

onko

Nytt

Nr. 1 • Juni 2004 • Årgang 2



Innhold

Kjære kollega	3
Norsk Onkologisk Forening – en kort historikk	3
Noen Onkologiske Refleksjoner fra Manhattan – et reisebrev	5
Referat fra 6th International Symposium on Febrile Neutropenia, Bruxelles 17.-19. desember 2003	9
Norge – Tyskland: Er det forskjeller? En tysk stråleonkologs erfaringer	11
Kvist Kartlegging av onkologers arbeid med stråleterapi i Norge	12
Norsk Stråleterapimøte i Kristiansand	13
Vårsmøtet	13
Et kort resymè	13
Workshop om Stråleterapisatelittene	14
Den vanskelige avslutningen	15
Referat fra årsmøtet 16	
Nytt fra avdelingene	17
Universitetssykehuset i Nord-Norge	17
Ålesund Sjukehus	18
Ullevål universitetssykehus	19
Møtekalender	20

**Frist for innlegg som skal med
i neste nummer: 25.11.04**

Forsidefoto:

Dag Clement Johannesen: *Ved Semsvannet*



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@ullevål.no
Jon Reitan, Helse Sør
jbreitan@yahoo.no
Marianne Brydøy, Helse Vest
marianne.brydoy@helse-bergen.no

Spesialitetskomiteen 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 Johannesen
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

Med sol, varme og lyse kvelder følger etterlenget ferietid og tredje utgave av onko-nytt.

Vår lille redaksjon har vært noe vingeklippet det siste halvåret, ikke pga streik, men en tvillingfødsel i februar gjorde redaktøren til en travelt opptatt firebarnsmor. Vi har derfor denne gang hatt funksjon som innsamlere mer enn skribenter, men det var også intensjonen da vi startet opp.

Øyvind Bruland byr på sine erfaringer på godt og vondt fra oppholdet på Memorial Sloan Kettering Cancer Center. Planlegger du et opphold «over there» kan du dra nytte av hans erfaring med byråkratiet. Du finner en oppdatering i febril neutropeni i Dag Torfoss referat fra symposiet i Brüssel. Som relativt ung i faget var jeg nysgjerrig på vår forenings historie, så takk til Haakon Melsom, Johan Tausjø og Anne Birgitte Jacobsen som her forteller om både bakgrunn og viktige oppgaver gjennom snart 20 år, en spore til videre innsats! Vi har også fått en hilsen fra vårt sydligste medlem, Stephan Christoph fra Bochum, Tyskland.

Vår møtet gikk av stabelen i slutten av april, og selv om oppslutningen var lavere enn ønskelig, fikk noen av dere gleden av å kombinere fag og hyggelig samvær. Vi andre kan lese et lite utdrag av programmet her, og satse på personlig fremmøte neste år. Møtet vil da bli bredere og tidligere annonsert.

Avslutningsvis oppfordrer jeg dere til fortsatt å sende oss stoff som vil komme kolleger til glede når neste nummer kommer i desember. Men først og fremst:

En riktig god sommer til dere alle!



ONKONYTT NR. 1 • JUNI 2004

Norsk Onkologisk Forening – en kort historikk

av Haakon Melsom, Johan Tausjø og Anne Birgitte Jacobsen

Terapeutisk onkologi og stråleterapi ble egen spesialitet i 1976. Det ble en egen spesialitet under fagområdet radiologi, og foreningen var således en seksjon under Norsk radiologisk forening.

På det tidspunktet var det radiologene som sto for strålebehandling. Det dreide seg om konvensjonell røntgenterapi. Det var krav til ca. 1/2 års stråleterapi i utdanningen, og det var konvensjonelle røntgenapparater på rundt 30 av landets sykehus. Etter hvert som fagområdet vokste, innså flere av oss at norsk onkologi var tjent med en egen spesialforening.

Faget var i vekst – det var flere interesserte kolleger som ville spesialutdanne seg.

Selv om fagforeningsarbeidet hadde vært godt ivaretatt av Norsk Radiologisk Forening, så vi at det etter hvert var behov for vår egen spesialforening.

Initiativet ble tatt i 1985 – det var før CD spilleren – det var også før CT basert doseplan, men det var like etter at vi hadde fått klarsignal om kreftavdelinger ved alle landets regionsykehus. Følgende datoer er særlig viktige:

08.02.1985: Det var møte i Radiologforbundet, som også var onkologenes spesialforening. Flere av oss følte behovet for en egen spesialforening. Det ble laget en aksjonsgruppe bestående av Haakon Melsom, Ole Nome, og Erik Wist. Haakon Melsom påtok seg å drive dette fremover overfor Lægeforeningen.

05.03.1985: Det gikk et brev til avdelingsoverlegene ved de regionale kreftavdelingene om denne idéen. Alle avdelingsoverlegene bifalt initiativet.

– en kort historikk forts.

24.03.1985: Det gikk så et brev til de nære spesialforeninger. Det var Norsk kirurgisk forening, Norsk indremedisinsk forening og Radiologforbundet. De to første støttet initiativet, mens Radiologforbundet var mer forbeholdent.

17.08.1985: Vi laget et utkast til lovforslag. Dette ble sendt til Den Norske Lægeforening. Dette lovarbeidet var viktig. Det er et krav fra Den Norske Lægeforening at slike lover skal godkjennes av Sentralstyret for å sikre samsvar med Lægeforeningens lover. Det tok tid før vi fikk svar.

07.01.1986: Lovforslaget ble sendt formelt til Lægeforeningen med forslag til spesialistkomiteén.

28.01.1986: Saken ble oversendt Sentralstyret.

07.02.1986: Saken ble godkjent av Sentralstyret.

Dermed var Norsk Forening for Terapeutisk onkologi og radiologi stiftet. I vårt lovforslag hadde vi lovfestet kravet til representasjon til styret fra hver region. Det første styret bestod av Haakon Melsom - leder, Johan Tausjø - Det Norske Radiumhospital, Knut Lothe - Haukeland sykehus, Ole Nome - Ullevål universitetssykehus, Ragnar Tellhaug - Region-sykehuset i Trondheim, Erik Wist - Regionsykehuset i Tromsø.

Representasjon i styret med et medlem fra hver helseregion var nødvendig for å sikre at viktige og prinsipielle spørsmål skulle nå frem til alle engasjerte i faget og det fungerte godt. Foreningen rekrutterte på dette tidspunkt ca. 30 medlemmer som var hovedparten av alle som drev i onkologifaget.

I 1990 under ledelse av Anne Birgitte Jacobsen skiftet foreningen navn til: Norsk onkologisk forening. Det ble gjennomført møter 2 ganger i året, ett i vårsemesteret og ett i høstsemesteret. Vi hadde et godt samarbeid med industrien som sponset midler inn til en felles kasse for industriuavhengige møter. På det vis kunne vi subsidiere reiseutgifter til møtene for medlemmene i betydelig grad. Det ble tradisjon at man under hvert møte hadde innslag fra hver region for å sikre faget samlet kunnskap om nasjonal utvikling.

På denne tiden var det også et internasjonalt engasjement – foreningen var som sådan tilsluttet ESTRO. De nasjonale foreningene i Europa kom frem til et felles dokument om minstekrav til utdanning i spe-

sialiteten, som var nærmest en blåkopi av datidens norske krav.

Foreningen var et forum for aktive kolleger som målbar ideer om fagutvikling – om bedre organisering av spesialistutdanningen – og ønsket om å tegne kartet over kreftens land. Det var behov for å finne nøkkelen til finansiering av nødvendig utbygging av kreftomsorgen. Dette førte siden til politisk aksept, og i 1994 kom de første signalene fra regjeringen om behovet for en norsk kreftplan. Dette som et resultat av godt arbeid av flere av foreningens medlemmer. I egen spesialforening hadde vi tilgang til Lægeforeningens mektige organisasjonsapparat. Dermed oppnådde vi også kontakter til styrende organer som sosialkomiteen i Stortinget, Helsedirektoratet, Kommunenes sentralforbund store apparat og ikke minst Sosial- og helsedepartementet. Det ble utviklet stor kunnskap og forståelse for beslutningssystemene. Man skjønnte fort at det ikke nyttet å stå på gangen og hyle og rive seg i håret over urettferdighet og mangelfull forståelse.

Godt foreningsarbeid brakte velfunderte faglige ønsker og krav gjennom i de rette kanalene. Dette førte frem til Sttingsproposisjonen om Norsk kreftplan som ble enstemmig vedtatt av Stortinget i 1998 og som har ført til en betydelig utvikling av kreftomsorgen siden.

I starten var vi som onkologer få – men foreningen har vokst og har nå mer enn hundre medlemmer (152, red.anm.). Faget har fått vinger og er blitt helsepolitisk viktig.

