

Rapport

Kreftkirurgi i Helse Midt-Norge

*Versjonsdato. 280504
Godkjent dato:*

Innhold

| | | |
|-------|--|----|
| 1. | INNLEDNING | 3 |
| 2. | BESLUTNINGS- OG OMSTILLINGSPROSESSEN..... | 3 |
| 3. | ROLLER OG ANSVAR | 4 |
| 4. | SENTRALISERING VS DESENTRALISERING I HMN | 5 |
| 5. | HELSE MIDT-NORGES PRINSIPPVURDERING | 7 |
| 6. | KREFTKIRURGI, ENKELTE LIDELSER | 8 |
| 6.1. | TESTIKKELKREFT | 9 |
| 6.2. | PROSTATAKREFT..... | 11 |
| 6.3. | URINBLÆRE | 13 |
| 6.4. | NYRE..... | 15 |
| 6.5. | SKJOLDBRUKSKJERTEL | 17 |
| 6.6. | BUKSPYTTKJERTEL | 19 |
| 6.7. | LEVER OG GALLEVEI | 21 |
| 6.8. | SPISERØR | 22 |
| 6.9. | MAGESEKK..... | 24 |
| 6.10. | BRYSTKJERTEL | 26 |
| 6.11. | ENDETARM..... | 28 |
| 6.12. | TYKKTARM | 30 |
| 7. | UNDERLAGSDOKUMENTER..... | 32 |

1. Innledning

For mange kreftpasienter er kirurgisk behandling avgjørende for overlevelse og livskvalitet. Det pågår et kontinuerlig arbeid i fag- og forskningsmiljøene, nasjonalt og internasjonalt, for å utvikle metoder som er skånsomme for pasienten, og som gir best mulig behandlingsresultater.

Kvaliteten på gjennomføring av det kirurgiske inngrepet er avhengig av at kirurgen og teamet rundt kirurgen har godt utstyr, gode samhandlingssystemer, gode støttetjenester, vedlikeholdte kunnskaper og ferdigheter.

For kreftformene som forekommer sjelden vil hvert sykehus i Helse Midt-Norge ikke kunne operere mange pasienter hver. Helse Midt-Norge har derfor vurdert sykehusene grunnlag for å opprettholde tilstrekkelig kvalitet på de kirurgiske tjenestene og foreslått restrukturering av aktiviteten i tråd med de overordnede målsettinger om kvalitet.

Helsedepartementet har i styringsdokumentet til Helse Midt-Norge for 2004 (kapittel 2.1.1) bedt spesielt om å legge kunnskap om volum-kvalitet til grunn for organisering av tjenesten i regionene. Kreftbehandling er nevnt spesielt som ett av de områdene hvor det forventes en gjennomgang.

Det er prinsipiell enighet i foretaksledelsen og i fagmiljøene om at en sentralisering vil styrke kvalitet og sikkerheten for de pasientene det gjelder. Det er samtidig ikke enighet i alle fagmiljøer om hva som er lave volum, og det pekes også på at kreftkirurgi ikke utelukkende skal lokaliseres på bakgrunn av volum fordi også andre faktorer er viktige for pasienten.

Det ligger utfordringer i beslutnings- og gjennomføringsprosessen, og Helse Midt-Norge vil lytte til råd fra et aktivt fagmiljø og deres ledere.

- Hvor går grenser til "lavt volum"?
- Hvordan skal pasientstrømmer reorganiseres slik at pasienten opplever å få ett sammenhengende tilbud.
- Hvordan skape trygghet i fagmiljøene for at beslutningene ikke har en skjult agenda for nedbygging av de mindre sykehusene.
- Hvordan skape troverdighet i befolkningen til at tiltakene er kvalitetstiltak og ikke et sparetiltak hvor distriktene må betale prisen.

Helse Midt-Norge RHF benytter eierstyringsposisjonen for å definere strukturen på kreftkirurgitilbudet.

2. Beslutnings- og omstillingsprosessen

Helse Midt-Norge vil gjennom eierstyring fatte beslutning om lokalisasjon av kreftkirurgi (jfr kapittel 3). Ansvaret for å framskaffe beslutningsgrunnlag er lagt til fagdirektøren. Forslag til struktur legges fram for styret i Helse Midt-Norge RHF for beslutning medio 2004

Helse Midt-Norge RHF, ved fagdirektør inviterte HFene til å delta i et arbeidsmøte med en kreftkirurg fra hver av sykehuslokalisasjonene. I tillegg til kirurgene deltok 2 onkologer og en brukerrepresentant utnevnt av det regionale brukerutvalg. Målsettingen var å innhente faglige råd i beslutningsprosessen basert på dialog.

HF-direktørene får framlagt innstilling til vedtak i Direktørmøtet før styrevedtak. Det regionale brukerutvalg får framlagt dokumentet før styrevedtaket.

Underlaget for diskusjon var produksjonsstatistikk fra Helse Midt-Norge¹ og HFenes egne produksjonsstatistikker. HFenes tall var noe høyere enn NPR tall, men avvikene var ikke store, og det var ikke noen HF som systematisk hadde større avvik enn andre. I tillegg til produksjonsstatistikk ble det under møtet benyttet onlinedata fra Kreftregisterets tabeller², og arbeidsdokument fra Helse Øst³ og resultater fra vedtaksprosessen i Helse Nord.

Når strukturen er besluttet vil Helse Midt-Norge initiere en prosess hvor behandlingsløpene tilpasses den nye strukturen. Dette blir viktig for å sikre pasientene sømløse og ansvarlige løp gjennom hele sykdomsperioden. De enhetene som blir gitt ansvar for kreftkirurgi er ansvarlig for å etablere praktiske samhandlingsystemer, implementere prosedyrer, definere krav til henvisende instanser, utforme konsepter for opplæring av behandlere, pasienter og pårørende, utforming av informasjon til pasienter, system for utskriving og beskrivelser av oppfølgingsprogrammer. Tiltakene skal harmoniseres i regionen når flere enheter har ansvar for samme fagområde.

I tillegg vil Helse Midt-Norge, gjennom ledelseslinjen arbeide for å sikre kirurgene i alle sykehusene faglige utviklingsmuligheter gjennom konsistente utvekslingsordninger. Kirurger fra sykehus som ikke skal utføre planlagt kreftkirurgi skal bli kunne følge "egne" pasienter for å utføre det kirurgiske inngrepet dersom kompetanse grunnlaget er opprettholdt.

Helse Midt-Norge vil følge utviklingen nøye og ta konsekvensen av erfaring og tilførsel av nye metoder og ny viten. Tilbud skal bli kunne vurderes med tanke ytterligere sentralisering til flerregionale eller nasjonale sentre. Strukturen for kreftkirurgi vil derfor være dynamisk, men styrt av fortaksgruppens ledelse.

NB! Gynekologisk kreft er ikke vurdert i arbeidsmøtet. Tilbudet er i hovedsak sentralisert til Universitetssykehuset i Trondheim. Det samme gjelder lungekreft

3. Roller og ansvar

Ansvarsgrunnlaget for det enkelte inngrep ligger i HF. Helseforetaksledelsen har systemansvar i henhold til spesialisthelstjenesteloven § 2. og det utøvende team har ansvar i henhold til forsvarlighetskravene i Helsepersonelloven § 4.

Samtidig har Helse Midt-Norge RHF eierstyringsansvar, og kan definere strukturer i foretaksgruppen for å sikre og bedre kvalitet og ressursutnyttelse i henhold til Helseforetaksloven §1.

¹ Innhentet fra SINTEF Helse basert på NPR-recorden

² <http://www.kreftregisteret.no/>

³ Kreftkirurgi i Helseregion Øst (foreløpig rapport), Arild Nesbakken

4. Sentralisering vs desentralisering i HMN

Helse Midt-Norge legger til grunn en **desentralisert profil** for spesialisthelsetjenesten. Hvert HF har hovedansvar for å yte de fleste spesialisthelsetjenester i respektive basisopptaksområder. Det skal være tett tilknytning mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene gjennom desentraliserte tilbud (satellitt-poliklinikker, ambulant virksomhet, DPS, DMS mm). Også når det gjelder tilbud til kreftpasienter er desentrale tjenester en viktig del av tjenestetilbudet.

Helse Midt-Norge legger til grunn en **sentralisert profil** på de spesialiserte tjenestene. Tjenester som krever særskilt utstyr, spesialiserte ferdigheter, tjenester med behov for flerfaglig og tverrfaglig spesialkompetanse skal sentraliseres for å ta ut mulighetene som ligger i sammenhengen mellom volum og kvalitet, rasjonell ressursbruk og hensynet til spesialiserte utdanningsløp. Sentralisering kan skje på ulike nivå. En lokalisasjon i hvert HF, i noen få HF eller utenfor RHF-området. Universitetssykehusets rolle står i særstilling i denne hierarkiske modellen, men sentralisering kan skje i andre HF med tilstrekkelig kompetansegrunnlag

A) Hensyn som taler for sentralisering

| | |
|--|---|
| <i>Volum for å opprettholde kompetanse i alle ledd</i> | Antall nye pasienter og antall operasjoner pr år må være tilstrekkelig stort til at kirurgene – og øvrige fagfolk i teamet som foretar utredning, behandling og kontroll – kan opparbeide, opprettholde og videreutvikle tilstrekkelig kompetanse |
| <i>Volum for å gjøre evaluering</i> | Antall operasjoner bør være så stort at det er mulig å vurdere kvalitet / resultat av virksomheten |
| <i>Volum for å sikre effektiv logistikk</i> | Antall operasjoner bør være så stort at det er mulig å planlegge og gjennomføre gode prosesser |
| <i>Tilgang til spesialisert utstyr</i> | Sykehusene må ha det utstyret som er nødvendig for å gjennomføre en kvalitetsmessig god utredning og behandling, og utstyret må ha en kosteffektiv bruk av utstyret |

A.1) Hensyn som taler for sentralisering til universitetsklinikker

| | |
|--|---|
| <i>Pasientvolum for akademiske utvikling</i> | Universitetsavdelingene har et spesielt ansvar for forskning, kvalitetskontroll og fagutvikling, og kan ivareta denne oppgaven bare dersom de har et tilstrekkelig pasientvolum |
|--|---|

Pasientvolum for utdanning Universitetsavdelingene har også et spesielt ansvar for utdanning av medisinske studenter og annet fagpersonell, og for legers spesialistutdanning i kirurgi med grenspesialiteter og andre spesialiteter. Disse oppgaver kan bare ivaretas dersom de har et høyt pasientvolum.

