

## **Strategiplan**

### **Kreftavdelingen Helse Møre og Romsdal HF 2018 - 2023**



Foto: Kristin Støylen

### **Visjon – Fremragende kreftbehandling nær deg**

***Mål: Behandling av beste kvalitet gitt av eit motivert personale med kompetanse***

***på eit høgt fagleg nivå, som er nær deg i avstand og som medmenneske.***

*Vedtatt av lederteamet i kreftavdelingen HMRHF 15.12.17*

## ***Kreftavdelinga sitt verdigrunnlag***

### **KVALITET**

Pasientane våre skal møte eit personale som har høg kompetanse innan behandling og pleie.

Vi skal stå fram som ei inkluderande og fleksibel eining i møte med pasientar, pårørande og befolkninga.

Gode rutinar, ansvarsfordeling og samarbeid skal sikre at pasientar, pårørande og helsersonell på alle nivå opplever kontinuitet og verdigheit.

### **RESPEKT**

Kvar einskild skal møtast med respekt og omsorg. Dei tilsette skal opptre slik at pasienten kjenner seg møtt i høve til egne behov og prioriteringar.

Tillit og open kommunikasjon skal kjenneteikne avdelinga vår.

### **ETISK**

Arbeidet skal utførast slik at tildelte ressursar vert nytta effektivt og på ein fagleg god og etisk forsvarleg måte.

Gjennom heile behandlingsforløpet skal pasient og pårørande vere ivaretatt i høve til fysiske, psykiske, sosiale og åndeleg eksistensielle behov.

Tilsette skal vise omsyn til kvarandre for å fremje godt arbeidsmiljø og arbeids glede.

### **FRAMTIDSRETTA**

Brukarmedverknad skal vere retningsgjevande for utviklinga av tenestene våre.

Vi skal stadig utvikle kompetansen i vårt daglege arbeid og vere fagleg oppdatert på nasjonalt og internasjonalt nivå.

Det bør leggjast til rette for aktiv deltaking i forskning og fagutvikling.

### **TRYGGLEIK**

Trygge rammer og trivsel er viktig for at avdelinga skal opplevast god for pasientar og tilsette.

Avdelinga skal bere preg av pliktoppfyllande og venleg kultur, der vi saman tar ansvar, finn løysingar og gjer kvarandre gode.

<b>1</b>	<b>BAKGRUNN OG INNLEDNING .....</b>	<b>4</b>
1.1	HVORFOR STRATEGIPLAN? .....	4
1.2	FØRINGER I ARBEIDET MED STRATEGIPLANEN .....	5
1.3	PROSESS .....	5
<b>2</b>	<b>UTFORDRINGER, MULIGHETER OG DRIVKREFTER FREM MOT 2023 .....</b>	<b>6</b>
2.1	KREFTAVDELINGEN HELSE MØRE OG ROMSDAL HF .....	7
2.2	PASIENTGRUNNLAG MED FRAMSKRIVING .....	7
2.3	KREFTBEHANDLING OG PALLIASJON .....	9
2.4	NYE BEHANDLINGSMULIGHETER .....	10
2.5	DIAGNOSTIKK .....	10
2.6	FOREBYGGING OG REHABILITERING .....	11
<b>3</b>	<b>VÅRE STRATEGISKE MÅL FREM MOT 2023 .....</b>	<b>12</b>
3.1	VISJON OG MÅL .....	12
3.2	LIKEVERDIG TILBUD I FYLKET .....	12
3.3	KOMPETANSE, LEDERSKAP OG KULTUR .....	13
3.4	FORSKNING OG UTVIKLING .....	13
3.5	PASIENTENS KREFTBEHANDLING - PÅ PASIENTENS PREMISSE .....	14
3.6	KVALITET OG AVVIKSSYSTEM .....	15
3.7	TEKNOLOGI .....	16
<b>4</b>	<b>HVORDAN NÅ VÅRE MÅL OG VISJON? .....</b>	<b>17</b>
<b>5</b>	<b>VEIEN VIDERE; MÅLING OG EVALUERINGER .....</b>	<b>18</b>
<b>6</b>	<b>VEDLEGG .....</b>	<b>20</b>
	1 SWOT analyser for kreftavdelingen	
	2 Behovet for PET-CT i Møre og Romsdal	



# 1 Bakgrunn og innledning

Kreftavdelingen Helse Møre og Romsdal HF ved avdelingsleder Jorun Bøyum satte ultimo 2016 i gang arbeidet med strategiplan 2018-2023. Medlemmer av prosjektgruppen bestod av seksjonsledere på tvers av avdelingen og en hadde representanter fra alle fire sykehus, ulike profesjoner og tillitsvalgte. Arbeidet ble innledet med at det gikk ut informasjon til alle ansatte i avdelingen om arbeidet. En ønsket med det en prosess som informerte, inkluderte og engasjerte de ansatte i avdelingen. Tillitsvalgt fra Sykepleierforbundet, som er avdelingens største fagforbund, har vært medlem av prosjektgruppen. De andre tillitsvalgte og verneombud ble holdt løpende orientert om arbeidet og kunne når som helst komme med spørsmål, innspill og kommentarer. 3 mai 2017 ble det holdt et eget seminar for brukergrupper i Kreftforeningen, brukergruppen for klinikk for medisin og rehabilitering og brukergruppen for Helse Møre og Romsdal HF der de først ble informert om arbeidet og deretter kunne komme med innspill til strategiplanen. Referat fra møtet er sendt og godkjent av deltakerne på møtet.

## 1.1 Hvorfor strategiplan?

Samfunnet står overfor store endringer i årene som kommer. Befolknings- og bosettingsmønster er i endring. Møre og Romsdal vil få en stor økning i antall eldre og med det en stor økning i kreftforekomst. Det forventes stor økning av både kreftforekomst, insidens og kreftoverlevende. Det er en rivende faglig og teknologisk utvikling innen kreftbehandling og kreftomsorg. En del nye behandlingsmetoder er ressurskrevende. Forventningene til hva samfunnet kan tilby er store allerede i dag og fortsetter å øke.

For å stå best mulig rustet til å løse utfordringsbildet må Helse Møre og Romsdal HF og kreftavdelingen ha tett samspill og samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, kommunene og utdanningsinstitusjonene.

Kreftavdelingen HMR må ha strategier, kultur, lederskap, medarbeidere, kompetanse, lokaler, utstyr og ressurser som møter utfordringene og er til det beste for pasientene i Møre og Romsdal. Mange av forutsetningene for utviklingen av spesialisthelsetjenesten er lite forutsigbare og bestemmes ikke av sektoren alene, men av generelle samfunnsmessige forhold, politiske myndigheter mv. Helse Midt-Norge RHF har ansvar for at befolkningen i regionen får tjenester av god kvalitet i henhold til blant annet helseforetakslovens- og spesialisthelsetjenestelovens bestemmelser, pasient- og brukerrettighetsloven, Nasjonal helse- og sykehusplan og årlige oppdrag og krav fra Helse og omsorgsdepartementet. Med disse rammene og vilkårene skal kreftavdelingen hver dag jobbe i henhold til vårt verdigrunnlag og sørge for å gi behandling av beste kvalitet gitt av motiverte medarbeidere med kompetanse på et høyt faglig nivå og i nærhet til pasientene både i avstand og som medmenneske.

Strategiplan 2018-2023 er en overordna strategi for kreftavdelingen HMR som tar hensyn til det samla utfordrings- og mulighetsbildet vi står overfor i utviklingen av et helhetlig tjenestetilbud. Strategien har derfor et perspektiv utover spesialisthelsetjenesten.

