

Høringsuttalelse fra ledergruppen i Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjoner (KKT)

Begge rapportene er godt og balansert skrevet og bidrar til kunnskap og vil være viktige for den videre beslutningsprosess.

Lokalsykehusrapporten:

Rapporten framstiller 3 ulike modeller som vesentlig skiller seg på størrelse (befolkningsgrunnlag) og innhold (spesielt akutt kirurgi og operasjon) og eksisterende sykehus er brukt som eksempler for å illustrerer modellene.

Det legges til grunn at Lokalsykehuset er en del av Oslo universitetssykehus på linje med den sykehusstrukturen en for eksempel har i Helsinki.

Overordnet er det viktig at et nytt sykehus har en dekningsgrad på linje med andre lokal/områdesykehus i HSØ og betydelig høyere enn det Lovisenberg og Diakonhjemmet har i dag. Det er avgjørende for at lokalsykehuset skal ha det dominerende *sørge-for* ansvaret for befolkningen i sitt opptaksområde og spesielt med tanke på kontinuitet og helhet i helsetilbudet for Oslos befolkning. En høy dekningsgrad vil også understøtte en balansert finansiering av helseforetakene i området Oslo.

Størrelse på sykehuset i henhold til det foreslåtte konseptet om en delvis samling til Gaustad (2/3 av somatisk virksomhet i OUS), befolkningsøkningen og forventet økning i helsetilbudet tilsier et omfang på minimum 80 000 DRG poeng på sykehusaktiviteten som legges utenom Gaustad, dvs at lokalsykehuset bør ha en størrelse tilsvarende Vestfold (SiV Tønsberg) eller Østfold (Kalnes) som i dag er på drøye 50 000 DRG poeng

Etter vår mening tilsier begge disse argumentene (høy dekningsgrad og størrelse) at modell 2 eller 3 blir er det eneste aktuelle og begge argumentene trekker i retning av modell 3.

I modell 3 må det beskrives hvilken virksomhet som skal være innen indremedisinske fag i forhold til de regionale/landsfunksjoner og for å understøtte virksomheten ellers i sykehuset inkludert utredning og komplikasjonshåndtering. Kreftområdet er et slikt område som krever betydelig oppmøte fra flere indremedisinske spesialiteter (se senere). Omfanget av akutt kirurgien (les størrelse på opptaksområdet) må begrunnes nærmere. Dette er en helt sentral diskusjon i fordelingen av virksomhet mellom region- og lokalsykehuset der avveiningen mellom nødvendig omfang av akutt kirurgi for å understøtte traumevirksomheten må veies mot ønsket om at mest mulig av lokalsykehusoppgavene ikke legges til Regionsykehuset.

I forhold til kirurgi medfører modell 2 og 3 at akutt kirurgi for Oslo deles mellom Lokalsykehuset og Regionsykehuset. Ansvar for akutt kirurgi uten traume bæres i all vesentlighet av gastrokirurgi og ortopedi. Innholdet av gastrokirurgi må omfatte et bærekraftig faglig konsept ved at det knyttes nødvendig elektiv virksomhet inkludert kreftkirurgi til virksomheten. Det vil være tilsvarende modell for eksempel som for Østfold eller Vestfold, og det innebærer et hovedansvar for colorectal kreft. For bryst- og endokrinkirurgi er det ikke knyttet et ØHJ ansvar, og vi ser ingen sterke argumenter for at den virksomheten skal splittes mellom Lokal og Regionsykehuset. For urologisk kreft utføres i dag kirurgien i all vesentlighet robot- assistert, det gjelder særlig prostata, men også nyre- og

til dels blærekreft. Det er ikke grunn til å dele urologisk kreftkirurgi ytterligere og urologisk avdeling bør derfor være lokalisert til Regionsykehuset innad i OUS.

I forhold til onkologi er det sentralt at kirurgi og onkologi danner et multi-disiplinært team. For lokalsykehuset medfører det onkologisk kompetanse innen colo-rectal kreft i henhold til avsnittet over. Det meste av onkologisk behandling (> 80 %) er poliklinisk og standardisert gjennom nasjonale behandlingsretningslinjer og et regionalt system for forordning og administrering av medikamentell kreftbehandling. Det innebærer blant annet en felles kur-database for regionen. En onkologisk enhet i Lokalsykehuset kan derfor ta en stor del av behandlingen ved colo-rectal kreft og i videre prosess må det bør avklares ansvaret for onkologisk behandling for virksomhet som ikke er avhengig av kirurgi som lymfom og leukemier samt ansvaret for kurativ og palliativ behandling der kirurgien utføres ved Regionsykehuset. Oppsummert må det derfor bygges opp et hemato/onkologisk miljø i lokalsykehuset og som må ta ansvar på linje med det onkologien og hematologien i dag har i Østfold eller Vestfold, men med tilpasninger/løsninger der kirurgien foregår i Regionsykehuset (blant annet urologi og bryst/endokrin kirurgi).

