

onko

Nytt

Medlemsblad for Norsk Onkologisk Forening

Nr. 1 JUNI 2006 ● Årgang 4



Kjære kollega	3
Norsk Stråleterapimøte i Ålesund	4
Medisinskhistoriske glimt	6
Nasjonal strategi for kreftområdet 2006-2009	9
Nytt fra NFPM	10
Referat NOFs årsmøte	11
Utdanning av onkologer – en flaskehals	12
Regionale kreftplaner	13
Bilder fra Norsk Stråleterapimøte	17
Samordning av kreftomsorg Helse Øst og Helse Sør	18
Konferansen "LONG-TERM CANCER SURVIVORSHIP"	19
Kvist	20
Nytt fra avdelingene	22
Ullevål Universitetssykehus	22
Haukeland Universitetssykehus	22
Kristiansand	23
Doktorgradsavhandling	24
Nye godkjente spesialister i onkologi	24
Nytt fra styret i NOF	25

ONKOLOGISK FORUM 2006



Velkommen til Trondheim 23. – 24. november



Medlemsblad for Norsk Onkologisk Forening

Redaktør:

Marianne Brydøy
Haukeland Universitetssykehus
Tlf.: 55 97 35 96 / 55 97 20 10
Fax: 55 97 20 46
E-post: marianne.brydoy@helse-bergen.no

Redaksjonsmedlemmer:

Dag Clement Johannessen
Haukeland Universitetssykehus/KVIST gruppen
Tlf.: 55 97 20 10 / 67 16 26 19
Fax: 55 97 20 46
E-post: dag.johannessen@helse-bergen.no
dag.clement.johannessen@nrpa.no

Marianne Grønlie Guren
Ullevål Universitetssykehus
Tlf.: 22 11 93 10 / 22 11 94 35
E-post: marianne.guren@ullevaal.no

Gunilla Frykholm
St. Olavs Hospital/KVIST gruppen
Tlf.: 73 86 80 00
E-post: gunilla.frykholm@stolav.no
gunilla.frykholm@nrpa.no

Innlegg kan sendes til: marianne.brydoy@helse-bergen.no

Innlegg bes sendt elektronisk i word format til Marianne Brydøy
Annonseplass kan bestilles hos Marianne Brydøy
Lay-out og trykk: Tapir Uttrykk, Trondheim
Forsidefoto: Dag Clement Johannessen: «Bauta»



Styret i Norsk Onkologisk Forening

Eva Hofslis (leder)	Helse Midt-Norge eva.hofslis@medisin.ntnu.no/eva.hofslis@stolav.no
Kirsten Marienhagen	Helse Nord kirsten.marienhagen@unn.no
Terje Nordberg	Helse Vest terje.nordberg@helse-bergen.no
Marianne Grønlie Guren	Helse Øst marianne.guren@ullevaal.no
Torbjørn Iversen	Helse Sør torbjorn.iversen@radiumhospitalet.no

Spesialitetskomitéen i Onkologi

Jon Brinchmann Reitan (leder)	Ullevål universitetssykehus
Øystein Fluge	Haukeland universitetssykehus
Liv Ellen Giske	Ålesund sjukehus
Kari Margrethe Larsen	Universitetssykehuset Nord-Norge
Christoph Rainer Müller	Sørlandet sykehus



I skrivende stund skuer jeg ut mot en vakker rød sommernatt-himmel, og det er bare noen timer til flyet går mot Atlanta og ASCO. Punktum er satt for min del av tildelte tema for denne gang, og i mangel av journalistisk preg trøster jeg meg med at vi i Onkonytts spede start var inneforstått med at listen ikke måtte legges så høyt at bladet (og den kontakten det skulle gi oss) ikke ble noe av...

Redaksjonen har lenge hatt planer om å skrive litt om de regionale kreftplanene, og denne gang står undertegnede for en liten oversikt over de planeene vi har sporet opp fra hver region. Planene er av ulik dato, og mye er etterhvert implementert. Dessverre har vi ikke i særlig grad hatt mulighet til å følge opp hvilke tiltak som er iverksatt og hva som gjenstår, men vi regner likevel med at en slik liten innføring kan være interessant for en del av dere. Vi har også tatt med noen generelle punkter fra innstillingen til «Samordning av kreftomsorgen i Helse Øst og Helse Sør» som er på høring i disse dager, men avventer detaljer til det er vedtatt.

Ved Norsk Stråleterapimøte i Ålesund i mars deltok 30 onkologer. Volumdefinisjoner og voluminntegninger sto sentralt, og «workshops» med sammenlikning av forslag til voluminntegning fra de ulike avdelinger ble av mange oppfattet som nyttig og inspirerende. NOFs årsmøte ble arrangert i tilknytning til Stråleterapimøtet med 19 medlemmer tilstede. En del av oss har visst fortsatt ikke betalt kontingent for fjoråret, en dyr erfaring for NOF som dekker medlemmenes abonnement på Acta Oncologica. Trenger du å sjekke at du har betalt?

Det er bare et par uker siden (15. mai) Sylvia Brustad la frem den nasjonale strategien for kreftområdet 2006-2009. Strategien inneholder nasjonale målsettinger (styringssignaler), med tilhørende planlagte og igangsatte tiltak, samt tiltak det arbeides med. Stein Kaasa er ansatt som strategidirektør og skal koordinere oppfølgingen av kreftstrategien («ord til

handling»). Vi ønsker han lykke til! De nasjonale handlingsprogrammene er sentrale, og vi vil ta opp den tråden i senere nummer.

En lei sak som har fanget vår oppmerksomhet i vår er den såkalte «Sudbø-saken». Rapporten fra granskningskomiteen vil først foreligge 30. juni, og vi vil derfor komme tilbake til denne saken og hvilke lærdommer man eventuelt kan trekke i neste nummer.

I en allerede travel arbeidshverdag frykter mange av oss hvordan hverdagen vår vil arte seg bare noen få år frem i tid som følge av økt kreft-insidens og –prevalens, arbeidskrevende behandlingsmetoder og pensjonering av erfarne onkologer som i dag har høy arbeidskapasitet. Både NOF og avdelingslederne våre jobber med dette, og Stein Kvaløy sier i sitt innlegg at det vil bli lagt en plan for å orientere myndighetene om alvoret i situasjonen.

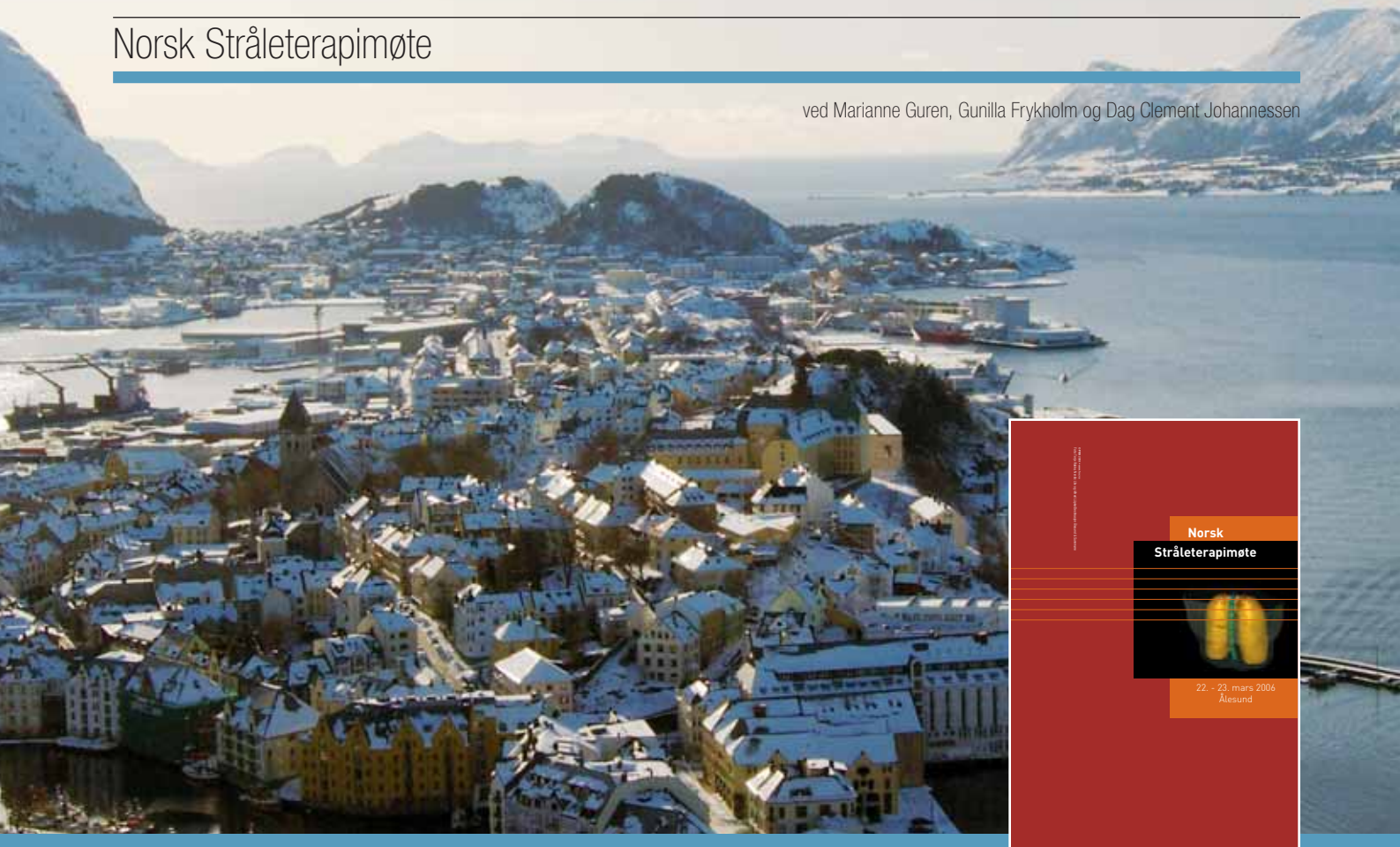
Tomas Jansson fortsetter sin serie med medisinskhistoriske glimt, denne gang med brystkreftbehandlingens historie. Ellers har styret i NOF, KVIKT og Norsk Forening for Palliativ Medisin (NFPM) sine faste spalter. Vi får også en oppdatering fra avdelinger i øst, vest og sør. Tusen takk til alle som har bidratt til dette nummeret!

Vi har ellers fått en liten ansiktsløftning siden sist, med ny lay-out! Takken går til Jon Atle Dahle i Tapir Uttrykk som på eksemplarisk vis har hjulpet oss i 4 år!

Høstens treffpunkt er de to store konferansene som arrangeres i Norge, Onkologisk Forum i Trondheim i november og Acta Oncologica symposiet om langtidseffekter i Oslo i månedsskiftet august/september. Vel møtt!

Riktig god sommer!





Norsk Stråleterapimøte 2006 ble holdt i Ålesund 22. og 23. mars, direkte etter MedFys-dagene. Det var i år 100 deltagere, av dem 30 onkologer. Dette er det høyeste antallet leger som har vært påmeldt i de årene møtet har vært avholdt, og gjenspeiler antagelig at programmet var aktuelt for onkologer. Norsk Stråleterapimøte skal være en arena for diskusjon mellom de ulike yrkesgrupper i vårt flerfaglige miljø, slik at man gjennom felles faglig forståelse og kunnskap om de ulike yrkesgruppers faglige tilnærming til stråleterapi, vil sikre og utvikle kvaliteten på strålebehandling. Årets møte omhandlet i hovedsak volumdefinisjoner og voluminntegninger i stråleterapi.

Ålesund viste seg fra en vakker, vinterlig side, med mye snø. Gunilla Frykholm ønsket velkommen til møtet.

Den første sesjonen/delen av møtet handlet om volumdefinisjoner ved nye behandlingsteknikker.

Vincent Gregoire fra Brussel, Belgia, som er president-elect i ESTRO, holdt en glimrende forelesning om "New ICRU recommendations for dose prescription, reporting and recording in 3D-conformal radiotherapy and IMRT". Han leder en gruppe som skal utarbeide en ny ICRU anbefaling for inntegning av volumer og rapportering av doser for konformal- og IMRT teknikker.