Strategiplan 2018-2023 skal vise retningen for kreftavdelingen HMR til å møte Møre og Romsdal sitt behov for kreftbehandling og kreftomsorg. Gjennom Strategiplan 2018-2023

skapes et felles målbilde for fylket og avdelingen. Strategiplan 2018-2023 skal gi viktige styringssignaler til videre utvikling og prioriteringer for hele fylket og hele avdelingen. Dette er nødvendig for å gjøre kreftavdelingen HMR i stand til å videreutvikle krefttilbudet i fylket og være i forkant av de utfordringer som kommer.

## 1.2 Føringer i arbeidet med strategiplanen

- Kreftavdelingen HMR ved avdelingsleder Jorun Bøyum satte ultimo 2016 i gang arbeidet med strategiplan 2018-2023.
- Ny strategi skal bygge på Helse Midt-Norges visjon "På lag med deg for din helse" og verdiene trygghet, respekt og kvalitet, samt kreftavdelingens visjon og verdigrunnlag, gjengitt side 1 og 2.
- Baseres på nasjonale føringer, regionale føringer, foretakets føringer og andre føringer som har innvirkning på kreftbehandling og kreftomsorg.
- Skal informere, inkludere og engasjere alle ansatte i avdelingen.
- Skal informere, inkludere og engasjere brukergrupper i Kreftforeningen, Møre og Romsdal og brukergrupper i foretaket.
- Strategien skal være overordna og gi retning for ønsket utvikling fram til 2023.
- Strategien skal munne ut i et konkret strategidokument.

## 1.3 Prosess

Det er brukt både prosesstilnærming og prosjektoppbygging i arbeidet. Prosess ved å involvere alle medarbeidere i avdelingen, skape diskusjoner, dialog, samhandling og tenke helhetlig slik at det ble en felles strategiplan for Kreftavdelingen Helse Møre og Romsdal HF. Prosjektoppbygging ved å bruke prosjektkompetanse blant annet med arbeidsfordeling, tidslinje og oppfølging. Prosjektet ble delt i to deler. Første delen var fra primo 2017 til ultimo mai 2017. I denne perioden ble forslaget til strategiplan utarbeidet med innspill fra alle medarbeiderne, tillitsvalgte, verneombud og brukergrupper. Medio september ble planen sendt på høring til deltakerne fra seminaret 3.mai, tillitsvalgte, verneombud og andre ansatte. Vi har hatt som intensjon og målsetting å bidra til felles forståelse og kunnskap om hvilke utfordringer, muligheter og veivalg vi står overfor. En ambisjon har vært å skape rom for felles refleksjoner i avdelingen slik at vi er best mulig rustet for framtidige veivalg.

Grunnlaget for strategiplan 2018-2023 ble sendt på høring 18.9.2017 etter behandling i kreftavdelingens lederteam 15.9.2017 Ved høringsfristens utløp 14.10.2017 var det kommet inn fire uttalelser. Det var åpent for alle å avgi høringsuttalelse, både ansatte, tillitsvalgte, verneombud og brukerorganisasjoner. Høringssvarene ble tatt opp i kreftavdelingens lederteam og en fattet beslutning på hvilke endringer en skulle gjøre i dokumentet. Endelig strategiplan ble vedtatt i kreftavdelingens ledermøte 15.12.2017.

## 2 Utfordringer, muligheter og drivkrefter frem mot 2023

### *Kreftavdelingen helse Møre og Romsdal HF står ovenfor store endringer frem mot 2023*

- *Stor økning av kreftforekomst, prevalens og kreftoverlevende frem mot 2023*
- *Kreftpasienter får mer kompleks sykdomsbilde og lever lenger med sin kreftsykdom*
- *En rivende faglig og teknologisk utvikling*
- *Store utfordringer med å rekruttere og beholde spesialister og bygge spesialistkompetanse*
- *Stor økning av kostnader til medikamentell behandling herunder immunterapi*
- *SNR – Sykehuset i Nordmøre og Romsdal*
- *Økte forventninger fra pasienter, pårørende og samfunn*
- *Økte forventninger og krav til forebygging og rehabilitering*

Møre og Romsdal vil frem mot 2023 og spesielt etter 2023 ha en høy andel eldre over 70 år. Med økende alder vil antallet krefttilfeller og antall personer som lever med kreft øke. Kreftpasienter i palliativ setting vil leve lenger og flere vil få et mer komplekst sykdomsbilde. Ny og moderne kreftbehandling er ofte ressurskrevende. En vil både nasjonalt, regionalt og lokalt få diskusjoner om hvilken kreftbehandling som skal tilbys til de enkelte pasientgrupper. En vil ha en faglig og teknologisk utvikling som krever ressurser til kompetansebygging, utstyr og medikamenter. Immunterapi tilbys flere pasienter og pasientgrupper og det vil komme nye behandlingsmuligheter i årene som kommer.

SNR skal stå ferdig 2021/2022. Frem mot denne dato skal kreftavdelingen og spesielt Nordmøre og Romsdal, være med på planlegging av funksjonsfordeling og areal. Det er viktig å tenke *ett* foretak, *en* avdeling og *likt* behandlingstilbud i denne prosessen. Forventninger fra pasienter, pårørende og samfunn er økende. Det er en utfordring å kunne tilfredsstille disse forventningene med de ressurser en til enhver tid har. Ikke minst angående kunnskap da pasienter og pårørende stadig får nye muligheter til kunnskap fra internett. Med trippel AIM<sup>1</sup>, pasientverdiprosessen og regionale og nasjonale føringer vil spesialisthelsetjenesten møte nye krav og forventninger til at vi skal være med på både forebygging, rehabilitering og tenke mer helhetlig.

---

<sup>1</sup> The IHI Triple Aim is a framework developed by the Institute for Healthcare Improvement that describes an approach to optimizing health system performance. It is IHI's belief that new designs must be developed to simultaneously pursue three dimensions, which we call the "Triple Aim":

- Improving the patient experience of care (including quality and satisfaction);
- Improving the health of populations; and
- Reducing the per capita cost of health care.

## 2.1 Kreftavdelingen Helse Møre og Romsdal HF

Kreftavdelingen HMR er lokalisert til Kristiansund sjukehus, Molde sjukehus, Volda sjukehus og Ålesund sjukehus og består av mange profesjoner. Kristiansund, Molde og Volda sykehus har poliklinikker og palliative team. Ålesund sykehus har onkologisk sengepost, palliativt team, poliklinikk, stråleterapi og Åse hotell som er en del av kreftavdelingen. Kristiansund og Ålesund har i tillegg Pusterom. Avdelingen består av mange profesjoner. Sykepleiere, kreftsykepleiere, spesialsykepleiere, onkologer (og andre spesialister), LIS leger, stråleterapeuter, fysikere, sosionom, ernæringsfysiolog, fysioterapeut, merkantil og støttepersonell. Når vi begynte med utarbeidelse av SWOT analyser var det viktig å starte fragmentert og detaljert da seksjonene og profesjonene har ulike styrker, svakheter, muligheter og trusler. Hver seksjon i HMR, herunder Kreftbehandling og palliasjon Nordmøre og Romsdal, Kreftbehandling og palliasjon og sengepost Sunnmøre, Stråleterapi HMR, Åse hotell og Onkologer HMR, gjennomførte primo 2017 egne SWOT analyser. Alle ansatte fikk mulighet til å komme med innspill til de seksjonsvise SWOT analysene. På bakgrunn av dem har avdelingen laget en SWOT analyse som gjelder for hele kreftavdelingen HMR. Se vedlegg 1.

