

onko

Nett

Nr1. Oktober 2003 • Årgang 1



Medlemsblad for Norsk Onkologisk Forening

Styret i Norsk Onkologisk Forening

Steinar Lundgren, leder, Helse Midt-Norge

Tone Nordøy, Helse Nord

Marianne Guren, Helse Øst

Jon Reitan, Helse Sør

Marianne Brydøy, Helse Vest

steinar.lundgren@st.olav.no

tone.nordoy@unn.no

marianne.guren@ulleva.no

jbreiten@yahoo.no

marianne.brydoy@helse-bergen.no

Spesialitetskomiteén i Onkologi

Dag Josefsen, leder

Reino Heikkilä

Arne Kolstad

Stein Sundstrøm

Unn-Merete Fagerli (Ylf-medlem)

Redaksjonskomité

Marianne Brydøy

Haukeland Universitetssykehus

Tlf 55 973596/ 55972010

Fax 55 972046

E-post: marianne.brydoy@helse-bergen.no

Dag Clement Johannessen

Haukeland Universitetssykehus/KVIST gruppen

Tlf 55 972010 / 67122619

Fax 55 972046

E-post: dag.johannessen@helse-bergen.no

dag.clement.johannessen@nrpa.no

Innlegg bes sendt elektronisk i word format til

Marianne Brydøy

Annonse plass kan bestilles hos Marianne Brydøy

**Frist for innlegg som skal med
i desember nummeret: 1.12.03**

Innhold

Kjære kollega!	3	Lindring i Nord - Håndbok i lindrende behandling	13
Utdanningskapasiteten i onkologi	4	Nytt fra avdelingene	14
KVIST	7	Smånytt	18
Stemningsrapport fra Tromsø symposiet og omtale av boken "Targeted Cancer Therapy - an Odyssey"	10	Møtekalender	20
Palliasjon - nytt fra Norsk forening for palliativ forening	12		

Kjære kollega!

Styret i Norsk Onkologisk Forening har i et par år ønsket å etablere et eget medlemsblad i foreningen. Etter erfaringer fra Svensk Onkologiska Förening har Ursula Falkmer som takket for seg som leder ved årsmøtet i mars, talt spesielt varmt for dette. Våre svenske kolleger har imidlertid en fantastisk ressurs i Jan-Erik Frödin som på niende året er redaktør i "Meddelande från SOF", med hele 8 utgivelser i året og anslått 40 timers arbeid pr nummer. Han kalte det med rette sitt "hjertebarn" da han fortalte om sine erfaringer ved NOFs årsmøte på Lillestrøm. Onkologi miljøet i Norge mangler heller ikke kreative personer med både tiltak og arbeidslust. Problemet er imidlertid at hverdagen er mer enn travel nok fra før og ressursene våre bundet opp andre steder. Tanken om et medlemsblad har derfor blitt liggende i dvale med en viss forhåpning om å bli vekket til live av en ildsjel i nærheten av Frödins kaliber.

I mangel av en sådan entusiast, men med et reelt ønske om å få til et felles informasjonsorgan for alle i onkologi miljøet uansett fartstid, er det satt ned en foreløpig redaksjonskomité som består av Marianne Brydøy og Dag Clement Johannessen. Marianne sitter i styret i NOF på andre året og er fortiden stipendiat ved kreftavdelingen ved Haukeland Universitetssykehus. Dag Clement arbeider i deltidstilling i KVIST-gruppen ved Statens Strålevern i Oslo og i deltidstilling ved kreftavdelingen Haukeland sykehus.

Første nummer er nå på plass selv med en begrenset redaksjonskomité, men med noe innspill fra det øvrige styret i NOF. Vi følte det var viktig å komme i gang, men håper nå å få med oss ytterligere to av dere i en redaksjon som sammen kan jobbe videre med produktet. Det er viktig med geografisk spredning for at vi best mulig kan representere hele miljøet, likeså er en viss faglig balanse ønskelig. Med andre ord vil det være en fordel, men absolutt ingen forutsetning at en av de to vesentlig jobber innen medisinsk onkologi/kjemoterapi. På litt sikt må vi legge oss på samme linje som andre spesialforeninger, der redaksjonsjobben går på rundgang (valg ved årsmøtet). Dere trenger med andre ord ikke å

frykte at dere binder dere "for all fremtid" (jamfør Frödins innsats på 9. året). Med 3-4 nummer pr år og en viss optimisme med hensyn til bidrag fra kolleger, bør ikke arbeidsmengden bli så stor.

En av utfordringene vi har hatt er å finne et godt navn til medlemsbladet. Forkortelsen NOF brukes også av 2 andre spesialforeninger, nemlig ortopedene og oftalmologene. Norsk Ortoped Post blir i tillegg ofte kalt NOF-posten. Vi har valgt Onko-nytt som en foreløpig tittel, men inviterer dere alle til å komme med forslag! Vi ønsker selvsagt også at dere kommer med tilbakemeldinger og innspill generelt og ikke minst innlegg, slik at bladet formes over tid og er av en viss nytte for flest mulig av oss. Forhåpentligvis vil det også bidra til fellesskapet i miljøet og foreningen.

I dette nummeret finner dere 3 spalter som vi håper skal bli faste innslag. Under **"Nytt fra avdelingene"** ønsker vi oss korte rapporter om hva som skjer ved de ulike sentrene. Vi tenker dessuten at redaksjonen kan gi aktuelle stikkord fra gang til gang for å forsøke å belyse spesielle tema eller problemstillinger. Vi håper de ulike avdelingene finner mulighet til å være representert med jevne mellomrom, men hver gang forventes ikke! Det ville også være flott om onkologer ved de mindre sentralsykehusene kunne skrive litt om sin arbeidssituasjon, nyheter eller spesielle problemstillinger ved sin arbeidsplass til denne spalten. I denne utgaven har flere avdelinger fokusert på pågående og planlagt utbygningsaktivitet som selvsagt opptar oss. Noen kommentarer vedrørende bemanningssituasjonen var også ønsket fra vår side. Under **"smånytt"** ønskes korte epistler, evt bare noen få linjer om aktuelle tema, gjerne med aktuelle linker som kan være av interesse for flere av oss. Med andre ord håper vi med denne spalten at terskelen for å sende inn stoff er lav hva angår tidsbruk etc. På siste side vil du alltid finne oversikt over **aktuelle kurs og kongresser**. Tenk forøvrig også over muligheten for å sende oss en liten rapport neste gang du er på en aktuell kongress! Informasjon fra spesialistkomiteen og styret i NOF vil finne sin plass, og forhåpentligvis

vil også de ulike faggrupper bruke muligheten til å nå ut med litt informasjon om aktuelle studier og hovedtrekk ved eventuelle behandlingsendringer. KVIST gruppen vil komme med regelmessige oppdateringer om sitt arbeid.

Avslutningsvis kommer vi igjen tilbake til vår travle hverdag. Selv om vi ønsker et best mulig produkt, er det en balansegang mellom hvor høyt vi skal legge listen og tiden som står til rådighet, både for de som sitter i redaksjonen og de som skal bidra med innlegg. Informasjon som kan virke selvsagt for de som har vært lenge i faget og har kontakter, kan være av stor interesse for de med kortere fartstid. Vi oppfordrer dere til å ha dette i mente og ta tastaturet fatt og bidra til neste

nummer som kommer i desember! Takk til dere som bidro med innlegg til dette nummeret tross til dels korte frister etter sommerferien.

Vi retter også en takk til våre annonsører.

