

onko

Nytt

Medlemsblad for Norsk onkologisk forening • Nr. 1 Juni 2009 • Årgang 7



Kjære kollega	3
Nytt fra styret i NOF	4
Norsk onkologisk forening Protokoll årsmøtet 2009.....	3
Nytt fra NGICG	6
Minitema gynekologisk onkologi	8
Nytt fra KVIST	13
Norsk stråleterapimøte 2009.....	14
Nytt fra avdelingene	15
Ett år «Down Under»	22
Nye doktograder	25
Palliativ konferanse.....	29



Forsidefotoen

Bildet på forsiden og bildene inne i dette nummeret av Onkonytt er tatt av Olav Dahl, professor ved Avdeling for kreftbehandling og medisinsk fysikk ved Haukeland universitetssjukehus.

Forsidebilde: «Drømmesommer, Reine i Lofoten.»

Medlemsblad for Norsk onkologisk forening

Redaktør:

Marianne Grønlie Guren Oslo Universitetssykehus, Ullevål
Tlf.: 23 02 66 00
E-post: marianne.guren@uus.no

Redaksjonsmedlemmer:

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

Dag Clement Johannessen Ullevål Universitetssykehus/KVIST gruppen
Tlf.: 23 02 66 00 / 67 16 26 19
E-post: dag.johannessen@ulleva.no
dag.clement.johannessen@nrpa.no

Gunilla Frykholm St Olavs Hospital/KVIST gruppen
Tlf.: 73 86 90 91 / 67 16 26 79
E-post: gunilla.frykholm@stolav.no/gunilla.frykholm@nrpa.no

René van Helvoirt Sørlandet sykehus
Tlf.: 22 93 40 00
E-post: rene.helvoirt@sshf.no

Sekretær:

Marianne Corneliussen Oslo universitetssykehus, Ullevål
Tlf.: 23 02 66 00
E-post: marianne.corneliussen@ulleva.no

Innlegg bes sendt elektronisk i word format til Marianne Guren
Annonseplass kan bestilles hos Marianne Corneliussen
Lay-out og trykk: Tapir Uttrykk, Trondheim



Styret i Norsk onkologisk forening

Andreas Stensvold (leder) Helse Sør-Øst
Andreas.stensvold@radiumhospitalet.no
Eva Hofslie Helse Midt-Norge
eva.hofslie@medisin.ntnu.no/eva.hofslie@stolav.no
René van Helvoirt Helse Sør-Øst
rene.helvoirt@sshf.no
Birthe Lie Hauge Helse Vest
birthe.lie.hauge@sus.no
Yngve Bremnes Helse Nord
Yngve.bremnes@unn.no

Spesialitetskomiteén i Onkologi

Jon B. Reitan (leder) Ullevål Universitetssykehus
JonB.Reitan@ulleva.no
Øystein Fluge Haukeland Universitetssykehus
Liv Ellen Giske Ålesund sjukehus
Kari Margrethe Larsen Universitetssykehuset Nord Norge, Tromsø
Liv Hege Aksnes Radiumhospitalet (YLF-medlem)

Kjære kollega!

ved Marianne Guren på vegne av redaksjonen

Forsommeren er ofte en travel tid ved kliniske avdelinger. Men nå er sommeren her, og de fleste kan se fram til ferie, sol og varme.

Dette nummeret av Onkonytt har fokus på arbeidsmiljø og utdanning og har gynekologisk onkologi som et minitema.

Avdelingene ble spurt om de kunne skrive litt om arbeidsforhold og utdanning ved avdelingene, og svært mange har sendt inn bidrag. Dette er spennende lesing som berører vårt arbeid.

Norsk forum for gynekologisk onkologi forteller om status for faget og KVIST-gruppen om arbeidet som pågår med handlingsprogram for strålebehandling. Også arbeidet med livskvalitet innen EORTC presenteres, og tre doktorgrader innen fagfeltet gynekologisk onkologi.

Norsk onkologisk forening har fått nytt styre, og leder er nå Andreas Stensvold, som arbeider ved Radiumhospitalet. De orienterer om saker de arbeider med. I Nytt fra faggruppene forteller Lise Balteskard, leder av NGICG, om omorganiseringen av NGICG med flere faggrupper. KVIST-gruppen forteller om aktiviteten siste halvår, og referat fra Norsk Stråleterapimøte.

Dette halvåret har det vært et imponerende antall kolleger som har disputert, og flere doktorgrader presenteres i dette nummeret med sammendraget. Det er svært gledelig å se at forskningen har en stor plass i onkologien. Åslaug Helland, som har hatt et forskningsopphold i Australia, har sendt oss et reisebrev.

En stor takk til alle som har sendt inn bidrag til dette nummeret!

Vi ønsker alle en riktig god sommer fra oss i redaksjonen!

Onkonytt har fått sekretær. **Marianne Corneliussen**, født 1979, arbeider nå med innsendte bidrag, korrekturlesing, annonser og tilrettelegging før trykking. Til vanlig jobber hun som sekretær ved poliklinikken på Kreftsenteret, Oslo universitetssykehus, Ullevål.



Kjære kolleger!

NOF har fått et nytt styre etter valget i mars. Styret består av Eva Hofslie, Rene van Helvoirt, Birthe Lie Hauge, Yngve Bremnes og Andreas Stensvold. Vi takker avtropsende styremedlemmer; Kirsten Marienhagen og Terje Nordberg for en fantastisk jobb.

Styret jobber med en rekke saker foruten diverse høringer som blir sendt fra Legeforeningen sentralt.

Vi har hatt en tett dialog med avdelingsoverlegene om å synliggjøre mangelen på spesialister innen onkologi. Vi håper snart å få til et møte med Helsedirektoratet/Departementet om den bekymringsverdige situasjonen som vil opptre i løpet av noen få år.

Vi jobber nå med å ta opp igjen Assistentlegeforum. Det planlegges et treff i høst for assistentlegene. Vi tror dette er viktig som en del i å rekruttere og beholde assistentleger. Dette er en fin måte å bli kjent med blivende kolleger og knytte band rundt omkring i Norge.

Som dere ser av dette nummeret er vi også involvert i å hjelpe til å starte en interessegruppe for geriatrik onkologi. Dette er en pasientgruppe som vil øke betraktelig de neste årene. Vi håper at Norsk onkologisk forening kan være en av bidragsyterne til et heldags seminar i løpet av høsten -09, hvor geriatrien blir satt i fokus.

Dere har sikkert merket de siste månedene at Acta Oncologica ikke lenger kommer i posten. Dette har sin grunn i at bladet ble til dels sponset av Amgen. De trakk seg fra avtalen høsten -08. Etter dette har vi jobbet med hvordan man kan distribuere Acta Oncologica på best mulig måte til våre medlemmer. Bidrag fra legemiddelindustrien strider mot legeforeningens etiske retningslinjer. Abonnementet for medlemmene er relativt dyrt. Dersom Onkologisk forening skulle betalt abonnementet for alle våre medlemmer ville over 70 % av budsjettet gått med til å dekke Acta Oncologica. Vi i styret og årsmøtet mener dette er feil bruk av ressursene. Vi har derfor bestemt at dersom våre medlemmer ønsker bladet i papirformat må man selv betale den prisen det koster. Vi oppfordrer våre medlemmer til å publisere i Acta Oncologica. Vi vet at de fleste sykehus har elektronisk tilgang til Acta Oncologica. Den siste måneden har NOF jobbet med Samhandlingsreformen til helseminister Hansen. Vi har gitt Helse og omsorgsdepartementet råd og veiledning om hvordan kreftomsorgen kan bli bedre.

Resultatet av spørreundersøkelsen er klart. Utfordringer foran oss er fortsatt mangler på spesialister innen onkologi i Norge og hvordan vi kan få økt oppmerksomheten rundt spesialiteten onkologi.

Styret vil også jobbe med hvordan vi kan aktivisere flere av våre medlemmer. På årsmøtet var det kun en håndfull deltagere. Dette er bekymringsfullt, men en trend vi ser ellers i samfunnet.

Vi ønsker gjerne innspill til saker vi skal jobbe for og med.

Nye medlemmer i styret i NOF



Birthe Lie Hauge,
født 1965, gift,
3 barn.
Embedseksamen 1991,
spesialist i onkologi 2001.

Etter turnus jobbet jeg et par år i almenpraksis i Oslo. Interessen for onkologi ble vekket da jeg hadde vikariat ved Radiumhospitalet i 1996. Fra 1997 har jeg vært ansatt ved sykehuset i Stavanger; først ved medisinsk avdeling, deretter ved hemato-onkologisk avdeling fra avdelingen ble åpnet i 1999. I 2000 gjennomførte jeg resterende del av gruppe 1 tjeneste ved Haukeland Universitetssykehus. Avdelingen vår heter nå Klinikk for blod- og kreftsykdommer, og ligger nå, etter siste omorganisering, under medisinsk klinikk.

Stråleterapi finner jeg særlig spennende, og har fagansvar for strålebehandling av lungekreft (lungelegene står for kjemoterapien). Jeg er for tiden primært knyttet til vår onkologiske sengepost og stråleterapiavsnittet.

Jeg synes jeg har en spennende og utfordrende jobb innenfor et fagområde i rask utvikling, og hvor møte med enkeltmennesker, kommunikasjon og individuelle løsninger er viktig. I fritiden liker jeg å være med familie og venner, trene litt og synge i kor.

Norsk onkologisk forening Protokoll årsmøtet 2009

ved Styret i NOF

Dato: 25.mars 2009 (18.00–19.30)
Sted: Britannia Hotell, Trondheim
Tilstede: 9 (inkludert styret)
Referent: Terje Nordberg

Saker

1/09 Valg av ordstyrer

Etter åpning av styrets leder Eva Hofslis valgte årsmøtet Andreas Stensvold som ordstyrer.

2/09 Godkjenning av dagsorden

Godkjent med endring: Pkt 5+6 i innkallingen tas etter pkt 11.

3/09 Styrets årsberetning

Ble lagt fram av Terje Nordberg. Årsmøtet godkjente denne.

4/09 Regnskap 2008

Foreløpig revisjonsberetning fra Kjelstrup & Wiggen ble forevist årsmøtet. Regnskapet godkjent av revisor, venter på signering av styret. Aktivitetsbasert regnskap for NOF (inkludert Onkonytt) ble presentert for årsmøtet av Kirsten Marienhagen. Regnskapet ble godkjent av årsmøtet.

5/09 Valg av nytt styre for perioden 2009-2011

Årsmøtet valgte:

Styremedlemmer NOF:

Andreas Stensvold (leder)	Helse Sør-Øst	Oslo
Eva Hofslis	Helse Midt	Trondheim
René van Helvoirt	Helse Sør-Øst	Kristiansand
Birthe Lie Hauge	Helse Vest	Stavanger
Yngve Bremnes	Helse Nord	Tromsø

Varamedlemmer (rangert):

1. Åslaug Helland	Helse Sør-Øst	Oslo
2. Anne Berit Erdal	Helse Sør-Øst	Oslo
3. Inger Marie Løes	Helse Vest	Bergen
4. Oluf Røe	Helse Midt	Trondheim
5. Hege Sagstuen Haugnes	Helse Nord	Tromsø

6/09 Valg av revisor

Årsmøtet valgte Kjelstrup & Wiggen som revisor for NOF's regnskap for 2009. Det nye styret vil innhente vilighetserklæring og gi beskjed til Brønnøysund.

7/09 Valg av valgkomité for styret i NOF for 2011–2013

Årsmøtet valgte:

Roald Ekanger	Helse Vest	Bergen
Tone Ik Dahl	Helse Sør-øst	Oslo
Kirsten Marienhagen	Helse Nord	Tromsø

8/09 Acta Oncologica

Saken ble presentert av Terje Nordberg. Årsmøtet fikk flere alternative løsninger presentert. Problemstillingen ble diskutert blant årsmøtedeltagerne.

Årsmøtet vedtok følgende:

Hvis en sponsor tilbyr å delfinansiere abonnement på Acta Oncologica til NOF-medlemmene, og dette ikke er i strid med lover og regler, får Styret fullmakt til å inngå avtale om dette. Styret vil vurdere NOF's bidrag per medlem ut fra en økonomisk vurdering.

Hvis slik avtale ikke foreligger, vil medlemmene måtte finansiere abonnementet selv.

9/09 Styrehonorarer

Saken ble presentert av Terje Nordberg. Det avtroppende styret foreslo at det ble gitt årlig honorar til leder og de andre medlemmene i styret i NOF.

Årsmøtet vedtok følgende årlige beløper:

Styreleder: inntil kr 15000,-

Andre styremedlemmer inntil kr 7500,-

Styret vurderer nærmere de endelige beløpene innenfor disse gitte rammene. Første utbetaling vil skje ultimo 2009 gjeldende for inneværende år.

10/09 Onkonytt

René van Helvoirt redegjorde om status per i dag. Det ble også en kort diskusjon om videre drift/satsningsområder.

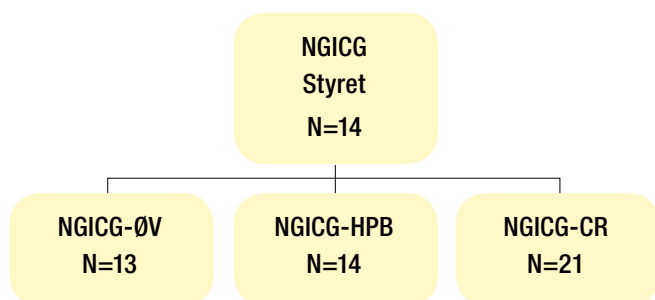
11/09 Spesialistmangel – onkologi

Andreas Stensvold presenterte muntlig og skriftlig styrets tanker rundt dette, blant annet med prognoser for fremtidig behov for onkologer i Norge.

12/09 Andre fagmedisinske saker

René van Helvoirt informerte om styrets planer om å delta i planlegging av et assistentlegeforum i regi av legemiddelfirmaet GSK.