Hver seksjon har i tillegg egne strategiske kompetanseplaner som oppdateres årlig for å møte nye utfordringer og endringer. De strategiske kompetanseplanene inneholder blant annet *nå* situasjon for seksjonen/profesjonene, rekrutteringsbehov på kort og lang sikt, pasientvekst og rekrutteringsbehov, kompetanseoversikt og behov på kort og lang sikt, SWOT analyser, livsfase/seniorpolitikk, Forskning og Utvikling, for å nevne noe. De strategiske kompetanseplanene sees i sammenheng med planene for medisin teknisk utstyr og areal. Med dette kan hver seksjon og profesjon jobbe proaktivt for at seksjonen og profesjonene alltid har rett bemanning, kompetanse, utstyr og areal.

SNR skal i ferdig i 2021/2022. En vil få en samlokalisering av poliklinikkene og de palliative teamene i Nordmøre og Romsdal. Kreftavdelingen HMR vil jobbe aktiv for en god funksjonsfordeling og at seksjonen på det nye sykehuset får det arealet, utstyret og antall medarbeidere som trengs for å møte fremtidens utfordringer.

## 2.2 Pasientgrunnlag med framskriving

Kreftsykdom utfordrer samfunnet på flere områder. Selv om behandlingen blir bedre og stadig flere overlever, er det også stadig flere som rammes.

I 2015 levde det mer enn 250.000 personer som har eller har hatt kreft. Det er omtrent tre ganger så mange som i 1980. I 2015 fikk 32.592 nordmenn en kreftdiagnose. Kreftforekomsten har økt med om lag 3 prosent siden 2014, og økningen er forholdsvis likt fordelt mellom kvinner og menn. Denne økningen skyldes i hovedsak at befolkningen blir eldre og at vi blir flere, ikke først og fremst at kreftrisikoen i seg selv øker. Likevel er det viktig og ikke bagatellisere økningen i antall personer som får kreft. Hvert eneste tilfelle representerer en person, en skjebne og en familie som blir berørt av sykdommen.

En økning i det totale antallet krefttilfeller innebærer også at flere menn og kvinner trenger kreftbehandling, noe både sykehus og kommunehelsetjeneste må være rustet for. I løpet av de

neste tiårene vil økningen etter all sannsynlighet bare fortsette. Nye beregninger fra Kreftregisteret viser at antall krefttilfeller kommer til å øke med 40 prosent i løpet av de neste 15 årene. Ferske beregninger fra Kreftregisteret viser at i år 2030 kommer 17.900 kvinner og 25.700 menn til å få en kreftdiagnose. Til sammen utgjør dette 43.600 nye tilfeller, mot 31.651 tilfeller i 2014. Fordelt på alder vil antall nye tilfeller for personer mellom 50 og 69 år øke med 14 prosent. Ser vi på aldersgruppen 70+, blir det mer dramatisk. Nye tilfeller per år vil øke med bortimot 68 prosent. Denne gruppen vil også være spesiell med tanke på komorbiditet som følge av andre kroniske sykdommer. Forskning har vist at blant personer over 75 år har mer enn halvparten fire eller flere sykdommer som de trenger behandling for, og veldig å få eldre kreftpasienter har «bare» kreft. Utfordringer knyttet til demens melder seg. I Europa har man anslått at hver fjerde person over 85 år har betydelige demensproblemer. (Kreftregisteret) Publisert 5.9.2016

Befolkningstallet vil øke, og det er stor arbeidsinnvandring til fylket. En forventer at mye av befolkningsveksten i fylket kommer fra arbeidsinnvandring. Dette vil gi utfordringer i kommunikasjon og tverrkulturell forståelse, og medføre behov for tolketjeneste i større grad. Dette vil kreve større ressurser som for eksempel at selve konsultasjonene vil ta lengre tid.

Det totale antall behandlingsepisoder i spesialisthelsetjenesten (innleggelse, dagbehandling, poliklinikkbesøk) økte fra 667.712 i 2009 til 855.261 i 2014 (+28 prosent). Mens antall dagbehandlinger og innleggelse var nokså konstante over tid, økte antall poliklinikkbesøk for kreft.

I Møre og Romsdal fikk 994 menn og 726 kvinner kreftdiagnoser i 2015, og av de 1720 personene var 804 over 70 år. I 2015 var prevalensen for Møre og Romsdal 14.127. Hyppigste kreftform blant menn var prostata med 340 tilfeller, lunge 88 og tykktarm 82 tilfeller. For kvinner var hyppigste kreftform bryst med 164, tykktarm 90 og luftrør/lunge 65 tilfeller (Kreftregisteret). Samtidig har antallet «kreftoverlevende» økt med 80.000 på ti år. Det at kronisk syke kreftpasienter lever lengre, belaster sykehus og pleietjenesten i kommunene mer.

Insidens for alle kreftformer i HMN og HMR, årlig gjennomsnitt (antall) for perioden 2010-2014 (observert), 2015-2019 (fremskrevet) og 2020-2024 (fremskrevet)

område	Periode					
	2010-2014		2015-2019*		2020-2024*	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
<b>Helse Midt</b>	2303	1849	2533	1954	2840	2098
<b>Møre og Romsdal</b>	958	706	1054	746	1182	801

\*Fremskrivningsmetode: Konstante rater for alle kreftformer i Helse Midt, antar samme økning for Møre og Romsdal som Helse Midt med ca. 34 prosent i perioden.

Tabell 1 Insidens alle kreftformer HMN og HMR

Samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten er viktig. Vi har fått nasjonale standardiserte pakkeforløp for de fleste krefttyper. Deler av de beskrevne pakkeforløp er



oppfølging, og det er viktig at pasientene er sikret oppfølging også når de er ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten. Hvordan er kommunene rustet til å følge opp disse pasientene og gi dem en god tilbakeføring til hverdagen? Dette etterspør brukerorganisasjonene, og de mener fastleger og andre ansatte i kommunene må ha mer kunnskap knyttet til senbivirkninger av kreftbehandling. Mye av dette blir fulgt opp i spesialisttjenesten, men bør bli et tydeligere kommunalt ansvar. Vi må samarbeide med kommunene når det gjelder oppfølging og fokus på langtidsvirkninger av kreftbehandling. Kanskje kan nettverksmøter der pasient og pårørende er med på kartlegging og oppfølging, og spesialisthelsetjenesten kan by på kompetanseoverføring om kreftbehandling være en vei å gå.

### 2.3 Kreftbehandling og palliasjon

Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og begrenset levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet. I 2011 kom WHO med en ny definisjon av palliasjon, hvor det fremgår at prinsippene er anvendbare overfor alle pasienter med livstruende sykdom, og også kan anvendes tidlig i sykdomsforløpet

Den palliative fasen kjennetegnes ved komplekse symptombilder med bakgrunn i både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle forhold. Disse skyldes først og fremst pasientens aktuelle sykdom og situasjon, men andre kroniske sykdommer og/eller tidligere behandling kan virke inn.

Den palliative pasienten kan være alt fra den fullt arbeidsføre, men uhelbredelig syke i tidlig fase av sykdommen, til den sterkt hjelpetrequende pasienten med langt fremskreden sykdom. Først og fremst gjelder det pasienter fra store sykdomsgrupper som kreft, invalidiserende hjerte- og karsykdom, kronisk obstruktiv lungesykdom, slag, demens, men også pasienter med AIDS og nevrologiske sykdommer.