Marianne Brydøy
Dag Clement Johannessen

Utdanningskapasiteten i onkologi

Som det ble gjort rede for ved årsmøtet i mars 2003 var utdanningskapasiteten i onkologi en av styrets hovedoppgaver i 2002. Spesialitetskomiteen ved Stein Sundstrøm leverte i januar 2002 en analyse til Utdanningsavdelingen i Legeforeningen som anslo et nøkternt behov for 130 nye spesialister over en 10 års periode. Tallet var basert på onkologi miljøenes egne anslag om behov for nye spesialister innenfor sitt ansvarsområde / nedslagsfelt (ca 100), samt frafall ved alderspensjonering (17) og overgang til andre type stillinger, eks FoU (ca 15). Med 6-7 utdannede spesialister pr år (basert på 60 utdanningsstillinger og et konservativt anslag med en utdanningstid på 6 år og 2/3 som fullfører spesialistutdanningen) utdannes kun vel halvparten av behovet for de neste 10 år. I spesialitetskomiteens uttalelse ble det foruten opprettelse av flere utdanningsstillinger ved de godkjente utdanningsinstitusjonene, foreslått etablering av desentraliserte utdanningsstillinger i samarbeid med "moderavdeling", prioritering av søkere som ønsker å satse på onkologi som spesialitet og at utdanningsstillinger som sto vakante pga manglende budsjettdekning ble tatt i bruk.

Noen av de viktigste årsakene til økt behov for onkologer er:

Sammenlignet med midten av 90-tallet forventes det en økning til år 2020 i kreft-insidens på 42% hos menn og 36% hos kvinner. (Vesentlig årsak er høyere alder / større folketall.)

Strålekapasiteten har lenge vært for lav i Norge. Før planperioden for Nasjonal Kreftplan (NOU 1997:20) startet i 1999 ble det anslått at ca 25% av kreftpasientene fikk strålebehandling. I dag er tallet ca 40%, mens målsettingen er 54%. I planperioden skulle strålemaskinparken utvides fra 22 til 36 maskiner, og det er bevilget ytterligere midler til maskin nr 37. Når utbyggingen ved DNR og Ullevål er fullført vil tallet være 39 strålemaskiner. Denne kapasitetsøkningen krever flere onkologer, dessuten får en stadig større andel av pasientene conformal / doseplanlagt behandling med dertil økt bruk av legeressurser.

Økt virksomhet innen kreftomsorgen ved de større sentralsykehusene med opprettelse av egne kreftavdelinger, stråleterapienheter og lindrende enheter.

Fokus på lindrende behandling: I følge livshjelpetutredningen er det anslått et behov på 200-300 nye stillinger til palliative enheter utenfor universitetssykehusene og 100 stillinger til regionale kompetansesentra og avdelinger for lindrende behandling ved Universitetssykehus. Legestillinger inngår i disse tallene uten å være nærmere spesifisert. Siden over 90% av brukerne er kreftpasienter, er det klart at en del av stillingene bør besettes av onkologer.

I tillegg kommer forhold som at de fleste onkologers arbeidstid allerede går langt utover en "normal" arbeidsuke, manglende tid til oppdatering og forskning, økt bevissthet og krav fra pasienter mtp informasjon etc.

Hva har så skjedd siden januar 2002?

Representanter fra styret i NOF var i juni 02 i møte i Sosial- og Helsedirektoratet (SHD). Der og i senere brev ble det bedt om opprettelse av minst 25 nye utdanningsstillinger med nødvendige budsjettmidler for å kunne nærme seg det forventede nøkterne behovet for spesialister over en 10 års periode. I svar fra SHD i august 02 kunne dette ikke imøtekommes, men det ble anbefalt at onkologi ble opprettholdt som en av de prioriterte spesialitetene og at de 7 assistentlegestillingene i onkologi som helseforetakene hadde søkt om (etter å ha nådd opp lokalt) ble innvilget. Dessuten ble det anbefalt at det ble lagt større vekt på omgjøring av stillinger til prioriterte spesialiteter inklusive onkologi i de regionale helseforetak. Styret i NOF anmodet deretter avdelingslederne ved regionsykehusene å bringe sistnevnte punkt videre i sitt helseforetak.

I 2002 ble det som prognostisert utdannet 6 nye spesialister (tilsvarende som gjennomsnittet for de 5 foregående år), i tillegg fikk en overført spesialiteten fra annet Nordisk land. Av 141 registrerte onkologer pr april 2003 er 119 yrkesaktive i Norge. Hvor mange som jobber innen klinisk onkologi vites ikke p.t, men pr januar 2002 arbeidet 78 innenfor klinisk onkologi, 8 i administrative stillinger og 13 i universitetsfunksjon/FoU (av den gang 131 registrerte spesialister).

I følge Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling (NR) ble det tildelt 6 nye utdanningsstillinger i onkologi for 2003. (Haukeland 1, St. Olav 1, Ålesund 2, Sykehuset Innlandet 1 og DNR 1). Tilsvarende tall de siste årene er 2002 - 4, 2001 - 4, 2000 - 3 og 1999 - 7. I samme 5 års periode er det tildelt totalt 26 overlegestillinger hvorav en i 2003. På tross av at onkologi de siste årene har blitt regnet som et satsingsområde er altså utdanningskapasiteten fortsatt betydelig lavere enn det som kreves for å møte den nære fremtids behov av spesialister.

Siden 1999 har NR vært sentral i den endelige fordelingen av utdanningsstillinger mellom de ulike spesialiteter. Nå er praksis imidlertid noe endret. Hvert regionale helseforetak får en stillingskvote med enkelte bindinger (som ikke innebærer spesiell prioritering av onkologi), RHF skal så fordele kvoten videre til de enkelte helseforetak og spesialiteter. I tillegg står det regionale helseforetak mer fritt til å omgjøre legestillinger, bl.a omgjøring av assistentlegestillinger i ett fag til et annet. (Man må imidlertid fortsatt søke NR hvis det er aktuelt å ta en stilling fra "de særlige utsatte spesialiteter" – laboratoriefag inkl. patologi og radiologi samt plastikkirurgi og fysikalsk medisin og rehabilitering.)

I fjor sommer ble det innført en 2 års prøveordning med mulighet for gruppe 2 tjeneste ved VAS og Gjøvik i samarbeid med DNR, og tilsvarende ordning for Ålesund og St. Olavs Hospital.

Hva skjer videre?

Søknadsfristen for neste års nye stillinger er for lengst gått ut, og vi håper og tror at fokusering på mangler ved utdanningskapasiteten har nådd frem til de aktuelle personer i helseforetakene som nå skal fordele stillingene mellom spesialitetene. Her har avdelingslederne en viktig jobb! Styret i NOF vil følge opp saken når status for denne fordelingen foreligger, og eventuelt vurdere ytterligere tiltak dersom onkologien blir avspist med få utdanningsstillinger.

Under "Nytt fra avdelingene" i dette nummeret av Onko-Nytt ba vi avdelingslederne kommentere bemanningssituasjonen ved sin avdeling. Som det kommer frem fra ett av innleggene er i hvert fall rekrutteringen til assistentlegestillinger god!

Et godt kollegialt fellesskap er en av faktorene som spiller inn for å bli værende i en påbegynt spesialistutdanning – der har vi alle noe vi kan bidra med.

Kilder:

Spesialitetskomiteens utredning av januar 02, brev til NOF fra SHD vedrørende utdanningskapasiteten i onkologi aug 02, Kreftregistrets fremskrevne krefttall (Eur J Cancer Prev, vol. 11, suppl.1, 2002).
Helsedirektoratets websider (www.odin.dep.no/hd):
Livshjelpsutredningen NOU 1999:2, "Nasjonal kreftplan"

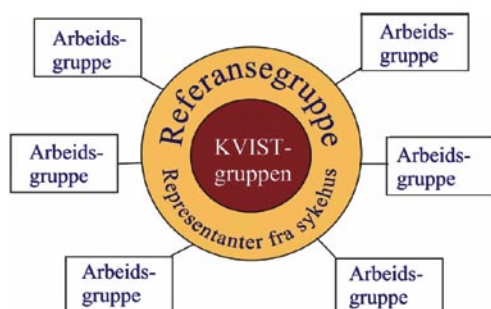
NOU 1997:20, "Kreftplanen, politiske mål og resultater" – Tale ved helseminister D.Høybråten februar 2003.
NR webside (www.nr.dep.no), brev fra NR vedrørende endrede saksbehandlingsregler april 03 og telefonsamtale med Grethe Kolloen i NR september 03.

