

onko

Nytt

Nr. 2 Desember 2005 • Årgang 3



Innhold

Kjære kollega	3
Nytt fra faggruppene	4
Nasjonale handlingsprogrammer	4
NUCG	4
NLCG	7
Nytt fra NFPM	9
Onkologisk Forum 2005	10
Medisinskhistoriske glimt	18
Nytt fra styret i NOF	20
Hilsen fra Radiumhemmet	21
Nytt fra avdelingene	25
Ullevål Universitetssykehus	25
Rikshospitalet -Radiumhospitalet	25
Haukeland Universitetssykehus	26
Nordlandssykehuset	27
KVIST	28
Norsk Stråleterapimøte 2006	29
Samordning av kreftomsorg	30
Helse Øst og Helse Sør	
Doktorgradsavhandling	31
Nye godkjente spesialister i onkologi	31

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

Forsidefoto:

Dag Clement Johannessen:
«Ishavn»



Styret i Norsk Onkologisk Forening

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

Spesialitetskomiteén i Onkologi

Spesialitetskomiteén for perioden 2006 – 2009
blir oppnevnt av Sentralstyret i Dnlf 9. desember

I Redaksjonen

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

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

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

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



Medlemsblad for Norsk Onkologisk Forening

Kjære kollega!

ved Marianne Brydøy, på vegne av hele redaksjonen

Julen er like om hjørnet og mange av oss føler vel at nok et travelt år har passert alt for raskt. Arbeidsdagen som onkolog er neppe mindre travel ved utgangen av 2005 enn for noen år tilbake. Utvidede behandlingsmuligheter, sofistikerte og tidkrevende teknikker og dokumentasjonskrav spiser opp effekten av en jevn stigning i antall stillinger gjennom flere år. En forventet kreftinsidens-økning på nærmere 40 % frem mot 2020 sammenlignet med midten av nittitallet får store følger for vår hverdag, og mange (både leger og pasienter) har vel også et ønske om mer tid til den enkelte.

I spesialitetskomiteens analyse ved Stein Sundstrøm til Utdanningsavdelingen i Legeforeningen fra januar 2002 ble det anslått et nøkternt behov på 130 nye spesialister i løpet av en 10 års periode, også for å dekke naturlig avgang. Uten en vesentlig økning i utdanningskapasiteten, lå det an til at kun vel halvparten av det anslåtte behov ville bli dekket. Styret i NOF ba i møte med Sosial- og Helsedirektoratet i juni 2002 om 25 nye utdanningsstillinger. Dette kunne ikke imøtekommes, men SHdir anbefalte at onkologi ble opprettholdt som en av de prioriterte spesialitetene og i 2003 ble det opprettet 6 nye utdanningsstillinger. (Mer om dette finner du på NOFs hjemmeside, i aller første nummer av Onko-nytt).

Fra 2004 har det vært opp til hvert regionale helseforetak å fordele utdanningsstillingene på de ulike fag. I følge opplysninger fra Nasjonalt Råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling (NR) ble det kun opprettet to nye utdanningsstillinger i onkologi i 2004 og to i 2005! Med andre ord ser det ut til at vi ikke har mulighet til å dekke selv det nøkterne anslaget om 130 nye spesialister mot 2012, med manglende behandlingskapasitet for kreftpasienter - og slitne onkologer - i en nær framtid. Forskjell mellom landsdelene strider mot myndighetenes intensjon om likt behandlingstilbud for hele befolkningen, og ved flere sykehus har det over lengre tid vært vanskelig å få besatt onkologstillinger.

Gledelig er det likevel at det i år er godkjent hele 15 nye spesialister i onkologi (hvorav en overført fra utlandet), mot tidligere ca 6 pr år over flere år frem til 2002. Styret i NOF og den påtroppende spesialitetskomiteen bør igjen ta opp behovet for flere stillinger, og vil så vidt vi forstår samarbeide om dette.

Det har vært en glede å jobbe med dette nummeret av Onkorytt, det 6. i rekken! Friske tilskudd til redaksjonen merkes, ikke minst på grunn av kontaktnettet den geografiske spredningen gir. Selv om vi ikke har fått så mange spontane innlegg tilsendt, har vi møtt stor velvilje fra de vi har forespurt. Tusen takk til dere alle! Ønsket om at Onkorytt kunne bidra til å binde onkologer og onkologer in spe i hele landet nærmere hverandre gjennom å spre relevant informasjon, er forhåpentligvis ikke lenger bare ønsketenkning.

Vi vil fortsatt ha faste spalter med nytt fra avdelingene, KVIST og faggruppene. Vi er svært takknemlig overfor Tomas Jansson som står for vår nye faste spalte: Medisinskhistoriske glimt! Møtekalenderen har vi valgt å kutte ut, men redaksjonen har et ønske om å gjeninnføre «Smånytt»- og dere er herved oppfordret til å sende inn korte notiser om aktuelle tema, gjerne med henvisninger til hvor en kan lese mer om emnet. Det ser ut som om styret og spesialitetskomiteen også vil komme med jevnlig informasjon. Fotokonkurransen for beste forside står ved lag også i neste nummer, denne gang var det tre deltakere hvorav en utenom redaksjonen. Selv om Dag Clement Johannessens bilde denne gang ble valgt, pryder Gunilla Frykholms ene bilde denne siden, og den tredje deltakeren stiller sterkt i konkurransen for neste nummer med sine svært sommerlige bilder.

Årets Onkologisk Forum i Tromsø hadde nesten 400 deltakere. Foredragene fra hovedprogrammet finnes på web-tv, men korte referat fra plenums-sesjonene refereres her. En stor takk til Morten Brændengen som har bidratt med sine erfaringer «på godt og vondt» fra sitt nåværende opphold på Radiumhemmet i Stockholm. Avslutningsvis håper vi at mange har muligheten til å ta turen til Norsk Stråleterapimøte (som også er NOFs årlige faglige møte) i Ålesund til våren, en smakebit på programmet presenteres.

Vi ønsker dere alle en fredelig julehøytid, og et godt nytt år!



Nasjonale handlingsprogrammer for kreftbehandling

ved Dag Clement Johannessen

Som kjent har det i mange år vært lagt ned mye frivillig arbeid gjennom faggruppene knyttet opp mot Onkologisk Forum. Etter hvert er det blitt et anselig antall grupper som har ulik sammensetning og aktivitet, men som arbeider for å bedre både forståelse og behandling av de forskjellige kreftformene gjennom ulik møteaktivitet, handlingsprogram, Onkologisk Forum osv.

Det har vært fokus i media den siste tiden på forskjeller i kreftbehandling ved norske sykehus – både i form av forskjeller i resultater og forskjeller i bruk av legemidler. Helse- og omsorgsdepartementet ønsker nå å bidra til felles nasjonale standarder når det gjelder bruk av legemidler med høye kostnader i kreftomsorgen og ga oppdrag i vår til Sosial- og helsedirektoratet å etablere kunnskapsbaserte handlingsprogrammer. Sosial- og helsedirektoratet vil, ved hjelp av Kunnskapscenteret, en prosjektgruppe og arbeidsgrupper bestående av deltagere fra de ulike faggruppene, utvikle behandlingsstandarder som omfatter hele kreftomsorgen, ikke bare for legemidler med høye kostnader. Som tidligere nevnt er KVIST-gruppen i gang med å arbeide for en mer enhetlig struktur på handlingsprogram i strålebehandling. Dette arbeidet vil gå parallelt med Sosial- og helsedirektoratet sitt arbeid.

I en foreløpig prosesskisse heter det at «det overordnede målet for prosjektet er å bidra til likeverdig og god kreftbehandling i sykehus i tråd med prioriteringsforskriften og sørge for at kost-nyttevurderinger er tatt med i vurderingen ved valg av behandling».

Målene for prosjektet er

- I • Å fastsette nasjonale handlingsprogrammer/ behandlingsstandarder for de fleste kreftformene
- Å etablere et samarbeid mellom onkologiske faggrupper og Kunnskapscenteret for tidlig varsling og vurdering av ny teknologi innen kreftområdet

- Å identifisere hvilke behandlinger som har særlig høye kostnader og som dermed vil kunne medføre behov for særskilte finansieringsordninger

- II • Å etablere et emnebibliotek for kreft som en del av Helsebiblioteket

- III • Å lære av dette prosjektarbeidet for å kunne overføre det til et generelt system som dekker alle sykdomsområder

Prosjektet har fått navnet «Nasjonale handlingsprogrammer for kreftbehandling». De ulike faggruppene ble i sommer invitert av direktoratet til å komme med innspill til Referansegruppen i prosjektet. Vi vil i dette nummeret og i følgende nummer av Onkorytt trykke redigerte utgaver av svarene gitt til direktoratet, fordi dette på en måte representerer en slags «status praesens» for de enkelte faggruppene.

I første rekke vil arbeidet med retningslinjer starte opp med NGICG, NUCG og NBCG og de første møtene er berammet til begynnelsen av desember i år.

For de spesielt interesserte kan man via linkene få frem dokumenter som er myntet på skrijving av retningslinjer/anbefalinger.

http://www.shdir.no/publikasjoner/retningslinjer/retningslinjer_for_retningslinjer_2912

http://www.shdir.no/publikasjoner/evalueringer/agree_instrument_evaluering_av_faglige_retningslinjer_2761



Innspill fra Norsk Urologisk Cancergruppe (NUCG) vedrørende «Nasjonale handlingsprogrammer for kreftbehandling»

ved Dag Clement Johannessen

Bakgrunn

Urologiske cancere utgjør en heterogen gruppe pasienter, med stort spenn i alder, behandlingsintensjon,

behandlingsintensitet og behandlingsrespons. Den diagnostiske delen har ligget under urologisk avdeling, mens behandling og oppfølgingsansvaret har vært delt mellom urologisk og onkologisk avdeling avhengig av cancertype, stadium og behandlingstilbud.

NUCG

Norsk urologisk cancergruppe ble stiftet i -95 etter vedtak i Norsk Urologisk Forening, og er sammensatt av 5 urologer fra regionssykehus, 5 urologer fra sentralsykehus og 5 onkologer, hvor alle 5 helseregionene er jevnt representert. Arbeidet er basert på frivillighet blant deltagende spesialister. Det har i lengre tid vært et utstrakt samarbeid på det forskningsmessige plan med andre skandinaviske land formalisert blant annet i SWENOTECA (testiscancer) og SPCG (prostatacancer) et samarbeid som går tilbake til 80-tallet. NUCG er først og fremst finansiert via tilskudd fra Kreftforeningen.

NPPC

Nasjonalt program for prostatacancer (NPPC) er et kvalitetsregister for prostatacancer som ble stiftet i 2002 på initiativ fra NUCG, Kreftregisteret og Kreftforeningen. Formålet er å dokumentere håndtering og forløpet av prostatakraft hos norske pasienter og dermed fremme kvaliteten på behandlingen av pasienter med denne krefttypen. Det er oppnevnt en styringsgruppe på 7 personer, en referansegruppe som teller ca 20 personer, aktive innen urologi, patologi, onkologi og kreftepidemiologi, i tillegg til en prosjektgruppe.

Fast finansiering av NPPC foreligger ikke. For øyeblikket er det midler til drift til 2006, men det arbeides overfor myndighetene med å skaffe en mer permanent finansiering.

Handlingsprogram

Det foreligger for øyeblikket handlingsprogram for blærecancer som er publisert i august 2005 ved hjelp av Den norske Kreftforening. For testiscancer baserer behandling seg på anbefalinger i SWENOTECA. For peniscancer foreligger en artikkel i TDNLF fra 2001 som omhandler behandling av peniscancer og fungerer som konsensus for øyeblikket. For nyrecancer er handlingsprogrammet snart ferdig.

For Prostatacancer eksisterer det terapi anbefaling utgitt ved samarbeid mellom norsk og svensk Lege-middelverk i 2003. NUCG har nå nedsatt en gruppe av urologer og onkologer som har startet arbeid med utforming av handlingsprogram som skal omfatte både kirurgisk og onkologisk behandling i mer detalj. Arbeidet er omfattende og man har manglet og

mangler fremdeles ressurser til gjennomføring. I den forbindelse legges det opp til et samarbeidsprosjekt med KVIST gruppen ved statens strålevern for å arbeide med stråleterapidelen av handlingsprogrammet. Det er også søkt ekstra bevilgning fra Kreftforeningen. Det er sannsynlig at man må ha ytterligere finansiering, og det vil søkes om dette fra bevilgende myndigheter.

Status

Tallmessig utgjør prostatacancer og blærecancer den største delen av pasientgruppen. Medisinsk sett er testiscancer pasientene en stor utfordring på grunn av intensivt kjemoterapiopplegg i kurativ hensikt på en ung pasientgruppe med lang forventet levetid.

Cancer prostata har vist en økende incidens de siste årene, i 2002 var det ca 2700 og i 2003 ca 3300 nye tilfeller. Prevalens er over 18000 pasienter pr jan 2004, men knapt 2000 er i live ti år etter diagnosetidspunktet til forskjell fra brystkreft (hvor tallet er ca 5 ganger høyere). To tredjedeler av tilfellene oppdages hos pasienter som er under 75 år, med tendens til tidligere sykdomsstadium på diagnosetidspunktet og relativt flere pasienter i de lavere årsklasser, med lang forventet levetid. Strålebehandling i kurativ hensikt ble gitt til mer enn 800 pasienter i 2004, økning med ca 50% fra 2003. Tallene for operativ behandling øker, og totalt ble over 1200 pasienter med prostatacancer behandlet i kurativ hensikt hvilket utgjør ca 50% av pasientgruppen under 75 år. Det er en økende oppmerksomhet i befolkningen på prostatakraft og stadig flere menn tester sin PSA, hvilket vil føre til flere nydiagnostiserte tilfeller. Det er ikke tegn til at antall nye tilfeller vil synke de nærmeste årene. Indikasjoner for kurativ behandling av prostatacancer diskuteres. Mens det er enighet om at strålebehandling og/eller kirurgi er nødvendig for en større del av pasientgruppen, knytter det seg usikkerhet til indikasjon for kurativ behandling av pasienter i de beste prognosegruppene. Videre er det uklart hvordan man skal tolke prognostiske faktorer for å anbefale kun palliativ behandling for pasienter med lokalisert eller lokalavansert sykdom. Behovet for et kvalitetsregister som NPPC er derfor åpenbar for denne pasientgruppen. Studier er underveis for å søke å besvare disse spørsmålene, men på grunn av sykdommens langsomme utvikling vil det gå mange år før vi får sikre svar.

Palliativ behandling av pasienter med avansert cancer prostata utgjør et stort antall, hvor ca 80 % har spredning til skjelettet. Behandling har inntil nylig vært begrenset til lokalisert strålebehandling og smertestillende medikasjon. På grunn av lav strålebehand-

lingskapasitet på 90-tallet med lang ventetid og liten kapasitet for å følge opp pasientene ved urologisk eller onkologiske avdelinger, kom mange sent til behandling. Kapasiteten for strålebehandling i palliativ hensikt har økt de siste årene. En årsak er økt antall strålemaskiner, en annen er økt bruk av enkeltfraksjoner ved smerter fra skjelettmetastaser (mot tidligere flere ukers behandling).

Mens man tidligere hadde lite å tilby pasienten av systemisk behandling har nå Statens Legemiddelverk (SLV) godkjent to cytostatika og ett bisfosfanat til bruk for pasienter med hormonrefraktær avansert sykdom basert på internasjonale studier hvor effekten har vært dokumentert spesielt for docetaxels vedkommende.

