

onko

Nytt

Medlemsblad for Norsk onkologisk forening Nr. 1 Juni 2010 Årgang 8



Kjære kollega	3
Nytt fra NOF	4
Referat fra årsmøtet i NOF	5
Onkologer og arbeidssituasjon	6
OnkoLis	7
Nytt fra faggruppene	8
Nytt fra spesialitetskomiteen	11
Nytt fra avdelingene	12
Atomvåpen og stråling	16
Symposium febril nøytropeni	20
Onkologisk forum	23
Rehabilitering av kreftpasienter	25
Veien videre: kreftrehabilitering	30
Rehabiliteringssentre	32
Nye doktorgrader	43



Forsidebildet er fotografert fra Malm i Trøndelag v/Heidi Hoff, andre bilder i dette nummer av Onkonytt er fotografert av Heidi Hoff og Dag Clement Johannessen.

Medlemsblad for Norsk onkologisk forening

Redaktør:

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

Redaksjonsmedlemmer:

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

Dag Clement Johannessen Oslo universitetssykehus, Ullevål
Tlf.: 23 02 66 00
E-post: dag.johannessen@ullevaal.no

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

Cecilie E. Kiserud Oslo universitetssykehus, Radiumhospitalet
Telefon: 22 93 40 00
E-post: cecilie.essholt.kiserud@radiumhospitalet.no

Magnar J. Johansen Universitetssykehuset Nord Norge, Tromsø
Telefon: 07766 / 77 62 67 75
E-post: magnar.johansen@unn.no

Sekretær:

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

Styret i Norsk onkologisk forening

Andreas Stensvold (leder) Helse Sør-Øst
Andreas.stensvold@radiumhospitalet.no

Eva Hofslil Helse Midt-Norge
eva.hofslil@medisin.ntnu.no/eva.hofslil@stolav.no

René van Helvoirt Helse Sør-Øst
rene.helvoirt@sshf.no

Birthe Lie Hauge Helse Vest
birthe.lie.hauge@sus.no

Hege Sagstuen Haugnes Helse Nord
hege.sagstuen.haugnes@uit.no

Spesialitetskomiteén i Onkologi

Liv Ellen Giske Sykehuset Innlandet, Gjøvik, leder

Stein Kvaløy Oslo universitetssykehus, nestleder

Ingvil Mjåland Stavanger Universitetssykehus, medlem

Jarle Karlsen St.Olavs Hospital, Trondheim, medlem

Olav Erich Yri Oslo Universitetssykehus, YLF-representant

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

Forsommeren går fort, det er som regel travle dager før ferien begynner, både på jobb og hjemme. Innimellom travle dager på jobb med sommerbemanning, håper vi alle får nyte noen deilige soldager og lange lyse sommernetter. Vi håper dere finner tid og har glede av noen tanker og faglige smådrypp i Onkonytt fra kolleger rundt i landet.

Som tidligere, byr også dette nummeret av Onkonytt på litt forskjellig. Kreftbehandling er krevende både fysisk og psykisk, og pasienter har ofte ønske om, og behov for, rehabilitering av ulik grad etter endt behandling. Rehabilitering er også fremholdt som viktig fra politisk hold, men hva vet vi om rehabilitering av kreftpasienter og hvilke tilbud finnes? Med ønske om å belyse dette har vi denne gang valgt rehabilitering som minitema. Kolleger ved Nasjonalt Kompetansesenter for seneffekter, og generalsekretær i Kreftforeningen, belyser i sine innlegg status og tanker om veien videre. Deretter presenterer flere rehabiliteringssentre sine tilbud og erfaringer med denne pasientgruppen. Rehabilitering av kreftpasienter foregår imidlertid på flere steder og miljøer enn det som er presentert her, men vi håper innleggene kan være illustrerende for arbeidet med rehabilitering.

Det er med glede og interesse vi leser at både den nyopplevte spesialitetskomiteen og styret i NOF i den kommende perioden vil ha sterkt fokus på den store utfordringen som ligger i den manglende utdanningskapasiteten og behovet for onkologer i årene som kommer, i tillegg til innholdet i utdanningen. Mangelen på utdannelsestilinger var et sentralt tema i den aller første utgaven av Onkonytt (nr 1, 2003). Forut for dette hadde spesialitetskomiteen i 2002 levert en analyse til Utdanningsavdelingen i Legeforeningen med et konservativt anslått behov for 130 nye spesialister i onkologi innen kommende 10 års periode (13 per år). Styret i NOF ba i et møte med helsedirektoratet i 2002 om umiddelbar opprettelse av 25 nye utdanningsstillinger for å møte behovet. De kommende 3 årene ble det opprettet totalt 10 stillinger (Onkonytt nr 2, 2005). Den urovekkende situasjonen ble igjen belyst i et innlegg av Stein Kvaløy i juni 2006. Med stigende antall kreftsyke og økte behandlingsmuligheter, ble behovet for nye spesialister de nærmeste 10 år anslått til 20-25 per år. Flertallet av oss kjenner oss trolig igjen i resultatene fra NOFs undersøkelse om onkologers arbeidsforhold (publi-

sert i Tidsskriftet i mars, oppsummert i dette nummeret). Vi trives med faget, men opplever et stort gap mellom arbeidsoppgaver og legeressurser, mange føler arbeidsmengden er for stor til at vi rekker over den. Styret i NOF har vært i møte med politikere i vår, og vi håper NOF, spesialitetskomite og avdelingsledere i landet sammen holder et høyt trykk på bemanningssituasjonen i håp om tiltak som monner i nær fremtid!

Mange faggrupper har på oppdrag fra Helsedirektoratet arbeidet med å utgi handlingsprogrammer, og nå er det også kommet for prostatakreft og tykk- og endetarmskreft. Det er også gjengitt utkast til tekst til en brosjyre om PSA testing, og det etterlyses innspill og tilbakemeldinger fra fagmiljøet. Linker til alle handlingsprogram finner du nå på den nye adressen til NOFs webside www.onkologi.no.

Ved Oslo universitetssykehus arbeides det med å forme en ny stor kreftavdeling. Fra det øvrige innholdet nevnes rapport fra «International Symposium on Febrile Neutropenia». Vi kan også lese om arbeidet til Leger mot atomvåpen med mer!

En stor takk til Gunilla Frykholm som nå etter mange år har sluttet i redaksjonen til Onkonytt. Vi benytter anledningen til å ønske Magnar Johansen velkommen som nytt medlem av redaksjonen, og er svært glad for å ha fått ham med på laget. Takk til alle dere som har bidratt med innlegg!

Vi ønsker alle en riktig god sommer!



Nytt fra Norsk onkologisk forening

ved Andreas Stensvold

Kjære medlem og kjære onkologer

Ja, nå har det gått ½ år siden forrige utgave av Onkonytt. Siden forrige utgave har det skjedd mye innen Onkologisk forening. Vi har arrangert OnkoLIS som du kan lese mer om i bladet. Blivende onkologer møttes utenfor Gardermoen og hadde 2 minnerike dager i slutten av januar, hvor brystkreft var satt i hovedsetet. Treffet ga også rikelig med muligheter til å bli kjent med andre som ønsker å bli onkologer.

Foreningen har jobbet jevnt og trutt med største den utfordringen som vil treffe oss alle de neste 20 årene. Vi ser at behovet for onkologer vil øke betydelig. I begynnelsen av mai hadde vi møte med Erna Solberg med representanter fra Høyres medlemmer i Helse og Sosialkomiteen, de fikk innblikk i behovet for onkologer i framtiden. Vi har fått god tilbakemelding fra dette møtet.

Styret har sammen med den nye spesialistkomiteen begynt å se på og revurdere utdanningen av onkologer, slik at den blir mest mulig tilpasset dagens og fremtidens behov.

I hovedstaden har det skjedd store forandringer. Ullevål og

Radiumhospitalet er nå slått sammen til en kreftenhet, som for mange av oss vil ha betydning for arbeidet framover. Vi håper og tror at dette kan være til nytte for pasienter. Man ser konturene av økt omfang av onkologisk behandling ved Akershus universitetssykehus.

Foreningen trenger fortsatt innspill til saker som dere ønsker at vi skal jobbe for.

Jeg ønsker alle våre medlemmer en riktig god sommer, og håper at man får rikelig anledning til å nyte sommeren med sine nærmeste.

Med vennlig hilsen

Andreas Stensvold, leder NOF



Comfort Hotel RunWay Gardermoen
27. og 28. januar 2011

Et detaljert program vil bli sendt ut til LIS i løpet av juni

GlaxoSmithKline, Sanofi-Aventis og Fresenius Kabi i samarbeid med Norsk onkologisk forening (NOF), har gleden av å annonsere OnkoLIS 2011 møte.

Temaet for dette møtet blir urologisk cancer

Torsdag 27.01.11, kl 17.00 – 20.15

- Nytt fra NOF
- Kasuistikker
- Cancer vesicae: Patologi, kirurgi, rekonstruksjon av avløp, kjemoterapi, strålebehandling
- LIS: Klinisk forskning fra Sør til Nord

Fredag 28.01.11, kl 08.45 – 12.15

- Cancer prostata: Behandling / ikke behandling, ekstern strålebehandling, brachyterapi, kirurgi, systembehandling, hormonell behandling og konsekvenser for seksuallivet

Fredag 28.01.11, kl 13.15 – 15.30

- Cancer renis: Kirurgi, nefrectomi ved stadium IV?, systembehandling
- Kasuistikker

Product Partnering



Dette arrangementet arrangeres i samarbeid med avtaler om samhandling som Legemiddelindustriforeningen har inngått med Den Norske Legelæreforening, Norges Farmaceutiske Forening, Norsk Sykepleierforbund og De regionale helseforetakene. For deg som helsepersonell medfører dette at både du og arrangementet har rettigheter og plikter som skal sikre at arrangementet er av god faglig kvalitet og at det ikke er egnet til å skape forestillinger om uheldige forbindelser mellom industri og helsepersonell. For mer informasjon se www.lmi.no/standardinformasjon

Vi minner om at leger, sykepleiere og farmasøyer må innvite samtlige fra arbeidsgiver for å delta på dette arrangementet. I henhold til legemiddelforskriftens helsepersonelldefinisjon er det kun leger, sykepleiere og farmasøyer som har adgang til industriens møter. Det er derfor ikke anledning til å invitere andre yrkesgrupper.



Nytt redaksjonsmedlem: Magnar Johannes Johansen

Magnar J. Johansen er nytt medlem i redaksjonen. Han har arbeidet på Kreftavdelingen på UNN siden 2005 og var i 2009 engasjert av Lindring i Nord med revidering av *Håndbok i lindrende behandling*. Når han forlater hospitalet og kler seg som en vanlig mann, rusler han rundt og beundrer det blåe lyset i ishavsbyen, mesker seg med gastro-nomiske godbiter, blar i en halvlest bok og heier på TIL.

12.04.10. Holmenkollen Park Hotell, Oslo.

Saksliste:

1 Valg av ordstyrer

Andreas Stenvold (leder NOF) velges.

2 Godkjenning av dagsorden

Dagsorden godkjent.

3 Styrets årsberetning v/ Birthe Lie Hauge

Gjennomgang av årsberetning fra 2009.

4 Gjennomgang av regnskap v/ Andreas Stensvold

Gjennomgang av årsregnskap og følgebrev med presisering av at annonseinntekter er avgiftspliktig omsetning, og at NOF må betale arbeidsgiveravgift for styrehonorar.

Regnskap godkjent. Aksept for at styret sjekker vedr MVA for annonseinntekter og evt øker priser på annonser til neste år.

Styret gies også mulighet for å ta ut honorar i form av dekning av relevant kongress/konferanse.

5 Onkonytt v/ René van Helvoirt

Orientering av fagbladet Onkonytt, som utgis 2 ganger årlig. René representerer NOF i redaksjonen.

6 Årets onkolog v/ Hege Sagstuen Haugnes

Presentasjon av forslag fra styret om årlig pris til «årets onkolog».

Foreslår f.eks. kunst for et visst beløp og en pengegave (samlet sum max 10.000), til en onkolog som på en eller annen måte har utmerket seg. Må være medlem i NOF. Kan være enten ferdig spesialist, eller under spesialistutdanning i onkologi. Kandidater foreslås til en komité, som utpeker en «vinner». Komitéen skal bestå av et styremedlem og 2 øvrige medlemmer i NOF. Styret gies fullmakt til å spørre medlemmer om å stille i komitéen.

Ordningen vil presenteres i Onkonytt. Medlemmene oppfordres til å melde kandidater med begrunnelse. Beslutes at det på årsmøtet våren 2011 kan tildeles den første prisen.

7 Andre fagmedisinske saker:

- 1) Nettsiden for foreningen presenteres av Hege Sagstuen Haugnes. NOF har kjøpt domenet onkologi.no. Vi oppfordrer alle til å benytte denne internettadressen; da kommer man rett inn på vår hjemmeside under legeforeningen.
- 2) Orientering ved Kirsten Mariehagen vedr. spørreundersøkelse blant onkologer, publisert i Tidsskriftet 5/10.
- 3) LIS forum, orientering v/ René van Helvoirt.

Hva mener norske onkologer om sin arbeidssituasjon?

ved Kirsten Marienhagen, tidligere styremedlem i NOF

Den 11. mars ble endelig artikkelen om norske onkologers arbeidsforhold publisert i Tidsskrift for Den norske legeforening. Det har vært en lang prosess, fra NOF-styret i november 2005, på bakgrunn av bekymringsmeldinger fra sine medlemmer, bestemte seg for å kartlegge arbeidssituasjonen og til resultatene nå endelig kom på trykk.

Men selv om prosessen har tatt tid, tror vi at problemstillingen fortsatt er like aktuell. Målet med undersøkelsen var ikke å «syte over hvor ille vi har det», men å kartlegge hvor «skoen trykker» og i neste instans komme fram til konkrete tiltak som medlemmene mener ville øke trivsel, noe som vi tror er en forutsetning for å bedre rekrutteringen og samtidig holde kreftleger i klinikken.

174 av 298 leger (58 %) svarte på det utsendte spørreskjemaet. 3 av 4 spesialister anga at «arbeidsmengden er så stor at de har problemer med å rekke alt» og 63 % av spesialistene mener at «jobben tar så mye energi at det går utover privatlivet». 3 av 4 av både onkologene og LIS oppga at de var «lite eller svært lite fornøyd» med tiden de hadde til faglig fordypning og forskning. Samtidig var det bred enighet blant responderne om at onkologi er et meget spennende, inspirerende og utfordrende fag med stor variasjon i arbeidsoppgaver. Spesielt fremheves tverrfagligheten som givende, og jobben i sin helhet som meningsfull. Ut fra resultatene fra spørreundersøkelsen er onkologer prinsipielt fornøyde med faget og tilfredse med jobben som helhet. Det nevnes spesielt et godt arbeidsmiljø som en av hovedfaktorene. Dette ønsker vi å bevare!

Vi onkologer jobber daglig med en tung og krevende pasientgruppe som utfordrer oss på mange plan. Internasjonalt har man vist at daglige møter med «liv-død-problematikken» øker risikoen for utbrenthet. Man trenger «tid til å trekke pusten mellom slagene» og er ekstra avhengig av et velfungerende arbeidsmiljø blant kollegaer som kan «bakke en opp» i vanskelige situasjoner.

I den kliniske hverdagen oppleves et stort gap mellom arbeidsoppgaver og legeressurser. Dette bekymrer oss, særlig tatt i betraktning at det spås prekær mangel på onkologer, både på kort og særlig på lang sikt. Dette har opp

gjennom årene vært påpekt fra flere hold, blant annet i Onkonytt. Dessverre er det ikke satt i gang noen effektive tiltak, og forholdene er kanskje heller blitt verre.

I vår spørreundersøkelse viste det seg at følgende tiltak ville ha hatt betydning for trivsel:

- Opprettelse av flere legestillinger (både utdannings- og overlegestillinger): «Vi må bli flere for å kunne dekke dagens og ikke minst fremtidens behov.»
- Økning i utdanningskapasiteten: Det tar gjennomsnittlig 8,3 år å utdanne en onkolog (fra embetseksamen til spesialistgodkjenning).
- Tid til faglig fordypning og forskning: Dette er helt avgjørende for å kunne opprettholde kvaliteten av behandlingen og for at pasientene våre skal være sikret moderne og god kreftbehandling.