Spesialkompetanse Universitetsavdelingenes spesialkompetanse og erfaring med komplekse tilstander kan styrke kreftkirurgiske behandlingen

B) Hensyn som taler for fortsatt desentralisert kreftkirurgi

Geografisk nærhet Geografisk nærhet til hjemmemiljøet kan redusere belastning med reiser.
Desentraliserte løsninger kan redusere reisekostnader

Helhetlige problemstilling Det kan være viktig for helhet og for vedlikehold av kompetanse i den ikke-kirurgiske del av forløpet at samme ressurser utreder, behandler og følger opp

Hensynet til sykehuset De mindre sykehusenes framtidige funksjon kan endres, og dette kan ha betydning bl.a. for rekruttering av personell, opprettholdelse av funksjoner etc

Usikker sammenheng mellom volum-kvalitet Det er ikke sikker forskningsbasert kunnskap om sammenheng mellom volum-kvalitet

Kreftkirurgi en del av totalaktivitet Betydningen av kirurgens erfaring med operasjon av andre, godartede tilstander

Kreftkirurgi kan nå kapasitetsgrenser Pasienttilbudet kan nå kapasitetsgrenser som forringer tilbudet til pasienten dersom lokale tiltak legges ned, uten at tilsvarende kapasitet bygges opp andre steder

Profesjonshensyn Opparbeidet kunnskap og erfaring fra spesialenheter kan ligge på svært høyt nivå, og det kan derfor oppleves urimelig ikke å kunne få opprettholde ferdighetene

5. Helse Midt-Norges prinsippvurdering

Helse Midt-Norge velger å legge vekt på sammenheng mellom **volum og kvalitet**.⁴ Det er ingen forutsetning for argumentasjonen at det er vitenskapelig vist sammenheng mellom volum og kvalitet. Derimot er det en forutsetning at det motsatte ikke kan påvises. En rekke utredninger understøtter volum som en viktig faktor, selv om også andre faktorer er viktige. Prinsippet om volumtrening er anerkjent i all spesialisering, og det er derfor logisk å videreføre dette til utførefasen.

Volum er, i tillegg til selve kirurgien, viktig for evaluering og for å utnytte spesialisert utstyr optimalt

Volumer i beslektede prosedyrer veier tungt når en velger å vektlegge volum som en kvalitetsfaktor.

Helse Midt-Norge velger å vurdere volum for kirurgiske team og fagsystemer som støtter kirurgien. Kirurgens ferdigheter alene er derfor ikke tilstrekkelig, selv om kirurgen spiller en sentral rolle.

Mellomløsninger med mobile kirurgiteam eller deler av team som understøtter lokale tilbud kan være en god løsning, men det forutsetter at løsningen er permanent og en innarbeidet del av ordinær aktivitet. Ad hoc-løsninger med "private" avtaler hvor kirurger eller andre spesialister utfører tjenester er ikke akseptabelt for avansert kreftkirurgi i Helse Midt-Norge.

Helse Midt-Norge legger vekt på miljøenes "robusthet". Dette innebærer at spesialisert kirurgi ikke skal baseres på enkeltpersoner. Minst 2 kirurger i samme disiplin anses viktig for å kunne tilby en stabil og god tjeneste⁵. Telestøttede spesialfunksjoner som radiologi, patologi og kirurgisk supervisjon kan understøtte robusthet, men det forutsettes at dette er implementert som system, og at disse er stabile og faglig solide.

Helse Midt-Norge vil i utgangspunktet unngå unødig reising, både for å spare pasienten for belastning og for å redusere kostnader. For kirurgisk primærbehandling vil reiseavstanden allikevel ikke vektlegges som avgjørende faktor i valg av lokalisasjon. For viderebehandling og oppfølging som strekker seg over tid er reiseavstand viktig

Helse Midt-Norge legger vekt på å opprettholde sterke lokale enheter. De minste sykehusene er mest utsatt ved tap av funksjoner, hovedsakelig gjennom tap av nøkkelpersonell. Kreftkirurgi er en liten andel av den totale produksjon i sykehusavdelinger med kirurgi-funksjoner. Hvis bortfall av kreftkirurgi alene får store konsekvenser på bemanningssiden er det grunn til å stille spørsmål ved robusthet i systemene.

Det er en forutsetning for å vurdere lokale løsninger at virksomheten bygger på gjennomgående samhandling i eget HF og i tillegg har etablert faglige nettverksforbindelser med miljøer utenfor HF. Dette innebærer bla at standardprotokoller skal benyttes, og gjennomføringsevnen i henhold til protokoller skal evalueres.

⁴ Det vises til kapittel 7 med oversikt over relevante rapporter og utredninger.

⁵ Statens Helsetilsyn utredningsserie 6/94: Organisering av gastroenterologisk cancerkirurgi i Norge (leder Stener Kvinnsland)

Helse Midt-Norge vil aktivt vurdere kapasitetsgrenser for kreftkirurgi. Ved omlegging av strukturen med vekt på sentralisering kan kapasitet bli begrensende. Det er derfor viktig for Helse Midt-Norge å sette fokus på ressursfordeling slik at omleggingen i seg selv ikke skaper kødannelse og forsinkelser.

Helse Midt-Norge velger å vektlegge Universitetssykehuset i Trondheims fortrinn når det gjelder utstyr, sykehusets særlige tverrfaglige kompetansetilgang og sykehusets særlige behov for pasientgrunnlag for videreutviklingsarbeid og opplæring.

6. Kreftkirurgi, enkelte lidelser

Forekomst og behov for kirurgi

Antall nye krefttilfelle pr. år i Helse Midt-Norge og reseksjonsrater**.*

| Organ | Årlig antall nye tilfelle | Reseksjonsrate | Anslått behov for reseksjoner*** |
|--------------------|---------------------------|--------------------|----------------------------------|
| Spiserør | 22 | 15 - 25 % | 5 |
| Magesekk | 97 | 60 - 70 % | 60-70 |
| Tykkertarm | 373 | 80 - 85 % | 300-320 |
| Endetarm | 154 | 65 - 70 % | 100-110 |
| Bukspyttkjertel | 97 | 10 % | 10 |
| Lever, galleveier | 34 | 10 % | 5 |
| Brystkjertel | 335 | > 95 % | 330 |
| Skjoldbruskkjertel | 28 | > 95 % | 28 |
| Prostata | 367 | 6-7 % ⁶ | 25 |
| Testikkel | 44 | - | - |
| Nyre | 97 | 65 % | 65 |
| Urinblære | 180 | 10 % | 20 |

*Kilde insidenstall: Kreftregisteret

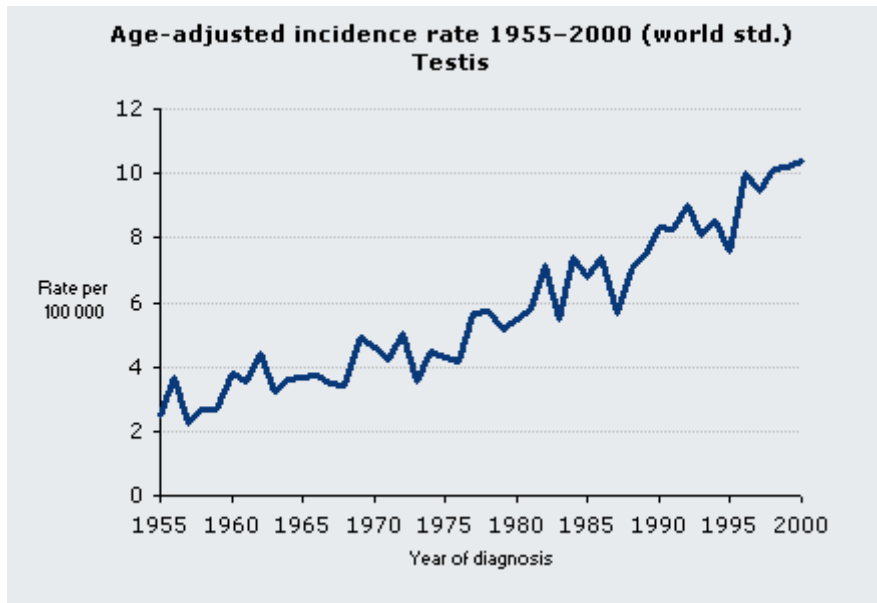
**Kilde reseksjonsrate: : Kreftkirurgi i Helseregion Øst (foreløpig rapport), Arild Nesbakken