NUCG har nylig gitt ut retningslinjer for behandling av skjelettmetastaser med zoledronsyre og hormonrefraktær prostatacancer med docetaxel. Dette medfører imidlertid at en stor gruppe med pasienter vil få tilbud om intravenøs behandling med kjemoterapi. Antallet er vanskelig å anslå, men de enkelte kreftavdelingene vil ikke være i stand til å ta unna denne økningen uten at det tilføres ressurser i betydelig grad. Vi forventer et sterkt press de kommende årene både på kreftpoliklinikkene og urologiske poliklinikker, men også på en økt bruk av røntgentjenester i forbindelse med evaluering av behandling. I tillegg vil mange pasienter med skjelettspredning få tilbud om behandling med bisfosfanat. Denne behandlingen gis foreløpig som intravenøs injeksjon hver 3-4 uke og vil ytterligere øke presset på kreft og urologiske poliklinikker.

Det er velkjent at prostatakreft er en hyppigere dødsårsak i de skandinaviske landene enn i resten av verden. Blant de skandinaviske landene topper Norge statistikken. Det er forskningsgrupper her i landet som nå har tatt fatt i dette forholdet og prøver å belyse årsaker. Det er åpenbart for oss som har arbeidet med sykdomsgruppen over noe tid at oppfølging av pasienter med prostatakreft ikke er optimal. Det er forbedringspotensiale både innenfor spesialist- og primærhelsetjenesten. Den vesentligste flaskehalsen er vel manglende kapasitet i sykehus. Kombinert med en manglende erkjennelse av problemet blant helseforetakene gir dette dystre fremtidsutsikter. NUCG vil derfor prioritere arbeidet for å bedre behandlingstilbudet og kontroll/oppfølgingsrutiner for disse pasientene. Som det tidligere er pekt på, er det for få urologer og onkologer i landet allerede, antallet spesialister og stillinger må økes hvis man skal møte disse nye utfordringene.

Blærecancer er den hyppigste urologiske kreftform etter prostatacancer. Majoriteten av pasientene

har en svulsttype med svært gode muligheter for helbredelse, men pasientene er likevel utsatt for residivrisiko og må som regel kontrolleres på spesialistnivå livet ut. Residivbehandlingen og kontrollopplegget kan være en belastning for pasientene og krever mye ressurser i den urologiske spesialisthelsetjenesten. En mindre andel av blærecancerpasientene gjennomgår en ressurskrevende radikalbehandling initialt, mens kontrollopplegget etter hvert blir noe enklere for disse pasientene.

Det drives i tillegg intensiv forskning omkring nyrecancer, og det er sannsynlig at det vil komme resultater innen kort tid som kan få betydning for vårt behandlingsvalg for denne pasientgruppen.

Konklusjon:

Urologiske cancere utgjør en tallmessig stor gruppe med mange middelaldrende og eldre pasienter. Antall pasienter er økende

Det er manglende kapasitet i spesialisthelsetjenesten pr i dag for å ta hånd om pasientstrømmen og det er et stort behov for flere urologiske spesialister samt for flere legeårsverk innen onkologi og allmennmedisin.

Nye behandlingsmessige utfordringer med omlegging av palliativ behandling til økt bruk av kjemoterapi og bisfosfanater gir et betydelig behov for økte ressurser til behandling og kontroll.

Sentrale spørsmål:

Hvordan skal man kunne møte det eksisterende og raskt økende kapasitetsproblemet?

Hvordan øke udannelseskapasiteten av urologer og onkologer?

Hvordan kan man utnytte ressursene i sykehus bedre for å samordne urologisk og onkologisk behandlingstilbud, spesielt poliklinisk?

Hvordan kan man bedre oppfølging av pasientgruppen?

Hvordan kan man optimalisere pasientflyten mellom primær- og spesialisthelsetjenesten?

Utvikling og forbedring av behandlingstilbudet til disse pasientgruppene kan kun skje ved fortsatt nært samarbeid mellom urologer og onkologer. NUCG ønsker å delta i utviklingsarbeid fremover og hilser velkommen det initiativet som er tatt fra Sosial og Helsedirektoratet med å bidra til utforming av handlingsplaner innen denne kreftgruppen. Vi vil understreke betydningen av at faggruppene og kvalitetsregistre får en offisiell forankring og et offentlig budsjett, uavhengig av private interessegrupper eller legemiddelindustrien.

Høringsnotat fra Norsk Lungekreftgruppe (NLCG) vedrørende «Nasjonale handlingsplaner for kreftbehandling, NOU 2004»

ved Stein Sundstrøm

Via Onkologisk Forum ble NLCG i juli 2005 bedt om å kommentere ovennevnte NOU, spesielt relatert til kapittel 15, «Prinsipper for innføring av nye metoder», der de nasjonale interessegruppene og Onkologisk Forum blir spesielt nevnt.

NLCG valgte i sitt svar spesielt å legge vekt på bakgrunnen for opprettelsen og drift av gruppen, og vårt syn på gruppens plass i norsk helsevesen.

Bakgrunn for opprettelsen av NLCG

Lungekreftpasienten(e) har tidligere vært lavt prioritert, både innen lungemedisin og norsk onkologi pga elendig prognose og pga selvpåført sykdom. En holdning om at «diagnosen av lungekreft kan ikke gjøres for sent», har vært utbredt innen norsk lungemedisin. Økt insidens av lungekreft, samt erkjennelsen om at disse pasienter hadde et for dårlig strukturert tilbud medførte at Norsk Lungekreftgruppe (NLCG) ble etablert.

Historikk/utvikling NLCG

NLCG ble opprettet i 1987 som en uformell gruppe av interesserte klinikere i et forsøk på å bedre behandlingen av pasienter med lungekreft gjennom utarbeidelse av nasjonale handlingsprogrammer, stimulere til klinisk forskning, og stimulere til økt faglig interesse for disse pasienter generelt. Gjennom disse år har gruppen utviklet seg til å bli en veletablert gruppe med tverrfaglig deltagelse fra ulike spesialiteter (lungemedisin, onkologi, thorax-kirurgi, epidemiologi/Kreftregisteret, radiologi, genetikk). Pr 2005 består NLCG av en Styringsgruppe (SG) på 34 medlemmer, inkludert et Arbeidsutvalg (AU) på 11 medlemmer, representativt balansert mhp spesialitet og geografi.

NLCG har gjennom de siste 15 år gjennomført store fase III og mindre fase II studier, både kjemoterapi-relaterte studier, og stråleterapi-relaterte studier, publisert i høyt rangerte tidsskrifter og hyppig sitert.

I 2000/2001 ble vårt første «Handlingsprogram for Lungekreft» publisert, som egen trykksak utsendt som bilag med Tidsskriftet Dnlf, i tillegg on-line via

www.kreftforeningen.no. Revidert handlingsprogram er utgitt i løpet av høsten 2005.

NLCG har i løpet av 2005 opprettet egen hjemmeside via www.onkologiskforum.org, hvor handlingsprogram, SG/AU inkludert mandat og statutter, aktuelle protokoller, ulike kjemoterapi-kurer med Z-koder og OD-koder, publikasjoner fra NLCG osv, vil være tilgjengelig.

Drift av NLCG

Gjennom de siste år er NLCG blitt akseptert innad i norsk faglig miljø som en referansegruppe for behandlingen av lungekreft. Driften av gruppen er basert på frivillig arbeid fra ulike klinikere, som i prinsippet gjør dette arbeidet på sin fritid. Gruppen har ingen «offisiell status», og driften av gruppen er basert på tilskudd fra Kreftforeningen.

Fremtidsspektiver for lungekreftpopulasjonen i Norge

Insidensutviklingen tilsier en fortsatt økning for kvinner, men en stabilisering for menn. Pr 2002 ble det registrert 2152 nye tilfelle av lungekreft i Norge (1346 menn, 806 kvinner). Økningen har vært nærmest eksponentiell hos kvinner de siste 10-15 år. I aldersgruppen < 50 år er det i dag flere kvinner enn menn som får diagnosen. Dødeligheten er høy, kun ca 10% 5-års overlevelse. Langtidsoverlevelsen er kun marginalt bedret de siste dekadene, men 1- og 2-års overlevelsen er bedret gjennom mer systematisk bruk av kjemoterapi.

Status for lungekreftbehandlingen i Norge

Bedret langtidsoverlevelse ved lungekreft tilsier at diagnosen må stilles på et tidligere stadium. Screening av høyrisiko populasjoner kan være en vei å gå. Et norsk initiativ for en screening undersøkelse er ikke satt ut i livet, i hovedsak pga problemer med design, kostnad og cost-benefit vurderinger.

Det finnes ingen overordnet nasjonal strategi/garanti for utredning av mistenkt tumor pulm i Norge. Forsinkelse i tid ligger på flere hold; hos pasient, hos primærlege, utredning på sykehus (flaskehalser for CT us osv), og i forhold til start av behandling (strålekapasitet bl.a). Det siste «Handlingsprogrammet» fra NLCG gir anbefalinger/norm vedrørende disse forhold.

Kirurgi skal gjøres der pasienten har en operabel tumor. Lungekreftkirurgi bør gjøres av øvede hender og ikke ved for mange sentra. Helseregion Sør har sentralisert lungekirurgi til kun Rikshospitalet. Sannsynligvis bør kirurgi av lungekreft ikke gjøres ved flere enn maks 5 sentre i Norge. Adjuvant (postope-

rativ) kjemoterapi er nå standard ved ikke-småcellet lungekreft. Dette setter krav til god logistikk i behandlingskjeden og gir økt ressursbruk.

Fra ca 1999/2000 er systematisk bruk av kjemoterapi med palliativ intensjon i økende grad tatt i bruk i Norge, etter at slik behandling er dokumentert å gi effekt på økt levetid, bedret symptomkontroll og bedret livskvalitet. Slik kjemoterapibehandling blir gitt ved alle landets lungeavdelinger og onkologiske avdelinger. Økte stråleterapi ressurser har gitt bedret tilgang for nødvendig palliativ behandling, slik at dette tilbudet i dag anses å være rimelig forsvarlig. For de pasienter der kurativ stråling er mulig, blir dette også ivarettatt på en faglig forsvarlig måte i dag.

Framtidens behandling av lungekreftpasienten vil sette krav om mer individuell vurdering av hver enkelt tumor rent molekylærbiologisk, med mer spesifikk behandling. Nye og mer målrettede behandlingsprinsipper slik som EGFR receptor hemmere, tyrosin-kinase hemmere, og antiangiogenese-hemmere har vist å ha effekt ved ikke-småcellet lungekreft i selekterte undergrupper. Slike behandlingsprinsipper setter økte krav til oppdaterte behandlingsmiljøer og tilgang på molekylærdiagnostiske metoder og laboratorier. Disse medikamentene er dyre og vil medføre en betydelig økning av medikamentbudsjetter.

Flertallet av lungekreftpasientene vil få behandling med palliativ intensjon og majoriteten vil dø av sin sykdom. God organisering av behandlingskjeden er nødvendig. Enheter for lindrende behandling og palliative team vil være viktige. Lungekreftpasienter har oftest mye symptomer og plager som krever tett oppfølging.

Potensiale for klinisk forskning i Norge

Behandlingspolitikk er stort sett lik uavhengig av geografi i Norge. Kvalitetssikret oppfølging og et godt fungerende Kreftregister og dødsregister i Norge sikrer valide oppfølgingsdata. Gjennom NLCG initierte protokoller blir en stor del av pasientene i Norge inkludert i prospektive studier. Seleksjonen av pasientene i Norge er mindre enn i studier publisert fra andre land hvilket gjør at data fra Norge i større grad gjenspeiler «hverdagsmedisinen».

Klinisk forskning av høy kvalitet innenfor lungekreft er mulig i Norge, men betinger gode samarbeidsrelasjoner, multisenter-studier, enighet om behandlingsprinsipper og godt oppdaterte og interesserte klinikere. En godt fungerende interessegruppe (NLCG) vil være den beste garantisten for at dette kan videreutvikles.

Interessegruppens plass i norsk helsevesen.

Evidensbasert medisin bør være grunnlaget for offisiell behandlingspolitikk og behandlingsanbefalinger. De ulike interessegruppene er, etter NLCG sitt skjønn, best egnet til å foreta vurderinger i forhold til kvalitetskriterier for utredning/behandling og vurdering av nye behandlingsprinsipper og implementering av disse. Interessegruppene kan bidra med anbefalinger om ny behandling på rent faglig grunnlag. Gruppene bør sannsynligvis ikke ta på seg et ansvar for å vurdere økonomi og cost-benefit for samfunnet, men bør være en naturlig samarbeidspartner i forhold til slike vurderinger.

Det bør være et selvagt mål at gruppene får en offisiell godkjenning og et økonomisk fundament som gjør drift av gruppene mulig på en forsvarlig måte. Et overordnet prinsipp må være at interessegruppene fungerer uten støtte fra legemiddelindustrien.



NOF PÅ NETT:

www.legeforeningen.no/onkologi



Norsk forening for palliativ medisin hadde sitt årsmøte 16. november i forbindelse med Onkologisk Forum i Tromsø. Vi hadde også en parallellsesjon på Forumet, med god oppslutning. En del av abstractene kan leses på www.onkologiskforum.org

I forkant av årsmøtet arrangerte foreningen et temamøte der flere aktuelle saker av betydning for legearbeid i palliasjon ble drøftet. Her følger noen hovedpunkter fra temamøtet og årsmøtet, samt en kort oppdatering i forhold til andre saker som foreningen arbeider med.

Temamøte i Tromsø 16. november

Følgende saker ble drøftet på møtet: DRG-takst for palliativ behandling, bruk av polikliniske takster i palliasjon, behovet for spesialister i palliativ medisin i Norge og felles minimum datasett for registrering av palliative pasienter.

Som omtalt i forrige nummer av Onkonytt, har en del helseforetak hatt en overregistrering av takst/kode Z51.5, idet man har brukt taksten uten å oppfylle kravene i retningslinjene for ISF. Kravene er som kjent at sykehuset skal ha etablert et spesifikt, organisert palliativt tilbud, og at det palliative teamet skal ha et behandlingsopplegg for den aktuelle pasienten.

SINTEF Helse har nå sendt et brev til de regionale helseforetakene for å kartlegge alle sykehus i forhold til kriteriene for utløsning av refusjon. Målet med kartleggingen er at man skal sikre at tilleggsrefusjonene treffer de miljøene som oppfyller kravene og dermed har en høy kvalitet innenfor fagområdet.

Nytt kodeverk for ikke-kirurgiske prosedyrer skal innføres fra 01.01.06. Planen er at dette kodeverket fra 2007 skal gi grunnlag for innsatsstyrt finansiering også av poliklinisk virksomhet ved sykehusene. En arbeidsgruppe i NFPM vil lage en liste med aktuelle koder for palliasjon.

En gruppe nedsatt av de regionale kompetansesentrene for lindrende behandling arbeider med å utvikle et felles minimum datasett for registrering av symptomprofil og andre opplysninger for pasienter på palliative enheter. Både denne saken og behovet for spesialister i palliativ medisin vil bli diskutert videre på et fellesmøte for alle kompetansesentrene i februar 2006.

Prioriteringskriterier i palliasjon

En arbeidsgruppe i NFPM har utarbeidet et forslag til prioriteringskriterier for palliative pasienter. Hensikten er at disse kriteriene skal være veiledende for prioritering av pasienter til palliativ behandling uan-

sett sykehusavdeling. Etter planen skal den endelige veiledningen foreligge i løpet av desember, og dokumentet vil da bli lagt ut på NFPMs nettsider, www.palliativmed.org

Temaserie i Tidsskrift for Dnlf

Artiklene i temaserien vil komme i tre nummer av Tidsskriftet tidlig i 2006. Vi håper at første del av de nasjonale retningslinjene for symptomlindrende behandling skal være klar omtrent samtidig.

