

## **Tilbakemelding fra overlegekollegiet ved Radiumhospitalet til Delrapport om kreftområdet – del av Idéfase OUS**

Det vises til overnevnte rapport datert juli 2015, og de diagnosespesifikke tilbakemeldinger på denne. I tillegg ønsker et samlet fagmiljø ved Radiumhospitalet her å påpeke diagnoseovergrepene aspekter ved kreftorganiseringen i OUS.

En tett og stedlig integrasjon mellom basale, diagnostiske og kliniske miljøer gir optimale forutsetninger for høykvalitets kreftbehandling og –forskning etter Comprehensive Cancer Centre-konseptet. Ved Radiumhospitalet ligger forholdene til rette for et bredt tverrfaglig samarbeid, og det er vår klare oppfatning at man, heller enn å fragmentere velfungerende tverrfaglige miljøer, burde sørge for at slike miljøer kan bygges opp innen flere tumorgrupper. Moderne translasjonsforskning er avhengig av fagpersoner med kunnskap og engasjement både innen klinikk og laboratorieforskning. Vi er bekymret for at et planlagt skille og betydelig geografisk avstand mellom klinisk virksomhet, patologi-tjenester og forskningsaktivitet vil få negative konsekvenser for både pasientbehandling og forskning.

Rapporten peker på behovet for å styrke visse støttefunksjoner ved Radiumhospitalet i forhold til dagens situasjon. Den gir også en grundig oversikt over tverrfaglige og diagnoseovergrepene aspekter ved moderne avansert kreftbehandling.

Imidlertid ender rapporten ut med noen forslag til modeller som ikke synes å henge sammen med de foregående elementer, og ingen av de tre foreslåtte variantene (A-C) er forenlige med fagmiljøets oppfatning av gode løsninger, og heller ikke med overordnede føringer fra politisk hold (bl. a. helseminister Høie, VG 8. feb. 2015: «...Videre er det ved OUS Radiumhospitalet nå samlet viktige forskningsinstitusjoner på kreftområdet, og det er stor bekymring for at dette vil svekkes hvis sykehusfunksjonene blir flyttet derfra. ...»).

I alle de foreslåtte modellene er flere av de sentrale diagnosegruppene fjernet fra Radiumhospitalet, noe som vil svekke totalkompetansen i miljøet. Radiumhospitalet har vært og bør være et spesialisert, forskningsbasert kreftsykehus, med gjensidige avhengigheter, felles interesser, og hvor samlingen gjør at total-kvaliteten blir mer enn summen av enkeltelementene, og med elektiv pasientbehandling som ikke kommer i konflikt med akutt-tjenester.

Hovedpremisset i rapporten er at brystkreft skal samlokaliseres ved Radiumhospitalet, noe som gir føringer pga kapasitetsutfordringer innen stråleterapi. Imidlertid er strålebehovet ved brystkreft redusert i forhold til tall i rapporten (standardbehandling nå har 15 behandlingsoppmøter, mot 25 oppmøter pr pasient som rapporten er basert på) – iflg Avd for medisinsk fysikk har dette redusert LAE-behovet for brystkreft til 3,3 LAE/år (og ikke 4,5 som anført). De vedtatte etableringer av strålesentra andre steder i regionen vil også avlaste brystkreftbestrålingen ved OUS. Brystkreftgruppens andel av strålekapasiteten ved Radiumhospitalet vil dermed være betydelig mindre enn det som er anført. Kjemoterapi ved brystkreft er i hovedsak poliklinisk, og også den operative aktiviteten er dagkirurgisk. Sengetallsbehovet øker marginalt ved å samlokalisere brystkreft til DNR. Totalt sett er konsekvensene av samlokaliseringen av brystkreft mindre enn hva som framkommer i rapporten.