NGICG ble omorganisert for halvannet år siden. Den store styringsgruppa på 27 personer som tidligere favnet all kreft i GI-tractus, ble omdannet til et Styre på 14 personer og tre Faggrupper for henholdsvis øvre, midtre og nedre GI-tractus.



Med økende spesialisering av både kirurgisk og onkologisk behandling, ble behovet for en faglig seksjonering etter hvert tydelig. Erfaringen så langt er at vi er på riktig vei. NGICG-CR (colorektal) er tilnærmet den samme gruppen som den tidligere referansegruppen til Colorektalcancerregisteret, kirurg Barthold Vonen er leder. Det har blitt noen færre kirurger og noen flere onkologer. Både NGICG-ØV (øsofagus-ventrikkel) og NGICG-HPB (lever-galle-pancreas) er helt nyopprettede grupper med henholdsvis kirurg Asgaut Viste og kirurg Bjørn Atle Bjørnbeth som ledere. Faggruppene har hatt møter 2-4 ganger pr år og det har hovedsakelig vært jobbet med kliniske kvalitetsregistre og faglige anbefalinger/Nasjonale Handlingsprogram.

NGICG-ØV hadde på plass nasjonale handlingsprogram på både øsofagus- og ventrikkelcancer da de startet, men det er allerede behov for revisjon og gruppa jobber med dette. Hovedinnsatsen har vært lagt ned i å definere variablene for et Øsofaguscancerregister og for et Ventrikkelcancerregister, dette i nært samarbeid med Kreftregisteret. Sammen med KVIST har vi laget retningslinjer for strålebehandling av ca øsofagus.

NGICG-HPB har jobbet lenge med faglige anbefalinger på levermetastaser og primær levercancer (HCC) og gallecancer. I forbindelse med at Helsedirektoratet startet arbeidet med Nasjonalt Handlingsprogram for colorektalcancer, blir gruppas egne anbefalinger på utredning og behandling av levermetastaser å gå inn som en del av denne. NGICGs faglige anbefalinger på HCC og galle-

cancer publiseres snart på vår hjemmeside www.ngicg.no. HCC-anbefalingene kommer også som artikkel i Tidskriftet. Det er også snart fullført et register for levermetastaser som kommer til å bli en modul under Colorektalcancerregisteret. Det gjenstår noen tekniske utfordringer. Det er nettopp opprettet en arbeidsgruppe som skal etablere et nasjonalt pancreasregister som en del av Kreftregisteret.

NGICG-CR har sitt colorektalcancerregister som har eksistert i mange år og som det stadig utgår nye doktorgrader fra. En modul som skal registrere bruk av kjemoterapi ved colorektalcancer, er ferdig og venter bare på en endelig elektronisk løsning. Fra januar har det vært jobbet med Nasjonalt Handlingsprogram for colorektalcancer sammen med Helsedirektoratet og vi håper at det skal være ferdig på slutten av året. Sammen med KVIST lager vi retningslinjer for strålebehandling av ca ani. Den store nordiske studien Nordic VII er sannsynligvis klar til presentering på ECCO i september.

NGICG-Styre har en administrativ funksjon, men skal i tillegg være en faglig inspirator og pådriver for faggruppene, samt se sammenhenger og unngå fragmentering. Alle faglige anbefalinger skal forelegges Styre og formelt godkjennes før de publiseres på hjemmesiden eller på annen måte. Det er laget statutter for styret og hver av faggruppene samt for Colorektalcancerregisteret. Vi fikk bevilget en relativt stor sum fra Helsedirektoratet og Kreftforeningen og gleder oss over at vi nå har økonomi til å avvikle de nødvendige antall faggruppemøter. Vi har i likhet med de andre faggruppene hatt ei utfordring med hvor vi skal plassere disse pengene. Vi har registrert oss i Enhetsregisteret (Brønnøysund) og kan dermed opprette egen bankkonto, men har latt dette være pga av regnskaps- og revisjonsplikten. Å ha en konto knyttet til en klinisk avdeling i et HF, betinget at avdelingslederen er knyttet til NGICG og vil bare være en midlertidig løsning. Det koster relativt mye å ha konto i en av Forskningsstiftelsene. Vi jobber fortsatt med et lavkost-alternativ, men vil trolig ende opp i en av Forskningsstiftelsene da det er det enkleste.

Refleksjoner

Vi GI-onkologer er ikke mange og har nå blitt spredt i tre faggrupper. Tidligere hadde vi en mer uformell struktur der vi årlig samlet oss og tok opp siste års store onkologiske problemstillinger. Vi hadde nok ikke det formelle

mandatet, men syntes selv vi hadde det moralske. To av disse samlingene hadde vi på private hytter og dette skapte samhold i gruppa. Konsensusen i Lyngen og i Nesbyen var noe vi snakket om lenge. Det er alminnelig høflighet å være enig med vertskapet! Nå er virkeligheten en annen. Når tredjelinjes kjemoterapi på colorektalcancer skal diskuteres og vedtas, skal kirurgene også delta. Vi har forskjellig faglig bakgrunn og diskusjonen kan fort ta en helt annen vei enn det som onkologene hadde tenkt. Tverrfaglig samarbeid er noe mer enn å møtes en gang i uka og snakke om en pasient skal ha strålebehandling eller kjemoterapi før kirurgi. Det er også en øvelse som gir innsikt i andres faglige ståsted og ikke minst kultur. Vi får direkte tilbakemelding på hvordan det onkologiske perspektivet kan virke utenfra; «2,5 mnd forlenget levetid, er det noe poeng?». Det kan provosere, men kan også være nyttig justering.

FOKUS PÅ GERIATRISK ONKOLOGI

NOF ønsker i høst/vinter å fokusere på geriatrisk onkologi:

TEMADAG Styret ønsker i samarbeid med onkologer med spesiell interesse innen feltet å arrangere en temadag om geriatrisk onkologi. Ta gjerne kontakt med styret hvis du har innspill/ønsker til en slik dag!

TEMANUMMER Vi ønsker at geriatrisk onkologi skal være et hovedtema i neste nummer av Onkonytt. Vi er avhengig av deres innspill og innlegg, kontakt gjerne redaksjonen!

INTERESSEGRUPPE? Kan det være aktuelt å etablere en egen interessegruppe innen geriatrisk onkologi?

Norsk forum for gynekologisk onkologi

ved Helga B. salvesen, leder NFGO



Aktiviteten i Norsk Forum for Gynekologisk Onkologi har også i 2008 hatt en del av sitt fokus på arbeid med å fremme egen grenspesialitet i gynekologisk onkologi. Dessverre er denne prosessen stan-

set av Nasjonalt Råd etter at det fikk udelt faglig tilslutning på alle nivå inklusive tilslutning i Legeforeningens Landsstyre. Vi står overfor en betydelig utfordring når det gjelder rekruttering og utdanning av gynekologer til fagområdet gynekologisk onkologi. Gjennomsnittsalderen på landets gyn onkologer er meget høy, og mer enn 75% av disse er passert 50 år, om lag 40% er over 60 år. Vi er av den oppfatning at det haster med å styrke etterveksten av unge gyn onkologer. Flere av landets sentra vurderer nå å søke formell akkreditering via European Society for Gynecologic Oncology (ESGO) der vi er medlem. Dette kan styrke det faglige innholdet i utdanningen av gyn onkologer og knytte fagfeltet sterkere til europeisk og internasjonal standard.

Vi har i året som gikk videreført opplegget med formøte i gynekologisk onkologi under årsmøtet i Norsk Gynekologisk Forening. På denne måten kan samarbeidet med generelle gynekologer styrkes noe som også kan tenkes å gi grobunn for økt rekruttering. Tema tidligere år har vært kontroller etter behandling for gynekologisk kreft, samarbeid om kjemoterapi mellom regionssentra og lokale sykehus, palliasjon og endometriehyperplasi. Møtene har vært godt besøkt og tilbakemeldingene har vært gode.

I samarbeid med Sosial- og Helsedirektoratet er arbeid med nasjonale handlingsprogrammer videreført. En stor del av dette arbeidet er sluttført, men en del redigeringsarbeid gjenstår.

Forumet legger ellers stor vekt på å sikre et godt faglig program under faggruppesesjonene under Onkologisk Forum. I 2008 hadde vi en meget spennende felles sesjon med palliasjonsgruppen. Tema vedrørende hydrering og palliativ kirurgi ved avansert ovarial cancer ble belyst og diskutert. Vi ønsker i større grad å tiltrekke yngre kolleger til våre faggruppesesjoner under Onkologisk Forum. Det arbeides derfor med finansieringsordninger som kan motivere yngre deltagere som presenterer egne data.

Hospitering i inn- og utland for utdanning, kompetanseheving, deltagelse i protokoller og utveksling av erfaring er også noe vi ønsker å støtte i større grad enn tidligere. Dette er noe vi ser et økende behov for med den økte spesialiseringen i fagfeltet. Det anses også som et viktig virkemiddel med tanke på rekruttering.

Det pågår også arbeid med å etablere nasjonale kvalitetsregistre for de ulike gynekologiske kreftformene. For registrering av ovarial cancer har fagmiljøet i regi av Kreftregisteret vært tidlig ute med en slik registrering. Noen sentre har lokale kvalitetsregistre, noen steder koblet til en lokal biobank. Foreløpig er det ikke etablert et nasjonalt register utover det som meldes inn til Kreftregisteret for gynekologisk kreft. Det pågår nå to parallelle initiativ for å etablere et slikt nasjonalt kvalitetsregister, i regi av Kreftregisteret og det gamle Radiumhospitalet. Vi mener det påligger NFGO å bidra til opprettelsen av ett nasjonalt register som alle sentra enes om, og det arbeides med dette i styret.

Handlingsprogram og anbefalinger ved kreft

ved Gunilla Frykholm

Det pågår arbeid med generelle handlingsprogrammer for utredning, behandling og oppfølging av ulike typer av kreft i regi av Helsedirektoratet. Arbeidsgrupper er oppnevnt i samarbeid med de nasjonale faggruppene i Onkologisk forum. I arbeidsgruppene er det flerfaglig deltagelse og nasjonal representasjon. Det er avtalt med helseforetakene i landet at slikt arbeid skal kunne gjøres innenfor den vanlige arbeidstiden. Aktuelle diagnosegrupper er for eksempel brystkreft, colorektal cancer, prostatacancer, lungecancer, lymfom og gynekologisk kreft.

Innenfor strålebehandling er det behov for detaljerte anbefalinger og allerede i 2006 startet KVIST-gruppen arbeidet med å utvikle nasjonale, diagnosespesifikke detaljerte anbefalinger for strålebehandling etter mandat fra Helse- og omsorgsdepartementet.

I samarbeid med de nasjonale faggruppene i Onkologisk forum er det oppnevnt og etablert arbeidsgrupper med tverrfaglig kompetanse i stråleterapi. KVIST bistår med praktisk og faglig organisering av gjennomføringen av dette arbeidet.

De ulike anbefalingene trenger å koordineres. Sam-

arbeidet mellom Helsedirektoratet og Statens strålevern/KVIST er i ferd med å få en mer regelmessig form. En god kontakt er forutsetningen for å kunne samordne og linke dokumentene opp mot hverandre på en optimal måte.

Handlingsprogram og anbefalinger for strålebehandling ved gynekologisk kreft

ved Gunilla Frykholm og gynekolog Bjørn Hagen

Norsk gynekologisk forening (NGF) har siden 1997 hatt en omfattende «Veileder i gynekologisk onkologi» (www.legeforeningen.no). Veilederen ble første gang oppdatert i 2002, og ny oppdatering blir sluttført i juni 2009. Den oppdaterte veilederen vil være grunnlaget for videre arbeid med «Handlingsprogrammer for utredning, behandling og oppfølging av gynekologisk kreft» i Helsedirektoratets regi. Det forventes at Handlingsprogrammer blir utarbeidet for hovedformene for gynekologisk kreft: Cervixcancer, corpuscancer og ovarialcancer. Gynonkolog Bjørn Hagen ved St. Olavs hospital, Trondheim, har vært redaktør for oppdateringen av veilederen og vil fra fagmiljøets side lede arbeidet med handlingsprogrammene.

I mars hadde KVIST-arbeidsgruppen for strålebehandling ved gynekologisk kreft sitt første møte. Det er planlagt å utarbeide flere evidensbaserte dokumenter for de ulike diagnosene med utgangspunkt i nasjonal og internasjonal dokumentasjon og guidelines. Til hjelp for diskusjoner om målvolum og planlegging vil arbeidsgruppen starte med en workshop om behandling av cervixcancer som omfatter både brachyterapi og ekstern strålebehandling. Arbeidet med anbefalinger for strålebehandling ved gynekologisk kreft er omfattende og beregnes å fortsette i hvert fall ut 2009.

Hvem vet best hvor skoen trykker?

Pasient-selvrapportering i gynekologisk onkologi

ved Ingvild Vistad, gynekolog, Sørlandet Sykehus

Kreftbehandling har tre mål: Kurasjon, forlenget overlevelse og økt livskvalitet. Nye og effektive behandlingsmetoder gir økt overlevelse hos mange pasienter, ofte ledsaget av behandlingsindusert toksisitet med dertil redusert livskvalitet. Noen behandlingseffekter kan kun

pasienten selv vurdere, som for eksempel kvalme, smerte og depresjon, som alle har en påvirkning på livskvaliteten. I løpet av de siste 10-årene har pasient-selvrapportering (patient reported outcomes) blitt stadig mer anerkjent i kreftstudier. Det har vist seg at informasjon om fysiske og psykiske symptomer direkte rapportert fra pasientene via strukturerte spørreskjema gir reproduserbare, meningsfulle og kvantiterbare svar på hvordan pasientene føler seg og hvordan de fungerer.

Slike verktøy kan gi verdifull informasjon om hvordan en behandling virker inn på pasientenes fysiske funksjon og livskvalitet, som i noen tilfeller er viktigere for pasienten enn økt overlevelse. Betydningen av dette gjenspeiles i Amerikanske Food and Drug Administration's krav om at effekten av nye medikamenter også skal vurderes med pasient selvrapportering. Flere og flere kreftmedisiner har nå en «livskvalitet»-merkelapp.