Marianne Brydøy

Kvalitetssikring i Stråleterapi (KVIST)

KVIST gruppen ved Statens Strålevern har sin bakgrunn i utvidet satsing på kreftbehandling i Norge som følge av Kreftplanen. Høsten 2000 startet arbeidet med å utvikle et nasjonalt kvalitetssikringsprogram i stråleterapi. Med bakgrunn i stråleskader av kreftpasienter var det ønske om å bygge et program som på en effektiv måte kunne bedre samarbeidet mellom stråleterapisentrene og fokusere på både kliniske, tekniske og administrative problemer. Et viktig mål er å skape positive holdninger til kvalitetssikring og bedre kommunikasjonen mellom sentrene og de ulike faggruppene involvert i stråleterapi.

Det begynte relativt beskjedent med to fysikere på halv tid, senere ble gruppen utvidet til å omfatte tre fysikere, en onkolog og en stråleterapeut, og våren 2002 var man fulltallig. Tre av gruppens deltagere arbeider deltid i klinikken (lege, to fysikere). Det har hele tiden vært et overordnet mål at deltagerne har nærhet til klinisk kreftbehandling i praksis. Man utviklet en organisasjonsform basert på at KVIST-gruppen ved Statens Strålevern fungerer som en kjerne i organisasjonen, med en tilknyttet referansegruppe bestående av ti medlemmer jevnt fordelt mellom de ulike sentra og faggruppene. Referansegruppen fungerer som et rådgivende organ for KVIST-gruppen samtidig som den er et bindeledd mellom Strålevernet og den enkelte avdeling. Sammen med referansegruppen defineres ulike prosjekter som blir gjennomført i arbeidsgrupper. Målet med arbeidsgruppene er å etablere konsensus rundt definerte problemstillinger som i gitte tilfeller skal gi grunnlag for en anbefaling som vil bli publisert fra Statens Strålevern.



Litt nærmere om noen av arbeidsgruppene

Virksomhetsrapportering i stråleterapi

Dokumentasjon og rapportering av stråleterapiaktivitet i Norge er et viktig verktøy for kvalitetsutviklingen i stråleterapi. Statens Strålevern og Helsetilsynet trenger årlige rapporter fra virksomheten ved hvert enkelt stråleterapisenter. Tidligere har det vært ulik forståelse av hvilke parametere som skal rapporteres, noe som har ført til varierende kvalitet og nytteverdi på rapportene.

Høsten 2001 startet KVIST-gruppen arbeidet med å definere felles parametere til bruk på alle sentrene i landet for enkel og entydig rapportering i stråleterapi. Et av målene var å samle rapporteringsdata i en database lokalisert på Strålevernet og samordne videre ekstern rapportering herfra. Dokumentet "Virksomhetsrapportering i Stråleterapi" og et elektronisk skjema for rapportering ble sendt ut på høring juni 2002 og kommer i høst ut som endelig strålevernsrapport. Til nå har man mottatt data fra 2001 og 2002, disse er under bearbeidelse. I tilslutning til dette deltar KVIST gruppen innefor EU samarbeid med mål å fremskaffe nasjonale data om stråleterapi virksomheten i de enkelte land i Europa.

Arbeidet framover vil bestå i å definere indikatorer for kapasitetsutnyttelse, behov og kvalitet i stråleterapi.

"Medisinske indikatorer" for kvalitet i strålebehandling.

Vi har i mange år hatt regelmessige registreringer av feil og mangler på teknisk utstyr i stråleterapi. Dette er "harde parametere" som kan måles i tall og registreres automatisk av maskiner. Følgelig er man på fysikk siden kommet langt med å kvalitetssikre arbeidet, f.eks dosimetri protokoller, oppmåling av felt etc etc. Onkologen

har hatt en annen tilnærming. Selv om vi søker hjelp hos hverandre, er man i stor grad alene om å treffe behandlingsvalg og vurdere pasientene. Det er en betydelig grad av egenkontroll innbakt i det medisinske systemet. Moderne medisinsk behandling er komplisert og skulle vi dokumentere våre medisinske handlinger ned til detaljnivå ville vi ikke få tid til å behandle pasienter. Imidlertid har vi et selvfølgelig behov for å vite at behandlingen vi gir pasienten virker og at den ikke påfører unødvendige bivirkninger. Vårt valg av behandling er i større og større grad basert på en eller annen form for retningslinjer; metodebøker, handlingsprogrammer, konsensus konferanser, eller evidensbasert medisin; publiserte studier i internasjonale tidsskrift, metaanalyser etc. Det har skjedd en utvikling fra den tiden hvor behandlingsvalget mer var basert på personlig erfaring, tradisjon ved institusjonen og kollegiale anbefalinger. Som praktiserende onkologer befinner vi oss vel alle et eller annet sted i denne utviklingen, og det krever mye tid å finne frem i jungelen av informasjon og holde seg oppdatert innen faget. Fremfor alt krever det mye arbeid å lage retningslinjer for det som til enhver tid oppfattes som god behandling ("medisinske sannheter" har ofte kort levetid).

Svært grovt forenklet er det etter min mening tre sentrale spørsmål om kvaliteten i vårt arbeid.

- Hva er den beste behandlingen
- Hvordan skal vi kunne gi den beste behandlingen
- Hvordan kan vi være sikker på at den beste behandlingen ble gitt

Vi trenger parametre som kan tjene som gode medisinske indikatorer på kvaliteten i strålebehandlingen. I denne sammenheng har selve strålerekvisisjonen en sentral plass, siden alle nødvendige opplysninger for planlegging og gjennomføring av strålebehandling finnes samlet. Det er derfor nedsatt en arbeidsgruppe som ser på de ulike parametre i strålerekvisisjonen. Målet er å lage en mal for elektronisk basert strålerekvisisjon som kan tilpasses lokalt på de enkelte sentra, men som inneholder et felles minimum av sentrale parametre og som på en enkel måte skal kunne registreres og danne grunnlag for kvalitetssikring av virksomheten. Parametrene skal være basert på allerede eksisterende klassifiseringssystemer

og på definisjoner i "Virksomhetsrapportering i Stråleterapi". Innhenting og registrering av opplysninger om pasienter og rapportering til sentrale myndigheter er tidkrevende i en allerede presset klinisk hverdag. Det er derfor vesentlig at gruppen, i tillegg til å finne frem til gode kvalitetsindikatorer, også bidrar til å skape et grunnlag for enkel, effektiv og entydig rapportering til sentrale myndigheter fra de allerede eksisterende registreringssystemene på stråleterapiavdelingene. Gruppen har til nå hatt to møter og arbeider med å nå konsensus på et "minste basis data sett" ved rekvisisjon.

Kliniske revisjoner (Clinical audit)

Dette er et relativt nytt begrep. Et forsøk på norsk definisjon :

'Kliniske revisjoner er et klinisk ledet initiativ som søker å bedre kvalitet og resultat av pasientbehandling gjennom strukturert kollega basert samarbeid, hvor klinikere gjennomgår og sammenholder praksis og resultat mot omforente standarder, samt modifierer praksis hvor det er indisert.'

Ifølge et EU-direktiv fra 1997 (MED, 97/43/EURATOM) skal kliniske revisjoner gjennomføres i medlemslandene, dog i samsvar med nasjonale prosedyrer. Norge er ikke forpliktet til å følge dette direktivet. Danmark og Finland har allerede satt i gang arbeidet med kliniske revisjoner. Referansegruppen har siden første møte framholdt viktigheten av kliniske revisjoner som et ledd i kvalitetsutviklingen i stråleterapi her i landet.

Hva er så en klinisk revisjon i praksis?

Kvalitetskontroll ved kliniske avdelinger kan foregå ved at en avdeling kontrollerer seg selv eller ved at en ekstern gruppe går igjennom klinisk praksis, prosedyrer og oppfølging av pasienter. En ekstern gruppe må ha en sammensetting som dekker de forskjellige profesjoner som deltar i pasientbehandlingen, og deltagerne må ha nøye kjennskap til behandlings- og kvalitetskontrollrutiner.