Vi mener at dette er viktige og praktisk gjennomførbare tiltak som kan være med å sikre akseptabel bemanning i framtiden, noe som er en forutsetning for å kunne gi våre pasienter kvalitativt høyverdig behandling også i framtiden. Dette forutsetter dog en vilje fra sentralt hold til å tilføre ressurser, både i kroner og øre og personellmessig ved å opprette flere stillinger.

Vi mener at det haster å sette inn slike tiltak, og at det må planlegges og organiseres slik at det blir gjennomførbart. En samlet Norsk onkologisk forening bør jobbe med å synliggjøre problemet.

Referanser

Marienhagen K, Helland Å, Nordberg T, Guren MG, Hofslie E: Hva mener norske onkologer om sin arbeidssituasjon? Tidsskrift for den norske legeforening 2010; 5: 487-9. http://tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1953451.

Helland Å: Dagens bemanningssituasjon og behov for utdanning av flere onkologer. Onkonytt nr.1, 2008 s 5-6. <http://www.legeforeningen.no/id/126724>.

Norsk onkologisk forenings hjemmesider:

<http://www.onkologi.no>

OnkoLiS-møtet 21. og 22. januar 2010

ved Kristine Kaada for LiS'ene i Stavanger

Norsk Onkologisk Forening tok i fjor initiativet til å starte opp igjen med årlige møter for leger i spesialisering (det som tidligere het AssistentlegeForum). Det første årlige OnkoLiS-møtet ble arrangert 21.-22. januar 2010. Alle landets unge, lovende onkologspirer ble invitert til å delta på seminaret som ble avholdt på Gardermoen. Mye takket være GlaxoSmithKline og Fresenius Kabi hadde vi tak over hodet og kunne boltre oss på et av de fine hotellene nær flyplassen. Seminaret gikk over to dager, torsdag ettermiddag og fredag frem til middag. Årets tema var cancer mammae. Programmet kunne love variert og spennende repertoar med svært anerkjente forelesere fra inn- og utland.

Vi var over 60 påmeldte fra hele landet, og takket være avdelingsoverlegene rundt om ble det lagt til rette for at så mange som mulig kunne dra fra hvert sykehus. En svært så talefør og underholdende møteleder kastet oss direkte inn i kliniske problemstillinger rundt temaet, og ved hjelp av mentometerknapper skulle vi svare etter beste evne. Dette ble en uformell og engasjerende start på møtet. Forelesningene svarte til forventningene med svært dyktige og engasjerende forelesere innen hvert sitt felt. I pausene og under middagen kunne vi sosialisere oss med andre LiS'er i samme båt, men fra andre sykehus.

Det ble et intensivt, men innholdsrikt første OnkoLiS-møte om cancer mammae. Vi har fått utrolig mye input i form av å møte foreleserne, komiteen og andre onkologer under utdanning. Det å dele gleder, utfordringer og erfaringer i en avslappet setting som dette, er uvurderlig. Vi gleder oss til neste år!

(Programkomiteen besto av Anne-Tove Brenne (St. Olav), Magnar Johansen (UNN), Lena Turzer (OUS), René van Helvoirt (NOF) og Sigurd Ørstavik (OUS).)



Handlingsprogram for prostatakreft, et smertens barn ved Dag Clement Johannessen

Handlingsprogram for prostatakreft ble publisert 17. desember i 2009 etter lengre tids arbeid. Mange av medlemmene i styringsgruppen i NUCG var involvert i arbeidet, målet var å komme fram til et dokument som kunne tjene som et grunnlag for en mer enhetlig utredning og behandling av prostatakreft her i landet. Mye av anbefalingene er søkt harmonisert med andres handlingsprogram (f.eks EAU) og i den grad det har vært mulig evidensbasert. Tre grupper arbeidet fram hvert sitt forslag i henholdsvis diagnostikk, kurativ behandling og palliativ behandling, som tilslutt ble sydd sammen av en redaksjonsgruppe bestående av klinikere (onkologer og kirurger) og representant fra Kunnskapssenteret. Handlingsprogrammet ble sendt på høring internt i fagmiljøet og eksternt i regi av Helsedirektoratet, og ble som sagt lansert i desember 2009. Behandling av prostatakreft er i en del tilfeller kontroversiell, kunnskapen om behandlingsmuligheter og effekt endrer seg over tid. Samarbeidet med fagmiljøet er vesentlig for den kontinuerlige oppdatering. NUCG i samarbeid med Helsedirektoratet er ansvarlig for å videreføre arbeidet, men man er helt avhengig av et tett og nært samarbeid med fagmiljøet. Ellers er det fare for at dette handlingsprogrammet ikke vil ha praktisk betydning.

– Redaksjonsgruppen ble bedt om å lage en brosjyre som informasjon om PSA testing. Denne ble levert Helsedirektoratet, men er foreløpig ikke utgitt. Vi vil gjerne ha tilbakemeldinger fra fagmiljøet om teksten, siden det er meningen at brosjyren skal erstatte den tidligere brosjyren som i stor grad var negativ til PSA testing.

”Vi ber deg gjøre deg kjent med forholdene som er beskrevet i denne brosjyren, før du velger å ta PSA prøve.

Hvor mange får prostatakreft?

Kreft i blærehalskjertelen (prostatakreft) er den vanligste kreftsykdom som rammer menn i Norge, antall nye tilfeller har øket og er nå over 4000 nye tilfeller i året. De



fleste av svulstene befinner seg innenfor selve prostata på diagnosetidspunktet, men i en del tilfeller vil kreftcellene allerede ha beveget seg ut over prostatas grenser og blant et mindre antall finner man fjernspredning på diagnose-tidspunktet.

Hvordan utvikler sykdommen seg?

Prostatakreft oppfører seg på høyst forskjellige måter. Fra et meget aggressivt forløp, til en sykdom som kan forbli ubehandlet over mange år eller ikke gi symptomer i det hele tatt. For pasienter med meget god prognose er det i mange tilfeller usikkert hvem som trenger og hvem som ikke trenger behandling.

Hvordan påvises prostatakreft?

PSA

PSA (prostata-spesifikt antigen) lages og skilles ut av prostatacellene. En meget liten mengde «lekker» fra prostata ut i vevet ved en normal prostata, derfor måler man bare

en lav verdi i blodet på friske menn. Ved skade i prostata lekker PSA ut fra prostatakjertelen til blodet, og det vil kunne måles forhøyet verdi ved en blodprøve. PSA er derfor ikke å betrakte som en spesifikk kreftprøve, men som en sannsynlighet for prostataskade. Årsaken til denne skaden kan være flere, både betennelse og godartet vekst av kjertelen, men er i mange tilfeller en kreftsykdom. Ved prostatakreft vil kreftcellene bidra til ytterligere forhøyete verdier av PSA som er målbare i blodet. Ved høyere PSA verdi er sjansen for prostatakreft økende.

Biopsi

For å fastslå at det virkelig dreier seg om prostatakreft er det ikke tilstrekkelig med en forhøyet PSA alene. I tillegg til en legeundersøkelse med palpasjon av prostatakjertelen må det gjøres en vevsprøve (biopsi), hvor det hentes ut celler fra selve prostatakjertelen for mikroskopisk vurdering. Ved tidlig sykdom kan det være vanskelig å treffe på kreftceller på grunn av små ansamlinger av disse cellene imellom de normale cellene. Det er ikke uvanlig at en biopsi må gjentas en eller flere ganger på grunn av manglende funn av kreftceller.

Hvilken behandling skal jeg velge?

Vurdering av behandling gjøres på bakgrunn av funn ved biopsien, PSA-nivå og klinisk undersøkelse, noen ganger supplert med andre undersøkelser. Vi (kirurger og kreftleger) er i mange tilfeller i stand til å si om sykdommen er av en alvorlig type som krever behandling, eller om behandling kan vente. De anbefalingene vi gir vil imidlertid alltid basere seg på den enkeltes allmenntilstand, sykdom, den enkeltes egne forventninger til behandlingen, og vurdering av antatt behandlingsnytte opp mot risiko for bivirkninger.

Pasient og lege vurderer sammen ulike behandlingsalternativer, det forutsetter at legen informerer om både nytte og bivirkninger ved de forskjellige behandlingsalternativer.

Hvorfor er PSA test omdiskutert?

Økende bruk av PSA test har ført til en betydelig økning i diagnostiserte tilfeller av prostatakreft og spesielt har det vært en økning av pasienter med tidlig sykdom. I noen av disse tilfellene vil sykdommen aldri gi noen form for problemer og trenger folgelig ingen form for behandling, ideelt sett. Hvis PSA test i de tilfellene ikke hadde blitt

utført, ville sykdommen forblitt udiagnostisert og man kunne unngått usikkerhet forbundet med utredning og eventuelle bivirkninger ved behandling. Mye tyder på at PSA testing reduserer risiko for død av prostatakreft (kfr faktaboks). Prisen for dette er imidlertid at mange pasienter må behandles unødvendig for å redde en mann fra å dø av prostatakreft.

Hvordan skal man kunne plukke ut menn med prostatakreft som ikke trenger behandling?

Som nevnt kan sykdommen hos noen forbli ubehandlet over mange år eller ikke gi symptomer i det hele tatt. For menn med meget god prognose kan aktiv oppfølging være et alternativ til behandling: Ved aktivt å følge en eventuell utvikling av PSA supplert med nye biopsier av prostata, kan man om nødvendig komme i gang med behandling på et tidlig tidspunkt hvis sykdommen viser tegn til å utvikle seg i mer truende retning. Mange menn med en stabil og «snill» svulst i prostata kan derved unngå lokal behandling (operasjon eller strålebehandling) med de bivirkninger som følger med den behandlingen.

Hva skal jeg så velge, ta PSA eller ikke?

Vi anbefaler at du gjør deg kjent med innholdet i denne brosjyren før du treffer et valg. Ulempe ved å ta PSA test er at du kan måtte gjennomgå en unødvendig utredning. I tillegg kan det være usikkerhet omkring diagnosen og usikkerhet omkring behandlingsvalg ved påvist kreftsykdom, hvilket igjen kan medføre gjentatte kontroller og undersøkelser.

Fordelen med å ta PSA test er at man eventuelt kan få stilt en kreftdiagnose på et tidlig tidspunkt.

Noen har større risiko for prostatakreft enn andre:

Hvis du har 3 eller flere i nær familie med prostatakreft, eller 2 nære slektninger med prostatakreft der begge er under 60 år, bør du diskutere PSA testing med din fastlege. Hvis det er opphoping av andre kreftsykdommer i familien bør du også diskutere testing nærmere med din fastlege.

FAKTA

I perioden 2003–2007 utgjorde prostatakraft 29% av alle krefttilfeller hos menn. Ved utgang av 2007 var 25 611 menn med diagnose prostatakraft i live. I 2006 døde 1042 menn av prostatakraft (Kreftregisteret, 2008).

PSA produseres nesten utelukkende i sekret produserende epitelceller i prostata. For praktiske formål er PSA organspesifikk, men ikke cancerspesifikk, og man kan finne forhøyede verdier ved godartet prostataforstørrelse (BPH), prostatitt og andre ikke-ondartede tilstander. (Handlingsprogram for prostatakraft 2009).

Rotterdam seksjonen av The European Randomized study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) anslår overdiagnostikken ved PSA screening til 53% (Draisma et al., 2003).

En stor europeisk studie, nylig publisert, viste ved ca 9 års oppfølging, at det var færre som døde av prostata kreft blant menn som tok PSA test sammenlignet med gruppen menn som ikke tok sin PSA. For å redde en mann måtte man imidlertid diagnostisere/behandle 48 menn.

Nasjonalt handlingsprogram for tykk- og endetarmkreft

ved Marianne Guren

NGICG fikk oppdrag fra Helsedirektoratet å utarbeide et handlingsprogram for tykk- og endetarmskreft, og ansvaret ble gitt til kolorektalgruppen NGICG-CR. En redaksjonskomite ledet av Barthold Vonen har koordinert arbeidet. De ulike kapitlene er skrevet av over 40 fagfolk fra ulike faggrupper og alle helseregioner. Handlingsprogrammet ble lansert av Helsedirektoratet 20. april 2010. Det er tilgjengelig på Helsedirektoratets nettsider www.helsedirektoratet.no/ publikasjoner, og det er link til dette fra www.ngicg.no. Det planlegges at handlingsprogrammet oppdateres årlig.



Vi ønsker velkommen til Onkologisk forum 2010

Tromsø 18.-19. november

Påmeldingsskjema og program vil bli lagt ut i september på:
www.onkologiskforum.org



Hva skjer i spesialitetskomiteen?

ved Liv Ellen Giske

Sentralstyret i Legeforeningen har oppnevnt ny Spesialitetskomite i onkologi for den neste 4-årsperioden.

- Liv Ellen Giske, Sykehuset Innlandet, Gjøvik, leder
- Stein Kvaløy, Oslo Universitetssykehus, nestleder
- Ingvil Mjåland, Stavanger Universitetssykehus, medlem
- Jarle Karlsen, St.Olavs Hospital, Trondheim, medlem
- Olav Erich Yri, Oslo Universitetssykehus, YLF-representant
- Eva Hofslie, St.Olavs Hospital, Trondheim, varamedlem
- Andreas Stensvold, Oslo Universitetssykehus, varamedlem
- Jon Espen Dale, Haukeland Universitetssykehus, Bergen, YLF-vara



Vi er et rådgivende organ for Sentralstyret/Legeforeningen i saker som vedrører spesialistutdanningen av leger i onkologi og skal i første rekke kommunisere via Legeforeningen.

Alle forespørsler om godkjenning av utdanningsopplegg skal gå til Legeforeningen, som så videresender til oss.

Utfordringene i spesialiteten er i hovedsak knyttet til kapasitet, ettersom de onkologiske oppgaver i samfunnet og de behandlingsmessige mulighetene samt kompleksiteten av denne, har vokst raskere enn stillingstall.

I nært samarbeid med Norsk Onkologisk Forening vil vi i den kommende perioden ha sterkt fokus på dette.

I løpet av virkeperioden vår regner vi med å besøke alle utdanningsinstitusjonene.

Vi vil fortsette gjennomgangen av spesialistreglene, i første omgang prosedyrelistene. Også disse må endres i takt med fagets utvikling.

Avdeling for kreftbehandling, Kreft- og kirurgiklinikken, Oslo Universitetssykehus

ved Kjell Magne Tveit

I desembernummeret 2009 gjorde vi rede for klinikkorganiseringen i Oslo universitetssykehus HF. Kreft- og kirurgiklinikken består av følgende avdelinger:

Avdeling for kreftbehandling (avdelingsleder Kjell Magne Tveit)

Avdeling for medisinsk fysikk

Avdeling for bryst- og endokrinkirurgi

Avdeling for urologi

Avdeling for gastroenterologisk kirurgi

Institutt for kreftforskning

Institutt for medisinsk informatikk

Avdeling for kreftbehandling innbefatter den onkologiske virksomhet, inkludert palliativ medisin, ved Radiumhospitalet og Kreftsenteret, Ullevål. Avdelingen utgjør personellmessig og budsjettmessig ca. halvparten av klinikken.

Avdelingen er organisert i 11 seksjoner med seksjonsledere som har personal-, økonomi- og fagansvar for sine seksjoner. Ti av seksjonene har virksomhet ved begge lokalisasjoner.

Seksjon for sengeposter (seksjonsleder Ragnhild M. Kaurin)

Seksjon for poliklinikker (seksjonsleder Eldbjørg Vorkinn)

Seksjon for strålebehandling (seksjonsleder Randi E. Wolff)

Seksjon for lindrende behandling (seksjonsleder Per Engstrand)

Seksjon for klinisk kreftforskning og kompetanseutvikling (seksjonsleder Steinar Aamdal)

Seksjon for psykososial onkologi og rehabilitering (seksjonsleder Øyvind Kavlie)

Seksjon for celleterapi (seksjonsleder Gunnar Kvalheim)

Onkologisk fagseksjon 1 (seksjonsleder Erik Løkkevik)

Onkologisk fagseksjon 2 (seksjonsleder Tone Ik Dahl)

Onkologisk fagseksjon 3 (seksjonsleder Kristin Bjordal)

Seksjon for spesialistutdanning (seksjonsleder Kjersti Hornslien)

Onkologisk fagseksjon 1 organiserer legetjenesten knyttet til brystkreft, lymfomer, thyreoideakreft og sarkomer.