Gamle, utdaterte strålebunkere ved Radiumhospitalet må erstattes, og gamle maskiner ved Ullevål må utskiftes. Når dette gjøres, synes det rimelig å vurdere fordelingen av de 17 Linac'ene mellom

Ullevål og Radiumhospitalet. En løsning kan være å justere fordelingen til 11 Linacer ved Radiumhospitalet og 6 Linacer ved Ullevål. Spesielt dersom man ender på at Ullevål i stor grad skal være lokalsykehus (jmf lokalsykehusrapporten), kan en slik fordeling være nærmere det ideelle enn en 10:7-fordeling, og gi tilstrekkelig kapasitet for de kommende minst 15 år ved Radiumhospitalet.

Rapporten legger til grunn at gynekologisk kreftbehandling skal forbli ved Radiumhospitalet. Denne aktiviteten er utenkelig uten et svært nært og daglig samarbeid mot en kompetent gastrokirurgisk seksjon, i tillegg til behov for tilstedeværelse av urologisk kirurgi. Også andre diagnosegrupper har behov av kirurgisk støtte, inkl plastikk-kirurgi. Det er derfor en meget dårlig løsning å planlegge for en fjerning av hoveddeler av kirurgiaktiviteten fra Radiumhospitalet. Argumentene for dette synes svake; aktiviteten her er av høy kvalitet med særdeles lav komplikasjonsfrekvens, høy effektivitet og er vist å ha lavere økonomisk kostnad enn ved en eventuell flytting til Rikshospitalet.

Brakyterapi ved prostatakraft og høydosebehandling med stamcellestøtte (HMAS) er høyspesialiserte behandlingstilbud som ikke enkelt lar seg flytte. Begge har ringvirkninger inn mot annen aktivitet (gyn-kreft for braky, og sarkom, testis og total-aktiviteten ved lymfom for HMAS). Disse aktivitetene er dermed svært sentrale elementer ved et komplett kreftsenter.

En nedleggelse av sentrale funksjoner vil også påvirke annen aktivitet ved Radiumhospitalet. Støttefunksjoner (kardiologi, infeksjonsmedisin etc) er avhengig av et visst volum for å være driftsmessig og faglig forsvarlige, og ved en betydelig reduksjon i aktiviteten ved Radiumhospitalet blir det vanskelig å forsvare tilstedeværelse av disse funksjoner – som det helt riktig blir påpekt i rapporten bør styrkes. En aktivitetsreduksjon for parakliniske funksjoner, radiologi, klinisk-kjemisk og patologi (cytologi-service) vil også negativt påvirke de gjenværende funksjonene. Inklusjon av pasienter i kliniske studier står i fare for å reduseres – stikk i strid med sentrale føringer hvor nettopp ønsket om å øke andelen pasienter i kliniske studier er påpekt.

Dagens aktivitet ved Radiumhospitalet inkluderer noe lokalsykehusaktivitet som bør flyttes til det planlagte lokalsykehuset i Oslo. Antall «lokalsykehussenger» er vanskelig å anslå, men er trolig i størrelsesorden 10 senger. Også en ikke liten andel av stråleaktiviteten kan med fordel legges til andre lokaliteter (OUS-lokalsykehus og nyopprettede strålesentra ved andre sykehus i regionen).

Fremtidens kreftbehandling vil bli mindre organorientert enn idag. Tverrfaglighet, og diagnoseovergrep modaliteter er det som kjennetegner moderne kreftbehandling. Ved «persontilpasset medisin» er det mutasjonstypen som bestemmer behandlingsvalg, og ikke om sykdommen oppsto i en føflekk eller lunge. Også innen immunterapi er utgangspunktet mindre interessant. All spesialisert kreftbehandling er forskningsbasert, og geografisk nærhet til et forskningscenter er avgjørende. Dette er også understreket tydelig i første del av rapporten. Som helseministeren påpeker er det stor bekymring for at kreftforskningen vil svekkes dersom sykehusfunksjoner blir flyttet fra Radiumhospitalet. Mange faggrupper har sterk tilknytning til forskningsfunksjoner, og det vises til egne uttalelser fra disse. Totalt sett gjør avhengighetene i kreftfeltet det svært uheldig om enkelt-diagnoser blir utelatt fra det sentrale kreftmiljøet – både for de utelatte diagnosegruppene, og for det gjenværende miljøet.