*** betydelig avrundede tall

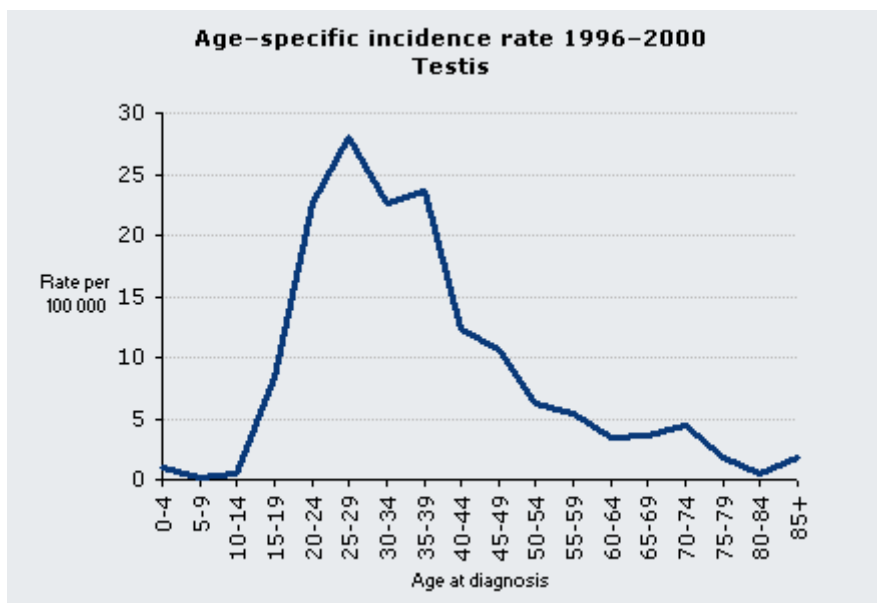
⁶ radikal cystectomy

6.1. Testikkelkreft

Utvikling av kreft i Norge



Kilde: Kreftregisteret



Kilde: Kreftregisteret

Årlig antall nye krefttilfeller i Midt-Norge

| ICD7 | Lokalisasjon | Nye tilfeller |
|------|------------------|---------------|
| 178 | Helse Midt-Norge | 44 |

Kilde: Kreftregisteret

Kirurgisk behandling i Helse Midt-Norge

Ondartet svulst i testikkel (hoveddiagnose C62)

| INST | 2002 | | 2003 | |
|-----------------------|------|-----|------|-----|
| | KFC | KFD | KFC | KFD |
| Molde sjukehus | 3 | | 6 | |
| Kristiansund sjukehus | 3 | | 2 | |
| Ålesund sjukehus | 4 | 2 | 2 | 5 |
| Volda sjukehus | 3 | | | 1 |
| St. Olavs hospital | 16 | 3 | 23 | 5 |
| Sykehuset Namsos | | | 1 | |
| Sykehuset Levanger | 5 | | 5 | 1 |
| Totalt | 34 | 5 | 39 | 12 |

KFC: Eksisjon av testikkel og epididymis

KFD: Reseksjon av skrotalorganer

Kilde: NPR

Helse Midt-Norges vurdering

Volumet i sykehusene utenom St.Olavs Hospital er lavt. Det forventes fortsatt økning i antall tilfeller. De kirurgiske prosedyrene er ukompliserte, standardiserte og krever i liten grad kirurgisk teamarbeid eller høyspesialisert utstyr eller samtidige støttetjenester. Helse Midt-Norge mener at det er viktig at sykehuset har spesialist i urologi. Sentralisering vurderes ikke som nødvendig.

Alle pasienter skal postoperativt henvises til onkologisk tilleggsbehandling.

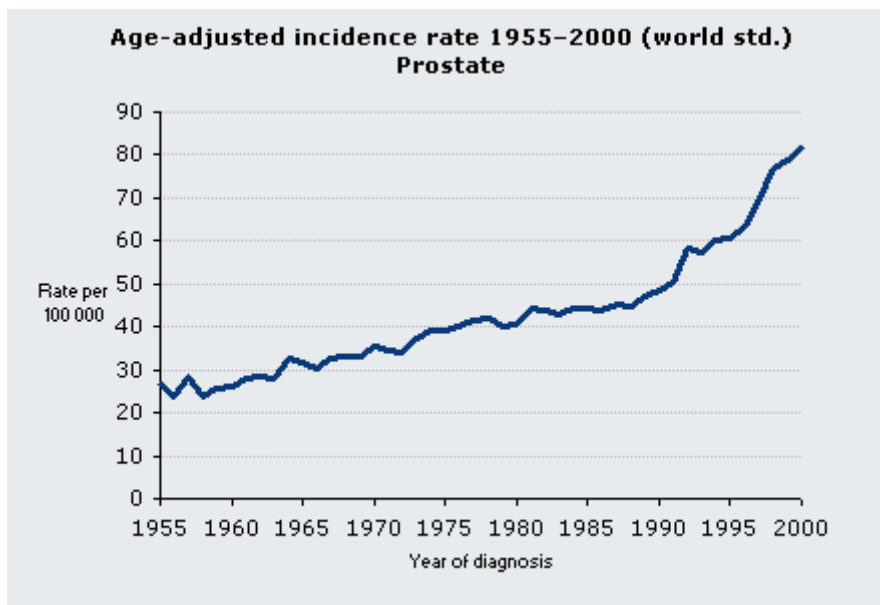
Konklusjon testikkelkreft:

De kirurgiske prosedyrene utføres i alle sykehus i HMN med spesialist i urologi.

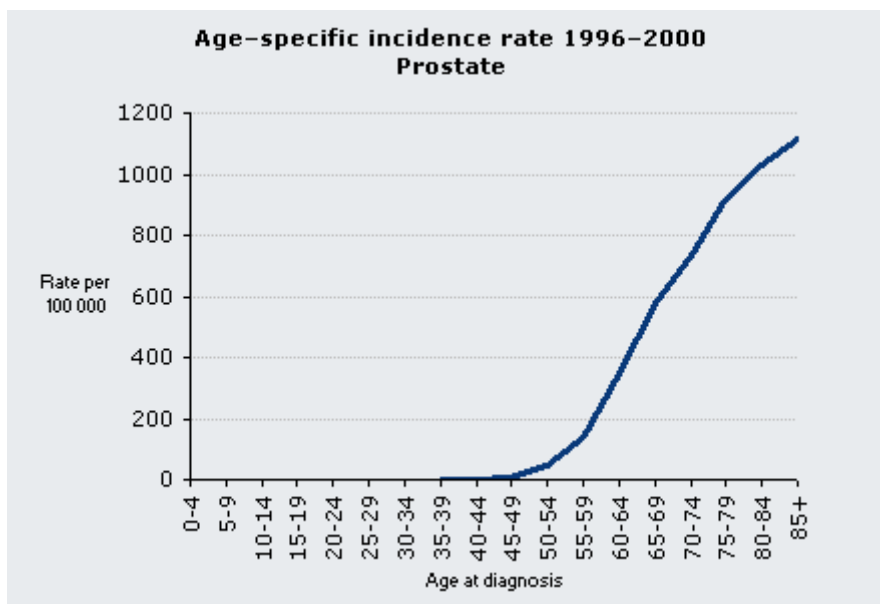
Onkologisk oppfølging skal skje i kreftavdeling.

6.2. Prostatakreft

Utvikling av kreft i Norge



Kilde: Kreftregisteret



Kilde: Kreftregisteret

Årlig antall nye krefttilfeller i Midt-Norge

| ICD7 | Lokalisasjon | Nye tilfeller |
|------|------------------|---------------|
| 177 | Helse Midt-Norge | 367 |

Kilde: Kreftregisteret

Kirurgisk behandling i Helse Midt-Norge

Ondartet svulst i blærehalskjærtel (hoveddiagnose C61)

| INST | 2002 | | 2003 | |
|-----------------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | KEC | KED | KEC | KED |
| Kristiansund sjukehus | | 22 | | 53 |
| Ålesund sjukehus | | 8 | | 8 |
| Volda sjukehus | | 2 | | 4 |
| St. Olavs hospital | 28 | 51 | 28 | 44 |
| Sykehuset Namsos | | 15 | | 8 |
| Sykehuset Levanger | | 16 | 7 | 27 |
| Totalt | 28 | 114 | 35 | 144 |

KEC: Eksisjon av prostata og sædblærer

KED: Reseksjon av prostata

Kilde: NPR

Helse Midt-Norges vurdering

Radikal prostatectomi krever avanserte kirurgiske prosedyrer og bør sentraliseres. Metodene er fortsatt under utvikling, og bør fortsatt være sentralisert til Universitetssykehuset i Trondheim.

Transurethrale prosedyrer kan utføres ved alle sykehus med fast ansatt urolog.

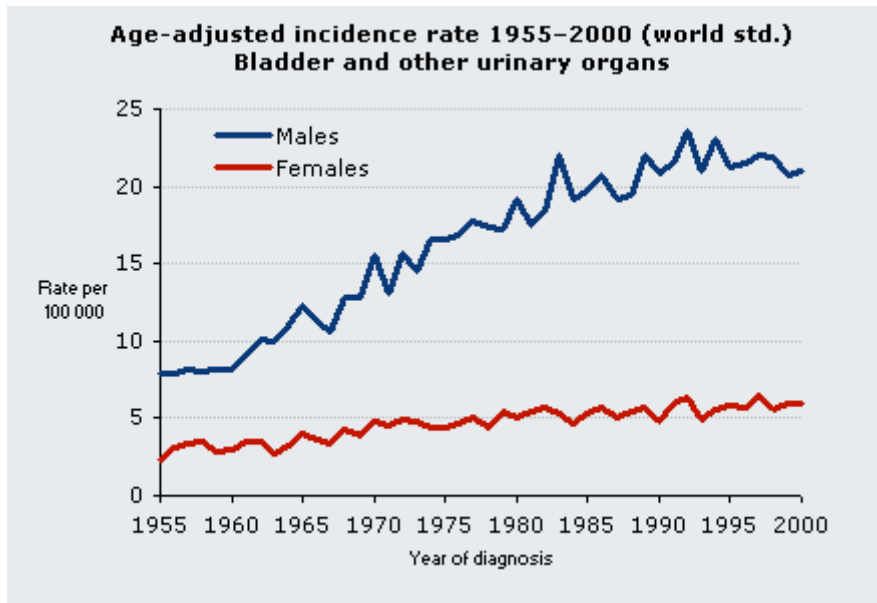
Konklusjon prostatakraft:

Radikal prostatectomi utføres ved Universitetssykehuset i Trondheim.