Det er vårt syn at foreningen har gitt oss både utsyn og innsyn. På broene mellom fag og vennskap ser vi at foreningen er et ståsted for meningsutveksling og kunnskapsutvikling. Fellesskapet gir styrke og trygghet – foreningen er – som snart 20 år – lett på foten – en pryd for stråleterapien og en perle for kjemoterapien.



Noen Onkologiske Refleksjoner på Manhattan

– Et Reisebrev

av Øyvind Bruland

New York både gir og stjeler energi. Pulsen er høy – Manhattan går rett i blodet! Fascinerende og frastøtende på samme tid, inspirerende og deprimerende i samme åndedrag. Gavmild og rik, men samtidig ubarmhjertig rå. Kaotisk, men likevel en slags orden. Paradoksene velter i mot en.



Basert på egne arbeider innen osteosarkomer (tumorbologi & kjemoterapi) er jeg blitt invitert hit til Memorial Sloan Kettering Cancer Center (MSKCC) av Dept. of Pediatrics. Det var her neoadjuvant kjemoterapi ble utviklet av Rosen og medarbeider tidlig på 80-tallet. Et felles interesseområde er molekyllær karakterisering av mikrometastaser i blod og benmarg.

Den opptjente overlegepermisjonen (4-mnd pr. 5 år) tilbringes nå ved et onkologisk Mekka - i en verdensmetropol. Batteriene skal lades, inspirasjon skal søkes og nye kontakter knyttes. Avstand gir perspektiv på eget ståsted, korrektiv til egne irrganger, setter egen arbeidsplass og norsk helsevesen i relieff. Men, det er både detaljer og helheten som skaper et bilde. Er det så mye grønnere som mange tror her på den andre siden av dammen?

Litt historikk

Memorial Hospitals historie går langt tilbake. Navn som Coley og Ewing ruver i onkologiens historie. MSKCC ligger ved siden av Cornell/Rockefeller University. Dette resulterer i en enestående konsentrasjon av medisinsk/vitenskaplige kompetanse her oppe på «upper east Manhattan». Flere ledende klinikere og forskere ved MSKCC er samtidig profes-

sorer ved universitet, og medisinerstudenter får deler av sin undervisning på Memorial.

Private donasjoner har vært av avgjørende betydning for utviklingen av dette senteret. Memorial Hospital fikk sitt forskningsinstitutt takket være to næringslivsledere, Sloan og Kettering og ble regionalt



kreftsenter allerede 1939. Etter lang tids sameksistens fikk de to institusjoner felles administrasjon i 1960.

MSKCC er et «Comprehensive Cancer Center» (CCC) etter NIH/NCI definisjon. Et slikt senter har en del typiske trekk:

- Multidisiplinær (multimodal) organisasjon, der spesialister innen alle relevante felt samarbeider om samme pasient.
- Forskningsaktivitet av høy kvalitet og betydelig omfang innen basale, kliniske, epidemiologiske og preventive sider av kreft.
- Tett samarbeid mellom klinikk og forskningsinstitutt, med vekt på prosjekter av translasjonstype.
- Institusjonen dekker alle relevante metoder for utredning og behandling.
- Pasientpopulasjonen inkluderer pasienter med sjeldne svulster som krever spesialkompetanse,

og et CCC har ofte flerregionale og landsfunksjoner overfor slike pasientgrupper.

- Godt internasjonalt kontaktnett med utstrakt internasjonalt forskningssamarbeid.
- Undervisningsvirksomhet overfor helsearbeidere og opplysningsvirksomhet overfor publikum.

I dag er det 40 slike sentre i USA, men bare MSKCC, Roswell Park og MD Anderson er frittstående institusjoner. Blant disse står Memorial i flere henseende i en særstilling. Det er mange likhetstrekk mellom MSKCC og Radiumhospitalet (DNR – Hospital, Institutt og Kreftregister); det eneste norske kreftsenter som tilfredstiller den aksepterte definisjon, selv om det er store forskjeller i størrelse og format.

Pasientseleksjon og ressurser

Staten New York har omlag 10 millioner innbyggere, men bare 10% av kreftpasientene blir behandlet på MSKCC. De andre mangler enten forsikring, eller de rette kanaler/kontakter til å få behandling her når kreftsykdommen rammer. Under åpningen av et ASTRO-møte i Boston for noen år tilbake spurte Senator Edward Kennedy i sin keynote address forsamlingen om hva som var dødsårsak nr. 7 i USA? Svaret: «Inadequate health insurance».

Seleksjon av pasienter og nevneren i brøken (og ofte manglende langtidsoppfølging) reiser alvorlige problemer når andre skal vurdere validiteten av de rapporterte framskritt. Her ligger det etter mitt skjønn en betydelig bias/confounder når behandlingsresultater publiseres.

Ressursene er store og kapasitetsproblemer har MSKCC ikke. For eksempel har de tilgang til 20 stråleterapimaskiner på selvstendige satellitter som de faglig samarbeider med. I tillegg finnes det et mangfold av andre hospitaler i regionen. Som vist på figuren består MSKCC av mange avdelinger spredt over et større område. Shuttlebusser trafikkerer hvert kvarter mellom de ulike bygninger som ligger utenfor hovedcampus på 1275 York Avenue. Vi står nå foran en mulig sammenslåing av DNR/RH. Avstand og trafikk på Ring 3 blir for blåbær å regne sammenlignet med rushet på Manhattan.

MSKCC har et eget internasjonalt senter (et luksturiøst tidligere bankbygg) som utelukkende tilbyr VIPs og bemidlede utenlandske pasienter behandling og «second opinion». Slike pasienter har førsteprioritet til ca. 10% av sykehusets kapasitet når det gjelder diagnostikk og sengekapasitet. Hvis en pasient fra et annet sykehus ønsker å få en «second opinion» fra

MSKCC er inngangsbilletten USD 3000.- Dette er bare for å starte prosessen – behandle en forespørsel, vurdering av tilsendte røntgenbilder og histologiske snitt; alt annet kommer i tillegg.

Lege/pasient forholdet er vesentlig høyere enn vi er vant til. MSKCC har strukturerte multidisiplinære teams for alle kreftformer. Mine erfaringer fra sarkom-gruppen ved Radiumhospitalet, der vi blir beskyldt for å være forfordelt mhp ressurser, kommer helt i skyggen av det ukentlige «Bone Tumor meeting» ved MSKCC. Infrastrukturen og antallet sekretærer/assistenter er imponerende, og forholdet mellom legenes lønninger og inntekten til de andre faggrupper ved sykehuset er enorm.

Samarbeid og konkurranse

På godt og vondt er samarbeidsforholdene og organiseringen helt ulik de vi er vant til på norske sykehus. Det amerikanske samfunn er preget av beinhard konkurranse – cut throat competition. Dette preger også sykehusmiljøet. Holdningen er at «There are only two levels: The best and the rest». Det skal ytes maksimalt for noen – ikke sånn passe for alle. Likhetsprinsippet (samme behandling til alle uansett penger og sosial status) praktiseres ikke. At «øvelse gjør mester» anses som en selvfølge, i motsetning til forholdene i norsk medisin.

Hierarkiet er høyt og byråkratiet manifest, langt sterkere enn vi er vant til. Institusjonen rekrutterer bare de beste og mest ambisiøse. Lange arbeidsdager og forskning på fritiden er en selvfølge. Sykefraværet blant leger er ikke noe problem. Produktiviteten og aktivitetsnivået er høyt: «Publish or perish». Collaboration & Competition er alltid samtidig til stede. «Eminence-based medicine» står høyere i kurs enn «evidence-based medicine».

Det vitenskapelige nivået er utvilsomt i toppklasse; men dessverre er det ledsaget av et alvorlig problem, amerikanernes vitenskapelige arroganse. De siterer oftest bare seg selv og sine venner: «I scratch your back if you scratch mine». Det sitter langt inne å sitere en europeisk publikasjon.

MSKCC (sammen med et par av de andre amerikanske kreftsenter) er utvilsomt de ledende i verden når det gjelder eksperimentell og utprøvende onkologi. USA er et lokomotiv innen biomedisinsk forskning og utvikling. En langt større del av pasientene enn hos oss blir inkludert i kliniske studier av nye og «lovende behandlinger». Det finnes alltid et frontlinjetilbud av spennende nytt som ofte profileres høyt i media. Der som vi ikke skal bli vitenskaplige gratispassasjerer, er

Noen Onkologiske Refleksjoner forts.

det viktig med personlige kontakter på de ledende sentra i USA. Et rikt land som Norge burde etter mitt skjønn ha råd til og faglig utbytte av å sende flere pasienter til spennende ny og det beste av utprøvende behandling i USA. Ved dette vil vi lære mye. Vi vil da få innsyn i både de positive og negative sidene av utviklingen. Et lite land som Norge kan ikke selv stå for et «cutting edge» tilbud ved alle kreftdiagnoser. Vi kan være gode på noe men ikke på alt. Det er bedre at fagmiljøet i Norge står for seleksjonen av det beste blandt det nye enn at desperate pasienter/pårørende shopper rundt via søk på internett. Agendaen settes oftest av amerikanske «world opinion leaders», mens vi alt for ofte ender opp som etterprøvere – etablerer negative resultater og aspekter av livskvalitet og helseøkonomi. Når det er sagt, er det viktig å presisere at flertallet av kreftpasienter neppe får noe dårligere tilbud i Norge enn i USA, i hvert fall får de en bedre oppfølging.

