

Rapport om stråleterapikapasiteten i Helse Sør-Øst 2014.

Utfyllende kommentarer fra arbeidsgruppen i Oslo universitetssykehus.

OUS, 22/4-2015

Jan Rødal

Jan Rødal,
leder for arbeidsgruppen

Innledning

I hovedrapporten (juni 2014) gjorde arbeidsgruppen en vurdering av nye stråleterapisenter ut fra underforbruk av stråleterapi, stråleterapikompetanse ved sykehusene, forventet befolkningsutvikling og reiseavstand til dagens sentre. Helse Sør-Øst har bedt om utdypende vurderinger, og arbeidsgruppen svarer med dette ut punkt tre og fire i brevet om oppfølging av rapporten, som etterspurt. Overskriftene refererer til punktene i brevet.

I arbeidsgruppen har Andreas Stensvold og Torfinn Nilsen gått ut, og Morten Brendengen har hatt permisjon i perioden for dette svaret. Utover dette er arbeidsgruppen som nevnt i hovedrapporten.

Punkt 3. Bredde og kompetanse i behandlingstilbudet

3.1 Onkologisk* kreftbehandling

Arbeidsgruppen har innhentet informasjon om antall stillinger for overleger i onkologi og for LIS i onkologi ved sykehusene, se tabell 1. Dette er gjort telefonisk, ved henvendelse til avdelingsledere eller annet nøkkelpersonale ved de ulike sykehusene. Videre har vi gjort et kommunefordelt utplukk av stråleterapisienter i Telemark og Vestfold, og sammenholdt dette med innbyggertallet i hver kommune, se figur 1.

Tabell 1. Antall legestillinger ved onkologiske enheter i utvalgte enheter.

	Overlegestillinger onkologi		LIS onkologi		Innb. i sykehus-området [tusen]	Innb. per besatte overlegestilling [tusen]	Innb. per ansatt spesialist i onkologi [tusen]
	Besatte stillinger	Ubesatte stillinger	Besatte stillinger	Ubesatte stillinger			
Akershus u.sh.	9	0	1	0	510	57	57
VV - Drammen	4 ¹	1	1	0	455 (hele VV)	41	46
VV - Ringerike	2	0	0	0			
VV - Bærum	5	0	0	1			
Sykehuset Østfold	6 ²	2	4	0	290	48	73
Sykehuset Vestfold	5	0	5	0	240	48	48
Sykehuset Telemark	3 ¹	1	2	0	170	57	85

¹Hvorav én har annen spesialitet

²Hvorav to har annen spesialitet

Bredde og kompetanse i onkologi

Av tabell 1 går det fram at antall innbyggere i områdene per besatte overlegestilling ved de respektive onkologiske enhetene varierer fra 41 000 til 57 000. Dekningen er best i Vestre Viken, når antallet ansatte i Drammen, Bærum og Ringerike telles samlet, og svakest i Akershus og Telemark. Ved tre av enhetene er det ansatt leger med annen spesialitet enn onkologi i en viss andel av stillingene. Antallet innbyggere per ansatt onkolog varierer fra 46 000 i Vestre Viken til 85 000 i Telemark. Sykehuset Vestfold har nesten like god onkologdekning som Vestre Viken, med 48 000 innbyggere per onkolog,

* ikke-kirurgisk

og Akershus universitetssykehus kommer nærmest disse med 57 000 innbyggere per onkolog. Sykehuset Vestfold har flest leger i spesialistutdanning i onkologi (5), fulgt av Sykehuset Østfold (4).

Vurdering.