Han snakket om de forskjellige volumer som benyttes, hva de inneholder og hva som skiller dem fra hverandre. Etter hvert som vi beveger oss videre fra konform stråleterapi til IMRT blir det stadig viktigere å benytte riktige begreper. Vi er godt kjent med begreper GTV og CTV. Disse danner basis for å konstruere ITV og PTV, som er viktige for korrekt doseplanlegging. I Norge benyttes ITV som volum for å forskrive dose, mens man i Europa mer har tradisjon for å benytte PTV som et verktøy for å sikre adekvat dose til CTV. Han understrekte betydningen av klinikerens oppgave

med å definere GTV og CTV da det er anatomiske/kliniske begreper.

Odd Monge snakket om IMRT ved hode/hals kreft og nye teknikker til hjelp ved målvolumdefinisjon, f.eks fusjon MR-CT og PET-CT og ev MR-spektroskopi. Han snakket om prosessen som førte frem til at denne behandlingsmodaliteten kunne tas i bruk ved HUS.

John Staffurth fra Cardiff snakket om IMRT ved strålebehandling av primærtumores og lymfeknuter i bekkenet, spesielt prostatacancer. Tidlige studier tyder på mindre toksisitet ved bruk av IMRT. Med optimale/høyere doser bør resultatet også bli økt lokal kontroll.

Det er viktig å bruke den anatomiske terminologien og definere de aktuelle lymfeknutene ved de respektive diagnoser ved inntegning av målvolumer. Eventuelle ulemper med IMRT og en optimal målvolumdefinisjon er risikoen for geografisk miss ved intern bevegelse.

Deretter snakket **Ludvig Muren** om bruk av marginer for evaluering og optimalisering av stråleterapi. "Planning organ at risk volume" (PRV) er et verktøy for å sikre at organet spares. En skiller ofte mellom serielle (f.eks medulla spinalis)

og parallelle organer (f.eks parotis). Serielle organer bør gis en margin og prioriteringer må iblant gjøres mellom PTV og PRV.

Satelittmodellen og samarbeid i helseregionene ble diskutert med erfaringer fra Kristiansand, Ålesund og Stavanger. Det var diskusjon mellom auditoriet og panelet som besto av Svein Mjåland, Olbjørn Klepp og Reino Heikkilä. I hovedsak var inntrykket positivt og satelittmodellen er velfungerende.

Etter det faglige programmet var det årsmøte i Norsk onkologisk forening. Referat fra dette presenteres separat i Onkonytt. Deretter var det middag på Teaterfabrikken med underholdende kelnere.

Torsdagen var viet handlingsprogrammer i stråleterapi. KVIST arbeider med å utarbeide en felles mal for handlingsprogrammer.

Gunilla Frykholm innledet med å fortelle om arbeidet med å utvikle en mal for å lage handlingsprogrammer i stråleterapi, denne er sendt ut på høring i fagmiljøene.

Deretter var det "workshops", først for ca. recti og deretter for ca. pulm. Alle stråleterapisentre hadde på forhånd fått tilsendt "cases", med klinisk problemstilling, aktuelle CT/MR bilder og beskrivelse, CT til doseplanlegging, samt retningslinjer for inntegning. Sentrene hadde tegnet GTV, CTV og ITV og sendt det tilbake. Det var laget sammenstillinger, der en snitt for snitt kunne sammenligne inntegningene av volumer fra de forskjellige klinikker.

Gunilla Frykholm ledet workshopen for ca. recti. En arbeidsgruppe med utgangspunkt i NGICG og KVIST har utarbeidet et handlingsprogram for inntegning av målvolument ved ca. recti, og dette ble gjennomgått. Deretter presenterte Eva Hoff Wanderås fra DNR anatomien i bekkenet og Trond Strickert holdt et innlegg om marginer i bekkenet. Jo Åsmund Lund og Eva Hoff Wanderås presenterte så hver sin inntegning av de utsendte casene og inntegningene ble diskutert med auditoriet og panelet som besto av Gunilla Frykholm, Lise Balteskard, Eva Hoff Wanderås, Marianne Guren, Trond Strickert og Ingrid Klebo Espe. Til tross for at det var utarbeidet et handlingsprogram var det ulik oppfatning om hvordan dette skulle tolkes.

Kjersti Hornslien ledet workshopen for ca. pulm og innledet med en presentasjon av arbeidet med å utvikle et handlingsprogram for strålebehandling ved lungecancer.

Gruppen ble nedsatt høsten 2005 og forventer å være ferdig sent i 2006.

Nina Helbekkmo holdt et innlegg om anatomi og spredningsveier i thorax og Jomar Frengen snakket om beregningsalgoritmer. Det var HAST-protokollens målvolumsdefinisjon som ble brukt som arbeidsredskap for inntegning av GTV og CTV ved denne workshopen. Inntegning av målvolumentene fra Tromsø, Kristiansand og Bergen ble gjennomgått i detalj av leger fra de respektive sentra, i tillegg til at man gjennomgikk alle forslagene til målvolument samlet. Det var diskusjon med panelet som besto av Kjersti Hornslien og Bjørn Henning Grønnberg, leder av HAST studien, og salen. Det viste seg at inntegningsinstruksene var blitt relativt ulikt fortolket, og at det var variasjon i de inntegnede volumer. Definisjonene for inntegning i HAST studien er på bakgrunn av diskusjonen i ettertid revidert og sendt ut som amendement til protokollen.

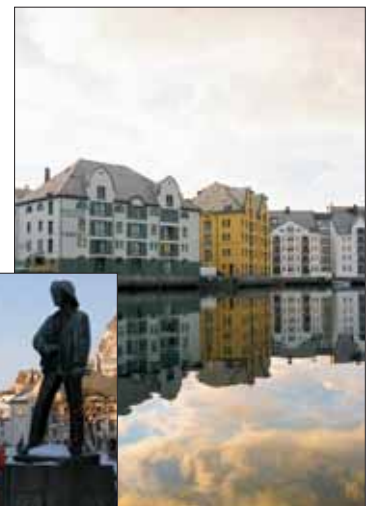
Teknisk var det betydelige problemer på forhånd for å sammenstille de forskjellige doseplanene og beskrive variasjonen i de enkeltes inntegning. Workshopen fungerte som en nyttig test på fremtidig elektronisk samarbeide de enkelte stråleterapisentra imellom.

Det var engasjert diskusjon under begge workshopen. Vi følte at denne møteformen var nyttig og inspirerende, og en kunne godt tenke seg dette også ved senere møter.

Møtet ble avsluttet ved Dag Clement Johannessen. Neste års stråleterapimøte vil bli avholdt i Bergen.



Kelnerne underholdt ved Teaterfabrikken





Noe om BRYSTKREFTBEHANDLINGENS HISTORIE

Brystkreft har plaget menneskene siden begynnelsen av den i dokumenter beskrevne historien, sannsynligvis lenger. I dag er brystkreft en hyppig sykdom, ja, i mange vestlige land den vanligste maligne sykdommen hos kvinner.

Brystkreft er omtalt allerede i det eldste dokumentet om menneskets sykdommer, Papyros Ebers, fra ca 1500 f. Kr (Papyros Ebers 1890). Nesten alle beskrivelser av tumores fra antikken bruker brystkreft som eksempel (Wolff 1907 – 1911).

Hippokrates (400 f. Kr) forteller om brystkreft: "A woman of Abdera had a carcinoma of the breast and there was a bloody discharge from the nipple. When the discharge was brought to a stand-still she died".

Hippokrates var motstandere av å bruke kirurgi som behandlingsmåte ved kreft som hadde ulcerert (Hippokrates 1909).

Den romerske medisinforfatteren Aulus Cornelius Celsus gir oss den første kliniske beskrivelsen av brystkreft. Han gir råd om hvordan brystkreft skal opereres. Mastektomi uten fjerning av pectoralismuskulaturen ble foretatt allerede under romersk tid. Celsus skjønte at hevelse i armhulen var et tegn på avansert sykdom (Celsus 1906).

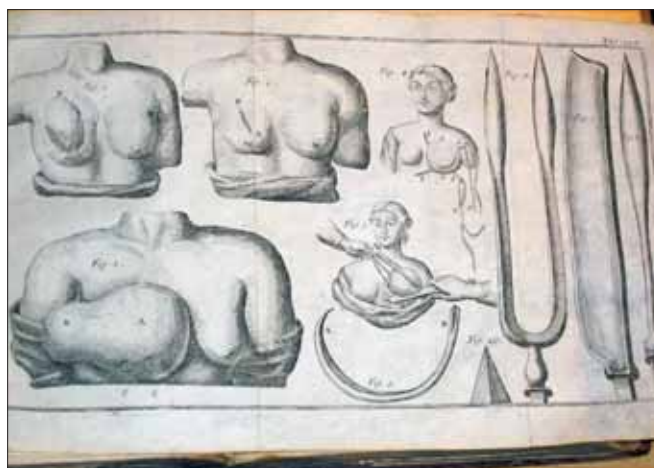
Leonides fra Alexandria, en kjent kirurg virksom i Roma rundt 180 f. Kr under keiser Marcus Aurelius, opererte brystsvulster på en moderne måte, han fjernet kun svulsten med frie marginer. Leonides beskrev også retraksjon av brystvorten som et klinisk tegn på brystkreft. I middelalderen ble dette dessverre glemt (Wolff 1907 – 1911).

Brystamputasjon ble praktisert av Ambroise Paré (1510 – 1590), Fabricius Hildanus (1530 – 1634) og andre kirurger på 1600-talet. Hildanus var den første som samtidig med mastektomien fjernet lymfeknuter fra axillen. Denne operasjonsteknikken, den s.k. amasoneoperasjonen, ble imidlertid beskrevet av den spanske kirurgen Francisco Arceo allerede 1574 (Arceo 1574).

Lorenz Heister (1683 – 1758) var Tysklands mest velrenommerede kirurg på 1700-talet, fremfor alt pga sin meget utbredte, illustrerte håndbok, som ble oversatt til latin og flere nasjonalspråk. Heister var seg bevisst vanskelighetene ved å kurere brystkreft med kirurgi, dersom lymfeknutene i axillen

var forstørret. Han skrev bl.a. om operasjoner av brystsvulster: "Ehe man aber diese wichtige Operation vornimmt, soll man vorher untersuchen, ob auch die Drüsen unter der Achsel verhärtet, oder der Krebs in der Brust gar schon mit diesen Drüsen anhängt: als in welchem Falle ordentlich wenig mit der Operation auszurichten" (Heister 1752). Denne kloke og viktige kliniske observasjonen blir dessverre selv i dag oversatt av kirurger og andre klinikere! Heister beskriver en type lumpektomi når svulsten ikke ennå hadde dannet sår, var «liten eller ikke stor», bevegelig og ikke hadde utbredelse til hele brystet. For å fjerne store svulster, uten palpable lymfekjertler i axillen, anbefalte Heister å amputere hele brystet gjennom å heve brystet, enten ved å sy snører gjennom svulsten eller ved å bruke venstre hånd eller, når tumoren er mindre, heve brystet med en kirurgisk hake og deretter kutte oppad med en skarp kniv.

Størrelsen på brystkreftoperasjonene varierte svært på



Mastektomi ad modum Heister.

1700-talet fra enkle lumpektomier, som ble praktisert av William Chelseden (1688 – 1752) i London og av Rene-Jacques Croissant de Garengot (1689 – 1759) i Paris, til mastektomier med fjerning av pectoralisfascien og lymfeknutene i axillen, for eksempel brukt av Jean-Louis Petit (1674 – 1750). Bernhard Peyrilhe anbefalte fjerning av musculus pectoralis major (Peyrilhe 1774). Hundre år senere ble dette inngrepet kjent som Halsted's operasjon (Halsted 1894).