Å være helbredet for kreft er pr. definisjon å dø av noe annet. Onkologens venn «bananeffekten» kan lett få uoversiktlige dimensjoner dersom seleksjonen av pasienter er stor og oppfølgingen dårlig i tid og rom. «Everything is bigger over here»; så også «the banana split».

Noen praktiske erfaringer; på godt og vondt

Det kan kanskje være nyttig for andre som skal til MSKCC å høre litt om de erfaringer jeg har hatt i møtet med institusjonen. Det er vel og bra å bli invitert hit for å holde et foredrag. Noe helt annet er det hvis man skal arbeide der over tid, integreres i en avdeling – i et system der jeg møtte langt mer byråkrati enn jeg er vant til.

Selv om jeg ble invitert av MSKCC, viste det seg nødvendig med tre nye anbefalingsbrev – fra anerkjente fagpersoner utenfor MSKCC, før den formelle ansettelsen som Visiting Scientist/Professor (uten lønn fra MSKCC) kunne gå i orden. Den gjeldende avtalen om visum-fritak for inntil 90 dagers opphold i USA var grei nok for den Amerikanske Ambasadens og Immigration på vei inn i USA, med ikke for administrasjonen ved MSKCC. Det var nødvendig å returnere hjem til Oslo for personlig intervju før J-1 visum ble innvilget – to dager «arbeid» der det meste av tiden gikk med til venting.

For at ansettelsen kunne effektueres, og adgangstegn utstedes, ble jeg først der borte avkrevet å signere en omfattende avtale om at MSKCC hadde alle rettigheter vedr. «intellectual properties» – både tilbake

Noen Onkologiske Refleksjoner forts.

i tid og et år etter at oppholdet mitt var ferdig. Med egne patenter innen konkurrerende fagfelt; «targeted cancer therapies» og «bone-seeking radiopharmaceuticals», satte dette meg i en meget ubehagelig kattepine. Jeg måtte få tillatelse fra DNR's direktør og Forskningsstiftelse til å undertegne dette dokumentet som er helt i utakt med de vanlige begreper om fri forskning og utveksling av informasjon mellom kolleger.

Opprinnelig var jeg lovet et studio/hybelleilighet ordnet og betalt av MSKCC. Seks måneder før jeg skulle dra kunne de ikke betale likevel, og to måneder før jeg skulle dra kunne de heller ikke skaffe husrom! Dette er ingen trivialitet på Manhattan og endte opp med ett soverom i et bofellesskap med to andre til en prislapp pr. person av USD 1000/mnd.

Også hjemme møtte jeg byråkratiets verste side. Norge har en avtale med USA om redusert skattekutt dersom man under et forskningsopphold ved «en anerkjent amerikansk institusjon innen forskning og undervisning» har lønn fra sin norske arbeidsgiver. Så vel offisielt invitasjonsbrev fra MSKCC (en laboratoriesjef, men uten akademisk tittel) og anbefaling fra Radiumhospitalets direktør var vedlagt søknaden, men det var ikke godt nok for saksbehandler ved Bærum Ligningskontor. Hadde ikke vår direktør hatt personlig kontakt med sjefslegen ved MSKCC som samtidig er professor ved Cornell, hadde jeg neppe fått innvilget søknaden.

I hvert fall for meg ble mottagelsen på Memorial Hospital langt dårligere enn den vi gir utlendinger som besøker DNR. En viktig lærepenge er at man må ha alle formelle og praktiske sider skriftlig avklart før en reiser dit bort. Selv om New Yorkere både virker høflige og vennlige, så regn ikke med at ting ordner seg under marsjen der borte.

Dette ble kanskje vel mye negativt. Jeg må ikke glemme mitt positive utbytte av oppholdet. Det er mye å lære for en norsk onkolog på MSKCC, et forskningssenter med ambisjoner om å være best i verden. Det vitenskapelige nivå er på topp og innsatsviljen og optimismen er inspirerende. Jeg har etablert viktige kontakter for videre samarbeid; bl.a. med Dr. Howard Scher innen ca. prostata og skjelettmetastaser.

Epilog

«I want to wake up in that city that never sleeps», sang Frankie Boy; «If I can make it there, I'll make it anywhere». New York er et eget univers. En by å elske? Et sted å hate? En rus – I want more, more, more....

For meg, med dype røtter i det norske, framstår New York som den ultimate og globaliserte termittue; en urban gulash, overkrydret med selvgod amerikansk imperialisme. Amerikanere snakker høyt og med store bokstaver. De vet best – de har fasiten. Debatten fører de world wide - på sin egen dialekt – så også innen onkologien. The American attitude preges av fighting spirit. «We gonna fight them in – we gonna hunt them down»; det være seg kreftceller eller terrorister.

Ett skal de ha; kritikken er sterkest innen USA selv. Fjernsynsdebatten etter Bush's «State of The Union» var frisk. Valgkampen er i gang og er nådeløs. Men den politiske debatten foregår på et høyt nivå og med stooooore forskjeller sammenlignet med forholdene i vår lille norske andedam. Der råtner vannliljene for ofte på rot, og fisken flyter rundt med buken i været.

Borte bra, men hjemme best. Presset i USA gir resultater, men det har sin pris. Det er neppe forenlig med de verdier og den livskvalitet vi setter høyt i Norge – i arbeid og fritid. Det skal bli godt å komme tilbake til Norge og opp i de norske påskefjell. Jeg sier som salig Ibsen: «Vinterliv paa ville vidder, setter staa I veike tanker».



Referat fra 6th International Symposium on Febrile Neutropenia, Bruxelles 17-19. desember 2003

av Dag Torfoss

infeksjonsmedisin ved Det norske radiumhospital HF

Bruxelles var julepyntet, den lille statuen av Manneken Pis hadde fått julenissedrakt på og solen skinte da Professor Jean Klastersky åpnet det sjette i rekken av toårige symposier over febril nøytropeni. For onkologer, hematologer, infeksjonsmedisinere og andre med interesse for infeksjoner hos cancerpasienter har dette vært et av de viktige møtestedene. Klastersky har vært en av de drivende kreftene bak de store internasjonale studiene av empirisk antibiotikabehandling ved febril nøytropeni siden 60-årene. Nå går han av for aldersgrensen, og han ble hilst med stående applaus.

Disse symposiene vil heretter fortsette i nye former med årlige møter alternerende mellom USA og Europa. Det neste møtet blir i Miami i januar 2005.

Risikostratifisering

Erkjennelsen av at det er stor forskjell på pasienter med febril nøytropeni samt behovet for å drive kostnadseffektivt har bidratt til å utvikle og validere parametre som identifiserer lavrisikopasienter som kan behandles med perorale antibiotika utenfor sykehus. Det understrekes imidlertid at alle pasienter SKAL observeres i sykehus i minst ett døgn før beslutning om poliklinisk behandling tas. En del pasienter viser seg å ha en mer alvorlig tilstand etter et døgns observasjon. Videre må pasientene ha mindre enn en times reise til sykehuset, de må ha tilsyn i hjemmet og det skal være daglig telefonkontakt mellom lege og pasient. MASCC score (1) ser ut til å være det redskapet som best identifiserer lavrisikopasientene (MASCC = Multinational Association of Supportive Care in Cancer). MASCC score regnes ut på en enkel måte basert på anamnese og en enkel klinisk vurdering.

MASCC paramteres:

Score:

Burden of illness: no or mild symptoms	5
No hypotension	5
No chronic obstructive pulmonary disease	4
Solid tumor OR no previous fungal infection	4
No dehydration	3
Burden of illness: moderate symptoms	3
Outpatient status	3
Age < 60 years	2

MASCC score på 21 eller mer identifiserer lavrisikopasienter. Maksimal score er 29.

Gruppen rundt Klastersky i Belgia har gjennomført en prospektiv validering av MASCC score, og

de fant at 100 % av pasientene som etter et døgn i sykehus ble vurdert å være lavrisikopasienter, ble vellykket behandlet poliklinisk.

Antimikrobiell profylakse ved febril nøytropeni ble diskutert, og Dr. Maschmeyer fra Tyskland slo i sitt innlegg fast at verken fluorokinolonprofylakse mot gram-negativ sepsis eller flukonazolprofylakse mot invasiv candidiasis har noen effekt på mortaliteten. Likevel brukes dette i stort omfang særlig i Syd-Europa.

