

onko

Nett

Nr. 2 Desember 2004 • Årgang 2



Medlemsblad for Norsk Onkologisk Forening

Innhold

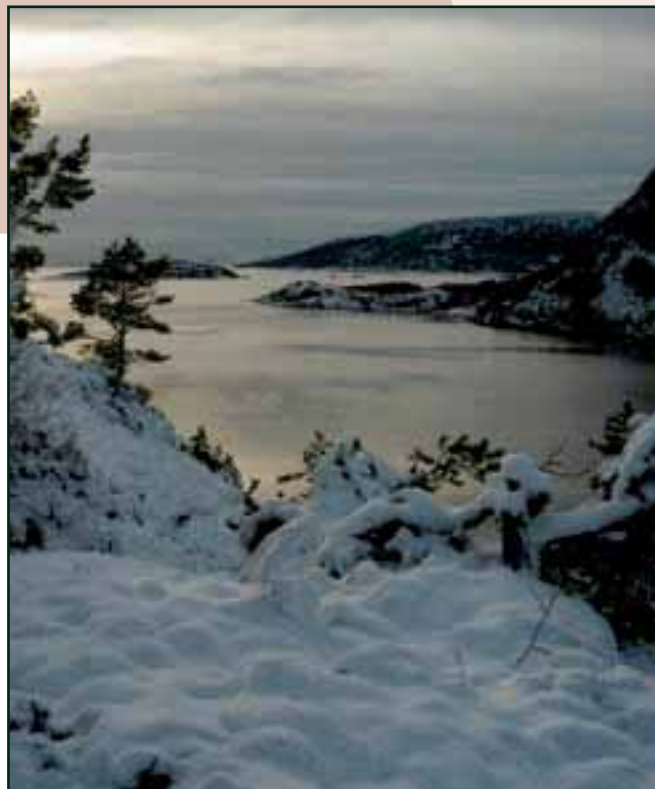
Kjære kollega	3
Informasjon fra styret	3
Onkologisk Ass.lege forum	6
Onkologisk forum 2004	7
Ung Forsker-forskningspris	14
Onkologene – lever de? (et kvad)	17
Nytt fra avdelingene	18
Haukeland Universitetssykehus	18
Ullevål Universitetssykehus	19
KVIST	21
Norsk Stråleterapimøte 2005	25
Nordisk spesialistkurs i palliativ medisin	26
Standard for palliasjon	27
Smerteprevalens 2004	26
Møtekalender	31

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

Forsidefoto:

Olav Dahl:

Vinter i november, Nedstrand i Ryfylke



Styret i Norsk Onkologisk Forening

Steinar Lundgren, leder, Helse Midt-Norge
steinar.lundgren@stolav.no
Tone Nordøy, Helse Nord
tone.nordoy@unn.no
Marianne Guren, Helse Øst
marianne.guren@ulleva.no
Jon Reitan, Helse Sør
jbreitan@yahoo.no
Marianne Brydøy, Helse Vest
marianne.brydoy@helse-bergen.no

Spesialitetskomiteén i Onkologi

Dag Josefsen, leder
Lise Balteskard
Unn-Merete Fagerli
Reino Heikkilä
Christoph Müller (ylf-representant)

Redaksjonskomité

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

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

Innlegg bes sendt elektronisk i word format til
Marianne Brydøy
Annonseplass kan bestilles hos Marianne Brydøy

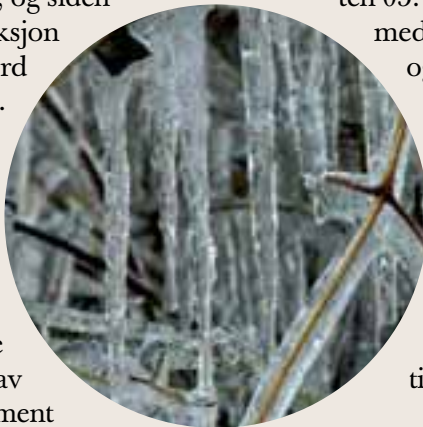
Lay-out og trykk: Tapir Uttrykk, Trondheim

Kjære kollega!

av Marianne Brydøy

Så er det jul igjen. På tross av lite ekstra feriedager denne julen, håper jeg roen senker seg hos dere alle midt i travelheten vi ellers er omgitt av.

Arbeidet i redaksjonen bærer også preg av at Dag Clement og jeg er opptatt på andre fronter. Like etter utgivelsen av et nummer er vi full av gode intensjoner og ideer for neste utgave, men månedene går så fryktelig fort... Vi startet arbeidet med Onkonytt for snart 2 år siden, og siden har vi ønsket en større redaksjon med representanter fra nord til sør og ulike interessefelt. Foruten at arbeidsbelastningen da ikke ville være særlig stor for den enkelte, ville det selvfølgelig være positivt for ideutveksling og kvalitet. Tilbake i jobb med 4 barn mellom 1 og 7 år venter nye utfordringer, og jeg går derfor av som redaktør. Både Dag Clement og jeg er imidlertid villige til å være med videre hvis det er ønske om at Onkonytt fortsetter og en større redaksjon lar seg stable på bena.



Du kan gjerne sende oss dine synspunkter, men ellers blir det tatt opp på årsmøtet i april.

Flere internasjonale kapasiteter besøkte i år onkologisk forum, og det var to spennende dager med varierende program som du kan lese om her. Betydningen av utdanning i palliativ medisin ble også tatt opp, og i dette nummeret omtales det Nordiske kurset i palliativ medisin der det andre kullet begynner høsten 05. Du finner litt om hva KVIST gruppen driver med, et innlegg fra høstens assistentlege forum og noen resultater fra Smerteprevalensundersøkelsen i 2004. Under Nytt fra avdelingene orienterer Haukeland om sine utbyggingsplaner og Ullevål om EBBA studiene. Det foreligger et foreløpig program til Norsk stråleterapimøte i april, og som det kommer frem i informasjonen fra styret blir det ikke et ordinært vårmøte i 2005, men vi foreslår at årsmøtet/generalforsamlingen holdes i tilslutning til Norsk stråleterapimøte.

Riktig god jul og godt nytt år ønskes dere alle!

Informasjon fra styret

av Marianne Brydøy

Ikke ordinært vårmøte i 2005

De siste par årene har arrangering av vårmøtet vært gjenstand for en liten diskusjon ved årsmøtet. Bakgrunnen for dette har særlig vært at deltakelsen er lavere enn man kunne ønske. Vi har fått noe kritikk for at program for vårmøtet har vært sent annonsert og ikke bredt nok blant de nyere i faget. Programmet i seg selv har fått positive tilbakemeldinger. Styret har tidligere vært inne på tanken om vårmøtet burde arrangeres annet hvert år, men tilbakemeldinger fra årsmøtet har vært at vi bør ha et årlig eget møte for onkologer, helst på vårparten. Avdelingslederne bør i den grad det lar seg gjøre, prioritere å sende legene til møtet.

Styret går likevel inn for at vi ikke arrangerer et ordinært vårmøte i 2005. Norsk stråleterapimøte som tidligere ble arrangert om høsten legges nå til våren, også med ønske om at tidspunktet vil gi bedre opp-

slutning blant onkologer. Da styret skulle fastsette en dato for vårmøtet som ikke skulle kollidere med ferier/helligdager og andre kurs og kongresser, viste det seg at et vårmøte sannsynlig ville «konkurrere» med Norsk stråleterapimøte pga nærhet i tid. Det er ingen tjent med, og styret besluttet derfor at vi ikke arrangerer eget faglig møte i 2005, men legger generalforsamlingen/årsmøtet vårt til Norsk stråleterapimøte som skal være i Oslo 6-7 april, se egen annonsering i bladet. Vi understreker at det også her i tillegg til det faglige er gode muligheter for sosial omgang! Hvorvidt vi heretter skal ha årlige egne møter, eller om det kunne være en løsning med alternerende stråleterapimøte / vårmøte blir så gjenstand for diskusjon.

Høringsuttalelser

Styret har i høst behandlet disse høringene:

Informasjon fra styret forts.

- **Legeforeningens organisasjon.**
(kan lastes ned fra www.legeforeningen.no/index.gan?id=52026)
- «**Nasjonal strategi for arbeid innenfor kreftomsorgen– kvalitet, kompetanse og kapasitet**»
(kan lastes ned fra www.odin.dep.no/hd/norsk/publ/rapport/bn.html)
- **Nasjonalt kompetansesenter for studier av langtidseffekter etter behandling av kreft**
(Helse Sør har søkt SHD om opprettelse av et slikt senter ved DNR).

Vi jobber nå med «**Ny veiledning for stråleterapi**»



NOF PÅ NETT!

Nå finner du tidligere utgaver av
onkonytt på vår hjemmeside

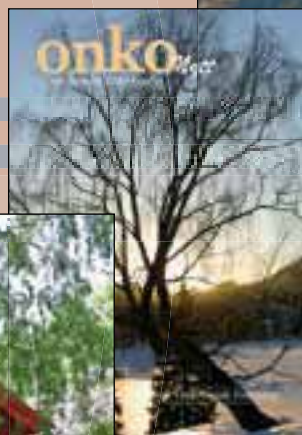
Siden finner du via

www.legeforeningen.no

Fra venstre meny velges «organisasjon» og
deretter «spesialforeninger» –
Norsk Onkologisk Forening.

Har du ideer eller tips til denne siden:

Ta kontakt med Marianne Guren i styret
(MarianneGronlie.Guren@ulleval.no).



Onkologisk ass. legeforum 18 – 19 okt. 2004

av Brita Skodvin

For fjerde året på rad ble Onkologisk ass. lege forum arrangert i samarbeid med Pfizer. Årets seminar ble arrangert på Gardermoen Airport hotell. 47 assistentleger fra Universitetssykehuset Nord-Norge, Radiumhospitalet, Ullevål, Haukeland, Stavanger og Gjøvik deltok.

Forumet startet fredag ved lunsjtid og alternativ medisin stod da på programmet. Bernt Rognlien fra Balderklinikken innledet med temaet «Alternativ medisin til kreftpasienter».

Terje Risberg fra UNN hadde innlegget «Alternativ medisin og standard kreftbehandling, -et signal om å ta pasienten på alvor?» Kjetil Jonsbu fra Helsedepartementet redegjorde for loven om alternativ behandling. Avslutningsvis var det en fruktbar diskusjon mellom foredragsholderne og plenum om alternativ medisin har en plass i behandlingen av kreftpasienter.

Onkologisk ass.lege forum vektlegger så vel det faglige som det sosiale, og betydningen av kontakt mellom ass.leger ved de forskjellige sykehusene. Fredagskvelden ble avsluttet med middag og sosial samling utover natten.

Lørdag stod GI-cancer, med hovedvekt på colorektal cancer, på programmet. Foredragsholdere var Kjell Magne Tveit fra Ullevål og Halfdan Sørbye fra Haukeland. Både kurativ og palliativ behandling ble belyst. Sesjonen ble avsluttet med temaet «Utprøven- de behandling og fremtidige perspektiver i GI-cancer behandling».