European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) ble etablert i Belgia i 1962. Målet til EORTC er via forskning å heve kvaliteten på pasientbehandling ved å øke overlevelsen og livskvaliteten. Nye behandlingsmetoder blir testet gjennom store prospektive, randomiserte multisenterstudier. Alle disipliner innen medisinen er med, og det er til enhver tid minst 50 pågående studier. EORTC har en database på over 150 000 pasienter. Avdeling for livskvalitet (QLD) er en del av EORTC-systemet og ble etablert for 10 år siden. QLD har utviklet et livskvalitet-spørreskjema (EORTC QLQ-C30) som omhandler viktige kjernespørsmål på livskvalitet felles for de fleste kreftpasienter (for eksempel kvalme og tretthet). I tillegg er det utviklet en rekke tilleggsmoduler for de ulike kreftsykdommene som skal brukes sammen med QLQ-C30. Ett eller flere av disse skjemaene inkluderes i mange av de nye kreftstudiene i EORTC-regi.

Kvinner som behandles for gynekologisk kreft med bekkenkirurgi, kjemoterapi og/eller strålebehandling kan oppleve tidlig menopause, endret kroppsbilde, samt endret fertilitet og seksuell funksjon. I tillegg får pasientene ofte plager fra blære og tarm. Gynekologigruppen i QLD har utarbeidet tre tilleggsmoduler innenfor gynekologisk onkologi som søker å avdekke pasientens perspektiv på disse faktorene (eggstokkreft-, livmorhalskreft-, og endometriekreft-moduler). I tillegg har arbeidet med en vulva-modul nettopp begynt. Det er et møysommelig arbeid som starter med litteraturstudier, intervju av

pasienter og leger og etter hvert uttesting av spørreskjema på pasienter.

Konklusjon

Å vurdere alle sider ved kreftbehandlingen er en viktig del av det moderne helsevesen. Behandlingens effekt på fysiske og psykiske plager kan kun evalueres av pasientene selv, og velprovde, validerte spørreskjema bør benyttes. Omsorg for pasienten betyr å ivareta både livskvantitet og -kvalitet!

Mer informasjon om EORTC's livskvalitetsgruppe finner du her: <http://groups.eortc.be/qol/>

Ingvild Vistad forsvarte avhandlingen "A study of long-term effects after radiotherapy in survivors of locally advanced cervical cancer" for graden Ph.D. ved UiO 23. januar 2009.



Kvinner som har vært strålebehandlet for kreft i livmorhalsen for lang tid siden er mer plaget av kronisk utmattelse, har mer fysiske plager, og høyere forekomst av vitamin B12-mangel enn sammenlignbare kontrollgrupper.

Dette er hovedkonklusjonene i doktorgraden til gynekolog og forsker Ingvild Vistad, der 91 kvinner som ble strålebehandlet for livmorhalskreft ved Radiumhospitalet i tidsrommet 1994–1999 har svart på spørsmål om fysiske og psykiske plager. Vistad og medarbeidere har også gjort en metodestudie for å kartlegge tidligere studier gjort på livskvalitet etter behandling for livmorhalskreft. Forskningsarbeidet ble først støttet av Helse Sør og Sørlandet Sykehus HF, og senere av stiftelsen Helse og rehabilitering.

Metodestudien viste at studier av livskvalitet etter behandling for livmorhalskreft ofte er så mangelfulle at man ikke kan vite sikkert hvordan kvinnene har det. Det var bakgrunnen for spørreskjemastudien. Den viste at 30% av overlevende etter livmorhalskreft hadde kronisk utmattelse. De som hadde kronisk utmattelse hadde også redusert livskvalitet, høyere nivåer av angst og depresjon, samt mer fysiske plager enn de som ikke hadde dette prob-

lemet. Studien viste også at pasientene selv rapporterte høyere forekomst av plager fra tarm, blære og skjede enn det som ble vurdert av legene. Pasientene hadde mer seksuelle problemer, mer diaré og mer kvalme enn kvinner i samme alder fra befolkningen. Vistad og medarbeidere sammenliknet også blodprøver fra 55 av kvinnene med referansedata. Resultatene viste at det var forstyrrelser i flere stoffer som suges opp i tynntarmen, blant annet vitamin B12. Det tyder på at strålebehandling mot bekkenet kan føre til redusert opptak i tarmen av viktige stoffer.

Studien viser at kvinners selvrapporterte helse er viktig i oppfølgingen av kvinner som er langtidsoverlevende etter livmorhalskreft, både når det gjelder fysiske og psykiske senplager. I tillegg bør kvinnene følges med blodprøver fordi strålebehandling kan føre til redusert opptak av stoffer i tarmen.

Ingvild Vistad arbeider som overlege ved Kvinneklubben, Sørlandet sykehus, der hun har hovedansvaret for de gynekologiske kreftpasientene.

Ingeborg Bø Engelsen forsvarte avhandlingen "Biologic and Prognostic Markers in Endometrial Carcinoma. A study with special focus on tumor markers in curettage specimens" for graden Ph.D. ved UiB 10. juni 2008.



Kreft i livmorslimhinnen øker og er i dag en av de vanligste former for underlivskreft i Norge. En rekke risikofaktorer er identifisert, men årsaken er fortsatt ukjent. Sykdommen oppdages ofte i et gunstig stadium fordi blødning etter over-

gangsalder er et tidlig symptom som raskt leder kvinnen til lege. Hvis svulsten fortsatt er begrenset til selve livmoren fjerner man ved operasjon livmor og eggstokker. I tillegg fjernes lymfeknuter på de fleste pasientene for å finne frem til hvilke pasienter som har en mer aggressiv kreftsykdom. De fleste kvinnene kureres med kirurgi (80-90 %), men til tross for vellykket operasjon, får om lag 20 % tilbakefall av sykdommen.

Ved kreft i livmorslimhinnen er svulstene lett tilgjenge-

lig for undersøkelse før operasjon ved at man kan gjøre en utskrapning fra livmorhulen. Materialet kan så undersøkes med ulike biomarkører for aggressiv sykdom, og dette gir oss muligheten til å bedre planlegge en individuelt tilpasset behandling. Økt innsikt i tumorbiologiske mekanismer og prognostiske faktorer ved livmorkreft vil således kunne bidra til bedre behandling gjennom forbedret diagnostikk og bedre seleksjon av pasienter for utprøving av ny målrettet terapi.

Vi har i våre studier undersøkt ulike biologiske egenskaper ved livmorkreft med spesielt fokus på preoperativ undersøkelse av utskrapsmateriale og dets betydning for sykdomsutvikling og overlevelse (prognose). Slik vil vi også finne frem til de kvinner med lav risiko for tilbakefall og gjennom dette motvirke overbehandling. Vi har studert proteinuttrykket av tumor suppressorgener som hemmer celledeling samt andre proteiner som regulerer cellesyklus. Vi har funnet at økt uttrykk av noen proteiner og bortfall av andre, er forbundet med økt cellevekst, større utbredelse av sykdommen og dårligere prognose for pasientene. En annen innfallsvinkel vi har brukt for å studere de molekylære forandringer ved livmorkreft har vært å undersøke det genetiske uttrykket av et stort antall gener ved hjelp av mikromatriser. Vi har på denne måten kunnet studere sammenhenger mellom genuttrykk og proteinuttrykk i svulstene, og vi har særlig fokusert på forandringer i gener der det er ny målrettet behandling tilgjengelig eller under utvikling.

Ingeborg Bøe Engelsen arbeider som overlege ved Kvinne-klinikken, Haukeland Universitetssykehus.

Taran Paulsen Hellebust forsvarte avhandlingen «Severe late complications after radiotherapy for advanced cervical cancer with special emphasis on brachytherapy» for graden Ph.D. ved UiO 30. april 2009.



Ved behandling av avansert livmorhalskreft spiller stråleterapi en avgjørende rolle og det gis både ekstern og intern behandling (brachyterapi). Stråleterapi er alltid en avveining mellom dosen som kan

gis til maligne områder og dosen som kan tillates gitt til friskvevet. For å oppnå lokal kontroll ved strålebehandling av avansert livmorhalskreft, må det gis relativt høye doser. Blærens og rektums anatomiske posisjon i forhold til livmorhalsen, fører til at disse organene alltid vil få en viss strålebelastning og uønskede bivirkninger kan forekomme.

For å kunne minimalisere disse bivirkningene, er det viktig å etablere pålitelige dose-respons-sammenhenger, hvilket betyr at man må ha gode estimater på hvilken dose friskvevet absorberer. For å kunne beregne den absorberte dosen til svulsten og friskvevet er det derfor viktig å kartlegge hvordan brachyterapiapplikatoren (applikatoren) og de radioaktive kildene ligger i forhold til det omkringliggende vevet. Tilstedeværelse av applikatoren kan endre de anatomiske forholdene og avbildningen må derfor skje med applikatoren og såkalte surrogatkilder, på plass i pasienten. For å kunne gjennomføre en doseberegning må applikatorens geometri være kjent. Overføringen av denne informasjonen til doseplansystemet kalles ofte applikatorrekonstruksjon. Applikatorrekonstruksjonen kan gjennomføres vha flere ulike metoder. I publikasjon II er det vist at usikkerheten i doseberegningen som følge av usikkerhet i rekonstruksjonsprosessen maksimalt vil være på 4% (1SD) i ulike punkter rundt applikatoren. I publikasjon III er konsekvenser av rekonstruksjonsusikkerheter på DVH-parametre undersøkt. For 20 pasienter ble rekonstruksjonsfeil simulert ved å forskyve dosefordelingen ± 3 mm i transversal og ant-post retning, samt ± 3 mm og ± 5 mm langs uterinapplikatoren. Resultatene viste at konsekvensene av rekonstruksjonsusikkerheten var størst i ant-post retning for rektum og blære med en midlere endring på ca 5% i dosen til D2cc per mm forskyvning av dosefordelingen. D2cc er definert som minimumsdosen til 2cm3 som får den høyeste strålebelastningen.

Fra 1994 til 1999 ble alle pasienter med avansert livmorhalskreft ved Radiumhospitalet behandlet etter en nordisk protokoll kalt NOCEA-protokollen. Pasientene ble fulgt nøye opp og bivirkninger ble registrert. I publikasjon I ble det inkludert alle pasienter som hadde fått 50 Gy med ekstern strålebehandling og enten 7 fraksjoner (120 pasienter) eller 8 (119 pasienter) $\times$ 4.2 Gy (til punktA) med brachyterapi. Kaplan-Meier analyse viste ikke signifikant forskjell på den kumulative insidensen av alvorlige senskader ($\geq$ grad3) for de pasientene som hadde fått 8 vs

7 brachyfraksjoner for verken blære eller rektum. Referansedosen til rektum varierte lite fra pasient til pasient og var ca 75% av punktA-dosen. DVH parametre for pasientene forelå ikke og i publikasjon IV ble det vist at D2cc for rektum kunne variere fra 15% til 123% av punktA-dosen selv om dosen til referansepunktet var tilnærmet likt. Dette betyr at mangelen på signifikante forskjeller i publikasjon I kan skyldes at den reelle dosebelastningen til rektum ikke foreligger.

I publikasjon IV og V ble endringer i DVH-parametre for risikoorgan undersøkt fra fraksjon til fraksjon. 3D opptak med CT ble gjennomført ved 3-6 brachyfraksjoner for 14 pasienter. For hver pasient ble middelveiden og relativt standardavvik for en rekke DVH-parametre beregnet. For volumet av rektum og blære ble det midlere relative standardavviket beregnet til henholdsvis 23.3% og 44.1%. Det midlere relative standardavviket for D2cc var på 15.5% og 19.9% for henholdsvis rektum og blære. Dette betyr at de variasjonene i volumet av organene ikke ble etterfulgt av like store variasjoner for D2cc.

NTCP-verdien (Normal Tissue Complication Probability) for denne pasientgruppen ble beregnet ved hjelp av Lyman-Kutcher-Burman-modellen (LKB-modellen) og disse verdiene ble sammenlignet med senskadedata fra en tilsvarende gruppe behandlet tidligere. For rektum ble NTCP beregnet til 19.7%, mens klinisk frekvens for alvorlige senskader var 13%. Denne forskjellen kunne forklares med usikkerheter i parametrene i LKB-modellen. For blære ble NTCP beregnet til 61.9%, mens den kliniske frekvensen var kun 14%. Denne store forskjellen kan mest sannsynlig forklares ved manglende kunnskap om blærens toleransedose og dermed manglende kunnskap om parametre i LKB-modellen.

Taran Paulsen Hellebust er medisinsk fysiker og arbeider ved Radiumhospitalet, i tillegg til sin stilling i KVIST-gruppen ved Statens strålevern.

Onkologisk Forum ønsker velkommen til
årets konferanse i Oslo 19.–20. november



Påmelding og program vil bli lagt ut på:

www.onkologiskforum.org



KVIST-arbeidsgruppene fortsetter å lage nasjonale anbefalinger ved stråleterapi.

Disse vil i samarbeid med Helsedirektoratet, linkes til de generelle handlingsprogrammene ved kreft. I løpet av våren er det startet arbeid med anbefalinger for stråleterapi ved analcancer og gynekologisk cancer. Anbefalinger for stråleterapi ved prostatacancer er i slutfasen.

KVIST fortsetter også med ulike former for revisjoner som kvalitetsikring av stråleterapi. Workshop med utgangspunkt i på forhånd utsendte pasientcase er en metode som er brukt ved Norsk stråleterapimøte med diskusjon av ulike problemstillinger ved ulike diagnoser. Flere deltagere har da tegnet og doseplanlagt og resultatene sammenlignes og diskuteres etterpå. Denne metoden er også brukt som grunnlag til felles anbefalinger ved analcancer og vil brukes for gynecologi ved workshop 3 juni.

Tidligere ble en annen revisjonsform brukt, da ved strålebehandling av skjelettmetastaser. Et revisjonsteam reiste rundt til alle stråleavdelingene som var i gang. Klinisk revisjon på denne måten er nå tatt opp som opp-

følgning etter workshopen om strålebehandling av brystkreft i 2008.