Onkologisk fagseksjon 2: mage-tarmkreft, urologisk kreft og strålebehandling ved gynekologisk kreft.

Onkologisk fagseksjon 3: lungekreft, ØNH-kreft, CNS-svulster, hudkreft, melanom, strålebehandling barn, samt strålebehandlingen i Kristiansand og Gjøvik.

Fagenhetene går også på tvers av dagens lokalisasjoner. For tiden ansettes fagansvarlige overleger for de ulike fagenheter.

Seksjon for spesialistutdanning organiserer alle LIS på de to lokalisasjoner.

Atomvåpen og stråling

ved Jon B. Reitan

For oss som arbeider med stråling til daglig, er det ikke ukjent at stråling kan drepe. Det er jo det vi onkologer tilsikter, heldigvis bare på celle- og svulstnivå, for å kurere eller lindre våre pasienter. Og fra tid til annen blir vi stilt overfor stråleskader. Men selv om en ledende stråleonkolog som Jan-Willem Leer omtaler lineær-akseleratorer som potensielle mordvåpen, blekner de i forhold til kjernevåpen.

I siste fase av andre verdenskrig var det et kappløp mellom de to fronter om å utvikle atomvåpen, et kappløp som ble vunnet av USA.¹ I 1945 ble Hiroshima og Nagasaki, som de første og heldigvis foreløpig eneste byer, bombet med de nyutviklede atomvåpen. Bombene var etter senere målestokk små², men ødeleggelsene og de menneskelige lidelser var formidable. Etter krigen kom mange initiativer for å begrense atomopprustning, men under den kalde krigen økte kjernevåpenarsenalene til uante størrelser. I 1961 ble Ikke-spredningsavtalen inngått, en avtale hvor de fleste land avsto fra å skaffe seg atomvåpen mot at de daværende atommakter skulle avskaffe sine, og under kontroll av Det internasjonale atomenergibyrå, IAEA. Som vi vet, har ikke atommaktene fulgt opp sine forpliktelser, de har stadig enorme mengder atomvåpen, noe som vel til en viss grad legitimerer at andre land også skaffer seg slike. Flere land som Israel, India, Pakistan og Nord-Korea har da også skaffet seg atomvåpen. Etter kapprustingen på 70-80-tallet kom et politisk tøvær, og i 1991 undertegnet Mikhail Gorbatsjov og George Bush (den eldre!) START-avtalen (Strategic Arms Reduction Talks). Etter at atomvåpenmotstanden hadde vært sterk under den kalde krigen, både i Norge og i utlandet, gikk nok noe av lufta ut av ballongen, ikke minst etter sammenbruddet av Sovjetunionen. Men vi er nå faktisk inne i en atomopprustningsperiode igjen. Bush (den yngre) sa opp en rekke nedrustningsavtaler, og også Ikkespredningsavtalen har vært sterkt utfordret. Flere gamle «kalde krigere» har etter hvert tatt til vettet og støtter nå atomnedrustningsarbeidet.³ Med Barack Obama som ny president i USA, og som har uttrykt en atomvåpenfri verden som et langsiktig mål, har det kommet ny vind i seilene til fredsbevegelsen og atomvåpen-motstanden. I Norge har man etter siste Bush-periode også etter hvert uttrykt vilje til å arbeide

mot atomvåpen⁴ selv om det foreløpig synes å være mer verbalt enn handlingsrettet.

For de fleste i dag gir referanser til Hiroshima og Nagasaki assosiasjoner til senrisiko for kreft. Dette er i og for seg riktig, og senrisiko etter bestråling er utvilsomt et viktig anliggende for onkologer. Men det økte antall krefttilfeller blant de overlevende, og som tillegges stråling fra bombene, er i størrelsesområdet 1000 tilfeller.⁵ Sammenlikner en dette med de umiddelbare følger ved bombingene, blir kanskje perspektivet et litt annet: 2 måneder etter bombingene var omkring 150 000 av en totalbefolkning på omkring 600 000 (til sammen i de to byene) døde,⁶ med blandede dødsårsaker som direkte knusninger og faktisk fordampninger, brannskader og infeksjoner, men åpenbart også av den direkte stråling. Slik sett bør stråling fra atomvåpen være et viktig anliggende for onkologer, samtidig som onkologer er leger i sin alminnelighet og bør ha fokus på de humanitære og medisinske sider ved katastrofer, krig og vold.

Norske leger mot atomvåpen (NLA) er den norske avdelingen av International Physicians for the Prevention of Nuclear War (IPPNW)⁷ som i 1985 fikk Nobels Fredspris for sitt opplysningsarbeid om de medisinske virkninger av atomkrig. NLA er åpen for leger og medisinske studenter og har i dag rundt 1100 medlemmer. Formålet er «å spre opplysning om medisinske konsekvenser av atomkrig og arbeide for kjernefysisk nedrustning og redusert fare for atomkrig. En viktig del av dette arbeidet er å påpeke at også forskning, utvikling og utplassering av atomvåpen har sammenheng med de alvorlige problemer verden står overfor når det gjelder miljø og økonomisk utvikling.» I likhet med IPPNW arbeider NLA også med andre våpentyper, krigens virkninger på barn og ikkevoldelige konfliktløsninger.

Det er å håpe at internasjonalt diplomati kan få fortgang i atomnedrustning, men som Obama har uttalt, vil dette ta lang tid. IPPNW, og hermed Norske leger mot atomvåpen, ønsker en fortgang og har lansert en prosess frem mot en konvensjon mot atomvåpen, på linje med de som allerede foreligger mot biologiske og kjemiske våpen. Det er startet en International Campaign to Abolish Nuclear Weapons (ICAN «I can, you can, we can»!)⁸. Uansett vil

det trenges et folkelig engasjement og en politisk opinion i alle land for å forsere prosessene. Dette må også gjelde for leger, tatt i betraktning de enorme helsemessige utfordringer bruk av atomvåpen vil stille oss overfor, og som strålingskyndige gjelder dette ikke minst onkologer. Atomvåpen er ikke bare et sikkerhetspolitisk anliggende, men også en helsemessig og humanitær utfordring. Onkologer bør ikke være mindre oppegående enn de aldrende «kalde krigere» nevnt over, og som nå er «kommet ut av skapet»



Sentrum i Hiroshima etter bombingene. Fra taket av Røde Kors sykehus

som aktive atomvåpenmotstandere. På NLAs nettsider (<http://www.legermotatomvapen.no>) finnes det mye informasjonsstoff om kjernevåpen og de helsemessige virkningene (se linken «Lær om atomvåpen»), og det finnes også verktøy for å melde seg som medlem i organisasjonen. Velkommen som medlem!



- 1 Kjerneforskning var prioritert i Nazi-Tyskland (http://en.wikipedia.org/wiki/German_nuclear_energy_project), men det er uenighet om hvor langt de egentlig var kommet. De fleste mener bombeutviklingen var kommet forholdsvis kort, andre at de var på prøvestadiet. <http://news.bbc.co.uk/1/hi/europe/4348497.stm> Også Japan arbeidet med saken, nok hjulpet av tyskerne. http://www.search.com/reference/Japanese_atomic_program
- 2 Hiroshima- og Nagasaki-bombenes sprengkraft svarte til omtrent 15-20 kilotonn TNT. Verdens største atombombe ble sprengt på Novaja Zemlja i 1961 og hadde en sprengkraft på over 50 megatonn TNT. «Size matters»? Det pågikk utvilsomt en supermakt-konkurranse om å være størst, noe som kan gi mange refleksjoner over potent mannlig ledelse av militær slagkraft.
- 3 http://www.gsinsitute.org/docs/01_04_07_WSJ.pdf
<http://www.legermotatomvapen.no/viewstories.asp?id=691>
<http://www.aftenposten.no/meninger/debatt/article3105247.ece>
- 4 Støre JG: Disarmament – reframing the challenge. Atlanterhavskomiteen, Leangkollen 010210. http://www.regjeringen.no/nb/dep/ud/aktuelt/taler_artikler/utenriksministeren/2010/disarmament.html?id=59255
- 5 I den såkalte Life Span Study ligger tallet på omtrent dette nivå, men kohorten representerer kanskje bare halvdelen av de overlevende og tallet kan være nærmere 2000. http://www.rerf.or.jp/general/qa_e/qa2.html
- 6 Antall innbyggere i de to byene på bombetidspunktet er usikkert. http://www.rerf.or.jp/general/qa_e/qa1.html
- 7 <http://www.ippnw.org>
- 8 <http://www.icanw.org>

I år møttes vi i Luxembourg midt i mars med problemer knyttet til febril nøytropeni. Symposiet har etter hvert funnet en god form med fire halvdagsseminarer. De begynner med en state of the art-forelesning. Deretter slipper tre unge forskere til med hver sin korte presentasjon. Så avsluttes det med en kasuistikk, som ofte viser seg å være den mest lærerike og interessante delen av møtet.

Det første seminaret hadde som tema behandling av invasive soppinfeksjoner. Catherine Cordonnier fra Paris påpekte at alvorlige soppinfeksjoner er et økende problem med mer intensiv cancerterapi. For å velge riktig tilnærming må man først identifisere hvilke pasienter som virkelig har høy risiko for alvorlige soppinfeksjoner, særlig muggsoppinfeksjoner, og så må man være pågående i å starte behandling hos disse. Høyrisikopasientene er først og fremst nøytropene pasienter med langvarig febril nøytropeni (> 14 dager). Tittelen på foredraget hennes var pre-emptiv vs empirisk antifungal behandling. Tittelen fanger nettopp opp det dilemmaet man står overfor med en febril nøytrophen pasient. Ved å velge en pre-emptiv tilnærming forebygges toksiske bivirkninger av antifungal behandling og høye kostnader knyttet til slik behandling. Et av forskerinnleggene presenterte en tilnærming til invasive soppinfeksjoner basert på et flerfaglig team (infeksjonsmedisin, mikrobiolog, hematolog/onkolog og farmasøyt) som så alle høyrisikopasientene. De hadde overraskende gode resultater når det gjaldt målrettet antifungal behandling.

Det andre seminaret tok opp utfordringer med multiresistente bakterier. State of the art-foredraget ble holdt av en infeksjonsmedisin fra Cleveland, Ohio, Louis Rice. Gram-positive infeksjoner har vært den store utfordringen de siste 15 årene med vankomycinresistente enterokokker (VRE), penicillinresistente pneumokokker, meticillinresistente gule stafylokokker (MRSA) og trusselen om vankomycinresistente MRSA. Situasjonen er alvorlig, men de verste spådommene har ikke slått til. Derimot har resistensproblemet blant de Gram-negative stavnene bare øket på. Utvidet spektrum betalaktamaseproduserende E.coli og Klebsiella (ESBL) er svært vanlig (> 50 %) mange steder. De er resistente mot tredje-generasjon cefalosporiner.

Det bidrar til et økende karbapenemforbruk. Karbapenemresistene staver er også vanlige mange steder. Det har ikke vært noen avgjørende gjennombrudd i utviklingen av nye Gram-negative midler (kanskje med unntak av tigecyclin), slik det skjedde på det Gram-positive området (linezolid og daptomycin m.fl.). Flere har derfor funnet det nødvendig å finne frem det gamle toksiske colistin igjen. Granulocyt-transfusjoner ved protraaherte granulocytopenier kan også være aktuell behandling. Dr. Rices hovedbudskap var likevel: Bruk mindre antibiotika! Antibiotika er biotoksiner. Skal vi få den vanskelige situasjonen under kontroll, må vi være forsiktige med bruk av de antimikrobielle våpnene våre. Det er i denne sammenheng gledelig at antibiotikaprofylakse med ciprofloksacin og andre fluorokinoloner legges til side ved flere sentre.

Det tredje seminaret konsentrerte seg om den medfødte (native) immuniteten. Her holdt John Wingard, Florida, et foredrag der han gikk gjennom betydningen av lave nivåer med mannan-bindende lektin (MBL). Dette er en viktig faktor i en av veiene i komplementkaskaden. Det spekuleres om MBL-mangel fører til mer alvorlige episoder med febril nøytropeni. Imidlertid er dataene motstridende.

Det fjerde seminaret tok for seg infeksjonspanoramaet hos pasienter som stamcelletransplanteres med alternative donorer. Miguel Sanz fra Valencia la frem resultater fra et stort spansk senter som også gjennomførte 30 transplantasjoner med navlestrengblod i året. Han bekreftet at alternative donorer, inkludert navlestrengblodresipienter, i vesentlig grad øker forekomsten av alvorlige infeksjoner. Et tankevekkende innlegg fra et amerikansk senter som først og fremst drev med autologe stamcelletransplantasjoner for maligne lymfomer og myelomatose konkluderte med at sykehusinfeksjoner, i første rekke Clostridium difficile assosierte diaréer og kateterinfeksjoner, var langt vanligere enn opportunistiske infeksjoner. Dette vet vi, når vi tenker oss om. Men det er også noe vi har mulighet til å gjøre noe med. Den siste kasuistikken dreide seg om en 20 år gammel spanjol med akutt leukemi. Han gjennomgikk stamcelletransplantasjon med ubeslektet giver. Etter seks måneder utviklet han feber, pancytopeni og et makulopapuløst utslett. Hjemme hadde han en syk hund. Det tok flere måneder å komme frem til riktig diagnose.

Han hadde visceral leishmaniasis. Tross behandling med liposomalt amfotericin B lyktes det ikke å redde han. I diskusjonen som fulgte, kom det frem at leishmaniasis forekommer minst så langt nord som til Nantes i Frankrike, dvs. godt opp i temperert klimasone.

Vi var vel 100 deltakere som møttes til dette to-dagers symposiet. I år var jeg eneste norske deltaker. Symposiet, som arrangeres årlig, er både lærerikt og et møtested for klinikere opptatt av febril nøytropeni. Større norsk deltakelse anbefales.



Onkologisk Forum har utviklet seg til å bli den største norske årlige møteplassen for leger og andre engasjert i arbeidet med å bekjempe kreft. Forumet er således et godt etablert tverrfaglig møtested, både for klinikere i direkte pasientrelatert arbeid, for forskere innen kreftområdet og andre som jobber innen kreftomsorgen.

Fjordårets Onkologisk Forum var det 27. i rekken og ble holdt i Oslo med over 450 deltakere.

Møtet har en forankring i 15 uavhengige nasjonale faggrupper som utgjør den sentrale delen av forumet. Møtet går over to og en halv dag, med styremøter for de nasjonale faggruppene onsdag kveld, og parallellsesjoner for faggruppene torsdag ettermiddag. Den store betydningen av disse faggruppene i norsk kreftomsorg er i de senere år også blitt aktualisert gjennom Sosial- og Helsedirektoratets initiativ til en videreføring av arbeid med nasjonale handlingsprogrammer.

I tillegg har møtet plenumssesjoner torsdag formiddag og fredag med sentrale tema innen cancerkirurgi, gynekologisk onkologi, generell onkologi, basal kreftforskning, palliasjon og helsepolitiske tema. Det deles også ut pris til ung forsker, og årets vinner av Kong Olav V's kreftforskningspris pleier også å presenteres under møtet.

Representanter fra industrien deltar under møtet med utstillinger. Moya Berli ved Radiumhospitalet har koordinert møtet i 13 år.

I tillegg er møtet et sosialt møtepunkt, med en uformell «get together» onsdag kveld og en mer høytidelig bankett middag torsdag kveld.

Styret i Onkologisk Forum er sammensatt av tre onkologer, en gastrokirurg, en gynekolog og en basalforsker. De ulike regionene skal også være representert i styret med en representant fra Radiumhospitalet/Rikshospitalet, Ullevål, Haukeland Universitetssykehus, St. Olavs Hospital og Universitetssykehuset i Nord-Norge.

Møtet alternerer mellom de stedene der styret har representasjon.

Møtet har i de senere år fått flere deltakere, og det er en utfordring å finne store nok hoteller til å arrangere møtet. Den store og brede deltagelsen er en viktig forutsetning for et møte med stort faglig og sosialt utbytte.

Vel møtt på årets møte 18.–19. november i Tromsø!

Styret i Onkologisk Forum:

Arne Wibe, leder
Helga Salvesen
Stein Kvaløy
Tone Ikdahl
Roy Bremnes
Gunhild Mælandsmo

Nye spesialister i onkologi

Anne Turid Bjørnevik
Christine Undseth
Kjell Magne Russnes
Daniel Heinrich
Lise Vindi

Gratulerer!

