

Saksframlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret Helse Sør-Øst RHF	21. april 2016

SAK NR 030-2016

OPPFØLGING AV STRÅLETERAPIKAPASITETEN I HELSE SØR-ØST – ETABLERING AV NYE STRÅLETERAPIENHETER I SYKEHUSOMRÅDER SOM IKKE HAR EGET STRÅLEBEHANDLINGSTILBUD I DAG

Forslag til vedtak:

1. Likeverdig behandlingstilbud til pasientene er hovedkriterium for all regional planlegging av nye spesialisthelsetjenestetilbud i Helse Sør-Øst.
2. Styret legger til grunn følgende prioriterte rekkefølge for fremtidig utbygging av nye stråleenheter i Helse Sør-Øst:
 - a. Sykehusområdet Vestfold-Telemark
 - b. Akershus sykehusområde
 - c. Vestre Viken sykehusområde
 - d. Østfold sykehusområde
3. Basert på en helhetlig vurdering lokaliseres ny stråleenhet i Sykehusområdet Vestfold-Telemark til Sykehuset Telemark HF, Skien.
4. Investeringsprosjekter som følge av denne utbyggingsplanen behandles som del av økonomisk langtidsplan.

Hamar, 13. april 2016

Cathrine M. Lofthus
administrerende direktør

1. Hva saken gjelder

Basert på økt kreftinsidens og befolkningsframskrivninger er det tydeliggjort et behov for å øke stråleterapikapasiteten i regionen. For å sikre pasienter som trenger stråleterapi et likeverdig tilbud og bedre tilgjengelighet til behandlingen, er det ønskelig at det etableres nye stråleterapienheter i de sykehusområder som i dag ikke har dette tilbudet.

Stråleterapi er høyspesialisert behandling som krever særskilt kompetanse og har høye kostnader knyttet til både investering og drift. Det er i dag etablert stråleterapienheter ved Oslo universitetssykehus HF, Sykehuset Innlandet HF og ved Sørlandet sykehus HF. Helseforetakene som har stråleterapienheter i dag er forutsatt å ivareta fornyings- og utbyggingsbehov for eksisterende enheter i sine områdeplaner for medisinsk-teknisk utstyr (MTU).

Saksframstillingen gir en oppsummering av utredningsarbeid og prosesser som har vært gjennomført for å avklare det regionale utbyggingsbehovet av stråleterapi og regional prioritering i form av rekkefølge for videre utbygging i sykehusområdene. Det er i tillegg behov for å avklare lokalisering innen sykehusområdet Vestfold – Telemark som omfatter både Sykehuset i Vestfold HF og Sykehuset Telemark HF.

Investeringsprosjektene som følger av denne utbyggingsplanen vil bli behandlet som en del av rulleringen av økonomisk langtidsplan.

2. Bakgrunn – gjennomførte utredninger og prosesser

Oslo universitetssykehus HF fikk i egenskap av regionsykehus i november 2013 i oppdrag å gjenoppta oppfølgingen av stråleterapikapasiteten i regionen med bakgrunn i sykdomsutviklingen og utviklingen i behandlingsmetodene innen kreftområdet. Likeverdig tilbud til hele befolkningen var et viktig premiss for arbeidet. Tidligere undersøkelser hadde påvist variasjon i forbruk av stråleterapi i regionen, og kunne tyde på en sammenheng mellom forbruk av stråleterapi og lokalisering av stråleterapienheter.

Oppdraget resulterte i to rapporter av henholdsvis juni 2014 og april 2015 fra en arbeidsgruppe nedsatt ved Oslo universitetssykehus HF. Arbeidsgruppen hadde også representanter fra de to andre helseforetakene som har stråleterapienheter i dag – Sykehuset Innlandet HF og Sørlandet sykehus HF.