I april var et revisjonsteam med to onkologer og en fysiker fra det kliniske mammaecancermiljøet (NBCG og avdelingene), sammen med tre kvist-ere, på stråleterapienheten ved Kreftsenteret, Ullevål. I løpet av en dag ble det gjennomført en klinisk revisjon på 20 pasienter som var behandlet med postoperativ strålebehandling for venstresidig brystkreft med fokus på rekvirering, målvolumer og doseplanlegging. Avdelingen hadde forberedt alt som trengtes og revisjonen ble godt gjennomført. Tilsvarende revisjoner vil etter sommeren fortsette ved Radiumhospitalet og deretter øvrige avdelinger.

«Rekvisisjonsgruppen» er nå ferdig med sin rapport om rekvisisjoner og vi håper at denne vil være til hjelp for avdelingene og at implementeringen også vil medføre forenkling av rapportering.

For å se ferdige KVIST-arbeid og aktuelle prosjekter, gå gjerne inn på portalen.

<http://kvist.nrpa.no>



Norsk stråleterapimøte ble i år avholdt på Britannia Hotel i Trondheim. Med.fys dagene ble arrangert rett i forkant av Stråleterapimøtet. Vi startet årets møte med en konferansmiddag 25. mars med feiring av 60-årsdagen til Sverre Levernes som var med og startet KVIST-gruppen i 2000.

Første sesjon handlet om fremtidens strålebehandling og protonterapi. Andre sesjon handlet om årets tema, palliativ strålebehandling. Det ble fokusert på rebestråling og på en ny multisenter-studie om palliativ bekkenbestråling ved rektum- og prostatacancer. Deretter var det workshop om palliative strålefelt.

Sverre Levernes



30 april fikk KVIST-gruppen en ny doktor når fysiker **Taran Paulsen Hellebust** disputerte på brachyterapi ved gynekologisk kreft. GRATULERER! Prøveforelesningen omhandlet IMRT og brachyterapi og et sammendrag av avhandlingen presenteres på annen plass i dette nummeret av Onko-nytt.



Dag Clement Johannessen, vår onkolog i KVIST-gruppen i flere år, for tiden i permisjon fra KVIST, også kjent redaksjonsmedlem og fotograf i Onkonytt, runder jevne år nå i begynnelsen av juni. VI GRATULERER!

Dag Clement Johannessen

Tusen takk til alle dere ute på strålebehandlingsavdelingene for deres store engasjement i kvalitetssikringsarbeid ved strålebehandling med deltagelse i arbeidsgrupper, referansegruppen og prosjekter som f.eks workshoper og klinisk revisjon.

Vi ønsker alle en riktig god sommer!

Norsk stråleterapimøte 2009 på Hotell Britannia i Trondheim

ved Gunilla Frykholm



I vakkert vårvær startet Norsk stråleterapimøte onsdag 25 mars med festmiddag i Speilsalen. Først ble det dog servert aperitiff i Palmehaven til musikk ved student-orkesteret Strindens og gratulasjoner til hovedbursdagsbarnet Sverre Levernes som rundet 60 år på dagen. De to nærmeste sjefene hans, Hilde Olerud ved Statens strålevern og Karsten Eilertsen ved Radiumhospitalet ble med på lasset og feiret da de begge også er født på den samme datoen.

Etter åpning av den faglige delen på torsdag morgen startet ordstyrer, fysiker Trond Strickert, Trondheim, første sesjon med tittelen «Visjon og virkelighet». Først ut var professor Dag Rune Olsen, Radiumhospitalet som snakket om «Stråleterapiens utvikling inn i det 21. århundret».



Jubilantene Karsten Eilertsen, Sverre Levernes og Hilde Olerud,

Deretter fortalte Carmen Ares, Paul Scherrer Institut, Sveits, om erfaringer med protonterapi i Sveits og Europa i foredraget «Behandling med protoner: Omfang, indikasjon og behandlingsopplegg».

Ordstyrer for sesjon to, Dag Clement Johannessen, innledet årets tema, palliativ strålebehandling. Første foredrag var «Palliativ strålebehandling i Norge og internasjonalt; Pasienter, behandlingsopplegg, effekt og rebestråling» ved Carsten Nieder, Nordlandssykehuset i Bodø. Foredraget fokuserte på rebestråling og inneholdt mye nyttig kunnskap og tips om litteratur. Marte Grønlie Cameron, Sørlandet sykehus, Kristiansand, presenterte en ny studie om «Palliativ strålebehandling ved rektum- og prostatakreft; Symptomer og livskvalitet». Flere sykehus i landet var interesserte i å delta i studien som planlegger oppstart i løpet av året.

Årets tema for workshopen etter lunsj, var palliativ strålebehandling. To pasienteksempler med palliativ strålebehandling av lungecancer respektive skjelettmetastaser var i forveien sendt ut til alle avdelinger. Teknikk for feltoppsett, behov for målvolumsinntegning og grad av kompleksitet i planleggingen ble livlig diskutert. Det var enighet om at ved palliativ strålebehandling bør opplegget være enkelt og behandlingen fokusert på den symptomgivende svulsten, men at vi bør bruke den informasjon som ny teknikk gir, for å gi best mulig behandling også ved palliativ intensjon. Et tverrfaglig sammensatt panel med representanter med spesiell interesse for palliativ strålebehandling fra landets stråleterapiavdelinger ledet diskusjonen. Panelet besto av to erfarne stråleoncologer, Rene van Helvoirt, Kristiansand, og Carsten Nieder, Bodø, medisinsk fysiker Vidar Jetne, Radiumhospitalet, og stråleterapeut Kristin Søvde, Bergen. De var godt forberedte med innlegg i form av miniforesninger og presentasjon av dokumentasjon.



Fra venstre Vidar Jetne, Kristin Søvde, Rene van Helvoirt og Carsten Nieder.

Mange kolleger opplever en presset arbeidssituasjonen ved avdelingen. For å få mer struktur på informasjonen, ba vi avdelingene å kommentere noen spesifikke punkter:

1. Antall leger i klinikk og forskning/utvikling
2. Antall sengeplasser, polikliniske besøk og pasienter til strålebehandling (i 2008)
3. Organisering/behov for overtidarbeid for overleger respektive LIS
4. Kan utdanningsplan for LIS følges, mulighet for kurs, kongresser, fordypning?
5. Muligheter for fordypning/videreutdanning for overleger?
6. Trivsel. Resultat fra evt medarbeiderundersøkelser.

Stråleenheten på Gjøvik

ved Andrea Lilleengen, sjefstråleterapeut.

Det er generelt godt arbeidsmiljø på Stråleenheten. Avdelingen har ikke deltatt i noen medarbeiderundersøkelse. Antall leger i avdelingen er 2,6 onkologer pluss 0,8 ass. lege.

I 2008 hadde avdelingen 2550 polikliniske besøk. Antall strålebehandlede pasienter var cirka 700, 10.311 frammøter til strålebehandling, hvorav 86% var polikliniske. Det ble gjort 32.077 felteksponeringer.

Overtidsarbeid er nødvendig. Utdanningsplanen kan følges og onkologene har 1 uke to ganger i året for kurs/utdanning.

Nytt fra Nordlandssykehuset, Bodø

ved Astrid Dalhaug, Ellinor Haukland og Isabelle Filippi

Vi er organisert i **Seksjon for kreft og lindrende behandling** som består av: Enhet for stråleterapi, Enhet for blodsykdommer og kreft (EBK) og Palliativt team. Vi er midt i en OU-prosess nå og i den nye klinikk-strukturen blir vi under Medisinsk klinikk og mest sannsynlig blir vi da en egen avdeling.

Når det gjelder legestillinger er det pr. mai -09: 1,2 overleger, 2 kst. overleger (hvor 1 venter på sin godkjenning), 2 leger i spesialisering og 1 lege tilknyttet Palliativt team. Alle legene er primært i klinikken. 1 overlege er også ansatt som Professor II og 1 kst. overlege ansatt som Universitetslektor II ved Universitetet i Tromsø. Vi er med i studier knyttet opp mot legen som er Prof.II. (bl.a. Alpharadin) samt lungestudier via lungelegene. En av LIS

legene er i gang med planlegging av forskningsprosjekt. Nytt fra høsten 2009 blir at vi får medisinerstudenter fra Tromsø som skal ha 6.år her i Bodø samt eksamen. I den forbindelse blir det vi som har ansvaret for opplegget innen onkologi.

Enhet for stråleterapi har drift på dagtid hverdager. EBK har poliklinikk og dagbehandling. EBK flyttet inn i nye lokaler februar 2009, og her har også Palliativt team kontorer. Hematologene har nå samlet all sin poliklinikk, dagbehandling og kjemoterapi-kurer her.

Vi har 4 egne strålesenger lokalisert på indremedisinsk sengepost, i tillegg blir de av «våre» pasienter som trenger innleggelse på sengepost lagt på sengepost ut fra sin primære kreftsykdom evt. på pasienthotellet. Vi håper etter hvert å bli flere leger samt få større lokaler slik at vi kan bl.a. få flere egne senger, og på den måten kan ha en mer helhetlig oppfølging av våre pasienter. Vi har nå fått til et ukentlig tumor-møte hvor leger innen onkologi, palliasjon, kirurgi, radiologi og patologi diskuterer felles kreftpasienter, og vi er alle fornøyde med dette samarbeidet som vi tror pasientene vil ha stor nytte av.

I 2008 hadde vi på Enhet for blodsykdommer og kreft 2321 polikliniske konsultasjoner for onkologiske pasienter (ikke hematologiske) samt 29 dagpasienter og 418 heldøgns pasienter. På Enhet for stråleterapi var det 1715 polikliniske frammøter og 670 frammøter av innlagte pasienter.

Vår generelle utdanningsplan ble sist oppdatert ved årsskiftet 2008/2009. Vi mener at den er realistisk og gjennomføres rimelig bra. Fra 01.02.09 fikk vi 2 år gr.II godkjenning for en prøveperiode på 2 år. Vi har satt opp fordypning på LIS leger fast ca. annenhver uke 1 dag, samt at det gis fri til deltagelse på kurs og kongresser så sant det lar seg gjøre mhp driften. Når det gjelder fordyp-

ning/videreutdanning av overleger kan det være vanskelig å prioritere det i en hektisk klinisk hverdag. Dette kan vi bli flinkere til å sette av skjermet tid til. Angående overtid er det vel mest seksjonsleder som har det. Vi har ikke døgnavt, men har nå egen vakthavende på dagtid. De to som er universitetsansatt har stillingen på toppen av full stilling.

Arbeidet til LIS består av 3-4 dager pr uke ved poliklinikken, en dagvakt pr uke og en uke pr. mnd. ved Enhet for Stråleterapi. Dette medfører at man får arbeide med en bred gruppe kreft pasienter, som gjør hverdagen veldig variert og særdeles spennende. Seksjonen er liten, og det er et godt samarbeid innad, med fortløpende supervisjon og alltid noen som har tid til å svare på spørsmål. Det er stor takhøyde for diskusjon av vanskelige problemstillinger og fag, så vel som personlige utfordringer. I følge LIS legene opplever de at når de spør om noe får de også henvisning til den dokumentasjon/forskning som ligger bak forskjellig terapivalg osv. Arbeids- og læringsmiljøet er svært godt med høy trivsel, slik at vi er overbevist om at 2 års spesialisering i onkologi hos oss danner en god og allsidig basis for videre spesialisering innen fagfeltet.

Vi opplever et godt samarbeid spesielt med legene ved Kreftavdelingen UNN, men også med andre onkologiske avdelinger i Norge.

God sommer fra oss i Bodø!



Bak fra venstre: Carsten Nieder, Adam Pawinski, Ellinor Haukland. Foran fra venstre: Isabelle Filippi, Astrid Dalhaug. Geirfinn Vagstad og Raymond Dokmo (ved Palliativ team) var ikke tilstede.

Nytt fra Klinik for blod- og kreftsykdommer, Stavanger

ved Birthe Lie Hauge

Allerede fra i høst, etter at Reino Heikkilä sluttet hos oss, har vi hatt stort arbeidspress ved avdelingen. Dette har vært merkbart både ved poliklinikk, stråleterapiavdeling, sengepost og FoU (forskningsenheten).

Håndtering av alle henvisninger i det nye elektroniske pasientjournal-systemet DIPS har vært en utfordring. Men "veien blir til mens vi går", og med prøving, feiling og god sekretærhjelp går dette nå stadig bedre.

Underbemanning på overlegesiden har vært kronisk over lengre tid, og det er derfor nå en stor glede at en av våre konstituerte overleger endelig kan feire godkjent spesialist-utdanning! Ytterligere en ventes ferdig i løpet av kort tid. I tillegg har vi endelig lyktes i å ansette en erfaren kollega ved avdelingen!

Dr. Rune Småland (tidligere ansatt v/ Haukeland Universitetssykehus) tiltrer i stilling som seksjonsoverlege FOU (70%) og overlege v/ KBK (30% klinisk virksomhet) den 2. juni. Dr. Småland har lang og bred bakgrunn fra både klinisk onkologi og forskning, og vil tilføre avdelingen viktig kompetanse og erfaring. Det ser vi alle svært frem til!

Ved FoU drives spennende forskning for påvisning av micrometastaser med PCR-teknikk, både innen brystkreft og colorectalkreft. En konstituert overlege har i vår hatt 80% forskningspermisjon og samler materiale til doktorgrad. Ved avdelingen er det også høy aktivitet og deltakelse i kliniske studier; både innen bryst-, colorectal-, prostata-, lunge- og hematologisk kreft.

Godt tverrfaglig samarbeid med regelmessige møter med kolleger fra andre disipliner bidrar til at vi raskt og effektivt kan treffe beslutninger om behandlingsopsjoner for aktuelle pasienter. Vi har ukentlige møter med kirurger (gastro-, mammae- og thoraxkirurger), lungeleger, urologer og gynekologer. Radiologene og patologene er viktige nøkkelpersoner for effektive møter.

