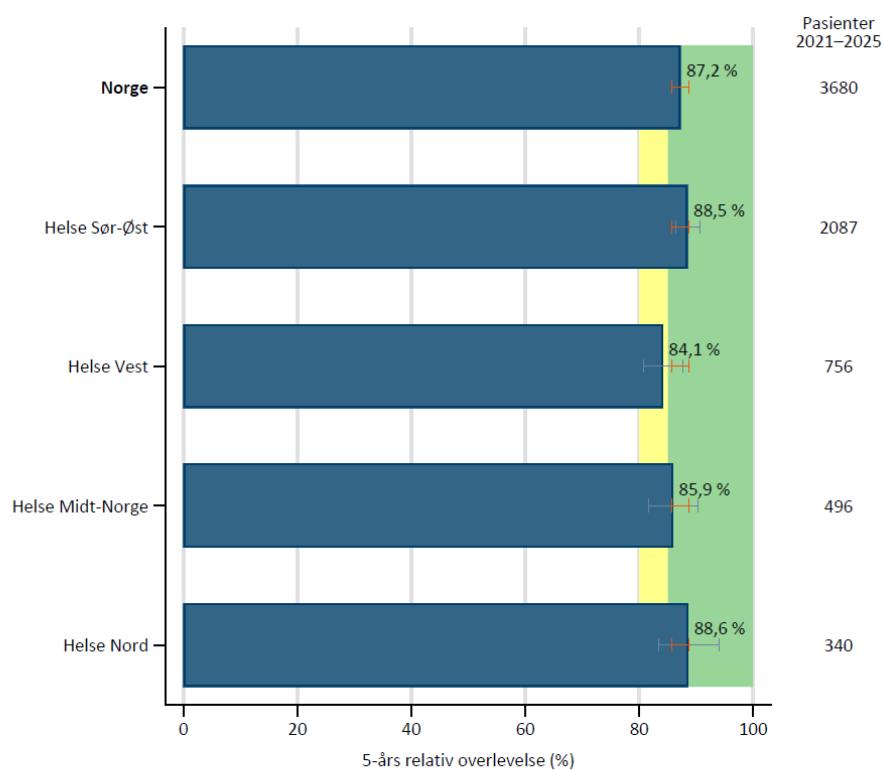
Figuren under viser utviklinga for dei fire helseføretaksområda i regionen:



Det går føre seg eit arbeid for å analysere årsakene til dette, der faktorar som lågt operasjonsvolum, geografiske avstandar og ventetider blir vurderte, men så langt er det ikkje funne eintydige forklaringar på tala. Resultata på nasjonalt nivå er venta våren 2027.

Livmorkreft

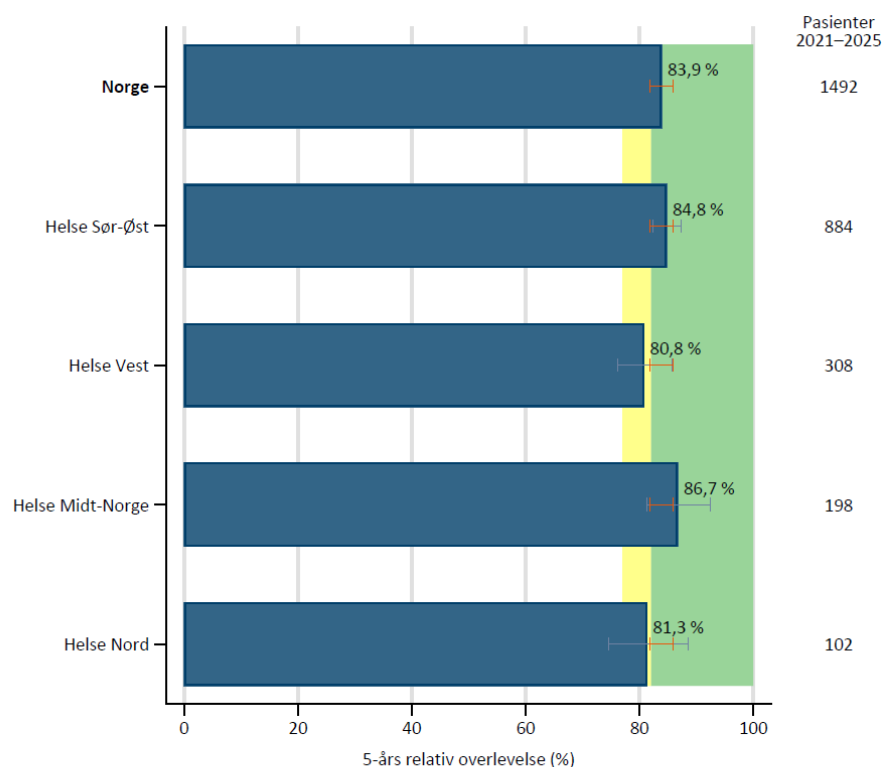
Fem-års overleving for livmorkreft var i 2025 87,2 prosent nasjonalt. Helse Vest ligg under det nasjonale gjennomsnittet med 84,1 prosent (ikkje statistisk signifikant forskjell). Dette er andre gong resultat for overleving ved livmorkreft blir presentert i årsrapporten. Det er relativt lite variasjon mellom helseregionane, men Helse Vest har noko lågare overleving enn dei andre regionane men også ein litt høgare andel med avansert sjukdomsstadium (FIGO IV). Helse Nord oppnår den høgaste overlevinga på 88,6 prosent, følgt av Helse Sør-Aust på 88,5 prosent og Helse Midt-Noreg på 85,9 prosent (sjå figur frå årsrapporten under).



Figur 2.63: 5-års relativ overlevelse for livmorkreft per helseregion (bosted). Høy måloppnåelse er markert med grønt felt, og moderat måloppnåelse er markert med gult felt.

Livmorhalskreft

Fem-års overleving for livmorhalskreft i er på 87,2% nasjonal i 2025. Dette er ei auke frå 2025. Helse Vest ligg lågast i landet med 84,1%, som er ein nedgang frå 2024. Helse Nord og Helse Sør-Øst har høvesvis 88,6% og 88,5%. Helse Midt-Norge har 85,9% (sjå figur frå årsrapport under). Livmorhalskreft har generelt høge overlevingsratar i Noreg, noko som truleg kjem av tidleg oppdaging av sjukdommen gjennom effektive screeningprogram og moderne behandlingsmetodar.



Figur 2.49: 5-års relativ overlevelse for livmorhalskreft på regionsnivå. Høy måloppnåelse er markert med grønt felt, og moderat måloppnåelse er markert med gult felt.

Pasientrapporterte data

For tredje året på rad blir det lagt fram pasientrapporterte data (PROM og PREM). Dette bidreg til at vi kan halde betre auge med korleis pasientane opplever si eiga helse og kor tilfredse dei er med helsehjelpa dei får eller har fått. Svarprosenten aukar gradvis men er framleis ikkje på meir enn 49% (for 2025 var det om lag 38% av alle pasientar med gynekologisk kreft som fekk tilsendt undersøkinga).

Sjølvrapporterte symptom

Sjølvrapporterte symptom ved diagnose og eitt år etter diagnose blir kartlagt. Eitt år etter diagnose ser delen med plager ut til å gå noko ned for dei fleste symptom, men mange har framleis store plager, særleg trøytteleik/utmattning og smertar. Mønsteret er relativt likt mellom kreftformene, men kvinner med eggstokkreft ser ut til å ha ei gjennomgåande høg grad av plagar også eitt år etter diagnose. Tolkninga må likevel gjerast med aktsemd på grunn av relativt få svar eitt år etter diagnose og fordi det ikkje er dei same pasientane i dei to rundane. Regionale ulikskapar er ikkje berekna.

Eigenverdert funksjonsnivå

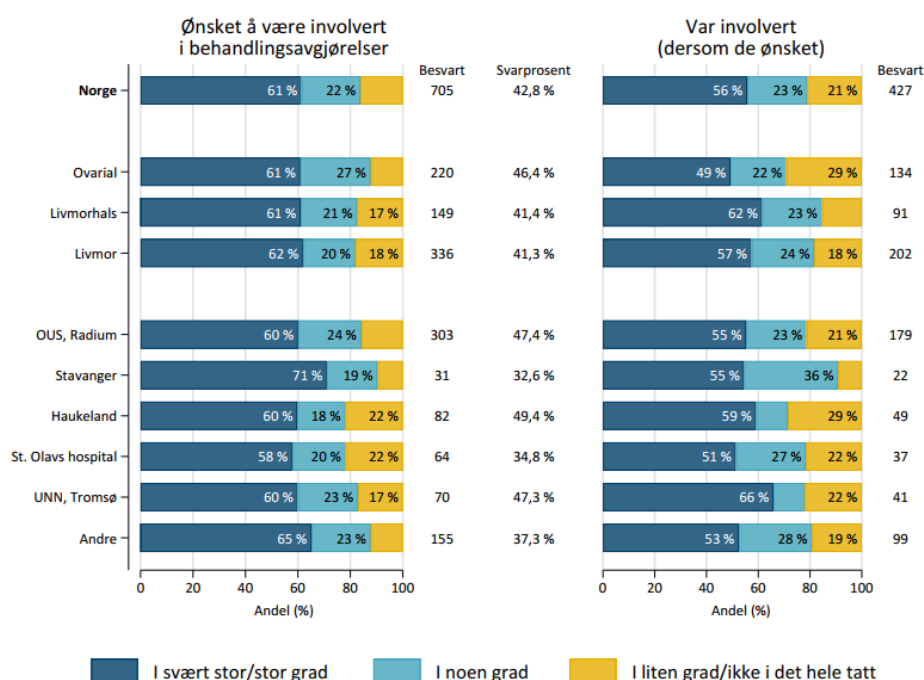
Tilsvarande blir det spurt om eigenverdert funksjonsnivå ved diagnose og eitt år etter diagnose. Ved diagnose rapporterer mange kvinner i alle tre kreftgruppene reduserte funksjonsnivå, særleg for fysisk funksjon, kvardagslege aktivitetar og familieliv/sosiale aktivitetar. Eitt år etter diagnose er delen med funksjonsproblem lågare på dei fleste område, men mange har framleis utfordringar, særleg fysisk. Mønsteret er relativt likt mellom kreftformene, men pasientar med eggstokkreft ser ut til å ha litt meir

vedvarande funksjonsnedsetjing. Dette må likevel tolkast med aktsemd på grunn av få svar eitt år etter diagnose og fordi det ikkje er dei same pasientane i dei to rundane. Regionale ulikskapar ikkje berekna.

Samval

Figuren under er henta frå Nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk kreft og viser det sjølvrapporterte ønsket til pasientane om å vere involvert i behandlingsavgjerder og, blant dei som ønskte det, i kva grad dei opplevde å faktisk vere involverte. Rundt 60 % av kvinnene ønskte å vere involverte i stor eller svært stor grad, med relativt små forskjellar mellom diagnosar og behandlingsstader. Blant dei som ønskte involvering, svarer om lag halvparten at dei i stor eller svært stor grad var involverte i avgjerdene, 56 prosent, medan ein mindre del rapporterer å ha vore involvert i liten grad eller ikkje i det heile. Det er liten grad av ulikskap mellom helseføretaka i vår region og nasjonalt resultat.

2.7.5 Samvalg



Figur 2.67: Selvrapportert ønske om involvering i behandlingavgjørelser og grad av opplevd involvering blant de som ønsket det.