Norsk onkologisk forenings hjemmeside

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

Onkonytt ønsker flere medarbeidere!
Ta kontakt hvis du er interessert

Rehabilitering av voksne kreftpasienter – status og veien videre?

ved Sophie D. Fosså, Alv A. Dahl, Jon H. Loge, Nasjonalt kompetansesenter for senefekter, Oslo universitetssykehus

I Helse- og omsorgsdepartementets forskrift nr 765 fra 28.06.01 omtales rehabilitering som «tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjon og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.»

Flere nye krefttilfeller, bedre behandlingsresultater, lengre og mer omfattende behandling og mer kunnskaper om senvirkninger har i snart 40 år vært anført som grunner for at helsevesenet bør øke innsatsen for rehabilitering av kreftpasienter (1,2). Rehabilitering som tiltak skal hjelpe pasienten til å gjenvinne optimal fysisk og psykososial funksjon ut fra sine individuelle forutsetninger og de ressursene som helsevesenet og samfunnet stiller til disposisjon.

Litteraturen tyder på at både Norge og de fleste vestlige land har et begrenset rehabiliteringstilbud til kreftpasienter (3), og at det tradisjonelt har vært liten kontakt mellom fagmiljøene innen rehabilitering og onkologi. Mangelen på kreftrehabilitering står i kontrast til det effektive rehabiliteringstilbudet som pasienter får etter hjerteinfarkt (4,5).

Rehabilitering for kreftpasienter dreier seg ofte om medisinske tiltak som har som siktemål å bedre funksjonshemninger. Eksempler er kirurgi mot stråleskadede organer, fysioterapi mot lymfødem eller lokaliserte muskelskader etter strålebehandling. Slike begrensede rehabiliteringstiltak tilfredsstiller ikke alltid kravene til generell rehabilitering som definert av Departementet (se over). Den definisjonen tar ikke hensyn til at behovet for rehabilitering ved kreft er svært varierende siden kreftsykdommene er ulike med henblikk på prognose, behandling, forløp og senefekter. Dessuten er grenseflaten mellom rehabilitering og medisinsk behandling ofte uklar ved kreft.

Mot dette bakteppet ønsker vi å presentere det vi anser som status for kreftrehabilitering i Norge i dag, og hvilke utfordringer etablering av rehabiliteringstilbud for kreftpasienter står overfor.

Dagens kreftrehabilitering

Man skiller gjerne mellom to typer rehabiliteringstiltak. Ved *døgn-rehabilitering* reiser pasienter til en institusjon og blir der fra en til fire uker. Ved *dag-rehabilitering* derimot bor pasientene hjemme og reiser til og fra tilbudet. I Norge kan lang reisevei gjøre et slikt tilbud mindre aktuelt for mange. Skal dag-rehabilitering fungere for kreftpasienter i Norge, bør tilbudet være på kommunalt nivå, og gjerne i samarbeid med allerede eksisterende treningssentre o.l., slik det for eksempel praktiseres i Tyskland. Hittil har det vært mest fokus på døgn-rehabilitering – uten at vi vet om de fleste pasientene egentlig ønsker dette tilbudet.

I Norge er kreftrehabiliteringen ofte gruppebasert med strukturerte kurs. For mange pasienter er imidlertid gruppekurs ikke nok, og det bør kombineres med individuelle tiltak. Pasientrettighetsloven fra 2001 tilsier at pasienten skal ha en individuell plan som er utformet sammen med pasienten, og som samordner de enkelte tiltak. Vi har ingen tall på hvor ofte individuell plan er lagd for kreftpasienter med rehabiliteringsbehov, men vårt inntrykk er at slik plan sjelden foreligger.

De fleste store sykehus har i dag *Lærings- og mestrings-sentra* med kreftspesifikke informasjonskurs, men lite materiale er tilgjengelig om deltagelse og effekt(er) på kort og lang sikt. Vi mangler systematisk kunnskap om hvordan rehabilitering av kreftpasienter gjennomføres ved Lærings- og mestringssentra – og det er et spørsmål om hvor lenge ressurser bør allokere til disse uten at uavhengige kostnad/nytte-undersøkelser blir gjennomført.

I Norge har også flere *rehabiliteringsinstitusjoner* vist interesse for kreftpasientenes situasjon slik som Røde Kors Haugland Rehabiliterings-senter (6,7) og Spesialsykehuset for rehabilitering i Stavern. Sistnevnte institusjon har hatt vansker med å rekruttere kreftpasienter som en trodde ville ha et særlig behov for rehabilitering slik som pasienter med beinsarkom.

Montebello-senteret på Sjusjøen er det eneste kreftspesifikke rehabiliteringssenteret i Norge. Senteret oppfyller imidlertid ikke alle de formelle kravene for å kunne kalles en rehabiliteringsinstitusjon. Kursvirksomheten er ikke evaluert med henblikk på kort- og langsiktige effekt(er).

Se for øvrig egen omtale annet sted i dette nummer av Onkonytt.

Kreftforeningen har i mange år etterlyst flere rehabiliteringstiltak for kreftpasienter og har selv et tilbud med ulike opplæringskurs rundt i Norge, gjerne i samarbeid med pasientforeninger for pasienter og pårørende, og samarbeider med Røros rehabiliteringssenter om et opplegg knyttet til NAVs «Raskere tilbake»-ordning, som startet i juni 2008. Vi er ikke kjent med at rekrutteringen til og effektene av disse tiltakene ennå har blitt evaluert på noen måte.

Kreftavdelingen ved Oslo Universitetssykehus har tilbud om etterbehandling som inneholder elementer en gjenfinner i rehabiliteringstilbud slik som gruppesamtaler og fysisk trening. Det er også flere andre institusjoner, bedrifter og tiltak i og utenfor helsevesenet som tilbyr rehabilitering og bedret livskvalitet blant annet for kreftpasienter uten at tiltakene er kvalitetssikret eller at det er lagt opp til evaluering av effekt(er).

Både fra politisk hold og fra Kreftforeningen er det således blitt fremholdt at rehabilitering av kreftpasienter er viktig. I forhold til disse signalene er det påfallende hvor lite som er satset på dette fra de regionale helseforetakene og andre relevante aktører. Spriket mellom idealer og realiteter tyder på at kreftrehabilitering er blitt «et honnørord» uten klart innhold og helsepolitiske konsekvenser.

Hvilke pasienter har behov for kreftrehabilitering?

Det er i dag lite kunnskap om hvilke kreftpasienter som har behov for rehabilitering. Har kvinner et større behov enn menn? Har eldre et større behov enn yngre? Er det pasienter med enkelte diagnoser som har større behov enn andre diagnoser? Eller er det rett og slett pasienter med definerte funksjonstap, for eksempel etter amputasjoner eller med fatigue, smerter o.l. som har størst behov? Det synes ikke å være en klar sammenheng mellom kreftdiagnose og behov for organisert rehabilitering. Mange kreftpasienter vil relativt raskt gjenopprette premorbid funksjon i forhold til arbeid, familie og sosiale aktiviteter, og greie seg bra. Slike pasienter har eventuelt bare minimale rehabiliteringsbehov.

Pasienter med definerte fysiske funksjonstap (etter amputasjoner, med redusert tale og svelgeevne, med urininkontinens, eller med innskrenket armbevegelighet etter brystkreftoperasjon), vil alle være i behov av fokuserte rehabiliteringstiltak i forbindelse med behandlingen eller like etter for å bedre spesifikke funksjoner mest mulig. Slike tiltak administreres gjerne som en del av den kreftspesifikke behandlingen eller i nær tilslutning til den og anses dermed som behandling fremfor rehabilitering. Kreftbehandlingen vil dermed omfatte forebyggende tiltak for å hindre eller begrense utviklingen av for eksempel lymfødem (8) eller svikt i bekkenbunnsmuskulaturen (9). Videre omtale av slike tiltak faller utenfor rammen for denne artikkelen, men de nevnes for å få frem bredden i de tiltak som i dag tilbys til kreftpasienter.

På en studietur til Danmark og Tyskland i 2006 fikk forfatterne vite at omtrent 30 % av alle kreftpasienter der benytter seg av lovfestede rehabiliteringstilbud ved godkjente institusjoner etter avsluttet behandling. Dette stemmer med norske erfaringer der mindre enn halvparten av pasientene ønsket å delta i en randomisert studie av fysisk trening rett etter avsluttet cellegiftbehandling (10). Lave andeler som vil delta i rehabiliteringsstudier, er også rapportert fra Sverige (11). Disse erfaringene reiser spørsmål om hvor mange kreftpasienter som egentlig har behov for rehabilitering. Per i dag synes det rimelig å fastslå at vår kunnskap om hvilke kreftpasienter som trenger rehabilitering er begrenset.

Når er det ønskelig å starte rehabilitering?

Det er påpekt at behandling og rehabilitering må ses i sammenheng, og at prinsippet om først behandling, deretter rehabilitering er lite dekkende (1,12). Litteraturen gir ikke entydig svar på om rehabiliteringen av kreftpasienter bør gjennomføres parallelt med den spesifikke behandlingen eller administreres i etterkant. Klinisk erfaring og funn fra intervensjonsstudier av fysisk trening kan imidlertid tyde på at mange pasienter er lite motivert for rehabiliteringstiltak like etter intensiv kreftbehandling (10,11). Kanskje reflekterer dette at pasientene både psykisk og fysisk er så medtatte at ro og hvile i en periode er det beste både for kropp og sjel. Etter en lang behandlingsperiode har enkelte pasienter også uttrykt at de er lei av helsevesenet og

ønsker seg en pause fra livet på helseinstitusjoner. Det er også observert at behovet for rehabilitering først viser seg flere måneder etter at behandlingen er avsluttet.

Hvor pasientene befinner seg i forløpet av kreftsykdommen kan også være av betydning. Kanskje er motivasjonen for rehabilitering større lenger ut i forløpet enn straks etter langvarig og krevende kurativ behandling. Mange som behandler kreftpasienter, mener at rehabilitering bør tilbys til de som er ferdigbehandlet med kurativ intensjon og positivt resultat. Rehabilitering er imidlertid også aktuelt for pasienter med mer langtkommen kreft, som kan være mer motivert for slike tilbud. I en intervensjonsstudie med fysisk trening av kreftpasienter i palliasjonsfasen var andelen inkluderte pasienter 60 %, og 34 % av pasientene gjennomførte det planlagte programmet (13).

Noe kan tale for å sette inn rehabiliteringstiltak allerede før primærbehandlingen, mens alternativet oftest er å se an hvor langt pasientene kommer for egen hjelp og med egne ressurser før rehabiliteringsbehovet vurderes. Det ser ikke ut som det er noe entydig svar på spørsmålet om riktig tidspunkt for å tilby rehabilitering, og det trengs systematisk forskning og evaluering for å finne svaret. Tverrsnittstudier av langtidskreftoverlevende testikkelkreftpasienter i Norge, viser signifikante assosiasjoner mellom kronisk utbrenthet («fatigue») eller angst/depresjon og lavt utdanningsnivå, lav sosioøkonomisk status, nevrotisk personlighet og dårlig fungerende sosialt nettverk (14,15). En del av disse faktorene kan identifiseres tidlig i forløpet av kreftsykdommen og kan tilsi at rehabilitering eventuelt bør tilbys tidlig.

Mens den tidlige forskningen omkring generell rehabilitering av kreftpasienter var metodisk svak, har nyere forskning på fokuserte tiltak, slik som fysisk trening, hatt bedre metodisk standard med randomisering, multiple resultatmål og pasientgrupper som gir tilstrekkelig statistisk styrke for holdbare konklusjoner (17,18). Vi kan slå fast at de få norske publiserte bidragene i denne sammenheng har vært metodisk gode (6,7,10).

Hva er effektive tiltak i kreftrehabiliteringen?

Mange pasienter som har gjennomgått kreftbehandling, sliter med fysiske og psykiske plager, som en fra erfaringer i den generelle befolkningen og ulike sykdomsgrupper vet kan påvirkes gunstig av fysisk trening. Fysisk trening er således en viktig del av all rehabilitering av kreftpasienter (6,7,10,17-19). Så langt er det også effekten på fysisk og psykisk helse som er mest systematisk undersøkt. Fysisk aktivitet har også effekter på kondisjon og styrke, utmatelse, angst og depresjon, humør og vekt (18-20). Slik aktivitet reduserer også risiko for utvikling av ny kreft (21), og nyere forskning antyder at fysisk aktivitet kan ha gunstig effekt på overlevelse (22,23). Dette har medført at de generelle anbefalingene fra World Cancer Research Fund nå gjøres gjeldende for personer som ikke har hatt kreft, og ikke bare for kreftpasienter (24). En vesentlig komponent av kreftrehabilitering er derfor informasjon om og opplæring til jevnlig fysisk aktivitet.

Råd om kosthold samt begrenset bruk av alkohol og tobakk er også aktuelle virkemidler. Ernæring med rikelig grønnsaker og frukt og jevnlig fysisk aktivitet kan forlenge overlevelsen (24), og har også gunstig innvirkning på utbrenthet og mental uhelse (17). I tillegg motvirker en slik sunn livsstil kardiovaskulære sam-sykdommer og vanlige kreftrelaterte somatiske seneffekter som osteoporose og overvekt (18). Livsstils-forandring forutsetter betydelig egeninnsats, ikke bare for noen måneder, men vedvarende. Livsstils-informasjon må ta hensyn til variasjoner mellom ulike krefttyper og til pasientenes individuelle muligheter og begrensninger. Dagens helsepsykologiske forskning går blant annet ut på å utvikle effektive opplæringsprogrammer som fører til vedvarende livsstilsforandring.

Hva er varigheten av effektene etter gjennomgått kreftrehabilitering?

Varigheten av en eventuell effekt av rehabiliteringen, er en utfordring. Studien til Thorsen og medarbeidere viste ingen effekt av systematisk trening ut over 6 måneder (10). Fismen & Stanghelle viste i et ikke-randomisert klinisk forsøk at organisert fysisk rehabilitering etter behandling av brystkreft kan redusere kroniske plager over fem år (7). Litteraturen tyder på at effekten av rehabiliteringstiltak i

de fleste tilfeller er relativt kortvarig, men kan forlenges ved «oppfriskningstiltak», slik som brev, telefonhenvendelser eller helgekurs (18).

Rehabilitering av kreftpasienter har som mål å reintegrere dem i sitt sosiale nettverk (familie, venner), og muliggjøre deltagelse i arbeidsliv og samfunn i den grad pasientene ønsker og formår. For å oppnå langvarig effekt kreves det ikke bare vilje til samarbeid og innsats fra pasientens side, men også innsikt fra omgivelsene i pasientens muligheter og begrensninger. Informasjon om kreft, kreftbehandling og seneffekter til allmennheten, arbeidsgivere og allmennlegene er viktige deler av kreftrehabiliteringen. Mer spesifikk individuell orientering om den enkelte pasient er aktuelt for fastleger og bedriftshelsetjenesten. Kurs der kreftpasienter alene eller sammen med sine pårørende og etterutdannelse av helsepersonell er tiltak som bør defineres som deler av kreftrehabiliteringen.

Behovet for forskning

Ut fra det ovenstående er kunnskapsbaserte tiltak innenfor kreftrehabilitering mangelvare. Selv om tiltakene som gjennomføres i privat eller offentlig regi har en positiv målsetning, er det vanskelig og ofte umulig å vurdere effektene. I tillegg er kostnads-/nytte-aspektet sjelden evaluert. Dette skyldes at det er lagt for lite vekt på kvalitetssikring og systematisk evaluering av tilbudene, som heller ikke er evidensbaserte i sine opplegg. Behovet for forskning innenfor kreftrehabilitering i Norge er derfor stort og udekket (25). Et hovedproblem er at det ved oppstart av slike tiltak ikke allokeres ressurser og midler som muliggjør effektevaluering. Det trengs klare definisjoner for effekt og effektvarighet, helst identifisert før tiltaket settes i gang. Det er ikke nok å dokumentere at «de fleste pasienter var fornøyd med kurset» ved avslutningen. Det minste kravet er at en bruker validerte spørreskjemaer før og en stund etter tiltakene for å la pasienten selv evaluere effekten. Ut fra den store mangelen på kunnskap i feltet bør det ved ethvert tilbud om rehabilitering av kreftpasienter være en forutsetning at det igangsettes systematisk evaluering og forskning.

