

onko

Nytt

Medlemsblad for Norsk onkologisk forening • Nr. 2 desember 2010 • Årgang 8





Forsidebildet er tatt av Fredrik Sund, til vanlig LIS ved Kreftavdelinga i Tromsø, men for tida ansatt som konsern-tillitsvalgt for Akademikerne i Helse Nord. Bildet viser Martin Maisenhölder på ski ned Revbergtinden like utenfor Tromsø.

De fleste øvrige bilder i bladet har motiver fra nord, og er fotografert av Eivind Smeland.

Kjære kollega	3
Nytt fra NOF	4
Onkologisk forum	5
Nytt fra faggruppene.....	6
Norsk stråleterapimøte Bergen 2011	8
Nytt fra avdelingene	10
Spesialistutdanning i onkologi i europeisk sammenheng ...	22
SOP	23
Kreftregisteret.....	24
Nye horisonter i onkologi.....	29
Nye doktorgrader	33
Nasjonal handlingsprogram for kreftbehandlinger	36

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@ulleva.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@ulleva.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

Spesialitetskomitéen 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
Annonsepass kan bestilles hos Marianne Corneliussen
Layout og trykk: Tapir Uttrykk, Trondheim

Onkonytt har forhåpentlig kommet fram til alle i juleposten. Vi håper du finner noe å lese til glede og nytte, enten du er nysgjerrig på nytt fra det onkologiske miljøet rundt om i landet, eller vil benytte julen til å titte utover landets grenser.

Johan Tausjøs innlegg om forholdene i Etiopia passer i så måte godt inn i et julenummer. Det minner oss om at kontrasten mellom fattig og rik også gjør seg gjeldende innenfor kreftomsorgen, og ikke minst – at det er mulig å bidra! Han presenterer et samarbeidsprosjekt for å styrke utdanningen av onkologer i Etiopia. Tar vi utfordringen?

Spesialitetskomiteens innlegg gir også et lite blikk utover Norges grenser – til aspekter ved den europeiske spesialitetsutdanningen og spørsmål om harmonisering av utdanningen. Ved en workshop i regi av ESTRO ble i høst det oppdaterte «core curriculum» for spesialister i stråleterapi og onkologi i Europa presentert og evaluert.

Ved årsskiftet får Kreftregisteret ny direktør. Frødis Langmark som har ledet Kreftregisteret i en årrekke, går av med pensjon, og fra nyttår overtar Giske Ursin. I dette nummeret har både avtroppende og påtroppende direktør skrevet om Kreftregisterets arbeid og visjoner, nå og i tiden framover. Vi ønsker begge lykke til!

Helsedirektoratet og nasjonale faggrupper har den senere tid arbeidet mye med å lage handlingsprogrammer for diagnostikk og behandling av ulike kreftformer. Stein Kaasa og Borghild Svorken orienterer om arbeidet i dette nummeret av Onkonytt.

*Vi ønsker dere alle en riktig god og fredfull jul,
og alt godt i året som kommer!*



Nytt fra Norsk onkologisk forening

ved Andreas Stensvold, leder Norsk onkologisk forening



Kjære medlem og kjære onkologer

Siden forrige medlemsblad Onkonytt har styret jobbet godt sammen. Styret har hatt jevnlig telefonmøter og hatt et fysisk møte.

Under våren og høsten 2010 har styret konsentrert seg om tre viktige utfordringer samt diverse høringer som blir sendt fra Legeforeningen sentralt.

Vi forsøker med jevnt trykk å synliggjøre mangelen på onkologer. Vi har dialog med legeforeningen og jobber for at kreft skal være satsingsområdet til foreningen de fire neste årene.

Vi har jobbet videre med årets store suksess Onkolis som neste år vil bli avholdt i april. Årets tema vil være urologisk cancer. Programkomiteen som har bestått av assistentleger samt en representant fra Styret har gjort en kjempejobb.

Sammen med spesialistkomiteen har vi nå startet med evaluering av spesialistutdanningen for å gjøre den bedre rustet til å møte dagens og morgendagens krav til nye kollegaer. Dette er en stor jobb og vi håper at utkastet til nye regler og krav vil være ferdig i løpet av 2011. Innspill til denne prosessen ønskes!

De av dere som var på Onkologisk forum hørte at vi planlegger å kåre årets onkolog ved neste Onkologisk forum. Kandidaten skal være spesialist eller ha startet på spesialiseringen i onkologi, og hun/han må ha gjort en ekstra innsats innen forskning eller på en annen måte satt faget vårt på kartet det siste året. Du kan lese mer om dette på vår hjemmeside; www.onkologi.no.

Til slutt ønsker jeg alle våre medlemmer en fredfylt jul med tid til avkobling sammen med familien og venner.



NY DATO !
7. - 8. april 2011

Comfort Hotel
RunWay
Gardermoen

Vi fortsetter etter fjorårets suksess!
GlaxoSmithKline, Sanofi-Aventis og Fresenius Kabi i samarbeid med Norsk onkologisk forening, har gleden av å invitere til OnkoLiS 2011.

Årets tema er urologisk cancer.

Torsdag 07.04.11, 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 08.04.11, kl 08.45 – 12.15

- Cancer prostatae: behandling / ikke behandling, ekstern strålebehandling, brakyterapi, kirurgi, systembehandling, konsekvenser av hormonell behandling for seksuallivet

Fredag 08.04.11, kl 13.15 – 15.30

- Cancer renis: kirurgi, nefrektomi ved stadium IV, systembehandling
- Cancer testis: kort om nytt handlingsprogram
- Kasuistikker

Invitasjon vil bli sendt ut i løpet av januar

Dette arrangementet arrangeres i samsvar med avtaler om samhandling som Legemiddelindustriforeningen har inngått med Den Norske Legeforening, Norges Farmaceutiske Forening, Norsk Sykepleierforbund og De regionale helseforetakene. For deg som helsepersonell medfører dette at både du og arrangøren 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 bindinger mellom industri og helsepersonell. For mer informasjon se www.lmi.no/standardinformasjon

Vi minner om at leger, sykepleiere og farmasøyer må innhente samtykke fra arbeidsgiver for å delta på dette arrangementet. I henholdt 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.