Tradisjonen tro ble programmet avsluttet med rundreisen «fra nord til sør» der en ass.lege fra hvert universitetssykehus la frem sine forskningsprosjekter der først og fremst innholdet i prosjektet, men også praktiske forhold rundt dette ble belyst.

Ikke overraskende ansees møtet som så vellykket at komiteen for neste års Onkologiske ass.lege forum allerede er dannet.



Et spennende og variert program lokket ca 450 deltagere til Holmenkollen og årets Onkologiske Forum. I år som i fjor var flere kjente internasjonale foredragsholdere invitert, deriblant Umberto Veronesi, en pioner innen behandling av brystkreft, Kent Osborne som holdt Tannlege Aases minneforelesning om «Targeted therapy for breast cancer» og Kathy Foley, den påtroppende presidenten i International Association for Hospice and Palliative Care. Arrangementskomiteen og styret i Onkologisk Forum med avtroppende leder Øyvind Bruland i spissen, fortjener honnør for et flott og utbytterikt møte!

Det flotte vinterværet vakte stor begeistring hos tilreisende forelesere, men førte dessverre med seg innstilte fly og for min del en forsinket ankomst til Holmenkollen - midt i foredraget til Umberto Veronesi. På oppdrag for «Onkonytt» hadde jeg for første gang i mitt liv et pressekort diskret plassert i lommen, men tanken på at jeg kunne se det hele om igjen i ro og mak foran PCen var betryggende, noe notatene mine også bærer preg av. Men man skal visst vokte seg vel for å stole blindt på teknologien i journalistyrket også. Lyden falt vekk under innspillingen fra torsdagens formiddagssesjon, og disse foredragene er derfor dessverre ikke mulig å følge på web-tv. Jeg drister meg likevel til å gjengi noe fra de foredragene jeg overvar. Tannlege Aases minneforelesning ved Kent Osborne og Attilio Giacosas forelesning om «Nutrition support of the cancer patient» fikk jeg dessverre ikke med meg, og er derfor utelatt helt.

I tillegg til en del av foredragene i hovedprogrammet finner du faggruppemøtene til Norsk Forening For Palliativ Medisin, Norsk Bryst Cancer Gruppe og Norsk Lungekreft Gruppe på www.onkologisk-forum.org. Et besøk anbefales!

Umberto Veronesi,

European Institute of Oncology i Milano :

«Changing paradigms in the management of breast cancer»

I sin forelesning tok Veronesi utgangspunkt i «eldre» paradigmer og presenterte hypoteser og studier med derav påfølgende nye paradigmer. På denne måten la han frem flere av deres tidligere, pågående og mulige fremtidige studier. Er aksille disseksjon berettiget ved mikrometastaser i sentinal node? I følge hans data finner en ikke andre metastaser ved aksilledisseksjon hos 85% av pasienter med mikrometas-

taser i sentinal node. Under hypotesen av at aksilledisseksjon ikke er nødvendig ved mikrometastaser, har de nå en pågående studie der disse pasientene ($T < 3$ cm) randomiseres mellom aksilledisseksjon og follow-up.

Paradigmet etter brystkonserverende kirurgi er at hele mammaertelen skal bestråles. Med bakgrunn i at de fleste lokale residiv kommer i nær relasjon til primærtumoren / samme kvadrant, er hypotesen at målvolument kan begrenses til dette området. Han presenterte ELIOT (Electron IntraOperative Therapy) som til nå har vært brukt hos nesten 1000 pasienter. Under operasjonen gjøres en quadrantektomi, og brystveggen beskyttes så av en blokk. Collimator stilles deretter inn visuelt direkte mot operasjonsområdet, og pasienten får 21 Gy i en enkel dose (ekvivalent til 55-60 Gy fraksjonert). Lunge og hud dosen er betydelig redusert i forhold til konvensjonell behandling. Det pågår en studie med pasienter over 48 år, $T < 2,5$ cm som randomiseres til brystbevarende kirurgi med konvensjonell RT til 60 Gy eller brystbevarende kirurgi og ELIOT til 21 Gy. Imidlertid var teknikken såpass populær blant italienske kvinner at ikke alle var randomisert fordi flere bad om ELIOT. Andre tema han var innom var blant annet ductal lavage for å finne atypi hos høyrisikopasienter og pharmacoprevensjon. Avslutningsvis snakket han om hvilket enormt spektrum som kan ligge i biomolekylær behandling, og nevnte «tumoral pretargeting» med et Avidin-Biotin system, en radionuclide behandling med 3 faser over 48 timer.

A.P.M Heintz, University Medical Center Utrecht:

«Euthanasia: Evidence based medicine or...»

The Dutch experience.

I Nederland med 15 millioner innbyggere er det ca 3 200 som dør ved eutanasi og 400 tilfeller av lege assistert selvmord hvert år. 80 % av de som dør ved eutanasi er kreftpasienter, og siden nesten halvparten av kreftpasientene dør hjemme, er eutanasi en problemstilling særlig for primærleger. En tankevekker er det også at en nasjonal survey hvor dødsårsak var hentet fra dødserklæringen, viste at 1000 hadde administrasjon av medikamenter som dødsårsak, uten at det forelå en spesifikk anmodning.

Blant 25-26 kriterier for å få innvilget eutanasi nevnte han følgende som de viktigste: Pasientens egen frie vilje med gjentatte anmodninger om eutanasi.

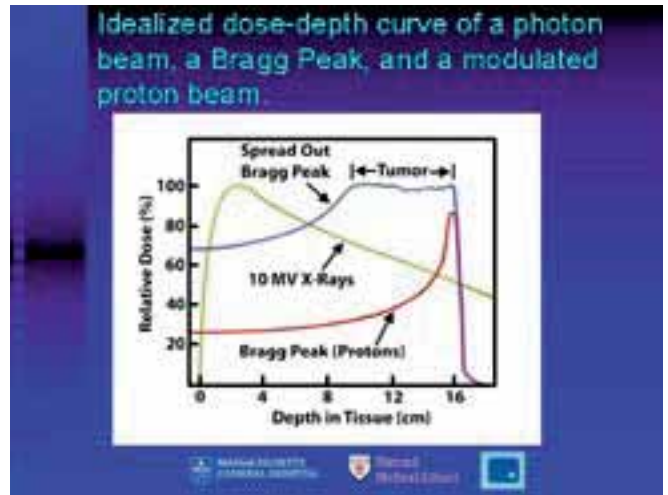
Pasienten skal være mentalt klar. Den medisinske prognosen er håpløs og vil med sikkerhet medføre døden. Beslutningen tas av et team av nært involverte helsearbeidere (leger/sykepleiere). En uavhengig lege som ikke er involvert i behandlingen av pasienten må verifisere den håpløse prognosen. Eutanasi skal journalføres og naturlig dødsårsak skal ikke oppgis.

Hva er årsaken til at pasienter spør om eutanasi? Han viste til 2 surveys hvorav den andre var blant kreftpasienter ved hans eget sykehus. Tap av verdighet og håpløs lidelse fremsto som de viktigste årsakene, mens smerte var viktigste årsak hos bare 5-7%. Andre årsaker var avhengighet av andre og «trøtt av livet». I følge studien blant kreftpasientene forelå ikke depresjon, og psykiater ble konsultert hos 8 %. Avgjørelsen ble støttet hos de fleste av de pårørende. Det ble ikke tid til spørsmål eller kommentarer, men Kathy Foley innledet til debatt under faggruppemøtet til Norsk Forening For Palliativ Medisin samme ettermiddag. Lege assistert selvmord er tillatt i Oregon som eneste stat i USA. Hennes innlegg er tilgjengelig på websiden.

Torunn Yock,
Massachusetts General Hospital i Boston:
«Proton Radiotherapy in
Pediatric and Sarcoma Patients»

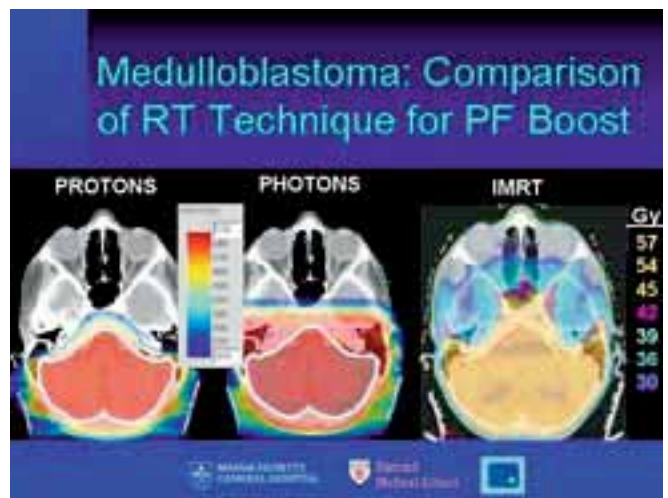
Ideen om å bruke protoner i medisinsk sammenheng ble lansert av Robert Wilson i 1946, og de første pasientene ble behandlet på 50-tallet ved Berkeley og i Uppsala. Det var brystkreftpasienter som fikk protonstråling mot hypofysen. Det første kliniske senteret ble åpnet i 1991 ved Loma Linda i California, og nå er det tre sentre i USA, men ytterligere 3 kommer i 2006. Så langt er over 40 000 behandlet på verdens basis.

Protoner er partikler med ladning og masse. Kilden er hydrogen atomer strippet for elektroner som tilføres energi i et elektrisk og magnetisk felt i en cyclotron. Den relativ biologiske effekten er noe høyere enn for fotoner (ca 1.1- 1,64 Gy protonstråling tilsvarer 1,8 Gy fotonstråling), og benevnes Cobolt Grey Equivalent. Protonene avgir relativt lite energi før de når enden av sin rekkevidde hvor all energi avsettes, «Bragg Peak» (se figur). Siden målvolument som oftest er tykkere enn noen millimeter moduleres protonene til ulik energi. Bragg Peak blir derved bredere (se figur). Den store fordel er at exit dose



unngås pga det bratte dosefallet. God lokalisering gir lavere akutt- og sen toksisitet.

Hun viste eksempler fra doseplanleggingen som i prinsippet ikke skiller seg fra 3D doseplanlegging/IMRT. Hun viste en del bildeeksempler på dosefordeling ved de ulike metodene, her gjengis en illustrasjon som viser boost mot bakre skallegrup ved medulloblastom, hvor det blir ønskelig å spare cochlea.