På sengepost tilstrebes god tverrfaglig tilnærming til pasientene, med ukentlige møter mellom sykepleiere, smerte-team, sosionom, ernæringsfysiolog, fysioterapeut, prest og leger. De underordnede legene oppfordres til deltakelse på møtene, og prioriterer dette så sant det lar seg gjøre i en travel hverdag.

Våren har pga. underbemanning vært travel for LIS. Dette har medført både mye arbeid på dagtid og økt vaktbelastning. Det har nå imidlertid vært interesse for nylig utlyste stillinger, og vi håper derfor å kunne være fulltallige om kort tid. Tross kronisk underbemanning, prioriterer vi deltakelse på kurs og møter for leger i spesialisering. Tid til faglig fordypning er satt opp på tjenesteplanen, og gjennomføres mer eller mindre regelmessig (med smidighet fra alle parter!).

I løpet av mai måned har aktiviteten tatt seg opp, og vi kjenner igjen tendensen fra tidligere år: kirurgene opererer og gjør klar for sommerferien, og dermed kommer økt antall henvisninger (særlig vedrørende adjuvant behandling) til oss. Det er en årlig utfordring med alle pasienter som skal starte behandling i løpet av sommerperioden. Men med tidlig og forhåpentligvis god planlegging på avdelingen, sammen med involverte medarbeidere både på poliklinikk, sengepost og stråleavdelingen, håper vi at også denne sommerferien blir håndterbar. Meget godt samarbeid med hematologene ved avdelingen er en viktig faktor for at vi får kabalen til å gå opp!

Oppsummert går vi ved KBK i Stavanger lysere tider i møte, både når det gjelder bemanning, kompetanse og arbeidsbelastning.

Vi ønsker våre kolleger rundt om i Norge en riktig god sommer!

Nytt fra Kreftavdelingen, Haukeland Universitetssykehus (HUS)

*Ved Jon Espen Dale, Terje Nordberg,
fysiker Odd Harald Odland, og Olav Mella*

Arbeidsforhold m.m.

Bemanning, generell organisering, overtid: Det er for tiden 17 assistentleger knyttet til Kreftavdelingen, HUS. Av disse er én i D-stilling (50% forskning) og en annen knyttet 50% til den palliative enheten ved Sunniva Klinik, Haraldsplass Diakonale Sykehus. I det daglige har man ideelt sett 3 assistentleger fordelt på hver av de 3 sengepostene, 2 på simulator/doseplan og 3 ved poliklinikken. Fravær grunnet kurs, ferie, sykdom og lignende, fører til at man ofte kun er 2 assistentleger ved sengepostene, noe som gir en travel arbeidsdag. Overtid er derfor fortsatt ingen sjeldenhet, men i takt med at avdelingen

de siste år har fått tilført flere LIS-stillinger, har det totale antall overtidstimer blitt redusert. Travelheten gjør det også vanskelig å ta seg tid til prosedyrer som pleura- og ascitestapping, som dermed ofte overlates til radiologene. Avdelingsledelsen har nylig påpekt denne uheldige utviklingen, og vi må i fellesskap forsøke å finne en måte å snu denne trenden.

For å sikre erfaring med de forskjellige kreftsykdommene, er en assistentlege stasjonert 6 mnd ved hver post. Dette gjelder også for 2 av stillingene knyttet til poliklinikken, hvor man får en unik mulighet til å følge pasienter tett mens de gjennomgår spesielt palliativ kjemoterapi. Den 3. stillingen ved poliklinikken er hovedsakelig beholdt strålekontroller og adjuvant kjemoterapi, og bemannes av assistentlegene som ellers er tilknyttet sengepostene og simulator. På denne måten har alle assistentlegene jevnlig erfaring med poliklinisk arbeid, noe som er ønskelig i forhold til utdanningsplanen.

Som nevnt er 2 assistentleger knyttet til simulator, hvor de får erfaring med stråleterapi, direkteinnstillinger og tegning av doseplaner. Også her ruller man hver 6. mnd, noe som dessverre gjør at det kan gå et par år før nye assistentleger blir kjent med denne delen av onkologien.

Fordypning, kurs og kongresser: I utgangspunktet overholdes kravet til fordypningstid, da man etter tjenesteplanen har 4 timer fordypning pr. uke. Noen ganger blir denne trukket inn grunnet lite bemanning, men som oftest er det mulig å få tatt igjen fordypningen i vanlig arbeidstid ved en senere anledning. Dersom dette ikke lar seg gjøre gis det mulighet for å fordype seg på kveldstid, og skrive overtid for dette.

Alle assistentlegene får vanligvis deltatt på ett kurs hvert halvår. Kongressdeltakelse er langt sjeldnere, anslagsvis får 7–8 assistentleger anledning til å reise på kongress hvert år.

Overlegene har fortsatt en standard tjenesteplan på 52 timer/uke og de fleste sliter med å holde arbeidet innenfor denne. Avdelingen ved Førde Sentralsjukehus har fått tilførsel av en polsk onkolog og en hematolog og behovet for støtte fra Bergen har vært mindre. Derimot er det en overlege en lang dag ukentlig ved Haugesund Sykehus, vesentlig konsentrert om store tumorgrupper, som gastro-intestinalkreft og cancer mamma.

Faglig utvikling og prosjekter

Stereotaksi: Nevrokirurgisk avdeling har sammen med fysikermiljøet ved Kreftavdelingen siden 1988 tilbudt stråleknivbehandling av intrakranielle lesjoner. Gammakniv-utstyret er nylig byttet til et moderne anlegg, noe som muliggjør raskere og/eller mer sofistikerte behandlinger, også på nye indikasjoner.

Kreftavdelingen jobber nå med å implementere kranieell og ekstrakranieell linac-basert stereotaktisk strålebehandling for andre pasienter enn de som er velegnet til gammakniv. Metoden får stadig mer utbredelse internasjonalt. Trondheim har lenge vært eneste norske senter (se Onkonytt 2/06), Oslo er nå også i gang. Vi har valgt å ikke gå til anskaffelse av stereotaktisk kroppsramme (Body Frame), men vil basere oss på bildeveiledede teknikker (IGRT). For kranieell fiksasjon vil vi enten bruke standard termoplastisk maske eller et system basert på feste av en individuelt tilpasset form mot overkjeven med vacuum-teknikk (Fig. 1). Set-up vil basere seg på matching på benede strukturer ved hjelp av cone beam CT (Fig. 2). Ved behandling av lesjoner i lunge vil man også forsøke ytterligere økt presisjon ved matching direkte på tumor basert på samme teknikk. I prinsippet vil man kunne bruke samme teknikk ved leverlesjoner. Disse er imidlertid vanligvis isodense med omgivende vev, og surrogat-volumer som hele lever og diafragma kuppelen må eventuelt benyttes isteden. Implanterte markører vil også kunne bli en løsning.

Avdelingen har muligheten for 4DCT-opptak ved planleggings-CT, og det vil kunne gi mer skreddersydde



Fig. 1: HeadFIX®

Hentet fra: www.medint.de

ITV-konturer. Vi har også utstyr for pustekontrollert avgivelse av stråledosen (gating). Dette vil imidlertid forlenge og komplisere en behandling hvor disse aspektene allerede er en utfordring. En av maskinene (Varian Trilogy) kan behandle på kortere tid pga mulighet for økt

doserate (1000 MU/min), men pga begrenset feltstørrelse vil dette mest kunne anvendes kranieell.

Vi tar sikte på å starte på pilot-pasienter snarlig. Aktuelle indikasjoner i startfasen er større hjernemetastaser,



Fig. 2: Varian's Cone beam Hentet fra: www.varian.com

Status for Senter for Nukleærmedisin/PET

En av Kreftavdelingens viktigste samarbeidsrelasjoner de nærmeste årene vil være PET-virksomheten i Radiologisk avdeling i det nye Parkbygget, hvor vi har strålebunkerser, en ny sengepost og poliklinikken med dagbehandlingssenheden. Fra høsten 2008 kom man i gang med drift av det nyetablerte Senter for Nukleærmedisin/PET. Den første pasientrelaterte aktivitet i det nye senteret var oppstart av et gammakamera, som ble flyttet fra eksisterende lokaler ved Radiologisk Avdeling i Sentralblokken, over i senterets lokaler i det nybygde Parkbygget, på vestsiden av Sentralblokken.

Fra november 2008 av var man i gang med pasientundersøkelser i de nye lokalene og i løpet av februar kom i tillegg senterets nye SPECT/CT skanner på plass. Denne ble tatt i bruk for pasienter 1. mars 2009.

HUS installerte høsten 2008 en syklotron for egenproduksjon av radioisotoper og en PET/CT skanner for PET/CT undersøkelser med bruk av positronemitterene F-18 (bundet i [F-18] FDG) og, etter hvert, C-11.

For å kunne tilby PET/CT undersøkelser ved senterets nye PET/CT skanner før man selv er i stand til å levere egenprodusert [F-18] FDG, besluttet man å starte opp med tilflydd [F-18] FDG, produsert ved Norsk Medisinsk Syklotronsenter AS, ved Rikshospitalet på Gaustad, så snart man var i stand til å gjennomføre slike undersøkelser.

Den 30.04.2009 ankom de første 6 pasientdosene med [F-18] FDG fra Oslo, flydd med spesialchartret fly, til senteret. Utover våren og sommeren blir det gjennomført 6 PET/CT undersøkelser en dag i uken.

Etter hvert vil man gå over til flere undersøkelser pr uke basert på tilflydd [F-18] FDG inntil man, etter en omfattende valideringsprosess, kommer i gang med egenproduksjon av positronemitterende radiofarmaka.

Ved senteret er det bygget 4 laboratorier: et FDG laboratorium, et Forskningslaboratorium, et Universitetslaboratorium (for fysikk- og kjemiforskning i samarbeid med Universitetet i Bergen, med avsatt plass til en dyre-PET skanner) og et nukleærmedisinsk laboratorium (for nukleærmedisinsk virksomhet utover produksjon og håndtering av positronemittere). I tre av disse laboratoriene er det installert store blyskjermede (7.5 cm tykt bly) hotceller for skjerming i forhold til 511 keV gammastråling.

Senterets syklotron blir ferdigstilt og klar for produksjon av isotoper i løpet av sommeren 2009. Med denne syklotronen, som er av samme type som syklotronen ved NMS på Gaustad, vil HUS ha mer enn god nok kapasitet til å produsere isotoper for radiofarmaka til eget bruk og til å kunne forsyne andre sykehus om det skulle vise seg å bli aktuelt. Syklotronen har produksjonskapasitet til fullt dagsprogram for 3 PET/CT skannere ved én normal produksjonskjøring. Man har dermed relativt god produksjonsmargin så lenge man betjener kun én PET/CT skanner ved senteret. Det er for øvrig satt av plass til ytterligere en PET/CT skanner til i lokalene tilknyttet Senter for Nukleærmedisin/PET.

Pr juni 2009 har Senter for Nukleærmedisin/PET 23 ansatte, i løpet av året 2009 vil dette øke til 26 ansatte. Det forventes at senteret etter et par år vil ha rundt 30 ansatte. Sykehuset har valgt å la fysikerne og ingeniørene knyttet til nukleærmedisinen være faglig underlagt Seksjon for medisinsk fysikk ved Kreftavdelingen, dette for å ha et større fagmiljø og minke sårbarheten for fysikertjenesten ved sykdom og fravær. Kreftavdelingen har en tett dialog med Radiologisk avdeling om praktiske prosedyrer, gjennomføring av PET/CT i fiksering/behandlingsposisjon for stråleterapi, og samarbeid om tolkning og konsekvenser for målvoluminntegning av PET/CT bildene. Den geografiske nærhet til stråleterapien og Kreftavdelingen bør kunne resultere i en strømlinjet logistikk for denne virksomheten.

Sommerhilsen fra Kreftsenteret, Ullevål

ved Tone Ikdahl og Kjell Magne Tveit

Nå er Kreftsenteret ved Ullevål inne i sitt tredje år. Fra åpningen i oktober 2006 har virksomheten økt jevnt i alle enheter, og antall medarbeidere har økt i takt med dette. Den nye organisasjonsplanen med driftsenheter og diagnoseenheter i matrise, fungerer godt, vel tilpasset den økende og stadig mer spesialiserte pasientbehandlingen. Alle 6 strålemaskinene er i full drift (34 000 frammøter i året), poliklinikken har flere konsultasjoner (24 000) og gir flere kurer enn noensinne (ca. 10 000), og nærheten til den integrerte produksjonsenheten for cytostatika oppleves som svært hensiktsmessig. Totalt 48 senger er nå i funksjon. Vi har fortsatt reservekapasitet. Avdeling for lindrende behandling har ekspandert og flyttet inn i sin egen sengepost. Det regionale kompetansesenter for lindrende behandling for hele Helse Sør-Øst er nå samlet i bygget, med en økende tverrfaglig forskningsaktivitet og nettverksarbeid.

I 4. etg ligger forskningsavdelingen som har økende aktivitet ved Laboratorium for molekylær onkologi, utprøvningsenhet og forskningssekretariat.

Siste halvåret har vi hatt gjester i bygget. Bryst- og endokrinkirurgisk avdeling flyttet inn med sin poliklinikk, noe som gir en svært nyttig nærhet til vår brystenhets.

Tjueseks overleger (inkl. fire konstituerte) og 16 ass. leger har mer enn nok å gjøre. Medarbeiderundersøkelsen viste at overlegene opplever arbeidsbelastningen som stor. Heldigvis har vi klart å få inn tre nye legestillinger i 2009-budsjettet, men har foreløpig ikke fått hjemmelsnumre til alle. Fem overleger tar ut overlegepermisjon i 2009. To av overlegene klinisk stipend i Kreftforeningen, og i tillegg har vi to som går i deltids forskerstillinger (80 og 50%). To leger kombinerer dr.gradsarbeid med klinisk arbeid og ytterligere to er i D-stillinger. Vi prøver å tilrettelegge for en god spesialistutdanning med tett supervisjon, daglig morgenundervisning og permisjoner til obligatoriske kurs. Ass.legene får stort sett tatt ut fordypningstiden.

