

## Høringsuttalelse vedr. "Idefase OUS, konkretisering etter høring: Delrapport om kreftområdet. Juli 15 v 1.0"

Høringsinstans:

Overlege Kjell M. Russnes på vegne av uro-onkologiske overleger DNR

Det vises til rapport sendt til høring og tidligere innsendt sammenfatning fra urologisk/onkologisk miljø ved Radiumhospitalet hvor vår konklusjon uttrykte bekymring for flytting av den urologiske cancerbehandling fra Radiumhospitalet. Det er fra faggruppen uttrykt bekymring over at ingen fra urologisk kirurgi eller onkologi fra Radiumhospitalet er representert i hovedarbeidsgruppen da størstedelen av prosessen har handlet om hvilken type virksomhet som fortsatt skal være ved Radiumhospitalet og urologisk cancer volummessig representerer den største andel pasienter. Videre synes vi det er uheldig at funksjoner som radiologi og patologi ikke har vært involvert i prosessen på samme måte som klinikere.

Rapporten som er sendt til høring beskriver flere ulike modeller med tre hovedgrupper A, B og C, hvorav de to sistnevnte har fire underalternativer hver.

**Alternativ A** beskriver en modell med samling av spesialisert kirurgi med robotassistert prostatectomi, mamma kirurgi, gynekologisk kirurgi og poliklinisk strålebehandling knyttet til disse diagnosene samt ØNH og hud kreft. Dette alternativet vil bidra til å øke avstanden mellom de onkologiske disiplinene og faglig bidra til en forsnevring av kunnskap og erfaring hos personell ved en slik "samlebåndmodell". Fordelene med et bredere, allsidig tilbud med flere spesialister dedikert til onkologisk behandling og et større fagmiljø som ved et spesialisert kreftsykehus eksisterer ikke i denne modellen.

**Alternativ B** innebærer flytting av all urologisk cancerbehandling til Ullevål. Dette forutsetter stor økning av operasjonsstuekapasitet og sengekapasitet ved UUS samt behov for lineærakseleratorer ved UUS. Det er også pr. i dag ved avdeling A6 22 senger hvor ca. 2/3 opptas av urologisk onkologiske pasienter. Den største bekymring ved flytting av hele strålevirksomheten av urologisk cancer til UUS er tilbud om HDR brachyterapi ved prostatacancer. Det er en etablert metode som egner seg godt til pasienter med høy risiko sykdom eller hvor anatomiske forhold i bekkenet eller medisinske tilleggs lidelser som for eksempel inflammatorisk tarmsykdom vanskeliggjør ekstern strålebehandling. Behandling ved Radiumhospitalet har vist svært gode resultater. (Lilleby, IJROBP 2012). Støttepersonell som stråleterapeuter, medisinske fysikere som betjener også brachyterapivirksomheten ved gynekologisk cancer som skal fortsatt være ved Radiumhospitalet. Ved flytting av denne virksomheten til Ullevål vil det være stor fare for fragmentering av kompetanse og eventuelt behov for duplisering av støttefunksjoner og utstyr.

I dag foregår utredning av urologisk cancer også ved Radiumhospitalet. Radiologisk avd. ved Radiumhospitalet har gjennom mange år utviklet betydelig kompetanse i MR diagnostikk ved prostatakraft. Denne utredningen gjennomføres av dedikerte radiologer og utgjør en betydelig del av OUS's samlede MR prostatakapasitet. Radiologene vil ikke følge nødvendigvis kunne være med på en eventuell flytting til Ullevål da de også innehar annen spesialkompetanse som er nødvendig på Radiumhospitalet. Flytting vil derfor kreve at både undersøkelseskapasitet og erfaringskompetanse må bygges opp ved Ullevål. Volumet er så stort at det trolig vil kreve en ny MR-maskin på Ullevål.