Pågående studier ved MGH Northeast Proton Therapy Center kan deles i 2 grupper hvorav noen ble nevnt:

I. Redusere morbiditet – Vesentlig barn

- Medulloblastom (fase II) med sykdomskontroll, akutt- og senbivirkninger (ototoksisitet, neurokognitive funksjoner) som endepunkt
- Sarkomer hos barn (rhabdo- og non-rhabdomyosarkom)
- Retinoblastom

II. Dose eskalerende – der kritiske strukturer begrenser dosen ved andre teknikker

a) Spinale og paraspinale sarkom. Her gis også gjerne IORT (10 Gy) ved at et 90Y plaque legges på dura i ca 10 minutter.

b) Skallebasis/cervical column chordomer og chondrosarkomer. Hun anga her doserestriksjoner på 67 CGE til overflaten av medulla spinalis / hjernestammen, 55 CGE til senter og 62 CGE til n. opticus og en komplikasjonsrate < 5%

Hun oppga en set up error på bedre enn 2-3 mm ved hjelp av «Online portal imaging for set up accuracy», hvor datamaskinen ved hjelp av røntgen bilder tatt i behandlingssituasjonen og DRR fra planleggingen gir beskjed hvordan bordet skal flyttes i 6 retninger.

Som en konklusjon kan man ved behandling med protoner som er den mest konformale teknikk til nå, spare normalvev og oppnå tilstrekkelig dose til tumor. Imidlertid er det en begrenset ressurs og svært dyrt, hvor dyrt kom hun imidlertid ikke inn på.

Kathy Foley,
Memorial Sloan-Kettering Cancer Center in
New York:

«Improving palliative care for cancer:
Advancing professional education and leadership»



Kathy Foley gikk først inn på WHO's rolle innenfor palliativ medisin. Hvert år dør ca 6,2 millioner mennesker av kreft på verdensbasis. WHO har gitt ut en rekke monografier/publikasjoner om lindrende behandling fra «Cancer Pain Relief» i 1986 til «National Cancer Control Pro-

grammes» i 2000. WHO evaluerer nå ulike nasjoner i forhold til denne agendaen ved hjelp av prosessmål som for eksempel tilgjengelighet av medikamenter, utdanning og nasjonal politikk. Hun anbefalte en titt på nettsiden til International Observatory on End of Life Care (www.eolc-observatory.net) som gir forskningsbasert informasjon om lindrende behandling i en internasjonal kontekst.

Hun viste deretter data fra to surveys om lindrende behandling gjennomført blant medisinske onkologer. I «1998 ASCO Survey in End of Life Care» (Emmanuel et al) rapporterte de fleste tilstrekkelig trening, og over halvparten rapporterte «prøving og feiling» som læreressurs. I vurdering av

egen kompetanse i håndtering av symptomer scorete smerte, obstipasjon og kvalme relativt høyt, mens færre følte seg kompetente når det gjaldt dyspnoe, anorexi og depresjon. Kunnskapsspørsmål sjekket hvorvidt kompetansen sto i forhold til legens egen vurdering, og det forelå en klar «mismatch». Denne arroganse - ignoranse konstellasjonen er en barriere for god lindrende behandling. Andre barrierer var at over halvparten ikke hadde tilgang på palliative team, og 1/4 oppga inadekvate refusjonsordninger som en barriere. Som følge av denne studien ble det gitt ut en rekke anbefalinger i «Improving Palliative Care for Cancer», bla forslag om «centers of excellence» i palliativ medisin, revisjon av skriftlig informasjon tilegnet pasienter med implementering av informasjon om lindrende behandling, samt utforming av spesifikke retningslinjer for omsorg ved livets slutt som er lagt ut på www.nccn.org.

Den andre studien, «ESMO Survey on Palliative Care» (Cherny et al), viste at onkologene i stor grad var involvert i håndteringen av vanlige fysiske symptomer, men i liten grad i de psykologiske, sosiale og eksistensielle sidene. Ca 1/3 samarbeidet ofte med helsearbeidere innen lindrende behandling. 10-20% skilte seg imidlertid generelt ut med en mer negativ holdning til palliativ medisin. Tilfredshet i forhold til håndtering av omsorg ved livets slutt var blant annet assosiert med god trening, men også med et lavt nivå av utbrenthet. Kathy Foley snakket deretter litt om utdanning og forskning i USA, og nevnte avslutningsvis Tom Smiths beregninger om hva en kan oppnå ved å ha en palliativ enhet ved sykehuset. Ikke bare i kvalitet, men også i sparte kostnader fordi hensiktsmessig livskvalitets forbedrende behandling iverksettes fremfor uegnet høyteknologisk behandling som ikke er indisert.

Jon Sundbø, Det norske radiumhospital HF:
»Forebygging av munnhulekreft ved
molekylærbasert behandling av
aggressive intraepiteliale neoplasier (IEN)»



Dette temaet har de nå jobbet med i 10 år ved DNR. Prinsippene gjelder flere tobakksassosierte luftveis cancere. Typisk er en flertrinnsprosess som involverer flere mekanismer og multifokalitet. Ved å påvise kombinasjoner av alleletall kan man sannsynliggjøre hvorvidt lesjonene er genetisk relaterte eller urelaterte parallelle prosesser. Som

illustrasjon på dette ble det presentert et kase med i alt 14 lesjoner i munnhulen (plateepitelcancere og dysplasier) i løpet av en 10 års periode hvor det var 4 parallelle prosesser med opp til 5 lesjoner hver.

Han refererte så egne data publisert i NEJM 2001/2004 med 150 pasienter som ble fulgt etter eksisjon av orale leukoplakier, hvorav 47 utviklet cancer. For sykdomsfri overlevelse betydde reseksjonsrender ingenting, men derimot hadde genomisk instabilitet stor betydning, med høy andel cancer spesielt blant de aneuploide (26/27). Av de diploide hadde 5 av 103 utviklet cancer. Disse var mindre aggressive enn de genomisk instabile i form av både færre senere cancer og lavere mortalitet. Det foreligger altså genetiske molekylære forandringer i ikke-invasive lesjoner som sier noe om det kliniske forløpet av den invasive sykdommen. Hvis man kan tenke seg medikamenter som kan påvirke eller utsette prosessen, hvilke molekylære mål er relevante? Cyklooksygenase 2 kan være ett relevant mål fordi en av de viktigste metabolittene fra dette enzymet er PGE2 med en rekke kjente biologiske effekter som karnydannelse, hindre invasivitet og muligens påvirke apoptose. Tobakksrøyk inducerer *cox2* ved en EGFR avhengig mekanisme og cyklooksygenase 2 og PGE2 er ca 4 doblett i munnslimhinnen hos røykere kontra ikke røykere. Cox 2 er lite uttrykt i normal munnslimhinne, men er uttrykt i plateepitelcarcinomer i munnhulen og i aneuploide orale IEN. EGFR er også uttrykt i orale IEN og disse signaliseringsmekanismene samvirker i munnslimhinnen. Epidemiologiske data fra statens helseundersøkelse og kreftregisteret kan tyde på at NSAIDs har en viss beskyttende/utsettende effekt for hode-hals kreft hos storrykere. En studie fra Boston viser at PGE2 konsentrasjonen i lesjonene i munnslimhinnen viser reduksjon etter 3 mnd behandling med celecoxib.

Det pågår nå en klinisk studie ved DNR som kan være den eneste kjemoprevensjonstudien til nå som har cancer som endelig endepunkt. 300 pasienter med aneuploide leukoplakier eller erytroplakier skal inkluderes, disse har høy risiko for malign transformasjon (>50% på tre år). Det er 4 armer (celecoxib, EKB 569 – en selektiv hemmer av EGFR, kombinasjon av celecoxib og EKB 569 og placebo) med ett års behandling. Oral cancer er det endelige endepunkt.

Bjørn Erikstein,
Viseadministrerende direktør i Helse Sør RHF:
Har helsereformen gitt oss muligheter til kvalitetsbedring innen kreftomsorgen?

Innledningsvis snakket han om ulike dilemma. Å prioritere betyr å sette noe foran noe annet, dvs å si nei til noe. Helsearbeidere har et etisk dilemma mellom pliktetikken («A physician shall owe his patients complete loyalty and all the resources of his science») og nytte etikken («The greatest benefit to the greatest number»). Hvordan skal vi vurdere effekt i forhold til kostnader? Cost benefit (økonomisk gevinst), cost effectiveness (oppnådde enheter som f.eks leveår) eller cost utility (leveår med bedret livskvalitet)?

I følge prioriteringsforskriften har pasienter ut i fra gitt prognose og forventet nytte rett til nødvendig helsehjelp såfremt forventet kostnad står i rimelig forhold til effekten. Nytt regelverk inntrådte i september der fritt sykehus valg nå også gjelder private institusjoner og kapasitet er ikke lenger begrensende faktor. Brudd på behandlingsfristen gir rett til finansiering av behandling annet sted, og avgjørelsen om utenlandsbehandling ligger nå hos regionene, ikke rikstrygdeverket som tidligere.

Årlige utgifter til spesialisthelsetjeneste økte med 8,6% fra 2002 til 2003, mens BNP økte med 0,8%. I økende grad vil ressurser, ikke medisinske muligheter være den begrensende faktor. Er det mulig å si nei til noe? Som et eksempel ble Gauchers sykdom der pasienten som oftest har normal forventet levetid trukket frem. SHD har vedtatt å refundere utgiftene til renfremstilt enzym hos en pasient. Kostnadene er ca 3 millioner kroner pr år pr pasient, og prisen for et kvalitetsjustert leveår er beregnet til 60 millioner kroner.

Erikstein orientert litt fra Helse Sør hvor en regional kreftplan nå er godkjent og funksjonsfordeling delvis initiert (thoraxkirurgi og kirurgi ved brystkreft og endetarmskreft). Som ledd i deres forskningsstrategi ble blant annet nevnt at Helse Sør har innført «månedens mest relevante artikkel» som premieres med 25 000 kroner.

Som konklusjon oppsummerte Erikstein at ressurstilgangen trolig ikke vil fortsette å øke i takt med nye og effektive behandlingsmetoder som står i kø. Annerledes prioritering kan gi mer ut av helsekronene. Prioritering er et politisk ansvar, men må tildels implementeres på klinisk nivå. Manglende prioritering kan gi økt misnøye, og prioritering av forskning er viktig, også i forhold til effektivisering. RHFene må i større grad være løsningsorienterte knyttet opp til implementering av vitenskapelig begrunnede nye metoder og ny terapi.

Debatt sesjon – «Forholdet rundt økte kostnader ved bruk av nye medisiner.»

Jan Norum innledet til debatten. I Norges brukes årlig 14,5 milliarder kroner til legemidler hvorav 733 millioner går til behandling av kreftpasienter (analgetika ikke medregnet). Cytostatikakostnader utgjør 287 millioner av dette, og utgifter til cytostatika økte med 115 % fra 1999-2003. Til sammenligning brukes 1 milliard kroner på kolesterolsenkende medikamenter. Utviklingen i medikamentkostnader ved UNN, St Olav og DNR ble vist, eksempelvis var det en 4-dobling i medikamentutgifter ved St Olav fra 97-03, og ca 50% økning ved UNN fra 02-03. Det er særlig de monoklonale antistoffene som vil drive kostnadene opp. I dag er 6 i klinisk bruk, men i følge NCI ligger 100 nye fremfor oss. Utgiftene til medikamenter er betydelig større ved onkologiske enn ved ikke-onkologiske avdelinger og utgjør ca 1/4-1/5 av totalrammen for avdelingen. 7 av medikamentene på UNNs 10 på topp liste (volum x pris) for 3. kvartal i år er kreftmedikamenter.

