

Fagdirektør Alice Beathe Andersgaard
Helse Sør-Øst RHF

Kreftkirurgi i Helse Sør-Øst i 2015. Evaluering fra Regionalt fagråd for kreft

Det regionale kreftfagrådet har i henhold til årlig oppdrag gjennomført en evaluering av kreftkirurgiaktiviteten i regionen i 2015. Evalueringen er basert på evalueringsskjema for 15 kreftdiagnoser. Antallet er utvidet fra tidligere års evalueringer, for å omfatte alle kreftdiagnosene der Helsedirektoratets rapport fra mars 2015 om kreftkirurgi i Norge (IS-2284) anga spesifikke robusthetskrav. Noen av spørsmålene for 2015 er nye, for å være tilpasset robusthetskravene i Helsedirektoratets rapport, samtidig som andre elementer som fagrådet tidligere har evaluert er beholdt.

Aktivitetstallene (antallet inngrep) er innhentet fra NPR, med de samme kodene som ble brukt for tilsvarende formål ved Kreftfagrådets evaluering av kreftkirurgien i 2014. Disse kan avvike noe fra kodene som ble brukt i Helsedirektoratets rapport. Krav til antall inngrep og til befolkningsgrunnlag er hentet fra samme rapport. Rapporten fra NPR er vedlagt.

Aggregert tabell med opplysninger fra hvert av de aktuelle helseforetakene for hver av diagnosegruppene er vedlagt.

Det regionale kreftfagrådet har følgende merknader til opplysningene i tabellen:

1. Kreft i spiserør: Ingen merknader.
2. Kreft i magesekk:
HSØ vedtok i 2010 en omfattende sentralisering av kirurgisk behandling ved denne tilstanden. Denne ble gradvis gjennomført, ned til to helseforetak fra 2014; Oslo universitetssykehus (OUS) og Akershus universitetssykehus (Ahus). Ved Ahus har antallet inngrep vært lavt også etter sentraliseringen; 8 i 2013, 12 i 2014 og 11 i 2015. Ved OUS har antallet økt fra 25 i 2013 til 36 i 2014 og 43 i 2015. I regionen totalt ble det i 2010 85 inngrep. Dette har falt til et nivå på om lag 50 per år siden 2013.

Fagrådet mener at utviklingen ovenfor, sammenstilt med kravet til spesialkompetanse ved behandlingen og samlingen til OUS av spesialisert behandling av kreft i andre lokalisasjoner i øvre GI-traktus, tilsier at det bør gjennomføres en konsekvensutredning med tanke på samling også av ventrikkelkirurgi til OUS. I en slik utredning må det bl.a vurderes hvordan kravet til nødvendig behandlingsskapasitet kan ivaretas.

3. Kreft i bukspyttkjertel: Ingen merknader.

4. Kreftspredning til lever: Ingen merknader.

5. Tykktarmskreft:

Sykehuset Innlandet Lillehammer (SIL) og Vestre Viken Ringerike (VVR) har begge befolkningsgrunnlag under 100.000, men et aktivitetsnivå som er godt over minstekravet. Sykehuset Innlandet Kongsvinger hadde åtte operasjoner for tykktarmskreft i 2015. Rådet har innhentet informasjon om at seks av disse inngrepene ble utført før elektiv kirurgi for tykktarmskreft ble avvirket ved Sykehuset Innlandet Kongsvinger 1.4.15. To inngrep er utført etter dette, begge ved truende ileus, én kurativ reseksjon 5.4.16, og én palliativ reseksjon 8.6.16.

6. Endetarmskreft:

Minstekravet til antall inngrep per sykehus er 20. Alle helseforetakene oppfylte dette minstekravet i 2015.

Utviklingen i antall inngrep ved hvert av helseforetakene i periode 2013-2015 er vist i tabell 1.

Tabell 1: Antall operasjoner for endetarmskreft ved helseforetakene i HSØ 2013-2015

Helseforetak	2013	2014	2015
VVD	31	49	36
VVB	16	28	25
AHUS	56	73	59
SIH	25	32	33
SIG	26	34	24
SiV	28	26	29
ST	18	27	24
SØK	49	43	40
SSK	43	43	37
OUS		136	151

I tre sykehusområder (VV, SI og SiV/ST) er befolkningsgrunnlaget i underkant av 200.000 ved minst ett av sykehusene som utfører rektumkirurgi. Ved minst ett av sykehusene i disse områdene var antallet inngrep under 30, eller rett over 30, de siste tre årene. En samling av denne kirurgien til ett sykehus i hvert område ville styrke robustheten.

7. Nyrekreft.

Antallet operasjoner med registrert kreftdiagnose var under 20 ved Sykehuset Østfold

(SØK). Antallet nefrektomier totalt, uavhengig av registrert diagnose, var imidlertid tilfredsstillende høyt, 53 ved SØK, og over 40 ved samtlige sykehus som utførte disse operasjonene. OUS har høyt volum, men hadde i 2015 fortsatt ikke etablert et tverrfaglig team for nyrekreft. Sykehuset anfører at dette vil bli gjort, og rådet påpeker at dette er viktig.

8. Prostatakreft:

Bortsett fra ved Ahus er antallet inngrep ved de syv helseforetakene som utfører prostatektomier godt over minstekravet på 50 (91-522). Ahus hadde i 2015 43 prostatektomier, mot 28 i 2014 og 87 i 2013.

Så langt rådet kjenner til, regner en med at om lag 2/3 av pasientene som utredes ved Ahus velger operasjon ved et sykehus som tilbyr robotassistert kirurgi, men enkelte velger åpen kirurgi pga lengre ventetid på robotassistert kirurgi. I dag tilbyr SIH, OUS, VVD, ST og Sørlandet Sykehus Arendal (SSA) robotassistert kirurgi. Ahus har opplyst at sykehuset i 2016 ligger an til å gjennomføre mer enn 50 inngrep, og at sykehuset fortsatt har en målsetting om å anskaffe utstyr for robotassistert kirurgi.

Dersom det skulle vise seg at det ikke blir mulig å anskaffe robot ved Ahus, eller at antallet prostatektomier av andre grunner skulle fortsette å være lavt, må dette få konsekvenser for organiseringen av denne kirurgien i regionen. I en slik situasjon vil ulike tiltak måtte vurderes, herunder en vurdering av det totale behovet for robotkirurgisk kapasitet i regionen og en vurdering av hvilke samarbeidsavtaler som kan inngås for å sikre nødvendig kompetanse ved Ahus.

9. Kreft i urinblære:

Tilfredsstillende operasjonsvolum på de tre sykehusene i regionen som utfører denne kirurgien. Helsedirektoratet anbefaler uroterapeut som medlem i det multidisiplinære teamet for denne pasientgruppen. Dette synes å mangle ved OUS og Ahus.

10. Kreft i lunge:

Tilfredsstillende operasjonsvolum på de tre lokalitetene (både Ullevål og Rikshospitalet ved OUS). Ahus har bare én spesialist i thoraxkirurgi, men har totalt fire kirurger med realkompetanse for den aktuelle kirurgien. Helsedirektoratets rapport anfører at det er et generelt minimumskrav at sykehus bør være en godkjent utdanningsinstitusjon innen det enkelte fagfelt. Ahus oppfyller ikke dette «bør»-kriteriet. Rådet mener Ahus bør gjøre rede for hvordan sykehuset planlegger å møte denne utfordringen for å ivareta robust bemanning i årene framover.

11. Brystkreft:

Antallet inngrep er tilfredsstillende ved alle de åtte sykehusene som utfører brystkreftoperasjoner. Hovedutfordringen er som i tidligere år antallet godkjente spesialister og spesialistutdanningskapasiteten. SØK, SiV og ST har alle under tre godkjente spesialister. Dette kompenseres delvis med andre leger med realkompetanse. Situasjonen må antas å henge sammen med utdanningskapasiteten. I HSØ er det bare OUS som har gruppe 1-status som utdanningsinstitusjon i bryst- og endokrinkirurgi. De to LIS-stillingene ved OUS er åpenbart ikke tilstrekkelig til å dekke behovet for utdanning. Problemet er påpekt av rådet tidligere. Rådet mener en må se på alle praktisk mulige

løsninger på problemet, inklusive avtaler mellom OUS og de enkelte gruppe 2-avdelingene i regionen om midlertidig finansiering av LIS-stillinger.