Når det gjelder sykehusområdet Vestfold og Telemark, er det arbeidsgruppens vurdering at Sykehuset Vestfold har det største og mest robuste onkologiske fagmiljøet av de to sykehusene i området. Av sykehusområdene i HSØ som ikke har eget stråleterapitilbud, har Akershus universitetssykehus det største onkologiske fagmiljøet samlet ved ett sykehus. Vestre Viken har et miljø av samme størrelse, men dette er spredt på tre ulike sykehus. Det onkologiske fagmiljøet i Vestre Viken Drammen er omtrent like stort som ved Sykehuset Vestfold, men sistnevnte har en tydeligere satsing på spesialistutdanning i onkologi, med fem besatte LIS-stillinger. Sykehuset Østfold bygger opp den onkologiske kompetansen, med fire ansatte onkologer og fire LIS-stillinger.

3.2 Kirurgisk kreftbehandling

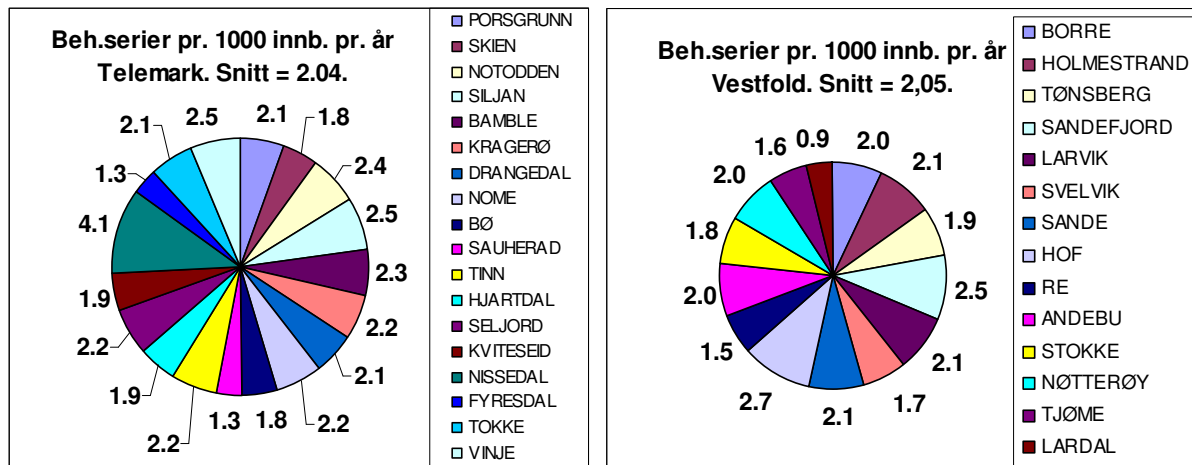
I henhold til gjeldende funksjonsfordeling i regionen stiller Vestre Viken, Sykehuset Vestfold, Sykehuset Telemark og Sykehuset Østfold ganske likt med hensyn til kirurgisk kreftbehandling. Alle utfører kirurgisk behandling av kreft i tykktarm, endetarm, bryst og nyre. Kirurgisk behandling av kreft i urinblære er sentralisert til de tre lokalitetene Akershus universitetssykehus, OUS og Sykehuset Vestfold. Sykehuset i Østfold utfører ikke kirurgisk behandling av prostatakreft. Akershus universitetssykehus har et bredere kirurgitilbud, og opererer i tillegg også kreft i magesekk og lunge

3.3 Stråleterapiforbruk i Vestfold og Telemark

Begge fylker ligger under gjennomsnittet i forbruk av stråleterapi (se tabell 1 i hovedrapporten). Vestfold har ca. seks prosent (to prosentpoeng) høyere forbruk enn Telemark over en femårsperiode, målt i behandlingsserier mot insidens. Målt i antall behandlingsserier per 1 000 innbyggere ligger disse to fylkene helt likt, se figur 1 nedenfor. Når vi ser på forbruket kommunefordelt, har Sauherad og Fyresdal lavest forbruk i forhold til innbyggertallet i Telemark, mens nabokommunen Nissedal har høyest forbruk. Det er imidlertid få behandlingsserier i disse kommunene (2-6 per år), og naturlige variasjoner kan gi store utslag på tallene. Det samme gjelder Lardal, Re og noen andre kommuner i Vestfold. Det virker derfor ikke å være noe systematisk under- eller overforbruk av stråleterapi kommunene i mellom.

