

Avdelingsleder/leder av Utredningsgruppe for Kreftområdet Morten Tandberg Eriksen, AGK, KKT

## **Høringsinnspill til foreløpig rapport: Idefase OUS, konkretisering etter høring, Delrapport om Kreftområdet, juli 2015, Versjon 1.0 ved Utredningsgruppe Kreftområdet**

Vi takker for muligheten til å kommentere Delrapport om Kreftområdet, versjon 1.0. Rapporten er omfattende og peker på en rekke strukturelle forhold som må vektlegges når organisering av kreftområdet i OUS skal vurderes. Vi er likevel av den oppfatning at rapporten unnlater å berøre flere sentrale forhold som er av betydning for de valg rapporten skal lede frem til. Vi vil derfor forsøke å belyse noen av disse og de konsekvenser disse kan medføre.

Pasientbehandling bør i så stor grad som mulig være basert på gode (kliniske) studier. Resultater fra studiene bør oppsummeres, og det bør gis en anbefaling i nasjonale, regionale og/eller lokale retningslinjer. Det har vært en stor utfordring både nasjonalt og internasjonalt å få implementert foreliggende evidens inn i praksis. Delrapporten tar i liten grad fatt i den forskningsaktiviteten som må ligge til grunn for utvikling av evidensbasert kreftbehandling, og de svært gode forutsetningene kreftområdet på OUS faktisk har til å drive slik forskning. Videre kan og bør OUS være den helt sentrale pådriveren for utvikling av slik behandling i regionen.

Gjennom oppdragsdokumentet fra Helse- og Omsorgsdepartementet, og som en hovedstrategi i den nasjonale kreftstrategien, er det sentralt å utvikle og implementere pasientforløp (avgrenset til pakkeforløp i foreliggende retningslinjer) i kreftbehandlingen. Denne metodikken er valgt fordi noen av de største begrensningene opplevd av pasientene er samarbeid og god flyt mellom aktører (behandlere og utredere) innen helsevesenet. Dette dreier seg både om samarbeid innen spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. En sammenhengende utrednings- og behandlingkjede er derfor etter vår mening avgjørende for å nå et raskt, trygt og godt resultat for pasientene, og for at pasientene selv får mulighet til å ta aktive valg. Pasientsikkerhet vil måtte få tiltagende fokus i årene fremover. For hver diagnosegruppe og for hver enkelt pasient vil det ofte være behov for en kombinasjon av spesialister. Disse må være tilgjengelige i en sammenhengende kjede. Det dreier seg om kompetanse innen bildediagnostikk, laboratoriemedisin inkl. patologi, samt en rekke kliniske spesialiteter hvor de mest aktuelle er kirurgi, onkologi, en del indremedisinske fag og palliativ medisin. Innen kommunehelsetjenesten er det snakk om kompetanse fra fastlege, sykehjemslege, hjemmesykepleie m.fl.

Alle kreftpasienter vil bevege seg mellom nivåer i helsevesenet. De fleste pasientforløp er dynamiske. Organiseringen innen spesialisthelsetjenesten og samarbeid/ansvarsfordeling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten må legge vekt på at man ivaretar denne dynamikken. Utviklingen innen kreftepidemiologi med en forventet jevn økning av nye krefttilfeller peker mot at mye av den onkologiske behandlingen i fremtiden må gis lokalt. For å sikre at den blir lik og best mulig uavhengig av pasientens bosted, mener vi OUS i fremtiden

må ta på seg rollen som en «regional motor» innen kreftbehandling med et overordnet ansvar for pasientforløpene i regionen, at disse følger nasjonale og internasjonale retningslinjer og blir implementert. For å oppnå disse målene innen kreftbehandlingen på OUS bør man i så stor grad som mulig samle kunnskapen både geografisk og samarbeidsmessig. Dette betyr at personell innen bildediagnostikk, laboratoriefag, klinisk diagnostikk, behandling og oppfølging, både kurativ, livsforlengende og palliativ behandling, bør samles i team og fortrinnsvis innen samme geografiske område. En slik samling vil også muliggjøre forskning på tvers av faglige og andre grenser. Forskning på seneffekter og innenfor palliativ medisin er tverrfaglig og utgjør en stor del av forskningsaktiviteten ved Avdeling for kreftbehandling per i dag. Innen begge disse feltene er forskningen eksempel på nødvendigheten av en tett kobling mellom de kliniske miljøene og forskningsaktiviteten. Videre krever all forskning volum over et visst nivå, og oppsplitting av miljøer eller for små grupper vil bremse utviklingen av god, pasientnær klinisk kreftforskning ved OUS.

Det er klart uttrykt og en betydelig satsning nasjonalt og internasjonalt på å bedre fremtidens pasientlogistikk. Hvordan man planlegger å organisere behandlingen, og hva som er den/de mest effektive måter å utføre pasientbehandlingen på, står sentralt i dette arbeidet. Dette bør også være sentralt i planleggingen av kreftomsorgen ved OUS. Utvikling og forskning innen disse områdene bør prioriteres og tilrettelegges.

Et siste forhold vi vil påpeke, er behovet for integrasjon av onkologi og palliativ medisin. Internasjonalt har dette fått stor oppmerksomhet i de senere årene, noe som bl.a. må ses i lys av de eskalerende kostnadene innenfor deler av kreftbehandlingen og bekymring for at dette skal føre til at færre får optimal behandling. Allerede i dag er ressursbruken i pasientenes siste levemåneder stor. Vi er av den oppfatning at en tettere integrasjon vil gi bedre pasientbehandling, bedre samarbeid med lokalsykehus/primærhelsetjenesten og således bidra til å bremse kostnadsveksten. Utvikling av pasientforløp vil være et aktuelt virkemiddel også i denne sammenheng.

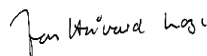
Etter hva vi har kunnet bringe på det rene, er det i dag 56 senger for onkologiske pasienter på Ullevål og 84 på Radiumhospitalet som også har 45 senger for pasienter med gynekologisk kreft og 35 kirurgiske senger.

Basert på vurderingene over mener vi at **alternativ A** er det klart beste av de foreslåtte alternativene i rapporten. Vi vil også føye til at flyttingen av sarkom/lymfom-behandlingen til Rikshospitalet i dette alternativet diskuteres grundig i rapporten. En slik flytting vil etter vår mening muliggjøre betydelig styrket samarbeid med det barneonkologiske miljøet på Rikshospitalet både med hensyn til å skape gode pasientforløp, forskning og fremme utviklingen av et samlet miljø for onkologisk ungdomsmedisin på OUS. Det siste er et felt i sterk vekst internasjonalt, og behovet vil etter vårt syn også aktualiseres i Norge i de kommende årene.

Med vennlig hilsen



Nina Aass  
Prof. dr. med, leder Seksjon for lindrende  
behandling, AKB/KKT



Jon Håvard Loge  
Prof. dr. med, leder Kompetansesenter for  
lindrende behandling, AKB/KKT