Kreftpasientene utgjør i dag majoriteten av pasientene som får spesialisert palliativ behandling. På grunn av generell økning av insidens og en voksende og stadig eldre befolkning, øker antall kreftpasienter i Norge. Moderne kreftbehandling medfører at flere pasienter lever lenger med sin sykdom, og antall pasienter med behov for palliativ behandling, pleie og omsorg øker. Mange kreftpasienter har andre sykdommer i tillegg til kreftsykdommen, og dette fører ofte til at behandlingen og omsorgen blir mer komplisert. Nesten alle kreftpasienter trenger kvalifisert behandling for lindring av smerter og/eller andre plagsomme symptomer de siste levemånedene. I tillegg vil pasienter som lever lenge med en uhelbredelig kreftsykdom, ha behov for palliativ behandling og omsorg i perioder av sykdomsforløpet. Palliasjon inkluderer også sorgarbeid og oppfølging av etterlatte.

Kreftavdelingen HMR har palliative team på alle 4 sykehus, og disse ble opprettet i 2006. Oppgavene knyttet til palliasjon har økt, men ikke tilførsel av ressurser. Teamene er det viktigste bindeleddet mellom 1.- og 2.linjetjenesten.

Palliasjon er et av satsingsområdene for kreftavdelingen HMR. Teamene bidrar til at pasienter skrives ut til rett tid med en god plan for oppfølging slik at en hindrer reinnleggelse og gir faglig støtte til personalet i kommunene slik at de er i stand til å følge opp pasienter som tidligere måtte ligge i sykehus. Teamene driver ressursnettverk for sykepleiere i kommuner og sykehus, og hovedfokus her er kompetanseheving/-overføring. De arrangerer jevnlig kurs for leger i kommunehelsetjenesten, og tilbakemeldinger fra kommuneansatte er at de ved slik kompetanseoverføring er blitt bedre i stand til å ta hånd om kompliserte pasienter/behandlingsregimer. Det er planlagt å utvide tilbudet til andre pasientgrupper som for eksempel kols og hjertesvikt. For å klare dette må de fire teamene bemannes opp, og dette må prioriteres i budsjettsammenheng. Målet er at disse pasientene kan håndteres av personell i kommunene som har fått kompetanse på fagfeltene, slik at pasientene kan behandles og tas hånd om hjemme eller i kommunale boenheter.

## 2.4 Nye behandlingsmuligheter

Ifølge Legemiddelverket er 80 prosent av nye legemidler til behandling av kreft. Immunterapi har åpnet en helt ny verden innen kreftbehandling. Immunterapi gir færre bivirkninger, i motsetning til hva som er tilfelle med enkelte cellegiftkurer. Tilbudet er bedre for pasientene, og for mange gir behandlingen også betraktelig lengre levetid. Men dette gir avdelingen og foretaket en stor økonomisk utfordring da medikamentbudsjettet hvert år er underfinansiert.

Alle behandlingsformer er i kontinuerlig utvikling. Nye og mer skånsomme minimal-invasive kirurgiske teknikker, persontilpasset presis strålebehandling, både med tradisjonell fotonbehandling og med evt. protonbehandling for å unngå alvorlige seneffekter er i stadig utvikling. Legemidler brukt i kreftbehandling utvikles kontinuerlig, basert på ny biologisk kunnskap, og kan i økende grad tilpasses den enkelte pasient basert på risikofaktorer, markører og genprofiler. Det vil derfor være nødvendig å oppdatere de nasjonale handlingsprogrammene hyppig for å sikre at de er i tråd med ny kunnskap. Den rivende utviklingen i kreftbehandling gjør det også nødvendig med tilpasninger i organiseringen av tilbudet.

Beslutninger om behandling av den enkelte pasient tas oftest i multidisiplinære team (MDT) og deres regelmessige møter. MDT settes sammen av ulike typer spesialister slik at de er tilpasset de ulike kreftsykdommer. Som oftest dreier det seg om ulike typer kirurger, onkolog, radiolog, patolog og evt. andre. Pasienten møter en eller to av spesialistene i teamet, men det kan også gjennomføres pasientmøter i hele teamet samtidig slik at pasienten møter flere spesialister ved samme oppmøte i sykehuset.

Fra nasjonalt hold har det for enkelte diagnoser nylig kommet krav om rask start av behandling, og diagnosesenter er opprettet ved regionale senter.

## 2.5 Diagnostikk

I diagnostisering av så å si alle typer kreft er billediagnostikk obligatorisk. Billediagnostikk er nødvendig for å stille kreftdiagnosen, for å fastsette sykdommens utbredelse, og for å planlegge behandlingen. Ved etablert sykdom brukes billediagnostikk utstrakt til evaluering av behandling og til diagnostikk av symptomer i kreftsykdomsforløpet. Vurdering av bilder ved kreft er krevende. Kapasitet og kompetanse innen billediagnostikk må videreutvikles

for å møte et voksende behov for spesialiserte undersøkelser. Med for lav diagnostisk kapasitet vil behandlingen kunne bli forsinket og påvirker hele pasientforløpet negativt. Det er også økte forventninger i befolkningen til rask diagnostikk.

Kapasiteten i patologi må tilpasses et økende volum av celle-og vevsprøver.

Bruken av PET-CT, en kombinasjon av positron-emisjonstomografi og computertomografi, er raskt økende innenfor diagnostikk, planlegging av strålebehandling og oppfølging av mange ulike typer kreftsykdommer og behandlingsopplegg. Ved flere kreftsykdommer har studier vist at undersøkelsen har høyere sensitivitet og spesifisitet enn CT og MR. Behovet for PET-CT i Møre og Romsdal er lagt til i vedlegg 2. Medio 2017 ble det opprettet en arbeidsgruppe som skal legge frem forslag om etablering av PET-CT i Ålesund.

## 2.6 Forebygging og rehabilitering

I trippel AIM og pasientverdiprosessen som Helse Møre og Romsdal HF bruker er, forebygging og rehabilitering sentralt. Se figur 1. Befolkningens helse skal bedres gjennom både forebygging, bedre behandling og styrket rehabilitering. Dette er også sentralt i Strategi 2030 for Helse Midt Norge. Samhandling med skoler, utdanning, medier, kommuner og brukerorganisasjoner er viktig og må styrkes. Kreftavdelingen HMR vil bidra med dette ved å være tilgjengelig for å gi informasjon om forebygging, valg av behandling og styrke rehabiliteringstilbudet. Avdelingen har allerede fått etablert Pusterom både i Kristiansund og Ålesund. Målsettingen er at fysisk aktivitet skal være en del av kreftbehandlingen. Avdelingen vil jobbe for å etablere et Vardesenter i Ålesund. Avdelingen har også etablert flere tilbud som; samling for etterlatte, livslystkurs/mestringskurs, prostatakurs, informasjon rundt kreft og seksualitet og røykesluttpakke. Høsten 2017 begynte et samarbeidsprosjekt med Kreftforeningen og folkehelseinstituttet om røykeslutt. Kreftavdelingen vil aktivt være med i forebyggingsarbeid og rehabiliteringsarbeid i årene som kommer.



Figur 1 Trippel AIM og pasientverdiprosessen

## 3 Våre strategiske mål frem mot 2023

### Våre strategiske mål frem mot 2023

- Likeverdig tilbud i fylket
- Kompetanse, lederskap og kultur
- Forskning og Utvikling
- Pasientens Kreftbehandling - På pasientens premisser
- Kvalitet og avvikssystem
- Teknologi

### 3.1 Visjon og mål

**Visjon:** Fremragende *kreftbehandling nær deg*

**Mål:** *Behandling av beste kvalitet gitt av et motivert personale med kompetanse på et høyt faglig nivå, som er nær deg i avstand og som medmenneske.*

For at vi skal nå dette målet, må vi ha fokus på rekruttering av fagfolk, kontinuerlig forbedring og være oppdatert i onkologi- og palliasjonsfaget. Til dette kreves det gode kompetansebudsjett og godt samarbeid med kreftmiljøet lokalt, regionalt, nasjonalt og internasjonalt. Vi må være aktive i forskning og utvikling, og i de neste fem årene er det behov for flere ansatte med PH.D og masterutdanning. I 2018 har vi en lege med PH.D og tre leger som er godt i gang med PH.D. Vi deltar i 13 studier, og har flere prosjekt innen utviklingsarbeid. Utfordringen er å finne tid og ressurser til dette viktige arbeidet i en travel hverdag.