Kostnadsberegninger utført ved UNN for bruk av Herceptin ved brystkreft med spredning og Temodal ved glioblastom ble presentert. Herceptin koster ca 350 000 kroner pr pasient, inkludert poliklinikkostnader, blanding ved apotek mm, eller ca 1/2-1 million kroner pr vunnet leveår. Tilsvarende beregninger for Temodal ved glioblastom er vel en halv million kroner pr vunnet leveår (130 000 kroner pr pasient).

Hva kan vi gjøre fremover med kostnadene? Kan man sette en grenseverdi for hva et leveår er verd? 300-400 000 pr år? Eksempler fra litteraturen blant annet for hemodialyse ble vist. Hvis faggruppene skal sette hvor grensene for behandling skal gå, kan det være vanskelig å oppnå en likhet i mellom de forskjellige kreftgruppene. Før ordet ble gitt til salen foreslo Jan Norum at vi burde ha et Kompetansesenter i kreft og helseøkonomi som kan gi råd til faggrupper og myndigheter; hva koster dette?

Olav Mella sa at vedtak i faggruppene som utelukkende er på medisinsk grunnlag uten skjeling til økonomiske konsekvenser er et problem. Avdelingslederne må gjøre interne vedtak om hva de vil prioritere. Det kan ellers bli en urettferdighet mellom de ulike tumorgruppene som gjelder vel så mye bruk av arbeidskraft som medikamentkostnader. Han følte også sterkt for forholdet mellom kurativ og palliativ behandling som kan bli skjelt hvis ikke et nasjonalt system regulerer dette. Vil vi etter hvert bruke for mye ressurser i palliativ situasjon i mot det vi gjør til å forbedre den kurativ behandlingen, spesielt hos de som har forventet langtidsoverlevelse?

Gunnar Sæter fortalte at ved DNR har medikamentbudsjettet tradisjonelt og prinsipielt vært for søkt spart, spesielt for de nye medisinene. Enhver

utprøvende virksomhet fører imidlertid med seg noe «compassionate use» som det ikke er god finansiering for og kan være et problem. DNR har satset på utvikling av IT støtteverktøy sammen med SHD, og helse sør har nylig påtatt seg det økonomiske ansvaret for sekretariatet for dette kjemoterapi biblioteket som vil gi en nasjonal oversikt over tilgjengelige kurer med kostnader etc. Gunnar Sæter var enig i at man trenger en overbygning utover faggruppene for å holde en god nasjonal økonomisk profil. Man må få et beslutningsgrunnlag med i det minste et oppdatert regelverk om hvordan man skal forholde seg til de økonomiske aspektene. I dag savnes en beslutning eller et vedtak i det hele tatt, og vi har en helt uakseptabel cytostatika refusjonsordning som henger flere år etter.

Kjell Magne Tveit mente også at det nå er viktig å få på plass en ordning. Som avdelingsoverlege i onkologi er man i større grad enn ved mange andre avdelinger, skvist mellom fagansvar og budsjettansvar pga medikamentkostnadene som rammer avdelingen mer enn blåresept ordningen. Men lojaliteten er hos pasientene, og norske pasienter må kunne få samme behandling som man får i utlandet. Vi kan ikke være et annerledes land, og sentrale ordninger og beslutninger må være harmonisert med det internasjonale samfunn.

I debatten etterpå kom krav til dokumentasjon opp, og kravene fra kreftplanen 1997 kan sies å være noe «avleggs» i forhold til behandling som er internasjonal konsensus i dag. Det ble av flere poengtert at disse nye medikamentene er suksesshistorier som følge av mange års translasjonsforskning, og ikke noe negativt. Ved beregning av hva ting koster bør man også se igjennom «eldre behandling». Forskning bør fokusere på å finne frem til de pasientene som har nytte av behandlingen (halen av overlevelseskurven), for å spare kostnader og unødvendige bivirkninger for de som ikke har glede av behandlingen. Hva med faggruppens rolle og eventuell «overstyring» av deres vurderinger av økonomiske grunner? I den «reviderte» kreftplanen fremstilles faggruppene som premissleverandører, og hvis den faglige vurderingen medfører store kostnader skal det i løpet av kort tid vurderes av et statlig nedsatt utvalg. Ansvaret for et eventuelt nei plasseres da politisk. Helseministerens uttalelser om hva fagmiljøet selv kan ta hånd om og faglig integritet ble omtalt som et slags svarteper spill. Politikerne må ta stilling!

Onkologisk Forum i 2005 arrangeres i Tromsø 17-18. november.

Ung forsker – forskningspris

tildelt Anne-Sofie Furberg ved Onkologisk Forum

av Marianne Brydøy i samarbeid med Anne-Sofie Furberg



Denne prisen tildeles forskere under 40 år som fortrinnsvis har gjennomført en doktorgrad og driver forskning på post.doc nivå. Forskeren skal ha fått internasjonal oppmerksomhet, og foruten heder

og ære følger 25.000 kroner med forskningsprisen.

Prisen ble i år tildelt Anne-Sofie Furberg som i mars 2004 disputerte ved Universitetet i Tromsø med tittelen «Miljøfaktorer, metabolsk profil, hormoner og risiko for bryst- og endometriekreft». Furberg studerte medisin ved Universitetet i Tromsø og avla embetseksamen i 1997. Hun har vært ansatt som stipendiat 1999–2004 ved Institutt for Samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, under veiledning av Inger Thune. Forskningsgruppen har i 10 år samarbeidet med forskere i Norge, Polen og USA. Doktorgradsarbeidet har vært finansiert av Den Norske Kreftforening, Helse og Rehabilitering, Universitetet i Tromsø og Aakre-fondet. Furberg har også mellomfag i russisk og eksamen i matematikk og statistikk fra Universitetet i Bergen. For tiden jobber hun ved patologisk avdeling ved UNN, men er involvert i et internasjonalt samarbeidsprosjekt «Energy Balance and Breast Cancer Aspects (EBBA)».

Hennes forelesning var en fin avslutning på årets Onkologisk Forum. Innledningsvis viste hun til at det foreligger dokumentasjon for at fedme doubler risikoen for brystkreft etter overgangsalderen og fire-dobler risikoen for endometriekreft (fritt østradiol øker med økende BMI). Et høyt nivå av fysisk aktivitet reduserer risiko for begge krefttyper med 40 % sammenlignet med et lavt nivå av fysisk aktivitet. Å knytte overvekt og fedme til «pathways» for kreftutvikling er imidlertid komplekst, og Furberg og medarbeidere har studert biomarkører som kan hjelpe oss til å identifisere risikoprofiler for bryst- og endometriekreft.

Hennes doktorgrad baserer seg på 3 fylkesvise helseundersøkelser i Finnmark, Sogn og Fjordane og Oppland gjennomført av Statens Helseundersøkelser (Folkehelseinstituttet) på 70- og 80-tallet. Kvinner i alderen 17-54 år var invitert til undersøkelsene hvor blant annet blodprøver og målinger av høyde og vekt inngikk. Dataene ble så koblet mot Kreftregisteret i 1996/1998. I livmorkreft studien var det 24 460 kvinner, hvorav 130 hadde utviklet endometriekreft ved

avslutning i 1996. I brystkreft studien er det 38 823 kvinner hvorav 708 var diagnostisert med brystkreft innen utgangen av 1998. Studiene viser bl.a en sammenheng mellom hyperglykemi hos overvektige og endometriekreft, med en relativ risiko på 2,5 for høyeste versus laveste verdier for ikke fastende s-glukose. (Det er vist sammenheng mellom hyperglykemi og fritt østradiol og testosteron). Risiko for brystkreft var inverst relatert til s-HDL-kolesterol hos overvektige kvinner med en 3-doblet risiko for høyt vs lavt s-HDL. En forklaring for dette kan være at kjønnshormoner er med i reguleringen av HDL. Den sist nevnte studien ble publisert i Journal og National Cancer Institute i august 04.

Avslutningsvis orienterte hun kort om EBBA studiene som du finner mer om i Inger Thunes innlegg fra Ullevål under «Nytt fra avdelingene». I etterkant av Onkologisk forum sendte vi en e-mail til Anne Sofie Furberg for å høre litt om hvordan hun ble involvert i forskning, og hvordan dette lar seg kombinere med jobb og familie.

Når ble du involvert i forskning og hvordan kom du i kontakt med dette prosjektet?

Under medisinstudiene ble det fremhevet at det er spesielt gode forhold for epidemiologisk forskning i Norge, særlig pga. solide databaser som Kreftregisteret. Dette inspirerte meg som alltid har vært glad i tall. Jeg dro til Nordisk sommerskole i kreftepidemiologi 1995, skrev studentoppgave ved Kreftregisteret og arbeidet som russisk tolk for forskningsprosjekter ved Institutt for samfunnsmedisin. Inger Thune hadde etablert en internasjonal forskergruppe med fokus på energibalanse, hormoner og brystkreft, og hun tilbød meg å ta doktorgrad på hennes prosjekt. Jeg likte ideene hennes, og hun var fra første stund en svært oppmuntrende og målbevisst veileder.

Det ryktes at du har 3 små barn og en mann som er nevrokirurg. Hvordan er det å kombinere familieliv og en jobb ved patologisk avdeling med tilværelsen som forsker?

Stipendiatjobben ga oss som småbarnsfamilie jevnt over mer slakk i hverdagen (rolig morgen, relativt tidlig hjem, hjemme med sykt barn etc) selv om det ble mye helgearbeid de siste månedene før disputasen. Jeg ønsker å fortsette med forskningen i en legestilling ved sykehuset, men kun dersom en del av arbeidstiden blir frigjort til forskning (gjennom post.doc-midler eller lignende). Forskning i tillegg til full stilling ved en avdeling er sjelden fruktbart fordi forskning krever både tid og ro.

Gratulerer med prisen, og lykke til videre!

Munkene levde oftere før enn nå, onkologene – lever de ?

Trikken går på skinner,
onkologene går på myke sandaler
og grei(y)er seg strålende.
Trikkedirektøren greier seg med kam.
Trikken er ubøyelig,
onkologen er tøyelig.

Onkologene farer rundt i svingene,
frakken er vingene,
de spiller på alle strengene
og hjelper de trengende i sengene,
med sykepleier klengende.
Onkologi er fengende, - ei for pengene.

Det 'er problem med lungene
for ikke å glemme tungene
og av og til pungene.
Men motto er rungende:
vi er ikke fangene,
vi trives med klangene i gangene,
vi står i mot «pangene» og rangene,
er ikke hangende til yingene og yangene.

Onkologene løper i gangene
og grei(y)er seg strålende.
Hva er vår profesjon ?
Vi trenger dokumentasjon,
ikke fusk og reinkarnasjon.
Hva gir vel brus og misteltein
mot vår marg og bein.