Dr. Calandra fra Sveits holdt et godt foredrag om empirisk antibiotikabehandling ved febril nøytropeni. Han slo fast at antibiotikavalg må basere seg på lokal epidemiologi. Han understreket imidlertid viktigheten av å starte behandling raskt ved mistanke om infeksjon. Nøytrophen sepsis kan forløpe like dramatisk som en meningokokksepsis. Dr. Calandra viste også hvordan andre deler av infeksjonsmedisinen hadde lært av behandlingen av febril nøytropeni. Det kliniske utfallet blir bedre ved rask empirisk behandling både av bakteriell meningitt, av sepsis og av andre fulminante infeksjonstilstander.

Invasive soppinfeksjoner

Mesteparten av symposiet var viet behandlingen av invasive soppinfeksjoner, og selv om vi fortsatt har få midler å velge mellom var forvirringen stor. Problemet er nok at vi mangler gode diagnostiske metoder, og at evaluering av behandlingsrespons i stor grad må baseres på myke kliniske variabler. Hele behandlingen blir derfor nokså diffus i den forstand at det er vanskelig å gjennomføre gode kliniske studier. Da invasive soppinfeksjoner er svært alvorlige, er det en tendens til å behandle altfor mange pasienter på mistanke. Behandlingen er imidlertid såpass kostbar at de fleste innser at dette fort blir dårlig resursutnyttelse. Det ble anbefalt å stramme inn indikasjonene for systemisk soppbehandling fra «empirisk behandling» (persisterende feber under nøytropeni tross bredspektret antibiotikabehandling) til «preemptiv behandling» (i tillegg til feber kreves andre tegn på soppinfeksjon: kliniske og/eller røntgenologiske funn eller biologiske markører som for eksempel antigenpåvisning).

Det ser ut til at de fleste har gått over til å behandle invasiv aspergillose med vorikonazol. Mange velger også caspofungin som førstevalg ved dokumentert invasiv candidiasis, selv om vitenskapelige holdepunkter for at dette er nødvendig mangler. Amfotericin

Referat fra 6th International Symposium on Febrile Neutropenia forts.

B, også lipidbaserte formuleringer, blir et reservepreparat.

Det ble advart mot rutinemessig kombinasjonsbehandling før det er dokumentert at dette er nødvendig. En håndopprekning i salen, som stort sett besto av europeere, viste at kombinasjonsbehandling var uvanlig, men mange kunne tenke seg å være med i kliniske studier om kombinasjonsbehandling. Dr. Walsh fra M D Anderson Cancer Center i Texas kunne imidlertid fortelle at en tilsvarende håndopprekning ved et møte i USA viste at kombinasjonsbehandling allerede var blitt rutinemessig de fleste steder.

Norske bidrag

Førtifire postere ble presentert. Undertegnede hadde, i samarbeid med Arne Høiby, med en poster (2) som oppsummerte de tre norske studiene til Tangen (3), Hammerstrøm (4) og Sigurdardottir (in press) (5) ved febril nøytropeni. Disse studiene konkluderer med at initial empirisk antibiotikabehandling med penicillin G og et aminoglykosid er trygt og effektivt hvis behandlingen modifiseres avhengig av klinisk forløp og mikrobiologiske funn.

De store internasjonale studiene (6-8) av empirisk behandling ved febril nøytropeni lider dessverre av at definisjonen av manglende respons ikke skiller mellom et fatalt utfall og skifte av antibiotikabehandlingen med et påfølgende vellykket utfall. Det lar seg imidlertid gjøre å trekke denne informasjonen ut av flere av disse studiene, og deretter sammenlikne med dokumentasjon fra norske forhold.

Regime	Vellykket u/skifte	Vellykket m/skifte	Mortalitet
PCN/AG	35 %	60 %	5-10 %
Bredspektret	60 %	30 %	5-10 %

Tatt i betraktning hvor mange kurer med bredspektrede antibiotika vi sparer i Norge ved å velge penicillin og aminoglykosid initialt, synes dette å være en fornuftig behandlingsstrategi. Signaleffekten av å velge penicillin og aminoglykosid ved alvorlige infeksjoner kan ikke overvurderes for å begrense antibiotikapreset som fører til resistensutvikling.

Ved febril nøytropeni skjer de fleste modifikasjoner av antibiotikaregimene først etter flere dager og ofte opp til en uke etter behandlingsstart. Man har således god tid på seg til å justere behandlingen.

Som en kontrast til de norske forholdene, tok posteren ved siden av opp problemene med økende antall tilfeller av sepsis med *Stenotrophomonas maltophilia*

lia når meropenem velges som initial empirisk behandling, - et regime som er vanlig ute i Europa. En annen poster dokumenterte at kombinasjonen med fjerde-generasjons cefalosporinet cefepim sammen med aminoglykosidet amikacin og tillegg av empirisk vancomycin etter 48 timer hos pasienter som ikke var blitt afebrile, også virker. Ikke overraskende, men til hvilken pris!

Dette var et godt og vellykket symposium. Dessverre var vi få fra Norge tilstede. Jeg vil anbefale kolleger med interesse for denne delen av infeksjonsmedisinen å bli med til Miami i januar 2005.

Referanser:

1. Torfoss D. Referat fra 5th International Symposium on Febrile Neutropenia, Pestposten 2002, 8. årgang, nr 1, s 8-12.
2. Torfoss D, Høiby EA. Benzylpenicillin and an aminoglycoside for febrile neutropenia is a well-established and efficacious regimen in Norway; however, based on international clinical studies this may be considered suboptimal – how can this paradox be explained? Scientific Program and Abstracts. 6th International Symposium on Febrile Neutropenia. 2003, abstract 5.
3. Tangen JM, Berentsen S, Dahl IM, Ly B, Myrvang B. Empirisk antibiotikabehandling hos pasienter med akutt myelogen leukemi. Tidsskr Nor Lægeforen, 1999; 119:35-8.
4. Hammerstrøm J, Jacobsen T. Bakteremi ved granulocytopeni – mikrobiologisk og empirisk antibiotikabehandling. Tidsskr Nor Lægeforen, 1998; 118:4370-5.
5. Sigurdardottir K, Harthug S, Digranes A, Nesthus I, Tangen J, Dybdahl B et al. Febrile neutropenia in Norway. Microbiological findings and antimicrobial susceptibility. (in press)
6. Klastersky J, Gaya H, Glauser MP et al. The EORTC International Antimicrobial Therapy Project Group (IATPG). Three antibiotic regimens in the treatment of infection in febrile granulocytopenic patients with cancer. J Infect Dis 1978; 137: 14-29.
7. Klastersky J, Glauser MP, Schimpff SC et al. and the IATPG of the EORTC. Prospective randomized comparison of three antibiotic regimens for empirical therapy of suspected bacteremic infection in febrile granulocytopenic patients. Antimicrob Agents Chemother 1986; 29: 263-70.
8. EORTC, IATPG. Ceftazidime combined with a short or a long course of amikacin for empirical therapy of gram-negative bacteremia in cancer patients with granulocytopenia. N Engl J Med 1987; 317: 1692-8.

Norge – Tyskland: Er det forskjeller? En tysk stråleonkologs erfaringer

av Dr. Stephan R. Christoph
St. Josef Hospital Universitätsklinikum i Bochum, Tyskland



Som onkolog med tysk utdanningsbakgrunn var jeg ansatt nesten ti måneder som overlege ved Fylkessykehuset i Haugesund og Sentralsykehuset i Rogaland. Utdannelsen min i onkologi («Facharzt für Strahlentherapie») var med hoved-

vekt på stråleterapi. Til min egen overraskelse kom jeg relativt raskt inn i cellegiftbehandlingen. Dette skyldes for den største del støtten jeg fikk fra mine kolleger i Norge.

Når det gjelder forskjellene mellom stråleterapi i Norge og Tyskland må man klart peke på bemanningsstatus, velorganisert administrasjon og optimal datautstyr i Norge.

Tema som arbeids- og overtid må også nevnes. Et tilsvarende rigid hierarki som i tyske sykehus finnes neppe i det norske systemet.

På den andre side har jo onkologiutdanningen i Tyskland, Østerrike og Sveits stråleterapi som hovedemne. Etter gjeldene lover –Strahlenschutzverordnung und Röntgenverordnung-, som er definert via EURATOM's retningslinjer 96/2, finnes det vel definerte krav til kvaliteten av faglig kompetanse for henholdsvis leger, fysiker og tekniske assistenter. Alle som jobber i avdelinger med røntgen- og nukleardiagnostikk eller stråleterapi må kunne dokumentere et adekvat kompetansenivå, såkalt „Fachkunde im Strahlenschutz“. Betingelse for faglig kunnskapsbevis

er nesten 5 år praktisk erfaring i jobbsammenheng, kombinert med teoretisk utdanning med spesielle kurs. Deretter kan en som lege melde seg opp til eksamen hos legeforeningen. Eksamen må gjennomføres uavhengig fra godkjenningen som onkolog.

«Fachkunde» må fornyes etter 5 år med et nytt kurs i strålebeskyttelse.