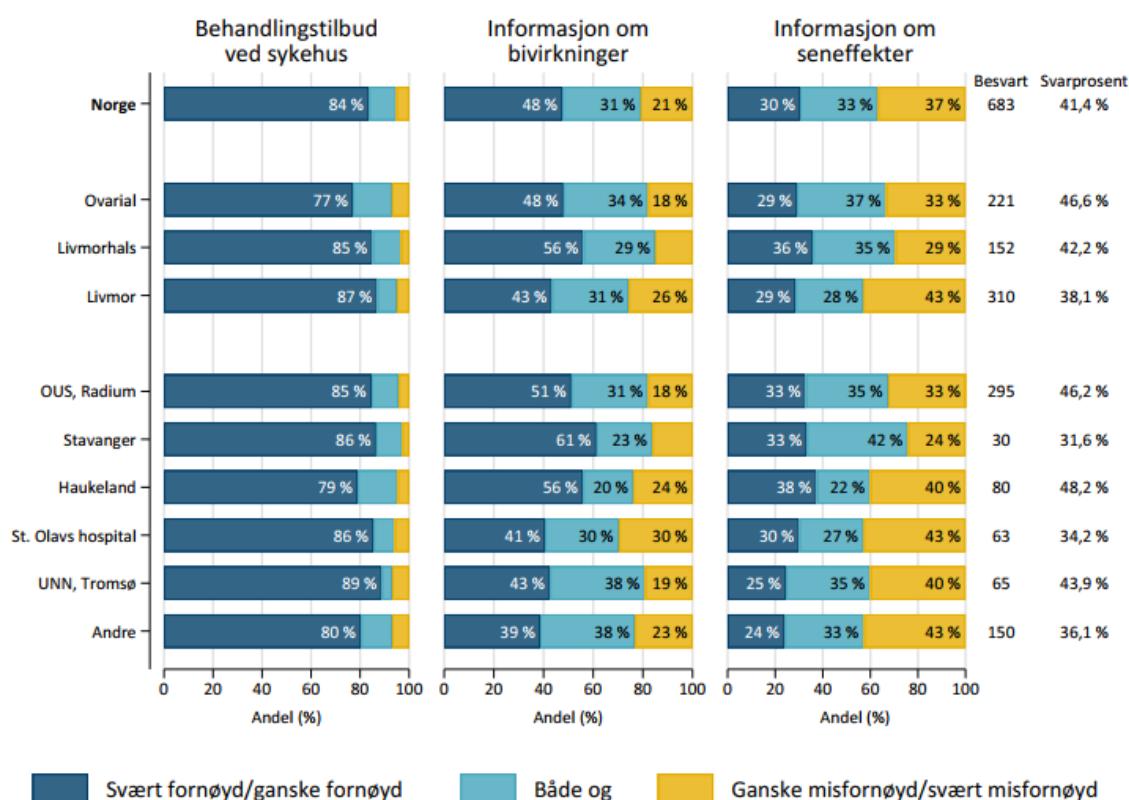
Eigenvurdert pasient-tilfredsheit med behandlingstilbodet

Figuren under viser den eigenvurderte tilfredsheit til pasientane med behandlingstilbodet ved behandlingsansvarleg sjukehus, og med informasjon om biverknader og seineffektar. Dei fleste svarer at dei er svært eller ganske fornøgd med behandlingstilbodet, medan delen som er fornøgd med informasjon om biverknader og særleg seineffektar er lågare. Mønsteret er relativt likt mellom diagnosar og behandlingsstader, men det er ein tendens til at informasjon om seineffektar blir vurdert mindre positivt enn informasjon om biverknader.

Del pasientar som var svært eller ganske fornøyd var 84% i Noreg, 86% i Helse Stavanger og 79% i Helse Bergen. Undersøkinga er gjennomført i ei tid med mykje uro rundt tilbudet i Helse Bergen.

For informasjon om både biverknadar og seineffektar ligg både Helse Stavanger og Helse Bergen over landsgjennomsnittet.

2.7.6 Fornøydhet med behandlingstilbud og informasjon



Figur 2.68: Selvrappertert fornøydhet med behandlingstilbud og informasjon gitt rundt bivirkninger og seneffekter.

5.2 Vurdering av tilbudet for eggstokkreft basert på ESGO kvalitetskriterium

Prosjektgruppa har gjort ei orienterende scoring basert på kvalitetsindikatorane frå ESGO. (Referanse Fotopoulou C, et al. Int J Gynecol Cancer 2020;30:436–440. doi:10.1136/ijgc-2020-001248). Kvalitetsindikatorane er sett saman av 10 ulike indikatorar. Ei orienterende grov skåring av tilbudet ved Helse Bergen og Helse Stavanger er presentert under (ei meir detaljert skåring ville ha krevd journalgjennomgangar og det har det ikkje vore tid til):

Kriterium	Max score	Helse Bergen		Helse Stavanger	
		Kommentar	Poeng	Kommentar	Poeng
Komplett kirurgisk reseksjonsrate. Optimal >65%, minimum > 50%	8	55%	3	51%	3
Del primæroperasjonar	3	Regionen har 62%	3	Regionen har 62%	3
Tal operasjonar per år*. Optimal >100, intermediate >50, minimum >20	7	Gj.sn 2022-2025: 62	4	Gj.sn 2022-2025: 24	1
Erfaren operatør tilstade under operasjon ved 95% av operasjonar	5	Ja	5	Ja	5
Kirurgi utført av gyn-kreft kirurg i 90% av operasjonar	3	Ja	3	Ja	3
Rekrutterer kliniske studiar	3	Ja	3	Ja	3
MDT-møte for >95% av pasientar	3	Ja	3	Ja	3
Pre-operativ utredning ok	1	Ja	1	Ja	1
Pre- per- og postoperativ overvaking ok	1	Ja	1	Ja	1
Strukturert operasjonsnotat	3	Ja	3	Ja	3
Strukturert patologinotat	1	Nei	0	Nei	0
Strukturert registrering komplikasjonar	3	Ikkje prospektiv registrering, diskusjon alle komplikasjonar	1	Ikkje prospektiv registrering, diskusjon alle komplikasjonar	1
Totalt	40		30		27

Formulering i rapport: «Institution meeting 80% of the score (score 32 points) provides satisfactory surgical management of patients with advanced ovarian cancer”.

Ei tolking av tabellen kan vere at Helse Bergen og Helse Stavanger skårar relativt likt per no og at det er potensiale for betring. Om all aktivitet var samla ved eitt senter ville det ikkje automatisk gi høgare skår, men volumet åleine ville gje fleire inngrep per kirurg og per operasjonsteam, noko som er assosiert med høgare kvalitet. ESGO kriteria for å bli sertifisert senter tilseier for FIGO III-IV ovarialcancer i snitt 24 komplett kirurgi/år kor av desse er 12 primære cytoreduktive operasjon/år. For å fylle ESGO kriteria skal 95% av operasjonane utførast med/supervisert av kirurg som sjølv utfører minst 20 operasjonar pr år.

6 Forutsetningar for eit robust og stabilt tilbod

Prosjektgruppa har vurdert forutsetningar for eit robust og stabilt tilbod. Desse er i stor grad i tråd med dei forutsetningane som kjem fram i fagfellevurderinga. I tillegg blei det i prosjektgruppa peika på følgjande forutsetningar:

- arbeidsmiljø
- ressursar - økonomi og operasjonskapasitet
- samarbeid og openheit

Følgjande forutsetningar har vore diskutert i prosjektgruppa for å sikre eit godt og heilhetleg tilbod for gynekologisk kreftbehandling i Helse Vest:

Kompetanse og kapasitet

- Tilstrekkeleg bemanning med rett kompetanse - nok legar til å ha god arbeidskvardag for alle
- Nok volum kirurgi per kirurg (ESGO krav) (kan være på eige eller anna senter)
- ESGO sertifisering ved etablerte sentre andre stader (for lite volum i Helse Vest)
- Solide og stabile støttefunksjonar
- God drift av sengepost og poliklinikk
- Nok operativ kapasitet (operasjonsstue + støttetjenester)
- Gode og kjende overføringar i pasientbehandling (tilvising/retilvising – unngå unødvendige forseinkingar)
- Pasientnær behandling
- Kapasitet nok til å rettleie, utdanne og vedlikehalde kompetanse (kontinuerleg utvikling)

Utdanning/opplæring

- God strukturert opplæring på alle nivå og gode utdanningsløp – LIS – Gynkreft spesialisering
- Reell moglegheit for fagleg utvikling
- Meir systematisk hospitering og evt rotasjon/utlån mellom helseføretaka (gjerne også frå dei større til dei mindre)
- Samarbeidande team og tverrfagleg undervisning
- Tilgjengeleg kompetanse utanom MDT/GYN kreftmøta i vest for mindre sjukehus
- Behov for å styrke kompetansen innan medikamentell behandling

Kvalitet og pasientperspektiv

- Kvalitetsregistrering og brukarerfaring

Samarbeid og kommunikasjon

- Godt og konstruktivt regionalt samarbeid
- Gjensidig tillit mellom fagmiljøa
- Open dialog og transparens om resultat

Leiing, styring og prioritering

- Stabil leiing – gode prioriteringar
- Synleggjere ressursbruk for gynkreft i alle helseføretaka
- Strategiar for å behalde kompetanse/personell
- Godt arbeidsmiljø ↔ stabil legedekning
- Engasjerte/motiverte kollegaer eigen motivasjon

Forsking

- Eit godt regionalt forskingsmiljø med gode moglegheiter for forskning
- Støtte til eksisterande miljø og utvikling av nye miljø ved dei mindre sjukehusa
Integrert forskning i klinisk arbeid, mogeleg for pasientar å delta i kliniske studiar, eventuelt desentraliserte kliniske studiar, sjå også interregional rapport som beskriv eit uutnytta potensial i desentraliserte studier ([lenke](#)).

Økonomi

- Økonomiske ressursar til å bemanne eit sentralt senter eller anna alternativ
- Stabil og sikker økonomi

7 Modellar for organisering av tilbodet

Prosjektgruppa har drøfta fem ulike modellar for korleis gynekologisk kreftbehandling skal organiserast i Helse Vest. For kvar modell er fordeler, ulemper, risiko på kort og lang sikt og aktuelle tiltak vurdert. Opprinneleg var planen å drøfta modell 1-3, Helse Bergen føreslo i tillegg modell 4 og prosjektgruppa valde då å vurdere denne modellen samt modell 5.

For alle modellane er det lagt til grunn at dei fleste av dei tilrådde tiltaka i fagfellevurderinga kan setjast i verk. Det vil sei at modell 1 med eit framleis delt kirurgisk tilbod mellom Helse Bergen og Helse Stavanger som no, ikkje er eit reint 0-alternativ, men ei vidareutvikling av dagens modell. Ein del av dei tilrådde tiltaka er allereie satt i verk. Desse bli derfor ikkje teke med i vidare i beskriving av modellane.

Følgjande modellar har vore vurdert:

1. Delt kirurgisk tilbod mellom Helse Bergen og Helse Stavanger
2. All kirurgi for eggstokk- og livmorkreft til Helse Bergen
3. All kirurgi for eggstokk- og livmorkreft til Helse Stavanger
4. All kirurgi for eggstokkreft blir lagt til Helse Bergen, delt tilbod for livmorkreft
5. All kirurgi for eggstokkreft blir lagt til Helse Stavanger, delt tilbod for livmorkreft

Etter vurdering av alle modellane fremma Helse Bergen representantane at alternativ 4 er deira føretrekte alternativ, medan Helse Stavanger representantane fremma at alternativ 1 er deira føretrekte alternativ.

På bakgrunn av dette blei det jobba vidare med særleg merksemd mot å vurdere modell 1 og 4 opp mot kvarandre, og mot fagfellevurderinga's tilråding om modell 2.

Under følgjer oversikt over modellane med prosjektet si vurdering av fordeler, ulemper, risiko på kort og lang sikt og aktuelle tiltak.