Det er gjennomført to høringsrunder i helseforetakene og rapportene har i tillegg vært drøftet i det regionale brukerutvalget, direktørmøte, fagdirektørmøtet og i møte med de konserntillitsvalgte. I tillegg har fylkeskommunene Vestfold og Telemark gitt egne innspill. Fylkeskommunenes innspill understøtter uttalelsene som er gitt av helseforetakene i de respektive fylker. Det er videre avholdt et åpent innspillsmøte 15. mars 2016 hvor kommuner, fylkeskommuner og kreftforeningen var spesielt invitert. Hensikten med møtet var å informere

gjennomførte utredninger og prosesser, samt gi mulighet for innspill før styret i Helse Sør-Øst RHF tar stilling til etablering av nye stråleterapienter og fremtidig rekkefølge for etablering av stråleterapienter i regionen.

2.1 Rapporter fra Oslo universitetssykehus HF og høring 2014

I den første rapporten fra Oslo universitetssykehus HF fremkommer vurderinger av behov for stråleterapikapasitet mot 2030 (vedlegg 1). Disse vurderingene er basert på fremskrevne data fra Krefregistret knyttet til insidensutviklingen av kreft og tilsvarende data for befolkningsutvikling fra Statistisk sentralbyrå.

Kapasiteten i Helse Sør-Øst i 2014 er 23 strålemaskiner (LAE). Det vil være nødvendig med 3-8 flere LAE i 2020, avhengig av dekningsgrad, og 8-15 flere LAE i 2030. Oslo universitetssykehus HF har etablert flere kveldsskift for å dekke behovet frem mot 2018. For å dekke det antatt videre behovet er det hensiktsmessig å etablere nye stråleterapienter i regionen som virkemiddel for å oppnå tilstrekkelig dekning av stråleterapibehovet i Helse Sør-Øst, og det ble konkludert med at disse burde etableres utenfor Oslo sykehusområde. Frem til nye enheter etableres må de tre nåværende stråleterapientene dekke behovet i regionen.

Fra helseforetakene ble det uttrykt anerkjennelse for arbeidet og tillit til de framskrivninger og vurderinger som var gjort i fagrapportene. Faglige anbefalinger og forslag fikk også bred tilslutning. Spesielt fremhevet helseforetakene konklusjonen om at kapasiteten må økes ved utbygging av nye enheter utenfor Oslo sykehusområde for å redusere reisevei for pasientene i fylkene der forbruket er lavest. Det ble forventet at desentral utbygging ville øke tilgjengeligheten og gjøre tilbudet mer likeverdig regionalt. Innvendingene var knyttet til rekkefølgen for videre utbygging av stråleterapienter. Hovedinnvendingen var at arbeidsgruppens vurdering av fagmiljø og robusthet helseforetakene imellom var for snever. Vurderingen var begrenset til onkologisk spesialistkompetanse (antall ansatte onkologer i helseforetakene/sykehusene).

Da Helse Sør-Øst RHF oversendte oppsummeringen av høringsuttalelsene til Oslo universitetssykehus HF 18.3.2015, fikk arbeidsgruppen som tilleggsbestilling å utdype følgende punkter:

- Faglig robusthet innenfor kreftbehandling i helseforetakene – det bør utdypes hvilke vurderinger av faglig kompetanse som er lagt til grunn som forutsetning for etablering av stråleterapienter
- Befolkningsgrunnlag / tetthet lokalt for stråleenheten

I sin sluttrapport utdypet arbeidsgruppen punktene ovenfor, og avga følgende konklusjon i rapport av 22.04.15 (vedlegg 2);

- Vurdert ut fra befolkningstetthet, kommunikasjonsmessige forhold og størrelse og robusthet i fagmiljøene, bør et senter i Vestfold-Telemark legges til Tønsberg. Utbygging i Sykehusområdet Vestfold-Telemark bør prioriteres tidsmessig.

