

Nils Eriksson

Fagdirektør, Helse Midt-Norge

UTKAST TIL REGIONAL KREFTPLAN HMN

MERKNADER FRA KIRURGENE I SKRIVEGRUPPEN

Undertegnede kirurger var med i gruppen som utarbeidet forslaget til ny regional kreftplan 2011-2020 for Helse Midt-Norge.

Vi ser imidlertid at det er en grunnleggende diskrepans mellom det forslaget som er sendt ut på vegne av skrivegruppen 17/2 2012 og det forslaget gruppen hadde til diskusjon og ble enig om på siste felles møte 3/2 2012. Denne diskrepansen er såpass alvorlig at vi, kirurgene, ikke kan stå inne for deler av hovedkonklusjonen i forslaget.

Hele kreftplanen består av 92 sider med noen generelle kapitler om bl.a. forankring, nasjonale føringer og utviklingstrekk innen kreftomsorgen, mens mesteparten går konkret på regionale pasientforløp, patologi, billeddiagnostikk, de forskjellige kreftformene og de forskjellige sykehusenes nåværende aktivitet og relevante infrastruktur, strålebehandling, kjemoterapi, forskning, utdanning, rehabilitering og samhandlingsreformen.

Vår uenighet gjelder kapittel 1. Sammendrag og oppsummering av anbefalinger. Dette kapittelet var ikke fylt ut på vårt siste møte 3/2 og ble heller ikke diskutert innholdet av, men er senere ført i pennen av gruppens prosjektleder Stein Kaasa og sekretær Torggrim Tandstad, begge onkologer ved St. Olavs Hospital. I dette kapittelet har man i realiteten trukket ensidige konklusjoner og konsekvenser som vi er uenige i (understreket). Der står bl.a.:

"Moderne kreftbehandling er multimodal og spesialisert. Dette krever etablering og formalisering av multidisiplinære team (MDT) regionalt. Hovedaktørene i et slikt team når behandlingsintensjonen er kurativ eller livsforlengende, bør være: kirurg, onkolog, billeddiagnostiker, patolog og evt. annen spesialist, for eksempel lungelege/hematolog. Det er neppe verken mulig eller ønskelig å etablere fullverdige organspesifikke MDT ved andre sykehus enn St. Olavs Hospital og Ålesund sykehus i Helse Midt-Norge."

I ovenstående vil mange naturlig forstå at det kun skal være St. Olavs Hospital og Ålesund sykehus som skal drive moderne kreftbehandling når vi snakker om helbredelse (oftest kirurgi) eller livsforlengende behandling, uansett hva slags krefttype man snakker om. En slik oppfatning var ikke rådende på orienteringsmøtet 29 /11 2011 i Stjørdal der fagfolk fra alle HF i regionen deltok. En slik oppfatning hadde heller ikke skrivegruppen i vårt siste møte 3/2. Dersom planutkastet hadde gitt uttrykk for noe slikt, hadde vi klar et alternativ til kirurgidelen av planen som vi ville ha fremmet for gruppen og bedt om tilslutning til tidligere i prosessen (medio november 2011).

Denne konklusjonen er heller ikke det de enkelte kapitlene i kreftplanen uttrykker. Mange kreftformer som krever komplisert, tverrfaglig utredning og behandling og eventuelt høyspesialisert kirurgi og hvor forekomsten ofte er lav, skal selvfølgelig tas hånd om på større kreftsentre slik det alt gjøres i dag. Det gjelder bl.a. kreft i spiserør, magesekk, bukspyttkjertel og lever som behandles ved St. Olavs Hospital.

Når det derimot gjelder vanlige, tallmessig store, kreftgrupper som brystkreft, tykktarmskreft og endetarmskreft, som i dag opereres også utenfor St. Olavs Hospital og Ålesund sykehus, gjelder dette i overveiende grad pasienter som får sin diagnose stilt via h.h.v. ultralyd og mammografi samt vevsprøve (brystkreft) og tykktarmsundersøkelser, kontraststrøntgenundersøkelser (CT/MR) og vevsprøve (tykk/endetarmskreft) og hvor vi primært har å gjøre med pasienter som krever kvalitetsmessig god kreftkirurgi først og fremst. De fleste av disse pasientene skal kun opereres, de skal ikke ha primært onkologisk behandling. Et mindretall av disse vil kreve strålebehandling og/eller kjemoterapi før ev. kirurgi og de henvises videre. Da blir det helt feil å sidestille *hele* denne pasientkategorien med førstnevnte gruppe.

Samtidig er det slik at det er absolutt mulig også for andre sykehus å *delta* i fullverdige møter i multidisiplinære team. Sykehuset i Levanger har slike møter ukentlig med deltakelse av ofte 8 spesialister i gastrokirurgi, onkologi og radiologi. Sykehus som per i dag ikke har onkolog og som opererer disse kreftformene (bl.a. Molde sjukehus), kan koble seg opp til St. Olavs Hospital eller Ålesund sykehus med videokonferanse. Slik videokonferanse forekommer i dag når det gjelder lungekreft.

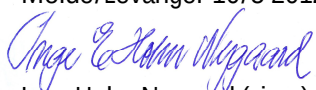
Vår holdning til dette har sin basis i nasjonale retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging for kreft i tykk og endetarm samt i Norsk Bryst Cancer Gruppe (NBCG).

Setningen om at multidisiplinære team kun kan etableres i Ålesund eller Trondheim har konsekvenser for hvordan resten av kreftplanen leses og forstås og vi stiller oss ikke bak dette utsagnet.

Avslutningsvis vil vi hevde at hovedandelen av brystkreft, tykktarms- og endetarmskreft fortsatt bør drives ved sykehusene slik som i dag, etter at det de siste årene allerede har skjedd en betydelig sentralisering av behandlingen innen regionen. Resultatene er gode ut i fra Kreftregisterets statistikk, og volumene er tilstrekkelige til å opprettholde god kirurgisk kompetanse. Tilgangen til multidisiplinære team bør alle kreftopererende sykehus ha, men i dagens teknologiske samfunn bør elektronisk kommunikasjon som videokonferanse være fullt på høyde med fysisk tilstedeværelse så lenge billediagnostikk og vevsprøver også lar seg dele elektronisk.

Vi mener også at kreftplanen har en ikke ubetydelig ubalanse ved at onkologenes betydning er vektlagt alt for mye når det gjelder behandling av pasienter med teknisk enkle, avgrensede kreftsvulster i bryst, tykk- og endetarm hvor god kirurgi er det som skal til først og fremst.

Molde/Levanger 10/5 2012



Inge Holm Nygaard (sign.)
Gastrokirurg, Molde sjukehus

Tom Harald Edna (sign.)
Gastrokirurg, Innherred sykehus

Kopi til NRK, Adresseavisa, Romsdals Budstikke, Sunnmørsposten, Tidens Krav, Levanger Avis, Trønderavisa, Namdalsavisa