

# Høringsuttalelse fra "lymfom" vedrørende "Idefase OUS, konkretisering etter høring: Delrapport om kreftområdet. Juli 2015. Versjon 1.0"

## Høringsinstans:

MD PhD Harald Holte på vegne av lymfomprogrammet  
Fagansvarlig overlege maligne lymfomer, Avdeling for kreftbehandling  
Forskningsgruppeleder maligne lymfomer, Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon

## Generelt

Jeg viser til rapporten som beskriver flere viktige temaer vedrørende kreftomsorg ved OUS, drøfter disse og som så foreslår ulike modeller (A, B1-B4, C1-C4) for klinisk virksomhet ved Radiumhospitalet og øvrige lokasjoner under OUS. Alternativ A, der lymfom og sarkom flyttes til Rikshospitalet går lengst i å rendyrke sykehuset for poliklinisk strålebehandling med noen unntak, spesielt for gynekologisk cancer. Det er uklart hvor strålebehandling av eks lymfom og sarkom skal foregå.

Byggetrinn 1 ved Gaustad avsetter ikke plass til kreft. Det er derfor høyst uklart om noen av alternativene som medfører flytting av lymfom/sarkom til Rikshospitalet er realistiske.

Gynekologisk kreftkirurgi som skal videreføres ved Radiumhospitalet vil trenge tilstedeværelse av gastrokirurg på dagtid og på vaktbasis, uten at gastrokirurgi har plass ved sykehuset som egen virksomhet.

Generelt drøfter ikke rapporten hvilke overordnede historiske og prinsipielle fordeler som ligger i et separat spesialisert kreftsykehus med preg av et comprehensive cancer center skjermet fra et sykehus med akutt- og lokalsykehusfunksjon. Dette gjelder både Radiumhospitalets rolle som nasjonal referanseinsitusjon innen forskning og utdanning og som behandlingsinstitusjon for mange av de mest kompliserte krefttilfeller.

## Spesifikke momenter:

Det vises her også til fellesuttalelsen fra det kliniske miljøet på Radiumhospitalet.

### 1. Argumenter mot en kreftenhet som Radiumhospitalet med få tumorgrupper under utredning og behandling.

Det er viktig å fremholde den store betydningen av kompetanseoverføring mellom ulike tumorgrupper, både mht kjemo-immunterapi og strålebehandling. Disse behandlingsmodaliteter profiterer på kunnskap og erfaring på tvers av tumorgruppene. Radiumhospitalet som en behandlingsenhet med et variert tilbud av tjenester er tilsynelatende under demontering i det vi har tilgang på færre kliniske undersøkelser enn vi hadde for få år siden, spesielt ulike endoskopiske undersøkelser (Bronchospkopi ved behov for bronhoalveolær lavage, øvre og nedre endoskopi, cystoskopi). I tillegg vil utprøvsenheten få enda større problemer med å delta i kliniske studier med krav på kompetanse spesielt innen medikamentell kreftbehandling. Billeddiagnostikk inkludert undersøkelser som krever intervensjon vil også lide under et for smalt spekter av sykdommer.

### 2. Støttefunksjoner

Behovet for bedre støttefunksjoner ved Radiumhospitalet er godt beskrevet og anbefales iverksatt ved alle modellene. Indremedisiner / kardiolog og infeksjonsmedisiner kan inngå i

en rotasjonsordning fra ”moderavdelingen” og kardiolog kan i tillegg gjøre eccocardiologiske undersøkelser som anses bedre enn MUGA scintigrafi for å bedømme hjertefunksjonen.

3. Kirurgisk virksomhet. Det gjentas at et lokalt tilstedeværende kirurgisk vaktteam, spesielt med gastrokirurgisk kompetanse er en betingelse for virksomhet ved et sykehus med avansert kreftbehandling.

#### 4. Lokalsykehusfunksjoner.

Det er viktig at lokalsykehusfunksjoner fjernes fra Radiumhospitalet da det tar ressurser fra virksomhet som krever annen type kompetanse. Som nevnt har ikke Radiumhospitalet noe akuttinntak for ø.hj. pasienter og beredskapen på døgnbasis vil være bedre på et akuttisykehus med lokalfunksjoner.

### **Merknader spesielt relatert til Lymfom**

1. Vi gjentar at Lymfom tilhører Avdeling for kreftbehandling, ikke Hematologisk avdeling som en kan få inntrykk av når man leser Tabell 1.