Product Partnering

Årets Onkologisk forum ble avholdt i Tromsø 18. og 19. november. Det ble åpnet med vakker visesang, en nydelig vise skrevet av Ola Bremnes.

Den første formiddagen var preget av palliativ kirurgi, med to engasjerte foredragsholdere fra USA, Conor Delaney og Geoffrey Dunn, og et spennende foredrag om immunforsvarets rolle ved kreftsykdom ved Karin de Visser fra Amsterdam.

Årets Kong Olav Vs kreftforskningspris var tildelt Lars Johan Vatten, professor i epidemiologi ved NTNU i Trondheim. Han fortalte om forskningen innen kreftepidemiologi, der data fra ulike registre og store befolkningsundersøkelser blir koblet for å finne faktorer som kan ha betydning for utvikling av kreftsykdom.

Ved festmiddagen ble Frøydis Langmark hyllet av Arne Wibe og Styret i Onkologisk forum for sin innsats i Kreftregisteret, til stående applaus.

Fredag var det først en oversiktlig og fin forelesning om omsorg for kreftoverlevende ved Adam Glaser fra Storbritannia. Deretter var det funksjonell og molekylær MR for karakterisering av brystkreft på programmet. Erik Malinen hadde et glimrende foredrag om protonbehandling, der han forklarte hvordan man oppnådde dosefordelingen, når det har mest nytte, og estimerte fremtidig behov i Norge. Frederic Amant fra Leuven hadde sett på kreftbehandling i svangerskap, når og hva man kan gi av behandling.

Ung forsker pris gikk i år til Jan Oldenburg, som for tiden arbeider som LIS ved Oslo Universitetssykehus, for hans arbeid innenfor seneffekter etter behandling for testikkelkreft. Hans doktorgradsarbeid utgikk fra Nasjonalt kompetansesenter for seneffekter etter kreftbehandling (disputas 2009).

Dagen ble avrundet med fine, tankevekkende innlegg fra Kjell Magne Tveit og Stein Kaasa med påfølgende debatt om avansert kreftbehandling, kostnader, og prioriteringer innenfor kreftomsorgen.

Vi minner om at NOF har fått en ny nettside!

Ved pålogging via www.onkologi.no kommer man direkte inn på NOFs hjemmesider. Her ligger mye informasjon om NOF, utdanning, møter og kongresser etc. Vi oppfordrer våre medlemmer til å bruke nettsiden aktivt, og kontakte nettrektørene våre dersom dere har interessante saker, tips til møter etc. dere vil publisere på nettsiden.

Nettrektører:

hege.sagstuen.haugnes@uit.no

kirsten.marienhagen@unn.no



Nytt fra Norsk forening for palliativ medisin (NFBM)

ved Dagny R. Faksvåg Haugen og Jan Henrik Rosland

Inspirerende storsamling om palliasjon

11. landskonferanse om utfordringer ved livets slutt gikk av stabelen i Bergen 15.–17. september. Konferansen samlet 550 deltakere fra hele landet og viste bredden i det palliative feltet.

Å krysse grenser

Konferansen ble arrangert av Norsk Palliativ Forening og Norsk forening for palliativ medisin, med hovedtema «Å krysse grenser». Konferansen ble innledet med to inspirerende foredrag under overskriften «Når faget krysser grenser». Direktør Wilhelmina Hoffman fra Silviahemmet og Svenskt Demensentrum i Stockholm snakket om palliasjon til demente, og Marit Myklebust, leder av Frelsesarmeens rusomsorg Gatehospitalet i Oslo, berettet om sine erfaringer med og visjoner for palliasjon til rusavhengige.

Andre dag åpnet med en sesjon om organisering – «Når helsetjenestens grenser krysses». Overlege og leder Dagny Faksvåg Haugen fra Kompetansesenter i lindrende behandling snakket om kart og terreng i det palliative landskapet og ga en status for palliasjon i Norge. Et bredt sammensatt panel med helsearbeidere, pårørende og politikere drøftet deretter organisering og samhandling i en spennende og engasjert debatt, ledet av Anne Hafstad, avdelingsdirektør i Helsedirektoratet med lang fartstid som helsejournalist.

«Når siste grense skal krysses» – denne sesjonen inneholdt tankevekkende foredrag om omsorg for døende og om eutanasi. Overlege Tony O'Brien fra Cork, Irland, snakket om utfordringene knyttet til å ivareta døende og deres pårørende. Professor Lars Johan Materstvedt fra Filosofisk Institutt ved NTNU ga en bred innføring i eutanasi-problematikken og konkluderte med at eutanasi og palliasjon ikke lar seg forene.

Over grensene

Konferansens siste dag startet med et grundig og oversiktlig foredrag om kurasjon og palliasjon i et nytt behandlingslandskap. Foreleser var professor Nina Aass ved Seksjon for lindrende behandling ved Oslo Universitets-

sykehus. Deretter fikk vi et engasjert innlegg fra koordinator Silvia Sauter i Nationella Rådet för Palliativ Vård i Sverige, om rådets arbeid med kompetanseheving og utarbeiding av Palliativguiden, en oversikt over spesialisert palliasjon i Sverige.