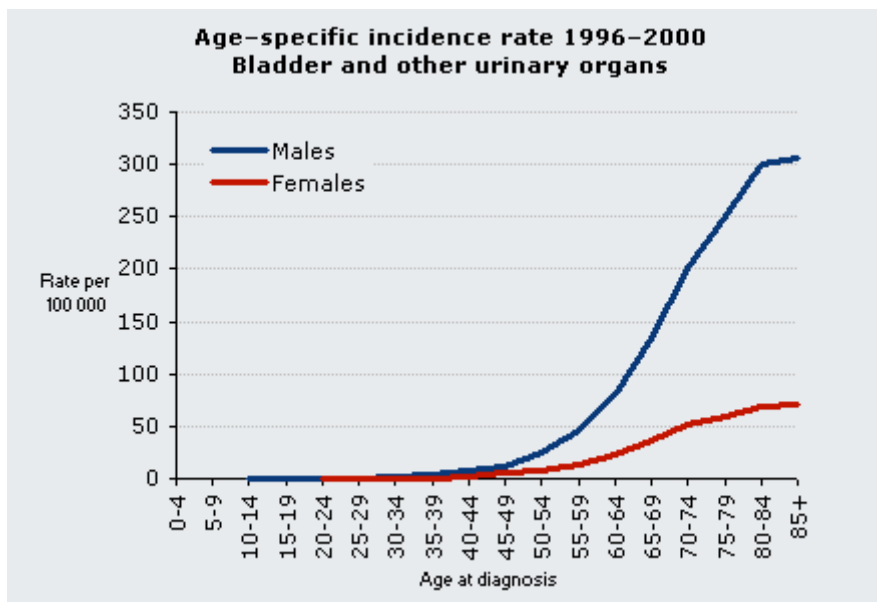
Transurethrale prosedyrer utføres ved alle sykehus i HMN med fast ansatt urolog.

6.3. Urinblære

Utvikling av kreft i Norge



Kilde: Kreftregisteret



Kilde: Kreftregisteret

Årlig antall nye krefttilfeller i Midt-Norge

| ICD7 | Lokalisasjon | Nye tilfeller |
|------|------------------|---------------|
| 181 | Helse Midt-Norge | 180 |

Kilde: Kreftregisteret

Kirurgisk behandling i Helse Midt-Norge

Ondartet svulst i urinblære (hoveddiagnose C67)

| INST | 2002 | | 2003 | |
|-----------------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | KCC | KCD | KCC | KCD |
| Kristiansund sjukehus | | 59 | | 67 |
| Ålesund sjukehus | | 60 | | 69 |
| Volda sjukehus | | 24 | | 10 |
| St. Olavs hospital | 26 | 213 | 20 | 207 |
| Sykehuset Namsos | | 11 | | 19 |
| Sykehuset Levanger | | 48 | 4 | 62 |
| Totalt | 26 | 415 | 24 | 434 |

KCC: Eksisjon av urinblære

KCD: Reseksjon av urinblære og destruksjon av blæretumor

Kilde: NPR

Helse Midt-Norges vurdering

Kreftkirurgi til pasientgruppen som krever radikal fjernelse av urinblæren og avansert urinavledning bør sentraliseres pga av avanserte prosedyrer.

Transurethrale prosedyrer kan utføres ved alle sykehus med fast ansatte urologer.

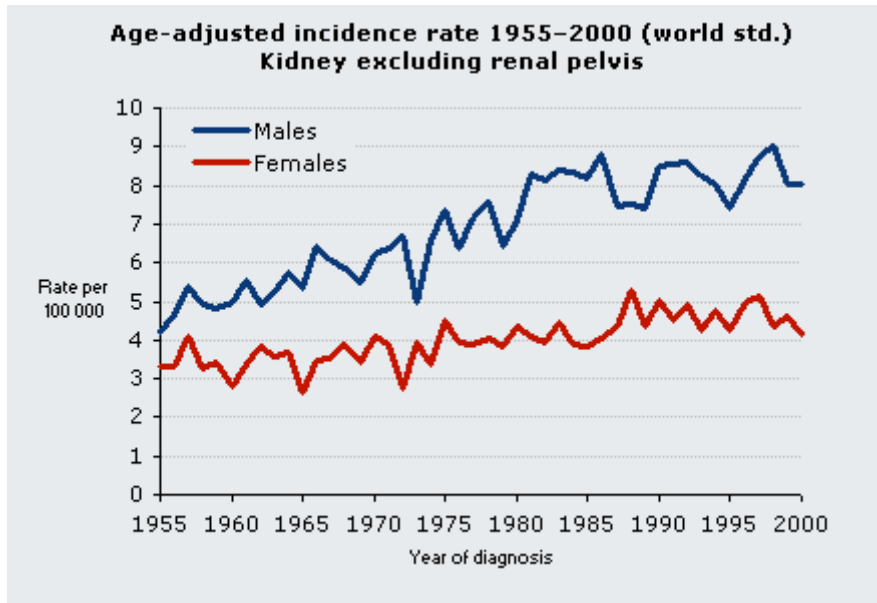
Konklusjon urinblærekreft:

Radikal fjernelse av urinblæren og avansert urinavledning utføres av Universitetssykehuset i Trondheim.

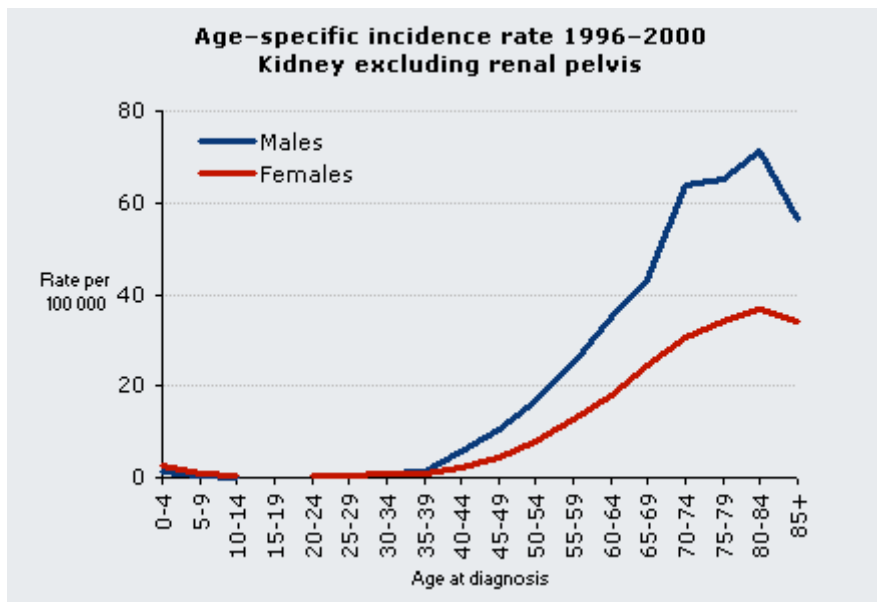
Transurethrale prosedyrer utføres ved alle sykehus i HMN med fast ansatt urolog.

6.4. Nyre

Utvikling av kreft i Norge



Kilde: Kreftregisteret



Kilde: Kreftregisteret

Årlig antall nye krefttilfeller i Midt-Norge

| ICD7 | Lokalisasjon | Nye tilfeller |
|------|------------------|---------------|
| 180 | Helse Midt-Norge | 97 |

Kilde: Kreftregisteret

Kirurgisk behandling i Helse Midt-Norge

Ondartet svulst i nyre (hoveddiagnose C64)

| INST | 2002 | | 2003 | |
|-------------------------|-----------|----------|-----------|-----------|
| | KAC | KAD | KAC | KAD |
| Orkdal san for sjukehus | 2 | | | 1 |
| Molde sjukehus | 1 | | 4 | |
| Kristiansund sjukehus | 1 | | 2 | |
| Ålesund sjukehus | 6 | | 19 | |
| Volda sjukehus | 1 | | | |
| St. Olavs hospital | 27 | 7 | 23 | 9 |
| Sykehuset Namsos | 2 | | 4 | |
| Sykehuset Levanger | 1 | | 5 | |
| Totalt | 41 | 7 | 57 | 10 |

KAC: Eksisjon av nyre

KAD: Reseksjon eller destruksjon i nyre

Kilde: NPR

Helse Midt-Norges vurdering

Prosedyrene er standardiserte, men også avanserte. Det er ikke store volum av kreftpasienter i sykehusene utenfor Trondheim og HMN vurderer derfor at planlagt kirurgisk behandling av kreft i nyre skal henvises til Universitetssykehuset i Trondheim

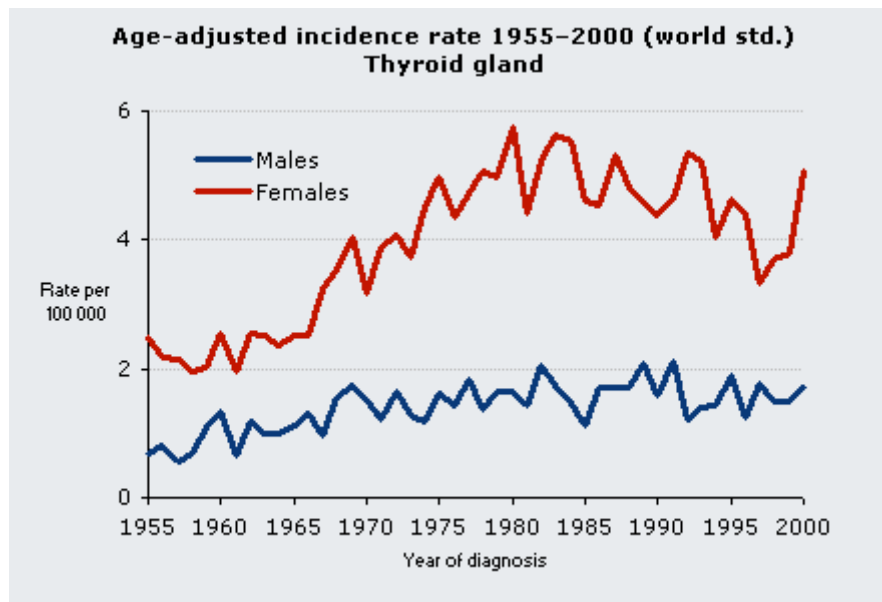
Konklusjon nyrekreft:

Planlagt kirurgisk behandling utføres av Ålesund sjukehus, Universitetssykehuset i Trondheim og Sykehuset Levanger

Planlagt kirurgisk behandling av kompliserte tilstander utføres av Universitetssykehuset i Trondheim

6.5. Skjoldbrusksjertel

Utvikling av kreft i Norge



Kilde: Kreftregisteret



Kilde: Kreftregisteret

Årlig antall nye krefttilfeller i Midt-Norge

| ICD7 | Lokalisasjon | Nye tilfeller |
|------|------------------|---------------|
| 194 | Helse Midt-Norge | 28 |

Kilde: Kreftregisteret

Kirurgisk behandling i Helse Midt-Norge

Ondartet svulst i skjoldbruskkjertelen (hoveddiagnose C78)

| INST | 2002 | 2003 |
|---------------------------------|-----------------|-----------------|
| | BAA40- BAA99 | BAA40- BAA99 |
| Molde sjukehus | 1 | 2 |
| Ålesund sjukehus | 5 | 7 |
| Volda sjukehus | 2 | |
| St. Olavs hospital Sykehuset | 11 | 12 |
| Levanger | 1 | 2 |
| Totalt | 20 | 23 |

BAA: Tyreoidea

Kilde: NPR

Helse Midt-Norges vurdering

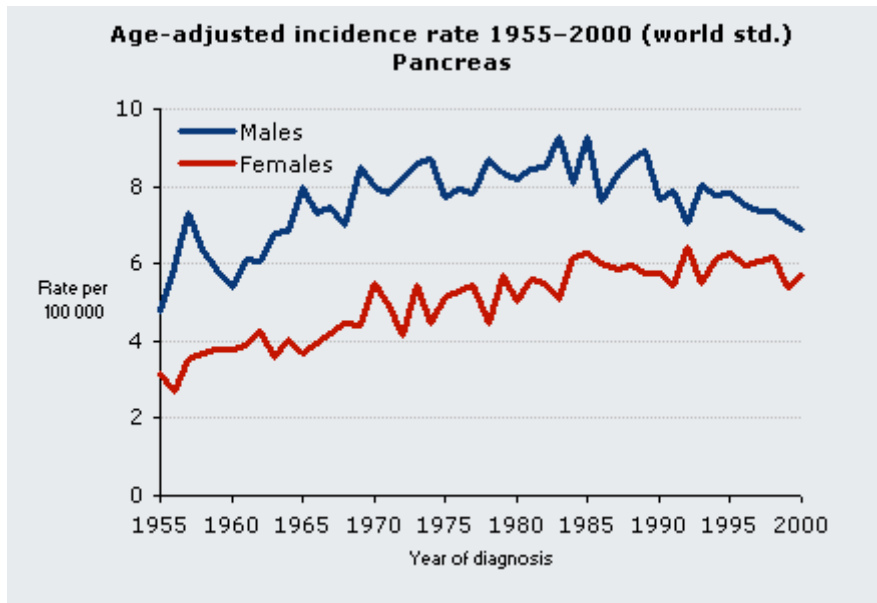
Det er sammenheng mellom kirurgi på benigne og maligne tilstander. Antall krefttilstander er lavt, og HMN vurderer derfor at planlagt kreftkirurgi henvises til Universitetssykehuset i Trondheim. HMN mener disse inngrepene skal utføres av endokrin kirurg i Universitetssykehuset i Trondheim, og vil derfor sentralisere kreftkirurgien på dette feltet til kirurgisk enhet med endokrinteam.

Konklusjon skjoldbruskkjertelkreft:

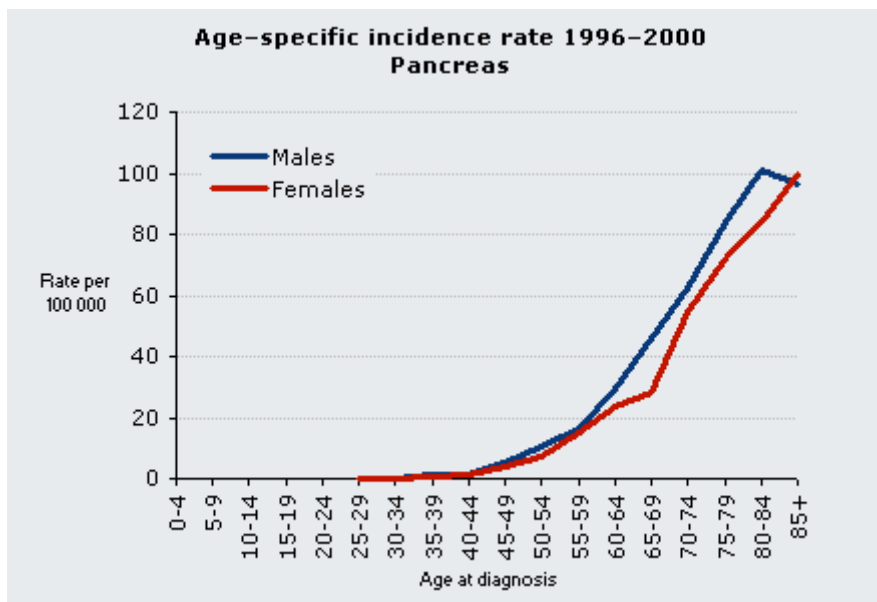
All planlagt kreftkirurgi i skjoldbruskkjertelen utføres ved Universitetssykehuset i Trondheim

6.6. Bukspyttkjertel

Utvikling av kreft i Norge



Kilde: Kreftregisteret



Kilde: Kreftregisteret

Årlig antall nye krefttilfeller i Midt-Norge

| ICD7 | Lokalisasjon | Nye tilfeller |
|------|------------------|---------------|
| 157 | Helse Midt-Norge | 97 |

Kilde: Kreftregisteret

Kirurgisk behandling i Helse Midt-Norge

Ondartet svulst i bukspyttkjertelen (hoveddiagnose C25)

| INST | 2002 | | | | | 2003 | | | | |
|-------------------------|----------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|----------|----------|-----------|-----------|
| | JLA | JLC | JKD | JKE | JDE | JLA | JLC | JKD | JKE | JDE |
| Orkdal san for sjukehus | | | 1 | | | | | | | 1 |
| Molde sjukehus | | | | 1 | 1 | | | 2 | 7 | 1 |
| Kristiansund sjukehus | | | 1 | 1 | 1 | | | | 1 | |
| Ålesund sjukehus | 3 | 3 | 1 | | | 2 | 2 | 1 | | |
| Volda sjukehus | | | | 1 | | | | | | 1 |
| St. Olavs hospital | 1 | 6 | 3 | 23 | 7 | 2 | 4 | 3 | 25 | 5 |
| Sykehuset Namsos | | | 3 | 1 | 2 | | | 1 | | 3 |
| Sykehuset Levanger | 1 | 1 | | 3 | | | | | 2 | |
| Totalt | 5 | 10 | 9 | 30 | 11 | 4 | 6 | 7 | 35 | 11 |

JLA: Eksplorasjon og biopsi av pancreas

JLC: Reseksjonsinngrep på pancreas

JKD: Biliogastromicostomi

JKE: Transduodenale operasjoner på gallegang og papilla

JDE: Ventrikelanastomose uten samtidig reseksjon

Kilde: NPR

Helse Midt-Norges vurdering

Volumet av behov for kirurgiske inngrep er lave. Krefttilstandene krever særdeles avansert kirurgi. Kirurgien bør skje i høykompetansemiljøer

Konklusjon bukspyttkjertelkreft:

Kirurgisk primærbehandling av kreft i bukspyttkjertelen utføres av Universitetssykehuset i Trondheim.