Uten eksamen har man uansett om en er utdannet onkolog, ikke lov til å gjennomføre strålebehandling.

Alt i alt synes jeg tysk stråleterapiutdanning koster mye tid, svette og penger, men hjelper kanskje til med å opprettholde kvaliteten i behandlingen i tillegg til å garantere for kompetanse i den daglige drift, samt å forhindre mulige ulykker.

Sykehusene må fra neste år offentliggjøre en kvalitetsrapport. Den enkleste veien å dokumentere kvaliteten er å delta i sertifisering (DIN ISO, KTQ, EFQM). Uten kvalitetsrapport vil et sykehus få reduksjon i utbetalingen ved at refusjonen fra sykekasene reduseres.

Hele sykehuset må presenteres i rapporten eller sertifiseringen f.eks etter KTQ eller ISO norm. En konsekvens av dette kan være en bedring av utstyr, bemanning og behandlingsprosesser i tillegg til et kvalitativt høyere nivå i stråleterapi og forhåpentligvis bedre behandlingsresultater.

Om et slikt kvalitetssikringsprogram til syvende og sist får en positiv innflytelse på helsevesenet vil framtiden vise!

Med kollegiale hilsner fra Tyskland

Ris eller ros?

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

Som følge av Norsk Kreftplan har det vært en betydelig økning i antall stråleterapimaskiner her i landet, utdanning av onkologer har ikke økt i samme takt. I en tidligere rapport fra spesialitetskomiteen (2002 v/Stein Sundstrøm) påpekes det at utdanningstakten er for lav til å dekke dagens behov for onkologer. På grunn av at norske onkologer arbeider både med stråleterapi og medisinsk onkologi er det vanskelig å vurdere hvor mye legearbeid som går med til strålebehandling. Sannsynligvis vil antall pasienter som får strålebehandling øke som en konsekvens av et bedret stråleterapitilbud med økt behov for onkologer som konsekvens. Vi står foran utfordringer innen stråleterapi med ytterligere kvalitetskrav til behandlingen, noe som helt sikkert vil avkreve flere legårsverk. For å estimere fremtidig behov for leger knyttet til stråleterapi trenger vi en beskrivelse av dagens situasjon.

KVIST gruppen ved Statens Strålevern prøvde å få en oversikt over antall legårsverk knyttet til stråleterapi ved datainnsamling til «Virksomhetsrapport i stråleterapi i 2002», men opplysningene var usikre. Vi forsøkte derfor i vinter å innhente data i en spørreundersøkelse ved at hver enkelt lege anga tidsbruk pr uke for «klinisk arbeid totalt», «arbeid med medisinsk onkologi», «arbeid med strålebehandling» i tillegg til noen ytterligere opplysninger. Vi spesifiserte «arbeid med stråleterapi» som *alt legearbeid tilknyttet stråleterapi*. Vurdering av henvisning, innhenting av ekstra undersøkelser, klinisk u.s. av pas. før strålebehandling, rekvirering av strålebehandling, simulatorarbeid, kontroll av strålefelt, kontroll av pasient under strålebehandling, kontroll av pasient ved avslutning av behandling, sluttkontroll av stråleterapi behandlingen, epikriseskriving, kontroll av pasient etter avsluttet behandling.

Et likelydende brev ble sendt til alle avdelingene med stråleterapi. Ønsket var å registrere arbeidsbyrden både for ferdige spesialister og for leger i utdanningsstilling på kreftavdelinger med stråleterapi.. Det ble bedt om at én lege var ansvarlig for innsamling av

data og at data ble avpersonifisert. Alle stråleterapienhetene sendte inn svar, men dessverre var svarprosenten relativ lav. Totalt svarte 53 spesialister og 48 assistentleger. På grunn av lav svarprosent må undersøkelsen gjentas, jeg gjengir bare noen av resultatene og *bare for ferdige spesialister*.

Overtid: Basert på normal arbeidsuke på 37,5t var gjennomsnittlig overtid pr lege ca 11 t hver uke. Fordelt på de forskjellige arbeidsstedene var det variasjon i gjennomsnittlig overtid fra 4,5t til 16t. Totalt tilsvarer dette 15,7 legårsverk utført utenfor normal arbeidstid. Settes normal arbeidstid til 40 timer hver uke, ser tallene litt penere ut, men fremdeles utgjør dette nesten 9 t i overtid hver uke i gjennomsnitt. Fordelt på de forskjellige arbeidsstedene er det en variasjon fra 2 til 13,6 t pr uke. Totalt tilsvarer det 11,7 legårsverk

Klinisk arbeid: Arbeid med medisinsk onkologi var 53%, stråleterapiarbeid ca 40% av tiden som gikk med til klinisk arbeid. To leger arbeidet bare med stråleterapi, ingen arbeidet med medisinsk onkologi alene. Stråleterapiarbeid utgjorde over 70% av klinisk arbeid for 9 spesialister, 21 spesialister arbeidet over 50% av tiden med stråleterapi. Elleve spesialister arbeidet under 20% med stråleterapi. Fordelt på de forskjellige arbeidsstedene (Gjøvik ikke tatt med) var variasjonen i gjennomsnittlig tid som gikk med til stråleterapi fra 30% til 61% av totalt klinisk arbeid.

En foreløbig konklusjon er at ca 40% av arbeidstiden til spesialister i onkologi går med til stråleterapiarbeid. Overtidsbruken er vanlig på alle avdelinger i den grad at

det utgjør mange ekstra legårsverk og følgelig maskerer behovet for flere spesialiststillinger i onkologi. Imidlertid er denne spørreundersøkelsen ikke komplett nok til å gi et oversiktlig bilde av dagens situasjon (50-60% svar). Følgelig er det vanskelig å gi noe estimat på fremtidig behov. **Vi gjentar undersøkelsen og ber om at medlemmene følger opp og svarer på spørreskjemaet.**



Et kort resymè

av Marianne Grønlie Guren

Norsk Onkologisk Forenings Vårmøte ble avholdt 29.-30. april på Gardermoen. Det var et engasjerende møte med en rekke gode foredrag. Temaet på torsdagen var prioriteringer i onkologien, og foredragsholderne belyste ulike sider som er interessante uansett hvilken tumorgruppe man vanligvis arbeider med.

Først ut var **Erik Wist** med «Er evidensbasert behandling geografiavhengig? Nasjonale og regionale forskjeller i bruk av «dyre» kreftmedikamenter». Han viste først en oversikt over de 15 bestselgende medikamentene i Norge der ingen kreftmedikamenter var med, men derimot medikamenter som Lipitor og Zocor. I Norge bruker man 54,- kr. per innbygger på cytostatica, Sverige bruker det dobbelte, Danmark og Finland en mellomting. Enkelte nye og dyre medikamenter var valgt ut, og utgiftene på medikamentet per hode i helseregionene ble vurdert. På tross av at vi har nasjonale retningslinjer på behandling og utstrakt samarbeid innen tumorgruppene, var det på enkelte medikamenter ganske store forskjeller i bruken av medikamenter mellom helseregionene, varierende

innen ulike fagområder. Det ser også ut til at vi bruker mindre av de nye/dyre medikamentene enn våre naboland. Skyldes dette at vi venter for lenge med å ta dem i bruk, eller vi er for evidensbasert orientert?

«Den vanskelige avslutningen» var tema for **Kjell Magne Tveit** (se eget innlegg).

«Lungekreftscreening – en sovepute for røykere? Skal dette prioriteres?» var tittelen på foredraget til **Roy Bremnes**. Lungekreft er den fjerde hyppigste kreftform, og hyppigste årsak til kreftdød. De fleste tilfeller av lungekreft oppdages for sent, i langtkommet stadium der overlevelsen er lav. Ved stadium I er 5-års overlevelsen 65%, men bare 12% oppdages så tidlig. Lavdose CT thorax har vist høy sensibilitet. Bortsett fra forebygging er det bare tidlig diagnostikk som har mulighet til å bedre mortaliteten. For å undersøke nytten bør man ha randomiserte studier.

Roar Johansen snakket om «Hjernemetastaser – skal alle pasienter ha strålebehandling?»