Den første kasuistikken vedrørende brystkreft i Sverige

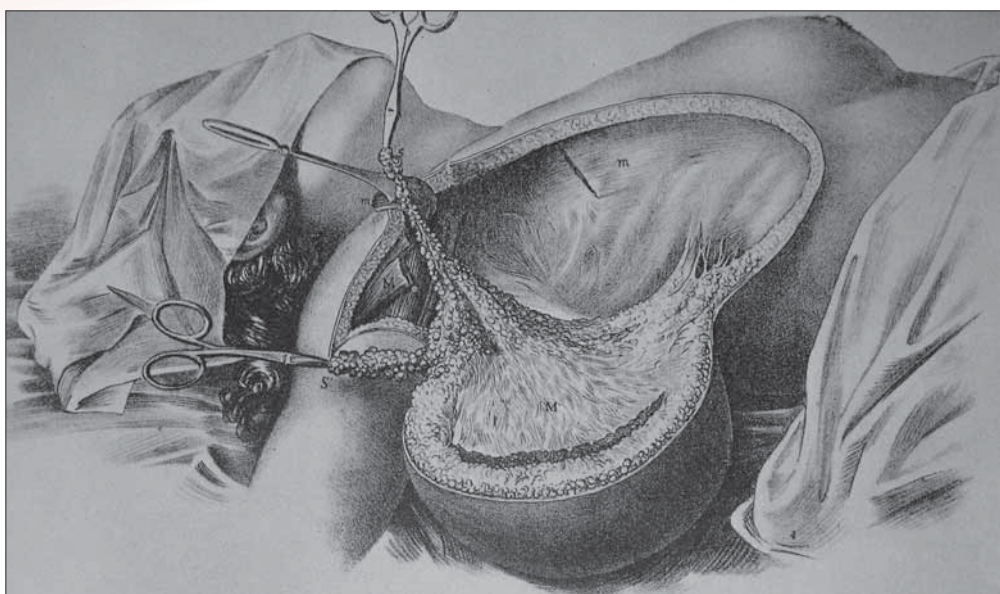
finner man i "Chirurgiska Haendelser" rapportert av sjefskirurgen ved Serafimerlazarettet i Stockholm, Olof Acrel (1717 – 1806) (Acrel 1759). Boken ble publisert to ganger (1759 og 1775) og i andre utgaven er referatet om brystkreft utvidet med beskrivelser om lokalt avansert brystkreft. Fra disse rapportene virker det sannsynlig at lokal fjerning av brystsvulster var gullstandard ved Acrel sitt sykehus.

Først på slutten av 1800-tallet kommer de først vitenskapelige rapportene om brystkreftkirurgi og generell terapi (Halsted 1894, Meyer 1894, Beatson 1896).

William Steward Halsted (1852 - 1922), nordamerikansk kirurg, foretok den første «moderne» mastektomien med fjerning av musculus pectoralis major i 1882. Halsted rapporterte om sin metode og sine resultater i 1894. Halsted var meget bekymret over at forgjengerne hadde vist så høye prosenttall av lokale tilbakefall (60 – 82 %) og en treårsoverlevelse på kun 9 til 39 %. Halsted ville operere så radikalt som mulig og skrev: "The pectoralis major muscle, entire or all except its clavicular portion, should be excised in every case of cancer of the breast, because the operator is enabled thereby to remove in one piece all of the suspected tissues. The suspected tissues should be removed in one piece (1), lest the wound become infected by the division of tissues invaded by the disease, or of lymphatic vessels containing cancer cells, and (2) because shreds or pieces of cancerous tissue might readily be overlooked in a piecemeal extirpation". Frekvensen av lokale tilbakefall med denne teknikken var 6 % (median follow up 15 måneder), hvilket vel i dag ansees å være altfor kort tid, og treårsoverlevelsen var 38 til 42 % for de 50 første pasientene (Halsted 1894). Halsteds operasjonsmetode ble brukt i hele verden som gullstandard for pasienter med operabel brystkreft langt inn i siste halvparten av 1900-tallet.

Bare ti dager etter publiseringen av Halsteds rapport beskrev Willy Meyer (1854 – 1932), tysk kirurg virksom ved New York Graduate School of Medicine, en lignende teknikk med fjerning av begge pectoralismuskulene (Meyer 1894).

Albert Schinzinger (1827 – 1911) spekulerte allerede i 1889 på om man måtte fjerne ovariene på menstruerende kvinner før man fjernet brystet for å skrumpe brystkreftsvulsten (Schinzinger 1889). Imidlertid gjennomførte ingen dette eksperimentet.



Mastektomi ad modum Halsted.

Kirurgen George Thomas Beatson (1814 – 1933) publiserte 1896 den første rapporten om tre kvinner med avansert brystkreft som ble behandlet med oophorektomi (Beatson 1896). Kirurgisk oophorektomi ble deretter brukt i mange år for å behandle premenopausale kvinner med avansert brystkreft. Radiologisk kastrering ble introdusert i 1922 av DeCourmelles. Kirurgisk bilateral adrenaletomi og kirurgisk hypofysectomi ble også brukt med responsrater på 32 % respektive 36 % (Goldhirsch et al 1996).

Strålebehandling av lokalavansert brystkreft ble tatt i bruk allerede i radiologiens barndom. Dr Hermann Gocht (1869 – 1938), virksom i Hamburg, rapporterte om de første pasientene som ble behandlet i oktober og november 1896. Beskrivelsen av det tekniske utstyret gir oss et bilde av utviklingen deretter: "Die Röhren, die wir zu diesen therapeutischen Massnahmen verwenden, haben ein mittelstarkes Licht; wir nehmen im allgemeinen der Billigkeit wegen die Röhren, die uns für photographische Aufnahmen nicht mehr recht genügen. Wir verwenden ziemlich hochgespannte Ströme, jedenfalls nicht unter 50 Volt. Die Sitzung wird meist bei ziemlich düsterer Beleuchtung begonnen, nur aus dem Grunde, um sich zu vergewissern, dass die Röhre ein gutes Licht gibt". Dette ble



Dr. Hermann Gocht.

publisert i det første nummer av den vitenskaplige journalen for medisinsk bruk av røntgenstråler (Gocht 1897 – 1898). Ikke-operable tumores (Steinthal 1905) ble ofte strålebehandlet i de første decenniene på 1900-tallet (Wintz 1924).

Radikal mastektomi og postoperativ strålebehandling ble gullstandard. Kontrollerte, randomiserte studier ble ikke iverksatt før 1949 da den så kalte Manchester-studien startet (Patterson et al 1959). Mange randomiserte studier med hensikt å analysere verdien av strålebehandling etter forskjellige typer av kirurgi for brystkreft har deretter blitt gjennomført (EBCTCG 1995).

Bonnadonna et al (1976) begynte med adjuvant cytostatisk behandling av brystkreft, hvilket var kick off for en ny, moderne, mer biologisk tenkemåte å tidlig behandle mikroskopisk, ikke klinisk detekterbar malign sykdom. Vi må heller ikke glemme de skandinaviske pionerene, som tidlig var inne på samme spor (Nissen-Meyer et al 1978). Deres innsats og nytenkning kan neppe overvurderes sett i et historisk perspektiv!



Kilder:

Papyrus Ebers. Das älteste Buch über Heilkunde. Aus dem Aegyptischen zum erstenmal vollständig übersetzt von H. Joachim. Berlin, 1890

Wolff, Jacob. Die Lehre von der Krebskrankheit von den ältesten Zeiten bis zur Gegenwart. Verl. Gustav Fischer, Jena, I (1907), II (1911)

Hippokrates (Löwegren MK, overs.) De hippokratiska skrifterna i svensk översättning. Lund, 1909

Celsus, Aulus Cornelius. Åtta böcker om läkekonsten. Öfversättning jämte noter och upplysande bilagor af M. V. Odenius. Lund, 1906

Arceo, F. De recta curandorum vulnerum ratione, II, 3. Antverpiæ, 1574

Heister, L. Chirurgie, in welcher alles was zur Wund-Arzney gehöret, (...) deutlich vorgestellt werden. Nürnberg 1752, sid. 665-672

Peyrilhe, B. Dissertatio academica de cancro. Parisiis (De Hansy Jeune), 1774

Halsted, W. The results of operation for the cure of cancer of the breast performed at The Johns Hopkins Hospital from June 1889 to January 1894. Johns Hopkins Hosp Rep 1894; 4:297-350

Acrel, O. Chirurgiske haendelser, anmaerkte uti Kongl. Laazarettet, samlade och genom utdrag af dagboken til trycket befordrade på

hoegloflige kongl. Lazaretsdirectionens befallning. Stockholm (Lor. Ludv. Grefing), 1759

Meyer, W. An improved method of the radical operation for carcinoma of the breast. Medical Record 1894; 46: 746-749

Beatson, G T. On the treatment of inoperable cases of carcinoma of the mamma: suggestions for a new method of treatment, with illustrative cases. Lancet 1896; ii 104-107, 162-165

Schinzinger, A. Über carcinoma mammæ. Centralblatt Chirurgica 1889; 16:55-56 (Abstract)

Goldhirsch A, Gelber R. Endocrine therapies of breast cancer. Sem Oncol 1996; 23:494-505

Gocht, H. Therapeutische Verwendung der Röntgenstrahlen. Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen, I: 14-22, 1897-1898

Steinthal, C. Zur Dauerheilung des Brustkrebses. Beitr z klin Chir 1905; 47:226

Wintz, H. Die Röntgenbehandlung des Mammakarzinoms. Verl. Georg Thieme, Leipzig, 1924

Patterson, R, Russell M. Clinical trials in malignant disease. Part III – Breast cancer: evaluation of postoperative radiotherapy. J Faculty Radiol 1959; 10:75-181

Early Breast Cancer Trialist's Collaborative Group. Effects of radiotherapy and surgery in early breast cancer: an overview of the randomized trials. N Engl J Med 1995; 333:1444-1455

Nissen-Meyer R, Kjellgren K, Malmio K, Mansson B, Norin T. Surgical adjuvant chemotherapy: results with one short course with cyclophosphamide after mastectomy for breast cancer. Cancer 1978; 41:2088-2098

Å lese mer:

de Moulin, Daniel. A short history of breast cancer. Kluwer Academic Publ, Dordrecht, 1989

Yalom, Marilyn. Kvinnebryst. En kulturhistorie. Pax Forlag AS, Oslo 1999



Skriv til redaksjonen!

Helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad la den 15. mai frem «kreftstrategien» hvis hovedformål er «å møte kreftutfordringen på en offensiv og helhetlig måte gjennom å legge til rette for bedre kvalitet og kompetanse, tilstrekkelig kapasitet og likeverdig tilgjengelighet, hensiktsmessig organisering og bedre samhandling i og mellom alle ledd på kreftområdet». Dokumentet finnes på:

www.odin.dep.no/filarkiv/280842/kreftstrategi_2006-2009_2.6.doc

Strategien inneholder nasjonale målsettinger/styringssignaler, planlagte/igangsatte tiltak og tiltak som skal vurderes. Stein Kaasa er ansatt som strategidirektør i Sosial- og helsedirektoratet for koordineringen av oppfølgingen av kreftstrategien (koordinere oppgavene og påse at målene følges opp gjennom konkrete tiltak i helsetjenestene). Arbeidet med nasjonale handlingsprogram for de ulike kreftdiagnoser er sentralt. Dette prosjektet er som kjent i gang, og ledes av Sosial- og helsedirektoratet, i samarbeid med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og fagmiljøene.

Andre viktige tiltak som Helse og Omsorgsdepartementet trekker frem i en pressemelding:

- Rehabilitering og smertelindring skal desentraliseres slik at tilbudene kan ytes nærmere pasientene. Det opprettes flere «smerteteam».
- Det skal bli enklere for kreftleger å ta i bruk nye, dyre metoder og legemidler med dokumentert effekt.
- Pasienter og pårørende skal få tilbud om opplæring og veiledning.
- Det skal utarbeides nøytral og korrekt informasjon om alternativ behandling.
- Samhandlingen med frivillig sektor, som for eksempel Kreftforeningen, skal styrkes.
- Utredningen av kreft skal gå raskere og smidigere, og fastlegene skal kurses for å se faresignalene på et tidligere stadium.
- Det lages en ny nasjonal kostholdsplan med fokus på kreft.
- Forskningsinnsatsen skal skje nærmere pasienten – både i sykehusene og i allmenntilleggen.

Utdrag av hva som sies om personell – kapasitet og kompetanse:

Målsettinger/styringssignaler:

Utvikling av gjeldende systemer for dimensjonering av, og innhold i, grunnutdanning, turnustjeneste, videreutdanning og etterutdanning skal bidra til å sikre tilstrekkelig kapasitet og adekvat kompetanse hos helsepersonell på alle nivåer i kreftomsorgen

Planlagte/igangsatte tiltak:

- Det er i 2006 stilt krav til RHFene om på generelt grunnlag å sørge for et kvantitativt riktig og kvalitativt godt tilbud i utdanning og kompetanseutvikling for helsepersonell. . . Mer spesifikt er det stilt krav om å opprettholde og etablere et riktig antall utdanningsstillinger for leger under spesialisering. Situasjonen for kreftrelaterte spesialiteter (onkologi, radiologi, patologi) skal vurderes særskilt.
- Det er i 2006 stilt krav til RHFene om å planlegge videreutdanning av personellet for å møte nåværende og fremtidige utfordringer

Nasjonal strategi for kreftområdet 2006 – 2009 ble lagt frem av helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad den 15. mai.