Organisering av kreftområdet.

Kreftområdet er klinisk og forskningsmessig det største fagområdet i OUS. Rapporten gir en meget god oversikt over den samlede virksomheten i OUS som er fordelt på alle lokalisasjoner og i sju klinikker. Volummessig er det mest kreftbehandling på Radiumhospitalet men litt avhengig om hvordan man framstiller data, ca 35-40 % av totalaktiviteten i OUS.

Rapporten tar særlig for seg Radiumhospitalet. Styret har besluttet at kreftområdet ikke skal være et hovedelement i Byggetrinn 1 (dvs samling av intensiv krevende virksomhet prioriteres). Det medfører at det vil være klinisk virksomhet på Radiumhospitalet i minimum 15 år og etter all sannsynlighet lenger. Rapporten legger også fram ulike løsningsforslag for klinisk profil for virksomheten og alle tilsier en omfattende virksomhet på Radiumhospitalet; virksomhet som i dag, samling av virksomhet som i dag er delt mellom Radiumhospitalet og Ullevål, men ingen forslag om å flytte nye pasientgrupper til Radiumhospitalet, eksempelvis de som i dag får kirurgisk behandling på Ullevål eller Rikshospitalet (thoraxkirurgi, nevrokirurgi, ØNH kirurgi), eller behandling av hematologiske maligniteter eller barnekreft.

Stråleterapikapasitet

Stråleterapikapasiteten er sentral i forhold til fordeling av pasienter mellom Ullevål og Radiumhospitalet. OUS har i dag 7 moderne bunkere på Ullevål og 7 på Radiumhospitalet. I tillegg er det 4 bunkere på Radiumhospitalet som krever oppgradering og en som ikke anses som mulig/hensiktsmessig å oppgradere til dagens standard; dvs totalt 11 på Radiumhospitalet. En full utnyttelse av alle bunkere vil redusere kapasitet da det tar 3-4 mnd å installere en lineæraksellerator. Med 18 maskiner vil en med 12 års levetid få redusert behandlingsskapasitet totalt sett med ca 0.5 behandlingssmaskin. I tillegg er det i dag 2 enheter for brachyterapi på Radiumhospitalet. Det er anbefalt bygging av 2 nye stråleterapienheter i HSØ. En slik enhet vil ikke ha en balansert uttrekk av pasienter, men vesentlig kurativ behandling innenfor prostata, rectum og mamma samt palliativ strålebehandling. Med andre ord forventes en redusert andel for OUS innenfor disse tre diagnosegruppene ifm opprettelse av nye stråleterapienheter i HSØ. Samtidig vil etablering av nye senter erfaringsmessig øke etterspørselen etter stråleterapi i sykehusområdet, og med det øke det totale kapasitetsbehovet i HSØ i forhold til dagens situasjon. En etablering av et protonsentre i Oslo vil også medføre

økt kapasitet, men da innenfor andre diagnosegrupper. Disse forhold vil påvirke modellene og fordelingen mellom Ullevål og Radiumhospitalet og det er avgjørende med en god totalutnyttelse.

En prioritering av samling av annen virksomhet enn kreftområdet i Byggetrinn 1 begrenser de muligheter en har for endringer av dagens virksomhetsprofil på Radiumhospitalet. Sentralt er at det er velfungerende og gode driftskonsepter som ikke uten ulempe kan splittes. Det gjelder for eksempel bekkenvirksomheten som omfatter gynekologi, gastrokirurgi, urologi, plastikkirurgi og ortopedi. Det er for eksempel helt nødvendig at gastrokirurger er samlokalisert med gyn-onkologer i operativ behandling av avansert gynekologisk kreft da de inngår i samme operative team. Tilsvarende gjelder for sarkomvirksomheten som omfatter en rekke kirurgiske spesialiteter, onkologi, patologi og radiologi.

Et annet sentral forhold er utvikling av OUS som et ledende europeisk comprehensive cancer center (CCC). OUS har særlige fortrinn ved Kreftregisteret og Kreftforskningsinstituttet som nå begge er samlet på Radiumhospitalet, og den komplette kliniske virksomheten som samlet sett er i OUS. OUS er i en pågående akkrediteringsprosess som et Europeisk CCC, og vi ser det som nødvendig med en solid klinisk virksomhet på Radiumhospitalet, alternativt må all virksomhet inkludert forskningen flyttes fra Montebello, men det er ikke realistisk innenfor et 20 års perspektiv. Den store svakheten med Radiumhospitalet er spesielt støttefunksjonene innenfor indremedisinske spesialiteter som infeksjonsmedisin, kardiologi, lungemedisin, gastromedisin, endokrinologi med videre som i dag anses som en nødvendig del av et komplett klinisk miljø i et kreftsentrum.