12. Kreft i skjoldbruskkjertel:

Antallet inngrep som er angitt omfatter inngrep både for kreft, godartede svulster og endokrine indikasjoner, fordi dette teknisk gir tilsvarende lik trening for kirurgen. Inngrepene gjøres ved en del sykehus som ikke utfører brystkreftkirurgi. Ved SIG utføres inngrepene av ØNH-spesialister. Det er ikke et robusthetsproblem, men derimot er antallet inngrep (28) lavere enn minimumskravet for avdelingen (40). Ved SIH er antallet inngrep 61. Rådet mener Sykehuset Innlandet bør sentralisere denne aktiviteten til ett av sykehusene. Ved VVB er det ikke brystkreftkirurgi eller ØNH-kirurgi. Inngrepene der blir utført av en karkirurg, med mulighet for støtte fra én bryst- og endokrinkirurg. Antallet inngrep i 2015 var 33. Rådet mener dette er en lite robust ordning, og anbefaler at denne virksomheten avvikles ved VVB og flyttes til VVD.

13. Kreft i livmor:

I alt 15 sykehus er registret med operasjoner for livmorkreft. Hele 12 av disse hadde færre inngrep enn minstekravet (20). Det samlede antallet hysterektomier, uavhengig av diagnose, var imidlertid over 20 med god margin ved samtlige sykehus, med unntak SIK, der aktiviteten nå er avviklet per 1.1.16. Rådet mener derfor at denne aktiviteten er robust, basert på en liknende vurdering som vurderingen knyttet til robusthet ved for operasjoner ved kreft i skjoldbruskkjertel og nyre.

14. Kreft i livmorhals:

Den kirurgiske behandlingen er i all hovedsak lokalisert til OUS. Ingen merknader.

15. Eggstokkreft:

Den kirurgiske behandlingen er i all hovedsak lokalisert til OUS. Ingen merknader.

OUS 5.10.15



Reino Heikkilä

Leder, Regional fagråd for kreft

Evalueringsskjema

Kreftkirurgi

2015

HSØ samlet

Kreft i spiserør

Sykehus/lokalisasjon	OUS
Befolkningsgrunnlag (k) (krav >400)	2890
Antall operasjoner 2015 (NPR) (krav ≥ 10 /avd og ≥ 10 /kirurg)	41
Spesialister gastrokirurgi (n)	16
Behersker aktuell kirurgi (n) (min 3)	4
Gruppeføring i gastrokirurgi	1
LIS-stillinger gastrokirurgi (n)	24
Intensivenhet med døgntilbud?	ja
Thoraxkirurg tilgjengelig?	ja
Endoskopisk ultralyd tilgjengelig?	ja
Kompetanse endoskopisk behandling?	ja
Nukleærmedisinsk service tilgjengelig?	ja
Onkolog tilgjengelig?	ja
Patologiservice tilgjengelig?	ja
Nasjonal patologimal?	ja
MDT-møter/uke (n)	1
Andel elektive i MDT (%)	100
Spesialiteter/funksjoner i MDT	kir, onk, rad, gastromed, nukl., ernæring, pat v/b
Egen forløpskoordinator?	ja
Klinisk forskning?	ja, RCT, biobank i skandinavisk nettverk (SEGCG), NeoRes I og II, retrospektive studier
Eget kvalitets- og/eller komplikasjonsregister?	ja
Rapportering til NoRGast?*	ja
Praktiseres ERAS?**	Start vinter-16
Oppfylles Helsedirektoratets krav til pasientinformasjon?***	ja

*Norsk kvalitetsregister for gastrokirurgi. www.norgast.no

**Enhanced Recovery After Surgery

*** Kirurgen skal informere pasienten preoperativt om operasjonsmetode, de vanligste komplikasjonene og forventet resultat. Der det er alternativer skal det informeres om ulike operasjonsmetoder og om fordeler og ulemper ved disse. Pasienten skal i samarbeid med kirurgen ta endelig beslutning om valg av metode, og ha samtale med kirurgen postoperativt.

Kreft i magesekk

Sykehus/lokalisasjon	OUS	AHUS
Befolkningsgrunnlag (k) (krav >400)	1710	1180
Antall operasjoner 2015 (NPR) (krav ≥ 10 /avd og ≥ 10 /kirurg)	43	11
Spesialister gastrokirurgi (n)	16	15
Behersker aktuell kirurgi (n) (min 3)	5	4
Gruppeføring i gastrokirurgi	1	1
LIS-stillinger gastrokirurgi (n)	24	8
Intensivenhet med døgntilbud?	ja	ja
Gastrokirurg tilstede i døgnberedskap?	ja	ja
Er endoskopisk ultralyd tilgjengelig?	ja	nei
Kompetanse endoskopisk behandling?	ja	ja
Onkolog tilgjengelig?	ja	ja
Patologiservice tilgjengelig?	ja	ja
Nasjonal patologimal?	ja	ja
Sikker logistikk ved levermetastaser?	ja	ja
MDT-møter/uke (n)	1	1
Andel elektive i MDT (%)	100 %	Alle
Spesialiteter/funksjoner i MDT	kir, onk, rad, nukl. gastromed. , ernæring, pat v/b	kir, onk, rad, pat. gastromed ernæringsfysiol,
Egen forløpskoordinator?	ja	ja
Klinisk forskning?	ja, Innovation- studien, biobank, RCT skandinavisk (SEGCG)	ja, egne publikasjoner
Eget kvalitets- og/eller komplikasjonsregister?	ja	ja
Rapportering til RGast?*	ja	nei
Praktiseres ERAS?**	Start i 2016	nei
Oppfylles Helsedirektoratets krav til pasientinformasjon?***	ja	na

*Norsk kvalitetsregister for gastrokirurgi. www.norgast.no

**Enhanced Recovery After Surgery

*** Kirurgen skal informere pasienten preoperativt om operasjonsmetode, de vanligste komplikasjonene og forventet resultat. Der det er alternativer skal det informeres om ulike operasjonsmetoder og om fordeler og ulemper ved disse. Pasienten skal i samarbeid med kirurgen ta endelig beslutning om valg av metode, og ha samtale med kirurgen postoperativt.

STYREVEDTAK HSØ 85/2010:

Kirurgi ved ventrikkelkreft kan utføres ved to sentre: Oslo universitetssykehus HF (for sykehusområdene Sørlandet,

Vestfold/Telemark, Vestre Viken og Oslo) og Akershus universitetssykehus HF (for sykehusområdene Østfold, Innlandet, Ahus)

forutsatt at krav til kvalitet/robusthet inkl behandlingsvolum er oppfylt.

Kreft i bukspyttkjertel

Sykehus/lokalisasjon	OUS
Befolkningsgrunnlag (k) (krav >400)	2890
Antall operasjoner 2015 (NPR) (krav ≥ 10/avd og ≥ 10/kirurg)	139
Spesialister i gastrokirurgi (n)	9
Behersker aktuell kirurgi (n) (min 3)	4 (9)
Gruppeføring i gastrokirurgi	1
LIS-stillinger gastrokirurgi, HPB (n)	4
Intensivenhet med døgntilbud?	ja
Dedikerte radiologer tilgjengelig?	ja
Onkolog tilgjengelig?	ja
Patologiservice tilgjengelig?	ja
Nasjonal patologimal?	ja
MDT-møter/uke (n)	2
Andel elektive i MDT (%)	100
Spesialiteter/funksjoner i MDT	kir, rad, gastromed, onk v/b, pat v/b
Egen forløpskoordinator?	ja
Klinisk forskning?	Ja, flere prosjekter egen stipendiat
Rapporteres enheten til nasjonalt register?*	ja
Rapporteres til NoRGast?**	ja
Praktiseres ERAS?***	ja
Oppfylles Helsedirektoratets krav til pasientinformasjon?****	ja

* Nasjonalt kvalitetsregister for kreft i bukspyttkjertelen. www.kreftregisteret.no

** Norsk kvalitetsregister for gastrokirurgi. www.norgast.no

***Enhanced Recovery After Surgery

**** Kirurgen skal informere pasienten preoperativt om operasjonsmetode, de vanligste komplikasjonene og forventet resultat. Der det er alternativer skal det informeres om ulike operasjonsmetoder og om fordeler og ulemper ved disse. Pasienten skal i samarbeid med kirurgen ta endelig beslutning om valg av metode, og ha samtale med kirurgen postoperativt

Kreftspredning til lever

Sykehus/lokalisasjon	OUS
Befolkningsgrunnlag (k) (krav >400)	2890
Antall operasjoner 2015 (NPR) (krav ≥ 20/avd og ≥ 20/kirurg)	95
Spesialister i gastrokirurgi (n)	4 (9)
Behersker aktuell kirurgi (n) (min 3)	9
Gruppeføring i gastrokirurgi	1
LIS-stillinger gastrokirurgi, HPB (n)	4
Intensivenhet med døgntilbud?	ja
MR med dedikerte radiologer?	ja
Onkolog tilgjengelig?	ja
Patologiservice tilgjengelig?	ja
Nasjonal patologimal?	ja
MDT-møter/uke (n)	3
Andel elektive i MDT (%)	alle
Spesialiteter/funksjoner i MDT	kir, rad, onk, pat v/b
Egen forløpskoordinator?	ja
Klinisk forskning?	ja, flere prosjekter inkl egne RCT
Rapporteres til nasjonalt register?*	ja
Rapporteres til NoRGast?**	ja
Praktiseres ERAS?***	ja
Oppfylles Helsedirektoratets krav til pasientinformasjon?****	ja