- Innbyggertallet i Vestfold-Telemark er større enn i Østfold, og for en stor andel av innbyggerne er avstanden til OUS lengre enn i Østfold og Vestre Viken sykehusområder. OUS får økende kapasitetsproblem framover, og tidlig realisering av andre sentre er viktig for behovsdekningen ved OUS, og derved for Helse Sør-Øst som helhet.
- Det bør etableres et senter ved Akershus universitetssykehus HF så tidlig som mulig. Hovedstadsområdet vil oppleve stor befolkningsøkning og er avhengig av kapasitetsøkning for å kunne sikre stråleterapibehovet. Det onkologiske fagmiljøet ved Akershus universitetssykehus HF er klart det største blant de aktuelle sykehusene som ikke har eget stråleterapitilbud i dag.
- I sine høringsuttalelser opplyser Vestre Viken HF og Sykehuset Østfold HF at de har innledet planarbeid med tanke på stråleterapi-utbygging. Av disse har Vestre Viken det største pasientgrunnlaget og de lengste geografiske avstandene. Gitt at utbygging i Vestfold og ved Akershus universitetssykehus HF kommer først, vil tidsplanene for Vestre Viken og Østfold kunne vurderes senere.

2.2 Regional prosess og ny høring 2015/16

Med basis i høringen i 2014 og sluttrapport fra Oslo universitetssykehus av april 2015, samt videre drøftinger i regionale fora, bestemte Helse Sør-Øst RHF at rapporter og samlet materiale skulle forelegges Regionalt fagråd for kreft. Fagrådet fikk den 27.10.2015 i oppdrag å vurdere følgende problemstillinger:

- Om behov for faglig kompetanse er gjort for snever – hvilke spesialiteter er viktige (de viktigste) for å starte strålebehandling?
- Faglige kriterier for oppgavedeling og samarbeid om behandling og forskning mellom regionsykehusets stråleenhet og stråleenhetene i de enkelte sykehusområdene.
- Hvilken spesialistkompetanse må minimum være tilgjengelig, og hvilken kompetanse i andre spesialiteter er viktigst når en sammenligner faglig robusthet?
- Rekruttering av hvilke spesialiteter er viktigst for etablering av stråleenhet?
- Samlet forslag til faglige kriterier for oppgavedeling og videre etablering av nye enheter.

Helse Sør-Øst RHF gjennomførte i tillegg en pasientstrømsanalyse.

2.2.1 Sammendrag av regionalt fagråd for kreft sin vurdering i svarbrev av 02.11.15

Faglig kompetanse

Fagrådet sier seg enig i innsigelsene som har kommet fra helseforetakene om at dagens status for onkologisk kompetanse isolert sett er en for snever tilnærming for å kunne ta valg vedrørende lokalitet og rekkefølge for nye etableringer. Jf. kommentarene vedrørende minimum kompetanse nedenfor. Dette innebærer at fagrådet ikke gir anbefaling for valg av lokalitet i Vestfold-Telemark og at fagrådet heller ikke anser denne faktoren å være avgjørende for lokalisering i andre helseforetak.

Kriterier for oppgavedeling mellom regionsykehuset og stråleenhetene

Hovedprinsippene er hensynet til tilstrekkelig pasientvolum for ulike diagnosegrupper, kompleksitet i ulike behandlingsopplegg og tilgjengelig kompetanse. Dette er samme prinsipper som for øvrig kreftbehandling. Etter fagrådets oppfatning er disse kriteriene ikke egnet for valg av lokalitet eller til å bestemme rekkefølge ved utbygging.