Modell 1 Delt kirurgisk tilbod mellom Helse Bergen og Helse Stavanger

Fordeler	Ulemper	Risiko	Risikoreducerande tiltak
<ul style="list-style-type: none"> • Risikoreducerenda å ha to fagmiljø (beredskap) - kan avlaste, støtte og sparre • Krev minst omorganisering og gir mindre innverknad på arbeidsmiljøet på kort sikt • Har hatt eit godt fungerande samarbeid • Stabiliserer bemanning innan gynekreft i Helse Stavanger, bevarer kompetanse hos fagpersonar og gynekreft bidrar positivt til rekruttering gynekologisk avdeling • Beheld team som kjenner pasientane i heile forløpet i Helse Stavanger • Brukarane presiserer viktigheita av det nåverande stabile miljøet med erfarne kirurgar i Helse Stavanger • Erfarne kirurgar ved både HUS og SUS som utfører avansert kreftkirurgi og har behandlingsansvar for medikamentell behandling • Kan og gjere andre avanserte open buk operasjonar innan gyn/obstetikk i Helse Stavanger • Regionen har allereie samarbeidsavtale innan gynekreft. Generelt fungerer samarbeidsavtalene innan kreftkirurgi etter hensikta. • Pasientar frå Helse Stavanger slepp å reise • Flyt av pasientar i sårbare periodar, t.d. i sommarferien 	<ul style="list-style-type: none"> • Ikkje tilrådd i fagfelleevaluering • Ikkje nok volum avanserte pasientkasus til å utvikle erfarne kirurgar ved to sentre • Fagfelleevalueringa peikar på redusert overleving for eggstokkreft i Helse Vest og at sentralisering av all kirurgi kan gi betre kvalitet på behandlinga • Samlar ikkje den mest komplekse kirurgien på ein stad i regionen • Svekkar regionssjukehusfunksjon • Kan vere vanskelegare å rekruttere til Helse Bergen om det er krav om rotasjon til mindre sentra i regionen • Brukarar ønskjer at kvaliteten blir høgast mogleg og ønskjer sentralisering om dette kan betre kvaliteten og lykkast. • Alternativet kan innebere at ulemper med delt kirurgisk tilbod varer ved • Usikkerheit for nye diskusjonar om sentralisering i framtida • Operatørar kan få lågare volum samanlikna med modell 2 og 4 og oppleve redusert meistring og kvalitet • Krev meir ressursar samla sett i regionen for kompenserte tiltak etc. • Må bruke ekstra ressursar for å lære opp kirurgar ved å sende kirurgar til andre land eller avdelingar for å sikre nok volum 	<p>Kort sikt 1-2 år:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forutsett godt samarbeid • Må klare å behalde og rekruttere erfarne gynekreft-kirurgar i Helse Bergen og Helse Stavanger, kor ingen av miljøa er heilt sikre på at dette blir den endelege modellen • Klarer ikkje å bygge eit robust fagmiljø i Helse Bergen slik foreslått i fagfelleevalueringa • Lågt volum per operatør - må bygge og oppretthalde kompetanse andre stader pga. lågt volum • Klarer ikkje å sikre gode nok kompenserte tiltak gjennom avtalene • Dersom kirurgar skal rotere til anna sjukehus må det utarbeidast og godkjennast individuelle arbeidsplanar for desse <p>Lang sikt</p> <ul style="list-style-type: none"> • To sårbare fagmiljø • Det vil bli vanskelegare å etablere ESGO akkreditering • Bygger ikkje eit samla fagmiljø med nok volum for vedlikehald og 	<p>Frå fagfelleevalueringa:</p> <p>Umiddelbart (0-2 år)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utvikle ein ESGO-basert utdannings- og kompetanseplan for gynekologar i spesialisering innan gynekologisk kreft. • Etablere tydeleg struktur for ansvaret for medikamentell behandling, med øyremerkte fagpersonar, og at behandlingsplan for medikamentell behandling av alle gynekologiske kreftpasientar i Helse Vest blir bestemte på regionalt MDT i samråd med dei lokale behandlingssentera. • Initiere eit arbeid med oppfølging og forbetring av kvalitetsindikatorar knytte til gynekologisk kreft. • Ta initiativ til en nasjonal diskusjon om sentralisering av kirurgi for livmorhalskreft og vulvakreft, samt kurativ strålebehandling for livmorhalskreft og vulvakreft. Eventuelt flytte vulvakreft og livmorhalskreft til OUS utan forutgåande diskusjon. <p>Mellomlang sikt (2-5 år)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementere robust bemanning med minst seks erfarne gynekologar med spesialisering innan gynekologisk kreftkirurgi i Helse Bergen. • Etablere ein formalisert struktur for forskning med beskytta tid og/eller eigne deltidsstillingar for forskning/ forskingsstillingar. • Utvikle eit attraktivt utdanningsløp for Lis-legar som sikrar god rekruttering i eit tiårsperspektiv. • Etablere eit komplett utdanningsprogram for gynekologar i spesialisering innan gynekologisk kreft med rotasjonssystem til sjukehus som er ESGO-godkjent. • Halde fram arbeid med oppfølging og forbetring av kvalitetsindikatorar. <p>Langsiktig (5-10 år)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Basert på tidlegare prosessar, setje i gang prosess for ESGO sertifisert utdanningscenter innan gynekologisk kreft. <p>Andre tiltak foreslått av prosjektgruppa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Systematisk, planmessig og regelmessig hospitering mellom alle sjukehus i regionen for kompetanseheving og tettare samhold mellom fagfolka.

	<p>per operatør (praksis i Helse Stavanger no).</p>	<p>oppbygging av kompetanse</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Planlagde dagar for fellesoperasjonar mellom HUS og SUS, kor kirurgar frå begge fagmiljø deltek. • Rotasjonsordningar for legar mellom helseføretaka som sikrar at det gis god, oppdatert og evidensbasert medikamentell behandling på alle sjukehusa. • Regionalt MDT skal omfatte alle pasientar i regionen for felles planlegging av kirurgi/primærbehandling • Etablering av et vekentleg, strukturert MDT-møte for medikamentell /postkirurgisk behandling. • Faggrupper på tvers som samer ser på sine pasientar og organiserer undervisning. Dette vil også legge til rette for fleire klinisk initierte studiar. • Auke frekvensen på fysiske møter som ein ser som grunnleggjande for å styrke det felles fagmiljøet.
--	---	---------------------------------	---

Modell 2 All kirurgi for eggstokk- og livmorkreft til Helse Bergen

Fordeler	Ulemper	Risiko	Risikoreducerande tiltak
<ul style="list-style-type: none"> • Svært sterk tilråding i fagfelle vurderinga • Helse Bergen er klart største senter i dag målt i talet på inngrep • Tilsette i Helse Bergen får nok volum som tilrådd i fagfelle vurderinga og betre moglegheit for å styrkje fagmiljøet og rekruttere fagfolk. Det er 10 overlegar på gynekraft i Helse Bergen våren 2026. • Auka volum ved eit stort senter gir meir erfaring innan kirurgi, aukar kompetanse innan kirurgi og betrar moglegheit for å styrke kvaliteten på døgndrifta. Det bidreg til å være ein attraktiv arbeidsplass for gynekologar • Høgt volum avansert kirurgi forsvarer å ha høgt volum fulltidstilsette innan gynekologisk kreftbehandling og bidreg til robustheit for framtidig utvikling • Sentralisering kan gi likare behandling • Ytterlegare samarbeid med kreftklinikken, patologi og radiologi kan styrkjast ved større volum • Helse Bergen har i dag størst forskingsmiljø, biobank kan blir utvida, totalt sett moglegheit i Bergen for å styrke forskingsmiljøet vidare 	<ul style="list-style-type: none"> • Fagmiljø innan gynekraft i Helse Bergen har vært sårbart • Helse Bergen må frigjere operasjonskapasitet for å ta imot fleire gynekraftpasientar (inkl. robotkapasitet). • Helse Bergen må oppskalere kapasitet patologi • Det er vanskeleg å rekruttere ferdig utdanna gynekraftspesialistar (som for andre fagområde) • Spesialistutdanning i gynekologi og fødselshjelp føreset mellom anna deltaking i open kirurgi (laparotomi) og utgreiing og behandling av pasientar med gynekologisk kreft. Ei endring i funksjonsfordeling av gynekraftkirurgi vil bety at det må gjerast justeringar i korleis legar i spesialisering ved SUS kan nå sine læringsmål, dei kan måtte ha rotasjon til Helse Bergen. Legar frå Helse Fonna og Helse Førde deltek i dag i liten grad ved gynekraftkirurgi når dei har teneste i 12 månader i Helse Bergen. • Krev auka kapasitet på MDT-møta • Krev auka operasjonskapasitet i Helse Bergen mtp. robotkirurgi endometriekreft <p>Negativ konsekvens for fagmiljø i Helse Stavanger:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sveikka rekrutteringsmoglegheit for Helse Stavanger 	<p>Kort sikt 1-2 år:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Destabilisering av gynekraftmiljøet i Helse Stavanger med stor risiko for tap av fagpersonar • Klare å behalde og rekruttere gynekraftlegar i Helse Bergen • Sårbart tilbod i regionen i overgangsfase til Helse Bergen har bygget opp meir robust kompetanse/kapasitet • Moglege lengre pakkeforløp for pasientar som krysser grensene fordi fleire skal gjennom same pakkeforløp tilsvarande som for pasientar frå Helse Førde og Helse Fonna i dag • Medikamentell behandling i Helse Stavanger – det er ikkje onkologar i Helse Stavanger som kan overta. Kan føre til at fleire pasientar må til Helse Bergen for medikamentell behandling/rådgiving på same måte som for Helse Fonna og Helse Førde pasientar <p>Lang sikt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klarer ikkje frigjere nok operasjonskapasitet i Helse Bergen • Ventetid på annan gyn behandling kan auke i Helse Bergen om ein ikkje klarer å nytte kapasitet på Voss og Betanien fullt ut 	<p>Frå fagfelle vurderinga:</p> <p>Umiddelbart (0-2 år)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utvikle en ESGO-basert utdannings- og kompetanseplan for gynekologar i spesialisering innan gynekologisk kreft. • Etablere tydeleg struktur for ansvaret for medikamentell behandling, med øyremerka fagpersonar, og at behandlingsplan for medikamentell behandling av alle gynekologiske kreftpasientar i Helse Vest blir bestemt på regionalt MDT i samråd med dei lokale behandlingssentera • Initiere et arbeid med oppfølging og forbetring av kvalitetsindikatorar knytt til gynekologisk kreft. <p>Mellomlang sikt (2–5 år)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementere robust bemanning med minst seks erfarne gynekologar med spesialisering innan gynekologisk kreftkirurgi i Helse Bergen. • Gjennomføre sentralisering av kirurgisk behandling for eggstokk-, livmor- og tidleg stadium livmorhalskreft til eit senter i Helse Bergen. • Utvide operasjonskapasitet robotkirurgi for all endometriecancer • Etablere en formalisert struktur for forskning med beskytta tid og/eller egne deltidsstillingar for forskning/ forskningsstillingar. • Utvikle et attraktivt utdanningsløp for LIS-leger som sikrar god rekruttering i et tiårs perspektiv. • Etablere et komplett utdanningsprogram for gynekologar i spesialisering innan gynekologisk kreft med rotasjonssystem til sjukehus som er ESGO-godkjent. • Halde fram arbeid med oppfølging og forbetring av kvalitetsindikatorar. • Ta initiativ til en nasjonal diskusjon om sentralisering av kirurgi for livmorhalskreft og vulvakreft, samt kurativ strålebehandling for livmorhalskreft og vulvakreft. <p>Langsiktig (5–10 år)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Basert på tidlegare prosesser, igangsette prosess for ESGO-akkreditering som utdanningscenter innan gynekologisk kreft.