Konferansens siste sesjon ga hjelp til å løfte blikket ut over egne landegrenser. Lege og stipendiat Kurt Hanevik fra Leger uten grenser fortalte nøkternt og gripende fra hjelpearbeid på Ny-Guinea og i Afghanistan. Konferansen sluttet med et svært personlig og inspirerende innlegg fra sykepleier Ann Elin Slettahjell, leder av Estlandsforeningen Midt-Norge. Hun har i mange år arbeidet med ulike helseprosjekter i Estland, inkludert hjelp til de sykeste og svakeste. Ann Elins datter Solveig, kjent jazzvokalist, bidro med vakker sang og gjorde avslutningen til et av konferansens høydepunkt.

Stor bredde i parallellsesjoner og innsendte bidrag

Mye av programmet var basert på innsendte abstracts, med over hundre bidragsyttere. De fleste av disse ble presentert i parallellsesjoner som hadde stor bredde i temaer: forskning, ernæring, organisering, åndelig omsorg, frivillighet, pårørende, levekår og grunnleggende og avansert symptomlindring.

Landskonferansen ga også rom for posterutstilling, med varierte og flotte bidrag. Posterprisen gikk til fysioterapeutene Tone-Lise Frantzen, Anicken Smith Huun og Elisabeth Livden Baklien for posteren «Kvalitetssikring av fysioterapi i palliasjon», der nye retningslinjer for fysioterapi til pasienter i palliativ fase ble presentert.

Tilbakemeldingene til de to arrangørforeningene og den lokale organisasjonskomiteen er overveldende positive. Vi takker alle som bidro til en inspirerende og flott gjennomført konferanse med høyt faglig nivå!

Nasjonalt handlingsprogram i revidert utgave april 2010

Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen ble utgitt første gang i 2007. Allerede året etter ble det nedsatt en arbeidsgruppe med ansvar for oppdatering og videreutvikling av handlingsprogrammet. Gruppen har arbeidet fortløpende med oppdateringer og



Fra åpningen av konferansen: Leder NPF Britta Hjertaas, og leder NFPM

nye kapitler, men det nåværende formatet forutsetter at endringene legges inn samlet i reviderte utgaver, derfor har publiseringen tatt tid. Revidert utgave av handlingsprogrammet ble publisert 22. april 2010, med blant annet nye retningslinjer for behandling av munnhuleproblemer og malign tarmobstruksjon. I tillegg har kapitlet om økonomiske støtteordninger vært gjennom en omfattende revisjon og oppdatering. Retningslinjer for smertebehandling er også revidert, men vil bli ytterligere oppdatert når de nye, europeiske smerteretningslinjene fra EAPC publiseres våren 2011. Arbeidet med nasjonale retningslinjer for fysioterapi til pasienter i palliativ fase er godt i gang.

Kompetanseområde palliativ medisin

Helse- og omsorgsdepartementet ga i februar 2010 Helse- og omsorgsdepartementet i oppdrag å etablere en prøveordning med palliativ medisin som et formelt kompetanseområde for leger. Et kompetanseområde er et medisinsk fagområde som griper inn i tre eller flere spesialiteter. Helsedirektoratet nedsatte et fagråd til å planlegge prosjektet, herunder lage forslag til utdanningsplan og godkjenningsordning for utdanningssteder og leger. Fagrådet består av Lotte Rogg, Dagny Faksvåg Haugen, Ørnulf Paulsen, Anne Kvikstad og Katrin Sigurdardottir (oppnevnt av de regionale helseforetakene etter forslag fra NFPM), Einar Skoglund og Siri Brelin (oppnevnt av Den norske legeforening) og Cathrine Hannevig Welle-Watne (Helsedirektoratet).

Fagrådet leverte sitt forslag til plan for kompetanseområdet 2. november 2010. Det forventes at pilotprosjektet kan starte våren 2011. Første delmål i prosjektet vil være å få på plass godkjente utdanningssteder og veiledere. Veiledere må søke godkjenning i kompetanseområdet i henhold til en overgangsordning. Piloten skal være ferdig våren 2014 og evalueres innen nyttår 2015.

NFPM ser på denne ordningen som et viktig skritt i kvalitetssikringen av legearbeidet i palliasjon og håper på stor interesse fra palliative team og enheter.



Utdeling av posterpris ved Tor Johan Grevbo. Fra venstre Tone-Lise Frantzen, Anicken Smith Huun, Elisabeth Livden Baklien.

Nytt fra NGICG

ved Marianne Guren og Morten Tandberg Eriksen

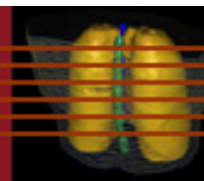
NGICG er organisert med et styre og tre faggrupper, en for øvre (NGICG-ØV), en for midtre (NGICG-HPB) og en for nedre (NGICG-CR) GI-cancer. Dette har vist seg å være en god organisering. Faggruppene er aktive, og har mange engasjerte medlemmer.

De siste årene har det vært arbeidet mye med handlingsprogrammer i samarbeid med Helsedirektoratet. Det finnes nå handlingsprogrammer for spiserørskreft, mage-

kreft, tynntarmskreft og for tykk- og endetarmskreft. Det pågår nå arbeid med å oppdatere handlingsprogrammene for spiserør-, mage- og tykk- og endetarmskreft.

Behandlingen for analcancer er endret, etter at det er kommet dokumentasjon på at strålebehandling kombinert med Mitomycin/5-FU er like bra som, og mindre toksisk, enn den tidligere strålebehandlingen med neo-adjuvant og konkomitant cisplatin / 5-FU. Det er i samarbeid med KVIST laget nye retningslinjer for behandling av analcancer som ligger på www.ngicg.no.

Norsk stråleterapimøte Bergen 2011



KVIST-gruppen arrangerer **Norsk stråleterapimøte 2011** med faglig støtte fra det matematisk-naturvitenskapelige fakultet ved Universitetet i Bergen.