* Nasjonalt kvalitetsregister for leverkreft. www.kreftregisteret.no

** Norsk kvalitetsregister for gastrokirurgi. www.norgast.no

***Enhanced Recovery After Surgery

**** Kirurgen skal informere pasienten preoperativt om operasjonsmetode, de vanligste komplikasjonene og forventet resultat. Der det er alternativer skal det informeres om ulike operasjonsmetoder og om fordeler og ulemper ved disse. Pasienten skal i samarbeid med kirurgen ta endelig beslutning om valg av metode, og ha samtale med kirurgen postoperativt

Tykkttarmskreft (1/2)

Sykehus/lokalisasjon	OUS	AHUS	SØK	SIH	SIG	SIL	SSK
Befolkningsgrunnlag (k) (krav >100)	401	495	303	187	105	90	298
Antall operasjoner 2015 (NPR) (krav ≥ 30/avd og ≥ 15/kirurg)	148	193	130	72	42	42	116
Spesialister i gastrokirurgi (n)	9	15	10	8	4	6,7	6
Behersker aktuell kirurgi (n) (min 3)	9	15	10	8	4	4	6
Gruppeføring gastrokirgi	1	1	2	2	2	2	2
LIS-still.gastrokir(n)	24	8	2-3	2	4	2	1
Intensivenhet med døgntilbud?	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Gastrokirurg tilstede i døgnberedskap?	ja	ja	ja	ja	ja	ja, tilkall >20	ja
Onkolog tilgjengelig?	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Urolog tilgjengelig	ja, (Aker)	ja	ja	ja	ja (SIH)	ja	ja
Patologiservice tilgjengelig?	ja.	ja	ja	ja, (SIL)	ja (SIL)	ja	ja
Nasjonal patologimal?	ja	ja	ja	ja	ja	ja	Ja
Sikker logistikk ved levermetastaser?	ja	ja	ja	ja	ja	ja	Ja
MDT-møter/uke (n)	1	1	1	1	1	1	1
Andel elektive i MDT (%)	100	100	Kun i spesielle tilfeller	100	100	100	100
Spesialiteter/funksjoner i MDT	kir, rad, (HPB-kir, onk, pat v/b)	kir, rad, onk, pat	kir, rad, onk, pat, onkolog, koord	kir, rad, onk, koord patolog	kir, rad, onk, gastro-med, gyn v/b patolog	kir, rad, onk, gastro-med, pat v/b	Kir, rad, gastro-med, koord., onk v/b pat v/b,
Egen forløpskoordinator?	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Klinisk forskning?	ja, samarbeid	ja, egne publikasjoner	ja, stipendiat	ja, doktoravhand	nei	Ja, Register-	ja multi-senter

	grp. stip. 1 prof	er		linger, studier		forskn.	
Eget kvalitets- og/eller komplikasjonsregister?	ja	ja	ja	nei	ja	ja	ja
Rapporteres til nasjonalt register?*	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Rapporteres til NoRGast?**	ja	nei	nei	nei	nei	ja	ja
Praktiseres ERAS?***	ja	nei	ja	ja	ja	ja	ja
Oppfylles Helsedirektoratets krav til pasientinformasjon?****	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja

* Nasjonalt kvalitetsregister for tykk -og endetarmskreft. www.kreftregisteret.no

**Norsk kvalitetsregister for gastrokirurgi. www.norgast.no

***Enhanced Recovery After Surgery

**** Kirurgen skal informere pasienten preoperativt om operasjonsmetode, de vanligste komplikasjonene og forventet resultat. Der det er alternativer skal det informeres om ulike operasjonsmetoder og om fordeler og ulemper ved disse. Pasienten skal i samarbeid med kirurgen ta endelig beslutning om valg av metode, og ha samtale med kirurgen postoperativt

Mangler er anført med rødt

Tykketamskreft (2/2)

Sykehus/lokalisasjon	VVB	VVD	VVR	SiV	ST	DDS	SIK
Befolkningsgrunnlag (k) (krav >100)	180	214	83	227	172	140	40
Antall operasjoner 2015 (NPR) (krav ≥ 30/avd og ≥ 15/kirurg)	102	95	47	76	68	51	8
Spesialister i gastrokirurgi (n)	8	9	2	8	7	7	
Behersker aktuell kirurgi (n) (min 3)	7	9	2	7	7	7	
Gruppeføring gastrokir.	2	2	2	2	2	2	
LIS-still. gastrokir(n)	4	2	4	5	2	1	
Intensivenhet med døgntilbud ?	ja	ja	ja	ja	ja	ja	
Gastrokirurg tilstede i døgnerberedskap?	ja, tilkall >19	ja	ja, tilkall	ja	ja	Ja, tilkall >20	
Onkolog tilgjengelig?	ja	ja	ja	ja	ja	ja (OUS)	
Urolog tilgjengelig	ja	ja	ja	ja	ja	ja	
Patologiservice tilgjengelig?	ja, (VVD)	ja	ja, (VVD)	ja	ja	ja (OUS)	
Nasjonal patologimal?	ja	ja	ja	ja	ja	ja	
Sikker logistikk ved levermetastaser?	ja	ja	ja	ja	ja	ja	
MDT-møter/uke (n)	1	1	1	1	1	1	
Andel elektive i MDT (%)	90	100	100	50	100	50	
Spesialiteter/funksjoner i MDT?	kir, rad, onk, gastro-med, koord. pat v/b	kir, rad, onk, koord pat v/b	kir, rad, onk, gastro-med patolog	kir, rad, onk, gastro-med patolog	kir, rad, onk, gastro-med, pat	kir, rad, onk v/b pat v/b	
Egen forløpskoordinator?	ja	ja	ja	ja	ja	ja	
Klinisk forskning?	ja, egne studier	ja	ja nasj register	ja, dr.grad spros.	ja, retrospekt.	nei	
Eget kvalitets- og/eller komplikasjonsregister?	ja	nei	ja		ja	ja	
Rapporteres til nasjonalt register?*	ja	ja	ja	ja	ja	ja	
Rapporteres til NoRGast?*	ja	ja	ja	ja	nei	nei	

Praktiseres ERAS?***	ja	ja	ja	ja	ja		
Oppfylles Helsedirektoratets krav til pasientinformasjon?****	ja	ja	ja	ja	ja	ja	

* Nasjonalt kvalitetsregister for tykk -og endetarmskreft. www.kreftregisteret.no

**Norsk kvalitetsregister for gastrokirurgi. www.norgast.no

***Enhanced Recovery After Surgery

**** Kirurgen skal informere pasienten preoperativt om operasjonsmetode, de vanligste komplikasjonene og forventet resultat. Der det er alternativer skal det informeres om ulike operasjonsmetoder og om fordeler og ulemper ved disse. Pasienten skal i samarbeid med kirurgen ta endelig beslutning om valg av metode, og ha samtale med kirurgen postoperativt

STYREVEDTAK HSØ 85/2010

Kirurgi for kreft i tykktarm kan utføres ved Oslo universitetssykehus HF, Akershus universitetssykehus HF, Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset Telemark HF, Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Østfold HF, Sørlandet Sykehus HF, Vestre Viken HF og Diakonhjemmet sykehus forutsatt at krav til kvalitet/robusthet inkl behandlingsvolum er oppfylt.