<ul style="list-style-type: none"> • Helse Bergen i ferd med å bli akkreditert som CCC (jf. nasjonal kreftstrategi) • Helse Bergen ønskjer å ha rolla som regionalt senter innan gynekraft og har allereie regional funksjon innan mange fag • Ligger geografisk midt i regionen – minst ulempe for pasientane som skal reise • Fagfellevurderinga peiker på redusert overleving for eggstokkreft i Helse Vest og at sentralisering kan gi betre kvalitet på behandlinga • Kan gi meir effektiv ressursbruk enn å ha to sentre for gynekraft kirurgi 	<ul style="list-style-type: none"> • Vanskeleg å behalde fagpersonar i Helse Stavanger • Negative konsekvensar for forskning i Helse Stavanger og er i prosess for EUnetCC søknad • Sårbart i eit korttidsperspektiv med tanke på rekruttering og opplæring - miljøet i Helse Stavanger mister kompetansen raskt, og dersom Helse Bergen ikkje blir robust kan ingen i regionen bistå. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fleire pasientar i Helse Bergen-området må reise til andre sjukehus for operasjonar for godarta tilstandar • Redusert forskingsaktivitet i Helse Stavanger • Kan få konsekvensar for LIS-utdanning • Eit senter, bare backup utanfor regionen • Fleire pasientar må reise for behandling • Redusert kompetanse utgreiing og annan behandling av gynekologisk kreft ved Helse Stavanger 	<p>Andre tiltak føreslått av prosjektgruppa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Regionalt samarbeid om pasientflyt, rutinar, utdanning etc. - Framleis god gynekraftkompetanse på dei andre sentera i regionen - For å frigjere operativ kapasitet i Helse Bergen til gynekraft må meir benign kirurgi flyttast ut av Haukeland Universitetssjukehus - Tiltak i Helse Bergen for å behalde gynekraft overlegar og redusere ekstern turnover (vere ein attraktiv arbeidsplass)
---	---	---	--

Modell 3 All kirurgi for eggstokk- og livmorkreft til Helse Stavanger

Fordeler	Ulemper	Risiko	Forutsetningar for modell 3
<ul style="list-style-type: none"> • Tilsette i Helse Stavanger får nok volum som tilrådd i fagfelle vurderinga • Stordriftsfordelar – meir erfaring innan kirurgi som aukar kompetansen • Betre moglegheit for å styrkje fagmiljøet • Sentralisering kan gi likare behandling • Har 6 legar som alle har meir enn 5 års erfaring med gynekologisk kreft, både medikamentell og kirurgisk • Rekrutterer godt per nå og stabilt personale over tid – godt arbeidsmiljø – godt potensial for ytterlegare rekruttering • God kvalitetsrapportering til kreftregister og internt. • Økt tilbod og rekruttering til industrielle studiar. Etablert senter for kliniske og industrielle studiar med 3 studiesjukepleiarar, samarbeid med onkologane 	<ul style="list-style-type: none"> • Ikkje tilrådd i fagfelle vurdering • Ikkje største senter i dag – vesentleg fleire pasientar som må reise samanlikna med alternativ 2 • Bryt med regionstenking (generelt sterkare og større fagmiljø ved regionssjukehuset), svekkar regionsjukehuset si rolle i Helse Vest med risiko for at fleire funksjonar blir lagt til Helse Sør-Øst • Må bygge opp operasjonskapasitet og perioperativ kapasitet • For å frigjere kapasitet i Helse Stavanger for andre gynekologiske pasientar må fleire truleg måtte reise til andre sjukehus for operasjon • Ikkje komplett kurativ strålebehandling • Vil krevje stor oppbygging i Helse Stavanger • Svak økonomi i føretaket – forutsett tilskot frå Helse Vest • Helse Stavanger har eit mindre forskingsmiljø • Støttefunksjonar må byggas noko opp • Langt å reise frå Helse Førde (må via Oslo) • Negativ konsekvens for fagmiljø i Helse Bergen: <ul style="list-style-type: none"> ○ 10 overlegar i Helse Bergen på gynekraft – heile denne kapasiteten kan ikkje aktiviserast innan andre gynekologiske oppgåver ○ Ville ha store konsekvensar for forskning og biobank ○ Konsekvens for CCC akkreditering ○ Vanskeleg å behalde fagpersonar i Helse Bergen ○ Svekkja rekrutteringsmoglegheit for Helse Bergen ○ Risiko for at det blir vanskeleg å få legar inn i gynekraft utan kirurgi • Krev betydeleg auka robotkapasitet 	<p>Risiko ikkje vurdert grundig då modell vart vurdert å ha fleire ulemper enn fordelar og Helse Stavanger peika på modell 1 som den føretrakne modellen (alternativt modell 5)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • For å bygge opp nødvendig kirurgisk kompetanse raskast mogleg og på høyst nivå, bør dei nåverande overlegane ha hovudvekta av sin arbeidstid til gynekologisk kreft, i tråd med ESGOs kvalitetskrav • Godt regionalt samarbeid og tillit mellom fagmiljøa i regionen • God overgangsfase med trinnvis endring • Stabil bemanning • Framleis god kreftkompetanse på dei andre sentera i regionen • Avhengig av samarbeid i regionen ang utgreiing • Grundig gjennomgang av funksjons- og oppgåvedeling – eks benign kirurgi i Helse Stavanger • At Helse Stavanger ønsker å tilføre ressursar for å satse på ein regional funksjon • At Radiumhospitalet tar over vulva/cervixcancerbehandling

Modell 4 All kirurgi for eggstokkreft til Helse Bergen, delt tilbud for livmorkreft

Fordeler	Ulemper	Risiko	Risikoreducerande tiltak
<ul style="list-style-type: none"> Fagfellevurderinga peiker på redusert overleving for eggstokkreft i Helse Vest og at sentralisering kan gi betre kvalitet på behandlinga Helse Bergen er regionssjukehus og er klart største senter i dag målt i talet på inngrep Tilsette i Helse Bergen får nok volum som tilrådd i fagfellevurderinga og betre moglegheit for å styrkje fagmiljøet og rekruttere fagfolk. Det er 10 overlegar på gynkreft i Helse Bergen våren 2026 og kapasitet/kompetanse til å overta volumet innan eggstokkreft. Auka volum ved eit stort senter gir meir erfaring og aukar kompetanse innan kirurgi Høgt volum avansert kirurgi forsvarer å ha høgt volum fulltidstilsette innan gynekologisk kreftbehandling og bidreg til robustheit for framtidig utvikling Sentralisering av eggstokkreft kan gi likare behandling Ytterlegare samarbeid med kreftklinikken, patologi og radiologi som styrkjast ved større volum Helse Bergen har i dag størst forskingsmiljø, biobank kan bli utvida, totalt sett moglegheit i Bergen for å styrke forskingsmiljøet vidare 	<ul style="list-style-type: none"> Nytte av sentralisering av kun eggstokkreft kirurgi mellom to erfarne fagmiljø er ikkje undersøkt. Ikkje sikker prognosegevinst. Delt tilbud for livmorkreft ikkje tilrådd i fagfellevurderinga. Fagmiljø innan gynkreft i Helse Bergen har vært sårbart. Kirurgar som er i opplæring til å bli gynkreft-kirurgar har 3-4 års erfaring, medan det er behov for 5 år for å ha kompetanse til å vere sjølvstendig gynkreft kirurg. Må justere noko operasjonskapasitet i Helse Bergen Spesialistutdanning i gynekologi og fødselshjelp føreset mellom anna deltaking i open kirurgi (laparotomi) og utgreiing og behandling av pasientar med gynekologisk kreft. Ei endring i funksjonsfordeling av gynkreft-kirurgi vil bety at det må gjerast justeringar i korleis legar i spesialisering ved SUS kan nå sine læringsmål, dei kan måtte ha rotasjon til Helse Bergen. Legar frå Helse Fonna og Helse Førde deltek i dag i liten grad ved gynkreft kirurgi når dei har teneste i 12 månader i Helse Bergen. Krev auka kapasitet på MDT-møta Eit senter for eggstokkreft kirurgi – bare backup utanfor regionen 	<p>Kort sikt 1-2 år:</p> <ul style="list-style-type: none"> Destabilisering av gynkreftmiljøet i Helse Stavanger med stor risiko for tap av fagpersonar Klare å behalde og rekruttere gynkreftlegar i Helse Bergen Medikamentell behandling i Helse Stavanger – ikkje onkologar i Helse Stavanger som kan overta. Kan føre til at nokre fleire pasientar må til Helse Bergen for medikamentell behandling/rådgiving på same måte som for Helse Fonna og Helse Førde pasientar Sårbart tilbod i regionen i overgangsfase til Helse Bergen har bygget opp meir kompetanse/kapasitet Moglege lengre pakkeforløp for pasientar som kryssar grensene fordi fleire skal gjennom same pakkeforløp tilsvarande som for pasientar frå Helse Førde og Helse Fonna i dag <p>Lang sikt</p>	<p>Frå fagfellevurderinga:</p> <p>Umiddelbart (0-2 år)</p> <ul style="list-style-type: none"> Utvikle en ESGO-basert utdannings- og kompetanseplan for gynekologar i spesialisering innan gynekologisk kreft. Etablere tydeleg struktur for ansvaret for medikamentell behandling, med øymerka fagpersonar, og at behandlingsplan for medikamentell behandling av alle gynekologiske kreftpasientar i Helse Vest blir bestemt på regionalt MDT i samråd med dei lokale behandlingssentera. Innføre enhetlig kirurgisk praksis i tråd med internasjonale retningslinjer, samt å sikre den nødvendige operative kapasiteten. Initiere et arbeid med oppfølging og forbetring av kvalitetsindikatorar knytt til gynekologisk kreft. <p>Mellomlang sikt (2–5 år)</p> <ul style="list-style-type: none"> Implementere robust bemanning med minst seks erfarne gynekologar med spesialisering innan gynekologisk kreftkirurgi i Helse Bergen. Gjennomføre sentraliseringa av kirurgisk behandling for eggstokkreft til Helse Bergen. Etablere en formalisert struktur for forskning med beskytta tid og/eller egne deltidsstillingar for forskning/ forskingsstillingar. Utvikle et attraktivt utdanningsløp for LIS-som sikrar god rekruttering i et tiårsperspektiv. Etablere et komplett utdanningsprogram for gynekologar i spesialisering innan gynekologisk kreft med rotasjonssystem til sjukehus som er ESGO-godkjent. Fortsette arbeid med oppfølging og forbetring av kvalitetsindikatorar. Ta initiativ til en nasjonal diskusjon om sentralisering av radikal kirurgi for livmorhalskreft og vulvakreft, samt kurativ strålebehandling for livmorhalskreft og vulvakreft. <p>Langsiktig (5–10 år)</p> <ul style="list-style-type: none"> Basert på tidlegare prosesser, igangsette prosess for ESGO-sertifisering som utdanningscenter innan gynekologisk kreft.

<ul style="list-style-type: none"> • I ferd med å bli akkreditert som CCC (jf. nasjonal kreftstrategi) • Helse Bergen er regionssjukehus og ønsker å ha rolla som regionalt senter og har allereie regional funksjon innan mange fag • Eggstokkreft som er mest sårbart på grunn av lågast volum og krevjande kirurgi og enklare å flytte fordi det er lågare volum samanlikna med alternativ 2. Dette med unntak for avansert livmorkreft som blir operert med open kirurgi og som truleg bør følgje med ved ei sentralisering av eggstokkreft. • Samanlikna med alternativ 2, gir framleis deling av livmorkreft: <ul style="list-style-type: none"> ○ Mindre flytting av aktivitet, kapasitet og pasientar mellom sentra i regionen ○ Mindre endringar i operasjonsvolum på dei to sentra ○ Framleis vesentleg mengde kreftkirurgi oppretthald i Stavanger 	<p>Negativ konsekvens for fagmiljø i Helse Stavanger:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fagmiljøet i Helse Stavanger vil oppleve flytting av eggstokk kreft som svært negativt • Sveikka rekrutteringsmoglegheit for Helse Stavanger • Vanskeleg å behalde fagpersonar i Helse Stavanger • Negative konsekvensar for forskning i Helse Stavanger og er i prosess for EUnetCC søknad • Helse Stavanger mister på sikt laparotomikompetansen. Operasjonar for residiv/komplikasjonar innan eggstokkreft kan måtte sentraliserast, samt avansert benign kirurgi 	<ul style="list-style-type: none"> • Redusert forskingsaktivitet i Helse Stavanger • Kan få konsekvensar for LIS-utdanning • Eit senter for eggstokkreft kirurgi – bare backup utanfor regionen • Redusert kompetanse utgreiing og annan behandling av eggstokkreft ved Helse Stavanger samanlikna med alternativ 1, 3 og 5 	<p>Andre tiltak som ikkje er spesifikt beskrive i fagfelle vurderinga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regionalt samarbeid om pasientflyt, rutinar, utdanning etc • Framleis god gynkreftkompetanse på dei andre sentera i regionen • For å frigjere operativ kapasitet i Helse Bergen til gynkreft må noko benign kirurgi flyttast ut av Haukeland • Tiltak i Helse Bergen for å behalde gynkreft overlegar og redusere ekstern turnover (vere ein attraktiv arbeidsplass) • Vilje frå føretaksleiing i Helse Bergen til å satse på området • Helse Stavanger må ha tiltak for å bevare kompetanse for operasjon av pasientar med livmorkreft og medikamentell behandling av gynkreft-pasientar, trass at dette kan bli mindre attraktivt når det ikkje er operasjonar for eggstokkreft. • Helse Stavanger må sikre at legar i spesialisering får dekkja behov for deltaking på laparotomi operasjonar
---	--	---	--

Modell 5 All kirurgi for eggstokkreft til Helse Stavanger, delt tilbud for livmorkreft