Rehabilitering av kreftpasienter faller inn under «komplekse intervensjoner» slik disse er definert av Medical Research Council (MRC) i Storbritannia (26). Slike intervensjoner er bygget opp av flere komponenter som kan være virksomme både hver for seg og sammen. Forskning på slike tiltak er utfordrende, oftest tidkrevende og flere ulike endepunktsmål bør brukes. Etter vårt syn bør forskning på rehabilitering av kreftpasienter baseres på den metodikk som MRC har foreslått. Det innebærer igangsetting av forskning via fem faser: pre-klinisk/teoretisk fase, modellering, utprøvende fase, den definitive fasen med en randomisert klinisk kontrollert studie og en avsluttende implementeringsfase. En slik fremgangsmåte kan synes omfattende, tidkrevende, og den står i motsetning til ønsket om raske og synlige resultater. Likevel mener vi denne metodikken gir best mulighet for effekt-evaluering, og at den i det lange løp sikrer at de riktige pasientene får den riktige rehabiliteringen til riktig pris.

Konklusjoner

1. En hittil ukjent prosentandel av kreftpasienter trenger organiserte, tverrfaglige rehabiliteringstiltak etter medisinsk behandling for å oppnå maksimal fysisk, psykisk og psykososial funksjon forutsatt at de selv er innstilte på å yte en innsats.
2. Til tross for mange tilbud om fokusert kreftrehabilitering fra både offentlige institusjoner og private organisasjoner i Norge mangler vi kunnskap om hvordan rehabiliteringstiltak som svarer til Departementets forskrifter mest effektivt kan gjennomføres.
3. Rehabilitering av kreftpasienter representerer en betydelig utfordring med henblikk på bruk av midler og ressurser. Det foreligger et klart behov for klinisk forskning.
4. Festtalene fra helsemyndighetene og frivillige organisasjoner om viktigheten av kreftrehabilitering må omsettes i handling under forutsetning av at det samtidig gis ressurser for forskning og evaluering av slik virksomhet.

Referanser

1. Bautz-Holter E, Sveen U, Søberg H et al. Utfordringer og trender i rehabilitering. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 304-6.
2. Sosial- og helsedirektoratet: Nasjonal strategi for arbeid innen kreftomsorgen. 2004; side 28.
3. Grabois M. Integrating cancer rehabilitation into medical care at a cancer hospital. Cancer 2001; 92: 1055-7.
4. Thidemann IJ, Aslaksen B, Gundersen T. Information and rehabilitation after myocardial infarction. A model from the Aust-Agder central hospital. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 26-8.
5. Arthur HM, Gunn E, Thorpe KE et al. Effect of aerobic vs combined aerobic-strength training on 1-year, post-cardiac rehabilitation outcomes in women after a cardiac event. J Rehabil Med 2007; 39: 730-5.
6. Fismen K, Osland IJ, Fismen E et al. Rehabilitering av kvinner med brystkreft. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2749-54.
7. Fismen K, Stanghelle JK. Rehabilitation of women with breast cancer; five-year follow-up. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1207-9.
8. Chen YW, Tsai HJ, Hung HC et al. Reliability study of measurements for lymphedema in breast cancer patients. Am J Phys Med Rehabil 2008; 87: 33-8.
9. Viola D, Comerci F, Martorana G. Rehabilitation therapy and urinary incontinence after radical retropubic prostatectomy. A critical review of the literature. Urol Int 2006; 76: 193-8.
10. Thorsen L, Skovlund E, Strømme SB et al. Effectiveness of physical activity on cardiorespiratory fitness and health-related quality of life in young and middle-aged cancer patients shortly after chemotherapy. J Clin Oncol 2005; 23: 2378-88.
11. Berglund G, Petersson LM, Eriksson KC et al. "Between Men": a psychosocial rehabilitation programme for men with prostate cancer. Acta Oncol 2007; 46: 83-9.
12. Pettersen R, Wyller TB. Rehabilitering integrert i akuttbehandling av sykdom. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 600-3.
13. Oldervoll LM, Loge JH, Paltiel H et al. Are palliative cancer patients willing and able to participate in a physical exercise program? Palliat Support Care 2005; 3: 281-7.
14. Fosså SD, Dahl AA, Loge JR. Fatigue, anxiety and depression in long-term survivors of testicular cancer. J Clin Oncol 2003; 21: 1249-54.
15. Dahl AA, Haaland CF, Mykletun A, Bremnes R, Dahl O, Klepp O, Wist E, Fosså SD. A study of Anxiety disorder and Depression in Long-term Survivors of Testicular Cancer. J Clin Oncol 2005; 23: 2389-95.
16. Orre IJ, Fosså SD, Murison R et al. Chronic cancer-related fatigue in long-term survivors of testicular cancer. J Psychosom Res, in press.
17. Courneya KS, Mackey JR, Bell GJ et al. Randomized controlled trial of exercise training in postmenopausal breast cancer survivors: cardiopulmonary and quality of life outcomes. J Clin Oncol 2003; 21: 1660-8.
18. Demark-Wahnefried W, Clipp EC, Lipkus IM et al. Main outcomes of the FRESH START trial: a sequentially tailored, diet and exercise mailed print intervention among breast and prostate cancer survivors. J Clin Oncol 2007; 25: 2709-18.
19. Korstjens I, Mesters I, van der Peet E et al. Quality of life of cancer survivors after physical and psychosocial rehabilitation. Eur J Cancer Prevent 2006; 15: 541-7.
20. Oldervoll LM, Kaasa S, Knobel H et al. Exercise reduces fatigue in chronic fatigued Hodgkins disease survivors – results from a pilot study. Eur J Cancer 2003; 39: 57-63.
21. Park SM, Lim MK, Jung KW et al. Prediagnosis smoking, obesity, insulin resistance, and second primary cancer risk in male cancer survivors: National Health Insurance Corporation Study. J Clin Oncol 2007; 25: 4835-43.
22. Holmes MD, Chen WY, Feskanich D et al. Physical activity and survival after breast cancer diagnosis. JAMA 2005; 293: 2479-86.
23. Meyerhardt JA, Giovannucci EL, Holmes MD et al. Physical activity and survival after colorectal cancer diagnosis. J Clin Oncol 2006; 24: 3527-34.
24. Ballard-Barbash R, McTiernan A. Is the whole larger than the sum of the parts? The promise of combining physical activity and diet to improve cancer outcomes. J Clin Oncol 2007; 25: 2335-7.
25. Fosså SD, Loge JH, Dahl AA. Kreftoverlevare – ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv. Oslo; Gyldendal Akademisk: 2009.
26. Campbell NC, Murray E, Darbyshire J et al. Designing and evaluating complex interventions to improve health care. BMJ 2007; 334: 455-9.

Veien videre: Kreftrehabilitering

ved Anne Lise Ryel, generalsekretær, Kreftforeningen

To av tre blir nå friske etter kreftbehandling. Men hvor friske er de egentlig? Ved utgangen av 2008 var det i Norge 190 865 kreftoverlevende. De fleste har vært igjennom psykiske bølgedaler og voldsomme påkjenninger i løpet av behandlingen; en behandling som ofte setter varige spor. Helsevesenets begrensede fokus på senskader og mangelfulle informasjon og tilbud om rehabilitering hindrer en bedre livskvalitet for disse.

Rehabilitering må inkluderes som en del av kreftbehandlingen. Slik kan en sørge for best mulig funksjonsevne under og etter behandling. Pasientene blir aktivt delaktige i egen behandling og kan sørge for å komme raskere i gjengette etter endt behandling. Ved å ta tak i rehabilitering på et tidlig tidspunkt så kartlegger pasientene ressursene sine på fire områder som har betydning for livskvalitet: det fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle, hvor det sosiale berører levekår og arbeidstilknytning.

Råd og veiledning

Kreftbehandling kan føre til varierende grad av fysiske og psykiske helseproblemer. Senskader kan innebære fatigue, lymfødeme, diaré, kognitive problemer, hørselskader, seksuelle problemer, skader som kan oppstå som følge av kirurgisk behandling, langvarig og intens cellegiftbehandling eller strålebehandling direkte på hjernen eller sentralnervesystemet. Problemene kan dukke opp umiddelbart eller etter flere år.

Langt fra alt helsepersonell har tilstrekkelig kunnskap om senskader til å følge opp den enkelte på en god måte, og mange tar for lett på problemet når pasienter oppsøker dem med sine plager. Kreftforeningens arbeid med kreftoverlevende gjennom møter, samtalegrupper og samtaler på Kreftlinjen, vitner om det. Ofte er det pasienten selv som tar opp behov for rehabilitering, og rådene som gis, varierer fra henvisning til rehabiliteringssenter til enkle råd om fysisk aktivitet.

I tillegg mener Kreftforeningen at helsepersonell bør vise til «Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering» som kan hjelpe videre når en har kommet hjem. Alle kom-



Anne Lise Ryel, generalsekretær i Kreftforeningen

muner har en slik enhet, og både fastleger og pasienter kan henvende seg hit for å få en oversikt over tilbud i regionen. Koordinerende enhet kan også hjelpe til med individuell plan for de pasienter som trenger det.

Forskning på rehabilitering

Kreftforeningen arbeider for å få et mangfoldig og godt rehabiliteringstilbud både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Med midler fra innsamlingsaksjonen Krafttak mot kreft 2007 og diverse legater, har Kreftforeningen bidratt med 6,5 millioner kroner til ti ulike pilotprosjekter innen kreftrehabilitering. Flere av prosjektene er forskningsprosjekter.

Forskningen som gjøres på Røros rehabiliteringssenter, håper vi vil være med å bidra til optimalisering av rehabiliteringsforløp. Pilotprosjektet skal bidra til at kreftpasienter skal mestre hverdagen sin på en best mulig måte. Tilbudet går til alle kreftpasienter i arbeidsfør alder, uansett diagnose. Forskningsprosjektet evaluerer om målet nås gjennom et slikt tilbud. Forskningen er et unikt samarbeid mellom Helse Midt-Norge RHF, Kreftavdelingen ved St. Olavs Hospital/NTNU, LHL og Kreftforeningen.

For nærmere informasjon om prosjektene samt en oversikt over rehabiliteringstilbud til kreftpasienter i Norge, se våre nettsider: www.kreftforeningen.no/rehabilitering.

FAFO-rapport

I FAFO-rapporten «Krefttrammedes levekår. Om arbeid, økonomi, rehabilitering og sosial støtte» (2008) er kreftpasienter spurt om behovet for rehabilitering. Undersøkelsen er en kombinasjon av kvalitative (dybdeintervju) og kvantitative metoder (spørreskjema) og data fra Kreftregisteret. Spørreundersøkelsen omfattet ca. 1300 deltakere i alderen 25–60 år som på diagnosetidspunkt hadde blant de ti vanligste kreftformene for kvinner og menn. Rapporten konkluderer med at svært mange har behov for rehabilitering. Behovet for ulike tilbud varierer med type kreftdiagnose. Mange oppgir at de ikke får det tilbudet de har behov for, og om lag halvparten er fornøyd med rehabiliteringstilbudet. Generelt sett finnes det dessverre lite systematisert kunnskap om hvem som får tilbud om rehabilitering, og hvem som benytter seg av det.

«Bedre fysisk form, bedre livskvalitet, færre smerter og mindre angst.» Det viser resultater i rapporten fra april 2010 om dagrehabilitering på Sundhedscenter for Kræft-ramte i København. Vår søsterorganisasjon Kræftens Bekæmpelse viser ellers til følgende tall for behovet av kreftrehabilitering: 30 % trenger rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, 30 % i kommunhelsetjenesten og 30 % klarer rehabilitering for egen maskin. Helse Sør-Øst viser til lignende tall.

Behov og tilbud

Helsedirektoratet nedsetter nå en arbeidsgruppe som skal vurdere tilbudet som gis til kreftpasienter innen både kommune- og spesialisthelsetjeneste. Vurdering av tilbudene vil skje som et ledd i det pågående arbeidet med nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering.

Med samhandlingsreformen håper vi at det blir et sterkere fokus på rehabilitering i kommunen. Gjøvik kommune går foran som et godt eksempel. I tillegg til kommunal kreftplan, kompetanseheving på kreftområdet for ansatte i kommunen, informasjonsdager om kreftrehabilitering til pasienter i samarbeid med Gjøvik sykehus, kreftenheten og LMS, har de startet opp treningsgrupper for kreftpasienter. De tilbyr ferdigbehandlede pasienter, samt de som fortsatt er under behandling, et tilbud om fysisk aktivitet kombinert med informasjon om diverse temaer som er viktige for deltakerne. Gruppen ble fort fulltegnet, og kreftpasienter i nabokommunene ønsker seg samme tilbud.

Mange pasienter ønsker råd, veiledning og støtte i den første fasen etter endt behandling. De opplever et tomrom, og de merker effekter av behandlingen som eksempelvis fatigue.

Ved å få mer kunnskap om senskadeproblematikk kan hjelpeapparatet i større grad fange opp symptomer slik at plagene kan behandles best mulig. Det er viktig at både helsepersonell, det offentlige hjelpeapparatet, omgivelsene og ikke minst de krefttrammede selv er klar over betydningen av langtidsfølger og tar dem alvorlig. Det krever faglig innsikt for å hjelpe pasientene til å definere behovet for rehabilitering, men også et følt ansvar fra helsepersonell for å henvise pasienten videre til rehabilitering i spesialist- eller kommunehelsetjenesten.

Kreftforeningens mål er at alle som har behov, skal få tilbud om rehabilitering, og at rehabilitering skal inkluderes som en del av kreftbehandlingen. Samtidig må det forskes mer på rehabilitering slik at vi vet hva som gir best resultater. Kreftforeningen har og vil fortsatt være en viktig bidragsyter for å bedre rehabiliteringstilbudet for kreftpasienter. Imidlertid må det aldri være tvil om at det er det offentlige helsevesenet som har hovedansvaret.

RØDE KORS HAUGLAND REHABILITERINGSSENTER

*ved Dag Clement Johannessen, Kari Fismen
(Hauglandsenteret)*

Hauglandsenteret ligger i Sunnfjord i Fjaler kommune og har sitt opphav fra en testamentarisk gave fra overrettsakfører Christian Bekker som i 1980 ga eiendommene sine til Sogn og Fjordane distrikt av Norges Røde Kors. Som vilkår satte han at eiendommene skulle nyttes til humanitære og inspirerende formål. Utbygging og restaurering ble startet allerede året etter og i 1985 sto det ferdig, et ferie-, fritids- og aktivitetssenter for personer med eller uten funksjonshemming, samt leirskole.

Den 24. oktober 1992 ble Haugland Helsesportssenter åpnet av kong Harald, bygget på midler fra blant annet Røde Fjær-aksjon i 1987 (Lions). I 1993 ble senteret godkjent som rehabiliteringssenter gruppe I, og omfattet 8500 kvm. bygningsmasse. Senteret er i dag en spesialist-institusjon på 2. linje nivå innen fysikalsk medisin og rehabilitering. Senteret har avtale med Helse Vest og NAV og har 63 godkjente døgnplasser.

Lokaliteter

Senteret har totalt 70 sengeplasser, 25-meters basseng, varmt basseng (34 grader), to godt utstyrte trenings-saler, apparatsal for styrketrening, gymsal, stall/ridebane, testlaboratorium for kondisjonstest, lungefunksjonstest, handgrip muskeltest og ulike funksjonelle tester.

I tillegg til å ligge i et flott område med nærhet til sjø og fjell hvor lokalitetene er tilpasset rullestol, har man tilgang til en rekke fasiliteter, blant annet kan brosjyren lokke med: «Praktiske enkle/doble rom med telefon og romlege bad. Enkeltrum i små hus like ved hovedbygget. TV-stover. Arbeidstove. Kiosk. Gamme. Båtar. Full pensjon»

Hauglandsenteret er samlokalisert med Røde Kors Nordisk United World College som er en internasjonal skole med 200 studenter fra 85 land. Dette er en del av Røde Kors humanitære internasjonale engasjement som ble lagt til

senteret og åpnet i 1995. Skolen har et toårig program som fører frem til International Baccalaureate (IB), som gir tilgang til de fleste universitet verden over. Man legger vekt på internasjonal solidaritet, miljø og menneskerettigheter og spesielt ønsker man å gi tilbud til studenter med funksjonshemming og studenter fra utviklingsland.