Det er vesentlig at en slik revisjon ikke oppfattes som strålevern tilsyn. Et tilsyn fra et statlig organ har som hensikt å påse at regler og lover følges, eventuelt har man sanksjonsmuligheter. I medisinsk behandling er det ofte flere forskjellige

behandlingsmetoder som fører til målet. Ved en klinisk revisjon søker man å påpeke praksis som ikke samsvarer med retningslinjer. Resultatene etter revisjonen rapporteres tilbake til det senteret som er blitt revidert for justering av standarder og prosedyrer og fungerer som en form for kollegabasert læring (peer review), og følgelig ingen sanksjonsmuligheter.

Sagt på en annen måte, klinisk revisjoner:

- skal ledes av kliniker(e)
- er et teamarbeid
- har som mål å
 - bedre kvaliteten på pasientomsorgen
 - bedre resultatet av behandlingen
 - prøve og heve kompetanse gjennom kollegabasert læring
- betyr at man må finne omforente standarder og måle praksis opp mot disse
- kan føre til at man må endre praksis
- fokuserer på klinikk, ikke på ledelse

Arbeidet med å implementere kliniske revisjoner ved strålebehandling i Norge krever bidrag fra de forskjellige gruppene som deltar i strålebe-handlingsprosessen: lege, fysiker og stråleterapeut. Et vesentlig moment er at avdelingen som blir revidert må ønske at revisjonen gjennomføres.

Våren 2003 ble det nedsatt en arbeidsgruppe for planlegging og gjennomføring av et pilotprosjekt med kliniske revisjoner. Formålet var å utarbeide prosjektbeskrivelse, gjennomføre en pilotrevisjon, evaluere resultatet og utarbeide forslag til implementering av kliniske revisjoner i stråleterapi i Norge.

Arbeidsgruppen består av overlege fra Tromsø og DNR og stråleterapeut fra Stavanger, KVIST-gruppen har sekretariat funksjon og deltar med fysiker og lege. Som tema er valgt strålebehandling av skjelett metastaser. Vi har hatt møter med de to sentrene som ble valgt ut: Trondheim og Kristiansand. Selve revisjonen er planlagt gjennomført i oktober mnd. Erfaringene fra hvordan en revisjon kan gjennomføres i praksis vil bli lagt fram på stråleterapimøte i Tromsø i november. Data fra de enkelte avdelingene vil bli behandlet konfidensielt.

Foreløpig har arbeidet med kliniske revisjoner blitt mottatt med interesse i det onkologiske miljøet. Temaet ble behandlet på en internasjonal kongress i Tampere i Finland før sommeren. KVIST-gruppen deltok nesten fulltallig og til vår overraskelse viste det seg at det foreløpig er få sentra i Europa som har gjennomført slike revisjoner i stråleterapi. Det arbeides imidlertid aktivt i mange land for å implementere kliniske revisjoner i klinikken. Spesielt virket det som NICE og RCR i Storbritannia var aktiv i dette arbeidet (www.nice.org.uk og www.rcr.ac.uk). I USA har denne formen for kvalitetskontroll og kvalitetssikring lange tradisjoner.

Norsk stråleterapimøte

KVIST-gruppen har etablert et årlig norsk stråleterapimøte der leger, stråleterapeuter og fysikere kan komme sammen og diskutere faglige emner. Et tverrfaglig stråleterapiforum bidrar til å bedre faglige diskusjoner og danner samtidig et grunnlag for et tettere samarbeid og kommunikasjon i miljøet. Det er til nå avholdt to møter, på Røros høsten 2001 og i Stavanger høsten 2002. Ressurspersoner fra utlandet er hentet inn for å gi ny kunnskap, styrke interessen for stråleterapi og for å plassere det norske miljøet i et europeisk perspektiv. Deltagelsen på møtene har vært stor og tilbakemeldingene fra miljøet svært positive. Årets møte vil være i Tromsø 5.-6. november. Møtet i år vil ta for seg blant annet utdanning og rekruttering til stråleterapi faget for de tre yrkesgruppene, i tillegg til mer rent faglig relaterte emner. Det oppfordres sterkt til å lese plakaten som er slått opp på de enkelte stråleterapi enhetene og sette av tid i kalenderen. Informasjon blir også sendt pr post til alle medlemmene i foreningen.

Dette var en kort orientering om noe av KVIST- gruppens arbeid til nå. Mange av onkologene rundt på de enkelte sentra i landet deltar allerede i dette arbeidet, enten som medlemmer i arbeidsgruppene eller som deltager i referansegruppen. Det krever ekstra innsats i en allerede presset arbeidssituasjon. Til tross for det har det vært stor vilje til å delta i arbeidet og det har vært nedlagt et betydelig antall arbeids- og ikke minst reise- timer allerede. Uten denne entusiasmen for faget og viljen til

å yte ekstra ville vi ikke fått utrettet noe. For å gjennomføre programmet i årene som kommer er vi helt avhengig av ytterligere innsats fra den enkelte onkolog. Vi kommer tilbake med mer informasjon i neste nummer og håper på å se så mange som mulig på:

**Norsk Stråleterapi møte i Tromsø
5.-6. november.**

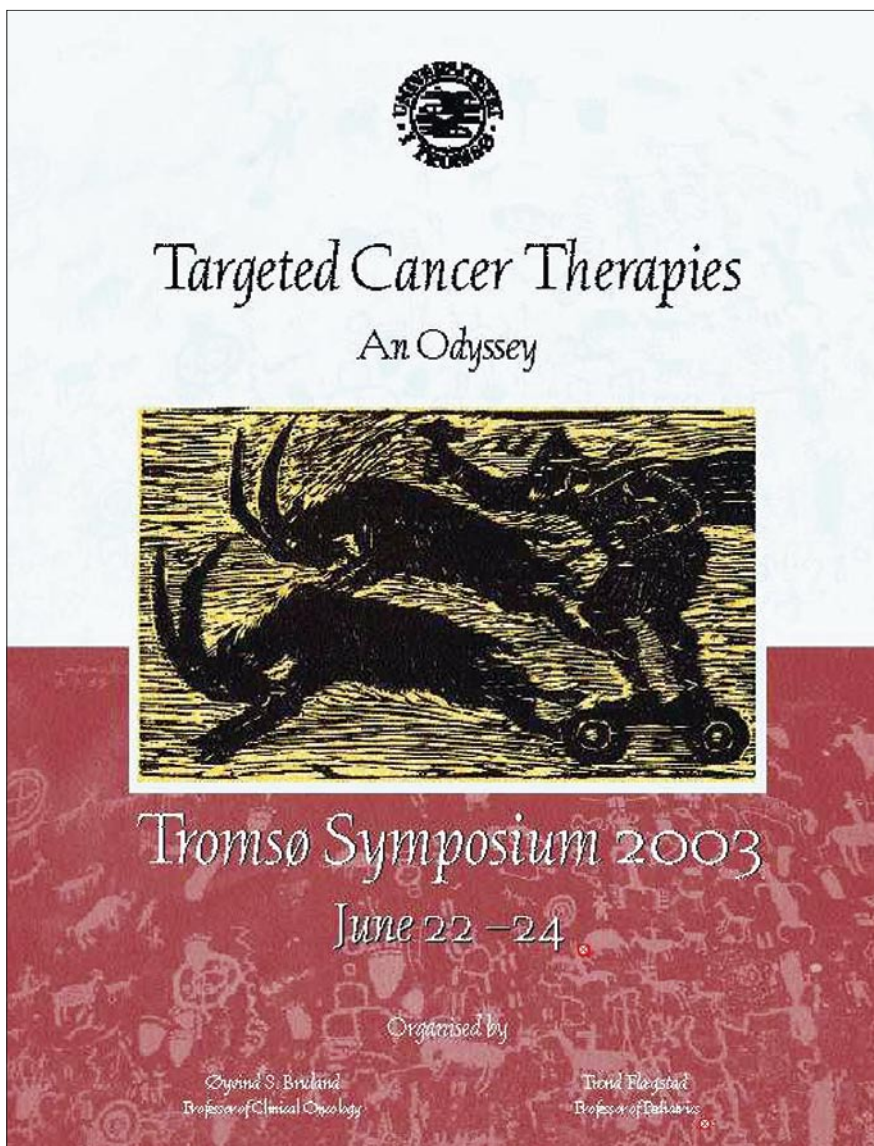
**På vegne av KVIST-gruppen
Dag Clement Johannessen**

Stemningsrapport fra Tromsø Symposiet 2003

22-24 juni. "Targeted Cancer Therapies – An Odyssey"

Siden 1972 har vitenskapelige symposier vært arrangert årlig i Tromsø. Årets symposium arrangert av Prof. Øyvind Bruland ved DNR og Prof. Trond Flægstad fra UNN, var det første innen behandling av kreft. 195 deltakere

var samlet i Tromsø i flott sommervær for å lære mer om etablerte og potensielle nye behandlingsmuligheter som alle har felles mål, å bedre terapeutisk indeks ved mer spesifikk effekt på tumorceller fremfor normalt vev.