Minimum kompetanse som må være tilgjengelig

Yrkesgruppene som er kritisk nødvendige for å drive stråleterapi, men ikke kritisk nødvendige for sykehusdriften for øvrig er: Stråleterapeuter, medisinske fysikere, serviceingeniører og onkologer. Det nødvendige antallet knyttet til stråleterapiaktiviteten er som beskrevet i arbeidsgruppens rapport: 7 stråleterapeuter, 1,3 fysikere, 0,5 ingeniører, 2 onkologer og en lege i utdanning per lineærakseleratorenhet. Onkologikapasiteten kommer i tillegg til den som er allokert til øvrig kreftbehandling, og etablering av stråleenhet vil spesielt kreve økt kapasitet på radiologi, patologi og medisinsk biokjemi. Fagrådet påpeker at de forskjeller i bemanningen av spesialitetene som fremkommer mellom helseforetakene, vesentlig kommer som følge av størrelsen på opptaksområdet. Fagrådet fremholder at den faglige minimumskompetansen som må være tilgjengelig ved sykehus på det tidspunkt det fattes beslutning om oppbygging av stråleterapienhet er ivaretatt ved alle de aktuelle helseforetakene som utreder og behandler kreft.

Rekruttering av hvilke spesialiteter er viktigst for etablering av stråleenhet?

Fagrådet vurderer at rekrutteringssituasjonen for de aktuelle spesialitetene er gode og viser blant annet til at Oslo universitetssykehus alene har 40 utdanningsstillinger innen onkologi, hvilket langt vil overstige helseforetakets eget behov på sikt. For stråleterapeuter og øvrige spesialstillinger knyttet til strålebehandling vil en kunne rekruttere tilstrekkelig om en arbeider planmessig og i god tid før etablering.

Kriterier for etablering

Fagrådet anser at kriteriene angående faglige forutsetninger og bemanning ikke er egnet til å begrunne valg av lokalisering av stråleenhet mellom sykehusområder eller innenfor et sykehusområde, og således heller ikke til å bestemme lokalisering innenfor Sykehusområdet Vestfold-Telemark. Fagrådet fremholder for øvrig at minimumskompetansen som er nødvendig for etablering av stråleenheter er til stede i alle sykehusområdene i dag. Av forskjeller som vil kunne tillegges vekt i framtida antyder kreftrådet endringer i for eksempel funksjons-fordeling av kreftkirurgi og endringer i oppgavefordelingen for øvrig på kreftbehandlingsområdet.

2.2.2 Analyse av pasientenes reiser og avstander til stråleterapi

Helse Sør-Øst RHF har gjennomført en pasientstrømsanalyse basert på data fra Norsk pasientregister (NPR) for perioden 2013-2014 og data fra Helseforetakenes senter for pasientreiser for perioden 2013-2015 (vedlegg 3). Analysen er begrenset til sykehusområdene Vestfold-Telemark, Vestre Viken og Sørlandet. Analysene har vist at det er lite som skiller mellom Tønsberg og Skien relatert til reiseavstand ved valg av lokalisering.

Analysen som er gjort viser at reiseavstanden er tilnærmet lik for pasienter som mottok stråleterapibehandling i 2013/2014 i sykehusområdet totalt sett, uavhengig av om stråleenheten legges til Skien eller Tønsberg. Gjennomsnittlig reiseavstand for pasienter i Vestfold-Telemark til Tønsberg er 49,3 km, mens den til Skien er 49,7 km.

Ser man på et gjennomsnittsvolum (slik Sykehuset Telemark HF foreslår i sitt innspill, beskrevet i vedlegg 4) eller medisinsk anbefalt volum for strålebehandling i Helse Sør-Øst (vedlegg 1), vil gjennomsnittlig avstand for pasienter i Vestfold-Telemark til Skien være 68,5 km, mens gjennomsnittlig avstand for pasienter i Vestfold-Telemark til Tønsberg vil være 86,2 km, dvs en forskjell på 17,7 km kortere reiseavstand til Skien enn til Tønsberg.

Tar man høyde for en pasientstrøm fra Vestre Viken (kommuner i Kongsberg-/Drammensområdet) og Sørlandet (kommuner i øvre deler av Aust-Agder) og inkluderer reiseavstand for pasienter fra disse kommunene i analysen, basert på pasienter som mottok stråleterapibehandling i 2013/2014, blir gjennomsnittlig reiseavstand til Skien 72 km, mens den til Tønsberg blir 68,3 km.