Nordisk spesialistkurs i palliativ medisin

Andre kull startet på sin utdanning i september 2005 med hele 11 deltakere fra Norge. Vi er svært takknemlig til Kreftforeningen som har gitt støtte til kommunikasjonskurset som er en del av denne utdanningen.

Kurs i 2006

NFPM er medarrangør av tre kurs i legers videre- og etterutdanning i 2006. De er godkjent som valgfrie kurs til spesialiteten onkologi, og anbefales varmt!

Det første kurset er smerte og palliasjon for kreftpasienter 25.-26. januar i Trondheim. 20.-21. april arrangeres kurset Palliativ medisin i allmennmedisin i Bergen, og 06.-08. september kurset Palliativ behandling av kreftpasienter på sykehus på Radiumhospitalet. Se legeforeningens kurskatalog.

Nytt styre i NFPM

På årsmøtet 16.11 ble det valgt nytt styre i NFPM. Ny leder er Jon Håvard Loge, psykiater og professor i kommunikasjon ved Institutt for medisinske atferdsfag, Universitetet i Oslo. Loge har også en bistilling som overlege ved Kompetansesenter for lindrende behandling i Helseregion Øst. Tre onkologer har fått plass i det nye styret: Nina Aass, leder av palliasjonsenheten på Radiumhospitalet og Kompetansesenteret i Helse Sør, Anne Kvikstad, overlege ved Seksjon lindrende behandling på Kreftavdelingen, St. Olav Hospital, og Lotte Rogg, som er under spesialistutdanning i onkologi og for tiden stipendiat ved Onkologisk avdeling på Ullevål Universitetssykehus. Øvrige styremedlemmer er hematolog Oluf Herlofsen (Kristiansund), gynekolog Eva Albert (Kristiansand) og spesialist i allmennmedisin Aart Huurnink (Stavanger). Varamedlemmer er anestesilegene Sebastian von Hofacker (Bergen) og Jørgen Hansen (Bodø). Det nye styret har altså bred sammensetning både geografisk og spesialitetsmessig, og burde ha de beste forutsetninger for å videreføre arbeidet på en god måte!



Onkologisk forum 2005

ved Marianne Guren, Gunilla Frykholm, Dag Clement Johannessen og Marianne Brydøy



ONKONVTT NR. 2 • DESEMBER 2005



Onkologisk Forum, det 23. i rekken ble arrangert i Tromsø 17-18 november med nesten 400 deltakere. Onsdag 16. november var det «get together» i «Ølhallen», Macks Ølbryggeri med leskende drikke, reker, fiskesuppe, historier fra Tromsø og landslagskamp i

fotball på storskjerm. Selve forumet ble åpnet med en stemningsfull billedlig og musikalsk reise gjennom åtte årstider i Nord-Norge, før Tone Nordøy (leder av Onkologisk Forum) ønsket velkommen. Senere på kvelden var det lystig stemning rundt bordene ved Festaften hvor vi ble servert Arktisk Tapas, reinsdyrfilet og multekrem, men ikke minst underholdning som fikk de fleste til å trekke på smilebåndet. Arne Wibe sa avslutningsvis i sin tale at Trønderne ikke hadde hatt det så artig siden slaget på Stiklestad, og ønsket velkommen til neste års forum i Trondheim, 25.-26. november 2006. Kvelden ble avsluttet med nattklubbesøk og dans til musikk fra 80-tallet for de som ønsket det.

Plenumssesjonene og NBCGs parallellsesjon kan sees på web-tv med link fra www.onkologiskforum.org. Redaksjonen har i fellesskap sydd sammen følgende referat fra plenumssesjonene:



Torsdag 17. november

Tannlege Aases minneforelesning «Cancer stem cells» William Matsui, Baltimore

Det er et dilemma i kreftbehandlingen at det ofte ikke er samsvar mellom initial respons på behandling og overlevelse. Dette ble illustrert med eksempler fra behandling av myelomatose og leukemi der behandling kan ha god effekt, men likevel kommer det senere residiv av sykdommen. Man må derfor spørre seg hvilke celler som er ansvarlig for residivet?

Matsui forklarte hvordan man kunne betrakte tumor som bestående av to ulike kreftcelle-populasjoner. Differensierte tumorceller uttrykker ofte tumors fenotype. Cancer stamceller, derimot, har evne

til selvfornyelse og til å differensieres til tumorceller. Det kan være at behandling som har differensierte celler som mål gir god respons på tumor, men at behandlingen ikke blir kurativ fordi kreftstamcellene ikke påvirkes.

De har i sin forskningslab konsentrert seg om myelomatose. Plasma-celler som uttrykte for eksempel



CD138 vokste ikke i klonogene assay, mens celler som var negative (stamcellene) ga klonogen vekst, og kunne gi opphav til myelomatose. Tilsvarende kunne man se ved Hodgkins sykdom, der Reed Sternberg celler ikke ga klonogen vekst, men små mononukleære celler som opptrådte sammen med dem ga klonogen vekst inkludert Reed Sternberg celler. Det arbeides med å finne markører som karakteriserer disse kreftstamcellene.

De kliniske implikasjonene av dette ble illustrert med en løvetann (tumor), der en kan klippe ned planten (differensierte tumorceller) med gressklipper, men også bør fjerne roten (stamcellene) med annet middel for at løvetannen ikke skal vokse ut igjen. For optimal terapi bør man i fremtiden sannsynligvis gi kombinert behandling der noe kan virke på de differensierte tumorcellene (hoveddelen av tumor) og noe kan virke på kreft stamcellene.

Adjuvant kjemoterapi – ny standard ved lungecancer

Bengt Bergman, Göteborg

Bengt Bergman er ansatt ved Sahlgrenska Universitetssjukehuset, Göteborg og er leder i svensk lungekreft gruppe. Lungecancer har en 5 års overlevelse på 12-13% i Sverige. Rasjonale for adjuvant behandling er at selv blant opererte pasienter er 5 års overlevelsen ca 40%, de fleste recidiv er fjernmetastaser og bedre systemisk kontroll er nødvendig for å bedre overlevelsen, og effekter av kjemoterapi er sett ved avansert NSCLC.



Hjelper adjuvant behandling på overlevelsen, og hva er risikoen ved slik behandling? Han viste til en metaanalyse fra BMJ i 1995 om adjuvant behandling ved lungecancer som viste en trend for bedre 5-års overlevelse ved cisplatinbasert adjuvant behandling (en økning fra 50 til 55%). Etter dette ble en rekke internasjonale randomiserte studier igangsatt, og han refererte de største og viktigste:

- IALT (International Adjuvant Lung cancer Trial)
Arrigada, NEJM 2004
- NCIC BR 10 (NCI Canada)
Winton, NEJM 2005

- CALGB 9633 (Cancer and Leukemia Group B, USA)
Strauss, ASCO 2004
- ANITA (Adjuvant Navelbine International Trialist Association)
Coullard, ASCO 2005
- ALPI (Adjuvant Lung Project – Italy)
Scagliotti, JNCI 2003
- BIG (British Intergroup) trial
Waller, Eur J Cardiovasc Surg 2004

IALT studien er den største intervensjonsstudien i lungekreft som noensinne er publisert. Norge var også med i denne studien.

Study characteristics				
Study	No	Stages	Chemotherapy	
IALT	1887	I-III	Cisplatin – Etoposide	56%
			Cisplatin – Vinorelbine	27%
			Cisplatin – Vindesine	11%
			Cisplatin – Vinblastine	6%
NCIC	482	Ib-II	Cisplatin – Vinorelbine	
CALGB	344	Ib	Carboplatin – Paclitaxel	
ANITA	840	Ib-IIIa	Cisplatin – Vinorelbine	
ALPI	1088	I-III	Cisplatin – Vindesine – Mitomycin	
BIG	381	I-III	Cisplatin – Vinblastine – Mitomycin	
			Cisplatin – Ifosfamide – Mitomycin	
			Cisplatin – Vindesine	
			Cisplatin – Vinorelbine	

Han gikk så igjennom karakteristika og resultat fra de enkelte studiene.

ALPI og BIG studien viste ingen signifikant overlevelsesevinst, mens de to studiene han viet mest oppmerksomhet, viste en gevinst i 5 års overlevelse på 4,1% (IALT) og 8,6% (ANITA). De mindre studiene NCIC og CALGB viste større gevinst, men med bredere konfidensintervall.

Kjemoterapielatert mortalitet var knappe 1% i de ulike studiene.

Han konkluderte med at adjuvant kjemoterapi vil gi 100 vunnete leveår pr år i Sverige og kurere 20-30 flere pasienter pr år, beregnet til 5000-7000 personer pr år globalt. Tjue må behandles for å kurere en. Adjuvant behandling anbefales nå i Sverige, men også av Norsk Lungekreftgruppe (disse anbefalingene vil bli lagt ut på hjemmesiden via www.onkologiskforum.org i løpet av kort tid).

Onkologisk forum forts.

Får pasienter med lokalisert prostatacancer adekvat tilbud om radikal strålebehandling?

Olav Dahl, Haukeland Universitetssykehus

Olav Dahl belyste dette spørsmålet gjennom et historisk tilbakeblikk til de dager på doktorskolen da myten om at prostatacancer var en sykdom man døde med og ikke av, til vår moderne tid med IMRT og daVinci maskinen. Som nest hyppigste dødsårsak blant menn er dette ikke noen liten utfordring for helsevesenet og med de senere rapporter om overlevelsesgevinst ved kirurgisk behandling blir behandling versus observasjon et viktig valg for kliniker og pasient. Bedrete stråleteknikker har vist likeverdige resultater med kirurgi og økning av stråledosen (med akseptabel toksisitet) har redusert residivrisiko for noen grupper. Allikevel varierer praksis rundt om i landet hvor noen regioner har mer aktiv holdning til behandling enn andre. Avslutningsvis nevnte han at vi kanskje har observert prostatacancer for lenge uten å gjøre noe. Han slo et slag for aktiv behandling av risikopasienter og aktiv overvåkning av lavrisiko pasienter. Kanskje en oppgave for «Nasjonalt program for prostatacancer» å bidra til oppfølging og overvåkning av denne pasientgruppen?



fra studier ble presentert. Rektumcancerregisteret ble opprettet i 1993 som et ledd i Rektumcancerprosjektet. Strategien var å opprette en nasjonal database og å standardisere kirurgien for på landsbasis å bedre behandlingen ved rektum cancer. For å få en god gjennomføring av prosjektet var

man avhengig av lojalitet fra fagmiljøet. Konfidensialitet av lokale behandlingsresultater var en viktig forutsetning, anonymitet av behandlingsresultatene var forankret i statuttene.

Hvorfor offentliggjøre tall? Mange forandringer ligger i tiden;

- i samfunnet er det økt interesse om helse og sykdom, vi har alle økt tilgang til informasjon og det er større fokus på pasientens medvirkning i behandlingen.
- i helsevesenet med fritt sykehusvalg, organisasjon med helseforetak, økt konkurranse, ulikheter mellom helseregionene.
- i fagmiljøet er det økt åpenhet om resultatene med sannsynlig betydning for kvaliteten.

Offentliggjøring av resultatene ble diskutert i Rektumcancergruppen og en arbeidsgruppe ble etablert i juni-05. En overveielse i gruppens arbeid gjaldt løftet om anonymitet kontra krav om offentliggjøring. Gruppen konkluderte med at løftet om anonymitet står over krav om offentliggjøring for nåværende register. Dette gjelder dog ikke fremtidige registre.

Videre konkluderte gruppen med at prinsipper for offentliggjøring bør være at de som har ansvar har krav på resultater, eks fagdirektør i RHFene og helsedirektør.

Fagdirektør bør få behandlingsresultat for avdelingene i regionen og landsgjennomsnittet og da danne grunnlag for dialog vedr konsekvenser og evt. publisering. Helsedirektør bør få tall for variasjon innen hvert RHF og landsgjennomsnittet. Avdelingene må få anledning til kvalitetssikring før publisering.



«Kreft i himmelen bryr jeg meg ikke om!»

Bør sykehusenes resultater av kreftbehandling offentliggjøres?

Hartwig Körner, Stavanger Universitetssykehus

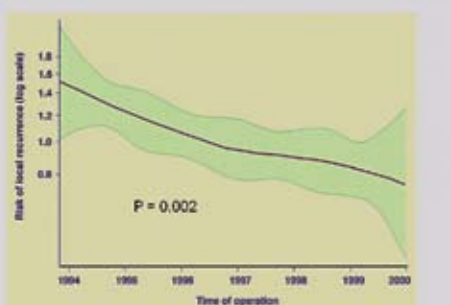
Spørsmålet ble belyst med Rektumcancerregisteret som eksempel, og registerets historikk og resultater

De tall som arbeidsgruppen mener skal oppgis fra dette registeret er lokale residiv og overlevelse, landsgjennomsnitt og organisering av behandlingen, samt kommentarer angående pasientpopulasjon og evt. seleksjonsfenomener.

Rektumcancer prosjektet er gjennomført med stor suksess og har hatt stor betydning:

Antallet lokale residiv i hele landet er redusert, overlevelsen er bedret, faktorer for kvalitet av behandling er påvist og prosjektet har medført nasjonale behandlings-strategier og konsensus.

Betydelig reduksjon av risiko for LR over prosjektiden



Stavanger Universitetssykehus
Helse Stavanger HF

Fortsatte behandlingsstrategier:

- Rektumcancerkirurgien forbeholdes gastrokirurger
- Staging; standardisert MR undersøkelse, instruksjer
- Nasjonale kriterier for preoperativ strålebehandling

Fremtidige registreringer vil bygge på obligatorisk registrering og resultat basert på offentlighet.

Konklusjon:

Overføring av individuelle behandlingsresultater til dem som har behandlingsansvar.

Nye registre bør baseres på erfaringer fra rektumcancerregisteret og prinsipper for offentlighet.



Fredag 18. november

Acta Oncologica forelesning «Micrometastasis – Dissecting the metastatic cascade»

Klaus Pantel, Hamburg



Målet med å påvise mikrometastaser (MRD, Minimal Residual Disease) er:

- Prognostisk informasjon
- Stratifisering til adjuvant terapi
- Identifisere terapeutiske mål
- Monitorere adjuvant behandling
- Forstå biologien i utvikling av metastaser hos mennesker.

Indikatorstedene for MRD er benmarg, blod og lymfeknuter. Mikrometastaser kan påvises ved hjelp av Immunhistokjemi som er tidkrevende på grunn av mikroskopien, eller RT-PCR som har lav spesifisitet. Han beskrev så deres metode for analyse av cytokeratin positive celler i benmarg ved hjelp av immunhistokjemi der en datamaskin vurderte 100 objektglass av gangen, og plukket ut og viste kun de suspekterte cellene. CK+ celler/mikrometastaser påvises i benmarg hos 20-60% ved ulike solide svulster uten kjente metastaser, mot 1 % hos friske. Betyr dette noe klinisk? Han refererte til en nylig publisert studie fra sin gruppe (NEJM aug 2005) med 4700 brystkreftpasienter. Det var signifikant lavere total overlevelse hos de med MRD med en mortalitetsrate på 2.15. Primære brystkreftsvulster som sprer seg til lymfeknuter har en annen genespresjon enn de som sprer seg til benmarg. Hans gruppe ser nå på DNA-RNA for profilering av primærsvulster i relasjon til mikrometastaser.

Hva regulerer «dormancy» (dvale)? Genene er ukjent, men HER2 og P53 er blant de potensielle genene. De fant bl.a. at ca 68 % av mikrometastaser i benmarg ved brystkreft var HER2 positive, flere enn i primærsvulstene.