Noen av aktivitetene på senteret blir gjennomført i samarbeid med studenter fra United World College. Mangfoldet dette gir, oppleves som et svært positivt bidrag i rehabiliteringsarbeidet.

Fagkompetanse

Senteret gir tilbud om rehabilitering til pasienter med behov for tverrfaglig og helhetlig tilnærming innen spesialisthelsetjenesten. Den tverrfaglige staben består av overlege med spesialitet i Fysikalsk medisin og Rehabilitering, lege i spesialisering, sykepleiere, fysioterapeuter, idrettspedagoger, ergoterapeut, attføringskonsulent og klinisk ernæringsfysiolog. Alle i den helsefaglige staben på 23 har tatt eller er i ferd med å ta videreutdanning innen Kognitiv terapi. I tillegg har senteret forskerkompetanse og spesialist i onkologisk fysioterapi.

Diagnosespekter

Senteret gir rehabiliteringstilbud til pasienter med; kronisk smerte- og utmattelsessyndrom, lidelser i rygg/nakke/bekken, ulike kreftsykdommer, nevrologiske lidelser, lettere psykiske lidelser. Det blir og foretatt funksjonsvurdering med tanke på tilbakeføring til arbeid eller utdanning. Senteret driver utprøvende behandling av pasienter med sykkelig overvekt.



Overordnet målsetting

Bidra til å øke pasientens livskvalitet. Dette innbefatter økt sosial og arbeidsmessig deltakelse, redusere risiko for livsstilsrelaterte lidelser samt øke psykisk og fysisk funksjonsevne.

Kartlegging

Ved ankomst gjennomføres en fysikalskmedisinsk undersøkelse og kartlegging med ulike tester, for eksempel kondisjon og lungefunksjon. Det blir brukt selvrapporteringsskjema for kartlegging av for eksempel angst, depresjon, fatigue m.m. Ved behov blir det utarbeidet individuell plan. Det blir satt opp målsetting for oppholdet.

Tiltak

Hovedvirkemiddelet er tilpasset fysisk trening og lystbetonte aktiviteter, undervisning og samtalegrupper. Kognitiv terapi blir benyttet i veiledning av pasientene. Rehabilitering er en samhandlingsprosess der pasienten står i sentrum. Det blir lagt vekt på den enkeltes vilje til å bedre sin egen livssituasjon.

Det blir gitt undervisning i disse temaene:

- Innføring i kognitiv terapi
- Smerter/plager/mestring
- Endring
- Treningslære
- Arbeid og trygd
- Kosthold og ernæring

Varighet på oppholdet er vanligvis 3 uker med mulighet for re-opphold i enkelte tilfeller. Rehabilitering av sammensatte problemstillinger tar ofte tid.

Kreftrehabilitering

Senteret har 15 års erfaring med kreftrehabilitering og gir tilbud til bryst- og gyn. kreft i grupper og individuelle opphold for andre pasienter med ulike kreftdiagnoser. (Liste over publiserte studier nederst på siden.) Rehabiliteringsoppholdet kan være etter avsluttet behandling, under behandling og i forskjellige stadier av sykdommen.

Senteret kan naturlig nok ikke ta imot pasienter i terminalfase. Det er mulighet til å ha med pårørende/ledsager under oppholdet. Det vil bli gitt undervisning i temaer som er aktuelle for den enkelte kreftpasient som for eksempel lymfødem og fysisk aktivitet, fatigue, samliv og seksualitet. Senteret gir Komplett Fysikalsk Lymfødembehandling både til inneliggende og polikliniske pasienter etter behov/avtale.

Til høsten starter senteret et forskningsprosjekt rettet mot unge voksne kreftpasienter, der en vil se nærmere på effektivitet: Deltakelse (jfr. ICF). Til dette prosjektet er det knyttet en doktorgradsstipendiat med lang erfaring fra kreftomsorgen. Prosjektet er blant annet finansiert av Eckbos legat og Kreftforeningen. Prosjektet har opprettet en styringsgruppe med representanter fra Kreftforeningen, UG, Kompetansesenteret for habilitering og rehabilitering i Helse Vest, NAV i Sogn og Fjordane, Spesialist i Fysikalsk medisin og Rehabilitering, førsteamanuensis/veileder fra Hemilsenteret/Universitetet i Bergen, utviklingsdirektør ved United World College og direktør ved Hauglandsenteret.

Oppholdet er fastsatt til tre uker med to oppfølgingsopphold på en uke med tre måneders intervaller. Innhold i rehabiliteringsprogrammet er:

- Tilpasset fysisk aktivitet individuelt og i gruppe
- Undervisning innen aktuelle tema som treningslære, kosthold, samliv og seksualitet, utdanning og yrkesliv, trygderettigheter med mer
- Gruppesamtaler med fokus på mestring
- Individuelle samtaler etter behov
- Treffe andre i samme livssituasjon
- Fritidsaktiviteter med fokus på livsglede, mestring og nye utfordringer

Prosjektkoordinator: Kari Fismen, fysioterapeut, Spesialist i onkologisk fysioterapi.

Prosjektleder/Doktorgradsstipendiat: May Aa. Hauken, sykepleier/høyskolelektor
www.rkhr.no

Senteret driver også andre prosjekt rettet mot kommunehelsetjenesten og NAV-kontor basert på tverrfaglig sam-

handling. Blant annet et prosjekt med arbeidsrettet rehabilitering, med hensikt å styrke den enkeltes arbeidsevne og mestring av helserelaterte og sosiale problem som er til hinder for deltakelse i arbeidslivet. Dette er et diagnose-uavhengig og landsdekkende tilbud, for detaljer, se www.nav.no

Publiserte brystkreftstudier ved Hauglandsenteret:

Fismen K, Osland IJ, Fismen E, Borge L, Martinsen EW, Hjort P, Stanghelle JK, Iversen OJ, Hjort P: Rehabilitering av kvinner med brystkreft. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 12: 2749-54.

Borge L, Martinsen EW, Fismen K, Osland IJ, Fismen E, Hjort P, Stanghelle JK, Iversen OJ. Brystopererte har nytte av rehabilitering. Tidsskr Sykepleien 2002;90(3):52-55.

Fismen K, Stanghelle JK. Rehabilitering av kvinner med brystkreft. Fem års oppfølging. Tidsskr Nor Lægeforen 2007;127: 1207-9.

KROKEIDESENTERET, AVD. NÆRLAND

Nærland ligger i Hå kommune på Jæren i Rogaland, i naturskjønne omgivelser med Jærstrendene som nærmeste nabo.

Vi har 31 rehabiliteringsplasser for diagnosegruppene hjerte, lunge, kreft. Deltagerne er her en måned, det er også mulighet for oppfølgingsopphold på to uker.

Vi har fysisk aktivitet som bærebjelke gjennom hele oppholdet, med to økter daglig – turer, vanntrening, sykling, spinning, balltrening og mye mer. Deltagerne har ulikt utgangspunkt når de kommer hit – noen er vant til å trene, mens andre knapt kommer seg opp trappa til rommet, men alle klarer noe! Mange deltagere er overrasket over hvor mye de faktisk klarer, og alle merker bedring i løpet av oppholdet.

Vi legger også vekt på undervisning og veiledning. Filosofien vår er at deltagerne skal få mer kunnskap om til-



standen sin, og oppleve at det er mye de selv kan gjøre. Vi underviser om sykdommene, behandling og medikamenter, trening og ernæring, og trygderettigheter. Vi tilbyr hjelp til røykeslutt til alle som røyker, uansett diagnose.

Et tredje viktig punkt er gruppetilhørighet og fellesskap. Deltagerne bor, lærer, trener og spiser sammen i en hel måned, de deler erfaringer og støtter hverandre. Mange har kontakt med hverandre også etter hjemreise.

Vi er et tverrfaglig team med fysioterapeuter, sykepleiere, atferdskonsulent, ergoterapeut, ernæringsfysiolog, spesiallege og allmennlege, og aktivtører. Alle arbeider mot det samme målet – at deltagerne skal få økt fysisk og psykisk velvære, og oppleve bedre mestring i arbeidslivet og livet generelt.

Søknad, kriterier

Deltagerne kan søkes inn av fastlege eller spesialist. Kriteriene for inntak er at man er ferdig utredet og behandlet for sin sykdom. For kreftpasienter betyr det at de kommer hit etter at de er ferdig med f eks cytostatika og strålebehandling. Vi tar inn 8–10 kreftpasienter hver måned. Vi har mange brystkreftpasienter, men også alle andre typer kreft.

Kreftpasientene er en litt spesiell gruppe siden mange av dem er unge, ofte med hjemmeboende barn, og vanligvis yrkesaktive. Mange av kreftpasientene strever med utmatelse og fatigue i lang tid etter endt behandling. De fleste

har også psykiske reaksjoner, som fortvilelse, redsel for tilbalefall, noen ganger depresjon. Det er krevende å fungere i hverdagen, og veien tilbake til arbeidslivet kan være lang og tung.

Tradisjonelt har ikke yngre kreftpasienter fått tilbud om rehabilitering, muligens fordi de virker så friske og vel-fungerende. Vi ser imidlertid at de har et stort behov for kunnskap, å få snakke med andre om opplevelsene sine, og komme i fysisk form etter lange og harde behandlingsforløp. Bare det å få snakke med helsepersonell som har tid til å forklare og informere er en verdi i seg selv. Gruppene betyr òg mye. Mange har følt seg svært alene med sin sykdom, og er redd for å være til bry for familie og venner. I gruppa kan de snakke fritt, og oppdager at mange har de samme tankene og følelsene som dem selv.

Vår erfaring er altså at alle kreftpasienter kan ha stort utbytte av helhetlig rehabilitering, ikke minst de yngre.

Yrkesliv og sosiale forhold

Underveis i oppholdet kartlegges alle mht arbeidssituasjon og sosiale forhold. Mange trenger hjelp og råd om rettigheter og muligheter overfor NAV og arbeidsgiver. Andre trenger hjelp til å søke uføreytelser og oppfølging i hjem-kommunen.

Oppfølging

Før utreise skal deltagerne legge konkrete planer om trening og aktiviteter når de kommer hjem. Vi er behjelpelige med å finne fram til treningstilbud og aktiviteter i kommunen.

Nordic Cancer Rehabilitation Symposium

20-21 September 2010, Copenhagen, Denmark



The symposium offers an opportunity to gain more insight into subjects related to cancer rehabilitation including:

- Interventions on treatment of physical and psychosocial symptoms and late effects
- Health behavior interventions and screening for rehabilitation needs
- Life after a cancer diagnosis
- Social inequality as well as the need to provide rehabilitation to spouses and significant others

The symposium will include keynote speakers, oral abstract presentations and posters addressing a variety of disciplines within cancer rehabilitation. The organizing committee welcomes contributions from researchers, health professionals, as well as administrators working with cancer rehabilitation.

The social program includes a symposium dinner and an opportunity to meet old colleagues and friends and establish new contacts. Furthermore, we will use the symposium as an opportunity to discuss the need for and actions to be taken to establish a Nordic Society for Rehabilitation and Psychosocial Cancer treatment.

Registration Fee: € 200/ DKK 1500

Sponsors: *The symposium is sponsored by the Scandinavian Journal Acta Oncologica, the Danish Cancer Society, the National Research Center of Cancer Rehabilitation and Novartis Healthcare A/S.*

Venue: Radisson BLU Falconer Hotel & Conference Center, Falkoner Allé 9, 2000 Frederiksberg

Contact: E-mail: NCRS@cancer.dk Tel: +45 3525 7645



Vi tar kontakt med alle deltagerne ca en måned etter oppholdet for å høre hvordan det går. Alle får også tilbud om et oppfølgingsopphold etter noen måneder.

Tilbudet gjelder for deltakere fra Helse- Vest, men deltakere fra andre helseforetak er også velkommen til å søke.

SØRLANDETS REHABILITERINGSSENTER, EIKEN

ved Reidun Meberg Bulut, daglig leder

Sørlandets Rehabiliteringssenter Eiken AL har med hjelp av prosjektmidler fra Kreftforeningen gjennom Krafttak mot kreft 2007 utarbeidet et gruppebasert helhetlig rehabiliteringsopplegg for ferdigbehandlede kreftpasienter. Rehabiliteringsopplegget ble i utgangspunktet utviklet for

kvinner som er ferdigbehandlet for brystkreft og gynekreft, men opplegget har god overføringsverdi til alle som er ferdigbehandlet for kreft. Tilbudet ble utviklet under ordningen Raskere tilbake, og har derfor også et visst arbeidsrettet fokus.

Rehabiliteringen foregår hovedsaklig i gruppe med individuell tilpasning, individuelle samtaler og individuell tilrettelegging. Opplegget består av undervisning og samtalegrupper med relevant tematikk, fysisk aktivitet inne og ute i naturskjønne omgivelser, samtaler rundt bålet, avspenning m.m. Vi har et flott varmtvannsbasseng som benyttes flere ganger ukentlig. Det fokuseres også på at den enkelte lager rehabiliteringsplan, og ved behov for individuell plan hjelper vi å iverksette den.

Rehabiliteringsopplegget bygger på helsepedagogisk til-

Arbeidsrettet rehabilitering for kreftpasienter

Tilbake til et mer deltakende liv

Du har nå kanskje vært gjennom mange og lange opphold på sykehuset med krevende behandling, og er muligens rett og slett lei av hele helsevesenet... Det skjønner vi...

Likevel tror vi at du kan ha godt av å komme tre uker til et sted der du kan fokusere på deg selv. På **dine ressurser**. På **din fremtid**.

Vi ønsker å gi deg et løft både fysisk og psykisk, og at du skal få et opphold som gir overskudd, **økt selvfølelse** og styrket evne til å jobbe mot realistiske mål på ulike livsområder. Et opphold hos oss vil **gi tid og rom til å flytte fokus** fra en tilværelse der andre har tatt mange avgjørelser for deg, tilbake til en hverdag der det er **du som har kontrollen**.

Vi ønsker med dette tilbudet også å gi hjelp og veiledning i forhold til **tilbakføring til et aktivt arbeidsliv**.

- Tilbudet er til deg som er ferdigbehandlet for brystkreft eller gyn. kreft.
- Du må være i arbeid før alder (mellom 18 og 67 år).

Innhold i tilbudet

Aktivitet:

- Lystbetont og variert fysisk aktivitet hver dag.
- Treningsopplegg som tilpasses den enkelte.
- Samtaler rundt turbålet.

Undervisning og samtalegrupper om aktuelle temaer som bl.a. omfatter:

- Hvordan møte utfordringer etter avsluttet kreftbehandling - både privat og i arbeidslivet.
- Mentale utfordringer - naturlige reaksjoner på uvanlige livssituasjoner.
- Hvordan snu en negativ spiral?
- Samliv og seksualitet.
- Kosthold - En forutsetning for å opprettholde energinivå og overskudd i en aktiv hverdag.
- Bivirkninger og senbivirkninger av behandling eksempelvis fatigue.
- Treningslære - Hvorfor trene?
- Balanse mellom aktivitet og hvile.
- Avspenningsteknikker.
- NAV - rettigheter og muligheter.
- Videre jobbmuligheter.

I tillegg til dette vil det være individuelle samtaler, og individuell oppfølging i forhold til aktuelle utfordringer hos den enkelte deltager.

Pårørende/familiehelg med spennende opplegg

Andre helgen i oppholdet kan du ta med deg pårørende/familie hit. Det vil bli en helg der alle sammen vil få gode opplevelser med fagpersoner, god mat og flott natur.






nærming, som fokuserer på pasientens ressurser, evner, muligheter og mestringssevne. Dette gjøres gjennom en helhetlig tilnærming der hele mennesket er i fokus; med sine fysiske-, psykiske-, trivselsmessige/ sosiale- og åndelige/eksistensielle dimensjoner.

Selve rehabiliteringsopplegget strekker seg i utgangspunktet over fire uker, med en mulighet for oppdeling eller «kortversjon» av opplegget. Vi har erfart gjennom ordinær arbeidsrettet rehabilitering at deltakerne i utgangspunktet syntes det høstes lenge ut med fire uker, men i etterkant uttrykker takknemlighet for at det varte så lenge som i fire uker. Andre tilbakemeldinger går på at deltakerne gjennom gode gruppeprosesser både kan hjelpe seg selv og hverandre ved sammen å dele følelser og opplysninger, ved å sammenligne holdninger og erfaringer, ved å støtte hverandre, ta sjanser sammen og gjennom å utveksle ideer, forslag og løsninger.