25 foredragsholdere sto for svært interessante foredrag som favnet bredt om temaet målrettet kreftbehandling og gjennomgående var av høyt nivå. Den første ettermiddagen var det også tid til foredrag med historiske perspektiv, og arrangementet ble åpnet med et interessant foredrag om symposiums historikk med en spennende beskrivelse av livsstilen i Oldtidens Hellas - en skildring man ikke nødvendigvis finner i skolens historiebøker.

Det sosiale programmet omfattet konserter med Kari Bremnes samt Isa K. Gericke og Sveinung Bjelland. Sankthansaften var det middag i Polaria med visning av Ivo Caprinos panoramafilm om Svalbard og arktisk vandring. Kvelden var

spesielt vellykket for de som ved midnatt tok taubanen til Fløya for å se midnattssolen. Det var flott vær, god stemning og en uforglemmelig opplevelse.

Etter et så vellykket symposium kan man bare takke og gratulere arrangører, og håpe på at slike symposier blir organisert regelmessig. Symposiet var sannsynligvis også god Norges reklame da de internasjonale foredragsholderne ikke lot de flotte omgivelsene gå ubemerket hen.

Dorota Goplen

Boken "Targeted cancer therapies – An Odyssey"

Hvis du gikk glipp av symposiet, men ønsker å få med deg det essensielle, bør du vurdere å anskaffe denne boken som deltakerne fikk allerede under møtet. Boken er på 240 sider og har relativt rikelig med illustrasjoner samt hard perm.

Den innledende delen egner seg som interessant sengelektyre og omfatter blant annet symposium tradisjonen tilbake til Platons tid. Det trekkes linjer for "Targeting" til norrøn og gresk mytologi og guden Tor i konstant kamp mot det onde. Perspektiver fra noe nyere tid med Paul Ehrlich og antistoff som "magic bullets" omtales også. Det er også et illustrert kapittel med tips for bedre muntlige presentasjoner.

"Invited Lectures" består av 21 utvidede abstracts / mini-reviews, de fleste med 2-6 siders tekst. Med min begrensede bakgrunnskunnskap utover Imatinib, Rituximab, Herceptin og Samarium (153 Sm-EDTMP), synes jeg kapitlene ga korte og gode oversikter over de respektive emner, og totalsett et helhetsinntrykk av status innen "målrettet" kreftbehandling. Foruten de mer kjente ovenfornevnte medikamenter er det omtale av ulike typer EGFR inhibitorer, angiogenese hemmere,

vaksiner, radioimmunoterapi, immunotoksiner og potensielle angrepspunkt i cellyklus. Dessuten avsnitt om "pharmacogenomics", "chemoprevention", COX-2 hemmere, og "adoptive cell transfer therapy" (generering av en inflammatorisk respons ex vivo). For en fullstendig liste over foredragene vises til det vitenskapelig programmet på websiden. www.radiumhospitalet.no/forskning/Tromso_symposium.pdf

Siste del av boken, "Proffered papers", består av 14 artikler fra skandinaviske forskergrupper.

Boken kan bestilles elektronisk fra Universitetsbiblioteket i Tromsø og koster 300 kroner portofritt tilsendt. Aktuell adresse: www.ub.uit.no/ub_pres/ravnetrykk

Det vil også bli utgitt en CD med foredrag og slides fra symposiet. Den er lovet å foreligge til onkologisk forum.

Marianne Brydøy



Palliasjon -Nytt fra Norsk forening for palliativ medisin

Onkologisk Forum er et viktig samlingssted for norske leger med interesse for kreft og kreftbehandling. I 1996 ble Norsk gruppe for palliativ medisin dannet som en interessegruppe under forumets "paraply", med ansvar for en årlig parallellsesjon på kongressen. Etter hvert arbeidet også gruppen med saker uten direkte tilknytning til Onkologisk Forum, og det vokste fram et ønske om en fastere organisasjonsform i tillegg til en faggruppetilknytning. I mai 2000 ble Norsk forening for palliativ medisin stiftet, og i juni 2001 ble foreningen godkjent som en spesialforening i Den norske lægeforening.

Med palliativ medisin menes fagfeltet som tar seg av behandling og forskning hos pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid. Målet for behandlingen er å gi pasientene og deres pårørende best mulig livskvalitet. Kort forventet levetid defineres ofte som mindre enn 9-12 måneder. I dette stadium er kurativ og vanligvis også livsforlengende behandling avsluttet, og fokus er på symptomlindrende og symptomforebyggende behandling.

I vår del av verden er over 90% av pasientene ved palliative enheter kreftpasienter, og det er en stor grenseflate mellom palliasjon og onkologi. Palliasjon drives imidlertid på alle nivåer og innenfor en rekke fagområder i helsevesenet, og helsemyndighetene har bestemt at palliasjon skal etableres som et eget fagområde. Både NOU 1997:20 "Norsk kreftplan" og NOU 1999: 2 "Livshjelpetredningen" gir anbefalinger for organisering av det palliativ tilbud i Norge. En viktig anbefaling var opprettelsen av palliative enheter ved alle universitetssykehus, og denne har godt på vei blitt realisert. I 2003 fins det i hver helseregion et regionalt kompetansesenter for lindrende behandling, et eller flere palliative konsulentteam og palliative enheter både på sykehus og sykehjem.

Norsk forening for palliativ medisin har engasjert seg i utviklingen av fagfeltet palliasjon i Norge, både organisatorisk og som medisinsk fagområde. Foreningen er for tiden særlig engasjert i følgende arbeidsoppgaver:

1. Standard for palliasjon.

Vi står nå i en situasjon der en rekke nye palliative tilbud er i ferd med å etableres, blant annet planlegges palliative sengeposter ved flere onkologiske avdelinger. Utover anbefalingene i Livshjelpetredningen fins det ingen retningslinjer eller helhetlig plan for hvordan dette fagfeltet bør bygges ut, organiseres og kvalitetssikres i vårt land. Etter oppfordring fra Den norske lægeforening er Norsk forening for palliativ medisin i gang med utarbeidelsen av en standard for palliasjon i Norge. En standard vil gi anbefalinger for organisering og kompetanse, og vil være viktig for kvalitetssikring av de medisinske tjenestene i palliativ virksomhet.

2. Utdanning av leger i palliativ medisin.

Palliativ medisin er ingen egen spesialitet i Norge. Også i spesialistutdannelsen i onkologi inngår svært lite av "kjernepensum" i palliativ medisin, så som smerte- og symptomlindring, kunnskap om den døende pasient, beslutningslære, teamarbeid, sorgarbeid og ivaretagelse av pårørende. NFPM ser et stort behov for å utdanne leger til å arbeide på palliative enheter og til å drive fagfeltet fremover i Norge. Sammen med de palliativ-medisinske foreninger i de øvrige nordiske land har vi utarbeidet Nordisk spesialistkurs i palliativ medisin. Dette er en toårig "spesialutdanning" med seks kursmoduler over to år, der også et forskningsprosjekt inngår. Første kull starter denne utdanningen i oktober 2003, og et nytt kull vil bli tatt opp i 2004.