Tidspunkt: 23.–24. mars

Sted: Bergen

Tema: Seneffekter etter strålebehandling
Risiko og prediksjon, diagnose og oppfølging

Vi er foreløpig i tidlig planleggingsfase, men har likevel allerede rukket å få bekreftet deltagelse fra de utenlandske foredragsholderne *Pierre Scalliet* St. Luc University Hospital, Belgia, *Martin Hauer-Jensen* Winthorp P. Rockefeller Cancer Institute, USA og *Albert J. van der Kogel*, Radboud University Nijmegen Medical Centre, Nederland.

Norsk stråleterapimøte er det eneste norske møtet med fokus på stråleterapi. Møtet har vært godkjent som ikke-obligatorisk kurs for leger i spesialistutdanning i onkologi siden 2005.

Vi ønsker at Norsk Stråleterapimøte skal være en arena for tverrfaglig kunnskapsutveksling og samarbeid innenfor stråleterapi i Norge og håper at håper at avdelingene har anledning til å prioritere dette møtet.

Påmeldingen starter medio januar via KVIST-portalen <http://kvist.nrpa.no> eller www.congrex.no

Nytt fra Avd. for kreft og lindrende behandling, Nordlandssykehuset Bodø

ved Astrid Dalhaug

Avd. for kreft og lindrende behandling sin målsetting:

- Vår avdeling skal i samarbeid med Kreftavd. UNN ivareta ikke-kirurgisk kreftbehandling og gi omsorg for kreftpasienter i Nordland. Dette skal skje gjennom egen virksomhet og samhandling med de øvrige helseforetak og de andre kliniske avd. på Nordlandssykehuset. I tillegg skal det etableres et tett samarbeid med førstelinjetjenesten.
- Diagnostikk, behandling og pleie skal bygge på oppdaterte og vitenskapelige underbygde prinsipper og nasjonale retningslinjer.
- Avdelingen skal være et palliativt senter for Nordland i samsvar med «Standard for palliasjon».

Siden vi skrev sist, har vi blitt en egen avdeling under Medisinsk klinikk. I vår avdeling er det 3 enheter; Enhet for stråleterapi, Enhet for blodsykdommer og kreft og Palliativt team. Nå er vi 4,2 overleger; onkolog Carsten Nieder, onkolog Adam Pawinski, onkolog Geirfinn Vag-

stad (20%) og anestesilege Kirsten Engljähringer (Palliativt team). Det er 2 konstituerte overleger i onkologi; Gro Aandahl og Astrid Dalhaug, og 2 LIS i onkologi; Rosalba Yobuta og Hanna Eilertsen. Vi har nå 2 leger som skal i svangerskapspermisjon og håper på gode søkere til vikariatene.

Vår aktivitet er mye preget av poliklinikk/dagpost, dagvakter og tilsyn på sengeposter. Vi har ansvar for 4 strålesenger og håper å få flere senger etter hvert. I det daglige har vi stort sett hektiske dager. Det har vært mange nyhenviste pasienter i høst, samt 3 nye leger som nå er kommet godt inn i jobbene sine. Vi har innført 5 ukers «turnus» med fordeling av poliklinikk, dagvakt, kontordager og fordypningsdager.

Siden vi har få egne senger (og heller ikke har stor legebemanning), er kreftpasienter innlagt på forskjellige sengeposter alt etter sin «moderkreftsykdom». De fleste pasientene er derfor innlagt på kirurgisk avdeling, og vi jobber stadig for at kreftpasientene skal få den oppfølgingen de skal ha, og at kirurgiske leger må ta sitt ansvar når det gjelder den daglige oppfølging. Vi håper og tror at kreftpasientene får et godt dagtilbud i regi av vår avdeling, men opplever at pasientene ikke bestandig er like fornøyde når de er innlagt. Kanskje et prosjekt med kreftpasienten i fokus ved Nordlandssykehuset kunne være noe? Vi har foreslått det til direktøren.

Det er et sterkt fokus på kvalitet i Nordlandssykehuset, spesielt etter sommerens sak om kirurgi som ikke skulle foregått i Bodø, feilbehandling (?) osv. I løpet av året skal kvalitetssystemet DocMap være innført i hele sykehuset. Det er derfor en stor jobb da alle skal lære seg systemet, få inn prosedyrer osv. I tillegg har direktøren varslet at all diagnostikk og behandling av kreftpasienter skal diskuteres i tverrfaglige team...

Leger ved Kreftavdelingen i Bodø, tatt på Enhet for stråleterapi. Foran: Hanna Eilertsen, Kirsten Engljähringer, Gro Aandahl. Midten: Carsten Nieder og Astrid Dalhaug. Bak: Geirfinn Vagstad og Adam Pawinski. Rosalba Yobuta ikke til stede.



For tiden er vi med på ukentlig tverrfaglig brystkreftmøte på BDS, ukentlig møte med urolog/gastrokirurg, ukentlig tverrfaglig møte i regi av Palliativt team (samt sosionom, prest, ernæringsfysiolog, kreftsykepleiere fra sengeposter, vår avd. og Bodø kommune) og annenhver uke har vi møte med lungelegene.

Det er startet prosess for å få anskaffe strålemaskin 2, og vi håper å få aksept for det oppover i systemet... 01.02.09 fikk vi 2 år tellende gruppe II-tjeneste i onkologi som en prøveordning, vi har nå søkt om å få beholde denne godkjenningen.

Ellers ser vi fram til 14.02.11; da er det akkurat 10 år siden onkolog Marit Jordøy hadde sin første pasient i regi av kreftenheten i Bodø. Det har vi tenkt å feire med bl.a. et faglig seminar. Dette sammenfaller også med at vi har passert 1000 behandlingsserier ved Enhet for stråleterapi.