Fordeler	Ulemper	Risiko	Risikoreducerande tiltak
<ul style="list-style-type: none"> Fagfelle vurderinga peikar på redusert overleving for eggstokkreft i Helse Vest og at sentralisering kan gi betre kvalitet på behandlinga Auka volum for eggstokkreft ved eit stort senter gir meir erfaring innan kirurgi, aukar kompetanse innan kirurgi Høgt volum avansert kirurgi forsvaret å ha høgt volum fulltidstilsette innan gynekologisk kreftbehandling og bidreg til robustheit for framtidig utvikling Sentralisering av eggstokkreft kan gi likare behandling Har kompetanse i Helse Stavanger per i dag og dekkar dagens behov for Stavanger-regionen Helse Stavanger ønskjer å ha rolla som regionalt senter Helse Stavanger har sett i gang prosess med mål om å bli akkreditert som CCC-senter Eggstokkreft som er mest sårbart pga. lågast volum og krevjande kirurgi og enklare å flytte fordi det er lågt volum jf. alternativ 2. Fagleg mindre behov for å sentralisere livmorkreft jf. alternativ 2 Samanlikna med alternativ 2, gir framleis deling av livmorkreft: <ul style="list-style-type: none"> Mindre flytting av aktivitet, kapasitet og pasientar mellom sentra i regionen 	<ul style="list-style-type: none"> Ikkje tilrådd i fagfelle vurderinga Nytte av sentralisering av bare eggstokkreft kirurgi mellom to erfarne fagmiljø er ikkje undersøkt. Ikkje sikker prognosegevinst. Mindre fagmiljø i Helse Stavanger, og lågare tal inngrep enn Helse Bergen i dag Helse Stavanger må frigjere meir operasjonskapasitet til eggstokkreft enn Helse Bergen må i modell 4 Uavklart kva som skjer med vulva- og cervixkreft, disse er pr i dag regionalisert i Helse-Bergen, denne kompetansen har ikkje Helse Stavanger Flyttar ein funksjon med den mest komplekse kirurgien frå det største fagmiljøet i regionen innan gynkreft til eit mindre fagmiljø Fleire pasientar som må reise enn dersom det blir lagt til Helse Bergen. Pasientar frå Helse Førde må reise lenger enn i dag. Eit senter for eggstokkreft kirurgi – ingen backup i regionen Redusert kompetanse utgreiing og øvrig behandling av eggstokkreft ved Helse Bergen samanlikna med alternativ 1, 2 og 4 <p>Negativ konsekvens for fagmiljø i Helse Bergen:</p>	<p>Kort sikt 1-2 år:</p> <ul style="list-style-type: none"> Destabilisering av gynkreftmiljøet i Helse Bergen Klare å behalde og rekruttere gynkreftlegar i Helse Bergen og Helse Stavanger Vanskeleg økonomisk situasjon i Helse Stavanger Sårbart tilbud i regionen i overgangsfase til Helse Stavanger har bygd opp meir kapasitet Moglege lengre pakkeforløp for pasientar som kryssar grensene fordi fleire skal gjennom same pakkeforløp tilsvarande som for pasientar frå Helse Førde og Helse Fonna i dag <p>Lang sikt</p> <ul style="list-style-type: none"> Klarer ikkje frigjere nok operasjonskapasitet i Helse Stavanger Redusert forskingsaktivitet i Helse Bergen Kan få konsekvensar for LIS-utdanning Eit senter for eggstokkreft kirurgi – bare backup utanfor regionen 	<p>Frå fagfelle vurderinga:</p> <p>Umiddelbart (0-2 år)</p> <ul style="list-style-type: none"> For å bygge opp nødvendig kirurgisk kompetanse raskast mogleg og på høgast nivå, bør de noverande overlegane ha hovudvekt av si arbeidstid til gynekologisk kreft, i tråd med ESGOs kvalitetskrav. Utvikle en ESGO-basert utdannings- og kompetanseplan for gynekologar i spesialisering innan gynekologisk kreft. Etablere tydeleg struktur for ansvaret for medikamentell behandling, med øymerka fagpersonar, og at behandlingsplan for medikamentell behandling av alle gynekologiske kreftpasientar i Helse Vest blir bestemt på regionalt MDT i samråd med de lokale behandlingssentera. Innføre einhetleg kirurgisk praksis i tråd med internasjonale retningslinjer, samt å sikre den nødvendige operative kapasiteten. Initiere et arbeid med oppfølging og forbetring av kvalitetsindikatorar knytt til gynekologisk kreft. <p>Mellomlang sikt (2–5 år)</p> <ul style="list-style-type: none"> Implementere robust bemanning med minst seks erfarne gynekologar med spesialisering innan gynekologisk kreftkirurgi i Helse Bergen og Helse Stavanger. Gjennomføre sentraliseringa av kirurgisk behandling for eggstokkreft til Helse Stavanger. Etablere en formalisert struktur for forskning med beskytta tid og/eller egne deltidstiltingar for forskning/ forskingsstillingar. Utvikle et attraktivt utdanningsløp for LIS-leger som sikrar god rekruttering i eit tiårsperspektiv. Etablere et komplett utdanningsprogram for gynekologar i spesialisering innan gynekologisk kreft med rotasjonssystem til sjukehus som er ESGO-godkjent. Fortsette arbeid med oppfølging og forbetring av kvalitetsindikatorar. Flytte vulva- og livmorkreftbehandling til Radiumhospitalet DNR <p>Langsiktig (5–10 år)</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Mindre endringar i operasjonsvolum på dei to sentra • Framleis vesentleg mengde kreftkirurgi oppretthaldt i Helse Bergen 	<ul style="list-style-type: none"> • Svekka rekrutteringsmoglegheit for Helse Bergen - destabilisering av fagmiljø i Helse Bergen • Negative konsekvensar for forskning i Helse Bergen og prosessen for å bli CCC • Fagmiljøet i Helse Bergen vil oppleve flytting av eggstokk kreft som svært negativt 	<ul style="list-style-type: none"> • Redusert kompetanse utgreiing og annan behandling av eggstokkreft ved Helse Bergen samanlikna med alternativ 1, 2 og 4 • Ved sentralisering av den mest komplekse kirurgien til eit mindre senter i regionen kan det auke sårbarheiten ifht kompetanse, bemanning 	<ul style="list-style-type: none"> • Basert på tidlegare prosesser, igangsette prosess for ESGO-akkreditering som utdanningscenter innan gynekologisk kreft. <p>Andre tiltak som ikkje er spesifikt beskrive i fagfelle vurderinga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regionalt samarbeid om pasientflyt, rutinar, utdanning etc • Framleis god kreftkompetanse på dei andre sentera i regionen, vil kunne bli ekstra sårbart i Helse Bergen som er vant med å handtere eigne pasientar sjølv • Tiltak i Helse Stavanger for å for å behalde gynkreft overlegar og redusere ekstern turnover (vere ein attraktiv arbeidsplass) • Helse Bergen må ha tiltak for å bevare kompetanse for operasjon av pasientar med livmorkreft og medikamentell behandling av gynkreft-pasientar, trass at dette kan bli mindre attraktivt når det ikkje er operasjonar for eggstokkreft. • Helse Bergen må sikre at legar i spesialisering får dekkja behov for deltaking på laparotomi operasjonar
---	--	--	---

8 Diskusjon

8.1 Forholdet mellom medikamentell behandling og kirurgi

I Noreg er det oftast gynekologar med spesialisering innan gynekologisk kreft som har ansvaret for den medikamentelle primærbehandlinga for pasientar med gynekologisk kreft, noko som også gjeld i Helse Vest. Dette skil seg frå ein del andre kreftområde der medisinske onkologar ofte har hovudansvaret. Det er ein fagleg diskusjon i fagmiljøa innan gynekologisk kreft, både nasjonalt og i Helse Vest, om gynekologar eller onkologar skal ha ansvaret for den medisinske behandlinga av gynekologiske kreftpasientar. I både Sverige og Danmark er det øyremerkte fagpersonar (onkolog eller gynekolog) som har ansvar for den medikamentelle behandlinga til gynekologiske kreftpasientar, desse har då ikkje samtidig ansvar for den kirurgiske behandlinga. I andre europeiske land er det vanleg organisatorisk praksis at gynekologar med vidareutdanning innan gynekologisk kreft, typisk av minst fire års varigheit, har ansvar for både den kirurgiske kreftkirurgien og den medikamentelle behandlinga. Desse legane deltek likevel ikkje i obstetrisk verksemd.

Dei gynekologiske kreftmiljøa i Helse Vest er små, og fagmiljøet legg vekt på at det er nødvendig at alle gynekologane som arbeider med gynekologisk kreft har grunnleggjande kunnskap og forståing innan medikamentell kreftbehandling, for å kunne bidra i faglege diskusjonar og sikre kvalitet i behandlinga. Vidare blir det påpeika at det er viktig at det er øyremerkte personar som har eit overordna ansvar for den medikamentelle behandlinga. Det har skjedd ei betydeleg fagleg utvikling innan medikamentell kreftbehandling av gynekologisk kreft dei siste åra, noko som har styrka behovet for at øyremerkte personar i regionen har eit hovudansvar for den medikamentelle behandlinga og at desse er tilgjengelege for diskusjon med andre behandlarar.

I Helse Stavanger har seksjonsoverlegen det overordna ansvaret for den medikamentelle behandlinga til gynekologisk kreftpasientar, men overlegane har spesielt ansvar for den medikamentelle behandlinga ved den type kreft de opererer. Alle overlegane deltar i den medikamentelle behandlinga. Overlegane har rullerande vekentleg ansvar for problemstillingar tilknytt gynekologisk kreft. I Helse Fonna og Helse Førde, blir behandlingsplanane for medikamentell behandling bestemte i Helse Bergen, men dosereduksjonar og dosejusteringar blir handterte lokalt av gynekologar i tett samarbeid med gynekologane i Helse Bergen. Slike problemstillingar blir og diskutert i det vekentlege møtet *Gynkreft i Vest*. Dette bidreg til fagleg koordinering på tvers av føretaka

Det blir beskrive i alle fire helseføretaka at det er lite formelt samarbeid mellom gynekologane og onkologane, forutan Helse Bergen og Helse Stavanger som har etablert samarbeid med Kreftklinikken. Den medikamentelle behandlinga innan gynekologisk kreft i Helse Vest er prega av små fagmiljø, noko som gjer det utfordrande å halde oppe høg fagleg kvalitet og kontinuitet i behandlinga.

Helse Bergen og Helse Stavanger peiker på at dei har eit behov for å auka kapasitet, betre strukturert opplæring og tettare samarbeid for å møte den aukande

kompleksiteten i medikamentell behandling av gynekologisk kreft. Helse Bergen har styrka sin seksjon med onkologar. Samtidig peikar fleire fagpersonar innan gynekologi og onkologi i Helse Vest på at ei eventuell overføring av det medisinske ansvaret til onkologane vil krevje ressursar og tid for kompetanseoppbygging blant onkologane. Det blir beskrive av fleire, at dagens modell med gynekologar som ansvarlege for den medikamentelle behandlinga framleis har fordelar knytte til heilskapleg pasientbehandling og undersøkingar som gynekologane har kompetanse på. Likevel må dette vurderast ut frå den medisinske og teknologiske utviklinga. Den medikamentelle kreftbehandlinga blir stadig meir kompleks med nye tilgjengelege og kostbare legemiddel og lengre behandlingssløp, og alt det fører med seg av behov for kapasitet og kompetanse i spesialisthelsetenesta. For andre typar kreft som krev kirurgisk behandling, til dømes tjukk- og endetarmskreft, prostatakreft og brystkreft, er den kirurgiske og medikamentelle behandlinga delt mellom kirurgar og onkologar.

Helse Bergen har i samband med utvikling av eigen seksjonen for gynekologisk kreftbehandling og tilsetting av nye legar ikkje lagt opp til eit klart skilje mellom medikamentell behandling og kirurgi, men ein har valt å dele ansvaret slik at nokre overlegar har hovud-fokus mot kirurgi, medan andre har hovud-fokus mot medikamentell behandling. Senior ESGOsertifisert gynekolog har overordna ansvar for medikamentell kreftbehandling. Seksjon for gynekologisk kreft har tilsett to onkologar for å bidra i den medikamentelle behandlinga (1,5 årsverk). Desse er heilt integrert i gynkreftseksjonen med deltaking på sengepost, klinisk undersøking av pasientar, MDT-møter, regionmøter og studiar. Strålebehandling er organisert av onkologisk avdeling men stråleonkolog deltar på begge MDTmøta i Bergen og behandlingsplan legges sammen.