Vi har i fellesskap med forsker Line Oldervoll ved NTNU, som har et forskningsprosjekt på et tilsvarende rehabiliteringsopplegg ved Røros Rehabiliteringssenter, kommet fram til at vi skal benytte en del av de samme måleparametrene som benyttes på Røros. Det blir ikke som en del av hennes forskningsprosjekt, men data kan benyttes til evaluering av tilbudet. Styringsgruppe, Prosjektgruppe og Ressursgruppe har jobbet med styring, utvikling og kvalitetssikring av prosjektet. I ressursgruppen sitter blant annet gynekolog Ingvild Vistad og onkolog Unn-Miriam Kasti fra Sørlandet Sykehus HF Kristiansand. Underveis har vi hatt tett dialog og svært god støtte fra Kreftforeningens regionskontor i Kristiansand.

Brukere kan henvises til oss direkte fra sykehus, gjennom fastleger eller NAV-saksbehandlere.

Litt om oss

Sørlandets Rehabiliteringssenter Eiken AL er et andelslag som drives på ideell basis av Nasjonalforeningen for folkehelsen, fylkeshelselaget i Vest-Agder og helselagene. Det ble startet i 1982 som et rekreasjonshjem, og har gått utviklingen gjennom opptreningsinstitusjon til i 2003 å bli en del av spesialisthelsetjenesten, og skiftet da navn til Sørlandets Rehabiliteringssenter Eiken AL.

Vi har ramme- og ytelsesavtaler med Helse Sør-Øst på 39 plasser gjeldende ut 2010. Plassene er fordelt på diagnosegruppene ortopedi og muskel/skjelettlidelser. Fra oktober 2009 har vi inngått avtale med NAV – Arbeidsrettet rehabilitering (ARR) døgntilbud. I perioden 2008-2009 hadde vi avtale med Helse Sør-Øst under ordningen Raskere tilbake.

Helse Sør-Øst utlyser i disse dager ny anbudskonkurranse gjeldende fra 1.1.2011, og her kommer vi til å legge inn tilbud om Kreftrehabilitering.

Sørlandets Rehabiliteringssenter er for tiden i stor utvikling og holder på med utviklings-arbeid på flere områder. Det jobbes aktivt for å videreutvikle rehabiliteringstilbudet til å være et fremtidsrettet tilbud på spesialisthelsetjenestnivå med fokus på tverrfaglighet, brukermedvirkning, høy kompetanse, samhandling og kvalitetssikring. Videre skal vi være tydelige på vår rolle i et helhetlig rehabiliteringsforløp. Vi jobber aktivt for å yte kvalitativt gode tjenester, med brukeren i sentrum. Fokuset er på den enkeltes ressurser og ikke begrensningene.

Vi jobber i tverrfaglige team bestående av lege, sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut, attføringskonsulent. Vi har nylig ansatt idrettspedagog for å tydeliggjøre fokuset på det friske, og på det å kunne se mulighetene i stedet for begrensningene.

Vi har også nylig opprettet og besatt en liten forskerstilling for å bedre kunne dokumentere og systematisere våre resultater.

Vi fikk prosjektmidler fra Helsedirektoratet i 2009 for å kunne videreutvikle institusjonen. I tillegg er vi involvert i flere prosjektgrupper både innen Sørlandet Sykehus HF og Helsenettverk Lister, der fokuset er å tenke prosjekter relatert til samhandling på bakgrunn av Samhandlingsreformen (st.prep. 47). Selv om den enda ikke er politisk vedtatt, vil det i framtiden være helt avgjørende med bedre samhandling mellom de forskjellige nivåene til beste for brukeren.

Av annet utviklingsarbeid som pågår kan nevnes; nytt pasientjournalssystem for å kunne kommunisere via

Helsenett. Ny profil er under utarbeidelse, bygningsmessige oppgraderinger er på gang.

Sørlandets Rehabiliteringssenter Eiken er lokalisert i Hægebostad kommune i Vest-Agder, i naturskjønne omgivelser. Nærmeste togstasjon er Snartemo, og det er fem togavganger/ankomster daglig fra Oslo og Stavanger (Sørlandsbanen), med buss/tilbringertjeneste til de fleste tog-ankomster og avganger.

MONTEBELLO-SENTERET

ved Gunnar Tanum

Den offisielle åpningen av Montebello-Senteret fant sted i 1990

Drift:

Årlig rammes om lag 27.000 mennesker av kreft i Norge og nær 200.000 mennesker lever med sykdommen. Kreftforekomsten i befolkningen øker med cirka 2 % i året. Montebellosenteret er et tilbud både til dem som har kreft, som tidligere har hatt kreft og til deres pårørende. Sosialt nettverk er viktig og nødvendig støtte i en vanskelig livssituasjon. Kreftsykdom innebærer store utfordringer både for den som rammes, pårørende og helsevesenet. Rehabilitering er en viktig del av dette og handler om hvordan pasient og pårørende kan mestre tilpasningen til tilværelsen etter den primære behandlingen.

Situasjonen «å leve med kreft» endrer seg gjennom sykdomsforløpet: Diagnose, behandling, akutte bivirkninger av behandling, frykt for tilbakefall, problemer med å takle en endret livssituasjon, langtidsbivirkninger og prosessen med å komme tilbake til normalt liv. Problemstillingene veksler fra enkle til svært sammensatte. Mange av kursdeltagerne på Montebello-senteret har avsluttet den medisinske kreftbehandlingen men en del er fortsatt under aktiv behandling med cellegift og/eller hormoner. I møtet med hverdagen blir mange pasienter usikre på eget levesett i forhold til sin kreftdiagnose, den gjennomførte behandlingen eller kroniske bivirkninger. Et viktig mål for senteret er å lære kursdeltagerne teknikker og levesett som reduserer plager og bedrer livsutfoldelsen fysisk og psykisk.

Montebello Senteret er en helseinstitusjon. Senteret har vært virksomt siden 1990 og har betydd mye for mange pasienter med kreft og deres pårørende. I målsettingen for Senteret heter det at «kursdeltagerne gis anledning til å vurdere og revurdere hverdagslivets muligheter og begrensninger, under og etter kreftbehandling. Det handler om kontroll over eget liv». Senteret ligger flott til 15 km utenfor Lillehammer rett nedenfor fjellområdet Sjusjøen.

Hovedaktiviteten er intensive kurs der pasienter og pårørende i gode omgivelser får tilført kunnskap og lært mestringsstrategier. Det handler om psykisk og fysisk livskvalitet enten livet blir langt eller kort. Livskvalitet er subjektivt og individuelt, men senteret prøver å legge til rette for at alle får bedre livskvalitet resten av deres liv. Kreft berører ikke bare pasienten selv men hele det sosiale nettverket med slekt og venner. Bedre livskvalitet for kreftpasienter involverer mange mennesker og gir store gevinster både personlig og samfunnsøkonomisk. Kurs for helsepersonell er også en naturlig del av driften.

Det er etablert forskningsaktivitet på Montebello-senteret. Forskningen gjøres i samarbeid med andre institusjoner. Den bakenforliggende hensikten med forskningen er å sikre kvaliteten på det arbeidet som gjøres på senteret. Erfaringer og kunnskap publiseres slik at det får nytteverdi også utenfor senteret selv. Montebello-senteret har et formalisert samarbeid med flere institusjoner innenfor kreft, rehabilitering og forskning.

Oppholdene for pasienter og pårørende finansieres ved refusjon fra NAV. Helse- og Omsorgsdepartementet bestemmer antall pasientdøgn som årlig refunderes. Driften ved senteret er hjemlet i Stortingsvedtak. Etter den siste utvidelsen kan senteret huse 90 gjester som kan bespises samtidig. Montebello-senteret tilbyr nå god hotellstandard for sine gjester. Kurstilbudet er svært vidtfavnende og dekker mange typer behov for kreftpasienter og pårørende. Kursprogrammet finnes på senterets hjemmesider.

Utbygging:

Bygningsmessige forhold har tidligere lagt en del begrensninger på senterets tilbud og forskningsmuligheter. For å bedre dette har senteret nå gjennomgått en stor utbygging.

Utbyggingen har styrket senterets profil innenfor fysisk aktivitet, ernæring og livskvalitet. Pasienter og pårørende vil ikke bare få økt kunnskap men også lære å omsette denne kunnskapen i praksis.

Byggeprosjektet ble etablert høsten 2005, byggestart var august 2007 og byggeprosjektet var ferdig september 2009. Byggeprosjektet hadde 4 hovedelementer; ny gjestefløy, ny aktivitetssal, opprusting/utvidelse av eksisterende bebyggelse og opprusting av utearealene. Dette inkluderte å samle funksjoner geografisk slik at identiske funksjoner ble samlokalisert, ruste opp det gamle hovedbygget generelt, ombygge og utvide resepsjonsområdet og spisesalen, totalrenovere hovedkjøkkenet, avsette arealer til forskning samt å bygge ny aktivitetssal, ny gjestefløy og nytt treningskjøkken. Arealene skal ha fleksibel bruk slik at senteret kan arrangere parallelle kurs. Det er avsatt 300 kvm til forskningsformål.

Hele utbyggingen kostet 70 millioner kroner og er utelukkende finansiert av gavemidler. Grunnlaget for finansieringen er at Lions Norge valgte å bruke Montebello-senteret som mål for sin Røde Fjær aksjon i 2004 i samarbeid med Kreftforeningen. Aksjonen ga nesten 45 millioner kroner. Disse midlene sammen med andre givere (Kreftforeningen, Canica AS, Anonym, m.fl.) har finansiert utbyggingen og gjort prosjektet mulig. Utbyggingen ble gjennomført til avtalt tid og pris.

Den eksisterende hovedbygningen er utformet som en stor herregård og er en av landets store trebygninger. Tidligere utbygginger som auditoriet og bassenget har sluttet seg til det opprinnelige formspråket. Den siste opprusting/utvidelse av hovedbygget understreker det gamle, ærverdige bygget. Derimot er nybyggene i en moderne form og etterligner ikke det gamle. Den nye gjesteromsfløyen er lagt i bue som følger terrenget og delvis gravd inn i en kalle. Det nye aktivitetsbygget er delvis gravd ned i plenområdet slik at bare øvre del kan ses. Det komplette anlegget framstår likevel som en helhet og fortsatt er den gamle hovedbygningen dominerende. Totalt bygningsareal på senteret er om lag 6.500 kvm etter utbyggingen.

VARDE SENTERET

ved Gunnar Tanum

Drift:

Vardesenteret er etablert av Kreftforeningen i samarbeid med Oslo universitetssykehus for å gi kreftrammede og pårørende et omsorgstilbud som møter dagens og fremtidens behov for helhetlig kreftomsorg. Senteret ble åpnet i januar 2010 og ligger på Radiumhospitalet i bygg J. Dette er samme bygg som huser den nye stråleterapiavdelingen og sykehotellet.

Senteret er det første i sitt slag i Norge der et helseforetak inngår et forpliktende samarbeid med en interesseorganisasjon som Kreftforeningen. Dette gir større bredde og utvidet handlingsrom med store muligheter til å skape synergier.

Senteret er ennå i en oppstartingsfase. Foreløpig er bemannet åpningstid begrenset til dagtid og ettermiddag mandag til fredag, men etter hvert som tilbudet utvides vil også åpningstidene bli lengre. Senteret er åpent for alle som er berørt av kreft og alle tilbud er gratis. Informasjon legges ut fortløpende på senterets nettsider

Senteret skal være arena og møteplass for kreftrammede, pårørende og helsefaglig personell. Det skal foregå aktiviteter som fremmer livskvalitet, velvære og mestring. På senteret skal man kunne motta informasjon, støtte og veiledning, ta del i aktiviteter, møte likesinnede, eller bare ha et sted å finne ro. Man ønsker å bidra til at tidligere og nåværende pasienter mestrer et aktivt hverdagsliv.

Senteret er arena for pasientforeninger og frivillig virksomhet av ulike slag. Her arbeider frivillige innenfor ulike yrker slik som advokat, psykolog, sosionom, fysioterapeut, ernærings ekspert, kreftsykepleier, m.fl som kan gi informasjon. Det foregår ikke tradisjonell behandling på Vardesenteret, det skrives ikke journal og senteret er ikke koplet opp mot sykehusets datanettverk. Senteret er altså ikke en del av sykehuset men et supplement til sykehuset. Tilbudene ved Vardesenteret inngår som en del av et komplett kreftsenter ved Radiumhospitalet. Vardesenteret representerer en stor økonomisk satsing fra begge parter og er tenkt å tjene som modell for tilsvarende sentra på

andre sykehus. Erfaringene man gjør nå blir derfor viktige også for eventuelle fremtidige «Vardesentre» andre steder.

Likemannsarbeid:

Likemannsarbeid er en hovedaktivitet på Vardesenteret. Dette er erfaringer og kunnskap som overføres fra pasient til pasient og er for mange en viktig støtte under sykdomsforløpet og senere. Likemannsarbeid er frivillig og ulønnet. Det å utveksle erfaringer om å leve med en kreftsykdom står sentralt og er et supplement til det offentlige helsetilbudet. Det handler om hjelp til selvhjelp, og foregår mellom personer som er i samme situasjon. Den som er likemann, må ha gjennomgått kurs i likemannsarbeid og samtalene er konfidensielle.

Erfaring viser at svært mange har behov for å møte andre i tilsvarende livssituasjon for å dele erfaringer. På Vardesenteret får man kontakt med 12 pasientforeninger knyttet til ulike kreftdiagnoser. Her treffes personer som selv har opplevd kreftsykdom. Vardesenteret vil i 2010 igangsette forskning på betydningen og effekten av likemannsarbeid.

Pasient- og likemannsorganisasjonene har et bredt tilbud til sine medlemmer både innenfor og utenfor Vardesenteret. Gjennom besøkstjeneste og andre former for likemannsarbeid gis det mulighet for individuell kontakt med mennesker med liknende sykdomserfaringer. Pasient- og likemannsorganisasjonene arbeider videre for bedre rettigheter for sine pasientgrupper, og for å skape større åpenhet om kreftdiagnoser samt forståelse for pasienters og pårørendes situasjon. En kreftdiagnose kan ha store helsemessige, sosiale og økonomiske konsekvenser for både pasient og pårørende. Da kan det være godt å treffe en annen som selv har arbeidet seg gjennom en kreftsykdom.

Vardesenteret har i skrivende stund bare vært drevet i 2 måneder. Stedet er derfor i stadig utvikling som forbindelse mellom sykehus og forening. Senteret har allerede blitt det naturlige møtepunktet for ulike pasientforeninger og tilbyr mange aktiviteter. Det er også et sted der pasienter kan komme ut av sykehusmiljøet og hygge seg noen timer i et hjemmekoselig miljø. Nye tilbud kommer til hele tiden og nærmere oversikt over hva som skjer på Vardesenteret finnes på deres hjemmesider.

RØROS REHABILITERING

ved lege Sigurd Folkvord og fysioterapeut Ingvild Arnesen

På Røros Rehabiliteringssenter får pasienter som har vært gjennom kreftsykdom og kreftbehandling anledning til å treffe andre i samme situasjon. De gjennomgår en aktiv rehabiliteringsprosess veiledet av et bredt fagteam med målsetting om økt innsikt, bedre fysisk og mental helse og størst mulig deltakelse i arbeidslivet.

Hovedvirkemidlene er fysisk trening, undervisning og samtaler

Under oppholdet har deltakerne en til to fysiske økter hver dag, hvor intensitetsnivå og innhold tilpasses den enkeltes funksjonsnivå og fysiske kapasitet. Aktivitetene er varierte, slik at hver deltaker har god mulighet til å finne treningsformer som er lystbetont og som kan videreføres hjemme etter avsluttet rehabiliteringsopphold. Avspenning og stressmestring er også sentralt under oppholdet.

