

Høringsuttalelse vedrørende ”Idefase OUS, konkretisering etter høring: Delrapport om kreftområdet. Juli 2015. Versjon 1.0”

Høringsinstans:

MD PhD Petter Brandal

Fagansvarlig overlege hjernesvulster, Avdeling for kreftbehandling

Forskningsgruppeleder svulster i sentralnervesystemet, Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon

Det vises til rapporten som synes omfattende og adresserer flere sentrale momenter vedrørende kreftbehandling i OUS. Likevel er det flere områder som er overfladisk behandlet, spesielt gjelder dette en del konklusjoner om effekt av endringer. Av tidsmessige hensyn begrenses dette dokument til i hovedsak å omhandle momenter relatert til nevroonkologi og pediatrik stråleonkologi, samt noen mer generelle betraktninger som tas innledningsvis.

I. Lokalsykehus:

Ved etableringen av OUS ble det fremholdt at man skulle samle regionale og nasjonale funksjoner ved en lokalisasjon og at man skulle etablere et lokalsykehus/storbysykehus. Dette har man ikke klart å gjøre, men det pågår et utredningsarbeid med tanke på å etablere et slikt sykehus. Hvordan det til slutt vil bli gjort er ennå uavklart, men det synes åpenbart at avansert onkologi ikke bør blandes med lokalsykehusfunksjoner, herunder ivaretagelse av interkurrent sykdom og ikke-avansert palliativ ikke-tumorrettet behandling av kreftpasienter. Også enkel tumorrettet behandling, eksempelvis peroral og i noen grad intravenøs kjemoterapi, bør kunne ivaretas på et lokalsykehus. Alt dette er diskutert i aktuelle rapport. Ser man på Radiumhospitalet spesielt, så er det klart at man der ikke har et godt apparat for eksempel for akutte innleggelser. Det er en oppgave som vil kunne gjøres vesentlig bedre på et lokalsykehus med god infrastruktur for slike innleggelser. Med bakgrunn i ovenstående synes konklusjonen i siste setning under punkt 9.6 i rapporten merkelig og bør revurderes.

II. Lineærakseleratorfordeling:

Det er for snevert å se på dagens lineærakseleratorfordeling i OUS som utgangspunkt for de mer eller mindre tabellariske konklusjonene. Det fremgår fint av rapporten at det planlegges en del lineærakseleratorer andre steder i regionen. Ved etablering av et lokalsykehus er det naturlig at man også vurderer stråleterapi med lineærakseleratorer – dette først og fremst dersom man ender opp med Ullevål sykehus som lokal-/storbysykehus fordi man der allerede har etablerte strålebunkere. Alternativt må man samle alle lineærakseleratorer på ett sted. Uansett hvilken løsning som velges så vil det ikke bare muliggjøre, men forde, endringer av stråleterapikapasitet pr lokalisasjon sammenlignet med nåsituasjonen. I tillegg må man huske at mange akseleratorer ved OUS i alle tilfeller ganske snarlig må byttes ut og at man i den forbindelse kan gjøre driftsmessige endringer.

III. Protonterapi

Man poengterer at det for de aller fleste pasienter som er aktuelle for protonterapi ikke er bedret progresjonsfri eller total overlevelse man er ute etter. Siste setning i første avsnitt om protonterapi på side 41 i rapporten fremstår derfor noe merkelig. Det er ingen tvil om at man pr i dag ser på protonterapi som standard for flere entiteter. Etablering av et protonterapisenter har høy prioritet nasjonalt og regionalt og lokalisering av dette må vurderes opp mot kreftområdet ellers.