Siste nytt på ledersiden er at fra 1.6. ble Kjell Magne Tveit kst. Divisjonsdirektør i Kreft- og kirurgidivisjonen, mens Tone Ikdahl ble kst. Klinikksjef i Kreftsenteret.

Medarbeiderundersøkelsen viser at legene er godt fornøyd med det sosiale miljø. Turene til Studenterhytta vår

og høst, med skilek og badstu og Morten Brændengen som primus motor, bidrar til det. Også legene ved Radiumhospitalet inviteres med, noe som er spesielt viktig i disse omstillingstider når vi skal forene våre miljøer. En stor gruppe leger legger ned mye svette i Holmenkollstafetten på et av Kreftsenterets lag. Fredagskaffen rundt langbordet i 4. etg. er et svært viktig samlingspunkt.



Klar for Holmenkollstafetten.

Fagområde onkologi, Kreftklinikken, Radiumhospitalet, Rikshospitalet, Oslo universitetssykehus

ved Olav Erich Yri, Odd Terje Brustugun og Stein Kvaløy

Overskriften gir antydning av reorganisasjoner/fusjoner som har skjedd i løpet av de senere årene. I 2006 ble Radiumhospitalet og Rikshospitalet fusjonert og det meste av den onkologiske delen av voksenkreftbehandlingen har vært på Kreftklinikken, Radiumhospitalet. Kreftklinikken er inndelt i fem fagområder; Fagområde onkologi, Fagområde sykepleie, Fagområde medisinsk fysikk, Fagområde klinisk kreftforskning og Fagområde celleterapi. Kreftklinikken ledes av klinikksjefen, hvert fagområde har sin fagområdeleder som rapporterer til klinikksjefen. Vi omtaler her fagområde onkologi i hovedsak.

I januar 2009 ble universitetssykehusene i Oslo fusjonert til Oslo universitetssykehus (OUS) og i disse dager forgår et hektisk arbeid om hvordan klinikker, divisjoner og funksjoner skal integreres i det nye sykehuset. Dette arbeidet vil få betydning for Kreftklinikken og Radiumhospitalet, men omtales ikke ytterligere her da den endelige modellen ikke er vedtatt..

Fagområde onkologi (onkologisk avdeling) er inndelt

i tre seksjoner med hver sin seksjonsleder. Seksjon 1 behandler maligne lymfomer, sarkomer og ca. testis. Seksjonen har også ansvar for HMAS (ved lymfom, ca. testis og sarkomer) og mini-allotransplantasjoner (ved lymfom). Seksjon 2 har ansvar for urologisk kreft, GI-kreft og brystkreft, og seksjon 3 har ansvar for lungekreft, ØNH-kreft, øsofaguskreft, thyreoideakreft, hudkreft, CNS-svulster m.fl.

Bemanning

Fagområde onkologi har i alt 34 overleger, hvorav tre seksjonsoverleger og en avdelingsoverlege. Det er i alt 25 assistentleger (LIS), fire av disse er D stillinger som er delt 50/50 i klinikk /FoU. Undervisningsansvaret er betydelig da vi utdanner ca. 30% av landets onkologer. Avdelingen har betydelig akademisk kompetanse da 27/34 (80%) overleger og 6/25 (25%) LIS har doktorgrad. Fagområde onkologi er knyttet til UiO gjennom en professor I, to professor II stillinger og to amanuensis stillinger. Flere av overlegene er professorkompetente. Det drives en betydelig FoU aktivitet både innen klinisk- og translasjonsforskning. Mange av studiene, også de kliniske, utgår fra egen institusjon. Det publiseres et betydelig antall artikler.

Pasientbehandling

God pasientbehandling og omsorg er vår hovedoppgave. Vi arbeider stadig med at FoU skal knyttes til og være en del av pasientforløpene. Derfor har vi organisert virksomheten i behandlingsprogrammer (brystkreftprogrammet, lymfomprogrammet osv, i alt 13 programmer). Programmene er tverrfaglig sammensatt og danner også basis for de ulike multidisiplinære behandlingsteamene som legger behandlingsforløpet for den enkelte pasient.

Avdelingen har i alt 115 senger. Sengetallet har blitt betydelig redusert de siste årene og ytterligere reduksjon vil skje da vi etablerer den tredje storposten. Det har skjedd en klar dreining fra innleggelse til poliklinisk drift. Denne trenden vil øke ytterligere når sykehotellet åpner i begynnelsen av desember 2009, men allerede i dag brukes sykehotellet på Rikshospitalet flittig.

Av nyere behandlingsprinsipper er IMRT tatt i bruk i økende grad. Det gjelder også stereotaktisk strålebehandling ved hjernemetastaser, lungekreft og til en viss grad ved levermetastaser. Vi har etablert betydelig erfaring ved bruk av brachyterapi ved prostatakreft. Det skjer en betydelig

utvikling innen bildefagene (PET-CT, dynamisk MR etc) og applikasjonen av funnene i stråleterapiplanleggingen.

Utpørvingsenheten har ansvar for mange fase 1 studier, flere av disse bl.a. vaksinstudiene har sitt utspring i aktiviteten ved forskningsinstituttet.

Resultatene med mini-allo stamcelletransplantasjon ved lymfom er lovende.

Noen driftresultater 2008

Antall innleggelser:	6 011
Polikliniske konsultasjoner:	20 027
Pasientserier stråleterapi:	3 226
Frammøter til stråleterapi:	62 428
Kjemoterapikurer:	5 096

Det nye forskningsinstituttet åpner offisielt i august 2009, sykehotellet i desember 2009 og Oslo Cancer Cluster i 2012. Alle disse nybyggene vil bidra til å styrke forskning og utvikling ved Radiumhospitalet/Oslo universitetssykehus og samtidig bedre pasientkomfort og drift i betydelig grad.

Organisering og behov for overtidarbeid

Flere LIS påpeker diskrepans mellom forventninger/mangel på forventninger og organisering av utdanning og daglig drift. Det er påpekt forbedringsmuligheter innen ulike pasientrelaterte rutiner, som mottak av pasienter, og organisering av previsit og visittgang. Det er også ønskelig med større andel poliklinikk for LIS, hvor det ideelle er mulighet for parallelle poliklinikker med overlege og LIS. Fysiske forhold i poliklinikklokalenes romplan har vanskeliggjort dette, men i forbindelse med utflytting av forskningsenheter sees det muligheter for forbedring.

Det er varierende grad av behov for overtid mellom seksjonene, men generelt relativt lite for LIS med gjennomsnittlig arbeidstid på tjenesteplan på ca 42 timer/uke. På overlegesiden har de fleste arbeidsplan fra 0730 til 1730, men tross slik tjenesteplan er det til tider behov for overtidssinnsats.

Fordypning, fagutvikling og forskning

Alle LIS har tildelt veileder, veiledersamtaler settes opp i undervisningsplan. Vi har eget undervisningsutvalg, felles undervisning for alle LIS og OL tre dager per uke a ca. 30 min. I tillegg er det internundervisning på de enkelte

seksjoner etter ulikt opplegg. Det er god anledning til å delta på kongresser om man selv viser initiativ. LIS får så og si alltid ett kurs per halvår, men ikke alltid det man primært ønsker. Fordypning settes opp i tjenesteplan og er stort sett overholdt, og inndras ikke så ofte som tendensen kunne være tidligere. Innhold og plan for fordypning kan ha forbedringspotensiale. Overleger gis anledning til overlegepermisjoner etter reglementet, og i tillegg gis det permisjoner/frikjøp ved kortere og lengre eksternt finansierte forskningspermisjoner. De gis også god anledning til deltagelse ved kongresser, og det finnes også finansieringskilder til for eksempel hospitering utenlands ved overlegepermisjoner. En utfordring er å finne vikarer til å erstatte fravær.

Som nevnt over gjøres en omfattende og mangefasettert forskning ved Radiumhospitalet, og det både oppfordres til, og gis til dels anledning til å starte og videreutvikle forskningsarbeid. Utfordringen igjen er å finne tid til dette i en stadig mer arbeidsintensiv hverdag. Også fagutvikling kan til tider og ved enkelte seksjoner lide under manglende tid til slikt – nødvendig – arbeid.

Trivsel

De fleste LIS trives godt, men det påpekes forhold som mye vikariater, varierende grad av supervisjon og forutsigbarhet i den daglige drift, manglende total utdanningsplan/progresjonsplan for utdanningen/stigende grad av ansvar med stigende kompetanse. Institusjonen preges av å være tredje-linje, med relativt lite palliasjon og primærutredning. Det blir dermed relativt lite åpninger/initiativer for å ta ansvar for hele pasientforløpet.

Overlegestaben er karakterisert ved høy stabilitet, og et generelt godt arbeidsmiljø, men det er klare signaler om slitasje og økende sykefravær pga høyt arbeidspress over tid. Den siste medarbeiderundersøkelsen viste en urovekkende høy andel medarbeidere som i mindre grad var fornøyd med arbeidssituasjonen. Mye har nok sammenheng med stor arbeidsbelastning og for lite mannskap. Ledelsen vil sammen med fagforeningene og staben gripe tak i denne situasjonen. Sammen vil de forsøke finne tiltak, som kan bedre forholdene noe.

Ett år «Down under»

ved Åslaug Helland

Verden er blitt mindre, og forskning er i stor grad internasjonal. Vi kan sitte på våre hjemmepc'er og diskutere per epost, man kan «skype» og ha telefonkonferanser med utenlandske samarbeidspartnere. Man kan også gjøre analyser på servere et helt annet sted i verden. Er det i det hele tatt noe poeng i å reise utenlands på forskningsopphold? Og for de av oss med familie, er det noen verdi i å flytte med hele familien for å reise til den andre siden av jorden?

Etter at jeg fikk en invitasjon fra Professor David Bowtell på Peter MacCallum Cancer Centre, Melbourne, Australia, stilte jeg meg disse spørsmålene. Og jeg svarte ja på begge.

Dette reisebrevet skildrer i korte trekk noen av mine inntrykk fra oppholdet.

Kort om Australia

Bill Bryson skriver i sin bestselger «Down Under», at «Australia is the Norway of the southern hemisphere». Han sikter til at Australia, som Norge, er et trygt og velorganisert land. Han har rett. Australia er fredelig og godt å bo i.

Før vi reiste hadde vi en følelse av at Australia var en slags USA-light. Vi bodde ett år i California for noen år siden, og ventet vi oss på sett og vis mer av det samme: Stort land, (overfladisk) hyggelige mennesker, litt mindre verdensmestere og litt mer avslappete enn amerikanerne. Og for så vidt fant vi nettopp det, men også andre forhold ble tydelige for oss. I første rekke slo det oss hvor britisk, og ikke minst britisk-orientert, Australia er. Det er tette bånd mellom de to landene, og mange av akademikerne har sin utdanning fra England. En av fire australske statsborgere er født utenfor Australia. De fleste innvandrerne er fra England, men mange andre europeiske land er også godt representert - for eksempel er Melbourne den tredje største greske byen i verden. Slik sett er de vant til utlendinger her.

Australia er nå på verdenstoppen i fedme. De har passert amerikanerne. En undersøkelse fra 2006 viste at 72% av middelaldrende menn og 58% av kvinner var overvektige, og diabetes er Australias raskest voksende helseproblem. På sett og vis er dette overraskende. Australiere er sports-gale. De holder på med mange ulike sporter, og selv om mye er sport som drives kun i «the anglosphere», som for



eksempel Cricket, så holder de selvsagt også på med alle andre idretter i tillegg. Australia har verdensrekord i antall olympiske medaljer per innbygger. Så hvor kommer denne fedmen fra? Det som er sikkert, er at australske barn og voksne får i seg atskillige mengder godteri og kaker. På skolen er det ikke uvanlig at barna får sjokolade av læreren som belønning eller premie, hvis de har gjort det bra. De har en tradisjon med «morning tea», så skolebarna har med seg kake eller en annen snack hjemmefra. Godteri og kaker en del av det normale daglige kostholdet, både på skolen, i fritiden og på arbeidsplassen.

Forskning og Peter MacCallum Cancer Centre

David Bowtell er direktør på forskningsavdelingen og har sin egen forskningsgruppe. Gruppen arbeider med flere ulike prosjekter, både hypoksi-relaterte, utdyping av terapieresistens, samt molekylær karakterisering av ovariecancere. De har i bruk flere ulike metoder, som mikromatrise-analyser, western blot, musestudier, cellostudier, SiRNA- og miRNAanalyser.

Peter MacCallum Cancer Centre er det fremste av Australias kreftsentra, og består, som Radiumhospitalet, av både et offentlig klinisk sykehus og et kreftforsknings-senter. Det er det eneste sykehuset i Australia som kun har kreftpasienter. Sykehuset har 151 sengeplasser og 200 000 polikliniske konsultasjoner årlig. I tillegg til hovedsykehuset er det 4 strålesatelitter ulike steder i Melbourne, og til sammen utføres ca 6000 stråleserier årlig på 10 Varian lineær-akselleratorer.

Kreftinstituttet ble stiftet i 1949, og bestod i begynnelsen kun av en poliklinikk. Professor Sir Peter MacCallum var opprinnelig skotsk, og vokste opp på New Zealand. Etter at legestudiene ble avsluttet i 1914, ble han innrullet i de allierte styrkene. Han overlevde første verdenskrig, men ble resten av livet sterkt preget av skadene han pådro seg etter et gassangrep. Han fikk en stilling på avdeling for patologi i Melbourne, og jobbet iherdig for oppbyggingen av et eget kreftsenter. Da kreftsenteret kom, fikk det derfor hans navn. Det som startet i det små vokste seg større, og bestod i 1986 av flere små avdelinger rundt omkring i Melbourne. Det ble besluttet å samle troppene til St. Andrews place i østre del av Melbourne, og i 1990 flyttet Peter MacCallum Cancer Centre inn i de nåværende lokalene beliggende like ved store parkområder.