Mangler er anført med rødt

Endetarmskreft (1/2)

Sykehus/lokalisasjon	OUS	AHUS	SØK	SIH	SIG
Befolkningsgrunnlag (k) (krav >200)	541	495	303	187	195
Antall operasjoner 2015 (NPR) (krav ≥ 20 /avd og ≥ 10 /kirurg)	151	59	40	33	24
Spesialister i gastrokirurgi (n)	9	15	10	8	4
Behersker aktuell kirurgi (n) (min 3)	9	15	5	4	4
Gruppeføring gastrokir.	1	1	2	2	2
LIS-still. gastrokir(n)	24	8	2-3	2	4
Intensivenhet med døgntilbud ?	ja	ja	ja	ja	ja
Gastrokirurg tilstede i døgnerberedskap?	ja	ja	ja	ja	ja
Onkolog tilgjengelig?	ja	ja	ja	ja	ja
Urolog tilgjengelig?	ja. (Aker)	ja	ja	ja	Ja (SIH)
MR-radiolog tilgjengelig?	ja	ja	ja	ja	ja
Endorektal ultralyd tilgjengelig?	ja	ja	ja	ja	ja
Sikker logistikk ved levermetastaser?	ja	ja	ja	ja	ja
Patologiservice tilgjengelig?	ja	ja	ja	ja, (SIL)	ja, (SIL)
Nasjonal patologimal?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
MDT-møter/uke (n)	1	1	1	1	1
Andel elektive i MDT (%)	100	100	100	100	100
Spesialiteter/funksjoner i MDT?	kir, rad, onk, koord. spl, pat v/b	kir, rad, onk, pat	kir, rad, onk, pat, koord.	kir, rad, onk, koord. patolog	kir, rad, onk, gastro-med, gyn v/b patolog
Egen forløpskoordinator?	ja	ja	ja	ja	ja
Klinisk forskning?	ja,	ja	ja, stipendi at	ja, doktor- gradsar beid	nei
Eget kvalitets- og/eller komplikasjonsregister?	ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Rapporteres til nasjonalt register?*	ja	ja	ja	ja	ja
Rapporteres til NoRGast?**	ja	nei	nei	nei	nei
Praktiseres ERAS?***	ja	nei	ja	ja	ja
Oppfylles Helsedirektoratets krav til pas.info?****	ja	ja	ja	ja	ja

* Nasjonalt kvalitetsregister for tykk -og endetarmskreft. www.kreftregisteret.no

**Norsk kvalitetsregister for gastrokirurgi. www.norgast.no

***Enhanced Recovery After Surgery

**** Kirurgen skal informere pasienten preoperativt om operasjonsmetode, de vanligste komplikasjonene og forventet resultat. Der det er alternativer skal det informeres om ulike operasjonsmetoder og om fordeler og ulemper ved disse. Pasienten skal i samarbeid med kirurgen ta endelig beslutning om valg av metode, og ha samtale med kirurgen postoperativt

Mangler er anført med rødt

Endetarmskreft (2/2)

Sykehus/lokalisasjon	VVB	VVD	SiV	ST	SSK
Befolkningsgrunnlag (k) (krav >200)	180	297	227	172	298
Antall operasjoner 2015 (NPR) (krav ≥ 20 /avd og ≥ 10 /kirurg)	25	36	29	24	37
Spesialister i gastrokirurgi (n)	8	9	8	7	6
Behersker aktuell kirurgi (n) (min 3)	4	9	5	6	6
Gruppeføring gastrokir	2	2	2	2	2
LIS-still. gastrokir(n)	4	2	5	2	1
Gruppeføring gastrokir	ja	ja	ja	ja	ja
Gastrokirurg tilstede i døgnerberedskap?	ja, tilkall >19	ja	ja	ja	ja
Onkolog tilgjengelig?	ja	ja	ja	ja	ja
Urolog tilgjengelig?	ja	ja	ja	ja	ja
MR-radiolog tilgjengelig?	ja	ja	ja	ja	ja
Endorektal ultralyd tilgjengelig?	nei	ja	nei	nei	ja
Sikker logistikk ved levermetastaser?	ja	ja	ja	ja	ja
Patologiservice tilgjengelig?	Ja (VVD)	ja	ja	ja	ja
Nasjonal patologimal?	?	ja	ja	ja	ja
MDT-møter/uke (n)	1	1	1	1	1
Andel elektive i MDT (%)	90	100	100	100	100
Spesialiteter/funksjoner i MDT?er representert i MDT?	kir, rad, onk, gastro-med patolog	kir, rad, onk, koord, pat v/b	kir, rad, onk, gastro-med, patolog	kir, rad, onk, pat, , gastro-med	kir, rad, gastromed, evt onk, pat
Egen forløpskoordinator?	ja	ja	ja	ja	ja
Klinisk forskning?	ja, mindre studier	ja	nei	ja	ja, multisenter studier
Eget kvalitets- og/eller komplikasjonsregister?	ja	nei	nei	ja	ja
Rapporteres til nasjonalt register?*	ja	ja	ja	ja	ja
Rapporteres til NoRGast?**	ja	ja	ja	ja	ja
Praktiseres ERAS?***	ja	ja	ja	ja	ja
Oppfylles Helsedirektoratets krav til pas.info?****	ja	ja	ja	ja	ja

* Nasjonalt kvalitetsregister for tykk -og endetarmskreft. www.kreftregisteret.no

**Norsk kvalitetsregister for gastrokirurgi. www.norgast.no

***Enhanced Recovery After Surgery

**** Kirurgen skal informere pasienten preoperativt om operasjonsmetode, de vanligste komplikasjonene og forventet resultat. Der det er alternativer skal det informeres om ulike operasjonsmetoder og om fordeler og ulemper ved disse. Pasienten skal i samarbeid med kirurgen ta endelig beslutning om valg av metode, og ha samtale med kirurgen postoperativt

STYREVEDTAK HSØ 85/2010

Kirurgi ved kreft i endetarm kan utføres ved Oslo universitetssykehus HF, Akershus universitetssykehus HF, Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset Telemark HF, Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Østfold HF, Sørlandet Sykehus HF og Vestre Viken HF forutsatt at krav til kvalitet/robusthet inkl behandlingsvolum er oppfylt.

Mangler er anført med rødt

Nyrekreft (1/2)

Sykehus/lokalisasjon	OUS	AHUS	SØK	SIH
Befolkningsgrunnlag (k) (krav >200)	541	495	303	382
Antall operasjoner 2015 (NPR) (med kreftdiagnose – uavhengig av diagnose) (krav ≥ 20 /avd og ≥ 10 /kirurg)	88 - 202	72 - 108	11 - 53	32 - 101
Spesialister i urologi (n)	19	12	6	6
Behersker aktuell kirurgi (n) (min 3)	15	5	4	3
Gruppeføring urologi	1	1	2	2
LIS-stillinger urologi (n)	9	4	2	2
Intensivenhet med døgntilbud ?	ja	ja	ja	ja
Onkolog tilgjengelig?	ja	ja	ja	ja
Radiolog med kompetanse i uroradiologi og intervensjonsradiologi tilgjengelig?	ja	ja	ja	ja
Er karkirurgisk kompetanse tilgjengelig?	ja (Aker/RH)	ja	ja	ja
Patologiservice tilgjengelig?	ja (RAD)	ja	ja	ja (SIL)
Nasjonal patologimal?	ja	ja	ja	ja
MDT-møter/uke (n)	1-5 (morgen-møte)	1	1	1
Andel elektive i MDT (%)	MDT møte skal etableres	10 %	Få	100
Hvilke spesialiteter/funksjoner er representert i MDT?	Ikke etablert	kir, rad, onk, pat	kir, rad, onk, pat, koord.	kir, rad, onk, koord.
Egen forløpskoordinator?	ja	ja	ja	ja
Klinisk forskning?	nei	ja	nei	nei
Eget kvalitets- og/eller komplikasjonsregister?	nei	ja	ja	nei
Praktiseres ERAS?*	ja	nei	ja	nei
Oppfylles Helsedirektoratets krav til pasientinformasjon?**	Ja	Ja	Ja	Ja

*Enhanced Recovery After Surgery

** Kirurgen skal informere pasienten preoperativt om operasjonsmetode, de vanligste komplikasjonene og forventet resultat. Der det er alternativer skal det informeres om ulike operasjonsmetoder og om fordeler og ulemper ved disse. Pasienten skal i samarbeid med kirurgen ta endelig beslutning om valg av metode, og ha samtale med kirurgen postoperativt

Mangler er anført med rødt

Nyrekreft (2/2)

Sykehus/lokalisasjon	SIV	ST	SSK	VVD
Befolkningsgrunnlag (k) (krav >200)	227	172	298	477
Antall operasjoner 2015 (NPR) (krav ≥ 20/avd og ≥ 10/kirurg)	34 - 53	26 - 41	51 - 73	34 - 72
Spesialister i urologi (n)	8	6	7	6
Behersker aktuell kirurgi (n) (min 3)	5	6	3	6
Gruppeføring urologi	2	2	2	2
LIS-stillinger urologi (n)	2	1	1	1
Intensivenhet med døgntilbud ?	ja	ja	ja	ja
Onkolog tilgjengelig?	ja	ja	ja	ja
Radiolog med kompetanse i uroradiologi og intervensjonsradiologi tilgjengelig?	ja	ja	ja	ja
Er karkirurgisk kompetanse tilgjengelig?	ja	Nei	ja	ja
Er patologiservice tilgjengelig	ja	ja	ja	ja
Nasjonal patologimal?	ja	ja	ja	ja
MDT-møter/uke (n)	1	1	1	2
Andel elektive i MDT (%)	50	100	100	100
Hvilke spesialiteter/funksjoner er representert i MDT?	kir, rad, onk, andre v/beh	kir, rad, onk, pat, kreftspl, koord.	Kir, rad, evt onk, nefr, pat, koord	Kir, onk, pat, radiol, koord
Egen forløpskoordinator?	ja	ja	ja	ja
Klinisk forskning?	nei	nei	nei	ja
Eget kvalitets- og/eller komplikasjonsregister?	ja	nei	ja	ja
Praktiseres ERAS?*	ja	nei	nei	ja
Oppfylles Helsedirektoratets krav til pasientinformasjon?**	ja	ja	ja	ja