IV. Nevroonkologiske aspekter

- a. Et flertall av tumor cerebri pasientene i Helse SørØst utredes ved nevrologiske og medisinske avdelinger utenfor Oslo. For disse pasienten blir primærbehandling utført av Nevrokirurgisk avdeling og/eller Avdeling for kreftbehandling ved OUS. Videre behandling og oppfølging gjøres ved lokalsykehus, oftest i regi av nevrologiske avdelinger. Dette viser at man ved et lokalsykehus i Oslo som har nevrologisk og/eller medisinsk avdeling bør kunne gjøre initial utredning av pasienter med tumor cerebri. Ved OUS er Nevrologisk avdeling i svært liten grad involvert i behandling og oppfølging av pasientene. En samlokalisasjon av nevroonkologer ed nevrologer på Ullevål vil derfor ikke medføre noen vesentlig gevinst sett fra nevroonkologisk ståsted. Etablering av et lokalsykehus hvor man har nevrologisk og generell onkologisk kompetanse vil derimot kunne være en fordel.
- b. Nevroonkologer interagerer tett med sarkomonkologer og Seksjon for utprøvende behandling. Uavhengig av hvor man lokaliserer de ulike entitetene vil det fra et nevroonkologisk ståsted være svært viktig at man samlokalisere disse enhetene.

- c. Nevroonkologiske pasienter utgjør hovedgruppen av voksne pasienter som i dag behandles med protonterapi. Det er viktig at lokalisering av nevroonkologi vurderes opp mot lokalisering av et protonsent, ikke minst gjelder dette fordi nevroonkologer også tar seg av strålebehandling av barn som jo pr i dag er den viktigste pasientgruppen aktuell for protonterapi.
 - d. Det bemerkes at størsteparten av nevroonkologisk kjemoterapi er peroral og at denne ikke synes medregnet i grunnlagsmaterialet for rapporten.
 - e. Samlokalisering av nevroonkologi med nevrokirurgi vil være gunstig. Problemet pr i dag er at tumorrelatert nevrokirurgi gjøres ved to lokalisasjoner, noe som medfører at man uansett ikke får dette fullt ut samlokalisert. Planene for nevrokirurgi har vært å samle all tumorrelatert nevrokirurgi på Rikshospitalet, men det er for undertegnede uklart hvor den saken står pr i dag. Andelen nevrokirurgiske tumor cerebri pasienter er større på Rikshospitalet enn på Ullevål. Med dette bakteppet; dersom man vil flytte nevroonkologi for å samlokalisere med nevrokirurgi, så bør det skje på Rikshospitalet. Se også punkt f.
 - f. Nevroonkologer deltar pr i dag på 6 forskjellige tverrfaglige møter. 4 av disse er lokalisert på Rikshospitalet, 1 på Ullevål sykehus og 1 på Radiumhospitalet, møtefrekvensen varierer. Gevinster ved en eventuell flytting av nevroonkologi vil man i så måte best oppnå ved flytting til Rikshospitalet.
 - g. All basalbiologisk forskning som gjøres av nevroonkologer gjøres i samarbeid med Seksjon for kreftcytogenetikk som er lokalisert på Radiumhospitalet. En flytting av nevroonkologi vil ha svært negative konsekvenser for denne forskningen.
 - h. Nevroonkolog i samarbeid med nevnte Seksjon for kreftcytogenetikk er ansvarlig for molekylærgenetisk diagnostikk av hjernesvulster. Denne muligheten vil forsvinne og det vil de facto medføre dårligere diagnostikk av pasienter med tumor cerebri.
 - i. Det poengteres at kliniker (undertegnede) er forskningsgruppeleder svulster i sentralnervesystemet, Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon.
- V. Pediatrik onkologiske aspekter (se også punkt c. over, samt merk at begge tverrfaglige møter der man diskuterer barnekreftpasienter skjer på Rikshospitalet)
Ansvaret for strålebehandling av barn er pr i dag delt i to: barnepasienter med solide svulster ivaretas av nevroonkologer og pasienter med lymfomer/leukemier av lymfomonkologer. Alle hensyn taler for at strålebehandling av barn bør være samlet og derfor bør nevroonkologi være samlokalisert med lymfomonkologi.