Vi må utvikle medisinene,
dvele ved vitaminene,
kan vi bruke cytokinene,
genene og herceptinene, støtte
immunoglobulinene ?
Hva gjemmer seg i hai og sardinene,
vi kan ei trekke for gardinene,
men bruke bardunene.

Onkologen flyr i gangene
og grei(y)er seg strålende.

Så går onkologen hjem,
gjerner etter fem,
med mer enn ett slitent lem,
Fortjenes en klem ?

Bjørn Naume

Deklamert under Festaften ved
Onkologisk Forum



Haukeland : Ny strålemaskin og status for nye bygg

av Olav Mella

Avdelingen tok for cirka 2 uker siden i bruk en ny strålemaskin (Varian med 6 og 15 MV fotoner, samt elektroner) med mulighet for gating. Oppstartprosessen har vært spennende idet den nye maskinen er den første hvor vi tar i bruk Varis/Vision-systemene for styring/kontroll og billedbehandling, samt Eclipse-systemet for doseplanlegging. Avdelingen vedtok i forbindelse med foregående anbudsrunde å skifte til Varis/Vision/Eclipse på hele avdelingen i håp om å få en bedre logistikk og en raskere implementeringsfase for nye teknikker/modaliteter i fremtiden. De øvrige strålemaskiner vil nå sekvensielt skifte over til dette systemet. Det er naturlig nok en del startproblemer, men vi ser allerede gevinster ved omleggingen.

Den lenge etterlengtede utskiftingen av en av de gamle strålemaskinene er nå kommet på budsjettet for 2005, slik at vi ser frem til en klar forbedring av maskinparken. Utskiftingsmaskinen vil settes inn i nybygd strålebunkers uten å forstyrre driften på maskinen som skal skiftes ut.

De siste månedene har for øvrig vært travle med henblikk på planlegging for fremtiden. Kreftavdelingen er i dag lokalisert 5 ulike steder innenfor sykehusets bygningskompleks. Våren 2005 påbegynnes bygging av det såkalte Rokeringsbygget, som sannsynligvis blir i form av 3 etasjer over nåværende strålebunkers i sykehusparken ved siden av Sentralblokken. Planen er at vår dagpost for tyngre kjemoterapi (beliggende i nåværende Lungebygg) flyttes inn i en etasje sammen med poliklinikken for å få ut sambrukseffekter. Den øverste etasjen i Rokeringsbygget blir kontorer. Nåværende kontorer i brakkene fraflyttes, likeså kontorene i nåværende Hudbygg. I andre etasje av Rokeringsbygget planlegges PET/CT, som vil bli drevet av Radiologisk avdeling. Ved en generøs gave til Haukeland Universitetssykehus og Universitetet i Bergen fra en privat stiftelse vil PET/CT og enhet for isotopgenerering komme på plass. En forventer felles bruk mellom de kliniske miljøene og universitetet. Siden 80% av etablerte indikasjoner

ved PET i dag er innen onkologi, er den geografiske plasseringen ved kreftavdelingen gunstig.

Når Hudavdelingen fraflyttes forventes bygningen revet, og det gir byggemuligheter på det såkalte sørområdet. Sykehusledelsen har gjennomført prosjekteringsplanlegging for et såkalt Kreftbygg. Det er ikke et bygg bare for kreftavdelingen, men hovedtanken er at all kreftbehandling på sykehuset utenom barneonkologien og periodene omkring kirurgiske inngrep skal samles i samme bygning. Filosofien er større tverrfaglighet og tverrspecialitetshåndtering av kreftpasientene. Dette kan forberede og samordne utredningen, behandlingsplanleggingen og gjennomføring av behandlingsfasen hos den enkelte pasient. Samtidig er det mange behov utover det rent tumorrettede, for eksempel opptrening og rehabilitering, som også tenkes integrert i bygget.

Bygget forventes å forbedre kapasiteten for kreftbehandling i henhold til det økende antall pasienter som er forventet i årene fremover. De foreløpige planer er på cirka 15 000 m² med sengeposter og arealer for poliklinisk behandling. Hjørnet på Kreftbygget får svært kort avstand til Rokeringsbygget og stråleterapien med bro/passasjemulighet. Sengepostene vil få langt flere enerom og planlegges også for isolater, som i betydelig grad mangler i sykehuset. Utflytting av sengeposter til Kreftbygget vil skape rom i Sentralblokken for nye og plasskrevende funksjoner der. Prosjektplanen er videresendt Helse Vest til behandling. På grunn av saksbehandling sentralt forventes ikke byggeoppstart før om noen år. I de langsiktige planene for sykehuset ligger også nytt barnesenter, nevrobygg og laboratoriebygg, foruten bygg i psykiatrien.

Ellers har avdelingen et godt samarbeid med Haugesund sjukehus og Førde sentralsjukehus om onkologitjenester. Onkologer fra Haukeland reiser regelmessig til disse to steder og deltar i utredning og behandling av pasienter, spesielt innen områder med stort volum. Samtidig er ordningen belastende for avdelingen ved avgivelse av arbeidskraft. Det planlegges fellesutlysning av stilling mellom Helse Førde og Helse Bergen, hvor onkolog i Førde får deltidstilknytning til Kreftavdelingen i Bergen og onkolog i Bergen får deltidstilknytning til Helse Førde. Tanken er å sikre større stabilitet av onkologitjenestene i Førde. Samtidig vil onkolog i Førde opprettholde kompetanse innen stråleterapi ved regelmessig tilstedeværelse og mulighet for oppfølging av egne pasienter i Bergen.

Ullevål: Ny studie – EBBA II – Energibalanse i brystkreftbehandling

av Inger Thune



EnergiBalanse og Brystkreft Aspekter -II

**En randomisert intervensjonsstudie
6 måneders intervensjon med fysisk aktivitet
Endepunkt metabolsk profil, livskvalitet,
tilbakefall av sykdom og overlevelse**

Norske forskere vil teste om god energibalanse kan redusere risikoen for tilbakefall av brystkreft. – Vi håper å være i gang med en studie i løpet av våren 2005.

Bakgrunn:

Stadig mer kunnskap peker mot at både energibalansen, østrogennivået og fysisk aktivitet har betydning i forebygging og behandling av brystkreft. Reduksjon av nivået av kroppens østrogenproduksjon er allerede en viktig del av brystkreftbehandlingen og har vist seg å forebygge tilbakefall. Nå vil Ullevål sykehus undersøke om god energibalanse og fysisk aktivitet kan ha en tilleggseffekt.

God energibalanse innebærer at man verken er overvektig eller undervektig. Fysisk aktivitet øker forbrenningen og gjør det lettere å holde kroppsvek-

ten. Dessuten kan fysisk aktivitet i seg selv ha en tilleggsvirkning.

Siden begynnelsen av 1990 årene har forskningsgruppen ledet av Inger Thune studert betydningen av energibalanse og kreftrisiko. Detaljert kunnskap om betydningen av optimal energibalanse (energiinntak, fysisk aktivitet, kroppsvekt, metabolsk profil) for brystkreftrisiko og prognose er mangelfull. Prosjektet drar i særdeleshet nytte av muligheter til å studere fagfeltet optimal energibalanse og brystkreftprognose i en tid hvor overvektsepidemien og en endret metabolsk profil kan vise seg å være av stor betydning for brystkreftpasienters prognose og livskvalitet. Forskningsgruppen drar nytte av erfaringer fra forskning innenfor området energibalanse ved ulike typer studier og av mange års internasjonalt samarbeid mellom ulike tverrfaglige forskningsgrupper. Flere masteroppgaver, pågående internasjonale doktorgradsprojekter og et nylig gjennomført doktorgradsarbeid utgår fra forskningsgruppen (Furberg, mars 2004, ung forskerpris onkologisk forum 2004).

Datamaterialet som gruppen har brukt og vil bruke utgår fra ulike studier.

A. EBBA-I studien (Energy Balance and Breast cancer Aspects), studerer sammenhengen mellom energiinntak, energiforbruk, kroppssammensetning og østrogener hos friske kvinner i alderen 25-35 år. Dette skjer i parallelle studier i Norge og Polen. EBBA-I er et ledd i arbeidet med å finne fram til biologiske mekanismer relatert til brystkreft.

B. Prospektiv befolkningsstudie; betydningen av optimal energibalanse (energi inntak, fysisk aktivitet og kroppsvekt) studeres i relasjon til brystkreft risiko og overlevelse. Statens Helseundersøkelser (nåværende Folkehelseinstituttet) gjennomførte i tre fylker (Oppland, Sogn og Fjordane, Finnmark) i Norge tre nesten identiske fylkesvise helseundersøkelser i perioden 1974-87 (1974-78, 1977-83 og i 1985-87). Blant deltagende kvinner deltok ca 35 000 kvinnene i alderen 20-54 år i de ulike undersøkelsene. Spørreskjemaer ble besvart, enkel klinisk undersøkelse og blodprøver ble tatt ved hver helseundersøkelse og disse var nesten identiske. Vi har således repeterte målinger over 15 år av kosthold, fysisk aktivitet og målt relativ kroppsvekt (BMI) samt informasjon om andre livsstilsvariabler av potensiell betydning for brystkreft. Ved kobling til Krefregisteret kan informasjon om hvem som har fått diagnostisert brystkreft blant disse kvinnene identifiseres fram til 2001 (25 års oppfølging).

C. EBBA II- randomisert intervensjonsstudie (ny studie); betydningen av variasjon i energibalanse studeres hos 500 brystkreftpasienter med 250 i hver gruppe (kontroll og intervensjon). Kroppens energibalanse påvirker både østrogenbalansen og insulin. Begge deler har trolig betydning for brystkreftutvikling og tilbakefall. Sammen med overlege dr med Ellen Schlichting, DNK- stipendiat lege Aina Emaus og DNK-stipendiat Lene Torsen planlegger dr.med Inger Thune v/onkologisk avdeling en studie med 500 brystkreftpasienter som skal følges over to år. Halvparten vil få tilbud om et opplegg med fysisk aktivitet, og halvparten inngår i en kontrollgruppe. Samtidig vil det bli tatt kliniske undersøkelser inkludert blodprøver for å undersøke på metabolsk profil, nivåer av hormoner, fettstoffer etc, samt at kostholdet kartlegges. I tillegg registreres livskvalitet.

Livsstilsråd kan bli del av behandlingen

EBBA-II studien vil kunne gi oss viktig kunnskap av betydning for hver enkelt kvinne mhp behandling og prognose av brystkreft. - Når alle formelle tillatelser er på plass, vil vi sette i gang studien, forhåpentligvis til våren. I dag er god energibalanse inkludert fysisk aktivitet en viktig del av rehabilitering for pasienter med hjertekarsykdommer og i behandling av diabetes pasienter. Hvis det viser seg at de samme faktorene har betydning også ved brystkreft, vil kvinner med brystkreft i framtiden måtte få råd om mosjonsaktiviteter etter avsluttet sykehusbehandling. I dag er ikke slike livsstilsråd en del av den tradisjonelle brystkreft-behandlingen.