### 3.2 Likeverdig tilbud i fylket

Kreftavdelingen HMR har som visjon å tilby *fremragende kreftbehandling nær deg*. En fremragende helsetjeneste innebærer at tjenestene som ytes er likeverdige, helhetlige og ansvarlige (Strategi 2030 Helse Midt Norge). Det er lovpålagt å gi likeverdige tjenester. Et likeverdig tilbud er ikke det samme som et likt tilbud. Dersom alle skal behandles på samme måte, kan det føre til at noen systematisk får et dårligere tilbud og redusert utbytte av tjenestene. Noen grupper har større forekomst av visse helseproblemer. Derfor kreves det særskilt prioritering av oppmerksomhet og ressurser for at tjenestene skal være likeverdige. Målet vårt er ikke å tilby like tjenester, men likeverdige tjenester som tar hensyn til at befolkningen har ulike forutsetninger og behov.

I kreftavdelingen HMR avdeling Ålesund har vi det bredeste pasienttilbudet, mens det er poliklinikkdrift og palliative team i Volda, Molde og Kristiansund. Vi ønsker at våre pasienter skal ha et likeverdig tilbud, og at våre tjenester skal være av like god kvalitet, lik tilgang til tjenestene og at tjenestene skal gi resultatlighet, uansett i hvilke av våre seksjoner behandlingen skjer.

Innen onkologi er det mange spesialiteter, og den enkelte onkolog er spesialist innen en eller flere diagnosegrupper, f. eks spesialist i lungekreft, i brystkreft, mage/tarmkreft osv. Vi har ikke mulighet til å ha alle typer spesialister på den enkelte poliklinikk. Dette medfører at noen pasienter må reise litt lenger for å treffe den rette spesialisten. Vi har lagt opp til at leger fra Ålesund jevnlig har poliklinikk på de tre andre sykehusene, slik at de dårligste pasientene skal slippe lang reisevei hver gang. I poliklinikkene og de lindrende teamene er sykepleierkompetansen og legekompentansen like god i alle enheter.

SNR skal stå ferdig i 2021/2022, og der er planlagt et samlet tilbud innen kreft og palliasjon for befolkningen i Nordmøre og Romsdal. Der vil være noen senger til innlagte kreftpasienter som leger fra kreftavdelingen vil få oppfølgingsansvar for. Det skal i tillegg være DMS (Distrikt Medisinsk Senter) i Kristiansund der det er satt av areal til kreftpoliklinikk. Hvem som kan motta behandling her, er ennå noe uklart. Det avhenger av antall onkologer som blir ansatt i SNR. Slik vi ser det bør det være fem onkologer, mens det i planleggingen står tre stillinger. Vi ser en utfordring i å rekruttere onkologer til disse stillingene da det nasjonalt er stor mangel på onkologer.

Det arbeides med å desentralisere en del av kreftbehandlingen (infusjoner/injeksjoner) til kommunene, og her arbeides det både nasjonalt og lokalt om hva som kan flyttes ut. Alle fire poliklinikkene har kapasitetsproblem i forhold til økningen av pasienter de siste årene. En måte å løse disse kapasitetsproblemene på er å utvide driften utover det som i dag regnes som kjernetid (08:00- 16:00).

### **3.3 Kompetanse, lederskap og kultur**

I strategi 2030 for Helse Midt Norge blir det påpekt at regionen må ha strategi på kultur, lederskap og medarbeidere for å møte fremtidens utfordringer. Dette er vi helt enig i! Vi i Kreftavdelingen sier at vi må ha kompetanse, lederskap og kultur for å møte fremtidens utfordringer. Kompetanse skal styres seksjonsvis ved hjelp av de strategiske kompetanseplanene. Vi må samtidig satse både på spisskompetanse og breddekompetanse for å både være spisset og ha et robust fagmiljø. Avdelingen skal ha motiverte og engasjerte ledere og det er et mål at alle ledere både har real og formalkompetanse. Lederteamet for avdelingen skal jobbe for godt tverrfaglig samarbeid både innad i avdelingen, men også i foretaket og med kommunene og andre samarbeidspartnere. Avdelingen skal jobbe for god kultur på alle seksjonene og hos alle profesjonene slik at en utnytter ressursene på en best mulig måte samtidig som en ivaretar et godt arbeidsmiljø. Kreftavdelingen skal være en helsefremmende arbeidsplass som jobber aktivt for høy tilstedeværelse.

### **3.4 Forskning og Utvikling**

For å bidra med høy faglig kompetanse er det ønskelig at flere klinikere har både klinisk og akademisk kompetanse. Kreftavdelingen HMR har oversiktlig pasientpopulasjon og dermed store muligheter for å gjennomføre pasientnær klinisk forskning.

Forskningsaktiviteten ved kreftavdelingen skal videreutvikles, basert på eksisterende struktur men også videreutvikling av forskningspost knyttet til klinikk for medisin og rehabilitering. Resultater av forskningen skal bidra til bedre pasientbehandling, og skal publiseres i anerkjente nasjonale og internasjonale vitenskapelige tidsskrift.

Forskningsmiljøet i HMR må arbeide inn mot blant annet St Olav samt etablere/styrke samarbeid med NTNU Ålesund. Forskningen skal bidra til å rekruttere og beholde dyktige medarbeidere. Forskningen skal bidra til en generell kompetanseheving for klinisk virksomhet i avdelingen. Det forventes økende forskningsaktivitet i strategiperioden, noe som i stor grad vil avhenge av ekstern finansiering. I planperioden må det arbeides med å sikre forutsigbare og langsiktige økonomiske rammer for administrative og faglige forskningsstøttefunksjoner.

Klinisk oppdragsforskning skal være en del av avdelingens forskningsvirksomhet. Vi må også ha som målsetning at egne forskningsprosjekter skal øke. Per i dag har vi en lege med PH.D og fire leger som er i gang med PH.D. En lege vil i tillegg starte sitt PH.D medio 2018. Dette vil gjøre det enklere å gjennomføre egne forskningsprosjekt og at det gjør det enklere for andre å kunne ta doktorgrad i fremtiden.

### **3.5 Pasientens Kreftbehandling - På pasientens premisser**

Kreftsykdom utfordrer oss alle på flere områder. Helse- og omsorgsdepartementet besluttet i 2012 å utarbeide en ny nasjonal kreftstrategi. *Sammen mot kreft - Nasjonal kreftstrategi 2013 – 2017* har som mål å legge til rette for at en god kreftomsorg i Norge skal bli enda bedre. Pasienten skal settes i sentrum og aktivt ta del i alle beslutninger om behandling og omsorg.