2009–10 hadde vi 1. kull med 6. års medisinerstudenter som fikk all sin kliniske tjeneste og undervisning (inkludert onkologi) i Bodø samt eksamen. Det var 11 studenter oppe til eksamen, hvor hver student bl.a hadde 4 muntlige eksamener. Sensorene var nok mer nervøse enn studentene... Det var høyt nivå på studentene og alle sto! Etter hvert vil det bli inntil 25 studenter årlig. Hos oss er det 2 leger som har deltidsstillinger ved Universitetet i Tromsø (Prof. II Carsten Nieder og Universitetslektor II Astrid Dalhaug).

Vi er svært glade for et godt samarbeid med Kreftavd. UNN samt lokalsykehusene i Nordland. Ellers opplever vi at det er lett å kontakte andre onkologiske avdelinger i Norge med forskjellige problemstillinger.

Stor jule- og nyttårshilsen fra oss i Bodø!

Nytt fra Tromsø

ved Magnar Johansen

Vi hadde dette året æren av å være vertskap for Onkologisk forum. Roy Bremnes og Terje Risberg i den lokale arrangementskomiteen var ansvarlige for et godt og innholdsrikt forum. De som var til stede på middagen, fikk av professor Risberg en grundig innføring i italienske kvinnelige kjønnsorgan i vrangstupen og påfølgende testing av det mafiotiske helsevesen. Risberg har også andre interesser. I år har han gitt ut boka *Kreft og alternativ behandling*. Han og medforfattere har der blant annet skrevet om lovverk, kosthold, ulike alternative terapier og helsepersonells holdninger. Anbefales!

Kreftavdelinga i Tromsø har lenge hatt et spesielt fokus på lindrende behandling, mye av æren for dette kan tilskrives Lindring i nord og vår sjef Tone Nordøy. Vi skal nå (endelig) opprette palliativt team, slik at pasienter utenom vår avdeling kan nyte godt av spisskompetansen på området. Vår håndbok i lindrende behandling ble sist oppdatert i fjor og kan leses av alle på www.unn.no/lin.

Mørketida omfavnet Tromsø 25. november (siste soldag i sentrum er 21.), så de som kom til Onkologisk forum, fikk derfor oppleve siste rest av 2010-sola. Mørketid er forresten et misvisende ord, dette er egentlig tida for fantastiske farger. Når det blåe lyset trer seg over byen, er det bare å istemme med Kari Bremnes: «...lyset treff mæ mest når d'e minst av det, forstår du ka æ meina?»

Hålogaland teater har nå i førjulstida satt opp *Et juleeventyr* av Dickens. En fantastisk forestilling, og alle som ikke har et juleteater i nærheten bør lese denne fortellinga før det maligne julestresset tar oss. Og med risikoen for å få et Scroogisk juletre spiddet gjennom hjertet ønskes alle en gledelig jul!



Onkologi ved Akershus universitetssykehus

ved Ivar Thor Jonsson, Jürgen Geisler, Daniel Heinrich og

Anne Hansen Ree

Kommentaren fra leder i Norsk onkologisk forening i sommernummeret 2010 av OnkoNytt om at «man ser konturene av økt omfang av onkologisk behandling ved Akershus universitetssykehus» (Ahus) har fått oss til å innse at det er på høy tid å beskrive vår avdeling i foreningens medlemsblad. Vi erfarer dette behovet også i lys av at avdelingens virksomhet vil ekspandere betydelig fra januar 2011. Vi ser med glede og forventning frem til å ønske nye kolleger velkommen til avdelingen i forbindelse med at Ahus om kort tid overtar et stort opptaksområde fra Oslo universitetssykehus.

Demografi

Sykehuset Ahus, som høsten 2008 flyttet inn i et funksjonelt og flott nybygg, har per i dag et befolkningsgrunnlag på 340.000, som vil øke til mer enn 480.000 fra 2011. Før 2007 har det aldri vært onkologispesialist ved institusjonen, som over lengre tid har hatt betydelig virksomhet innen kreftkirurgi.

Sommeren 2006 ble Anne Hansen Ree utnevnt som professor i onkologi ved Universitetet i Oslo. Til denne akademiske stillingen er det tilknyttet overlegestilling i onkologi ved Ahus, som hun tiltrådte i januar 2007. Fra juni 2008 kom Jürgen Geisler som onkologispesialist nummer to til institusjonen, også han i kombinert stilling som professor i onkologi ved Universitetet i Oslo. Tredje overlege ble Daniel Heinrich, ansatt i februar 2010, og fra september i år har avdelingen fått sin fjerde onkologispesialist da Ivar Thor Jonsson ble ansatt som ny avdelingssjef.

Klinisk aktivitet

Siden oppstarten har vi etablert omfattende poliklinisk basert aktivitet innen medikamentell behandling av de store tumorgruppene, noe vi er stolt av å ha fått implementert og integrert i institusjonens øvrige kliniske virksomhet, samt velfungerende, multidisiplinære Tumor Boards for flere av disse sykdomsgruppene. Disse tiltakene har fått meget god mottakelse av medarbeidere innen komplementære disipliner. Ytterligere økning av onkologisk virksomhet er et ut-

talt satsningsområde innen den overordnede institusjonelle strategi, og avdelingen bærer fra nå av formelt navnet Kreftavdelingen for å gjenspeile dette.

Det ligger i sakens natur at avdelingen med sine begrensede legeressurser hittil har måttet prioritere hvilke pasientgrupper man kan gi tilbud. Slik prioritering har vært mulig ikke minst fordi Oslo universitetssykehus gjennom sitt konsept som Comprehensive Cancer Center har et heldekkende tilbud som kan komplettere og bokstavelig talt ligger kun en taxitur unna. Vi setter stor pris på det utmerkede samarbeidet vi har med våre kolleger ved Oslo universitetssykehus og som vi ser frem til å videreutvikle i tiden fremover.