I perioden 2012-2014 er 11 % av behandlingsseriene i Telemark utført i Kristiansand (SSK) (36 behandlingsserier per år), resten ved OUS (314 behandlingsserier per år). 60 % av telemarkspasientene behandlet ved SSK kommer fra Skien, Porsgrunn og Bamble. 14 % er fra Nissedal, ellers er det ganske jevnt fordelt mellom øvrige kommuner (0-3 behandlingsserier per år). Vestfold har bare seks behandlingsserier til Kristiansand årlig.

SSK har hatt god kapasitet i perioden, og kapasitet har derfor ikke vært begrensende for henvisning til Kristiansand fra Telemark og Vestfold. Som påpekt i hovedrapporten mener arbeidsgruppen at det ved siden av reiseavstand først og fremst er henvisningskulturen som forårsaker den lave stråleterapibruken i sykehusområdet. Ved etablering av behandlingssenter i et sykehusområde øker erfaringsmessig kunnskapen og bevisstheten om behandlingsformen, noe som igjen øker henvisningsraten.



Figur 1. Behandlingsserier i Telemark og Vestfold, fordelt på kommuner. Utplukket er gjort over treårsperioden 2012-2014, og presentert med gjennomsnittstall per år.

Punkt 4. Befolkningstetthet

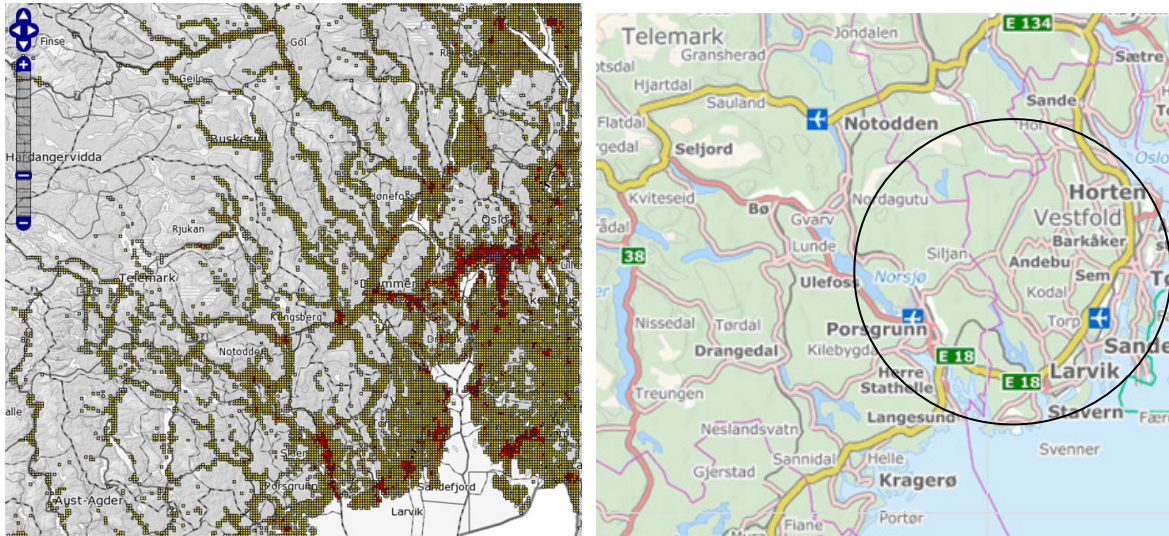
Vestfold og Telemark

Med utbygging av firefelts E-18 blir det gode forbindelser mellom de befolkningstette områdene i Vestfold og Telemark. I de mest folketette områdene bor ca. 77 % av innbyggerne innenfor en avstand på 6 mil i luftlinje, se figur 2. Dersom vi inkluderer alle kystkommunene i Telemark øker andelen til ca. 83 %. For denne delen av befolkningen mener vi at reiseavstand og -tid ikke er avgjørende for lokalisering av stråleterapisenter i Skien kontra Tønsberg. For innbyggere i de indre delene av Telemark vil veien være kortest til Skien, med opp til en times lengre reise til Tønsberg. Med tanke på reiseavstand, vil det for pasientene i de nordlige delene (Tinn, Notodden, Hjartdal, se vedlegget) være et alternativ å benytte et framtidig stråleterapisenter i Drammen. Det samme vil gjelde for de nordligste kommunene i Vestfold (Sande, Svelvik, Hof).