Kan man erstatte diagnostikk i benmarg med blod? Foreløpig nei - to studier har vist at i 11-36% av tilfellene var det bare benmargen som var positiv,

DISMAL will provide:

- Knowledge about the biology of the metastatic process
- Identification of relevant genes and signalling pathways associated with early tumor cell dissemination
- Novel diagnostic platform for DTC detection which includes the information on the biology of micrometastatic cells
- Basic information about new therapeutic strategies for preventing metastasis formation by specifically eradicating micrometastatic cells
- A unique large-scale biobank and data bank of epithelial primary tumours and autologous samples of common sites of micrometastatic spread (bone marrow, blood)

men det kan bero på teknikken. CellSearchSystem (NEJM 2004) er et nytt system for å oppdage sirkulerende tumorceller. Avslutningsvis presenterte han kort DISMAL (Diseminated malignancies), et nytt EU konsortium hvor også DNR er representert.

Kong Olav Vs Kreftforskningspris tildelt Stein Kaasa, St. Olavs Hospital

Kaasa ble i vår tildelt denne prisen, og han presenterte i sitt foredrag arbeid han og hans forskningsmiljø har drevet med gjennom de siste vel 20 årene.

Hovedelementene i forskningen har vært:

• Måling av subjektive symptomer/Helserelatert livskvalitet (HRLK)

- o Vært med på å utvikle internasjonale måleinstrument/spørreskjema, EORTC QLQ-C30 som er standard i dag, men som har begrensninger og bør videreutvikles.
- o Utviklet egen ØNH modul som en del av Kristin Bjordals doktorgrad.
- o Skaffet normdata blant 3000 nordmenn som en del av Marianne Jensen Hjermsfjells doktorgrad. Dette har vært nyttig som referanse.
- o Vært med i International Quality of Life Assessment Project med å harmonisere og standardisere SF-36 og skaffe normdata i Norge som en del av Håvard Loges doktorgradsarbeid.

• Seneffekter etter kurativ behandling

Det var mindre fokus på dette tidligere enn i dag. Resultater fra følgende arbeid ble kort nevnt:

- o Seneffekter etter behandling for ØNH kreft.
- o Kronisk fatigue og redusert HRLK blant kurerte Hodgkin pasienter.
- o Effekt av aerob trening hos Hodgkin pasienter, foreløpig bare en pilotstudie, men de vil gå videre med dette.
- o HRLK etter stamcelletransplantasjon, en prospektiv studie der cohorten fortsatt følges.

• Palliativ behandling generelt

- o Evaluering av palliativ enhet SLB, en prospektiv cluster randomisert studie i forhold til bl.a dødssted og livskvalitet for pårørende. Pasienter som døde ved sykehjem var generelt dårligere med flere problemer. Derav er det nå åpnet en halvannen

- linjetjeneste-enhet med oppgradering i forhold til personell og tett samarbeid med kreftavdelingen.
- o Palliativ strålebehandling ved lungekreft (NSCLC) – fraksjonering.

• Smertebehandling spesielt (fra genotype til fenotype)

- o Smerte hos inneliggende kreftpasienter som sto på opioider, over 50 % var ikke godt nok smertelindret. Nyere studier viser omtrent det samme. Konklusjonen fra deres dobbeltblinde randomiserte studie viste at man like godt kan starte med slow release opioider som gjerne gjør smertebehandlingen enklere.
- o Farmakogenetikk – identifisere mulige genetiske faktorer som bidrar til og evt kan predikere forskjeller i effekt, og derav evt kan bidra til valg av opioid. Denne forskningen har vært innen tre hovedområder: Metabolisme av morfin, reseptorer og modifierende system.

De har etablert en forskningsgruppe i Trondheim, «smerte og palliasjon», med mål å forstå hvorfor opioider virker forskjellig mellom individer, og bedre måling av subjektive symptomer og generell helse (bl. a kritisk gjennomgang av EORTC QLQ-C30). De vil også se på cacheksi. De samler inn data i tre store studier inkl. kommende HUNT 3 med genotyping og fenotyping.

Han avsluttet med å si at utfordringen i fremtiden blir å kombinere klinisk skjønn og klinisk teft med ny forskning og ny teknologi - med mål å bringe ny kunnskap raskt inn i klinikken.

Gratulerer med prisen! I tillegg til mengde og kvalitet er det en imponerende bredde innen Kaasas forskning i løpet av disse 20 årene!



Ung Forsker Pris tildelt Bjørn Tore Gjertsen, Haukeland Universitetssykehus



Årets vinner ble introdusert med at han nok kunne vunnet prisen for 10 år siden. Bjørn Tore Gjertsen's forskerkarriere begynte under studiene. Han ble cand. med ved Universitetet i Bergen i 1992 og disputerte i 1995 med avhandlingen «Cyclic AMP dependent protein kinase: its

regulation and its role in apoptosis of a promyelocytic leukemia cell line». Han var post doc i 1997-99 med et opphold ved Division of Molecular Pathology, University of Texas, MD Anderson Cancer Center i Houston.

Han har nå en kombinert stilling som assistentlege ved Medisinsk avdeling, Seksjon for hematologi (50 %) og postdoc (50 %) ved Haukeland Universitetssykehus/Universitetet i Bergen. Han har også et karrierestipend fra Norges Forskningsråd som ledd i FUGE satsningen (FUnctional Genomics) som forskningsleder av prosjektet «Proteome analysis of acute myelogenous leukemia (AML)».

Han har hele 42 publiserte vitenskapelige artikler og 14 oversiktsartikler. Han har drevet mye veiledning og er engasjert i en rekke fora og forskningsnettverk.

Tittelen på hans forelesning var «**Individualizing therapy in acute myelogenous leukemia through modulation of signaling networks**». Vi har ca 200 nye tilfelle av leukemi pr år i Norge. AML har under 50% langtidsoverlevelse generelt, men med bedre resultater hos subgrupper. To genetiske hit ser ut til å være nok for å utvikle AML, en signalhit og en transkripsjonshit.

Han presenterte deres metoder for å studere signalisering og kinasesystemer med veskestrømscytometri. De har studert fosforylerte proteiner og et panel av cytokiner, og basert på clustering av biosignaturer kan man lage kart over reseptor signaler, og definere mål for behandling. Han fremla at en må tenke litt annerledes for å påvirke disse signalveiene siden en ikke får tak i nye kinasehemmere før de er i fase III studier. En protokoll for en klinisk fase I/II studie ble kort presentert der retinsyre, valproinsyre og teophyllin brukes for å påvirke bestemte signalveier.

Gratulerer med prisen! Tone Nordøy hadde antakeligvis rett i at Bjørn Tore var kvalifisert for prisen allerede for 10 år siden! (Styret i Onkologisk Forum etterlyser forøvrig for senere år flere tips om kandidater til denne prisen.)



«The influences of age on treatment of breast cancer for elderly patients»

Katrine Lavelle, Manchester

Dette foredraget var basert på arbeidene i hennes doktorgradsavhandling.

Bakgrunnen for studien var at insidensen av brystkreft øker med alderen, samtidig som relativ overlevelse blir dårligere med alderen. De undersøkte i hvilken grad eldre kvinner fikk behandling etter standard retningslinjer, spesielt om de ble operert for resektabel brystkreft eller kun fikk hormonbehandling.

Eldre kvinner med brystkreft ble identifisert fra Kreftregisteret i deres region, og de undersøkte hva slags utredning og behandling kvinnene hadde fått.

De fant at blant kvinner som var over 80 år var ca. halvparten ikke operert for brystkreft, et flertall hadde ikke fått strålebehandling etter brystbevarende kirurgi, og nær halvparten hadde fått hormonbehandling alene, altså en klar underbehandling i forhold til retningslinjene.

I en prospektiv studie undersøkte de om disse forskjellene i behandling skyldtes alder alene eller såkalt «fitness». De brukte forskjellige mål for «fitness» og fant at man kunne bruke «activities of daily living» (ADL) i analysene fordi det hadde god samvariasjon med de andre målene. I multivariat analyse fant de så at «fitness» kunne forklare noe av underbehandlingen, men at alder i seg selv var en viktig faktor.



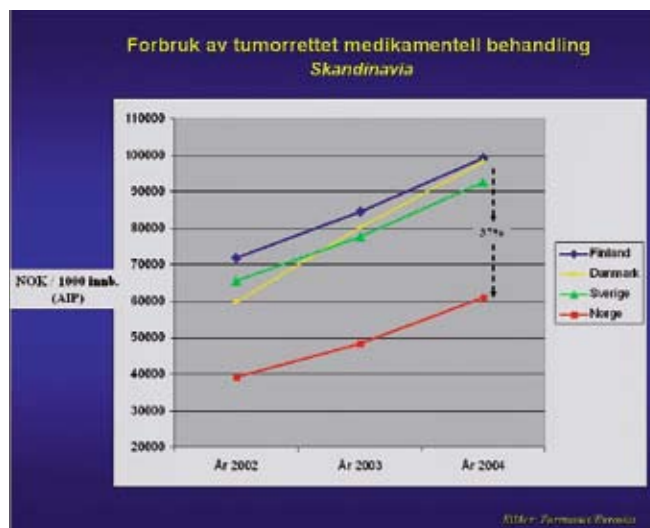
Innføring av ny kreftbehandling.

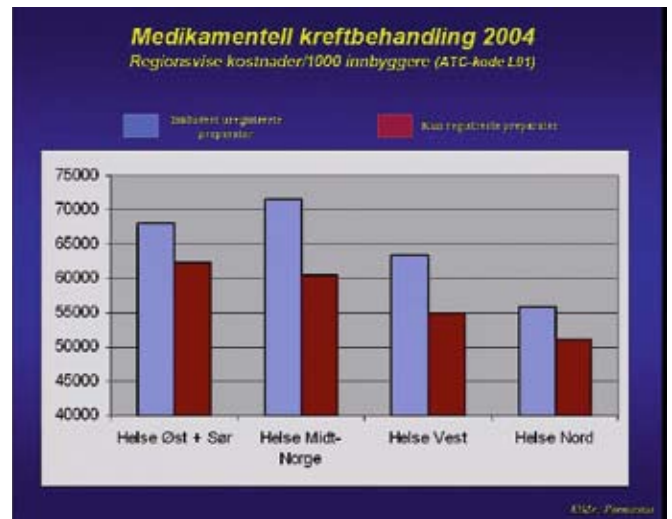
Enighet om kriteriene?

Standardisering og finansiering av norsk kjemoterapi.

Stener Kvinnsland hadde meldt frafall, så **Gunnar Sæter** ved Rikshospitalet-Radiumhospitalet innledet med noen tankevekkende fakta og spørsmål som bakgrunn til diskusjonen:

- Mortaliteten synker ikke i Norge like mye som andre europeiske land.
- 1.6 % av legemiddelkostnadene utgjøres av legemidler for tumorrettet behandling.
- 37 % lavere forbruk av tumorrettet medisinsk behandling i NoK/innbygger sammenlignet med øvrige skandinaviske land.
- Regionale forskjeller i Norge
- Bør kriteriene for innføring av ny standardbehandling (NOU 1997) revideres?





- Bør kriteriene for krav til effekt (NOU 1997) revideres?
Bruk av medisinsk metodevurdering ble beskrevet.
- Skal friske resultater utløse friske midler eller skal man prioritere annerledes, dvs ta bort noe som ble prioritert tidligere.
Effekt, implementeringstakt og pasientantall har betydning for finansieringen. Eksempler: rituximab, imatinib, herceptin, cetuximab, bevacizumab.
Problem med finansieringen når adjuvant Herceptin til tross for betydelig effekt skal implementeres raskt til en stor pasientgruppe.
- Har vi kontroll på at pasientene får den behandling de skal ha?
Krav til kvalitetsregistre.



Ulrik Ringborg fra Radiumhemmet i Stockholm begynte sitt foredrag med cancer i et globalt perspektiv, eks 25 millioner mennesker lever med cancer.

I Sverige øker cancer prevalensen med 3 % / år. Ringborg fokuserte så på det europeiske samarbeidet om cancerforskning og implementering av nye behandlinger i klinikken. I dag finnes problem med samarbeid mellom enhetene, avstand mellom basal-forskning og klinikk og vansker med å implementere ny kunnskap i klinikken.

Overgripende mål er å redusere mortalitet og morbiditet og bedre overlevelse og livskvalitet. Byggesteiner for samarbeidet er et globalt perspektiv, multidisciplinær visjon og translasjonsforskning.

En organisasjon for europeisk samarbeid er etablert; **OECI – Organisation of European Cancer Institutes**, oppbygging av infrastrukturen planlegges å ta 3 år. Målene er:

- Felles visjon om fremtidige europeisk onkologi med integrering av prevensjon, behandling, forskning og utdanning.
- Etablering av koordinerte cancer sentere (eks regionalt)
- Akrediteringsprosjekt med europeiske kriterier og konsensus om guidelines.
- Felles evalueringsprosesser
- Translasjonsforskning
- Forbedre samarbeid

Deretter var de største faggruppene representert med hver sitt innlegg:

Olbjørn Klepp fra NUCG, fortalte om utfordringer innen uroonkologien, eks nye behandlingsmuligheter ved nyrecancer, økt bruk av cytostatika ved blærecancer og prostatacancer.

Erik Wist, leder for NBCG holdt innlegg om resultater og dokumentasjon for adjuvant Herceptin-behandling ved brystkreft.

Olav Dahl, leder for NGICG ga en historikk om utviklingen av behandlingsmuligheter ved colorectal cancer, utfordringer ved gastrointestinal cancer og spørsmålet om kriteriene for innføring av ny standardbehandling (NOU 1997) bør revideres?

Helga Salvesen, leder for Norsk Gynonkologisk Gruppe fokuserte på tre områder:

- Grenspesialitet i gynekologisk onkologi. Sentralisering av kirurgien ved gynekologisk onkologi. Behov for protokoller.
- Paradigmeskifte: HPV vaksinasjon mot cervixcancer vil bli aktuelt. Blir muligens dyrt men vil ha stor betydning for mortaliteten.
- Dokumentasjon av cytostatikaeffekt ved gynekologisk cancer.

Stein Sundstrøm, leder for NLCG fortalte om mange nye behandlingsmuligheter ved lungecancer eks adjuvant cytostatikabehandling ved operabel sykdom, Erlotinib ved avansert lungecancer som second-line behandling, Bevacizumab ved avansert lungecancer, first line.

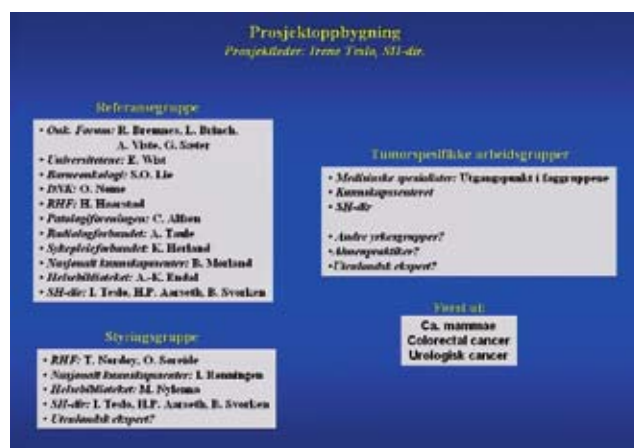
Harald Holte, leder for Norsk lymfom gruppe oppsummerte kort utfordringene: For Hodgkin: Skreddersy behandlingen for å begrense langtidsbivirkninger. For NHL: Nye varianter av Rituximab med bedre effekt vil ganske sikkert komme. Patologisk lymfomdiagnostikk er krevende, i England er dette begrenset til 6 laboratorier.