Det siste foredraget denne dagen var ved **Jan Norum** som snakket om «Kostnad-nytte analyse, inngår den i våre prioriteringer ved kreftbehandling?». De har gjort et imponerende antall kostnad-nytte analyser innen mange områder i Helse Nord, og det ble redegjort for flere av dem. Han påpekte hvor viktig det var at leger engasjerer seg i helseøkonomiske analyser, slik at vi er med på å ta de helsepolitiske

Velkommen til Norsk Stråleterapimøte 2004 i Kristiansand 15.–16. september

Programmet:

15.september **Skjelettmetastaser**
Skjelettmetastasers biologi
Kirurgisk behandling av skjelettmetastaser
Strålebehandling av skjelettmetastaser
«Algeta-studien» Klinisk utprøving av nytt bensøkende radiofarmasøytikum
Kliniske revisjoner, videreføring av pilotprosjektet
Aktuelt nytt fra de ulike stråleterapisentrene

16.september **Strålebiologi**
Klinisk strålebiologi – tumorrespons og normalvevsskade
Genekspresjon og senskader
Senskader:
Rektum/tarmskader, mekanismer
Hud, mekanismer, kliniske resultat
Rektum – kliniske resultat, modellering
Hyperbarbehandling av senskader
Strategiplan for kreft

Inviterte utenlandske foredragsholdere **Ingela Turesson, Sten Nilsson og Vincent Khoo**.
Informasjonsmateriell sendes ut til avdelingene medio juni, se forøvrig <http://kvist.nrpa.no>

Påmeldingen er igang

Årets stråleterapimøte faller tilligere enn foregående års møter. Vi håper derfor at vi i tillegg til å kunne presentere et interessant fagelig program, vil kunne gi dere det beste av den sørlandske sjarm med sol, sommer, skjærgård og sjømat.

Velkommen til Kristiansand



valgene. De nasjonale faggruppene har stor betydning i denne sammenheng.

Det var imponerende gode foredrag. Et hjertesukk er at disse burde nådd ut til flere, og en får håpe på større deltagelse av både ass leger og overleger fra alle helseregioner neste år.

Fredag 30. april ble det avholdt årsmøte i NOF, se referat. Det ble deretter gitt kort rapport fra nord til sør, fra både store og små enheter (viser til «nytt fra avdelingen»).

Stein Sundstrøm snakket om behandling av lungekreftpasienter, og resultatene fra NLCG protokoller. BLANK studien randomiserte mellom 3 og 6 kurer, og fant lik livskvalitet i begge armer. Konklusjonen ble at det er tilstrekkelig å gi 3 kurer. En annen studie randomiserte pasienter som skulle ha palliativ strålebehandling til enten 8,5 Gy x 2 (dag 1 og 8), eller 2,8 Gy x 15, eller 2 Gy x 25, med ca. 145 pasienter i hver gruppe. Livskvalitetsmål som dyspnoe, hoste og hemoptyse var ikke forskjellig ved de ulike fraksjoneringsmåtene, og median overlevelse var 7 måneder. Det ble konkludert med at 8,5 Gy x 2 kan gis til de fleste pasientene som skal ha palliativ strålebehandling for lungecancer, med unntak av pasienter med liten tumor og god almenntilstand.

Spesialitetskomiteen orienterte om nye spesialistregler gjeldende fra 1.1.05. Antall kurstimer er økt til 210 timer (hvorav 185 timer er obligatoriske kurs). Det er endringer i sjekklisten og i kravene til stråleterapifelt. De nye reglene med krav til spesialistutdanningen finnes på legeforeningens hjemmesider.

Workshop om Stråleterapisatelittene

av Jon Reitan

Fredagen ble avsluttet med en workshop om stråleterapisatelittene, erfaringer og fremtid. Workshopens tema var hvordan norsk onkologi skulle forholde seg til satelittmodellen, både hva gjaldt det organisatoriske, spørsmål om arbeidsoppgaver og stillingsbehov og utdannelsesmessige konsekvenser, ut fra de erfaringer som var gjort.

Jon Reitan startet med en kort historisk gjennomgang om varierende sentralisering og desentralisering av stråleterapi i Norge, fra de tidlige innkjøp av radium flere steder i landet, landets første høyvoltage maskin i Bergen, etterkrigstidens utbygging av

mellomenergetisk røntgenterapi på så godt som alle landets sykehus, og den høyenergetiske stråleterapi sentralisert til Radiumhospitalet frem til på 70-tallet. Norge, som et av de mest spredtbygde land i Europa hadde på denne tid en svært sterk sentralisering av stråleterapi. Etter en utbyggingsfase av regionsavdelinger i Bergen, Trondheim og Tromsø ble det reist spørsmål om ytterligere desentralisering. Wistutvalget og senere Reitanutvalget i 1996 lanserte tanken om stråleterapisatelitter drevet av regionsavdelingene, noe som dels skulle ivareta pasientgrunnlaget for universitetsklinikkene, dels gjøre særlig palliativ stråleterapi lettere tilgjengelig. På samme tid foregikk en parallell prosess i Stavanger, med noe uklar status i forhold til satelittankegangen. Satelittbegrepet ble fanget opp i Kreftplanen, og etter hvert er det kommet satelitter i Kristiansand, Gjøvik og Ålesund og nye diskuteres, mest konkret i Bodø.

Liv Ellen Giske åpnet gjennomgangen av erfaringer fra satelittene. Ålesund er så vidt kommet i gang, men er åpenbart en meget flott avdeling. Hun påpekte at man sannsynligvis måtte like arbeide med palliasjon for å trives på en satelitt, og at man burde ta hensyn til dette ved utdanning av onkologer. Avdelingen var imidlertid bygget opp som en nærmest komplett avdeling med også kjemoterapien integrert, og med pasienthotell. Det ble arbeidet med rekruttering av overleger, men muligvis måtte man satse på en langsom oppbygging med utdanning fra egne rekker.

Kjetil Weyde rapporterte fra Gjøvik. Avdelingen var kommet godt i drift men hadde rekrutteringsproblemer på overlegesiden, hvor vikarordninger fra Radiumhospitalet holdt det gående. Forholdet til kreftpoliklinikken med kjemoterapi var nært, men klart adskilt fra satelitten.

Svein Mjøland orienterte fra Kristiansand, hvor driften etter hvert var godt konsolidert og med besatte overlegestillinger. Også her var det nær relasjon mellom Sørlandets sykehus' kreftpoliklinikk og stråleterapisatelitten i form av etablering av et Senter for kreftbehandling. Som sannsynligvis kjent har Mjøland sagt opp sin stilling som leder ved senteret, men han poengterte at dette ikke var begrunnet i problemer i forhold til den faglige ledelse ved Radiumhospitalet, men hadde andre tungtveiende grunner. Han påpekte imidlertid at han hadde forventet sterkere støtte fra Radiumhospitalet, og at satelittmodellen var en organisatorisk utfordring og muligvis måtte ses på som en overgangsfase frem mot en mer selvstendig stilling.

Reino Heikkilä orienterte om utviklingen i Stavanger, som i stor grad var startet før satelittankegan-

gen ble formulert, og initiert direkte fra en folkebevegelse og fra fylkeskommunen. Stråleterapien var her integrert med hematologien og øvrig onkologi, og avdelingen ble drevet som en svært selvstendig avdeling. Samforståelsen med Haukeland sykehus hadde vært varierende, en viss periode var samarbeidet ganske nært, i hvert fall innen prostatabehandling, men nok noe preget av problematisk personkjemi og manglende enighet fylkeskommunene i mellom.

Debatten etterpå ble dessverre altfor kortvarig til å kunne meisle ut noen konklusjoner. Satelittene varierer åpenbart fra nær fullverdige og selvstendige avdelinger, til avdelinger drevet mer etter Kreftplanens forutsetninger. Både Mjøland og Heikkilä nevnte at en del forhold vedrørende relasjonen mellom regionsavdeling og satellitt var uavklart før beslutninger om opprettelser ble tatt, og at forskjellige tolkninger senere skapte vansker. Det kan tenkes at de idealiserte tanker som lå til grunn for lanseringen av satelittbegrepet (at stråleterapi er en regionsfunksjon men som bør kunne utføres utenfor regionsykehuset) ikke er gjennomførbare i praksis, i hvert fall ikke over lengre tid. Det kan også tenkes at regionsavdelingene ikke har fulgt opp de forventninger satelittene har hatt, eller ikke vært i stand til å se problemene og utfordringene fra satelittenes ståsted. Det er åpenbart at satelittmodellen krever ressurser fra begge sider, og åpenbart er personrelasjoner viktige. Utfordringene i relasjon til spesialistutdanning og onkologiens profil, herunder i relasjon til palliativ medisin, rakk man ikke å ta opp. Satelittene vil åpenbart representere både store muligheter og store utfordringer for norsk onkologi i årene som kommer.

Den vanskelige avslutningen

Hovedmomenter

av Kjell Magne Tveit

Det finnes mange vanskelige møter mellom pasient og lege, vanskelige nok for legen, verre for pasienten. Et av disse er ved avslutningen av den palliative kjemoterapi.

Hva gjør den så vanskelig?