3. Finansiering av palliative virksomheter.

Manglende finansiering har så langt vært største hinder for opprettelsen av palliative

enheter/team. NFPM har engasjert seg i arbeidet i forhold til DRG og prosedyrekoding for palliasjon. Fra og med inneværende år kan man utløse en DRG-takst ved å kode for palliativ behandling. Vår forening har anbefalt helsemyndighetene å knytte betingelser til bruk av denne taksten, idet den ble fremmet som et insentiv for å styrke opprettelse og drift av palliative enheter. Vi mener blant annet at det må foreligge et spesifikt, organisert palliativt tilbud for at taksten skal kunne utløses. Svaret fra helsemyndighetene så langt er at man avventer standard for palliasjon før man vil definere slike krav. NFPM har ellers gått inn i SINTEFs prosjekt om videreutvikling av prosedyrekodeverket for å definere prosedyrer og kontaktformer for palliativ medisin.

Foreningen hadde sitt utspring i Onkologisk Forum, og vi har beholdt vår faggruppestatus

på Forumet. Vi føler en sterk tilknytning til det onkologiske fagmiljøet, og det er naturlig for oss å avvikle foreningens årsmøte i tilknytning til Onkologisk Forum. Vår parallellsesjon på Onkologisk Forum har de senere år hatt svært god oppslutning. Alle onkologer med interesse for palliasjon er hjertelig velkommen som medlemmer av NFPM! Nærmere opplysninger om foreningen finnes på www.palliativmed.org eller kan fås ved å kontakte undertegnede, dagny.haugen@helse-bergen.no

Dagny Faksvåg Haugen

leder, NFPM

Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion vest og

Avdeling for kreftbehandling og medisinsk fysikk, Haukeland Universitetssykehus

LINDRING I NORD Håndbok i lindrende behandling

Fra 1999/2000 ble det over Nasjonal kreftplan opprettet regionale kompetansesentra innen lindrende behandling i hele landet. Sentrene skal fra 2004 integreres i den ordinære virksomheten i de regionale helseforetak. Kompetansesentrene har valgt noe ulik profil og organisasjonsform, men skal alle drive med undervisning og forskning/fagutvikling innenfor palliasjon, og være pådriverer for fagfeltet i sin region.

Lindring i Nord, det regionale kompetansesenter i Helseregion Nord, ga i 2000 ut "Håndbok i lindrende behandling", som er distribuert i vår nordligste landsdel. Håndboken dekker de fleste tema innenfor palliasjon, og kan være et nyttig hjelpemiddel. Boken foreligger nå i ny utgave og finnes som nettoutgave på kreftavdelingen i Tromsø sin hjemmeside: www.unn.no/kreft eller



direkte www.unn.no/kreft/lindring.shtml Den finnes også som "håndbok" i A4-format eller i permutgave. Boken kan bestilles hos Tone Nordøy, tone.nordoy@unn.no

Nytt fra Ullevål

Utenfor avdelingen sprenges og graves det. Barnehager er revet og nye er bygget i en roligere del av Ullevålsområdet. For nå er det onkologien som skal bygges ut: det nye kreftsenteret for Helse øst. I dag 1.9. er det 3 år til det er ferdig og vi kan flytte inn. Bygget skal i 1. etg. inneholde 6 lineærakselleratorer og poliklinikk (25 000 konsultasjoner) / dagbehandling (7 500 kurer), i 2. etg. CT, simulatorer, doseplanlegging etc., samt en sengepost, i 3. etg. avdeling for lindrende behandling (12 senger) og sengepost (24 senger) og i 4. etg. sengepost med forskningsenhet (12 + 6 senger), kontorer og kantine. I tillegg kommer undervisningslokaler og auditorium. Bygget skal forbindes til det sentrale bygningskompleks via en bro og en tunnel. Mange av de ansatte gjør en stor innsats i de mange brukergrupper, for å gjøre bygget både funksjonelt og estetisk,

tilpasset moderne og framtidsrettet behandling, til glede for både pasienter og ansatte. Mange års planlegging går over i en spennende, om enn støyende, bygningsfase. I dag har vi det ganske trangt, og det er ingen tvil om at det nye senteret representerer et kvantesprang for oss.

I forkant av åpningen av kreftsenteret om 3 år følges en opptrappingsplan for pasientbehandling og for personell. Det betyr at aktiviteten i stråleterapi og poliklinikk øker på kveldstid, med flere pasienter fra helseregionen utenom Oslo. I denne situasjonen er Ullevål Hotell godt å ha, der man nå styrker bemanningen med helsepersonell. Opptrappingen betyr også at vi ansetter flere fagpersoner innen alle yrkeskategorier.

Når det gjelder legene har vi de siste årene lagt hovedvekten på å øke utdanningskapasiteten. Vi har i dag 9 utdanningsstillinger (hvorav

en fordypning), alle stillinger er besatt. Vi har totalt 13 under utdanning, hvorav 12 planlegger å bli onkologer og 1 hematolog. Søknaden til utdanningsstillingene er svært god. Assistentlegene roterer mellom sengepost, stråleterapi, Kompetansesenter for lindrende behandling (KSLB) og Enhet for utprøvende behandling, og har, bortsett fra de første måneder, poliklinikk gjennom hele utdanningsperioden. Vi hadde for få dager siden et inspirerende besøk av

Spesialitetskomiteen. Vi er enige i at Ullevål bør kunne romme flere utdanningsstillinger de neste 3 år (til ca. 12), parallelt med opptrappingen av aktivitet og personell. Problemet er å få allokert nye utdanningshjemler fra Nasjonalt Råd, samt å få lønnsmidler sammen med hjemlene. Vi har i 2003 15-17 overleger i avdelingen (3 med prof. II ved Universitetet), hvorav 1-2 ved KSLB.

Kjell M. Tveit

Rapport fra Haukeland Universitetssykehus

Det siste året har vært preget av prosessen omkring og organisasjonsendringen fra tre-delt, enhetlig ledelse til en-delt ledelse. Resultatet ble sammenslåing av tidligere Onkologisk avdeling og Radiofysisk avdeling til Avdeling for kreftbehandling og medisinsk fysikk (heretter her kalt Kreftavd.). Det er tilsatt enhets- eller driftsledere ved sengepost og dagenhet (sykepleiere) og enhetsleder stråleterapi (tidligere sjefstråleterapeut). Disse har det daglige ansvar for fysiske arbeidssteder og personalansvar for pleiegruppen og stråleterapeuter. I tillegg er det ledere for personalgrupper med varierende arbeidssted: Avdelingsoverlege, sjeffysiker, kontorleder og en mindre gruppe ansvarlig for strålehygiene (ikke underlagt avdelingsleder). Oversykepleier har ikke lenger det totale personalansvar, men er ansvarlig for fagutviklingen og metoder i sykepleierfaget og en stabsavdeling (kontaktsykepleiere, fagutviklings- og forskningssykepleier). Stener Kvinnsland ble tilsatt som avdelingsleder. Han ble imidlertid i april kalt til viseadministrerende direktør med ansvar for tverrgående, interne prosesser avdelingene imellom og er fast stedfortreder for sykehusdirektøren. Olav Mella tok 01.07. imot stillingen som avdelingsleder ved Kreftavd.

Avdelingen er inne i en intensiv planleggingsperiode for bygging av bunkers til 6. strålemaskin og anbuds vurdering for denne og en

utskiftingsmaskin. Det er en betydelig utfordring å inkorporere nytt utstyr med teknologi i utvikling i en eksisterende avdeling og få en god logistikk og ressursutnyttelse av avdelingens totale portefølje. Avdelingen har lenge hatt vanskelige geografiske forhold med lokalisering fire forskjellige steder i sykehuset. Kontorforholdene for legene har vært vanskelig, og det blir midlertidig verre ved bunkersbyggingen. Det er imidlertid gode utsikter til at strålebunkersbygget i sykehusparken vil få en 2. og 3. etasje, hvor nåværende poliklinikk og dagenhet samlokaliseres for å gi en god ressursutnyttelse. Samtidig vil kontorarealene utvides med samling i en kontoretasje. I poliklinikkens tidligere arealer i Sentralblokken forventes moderne nukleærmedisin å lokaliseres, og vi ser frem til et fruktbart klinisk- og forskningssamarbeid med billediagnostikere. Denne løsningen ser ut til å bane vei for det etterlengtede kreftbygg, idet rokkeringene medfører frigjøring av Hudbygget, som dermed kan rives og gi plass til et kreftbygg. Samlede sengeposter med kort avstand til stråleterapi og dagenhet vil lette det daglige arbeid. I denne prosessen vil det bli vurdert om andre kreftrelaterte virksomheter samtidig bør bli en del av kreftbygget for å styrke helhetstenkningen om og den kliniske logistikken omkring kreftpasientene, nødvendig forskning og utvikling.