Målet med oppholdet er bevisstgjøring og økt forståelse for å oppnå hensiktsmessig adferdsendring. Sentrale tema som belyses og diskuteres er kosthold, psykososiale reaksjoner, treningslære, energiøkonomisering, røykeslutt, aktiviteter i dagliglivet, «legens time», stressmestring, pasientrettigheter, arbeidsliv, kommunikasjon og samhandling. I gruppesamtaler legges det stor vekt på tanker og følelser omkring sykdom og livssituasjon. Tema fra undervisning skaper grunnlag for gruppesamtaler, men vel så viktig er tema som deltakerne selv bringer fram i gruppeprosessen. Dette gir rom for personlig engasjement, diskusjoner og refleksjon. Gjennom møte med andre mennesker i lignende situasjon får deltakerne dele sine erfaringer.

Rehabiliteringsperioden består av et tre uker langt primær opphold etterfulgt av en oppfølgingsuke 8-12 uker senere, samt telefonisk oppfølging. Ved innkomst gjennomføres en individuell kartlegging med samtaler, fysiske tester og pasientene besvarer ulike spørreskjema om helse og livskvalitet. Aktivitetene foregår i gruppe med 10-15 deltakere med ulike kreftdiagnoser. Vårt fagteam består

av sykepleier, psykiatrisk sykepleier, lege, fysioterapeuter, ernæringsfysiolog, atferdskonsulent, ergoterapeut, sosionom og bioingeniør. Vi har også nært samarbeid med Kreftforeningen og St. Olavs hospital.

Fokus på deltakernes egen målsetting

Den enkelte deltakers målsetting danner grunnlag for rehabiliteringsprosessen. For mange har kreftsykdommen ført til store endringer og utfordringer i forhold til både privat- og arbeidsliv. Gjennom vårt varierte program får deltakerne økt fysisk kapasitet, og de får en nyttig pekepinn på totalkapasitet i forhold til arbeidsliv og hjemmesituasjon. Vår erfaring er at fast struktur på hverdagen (kosthold, døgnrytme) og jevnlig fysisk aktivitet reduserer følelsen av fatigue som ofte er hovedproblemet for mange kreftpasienter.

Egen dag for pårørende

I løpet av primæroppholdet arrangeres en egen dag for familie og pårørende, med blant annet en gruppesamtale der de får anledning til å dele tanker og erfaringer rundt det å være pårørende til en kreftpasient.

Røros Rehabiliteringssenter

Senteret ligger i gangavstand fra Røros sentrum og har turstier/skiløyper rett utenfor i flotte naturomgivelser. Det er tilrettelagt med basseng, kantine med lokal og sunn mat, og rikelig med treningsmuligheter innendørs som utendørs. Det er ca 95 deltagere her til enhver tid, og hver enkelt får sitt eget rom med bad.

Inklusjonskriterier

- Arbeidsfør alder, med arbeid som mål
- Sykemeldt, i fare for å bli sykemeldt eller på arbeidsavklaringspenger
- Gjennomgått primærbehandling, men ikke nødvendigvis fravær av sykdom
- Pasientene må være i stand til å kunne stelle seg selv (WHO 0-2)
- Primært personer bosatt i Helse Midt- Norge.

Forskning

Alle pasientene som deltar i kreftrehabiliteringstilbudet blir forespurt om de vil delta i et forskningsprosjekt. Formålet er å undersøke gjennomførbarhet og kort- og langtidseffekter av et institusjonsbasert rehabiliteringsopphold for kreftpasienter. Forskningen ledes av Line Oldervoll, IKM, NTNU.

Søknad

Sendes fra lege eller legespesialist til:
Røros Rehabiliteringssenter AS
Øverhagaen 15
7374 Røros

Spørsmål vedrørende rehabilitering kan rettes til
Kreftteamet v/ teamleder Ingvild Arnesen
Tlf: 72 40 95 34
E- post: Ingvild.Arnese@rorosrehab.no



Tilbud om poliklinisk dagrehabilitering for kreftpasienter på Oslo universitetssykehus

ved Roy Nystad, nevrolog, leder for Rehabiliteringsteamet OUS Radiumhospitalet



Fra 2009 har Radiumhospitalet hatt et fast tilbud om poliklinisk dagrehabilitering for pasienter som nylig har avsluttet stråleterapi eller cytostatica-behandling. Et eget rehabiliteringsteam (sosionom, fysioterapeut og lege) står ansvarlig for gjennomføringen. Rehabiliteringsprogrammene utarbeides i samarbeid med de som er fagansvarlige for den medisinske behandlingen.

Det foreligger lite kunnskap om blant annet 1) hva et godt rehabiliteringstilbud for kreftpasienter bør inneholde, 2) når og hvor rehabilitering bør eller skal tilbys og 3) overfor hvilke pasientgrupper rehabilitering er mest effektivt. Det er derfor etablert et samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for studier av langtidseffekter etter behandling for kreft. De vil se på mulige positive effekter på fysisk funksjonsevne og livskvalitet.

Poliklinisk dagrehabilitering er hittil i hovedsak tilbudt pasienter med bryst- og underlivskreft. Våren 2010 prøves det ut overfor en gruppe med Non-Hodgkin-lymfom.

Dagrehabiliteringsprogrammene varer i ni uker. Pasientene har ved oppstart og avslutning samtale med sosionom og testes av fysioterapeut. Pasientene møter en dag i uken. Et dagsprogram består av en kombinasjon av forelesninger/undervisning i grupper og forskjellige typer fysisk aktivitet. Undervisningen fokuserer på tema som langtids-effekter, mestring og psykososiale utfordringer, arbeid og sosiale rettigheter, seksualitet og samliv samt kosthold/ernæring.

Programmene er delvis støttet av Kreftforeningen, og gjennomføres i 2010 med toppfinansiering av Helse Sør-øst RHF som et Raskere tilbake-tilbud. Det innebærer at pasientene skal være i yrkesaktiv alder, og enten være helt eller delvis sykmeldt eller i fare for å bli sykmeldt. Det begrenser hvem som kan få delta, men synes å sikre at gruppen som deltar er meget motivert.

Rehabiliteringsteamet har som målsetting at poliklinisk dagrehabilitering kommer inn som et naturlig og fast tilbud til kreftpasienter i flere behandlingsprogrammer ved sykehuset.



**Bjørn H Grønberg forsvarte avhandlingen
"Pemetrexed in the treatment of
advanced lung cancer"
for graden PhD i klinisk medisin ved
Norges Teknisk-Naturvitenskapelig Universitet i
Trondheim 26. mars 2010.**



Lungekreft er den kreftsykdom som tar flest liv. I Norge er det ca. 2500 nye tilfeller, og flere enn 2000 dør årlig av sykdommen.

Ca. 17 % har småcellet lungekreft. De fleste har god effekt av cellegift- og strålebehandling, men de fleste får tilbakefall innen et år. Majoriteten av pasienter med lungekreft (> 80 %) har ikke-småcellet lungekreft. Godt over halvparten har spredning ved diagnosetidspunktet og tilbys livsforlengende cellegiftbehandling. Ulempen med behandlingen er at den kan gi plagsomme og i noen tilfeller alvorlige bivirkninger. Mange lungekreftpasienter har andre sykdommer – spesielt hjerte-, kar- og lungesykdommer – og det er uvisst om disse pasientene tåler cellegiftbehandling like godt som andre.

Pemetrexed er en relativ ny type cellegift. Bakgrunnen for avhandlingen var studier som antydte at medikamentet er effektivt i behandling av begge typer lungekreft, og at det muligens gir færre bivirkninger enn andre typer cellegift. Målsetningen med avhandlingen var å besvare følgende forskningsspørsmål:

- Er pemetrexed effektivt og godt tolerert som behandling av tilbakefall av småcellet lungekreft?
- Er pemetrexed pluss carboplatin bedre tolerert og like effektivt som et standardregime – gemcitabin pluss carboplatin?
- Har pasienter med alvorlig, annen sykdom, like god effekt og toleranse for cellegiftbehandling som pasienter med bedre generell helse?

34 pasienter med tilbakefall av småcellet lungekreft ble behandlet med pemetrexed. Behandlingen ga lite bivirkninger, men tilbakegang av sykdommen ble kun observert hos en pasient. Dette er klart dårligere enn hva man forventer av behandling med andre typer cellegift.

436 pasienter ble inkludert i en fase III studie hvor man sammenlignet pemetrexed/ carboplatin mot gemcitabin/ carboplatin. Det var ingen forskjell i helserelatert livskvalitet eller overlevelse, men pasientene i pemetrexed-armen hadde færre bivirkninger. Grad av annen sykdom (komorbiditet) ble målt hos 402 av pasientene i fase III studien. Det var ingen signifikante forskjeller i overlevelse eller helserelatert livskvalitet mellom pasienter med og uten alvorlig komorbiditet, men pasientene med alvorlig komorbiditet fikk oftere infeksjoner dersom immunforsvaret ble svekket av cellegiftbehandlingen – og alle som døde av slike infeksjoner tilhørte denne gruppen. Konklusjonen var likevel at pasienter med alvorlig komorbiditet bør tilbys cellegiftbehandling.

Bjørn H Grønberg arbeider nå som overlege ved Kreftklinikken, St. Olavs Hospital i Trondheim. Han kan nås på e-post: bjorn.h.gronberg@gmail.com

**Arne Westgaard forsvarte avhandlingen
"Standardised histopathologic evaluation after
pancreatoduodenectomy for adenocarcinoma
– Resection margins, tumour origin, and survival"
for graden PhD ved Universitetet i Oslo 19. mars 2010.**



Lege og forsker Arne Westgaard har påvist at kreft som vokser i bukspyttkjertelen langt oftere enn tidligere antatt oppstår i gallegangen eller tolvfingertarmen. Kreft i bukspyttkjertelen er vanligvis en uheldelig sykdom, mens svulster i gallegangen og tolvfingertarmen kan opereres bort slik at pasienten blir varig helbredet.

I sin avhandling "Standardised histopathologic evaluation after pancreatoduodenectomy for adenocarcinoma – Resection margins, tumour origin, and survival" viser Arne Westgaard og hans medarbeidere at nær en tredjedel av de 506 personer som i perioden 1998-2004 ble operert ved norske sykehus for kreft i hodet på bukspyttkjertelen, i virkeligheten hadde en svulst utgått fra gallegangen eller tolvfingertarmen. Så mange som 54 % av pasientene kan

ha hatt en svulst i et av disse naboorganene, i følge en ny granskning av kreftsvulster operert ved Rikshospitalet. I 1998 ble det der innført en standardisert protokoll for patologi-undersøkelse av slike svulster. Westgaard og hans medarbeidere viser at standardisert vurdering er nødvendig for å bedømme om inngrepet faktisk var kurativt og for bedre å kunne forutsi tidspunktet for et eventuelt tilbakefall.

Tidligere studier har vist at sykehusenes operasjonsvolum betyr mye for om pasienten overlever slike inngrep. I perioden 1998–2004 ble det ved totalt 25 norske sykehus operert pasienter med svulst i hodet på bukspyttkjertelen. Pasienter operert ved Rikshospitalet levde i gjennomsnitt noen måneder lenger enn pasienter operert ved andre norske sykehus. Westgaard konkluderer imidlertid i sin avhandling med at standardisert vurdering av operasjonspreparatet er viktigere enn størrelsen på sykehuset med tanke på å stille en presis diagnose og med tanke på å forutsi langtidsprognosen etter slike inngrep.

En viktig erkjennelse er også at mer presis patologi-rapportering etter slike operasjoner kan høyne kvaliteten på kliniske studier rettet mot mer effektiv behandling for kreft i bukspyttkjertelen.

Arne Westgaard arbeider nå som lege i spesialisering i onkologi, ved Oslo universitetssykehus, Radiumhospitalet. Han kan nås på e-post: arne.westgaard@medisin.uio.no

Lotte Rogg forsvarte avhandlingen

"Skal legen fortelle alt til sine pasienter?"

En studie av norske legers holdninger og praksis ved formidling av informasjon om alvorlige sykdommers prognose."

for graden PhD ved Universitetet i Oslo 29. januar 2010.

Pasienter trenger ikke bare informasjon om sin diagnose, men også om tilstandens prognose for å kunne ta aktivt del i beslutninger om behandlingen. Informasjon om prognose er imidlertid forbundet med betydelig større usikkerhet enn informasjon om diagnosen. Pasientenes



ønsker om prognostisk informasjon er også sterkt varierende.

I avhandlingen *Communication medical prognosis – concepts, attitudes and practice* viser Lotte Rogg og hennes medarbeidere at legene oppfatter kommunikasjon av alvorlig prognostisk informasjon som en krevende del av deres kliniske arbeid. Ivaretagelse av pasientens håp oppfattes å komme i konflikt med et økende krav om informert samtykke i den medisinske hverdagen. Legene forsøker å møte disse potensielt motstridende hensynene ved å fokusere på positive aspekter i informasjonen om en dårlig prognose, samtidig som de er opptatt av at informasjonen skal være sannferdig.

Et annet funn er at legene lærer å kommunisere denne type informasjon i mer uformelle sammenhenger som å observere erfarne kolleger og av egne erfaringer i større grad enn ved formalisert opplæring.

Dette kan ha betydning for hvordan fremtidig undervisning i medisinsk kommunikasjon blir lagt opp.

Lotte Rogg arbeider nå som assistentlege ved Oslo universitetssykehus, Ullevål. Hun kan nås på e-post: lotte.rogg@uus.no.

Kjersti Bruheim forsvarte avhandlingen

"Seneffekter og livskvalitet etter strålebehandling for rectum cancer"

for graden PhD ved Universitetet i Oslo 23. mars 2010.



Strålebehandling reduserer risikoen for lokale tilbakefall etter moderne kirurgi for endetarmskreft. De senere årene er en økende andel pasienter behandlet med strålebehandling i tillegg til kirurgi. Denne første norske, landsomfattende studien viser at strålebehandling og kirurgi medfører økt risiko for seneffekter på normalvevet.

Økt kunnskap om seneffekter etter kreftbehandling er viktig med tanke på informasjon til pasientene, forebygging og behandling.

Alle pasienter strålebehandlet for endetarmskreft i Norge i årene 1993-2003, som var i live og sykdomsfri minst 2 år etter operasjonen, ble sammenliknet med en kontrollgruppe behandlet med kun kirurgi. Pasientene ble identifisert fra det nasjonale Colorectalcancerregisteret. Deltagerne ble telefonintervjuet, fylte ut spørreskjemaer og tok blodprøver.

I studien ble 199 pasienter behandlet med strålebehandling i tillegg til kirurgi sammenliknet med 336 pasienter behandlet med kirurgi alene. Pasienter som hadde fått strålebehandling og kirurgi hadde oftere plager i form av hyppig avføring og inkontinens for avføring sammenliknet med kontrollgruppen. I strålegruppen hadde 19% avføring >8 ganger daglig, mot 6% i kontrollgruppen ($p<0.001$). 49% av de strålebehandlede pasientene var inkontinente for løs avføring og 52% brukte inkontinensbind, tilsvarende tall for kontrollgruppen var 15% og 13% ($p<0.001$). Urininkontinens var også mer utbredt i strålegruppen. Strålebehandlede pasienter hadde redusert sosial funksjon

sammenliknet med pasienter behandlet med kun kirurgi, og pasienter med inkontinens for avføring hadde redusert helserelatert livskvalitet sammenliknet med pasienter uten inkontinens.

Strålebehandling var assosiert med seksuelle problemer hos begge kjønn. Kvinner som hadde fått strålebehandling hadde oftere vaginale problemer i form av tørre slimhinner og smerter ved samleie, sammenliknet med pasienter behandlet med kirurgi alene. Hos menn som hadde fått stråleterapi var ereksjonsproblemer hyppigere, og de var mindre tilfreds med seksuallivet enn menn behandlet med kun kirurgi.

Blodprøveanalyser viste at testosteronnivået var lavere hos menn som hadde fått stråleterapi enn hos menn behandlet med kun kirurgi. Endringene i testiklenes hormonproduksjon er trolig varige, men det er usikkert hvilken betydning dette har.

Kjersti Bruheim arbeider nå som assistentlege ved Klinikken for kreft og kirurgi, avdeling for kreftbehandling, Oslo Universitetssykehus.

Hun kan nås på e-post: kjersti.bruheim@medisin.uio.no



A PRIORITERT
PRIORITAIRE

RETURADRESSE: Onkonytt / Marianne Corneliussen / Kreftsentret / Oslo universitetssykehus, Ullevål, 0407 Oslo

Avtalenr. 00102048873

God sommer!