- Pasient og pårørende tror prognosen er bedre enn hva legen vet at den er
- Pasient og pårørende vil ha mer kjemoterapi, mens legen/onkologen helst vil avslutte

- Pasient/pårørende akseptere mindre sannsynlighet for behandlingseffekt og mer overbehandling, mer toksisitet
- «Så lenge man behandler, er det håp»
- Pasient og pårørende utfordrer legen mht. behandling andre steder, studier, alternativ medisin
- Situasjonen utfordrer legens ærlighet, kunnskaper, beslutningsevne og kommunikasjons-evner, samt egne tanker og følelser
- Profesjonalitet kombinert med menneskelighet, distanse med nærhet/empati

Lider legen/onkologen av avslutningsvegring? Noen postulat til ettertanke

- Leger/onkologer gir palliativ kjemoterapi for lenge: for lenge på ett regime (sen evaluering, tar ikke konsekvens), for mange regimer i sekvens
- Pasient og pårørende trykker på for å få mer behandling («er så motivert»)
- Pasient og pårørende er ikke realitetsorientert, tror fortsatt på kurasjon eller lang levetid
- Legen viker unna den alvorlige samtalen, velger cellegift i stedet
- Uklar avtale ved start av behandling gir seponeringsproblemer

Skal jeg starte palliativ kjemoterapi? Når skal jeg seponere?

- Hva er sannsynlig effekt i 2. og 3. linje ved manglende respons i 1. linje?
- Behandler vi pasienter med dårlige prognostiske faktorer (Almenntilstand, TPK, ALP...) med liten sannsynlighet for effekt? Selektorer vi for dårlig?
- Objektiv tumorevaluering hver 8. uke
- Seponere ved objektiv progresjon
- Seponere ved plagsomme bivirkninger
- Seponere etter 3-4 mnd. ved effekt, observere og reintrodusere?
- Hva hvis tumorregresjon er kombinert med pasientregresjon?
- Seponering gir ofte et bedre liv, motiver for seponering

Kontrakt før start av behandling gjør seponering enklere

- Målsetning: kurasjon, levetidsforlengelse, symptomlindring, symptomforebygging
- Forventede effekter og bivirkninger
- Praktisk behandlingsopplegg

Vårmetet forts.

- Håndtering av bivirkninger
- Evalueringsprosedyrer/intervaller og mulige beslutninger
- Hvor lenge skal vi behandle (stoppregler)?
- Hva hvis behandlingen ikke virker (lenger)?
- Eksperimentell behandling
- Ikke dokumentert/alternativ behandling

Flere postulatet til diskusjon

- Legen/onkologen kjenner ikke til / har glemt potensialet i palliativ stråleterapi. Medisinsk onkologi dominerer i en kombinert spesialitet.
- Hvem reklamerer for palliativ stråleterapi?
- Legen/onkologen mangler kompetanse i palliativ medisin: symptomer og symptomkontroll, psykiske aspekter/mestring (pasient og pårørende)hjelpemiddelet,effektive pasientsløyer. Har onkologene respekt for palliativ medisin som eget fagområde?
- Legen/onkologen vil ikke informere/ diskutere *alternativ medisin*. «Hvorfor skal jeg det, bevisbyrden ligger på de alternative behandlere», «Jeg har knapt nok tid til å informere om skolemedisinen vi gir». Neglisjeringen svekker tilliten mellom pasient og lege. Vi må oppdatere oss i alternativ medisin, for pasientens skyld

Konsekvenser

Avslutningsvegringen er ressursødende, med unødig tidsbruk, medikamentkostnader etc. Lege, pasient og pårørende burde heller bruke tiden på å planlegge neste fase:

- Hvilke symptomer forventes, håndteringen av disse
- Psykiske aspekter hos pasient og pårørende
- Prioriteringer: arbeid, hjem, reise, praktiske gjøremål
- Knytte kontakter til de nye hjelperne
- Hvordan leve hver dag i resten av livet?

Avslutningen av den palliative kjemoterapi er en arena for

- ærlighet
- kunnskap
- ydmykhet
- beslutningsevne
- kommunikasjon

Referat fra Norsk Onkologisk Forenings årsmøte 30.april 2004

- 1) Steinar Lundgren ble valgt til ordstyrer.
- 2) Dagsorden ble godkjent av årsmøtet.
- 3) Styrets årsberetning ble gjennomgått av Steinar Lundgren.
 - Styret har hatt 2 fysiske møter og 2 telefon-møter, samt korrespondert med e-post.
 - Det er for tiden ca. 149 medlemmer i NOF.
 - Steinar Lundgren, Gunnar Sæter og Hilde Sommer har deltatt på seminar om DRG.
 - NOF støtter Norsk gynekologisk forenings søknad om opprettelse av egen spesialitet i gynekologisk onkologi, men sender ikke felles søknad.
 - Styret har opprettet en nettside som finnes på www.legeforeningen.no/onkologi. Den er under utarbeidelse, og det planlegges at den vil inneholde informasjon om NOF, og linker til handlingsprogrammer, kurs, osv.
 - Nye faglige medarbeidere er foreslått til Tidsskrift for DnLF: Bremnes, Falkmer, Østenstad, Fluge, i tillegg til de nåværende.
 - Standard for palliasjon ble støttet med visse forbehold.
- 4) Onko-Nytt har kommet ut med 2 nummer, med Marianne Brydøy og Dag Clement Johannessen i redaksjonen. Det er planlagt å fortsette med 3-4 nummer per år. Bladet har hatt god økonomi. Det er ønskelig med en redaksjonsgruppe på 4 personer. Artikler som har stått i bladet kan legges ut på nettet ca. 1 måned etter publisering.
- 5) Vårmetets fremtid. Det var enighet om at det er ønskelig med eget møte for onkologer, og at det bør være årlig. Det ble diskutert at vårmetet bør annonseres bedre, blant annet slik at alle ass. leger er klar over møtet. Datoen bør være klar i god tid. Det er ønskelig at avdelingsledere prioriterer at mange kan reise til møtet. Kanskje det bør være på en fast uke?
- 6) Forslag til lovendring paragraf 5, 6 og 7 utgår da teksten ikke var sendt ut til medlemmene innen fristen 4 uker før møtet.
- 7) Regnskapet ble fremlagt. Det var imidlertid ikke forelagt revisor. Styret ble gitt fullmakt til å godkjenne regnskapet forutsatt at det ble godkjent av revisor.
- 8) Medlemskontingent ble fastsatt til kr. 500,- som tidligere.
- 9) Valg av styre. Det nåværende styret fortsetter 1 år til.
- 10) Ingen saker under eventuelt.

Referent: Marianne Grønlie Guren.

«Vi står han av»

av Lise Balteskard

Dette ble konklusjonen etter at Tromsø hadde lagt frem sin statusrapport.

Nedskjæringer. Året som har gått har dessverre vært preget av endrede økonomiske betingelser ved at DRG-refusjonen er redusert og Helse Nord og sykehusstyret ved UNN har ikke gitt full kompensasjon i form av større rammetilskudd. Vi har derfor vært nødt til å redusere antall stillinger ved Kreftavdelingen med 2,5. Antall legestillinger er fortsatt det samme, men ettersom flere leger, også overleger, har valgt å redusere sin tjenesteplass til 38 timer/uke er det i praksis spart lønnsmidler tilnærmet 1 stilling.

Stråleterapien. Vi har i løpet av det siste året fått i drift 2 nye strålemaskiner og har nå 4 Clinacer (den ene av de gamle er det stadig feil på og fungerer i praksis som reservemaskin), men driften er konsentrert på 3 maskiner. En ny digital simulator, Aquity, er nå under installering. Vi har tidligere hatt problemer med overlegekontinuiteten på Stråleterapien, men fra i vår har vi fått en fast overlege på Stråleavdelingen i tillegg til en ass. lege. Ass.legen har hovedansvar for simulator, men får også store utfordringer på doseplan. Så langt er vi fornøyd, men ser frem til den dagen vi har ressurser til å ta overlegen ut av rutinearbeidet for å drive utvikling og kvalitetsarbeid. Blant våre fysikere er det interesse og velvilje for forskning som vi håper vi en dag får overskudd til å utnytte.

Poliklinikken. I løpet av våren har poliklinikken vår flyttet inn i nye lokaler. Funksjonsmessig har vi bare fått et ekstra konsultasjonsrom, men spesielt kur-rommet er blitt betydelig større og luftigere. Lokalisasjonen i forhold til Pasienthotellet, stråleterapien og sengeposten er blitt mer funksjonell. Den norske Kreftforeningen har gitt tilsagn om bilder til utsmykkingen av lokalene og dette er vi svært glade for.

Sengepost. Vår sengepost er stabil i størrelse med 30 senger, hvorav 4 er øremerket Enhet for lindrende behandling (ELB). Her jobber dedikerte leger og sykepleiere med pasienter med spesielle behov, samtidig som de er en ressurs for de øvrige pasientene i avdelingen. Internt er avdelingen i løpet av året organisert i 3 grupper med hver sine koordinatorene på lege og sykepleiersiden.

Rekruttering. Rekrutteringen til ass.lege-stillingene er svært god, men det er nok en større bekymring for ass.legene om det er nok overlegestillinger i fremtiden. Overlegene er med et unntak «oppfostret»

i Tromsø og vi har til nå ikke hatt eksterne søkere til de utlyste stillingene. Vi er oppmerksom på at dette kan være en ulempe, men ettersom vi er aktive i faggruppene har vi tro på at vi holder god nasjonal standard. Vi er også med i en rekke kliniske studier og kommer derfor tidlig inn når nye behandlingsregimer prøves ut.