8.2 Generell diskusjon av sentralisering av kirurgi

Helsedirektoratet sine retningslinjer for kreftkirurgi frå 2015 var i stor grad bygd opp rundt anbefalingar rundt minste volum på kirurgiske inngrep for den enkelte kirurg og for sjukehuset. Dette prinsippet er forlatt i dei nye retningslinjene frå Helsedirektoratet då ei slik tilnærming har vesentlege ulemper. Volum er likevel eit viktig argument for kvalitet i ESGO sine kvalitetskriterium både innan eggstokkreft og livmorkreft¹¹. Volum og tilgang til operasjonar er også viktige argument for å behalde kirurgar i ei avdeling.

Helse Vest valde å fråvike dei tidlegare anbefalingane til Helsedirektoratet gjennom å legge til rette for kompensierende tiltak for sjukehus med lågt volum innan einskilde kreftformer (Styresak 100/19 [lenke](#)). Denne diskusjonen er relevant no når sentralisering av gynekologisk kreft blir vurdert i denne rapporten og nokre viktige moment blir dermed diskutert i det følgjande.

Sjølv om samanhengen mellom volum og kvalitet klart er til stades, er det ofte vanskeleg å angi eit kritisk nedre volum for den enkelte pasientgruppa eller prosedyre. Talet kan variere

¹¹ Fotopoulou et al, Int J Gynecol Cancer 2020; 30: 436-40 og Concin et al, Int J Gynecol Cancer 2021

mykje mellom ulike pasientgrupper, ved ulike behandlingsmetodar og ved ulik organisering av verksemda.

Ei rekke andre faktorar enn pasientvolum kan også påverke kvaliteten:

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

Pasientvolum åleine er derfor ikkje godt nok grunnlag for å vurdere funksjonsfordeling, men pasientvolum kan være avgrensande faktor dersom ein ønsker å bygge spisskompetanse fleire stader. Tilstrekkeleg pasientvolum er ein nødvendig, men ikkje ein tilstrekkeleg føresetnad for kvalitet. Ein må også trekke inn indirekte konsekvensar av sentralisering.

Konsekvensane for andre tilgrensande pasientgrupper som "blir igjen" må vurderast. Dette gjeld både pasientar som skal ha liknande planlagd behandling, og pasientar med behov for akutt hjelp der denne helsehjelp er basert på ferdigheiter som blir innøvd og haldt ved like ved planlagd aktivitet. Bortfall av fagleg utfordrande oppgåver i sjukehus kan på lang sikt få konsekvensar for rekruttering. For gynekologisk kreft er det særskilt operasjonar for eggstokkreft der dette momentet er relevant då eggstokkreft er ei av få tilstandar der gynekologiske kirurgar får praktisert laparotomi (operasjon i open buk gjennom midtlinjesnitt), denne ferdigheita er viktig for operasjon av residiv og komplikasjonar av eggstokkreft, i tillegg til at den er viktig for abdominale katastrofar som store blødningar. Om dei gynekologiske kirurgane ikkje beherskar metoden vil dei vere avhengige av støtte frå gastrokirurgane. Samstundes vil eit lite volum kreftlaparotomi ikkje kunne avhjelpast ved tilgrensande organkirurgi da benign gynekologisk kirurgi nesten utelukkande gjerast som laparoskopi.

Eit mål med sentralisering av kreftkirurgi er å samle kompliserte prosedyrar og vurderingar for små pasientgrupper slik at ein legg til rette for meir robuste einingar som ikkje er avhengige av enkeltpersonar. Tenesta skal kunne driftast kontinuerleg gjennom feriar og andre endringar i drifta, samt dersom enkeltpersonar med sentrale oppgåver skulle bli borte grunna kurs, permisjonar, sjukdom, pensjon eller død. Dette forholdet blir viktigare for komplekse tilstandar som krev kompleks kirurgisk behandling, eit forhold som fleire i prosjektgruppa argumenterer med at er til stades ved eggstokkreft. Dette forholdet blir også viktigare for tilstandar med låge tal for nye tilfelle kvart år, eit forhold som er til stades for vulvakreft, livmorhalskreft (fallande tal nye tilfelle) og dels for eggstokkreft.

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

8.3 Effekt av sentralisering for kvalitet på behandling av eggstokk kreft

Prosjektgruppa har vurdert om sentralisering av gynekologisk kreft til eitt senter kan gi betre kvalitet på behandlinga og overleving for pasientane. Det er argument både for og mot.

Argumenter for sentralisering:

- Operasjon for grad 3-4 eggstokkreft blir rekna som teknisk krevjande der det er viktig å gjere kirurgien tilstrekkeleg omfattande og fjerne alt synleg kreftvev i første operasjon. Kirurgar som har ansvar for dette har behov for mengdetrening for å utvikle og bevare kompetansen. For eggstokkreft er det truleg ikkje ønskeleg at meir enn tre kirurgar har hovudansvaret per senter.
- Med i snitt 12 pasientar avansert eggstokkreft pr år på ett senter, vil det gje lågt årleg volum på kvar av kirurgane (ESGO anbefaler 20 operasjonar per år for kvar kirurg som første eller andreoperatør).
- Helse Vest har dei dårlegaste overlevingsresultata for eggstokkreft nasjonalt dei siste åra (43,5% mot 48,0% nasjonalt i 2025), og er den einaste regionen med delt kirurgisk ansvar mellom to sjukehus.
- Fleire norske og internasjonale studiar har vist betring i langtidsoverleving ved sentralisering av kirurgi for eggstokkreft til spesialistsjukehus. Til dømes viste ein svensk studie (Palmqvist, Gyn oncol 2020) at når sentralisering av eggstokkreft operasjonar blei gjennomført i Sverige i 2011 auka 5-års relativ overlevinga frå 24% (åra 2008-2010) til 37% (åra 2011-2013), median relativ overleving auka frå 27 til 44 månader.
- ESGO sine kvalitetskriterium gir høgare score til senter med høgt volum og peikar på at større volum gir betre behandlingskvalitet. Gjennomsnittleg tal operasjonar for eggstokkreft har for 2022-2025 vore 62 i Helse Bergen og 24 i Helse Stavanger. For å få status som eit ESGO akkreditert 'standard-level' eggstokk-senter krevst minst 24 operasjonar for grad 3-4 tumorar og 12 operasjonar av nivå 3-4 tumorar der kirurgi blei utført som første behandling. Dei fire siste åra har det i gjennomsnitt blitt operert 38 pasientar i Helse Bergen og 12 pasientar i Helse Stavanger med grad 3-4 eggstokkreft.

Argumenter mot sentralisering

- Dei fleste studiane som viser overlevingsgevinst gjeld samanslåing frå lokalsjukehus til universitetssjukehus – ikkje mellom to sjukehus som allereie har spesialkompetanse, slik situasjonen er mellom Helse Bergen og Helse Stavanger. Resultata for Sverige er dermed truleg ikkje like relevante for oss – 5-års overleving i Helse Vest er også over det som var rapportert i tala for Sverige i 2011-2013.
- Dei observerte overlevingskilnadane mellom regionane er ikkje statistisk signifikante – konfidensintervalla overlappar.
- Kreftregisteret si eiga journalgjennomgang (2022) fann at lågare operasjonsrate i Helse Vest delvis skuldast ulik praksis for å vurdere nytte av operasjon (indikasjonspraksis), ikkje kirurgisk kvalitet. Det pågår nå ei nasjonal venskapeleg studie med journalgjennomgangar for å sjå nærare inn i dette.

- Pasientar i Helse Stavanger har dei fleste av dei siste åra hatt noko betre 5-års overleving for eggstokkreft enn Helse Bergen. Tala er små og ikkje signifikante, men tyder uansett på at tilbodet i Stavanger i dag er samanliknbart med Helse Bergen.
- Resultata frå Helse Nord tyder på at det er mogleg å oppnå gode resultat tross lågare volum enn kva ein har i Bergen i dag (om lag 40 pasientar blir operert for eggstokkreft per år – om lag 24 pasientar med stadium 3-4). Helse Nord har eit tilbod der all kirurgi er sentralisert til regionsjukehuset (UNN), mens medikamentell behandling normalt skjer lokalt.
- Ei flytting av eggstokkreft kirurgi frå Stavanger til Bergen kunne i verste fall gje dårlegare utfall for Stavanger-pasientane. I Helse Sør-Øst er det til dømes best 5-års overleving for pasientar heimehøyrande ved Oslo universitetssjukehus. Forskjellen er imidlertid ikkje stor, av dei 9 sjukehusområda som er inkludert i Helse Sør-Øst har 8 betre overleving enn Helse Vest (data for 2024 – Helsedirektoratets rapport om nasjonale kvalitetsindikatorar).
- Grunna den tradisjonelle oppgåvedelinga i Noreg med at gynekraft overlegar både opererer pasientar og har ansvar for den medikamentelle behandlinga, kan desentralisering av kirurgien gi positive verknader for den totale pasientbehandlinga, til dømes for diagnostikk, medikamentell behandling etc.

8.4 Effekt av sentralisering for kvalitet for behandling av livmor kreft

Argumenter for sentralisering:

- Helse Vest har dårlegast 5-års overlevingsrata samanlikna med dei andre regionane i Noreg (84,1% mot 87,2% for perioden 2021-2025). Denne forskjellen er ikkje statistisk signifikant. Fagfellevurderinga peikar likevel på at det verkar å vere behov for betre kvalitet på den kirurgiske behandlinga også for livmorkreft. Det blir og peika ulikheit i regionen i bruk av sentinel node teknikk for livmorkreftpasientane og anbefalar at gjeldande nasjonale retningslinjer følges. Ulikhetene skuldast ein pågåande studie ved Haukeland universitetssjukehus.
- ESGO kvalitetsindikatorar for livmorkreft legger betydeleg vekt på tal pasientar som blir operert per år og har anbefalt minimumsnivå 50 per år og optimalt nivå på 80 per år (Concin N, Int J Gynecol Cancer 2021). Helse Bergen har i årene 2024-2025 operert om lag 85 nye pasientar per år, medan Helse Stavanger har operert om lag 33 nye pasientar per år. Dette er understøtta av ei rekke vitskapelege studiar som har vist betre overleving og andre pasient-utfall for pasientar operert ved sentre med høgare volum.
- Medan stadium 1-3 livmorkreft blir utført som kikkholkskirurgi (laparoskopi) blir stadium 4 livmorkreft operert som open operasjon. Operasjonar for stadium 4 livmorkreft er dermed også krevjande operasjonar og som for eggstokkreft er det eit behov for å sikre at relativt få kirurgar får spesialkompetanse på desse operasjonane. Samanlikna med eggstokk kreft er stadium 4 livmorkreft sjeldnare (om lag 14 tilfelle diagnostisert i Helse Vest i 2025, om lag 1/3 blei operert).

Argumenter mot sentralisering:

- Livmorkreft blir operert med laparoskopisk kirurgi (kikkholkskirurgi/robotkirurgi).

- Trendera mot redusert overleving i Helse Vest samanlikna med dei andre regionane er ikkje statistisk signifikant.
- Ei todeling av kirurgi for livmorkreft kan bidra til å behalde kompetanse for gynkreft kirurgi ved to sentra i regionen. Grunna den tradisjonelle oppgåvedelinga i Noreg med at gynkreft overlegar både opererer pasientar og har ansvar for den medikamentelle behandlinga, kan desentralisering av kirurgien gi positive verknader for den totale pasientbehandlinga, til dømes for diagnostikk, medikamentell behandling etc.

8.5 Robustheit og sårbarheit – eitt vs to senter

Prosjektgruppa har vurdert korleis val av organisasjonsmodell påverkar robustheit og sårbarheit i tilbodet.

Dagens situasjon med to senter inneber at sentera må dele på eit avgrensa pasientvolum og fagleg ressursgrunnlag. Begge sentera er i dag sårbare fordi kompetansen er konsentrert hos eit fåtal personar med nøkkelkompetanse. Vidare oppbygging av nye kan bli utfordrande med lågt volum. Samstundes gir to senter ein potensiell fordel: dei kan avlaste kvarandre om det eine senteret midlertidig fell bort, til dømes ved akutt svikt i bemanning.

