

Tilbakemelding til Delrapport om kreftområdet – del av Idèfase OUS

Det vises til overnevnte rapport datert juli 2015, og felles uttalelse fra hele fagmiljøet på Radiumhospitalet. Lungekreftgruppen DNR stiller seg bak dette. Nedenstående er et tillegg spesielt i forhold til lungekreftområdet.

Lungekreft er en svært sentral diagnose innen kreftfeltet, det er den nest hyppigste kreftsykdommen både blant menn og kvinner. Leveårstapet av lungekreft alene tilsvarer summen av brystkreft, prostatakreft og tykktarmskreft.

Lungekreftaktiviteten ved Radiumhospitalet er stor både når det gjelder behandling og forskning:

- Poliklinikkaktiviteten for lungekreft teller 6 økter onkologisk poliklinikk, og 8 økter strålepoliklinikk. Sistnevnte inneholder også noe melanom-aktivitet, ca 15%, slik at det totale antall poliklinikkøkter ved Radiumhospitalet er ca 13, og ikke 10 som anført i rapporten. I år får over 200 lungekreftpasienter kurerende stereotaktisk stråleterapi ved Radiumhospitalet – dette tallet tilsvarer summen av opererte lungekreftpasienter ved Ullevål og Rikshospitalet kombinert.
- Vi har et stort antall kliniske studier, p.t. 13 ulike hvorav 4 er utprøver-initierte. 3 studiesykepleiere er ansatt på eksterne midler i fulltid kun på lungekreftprogrammet ved Radiumhospitalet. I tillegg har vi et nært samarbeid med utprøvningsenheten og er en vesentlig «leverandør» av pasienter til tidlig-fase-studier. For å være en foretrukket partner i klinisk utprøving trengs en totalitet med spissfunksjoner innen radiologi, patologi og andre servicefunksjoner, og der translasjonsaspektet blir mer og mer sentralt. Dette mistes ved en eventuell flytting.
- Translasjonsforskningsaktiviteten er betydelig, 2 overleger har kombinert 50% forskning og klinikk, i tillegg er 3 onkologer og 1 patolog i ulike kombinasjoner mellom forskning og klinikk. Lungekreftforskningsgruppa består av totalt 11 personer. Vi har siden 2012 publisert over 50 artikler i fagfelleurderte tidsskrift, derav flere medforfatterskap i Nature, Nature Genetics etc. Det vises også til egen uttalelse fra Kreftforskningsinstituttet som framhever ønsket om fysisk nærhet til lungekreft-behandlingsmiljø.

Rapporten understreker på en god måte avhengighetene i kreftfeltet og det gunstige ved fysisk samlokalisering. Lungekreftområdet er sentralt – både pga avhengighet til andre fagområder, og pga andre fagområders nytte av tilstedeværelse av lungekreftkompetanse. Eksempelvis er bestråling av toraks noe som de fleste diagnoser har behov for, lungekreftlegenes kompetanse innen stereotaksi blir stadig etterspurt. Lungekreft er også den største pasientgruppen hvor stereotaksi ved hjernemetastaser benyttes, en teknikk som også benyttes ved slike metastaser fra alle tumorgrupper, men som ikke er etablert andre steder i OUS (og hvor duplisering ikke synes formålstjenlig).

Innen «personalized medicine» og immunterapi er lungekreft en av de førende diagnosene, og har fellesskap med de fleste tumorgrupper, fra sarkom og lymfom til blærekreft og melanom. Nærheten til (molekylær-)patologi har vist seg uvurderlig i arbeidet med persontilpasset medisin, og vil trolig bli mer betydningsfullt framover nå når NGS innføres i rutine.

Behovet for lungemedisinsk ekspertise blir framhevet i rapporten. Erfaringen fra Radiumhospitalet er at dette behovet ikke skal overdrives. 90% av lungekreftpasientene som blir behandlet i OUS har lokalsykehus utenfor OUS, og blir godt fulgt opp derfra. Hovedproblemet til lungekreftpasientene er kreftsykdommen, og ikke eventuelle komorbiditeter, inkludert lungesykdom. I den grad man trenger lungemedisinsk kompetanse er denne godt tilgjengelig fra andre steder i OUS. Vi har god erfaring med samarbeidet med lungeavdelingen på Rikshospitalet, enkelte pasienter henvises dit for stenting eller andre prosedyrer. Ved omfattende lungemedisinsk komorbiditet vil avansert lungekreftbehandling sjelden være aktuelt, og disse pasientene vil håndteres palliativt i sitt lokalsykehus. Derimot er det ved Radiumhospitalet et behov for økt tilstedeværelse av generell indremedisinsk støtte, spesielt med infeksjonsmedisinsk og kardiologisk kompetanse. Vi setter pris på at dette er funksjoner som rapporten også framhever behovet av.

Onkologisk og kirurgisk behandling av lungekreft er i stor grad separate aktiviteter som ikke vil tjene nevneverdig på samlokalisering. Ukentlige samarbeidsmøter er etablerte og bør fortsette.

En eventuell samlokalisering med gastrointestinal- og testikkelkreft vil i svært liten grad gi synergieffekter. Disse er vel de diagnoser hvor det er færrest grenseflater for lungekreft.

Endelig er vår erfaring at mange pasienter og lokale leger ønsker en diskusjonsarena inn mot et bredt høykompetansesenter for kreft. Dersom lungekreftpasientene blir utelatt fra Radiumhospitalet er det vår oppfatning at mange pasienter og kollegaer fra andre sykehus vil oppleve dette som et tap.

For lungekreftmiljøet ved Radiumhospitalet,

Odd Terje Brustugun (sign)
Overlege dr med

Mette Sprauten (sign)
Overlege

Åslaug Helland (sign)
Overlege dr med