Dessverre ble det ikke tid til debatt, men **Gunnar Sæter** avsluttet med en orientering om hva som har skjedd i etterkant av debatten ved foregående onkologisk forum, og litt om hva som er på trappene.

Våren 05 hadde de regionale avdelingslederne møte med Sosialkomiteen og Helse – og Finansdepartementet. I det reviderte statsbudsjettet ble det bevilget 18 millioner kroner til delfinansiering av dyre medikamenter, som skal videreføres for 2006.

I oktober hadde avdelingslederne møte med RHF fagdirektører i forbindelse med finansiering av Herceptin. Saken ble imidlertid videresendt Nasjonalt Kunnskapssenter og Råd for høyspesialisert medisin som skulle etterprove om level 1 evidens også er evidens i Norge.....

Det er også bevilget penger på statsbudsjettet til prosjekt for utarbeidelse og oppdatering av nasjonale handlingsprogrammer for alle kreftområder. Kostnytte analyser vil inngå, men ellers har det vært vanskelig å få gjennomslag for økonomien som jo vil være en vesentlig del av dette prosjektet, og dette blir en utfordring for de som er med i arbeidet. Det skal i første omgang utarbeides program for ca mamma, colorectal og urologisk cancer (først og fremst prostata). Disse handlingsprogrammene vil ta for seg hele kjeden fra diagnostikk til behandling og rehabilitering, og SHdir vil stå bak de endelige programmene. Irene Teslo i SHdir er prosjektleder, det er også en referanse gruppe, en styringsgruppe og tumorspesifikke arbeidsgrupper. Faggruppene er sentrale.



Medisinskhistoriske glimt

ved Tomas Jansson, onkolog og antikvariatbokhandler

Det er med stor glede og takknemlighet overfor Tomas Jansson at vi introduserer denne nye faste spalten. For de som ikke kjenner Tomas: Han er svensk, født i 1951, spesialist i onkologi fra 1987 og disputerte i 1998. Brystkreft er hans felt. Han har tidligere jobbet i Uppsala, hvor han også har hatt et antikvariat siden 1993, www.carolinabok.com. I 1998 flyttet han til Trondheim og St.Olav med sin kone Gunilla Frykholm. Han bor fortsatt delvis i Trondheim, men for å kunne tilbringe tid i sitt antikvariat i Uppsala, jobber han nå halvtid som onkolog ved Søndersjukehuset i Stockholm, og forøvrig i antikvariatet. Foruten sin interesse for bøker, bokbinderi og medisinsk historie er han også interessert i esperanto.

Tomas mener, sikkert med rette, at sentraleuropeiske kolleger har en helt annen innsikt i medisinsk historie enn vi her i Norden. Undertegnede følte seg ihvertfall truffet, og denne spalten er i så måte kjærkommen. Denne gangen tar han oss 2000 år tilbake i tid, til Celsus og «De medicina». God lesning, og vi gleder oss til fortsettelsen!

På vegne av redaksjonen, *Marianne Brydøy*

Aulus Cornelius Celsus og De re medicina



En amerikansk artikkel om behandling av kreftsvulster i hode-hals-regionen begynner med følgende setting: «Undoubtedly, the frustrations faced by Celsus in treating advanced cancer patients nearly 2000 years ago were not much different from those faced by physicians who have a significant role in the develop-

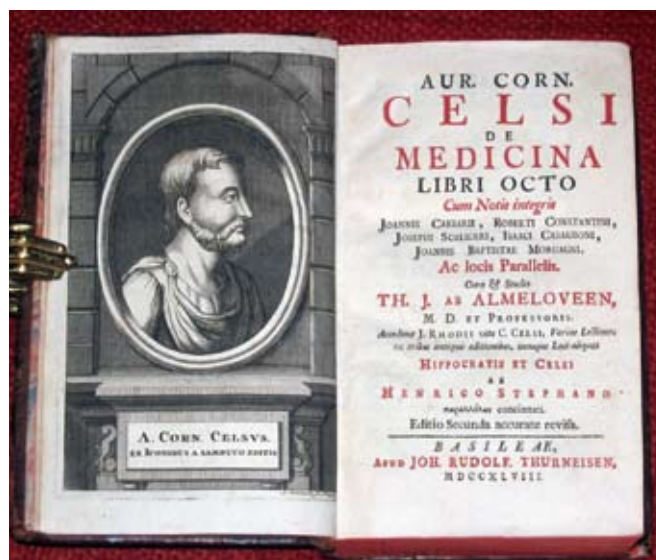
ment of modern cancer medicine».

Aulus Cornelius Celsus levde sannsynligvis ca 25 f Kr – ca 50 e Kr. Celsus forfattet et stort samlingsverk, «Artes», om landbruk, medisin, krigskunst og retorikk, muligens også filosofi og jus. Innholdet i «Artes» er omstritt, da kun «De medicina» er blitt bevart til våre dager. Verket ble skrevet under keiser Tiberius regenttid (14 – 37 e Kr). De fleste forskere mener at Celsus ikke var lege, men encyklopedist på samme måte som Cato og Varro.

I hele middelalderen synes Celsus å ha vært glemt, i hvert fall var han og hans medisinske skrift ukjent for legene. Men i 1478 ble Celsus «De medicina» trykket i Firenze som det første medisinske verk fra antikken. Denne editio princeps er blant den medi-

sinhistoriske litteraturens største rariteter. Først i 1483 ble små latiniserte stykker av Galenos og Hippokrates trykket. Heretter er «De medicina» utgitt mer enn seksti ganger på latin. De fleste store språk har egne oversettelser. På skandinavisk språk finnes en oversettelse til svensk, «Åtta böcker om läkekonsten», utgitt av legen professor M V Odenius.

«Cicero medicorum» har Celsus blitt kalt av dem som beundret hans høyklassiske prosa. Celsus spilte en stor rolle som språkfornyer da han var den første forfatter som latiniserte den greske medisinske fagtermer. Eller som den tyske filologen Johannes Ilberg skrev: «Hier schimmert unter einem schönen Latein erkennbar der griechische Grundtext hervor».



Den lange vitenskaplige diskusjonen om hvorvidt Celsus var lege eller ikke er egentlig fullstendig uinteressant. Celsus sammenfattet på en briljant måte hva man i hans tid visste om medisin. For å kunne gjennomføre det var omfattende innsikt i medisinen historie og teori nødvendig, sannsynligvis også egne erfaringer fra forskjellige behandlingsmåter og kirurgiske inngrep. I følge Gurlt hadde alle høytstående og velutdannede romere slike kunnskaper.

Celsus verk er en sammenfatting, en slags «Handbook», av medisinske erfaringer fra Hippokrates frem til den romerske keisertiden. Alt fra den aleksandriniske medisinen tid ble medisinen oppdelt i tre forskjellige hovedretninger, dietikk, farmasi og kirurgi. Det var altså behandlingsmåter for å gjenvinne helsen via et planmessig regime, fortrinnsvis gjennom god kost, forskjellige medikamentelle behandlinger eller kirurgiske inngrep. De fire første bøkene (kapitler) forteller om sykdommer som kan behandles med diett. Femte og sjette boka dreier seg om farmakologisk behandling. Og de to siste bøkene beskriver kirurgiske behandlingsmåter.

I innledningen (proemium) til den **første boka** gis en historisk oversikt over legeskunstens utvikling med en omfattende beskrivelse av den antikke medisinen tre hovedretninger, de s k dogmatiske, empiriske og metodiske skolene. Ellers innholder den første boka råd hvordan man kan bevare sin helse, hvordan man skal leve under forskjellige årstider, ved forskjellige aldrer og til slutt beskrives noen vanlige sykdommer.

Andre boka beskriver utførlig prognostikken, dvs hvordan en lege kan uttale seg om sykdommens forløp. Vanlige inngrep som årelating, kopping, klyster og massasje beskrives. Virkninger av mat og drikk diskuteres inngående.

Den egentlige behandlingen med diett beskrives først i **tredje boka**.

En meget god beskrivelse av det menneskelige legemets anatomi finnes i **fjerde boka**. Bare en person med personlig erfaring fra disseksjoner kan ha skrevet dette. Råd og retningslinjer hvordan lokale ikke-kirurgiske sykdommer må behandles finnes også her.

En antikk farmakope (Felleskatalog) med beskrivelser av blandinger av salver, pastiller, plaster med mer finnes i **femte boka**. Omtalen av sårbehandling er omfattende og i forbindelse med dette finner vi den første beskrivelsen i verdenslitteraturen av generalisert kreftsykdom og hvor håpløst det er å behandle slike tilstander. Den amerikanske forfatter jeg nevnte i innledningen refererer til dette avsnittet.

I **sjette boka** gies råd om medisinsk behandling av overfladiske sykdommer.

En kort historisk tilbakeblikk over kirurgiens historikk innleder **syvende boka**. En god kirurg beskrives på følgende måte:

«Kirurgen bör vara i den tidiare mannaåldern eller åtminstone icke långt däröfver; äga en rask och stadig, aldrig darrande hand samt icke mindre färdighet i vänstra handen än i den högra; hafva en skarp och klar syn; till sinnes vara oförsagt, samt medlidsam så till vida, att han väl vill helbregda den han tagit under behandling, men icke av dennes skrik låter förmå sig att brådska mer än omständigheterna fordra, eller skära mer än som är oundgängligt; utan i allt hvad han företager icke låter patientens jämmer göra ringaste intryck på sig.» (Odenius overs.)

Derpå følger detaljerte beskrivelser over forskjellige kirurgiske inngrep ordnet etter organ. De fleste behandlingsmåtene er selvfølgelig foreldet, men prosedyrer er fortsatt i bruk. Kunsten å ligere (underbinde) blodkar var kjent av Celsus, men ble senere glemt. F. eks. skriver Celsus når han beskriver operasjoner ved testiklene: «Somn en mängd blodkärl förlöpa i dessa delar, kan väl utan vidare öfverskära de smärre; men de större måste man förts underbinda med en tämligen lång tråd, så att de icke gifva anledning till farlig blödning.» Operasjoner ved urinblæren og urinrøret blir detaljert beskrevet.

Behandling av frakturer og leddskader gies i **åttende boka**. Celsus anatomiske kunnskaper er svake etter vårt syn og hans fysiologiske teorier baserer seg helt på Hippokrates.

Som vitenskapshistorisk dokument er «De medicina» uvurderlig for å danne seg et bilde av hva legeskunsten kunne utføre i antikkens Roma. Det kom til å drøye mer enn 1500 år før dette kunnskapsnivået var gjenfunnet! Fra det sekstende sekels begynnelse har verdien av Celsus måte å tenke vitenskapelig og å behandle kirurgiske sykdommer ikke vært mulig å overskatte for mange generasjoner av leger!

I Skandinavia i dag er dessverre Celsus helt glemt av legene. «Celsus' wahrhaft klassisches Werk ist für jeden gebildeten Arzt von Wichtigkeit» skrev den store tyske Celsusoversetteren på 1800-tallet. Innenfor dagens høyt spesialiserte medisin er dette nok å kreve for mye av legene. Allikevel kunne man ønske at nordiske leger hadde like god medisinhistorisk oversikt som sentraleuropeiske kollegaer.

LITTERATUR

A.Cornelius Celsus, *Åtta böcker om läkekonsten*, övers. M.V. Odenius, Lund 1906.

Aulus Cornelius Celsus og De re medicina forts.

Aulus Cornelius Celsus,
Ueber die Arzneiwissenschaft in acht Büchern,
übers. E. Scheller, Braunschweig 1906.

E. Gurlt, *Geschichte der Chirurgie*, Bd 1,
Berlin 1898.

J. Ilberg, A. Cornelius Celsus und die Medizin in
Rom, *Neue Jahrbücher für das klassische Altertum*, X/1907,
377 – 412.

T.J. Ervin et al., «Multidisciplinary treatment of
advanced squamous carcinoma of the head and
neck», *Seminars in oncology*, XII, No 4, Suppl 6, 1985,
71 – 78.

C. Schulze, *Celsus*, Studienbücher Antike Band 6,
Hildesheim 2001.



Nytt fra styret i NOF

ved Marianne Guren, på vegne av styret

Styret har siden det trådte i kraft våren 2005 hatt 2 møter og 2 telefon-møter. Eva Hofslie er valgt til leder, Marianne Guren nestleder, Terje Nordberg sekretær, Kirsten Marienhagen og Torbjørn Iversen er styre-medlemmer.

Medlemskap i NOF er frivillig og kontingenten er for tiden på kr. 500,- som også inkluderer abonnement på *Acta Oncologica*. Det pågår forandringer i Legeforeningen, og fra 1.1.07 blir det obligatorisk medlemskap for spesialister i fagmedisinske foreninger (for eksempel NOF). For leger under utdanning blir det valgfritt hvilken fagmedisinsk forening en vil være tilknyttet. I stedet for kontingent til NOF blir det et fagkontingent-tillegg i kontingenten til Legeforeningen, som igjen vil gi NOF økonomisk tilskudd til driften.

Torbjørn Iversen er valgt som 10. vararepresentant fra spesialforeningene til Legeforeningens landsstyre. Styret har sendt inn forslag til medlemmer i spesialitetskomiteen fra 1.1.2006, og forslag til representant til spesialistrådet.

Evaluerings av «Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling» har vært til høring.

Arbeidsforhold i onkologien har vært diskutert en del på møtene. Det er mye som tyder på at det er økende arbeidspress på kreftavdelingene, og at økt arbeidsmengde ikke har vært fulgt av økt bemanning. Styret ønsker å arbeide videre med denne problemstillingen.



Skriv til ONKONVTT

Hilsen fra Radiumhemmet i Stockholm

ved Morten Brændengen



Høsten 2002 begynte diskusjonen i vår familie som skulle ende med flytting til Stockholm sommeren 2003. Min kone hadde fått et utmerket tilbud av professor Bengt Winblad og hans kolleger ved Huddinge Sjukhus om å fullføre sin «spesialistutbildning» i geriatri og indremedisin på Nord Europas største geriatriske klinikk samtidig med post-doc studier.

Etter over 10 år på Radiumhospitalet var dette også en mulighet for meg til å jobbe ved et annet stort kreftsentrum i Norden, Radiumhemmet, som er en del av Karolinska Sjukhuset. Så dermed ble det til at familien, også bestående av tre barn på henholdsvis 15, 12 og 6 år + dachsen Ruffen, pakket flyttelasset med kurs for leiet villa i Gamla Råsunda juli 2003.

Jeg hadde hovedsaklig jobbet med GI (gastrointestinal)-cancer fra 1997, og kjente derfor godt til kollegene ved «tumörgrupp GI», professor Bengt Glimelius og docent Jan-Erik Frödin. Planen var å legge opp til en hverdag med stor vekt på forskning med mål om en fremtidig doktorgrad. Vi fant likevel ut at en basis i en overlegestilling var den beste og tryggeste økonomiske løsningen for min del. Etter flere møter og fruktbare diskusjoner, og med positiv innstilling fra daværende direktør May-Len Sundin, ble jeg ansatt i en fast overlegestilling fra 1. sept 2003.

Jeg må innrømme at min innsikt i virksomheten ved Karolinska og Radiumhemmet på forhånd var nokså begrenset. Jeg visste at Karolinska Institutet (KI) hadde en høy stjerne i forskningsverdenen, men den direkte sammenhengen mellom Karolinska Sjukhuset og Institutet hadde jeg ikke klart for meg. Så et møte med verksamhetssjef Ulrik Ringborg våren 2003 var oppklarende, også med tanke på Radiumhemmets og onkologiens rolle.