2.2.3 Høring 2015/2016

Regionalt fagråds besvarelse av oppdraget som er angitt over, ble sammen med pasientstrømanalysen oversendt helseforetakene for uttalelse i november 2015. Formålet med den aktuelle innspillsrunden var å komme fram til kriterier som kan være normgivende for rekkefølgen i etablering av nye stråleenheter i regionen.

Det foreligger grundige og omfattende innspill fra de to helseforetakene som til sammen danner et sykehusområde, Sykehuset i Vestfold og Sykehuset Telemark. Uttalelsene fra disse to helseforetakene er også fulgt opp av fylkeskommunene Vestfold og Telemark og fylkesmannen (v/fylkeslegen) i Telemark.

De nevnte instanser støtter opp om hovedsynspunkter og vurderinger fra sine respektive stedlige helseforetak. Fra øvrige helseforetak i regionen foreligger det korte tilbakemeldinger, hvor det vises tilbake til innspill gitt i forrige runde i 2015 (vedlegg 4)

Det regionale brukerutvalget avga i sak 152-2015, 17. november 2015 følgende uttalelse:

- Det forutsettes at ny stråleenhet bør legges til et robust fagmiljø hvor kreftbehandlingen er samlet.
- Det vil være viktig å se på hvordan strålekapasiteten ved Oslo universitetssykehus HF kan avlastes.
- Ved lokaliseringsvalg bør det legges vekt på at den nye enheten gir nytte for flest mulig pasienter.

3. Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

Det har ikke vært statlige initiativ til nasjonale opptrappingsplaner siden Nasjonal kreftplan i 1997. Investeringer til stråleenheter, på lik linje med øvrige investeringer, må håndteres av det enkelte helseforetak og det forutsetter at disse planene for investeringer inngår i økonomisk langtidsplan.

Siden 2010, da styret i Helse Sør-Øst RHF gjennomgikk funksjonsfordelingen innen kreftområdet (sak 085-2010), er det lagt fram flere rapporter om stråleterapikapasiteten med sikte på å få etablert en opptrappingsplan. Stråleterapi er høyspesialisert behandling med krav til oppbygging av kompetanse og høye kostnader både til investering og drift. Prioritering og fordeling av oppgavene innen dette området har vært krevende og prosessene har gått over lang tid.

Den aktuelle saken med basis i oppdraget gitt til Oslo universitetssykehus i 2013, har hatt som en viktig premisse at befolkningen skal ha et likeverdig tilbud. Undersøkelser har påvist at forbruket av stråleterapi varierer internt i regionen. Sykehusområder med stråleterapisentre har høyest behovsdekning, mens fylkene Vestfold, Telemark, Østfold og Buskerud ligger lavest. Det er mindre variasjoner disse imellom, og alle ligger under gjennomsnittet.

Da den opprinnelige utredningen ble gjort i 2013, lå Telemark lavest i forbruk tett fulgt av Vestfold. De siste tall fra 2014 viser nå motsatt forhold for disse to helseforetakene, og at det er Østfold som har det laveste forbruket. Dette viser at reiseavstand ikke alene er ensbetydende med lavt forbruk.

Arbeidsgruppen ved Oslo universitetssykehus anbefalte at nye stråleenheter burde plasseres i områder med underforbruk av stråleterapi for å redusere reiseveien for pasientene og for å holde tritt med økt kreftforekomst. Det ble konkret pekt på Sykehusområdet Vestfold-Telemark som hadde det laveste forbruket pr. 2013. I tilknytning til dette ble det også vist til at Oslo universitetssykehus har verdens tredje største stråleterapisentre målt i antall behandlingsmaskiner og derfor ikke bør bli større.

I høringsprosessene er det uttrykt tilfredshet med hovedkonklusjonen om å desentralisere videre utbygging.

Kriterier for etablering av stråleenhet og etablering av rekkefølge

Innvendingene som har fremkommet underveis har knyttet seg til rekkefølgen og lokalisering for videre utbygging av stråleterapienheter. Fra helseforetakene ble det etterlyst «nøytrale kriterier» for å bestemme prioritering og lokalisering.