#### Konklusjon:

- Hoveddeler av onkologisk kreftomsorg innen all voksen-onkologi må ha tilhørighet ved Radiumhospitalet, samlokalisert med forskningsinstituttet, og skjermet fra akuttfunksjoner
- Aktiviteten innen urologisk og gastroenterologisk kirurgi må være av robust størrelse og tyngde
- Støttefunksjoner må styrkes
- Lokalsykehusfunksjoner bør ikke ligge ved Radiumhospitalet

- Enklere høyvolum-strålebehandlingsopplegg kan legges utenfor Radiumhospitalet
- Det nye kliniske bygget ved Radiumhospitalet må skaleres slik at det minst kan innbefatte dagens aktivitet med tillegg av brystkreftsenter, og ta høyde for forventet aktivitetsøkning.

Vi vil derfor komme med to konkrete forslag til løsning, basert på det ovenstående:

**D1:** dagens aktiviteter med tillegg av mammasenter legges til Radiumhospitalet.

Lokalsykehusfunksjoner legges annetsteds, inkl utfasing av enklere stråleterapi etter hvert som kapasitet kommer i andre deler av regionen.

**D2:** som D1, med inklusjon også av avansert behandling av anorektal-kreft og testikkelkreft

D1	D2	Strålebehov (LAE)	Sengebehov
Bryst	Bryst	3,3	20
Prostata (50%)/uro	Prostata (50%)/uro	2,2	10
Gyn	Gyn	1,0	43
ØNH onk	ØNH onk	1,9	15
Mel/hud	Mel/hud	0,9	8
CNS-barn	CNS-barn	0,8	5
Lunge onk	Lunge onk	1,4	13
Lymfom (inkl HMAS og stråle)	Lymfom (inkl HMAS og stråle)	0,6	22
Sarkom	Sarkom	0,2	6
Avansert gastrokir	Avansert gastrokir	0	15
Utpr enhet	Utpr enhet	0	4
Annen kirurgi	Annen kirurgi	0	13
	Anorektal	0,9	8
	Testis	0,3	1
Sum		=12,3-13,5	=174-183

#### Konsekvenser:

Begge modeller vil kreve 170-180 senger ved Radiumhospitalet, avhengig av hvor mange senger som kan flyttes til lokalsykehus. Økningen blir marginal utover dagens sengetall på 166, og vil resultere i et mindre sengetall enn hva Radiumhospitalet hadde for få år siden. Sengetallet samsvarer med planarbeidet for nytt klinisk bygg. Det må i tillegg tas høyde for den forventede betydelige aktivitetsøkning pga insidensøkning og befolkningsvekst.

Stråleaktiviteten ved Radiumhospitalet vil øke med ca 1,6 LAE ved flytting av all brystkreftbestråling til Radiumhospitalet, gitt reduksjonen i totalt strålebehov ved denne diagnosen, men kan reduseres tilsvarende ved flytting av enklere «lokalsykehusbestråling» til andre sentra. Evt løses ved å etablere en ekstra Linac ved Radiumhospitalet.

Kirurgisk behov vil tilsvare 9-10 operasjonsstuer.

For overlegegruppen ved Radiumhospitalet:

Kirsten Sundby Hall (sign)  
Sarkomonkologi

Harald Holte Jr (sign)  
Lymfom

Odd Terje Brustugun (sign)  
Lungekreft-onkologi

Petter Brandal (sign)  
CNS-onkologi

Kjell Magne Russnes (sign)  
Uro-onkologi

Bjørn Naume (sign)  
Brystkreftonkologi

Steinar Aamdal (sign)  
Utprøvningsenheten

Claudius Steinfeldt-Reisse (sign)  
Radiologi

Tone Skeie-Jensen (sign)  
Gynekologi

Stein Gunnar Larsen (sign)  
Gastrokirurgi

Ole-Jacob Norum (sign)  
Ortopedi

Hans Petter Gullestad (sign)  
Plastikk-kirurgi

Bjørn Brennhovd (sign)  
Urologisk kirurgi

Pål Aarstrand Reine (sign)  
Anestesi