6.7. Lever og gallevei

Utvikling av kreft i Norge

Det er ikke tilgjengelig tabell på kreftregisterets nettsted

Årlig antall nye krefttilfeller i Midt-Norge

| ICD7 | Lokalisasjon | Nye tilfeller |
|---------|------------------|---------------|
| 155/156 | Helse Midt-Norge | 34 |

Kilde: Kreftregisteret

Kirurgisk behandling i Helse Midt-Norge

Ondartede svulster i lever og inrahepatiske galleganger og metastase i lever (hoveddiagnose C22 og C787)

| INST | 2002 | 2003 | |
|--------------------|------|------|-----|
| | JJB | JJA | JJB |
| St. Olavs hospital | 21 | 2 | 19 |

JJA: Lokale inngrep på lever

JJB: Leverreseksjon

Kilde: NPR

Helse Midt-Norges vurdering

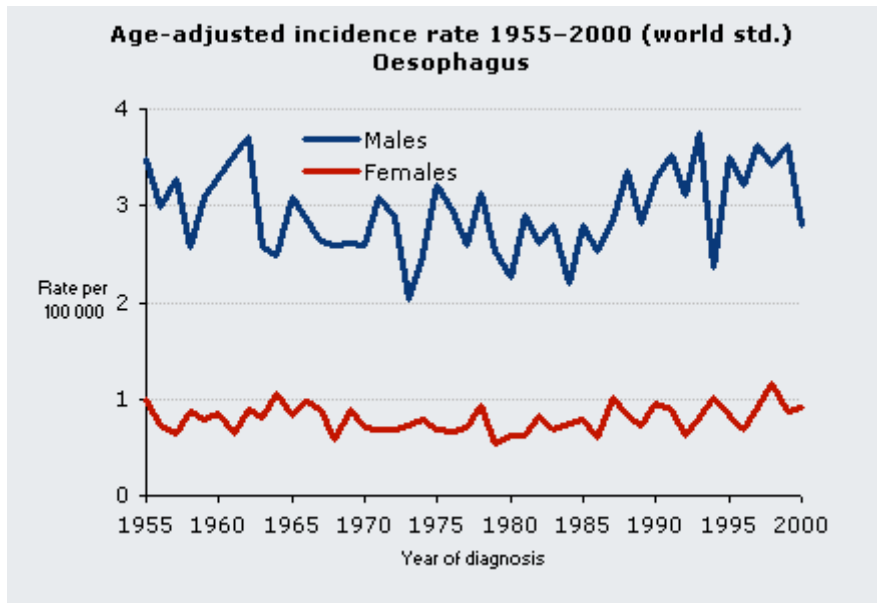
Tilbudet er allerede sentralisert til Universitetssykehuset i Trondheim og det er ikke grunnlag for endringer av denne praksisen.

Konklusjon lever- og galleveiskreft:

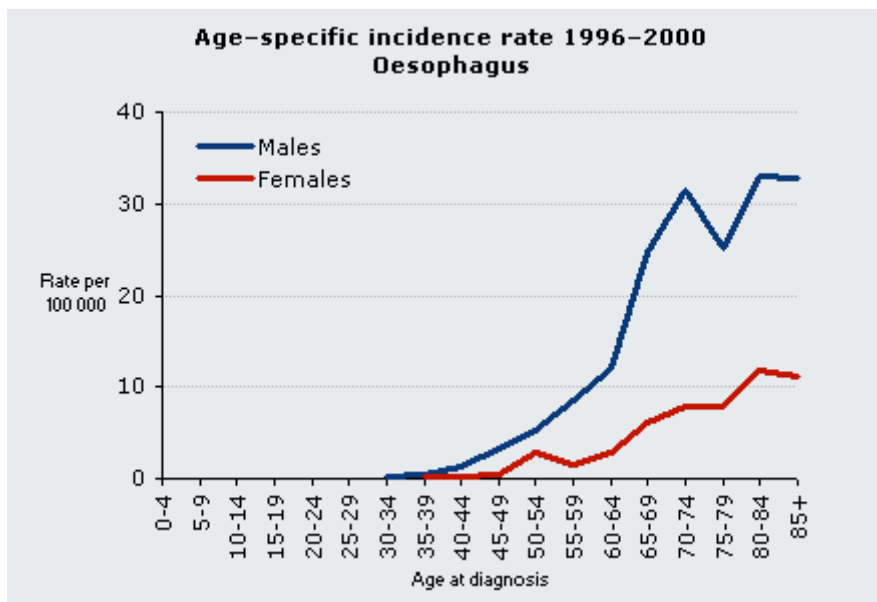
Kirurgisk primærbehandling av kreft i lever og galleganger utføres av Universitetssykehuset i Trondheim.

6.8. Spiserør

Utvikling av kreft i Norge



Kilde: Kreftregisteret



Kilde: Kreftregisteret

Årlig antall nye krefttilfeller i Midt-Norge

| ICD7 | Lokalisasjon | Nye tilfeller |
|------|------------------|---------------|
| 150 | Helse Midt-Norge | 22 |

Kilde: Kreftregisteret

Kirurgisk behandling i Helse Midt-Norge

Ondartet svulst i spiserør (hoveddiagnose C15)

| INST | 2002 | | | 2003 | | |
|-------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | JCA | JCC | JCF | JCA | JCC | JCF |
| Orkdal san for sjukehus | 1 | | 1 | | | |
| Kristiansund sjukehus | 1 | | | | | |
| Ålesund sjukehus | 1 | | 1 | | | |
| Volda sjukehus | 2 | | | 2 | | |
| St. Olavs hospital | 2 | 3 | 4 | 4 | 4 | 7 |
| Sykehuset Namsos | 2 | | | 1 | | |
| Sykehuset Levanger | | | 1 | | | 1 |
| Totalt | 9 | 3 | 7 | 7 | 4 | 8 |

JCA: Lokale inngrep på øsofagus

JCC: Reseksjon av øsofagus

JCF: Innlegging av øsofagusstent

Kilde: NPR

Helse Midt-Norges vurdering

Kirurgisk behandling av kreft i spiserør og cardia er allerede sentralisert til Universitetssykehuset i Trondheim. I de øvrige sykehusene benyttes NGICG-standard for utredning.

Endoskopisk palliativ behandling kan skje ved alle sykehus med spesialist i medisinsk eller kirurgisk gastroenterologi

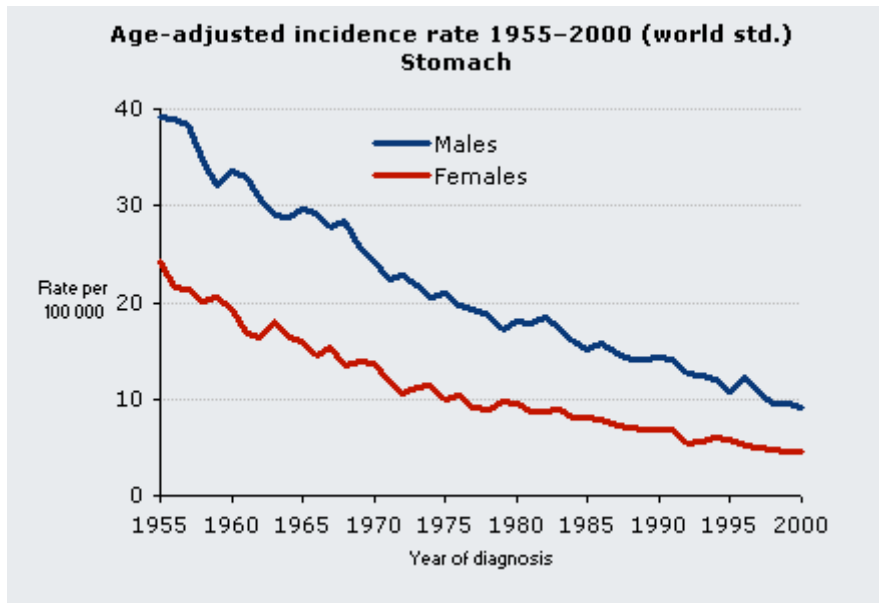
Konklusjon spiserørskreft:

Kirurgisk behandling av kreft i spiserør og cardia utføres av Universitetssykehuset i Trondheim.

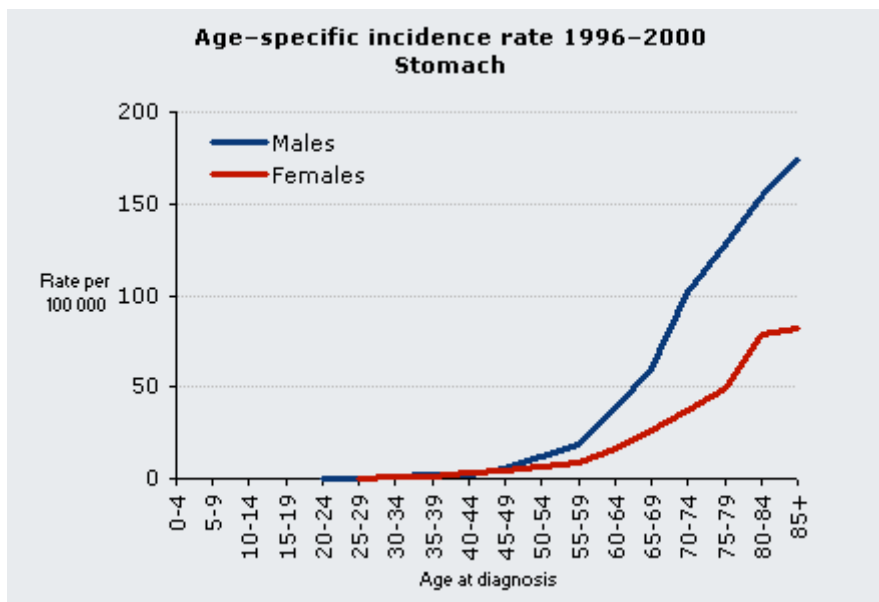
Endoskopisk palliativ behandling utføres ved alle sykehus med spesialist i medisinsk eller kirurgisk gastroenterologi

6.9. Magesekk

Utvikling av kreft i Norge



Kilde: Kreftregisteret



Kilde: Kreftregisteret

Årlig antall nye krefttilfeller i Midt-Norge

| ICD7 | Lokalisasjon | Nye tilfeller |
|------|------------------|---------------|
| 151 | Helse Midt-Norge | 97 |

Kilde: Kreftregisteret

Kirurgisk behandling i Helse Midt-Norge

Ondartet svulst i magesekk (hoveddiagnose C16)

| INST | 2002 | | | 2003 | | |
|-------------------------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|
| | JDC | JDD | JDE | JDC | JDD | JDE |
| Orkdal san for sjukehus | 2 | 2 | | 1 | | 1 |
| Molde sjukehus | 2 | | 1 | 2 | 1 | |
| Kristiansund sjukehus | | | | 1 | | |
| Ålesund sjukehus | 7 | 2 | 1 | 3 | 3 | 2 |
| Volda sjukehus | | | | | | 1 |
| St. Olavs hospital | 14 | 10 | | 12 | 9 | |
| Sykehuset Namsos | 1 | 4 | | | 1 | 1 |
| Sykehuset Levanger | 6 | 2 | 1 | 1 | 3 | |
| Totalt | 32 | 20 | 3 | 20 | 17 | 5 |