På forskningsavdelingen på Peter MacCallum Cancer Centre er der 400 ansatte involvert i basalforskning, klinisk forskning og translasjonsforskning, og i 2007 publiserte forskere og klinikere på PeterMac 323 artikler. Et slikt senterers konkurransefortrinn sammenliknet med rene basalforskningsinstitutter, er nettopp nærheten mellom klinikk og forskning. Det forenkler kontakt og samarbeid mellom kliniske og labororienterte forskningsgrupper. På Peter MacCallum er dette samarbeidet formalisert gjennom regelmessige møter, som utfyller en utstrakt uformell kontakt som en kun kan få til ved å være under felles tak.

Peter Mac er et offentlig sykehus med et særdeles godt rykte i Australia. De har høye ambisjoner og ligger langt fremme, både når det gjelder behandling, publikasjoner, inklusjon i kliniske studier og service. De kliniske tjenestene er inndelt i bryst, GI, gyn, hematologi, hode-hals, lunge, melanom/hud, neuro-onkologi, pediatrik kreft, sarkom og uro. De har også tilbud som ernæring, musikkterapi og palliativ omsorg. En gruppe frivillige er involvert både i «fund-raising» samt i service på sykehuset. For eksempel er det ofte en eldre herre som er heisfører, og som hjelper pasienter og besøkende å finne fram. Det er bibliotekstjeneste og samværsgrupper. «Fundraising» er det mye av i Australia, og i 2007 ble det samlet inn



Juleavslutning på en vingård med forskningsgruppen til David Bowtell. Undertegnede med lyseblå skjorte til høyre.

over 13 millioner australske dollar (65 mill kroner) til PeterMacCallum Cancer Centre. Givere er både privatpersoner samt store bedrifter og sammenslutninger. For eksempel gav tog-selskapet i Melbourne 1 dollar (5 kr) for hver eneste billett solgt en spesifikk dag. Ansatte på PeterMac bidrar også i innsamlingen – en stipendiat klippet av seg alt håret, laget en egen hjemmeside slik at folk kunne følge henne og hennes hårvekst, og så kunne man donere penger til PeterMac / kreftforskning.

Brannene

Det var spesielt å være i Victoria mens skogbrannene herjet. Skogbranner har det vært alltid på kontinentet, så de kom slik sett ikke overraskende. Grunnen til at brannene denne gangen likevel tok mange liv, var den voldsomme intensitet de hadde. Godt hjulpet av en hetebølge på 46-47°C i skyggen og sterk vind, rakk folk rett og slett ikke å flykte. Brannen beveget seg med en hastighet av 120 km/t, og mange ble innhentet av flammene mens de flyktet i bilene sine. Andre valgte å bli hjemme «og forsvare huset sitt», slik de hadde blitt rådet til av de lokale myndighetene. For mange ble dette den sikre død. Da flammene til slutt kom under kontroll, var det 173 døde, og 2029 hus brant ned. Enkelte småsteder var fullstendig jevnet med jorden, og behovet for hjelp til de hjemløse var enormt. Overalt samlet folk inn penger til ofrene, på skoler, på kaffebarene, på arbeidsplassene og på sportsarrangementer. Australerne viste en stor giverglede for å hjelpe ofrene, og det australske røde kors fikk inn 315 millioner australske dollar til fordeling.

Totalt sett

Det å oppsummere inntrykk fra et utenlandsopphold er ikke lett, for inntrykkene er mange. Alle hjemme-mammaene som nok bruker mye tid på «whole-body-waxing», personlig trener, lunsj med champagne, osv. Alle barna i uniformer. Gutteskoler og jenteskoler. Det at fremmede kan starte en samtale på gata og snakke om vær og vind. «No worries mate».

Det er mye arbeid i forkant av et slikt opphold, og litt strevsomt å orientere seg om alt i et nytt land, men det er også stimulerende og lærerikt for hele familien. Ungene får nye venner, og lærer en ny skole og et annerledes skolesystem å kjenne. Eldstemann hos oss, på 13 år, måtte ha blazer og slips hver dag på skolen, og måten lærerne blir

tiltalt og behandlet på her, er svært ulikt tonen på norske ungdomskoler.

Personlig hadde jeg stor nytte av et slikt forskningsopphold. Jeg har hatt og har stort utbytte av å oppleve onkologi og forskning i et annet land. Det oppleves som viktig og inspirerende å knytte nye kontakter – både kliniske og forskningsmessige. Det er noe helt annet enn å forholde seg kun til epost og telefon. Man kan også se miljøet i Norge i perspektiv, noe som også kan være nyttig! Anbefales!

DIVERSE

Nye spesialister i onkologi

Cecilie E. Kiserud
Anne Kristine Lehmann
Sigve Andersen
Janicke T. Bjercke
Olav Dajani
Christian Kersten
Bjørnar Gilje

Norsk onkologisk forenings hjemmeside

<http://www.legeforeningen.no/onkologi>

Onkonytt ønsker flere medarbeidere!
Ta kontakt hvis du er interessert

Aina Emaus forsvarte avhandlingen «Metabolic profile, physical activity, estradiol and breast cancer» for graden Ph.D. ved UiO 27. mars 2009.



Metabolsk profil, fysisk aktivitet, østrogen og brystkreft

Brystkreft er den hyppigste kreftformen og den vanligste dødsårsaken i aldersgruppen 35–55 år blant kvinner i Norge. Antallet nye brystkrefttilfeller øker parallelt med

en ugunstig livsstil kjennetegnet av fysisk inaktivitet og overvekt, såkalt ugunstig energibalanse. Aina Emaus har i sin avhandling undersøkt faktorer relatert til energibalanse fra fødsel og gjennom livet som kan være forbundet med økt østrogen og brystkreft.

Materialer fra to ulike studier, den norske Energy Balance and Breast cancer Aspects (EBBA) studien, og de fylkesvise helseundersøkelser ble benyttet. I EBBA-studien målte man daglig østrogen i spytt gjennom en hel menstruasjonssyklus hos 204 kvinner i alderen 25–35 år. Man hadde også mål på fødselsvekt, alder ved første menstruasjon, fysisk aktivitet, metabolsk profil (kroppssammensetning, fettstoffer i blodet, blodtrykk, blodsukker). I de fylkesvise helseundersøkelsene blant nærmere

40 000 kvinner i Finnmark, Oppland og Sogn og Fjordane (1974–87) ble også metabolsk profil og fysisk aktivitet målt. I perioden 1974–2005 ble det diagnostisert og inkludert 1364 brystkrefttilfeller og disse brystkreftpasientene er så fulgt i 8 år (gjennomsnitt).

Emaus og hennes medforfattere har vist at lav fødselsvekt og tidlig alder ved første menstruasjon sammen med overvekt gir høye daglige nivåer av østrogen hos unge kvinner. De finner også at fysisk inaktivitet sammen med en ugunstig metabolsk profil, påvirker nivå av østrogen. Disse høye østrogennivåene som da kan oppstå, kan være av stor betydning for senere utvikling av brystkreft. I oppfølgingsstudien blant brystkreftpasientene fant man at overvekt og fysisk inaktivitet før og etter diagnose påvirket brystkreftoverlevelse.

Avhandlingen gir økt kunnskap om kompliserte mekanismer knyttet opp livsstil, metabolsk profil og nivå av østrogen, faktorer som påvirker hvem som får brystkreft og brystkreftprognose.

Aina Emaus har startet i en post.doc stilling ved Ullevål Universitetssykehus/Kreftforeningen. Fra høsten 2009 skal hun tilbringe et år hos professor Leslie Bernstein ved City of Hope Cancer Center, California, USA og skal i samarbeid med norske og amerikanske kollegaer jobbe videre med problemstillinger knyttet til fysisk aktivitet, metabolsk profil og brystkreft.

Nina Helbekkmo forsvarte avhandlingen «Advanced non-small cell Lung Cancer – Effects of Chemotherapy and Impact on Health Related Quality of Life» for graden Ph.D. ved UiT 13. mars 2009.



Avhandlingen presenterer behandlingseffekt, bivirkninger og livskvalitet hos lungekreftpasienter som får moderne cellegiftbehandling. Pasientene i dårligst allmenntilstand, de med performance status (PS) 2 er etterpå vurdert separat, for å se om disse har nytte av cellegiftbehandling.

På verdensbasis er lungekreft den vanligste kreftsykdommen og den som forårsaker flest kreftrelaterte dødsfall. I Norge dør mer enn 2000 mennesker av lungekreft hvert år. De fleste pasientene har langtkommet sykdom og kan ikke kureres. Målet med behandlingen er forlengelse av livet og best mulig livskvalitet. Avhandlingen tar utgangspunkt i VING-studien som ble gjennomført for å undersøke om det var ulik overlevelse, bivirkningsprofil og livskvalitet forbundet med to ulike cellegiftkombinasjoner. Ca 40 % av pasientene med langtkommet lungekreft er i dårlig allmenntilstand ved diagnosetidspunktet. I avhandlingen vurderes disse pasientenes nytte og effekt av behandlingen.

VING-studien var en nasjonal multisenter fase III studie utgått fra Norsk Lungekreftgruppe. Fra september 2003 til desember 2004 inkluderte 33 sykehus over hele landet 432 pasienter i studien. Pasientene fikk tre cellegiftkurer med tre ukers mellomrom, enten vinorelbin/carboplatin, eller gemcitabin/carboplatin. De fylte ut livskvalitetsskjema ved studiens start, før hver kur og deretter regelmessig ved kontroller. Sammenligning av de to behandlingsalternativene viste at overlevelse og livskvalitet ikke var forskjellig, men at behandling med vinorelbin gir

mindre tiltakskrevende bivirkninger. Som en konsekvens av dette, ble cellegiftkombinasjonen vinorelbin/carboplatin standardbehandling ved langt kommet lungekreft i Norge. Undersøkelser om hvordan pasientene med PS 2 tålte behandlingen, viste at disse i større grad enn de som var sprekere, hadde gevinst av behandlingen. De oppnådde mer bedring i generell livskvalitet og pusteproblemer, samt mindre smerter, utmattelse, søvn- og appetittproblemer. Man frykter at cellegiftbehandling er en for stor påkjenning for PS 2 pasientene, men disse resultatene tyder på at man i større grad enn tidligere bør tilby slik behandling til pasienter som ønsker det.

Nina Helbekkmo er overlege ved Kreftavdelingen, UNN.

Hege Sagstuen Haugnes forsvarte avhandlingen «Cardiovascular risk factors and pulmonary function in long-term survivors of testicular cancer» for graden Ph.D. ved UiT 24. april 2009.



Testikkelkreft er den vanligste kreftformen blant unge menn, og >95 % blir i dag helbredet av sykdommen. Dermed er kunnskap om mulige seneffekter etter behandlingen viktig.

Takket være effektiv cytostatika-behandling som ble tatt i bruk på slutten av 70-tallet, er overlevelsen ved metastatisk testikkelkreft blitt betraktelig bedret de siste 30 årene. Standard behandling ved metastatisk testikkelkreft er i dag 3–4 kurer med cisplatin-basert kjemoterapi. Behandlingsmuligheter for pasienter med lokal sykdom er operasjon, stråleterapi eller kun en kjemoterapikur. Siden denne sykdommen primært rammer menn i 20- og 30-årene, og disse forventes å ha en nærmest normal levetid etter behandlingen, er det svært viktig å avklare om behandlingen kan føre til senbivirkninger. Vi har sett spesielt på risikofaktorer for kardiovaskulær sykdom og lungefunksjonen og om disse kan være relatert til noen av behandlingstypene.

Avhandlingen er basert på en landsomfattende etterkontroll av norske menn som ble behandlet og kurert for testikkelkreft i perioden 1980–1994. Etterkontrollen ble utført ved fem universitetsklinikker i perioden 1998–2002, og bestod av et omfattende spørreskjema, klinisk

undersøkelse ved kreftpoliklinikk inkludert måling av blodtrykk, vekt, høyde, blodprøver og spirometri. Totalt ble 1814 menn invitert til å delta, og av disse var det 1463 (81 %) som deltok. En kontrollgruppe bestående av menn uten tidligere testikkelkreft ble etablert gjennom Tromsøundersøkelsen. Vi fant ut at menn som tidligere var blitt behandlet med cisplatinbasert cytostatika, særlig i høye doser, hadde høyere forekomst av hypertensjon, fedme og metabolsk syndrom, både sammenlignet med menn som kun var behandlet med kirurgi og sammenlignet med kontroller. Menn behandlet med høye doser cisplatinbasert cytostatika og kombinasjonen cytostatika/lungekirurgi hadde redusert lungefunksjon sammenlignet med menn behandlet med kirurgi alene. Mennene som var blitt behandlet med cytostatika hadde også lavere nivåer av testosteron. Behandling med stråleterapi påvirket ikke kardiovaskulære risikofaktorer eller lungefunksjonen.

Hege Sagstuen Haugnes har arbeidet ved Kreftavdelingen ved UNN, og er spesielt opptatt av testikkelkreft og prostatakreft. Nåværende arbeidssted er ved Institutt for Klinisk Medisin, Universitetet i Tromsø. Hun er nå midlertidig ansatt som forsker og skal arbeide videre med en ny oppfølgingsstudie av de som deltok i den opprinnelige etterkontrollen.

Tom Dønnem forsvarte avhandlingen «Molecular analysis of angiogenic markers as prognostic factors for non-small cell lung cancer (NSCLC)» for graden Ph.D. ved UiT 20. mars 2009.



Nydannelse av blodkar er avgjørende for at en kreftsvulst skal etablere seg og vokse og et viktig angrepspunkt for ny kreftbehandling. Arbeidet undersøker molekyler som er viktig for reguleringen av blodkardannelse i kreftsvulster og hvordan disse påvirker overlevelsesprognosen for lungekreftpasienter.

På verdensbasis er lungekreft den vanligste kreftsykdommen og den kreftformen som forårsaker flest dødsfall. I Norge dør rundt 2000 mennesker av lungekreft hvert år. Angiogenese (nydannelse av blodkar) er en forutsetning for at en svulst skal bli større enn 1–2 mm og mange nye

medikamenter designes for å hindre slik karnydannelse. Foreløpig har resultatene vært relativt beskjedne innen lungekreftbehandling, men biologisk bør potensialet være stort. Ved å optimalisere kombinasjonen av angrepspunkt og plukke ut de pasientene man forventer å ha effekt, kan anti-angiogenese behandling bli et viktig bidrag i kampen mot lungekreft.