Forskning. Når det gjelder egen forskningskompetanse har vi 4 overleger i universitetsstilling (1 hovedstilling, 3 i bistillinger). Dessuten har vi 2 ass. leger som for tiden er i stipendiatstillinger, mens en tredje har et kortvarig stipend for å lage prosjektbeskrivelse.

Produksjon. Antall behandlede pasienter i sengepost har vært nokså stabilt de siste årene, mens den polikliniske virksomheten – både når det gjelder kjemoterapi og strålebehandling, er jevnt økende. De eldste strålepasientene får plass på sykehusets Pasienthotell, mens de yngre strålepasientene og andre pasienter som for eksempel får flere dagers kjemoterapikurer ligger på ordinære hoteller i sentrum.

Bodø. Våre overleger har i vinter avlastet den ene onkologen på Kreftenheten i Bodø en god del. Den andre onkologstillingen i Bodø har vært utlyst flere ganger uten at det har meldt seg søkere. Vi i Tromsø har nå tilbudt oss å besette denne stillingen 50 % mot at lønnsmidlene overføres til UNN. Dette vil i så fall tilføre oss kjærkomne midler, men å ha en stafett gående mot Bodø er også en utfordring for kontinuiteten i vårt eget relativt lille miljø.

Effektivisering og nedskjæringen merkes og frustrerer, men vi har fortsatt et godt og trygt arbeidsmiljø som er av uvurderlig betydning.

Skulle noen ha ønske om se ytterligere detaljer omkring vår avdeling og driften, kan dette finnes på vår hjemmeside www.unn.no/kreft.

Kreftavdelinga i Ålesund vart offiselt åpna 5.mars 2004

av Liv Ellen Giske

Eit sterkt lokalt initiativ med støtte i føringar i Nasjonal Kreftplan har gitt resultat! Heilt frå den politiske beslutningen om å bygge ei kreftavdeling i Ålesund vart teken på slutten av 90-talet, har professor og tidlegare avd. overlege ved Kreftavdelinga i Trondheim, Olbjørn Klepp, vore fagleg leiar for prosjektgruppa.



Avdelinga i Ålesund er ein satellitt under Kreftavdelinga ved St.Olavs Hospital, og «moderavdelinga» har vore sterkt med i heile planleggingsprosessen. Det er lagt stor vekt på å koordinere stråleterapi-utstyret mellom dei to avdelingane, slik at både pasientar og personell sikkert kan overførast mellom sentra.

Vi har fått eit flott nybygg med eit bruttoareal på vel 5000 m². I jan -04 flytta kreftpoliklinikken inn, den første pasienten vart strålebehandla 22.03. Sengeposten vert av personell- og driftsmessige omsyn først åpna primo 2005.

Innanfor budsjetttramma på knappe 265 mill kr, vert også det vel 25 år gamle pasienthotellet rehabilitert. Det vert klart til bruk i løpet av sommaren. Kreftpoliklinikken i Volda er også ein del av Kreftavd. i Helse Sunnmøre.

I Ålesund har vi 2 Electa lineærakseleratorar, ein Varian simulator og CT for doseplanlegging og diagnostikk. Vi har starta opp med enkel palliativ strålebehandling. CT-doseplanlagt stråleterapi har måtta vente pga forsenkingar i programvareleveransen. Vi håper å vere i gang med tangentiell mammapstråling første veka i juni, og all brystkreftbehandling like over sommaren. Så vil vi utvide reportouaret etter kvart.



Målet på sikt er at 80% av dei som treng strålebehandling i Møre og Romsdal skal kunne få det i Ålesund.

På legesida er vi no bemanna med 2 onkologar, i tillegg har vi svært god hjelp av ein russisk stråleonkolog. Av dei i alt 6 legehjemlane, er 3 besatt av ass. legar, to stasjonerte i Ålesund og ei i Trondheim. Vi reknar med å få tilsett ein tredje onkolog snart.

Både pasientar, pårørande og helsearbeidarar har store forventningar til denne nye avdelinga. Kvardagen vår er framleis prega av at vi er i oppstartfasa og at det er mykje som må «gå seg til». Då hjelp det å vere ein positiv, samansveisa stab som arbeider mot same mål. Og det er mest av alt positivt utfordrande å få vere med å byggje opp ei avdeling slik frå grunnen!

Utfordringer 2004: Onkologisk avdeling, Ullevål universitetssykehus

av Kjell Magne Tveit

- Gjennomføre en «kontrollert» 10% årlig opptrapping 2001 – 2006 innenfor trange arealer og trange helsebudsjetter
 - Skaffe ekspansivt nok budsjett for økt personell og drift
 - Beholde og rekruttere, samt utdanne personell
 - Sikre pasientrekruttering fra regionen i henhold til avtale med DNR og HØ (Ullevål skal betjene 1,1 mill ib.)
 - Skaffe mer fysisk plass fram til Kreftsenteret med 15 000 kvm. står ferdig i 2006
- Etablere bredere spisskompetanse innen sentrale felt
- Styrke forskning og fagutvikling
- Implementere Cytodose
- Gjennomføre arbeidet med Kreftsenteret
 - Brukergrupper
 - Anbudsgrupper
 - Organisasjonsplan: drifts- og fagorganisering
 - Verdier og kultur

Møtekalender

Send gjerne inn tips til møtekalenderen
Dag.Clement.Johannessen@nrpa.no

AUGUST 2004

Advanced Teaching course on Brachytherapy for Gynaecological Cancer ESTRO course
August 26-28, Wien, Østerrike
www.estro.be

Physics for Clinical Radiotherapy ESTRO course
August 29-sept 02, Leuven, Belgia
www.estro.be

SEPTEMBER 2004

Principles and practices in medical oncology, ESMO course
September 3-5, Vilnius, Litauen
www.esmo.org

Basic Clinical Radiobiology ESTRO course
September 19-23, Lausanne, Sveits
www.estro.be

Testistumores. Histopatologi, klinikk og forskning (kurs)
September 22-23, Oslo
www.legeforeningen.no

Advances in melanoma and breast cancer ESO advanced course
September 22-24, Sofia, Bulgaria
www.cancerworld.org

16th EORTC-NCI-AACR Symposium on Molecular Targets and Cancer Therapeutics
sept.28-okt.1, Geneve, Sveits
www.eortc.be

OKTOBER 2004

46th Annual Scientific Meeting of the American Society for Therapeutic Radiology and Oncology
Otober 3-7, Atlanta, USA
www.astro.org

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

Oktober 4-8, Oslo
www.legeforeningen.no

Onkologi og palliasjon (kurs)
Okt 9-10, Oslo
www.legeforeningen.no

The 9th International Conference on Geriatric Oncology: Cancer in the Elderly. The 5th Meeting of SIOG
Oktober 14-16, San Francisco, CA
www.calendar.uicc.org

Tumorbiologi: Fra biologisk basalkunnskap til diagnostikk, behandling og forebygging av kreftsykdom. (kurs)
Oktober 18-20, Bergen
www.legeforeningen.no

Hematologi med vekt på morfologisk diagnostikk (kurs)
Oktober 18-21, Trondheim
www.legeforeningen.no

23rd Annual Estro Meeting
Oktober 24-28, Amsterdam, Nederland
www.estro.be

Hematologi med hovedvekt på morfologien (kurs)
Oktober 25-27, Oslo
www.legeforeningen.no

29th ESMO Congress
okt.29 - nov.2, Wien, Østerrike
www.esmo.org

NOVEMBER 2004

Blodsjukdommar grunnkurs
November 1-5, Bergen
www.legeforeningen.no

Intrakraniale og intraspinal svulster (kurs)
November 4-5, Oslo
www.legeforeningen.no

Evidence-Based Radiation Oncology: Methodological Basis and Clinical Application ESTRO course
November 7-12, Kypros
www.estro.be

Smertebehandling (kurs)
November 8-11, Bergen
www.legeforeningen.no

Kreft hos barn (kurs)
November 8-11, Oslo
www.legeforeningen.no

Etikk og kommunikasjon med den alvorlig syke pasient (kurs)
November 9-12, Tromsø
www.legeforeningen.no

Onkologisk Forum
November 17-19, OSLO
www.onkologiskforum.org

12th Int.Symposium: Advances in the Treatment of GI Tumors
November 26-27, Valencia, Spania
www.esmo.org

DESEMBER 2004

Smertefysiologi, smertepatofysiologi og smertelindring (kurs)
Desember 8-10, Oslo
www.legeforeningen.no

27th San Antonio Breast Cancer Symposium
Desember 8 - 11, USA
www.sabcs.saci.org

JANUAR 2005

7th International Symposium on Febrile Neutropenia
Januar 27-29; Sevilla, Spania
www.febrileneutropenia.org