JDC: Ventrikkelseksjon

JDD: Total gastrektomi

JDE: Ventrikkelanastomose uten samtidig reseksjon

Kilde: NPR

Helse Midt-Norges vurdering

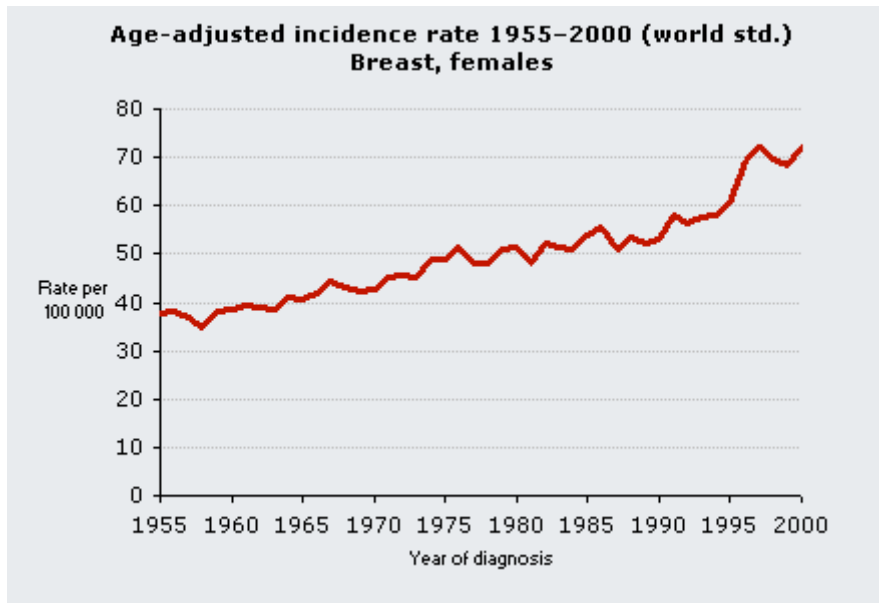
Kirurgien er avansert og statistikk fra kreftregisteret viser en reduksjon i antall pasienter med kreft i magesekk. Volumene i HF'ene er allerede relativt lave og HMN vurderer derfor at dette tilbudet bør sentraliseres til Universitetssykehuset i Trondheim

Konklusjon magesekk-kreft:

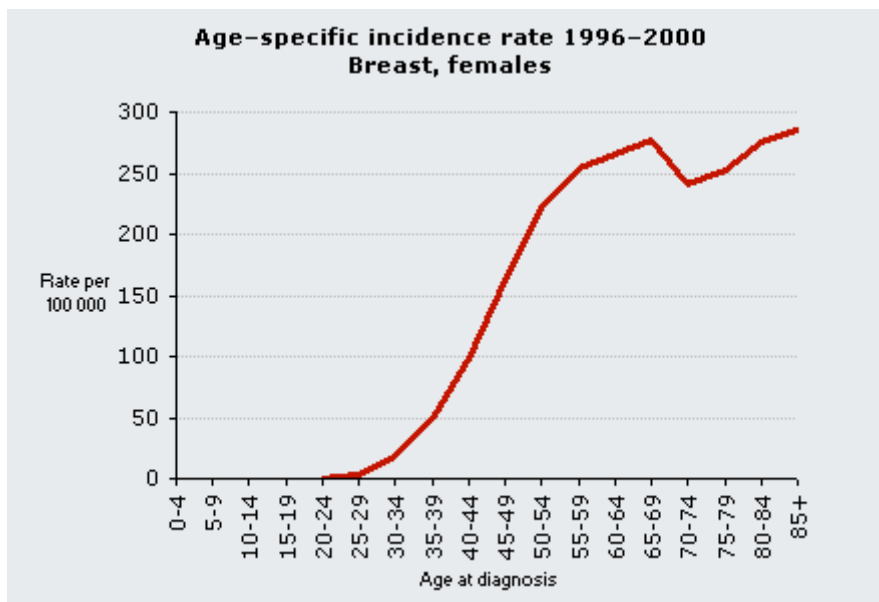
Planlagt kirurgi til pasienter med kreft i magesekk utføres av Universitetssykehuset i Trondheim

6.10. Brystkjertel

Utvikling av kreft i Norge



Kilde: Kreftregisteret



Kilde: Kreftregisteret

Årlig antall nye krefttilfeller i Midt-Norge

| ICD7 | Lokalisasjon | Nye tilfeller |
|------|------------------|---------------|
| 170 | Helse Midt-Norge | 335 |

Kilde: Kreftregisteret

Kirurgisk behandling i Helse Midt-Norge

Ondartet svulst i bryst (hoveddiagnose C50)

| INST | 2002 | | 2003 | |
|-------------------------|------------|------------|------------|------------|
| | HAB | HAC | HAB | HAC |
| Orkdal san for sjukehus | 4 | 7 | 1 | 6 |
| Molde sjukehus | 39 | 26 | 42 | 21 |
| Kristiansund sjukehus | 5 | 3 | | 4 |
| Ålesund sjukehus | 38 | 53 | 49 | 42 |
| Volda sjukehus | 4 | 5 | | 2 |
| St. Olavs hospital | 77 | 96 | 103 | 83 |
| Sykehuset Namsos | 7 | 6 | 18 | 10 |
| Sykehuset Levanger | 27 | 24 | 37 | 23 |
| Totalt | 201 | 220 | 250 | 191 |

HAB: Reseksjon av mamma

HAC: Mastektomi

Kilde: NPR

Helse Midt-Norges vurdering

Volumet av pasienter med brystkreft er høyt, og det forventes å stige. Brystkreftdiagnostikk er viktig del av tilbudet til kvinner i Helse Midt-Norge. Struktur og antall brystdiagnostiske sentra vill bli fulgt opp av HMN i egen sak og muligens endret.

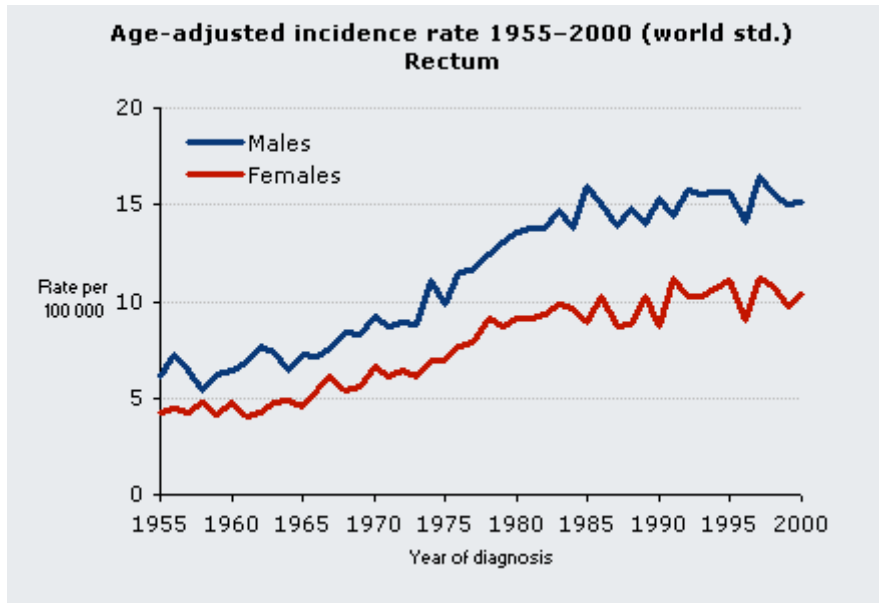
Det er utviklet nasjonale standarder (NBCG) for kirurgi. Utviklingen av kirurgien går mot økt bruk av dagkirurgi. Moderne behandlingen av brystkreft skal understøttes av tverrfaglige ressurser i team (leger, sykepleiere, patolog, radiolog (med scintigrafitilbud), onkolog mfl) og innsats fra lærings og mestringssentrene. Volumet tilsier at tilbudet ikke skal ligge ett sted i regionen, men behovet for tilgang til støttetjenester tilsier sentralisering i hvert HF.

Konklusjon brystkreft:

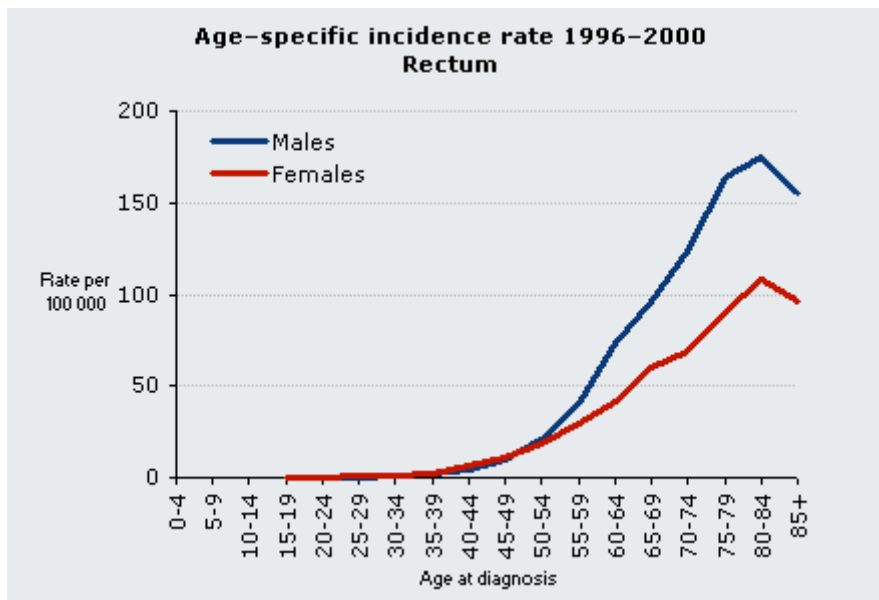
Brystkreftkirurgi utføres i: Ålesund sjukehus, Molde sjukehus, Universitetssykehuset i Trondheim og Sykehuset Levanger.