Det ble gitt et tilleggsoppdrag til arbeidsgruppen ved Oslo universitetssykehus HF og et eget oppdrag til Regionalt fagråd for kreft som er beskrevet i saken, og det ble forsøkt definert kriterier basert bl.a. på faglig robusthet og pasientenes reiseavstand. Det ble også lagt vekt på å vurdere befolkningstetthet, tilgang på teknologisk kompetanse, servicefunksjoner og kommunikasjonsmessige forhold.

Fagrapportene som er utarbeidet fremhever at en utbygging i sykehusområdet Vestfold-Telemark bør prioriteres tidsmessig. Det er vist til at innbyggerantallet i Vestfold-Telemark er større enn i Østfold, og for en stor andel av innbyggerne er avstanden fra Oslo universitetssykehus HF lengre enn for innbyggere i Østfold og Vestre Viken sykehusområder.

Det er videre pekt på at en utbygging ved Akershus universitetssykehus bør komme så tidlig som mulig. Hovedstadsområdet vil få en sterk befolkningsvekst og er avhengig av kapasitetsøkning for å sikre stråleterapibehovet.

Generelt pekes det på betydningen av en tidlig realisering av nye sentre for å avlaste Oslo universitetssykehus og for å sikre en bedre behovsdekning for Helse Sør – Øst som helhet.

Lokalisering i Sykehusområde Vestfold- Telemark

Proessen har vist at verken faglige kriterier eller analyser av reiseavstand gir tydelige svar på lokalisering internt i sykehusområder Vestfold- Telemark mellom alternativene Tønsberg og Skien.

I arbeidsgruppens rapport av 22.04.15 ble det riktignok pekt på Vestfoldalternativet framfor Telemark. Dette var primært begrunnet i at Vestfold har utviklet et større onkologisk miljø enn Telemark. Fagrådet for Kreft har på sin side konkludert med at dagens status for tilgjengelig onkologisk kompetanse «isolert sett er en for snever tilnærming for å kunne ta valg vedrørende lokalitet og rekkefølge ved etablering av nye stråleenheter i regionen».

Etter fagrådets vurdering er faglige kriterier for oppgavedeling innenfor stråleterapi heller ikke egnet som kriterium for valg av lokalitet eller rekkefølge. I vurderingen av fagmiljøene ved de to helseforetakene har fagrådet konkludert med at de begge fyller minimumsbetingelsene til kompetanse for å etablere stråleenhet (jf. fagrådets uttalelse av 02.11.15). Erfaringene fra etablering av stråleenheter både på Gjøvik og Kristiansand tilsier videre at en etablering av stråletilbud vil føre til en styrking av kompetansen på kreftbehandlingsområdet generelt og øke både henvisning og søkning til tilbudet. Et bredt og kompetent fagmiljø er en viktig forutsetning ved etablering av nye stråleenheter, samtidig viser erfaringer at nye tilbud tiltrekker seg større og kompetente fagmiljøer.

Analysene har også vist at det er lite som skiller mellom Tønsberg og Skien relatert til reiseavstand ved valg av lokalisering. Når en ser på den relative forskjellen i reiseavstand er det også viktig å være oppmerksom på at strålebehandling vil være planlagt behandling og ikke øyeblikkelig hjelp. Målet om likeverdige helsetjenester i denne sammenheng vil innebære vurderinger knyttet til om mange pasienter skal få litt lengre reisevei (som vil være tilfelle ved valg av Skien) kontra at et fåtall pasienter får vesentlige lengre reisevei (som vil være tilfelle ved valg av Tønsberg).

Både Vestfold og Telemark ligger per 2014 under behovs estimat, jf. nasjonal kreftplan, som stipulerer det medisinske behovet for strålebehandlingsserier til 54 % av insidensen. Dog visert tall fra 2014 en økning av forbruket i Telemark, mens det har vært en svakere økning i Vestfold, noe som gjør at Telemark nå har et større forbruk enn Vestfold.