Avhandlingen er basert på et arbeid utgått fra en translasjonsforsknings-gruppe innen lungekreft. Dette er et samarbeid mellom Kreftavdelingen og Patologisk avdeling ved Universitetssykehuset Nord-Norge / Universitetet i Tromsø og Patologisk avdeling ved Nordlandssykehuset, Bodø. Materialet består av vevsprøver av ikke-småcellet lungekreft (NSCLC) fra 335 pasienter operert i Tromsø og Bodø i tidsperioden 1990–2004. På bakgrunn av vevsmatriser fra samtlige svulster og med innhentede kliniske og demografiske data har man undersøkt tre sentrale familier av angiogenese molekyler. I kreftcellene har flere ulike angiogenese molekyler betydning for om pasienten overlever sykdommen. I tillegg er ulike molekyler også i bindevevet rundt kreftcellene viktig for lungekreftpasientenes overlevelse. Videre har vi også observert at kombinasjoner av angiogenesemolekyler fra forskjellige familier har meget sterk prognostisk verdi for grupper av lungekreftpasienter. Hos disse kan det være spesielt interessant å gjøre nye undersøkelser for å se hvilken effekt de kan ha av kombinert anti-angiogenese behandling.

Tom Dønnem er ansatt som overlege ved Kreftavdelingen, UNN, men jobber nå mest med forskning som post.doc. ved Institutt for Klinisk Medisin, UiT.

Jo-Åsmund Lund forsvarte avhandlingen «Radiotherapy in anal carcinoma and prostate cancer» for graden Ph.D. ved NTNU 18. desember 2008.



Moderne kreftbehandling har medført at flere pasienter blir friske og flere lever i mange år etter diagnose. Behandlingen består ofte av en kombinasjon av flere behandlingsformer, hvilket medfører en økt

risiko for bivirkninger på kort og lang sikt. Dette krever at helsepersonell har vitenskapelige studier som viser hva man vinner ved kombinert behandling, hva slags opp-

følgning pasientene skal tilbys, hvilke plager pasientene har risiko for å få som en følge av behandlingen og hvordan disse plagene kan identifiseres og følges opp.

Avhandlingen belyser disse tema ved å besvare 4 forskningsspørsmål:

1. Har overlevelsen blitt bedre for pasienter med anal kreft som en følge av at kombinert strålebehandling og kjemoterapi har erstattet kirurgi som hovedbehandling?

I en studie på 111 pasienter fra Helse Midt-Norge RHF diagnostisert med kreft i analkanalen/anus i perioden 1970-2000 har vi søkt svar på dette. I den første delen av den aktuelle 30-års periode var kirurgi med fjerning av endetarmen og anus standard behandling. Siden tidlig på 1980-tallet har kombinert kjemoterapi og strålebehandling erstattet kirurgi. Blant de pasientene vi har studert, hadde 34 pasienter blitt behandlet med kirurgi alene, mens 57 pasienter hadde fått moderne behandling med strålebehandling og kjemoterapi. Total overlevelse ved 5 år var 48 % i gruppen behandlet med kirurgi, mens den var 78 % i gruppen behandlet med strålebehandling og kjemoterapi. Sannsynligheten for lokalt residiv var lavere i gruppen behandlet med strålebehandling og kjemoterapi (7 %) sammenlignet med kirurgi (33 %).

2. Er det nyttig å følge opp disse pasientene med ultralyd av analkanalen etter avsluttet behandling for å kunne påvise tilbakefall tidlig?

Av de 111 pasientene diagnostisert med anal kreft, ble 52 pasienter i tiden 1983-2000 planlagt fulgt med regelmessige ultralydundersøkelser av analkanalen. Fem prosent av disse fikk et lokalt tilbakefall i analkanalen av sin kreftsykdom, ingen av tilbakefallene ble påvist med ultralyd før de kunne påvises ved en vanlig klinisk undersøkelse. Ultralyd anses derfor å være til liten nytte, og bør ikke brukes som ledd i rutineoppfølging av pasienter behandlet for anal kreft.

3. Er «SOMA/LENT» graderingen for strålebivirkninger fra endetarm et pålitelig måleinstrument etter behandling for prostatakreft?

I en studie har vi fokusert på bivirkninger fra endetarmen etter behandling for prostatakreft. En stor skandinavisk studie (SPCG-7) sammenliknet resultatene av hormonbehandling (HT) alene med HT pluss strålebehandling (RT) for prostatakreft. Totalt ble 880 pasienter inkludert, av disse var 178 pasienter inkludert ved St Olavs Hospi-

tal. 103 av disse 178 pasientene tok i mot et tilbud om å delta i vår undersøkelse på sene bivirkninger fra endetarm. Disse 103 pasientene ble evaluert med spørreskjemaer som måler helserelatert livskvalitet (EORTC QLQ-C30 + QUFW94). Dessuten vurderte legen bivirkninger fra endetarmen (EORTC/RTOG score og SOMA/LENT) og det ble foretatt funksjonsundersøkelser av endetarm/endetarmsåpning (endoanal ultralyd og rektoanal manometri).

Resultatene peker på betydelige svakheter ved måleinstrumentet som ble benyttet til den legerapporterte graderingen av bivirkninger fra endetarm (SOMA/LENT). Studien viser at SOMA/LENT ikke er et optimalt måleverktøy for å vurdere graden av bivirkninger etter strålebehandling for prostatakreft.

4. Er bivirkningene fra endetarmen mer uttalte etter hormonbehandling og strålebehandling sammenliknet med bivirkningene etter hormonbehandling alene i behandlingen av pasienter med prostatakreft?

I den samme gruppen menn med prostatakreft (SPCG-7 behandlet ved St Olavs Hospital) påviste vi at bivirkningene fra endetarm 5 år etter oppstart behandling var mer uttalte i gruppen som fikk HT + RT sammenliknet med gruppen som fikk HT alene. Den helserelaterte livskvalitet var lik i de to gruppene, mens de pasientrapporterte endetarmsplager var 2–4 ganger mer uttalte hos pasienter behandlet med RT + HT. Likeledes var legerapporterte symptomer (SOMA/LENT) mer uttalt i den bestrålte gruppen pasienter. Rektoanal manometri påviste at de bestrålte pasientene hadde fått redusert sin lagringskapasitet i endetarmen med ca 50 %, mens analkanals anatomi vurdert ved ultralyd ikke var endret.

Generelle konklusjoner

Avhandlingen viser at moderne behandling for analkreft har forbedret overlevelsen. Endoanal ultralyd har ingen nytte i oppfølgingen etter slik behandling. Dette har medført at pasientene i Norge ikke lenger følges med denne metoden.

SOMA/LENT for vurdering av sene rektale bivirkninger er ikke et godt mål, og bør forbedres. Dessuten peker avhandlingen mot at de måleverktøy man har for å kunne vurdere bivirkninger etter strålebehandling sannsynligvis er langt fra optimale. De subjektive bivirkninger etter hormonbehandling pluss strålebehandling for prostatakreft

er moderat forhøyet, mens den målte funksjonen i endetarmen er betydelig redusert etter slik behandling. Den påviste reduksjonen i funksjon kan bety at bivirkningene vil forverres ytterligere med tid.

Jo-Åsmund Lund arbeider til daglig som overlege ved stråleterapienheten ved Kreftavdelingen, St Olavs Hospital HF. Han har i tillegg bistillinger i Sosial og Helsedirektoratet og ved Institutt for Kreft og Molekylær Forskning, NTNU.

Åse Bratland forsvarte avhandlingen «Therapeutic targeting of molecular mechanisms involved in tumor progression and metastasis» for graden Ph.D. ved UiO 17. februar 2009.



Kreftlege Åse Bratland har i sin avhandling kartlagt biologiske mekanismer som styrer spredning av kreft og kreftcellers respons på strålebehandling.

Moderne kreftbehandling er basert på kunnskap om det biologiske grunnlaget for vekst og spredning av kreftsvulster. Gjennom forskning for å kartlegge ulike biologiske mekanismer økes vår kliniske forståelse slik at vi med enda større presisjon kan målrette behandlingen for den individuelle pasienten og hennes/hans kreftsykdom. Moderne, såkalt biologisk rettet kreftbehandling kan brukes alene eller sammen med eksisterende kreftbehandling, som strålebehandling og cellegift, for å bedre effekten av disse.

I sin avhandling *Therapeutic targeting of molecular mechanisms involved in tumor progression and metastasis* har Åse Bratland og hennes medarbeidere kartlagt nye signalmekanismer som styrer spredning av kreftceller og kreftcellers respons på strålebehandling. Forskningen har identifisert nye gener og signalveier som blir aktivert i spredningsprosessen og strålingsrespons. Moderne – og kostbare – medikamenter som allerede brukes i kreftbehandling eller er i utvikling påvirker nettopp slike signalveier og kan brukes for å forbedre effekten av strålebehandling og hemme kreftspredning.

Åse Bratland arbeider som overlege ved Kreftklinikken, Radiumhospitalet.

4. Internasjonale konferanse i Trondheim i Palliativ behandling, 15.–16. oktober 2009

Kjære kolleger,

I midten av oktober 2009 arrangerer det palliative forskingsmiljøet rundt Seksjon lindrende behandling og Det medisinske fakultet, NTNU, den 4. internasjonale konferansen i Trondheim i palliativ behandling. Konferansen arrangeres som et samarbeidsprosjekt mellom Kompetansesenter i lindrende behandling, Midt-Norge, Forskningsgruppe Smerte og Palliasjon og Nordisk Spesialistkurs i Palliativ Medisin. Konferansen henvender seg i år til alle klinikere, helsearbeidere og forskere som arbeider med kreftpasienter. Fokus vil være på behandling, forskning og organisatoriske problemstillinger.

Leder i organisasjonskomiteen er Stein Kaasa, professor i palliasjon ved NTNU og seksjonsoverlege ved Seksjon lindrende behandling, St. Olavs Hospital.

Konferansen arrangeres i Trondheim som en videreføring av tidligere internasjonale palliative konferanser i byen. Det er et mål at konferansen skal bli en årlig foreteelse og et møtepunkt for nordiske helsearbeidere innen palliasjon. Antall plasser er begrenset, og vi forventer å kunne fylle alle tilgjengelige seter (250). De fleste deltakere forventes å komme fra Skandinavia.

Fristen for innlevering av abstracts (ikke påkrevd for deltakelse) er 1. september. Programmet for konferansen vil i stor grad baseres på innsendte bidrag, samt at flere ledende klinikere og forskere holder innlegg i plenum. Professor Augusto Caraceni Professor Kenneth Fearon vil holde innlegg om henholdsvis Smertebehandling og Kakeksi. I tillegg vil det være muligheter for dybdestudier innen ulike interessefelt, der også våre internasjonale gjester vil delta. Språk vil være nordiske språk og engelsk.

Konferansen arrangeres på nye Øya Helsehus ved St. Olavs Hospital, samt nabobygget medisinsk-teknisk forskningssenter (MTFS), NTNU. Konferansen vil reservere et tilstrekkelig antall hotellrom i byen til meget gunstige priser for perioden.

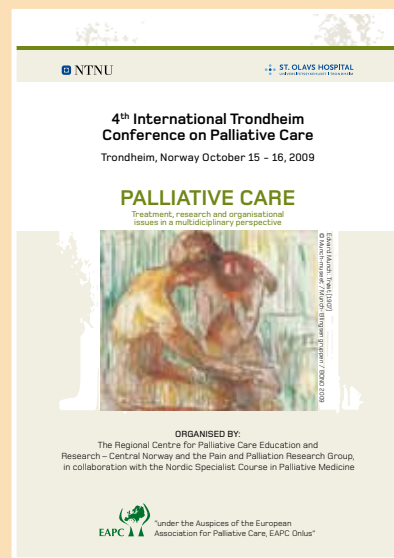


Konferansen har en egen nettside: <http://palliative.no>

Her finnes program, registreringsskjema og praktisk informasjon. Ved påmelding før 1. september innvilges redusert påmeldingsavgift.

Velkommen til Trondheim og den 4. Internasjonale konferanse i Palliativ behandling.

Med vennlig hilsen Organisasjonskomiteen





Kreft- overleverer

– ny bok utgitt av
Sophie D. Fosså,
Jon Håvard Loge og
Alv Dahl

De som lever lenge etter kreft, er nå blitt mange. Omtrent 60 prosent av de som får kreft er i live etter fem år. Ved utgangen av 2007 var 107 369 nordmenn i live fem år eller mer etter diagnosen. Dette gjør at det trengs en bok som formidler hva vi vet om livet som kreftoverlever.

Forskningen viser at det å bli reddet fra kreftsykdommen har sin pris. Effektiv kreftbehandling kan gi seneffekter som først melder seg etter 10–20 år eller senere. Denne boka gjennomgår dagens viten om kreftoverleverer angående:

- Hvordan er det å være kreftoverlever?
- Hvem er overleverne?
- Hvordan er det å overleve kreft i barndommen?
- Hva er de kroppslige seneffektene og hva kan gjøres med dem?
- Effektene på psykisk helse, seksualitet, energinivå og livskvalitet?
- Hva er betydningen av fysisk aktivitet og kosthold?
- Hvilke trygdeytelser og sosial støtteordninger er aktuelle?

Sophie D. Fosså, Jon Håvard Loge og Alv A. Dahl er alle professorer og ansatte ved Nasjonalt kompetansesenter for langtidsstudier etter kreftbehandling, som er lokalisert til Radiumhospitalet. De fleste av bokens øvrige forfattere er også knyttet til dette senteret.

Forordet i boka er skrevet av generalsekretæren i Kreftforeningen. På første siden siteres Kongen, som jo også er kreftoverlever.

*Redaksjonen ønsker alle en
flott sommer!*