Risikoprofiler

EBBA-II er en videreføring av EBBA-I-studien hvor man bl a studerte og fortsatt studerer sammenhengen mellom energiinntak, energiforbruk, kroppssammensetning og østrogener hos friske kvinner i alderen 25-35 år. Dette skjer i parallelle studier i Norge og Polen. EBBA-I er et ledd i arbeidet med å finne fram til biologiske mekanismer og såkalte risikoprofiler – en beskrivelse av hvilke kvinner som har størst risiko for brystkreft.

I EBBA-II håper vi på å identifisere risikoprofiler som innvirker på tilbakefall, og således kan risikokvinner tilbys tettere oppfølging med både mamмоgrafi og livsstilstiltak.

Prosjektgruppe

Aina Emaus, -stipendiat, lege UIO/UUS, Norge
Sissi Espetvedt, overlege, UUS, Norge
Grazynia Jasienska, ass professor Krakow, Polen
Anne-Sofie Furberg, dr.med UITØ, Norge
Anette Hjartaker, amanuensis, UiO, Norge
Lene Thorsen, stipendiat (DNK) DNR, Norge
Anna Ziomkiewicz, stipendiat,
Harvard University, USA
Anna- Kirsti Jenssen, konsulent, UITØ, Norge
Sissel Andersen, konsulent, UITØ, Norge
Sivasingarjah Sriharan, IT-konsulent,
UITØ, Norge
Inger Thune, dr.med (leder),
onkologisk avdeling, UUS, Norge

Aktive samarbeidspartnere

Institutt for Samfunnsmedisin, UiTØ, Norge
Ellen Schlichting , dr.med, overlege
Gastrokir avd, UUS, Norge
Marit Veierød, amanuensis UIO, Norge
Steinar Tretli, professor,
Norske Kreftregisteret, Norge
AageTverdald, professor,
Folkehelseinstituttet, Norge
Niels Bjurstam, dr.med, overlege, UNN, Norge
Prof. Leslie Bernstein, professor, Angeles, USA
Peter Ellison, Harvard Univ,USA
Susan Lipson, ass professor, Harvard Univ,USA
Rachel Ballard-Barbash, forskningsjef
forebyggende medisin, NCI, USA
Martha Slattery , professor, Utah, USA
Prof. Kerry Courneya, professor,
Edmonton, Canada
Christine Friedenreich, forskningsleder
Calgary, Canada



Virksomhetsrapportering av stråleterapi-arbeid ved de enkelte avdelingene.

Utarbeidelse av virksomhetsrapport for 2003 går etter planen. Det har vært vanskelig å få inn alle rapportene fordi enkelte sykehus har klaget over stort arbeidspress og liten tid. De siste rapportene er imidlertid kommet inn og det gjenstår bare detaljer før rapporten er ferdig redigert. Det vises i den sammenheng til forrige rapport fra 2001-2002¹. På et nylig avholdt møte mellom Referansegruppen og KVIST gruppen ble det diskutert hvilken form rapportene fra strålevernet skal ha. Man kunne tenke seg en sammenstilling av data over tid for å belyse tendenser. Deler av rapporten som har spesiell tidsaktuell interesse kunne belyses nærmere og publiseres separat. I tillegg ble det diskutert eventuelle kortversjoner inneholdende sentrale data, engelsk oversettelse etc.

Liste over mottakere av rapporten skal utarbeides i fellesskap med referansegruppen, for øvrig kan de lastes ned via nettet fra Statens Stråleverns sider (se sluttnote). Vi ser at data fra rapporten etterspørres av stadig flere, både fra kliniske avdelinger og fra administrasjon.

Internasjonalt arbeid:

Det pågår samarbeid med både ESTRO og med ESMO.

ESTRO har gjennomført første del av et prosjekt: QUARTS (Quantification of Radiation oncology Infrastructure and Staffing Needs), hvor man tar for seg bemanning og infrastruktur ved stråleterapi sentra i alle 40 land i Europa. Det foreligger allerede en del materiale på nettet, sluttrapporten for innsamlingsarbeidet er snart ferdig og kan finnes på www.estro.be under Projects: Quarts. KVIST-gruppen har bidratt aktivt i utforming av spørsmål og innsamling av data. Ut fra foreløpige data er det utarbeidet bl.a. «Guidelines for infrastructure and staffing for radiotherapy».

Innsamlingen i PCBE (Pattern of Care in Brachytherapy in Europe) er gjennomført for alle stråleterapientrene i Norge. Dataene i undersøkelsen ble presentert på ESTRO-møte i Amsterdam i oktober.

KVIST har også en representant i et samarbeid mellom ESMO og ESTRO (det såkalte MOSES II prosjektet **Medical Oncology Status in Europe Survey (MOSES) project**) hvor medisinsk onkologi og stråleterapi virksomhet kartlegges via et spørreskjema som sendes til nasjonale representanter i alle 40 land

i Europa. Her vil også bl.a. aktivitet rundt kliniske revisjoner ved de enkelte land bli kartlagt.

Kliniske revisjoner av strålebehandling av Skjelettmetastaser

Alle stråleterapi avdelingene unntatt Stavanger og Ålesund har blitt revidert. Vi skal gjennomføre siste revisjon i prosjektet i Stavanger i slutten av januar 2005. Det er utarbeidet en Strålevernsrapport² på basis av de to første revisjonene, denne er sendt de enkelte avdelingene og ble også lagt ut på Onkologisk Forum.

Etter at arbeidet avsluttes til våren, vil det være aktuelt å diskutere et permanent system for kliniske revisjoner i stråleterapi i Norge. De planlegges et møte med avdelingsoverleger, representanter for HF, sentrale myndigheter og representanter for de enkelte faggruppene. Etter som arbeidet med revisjonene har pågått er det blitt mer og mer klart at det er behov for kliniske retningslinjer eller handlingsprogram hvis en skal kunne drive denne form for kvalitetsikringsarbeid. Målene med å gjennomføre revisjon av behandling av Skjelettmetastaser på stråleterapi avdelingene har vært flere, men i all hovedsak dreier det seg om å teste ut hvordan klinisk rettet kvalitetssikringsarbeid kan gjennomføres i praksis. Både revisjonsdeltagerne og de reviderte avdelingene har høstet erfaringer i så måte.

Elektronisk stråleterapirekvisisjon

Det ble i 2002 holdt to møter hvor representanter fra de enkelte sykehusene diskuterte seg frem til en oversikt over hva som burde være med av parametre i en strålererekvisisjon, et slags minste basis datasett for stråleterapirekvisisjon. Tanken var at en del av parametrene i en elektronisk strålererekvisisjon enkelt skulle kunne vidererapporteres elektronisk til avdelingens virksomhetsrapport. På denne måten kunne man spare mye arbeid samtidig som man sikret god kvalitet på innkomne data. Siden de enkelte journal-systemene ved avdelingene var under utvikling ble videre arbeid lagt på is i påvente av nyere og bedre systemer. Det synes nå som at det er større interesse for å utvikle slike felles systemer, og arbeidet i denne gruppen tas opp igjen over nyttår. Referansegruppen har også på siste møtet anmodet KVIST-gruppen om å reetablere arbeidsgruppen for å utarbeide

en kravspesifikasjon for en elektronisk rekvisisjon.

Dosimetri

Arbeidsgruppen er i gang med å utarbeide anbefalinger og retningslinjer for kvalitetskontroll av linac; selve apparatet og verifikasjonssystemet. Det blir ikke utført noen dosimetrikontroller fra Strålevernet i år, bortsett fra på SiR. Det arbeides med å etablere en nasjonal dosimetri revisjon. Alternative løsninger for gjennomføring er at fantomer sendes rundt for målinger lokalt, eller at Strålevernet reiser rundt og utfører målingene på kveldstid.

Målinger av geometrisk nøyaktighet

Oppmålingsarbeidet nærmer seg en avslutning. Før jul gjennomføres oppmålingstur til Island og SOH. Etter nyttår står UUS, UNN og SIG for tur. Resultater med evaluering av utstyret og metoden presenteres i en strålevernsrapport senhøsten 2005.

Opplæringsprogram for medisinske fysikere i stråleterapi

Dokumentet sendt på høring 16. august med høringsfrist 4.oktober. To høringsvar er mottatt. Målsetningen er å publisere dokumentet som Strålevernsrapport før årsskiftet.

Norsk Stråleterapimøte 2005 er flyttet til våren (OBS, OBS)

Avholdes i Oslo 6.-7. april på Radisson SAS Scandinavia på Holbergs plass. Det arbeides for tiden med utarbeidelse av det faglige og det sosiale programmet. Samtidig arbeides det med å legge generalforsamlingen i Norsk Onkologisk Forening i tilslutning til Stråleterapimøtet. (Se informasjon fra styret s.3.)

Veiledning til strålevernforskriften³

Det arbeides med en ny veiledning til strålevernsforskriften som er sendt på høring til alle helseforetakene, både til ledelsen og til strålevernsansvarlige. Høringsfrist er 4.februar 2005 og den skal være gjeldene fra 1.januar 2006. Det er en del punkter som kan være av betydning for vår arbeidshverdag. **Det anbefales derfor å lese forslaget og komme med innspill til eventuelle endringer**

Volum/Dose og Avvik⁴

Det er noe usikkerhet omkring status for implementering av Volum/dose- og Avvik-dokumentet. Stråle-

vernet skal sende en henvendelse til avdelingsledelsen ved stråleterapisentrene med spørsmål om hvordan arbeidet praktiseres. Det arbeides med flere møter i denne gruppen for å følge opp det arbeidet som er gjort.

Medisinske prosedyrekoder / samarbeid med KITH (Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren)

Kvistgruppens har vært representert på to møter i Trondheim, det ene i regi av SINTEF: Norsk Pasientregister, det andre møtet var et samarbeidsmøte med KITH. Som mange vel har fått med seg pågår det nå et arbeid for å få innført prosedyrekoder i stråleterapi parallelt med at det utvikles koder for andre spesialiteter som ØNH, Øye etc. KITH fikk i 2003 i oppdrag fra Helsedepartementet å komplettere eksisterende prosedyrekodeverk (NCSP) med medisinske (ikkekirurgiske) prosedyrekoder for tiltak innenfor klinisk medisinsk virksomhet. Et nytt kodeverk skulle danne grunnlaget for et framtidig mer helhetlig finansieringssystem for spesialisthelsetjenesten, herunder en utvidelse av dagens DRG-system til å omfatte også allminnelig poliklinisk virksomhet.

Kodeverket skal altså i tillegg til å være et system for fakturering også danne basis for forbedret sentralisert medisinsk dokumentasjon og statistikk over pasientbehandling innen spesialisthelsetjenester.