Tiltak som det arbeides med:

Gjennomgang av bemannings-, rekrutterings-, og/eller kompetansesituasjonen for flere relevante personellgrupper. . .



KONFERANSE OM FORSKNING OG UTDANNING I PALLIASJON, Trondhjem 16. – 17. februar 2006

I februar deltok ca 70 personer fra hele landet på en to-dagers konferanse om forskning og utdanning i palliasjon som ble arrangert av Kompetansesenteret i lindrende behandling Midt-Norge i samarbeid med de andre regionale kompetansesentrene. Hensikten med konferansen var å fokusere på palliativ forskning generelt samt på utdanning av ulike yrkesgrupper innen fagfeltet palliativ medisin. Temaene ble belyst både i plenumsforedrag og på parallellsesjoner.

Et av temaene som ble diskutert, var utarbeidelse av et minste felles datasett for registrering av palliative pasienter i Norge. En tenker seg at et slikt datasett skal kunne benyttes på enheter som behandler palliative pasienter, enten de tas hånd om på sykehus eller i primærhelsetjenesten. Datasettet kan også danne utgangspunkt for kliniske studier. Omfanget av de data som skal registreres, ble diskutert. Det er aktuelt å registrere opplysninger om sosiodemografiske forhold, sykdoms- og behandlingsrelaterte data, symptomprofil og oppfølging. Et revidert utkast til datasett vil bli sendt ut til medlemmene i NFPM før sommeren.

På konferansen ble også foreløbige resultater fra en spørreundersøkelse som evaluerer kunnskap i lindrende behandling blant siste års medisiner-studenter på landets medisinske fakulteter presentert. I tillegg har det vært gjort en kartlegging av hvilken undervisning studentene får i palliasjon på de enkelte lærestedene. Kunnskapsnivået i palliasjon generelt må dessverre sies å være lavt, og undervisningen varierer mye mellom de enkelte fakulteter. Resultatene vil bli bearbeidet videre med tanke på publisering i et fagtidsskrift. På konferansen ble forslag til et felles nasjonalt curriculum i palliativ medisin i medisiner-studiet presentert. Ut fra momenter som kom opp under diskusjonen, vil det bli arbeidet videre med dette. Det ble også diskutert om det bør stilles strengere formelle krav til kunnskap i palliativ medisin for flere legespesialiteter, bl.a. onkologi. Her tenker en først og fremst på obligatoriske kurs. Denne saken vil bli fulgt videre opp av styret i NFPM. Et annet tema som ble drøftet på konferansen, var egen spesialutdanning i palliativ medisin for sykepleiere.

I forkant av konferansen møttes representanter fra alle de regionale kompetansesentrene i lindrende behandling for å diskutere felles utfordringer og prosjekter.

Prioriteringskriterier i palliasjon

Legeforeningen har oppfordret alle spesialforeninger til å utarbeide prioriteringskriterier innen sitt fagområde. En arbeidsgruppe oppnevnt av NFPM har derfor laget et forslag til slike retningslinjer med utgangspunkt i prioriteringskriteriene i onkologi. Prioriteringskriterier i palliasjon ble diskutert på årsmøtet i foreningen i november -05, og etter noen endringer ble de oversendt Legeforeningen i mars -06. Hensikten med kriteriene er at de skal være veiledende for prioritering av pasienter med palliative problemstillinger som henvises spesialisthelsetjenesten, uavhengig av hvor i landet pasienten behandles. Kriteriene skal gjelde for både kreft- og ikke-kreftpasienter, selv om førstnevnte gruppe vil dominere. Dette gjenspeiles også i kriteriene. Pasientene deles i tre grupper avhengig av tilstandens alvorlighetsgrad. Gruppe A omfatter akutte tilstander som krever vurdering og evt. intervensjon som øyeblikkelig hjelp. Gruppe B omfatter pasienter som trenger rask symptomlindring (innen 14 dager), bl.a. pasienter med smertefulle skjelettmetastaser, pasienter som trenger ernærings- og væskebehandling og pasienter med kreftsår. Den siste gruppen gjelder pasienter hvor det er behov for symptomforebyggende og problemforebyggende terapi. Dette kan dreie seg om så forskjellige problemstillinger som truende frakturer og barn som pårørende. Kriteriene i sin helhet finnes på foreningens hjemmeside www.palliativmed.org.

Nasjonalt handlingsprogram for palliativ medisin

Sosial- og helsedirektoratet har oppnevnt en arbeidsgruppe som skal utarbeide et nasjonalt handlingsprogram for palliativ medisin. I tillegg til personer fra Direktoratet består gruppen av representanter for en rekke yrkesgrupper som kommer fra alle nivåer i helsetjenesten, en representant fra Legemiddelverket og en fra Norsk kunnskapssenter for helse-tjenesten. Et nasjonalt handlingsprogram for palliativ medisin er diagnoseuavhengig, og vil derfor bli noe annerledes enn de diagnosespesifikke handlingsprogrammene som også er under utarbeidelse. Handlingsprogrammet vil bygge på Standard for palliasjon, prioriteringskriterier i palliasjon og de nasjonale symptomretningslinjene som snart vil foreligge. Arbeidet er planlagt å være ferdig primo 2007.

DRG-kode for palliativ behandling

Fra -06 er koden Z 51.50 «Behandling ved palliativt senter» innført. For å utløse denne koden, må en rekke kriterier være oppfylt. Det som er nytt i forhold til tidligere, er at det stilles krav om at legens stilling skal være utlyst som en stilling i palliativt team/enhet, og at over halvparten av legens kliniske arbeid skal være i teamet/enheten. Hvis helseforetakene vil registrere sin palliative aktivitet, kan dette fortsatt gjøres ved å benytte koden Z 51.5, men denne gir ingen økonomisk uttelling.

Temaserie i Tidsskrift for Den norske lægeforening

I Tidsskriftet nr. 3-5 i år var det en temaserie om palliativ

medisin. Ulike aspekter av dette fagfeltet ble grundig belyst i totalt 15 artikler. Hele artikkelserien finnes på www.palliativmed.org.

Referat årsmøte 2006 Norsk Onkologisk Forening

Dato: 22.mars 2006 (17.00-18.15)

Sted: SAS Radisson Hotell, Ålesund

Tilstede: 19

Referent: Terje Nordberg

SAKER:

1/06 Åpning og valg av dirigent
Etter åpning av styreleder Eva Hofslie velger årsmøtet Torbjørn Iversen som dirigent.

2/06 Godkjenning av dagsorden:
Godkjent med fremskynding av presentasjon Onkonytt.

3/06 Onkonytt:
Dag Clement Johannessen fra redaksjonen legger frem beretning om fjorårets aktiviteter, økonomi samt planer for inneværende år.



4/06 Styrets årsberetning:
Legges fram av styrets leder Eva Hofslie. Årsmøtet godkjenner denne uten kommentarer.

5/06 Regnskap 2005:
Marianne Grønlie Guren fra styret legger dette frem for årsmøtet. Det vises da også til revisor Reino Heikkilä's skriftlige kommentar hvor det går frem at 40 medlemmer ikke har betalt kontingent, men likevel mottatt Acta Oncologica, betalt av NOF. Årsmøtet godtar regnskapet med revisors merknader.

6/06 Medlemskontingent:
Vedtatt uendret til kr. 500,-

Utdanningen av onkologer kan bli en flaskehals i kommende år om en ikke øker utdanningstakten betydelig. I 2002 ble det anslått at det var et behov for å utdanne 13 nye onkologer årlig i neste 5 – 10 års periode. Det ble i 2002, 2003, 2004 og 2005 utdannet henholdsvis 6, 7, 8 og 16 onkologer, der bare 2005 kan anses å være tilfredsstillende i forhold til det konservativt anslåtte behovet.

Er behovsestimatet fra 2002 riktig?

Per 31.01.06 var det 139 onkologer < 70 år i Norge. Det er en stor kvinneandel med 37%, og de siste årene har kvinneandelen av nyutdannede onkologer vært mer enn 50%, i 2005 var 11/16 kvinner.

Den forventede avgangen de neste 10 år er 26%, men vil sannsynligvis bli høyere da en må forvente at flere vil slutte før fylte 67 år enn tidligere. Avgangen kan bli 1/3 svarende til 45 onkologer i gitte tidsrom. Mange av disse onkologene har de lengste tjenesteplanene (som kan utgjøre ytterligere en 25% stillingsandel, som neppe de yngre onkologene overtar), som forsterker behovet for økt utdanning av onkologer. Kreft øker forutsigbart med 1,5 – 2 % årlig, og bedre behandlingsresultater gir økt prevalens. Mens en tidligere har kompensert for insidensøkningen er det også viktig å kompensere for prevalensøkningen da onkologene bør få ansvar for å kartlegge og behandle langtidsbivirkninger som blir mer og mer aktuelt.

Den økende kvinneandelen i faget øker behovet for deltidsstillinger, samtidig med at mannlige onkologer vil ha kortere arbeidsdager.

Den onkologiske behandlingen er blitt mer kompleks, nye teknikker som IMRT, brachyterapi og intensiv medikamentell behandling krever mer onkologtid enn for bare få år siden. Den multimodale behandlingen som forutsetter samarbeid i multidisiplinære team er en krevende arbeidsform som er helt nødvendig for et godt og riktig behandlingsresultat.

Det er et stort behov for onkologer på sykehus utenfor de sentrale onkologiske avdelingene. På de største sykehusene bør det sannsynligvis være 3 - 5 onkologer for å etablere tilfredsstillende arbeidsforhold og et godt faglig miljø. Tiden med den ene omnipotente onkologen er nok på vei ut.

Med bakgrunn i disse forhold er det konservative estimatet i 2006 på 20 onkologer per år de neste 10 år, sannsynligvis bør målet ligge nærmere 25 per år. Det er i dag 80 utdanningsstillinger i onkologi som er i stand til å utdanne 16 onkologer per år basert på at en bruker «idealtiden» på 5 år. Gjennomsnittlig utdanningstid er i dag ca. 7 år, noe som fører til en betydelig reduksjon av utdanningskapasiteten.

Situasjonen er urovekkende. Allerede nå sliter en med å bemanne noen av strålesatellittene og få kvalifiserte søkere til onkologstillinger på sykehus utenfor de sentrale institusjonene. I neste omgang kan dette problemet også nå utdanningsinstitusjonene selv, som i dag nesten bare utdanner til «eget forbruk».

Utdanningskapasiteten må trappes opp betydelig ved å opprette flere utdanningsstillinger både sentralt, på strålesatellittene og på sentralsykehusene hvor det i dag er ansatt onkolog. Videre bør en arbeide med å redusere utdanningstiden fra i dag 7 år til nærmere 5 år.

Det vil bli lagt en plan for å orientere våre helsemyndigheter om den alvorlige situasjonen.

Situasjonen er urovekkende. Allerede nå sliter en med å bemanne noen av strålesatellittene og få kvalifiserte søkere til onkologstillinger på sykehus utenfor de sentrale institusjonene.



Foto: Emily Crome

I norsk kreftplan (Omsorg og kunnskap, NOU 1997:20) besto et av tiltakene bl.a. av utarbeidelse av handlingsplaner for kreftbehandling ved de ulike regionale helseutvalg. Den opprinnelige tidsrammen for utarbeidelse av disse planene var satt til innen 1999. De regionale planene skulle spesielt vektlegge samhandling mellom nivåene i helsetjenesten og tverrfagligheten i kreftomsorgen. Planer for utdanning av relevante spesialister og vedlikehold av kompetanse for de allerede ansatte spesialistene skulle være en del av handlingsplanen. Etablering av et kreftfagråd i hver region ble også foreslått.

Vi forsøker her å gi en liten oversikt fra de ulike regionene over hva som foreligger, redaksjonen bekjent. Planene varierer i innhold, er bygget over ulik lest og er av ulik dato. Planer kan også bli «utdatert» pga omstillinger, reorganisering og ny kunnskap. Nyhetsinteressen kan mao. variere. Vi gjengir likevel litt fra hver regions plan, og viser til linker til de fullstendige planene der det foreligger.