I forhold til driftskonsept for Radiumhospitalet ser vi derfor to muligheter for klinisk virksomhet; som i dag med ytterligere onkologisk funksjonsfordeling med Ullevål, eller et driftskonsept som har redusert behov for støttefunksjoner fra indremedisinske fag eller anestesi. Sistnevnte modell vil si fortrinnsvis dag(kirurgi)behandling og poliklinisk behandling lik modell A i rapporten. Imidlertid ser vi ikke at det er mulig å flytte onkologiske senger og kirurgisk virksomhet før Byggetrinn 1 er fullført, og støttefunksjoner på Radiumhospitalet må derfor styrkes og det må gjøres med en sterk integrasjon med dagens indremedisinske miljøer og en viss oppskalering av overvåkingskapasiteten. En egen intensiv er det ikke hensiktsmessig å etablere på Radiumhospitalet, og OUS bør heller tilsikte en sentralisering i Byggetrinn 1 av tung intensivmedisinsk virksomhet. Den manglende mottaksfunksjonene og den relativt smale medisinske bredde tilsier at Radiumhospitalet heller ikke skal ha lokalsykehusfunksjoner der det ofte er uavklarte tilstander der en større bredde i det medisinske tilbudet er ønskelig.

I forhold til de konkrete modellene som er foreslått ser vi derfor innenfor et tidsperspektiv fram til Byggetrinn 2 at en ikke bør flytte sarkom eller bekkensenteret. Vi understreker dog at alternativ A kan være et hensiktsmessig konsept etter Byggetrinn 2, men dette forutsetter også flytting av Institutt for Kreftforskning til der tyngdepunktet for pasientbehandlingen og spesielt utprøvningsenheten vil være. Stråleterapi og medikamentell behandling innenfor lymfombehandlingen bør ikke splittes da erfaringene viser at det fører til et underforbruk av stråleterapi og dårligere behandlingsresultater, men HMAS kan flyttes til Gaustad grunnet komplikasjonsrisiko (konferer modell B4 og C4).

Indremedisin må styrkes på Radiumhospitalet gitt en løsning B4 eller C4 og med bedre integrasjon mot dagens miljøer på Ullevål eller Rikshospitalet. En særlig utfordring med disse modellene som forutsetter gastrokirurgisk tilstedeværelse på Radiumhospitalet er at ansvaret for ØHJ/traume for gastrokirurgi forblir som i dag kun hos de spesialistene som har

hovedarbeidssted på Ullevål. Dette bør utredes nærmere og en slik diskusjon må også omfatte virksomheten som i dag er på Rikshospitalet.

Konklusjon

KKT ledergruppe anbefaler modell 3 for lokalsykehuset og B4 (uten prostata) eller C4 (prostata 50 %) for Radiumhospitalet fram til realisering av Byggetrinn 2. HMAS-virksomheten kan overføres til Rikshospitalet (avdeling for blodsykdommer) senest ifm Byggetrinn 1, alternativt tidligere om annen virksomhet flytter ut av Rikshospitalet. OUS har et fortrinn også internasjonalt i forhold til bredde og kvalitet innen kreftområdet og har forutsetninger til å bli et internasjonalt ledende CCC. Ved alle framtidige modeller må laboratorieforskningen være samlokalisert med tilstrekkelig klinisk virksomhet, men der innhold og omfang må vurderes innenfor hva som er hensiktsmessig og mulig for OUS totalt og for kreftområdet spesielt.

KKT ledergruppe anbefaler at man i videre arbeid med lokalsykehus ser på modeller med et mest mulig komplett lokalsykehus etter modell av Østfold og AHUS, altså modell 3 eller «3+». Det nødvendige omfanget av akutt-virksomhet for å understøtte traumevirksomheten i regionsykehuset må utredes bedre.

Innen kreftområdet vil KKT anbefale at man i første omgang ikke gjør store endringer i dagens driftskonsept på Radiumhospitalet. Planene for brystsenter bør iverksettes og man bør også vurdere om thyreoideacancer kan lokaliseres sammen med brystsenteret for å samle fagmiljøet. Støttefunksjonene inkludert overvåkningskapasiteten må styrkes noe og integreres bedre mot miljøene ellers i OUS. Spesielt gjelder dette indremedisinske fag. HMAS-behandlingen bør flyttes til RH for å redusere risiko, dette tilsvarer modell C4. I et lengre perspektiv (byggetrinn 2) vil modell A ha et fortrinn fordi behovet for støttefunksjoner er mindre for å ivareta nødvendig pasientsikkerhet, men det krever nødvendige arealer slik at en unngår fragmentering av godt fungerende miljøer i framtidige flytteprosesser.