Avdelingen vil ellers fokusere den nærmeste tid på bedring av logistikken i pasienthåndteringen for å forkorte ventetiden, utnytte ressursene enda

bedre og se om det kan frigjøres tid til nødvendig utviklingsarbeid. Fordi legeressursene er pressede må vi se om endringer i rutinene og eventuell forandring i arbeidsoppgavene personalgrupper imellom kan gjør det mulig å gjøre mer, uten å øke stressnivået til personalet. Overgang fra hjemmevakt om natten til tilstedevakt (gjort utfra måling av utrykninger og aktiv arbeidstid) har medført tap av assistentlegearbeidskraft på dagtid. Nettoeffekten i arbeidskraft fra en ny assistentlegestilling dette året ble derfor borte. Vi

prøver å få til en rotasjonsrunde nr 2 på simulator for å gi spesialistkandidatene større trening i målvoluminntegning og doseplanvurderinger, kombinert med en smidigere opplæring av ny simulatorlege. Vi samarbeider med den palliative enhet på Sunniva med en jevnlig tilsynsfunksjon. Flere av overlegene deltar i konsulentfunksjoner ved Sentralsjukehuset i Førde og Haugesund Sykehus.

Olav Mella

Utbygging ved DNR:

Stråleterapi:

Det er vedtatt utbygging av stråleterapiavdelingen ved Dnr. Planleggingen startet allerede i 2000, og hele prosjektorganisasjonen er nå på plass. Det som kompliserte arbeidet noe i starten var den nye helsereformen som totalt endret ansvarsforholdene innad i prosjekteringen og systemet for finansiering av prosjektet.

I juni i år startet arbeidet på byggeplassen med riving av eldre bebyggelse. Sprengningsarbeidene starter medio oktober i år, og bygget skal være klar til å ta imot pasienter i februar 2006. Prislappen er i underkant av 500 millioner kroner som inkluderer 5 strålebunkere, planleggingsavsnitt, undervisningslokaler, verksteder, laboratorier, møterom og kontorer samt utstyr. Netto og brutto areal er hhv 2.700 og 6.900 kvm. Deler av utbyggingen dekkes av

statlige midler ved Nasjonal kreftplan, resten må dekkes av Helse sør/Dnr HF selv.

Utbyggingen vil først og fremst gi en lenge etterlengtet økning av strålekapasiteten ved Dnr. Dessuten skal en del funksjoner flytte over fra uhensiktsmessig gammel bygningsmasse til nybygget. Dette vil gi vesentlig bedre arbeidsforhold for ansatte og samlokalisere funksjoner som i dag er spredt rundt om i hospitalet, for eksempel "Senter for utvikling og forskning i stråleterapi" (SUFS).

Forskning:

Det er også planlagt et nytt forskningsbygg ved sykehuset. Det er gjort et betydelig planleggingsarbeid, men her er finansieringen ennå usikker. Dette vil forhåpentligvis avklares i Statsbudsjettet for 2004 som offentliggjøres i begynnelsen av oktober.

Gunnar Tanum

Tilbud om samtale til kreftpasienter ved kreftpoliklinikken – Helse Stavanger

Rogaland har i dag en høyere forekomst av kreft enn resten av landet. Erfaringene fra Klinikk for blod- og kreftsykdommer, viser at mange opplever det svært vanskelig i perioden fra de får en kreftdiagnose til de skal begynne med behandling. Ved Klinikk for blod- og kreftsykdommer ved Helse Stavanger ønsket vi å gi et samtale/veiledningstilbud til befolkningen i området. Høsten 02 startet vi derfor et nytt

tilbud som vi kalte Kreftpoliklinikken. Det er et nullterskeltilbud der pasienten selv bestiller time. De trenger ingen form for henvisning fra helsevesenet.

Kreftpoliklinikken er bemannet med en sykepleier i full stilling. Spesialist i onkologi er tilknyttet virksomheten. Hensikten med kreftpoliklinikken er å gi pasienter og pårørende et sted å henvende seg der og da. Vi vet at det ofte er vanskelig å få kontakt med sykehuset når en har spørsmål som bekymrer en. Kreftpoliklinikken ønsker å gi pasienter og pårørende et tilbud om samtale i den vanskelige tiden. Vi ønsker å hjelpe til med

å sortere tanker og følelser for å komme videre i prosessen.

Tilbudet om umiddelbar samtale og veiledning ved konstatering av kreft, er et nytt tilbud hos oss. Erfaringer så langt viser at virksomheten fyller et udekket behov. De som tar kontakt har behov for informasjon, veiledning og ikke minst det å snakke om sorg og krisereaksjoner. Kreftpoliklinikken setter av ca. en time til hver pasient, slik at det er ro i situasjonen. Så langt er det pasienter med ulike kreftdiagnoser som tar kontakt, men hovedvekten av pasientene har cancer mamma og cancer i mage/tarm regionen.

Virksomheten startet i november – 02 som et prosjekt. Erfaringene er så positive at vi nå har bestemt oss for at det blir et permanent tilbud som

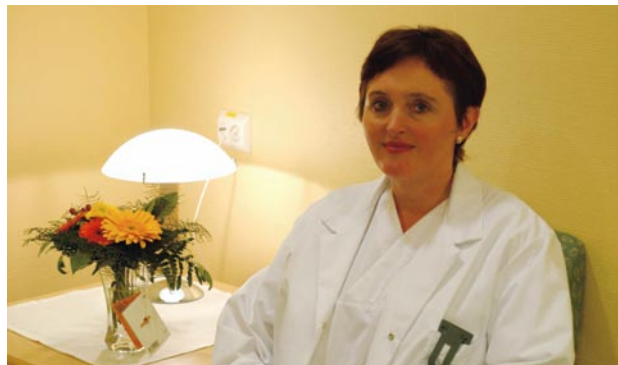


Foto: Finn Stokke
Sentralsjukehuset i Rogaland

er integrert i klinikkens totaltilbud til pasienter og pårørende i helseregionen.

Torunn Høivik
sykepleier på Kreftpoliklinikken
Sentralsjukehuset i Rogaland

Lov om alternativ behandling

Årets vårmøte ble åpnet med en interessant sesjon om "hvilke kriterier skal legges til grunn for at en behandling skal tilbys kreftpasienter". Det ble fokusert på alternativ behandling, et tema som også var svært aktuelt i media den uken med bakgrunn i en artikkelserie i tidsskriftet til den norske legeforening (nr 5).

Terje Risberg la blant annet frem sider ved forslag til "lov om alternativ behandling", og i løpet av sesjonen kom det klart frem at lovverket vil få en viss betydning for oss. Lovens §7 åpner for at alternative behandlere under visse vilkår kan behandle alvorlig sykdom som kreft så fremt det skjer i samarbeid eller samforståelse med pasientens lege:

§ 7. Behandling av alvorlige sykdommer og lidelser

Behandling av andre alvorlige sykdommer og lidelser enn dem som omfattes av § 6, skal heller ikke utøves av andre enn helsepersonell.

Andre enn helsepersonell kan likevel utøve behandling som utelukkende har til hensikt å lindre eller dempe symptomer på eller følger av sykdommen eller lidelsen eller bivirkninger av gitt behandling, eller som har som formål å styrke kroppens immunforsvar eller evne til selvhelbredelse.

Bestemmelsen i første ledd gjelder ikke dersom behandlingen skjer i samarbeid eller samforståelse med pasientens lege, og pasienten er myndig og har samtykkekompetanse etter pasientrettighetsloven § 4-3 første og andre ledd. Det samme gjelder for andre pasienter dersom helsetjenesten ikke har helbredende eller lindrende behandling å tilby pasienten...