Vi gjør oppmerksom på at vi har forsøkt å trekke frem sentrale deler i planene, men at denne lille oversikten selvsagt på langt nær er fullstendig. Vi har ikke gjort noe forsøk på å sammenligne planene, eller komme med kritiske bemerkninger. Når det gjelder mangel på personell/onkologer, så omtales dette for det meste i korte, generelle vendinger (eks. ”utdanne nok personell”). Behov for tiltak for å dekke spesielle behov trekkes stedvis frem (eksempel rekruttering av onkologer til Helse Førde, og barneonkologi i Bergen). Ellers savner vi i de fleste planer fokus på det store behovet for onkologer i årene som kommer. I Helse Sør er imidlertid et av de prioriterte tiltakene å utarbeides en oversikt over Helse Sørs behov for utdanning/videreutdanning av helsepersonell for å oppnå målene i deres plan. Det er gledelig å konstatere at innstillingen for samhandling mellom Helse Øst og Helse Sør som nå er på høring (se eget tema), konkret får frem det store behovet for onkologer i nær fremtid!

Helse Nord

Ved opprettelsen av de regionale helseforetakene forelå det en relativt ny plan som var vedtatt i helseregion Nord i slutten av 2001, som Helse Nord valgte å bruke som sin. Denne planen foreligger ikke på internett. I følge rådgiver Trude Grønlund i Helse Nord er tiltakene stort sett gjennomført slik at tiden nå er moden for en rullering av planen. Dette vil sannsynligvis skje vinteren 2007. I tillegg til den foreliggende handlingsplanen er det gjennomført sentralisering av en del av

kirurgien (eks. bryst, endetarm, magesekk, gynekologi), i tråd med føringer fra Sosial og Helsedirektoratet. Vedtakene om sentralisering av kreftkirurgien ligger på www.helse-nord.no/fagutvikling/kreft.

Handlingsplanen har følgende seks hovedmål, kun enkelte av tiltakene refereres.

Hovedmål 1: REDUSERE FOREKOMST AV KREFT ved å:

- Hindre unge mennesker i å begynne å røyke
- Få flere til å slutte å røyke
- Styrke det genetiske arbeidet i forhold til risikofamilier

Eksempel, tiltak: Etablere en onkogenetisk poliklinikk ved Universitetssykehuset i Nord Norge med laboratoriefunksjon og 10 stillinger knyttet til den polikliniske virksomheten (innen 2003)

Hovedmål 2: ØKE ANDELEN PASIENTER SOM HELBREDES FOR SIN KREFTSYKDOM ved å:

- Bedre kvalitet og kapasitet på diagnostikk og behandling
- Styrke arbeidet med tidligdiagnostikk herunder å innføre mammografiscree-ning i hele landsdelen

Eksempel, tiltak: Utvikling av behandlingsplaner og etablering av regionale faggrupper for de ulike kreftsykdommer. Regionale kvalitetsregistre (behandling og pleie) samt finansiering av regionale fagsamlinger to ganger årlig.

Hovedmål 3: ØKE OVERLEVELSESTIDEN MED SAMTIDIG BEDRING AV LIVSKVALITET ved å:

- Høyne behandlingskvaliteten gjennom bedre organisering og kontinuitet i behandlingsskjeden
- Sikre pasienten et flerfaglig tilbud
- Øke satsing på rehabilitering av kreftpasienter

Eksempel, tiltak: Enkel og tydelig behandlingkjede, med økt samhandling og informasjon mellom alle ledd. Mål for og krav til kompetanse, utstyr, organisering og service i de ulike leddene.

Hovedmål 4: BEDRE KVALITETEN PÅ DEN LINDRENDE BEHANDLINGEN ved å:

- Øke kapasiteten slik at flere får tilbud om lindrende behandling
- Bygge opp kompetanse i lindrende behandling på alle nivåer i helsetjenesten
- Basere omsorgen for kreftpasienter på et helhetlig menneskesyn der pasient og pårørendes ønsker og behov er styrende for tiltakene

Eksempel, tiltak: Kompetansesenter for lindrende behandling ved UNN, og enhet for lindrende behandling med 10 senger med anslått behov for 5 leger. Nettverk for kreftomsorg i Helse Nord, der alle deltakere i nettverket pålegges å delta i et regionalt og et lokalt kompetansebyggende arrangement årlig, med øremerkede midler. Investeringer i primærhelsetjenesten som inngår i nettverket er viktig for å oppnå stabilitet. Det foreslås dedikerte plasser til kreftpasienter som trenger omsorg og pleie utenfor hjemme i livets slutfase ved lokalsykehus (4 plasser pr 30.000 innbygger) og forslagsvis ved to sykehjem pr fylke. To nye strålemaskiner er installert i Tromsø i perioden. En 5. maskin skal være etablert i Bodø innen 2010 (stråleterapi etableres januar 2007, se Onkonytt Nr. 2, 2005, red.anm). Etablere en ny sengeavdeling med 30 senger i Tromsø.

Hovedmål 5: DRIVE AKTIV FORSKNING OG UTVIKLING INNEN KREFTSYKDOM I LANDSDELEN ved å:

- Opprette regionalt kvalitetsregister
- Styrke klinisk kreftforskning i regionen
- Øke innsatsen innen genetisk forskning

Eksempel, tiltak: Etablere registreringssystemer /-verktøy for systematisk overvåkning og evaluering av behandlingsmetoder og sykdomsutvikling. Opprette klinisk register med ansettelse av en registrar ved hvert sykehus. I første omgang registrere de store gruppene, og utvalgte kreftformer hvor incidensraten er høy i forhold til landsgjennomsnittet.

Dagens status for et regionalt kvalitetsregister: er utredet og ligger til vurdering i SKDE, Senter for kunnskap, dokumentasjon og evaluering i Helse Nord.

Hovedmål 6: KREFTPASIENTER FRA NORD-NORGE SKAL VELGE Å BLI UTREDET OG BEHANDLET I LANDSDELEN ved å:

- Utdanne nok personell til å dekke behovet for landsdelens pasienter i forhold til diagnostikk og behandling av kreftsykdommer
- Sikre en behandlingskvalitet som er minst på høyde med resten av landet
- Organisere behandlingsskjeden slik at pasient og pårørende føler trygghet og ivaretagelse i alle ledd

Eksempel, tiltak: Funksjons- og arbeidsfordeling knyttes til faglige kvalitetskrav i forhold til spesialistdekning og diagnostisk serviceapparat, og er senere sentralisert i tråd med anbefalinger fra SHdir. Sikre stabil primærhelsetjeneste via eks. hospitering, stipender, faglig nettverk, rutinehåndbøker med mer. Dessuten økt utdanningskapasitet, inkl. etablering av stråleterapiutdanning (er etablert).

Helse Midt-Norge:

«**Kreftkirurgi i Helse Midt-Norge**» forelå i mai 2004, og tar vesentlig for seg konkret lokalisering av kreftkirurgien ved de ulike tumorgrupper, men også litt om den onkologiske oppfølgingen. Rapporten (31 sider) finnes på: www.helse-midt.no/upload/69199/Kreftkirurgi-HMN.pdf. Gynekologisk kreft og lungekreft er ikke tatt med i rapporten, da de allerede var sentralisert til Trondheim (St.Olavs hospital).

Kirurgiske inngrep som er sentralisert til:

Trondheim: Prostata og urinblære (unntak TUR-P/TUR-B), thyroidea, pancreas, lever og galleveier, oesophagus, cardia og ventrikkel.

Trondheim, Ålesund, Levanger: Nyre (kompliserte tilstander til Trondheim)

Trondheim, Ålesund, Levanger, Molde: Bryst, endetarm.

Ikke sentralisert: Testikkel (alle sykehus med spesialist i urologi), tykktarm (minst to spesialister i gastrokirurgi).

Helse Vest:

«**Regional kreftplan 2005-2010 (med perspektiver til 2020)**» ble vedtatt av styret i Helse Vest mars 2005. Prosjektgruppen ble ledet av Stener Kvinnsland. Planen (60 sider) finnes på www.helse-vest.no/graphics/Synkron-Library/Documents/RegionaleRapporter/Regional_kreftplan_mars2005.pdf. Her gjengis et lite sammendrag som vesentlig baserer seg på kapittelet «Sammendrag og forslag til tiltak».

Det forventes en økning på minst 25% i antall nye krefttilfeller fra 2002-2020, med den største økningen i årene 2008-2010. Under visse forutsetninger er det sannsynlig-

gjort at kostnadene til kreftomsorgen i helseforetakene vil mer enn doble seg fra 2004 til 2020 (Helse Vest: fra 1,5 til 3 milliarder).

Faktorer som bør vektlegges i utviklingen av tjenestetilbudet er eks. prioritering, funksjonsfordeling, standardisering av tiltak og felles retningslinjer, forsknings- og utviklingssamarbeid, samt nær samhandling med primærhelsetjenesten.

Resymé av enkelte foreslåtte tiltak:

Diagnostikk:

Patologi: Det vises til regional plan for patologitjenester. Oppbygging av avdelinger i Helse Fonna og Helse Førde må prioriteres.

Genetisk disposisjon: Det regionale kompetansesenteret for arvelig kreft er lagt til Senter for medisinsk genetikk og molekylærmedisin (MGM) ved Haukeland Universitets-sykehus, med en «satellitt» ved SiR hvor tilbudet bør videreutvikles. Kompetansesenteret må ta del i den nasjonale utviklingen (bedre samordning og funksjonsfordeling).

Billeddiagnostikk: Det søkes etablert et PET senter i Helse-Bergen i 2005-2006, og kapasiteten bør økes ved å etablere en PET skanner i Helse Stavanger innen 2008.

Kirurgi:

Det er lagt vekt på tre problemstillinger: Laparoskopi, kirurgi-ens rolle i lindrende kreftbehandling og funksjonsfordeling i regionen.

- Det anbefales at barn med sjeldne svulstformer utenfor sentralnervesystemet som skal opereres med kurativ hensikt, henvises til Rikshospitalet HF.
- Det opprettes et faglig nettverk/faggruppe i kirurgisk kreftbehandling med bl.a. følgende oppgaver:
 - Bidra til at tidligere anbefalt funksjonsfordeling følges. For en del kirurgisk behandling som er sentralisert anbefales at en fortsetter tidligere praksis (Eks. tykktarm og endetarm - 5 sykehus, Bryst – 4 sykehus, Gynekologi, spiserør mfl.) Kreft i magesekk bør sentraliseres til Helse Bergen og Helse Stavanger. I strid med tidligere anbefalinger foregår kirurgi for kreft i lever og galleveier både ved Haukeland og Stavanger. Dette bør revurderes. Kirurgi for pankreascancer bør ytterligere sentraliseres.
 - Utarbeide klare retningslinjer for indikasjonen for radikal prostatektomi (En gjennomgang av tallene i regionen tyder på enten sterkt divergerende kodepraksis, eller sterkt varierende indikasjon for radikal operasjon).
 - Utarbeide forslag til samarbeid der alle pasienter med svulster i øvre mage- og tarmkanal og urinblære opereres enten ved HUS eller SiR, med et felles team av operatører for begge sykehus.
 - Utarbeide bedre felles retningslinjer for lindrende kreftkirurgi og iverksette regional registrering av disse inngrepene.

- Vurdere oppstart av forsøk med laparoskopisk assistert behandling av tykk- og endetarmskreft.

Strålebehandling:

Det antas å være behov for 10 LAE (Lineær akselator enheter) i 2020. Med utvidet driftstid og et fornyelses- og videreutviklingsprogram for maskinparken, er det behov for en ekstra lineærakselator i perioden som bør plasseres ved SiR (den 9. maskinen i regionen, tentativt i 2008-2010).

Medikamentell behandling:

Behov for et aktivt faglig nettverk innen standardisering, endring av behandling og innføring av nye tiltak understrekes, med tiltak for å effektivisere administrasjonen av og registreringen av virksomheten.

- All adjuvant cellegiftbehandling skal foregå ved kreftpoliklinikkene i Førde, Bergen, Haugesund og Stavanger.
- Ansvar for etablert lindrende cellegiftbehandling, som bør være en lokalsykehusoppgave, overtas gradvis av helseforetakene for sine pasienter/de fire hovedsykehusene. Kapasitet og kompetanse må bygges opp tilsvarende.
- Det må utarbeides planer for rekruttering av onkologer, spesielt med tanke på behovene i Helse Førde og Helse Fonna.
- I samarbeid med Apotekene Vest HF innføres det et felles system for administrasjon og registrering av medikamentell kreftbehandling med tilhørende system for kvalitetssikring og automatisk oppdatering i henhold til nasjonale anbefalinger.

Spesielle kreftformer:

Rekruttering av barneleger til barneonkologi må vies spesiell oppmerksomhet. Det må bygges opp hematologisk kompetanse i Helse Førde og Helse Fonna. Allogen benmargstransplantasjon bør etableres i Helse Bergen (er etablert vår 06, red.anm.).