*Enhanced Recovery After Surgery

** Kirurgen skal informere pasienten preoperativt om operasjonsmetode, de vanligste komplikasjonene og forventet resultat. Der det er alternativer skal det informeres om ulike operasjonsmetoder og om fordeler og ulemper ved disse. Pasienten skal i samarbeid med kirurgen ta endelig beslutning om valg av metode, og ha samtale med kirurgen postoperativt

STYREVEDTAK HSØ 85/2010:

Kirurgi ved kreft i nyre kan utføres ved Oslo universitetssykehus HF, Akershus universitetssykehus HF, Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset Telemark HF, Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Østfold HF, Sørlandet Sykehus HF og Vestre Viken HF forutsatt at krav til kvalitet/robusthet inkl behandlingsvolum er oppfylt.

Mangler er anført med rødt

Prostatakreft (1/2)

Sykehus/lokalisasjon	OUS	AHUS	SIH	VVD
Befolkningsgrunnlag (k) (krav >200)	844	495	382	477
Antall operasjoner 2015 (NPR) (krav ≥ 50 /avd og ≥ 20 /kirurg)	522	43	184	107
Spesialister i urologi (n)	19	12	6	6
Behersker aktuell kirurgi (n) (min 3)	6	4	2	4
Gruppeføring urologi	1	1	2	2
LIS-stillinger urologi (n)	9	4	2	1
Intensivenhet med døgntilbud ?	ja	ja	ja	ja
Onkolog tilgjengelig?	ja	ja	ja	ja
Uroradiolog tilgjengelig?	ja	ja	ja	ja
Endorektal ultralyd tilgjengelig?	ja	ja	ja	ja
Patologiservice tilgjengelig?	ja (RAD)	ja	ja (SIL)	ja
Nasjonal patologimal?	ja	ja	ja	ja
MDT-møter/uke (n)	1	2	1	2
Andel elektive i MDT (%)	30	100	100	100
Hvilke spesialiteter/funksjoner er representert i MDT?	kir, rad, pat, evt onk, pat v/b	kir, rad, onk, pat	kir, rad, onk, koord. patolog	kir, rad, onk, pat, koord, patolog
Egen forløpskoordinator?	ja	ja	ja	ja
Klinisk forskning?	ja	ja prosp. diagnostikk	ja kvalitetsstudie	ja
Eget kvalitets- og/eller komplikasjonsregister?	ja	ja	ja	ja
Rapporterer enheten til nasjonalt register?*	ja	ja	ja	ja
Praktiseres ERAS?**	ja	nei	ja	ja
Oppfylles Helsedirektoratets krav til pasientinformasjon?***	ja	ja	ja	ja

*Nasjonalt kvalitetsregister for prostatakreft. www.kreftregisteret.no

**Enhanced Recovery After Surgery

***Kirurgen skal informere pasienten preoperativt om operasjonsmetode, de vanligste komplikasjonene og forventet resultat. Der det er alternativer skal det informeres om ulike operasjonsmetoder og om fordeler og ulemper ved disse. Pasienten skal i samarbeid med kirurgen ta endelig beslutning om valg av metode, og ha samtale med kirurgen postoperativt

Mangler er anført med rødt

Prostatakreft (2/2)

Sykehus/lokalisasjon	SSA	SIV	ST
Befolkningsgrunnlag (k) (krav >200)	298	227	172
Antall operasjoner 2015 (NPR) (krav ≥ 50 /avd og ≥ 20 /kirurg)	91	106	108
Spesialister i urologi (n)	7	8	6
Behersker aktuell kirurgi (n) (min 3)	2	4	5
Gruppeføring urologi	2	2	2
LIS-stillinger urologi (n)	0	2	1
Intensivenhet med døgntilbud ?	ja	ja	ja
Onkolog tilgjengelig?	ja	ja	ja
Uroradiolog tilgjengelig?	ja	ja	ja
Endorektal ultralyd tilgjengelig?	ja	ja	ja
Patologiservice tilgjengelig?	ja, (SSK)	ja	ja
Nasjonal patologimal?	ja	ja	ja
MDT-møter/uke (n)	1	1	1
Andel elektive i MDT (%)	100	100	100
Hvilke spesialiteter/funksjoner er representert i MDT?	kir, rad, onk, pat, koord	kir, rad, onk, pat, kreftspl, urospl,	kir, rad onk, pat, kreftspl, koord
Egen forløpskoordinator?	ja	ja	ja
Klinisk forskning?	ja, PhD stip	ja	ja, prosp. funksj. res.
Eget kvalitets- og/eller komplikasjonsregister?	ja	ja	ja
Rapporterer enheten til nasjonalt register?*	ja	ja	ja
Praktiseres ERAS?**	nei	ja	nei
Oppfylles Helsedirektoratets krav til pasientinformasjon?***	ja	ja	ja

*Nasjonalt kvalitetsregister for prostatakreft. www.kreftregisteret.no

**Enhanced Recovery After Surgery

***Kirurgen skal informere pasienten preoperativt om operasjonsmetode, de vanligste komplikasjonene og forventet resultat. Der det er alternativer skal det informeres om ulike operasjonsmetoder og om fordeler og ulemper ved disse. Pasienten skal i samarbeid med kirurgen ta endelig beslutning om valg av metode, og ha samtale med kirurgen postoperativt

STYREVEDTAK HSØ 85/2010:

Kirurgi ved kreft i prostata kan utføres ved Oslo universitetssykehus HF, Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Telemark HF, Sørlandet

Sykehus HF, Vestre Viken HF, Sykehuset Innlandet og Akershus universitetssykehus HF forutsatt at krav til kvalitet/robusthet inkl. behandlingsvolum er oppfylt.

Mangler er anført med rødt

Kreft i urinblære

Sykehus/lokalisasjon	OUS	AHUS	SIV
Befolkningsgrunnlag (k) (krav >400)	1392	798	697
Antall operasjoner 2015 (NPR) (krav ≥ 20 /avd og ≥ 10 /kirurg)	54	40	55
Spesialister i urologi (n)	19	12	8
Behersker aktuell kirurgi (n) (min 3)	4	4	4
Gruppeføring urologi	1	1	2
LIS-stillinger urologi (n)	9	4	2
Intensivenhet med døgntilbud ?	ja	ja	ja
Onkolog tilgjengelig?	ja	ja	ja
Radiolog med kompetanse i uroradiologi og intervensjonsradiologi tilgjengelig?	ja	ja	ja
Patologiservice inkl. frysesnitt tilgjengelig?	ja	ja	ja
Nasjonal patologimal?	ja	ja	ja
MDT-møter/uke (n)	0,5	1-2	1
Andel elektive i MDT (%)	100 (muskel- invasive)	80	100
Hvilke spesialiteter/funksjoner er representert i MDT?	kir, rad, pat, onk, uroterapeut	kir, rad, onk, pat, uroterapeut	kir, rad, , onk, pat, kreftspl, uroter.
Egen forløpskoordinator?	ja	ja	ja
Klinisk forskning?	ja, i oppstart	ja, ERAS- prosjekt, prospektive studier	ja pågående prosjekter
Eget kvalitets- og/eller komplikasjonsregister?	ja	ja	ja
Praktiseres ERAS?**	ja	ja	ja
Oppfylles Helsedirektoratets krav til pasientinformasjon?***	ja	ja	ja

*Enhanced Recovery After Surgery

**Kirurgen skal informere pasienten preoperativt om operasjonsmetode, de vanligste komplikasjonene og forventet resultat. Der det er alternativer skal det informeres om ulike operasjonsmetoder og om fordeler og ulemper ved disse. Pasienten skal i samarbeid med kirurgen ta endelig beslutning om valg av metode, og ha samtale med kirurgen postoperativt

STYREVEDTAK HSØ, 85/2010

Kirurgi ved kreft i urinblære samles ved tre sentre i regionen; Akershus universitetssykehus HF, Oslo universitetssykehus HF og Sykehuset TelemarkHF/Sykehuset i Vestfold HF forutsatt at krav til kvalitet/robusthet inkl behandlingsvolum er oppfylt.