Til nå har vi hatt enkle forhold, hvor avdelingen er blitt betalt etter antall strålte felt ved behandling av polikliniske pasienter. Forslaget om hvilke prosedyrer som skulle kodes ble sendt ut på høring fra KITH⁵ og var for stråleterapis vedkommende en direkte oversettelse fra et svensk system. Samarbeidsgrupper for utvikling av systemet og høringsinstanser var blant andre spesialforeninger i Den norske Legeforening, dessverre var Norsk Onkologisk Forening ikke tatt med på listen. Etter manges oppfatning var dette kodeverket lite tjenlig for vår profesjon og ga ikke noen god beskrivelse av prosedyrene i stråleterapi prosessen. Høringsvar kan finnes på KITH's sider på web'en⁶. For å prøve å samordne arbeidet med nye koder og for å unngå en tilfeldig behandling av dette viktige spørsmålet, valgte KVIST gruppen å gå ut med brev til alle avdelingsoverleger våren 2004. Man sendte ut et foreløpig forslag til koder til de enkelte stråleterapiavdelingene og fikk inn kommentarer fra alle. KVIST gruppen er iferd med å redigere kommentarene og sende ut et revidert forslag. Det har også vært et møte mellom Strålevernet, KITH, NPR og PaFi den 2. november der bl.a. dette arbeidet ble-

tatt opp. KITH er innstilt på å legge forslaget fra stråleterapimiljøet til grunn for videre arbeid. Det er derfor vesentlig at man engasjerer seg i dette arbeidet slik at kodeverket kan bli så godt som mulig. KITH's fremdriftsplan er å teste innsamling av data i 2005, registrere dataene i NPR fra 2006 og at PaFi legger dette til grunn for refusjon fra tidligst 2007.

På møte mellom referansegruppen og KVIST gruppen den 4. november ble det foreløpige forslaget og kommentarer fra sykehusene diskutert i referansegruppen. Kommentarene kan oppsummeres til:

- Forenkling ved å slå sammen enkelte koder og parametere
- Intraoperativ radioterapi (IORT) mangler
- Systemansvarlige bør vurdere hvilke koder som kan tas ut automatisk fra verifikasjonssystemene
- KVIST gruppen utarbeider et revidert forslag som sendes ledere og referansegruppen for kommentarer (er under utarbeidelse).

Jeg synes det er grunn til å understreke at Statens Strålevern og KVIST gruppen ikke har hatt noen rolle i utarbeidelse av kodeverket før man tilfeldig fikk opplysninger om arbeidet i april 04. Da var allerede høringsfristen satt til 15.05.04. Det er mulig at enkelte av de kodene som skal registreres kan være sammenfallende med parametere som skal registreres i den årlige virksomhetsrapporten og på den måten forenkle rapporteringen til Strålevernet, men dette er høyst usikkert. KVIST gruppen's oppgave i denne saken er å være en katalysator til at stråleterapi miljøet kan komme frem til et best mulig og dekkende kodesett for virksomheten. Det er derfor vesentlig at onkologene engasjerer seg i dette spørsmålet

¹Virksomhetsrapportering i stråleterapi.

Levernes S, Hellebust TP, Johannesen DC, Espe IK. StrålevernRapport 2003:10.

Definisjoner og beskrivelser av parametere som brukes til årlig virksomhetsrapportering i stråleterapi. Dette omfatter kort årsrapport, utstyr, personell, aktivitetsparametere og kvalitetsparametere.

Virksomhetsrapport for norske stråleterapisentre 2001-2002.

Levernes S, Hellebust TP, Johannesen DC, Espe IK. StrålevernRapport 2004:7

http://www.nrpa.no/dokumentarkiv/StralevernRapport06_04.pdf

Statistisk sammenstilling av innsamlete virksomhetsdata fra norske stråleterapi-sentre for 2001 og 2002. Dette omfatter nøkkeltall om behandlingsaktiviteten fordelt på stråleterapisentre, fylker og helseregioner, foruten diagnosegrupper. Data over tilgjengelige ressurser som utstyr og personell er også med, samt data for kliniske kvalitetskontroller.

²Pilotprosjekt for kliniske revisjoner i stråleterapi.

Johannesen DC, Hellebust TP, Bremnes R, Bergersen V, Tausjø J, Bruland Ø. StrålevernRapport 2004:9.

http://www.nrpa.no/dokumentarkiv/StralevernRapport09_04.pdf

Rapport utarbeidet på grunnlag av kliniske revisjoner gjennomført høsten 2003.

³Strålevernsforskriften:

<http://www.lovdata.no/for/sf/ho/ho-20031121-1362.html>

⁴Avvikshåndtering ved norske stråleterapisentre.

Levernes S, Johannesen DC. StrålevernRapport 2004:1

http://www.nrpa.no/dokumentarkiv/StralevernRapport01_2004.pdf

Beskriver et nasjonalt system for avvikshåndtering innen stråleterapi med felles kategorisering og koding for statistisk bearbeiding på nasjonalt nivå. Systemet dekker både lovpålagt melding og en mer omfattende registrering for kvalitetssikring og læring.

⁵Medisinske prosedyrekoder etc finnes under web adresse

<http://www.kith.no/hoeringer/>

⁶høringsvar er under:

<http://www.kith.no/medpros/20444/>

ONKONVTT SØKER REDAKSJONSMEDLEMMER!

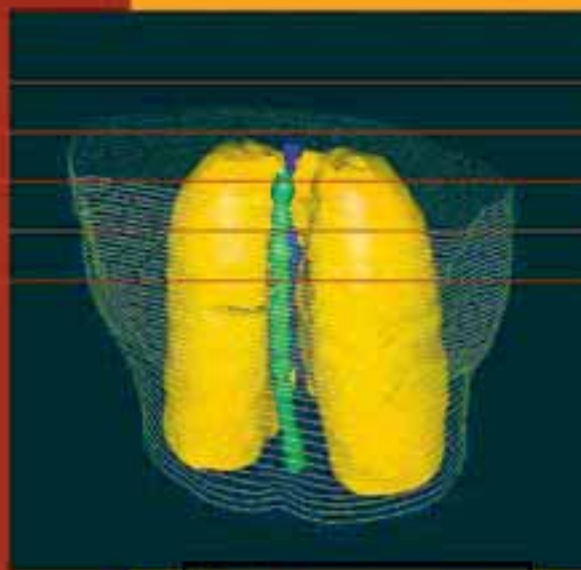


Norsk stråleterapimøte 2005

6. og 7. april

SAS Radisson,
Holbergs plass, Oslo

Norsk
Stråleterapimøte



Oslo
6-7. april 2005

Foreløpig program:

«Er det nødvendig med postoperativ bestråling av hele brystet til brystkreftpasienter som har gjennomgått lumpectomi?»

Dette spørsmålet blir diskutert i mange fora verden rundt i dag. Vi ønsker også å ta dette opp til diskusjon på Norsk stråleterapimøte. Vi vil gå dypere inn i diskusjonen og invitere nasjonale og internasjonale foredragsholdere til å belyse hvilke teknikker vi ønsker å bruke dersom svaret på dette spørsmålet er nei.

Skal vi bestråle med elektroner eller fotoner?

Skal vi benytte eksterne bestrålingsteknikker eller brachyterapi?

Skal vi gjennomføre en intraoperativ stråleterapi (IORT) eller skal vi bestråle i etterkant av operasjonen?

Vi tror dette kan bli et tema som fanger og håper på interessante diskusjoner og stort oppmøte!

Informasjon og påmelding:

Informasjonsplakater og -brosjyrer vil bli sendt ut i januar. Fullt program vil bli lagt ut på <http://kvist.nrpa.no> så fort det er klart. Påmelding kan gjøres på samme sted f.o.m 15.januar.

Det vil bli sendt søknad til Spesialitetskomiteen angående tellende kurstimer i spesialiteten onkologi.

Møtet starter etter lunsj onsdag slik at det ikke er nødvendig å benytte dagen i forveien til reising. Det legges også opp til et sosialt program og en avsluttende konferansemiddag torsdag kveld.

Møtet er lagt inntil Norsk Forening for Medisinsk Fysikk sitt årlige møte, MedFys 2005 (8. og 9.april), som også byr på mange spennende foredrag. Kombinasjonspriser vil bli gitt.

Styret i NOF har i år besluttet å holde sitt årsmøte/generalforsamling i tilslutning til stråleterapimøtet.

Arrangør:

KVIST-gruppen,
Norsk strålemedisinsk forum og
Norsk Forening for Medisinsk Fysikk

Nordisk spesialistkurs i palliativ medisin

av Dagny Faksvåg Haugen



De senere år har det blitt økende behov for leger med spesialkompetanse i lindrende behandling. Foreningene for palliativ medisin i de nordiske land har sammen laget et utdanningstilbud i fagfeltet.

I løpet av de siste årene har det blitt etablert palliative enheter på sykehus i alle helseregioner i Norge. Seksjon lindrende behandling ved St. Olavs Hospital var den første palliative enhet innenfor en regional kreftavdeling. Senere har flere kreftavdelinger etablert eller lagt planer for palliative enheter eller team tilknyttet virksomheten. Andre steder har man valgt en annen organisatorisk tilknytning for det palliative arbeidet. Den nye «Nasjonale strategi for arbeid innenfor kreftomsorgen - kvalitet, kompetanse og kapasitet» sier at det bør opprettes palliative team med basis i egne avdelinger/seksjoner ved alle større sykehus. Teamene skal arbeide både innad mot sykehusets avdelinger og utad mot primærhelsetjenesten i sykehusets nedslagsfelt. Hvilke leger skal da bemanne disse teamene og enhetene, og hvordan skal de skaffe seg den nødvendige kompetansen?

Norsk forening for palliativ medisin (NFPM) har lenge vært opptatt av å kvalitetssikre legearbeidet ved palliative enheter og team. Ingen godkjent spesialist-

utdannelse i Norge gir tilstrekkelig kompetanse for leger som ønsker å ha sin hovedaktivitet i palliativ medisin. Også onkologitdannelsen dekker bare deler av dette fagområdet, selv om onkologisk behandling er en viktig del av det palliative behandlingstilbudet. Etter hvert har det vokst fram et stort behov for leger med utdanning i palliativ medisin på spesialistnivå. Det samme er tilfellet i de øvrige nordiske land. På bakgrunn av dette har spesialforeningene for palliativ medisin i Norden gått sammen om å utvikle Nordisk spesialistkurs i palliativ medisin. Kurset er en teoretisk utdanning med seks ukesmoduler i løpet av to år. Mellom modulene skal studentene arbeide med hjemmeoppgaver, og de skal også gjennomføre et begrenset forskningsprosjekt i løpet av kursperioden.