Litt kort historikk: Radiumhemmet ble drevet som en privat

klinikk allerede fra 1911, men fra 1938 ble de nåværende lokalene innviet med økonomisk støtte fra Cancerforeningen og Konung Karl Gustaf V's jubileumsfond, eiet av staten som del av Karolinska sjukhuset. I 1981 overtok Stockholm Läns Landsting den såkalte Jubileumskliniken (inklusive forskningsavdelinger) som da hadde 124 sengeplasser. Fra begynnelsen av 90-tallet minsket antallet sengeplasser gradvis til 54 i 2003, og den polikliniske aktivitet (öppenvården) økte tilsvarende.

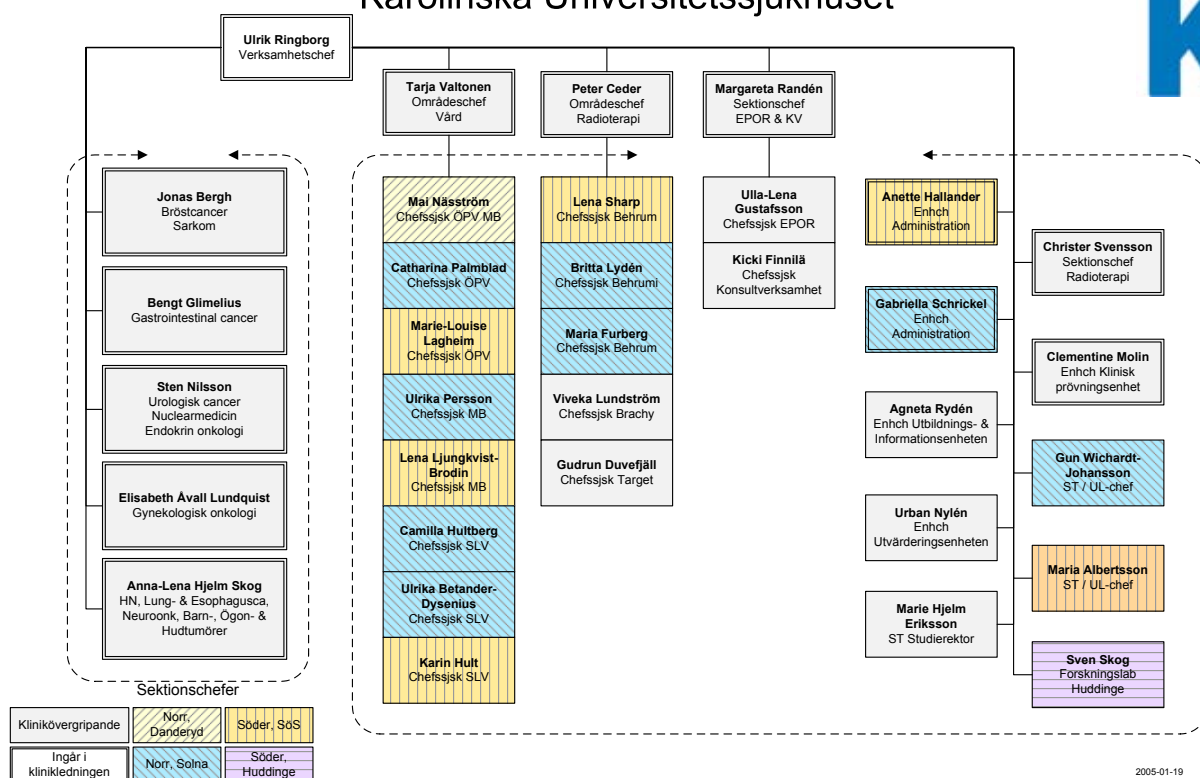
Så skjedde det store forandringer, som skulle komme til å prege min tid på Radiumhemmet i stor grad. Det hadde i lengre tid vært diskutert en sammenslåing av de to store sykehusene i Stockholm, Karolinska (på nordsiden) og Huddinge (på sydsiden). Dette ble virkelighet fra 1.1 2004 med dannelsen av Karolinska Universitetssjukhuset, først forkortet KUS (...) men raskt endret til KAROLINSKA.

May-Len Sundin måtte avgå, og ny direktør ble Cecilia Schelin Seidegård, med blant annet mange års erfaring som leder i legemiddelgiganten Astra-Zeneca. Dette medførte en betydelig endring og større avstand mellom administrasjonen og de ulike virksomhetene. For å oppfylle snevre budsjettammer ble det innført ansettelsesstopp og en rekke omstruktureringer. Mange i vår lokale administrasjon på Radiumhemmet måtte slutte. En sengepost (vårdavdeling) ble stengt slik at antallet senger ble redusert til 38.

Som ledd i omorganiseringen ble også onkologivirksomheten totalt endret. En egen divisjon for Onkologi og Hematologi ble dannet og divisjonssjef ble Svante Bachrendtz – i denne sammenheng defini-



Kliniken för onkologi Karolinska Universitetssjukhuset



2005-01-19
UE, BEF

ti tv administrasjonens mann! Divisjonen ble inndelt i fire «verksamhetsområden», Onkologi, Hematologi, Sjukhusfysik samt Centrum for Allogen Stamcells-transplantation.

Verksamhetssjef for Onkologi ble professor Ulrik Ringborg som tidligere var sjef på Radiumhemmet. En felles onkologiklinikk for hele Stockholm (fra aug. 2004) lagt opp som en regionsovergripende matriseorganisasjon, innbefattende Karolinska Solna+Huddinge, Södersjukhuset og Danderyd sjukhus, ble resultatet. Det ble definert et organisasjonsskjema (se figur), blant annet inneholdende fem «tumörsektioner».

Divisjonens hovedsatsningsområder kan oppsummers slik:

- evidensbasert, høykvalitativ og høyspesialisert behandling
- cancercentrum omfattende all ikke-kirurgisk kreftbehandling for Stockholm, Gotland og deler av Mälardalen
- samarbeid med KI og andre universiteter for internasjonal konkurransekraftig FoUU-virksomhet (forskning, utvikling og undervisning)
- utvikling av optimalt samarbeid med Karolinska's ulike klinikker og de øvrige «vårdgivare» (avansert

hjemme-sykepleie, sykehjem, almenlegekontorer mm) i Stockholm Läns Landsting

Et prioritert mål er å danne et «**Comprehensive Cancer Center**» som en viktig del av Karolinska med vekt på prevensjon, behandling, forskning, utvikling og undervisning.

I praksis ble dette en stor omveltning for alle ansatte på Radiumhemmet inkludert undertegnede. Tumörseksjon GI forble heldigvis relativt uforandret, men innbefattet nå også aktuelle onkologer på Södersjukhuset og Danderyd.

De visjoner vi hadde for økt antall spesialister og økt forskningsaktivitet måtte endres betydelig. Med ansettelsesstopp ble det mere jobbing på poliklinikken og vi måtte også ambulere på jobb som ansvarlig overlege på en av de to sengepostene. For min del ble dette etterhvert veldig frustrerende, i det mitt forskningsprosjekt om rectalcancer gikk særdeles langsomt fremover i forhold til den opprinnelige planen.

Omorganiseringen gikk mest utover bemanningen på sengepostene, og med stadig skifte av doktorer ble sykepleiestaben frustrert og lite fornøyde. Flere erfarne sykepleiere valgte å slutte, og det utviklet seg en «negativ spiral» med sykemeldinger og kort-

tidsvikarierende pleiepersonale. Antallet sengeplasser måtte reduseres ytterligere, og var på det minste nede i 18 (!) plasser i helgene. Med hele Stockholm som nedslagsfelt sa det seg selv at dette ville skape store problemer for pasienter og ansatte.

For å utnytte sengekapasiteten maksimalt på hele Karolinska innførte administrasjonen et system med «hotell-pasienter», senere kalt «satelitt-pasienter». Det innebar at når det var fullt på Radiumhemmet kunne pasienten legges der det var ledig ellers på sykehuset, uavhengig av avdelingens kompetanse. Tanken var at «en sykepleier er utdannet til å behandle alle typer pasienter».....og legene fra Radiumhemmet skulle sørge for visitt, behandlingsopplegg og videre planlegging. Det var imidlertid ikke avsatt noen ytterligere ressurser for å dekke et slikt system. Resultatet ble en suboptimal behandling av de aktuelle pasientene, oppgitte og engstelige pårørende og økt frustrasjon hos leger og sykepleiere.

Dette systemet er fremdeles gjeldende, og har, sammen med diverse andre ressurs-spørsmål, medført mange og til dels harde debatter med divisjonssjef og direktør de siste månedene. Vi har hatt allmøter, skrevet brev til direktøren og også hatt et lengre møte med henne personlig på Radiumhemmet. De tydeligste signalene kom i høst, da to av tre sjefsleger gikk av i protest mot økte sparekrav og at de ikke kunne stå inne for at behandling og sikkerhet ble ivarettatt for alle pasienter. De var også desillusjonerte over at de som sjefsleger skulle være medisinske rådgivere for direktøren, men ikke fikk gehør for sine synspunkter. De satt heller ikke med i ledergruppen for Karolinska.

Selv om det loves «bedre tider», så har omstruktureringen vist enda tydeligere at det er budsjetter og økonomiske rammer som styrer hele administrasjonens fokus, og at sykehusets (og onkologenes) hovedoppgave – det å behandle pasienter så optimalt som mulig – definitivt ikke gis de ressurser som er nødvendige per i dag, og det er foreløpig langt frem til målene om «Vård i världsklass» og «Comprehensive Cancer Center»!

Er så hverdagen og mine erfaringer så negative som dette kan høres ut? Definitivt ikke!

Med utgangspunkt i min jobb på GI-seksjonen så har dette oppholdet gitt meg mye. Vi har vært 6 spesialister som i perioder har jobbet klinisk i varierende grad, og en til to i utdannelsestilling. På poliklinikken er det tre sykepleiere og to hjelpepleiere med spesialerfaring i behandling av GI-pasienter. Den kliniske forskningsenheten har 3 sykepleiere ansatt til å ivareta kliniske studier innenfor vårt felt. Med profes-

sor Bengt Glimelius som sjef er det et stort fokus på studievirksomhet, og vi har gående mer enn 10 forskjellige studier til enhver tid. Sammenlignet med de muligheter vi hadde for drift av kliniske studier på Radiumhospitalet innenfor onkologisk behandling av GI-cancer, så er dette to forskjellige verdener!

Med det svært begrensede antall senger i «sluten-vården» er det hovedfokus på poliklinisk behandling av nesten alle pasienter. En egen behandlingsavdeling (dagavdeling) gir all cytostatika, og eventuelt annen nødvendig intravenøs terapi. For de pasienter som ikke klarer seg hjemme på egen hånd har man utviklet et imponerende system med ASIH – Avancerad Sjukvård i Hemmet. Dette er palliative team av meget kompetente leger og sykepleiere som gir alt fra smertebehandling til intravenøs antibiotika og næringstilskudd. Hver del av Stockholm har sine egne team som det kan henvises til, og pasientene kan da ringe direkte til aktuelle team døgnet rundt. I tillegg er det flere mindre sykehus med avdelinger og spesialkompetanse innenfor palliativ behandling. Problemet er at det likevel ikke strekker til for å hjelpe alle pasienter, og dette har vært kjernen i ressursdiskusjonen rundt cancerpasientene i Stockholm. Heldigvis er det nå planer om å utvide sengekapasiteten igjen på Radiumhemmet!

Med utvidelsen av GI-seksjonen til flere sykehus har behovet for felles behandlingsrutiner kommet tydeligere frem. GI-cancer er jo et område med et raskt økende spekter av behandlingsalternativer. Pasientene behandles lengre, lever lengre og har det bedre – men koster også betydelig mere målt i medikamentutgifter. Vi har derfor utarbeidet skriftlige retningslinjer for all onkologisk behandling, med jevnlig oppdateringer. Et nært samarbeid med kirurgene er også avgjørende, og tre ganger per uke har vi multidisciplinære konferanser (inklusive radiolog og patolog) om pasienter med colorectal-, lever/galle- og pankreascancer. Vi har også videokonferanse med onkologkollegene på Södersjukhuset en gang per uke for å diskutere vanskelige kasus og best mulige individtilpasset behandling, «terapikonferens». Alle nye henvisninger diskuteres på en felles «remissgenomgang» før aktuelle tiltak settes i verk.

Detaljert «schema» (turnus) for alle legers virksomhet er mer vanlig i Sverige enn i Norge. Hos oss er det Jan-Erik Frödin som møysommelig setter sammen ukeskjema for ca. 2-3 mnd av gangen, slik at alle til enhver tid vet hvem som skal gjøre hva. I dette legges det også inn forskningstid der det er mulig, og siste år har jeg vært heldig å få noe mer tid avsatt til mitt prosjekt om lokalavansert rectumcancer.

Hilsen fra Radiumhemmet i Stockholm forts.

En gang i året samles alle på GI-seksjonen til «verksamhetsplanering» over 2 dager der man skisserer tildels detaljert, mål og planer for kommende år. Hvilke personer i personalgruppen som er best egnet for gjennomføring av målene blir også diskutert i plenum.

Som dere forstår er det mye som kan refereres fra «livet på Karolinska». I dette jubileumsår for Unions-

- S har siste år laget ekstremt rigide regler for samarbeid- og konferansereiser med legemiddelindustrien
- N er mere konservative med innføring av nye behandlingsregimer
- N har et fortrinn med Onkologisk Forum og alle definerte cancer-grupper
- N har en nasjonal cancerplan – noe fagmiljøet i S sterkt ønsker å gjennomføre
- S har et mere profesjonelt system for gjennomføring av kliniske studier, og avsetter betydelig mere midler til forskning
- S har et system med forskningsgrupper som gjør det lettere for unge leger å komme i gang med prosjekter
- S (Karolinska) har få nye stillinger for ferdige spesialister i Onkologi
- S har generelt lavere lønn

Til slutt vil jeg understreke at jeg har satt- og setter veldig stor pris på det gode kollegiale miljøet på Radiumhemmet – og det er mange jeg kommer til å savne ved retur til Norge neste sommer. Men jeg gleder meg også til å komme tilbake, og forhåpentligvis kan tiden i Stockholm gi grobunn for et utvidet skandinavisk samarbeid i tiden fremover.

Med vennlig hilsen Morten

PS!

Tre dager etter at jeg formulerte denne artikkel ble det sendt brev til Karolinska universitetssjukhusets styre fra samtlige fem seksjonsledere ved Onkologikliniken, og i tillegg underskrevet av alle kliniske professorer tilknyttet Onkologikliniken ved Karolinska. Innledningen var følgende:

«Undertecknade vill härmed meddela Karolinska universitetssjukhusets styrelse att vi saknar förtroende för Svante Baehrendtz i hans roll som divisionschef och ser hans omedelbara avgång som krav. Onkologikliniken, som står för cirka 70% av Divisionens för onkologi och hematologi samlade kliniska och forskningsmässiga verksamhet, har under det senaste året utsatts för ett icke professionellt ledarskap med en ohållbar situation som följd.»

To be continued...