Mangler er anført med rødt

Lungekreft

Sykehus/lokalisasjon	Ullevål	Rikshospitalet	AHUS
Befolkningsgrunnlag (k) (krav >400)	1226	1166	495
Antall operasjoner 2015 (NPR) (krav ≥ 40/avd og ≥ 20/kirurg)	160	169	87
Spesialister i thoraxkirurgi	6	10	1 (4 real-komp.)
Behersker aktuell kirurgi (n) (min 3)	4	10 (2 dedikert)	4
Gruppeføring thoraxkir	1	1	nei
LIS-stillinger thoraxkir (n)	6	9	0
Intensivenhet med døgntilbud ?	ja	ja	ja
Er kirurg med thoraxkirurgisk kompetanse til stede i døgnvakt?	ja	ja	ja, som tertiærvakt
Er anestesilege til stede i døgnvakt?	ja	ja	Ja
Er lungelege til stede i døgnvakt?	ja	ja	ja (tilkall natt)
Er radiolog til stede i døgnvakt?	ja	ja	ja
Dedikert radiolog med kompetanse i lunge-CT tilgjengelig?	ja	ja	ja
Nukleærmedisiner med kompetanse i PET-CT tilgjengelig?	ja	ja	ja (annet sykehus)
Er dedikert spesialist i onkologi tilgjengelig? På eget sykehus? På annen måte?	ja	ja	ja
Patologiservice med frysesnitt tilgjengelig?	ja	ja	ja
Nasjonal patologimal?	ja	ja	ja
MDT-møter/uke (n)	1	2	1
Andel elektive i MDT (%)	100	100	100
Hvilke spesialiteter/funksjoner er representert i MDT?	kir, lungemed, rad, PET-rad, onk	kir, lunge-med, rad, onk, anest	kir, lungemed, rad, onk v/b
Egen forløpskoordinator?	ja	ja	ja
Klinisk forskning?	ja, dr.grads-prosj. tumorimmunologi	ja translasjons- og klinisk forskning	ja
Eget kvalitets- og/eller komplikasjonsregister?	ja	ja	ja
Rapporterer enheten til nasjonalt lungekreftregister? *	ja	ja	ja
Praktiseres ERAS?**	ja	nei	nei
Oppfylles Helsedirektoratets krav til pasientinformasjon?***	ja	ja	ja

*Nasjonalt kvalitetsregister for lungekreft. www.kreftregisteret.no

**Enhanced Recovery After Surgery

***Kirurgen skal informere pasienten preoperativt om operasjonsmetode, de vanligste komplikasjonene og forventet resultat. Der det er alternativer skal det informeres om ulike operasjonsmetoder og om fordeler og ulemper ved disse.

Pasienten skal i samarbeid med kirurgen ta endelig beslutning om valg av metode, og ha samtale med kirurgen postoperativt

STYREVEDTAK HSØ, 85/2010

Kirurgi ved lungekreft kan utføres ved Akershus universitetssykehus HF og Oslo universitetssykehus HF forutsatt at krav til kvalitet/robusthet inkl behandlingsvolum er oppfylt.

Mangler er anført med rødt

Brystkreft (1/2)

Sykehus/lokalisasjon	OUS	AHUS	SØK	SIH
Befolkningsgrunnlag (k) (krav >200)	541	495	303	382
Antall operasjoner 2015 (NPR) (krav ≥ 100/avd og ≥ 50/kirurg)	605	314	227	284
Spesialister i bryst/endokrinkir	8	4 (2 i perm)	2,3 (+1 med reell komp)	3
Behersker aktuell kirurgi (n) (min 3)	8	4	3,3	3
Gruppeføring BEK	1	2	2	2
LIS-stillinger BEK (n)	2	2	2	2
Intensivenhet med døgntilbud?	ja	ja	ja	ja
Brystradiolog tilgjengelig?	ja	ja	ja	ja
Nukleærmedisinsk service?	ja	ja	ja	ja
Onkolog tilgjengelig?	ja	ja	ja	ja
Plastikkirurgisk kompetanse?	ja	ja	ja	ja
Patologiservice tilgjengelig?	ja	ja	ja	ja, (SIL)
Nasjonalt patologimal?	Ja	Ja	Ja	Ja
MDT-møter/uke (n)	4	2	2	1
Andel elektive i MDT (%)	100	100	100	100
Hvilke spesialiteter/funksjoner er representert i MDT?	kir, rad, pat, onk, koord, spl	kir, rad, pat, onk, koord, spl	kir, rad, pat, onk, koord,	kir, rad, pat, onk,
Forløpskoordinator?	ja	ja	ja	ja
Klinisk forskning?	ja, biobank, nbc, mm.	ja	ja, stip. Kreftreg.	nei
Eget kvalitets- og/eller komplikasjonsreg?	nei	ja	ja	nei
Rapporterer enheten til nasjonalt brystkreftregister? *	ja	ja	ja	ja
Praktiseres ERAS? **	nei	ja	ja	delvis
Oppfylles Helsedirektoratets krav til pasientinfo? ***	ja	ja	ja	ja

* Nasjonalt kvalitetsregister for brystkreft. www.kreftregisteret.no

**Enhanced Recovery After Surgery

***Kirurgen skal informere pasienten preoperativt om operasjonsmetode, de vanligste komplikasjonene og forventet resultat. Der det er alternativer skal det informeres om ulike operasjonsmetoder og om fordeler og ulemper ved disse. Pasienten skal i samarbeid med kirurgen ta endelig beslutning om valg av metode, og ha samtale med kirurgen postoperativt

Mangler er anført med rødt

Brystkreft (2/2)

Sykehus/lokalisasjon	SiV	ST	SSK	VVD
Befolkningsgrunnlag (k) (krav >200)	227	172	298	477
Antall operasjoner 2015 (NPR) (krav ≥ 100 /avd og ≥ 50 /kirurg)	148	156	244	337
Spesialister i bryst/endokrinkir	1	2	3	5
Behersker aktuell kirurgi (n) (min 3)	3	2	3	5
Gruppeføring BEK	Nei	2	2	2
LIS-stillinger BEK (n)	1	2	1	1
Intensivenhet med døgntilbud?	Ja	Ja	Ja	ja
Brystradiolog tilgjengelig?	Ja	Ja	Ja	ja
Nukleærmedisinsk service?	Ja	Ja	Ja	ja
Onkolog tilgjengelig?	Ja	Ja	Ja	ja
Plastikkirurgisk kompetanse?	Nei	Ja		ja
Patologiservice tilgjengelig?	Ja	Ja	Ja	ja
Nasjonal patologimal?	Ja	Ja	Ja	Ja
MDT-møter/uke (n)	1	1	1	2
Andel elektive i MDT (%)	100	100	100	100
Hvilke spesialiteter/funksjoner er representert i MDT?	kir, rad, pat, onk, kreftspl	kir, rad, pat, onk	kir, rad, pat, onk, pl.kir, koord	kir, rad, pat, onk, koord
Forløpskoordinator?	ja	ja	ja	ja
Klinisk forskning?	nei	ja Hashimoto-studie	ja, multi-senter-studie	ja
Eget kvalitets- og/eller komplikasjonsreg?	nei	ja	ja	ja
Rapporterer enheten til nasjonalt brystkreftregister? *	ja	ja	ja	ja
Praktiseres ERAS?**	ja	nei	nei	ja
Oppfylles Helsedirektoratets krav til pasientinfo?***	ja	ja	ja	ja

Mangler er anført med rødt

STYREVEDTAK HSØ 85/2010

Kirurgi for bryst- og endokrinkreft kan utføres ved Oslo universitetssykehus HF, Akershus universitetssykehus, Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset Østfold HF, Vestre Viken HF, Sørlandet Sykehus HF, Sykehuset Telemark HF og Sykehuset i Vestfold HF forutsatt at krav til kvalitet/robusthet inkl behandlingsvolum er oppfylt.