Fagmiljøet innan gynekologisk kreft i Helse Bergen har vore sårbart over tid, men det blir no framheva frå leiarar og legar i Helse Bergen at avdelinga er i ein positiv fase med nye personar med nøkkelkompetanse og at det er godt arbeidsmiljø. Fagmiljøet er imidlertid framleis i ei oppbyggingsfase. For gynekologisk kreft har fagmiljøet i Stavanger vore meir stabilt enn i Bergen dei siste 5 åra, noko som var svært viktig då Helse Bergen opplevde store vanskar hausten 2024. For begge einingar er einingane imidlertid avhengige av personar med nøkkelkompetanse og må såleis betraktast å vere noko sårbare. Ekstern turnover ved Kvinneklinikkane i Bergen og Stavanger har vore omtrent lik for overlegar totalt mellom dei to sentera over tid, noko som kan tyde på at utfordringa ikkje er knytt til ulikskapar i klinikkane sitt arbeidsmiljø totalt sett. Helse Stavanger har imidlertid ikkje hatt ekstern turnover frå gynkreft overlegar.

Sentralisering til eitt senter kan på sikt gi eit meir robust fagmiljø, føresett at det blir satsa tilstrekkeleg på det valde senteret. Ein konsentrert satsing gir òg ein meir forpliktande veg framover for det sjukehuset som får ansvaret, og skaper tydelegare insentiv for å byggje opp kompetanse, rekruttere og investere i faget over tid. For at fagmiljøet faktisk skal bli robust, er det i følgje Helse Bergen avgjerande at det no blir bestemt ei funksjonsfordeling som gjer det attraktivt for gynekologar og onkologar å jobbe med gynekologisk kreftbehandling ved regionsjukehuset.

Sentralisering til eitt senter kunne også gi betre forutsetningar for rekruttering, forskning og fagutvikling ved dette senteret på grunn av større aktivitet og meir robust bemanning. Status i dag er imidlertid at begge sentra driver fagutvikling og forskinga innan gynekologisk kreft, og ved flytting av aktivitet frå Helse Stavanger er det sannsynleg at deira aktivitet innan fagutvikling og forskning på gynekologisk kreft vil bli lågare.

Ressursane i regionen er avgrensa. Å oppretthalde to likeverdige senter samstundes er krevjande, og utan gode faglege grunnar for ei todeling kan det argumenterast for at ressursane bør samlast.

Det er begrensa tal pasientar med eggstokkreft som skal opererast i regionen (totalt omlag 85-90 pasientar dei siste åra, fordelt på om lag 55-60 pasientar årleg i Helse Bergen og 25-30 pasientar i Helse Stavanger). Operasjon for eggstokk kreft er teknisk krevjande og kirurgar som gjer desse prosedyrane har behov for mengdetrening for å bli tilstrekkeleg dyktige. Fagfellevurderinga anbefalte at man ved sentralisering til Helse Bergen burde planlegge for at minst 6 gynekologiske kreftkirurgar var ansvarleg for all kirurgien, av desse burde om lag 3 kirurgar vere spesialistar på eggstokkreft og ha eit hovudansvar for dette. Ved fordeling av eggstokkreft på to sentre vil begge sentra truleg ha behov for minst tre kirurgar med spesialkompetanse på eggstokk kreft, og det totale talet på operasjonar i regionen må dermed fordelast på desse seks kirurgane i staden for på eit lågare tal som ville vere mogleg ved sentralisering til eit sjukehus. Det er moglege å etablere kompensatoriske tiltak for å imøtekomme denne utfordringa, men dette vil krevje ressursar og merksemd over tid. Helse Bergen har framheva at det vil vere vanskeleg å bygge og bevare tilstrekkeleg kompetanse på eggstokkreft om volumet framover ikkje er minst på dagens nivå. Helse Stavanger har i nokon grad kompensert for lågt volum ved å sende legar til andre sjukehus i inn- og utland for opplæring. Fagfellevurderinga var tydeleg i sitt råd på at gynekologiske kreftkirurgar bør ha hovudvekta av arbeidstida si knytt til gynekologisk kreft. Med dagens volum kan Helse Bergen bruke sine kirurgar til arbeid med gynkreft i nær heile delen av dagtidsarbeidet, medan om lag halvparten av gynkreft legane i Helse Stavanger har det meste av si arbeidstid knytt til gynekologisk kreft, og halvparten deltar i generell gynekologisk vakt og arbeidet med generell gynekologi.

Begge fagmiljøa har argumentert for at kirurgi for eggstokkreft er knytt til høg anerkjenning, er fagleg utfordrande og blir opplevd som ei spennande arbeidsoppgåve. Om eit senter ikkje lenger kan drive med eggstokkreft kan dette auke sårbarheita ved at arbeidsplassen vil miste attraktivitet og det kan bli vanskelegare å behalde sentrale nøkkelpersonar. Dette har spesielt vore framheve frå Helse Stavanger i diskusjon av modell 4. Det er også eit risikoelement i diskusjonen om sentralisering av særleg eggstokkreft at kompetansen på open buk operasjonar (laparotomi) vil bli mista raskt om ein klinikk ikkje aktivt driv med denne typen kirurgi.

9 Oppsummerande diskusjon av modell 1, 2 og 4

Som beskrive over har prosjektgruppa gjennom arbeidet vurdert fordeler, ulemper, risikoar og kva som må til for å lukkast med fem ulike modellar:

- Modell 1. Delt kirurgisk tilbod mellom Helse Bergen og Helse Stavanger
- Modell 2. All kirurgi for eggstokk- og livmorkreft til Helse Bergen
- Modell 3. All kirurgi for eggstokk- og livmorkreft til Helse Stavanger
- Modell 4. All kirurgi for eggstokkreft blir lagt til Helse Bergen, delt tilbod for livmorkreft
- Modell 5. All kirurgi for eggstokkreft blir lagt til Helse Stavanger, delt tilbod for livmorkreft

Det har vore viktig for prosjektgruppa å ha ein mest mogleg open diskusjon og ta utgangspunkt i at både Helse Bergen og Helse Stavanger har gode fagmiljø. Gjennom arbeidet har deltakarane frå Helse Stavanger peika på at modell 1 er den beste modellen. Fagrepresentantane frå Helse Bergen har framheva at ei full sentralisering av all gynkreft-kirurgi til Helse Bergen som i Modell 2 har relativt få fordeler samanlikna med modell 4, og at modell 2 vil føre til ei stor endring som ikkje er naudsynt. Fagrepresentantane frå Helse Bergen har derfor peika på modell 4 som deira føretrekte alternativ.

Fagfellevurderinga beskreib i modell 2 ei løysing der sentralisering kunne skje etter at Helse Bergen hadde styrka seg (om 2-5 år) og peika på at ei to-delt løysing vil ha høgare risiko på lang sikt. Trass i at fagfellevurderinga gav ei svært sterk anbefaling om modell 2 meiner prosjektgruppa at denne modellen på kort sikt har vesentleg risiko. Ved å peike på modell 2 kan fagmiljøet i Helse Stavanger raskt bli svekka og regionen vil då vere heilt avhengig av at Helse Bergen har lukkast med å bygge eit robust fagmiljø. Prosjektgruppa vurderer at denne risikoen er til stades også om den førespegla sentraliseringa skulle ligge nokre år fram i tid.

Basert på desse forholda har prosjektgruppa særleg grundig diskutert modell 1 vs. modell 4. Prosjektgruppa vurderer at det er fleire fordeler med modell 1 grunna i at det er risiko for rask svekking av fagmiljøet for eggstokkreft i Helse Stavanger om dette skulle bli flytta til Helse Bergen, jamfør modell 4. Prosjektgruppa er tydeleg på at for å lukkast med modell 1 vil det vere sentralt med robuste kompenserande tiltak.

Fagrepresentantane frå Helse Bergen har løfta fram at desse kompenserande tiltaka vil vere ressurskrevjande, og at det er uvisse om dei kan gjennomførast i praksis. Dei meiner derfor at dette er ein betydeleg risiko ved modell 1, særleg på lang sikt. Helse Stavanger representantane løftar fram at modell 1 har fungert godt over tid i regionen og at dette er ei god løysing også på sikt.

Parallelt med at prosjektgruppa har arbeida, har det regionale fagmiljøet innan gynekologisk kreft hatt sitt årlege møte og dei ulike modellane blei diskutert. I møtet blei

særleg modell 1 diskutert, og behov for kompensierende tiltak knytt til denne. I etterkant har det komme fram at det er ulikt syn i fagmiljøet på kva som er den beste løysinga.

Tilsette i Helse Vest har i prosjektgruppa vært representert av føretaksverneombod og føretakstillitsvalde for overlegeforeninga ved SUS og HUS. Tilsettere representantane meiner at det ikkje framstår som fagleg godt nok bevist at modell 2-5 vil gi medisinsk best behandling til å forsvare større organisatorisk endring på nåverande tidspunkt. Det framstår som framleis rom for organisatorisk og fagleg styrking innanfor modell 1, altså ei forsterkning av dagens løysing. Denne løysinga framstår som den mest realistiske å gjennomføre på ein god måte og framstår tydeleg som det beste for arbeidsmiljøet.

Det er, som beskrive over, ikkje semje i prosjektgruppa om kva modell som er den beste. Alternativa er grundig vurdert fleire stader i rapporten.

Dei viktigaste argumenta for modell 1 som blir løfta fram er:

- Risikoreduserande å ha to fagmiljø som kan operere gynekologisk kreft i regionen
- Krev minst omorganisering og gir mindre innverknad på arbeidsmiljø og samarbeidsforhold i regionen på kort sikt.
- Eit to-delt tilbod har fungert godt over tid og samarbeidet kan styrkast ytterlegare med forsterka samarbeidsavtalar.
- Gynekologiske kreft kirurgar i Helse Stavanger har i dag ansvar for den medikamentelle behandlinga av pasientane i Helse Stavanger, om desse ikkje skulle ønske å jobbe ved eit senter som ikkje har ansvar for eggstokkreft vil det vere behov for at andre overtar ansvar for den medikamentelle behandlinga.

Dei viktigaste argumenta som blir løfta fram for modell 4 er:

- Regionen har lågare overleving for eggstokkreft enn dei andre regionane i landet (men denne er ikkje statistisk signifikant).
- Kirurgi ved eggstokkreft er teknisk krevjande og kvalitet på kirurgi er viktig for den langvarige prognosen for pasientane. Fleire studiar viser at sentralisering av eggstokkreft frå mindre sjukehus til universitetssjukehus har gitt betre kvalitet og høgare overleving (studiar har imidlertid ikkje undersøkt om sentralisering mellom to universitetssjukehus som Helse Bergen og Helse Stavanger kan gi auka overleving).
- Helse Bergen har dei siste åra hatt eit klart større volum på avansert eggstokkreft enn Helse Stavanger, og Helse Bergen angir at volumet er på grensa av kva som er nødvendig for å oppretthalde nødvendig kompetanse hos sentrale kirurgar samtidig som det skal gis opplæring av nye kirurgar. Helse Bergen når i dag volum-kravet for å vere eit ESGO sertifisert senter på standard nivå, men det gjer ikkje Helse Stavanger. Helse Bergen kan med sitt volum sikre at gynkreftkirurgane arbeider med gynkreft i nær heile si arbeidstid, medan dette ikkje er mogleg i Helse Stavanger.

- Dei kompensierende tiltaka som er ei viktig føresetnad for modell 1 vil vere ressurskrevjande og det er uvisse om dei kan gjennomførast og om dei vil vere tilstrekkelege for å lukkast.
- Med voluma for eggstokkirurgi i Helse Stavanger vil det vere krevjande å oppretthalde god kompetanse over tid, og Helse Stavanger vil framleis vere avhengige av tett samarbeid med andre sjukehus nasjonalt og internasjonalt.

