

Norsk onkologisk forening

Både sentralisering og desentralisering nødvendig

– Knappe ressurser bidrar til at vi må prioritere pasienter. Strålemaskinene er en flaskehals, og vi har fortsatt underkapasitet, sier Steinar Lundgren, som heller ikke anser at innsatsstyrt finansiering er skredersydd for kreftpasientenes behandling og pleie.

– Onkologer tar seg av all medisinsk behandling og strålebehandling av kreftpasienter, og er i hovedsak tilknyttet regionssykehusene, sier Lundgren, spesialforeningens leder siden våren 2003.

– Det har vært en liten økning i tilgangen på onkologer de siste ti årene, og sykehusene har nok slitt noe med bemanningsproblemer. Det er imidlertid flere andre faggrupper som inngår i kreftbehandlingen, blant annet kirurger, røntgenleger og patologer. Mye av onkologenes virksomhet er palliativ, og de viktigste behandlingsmetodene er strålebehandling og behandling med cytostatika, opplyser han.

Stråleterapisatellitter

– Det er onkologiske avdelinger ved alle regionsykehusene. Tidligere ble alle pasienter behandlet her. Etter hvert har også flere sykehus, som Sentralsjukehuset i Rogaland, Sørlandet sykehus HF, Kristiansand, Sykehuset Innlandet HF, Gjøvik, Nordlandssykehuset HF i Bodø og Ålesund sykehus etablert slike avdelinger. Alle disse sykehusene har anskaffet utstyr for strålebehandling, og det er etablert såkalte stråleterapisatellitter. Mange pasienter starter behandlingen ved et regionsykehus, for deretter å fortsette ved et av de samarbeidende sykehusene. Inntil mars i år var det kun St. Olavs Hospital som gav strålebehandling i region Midt-Norge, nå kan denne behandlingen også skje ved Ålesund sykehus, forteller Lundgren.

– En problemstilling vi ofte møter, er at mange kreftpasienter bor for langt unna en stråleterapienhet, fortsetter han. – Geografiske forhold hindrer mange brystkreftpasienter i å beholde brystet etter en bryst-

kreftoperasjon, fordi strålebehandlingen må gis langt hjemmefra. Mens ca. halvparten av kvinnene i sentrale strøk får tilbud om brystbevarende kirurgi, er gjennomsnittet i Norge at bare en av fire beholder brystet etter en brystkreftoperasjon (1). Dette resulterer blant annet i at Norge henger etter sammenliknet med andre land, konstaterer han.

Det har vært en tendens til at man ønsker å desentralisere kreftkirurgien. Spesialforeningen har derfor vært opptatt av hva en slik organisering av behandlingen kan føre til.

– Problemstillingen gjør oss bevisste at vi hele tiden må finne balansegangen mellom volum og tilgjengelighet. Vi er bekymret for at en del spesialister vil bli borte fra de sentrale enhetene, dersom det blir etablert satellitter ved for mange sykehus. For å kompensere for manglende spesialister, er det derfor ved St. Olavs Hospital etablert en legekonsulentvirksomhet der noen av overlegene reiser ut til de øvrige sykehusene. Det er St. Olavs Hospital som har det medisinske ansvaret. Det er også etablert kreftpoliklinikker ved lokalsykehus.

Må være i front

Spesialforeningen er opptatt av å fremme onkologifagets utvikling både når det gjelder klinisk virksomhet og forskning.

– Faget vårt er veldig avhengig av at det drives god forskning, slik at vi hele tiden er i front, og slik at vi kan sikre pasientene den beste behandling. Det er derfor viktig at vi har god klinisk og basal forskning, internasjonale kontakter og at vi kan delta på konferanser, sier Steinar Lundgren.

– Det er imidlertid et dilemma at nye behandlingsformer koster mye mer enn gamle, slik at det stadig blir et spørsmål om bruk av ressurser. Vi mener det bør satses mer på ny og dyr behandling. Det er et tankekor at det er relativt lite som går til kreftbehandling rent samfunnsøkonomisk, mener spesialforeningslederen.

Under foreningens siste årsmøte var et av temaene prioritering.

– Vi har god kommunikasjon med de øvrige spesialitetene som inngår i kreft-



– Faget vårt er veldig avhengig av at det drives god forskning, slik at vi kan sikre pasientene den beste behandling, sier onkologenes leder, Steinar Lundgren. Foto privat

behandlingen, med kreftpasienter og med pårørende. Det har dessuten de senere år skjedd en dramatisk forbedring i hvordan vi skal informere pasientene, legger han til.

Dokumentasjon går foran

– Vi er stadig på jakt etter å forbedre behandlingsapparatet. Det er et litt tregt system i Norge. Vi er sist ute i Skandinavia når det gjelder å starte ny behandling. Årsaken til dette er blant annet at vi ønsker best mulig dokumentasjon før vi starter behandlingen, sier Lundgren. Han eksemplifiserer ved å vise til pågående internasjonale forsøk med intraoperativ strålebehandling ved brystbevarende operasjoner.

– En stor internasjonal studie ser nå på eventuelle bivirkninger, kosmetisk effekt og tilbakefallsprosent ved den såkalte TARGIT-teknikken (targeted intraoperativ radiotherapy). Denne går ut på å plassere en strålekilde inne i brystet like etter operasjonen, slik at et avgrenset område bestråles mens pasienten fremdeles er i narkose. Dersom det viser seg at tilbakefallsprosenten ikke er større ved denne behandlingen enn ved vanlig strålebehandling, som utgjør 25–33 behandlinger, vil det sannsynligvis ikke ta lang tid før denne teknikken også kan tas i bruk ved norske sykehus, sier Steinar Lundgren. – Dette kan dessuten halvere kostnadene til strålebehandling, og vil kunne redusere strålekøene betraktelig, avslutter han.

Lise B. Johannessen

lise.berit.johannessen@legeforeningen.no
Avdeling for informasjon og helsepolitikk

Litteratur

1. Tindholdt T, Tønseth KA, Solberg US, Mesic H, Basic V, Begic A. Brystrekonstruksjon etter mastektomi. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1629–32.

! Fakta

Norsk onkologisk forening Styret (2004–05):

Steinar Lundgren (leder), Tone Nordøy, Marianne Brydøy, Jon Reitan og Marianne Grønlie Guren

Antall medlemmer: 150