Kreft i skjoldbruskkjertel (1/2)

Sykehus/lokalisasjon	OUS	AHUS	SØK	SIH	SIG
Befolkningsgrunnlag (k) (krav >200)	541	495	303	187	195
Antall operasjoner 2015 (NPR) (samlet ondartet/godartet) (krav ≥ 40 /avd og ≥ 20 /kirurg)	340	111	102	61	28 (ØNH)
Spesialister i bryst/endokrinkir	8	4	2,3 (+1 realkomp)	3	
Behersker aktuell kirurgi (n) (min 3)	4	4	3,3	2	
Gruppeføring BEK	1	2	2	2	nei
LIS-stillinger BEK (n)	2	2	2	2	0
Intensivenhet med døgntilbud?	ja	ja	ja	ja	
Dedikert radiolog?	ja	ja (BEK)	ja	ja	
Nukleærmedisinsk service?	ja	ja	ja	ja	
Thoraxkirurg tilgjengelig?	ja	ja	nei	ja	
Onkolog tilgjengelig?	ja	ja	nei	ja	
Patologiservice tilgjengelig?	ja, (OUS)	ja	ja	ja	
Nasjonal patologimal?	ja	ja	ja	vet ikke	
MDT-møter/uke (n)	1	0,5	ved behov	1	
Andel elektive krefttilfeller i MDT (%)	100	100	100	100	
Hvilke spesialiteter/funksjoner er representert i MDT?	kir, rad, onk, ØNH, nukl.med, pat, endokr	kir, pat,	kir, rad, onk, pat, koord	kir, rad, pat	
Egen forløpskoordinator?	ja	ja	ja	ja	
Klinisk forskning?	ja, dr.grads-prosj.	ja	nei	nei	
Eget kvalitets- og/eller komplikasjonsreg?	ja	ja	ja	nei	
Praktiseres ERAS?*	nei	ja	ja	delvis	
Oppfylles Helsedirektoratets krav til pasientinfo?***	ja	ja	ja	ja	

*Enhanced Recovery After Surgery

**Kirurgen skal informere pasienten preoperativt om operasjonsmetode, de vanligste komplikasjonene og forventet resultat. Der det er alternativer skal det informeres om ulike operasjonsmetoder og om fordeler og ulemper ved disse. Pasienten skal i samarbeid med kirurgen ta endelig beslutning om valg av metode, og ha samtale med kirurgen postoperativt

Kreft i skjoldbruskkjertel (2/2)

Sykehus/lokalisasjon	VVB	VVD	ST	SSK
Befolkningsgrunnlag (k) (krav >200)	180	297	399	298
Antall operasjoner 2015 (NPR) (samlet ondartet/godartet) (krav ≥ 40 /avd og ≥ 20 /kirurg)	33	105 (BEK)	166 (BEK)	79
Spesialister i bryst/endokrinkir	1	5	2	1
Behersker aktuell kirurgi (n) (min 3)	2	5	2	Kun hemithyreoidectomi
Gruppeføring BEK	nei	2	2	2
LIS-stillinger BEK (n)	0	1	2	1
Intensivenhet med døgntilbud?		ja	ja	ja
Dedikert radiolog?		ja	ja	ja
Nukleærmedisinsk service?		ja	ja	ja
Thoraxkirurg tilgjengelig?				
Onkolog tilgjengelig?		ja	ja	nei
Patologiservice tilgjengelig?		ja	ja	ja
Nasjonal patologimal?				
MDT-møter/uke (n)				0,25
Andel elektive krefttilfeller i MDT (%)			Ved kreftsykd om	Til OUS
Hvilke spesialiteter/funksjoner er representert i MDT?				kir, rad, nukl.med, endokrinol
Har enheten egen forløpskoordinator for denne pasientgruppen?				nei
Deltar enheten i klinisk forskning? Angi på hvilken måte.			ja Hashimo- tostudie	nei
Har enheten et eget kvalitets- og/eller komplikasjonsregister?				ja
Praktiserer enheten ERAS?*				nei
Oppfyller enheten Helsedirektoratets krav til pasientinformasjon?***				ja

Oslo universitetssykehus HF er regionsykehus for endokrine neoplasier. Hit henvises alle medullære og anaplastiske thyreoideacancer samt de sjeldne parathyreoideacancer, ondartede svulster i binyrene, paragangliomer og pasienter med MEN-syndrom. Når det preoperativt er

påvist sikre metastaser i halsfeltene hos pasienter med thyreoideacancer, skal pasientene også henvises til OUS. Øvrig thyreoidea- og parathyreoideasykdom kan behandles ved alle sykehus som har endokrinologisk tverrfaglig team.

Livmorkreft (1/4)

Sykehus/lokalisasjon	OUS	AHUS	SØK	
Befolkningsgrunnlag (k) (krav >400)	541	495	303	
Antall operasjoner 2015 (NPR) (kreftoperasjoner – totalt antall hysterektomier (LCD)) (krav ≥ 20 /avd og ≥ 10 /kirurg)	189 - 719	47 - 280	22 - 102	
Gynekologer med spesialkompetanse i gyn.onkologi (n)	14,5	2	0	
Behersker aktuell kirurgi (n) (min 3)	12,5	2+1	13 (utvalgte)	
Gruppeføring gynekologi	1	1	1	
LIS-stillinger gynekologi (n)	5	25	9	
Intensivenhet med døgntilbud?	ja	ja	ja	
Urolog tilgjengelig?	ja	ja	ja	
MR-radiolog tilgjengelig?	ja	ja	ja	
Onkologi tilgjengelig	ja	ja	nei	
Patologiservice tilgjengelig?	ja	ja	ja	
Nasjonal patologimal?	ja	ja	vet ikke	
MDT-møter/uke (n)	2	v/b	0	
Andel elektive krefttilfeller i MDT (%)	10%	100		
Hvilke spesialiteter/funksjoner er representert i MDT?	kir gyn- onkolog, onk, gastrokir, rad, nukl.med og pat v/b.	gyn, rad, pat v/b		
Egen forløpskoordinator?	ja	ja	ja	
Klinisk forskning?	ja, internasj. og egenititerte kliniske studier.	ja, egen forskningsen het.	ja	
Eget kvalitets- og/eller komplikasjonsregister?	ja	nei	nei	
Rapporterer avdelingen til nasjonalt register?*	ja	ja	ja	
Praktiserer enheten ERAS?**	nei	ja	nei	
Oppfyller enheten Helsedirektoratets krav til pasientinformasjon?***	ja	ja	ja	

*Nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk kreft. www.kreftregisteret.no

**Enhanced Recovery After Surgery

***Kirurgen skal informere pasienten preoperativt om operasjonsmetode, de vanligste komplikasjonene og forventet resultat. Der det er alternativer skal det informeres om ulike operasjonsmetoder og om fordeler og ulemper ved disse.

Pasienten skal i samarbeid med kirurgen ta endelig beslutning om valg av metode, og ha samtale med kirurgen postoperativt

Livmorkreft (2/4)

Sykehus/lokalisasjon	SIE	SIL	SIG	SIK (avsluttet op 1.1.16)
Befolkningsgrunnlag (k) (krav >400)	60	90	105	40
Antall operasjoner 2015 (NPR) (kreftoperasjoner - totalt antall hysterektomier (LCD)) (krav ≥ 20 /avd og ≥ 10 /kirurg)	10 - 86	10 - 64	9 - 73	3 - 20
Gynekologer med spesialkompetanse i gyn.onkologi (n)	0	0	0	0
Behersker aktuell kirurgi (St IA) (n) (min 3)	6	8	5	0
Gruppeføring gynekologi	2	2	2	Nei
LIS-stillinger gynekologi (n)	6	6	3	0
Intensivenhet med døgntilbud?	ja	ja	ja	ja
Urolog tilgjengelig?	ja (SIH)	ja	ja	ja
MR radiolog tilgjengelig?	ja	ja	ja	ja
Onkolog tilgjengelig?	ja (SIH)	ja (SIG)	ja	nei
Patologiservice tilgjengelig?	ja (SIL)	ja	ja (SIL)	nei
Nasjonal patologimal?	ja	ja	ja	vet ikke
MDT-møter/uke (n)	1	1	1	sjelden
Andel elektive krefttilfeller i MDT (%)	100	20	100	ingen
Hvilke spesialiteter/funksjoner er representert i MDT?	gyn, rad	gyn, rad, gastrokir, pat, onk	Gyn, rad, onk og gastrokir v/b	
Egen forløpskoordinator?	ja	ja	ja	ja
Klinisk forskning?	ja	ja		nei
Eget kvalitets- og/eller komplikasjonsregister?	ja	nei		nei
Rapporterer avdelingen til nasjonalt register?*	ja	ja		ja
Praktiserer enheten ERAS?***	ja	ja		nei
Oppfyller enheten Helsedirektoratets krav til pasientinformasjon?****	ja	ja		ja

*Nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk kreft. www.kreftregisteret.no

**Enhanced Recovery After Surgery

***Kirurgen skal informere pasienten preoperativt om operasjonsmetode, de vanligste komplikasjonene og forventet resultat. Der det er alternativer skal det informeres om ulike operasjonsmetoder og om fordeler og ulemper ved disse. Pasienten skal i samarbeid med kirurgen ta endelig beslutning om valg av metode, og ha samtale med kirurgen postoperativt

Livmorkreft (3/4)