Nordisk spesialistkurs bygger på pensum i de land der palliativ medisin er en godkjent spesialitet, først og fremst Storbritannia, som har hatt denne spesialiteten siden 1987. Første modul omhandler forskning i palliativ medisin, evidens-basert palliativ medisin og symptomkontroll ved langtkommen kreftsykdom. Modul 2 er i sin helhet viet den døende pasient, der både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle aspekter dekkes, inkludert ivaretagelse av pårørende og sorg og sorgarbeid. Etikk, teamarbeid og kommunikasjon er tema for modul 3. Kommunikasjonskurset

er beregnet på viderekomne. Denne delen av kurset har fått støtte fra Nordisk Cancerunion. I modul 4 er fokus på onkologisk behandling, akutt palliasjon (ØH-situasjoner), alternativ/komplementær behandling og beslutningslære. I tillegg inneholder denne modulen et læringsseminar med fokus på læring og undervisning i dette fagfeltet. Dette seminaret er utviklet av Pedagogisk seksjon i Den norske lægeforening i samarbeid med kursleiderne. Modul 5 inneholder kommunikasjon del 2, smertebehandling og symptomkontroll ved



Nordisk spesialistkurs i palliativ medisin forts.

ikke-kreft. Den avsluttende modul 6 dreier seg om organisering, ledelse og «audit». Studentene skal legge fram sine forskningsprosjekt og ha skriftlig eksamen, og kurset skal evalueres.

Første kull startet på denne utdanningen høsten 2003, og har så langt gjennomført fire moduler. Modul 1 er lagt til Trondheim og modul 4 til Bergen, av de øvrige moduler er to i Sverige, en i Finland og en i Danmark. Kurset gir dermed en fin anledning til å bli kjent med våre naboland. Det er til sammen 30 studenter på kullet, hvorav sju fra Norge. I den norske gruppen er det to onkologer, i alt er det ni onkologer i den første gruppen. Alle kursdeltakerne er ferdige spesialister; i tillegg til onkologi har deltakerne bakgrunn fra anestesi, indremedisin (inkludert hematologi, lunge- og infeksjonssykdommer), geriatri, gynekologi, kirurgi og allmennmedisin. Alle har nå palliasjon som hovedaktivitet, og kurset er et enestående forum for interessefellesskap og erfaringsutveksling!

Kurset er utviklet av en nordisk arbeidsgruppe, og ledes nå av en nordisk styringsgruppe med representanter fra de palliativ-medisinske foreninger i alle

de nordiske land. Sekretariatet ligger hos Den danske lægeforsking i København. Kurset har så langt fått en svært god evaluering. Mindre justeringer vil bli foretatt før neste kull starter opp høsten 2005. Her er det tatt opp sju nye studenter fra Norge, hvorav en onkolog.

Den nye kreftstrategirapporten hevder at palliativ medisin bør akkrediteres som eget medisinsk fagområde. Nordisk spesialistkurs er et bidrag fra fagmiljøet på vei mot dette målet. Spesialkunnskap i palliativ medisin må bygge på en relevant klinisk spesialitet. Onkologi er her en av de mest sentrale, og vi håper at mange onkologer etter hvert vil bygge på sin utdannelse med «spesialitet» i palliasjon.

Nærmere informasjon kan finnes på www.palliativmed.org og www.medisin.ntnu.no/slb/nordisk



Standard for palliasjon

av Dagny Faksvåg Haugen

Hva skal en kreftavdeling kunne tilby pasienter som trenger lindrende behandling? Hva kan man forvente av en kirurgisk avdeling, av fastlegen og hjemmesykepleien? Hva er et palliativt team? Dette finner du svar på i Standard for palliasjon som i disse dager gjøres klar til utsending fra Legeforeningen.

Standard for palliasjon er utarbeidet av Norsk forening for palliativ medisin på oppfordring fra Den norske lægeforsking. Hensikten med dokumentet er å sikre en hensiktsmessig organisering, samt kvalitets sikre det kliniske tilbudet i palliasjon ved å definere minstekrav til faglig innhold og kompetanse.

Dokumentet gir anbefalinger for organisering av lindrende behandling på alle nivåer i helsevesenet. Det definerer også grunnleggende palliasjon, som skal beherskes innenfor alle fagområder og på alle nivåer.

Egne kapitler omhandler kompetanse og forskning. Det foreslås også kvalitetsindikatorer for å etterprøve Standardens anbefalinger.

Standard for palliasjon er et banebrytende arbeid som vi tror vil få stor betydning for organisering og videre utvikling av palliasjon i Norge de nærmeste årene. Den nye rapporten om nasjonal kreftstrategi anbefaler også at Standarden legges til grunn for den videre utbygging av dette fagfeltet.

Dokumentet kan lastes ned fra www.legeforening.no eller bestilles som hefte.

Smerteprevalens 2004: kreftpasienter får ikke god nok smertebehandling

av Anders Holtan

Smerteprevalens 2004 er en studie som undersøkte smerter hos kreftpasienter innlagt i sykehus. Studien viste at smertebehandlingen av kreftpasienter kan bli bedre i sykehusene. Studien ble gjennomført i alle fem helseregioner, og 61 sykehus deltok med totalt 1337 pasienter. Mer enn hundre undersøkere arbeidet for å få gjennomført studien ved de ulike sykehusene.

På spørsmålet om hvor intense smertene har vært i gjennomsnitt siste 24 timer angir pasientene med kreftmerter 4 på vas-skalaen. Vi kan ikke si oss fornøyd med dette. I tillegg er det funnet at det er enkelte pasienter som har sterke smerter som ikke får noen analgetika i det hele tatt. Dette til tross for at pasienten er innlagt i sykehus med en kjent kreftdiagnose.

Vi tror at mye kan bli bedre om man gjør systematiske smertere registreringer hos kreftpasienter i sykehus. I studien fant vi at hver andre kreftpasient hadde smerter – det er noe man bør ta med seg når man går visitt i avdelingene. Vi vet fra tidligere studier at pasientene ofte ikke er flinke til å fortelle om smertene sine, og da må helsepersonellet spørre om dette.

Studien viser også at det sannsynligvis er svikt i kunnskap om smertetrappen og om analgetika generelt. Mye tyder på at det ofte ventes for lenge før man starter med opioider, og at opioid-dosene ikke økes fort nok når behovet øker. Når døgndosen øker må også behovsmedisin til gjennombruddsmerter øke i takt med denne. Man fant også at det ble brukt mindre NSAIDs enn ventet. Kun 14% av pasientene brukte dette, mens nærmere 50% bruker paracetamol.

Det ble identifisert enkelte grupper av pasienter som har det spesielt ille med hensyn til smerter; hvor helsepersonellet med andre ord bør være ekstra på vakt. Dette var pasienter med ØNH-kreft, lungekreft og cancer origo incerta, samt pasienter med metastaser og pasienter med gjennombruddsmerter.

Mer informasjon om studien finnes på www.smerteprevalens.no.

Møtekalender

FEBRUAR 2005

Smerte og palliasjon for kreftpasienter (kurs)

Februar 10-11, Trondheim
www.legeforeningen.no

MARS 2005

Treatment Planning: Principles and Practice (ESTRO course)

Mars 6-10, Dublin, Irland
www.estro.be

Gynekologisk emnekurs:

Onkologi (kurs)

Mars 7-11, Oslo
www.legeforeningen.no

Onkologi, munnhule, kjever, spyttkjertler

Mars 7-10, Bergen
www.legeforeningen.no

Strålefysikk Del I. Stråleterapi, strålebiologi og nukleærmedisin (obl. kurs)

Mars 14-18, Oslo
www.legeforeningen.no

APRIL 2005

Modern Brachytherapy Techniques (ESTRO course)

April 3-7, Santorini, Hellas
www.estro.be

Norsk stråleterapimøte og årsmøte i NOF Med påfølgende MedFys (8-9.4)

April, 6-7, Oslo
http://kvist.nrpa.no

The 2005 Congress of the EAPC - a World Congress of Palliative Care

April 6-10; Aachen, Tyskland
www.eapcnet.org/Aachen2005

Immunology for Oncologists (ESO Course)

April 16-18, Ascona, Sveits
www.esmo.org

Dose Determination in Radiotherapy: Beam Characterization, Dose Calculation and Dose Verification (ESTRO course)

April 24-28, Poznan, Polen
www.estro.be

MAI 2005

2005 ASCO Annual Meeting

Mai 13-17, Orlando, Florida
www.asco.org

Medikamentell behandling av kreft og smerter (obl. kurs)

Mai 23-27, Oslo
www.legeforeningen.no

9. landskonferanse om palliasjon, «Utfordringer ved livets slutt»

Norsk Palliativ Forening
Mai 25-27, Bodø
www.palliativ.org

Molecular Oncology for the Radiation Oncologist (ESTRO course)

Mai 29 - , Praha, Tsekkoslovakia
www.estro.be

JUNI 2005

ESEC 2005 ESMO SCIENTIFIC & EDUCATIONAL CONFERENCE

Juni 2 - 5, Budapest, Ungarn
www.esmo.org

9th International Conference on Malignant Lymphoma

Juni 8-11, Lugano, Sveits
www.esmo.org

Palliativ behandling av kreftpasienter på sykehus (kurs)

Juni 9-10, Oslo
www.legeforeningen.no

Imaging for Target Volume Determination in Radiotherapy (ESTRO course)

Juni 12-16, Giardini Naxos, Italia
www.estro.be

7th World Congress on Gastrointestinal Cancer

Juni 15-18, Barcelona, Spania
www.worldgicancer.com

Brachytherapy for Prostate Cancer (ESTRO course)

Juni 26-28, Utrecht, Nederland
www.estro.be

JULI 2005

IMRT and Other Conformal Techniques in Practice (ESTRO course)

Juli 3-7, Amsterdam, Nederland
www.estro.be

AUGUST 2005

Brachytherapy in Gynaecological Malignancies (ESTRO course)

August 25-27, Paris, Frankrike
www.estro.be

Physics for Clinical Radiotherapy (ESTRO course)

August 28-september 1, Como, Italia
www.estro.be

OKTOBER 2005

Basic Clinical Radiobiology (ESTRO course)

Oktober 2-6, Izmir, Tyrkia
www.estro.be

Strålingsfysikk. Del II. Stråleterapi, strålebiologi og nukleærmedisin (obl. kurs)

Oktober 10-14, Oslo
www.legeforeningen.no

Beinmargstransplantasjon. Transplantasjon med allogene og autologe lymfhematopoietiske stamceller

Oktober 17-19, Oslo
www.legeforeningen.no

Hematologi med vekt på morfologisk diagnostikk

Oktober 24-27, Trondheim
www.legeforeningen.no

ECCO13, The European Cancer Conference (ESTRO 24)

Oktober 30-november 3, Paris, Frankrike
www.fecs.be

NOVEMBER 2005

Hematologi med hovedvekt på morfologien,

November 1-3, Ullevål universitetssykehus Oslo
www.legeforeningen.no

Evidence-Based Radiation Oncology: Methodological Basis and Clinical Application (ESTRO course)

November 13-18, Dubrovnik, Kroatia
www.estro.be

Smertebehandling (kurs)

November 14-17, Bergen
www.legeforeningen.no

Onkologisk Forum 2005

November 17-18, Tromsø
www.onkologiskforum.org