

Vedrørende kreftsykehuset – uttalelse fra Olav Røise, KKN

Her viser jeg til det oversendt fra nevrokirurgi. Det som - slik jeg leser det sies der - er at de mener at skillet mellom der kreft skal opereres og det stedet som skal håndtere resten av behandlingen burde ha vært samlokalisert. Det vil si at de er skeptisk til skissert modell. Den sementerer dagens arbeidsfordeling der de har multidisiplinære møter som kompenserer for at man er lokalisert på to steder, men muligheten for å knytte det hele bedre sammen mistes med det valget man gjør. De påpeker betydningen av at det er enda mer interaksjon mellom miljøene enn det denne type møter gir - om ikke jeg oppfatter det hele galt.

Når det gjelder sarcomer i skjelett og bløtdeler, så har vi tatt del i dette arbeidet i og med at vi er en del av dagens Radiumhospital. Våre onkologiske kirurger ønsker modellen slik den er skissert med at kirurgien foregår på Radiumhospitalet. Imidlertid har jeg to meget viktige innspill som jeg også kom med på siste ledermøtet og som jeg har diskutert med leder av Ortopedisk avdeling.

- Det at det onkologiske kirurgimiljøet er avsondret fra resten av ortopedisen i dag - og vil være det i foreslått modell for evig tid - er problematisk rent faglig sett, siden at utviklingen innenfor andre deler av ortopedien kan representere en berikelse av den onkologiske kirurgien. Spesielt er det slik at man i traumatologi har enormt mye erfaring med ulike tilganger som onkologene ved vår seksjon på Radiumhospitalet kan ha nytte av. De har i dag hatt en del samarbeid med ryggkirurgene ved Riket som kan illustrere det, men kunne klart hatt meget stor nytte av et tettere samarbeid med for eksempel bekkentraumatologene. Et slikt samarbeid bygges lettest opp dersom man faktisk har omgang med hverandre. Det vil si at det er noe dette miljøet i dag ikke erfarer og som vi ved denne løsningen med fortsatt en egen onkologi i framtida fortsetter med.
- Det andre er at resten av avdelingen er eksponert for alle *leger i utdanning i regionen - det vil de være i framtiden også. Med at onkologisk kirurgi ligger som en øy utenfor der de andre vil være lokalisert, så vil de som ser tumores på lokalsykehusene ikke bli eksponert for faget mens de er på OUS. Vi vet at det er krevende å få til optimale sløyfer med korrekt håndtering på de sykehusene som seer onkologiske pasienter.

Disse to dilemmaene sammen med det jeg skriver om nevrokirurgi må problematiseres i rapporten. Det finnes kompenserende tiltak som kan redusere svakhetene med dette, men det er viktig at de diskuteres. Uten at det diskuteres, så er det jheller ikke lett å få de til senere.

Så til prosessen;

Jeg er av den oppfatning at de over skisserte innsigelser/momenter ikke er bra nok diskutert. Disse høringene ble sendt ut 15. juli. På det tidspunktet var det i vår klinikk omtrent bare vikarer. Det har følgelig ikke vært diskutert i klinikken fordi lederne ikke fikk rapporten før jeg kom tilbake fra ferie og fikk dette som ledermøtesak dagen jeg kom tilbake. Dette er naturligvis ikke noe du kan noe for, men det er viktig at dette adresseres. Jeg vil sende separat mail til Erikstein der jeg tar opp det. Disse innstillingene har stor betydning for framtiden og da er det viktig at dette har en bedre forankring.

Mvh

Olav Røise
Klinikkleder og professor
Klinikk for kirurgi og nevrofag
Oslo universitetssykehus