

Høringssvar fra Medisinsk klinikk om utkast til delrapport kreftområde og delrapport lokalsykehus

Ad. utkast delrapport kreftområdet:

- Barneonkologi er nevnt og på en måte skilt ut. Geriatrike pasienter - som utgjør en betydelig andel kreftpasienter, - faller i utkastet under "indremedisin" (vedr. håndtering av komorbiditet og funksjonssvikt). Det er geriater som har relevant kompetanse og som stort sett håndterer dette. Dersom man nevner kardiologi og infeksjonsmedisin som støttefunksjoner bør det også presiseres at geriatrik medisin er en støttefunksjon. Dette fordi en i økende grad tilbyr stadig eldre pasienter (som ofte også har andre sykdommer), omfattende kreftbehandling både med kurativ og palliativ hensikt.
- Uansett hvor man primært ønsker at kreftbehandlingen skal lokaliseres i fremtiden, vil det bli økt behov for kardiologisk tilsyn med ekkokardiografi også på Ullevål. Dette må komme tydeligere fram av rapporten (f.eks under Støttefunksjoner kapittel 3.3.3, side 22).
- I rapporten synes det som om det er et forslag om å lage en kardio-onkologisk enhet ved Radiumhospitalet. En må i størst mulig grad unngå å bygge opp nye, små fagområder/enheter for å ivareta støttefunksjoner. OUS må kunne organisere seg på en slik måte at fagmiljøene er i stand til å rotere internt i sykehuset, og gjøre forpliktende avtaler for å ivareta behovet for støttefunksjoner.
- Det er i rapporten vurdert at kreftområdet med henblikk på utredning og deler av behandling er aktuelle for et lokalsykehus. Dette synes å være et dårligere alternativ. Utredningen blir stadig mer komplisert med hensyn på teknikker i utredningen. Det er viktig å ha et robust miljø for å utføre disse prosedyrene både på lege og sykepleiesiden og til å takle ferietider etc. Det er en fordel å kunne utrede hele pasientforløpet på et sted. Jfr tiden man har til utredning til klinisk beslutning i pakkeforløpet. Ved å ha pasienten der fra start vil man kunne planlegge hele pakkeforløpet ved pasientens første konsultasjon, evt ved henvisning. Det er også viktig å ha thoraxkirurgisk kompetanse på samme sykehus under utredningen for bla lungepasienter. Flere prosedyrer som gjøres trenger patolog til stede. Dette kompliseres med prosedyren i lokalsykehus. En styrke vil være at også onkologer er tilgjengelig slik at hele utrednings, beslutnings- og behandlingsprosessen kan gjøres et sted. En stor del av lungekreft-utredning er poliklinisk, men noen av prosedyrene som gjøres krever innleggelse.

Ad. delrapport om lokalsykehus:

- Det er ikke lett å gripe forskjellen mellom flere av de alternative modellene for lokalsykehus. Flere av dem er skalerbare og sykehuset vil se svært forskjellig ut om det dekker 150 000 eller 300 000 innbyggere.
- Mens konsekvensene av ulike valg for det nye lokalsykehuset er rimelig godt belyst, savnes en vurdering av konsekvensene for "hovedbølet". Det vil være svært forskjellig om så godt som alle lokalsykehuspasienter forsvinner, eller om halvparten fortsatt skal tas hånd om i "hovedsykehuset". Det bør derfor utredes mer om konsekvensene for OUS sin regions- og landsfunksjon – (dvs. "hovedsykehuset") – når en trekker ut et "robust lokalsykehus".
- Av universitetsfunksjonene som skal plasseres i lokalsykehuset er hovedvekten lagt på undervisning. Det er viktig, men det savnes en utdypning av hvordan man tenker seg at undervisnings- og forskningsmiljøene kan samhandle på en god måte (= ikke lide av) den fysiske adskillelsen to lokalisasjoner vil representere. Sannsynligvis vil avstanden bli betraktelig større enn mellom Ullevål og Rikshospitalet i dag og en er bekymret for at splittingen av forskningen og fagmiljøene blir ennå verre enn i dag.
- Et tema som kunne vært bedre utredet er bruken av elektiv poliklinikk for område-/regionsoppgaver ved en ny lokalisasjon. Det ville øke likeverdigheten ved de to sykehusene og avhjelpe plass på hovedsykehuset.

Klinikkleder Lena Gjevert
Medisinsk klinikk
OUS