I Kreftavdelingen HMR har vi i dag ingen ventetid, og pasienter får time direkte. Vi ønsker en avdeling der pasienten er i fokus, blir respektert, sett og hørt og blir tatt med i beslutningsprosessene knyttet til behandlingen. Vi gjennomfører årlige pasienttilfredsundersøkelser, har stort fokus på avviksregistrering og avvikshåndtering og tar klager og pasienthenvendelser til læring. Med respekt som verdi tilstreber vi å holde avtaler til rett tid. Vi har fokus på kommunikasjon, og Pallion studien (som vi deltar i de neste tre årene) har fokus på kommunikasjon i møtet mellom helsepersonell og pasient. Det er innlagt kursing og praktisk trening på hvordan dette kan gjøres på en best mulig måte.

De siste to årene har vi i tillegg til de offentlige pasientundersøkelsene, hatt egne pasientundersøkelser via Kunnskapsenteret knyttet til innlagte pasienter. Denne nyttes i det videre arbeid knyttet til brukermedvirkning.

Å skape pasientenes helsetjeneste handler om å skape et godt møte mellom helsetjenesten, pasient og pårørende. Pasientens helsetjeneste handler også om holdninger og folkeskikk. Pasienter og deres pårørende skal oppleve likeverdighet i sitt møte med helsepersonell. Pasientene skal få tilpasset informasjon og opplæring samt ha reell mulighet til å delta i beslutninger knyttet mot egen behandling.

I prosessen med strategiplan for Kreftavdelingen har vi invitert inn brukergrupper under Kreftforeningen og brukergruppen for klinikk for medisin og rehabilitering og brukergruppen for Helse Møre og Romsdal HF. Dette er beskrevet i innledningen av prosjektplanen. Vi har tatt med oss alle tilbakemeldingene fra møtet og vil bruke de aktivt i årene som kommer.

## 3.6 Kvalitet og avvikssystem

### *Systemet i dag*

Et grunnleggende element i kvalitetsutvikling er å lære av feil og utnytte erfaringer. Det viktigste med behandling av uheldige hendelser er å begrense skadene og hindre gjentakelse. På fagspråket kalles dette dobbelkretslæring. Derfor fokuseres det på forbedring av systemer (organisering og prosesser) og ikke på straff av eventuelle «syndebukker». Kvalitetsarbeidet på hver enkelt seksjon, avdeling og klinikk er en viktig del av kvalitetsarbeidet i foretaket. Dette må koordineres og tilpasses med det samlede kvalitetssystemet i helseforetaket. Pasientskader, uheldige hendelser, systemsvikt, miljøavvik, samhandlingsavvik, forbedringsforslag og klagesaker må behandles på lavest mulig nivå og nær der hendelsen oppstod, for å oppnå størst læringsverdi.

Ved kreftavdelingen er det etablert et kvalitetsråd. Kvalitetsrådet skal behandle meldinger, og foreslå tiltak. Herunder vurdering og analyse av årsakssammenhenger, for å finne bakenforliggende årsaker. Fokus må være å lære av uønskede hendelser for å hindre gjentakelser, og arbeide for kontinuerlig forbedring av helsetjenesten.

### *Hvordan avvikssystemet brukes i dag*

Kvalitetsrådet får inn meldingen fra interne og eksterne aktører. Alle meldinger skal i utgangspunktet behandles der hendelsen fant sted, dvs. på seksjonsnivå. Meldingene skal behandles av seksjonsleder eller meldingsansvarlige. Leder eller meldingsansvarlige planlegger eller gjennomfører tiltak og sender meldingen videre til meldingsansvarlige på avdelingsnivå. Ved kreftavdelingen er dette kvalitetsrådets leder. Meldingsansvarlige på avdelingsnivå fører statistikk og følger trenden over meldingene som kommer inn og lukker meldingene når mulig. Meldinger om mer alvorlige hendelser eller meldinger som har læringsverdi for andre seksjoner i avdelingen eller foretaket tas med til kvalitetsrådsmøte. Ved kreftavdelingen tilstreber vi å ha 4 møter per år. Meldinger fra eksterne aktører tas alltid opp på kvalitetsrådsmøte. Møtereferat legges ut på intranett.

### *Strategiske valg for videre utvikling av meldingssystem og meldingskultur*

Da meldingene behandles på lavest mulig nivå er det også nødvendig at meldingsansvarlige og leder på dette nivået har grunnleggende kunnskap i forbedringsarbeid, spesielt hendelsesanalyse. På denne måte kan de fleste hendelser analyseres, og tiltakene planlegges og utføres på seksjonsnivå. En får da eierskap til egne arbeidsprosesser innenfor seksjonen og trygghet til å endre på disse prosesser når nødvendig.

På avdelings- og kvalitetsrådsnivå ønskes det en mer aktiv holdning i forhold til deling av erfaringer på tvers av avdelingen samt en mer aktiv rolle innenfor hendelsesanalyse og det å komme med forslag til tiltak. Kvalitetsrådet ønsker å være behjelpelig ved hendelsesanalyse på seksjonsnivå og ønsker å gjennomføre flere hendelsesanalyser på avdelingsnivå. Kvalitetsrådet ønsker også bedre samarbeid med kvalitetsrådet på klinikk- og foretaksnivå når det gjelder hendelsesanalyse.

Per dags dato er mye av forbedringsarbeidet basert på meldinger registrert som uønskede hendelser. Det ligger også en potensiale i å melde forbedringsforslag. Det å gjøre alle ansatte ved kreftavdelingen mer bevisst på muligheten å melde saker inn som forbedringsforslag og gjøre synlig at kvalitetsrådet jobber med disse forbedringsforslagene kan forbedre meldekulturen samt forebygge potensielle uønskede hendelser.

### 3.7 Teknologi

Spesialisthelsetjenesten må videreutvikles for å møte fremtidens utfordringer. Nye metoder innebærer at flere tjenester kan desentraliseres, andre tilbud vil kreve ytterligere spesialisering. Teknologisk avansert behandling gjør sykehusene mer avhengige av kostbart og kompetansekrevende utstyr. Samtidig må spesialisthelsetjenesten legge til rette for at de store pasientgruppene med kroniske og sammensatte problemstillinger, i størst mulig grad får sine tjenester nær der de bor. Spesialisthelsetjenesten må utvikle sine tilbud i dialog med kommunene, og få til gjensidig samarbeid. St.meld.nr. 16 (2010–2011)

Kreftavdelingen HMR vil jobbe proaktivt for å jobbe ihht de overordnede føringene fra departementer, Helse Midt Norge og foretaket. Både avdelingen og foretaket vil bli sterkt påvirket av den teknologiske utviklingen som stadig går raskere og krever mer ressurser både mtp utstyr, personell med spisskompetanse og svært dyre medikamenter. Avdelingen er avhengig av gode rammer for å tilby den beste behandlingen. Vi vil derfor jobbe proaktivt for å melde inn behov i god tid slik at foretaket kan planlegge investeringer i god tid.

Nye metoder fører til økt spesialisering, og teknologisk avansert behandling gjør sykehusene mer avhengige av kostbart og kompetansekrevende utstyr. Sykehusene blir innrettet mot å gi effektiv, målrettet behandling. I tråd med signaler i oppdragsdokumentene er utstyrskrevene/investeringstung/kompetansetung behandling sentralisert eller funksjonsfordelt til færre sykehus. Det gjelder for eksempel en del av kreftkirurgien, karkirurgien, intervensjonsradiologien, traumatologien og den mest avanserte delen av nyfødtbehandlingen.

Det pågår et arbeid i departementet med beslutningsprosesser for innføring av ny og kostbar teknologi og kostbare legemidler, for å etablere en mer enhetlig praksis i de regionale helseforetakene. Et nytt styringssystem for organisering av nasjonale behandlingstjenester trådte i kraft 1. januar 2011. Det utredes i tillegg muligheter for et nordisk samarbeid om utprøvende behandling (kliniske studier). Det bør også utredes muligheter for formaliserte systemer for nordisk og internasjonalt samarbeid om høyspesialisert og/eller kostbar behandling, som inkluderer oppgavefordeling.