Sykehus/lokalisasjon	VVB	VVD	VVK	VVR
Befolkningsgrunnlag (k) (krav >400)	180	163	51	83
Antall operasjoner 2015 (NPR) (kreftoperasjoner – totalt antall hysterektomier (LCD)) (krav ≥ 20 /avd og ≥ 10 /kirurg)	9 - 53	12 - 109	2 - 114	4 - 39
Gynekologer med spesialkompetanse i gyn.onkologi (n)	0	0	0	0
Behersker aktuell kirurgi (St IA) (n) (min 3)	5	4	0	5
Gruppeføring gynekologi	1	1		2
LIS-stillinger gynekologi (n)	8	9		2
Intensivenhet med døgntilbud?	ja	ja		ja
Er urolog tilgjengelig?	ja	ja	ja	ja
MR-radiolog tilgjengelig?	ja	ja	ja	ja
Onkolog tilgjengelig?	ja	ja	ja	ja
Patologiservice tilgjengelig?	ja, (VVD)	ja		ja, (VVD)
Nasjonal patologimal?	?	?		ja
MDT-møter/uke (n)	0	0		0
Andel elektive krefttilfeller i MDT (%)	0	0		0
Hvilke spesialiteter/funksjoner er representert i MDT?	0	0		0
Egen forløpskoordinator?	ja	ja		nei
Klinisk forskning?	ja, nasj. studie	ja		nei
Eget kvalitets- og/eller komplikasjonsregister?	ja	nei		nei
Rapporterer avdelingen til nasjonalt register?*	ja	ja	ja	ja
Praktiseres ERAS?**	ja	nei		nei
Oppfylles Helsedirektoratets krav til pasientinformasjon?***	ja	ja	ja	ja

*Nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk kreft. www.kreftregisteret.no

**Enhanced Recovery After Surgery

***Kirurgen skal informere pasienten preoperativt om operasjonsmetode, de vanligste komplikasjonene og forventet resultat. Der det er alternativer skal det informeres om ulike operasjonsmetoder og om fordeler og ulemper ved disse. Pasienten skal i samarbeid med kirurgen ta endelig beslutning om valg av metode, og ha samtale med kirurgen postoperativt

Livmorkreft (4/4)

Sykehus/lokalisasjon	SIV	ST	SSK	SSA
Befolkningsgrunnlag (k) (krav >400)	227	172	183	115
Antall operasjoner 2015 (NPR) (kreftoperasjoner – totalt antall hysterektomier (LCD)) (krav ≥ 20 /avd og ≥ 10 /kirurg)	13 - 133	18 - 148	15 - 63	9 - 95
Gynekologer med spesialkompetanse i gyn.onkologi (n)	3	0	1	
Behersker aktuell kirurgi (St IA) (n) (min 3)	2	bare lavrisikopas	bare lavrisiko	
Gruppeføring gynekologi	1	2	2	
LIS-stillinger gynekologi (n)	8	7	8	
Intensivenhet med døgntilbud?	ja	ja	ja	
Urolog tilgjengelig?	ja	ja	ja	
MR-radiolog tilgjengelig?	ja	ja	ja	
Onkolog tilgjengelig?	ja	ja	ja	
Patologiservice tilgjengelig?	ja	ja	ja	
Nasjonal patologimal?	ja	?	ja	
MDT-møter/uke (n)	1	0	1	
Andel elektive krefttilfeller i MDT (%)	100	0	90	
Hvilke spesialiteter/funksjoner er representert i MDT?	gyn, rad, pat	0	gyn rad, evt pat	
Egen forløpskoordinator?	ja	nei	ja	
Klinisk forskning?	ja laparoskopi- register	nei	ja Legemiddel- utprøving. Egne studier	
Eget kvalitets- og/eller komplikasjonsregister?	ja	nei	ja	
Rapporterer avdelingen til nasjonalt register?*	ja	ja	ja	
Praktiseres ERAS?**	ja	ja	nei	
Oppfylles Helsedirektoratets krav til pasientinformasjon?***	ja	ja	ja	

*Nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk kreft. www.kreftregisteret.no

**Enhanced Recovery After Surgery

***Kirurgen skal informere pasienten preoperativt om operasjonsmetode, de vanligste komplikasjonene og forventet resultat. Der det er alternativer skal det informeres om ulike operasjonsmetoder og om fordeler og ulemper ved disse. Pasienten skal i samarbeid med kirurgen ta endelig beslutning om valg av metode, og ha samtale med kirurgen postoperativt

Livmorhalskreft

Sykehus/lokalisasjon	OUS	AHUS	SØK	SIV	SSHF
Befolkningsgrunnlag (k) (krav >400)	541	495	303	227	298
Antall operasjoner 2015 (NPR) (krav ≥ 20 /avd og ≥ 10 /kirurg)	52	5	1	3	2
Gynekologer med spesialkompetanse i gyn.onkologi (n)	14,5	2	0		
Behersker aktuell kirurgi (n) (min 3	12,5	0	0		
Gruppeføring gynekologi	1	1	1		
LIS-stillinger gynekologi (n)	5	25	9		
Intensivenhet med døgntilbud?	ja	ja	ja		
Urolog tilgjengelig	ja	ja	ja		
MR og CT med dedikerte radiologer tilgjengelig?	ja	ja	ja		
PET-CT tilgjengelig?	ja	nei	ja		
Onkolog med kompetanse i strålebehandling av gynekologisk kreft tilgjengelig?	ja	nei	nei		
Patologiservice tilgjengelig?	ja	ja	ja		
Nasjonal patologimal?	ja	ja	vet ikke		
MDT-møter/uke (n)	2	v/b	ingen		
Andel elektive krefttilfeller i MDT (%)	100	Henvises OUS	Henvises OUS		
Hvilke spesialiteter/funksjoner er representert i MDT?	kir. gynonkolog gastrokir, onk, rad, nukleær- med og pat v/b	v/b			
Egen forløpskoordinator?	ja	ja	ja		
Klinisk forskning?	ja	ja	nei		
Eget kvalitets- og/eller komplikasjonsregister?	ja,	nei	nei		
Rapporterer avdelingen til nasjonalt register?*	ja	ja	ja		
Praktiseres ERAS?**	nei	Ja	nei		
Oppfylles Helsedirektoratets krav til pasientinformasjon?***	ja	Ja	ja		

*Nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk kreft. www.kreftregisteret.no

**Enhanced Recovery After Surgery

***Kirurgen skal informere pasienten preoperativt om operasjonsmetode, de vanligste komplikasjonene og forventet resultat. Der det er alternativer skal det informeres om ulike operasjonsmetoder og om fordeler og ulemper ved disse. Pasienten skal i samarbeid med kirurgen ta endelig beslutning om valg av metode, og ha samtale med kirurgen postoperativt

Eggstokkreft

Sykehus/lokalisasjon	OUS	AHUS	VVHF	SIV	SSK	SIHF
Befolkningsgrunnlag (k) (krav >400)	541	495	477	227		
Antall operasjoner 2015 (NPR) (krav ≥ 20 /avd og ≥ 10 /kirurg)	91	11	3	7	1	4
Gynekologer med spesialkompetanse i gyn.onkologi (n)	14,5	2				
Behersker aktuell kirurgi (n) (min 3)	12,5 (4-5)	2 (3)				
Gruppeføring gynekologi	1	1				
LIS-stillinger gynekologi (n)	5	25				
Intensivenhet med døgntilbud?	ja	ja				
CT med dedikerte radiologer tilgjengelig?	ja	ja				
Urolog tilgjengelig?	ja	ja				
Onkolog med kompetanse i medikamentell behandling av gynekologisk kreft tilgjengelig	nei kun gynonkolog	ja				
Patologiservice tilgjengelig?	ja	ja				
Nasjonal patologimal?	ja	ja				
MDT-møter/uke (n)	2	v/b				
Andel elektive krefttilfeller i MDT (%)	95	100				
Hvilke spesialiteter/funksjoner er representert i MDT?	kir. gynonk, onk, gastrokir, rad. nukleær- med / patolog v/b	v/b				
Egen forløpskoordinator?	ja	ja				
Klinisk forskning?	ja	ja				
Eget kvalitets- og/eller komplikasjonsregister?	Ja t	nei				
Rapporterer avdelingen til nasjonalt register?*	ja	ja				
Praktiseres ERAS?*	nei	ja				
Oppfylles Helsedirektoratets krav til pasientinformasjon?***	ja	ja				

*Nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk kreft. www.kreftregisteret.no

**Enhanced Recovery After Surgery

***Kirurgen skal informere pasienten preoperativt om operasjonsmetode, de vanligste komplikasjonene og forventet resultat. Der det er alternativer skal det informeres om ulike operasjonsmetoder og om fordeler og ulemper ved disse. Pasienten skal i samarbeid med kirurgen ta endelig beslutning om valg av metode, og ha samtale med kirurgen postoperativt