

Kommentarer til utkast til delrapport om kreftområdet

I rapporten angis det som forutsetninger i mandatet som er gitt utredningsgruppen at ”ved lokalisering av funksjoner innenfor kreftområdet må det tas hensyn til at plassering av funksjoner skal gi kvalitativt gode pasientforløp”. Videre at ”tung og avansert kirurgi forutsettes lagt sammen med annen avansert kirurgisk behandling i OUS”.

For fagområdet gynekologisk kreft er ingen av disse forutsetningene ivaretatt for et flertall av de mulige driftsmodellene som skisseres for et fremtidig Radiumhospital (A, B1, B2, C1, C2), der gastrokirurgien er planlagt flyttet.

Vi ber om at følgende faktafeil og ufullstendig informasjon som skal danne grunnlag for de beslutninger som skal tas rettes opp:

1) Tabell 6 (s 15) Antall operative inngrep innen fagområdet gynekologisk kreft var i 2013 **512** (hentet fra Felles_operasjonsrapport). I 2014 var tallet 637.

2) *Ad gynekologisk kreft* (s 18) Behovet for gastrokirurgisk assistanse slik virksomheten drives i dag er ikke tilstrekkelig belyst, og det er vår oppfatning at dette behovet nedtones i rapporten. Gynekologisk kreftkirurgi innebærer, spesielt i relasjon til ovarialcancer kirurgi, svært avanserte inngrep. Dette som en følge av at pasientene ikke kun har sykdom lokalisert til bekkenet, men ofte betydelig tumorutbredelse også i øvre abdomen. Vi planlegger inngrep med gastrokirurg der behovet for assistanse kan forutses, men CT har som kjent sin begrensning og gastrokirurg må derfor også tilkalles peroperativt ved uventede funn. Vi har over år etablert et meget fruktbart samarbeid med gastrokirurger ved Radiumhospitalet og tilbys assistanse som medfører at vi i dag gjennomfører langt flere omfattende kirurgiske inngrep enn tidligere. Alle pasienter der gastrokirurg forventes å delta ved operasjonen diskuteres preoperativt for å oppnå de beste resultatene.

I tillegg er Avdeling for gynekologisk kreft lokalsykehus for Oslo, og vi har de 2 siste årene fått et økende antall pasienter til behandling for ileus. I tillegg kommer jevnlig henvendelser fra andre kirurgiske avdelinger innen Helse Sør-Øst som ikke føler seg kompetente til å operere pasienter med gynekologisk kreft og ileus, der det typisk er omfattende carcinomatose. Dette innebærer at vi har et stort behov for å diskutere våre pasienter med gastrokirurg som kjenner våre pasientgrupper. Dette dreier seg som oftest om øyeblikkelig hjelp, og det er vår klare oppfatning at det vil være en meget dårlig løsning dersom disse vurderingene og operasjonene skulle ivaretas av en tilfeldig bakvakt innen OUS.

3) Tabell 8 (s 26) Fra og med uke 34 har gynekologisk avdeling 2 hele ressurser også på onsdager, og ikke 1,5. Dette må følgelig også korrigeres i Tabell 15 (s 47) der gyn nå har 9 opr.stuer per uke.

4) I kapittel 5.1 er det anført at forekomsten av livmorkreft har falt i perioden 2004-2013. Dette er ikke korrekt, da insidensen av livmorkreft er økende i Norge, som i resten av verden. På bakgrunn av tallene fra Kreftregisteret, sett over tid, er det lite sannsynlig at forekomsten av ovarialcancer er på vei ned. Dette er den heller ikke i verden for øvrig. Når det gjelder livmorhalskreft var det imidlertid tilfellet inntil for 10 år siden, noe som tilskrives effekten av screeningprogrammet. Den aldersjusterte insidensen har imidlertid de siste 10 årene vært stabil, og effekten av HPV vaksinen regner man ikke med vil gi effekt før om 15-20 år.

5) I kapittel 7.3.1 (s 51) er gynekologisk kreft omtalt, og det er igjen vår oppfatning at man nedtoner omfanget av gynekologisk kirurgi. Det er anført at ”kirurgisk behandling er sjelden krevende i form av overvåkningskapasitet”. Dette mener vi er misvisende. Vi har minst 2

svært omfattende operative inngrep per uke med gastrokirurg, hvilket krever kvalifisert overvåkning ved postoperativ avdeling. Grunnet begrenset kapasitet ved po må vi for ofte ta imot pasienter i avdelingen som burde hatt lengre oppfølging på po eller ved en step-down enhet. Dette er et nesten daglig fenomen. I tillegg har vi selvsagt et betydelig omfang av eldre pasienter med stor grad av comorbiditet som bare i kraft av dette krever ekstra overvåkning. Man har videre under dette punktet anført at gynekologisk avdeling krever gastrokirurg på permanent basis. Dette vil ikke kunne dekkes ved å stasjonere en gastrokirurg ved Dnr. Et regionalt gynekologisk kreftsenter, som også har nasjonale kirurgiske tjenester som bekkeneksenterasjon, er helt avhengig av et høykompetent bekkenkirurgisk miljø. Dette kan kun sikres gjennom et stabilt fagmiljø med dedikerte gastrokirurger, urologer og plastikkirurger, i tillegg til gynekologer. Dette er over år bygget opp ved Radiumhospitalet, og en fragmentering av dette tverrfaglige miljøet vil sette kvaliteten i pasientbehandlingen mange år tilbake. Vi ønsker også å peke på at plastikkirurgene ved Radiumhospitalet utfører inngrep som ikke utføres andre steder innen OUS, og som sikrer pasienter med gynekologisk kreft nødvendig spisskompetanse. En driftsmodell for OUS der gynekologisk onkologi etterlates ved Radiumhospitalet uten et tilstedeværende robust og kvalifisert bekkenkirurgisk fagmiljø er ikke akseptabelt.

Videre har vi et stort omfang av medikamentell behandling, og det er en forutsetning for et godt pasientforløp at vi får ivaretatt denne siden av vår kreftbehandling innen samme lokalisasjon som der vi utfører kirurgi.

Konklusjon:

Det gynekologiske fagmiljøet må være samlokalisert med et stabilt bekkenkirurgisk kreftmiljø slik man har klart å bygge opp på Radiumhospitalet over mange år. Dersom dette ikke sikres vil kvaliteten på pasientbehandlingen bli satt mange år tilbake.

Det må også presiseres at pasienter innen fagområdet gynekologisk onkologi bør tilbys et samlokalisert behandlingstilbud, innebefattende medikamentell, stråle og kirurgisk behandling, slik de har i dag.

Gynekologisk seksjon Radiumhospitalet