«tumörgrupp GI på verksamhetsplanering Grinda 2005»

oppløsningen vil jeg avslutningsvis forsøke å påpeke noen forskjeller i daglig onkologisk virksomhet i Norge og Sverige (basert på mine erfaringer fra Radiumhospitalet og Radiumhemmet):

- S har en mere gruppebasert beslutningsprosess / multidisiplinære konferanser
- S er mere systematiske og skjema-orienterte
- S er mere «autoritetstro» – det kjennes som vi i Norge har «mer høyde under taket» i felles diskusjoner
- S er betydelig bedre tilrettelagt for poliklinisk behandling



Nytt stråleterapiutstyr på Ullevål

ved Carl W. Langberg

Ullevål Universitetssykehus bygger nytt Kreftsenter og dobler antall eksisterende lineærakseleratorer fra 3 til 6. I tråd med en rivende teknologisk utvikling innen stråleterapi de senere år, er det bestilt 5 nye lineærakseleratorer (Varian Clinac®) og en maskin fra 2003 flyttes etter oppgradering. Tre av de nye lineærakseleratorene er utstyrt med On Board Imager™ utstyr, 2 med respirasjonsstyring (gating) som også leveres med CT simulator. I tillegg til nyinnkjøp av konvensjonell flat panel simulator (Acuity®), er også 2 CT simulatorer (GE) bestilt og en vurderer innkjøp av MR simulator. Det skal leveres en helintegrert løsning med en sentral database for all stråleterapidrift som også integreres mot sykehusets HIS (Pas Doc) og PACS system (Siemens). Varian's VARiS Vision™ informasjonssystem og bildebehandlingssystem er fullintegrert med Eclipse/Helios™ doseplansystem.

Kjøp av On board imaging (OBI) utstyr vil tillate UUS å gi økt bildestyrt strålebehandling (IGRT) med økt presisjon og derved tillate mindre marginer rundt strålefelt på grunn av tumor/organbevegelse. Potensielt kan normalvevsreaksjoner reduseres eller en kan tillate høyere stråledoser og da potensielt økt terapi effekt. På samme måte kan respirasjonsstyrt strålebehandling gi gevinster ved tumorområder hvor respirasjon har stor betydning for organ/tumorbevegelse. Tumortracking kan gjøres både via OBI og ved respirasjonsgating utstyr hvor tumorposisjon i respirasjonsfasen blir kartlagt ved dynamisk CT ved simulering. Videre planlegges det utstrakt bruk av virtuell simulering og legetilgjengelighet planlegges derfor økt. Egen MR simulator med påfølgende overlayteknikker vil tillate økt bruk av dette konseptet ved avdelingen og igjen øke presisjon ved målvoluminntegninger. Ny software letter også matching ved overlay av MR til CT bilder ved at dette kan gjøres automatisert. Intensitetsmodulert stråleterapi (IMRT) for mer målrettet behandling er også fasilitert med 120 blads mangebladskollimatorer montert på lineærakseleratorene og doseverifisering kan gjøres på feltverifikasjonsutstyret. Dette kan bidra til å lette kvalitetssikringen, som synes å være den største utfordringen, ved IMRT.

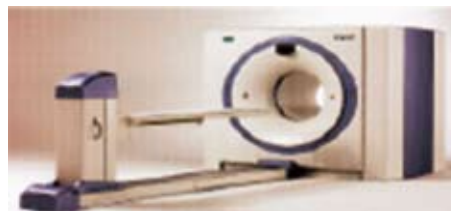
Utstyret installeres våren 2006 og klinisk drift planlegges fra oktober 2006. Softwaresystemene utskiftes i disse dager og opplæring er allerede i gang.



Norges første PET/CT-skanner på plass ved Rikshospitalet-Radiumhospitalet

ved Magne Aas og Trond Velde Bogsrud, Nukleærmedisinsk avdeling

Tiende november 2005 var en merkedag i norsk medisin, spesielt for nukleærmedisin og for onkologi.



Da markerte man at Norges første kombinerte PET/CT-skanner var tatt i bruk ved Radiumhospitalet. Dermed har Norge som det siste land i Vest-Europa fått slikt utstyr.

PET er forkortelse for positron-emisjons-tomografi. Ved undersøkelsen benytter man radioaktive stoffer som sender ut positroner, positivt ladede elektroner, og man får en tomografisk undersøkelse med snittbilder på samme måte som ved CT. En CT - computertomograf - er bygd sammen med PET-skanneren.

Mange forskjellige radioaktive stoffer kan benyttes ved PET-undersøkelse, men det helt dominerende stoff er et radioaktivt sukkermolekyl, 18-fluor-deoksiglukose (^{18}F -FDG). Dette stoffet tas opp i alle levende celler, mest i hjernen og ofte mye i hjertet.

Opptaket av ^{18}F -FDG i kreftceller er betydelig økt i forhold til normale celler. Stoffet kan ikke omsettes i cellene, men det skilles i stor grad ut igjen fra normale celler mens det hopper seg opp i kreftcellene. Snittbildene fra PET-skanneren viser oss hvor det

radioaktive stoffet befinner seg, og CT-undersøkelsen viser de anatomiske forhold. PET-undersøkelsen gir oss informasjon som vi ikke kan oppnå ved annen bildediagnostikk. Den kan skille arrvev og død rest-svulst fra levende (aktiv) svulst. Undersøkelsen er dermed et meget viktig hjelpemiddel til å bedømme effekt av behandlingen. PET-undersøkelsen er også viktig for å bedømme sykdomsutbredelse og for å oppdage tilbakefall.

Ved Radiumhospitalet og ved Rikshospitalet har det i hhv. 6 og 5 år vært utført PET-undersøkelser med gammakamera. Dette er en «surrogat-metode» med mye lavere følsomhet enn en ekte PET-undersøkelse. Metoden har dessuten lav kapasitet, så den har på langt nær dekket behovet. Et stadig økende antall pasienter har derfor de siste 3-4 år vært sendt til København og Stockholm til PET-undersøkelse. Men arbeidet med gammakamera-PET har gitt PET-kompetanse til de to sykehusene.

Den nye PET/CT-skanneren vil foreløpig bli kjørt 2 dager i uken. Det er begrenset tilgang på radioaktiviteten, og det er også personellmessige og økonomiske begrensninger. I løpet av første halvår 2006 vil det ved Rikshospitalet komme en syklotron til produksjon av radioaktivitet og en ny PET/CT-skanner. Dette vil øke kapasiteten betydelig, men den nye skanneren skal også utføre kardiologiske og nevrologiske undersøkelser, og begge skannerne skal også benyttes til forskning. Det er derfor behov for en videre utbygging nasjonalt, og i løpet av 2 - 5 år antas det å finnes PET/CT-skanner i hvert fall ved alle landets universitetssykehus.



IMRT-prosjektet ved Haukeland Universitets-sjukehus

ved Ludvig Muren, medisinsk fysikar

Hausten 2004 vart det ved Avdeling for kreftbehandling og medisinsk fysikk ved Haukeland Universitets-sjukehus gjennomført ein utskifting av sentrale datasystem for planlegging og registrering/verifisering av strålebehandling. Samanfallande med dette starta vi ein prosess med oppgradering av maskinparken for strålebehandling med to nye maskiner (klinisk oppstart november 2004 og mai 2005). Ved utgangen av

2004 var det nye integrerte datasystemet teke i bruk ved avdelinga.

I januar 2005 vart det sett ned ei tverrfagleg gruppe – samansett av medisinske fysikarar, onkologar, doseplanleggar og stråleterapeut – som fekk i oppdrag å gjere IMRT klar til bruk til sommaren 2005. Arbeidet som har vorte utført av denne gruppa omfattar i hovudsak kvalitetssikring av doseplanleggingsystem og akselerator, etablering av prosedyrer for planlegging av behandling for ulike pasientgrupper og etablering av rutiner for pasient-spesifikk kvalitetskontroll.

IMRT-gruppa har utforma detaljerte prosedyrer for behandling av prostatakraft (T3b-svulstar, med bestråling av lymfeknutane i bekkenet) og hode/hals-kraft. Målsetnaden for bruk av IMRT for pasientar med T3b prostatakraft er å redusere bestråling av tynn- og tjukktarm i den første delen av behandlingsforløpet der målvolumet også inkluderer lymfeknutane i bekkenet slik at frekvensen av komplikasjonar frå tarm vert redusert (1). For hode/hals-kraft er vårt mål å oppretthalde dosen til dei ulike målvoluma med ein betre konformalitet slik at dosen til kritiske strukturar som medulla spinalis, spyttkjertlar og synsbane- og hørsels-strukturar vert redusert.

Spesielle moment ved IMRT-prosjektet ved Haukeland Universitetssjukehus er at vi har lagt ned ein stor innsats i etablering av definisjonar av lymfeknutevolum på halsen ved behandling av hode/hals-kraft med (bilaterale) lymfeknutar der vårt behandlingsopplegg ligg nært inntil retningslinjer frå DAHANCA. Arbeidet til gruppa har også inkludert etablering av 2D fluensverifisering ved hjelp av detektoren for elektronisk feltkontrollavbildning (såkalla Portal Dosimetry). Fordelane med dette er at vi unngår tidkrevjande filmdosimetri og at også desse dataene er tilgjengeleg saman med pasienten sine øvrige data. Vidare har det også vorte utført 3D doseverifisering i pasientliknande geometriar ved bruk av gel-dosimetri (2).

Første IMRT-behandling starta ultimo september 2005, og ved utgangen av november har vi sett i gang/ gjennomført behandling for totalt 11 pasientar, mellom anna 6 pasientar med prostatakraft, 3 med hode/hals-kraft og 1 pasient med eit sarkom lokalisert til ein ryggvirvel. Utover dette er det per i dag konkrete planar om oppstart av IMRT for bløtvevsarkom.

Gjennom arbeidet med prosjektet har vi etablert eller vidareutvikla kontakt med fleire internasjonale grupper, inklusive Rigshospitalet i København, Universitetssjukhuset MAS i Malmö, Sahlgrenska Universitetssjukhus i Göteborg, Charité i Berlin, Centre G-F Leclerc i Dijon og Western General Hospital i Edinburgh.

Avdeling for kreftbehandling og medisinsk fysikk har som første klinikk i Norge nylig fått installert eit system for CT-avbildning av pasienten på behandlingsbordet (ein såkalla cone-beam CT), og vi er også i implementeringsfasen i eit prosjekt omkring puste-styrt strålebehandling (gating) ved brystkreft. Saman med IMRT opnar desse teknologiske nyvinningane potensialet for ytterlegare forbedringar av strålebehandlinga ved at vi kan ta omsyn til organrørsle mellom og under behandlingsfraksjonane.

Referansar:

1. Karlsdottir Á, Johannessen DC, Muren LP, Wentzel-Larsen T and Dahl O. Acute morbidity related to treatment volume during 3-D conformal radiation therapy for prostate cancer. *Radiother Oncol* 2004 71: 43-53.
2. Hysing LB, Wasbø E, Gustavsson H, Karlsson A and Muren LP. 3-D verification of head-and-neck and bladder IMRT plans using normoxic polymer gel. *Radiother Oncol* (submitted).
3. Muren LP, Redpath AT, McLaren D, Rorvik J, Halvorsen OJ, Høstmark J, Bakke A, Thwaites D, and Dahl O. A concomitant tumour boost in bladder irradiation: Patient suitability and the potential of intensity-modulated radiotherapy. *Radiother Oncol* (submitted).



Nordlandssykehuset satser på kreftomsorgen.

Stråleterapi etableres fra januar 2007 og sykehuset søker onkologer.

ved Marit S. Jordhøy

Kreftbehandlingen i Nord-Norge skal styrkes. Enhet for kreft og lindrende behandling ved Nordlandssykehuset i Bodø har vært i drift siden 2001, og nå utvider sykehuset tilbudet med en ny stråleterapienhet for Nord-Norge. Bygget vil stå ferdig høsten 2006 med prøvedrift fra oktober samme år. Start av ordinær drift er planlagt til januar 2007. I første omgang vil dette være et palliativt behandlingstilbud. Etableringen skjer i nært samarbeid med Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN). Prosjektleder er engasjert fra Kreftavdelingen ved UNN. Lege og fysiker derfra er også tungt inne i planleggingen, og samarbeidet med



UNN vil fortsette etter driftsstart. Det satses derfor på kommunikasjonsutstyr som gjør det mulig med daglig og løpende dialog mellom enhetene. I tillegg til annet topp moderne utstyr (1 linac, men bunkers for to, simulator, felles server med UNN for verifikasjon og doseplanlegging, CT for doseplanlegging), etableres et kommunikasjonscenter med videokonferanseutstyr for kommunikasjon og bilde/dataoverføring mellom avdelingene.

Enheten skal bemannes med 3 overleger i onkologi, 2 assistentleger, 2 medisinske fysikere, 7 stråleterapeuter, 1 serviceingeniør, 1 helsesekretær samt annet pleiepersonale. Begge fysikerne, en stråleterapeut og to ass.leger er allerede ansatt og det jobbes aktivt med rekruttering av de øvrige. Sykehuset er særlig interessert i kontakt med spesialister i onkologi som kunne tenke seg nye, varierte og utfordrende arbeidsoppgaver i et trivelig og engasjert miljø.

Andre deler av kreftomsorgen ved Nordlandssykehuset skal også styrkes. Med basis i Enhet for kreft og lindrende behandling (EKLb) og sykehusets smerteklinikk er det planlagt en palliativ sengeenhet og et palliativt team. Smerteklinikken har mange års erfaring i behandlingen av både kronisk smerte og kreftsmerte, og består av anestesilege, psykolog, fysioterapeut og to sykepleiere. EKLb er i dag en veletablert poliklinikk/dagpost, ivaretar medisinsk onkologisk behandling og generell palliasjon og er godkjent for ett års tellende tjeneste i spesialiteten onkologi. Foruten onkolog og ass.lege, har enheten tre erfarne kreftsykepleiere og egen sekretær. EKLb har et nært og godt samarbeid med Kreftavdelingen ved UNN, bl.a. gjennom felles internundervisning via videokonferanse to ganger i uka, og arbeider tett opp mot Nordlandssykehusets to hematologer, tre lungespesialister og kirurgisk avdeling med brystdiagnostisk senter og egen gastro- og urologisk seksjon.

Sykehuset mener at grunnlaget er lagt for en positiv og spennende utvikling, og lover at leger som tilsettes får rikelig mulighet til å delta i utformingen av det nye kreftomsorgstilbudet i Nord-Norge samtidig som egen medisinsk faglige karriere ivaretas. Det er opprettet et eget professorat ved UNN for onkolog ansatt i Nordlandssykehuset og det gis anledning til frikjøp til forskning og ev. doktorgradsarbeid.

Interessert? Ta kontakt med avd.sjef Sverre Humstad tlf 75 53 48 60, avdelingsoverlege Magnhild Gangsøy Kristiansen tlf 75 53 41 16 eller onkolog Marit S Jordhøy tlf 75 53 44 41/4032



KVIST • nytt fra KVIST gruppen

ved Gunilla Frykholm for KVIST

Prosjekt: Nasjonale handlingsprogram i stråleterapi

I mange av faggruppene knyttet opp mot Onkologisk Forum er det utviklet nasjonale handlingsprogram som omfatter både medisinsk, kirurgisk og onkologisk kreftbehandling. Det har vært en oppfatning i miljøet at disse handlingsprogrammene har vært et nyttig arbeidsredskap både for onkologer som arbeider innen faget, men også for samarbeidende leger og andre faggrupper. Strålebehandling har i mange tilfeller fått en kortfattet beskrivelse og formen varierer mye fra det ene handlingsprogrammet til det andre.

Det er ved strålebehandlingsavdelninger og fra onkologer fremkommet ønsker og behov for nasjonale handlingsprogrammer for strålebehandling. Behovet er også fremkommet ved de kliniske revisjoner som er gjort i KVIST-gruppen sin regi. Det er kjent at indikasjoner for og gjennomføring av strålebehandling ofte er noe forskjellig ved de ulike sykehusene i landet. Nasjonale handlingsprogrammer i stråleterapi vil kunne være til hjelp for å utvikle ensartet behandlingstilbud i landet i tråd med handlingsprogrammene i medisinsk onkologi. Arbeidet med handlingsprogrammer i stråleterapi vil pågå parallellt med/i samarbeide med utvikling av øvrige nasjonale handlingsprogrammer.