Forskjeller i forbruk av stråleterapi

Når det gjelder forbruket av stråleterapi internt i regionen, er heller ikke forskjellene veldig markante mellom de helseforetakene som befinner seg i det nedre sjiktet for forbruk. Da den opprinnelige utredningen ble gjort i 2013, lå Telemark lavest i forbruk tett fulgt av Vestfold. De siste tall fra 2015 viser nå motsatt forhold for disse to helseforetakene, og at det er Østfold som har det laveste forbruket.

Utredningen som er gjort er basert på dagens behandlingsvolum (tall for 2013/14). Om en ser på utviklingen videre framover, viser data for behovs indeks for somatiske helsetjenester sett opp mot demografiske forhold fordelt på fylke, at Telemark ligger noe over behovet i Vestfold. Telemark har i snitt mellom 6-7 % høyere behov for sykehustjenester enn Vestfold. Imidlertid utlignes dette forholdet av at Vestfold, gitt en middels befolkningsframskriving (kilde: SSB), vil ha større befolkningsvekst enn Telemark fram mot 2030 (vedlegg 5).

Regional beslutning

Forutsetningen om å ha et likeverdig strålebehandlingstilbud i regionen, tilsier at Helse Sør-Øst må få avklart en regional rekkefølge for utbygging av de nye stråleenhetene som må sees i sammenheng med økonomisk langtidsplan.

Helse Sør-Øst RHF anser de regionale prosessene som har vært ført i regionen i denne saken som nyttige, selv om en ikke har kommet fram til generelle faglige kriterier for lokalisering av stråleenheter. Levetiden for slike kriterier ville sannsynligvis bli kort uansett med tanke på det komplekse samspill strålebehandling inngår i. Den grunnleggende forutsetning om likeverdig behandlingstilbud til pasientene må ligge til grunn for planlegging av all spesialisthelsetjeneste.

4. Administrerende direktørs anbefaling

Helse Sør-Øst RHF har et overordnet ansvar for å sikre et likeverdig tilbud til befolkningen i hele regionen. Demografisk utvikling tilsier at flere vil trenge kreftbehandling i årene fremover, og det er bred tilslutning til hovedkonklusjonene i fagrapportene hva angår behovene for økt stråleterapikapasitet i regionen frem mot 2030. Av hensyn til pasientene er det ønskelig at utbygging av stråleterapikapasitet skjer desentralt, ved at det etableres nye stråleterapisentre i de sykehusområder som i dag ikke har dette tilbudet. Det vil gi mange pasienter kortere reisevei og det vil bidra til å motvirke påviste ulikheter i forbruk internt i regionen. Helseforetakene forutsettes å ha en plan for å styrke tilgjengelighet og henvisning til stråleterapi for kreftpasienter. Etablering av stråleterapisentre krever utvikling av kompetanse og investering i medisinsk teknisk utstyr og bygg. Det inkluderer økonomisk evne til å bære nødvendige investeringer.

Det anbefales en trinnvis utbygging som samsvarer med behovsutviklingen og økonomiske forutsetninger, og det legges til grunn at en tar stilling til når første utbygging kan skje i forbindelse med behandling av økonomisk langtidsplan.

Administrerende direktør viser til de vurderinger som ligger til grunn i saken når det gjelder anbefalt rekkefølge mellom de aktuelle sykehusområdene som i dag står uten stråleterapienter. Det innebærer at det anbefales at Sykehusområdet Vestfold- Telemark prioriteres tidligst i perioden, før Akershus universitetssykehus HF og videre at Vestre Viken HF prioriteres før Sykehuset Østfold HF.