Lindrende kreftbehandling:

Tilbudet utvikles i tråd med nasjonale føringer, i første omgang må det etableres palliative team i alle helseforetakene med konsulentfunksjon (mot sykehus og primærhelsetjeneste).

Rehabilitering i kreftomsorgen:

Dette er et uoversiktlig område der det foreligger lite systematisk arbeid. Utfordringene og behovene innen fysisk rehabilitering av kreftpasienter må kartlegges som ledd i en generell kartlegging av rehabiliteringsbehov i regionen.

Forsknings- og utviklingsarbeid i kreftomsorgen:

- Klinisk kreftforskning må videreutvikles/styrkes.

- Helse Bergen utarbeider en prototyp for håndtering av pasientopplysninger tilrettelagt for klinisk forskning.
- Det anbefales å etablere en regional klinisk forskningsenhet ved HUS/UIB for å understøtte den translasjonelle forskningen i regionen.
- Det bør tilrettelegges for etablering av flere omfattende biobanker i regionen.

HELSE SØR

«Kreftplan for Helse Sør 2004-2008» ble vedtatt av styret juni 2004. Geir Hoff var leder av arbeidsgruppen. Planen (31 sider) finnes på følgende link: www.helse-sor.no/Fagomr%C3%A5der/Kreft/Kreftplan_Helse%20%C3%B8r%20endelig%20versjon%20KT260304.pdf. Planen inneholder også en interessant oversikt over i hvilken grad intensjonene i norsk kreftplan (1998-2003) er innfridd (i Helse Sør, men kan i noe grad overføres til resten av landet). Planen beskriver ellers eksisterende tilbud og behov, og forslag til fremtidig organisering av kreftbehandling og –omsorg. Planen avsluttes med en oppsummering av 16 prioriterte tiltak. Vi nøyer oss her med å referere en oppsummering av disse tiltakene, med oppgitt tidsperspektiv for gjennomføring angitt i parentes.

1. Ventetid mindre enn 14 dager (10 virkedager) for utførelse av relevant diagnostisk prosedyre ved alarmsymptomer (ultimo 2004).
2. Ventetid mindre enn 14 dager (10 virkedager) for igangsetting av behandling etter at diagnosen er stilt, med mindre det er ønskelig med lengre ventetid (ultimo 2004).
3. Metodevalg og logistikk i hele behandlingsskjeden fra diagnostisk utredning må standardiseres, optimaliseres og gjøres likt tilgjengelig i hele regionen (ultimo 2004).
4. Behandlingstilbudet og/eller organiseringen av tilbudet for enkelte pasientgrupper bør revideres, spesielt for cancer pulm, cancer ovarii, cancer prostata, cancer thyroidea og cancer mammae.
5. Standardisering og kvalitetssikring av medikamentell kreftbehandling gjennom å ta i bruk eksisterende IT-teknologi innføres ved alle helseforetak (medio 2006).
6. I tillegg til det etablerte palliative senteret ved Sykehuset Telemark må det etableres palliative sentre ved Sørlandet sykehus, Sykehuset i Vestfold og Sykehuset Buskerud med rådgivningstelefon for helsepersonell (ultimo 2005).
7. Det koordinerende ansvaret for tilbudene må være entydig plassert og klart for pasient, pårørende og samtlige involverte tjenesteytere (ultimo 2004).
8. Det bør samkjøres ordninger for økonomiske utlegg for pasient, pårørende og tjenesteytere slik at kunnskapen om dette er tilgjengelig uavhengig av

hvor i helsenettverket pasienten befinner seg. Det bør systematiseres kunnskap om finansieringssystemene og gjøre en oversikt tilgjengelig for alle involverte parter (medio 2005).

9. Det bør igangsettes en formell prosess i sykehusene for kulturendring i samhandling mellom nivåene i norsk helsevesen, inklusive kreftomsorgen. Fastlegen bør inkluderes aktivt, tidlig og fortløpende i informasjonsflyten (medio 2005).
10. Det må formaliseres forpliktende samarbeid mellom sykehus og kommuner i alle helseforetaksområder ved etablering/videreutvikling av kompetansenettverk av ressursykepleiere med formelt ansvar for kreftpasienter. Palliativt senter skal ha ansvar for ledelse og drift av nettverket (medio 2005).
11. Utskrivningsrutiner skal utvikles i tråd med kreftplanens anbefalinger. Pasienter med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester skal få tilbud om individuell plan (medio 2005).
12. Utarbeide rutiner for riktig bruk av begrepet åpen retur slik at ordningen ikke blir en sovepute for sykehuset/kommunen (medio 2005).
13. Resultatdokumentasjon av behandlingen må videreføres og utvides til å omfatte langtidspfølger av kreftbehandling i vid forstand. Dette skjer best ved et samarbeid mellom Kreftregisteret og de relevante kliniske miljøer (medio 2006).
14. Det må utvikles et system for tilbakemelding om diagnostikk og behandling fra alle kreftpasienter. Dette bør gjøres ved bruk av flere typer tilbakemeldingsskjema. Registrerte data må kunne identifisere hva som eventuelt svikter i tilbudet til den enkelte pasient. Et slikt system med sentral koordinering ved f.eks. Kreftregisteret, skal være innført i hele regionen innen ultimo 2005.
15. Det skal utarbeides en oversikt over Helse Sørs behov for utdanning/ videreutdanning av helsepersonell for å oppnå målene i denne planen (medio 2005).
16. Det bør gjennomføres en evaluering av om målene i den regionale kreftplanen i Helse Sør er nådd (ultimo 2008).

HELSE ØST

Under ledelse av Kjell Magne Tveit, jobbes det med en strategisk plan for kreftomsorgen i Helse Øst. Etter planen skal denne være ferdig innen første juli.



Tar du bilder?



*Bli med i
fotokonkurransen vår*

*– send inn bidrag til redaksjonen og
vinneren vil bli premiert!*

Premie: 1 GB memory stick eller gavekort på fotoutstyr til 500 kroner.

Samordning av kreftomsorg Helse Øst og Helse Sør

ved Marianne Brydøy

I forrige nummer av Onkonytt orienterte Kjell Magne Tveit og Sigbjørn Smeland kort om prosjektarbeidet «Samordning av kreftomsorg Helse Øst og Helse Sør». Innstillingen fra hovedprosjektgruppen forelå 2.april, og er på høring i disse dager. Vi omtaler kort noen elementer fra denne rapporten. Vi regner med å komme tilbake til mer konkrete detaljer når den endelige planen er godkjent av Helse Øst og Helse Sør.

De to regionene sees på som en storregion når det gjelder kreftomsorgen. Det foreslås forskjellige organisasjonsformer for samordning for de ulike funksjonene, som blant annet avhenger av behov for subspecialisering, tilgang til avansert utstyr, pasientmengde med mer. Hovedprosjektgruppen legger vekt på at pasientene, i den grad det er mulig, får nødvendig behandling på regionsykehusnivå ved samme sykehus (kirurgi, stråleterapi og evt. medisinsk behandling)

Fire modeller for samordning har utpekt seg:

- Modell 1: Organisering med utredning og behandling i en sentral enhet – med en poliklinikk ved et annet sykehus (eks. sarkom).
- Modell 2: Behandling i en sentral enhet, men fagpersoner fra et annet sykehus deltar i det multidisiplinære teamet og i det kirurgiske team (eks. oesophaguskirurgien).
- Modell 3: Alle pasienter vurderes av et tverrfaglig team som sikrer kvaliteten, men pasientene kan opereres flere steder (eks. lungekirurgi).
- Modell 4: Kvaliteten i behandlingen sikres gjennom etablering av et felles fagråd som skal sikre bruk av felles retningslinjer og protokoller, men der vurderingen og behandlingen kan skje flere steder (eks. brystkreft og tykktarmskreft).

Konkrete forslag til funksjonsfordeling er nevnt, og innen flere områder vil det fremdeles være behov for en fortsatt samordningsprosess. Hovedprosjektgruppen foreslår å etablere felles fagråd innenfor de ulike kreftformer. Fagrådene er tiltenkt rådgivende oppgaver, eksempelvis felles retningslinjer, system for kvalitetssikring, forskningsstrategier m.m. Forslagene til samordning forutsetter et langsiktig og målrettet arbeid innenfor de ulike fagrådene, som også skal komme med forslag til videre funksjonsfordeling, samt hensiktsmessig fordeling av pasientstrømmen ved endringer. Fagrådene foreslås underlagt et felles «Kreftråd Sør og Øst», og konkrete oppgaver for et slikt råd nevnes.

Det store behovet for fagpersonell med spesiell vekt på onkologer trekkes frem - et behov på ca 300 nye onkologer innen 2020 nevnes. Et vesentlig problem her er som kjent mangel på stillingshjemler/ULS nummer.

ONKOLOGISK FORUM 2006



Velkommen til Trondheim 23. – 24. november



Konferansen "LONG-TERM CANCER SURVIVORSHIP – Clinical problems, practical solutions and future challenges" arrangeres i Oslo 30. august til 1. september 2006.

ved Bjørn B. Jacobsen (innledning ved Marianne Brydøy)

Har du meldt deg på denne viktig konferansen som er den første nordiske konferansen om langtidseffekter etter kreft? Det er lagt opp til et bredt og spennende program med nasjonale og internasjonale forelesere. Onkologer bør være godt representert ved denne tverrfaglige konferansen hvor det også er satt av tid til arbeidsgrupper innenfor ulike kreftgrupper. Programmet til dette Acta Oncologica symposiet finner du på www.acta-oncologica.org hvor du også kan melde deg på. Det oppfordres også til å sende inn abstracts. Her følger en fersk presseinformasjon fra pressekontakt Bjørn B. Jacobsen.



ger som hjerteproblemer, beinskjørhet, nedsatt fruktbarhet, utmattelse, angst og depresjoner. Det er ikke bare kreftlegene som er en ressurs for kreftpasienters ve og vel. Almenlegene og helsepersonellet på det lokale plan spiller en meget viktig rolle. Øker vi kunnskapen om kreft og kreftbehandling blant fastleger og helsepersonell lokalt, vil det bety mye for pasientenes mulighet til å leve et så bra

liv som overhodet mulig, understreker Fosså.

-Det vil bety mye for de 173.000 norske kreftpasientene hvis kunnskapen om behandling og oppfølging av langtids-overlevende etter kreft, blir bedre blant almenleger og spesialister. Det er gjort store fremskritt i behandlingen av kreft, og Norge ligger langt fremme i utviklingen. Derfor er det viktig at almenleger og helsepersonell på lokalt plan får bedre kunnskap. Ikke minst når det gjelder ettervirkninger av helbredende kreftbehandling. For kreftpasientene og deres mulighet til å kunne leve et best mulig liv etter behandlingen, vil dette være av stor betydning. Nettopp derfor er også Kreftforeningens ulike interesseforeninger for pasientene også invitert. Det er mye pasientene kan gjøre selv for å bedre sine liv, og det er viktig at de får denne informasjonen og kunnskapen.

-Konferansen er også viktig for fysioterapeuter, sykepleiere, psykologer, sosionomer og øvrig helsepersonell i kreftomsorgen. Vi håper flest mulig kommer til Oslo i august, sier professor Sophie D Fosså, som også er sjef for det nyetablerte «Nasjonalt kompetansesenter for studier av langtidseffekter etter kreft», ved Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF, opprettet av Helsedepartementet i fjor.

Forsknings-studien om fruktbarhet etter kreftbehandling, som Fosså og 3 av hennes 8 doktorgrads-stipendiater arbeider med er snart klar, og resultatene presenteres på konferansen, sannsynligvis med oppsiktsvekkende nye funn og resultat, sier hun. Konferansen med norske og internasjonale foredragsholdere åpnes av helseminister Sylvia Brustad, og det blir også arbeidsgrupper innenfor ulike behandlings- og oppfølgings-områder der norske pasientgrupper vil delta.

-For almenleger, spesialister og helsepersonell som virkelig ønsker faglig påfyll om hvordan de kan være en best mulig ressurs for de kreftpasientene de behandler, er dette årets viktigste konferanse, sier professor Sophie D. Fosså.

Hvordan kan de som overlever kreft få et best mulig liv?

«Er Lance Armstrong et unikt tilfelle, eller er det mulig for de 173.000 som lever med kreft i Norge i dag, og virkelig påvirke sitt eget liv?»