En avdeling som vår har selvsagt tilbud innen lovpålagte områder som kurativ medikamentell behandling av typen postoperativ kjemoterapi for mamma- og coloncancer. Slik behandling var selvsagt adekvat ivaretatt også før institusjonen hadde onkologispesialister.

Avdelingen ble en egen organisatorisk enhet da første onkolog ble ansatt, og vi fikk på selvstendig grunnlag i oppdrag å etablere tilbud for nye pasientgrupper. Vi har således suksessivt opprettet tilbud innen de pasientgrupper avdelingens ansatte har spesialkompetanse på, og har nå fullverdig tilbud innen medikamentell behandling av gastrointestinal-, mamma- og urologisk cancer. Når pasientene trenger stråleterapi, henvises de til Oslo universitetssykehus, om mulig til stråleterapistudier avdelingen selv deltar i. Onkologisk behandling av lungecancer har siden lenge før onkologispesialister kom til institusjonen vært ivaretatt av spesialister i lungemedisin og lymfombehandling av hematologer, og dette har vi så langt ikke funnet grunn til å endre på. Imidlertid deltar selvsagt onkolog i de aktuelle multidisiplinære Tumor Boards.

Forskningsaktivitet

Som avdeling ved ett av universitetssykehusene ved Universitetet i Oslo har vi betydelig forskningsaktivitet med sterkt engasjement innen både translasjonsforskning og kliniske studier. Som all onkologisk forskning i internasjonal frontlinje er også vår aktivitet multidisiplinært forankret.

Med vår forskningsprofil har vi publisert i en rekke tidsskrifter med til dels meget høy Impact Factor, som for

eksempel Nature Genetics, Journal of Clinical Oncology, The Lancet Oncology, Nature Clinical Practice Oncology, Cancer Research og Clinical Cancer Research. Således er akkumulert Impact Factor for avdelingens publikasjoner fra 2008 til august 2010 på 167,5. Gjennomsnittlig årlig Impact Factor-poeng per legestilling i samme periode er dermed hele 25,8.

Forskningsprosjektene foregår i tett samarbeid med de onkologiske og basalbiologiske miljøer ved Radiumhospitalet og Haukeland universitetssjukehus, og vi vil selvsagt dele æren for avdelingens sterke publiseringsstatistikk med disse institusjonene!

Translasjonsbaserte stråleterapistudier innen kolorektalcancer

Avdelingen har vært direkte involvert i to utprøvende, translasjonsbaserte stråleterapiprotokoller, LARC-RRP og PRAVO, som er utført ved Radiumhospitalet. Begge protokollene er nylig lukket etter at til sammen 130 pasienter er inkludert. En vesentlig andel av studiepasientene er rekrutert fra og fulgt opp ved Ahus i og med at Ree har vært én av tre faglig ansvarlige i disse studiene.

I LARC-RRP-studien (kurativ stråleterapi ved rectum-cancer) er den primære målsetningen å predikere pasientutkomme og normalvevstoksisitet gjennom identifikasjon av funksjonelle responsmekanismer/biomarkører. I PRAVO-studien (palliativ stråleterapi ved pelvine manifestasjoner av avansert gastrointestinal cancer) har man kombinert stråleterapi med et medikament som forårsaker epigenetisk modifikasjon (histon-acetylering). Gjennom disse studiene er det etablert innholdsrike biobanker med tilhørende pasientdatabaser, som det er knyttet flere ph.d.-prosjekter til. Disse vil generere betydelig forskningsaktivitet og forhåpentlig gi mye ny kunnskap innen strålingsbiologi og stråleterapi de nærmeste årene.

Den utprøvende fase 1-delen av PRAVO-studien ble våren 2010 publisert i The Lancet Oncology (ref. 6), og studien har fått medieomtale nasjonalt og internasjonalt. Det første i en antatt rekke av arbeider med bruk av multiplex analyseteknologi på LARC-RRP-materialet er nettopp publisert i IJROBP (Den røde journalen; ref. 7).



*De ansatte ved Kreftavdelingen, fotografert i den vakre Glassgaten i sykehuset. Fra venstre: Jürgen Geisler, Ivar Thor Jonsson, Anne Hansen Ree og Daniel Heinrich.
Foto: Irene Karstensen.*

Blant annet for forskningen knyttet til disse studiene mottok Ree i desember 2008 den prestisjefylte «Familien Blix Fonds kreftpris til yngre medisinsk forsker».

Translasjonsbaserte medikamentelle studier innen mammacancer

Geisler har i en årrekke arbeidet med evaluering av diverse typer endokrin behandling ved mammacancer. Et hovedtema har vært evaluering av aromatasehemmere (anastrozol, letrozol, exemestane) som nå er blitt standardbehandling for postmenopausale brystkreftpasienter som har hormonfølsom sykdom. Avdelingen har nylig startet kliniske studier som tillater translasjonsforskning basert på nyere typer endokrin behandling, som for eksempel hemning av sulfatase i brystkreftsvulster.

Geisler er Principal Investigator for en fase 2-studie med BN83495, et ytterst lovende medikament som har vist å ha klinisk effekt når aromatasehemmere svikter. Det er etablert tett samarbeid med ledende forskningsgrupper i mange land (USA, Japan, Tyskland, Spania, Storbritannia, Sverige) for å trekke inn spisskompetanse for vitenskapelige spinoff-prosjekter. I tillegg er avdelingen involvert i andre studier, som for eksempel BOLERO-2 (hovedsponsor: Novartis Pharmaceuticals) som tester effekten av exemestane monoterapi versus exemestane i kombinasjon med en mTOR-hemmer (everolimus) ved metastatisk mammacancer. Ahus er eneste norske senter som deltar i denne store, internasjonale studien.