Arbeidet med kvalitetssikring av stråleterapi har pågått i KVIST-gruppen siden 2000. Dette arbeidet skal nå videreutvikles, bl.a. ved å koordinere utvikling av behandlingsprotokoller eller handlingsprogram for strålebehandling ved ulike kreftdiagnoser. KVIST

har lagt fram planene for arbeid med handlingsprogrammer for referansegruppen og for møtet med lederne for norske stråleterapisentra høsten 2005. Det er også utviklet en mal for handlingsprogram som vil bli publisert som en strålevernrapport. Malen kan appliseres og modifiseres for de ulike diagnosegruppene med målet å få en enhetlig struktur ved å benytte malen hvor standardiserte definisjoner brukes med utgangspunkt i tilgjengelig dokumentasjon og nasjonal/internasjonal praksis.

Utvikling av nasjonale anbefalinger i stråleterapi er en prosess som forventes å bli utført av de nasjonale faggruppene med støtte fra KVIST-gruppen. Ved noen diagnoser er nasjonale anbefalinger allerede tatt i bruk, ved andre finns det ikke. Prosjektet er startet med kontakt med to av faggruppene, NGICG resp NLCG og arbeidsgrupper innenfor de to respektive fagområdene er oppnevnt. Arbeidsgruppene er tverrfaglig representert med onkologer, fysiker og stråleterapeuter. Arbeidet for disse gruppene beregnes å pågå i løpet av 2006. De ferdige handlingsprogrammene kan deretter publiseres/legges ut på nettet. Videre plan er at øvrige faggrupper kontaktes innen kort tid for tilsvarende diskusjon om samarbeid.



Skriv til ONKONYTT



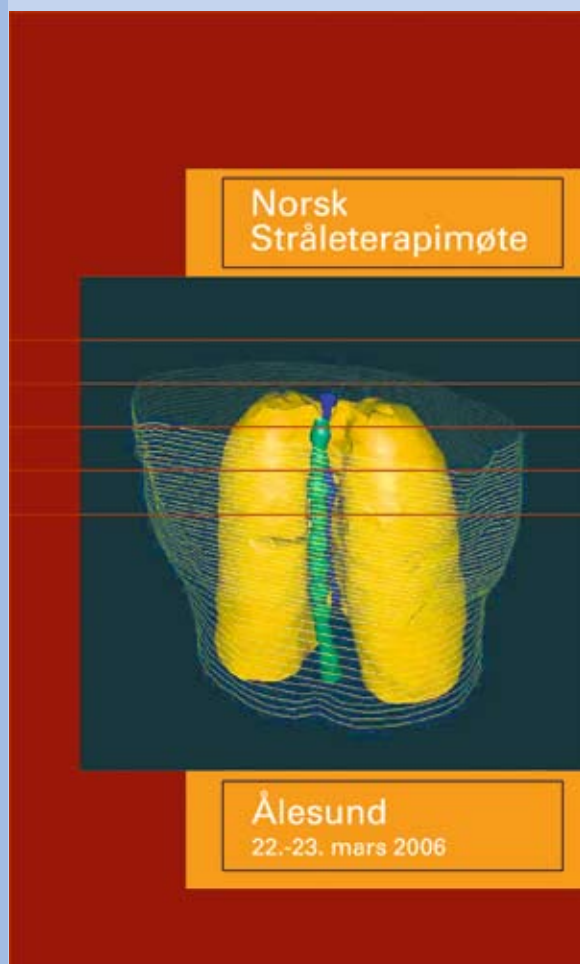
NORSK STRÅLETERAPIMØTE 2006

KVIST-GRUPPEN, STATENS STRÅLEVERN

NORSK ONKOLOGISK FORENING

NORSK FORENING FOR MEDISINSK FYSIKK

NORSK STRÅLEMEDISINSK FORUM



NORSK STRÅLETERAPIMØTE

har etablert seg som en viktig nasjonal begivenhet i det norske stråleterapimiljøet. Møtet arrangeres for sjettede gang og i 2006 avholdes det blant jugendarkitektur, fiskevær og majestetiske fjell på Sunnmøre.

Det har ved flere anledninger blitt uttrykt ønske om at deler av Norsk stråleterapimøte bør arrangeres som arbeidsmøter hvor kliniske stråleterapirelaterte problemstillinger tas opp og diskuteres i et bredt fora. For første gang vil siste dagen av møtet bli dedikert til en slik arbeidsform. Handlingsprogrammer vil bli diskutert generelt og KVIST-gruppen vil legge fram resultatet fra et pågående arbeid hvor en mal for handlingsprogrammer blir utarbeidet. Arbeidsmøtene vil ta utgangspunkt i flere case som på forhånd er distribuert rundt til landets stråleterapisentre. Inntegninger foretatt ved flere klinikker vil bli presentert. Rutiner for inntegning av volumer for den aktuelle diagnosegruppe vil bli diskutert av et ekspertpanel og publikum på bakgrunn i disse presentasjonene. Årets møte vil fokusere på ca.recti og ca.pulm (HAST-studien). Dersom denne møteformen anses vellykket, vil framtidige stråleterapimøter vies andre diagnosegrupper.

Vi har vært svært heldig og fått Vincent Gregoire fra Brussel til å komme på årets møte. Han er en pioner innen stråleterapifaget og leder i øyeblikket en gruppe som skal publisere ny ICRU anbefaling for inntegning av volumer og rapportering av doser for konformal og IMRT-teknikker. Vi ser fram til at han skal gjøre rede for hvilke deler av de gamle rapportene som skal revideres og hva slags konsekvenser dette vil få i klinikken.

Intensitetsmodulert strålebehandling (IMRT) er en teknikk som flere norske stråleterapisentre har tatt i bruk. Staffurth, onkolog fra Cardiff, vil snakke om sine erfaringer med strålebehandling av lymfeknuder og/eller primærtumor i bekkenet med denne teknikken. Bergensmiljøet vil presentere sine første resultater hvor IMRT er benyttet ved ØNH og prostata cancer.

Det vil også bli arrangert en sesjon hvor samarbeid mellom stråleterapisentre vil bli diskutert, både satelittmodellen og samarbeid mellom ulike regionale helseforetak.

Vi oppfordrer alle til også å delta på siste sesjon av MedFys 2006 (onsdag morgen) som er lagt rett i forkant av Norsk stråleterapimøte. I denne sesjonen vil blant annet Vincent Gregoire holde foredrag om inntegning av målvolument ved hjelp av ulike bildemodaliteter og eksemplifisere dette med case fra ØNH.

Vi håper dette kan friste til deltagelse og at vi sees blant de Sunnmørske alper i mars neste år. For informasjon om påmelding og priser se kvist.nrpa.no etter 1.januar 2006 (påmeldingsfrist 15. februar 2006).

Det pågår et prosjektarbeid med henblikk på samordning av kreftomsorgen i de to helseregioner, innen diagnostikk, behandling og forskning. Det er planlagt at utredningsarbeidet er ferdig 20.03.06. Følgende er hentet fra prosjektarbeidets mandat:

Bakgrunn. Bakgrunnen for utredningen er hjemlet i Helse Øst og Helse Sørs overordnede strategiske arbeid og er forankret i avtale mellom Helse Øst og Helse Sør vedr. samarbeid om oppgave- og funksjonsfordeling av medisinske og ikke-medisinske støttefunksjoner.

Målsetning. Målsetningen med prosjektet er økt kvalitet, tilgjengelighet og likeverdig tilbud til alle brukere ved økt kompetanse, bedret ressursutnyttelse og effektivitet. Det vektlegges en bedret samhandling mellom ulike diagnostikk- og behandlingsmiljøer i sykehusene. Videre vektlegges styrking av forskning og fagutvikling, samt bedret utdanning av helsepersonell.

Premisser. Man tar i hovedsak utgangspunkt i kreftdiagnostikk, behandling og forskning ved de store sykehusene i Osloområdet, der argumenter knyttet til geografi/reiseavstander er av liten betydning. Det betyr i Helseregion Øst Ullevål universitetssykehus (UUS), Aker universitetssykehus (AUS) og Akershus universitetssykehus (Ahus) og i Helseregion Sør Rikshospitalet-Radiumhospitalet (RR). Imidlertid bør i den grad det er aktuelt også øvrige sykehus i de to helseregioner trekkes inn i samordningen, spesielt vedr. diagnostikk og behandling av sjeldne tilstander. Det vil også i mange sammenhenger være nødvendig å definere grensene mellom regionsykehusfunksjoner og sentralsykehusfunksjoner. Det vil også kunne være aktuelt å vurdere og anbefale fordeling/samling av kreftkirurgi på lokalsykehusnivå der det er behov for det.

Som premiss for prosessen må en legge til grunn en helhetlig strategi i henhold til overordnede styringssignaler for samordning mellom de to regioner og spesielt innen hovedstadsområdet. Dette innebærer en målsetning om å videreutvikle dagens sterke miljøer bl.a. gjennom et tettere samarbeid mellom sykehusene. Dette inkluderer også videreutvikling av universitetsmiljøene, kompetansesentra, landsfunksjoner og flerregionale funksjoner.

Førende for samling/fordeling av nye funksjoner er hensynet til tilstrekkelig pasientvolum og samhandling med andre fagdisipliner til å kunne opprettholde høy kvalitet, hensynet til effektivitet og ressursbruk, samt hensynet til forskning (bl.a. sikre pasienttilgang til de forskningssterke miljøene).

Som basis for disse vurderinger legges til grunn den samlede nåværende og planlagte kapasitet innen diagnostikk og behandling i de to regioner. Dette gjelder spesielt kapasitet innen stråleterapi ved DNR, UUS, Sykehuset Sørlandet, Kristiansand og Sykehuset Innlandet, Gjøvik etter at de pågående utbyg-

ginger er ferdigstilt. Det forutsettes at kapasiteten blir fullt ut benyttet med tilnærmet lik arbeidsbelastning ved alle enheter.

I utredningen vurderes ulike modeller for samarbeid og samordning, både innen de ulike diagnosegrupper og innen diagnostikk og behandling. Man ser i det minste for seg 3 ulike nivåer av slikt samarbeid:

- Nivå 1: Forpliktende avtaler vedr. henvisningsveier, i hovedsak basert på geografiske grenser. De enkelte enheter/sykehus arbeider da selvstendig og uavhengig av de andre sykehusene.
- Nivå 2: Etablering av diagnosespesifikke nettverk/fagområder/programmer på tvers av sykehusene, med felles fagsvarlig leder, felles handlingsprogrammer og felles forskningsprosjekter. Pasienter med tilsvarende diagnoser kan da behandles på flere enn ett sykehus. Dette kan være aktuelt ved hyppige kreftsykdommer der samling til ett sykehus ikke anses tjenlig, for eksempel av hensyn til et altfor stort pasientvolum eller sykehusets totale medisinske miljø.
- Nivå 3: Samling av enkelte sykdommer, diagnostikkformer eller behandlingsformer til kun ett sykehus. Dette er mest aktuelt ved sjeldnere kreftformer og spesielt ressurskrevende infrastruktur, men må også vurderes ved hyppige kreftformer.

Hovedprosjektgruppen har som utgangspunkt at Helse Sør og Helse Øst skal oppfattes som en region og at løsningsrommet for samarbeid/samordning derfor skal finnes innenfor Nivå 2 eller 3.

Prosjektorganisasjonen er som følger:

Styringsgruppen består av adm.dirktører i Helse Øst og Helse Sør, ved Ullevål universitetssykehus, Rikshospitalet/Radiumhospitalet, Sykehuset Sørlandet og Sykehuset Innlandet.

Hovedprosjektgruppen består av representanter fra Ullevål universitetssykehus, Rikshospitalet/Radiumhospitalet, andre sykehus i de to regioner, Universitetet i Oslo, brukerrepresentanter, tillitsvalgte og Kreftforeningen. Gruppen ledes av Lars Holmberg, Uppsala. Kjell Magne Tveit er koordinator for Helse Øst, Sigbjørn Smeland er koordinator for Helse Sør.

Arbeidsgrupper er nedsatt for ulike fagområder: Stråleterapi, akutt onkologi, sarkomer, barnekreft, gynekologisk kreft, ØNH-kreft, lindrende behandling, bilde-diagnostikk, laboratorie-diagnostikk, lymfomer og hematologiske kreftformer, brystkreft, gastrointestinal kreft, urologisk kreft, lungekreft, hudkreft, kreft i sentralnervesystemet samt forskning.



Eivor Eugenie Hellstrøm Hoddevik Hernes disputerte 17. juni 2005 med avhandlingen «Advanced prostate cancer: selected aspects of human pathology, clinical oncology and epidemiology». Arbeidet utgår fra Radiumhospitalet og Kreftregisteret.

Prostatakreft er den vanligste kreftformen hos norske menn. I Norge dør hvert år 1000-1100 menn av denne sykdommen, og våre mortalitetsrater for prostatakreft er blant de høyeste i verden uten at vi har en god forklaring på dette. Ved avansert sykdom er kastrasjon standard behandling, men effekten er forbigående og ved progresjon av sykdommen utvikles hormonresistent prostatakreft (HRPC). Avhandlingen har som målsetning å øke vår forståelse av denne pasientgruppen samt undersøke en mulig forklaring på hvorfor Norge har så høy mortalitet av prostatakreft. I vevsprøver fra prostata fant vi at immunfarging med p53 og Ki67 var assosiert med kortere overlevelse hos HRPC pasienter. Kortere overlevelse fant vi også for HRPC pasienter med flere enn 10 skjelettmetastaser. Hos HRPC pasienter henvist til palliativ strålebehandling ble tre klinisk forskjellige grupper identifisert: de med plager fra bløtdelstumor i bekkenet henholdsvis uten (gruppe 1) og med fjernmetastaser (gruppe 2) og de med smertefulle skjelettmetastaser (gruppe 3). Lengre overlevelse ble kun påvist hos gruppe 1. Det arbeides kontinuerlig med å identifisere nye behandlingsalternativer for HRPC pasienter.

Kombinert hormonbehandling og cellegift (*estramustine phosphate, epirubicin*) ga $\geq 50\%$ reduksjon av serum PSA hos 13 av 24 HRPC pasienter, men uten svar med subjektiv respons. Et nytt og spennende felt det forskes mye på er vekstfaktorreseptor familien. Våre funn

tyder på en moderat forekomst ved HRPC. Videre fant vi at c-erbB-2 fargbarhet var assosiert med kortere levetid. Vi undersøkte ett aspekt ved rutinene for dødsårsaksregistrering som er unikt for Norge, dvs overføring av informasjon fra Kreftregisteret til Dødsårsaksregisteret. Vi fant ikke holdepunkter for at dette kunne forklare de høye mortalitetsratene av prostatakreft i Norge når årsakskodingen gjøres manuelt, men vi kan ikke utelukke at andre aspekter ved registreringsrutinene kan være en mulig forklaring.

Det overbringes en stor takk til Kreftforeningen som har muliggjort prosjektet med økonomisk støtte, og en stor takk til fagmiljøene ved Radiumhospitalet og Kreftregisteret.



Gratulerer!

Nye godkjente spesialister i onkologi

Brenne, Elisabeth
Birkemeyer, Elke Maria
Dønnem, Tom
Hatlevoll, Ingunn
Helbekkmo, Nina
Silins, Ilvars – overført fra Sverige

Gratulerer!

Skriv til ONKONYTT