2. Vi anser det som viktig at lymfomprogrammet er samlet og ikke splittet som for eksempel hvis høydosebehandling med autolog stamcellestøtte overføres til hematologisk avdeling, evt med onkologer med lymfomkompetanse ”på lasset”. Det er viktig at pasientene tas hånd om i en samlet behandlingsskjede der de samme legene i størst mulig grad følger pasientene til de er ferdigbehandlet. HMAS er nevnt spesielt som en utfordring, Vi kan imidlertid vise til utmerkede overlevelseshdata med minimal behandlingsrelatert mortalitet, spesielt gjennom de siste 10 år. Nyhenviste pasienter med betydelig tumorbyrde og komorbiditet kan være en større utfordring og krever med dagens støttefunksjoner overføring av 10-15 pasienter på årsbasis til intensivavdeling ved Rikshospitalet (med verdifull oppfølging fra hematologer) eller Ullevål (sistnevnte spesielt ved GI blødninger).

Vi anser det som nødvendig at de dårligste pasientene overføres også i fremtiden, men behovet kan reduseres til det nivået det lå på for få år siden dersom utvalgte pasienter i større grad kan behandles / observeres på postoperativ Avdeling, Radiumhospitalet i inntil 5 døgn. Dette vil kreve en moderat opprusting av postoperativ avdeling Radiumhospitalet.

Data fra land der medikamentell behandling og stråleterapi tas hånd om av ulike spesialiteter på ulike enheter viser et underforbruk av strålebehandling. Vi er redd dette også vil skje om vi skiller ut strålebehandling fra den medikamentelle behandling og utredning. Det vil også ha uheldige konsekvenser for undervisning av LIS leger og vil kunne medføre mindre fleksibel bruk av legerressurser.

3. Andre argumenter for å kontinuere en samlet lymfombehandling på Radiumhospitalet er -Nærheten til Instituttet ettersom vi har flere store og viktige fellesprosjekter som omtalt i rapporten.

-Avdeling for patologi vil ha legerressursene plassert ved Radiumhospitalet. Nærhet til og dialog med patologene, som ivaretar den mest essensielle del av diagnostikken er for oss viktig for den daglige kliniske virksomhet og for forskningsprosjekter. I tillegg viser erfaring til hematologene som er plassert på Rikshospitalet mens hematopatologene er på Radiumhospitalet at prøvetaking og forsendelse innen ulike lokasjoner ved OUS er en logistisk utfordring med hyppig feilforsendelser og forsinkelser. Dette er også vår erfaring når prøver tas på Rikshospitalet (med unntak av ØNH biopsier) og Ullevål sykehus og sendes hit.

### **Spesifikke rettelsler**

Tabell 1. Det er angitt at det var 142 nyhenviste pasienter til Radiumhospitalet under diagnoser blod og lymfom.. Det riktige tallet ligger antakelig mellom 400 og 500 pasienter. Dataene i tabell 1 er basert på Kreftregisteret er dels misvisende, dels underrapportert i det Kliniske kvalitetsregisteret.

Tabell 7. Utredning av lymfompasienter foregår i all hovedsak ved Radiumhospitalet alene (utredning, kirurgisk behandling, onkologisk behandling) med unntak av halsglandelbiopsier som utføres på Rikshospitalet.

Lymfom ble samlokalisert til Radiumhospitalet i 2011, ikke 2012.

### **Konklusjon med spesielt fokus på lymfom**

1. Et samlet lymfom-miljø ved Radiumhospitalet vil ikke anbefale flytting av hele eller deler av vår aktivitet til Rikshospitalet
2. Alternativer som medfører flytting er urealistiske med henblikk på at det ikke foreligger noen konkret løsning på hvor denne store aktiviteten skal plasseres på Rikshospitalet
- 3 Man må ikke bryte opp sterke bånd mellom forskningmiljøer og klinisk virkesomhet ved Radiumhospitalet.
3. Radiumhospitalet må ikke demonteres til å bli et ufullstendig og mindre kreftsentrum med hovedfokus på poliklinisk behandling. Dette er å ødelegge et velrenomert sykehus og splitter opp meget velfungerende fagmiljøer med sterke bånd til hverandre. Lymfomgruppen representerer en hjørnestein i avansert kjemoimmunterapi/stråleterapi/forskning ved Radiumhospitalet i dag.
4. Pasientene våre trives og føler seg velkommen i et sykehusmiljø skjermet for akuttsykehusfunksjoner som innebærer økt risiko for stryking av oppsatt program.

Radiumhospitalet

18.08.2015

Harald Holte

Vedlegg: Bev fra Lymfekreftforeningen