Diverse andre prosjekter har som mål å forbedre diagnostikk ved mammacancer (gjennom testing av nye typer antistoffer for immunhistokjemi) så vel som seleksjon av pasientgrupper for målrettet behandling. Det er blant annet etablert samarbeid med Avdeling for kardiologi ved Ahus, med et tilknyttet ph.d.-prosjekt, for utprøving av forskjellige medikamenter som kan forebygge kardiale bivirkninger av etablert brystkreftbehandling.

Internasjonalt kreftfaglig arbeid

Avdelingens ansatte samarbeider med europeiske bioteknologiske og farmasøytiske selskaper, blant annet om å etablere og kvalitetssikre ny teknologi for biomarkøridentifikasjon, hvor flere patentsøknader er under behandling internasjonalt.

Ree sitter i flere Advisory Boards i European Society for Therapeutic Radiology and Oncology (ESTRO) og er også med sin forskning involvert i et EU-finansiert konsortium innen temaet tumorhypoksi. For tiden er hun spesielt engasjert i utarbeidelse av «ESTRO Guidelines – recommendations on the methodology of early-phase clinical trials examining radiation therapy and targeted therapeutics».

Geisler sitter i flere Global Scientific Advisory Boards sponset av ledende farmasøytiske konserner og er internasjonalt etterspurt som foredragsholder innen feltet tumorendokrinologi.

Jonsson har de siste årene holdt diverse nordiske og euro-

peiske medisinske stillinger innen legemiddelindustrien og har gjennom dette skapt seg et bredt nettverk av forskere og klinikere i Europa og USA.

Etablering av innovativ forskningsteknologi

– kinomics

Da begge avdelingens professorer har solid basalbiologisk bakgrunn, har Avdeling for klinisk molekylærbiologi, som er Ahus' laboratorieavdeling ved Det medisinske fakultet, ønsket å etablere en ny bioteknologisk plattform i sammenheng med vår kliniske virksomhet. Våren 2010 åpnet således en teknologisk fasilitet for multipleks analyse av tyrosinkinase signalaktivitet i vevsprøver (Tyrosine Kinase Array).

Denne microarray-teknologien er unik ved at den analyserer funksjonelle molekylære markører, kinaser, i motsetning til genekspresjon ved «tradisjonell» microarray-teknologi. Tyrosinkinaser danner som kjent cellenes aktiverte signalkjeder, og terapeutiske tyrosinkinase-inhibitorer virker nettopp ved å hemme disse. Ofte er mange signalveier simultant aktivert i tumorceller. Ved bruk av teknologien kan man få kartlagt rundt hundre forskjellige, interagerende signalveier samtidig og således få et nært komplett bilde av tumorvevets signalaktivitetsprofil, gjerne kalt kinomet (se figur).

Stadig flere tyrosinkinase-inhibitorer blir godkjent til behandling av ulike kreftsykdommer. Disse medikamentene kan for eksempel hemme svulstens åredannelse (angiogenese) eller vekstkapasitet (proliferasjon). Per dags dato fins få validerte metoder for å fastslå hvilke pasienter som vil ha nytte av slik behandling, og hvilke pasienter som har svulster hvor en slik behandlingsstrategi ikke vil fungere. Bruk av medikamenter som hemmer angiogenese og proliferasjon, kan potensielt gi alvorlige bivirkninger, og de aktuelle medikamentene er svært kostbare. Det ville derfor være nyttig å kunne teste pasientens svulst (tumorbiopsi) før eventuell behandling igangsettes for å bestemme om de aktuelle signalveiene er aktivert i svulsten, og om pasienten således kan forventes å få behandlingseffekt.

Vi har nylig publisert et arbeid der vi har brukt metodologien som verktøy for å predikere respons på preoperativ kjemoradiasjonsterapi ved lokalavansert rectumcancer (ref. 7). Fra eksperimentelle tumormodeller er det nemlig velkjent at grad av kinaseaktivitet i tumor er bestemmende for

respons på bestråling. Vi har nå altså vist at dette prinsippet også kan appliseres i klinisk stråleterapi.

Undervisning

Ahus er et sykehus for «vanlige sykdommer», noe våre medisinstudenter stadig gir uttrykk for at de setter stor pris på. Gjennom de to professoratene har avdelingen ansvar for onkologiundervisning for studenter i de to siste semestre av medisinstudiet ved Universitetet i Oslo, og vi er stolt av at studentene gjennomgående gir oss evaluering som ligger helt på topp ved Det medisinske fakultet.

På grunn av avdelingens unge alder og begrensede bemanning har vi så langt ikke tatt initiativ til å etablere utdanningsstillinger innen onkologi. Avdelingens pasientgrunnlag skulle være ideelt for leger som spesialisere seg innen onkologi, og vi ønsker derfor å etablere LIS-stillinger så snart det blir gjennomførbart vedrørende bemanningssituasjonen.