-Ubetenget ja!, svarer professor Sophie D Fosså, ved Kreftklinikken Rikshospitalet- Radiumhospitalet HF. –Selv om Lance Armstrongs historie er spektakulær – at han etter alvorlig testikkelkreft med spredning til hjernen, kommer tilbake og vinner Tour de France, så forteller den at det faktisk er mye kreftsyke kan gjøre selv i forebygging og for å påvirke sin egen livsforlengelse og livskvalitet. Eksempelvis at kvinner med brystkreft har større sjanse for å klare seg hvis de holder vekten. Det handler med andre ord mye om kosthold, fysisk aktivitet og en sunn livsstil, eller «live strong», som er Armstrongs mantra, trykket på de velkjente gule armbåndene, sier Fosså.

Hun er en av verdens fremste eksperter på kreftbehandling og oppfølging av kreftpasienter, og samarbeider med verdens fremste kreftforskere, blant andre legene som behandlet Lance Armstrong for hans testikkel-kreft, som er ett av Fossås spesialområder. Nå forsker hun på fruktbarhet etter kreftbehandling med støtte fra nettopp «Lance Armstrong Foundation».

30. august er hun faglig ansvarlig for den første nordiske kreft-konferansen innenfor dette feltet i Oslo, åpen for alle som arbeider med kreftpasienter i helsesektoren. Fosså håper at særlig norske almenleger melder seg på. De spiller en nøkkelrolle i behandlingen av kreftpasienter og de behøver mer kunnskap om kreft, kreftbehandling og oppfølging, påpeker hun.

-Kreftbehandling kan føre med seg alvorlige bivirknin-



Nytt fra KVIST gruppen ved Statens Strålevern.

KVIST gruppen har fortsatt sitt arbeid med kvalitetsikring i stråleterapi. Etter publisering av strategiplanen for kreftbehandling som har synliggjort gruppens arbeid overfor myndighetene virker det som KVIST programmet får bred støtte og KVIST gruppen er sikret et videre liv, i hvertfall de nærmeste årene.

Imidlertid har arbeidet i KVIST gruppen i vår vært noe redusert delvis på grunn av at legene Gunilla Frykholm og Dag Clement Johannessen har redusert arbeidstid til 20%. Bakgrunnen for dette er at begge arbeider deltid i klinisk stilling. På grunn av øket press i klinikkarbeidet har man måtte redusere på stillingsdelen ved Statens Strålevern. Vi regner med at dette er midlertidig og at man fra nyttår får en bedring i denne situasjonen. For legesiden har arbeidet vært konsentrert om handlingsprogrammer både i KVIST's regi, men også relatert til SHdir's arbeidsgrupper i gastrointestinal- og urologisk kreft.

Som tidligere år sto KVIST gruppen som arrangør for Norsk stråleterapimøte i Ålesund som er omtalt et annet sted her i bladet. Dette er et møte som krever mye planlegging, kanskje enda mer i år enn tidligere på grunn av arrangering av workshops. Det hele ble ledet av Ingrid Klebo Espe og Taran Paulsen Hellebust henholdsvis stråleterapeut og fysiker i KVIST gruppen.

Som tidligere har arbeid med «Virksomhetsrapportene» bestått i innsamling og systematisering av data fra de enkelte stråleterapi enhetene. Sverre Levernes har gjennom flere år arbeidet med denne tidkrevende og ressurskrevende prosessen. Det planlegges nå å opprette mer automatiserte systemer for innhenting og bearbeiding av data ved hjelp av en data-

baseløsning. Arbeidet med dette er godt i gang og anbud er innhentet etter at en kravspesifikasjon er utarbeidet i samarbeid med KITH. Som tidligere er dette arbeidet høyt prioritert siden virksomhetsrapportene danner et viktig grunnlag for kvalitetsikring og forbedring av strålebehandling. Den gir også en bedre forståelse av kapasitetsutnyttelse og videre satsing innen stråleterapi.

Status for arbeidsgrupper i KVIST

Arbeidsgruppen for avvikshåndtering:

Det foreligger nå en ny og revidert rapport. Rapporten inneholder noen flere koder og det splittes opp etter alvorlighetsgrad.

Denne kan finnes på nettet www.nrpa.no/archive/Internett/Publikasjoner/Stralevern-rapport/2006/StralevernRapport3.pdf i tillegg er det sendt noen eksemplarer i trykt utgave til hvert sykehus.



Geometrisk presisjon og kvalitetskontroll av lineær-aksellerator:

Omhandler nøyaktigheten ved planlegging av strålebehandling. Gjennomført med undersøkelser med fantomer på alle norske stråleterapisentra. Rapport fra begge arbeidene er på trappene.

Opplæring av medisinske fysikere:

Arbeidet ble ferdigstilt i fjor, men vil bli løpende oppdatert. Opplæringsprogrammet benyttes av nyankomne fysikere på avdelingene. Hovedsakelig blir «kortprogrammet» benyttet på grunn av kapasitetshensyn og mangel på opplæringsstillinger.

Rekvisisjoner:

Arbeidet i denne gruppen var lagt på is i påvente av utvikling av journalsystemer som kunne håndtere elektroniske strålerekvisisjoner på sykehusene. Tanken var at rapporteringen til den årlige virksomhetsrapport i stråleterapi skulle kunne lettes, samtidig som strålerekvisisjonene fikk et mer enhetlig innhold. Det ble utarbeidet en grovskisse med et minste basis datasett for strålerekvisisjon da arbeidet med dette ble stoppet for ca to år siden. Referansegruppen mente på det siste møtet at det sannsynligvis var vanskelig å utarbeide en felles rekvisisjon for hele landet ettersom det benyttes forskjellige datasystemer. Det ble foreslått å gjenoppta arbeidet med å utarbeide en mal med definisjon av parametere som en rekvisisjon bør inneholde. Med utgangspunkt i en slik mal, kan en søke å samarbeide med leverandørene av doseplanleggingssystemene for å få til integrerte løsninger for strålerekvisisjonen. Arbeidsgruppen vil derfor bli gjenopptatt med første møte tidlig til høsten.

Referansegruppen – nytt mandat

Det diskuteres nå angående både sammensetning og mandat for referansegruppen. Et forslag til nytt mandat er ute til vurdering hvor hovedendringen består i at engasjementet i referansegruppen tidsbegrenses til tre år, men at det ved ønske er mulig å sitte i to perioder. Hvordan utskiftning av medlemmer skal foregå både med tanke på gruppens sammensetning geografisk og yrkesmessig er ikke endelig bestemt. Gruppen anbefalte også at oppnevning av kandidater bør sendes til avdelingsleder for stråleterapienheten med kopi opp til helseforetaket.

Ny arbeidsgruppe for Volum- og doseanbefalinger

Det planlegges å etablere en ny arbeidsgruppe med nytt mandat. Arbeidet vil pågå parallelt og i harmoni med arbeidet i ICRU (International Commission on Radiation Units and Measurements, Inc. Bethesda, USA ; <http://www.icru.org/>) hvor arbeidet er på det meste ferdigstilt. Det forventes for øvrig ingen store endringer i definisjoner. Hovedendringene forventes å være i tilknytning til bruk av PTV som et arbeidsverktøy i vurderinger- og sannsynligheter for dosefordelinger innenfor CTV. KVIST har fått inn forslag til kandidater til den nye arbeidsgruppen og de aktuelle kandidatene vil bli forespurt når det endelige mandatet er

utarbeidet og godkjent. Arbeidet forventes å starte til høsten og beregnes ferdig ved nyttår 2006/2007.

Handlingsprogrammer, samarbeid med faggrupper

Siden i fjor høst har KVIST-gruppen arbeidet med «Mal for Handlingsprogrammer i Stråleterapi». Arbeidet ledes av Gunilla Frykholm. Det foreligger nå et forslag som «nettversjon 1» på www.nrpa.no. Det forventes at denne trenger revisjon allerede etter at arbeidsgruppen for Volum- og Doseanbefalinger har utarbeidet sine nye anbefalinger i slutten av året. Den endelige rapporten trykkes etter dette. Det oppfordres til leger som arbeider med stråleterapi å komme med innspill til dette arbeidet.

Parallelt med dette arbeidet løper arbeid i to grupper, en i GI cancer og en i Lungecancer som arbeider med handlingsprogrammer i stråleterapi for de to gruppene. I tillegg er det planlagt opprettet en gruppe i urologisk cancer parallelt med SHdir arbeid. Gruppen starter sitt arbeid tidlig i høst. Vi er takknemmelige for innspill angående deltagere i den gruppen.

Handlingsprogrammer for strålebehandling ved Rectumcancer foreligger nå som et arbeidsdokument. NGICG fortsetter med Handlingsprogrammer for strålebehandling ved analcancer og ventrikkelcancer i løpet av 2006.

Handlingsprogrammer for strålebehandling av lungecancer er godt i gang og det planlegges et to dagers arbeidsmøte i august for sammenstilling av tekst til rapport etter malen. Arbeidsdokumenter for begge diagnosegruppene er utprøvd (preoperativ strålebehandling ved endetarmskreft og strålebehandling av ikke-småcellet lungekreft etter HAST-studien).

I tillegg til dette foregår det arbeid i Statens Strålevern som KVIST gruppen ikke direkte er involvert i, men som har interesse for stråleterapi-interesserte leger. Som kjent er det kommet nye forskrifter etter at den nye strålevernsløven trådte i kraft. Statens Strålevern arbeider nå med godkjenning av helseforetakene siden den nye forskriften krever at hele helseforetaket godkjennes under ett, og alt strålegivende utstyr i virksomheten skal meldes.

Helse Sør og Helse Vest er under behandling. Det foreligger planer for godkjenning av de andre helseforetakene og dette arbeidet vil avsluttes innen utgangen av 2007. En viktig følge av dette arbeidet er at man får nyttig informasjon om alt strålerelatert utstyr som er i bruk på sykehusene her i landet.

Kreftsenteret ved Ullevål universitetssykehus

Tone Ikdahl og Kjell Magne Tveit



Det nye kreftsenteret nærmer seg teknisk ferdigstillelse. Det slipes og males overalt og utarbeidene er begynt. Akseleratorene monteres og måles opp. I opptrekkxenheten for cytostatika jobbes det med vareheisen opp til sengepostene. Brua og glasstårnet med Marianne Heskes kunst er på plass og glassgata mellom strålebehandlingsavdelingen og poliklinikken venter på «Osebergdronningen». Det skal bli fint. Offisiell åpning er 5.10., og vi regner da med å ha flyttet ut det meste av klinisk aktivitet. Så det blir ingen ESMO-deltakelse for oss i år.

Den nye organisasjonsplanen er i prinsippet på plass fra 1.5. Senteret organiseres i en matrisestruktur basert på 5 diagnoseenheter for brystkreft, lungekreft, urologisk kreft, gastrointestinalkreft og lymfomer. Hver av diagnoseenhetene ledes av en avdelingsoverlege og disponerer enheter i sengepostavdelingen (sengetun), poliklinikken og strålebehandlingsavdelingen. Disse 3 driftsavdelinger, sammen med avdeling for lindrende behandling og avdeling for forskning og utdanning, ledes av avdelingsledere. De 5 avdelingslederne og lederne av diagnoseenhetene utgjør sammen med senterets leder kreftsenterets ledergruppe. Målet med denne organiseringen er å sikre en god pasientflyt innen de ulike diagnoseenhetene og ansvarliggjøre de reelle ledere.

Fra 1.5. består senterets ledergruppe av Tone Ikdahl (leder), Ragnhild M. Kaurin (Sengeposter), Randi Lehne (Poliklinikken), Randi E. Wolff (Strålebehandlingsavdelingen), Ulf Kongsgaard (Avd. for lindrende behandling), Jon Håvard Loge (Avd. for forskning og utdanning), Erik Wist (Bryst-

kreftenheten), Bjørn Østenstad (Lymfomenheten), Carl W. Langberg (Urologikreftenheten), Marianne Guren (fung. leder GI-kreftenheten) og Kjersti Hornslien (fung. leder Lungekreftenheten).

Den nye organisasjonsplanen og den raske ekspansjonen både på aktivitets- og på personellsiden representerer store utfordringer for oss. Det er samtidig både arbeidsomt og veldig inspirerende. Vi gleder oss veldig. Økonomisk går det svært bra når det gjelder bygg og utstyr. Driften gir imidlertid betydelige utfordringer i en opptrappingstid, med kostbare medikamenter og trange sykehusbudsjetter. Helse Øst har gitt oss ekstra midler for opptrapping og nyetablering og vi håper at de resterende utfordringer skal la seg løse.