Dette reiser mange spørsmål, blant annet hvordan kontakten skal foregå, dokumentasjon i journal, hva kan det forventes at legen setter seg inn i, ansvarsforhold med mer. En del av dette er belyst i **Odelstingsproposisjon nr. 27 under kapittel 12.14.4** (departementets vurdering og forslag) som anbefales lest. Du finner det på www.odin.dep.no/hd/norsk/publ/otprp/

Loven er vedtatt i stortinget, og i følge Helsedepartementet vil den sannsynligvis tre i kraft fra 1. januar 2004.

I Tidsskriftet for den norske legeforening vil det dessuten i høst komme en artikkel ved Terje Risberg, Arne Kolstad, Harald Holte, Erik Wist, Olav Mella og Olbjørn Klepp som tar for seg nettopp diskusjon av lovverket. Vel 500 helsepersonell innen onkologi er forespurt om pasienter med langtkommet kreftsykdom bør kunne behandles av alternativ medisiner, hvem som skal bestemme dette og hvilken form en kontakt mellom alternativ behandler, lege og pasient bør ha.

Marianne Brydøy

Fra ASCO 2003: Truende tverrsnittlesjon - Kirurgi og strålebehandling versus strålebehandling alene.

Ved årets ASCO møte vakte en av plenumsforedragene spesiell interesse hos mange av de fremmøtte, og presentasjonen kan allerede ha ført til diskusjoner ved de ulike kreftavdelingene i landet. Roy A. Patchell

MD la frem resultater fra en multisenter studie i USA der pasienter med spinal kompresjon grunnet metastaser ble randomisert til strålebehandling (30 Gy/10 fraksjoner) eller kirurgi etterfulgt av strålebehandling (30 Gy/10 fraksjoner med start innen 14 dager postoperativt). Ved det kirurgiske inngrepet ble så mye som mulig av tumorvevet fjernet samt stabilisering av columna hvis nødvendig.

Inklusjon til studien ble stoppet ved interim analyse etter inklusjon av 101 pasienter.

I følge Patchells presentasjon var det følgende signifikante forskjeller mellom gruppene, Kirurgi+strålebehandling versus strålebehandling alene:

- Median opprettholdelse av gangfunksjon var 126 versus 35 dager
- Av pasienter som ikke kunne gå ved inklusjon (32 pas) var det 9/16 (56%) kontra 3/16 (19%) som gjenvant gangfunksjonen
- Median tid for bevart kontinens var 142 vs 12 dager

Det var også signifikante forskjeller i bruk av steroider og opiater samt tid med bevart Frankel og ASIA score.

Vi venter spent på artikkelen som foreløpig ikke er publisert, men som nok vil føre til diskusjoner både i ortoped og onkolog miljøet angående håndtering av disse pasientene.

I påvente av artikkelen kan interesserte høre foredraget og se slides og abstract på www.asco.org (Asco Highlights: review lecture/slide presentation).

Asa Karlsdottir og Marianne Brydøy

Arbeidsgruppe som skal utrede en nasjonal strategi for kreftomsorgen

Nasjonal kreftplan slutføres i inneværende år. Helseministeren har i samarbeid med den Norske Kreftforening nedsatt en arbeidsgruppe som skal foreslå en nasjonal

strategi for videre oppfølging av utfordringene innen kreftomsorgen.

Vi håper å komme tilbake til denne gruppens arbeid i senere utgaver. Foreløpig vises til en pressemelding fra juli som du finner på www.odin.dep.no/hd

Marianne Brydøy



*Har du lyst til å være med
i redaksjonen?
Vi trenger deg!*

Ny eller dreven i faget, nøl ikke med å ta kontakt!

- Om det så bare er for å forhøre hva det vil innebære.

Med en noe utvidet redaksjon ønsker vi blant annet at innleggene skal ha en bedre geografisk spredning og et rikere illustrert blad.

Ingen absolutte kvalifikasjoner kreves, men det er en fordel hvis du bor utenfor Bergen.

Utgjør kjemoterapi en vesentlig del av ditt fagområde er det også et pluss.

Marianne Brydøy og Dag Clement Johannessen

Dette er en oversikt over enkelte fremtidige møter og kurs som skulle være av interesse for noen av medlemmene. Med den store mengden internasjonale og nasjonale arrangementer er

det vanskelig å gi en fullverdig oversikt. Leserne oppfordres til å sende inn informasjon om relevante møter og kurs til redaksjonen, adressert til **Dag.Clement.Johannessen@nrpa.no**

Oktober 2003

The 1st European Conference: Perspectives in Melanoma
Oktober 9-11, Amsterdam, Nederland

Forty-Fifth Annual American Society for Therapeutic Radiology and Oncology Meeting
Oktober 19-23, Salt Lake City, Utah
www.astro.org

November 2003

Fifty-Third Annual American Society of Human Genetics Meeting
November 4-8, Los Angeles, California

Norsk stråleterapimøte 2003
November 5-6, Tromsø
www.nrpa.no/stralemote/

1st Milan Thyroid Cancer Conference
November 7-8, Milano, Italia ESO:
www.cancerworld.org/eso/

Evidence-Based Radiation Oncology:
November 9-14, Lisboa, Portugal
www.estro.be

Urologisk onkologi (kurs)
Påmeldingsfrist: 10. oktober.
November 10 -12,
St.Olavs Hospital, Trondheim.

Etikk og kommunikasjon med den alvorlig syke pasient (kurs)
Påmeldingsfrist: 1. oktober.
November 11-14. Tromsø.

Third European Conference: Perspectives in Breast Cancer
November 13-14, Monte Carlo, Monaco

Onkologisk Forum 2003
November 20-21 Bergen
www.onkologiskforum.org

Eighth International Conference on Geriatric Oncology: Cancer in the Elderly–The Fourth Meeting of SIOG
November 21-22, Roma, Italia

Organisation and Implementation of Cancer Clinical Trials. EORTC course
November 24 - 28, Brüssel, Belgia
www.eortc.be

4th European Conference: Perspectives in Lung Cancer
November 28-29, Monte Carlo, Monaco

Desember 2003

Twenty-Sixth Annual San Antonio Breast Cancer Symposium
Desember 3-6 San Antonio, Texas
www.sabcs.org

Smertefysiologi, smertepatofysiologi og smertelindring (kurs)
Påmeldingsfrist: 8. oktober 2003
Desember 08-12, Rikshospitalet, Oslo.

2004

Nasjonal konferanse i lindrende behandling (SLB 10 år)
Februar 5-7, Trondheim
www.palliativmed.org

2nd Multidisciplinary Colorectal Cancer Congress

Februar 15- 17, Noordwijk, Nederland
E-post:info@congresscare.com

2nd London Colorectal Cancer Conference ESO

Februar 26-27, London, England
www.cancerworld.org/eso

Cyprus Spring Masterclass in Clinical Oncology. ESO Påmeldingsfrist 1.1.04.

Mars 6-11, Nicosia, Kypros
www.cancerworld.org/eso

5th Int. Conf. On Adjuvant Therapy of Malignant Melanoma

Mars 18-20, Athen, Hellas

A latest Advances in Oncology ESMO course

Mars 19-21, Budapest, Ungarn
www.esmo.org

Fundamentals in Medical Oncology ESMO course

April 2-4, Bucharest, Romania
www.esmo.org

Cancer in the Elderly ESO course

April 29-30, Liverpool, England
www.cancerworld.org/eso

Familial Cancer; ESO

Mai 6-7, Madrid, Spania
www.cancerworld.org/eso

New Perspectives: Chest Tumors Integration of Research and Treatment, ESMO course

Juni 3-5, Rhodos, Hellas
www.esmo.org

World Congress on Gastrointestinal Cancers (formerly Perspectives in Colorectal Cancer - PICC)

Juni 17-19, 2004 Barcelona, Spania

onko *Nytt*

Er du fornøyd med tittelen vi foreløpig har valgt på bladet?
Har du andre, gjerne mer originale forslag som har en viss
assosiasjon til fagfeltet vårt?

Eventuelle innspill bes meddelt redaksjonen.

Ris eller ros?

Send gjerne en mail til redaksjonen med dine
synspunkter og forslag til forbedringer!