Et samarbeid om teknologisk kompetanse (fysiker, serviceingeniør, stråleterapeut) og onkologisk kompetanse mellom OUS og et stråleterapisenter i Vestfold og Telemark vil til en viss grad være påvirket av reiseavstand. Tønsberg vil da ligge lettest tilgjengelig, både med tanke på tog- og bilforbindelse. I akutte situasjoner vil det være mulig å bistå med personale i løpet av 1 t 20 min kjøretid. Dagpendling Oslo-Tønsberg vil også være mulig. Med bil vil reisen til Skien være ca. 30 min lengre. I tillegg har Torp lufthavn direkteruter fra København og Stockholm, og dette gir raskere forsendelse av reservedeler til Tønsberg enn til Skien, og raskere og enklere adkomst for serviceingeniør fra leverandør.

Østfold, Vestre Viken og Akershus

Reisetid fra OUS til Akershus universitetssykehus er ca. 20 minutter. Fra Oslo til Sykehuset Østfold på Kalnes er reisetiden i overkant av en time. SØ har umiddelbar nærhet til Rygge lufthavn. Kalnes er sentralt plassert i sykehusområdet med tanke på reiseavstand for innbyggerne. Reisetid fra OUS til nytt sykehuset i Drammen vil være ca. en halv time.



Figur 2. Venstre: Grafisk framstilling av befolkningstettheten i aktuelle områder (SSB-data 2010). Høyre: Ca. 77 % av innbyggerne bor innenfor en sirkel med 60 km i diameter (Vestfold unntatt Sande og Svelvik, samt Porsgrunn, Skien og Siljan i Telemark).

Konklusjon

Vurdert ut fra befolkningstetthet, kommunikasjonsmessige forhold og størrelse og robusthet i fagmiljøene, mener arbeidsgruppen at et senter i Vestfold og Telemark bør legges til Tønsberg. Vi mener videre at utbygging av stråleterapi i Vestfold og Telemark bør prioriteres tidsmessig. Innbyggertallet i Vestfold og Telemark er større enn i Østfold, og for en stor andel av innbyggerne er avstanden til OUS lengre enn i Østfold og Vestre Viken. Ut fra høringsuttalelsene virker det som at SiV kan realisere et stråleterapisenter tidligere enn øvrige sykehusområder. OUS får et økende kapasitetsproblem framover, og tidlig realisering av andre senter er viktig for behovsdekningen ved OUS, og dermed for HSØ som helhet.

Videre mener arbeidsgruppen at det så tidlig som mulig må komme et senter ved Akershus universitetssykehus. Som beskrevet i hovedrapporten, vil hovedstadsområdet oppleve stor befolkningsøkning og er avhengig av kapasitetsøkning for å kunne sikre stråleterapibehovet. Det onkologiske fagmiljøet ved Akershus universitetssykehus er klart det største blant de aktuelle sykehusene som ikke har eget stråleterapitilbud i dag.

I sine høringsuttalelser opplyser Vestre Viken og Sykehuset Østfold at de har innledet planarbeid med tanke på stråleterapiutbygging. Av disse har Vestre Viken det største pasientgrunnet og de største geografiske avstandene. Gitt at utbygging i Vestfold og ved Akershus universitetssykehus kommer først, vil tidsplanene for Vestre Viken og Østfold kunne vurderes senere.

Vedlegg