6.11. Endetarm

Utvikling av kreft i Norge



Kilde: Kreftregisteret



Kilde: Kreftregisteret

Årlig antall nye krefttilfeller i Midt-Norge

| ICD7 | Lokalisasjon | Nye tilfeller |
|------|------------------|---------------|
| 154 | Helse Midt-Norge | 154 |

Kilde: Kreftregisteret

Kirurgisk behandling i Helse Midt-Norge

Ondartet svulst i endetarm og overgang mellom endetarm og sigmoideum (hoveddiag C19-C20)

| | 2002 | 2003 |
|-------------------------|------------|------------|
| INST | JGB | JGB |
| Orkdal san for sjukehus | 17 | 10 |
| Molde sjukehus | 9 | 17 |
| Kristiansund sjukehus | 9 | 2 |
| Ålesund sjukehus | 16 | 30 |
| St. Olavs hospital | 55 | 52 |
| Sykehuset Namsos | 5 | 6 |
| Sykehuset Levanger | 18 | 12 |
| Totalt | 129 | 129 |

JGB: Eksisjon av rektum

Kilde: NPR

Helse Midt-Norges vurdering

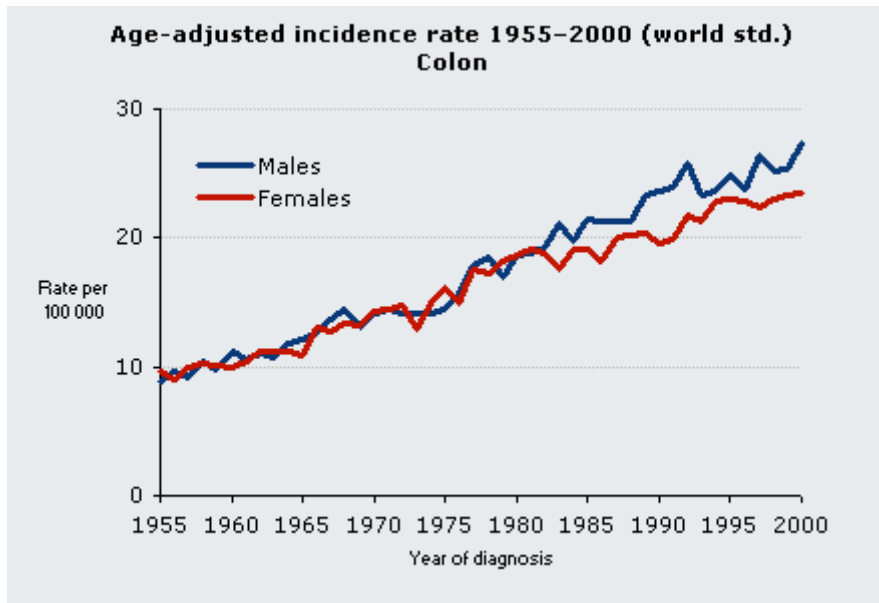
Helse Midt-Norge legger stor vekt på konklusjoner i nylig avlagt doktorgradsarbeid om kirurgisk behandling av rectumcancer (Wibe, A 2004). Arbeidet viser sammenheng mellom kvalitet (overlevelse), systemer for opplæring og bruk av standarder. For å etablere konsistente og kosteffektive systemer kreves volum som tilsier at ikke alle sykehus skal utføre planlagt kirurgi. Gode standarder og kompetanse i HF tilsier at behandling kan skje også utenfor Universitetssykehuset i Trondheim. Onkologisk behandling skal følges opp i kreftavdeling.

Konklusjon endetarmskreft:

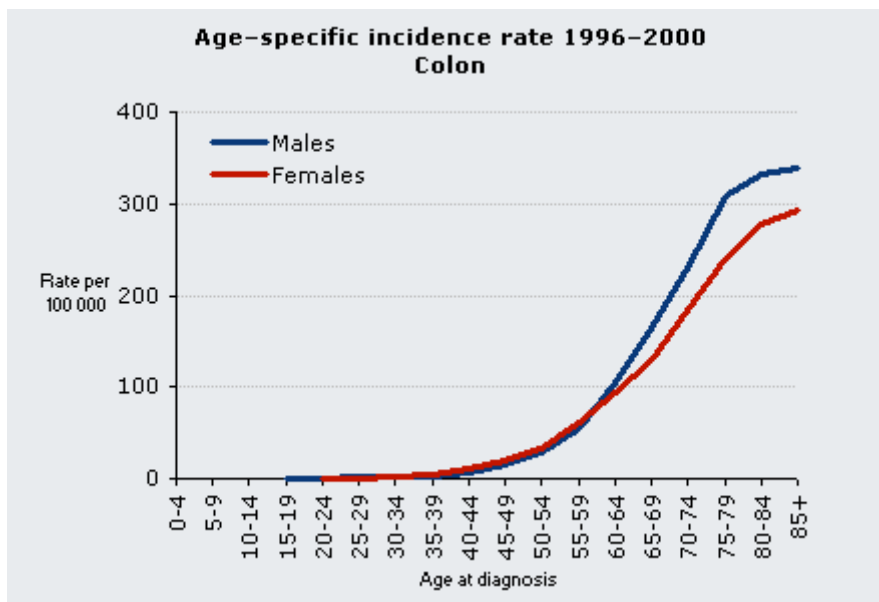
Endetarmskreft utføres i: Ålesund sjukehus, Molde sjukehus, Universitetssykehuset i Trondheim og Sykehuset Levanger.

6.12. Tykktarm

Utvikling av kreft i Norge



Kilde: Kreftregisteret



Kilde: Kreftregisteret

Årlig antall nye krefttilfeller i Midt-Norge

| ICD7 | Lokalisasjon | Nye tilfeller |
|------|------------------|---------------|
| 153 | Helse Midt-Norge | 373 |

Kilde: Kreftregisteret

Kirurgisk behandling i Helse Midt-Norge

Ondartet svulst i tykktarm (hoveddiagnose C18)

| INST | 2002 | | | 2003 | | |
|-------------------------|------------|-----------|-----------|------------|-----------|-----------|
| | JFB | JFF | JFH | JFB | JFF | JFH |
| Orkdal san for sjukehus | 21 | 3 | | 20 | 2 | 3 |
| Molde sjukehus | 35 | 3 | | 29 | 2 | |
| Kristiansund sjukehus | 22 | 2 | 4 | 16 | 1 | 1 |
| Ålesund sjukehus | 30 | 1 | 1 | 41 | 4 | 2 |
| Volda sjukehus | 16 | | | 18 | 2 | |
| St. Olavs hospital | 85 | 3 | 8 | 76 | 2 | 5 |
| Sykehuset Namsos | 17 | 3 | | 12 | 1 | |
| Sykehuset Levanger | 38 | | | 31 | 6 | 1 |
| Totalt | 264 | 15 | 13 | 243 | 20 | 12 |

JFB: Reseksjon av tarm

JFF: Fremlegging av tarm og anleggelse av tarmstomier

JFH: Total kolektomi

Kilde: NPR

Helse Midt-Norges vurdering

Pasienter med kreft i tykktarm utgjør et stort og økende antall. Det er stor sammenheng mellom kirurgiske prosedyrer for benigne og maligne tilstander, og volumene må vurderes sammen. Teknikkene for behandling av kreft i tykktarm vurderes enklere enn kreftkirurgi i endetarm. Krefttilstandene avdekkes i relativt stor andel under akuttkirurgi. Den planlagte kirurgien til pasienter med kreft skal skje i avdelinger med minst 2 spesialister i gastrokirurgi. Kirurgisk behandling av pasienter med kjente kompliserende tilstander skal henvises til Universitetssykehuset i Trondheim.

Beslutningsgrunnlaget bygger på tradisjonell åpen kirurgi. Metodene for kirurgiske inngrep på tykktarm er under utvikling (laparoskopiske teknikker). Dersom det framskaffes sikker dokumentasjon på at kvaliteten av laparoskopiske teknikker er bedre enn tradisjonell åpen kirurgi vil grunnlaget for beslutning endres. De nye teknikkene vil sannsynligvis kreve sentralisering.

Konklusjon tykktarmskreft:

Kirurgisk behandling av tykktarmskreft utføres i sykehuslokalisasjoner med minst 2 spesialister i gastrokirurgi.

Kirurgisk behandling av pasienter med kjente kompliserende tilstander skal henvises til Universitetssykehuset i Trondheim.

7. Relevante dokumenter

- Statens Helsetilsyn utredningsserie 6/94: Organisering av gastroenterologisk cancerkirurgi i Norge (leder Stener Kvinnsland)
- NOU 1997:20 ”Omsorg og kunnskap. Norsk kreftplan” (leder Odd Søreide)
- Arbeidsgruppe oppnevnt av Sosial og Helsedep. Samordning av regionsykehustjenestene i Oslo. Mai 1999. (leder Stener Kvinnsland)
- Sosial og Helsedirektoratet : Organisering av diagnostikk og primærbehandling av brystkreft. 28.10.03.
- SMM-rapport 8/2003. Bruk av palliativ kirurgi i behandlingen av kreftpasienter
- SMM-rapport 5/2003. Primær behandling av ovarialcancer.
- SMM-rapport 2/2001. Pasientvolum og behandlingskvalitet.
- Norsk Gastrointestinal Cancer Gruppe (NGICG) : Kolorektalcancer og analcancer (1999).