Fagfellevurderinga foreslo mange tiltak for å styrke tilbodet til pasientar med gynekologisk kreft i regionen. Prosjektgruppa har slutta seg til dei aller fleste av desse tiltaka (med unntak av diskusjonen kring modell 1 vs. 2 og 4). Prosjektgruppa foreslår at følgjande tiltak vil vere viktige for å styrke tilbodet:

Tiltak som er gjennomførte eller påstarta:

- Etablere ein eigen seksjon for gynekologisk kreft i Helse Bergen og under dette tilsetje ein fagleg leiar med mandat og ressursar til gjenoppbygning av ein gynekologisk kreftseksjon.
- For å byggje opp nødvendig kirurgisk kompetanse i Helse Bergen raskast mogleg og på høgast nivå, bør dei noverande overlegane som opererer gynekologisk kreft eller er ansvarleg for medikamentell behandling ha hovudvekta av arbeidstida si til gynekologisk kreft, i tråd med ESGOs kvalitetskrav.
- Starte rekruttering av erfarne gynekologiske kreftkirurgar til Helse Bergen, for å byggje eit robust fagmiljø med minst seks gynekologiske kreftkirurgar. Det er per no 3-4 sterke fagpersonar innan gynekologisk kreft som bidrar vesentleg til opplæringa av 4 nye gynekologiske kreftkirurgar i Helse Bergen; desse har no arbeida 3-4 år fulltid med gynekologisk kreft.
- Innføre ein god struktur og tydeleg leiing i regionale MDT-møte.
- Standardisere utgreiing av livmorhalskreft på regionalt nivå.

Tiltak som bør settast i verk/styrkast

- Samarbeidsavtalane mellom helseføretaka i regionen om gynekologisk kreft må styrkast og prosjektgruppa meiner dette bør skje så raskt som mogleg og seinast innan utgangen av 2026. Innhaldet i desse vil vere annleis om ein vel modell 1 eller 4.
 - Felles for modell 1 og 4:
 - Regionalt MDT skal omfatte alle pasientane til regionen for felles planlegging av kirurgi/primærbehandling.
 - Etablering av eit vekentleg, strukturert MDT-møte for medikamentell behandling.
 - Faggrupper på tvers som mellom anna vurderer behandling for pasientar, organiserer undervisning og legger til rette for deltaking i kliniske studiar.
 - Auke frekvensen på fysiske møte for å styrkje det felles fagmiljøet.
 - Ved val av modell 1 må dei reviderte avtalane i tillegg beskrive følgjande forhold:

- Systematisk, planmessig og regelmessig hospitering mellom alle sjukehus i regionen for kompetanseheving og tettare samhald mellom fagfolka.
 - Planlagde dagar for fellesoperasjonar mellom HUS og SUS, kor kirurgar frå begge fagmiljø deltek. Dette må gjerast mest mogleg forpliktande og planmessig og forutsett tett samarbeid mellom avdelingane og medarbeidarane.
 - Rotasjonsordningar for legar mellom helseføretaka som sikrar at det blir gitt god, oppdatert og evidensbasert medikamentell behandling på alle sjukehusa.
 - Ved val av modell 4 må reviderte samhandlingsavtalar beskrive nye rutinar for fordeling av pasientar.
- Utvikle ein ESGO-basert utdannings- og kompetanseplan for gynekologar i spesialisering innan gynekologisk kreft.
 - Innføre ein heilhetleg kirurgisk praksis i tråd med internasjonale retningslinjer, og dessutan å sikre den nødvendige operative kapasiteten. Det må tas initiativ til en nasjonal diskusjon om sentralisering av kirurgi for avansert livmorhalskreft og vulvakreft, samt kurativ strålebehandling for livmorhalskreft og vulvakreft. Om ein vel ein sentralisert modell for kirurgi av eggstokkreft bør ein imidlertid truleg også velje ein sentralisert modell for operasjon av avansert livmorhalskreft og vulvakreft.
 - Utvikle eit attraktivt utdanningsløp for LIS-legar som sikrar god rekruttering i eit tiårsperspektiv.

Etter denne første perioden på om lag 2-3 år bør regionen etablere eit komplett utdanningsprogram for gynekologar i spesialisering innan gynekologisk kreft med rotasjonssystem til sjukehus som er ESGO godkjent.

Det bør også vere eit mål å auke forskingsaktiviteten innan gynekologisk kreft i regionen. På lang sikt bør Helse Bergen setje i gang prosess for ESGO-akkreditering som utdanningscenter innan gynekologisk kreft, med dagens volum kan Helse Stavanger ikkje nå slik akkreditering.

Uavhengig av val av modell vil det vere viktig å følgje med på at tilbodet utviklar seg i positiv retning og dette bør mellom anna inkludere følgande:

- Initiere et regionalt arbeid med oppfølging og forbetring av kvalitetsindikatorar knytt til gynekologisk kreft, som til dømes overleving, del opererte pasientar med komplett reseksjon, pasientrapporterte utfall etc.
- Pakkeforløpsdata innan gynkreft, som til dømes tid til avgjerd og start behandling.
- Grad av etterleving av at alle pasientar blir meldt til regionale MDT møter.
- Tal pasientar som blir diskutert i dei medikamentelle regionale MDT møta.
- Målingar av pasienttilfredsheit blant pasientar med gynekologisk kreft gjennom oppfølging av det regionale rammeverket for pasientsikkerheit.

- Oppfølging av at dei reviderte samarbeidsavtalane fungerer etter hensikta

Konklusjon

Prosjektgruppa er samde i ei rekke tiltak som kan styrke tilbodet i regionen innan gynekologisk kreft. Prosjektgruppa er imidlertid ikkje samde i om val av modell 1 eller modell 4 er det beste valet for regionen. Rapporten beskriv fordelar, ulemper, risikoar og kva som må til for å lukkast med dei ulike modellane. Uavhengig av kva modell som blir vald må man følgje med på at utviklinga går i positiv retning og det bør gjerast ei vurdering av status om 2-3 år for å vurdere om tiltaka har fungert etter hensikta.

10 Prosjektorganisering

- Mandat for prosjektet fekk tilslutning i Direktørmøtet i Helse Vest 2. mars 2026.
- Prosjekteigar er administrerande direktør i Helse Vest Inger Cathrine Bryne.
- Rapport skal leverast Helse Vest før sommaren 2026
- Rapporten blir lagt fram for styra i dei lokale helseføretaka i løpet av august 2026.
- Rapporten blir lagt fram for styret i Helse Vest RHF 8. september 2026.

Styringsgruppa har bestått av følgjande representantar:

Namn	Rolle	Føretak/organisasjon
Inger Cathrine Bryne	Leiar	Helse Vest RHF
Direktørmøtet i Helse Vest	medlemmer	
Fagdirektørane	Bisittarar	
Hildegunn Enge	medlem	KTV SAN
Ingeborg Sævareid	medlem	KHVO

Prosjektgruppa har bestått av følgjande representantar:

Namn	Rolle	Føretak/organisasjon
Bjørn Egil Vikse	Leiar	Helse Vest RHF
Trude Folkestad	medlem	Helse Førde
Lorentz Erland Linde	medlem	Helse Bergen
Jone Trovik	medlem	Helse Bergen
Ingvild Svåsand	medlem	Helse Fonna
Marit H. Christiansen	medlem	Helse Stavanger
Elisabeth Berge-Nilsen	medlem	Helse Stavanger
Zuzana Huncikova *	medlem	Tillitsvald Helse Stavanger
Bjørn Liljestrand Husebø *	medlem	Tillitsvald Helse Bergen
Marius Bergeslien Malmo *	medlem	Verneombod Helse Stavanger

Ingunn Toft *	medlem	Verneombod Helse Bergen
Hege Margaretha Skjelbred-Knudsen	medlem	Regionalt brukarutval i Helse Vest
Jorun Nilsen Stallemo	medlem	Gynkreftforeningen
Gjertrud Jacobsen	Sekretariat	Helse Vest RHF

* Tilsette i Helse Vest har vore representert av føretaksverneombud og føretakstillitsvalte for overlegeforeninga ved SUS og HUS i prosjektgruppa.

Styringsgruppa har hatt følgjande møter:

Dato	Stad
20. april 2026	K8
11. mai 2026	Teams
8. juni 2026	Teams

Prosjektgruppa har hatt følgjande møter:

Dato	Tidsramme	Stad
24. mars 2026	09:30 – 15:30	Clarion Flesland
28. april 2026	09:30 – 15:30	Clarion Flesland
21. mai 2026	08:00 – 10:00	Teams
9. juni 2026	09:30 – 15:30	Clarion Flesland
18. juni 2026	08:00 – 11:30	Teams

Prosjektrapporten vart godkjent av prosjektgruppa 19. juni 2026.

Styringsgruppa godkjende rapporten 29. juni 2026, og at den blir sendt ut til helseføretaka for innspel.

10.1 Appendix Innspel frå Helse Stavanger

Administrerende direktør i Helse Stavanger har ved siste behandling av rapporten i styringsgruppa for prosjektet ønska at følgjande blir presisert som synspunkt frå Helse Stavanger:

Sentralisering

Sentralisering av eggstokkreft alene er ikke anbefalt av fagfellene. Likevel framstilles dette bare som en ulempe dersom oppgaven legges til Stavanger. Forslaget kom over bordet i prosjektgruppen, og ble sendt til styringsgruppen før prosjektgruppen fikk skriftliggjort protest mot dette. Sentralisering har ikke tidligere vært gjort på denne måten. I andre tilfeller har man sentralisert all gynekologisk kreft. Helhetlig tilnærming til utredning, behandling og oppfølging av gynekologisk kreft krever tett tverrfaglig samarbeid om utredning og behandling, der kirurgisk og medisinsk behandling med kjemoterapi bør ses under ett. Dette er i liten grad dekket i fagfellevurderingen.

Å samle kirurgi ett sted kan gi bedre kvalitet på kirurgien isolert, men målet er økt overlevelse. Det krever kontinuitet i behandlingsskjeden. Årsrapporten for gynekologisk kreft viser ingen forskjell i overlevelse mellom pasienter operert ved SUS, og pasienter operert ved HUS.

Rekruttering

Fagfellevurderingen framholder at Helse Bergen ikke kan ivareta all gynkreftkirurgi i løpet av en treårsperiode uten å rekruttere eksterne gynekologer. Dette underslås i rapporten.

Det er ikke enighet i arbeidsgruppen om presentasjon og premisser for vurdering av modell 4. Evidens fra sentralisering ved andre sentre har vært basert på at kirurgene allerede ved tidspunktet for sentralisering, har volum og kompetanse for å bli ESGO-akkreditert. Det har ikke vært basert på sentralisering til senter som kan oppnå akkreditering 3-5 år fram i tid.

Under modell 1 er en av ulempene Kan vere vanskelegare å rekruttere til Helse Bergen om det er krav om rotasjon til mindre sentra i regionen. Det har ikke vært snakk om krav om rotasjon, men gjeldende samarbeidsavtale mellom HUS og SUS spesifiserer at en bør tilstrebe at kirurger fra de to sentra opererer sammen jamfør samarbeidsavtale.¹²

Rapporten beskriver i liten grad situasjonen før 2024, dette er relevant for å vurdere realismen i de ulike modellene arbeidsgruppen beskriver.

Definisjon av sårbare fagmiljø

¹² samarbeidsavtale § 3.1.4 beskriver følgjande om Utveksling av personell: For reduksjon av uønska variasjon av behandling vil ein prøve å få til bilateral utveksling av kirurgar mellom SUS og HUS. Avdelingane har som mål for 2023 at minimum ein medarbeidar frå SUS kjem til HUS og ein medarbeidar frå HUS kjem til SUS for utveksling.

Har arbeidsgruppen vurdert mulige følger av å klassifisere et fagmiljø som «sårbart», et fagmiljø som har stabil bemanning med seks overleger, som fyller alle råd fra Helsedirektoratet om kompetanse og kvalitet for sykehus som utfører kreftkirurgi? Dette kan ha konsekvenser for andre høyspesialiserte fagmiljø og akuttberedskap både regionalt i Helse Vest og nasjonalt.

Økonomi

Det er en faggruppe som har utarbeidet rapporten. Økonomien i alle helseforetak i Helse Vest er anstrengt. Økonomi er likevel bare trukket fram for Helse Stavanger. Dette er inkonsistent. Dersom rapporten skal belyse økonomiske vurderinger, bør grunnlag og vurderingsprosess samsvare for hvert sykehus og som helhet for Helse Vest.

Dersom man velger en modell med ett regionalt senter, bør man også ta stilling til behov for ressurser og kapasitet. Alle modeller krever investering, men investeringskostnad og risiko er større i Modell 3 og 4. Økonomisk beregning av tiltakene som er foreslått, med tilhørende budsjettmessige konsekvenser, vil være relevante for styringsgruppens vurderinger og for videre behandling i Helse Vest.

Vedlegg:

Fagfellevurdering innen gynekologisk kreft i Helse Vest ([lenke](#))