## 4 Hvordan nå våre mål og visjon?

Kreftavdelingen HMR har via sin visjon og verdigrunnlag høye ambisjoner på pasientenes vegne. For at dette skal ha reell verdi for pasienter og pårørende må avdelingen jobbe målrettet hver dag for å bli bedre. Vi skal ikke bare følge utviklingen, men prøve å være i forkant av utviklingen. Være en proaktiv avdeling. Da må vi ha rammer, bygg, utstyr, medikamenter og ikke minst motiverte medarbeidere med høy kompetanse. Avdelingen må årlig ha gode virksomhetsplaner og strategiske kompetanseplaner. Og aktivt bruke strategiplanen for å ha rammer, bygg, utstyr, medikamenter og kompetanse på plass. Avdelingen må fremstå som en attraktiv arbeidsplass for alle profesjoner på alle sykehus. Og avdelingen må aktivt måle/ benchmarker sine resultater for å presentere objektive resultater.

## 5 Veien videre; Måling og evalueringer

Strategiplan 2018 – 2023 for kreftavdelingen HMR skal vise retningen for kreftavdelingen, kreftbehandling, kreftomsorg, forebygging og rehabilitering i fylket og møte samfunnets samla behov for disse tjenestene. Gjennom Strategiplan 2018 – 2023 skapes et felles målbilde for kreftavdelingen HMR. Strategiplanen skal gi viktige styringssignaler til videre utvikling og prioriteringer for hele foretaket og helse kreftavdelingen.

Strategien har et langsiktig perspektiv, både ved at utfordringene og mulighetene vil ha relevans i mange år, og med en langsiktig ambisjon og overordna strategiske mål. Det legges derfor ikke opp til noen årlig revisjon av strategien. Strategien må imidlertid sees opp mot evt. nye nasjonale føringer, endringer i rammebetingelser og ny kunnskap. Kreftavdelingen HMR vil løpende vurdere om premisene for den gjeldende strategien er endret i en slik grad at det gir grunnlag for en revisjon.

Operasjonalisering av strategien vil både skje gjennom arbeid med virksomhetsplaner, kompetanseplaner, prosjekter, fagmøter, samarbeidsmøter for å nevne noe, samt videre arbeid med utvikling av kultur, lederskap og medarbeidere i kreftavdelingen. Dette arbeidet skal preges av åpenhet og involvering.

Helseforetakene skal i 2017 utarbeide utviklingsplaner som skal revideres hvert påfølgende fjerde år og kreftavdelingen må derav legge inn revisjon rundt 2021. Ved en slik arbeidsform respekteres det faktum at utvikling, framskritt og endret sykdomsbilde vil påvirke spesialisthelsetjenesten kontinuerlig.

Videre er det viktig at strategien også kan fungere som et redskap i det daglige arbeidet også på grunnplanet i organisasjonen, selv om det til tider sikkert kan oppleves vanskelig å se sammenhengen mellom overordna langsiktige føringer og hverdagens utfordringer. Helse Midt Norge vil arbeide videre med å synliggjøre dette, eksempelvis ved å utarbeide en enkel metodikk for å sjekke ut om de tiltenkte tiltak eller prioriteringer er i tråd med strategien eller ei.

Kreftavdelingen HMR har som uttalt målsetting å måle sine resultater så objektivt som mulig og at en setter dette i tilknytning til pasientverdiprosessen og trippel AIM. Med det mener vi at vi skal stille spørsmål om hvilken verdi vårt arbeid og våre målinger har. Har det verdi for pasienten, pårørende, medarbeidere, samarbeidspartnere som andre avdelinger og kommuner eller samfunnet? Vi ønsker at svaret/svarene skal være JA! Der vi kan ta objektive målinger skal vi sørge for å presentere resultater. Avdelingen skal være positiv til å utvikle både nasjonale, regionale og foretaksmålinger som sørger for at denne typen målinger får større relevans og nøyaktighet i årene som kommer.



***Strategiplan 2018-2023***

***Kreftavdelingen Helse Møre og Romsdal HF***

## **6 VEDLEGG**

1 SWOT analyse for Kreftavdelingen Helse Møre og Romsdal HF

2 Behov for PET CT i Møre og Romsdal

# 1 SWOT analyse for Kreftavdelingen Helse Møre og Romsdal HF

SWOT analyse for Kreftavdelingen Helse Møre og Romsdal HF		
	STYRKER	SVAKHETER
Interne forhold	Kreftbygget i Ålesund er fra 2003. Et godt og fremtidsrettet bygg der; onkologisk post, poliklinikk, palliativt team og stråleterapi er samlet. Åse hotell med pusterommet like ved.	Gamle bygg og til dels dårlige lokaler både i Kristiansund, Molde og Volda. Mangler ofte plass både til forberedelse, informasjon, legekonsultasjon og behandling.
	Stabilt personale for sykepleiere. Men samtidig få personer i Kristiansund, Molde og Volda gjør at det ikke kan betegnes som veldig robust. Robust legebemannning og stråleterapeutebemannning i Ålesund.	Ikke robust mtp leger i Kristiansund, Molde og Volda. Ikke robust fysikerbemannning i Ålesund
	Mange ansatte i forskjellige profesjoner med mer enn 10 års erfaring fra kreftbehandling.	Primo 2017, nytt lederteam som trenger tid til å finne en optimal organisering. Må ha en plan for hvordan svakheten kan omdannes til en styrke.
	Mange ansatte som leverer svært høy faglig kvalitet.	Helse Møre og Romsdal HF har ikke PET CT og heller ikke konkrete planer om å skaffe det. Vil kunne gjøre at pasienter velger andre helseforetak som har PET CT.
	Kreftavdelingen Helse Møre og Romsdal HF har godt omdømme.	Høyt sykefravær for kreftavdelingen og til dels svært høyt på enkelte seksjoner.
	Pusterom etablert både i Kristiansund og Ålesund.	En del ansatte på flere seksjoner med belastningsskader som øker sykefraværet.
	Godt arbeidsmiljø på de fleste seksjoner.	Mangler Vardesenter i fylket.
	En overlege med PH.D og tre som er i gang med PH.D.	Mye gammelt og tungvinte IT løsninger.
	God erfaring med pasientforløp og kommer godt ut av nasjonale målinger.	Stråleterapien har Catalyst gatingsystem kun på en maskin. Mangler på CT og en behandlingsmaskin.
	Velfungerende pasienthotell i Ålesund	Knapphet på areal på poliklinikken i Ålesund
	Stråleterapien har velfungerende maskinpark og doseplansystem fra 2015 samt CT fra 2017	Knapphet på konsultasjonsrom i Ålesund
		Underforbruk av PET CT i Møre og Romsdal. De som må ta PET CT må ta det enten i Trondheim, Oslo eller Bergen.
	MULIGHETER	TRUSLER
Eksterne forhold	Nytt SNR. Har mulighet til å påvirke både kvm og utforming. Innad kan det også være at enkelte mener det er en trussel.	Kostnader til kreftbehandling, spesielt medikamenter har økt betydelig siste årene.
	Kan tenke langsiktig og bygge robusthet med nytt SNR. Større fagmiljø gir flere muligheter.	Underfinansiering av de fleste typer kreftbehandlinger.
	Antall kreftpasienter vil øke. Dette er både en mulighet og en trussel. Avdelingen og foretaket må ha en strategi for hvordan en	Økt konkurranse om medarbeidere innen de fleste profesjoner.