I dag er avdeling for patologi med uro-patolog lokalisert ved Radiumhospitalet. Da avd. for patologi planlegger flytting til OCCI bygget er det lite som tyder på at denne virksomheten flyttes fra Radiumhospitalet. Patologer som behandler uro onkologiske preparater har kort svartid, høy kvalitet og er tilgjengelige for tverrfaglige diskusjoner.

Det er i dag pågående studier med utprøving av PD-1 inhibitor ved metastaserende blærekreft og immunterapi ved nyrekreft (IMA 902) og viktige støttefunksjoner betjenes av denne enheten. Det pågår en vaksinstudie (Ultimovacs) ved prostatacancer med begrenset metastasevolum og ved primær prostatectomi av lokalavansert prostatacancer i kombinasjon med DC-vaksine (DC005). Det pågår en klinisk studie med residivbehandling for cancer prostata med HDR brachyterapi og studier med vekt på langtidssekvele etter bekkenfeltbestråling og utfall (Center for cancer survivorship og Johns Hopkins). I tillegg pågår også en tverrfaglig longitudinell studie (FUNCPROST) for å identifisere aggressivitetmarkører for prostatakraft. Studien er et tverrfaglig samarbeid mellom radiologi, patologi, urologi, nukleærmedisin, medisinsk fysikk og basalmedisinsk forskningsmiljø. Enhet

for langtidsstudier er lokalisert til Radiumhospitalet. Radiumhospitalet har landets største basalforskningsmiljø for kreft. Å fjerne den hyppigste kreftformen helt fra den kliniske virksomheten vil svekke forskningsmiljøet

**Alternativ C** legger opp til en situasjon omtrent som i dag for urologisk kreft behandling sin del.

Denne modellen innebærer imidlertid flytting av andre store diagnosegrupper slik som lunge, CNS svulster og lymfom. Dette vil gå utover tverrfaglighet og kompetansenivået hos personell da Radiumhospitalet vil miste funksjoner og fjerne seg ytterligere fra et tilbud om et komplett kreftsenter. Vi anser av den grunn at alternativ C representerer en uheldig løsning. For urologisk kreftbehandling vil det være mulig å drive virksomheten på flere steder da volumet er så stort at erfaringsgrunnlaget for behandling av slike pasienter vil fortsatt være tilstede. Det kunne imidlertid være hensiktsmessig med en slags funksjonsfordeling og tydeliggjøring av hvilke pasienter som skal behandles ved de forskjellige lokalisasjonene – da tilbudet ved Ullevål og Radium for blære, nyre og prostata cancer i dag er ganske likt med unntak av HDR brachyterapi ved prostatacancer.

### **Konklusjon:**

For urologisk onkologi vil vi argumentere for en løsning som tilstreber å ivareta og videreutvikle funksjoner som er opparbeidet gjennom mange år ved Radiumhospitalet. Dette gjelder stor grad av tverrfaglig samarbeid og fysisk nærhet til urologer, radiologer med høy og spesifikk urologisk MR-kompetanse, uropatologer, stråleterapeuter, strålefysikere og ingeniører med brachyterapikompetanse, forskningsavdelingen og utprøvningsenheten. Vi kan derfor ikke se at noen av alternativene A, B eller C skissert i rapporten vil bidra til en bedring av kreftomsorgen innen OUS.

Et nytt og riktig dimensjonert klinikkbygg ved Radiumhospitalet som kan gi plass til dagens aktivitet samt tar høyde for samlokalisering av behandling av mammacancer med økt antall senger, flere polikliniske konsultasjonsrom, flere strålebunkere, økt radiologisk kapasitet og tilstrekkelig p.o. kapasitet og en intermediær post for overvåking av ustabile pasienter. Vi vil derfor argumentere for at man ved et eventuelt nybygg tenker på mulighetene for å dimensjonere virksomheten ved Radiumhospitalet slik at det i fremtiden kan fremstå som et komplett kreftsenter med de nødvendige støttefunksjoner til å drive trygg og god medisin med fokus på kreftbehandling.