

Notat 14.8.15

Innspill fra Reino Heikkilä, fungerende avdelingsleder ved Avdeling for kreftbehandling, KKT.

Avdelingsleder/leder av utredningsgruppe for kreftområdet Morten Tandberg Eriksen  
AGK, KKT

### **Høringsinnspill til foreløpig rapport: Idefase OUS, konkretisering etter høring, Delrapport om Kreftområdet, juli 2015.08.13**

Jeg takker for å få anledning til å gi kommentarer til rapporten, som er velskrevet, grundig og strukturert. Et betydelig antall leger ved avdelingen har allerede gitt innspill under utarbeidelsen av rapportutkastet, noen har gitt kommentarer til utkastet, vurderingene spriker, og engasjementet er stort. Kommentarene nedenfor er uttrykk for mine personlige vurderinger, etter å ha fungert som leder av avdelingen i et drøyt år, og før ny leder tilsettes 1.9.15.

Rapporten beskriver ni ulike lokaliseringsmodeller for ulike deler av kreftområdet ved OUS (A, B1-4 og C1-4) i et perspektiv på minst 15-20 år. Modellene har det øvrige idefasearbeidet som bakgrunn, med pågående utredning av nytt klikkbygg ved Radiumhospitalet, utredning av organisering av lokalsykehusfunksjoner i Oslo, og planer for protonsenters som spesifikt formulerte tilleggsfaktorer. Situasjonsbeskrivelsen og -analysen som ligger til grunn for modellene, kvantitativt og kvalitativt, er gjort rede for i rapporten.

I tillegg til kvantitative forhold, som insidens av ulike krefttyper, behandlingsbehov knyttet til dette og fysisk kapasitet, er modellene basert på kvalitative vurderinger av avhengigheter. Avhengighetene er dels av klinisk art, som tilstrekkelig intensivkapasitet og -kompetanse, samtidig tilstedeværelse av flere kirurgiske disipliner, av indremedisinsk støtte (hjertemedisin, infeksjonsmedisin, lungemedisin oa.), av diagnostisk kompetanse (patologi, radiologi, nukleærmedisin) og nærhet mellom kirurgi og onkologi ved hver enkelt kreftform. I tillegg er beskrivelse av avhengighet mellom klinisk virksomhet og forskning gitt en betydelig plass i rapporten. Det er i denne sammenheng særlig samarbeid og nærhet mellom klinisk miljø og Institutt for kreftforskning, som er lokalisert ved Radiumhospitalet som er viet oppmerksomhet.

I hovedmodell A er det foreslått å samle kirurgisk og onkologisk behandling av bryst- og prostatakreft på Radiumhospitalet, opprettholde samlet kirurgisk og onkologisk behandling av gynekologisk kreft og melanom på Radiumhospitalet, og opprettholde ordningen med onkologisk behandling av hode-hals-kreft på Radiumhospitalet, med kirurgi på Rikshospitalet. I dette alternativet vil lymfom/HMAS/sarkom bli flyttet til Rikshospitalet, annen urologisk kreft samlet ved Ullevål, lungekreftonkologi samlet ved Ullevål og onkologisk behandling av CNS-svulster/øye og strålebehandling av barn lokalisert til Ullevål.

I de ulike variantene av alternativene B og C er prostatakraft helt eller delvis flyttet til Ullevål. Dette gir dermed fysisk rom for å beholde CNS/barn/lungeonkologi og/eller lymfom/sarkom, med eller uten avansert gastrokirurgi ved Radiumhospitalet.

Fordeler og ulemper ved modellene er beskrevet i rapporten. Den viktigste fordelene ved alternativ A er at det ikke krever svært stor oppbygging av intensivkapasitet eller svært stor oppbygging robuste kliniske støttefunksjoner. I tillegg samles pasientforløp (utredning, kirurgi, onkologi og palliasjon) for store pasientgrupper (bryst-, prostata og lungekreft). GI-kreft blir bedre samlet og CNS/øyekreft blir lokalisert til Ullevål der det er neurologi-/neurokirurgi-/øyekompetanse. Strålebehandling av barn krever ofte generell anestesi, som det vil ligge godt til rette for ved Ullevål. Lymfom/sarkom kommer nær Hematologisk avdeling, som har virksomhet med liknende utfordringer. Ulempene ved alternativ A er først og fremst at veletablerte og godt fungerende fagmiljøer må flytte, at den fysiske avstanden til Institutt for Kreftforskning øker, og at strålebehandling ved lymfom og sarkom må gjennomføres på en annen lokalitet enn der den øvrige behandlingen og utredningen skjer. Disse ulempene er i varierende grad bedre ivaretatt i alternativene B og C, på bekostning av økte krav til oppbygging og vedlikehold av kliniske støttefunksjoner, og på bekostning av at flere pasienter vil måtte ha lokalitetsdelte forløp (innenfor diagnosene lunge-, CNS-, prostata- og GI-kreft).

Rapporten gjør rede for alternativene, men presenterer ikke et forslag til valg mellom dem. I den videre prosessen vil et valg være nødvendig. Det er krevende, fordi det krever prioritering mellom hvilke hensyn som må veie tyngst. Mitt personlige innspill er at alternativ A synes å være det beste kompromisset mellom hensynene til nærhet til viktige kirurgiske og medisinske støttefunksjoner, samlede pasientforløp (utredningsmessig, onkologisk, kirurgisk og palliativt) og nærhet til klinisk forskning. Alternativet innebærer at hensynet til robust og omfattende tilstedeværelse av fysisk nærhet til kliniske støttefunksjoner, og samlede pasientforløp, er vektet tyngre enn hensyn til fysisk nærhet mellom Institutt for Kreftforskning og klinisk virksomhet for endel krefttyper (lymfom, sarkom, urologi ekskl. prostata, lungekreft, kreft i CNS/øye). Hensyn til pasientsikkerhet, medisinsk forsvarlighet og pasientforløp tilsier at det må bli slik, når det foreløpig ikke er mulig å samle alt på ett område, og det er nødvendig å velge. Klinisk forskning bør med modell A kunne videreføres, dels ved fortsatt nærhet til kliniske miljøer for store pasientgrupper ved Radiumhospitalet, dels ved samarbeid mellom lokalitetene (som rapporten gir eksempler på), og ikke minst ved at utprøving av ny behandling nødvendigvis må foregå i de kliniske enhetene, der pasientene er, uavhengig av lokalitet.