	best mulig skal behandle disse kreftpasientene.	
	En overlege med PH. D. Tre som er i gang med PH.S. Flere som viser stor interesse for FoU. Har muligheter til å øke FoU aktiviteten i årene som kommer.	Svingninger i antall pasienter kan gjøre at en mister ansatte med verdifull kompetanse.
	Økt grad av jobbglidning.	Fokus på økonomi/innsparing og krav om effektivisering kan over tid gå på bekostning av faglig kvalitet, kompetanseheving og utdanning av LIS og andre profesjoner.
	Øke ambulerende kreftbehandling. Sammen med de palliative teamene sørge for at mer behandling kan foregå i pasientenes hjem eller hjemkommune.	Økt bruk av ressurser til fremmedspråklige og pasienter fra andre kulturer.
	Fagnettverk på tvers av sykehusene gir mer enhetlig behandling for alle pasienter i fylket	Flere pasienter vil kreve mer av samfunnet og til spesialisthelsetjenesten. En trussel dersom ressurser ikke er ihht til de nye kravene og forventningene.
	Palliativt tilbud i fylket må samordnes og styrkes med økt satsning på området.	Økt tid til administrative oppgaver/dokumentasjon på bekostning av tid til direkte pasientrelatert arbeid.
	Mer bruk av frivillige i Kreftavdelingen Helse Møre og Romsdal HF	Antall smittepasienter og antibiotika resistens.
	Utviklingen gjør at flere pasienter blir kurert eller lever lenger og bedre med sin kreftsykdom.	
	Øke samhandlingen innad i foretaket, med andre foretak og med kommuner i tråd med pasientverdi prosessen og trippel AIM.	
	Palliative team tidligere inn i forløpene.	
	Kreftavdelingen Helse Møre og Romsdal HF kan i økende grad hente pasienter fra andre fylker.	

Tabell: SWOT analyse for kreftavdelingen Helse Møre og Romsdal HF

## 2 Behov for PET CT i Møre og Romsdal

Bruken av PET-CT, en kombinasjon av positron-emisjonstomografi og computertomografi, er raskt økende innenfor diagnostikk og oppfølging av mange ulike typer kreftsykdommer. Ved flere kreftsykdommer har studier vist at undersøkelsen har høyere sensitivitet og spesifisitet enn CT og MR. Sammenliknet med eksempelvis Danmark har oppbyggingen av slike tilbud gått vesentlig langsommere i Norge.

Etablering av et fullverdig PET-CT-tilbud i Helse Møre og Romsdal vil være nødvendig for å møte både nåtidens og fremfor alt fremtidens behov for mest mulig presis diagnostikk og oppfølging av stadig flere kreftsykdommer.

Ved lungekreft inngår PET-CT som del av utredningen hos de aller fleste pasientene som er kandidater for helbredende kirurgi (Nasjonalt handlingsprogram lungekreft, nlcg.no juni 2016). Kunnskapsenteret legger til grunn at PET-CT benyttes for stadieinndeling av pasienter med ikke-småcellet lungekreft. Også ved småcellet lungecancer inngår ofte PET-CT i utredningen. Pasienter med stadium 1 svulster vurderes for kirurgi ved negativ PET-CT. Inklusjon i THORA studien krever også utredning med PET-CT. Det er anbefalt at ventetid på PET-CT-undersøkelse ikke forsinkes kurativ behandling med mer enn 2 uker (Nasjonalt handlingsprogram, 2016).

Ved utredning av kreft i hode-halsområdet vurderes indikasjon for PET-CT individuelt (Helsedirektoratet, pakkeforløp 2016).

PET-CT anbefales ved lymfekreft for stadieinndeling av Hodgkins lymfom, ved indolente non-Hodgkin lymfomer når det har terapeutisk konsekvens å avklare begrenset stadium, ved aggressive non-Hodgkin lymfomer og Hodgkin lymfom når det er tvil om hvorvidt restforandringer representerer aktiv tumorsykdom eller ikke, ved mistanke om progresjon

på pågående behandling og ved mistanke om residiv når ikke tradisjonell diagnostikk er tilstrekkelig (anbefalinger Norsk Lymfomgruppe; nasjonalt handlingsprogram. Helsedirektoratet 03-2016).

Ved sarkomer (ben-og bindevevssvulster) anbefales PET-CT som tilleggsundersøkelse i initial utredning av middels-til høygradige ben-og bløtvevssarkomer for å avdekke fjerne metastaser og kan også være aktuelt i forbindelse med responseevalueringer, ved mistanke om residiv eller tilkomst av fjerne metastaser (Handlingsprogram for sarkomer, Helsedirektoratet 2015).

Ved malignt melanom (føflekkreft) er PET-CT dokumentert mer sensitivt i diagnostikk av fjerne metastaser enn CT. Undersøkelsen brukes i de situasjoner det er viktig å avklare omfang av fjerne metastaser ved vurdering av metastasekirurgi. Nylig er PET-CT implementert i oppfølgingen av høyrisikopasienter (>st.IIA) de 3 første oppfølgingsår (Handlingsprogram maligne melanomer, Helsedirektoratet 09-2016).

Ved utredning av livmorhalskreft brukes PET-CT i selekterte tilfeller i stadievurderingen, først og fremst for å avklare metastaser spesielt til lymfeknuter og evt. fjerne metastaser (Pakkeforløp livmorhalskreft, Helsedirektoratet 08-2016).

I utredningen av oesophagus cancer (spiserørkreft) har PET-CT ingen rutinemessig plass i utredningen pr. i dag, men brukes i situasjoner hvor slik kartlegging kan ha behandlingsmessig konsekvens (Nasjonalt Handlingsprogram spiserørkreft, Helsedirektoratet 2015)

PET-CT har foreløpig heller ingen rutinemessig plass i primærutredning av ventrikkelt cancer (magesekkreft), men er vist å ha større sensitivitet enn CT og MR i deteksjon av fjerne metastaser til skjelett og lymfeknuter, motsatt for kartlegging av levermetastaser (Nasjonalt Handlingsprogram magekreft, Helsedirektoratet 2015).



Ved pancreascancer (bukspyttkjertelkreft) kan bruk av PET-CT være aktuelt hos pasienter som vurderes som potensielt resektabel, men hvor påvisning av spredning vil spare pasienten for unødvendig operasjon (Nasjonalt Handlingsprogram bukspyttkjertelkreft, Helsedirektoratet 2014).

Ved brystkreft er det foreløpig ingen etablert rutinebruk av PET-CT (Nasjonalt Handlingsprogram brystkreft, Helsedirektoratet 02-2016).

Ved prostatakreft er det pr. i dag begrenset anvendelse av PET-CT, men kan brukes til påvisning av lokalt recidiv og/eller spredning etter radikal behandling (Nasjonalt Handlingsprogram prostatakreft 07-2015).

Det er også et stort behov for PET-CT når man satser på kurativ strålebehandling. PET-CT kan være avgjørende ved utforming av strålevolum, blant annet ved lungecancer.

Selv om PET-CT hovedsakelig er i bruk i diagnostikk og oppfølging av kreftsykdommer, brukes modaliteten i økende grad også i diagnostikk av demenstilstander. Teknologien er i rask utvikling, og det er all grunn til å regne med at indikasjonsområdene gradvis vil bli utvidet slik tendensen har vært de senere år.

Det er naturlig at PET-CT tilbudet etableres i relasjon til helseforetakets kreftsentre, som også har stråleterapitilbud. Planlagt sentralisering av det nukleærmedisinske tilbudet til Ålesund styrker også grunnlaget for at PET-CT primært bør bygges opp i Ålesund.