Rapport fra kreftavdelingen ved Haukeland universitetssykehus

ved Olav Mella

Hverdagen på avdelingen er preget av stor pasientpågang, dels som følge av økende kreftforekomst, men mer som følge av nye behandlingstilbud igangsatt de siste årene. Antall kjemoterapikurer økte med 30% i fjor og økningen fortsetter, den vesentlige delen av dette gitt på dagenheten. Budsjettrestriksjoner (påløpende kostnader for adjuvant Herceptin er ikke lagt inn i budsjettet, personalkostnadene skal øke marginalt i forhold til fjoråret) er utfordrende både for medikamentbruk og personalinnsats. Samtidig har heldøgnsengetallet som følge av pålegg fra Arbeidstilsynet blitt redusert med 8, slik at logistikken i pasienthåndteringen er vanskelig fra dag til dag.

Kvaliteten i stråleterapien har for noen pasientgrupper blitt bedre gjennom innføring av IMRT. Ved bekkenlokaliserte svulster er akutte bivirkninger av behandlingen påtagelig mindre enn vi er vant med. Arbeidet med målvolumentegning og doseplanlegging er betydelig mer omfattende enn med konformal teknikk, ikke minst for pasienter med hodehalskreft. IGRT (image guided radiotherapy) med bruk av on-board imaging med gullmarkører er tatt i bruk hos undergrupper av pasienter med cancer prostata. Begge teknikker krever lengre tid til gjennomføring på maskinene, selv om tidsbruken er fallende med økt erfaring. Gating for å ta hensyn til pustefasene er under planlegging. Å finne en balanse mellom kvalitetsforbedring og bruk av ressurser i stråleterapien mellom ulike pasientkategorier vil bli et viktig ledelsesansvar de nærmeste årene.

Det er tegnet kontrakt med Varian for utskifting av vår BBB strålemaskin fra 1987. Den nye lineærakseleratoren forventes å kunne være i drift fra nyttårsskiftet. Gjennom en generøs gave fra Trond Mohn vil vi få tilpasset utstyr til stereotaksi på maskinen, et tilbud som gradvis vil bli tatt i bruk i løpet av 2007.

I disse dager starter byggarbeidene med det nye Parkbygget, som bygges utenpå og over nåværende strålebunkerser i sykehusparken. Bygget forventes tatt i bruk høsten 2007 og vil romme vår nye dagenhet (sammenslått og flyttet dagpost og poliklinikk). Radiologisk avdeling vil også få plass til PET-CT, cyclotron og hotlab, sammen med flyttede nukleærmedisinske fasiliteter. Nytt fra tidligere planer er en ekstra etasje i bygget for å romme en sengepost for Kreftavdeling (flytting fra utdaterte lokaler). Ved dette vil sengetallet igjen øke til omtrent tidligere nivå og gi en etterlengtet økning i avdelingens og sykehusets isolatkapasitet. Kontorer for avdelingen i rivningsklare bygg vil erstattes med lokaler i Parkbygget. Etter langvarig tautrekking er avdelingen sikret et godt areal for å samle forskningsaktivitet i det nye Laboratoriebygget, som er i ferd med å bygges bak Sentral-blokken. Nærheten til samarbeidspartnere i BBB-bygget er også gunstig.

Ved medisinsk avdeling er konvensjonell allogen transplantasjon av benmarg kommet i gang og logistikken ser ut til å fungere.

Tross en vanskelig budsjettssituasjon er det derfor en god del å glede seg over.

Nytt fra Senter for kreftbehandling i Kristiansand

ved Svein Mjåland

Vi er ikke arbeidsledige her sørpå. Veksten i pasientvolum som vi har opplevd de siste årene fortsetter også inn i 2006. Dette gjelder i første rekke cytostatikabehandling, mens antall pasienter til stråleterapi ligger omtrent på samme nivå som i fjor. Totalt sett har vi nå et repertoar som dekker ca. 90 % av all ikke-kirurgisk kreftbehandling og vårt kundeforhold til Braathens og NSB er ikke lenger like gyldent som det en gang var...

Siden starten i 2001 er staben utvidet fra 30 til 40 ansatte, vi er nå 7 leger mot 3 i begynnelsen. Lindrende avdeling har vært drevet som en selvstendig enhet i et drøyt år, men en fusjonering er på gang, og fra og med høsten vil vi framstå som en samlet avdeling. En palliativ sengepost med 10 senger planlegges åpnet på nyåret i 2007. Dette blir en ny milepæl for Senter for kreftbehandling. Samlet vil legestaben da telle 10 personer og totalt antall ansatte vil øke til ca. 65.

Strålefaglig er vi fortsatt en satellitt under Radiumhospitalet. Og slik vil det vel fortsette så lenge moderhuset mener

at dette er til vårt beste. De personlige samarbeidsrelasjonene med våre kolleger i Oslo er som tidligere svært gode, og faglig/organisatorisk/driftsmessig har vi funnet en plattform for samarbeid som kjennetegnes av "frihet under ansvar".

Sørlandet sykehus har i tråd med både nasjonale og regionale føringer i flere år hatt kreftbehandlingen som et prioritert satsningsområde. Dette har kommet klart til syne i budsjettprosessene hvor man fra år til år har gitt Senter for kreftbehandling et økonomisk fundament for å kunne tilby pasientene nye og til dels svært kostbare medikamenter. Selv om økonomien p.t. er sikret, har vi ingen garantier for at dette vil vedvare i fremtiden. Vi har derfor det samme ønsket som så mange andre om en sterkere sentral finansiering av cytostatikabehandlingen. Dersom man forankrer refusjonsordningen i velbegrunnede diagnosespesifikke handlingsprogrammer, vil staten oppnå tilstrekkelig økonomisk kontroll samtidig med at pasientene sikres like behandlingstilbud uavhengig av hvor de bor i landet. Det er lov å håpe.

Til slutt sender jeg de beste ønsker om en god sommer til kolleger i vest, i øst og i nord.

Vi gratulerer kolleger ved Radiumhospitalet med det nye strålebygget som åpnet 18. mai.

Bygget rommer 5 maskiner, og kapasiteten er økt fra 8 til 11 strålemaskiner.



kilde: www.radiumhospitalet.no

NOF PÅ WEB:

www.legeforeningen.no/onkologi

Stein Sundstrøm, St. Olavs Hospital, NTNU,
disputerte 31. mars 2006.

«Bedring i behandlingen av pasienter med lungekreft.
Resultater fra to kontrollerte undersøkelser.»

Avhandlingen summerer resultatene fra to større randomiserte studier ved lungekreft.



Småcellet studien (J Clin Onc 20: 4665-72, 2002) testet effekten av standard kjemoterapi (CEV-kjemoterapi; cyclofosfamide, epirubicine, oncovine) mot et eksperimentelt regime (EP-kjemoterapi; etoposide, cisplatin) med hensyn på overlevelse (primært endepunkt) og livskvalitet (sekundært endepunkt). Ved begrenset utbredelse av sykdommen (LD-SCLC) ble strålebehandling gitt i tillegg. I alt ble 436 pasienter inkludert i studien. Resultatene viser at EP-regime gir en sikker gevinst i overlevelsen, både median og langtidsoverlevelse, spesielt tydelig ved LD-SCLC. Ved utbredt sykdom (ED-SCLC) var det ingen signifikant forskjell i overlevelse. Ingen sikre forskjeller i livskvalitet ble påvist. EP-regime anbefales som standard ved LD-SCLC.

Ved tilbakefall har studier vist at fornyet behandling med cisplatinbasert kjemoterapi (EP) hos pasienter som tidligere har vært behandlet med anthracyclinholdig kjemoterapi (CEV) gir bedre effekt enn vice versa. Cross-over behandling ved residiv (Lung Cancer 48:251-61, 2005) ble derfor anbefalt. 286 pasienter med valide oppfølgingsdata fikk residiv, av disse fikk 120 fornyet behandling (56 pasienter CEV etter tidligere EP; 52 pasienter EP etter tidligere CEV, 12 fikk tidligere kur på nytt). Ingen forskjell i overlevelsen mellom de to cross-over armene ble vist. Pasienter som fikk ny kjemoterapi (n=120) ble sammenlignet med de som ikke fikk ny behandling (n=166). Rebehandlede pasienter viste en betydelig bedre overlevelse, men dette forklares ut fra ulike prognostiske faktorer ved start av ny behandling. Faktor analyse viste at Performance Status er den viktigste prognostiske faktor mhp seleksjon av pasienter som bør tilbyes fornyet behandling.

Ikke-småcellet studien (J Clin Onc 22: 801-10, 2004) testet effekten av ulik stråling (8,5 Gy x 2, vs 2,8 Gy x 15, vs 2,0 Gy x 25) på primære symptomer (hoste, dyspnoe, hemoptyse) fra sentrale luftveier. Symptomlindring og livskvalitet var primære endepunkter, mens overlevelse var sekundært endepunkt. 421 pasienter ble undersøkt og resultatene viser at hypofraksjonert stråling (8,5 Gy x 2) gir samme effekt som fraksjonert behandling (2,8 Gy x 15; 2,0 Gy x 25). En trend med bedre langtidsoverlevelse hos en subgruppe pasienter med

lokalisert sykdom (st III) og god almentilstand ved fraksjonert behandling, ble påvist. Resultatene tilsier at majoriteten av pasientene kan behandles med hypofraksjonert stråling.

Pasienter i strålestudien hadde sentralt lokalisert svulst som enten ga symptomer fra sentrale luftveier (S), eller lite/ingen symptomer (NS), men fare for snarlige symptomer. Stratifisering for S vs NS pasienter ble foretatt ved start av behandling. Alle pasienter fikk behandling primært, også de som ikke hadde symptomer (NS). Grunnlaget for å gi behandling til NS pasienter var en hypotese om at tidlig behandling kunne forhindre utvikling av symptomer og vedlikeholde god livskvalitet. Sammenligning mellom S-pasienter (n=300) og NS pasienter (n=107) mhp symptomer og livskvalitet over tid ble foretatt (Radiother Onc 75:141-48, 2005). Resultatene viser at S-pasientene opplevde bedret eller stabil livskvalitet, mens NS pasientene opplevde redusert livskvalitet. Etter 14 uker fra strålestart var det ingen sikker forskjell mellom de to gruppene. Undersøkelsen støtter en behandlingspolitikk på at stråling bør gies først når symptomer foreligger.

Gratulerer!

Nye godkjente spesialister i onkologi

Olav Engebråten

Jarle Karlsen

Erik Torbjørn Løhre

Marta Sølvi Nyakas

Gratulerer!

Styret har dette halvåret hatt ett møte i forkant av årsmøtet og fire telefonmøter.

Vi har behandlet følgende høringer: «Landsstyresak – nye lover for Den norske lægeforening», «Utkast til forskrift om donasjon, uttak, testing, prosessering, konservering, oppbevaring og distribusjon av celler og vev», «Vind i seilene for medisinsk forskning», «Landsstyresak – forslag om endring av generelle spesialistregler» og «Nasjonale medisinske kvalitetsregistre».

Mardis Rø har sluttet som kasserer/sekretær i NOF, og Grethe Vikan ved St. Olavs hospital har overtatt.

Styret ble invitert til å skrive om spesialiteten onkologi til et temahefte som skal trykkes i Tidsskriftets skriftserie og utgis til Legeforeningens landsstyremøte i mai 2006. Alle spesialiteter ble bedt om å bidra til dette heftet. Vi har skrevet et bidrag som er sendt inn.

NOFs årsmøte ble avholdt 22. mars i Ålesund i forbindelse med Norsk Stråleterapimøte. Referat se side 14. Etter den formelle delen av årsmøtet var det en aktiv diskusjon vedrørende økende arbeidsbelastning innen onkologi, og bekymring for utdanning av nok onkologer, et tema som engasjerte mange. Styret ønsker å arbeide videre med denne problemstillingen, og fikk støtte for dette. Vi planlegger en spørreundersøkelse for å kartlegge arbeidsforholdene ved de onkologiske avdelingene/poliklinikkene, som vil bli sendt ut til landets spesialister i onkologi og til leger i spesialistutdanning ved de onkologiske avdelinger/poliklinikker.

NOF deltok i planleggingen av Norsk stråleterapimøte, og vil også delta ved planleggingen av neste års møte. Neste årsmøte i NOF vil bli avholdt i Bergen i tilknytning til Norsk stråleterapimøte våren 2007.



Skriv til redaksjonen!