Sykehuset i Vestfold HF og Sykehuset Telemark HF, som er i samme sykehusområde, ønsker at stråleenheten blir lokalisert i eget foretak. Det er ikke påvist betydelige forskjeller mellom de to helseforetakene når det gjelder faglige forutsetninger som grunnlag for å velge lokalisering. Sykehuset i Vestfold HF legger vekt på at de allerede i dag har et robust og helhetlig fagmiljø inklusiv forskningsmiljø, som kan understøtte et stråleterapienter. Det er samtidig vektlagt fra blant annet fagrådets side at begge helseforetakene fyller minimumsbetingelsene til kompetanse for å etablere stråleenhet. Erfaringene fra etablering av stråleenheter både i Sykehuset Innlandet, Gjøvik og Sørlandet sykehus HF, Kristiansand viser at kompetanseoppbygging er krevende, samtidig som en etablering av stråletilbud vil føre til en styrking av kompetansen innen kreftbehandlingsområdet generelt og øke både henvisning og søkning til tilbudet. En etablering av et stråleterapitilbud ved Sykehuset Telemark HF vil på denne måten kunne styrke tilbudet til pasienter med kreft ved at etableringen virker positivt på oppbygging av et onkologisk fagmiljø.

Begge alternativer innebærer også en desentralisering i tråd med ønske om å bringe tjenester nærmere pasientene. Reiseavstandsanalysene gir heller ikke store utslag, men Telemarkpasienter har noe lengre reiseavstand generelt, og særlig gjelder dette pasienter fra øvre deler av Telemark som vil få lengre reisevei til Tønsberg enn til Skien.

Basert på de utredninger som er gjort er det ikke påvist tungtveiende faglige argumenter som kan avklare lokaliseringvalget. Begge helseforetakene fremfører hver for seg gode argumenter og forutsetninger for å etablere en ny stråleenhet.

Det har i utredningsarbeidet vært lagt til grunn at desentralisering av stråleterapitilbudet innebærer etablering av tilbud i alle sykehusområder i regionen. På bakgrunn av dette vil administrerende direktør etter en samlet vurdering anbefale at Sykehuset Telemark HF etablerer en ny stråleenhet i Skien. En etablering av en ny stråleenhet på et senere tidspunkt i Vestre Viken HF lokalisert til Drammen, vil kunne avlaste nordre deler av Vestfold. For søndre deler av Vestfold og Telemark vil Skien være et godt alternativ mellom Drammen og Kristiansand. Samlet sett gir dette en tilfredsstillende fordeling og spredning av tilbudet og sikrer at Helse Sør-Øst RHF ivaretar “sørge for”-ansvaret på en balansert måte. Det legges til grunn at gjeldende funksjons- og oppgavedeling i sykehusområdet Vestfold-Telemark ikke endres som følge av etablering av stråleterapitilbud ved Sykehuset Telemark HF. Videre vil det stilles krav til Sykehuset Telemark om et forpliktende samarbeid i sykehusområdet i forbindelse med oppbygging av stråleterapitilbudet og det vil stilles krav til faglig kompetanse for å kunne inneha en slik funksjon.

Administrerende direktør legger stor vekt på at den videre utbyggingen av strålekapasitet skal skje desentralt, og at planmessig fordeling og utbygging av strålekapasitet skal bidra til økt tilgjengelighet i hele regionen og gi et mer likeverdig tilbud til pasientene.

Trykte vedlegg:

1. Rapport om stråleterapibruken i Helse Sør-Øst, juni 2014
2. Rapport om stråleterapibruken i Helse Sør-Øst, april 2015
3. Oppfølging av stråleterapikapasitet i Helse Sør-Øst, analyse av pasientreiser og avstander
4. Oppsummering av innspill fra helseforetakene vedrørende lokalisering av nye stråleenheter
5. Oppfølging av om stråleterapikapasiteten - Supplerende opplysninger vedrørende reiseavstand.
6. Oppsummering fra møte med kommuner og fylkeskommuner 15. mars 2016 vedrørende oppfølging av stråleterapikapasiteten i Helse Sør-Øst

Utrykte vedlegg:

- Ingen