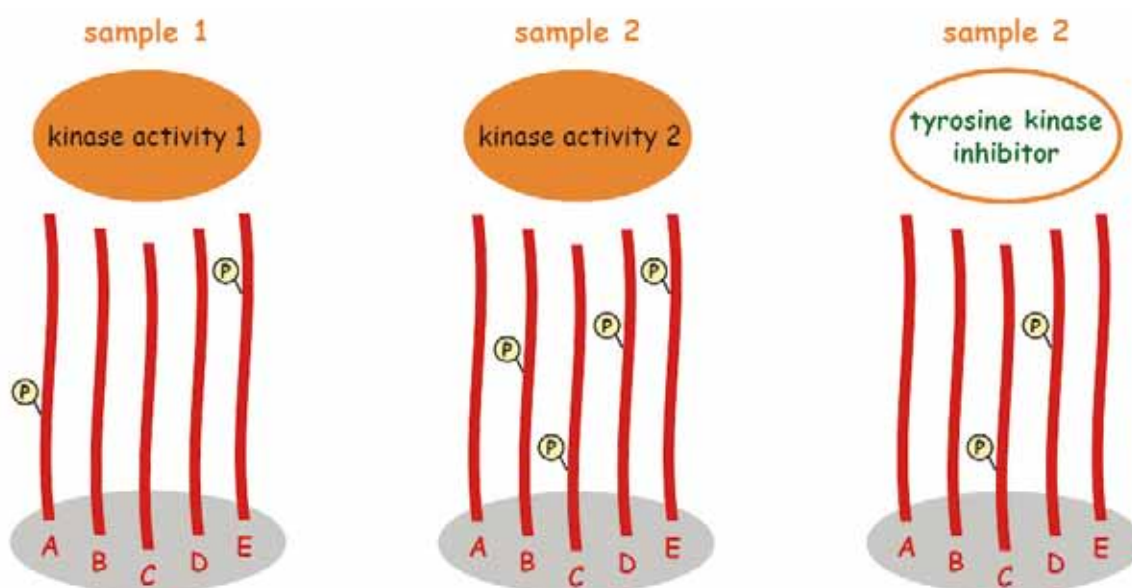
Perspektiver for nærmeste fremtid

Avdelingens ansatte er unge (i alderen 33–47 år) og har sterkt engasjement for fremtidig utvikling av onkologidisciplinen, både medisinsk og organisatorisk. Innen dette scenariet ønsker vi velkommen nye kolleger som ønsker å sette sitt eget fingerprint på videre ekspansjon av virksomheten, og vi tror absolutt avdelingen vil være et ypperlig target for ambisiøse onkologer.

Dersom man ønsker utdypende opplysninger, er det bare å ta kontakt!

Utvalgte referanser

1. Ree AH, Folkvord S, Flatmark K. HDAC2 deficiency and histone acetylation. *Nat Genet* 2008; 40, 812-3.
2. Geisler J. Aromatase inhibitors – from bench to bedside and back. *Breast Cancer* 2008; 15, 17-26.
3. Geisler J, Helle H, Ekse D, Duong NK, Evans DB, Nordbø Y, Aas T, Lønning PE. Letrozole is superior to anastrozole suppressing breast cancer tissue and plasma estrogen levels in postmenopausal breast cancer patients. *Clin Cancer Res* 2008; 14, 6330-5.



Profilering av tyrosinkinase signalaktivitet i vevsprøver. Hvert Tyrosine Kinase Array består av 144 peptider som er substrater for tyrosinkinaser (fem substrater, A–E, er tegnet for enkelthets skyld). Hver vevsprøve genererer sin individuelle fosfosubstrat-signatur (P = fosfatgruppe) på arrayet som uttrykk for hvilke signalveier som er aktive i prøven. Hvis man også inkuberer prøven med en tyrosinkinase-inhibitor, vil dette forhindre fosforylering av substrater som er involvert i signalveien som hemmes av dette spesifikke medikamentet.

4. Folkvord S, Ree AH, Furre T, Halvorsen T, Flatmark K. Radiosensitization by SAHA in experimental colorectal carcinoma models – in vivo effects and relevance of histone acetylation status. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2009; 74, 546-52.
5. Flågåeng MH, Moi LLH, Dixon JM, Geisler J, Lien EA, Miller WR, Lønning PE, Mellgren G. Nuclear receptor coactivators and HER-2/neu are upregulated in breast cancer patients during neoadjuvant treatment with aromatase inhibitors. *Br J Cancer* 2009; 101, 1253-60.
6. Ree AH, Dueland S, Folkvord S, Hole KH, Seierstad T, Johansen M, Abrahamsen TW, Flatmark K. Vorinostat, a histone deacetylase inhibitor, combined with pelvic palliative radiotherapy for gastrointestinal carcinoma: the Pelvic Radiation and Vorinostat (PRAVO) phase 1 study. *Lancet Oncol* 2010; 11, 459-64.
7. Folkvord S, Flatmark K, Dueland S, de Wijn R, Grøholt KK, Hole KH, Nesland JM, Ruijtenbeek R, Boender PJ, Johansen M, Giercksky KE, Ree AH. Prediction of response to preoperative chemoradiotherapy in rectal cancer by multiplex kinase activity profiling. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2010; 78, 555-62.
8. Flatmark K, Ree AH. Radiosensitizing drugs: lessons to be learned from the oxaliplatin story. *J Clin Oncol* 2010; 28, e577-8.
9. Geisler J, Suzuki T, Helle H, Miki Y, Nagasaki S, Duong NK, Ekse D, Aas T, Evans DB, Lønning PE, Sasano H. The estradiol level in human breast cancer tissue is correlated to staining with the aromatase antibody 677. *J Steroid Biochem Mol Biol* 2010; 118, 237-41.
10. Jönsson G, Busch C, Knappskog S, Geisler J, Miletic H, Ringnér M, Lillehaug JR, Borg Å, Lønning PE. Gene Expression profiling-based identification of molecular subtypes in stage IV melanomas with different clinical outcome. *Clin Cancer Res* 2010; 16, 3356-67.



I september hadde jeg gleden av å være Norges utsendte medarbeider på en workshop arrangert av ESTRO, der man gjennom kontakt med de respektive nasjonale onkologiske foreninger hadde invitert deltakere fra alle europeiske land. Møtet ble holdt i Barcelona i tilknytning til ESTRO-kongressen, og formålet var å presentere og gjennom interaktivt gruppearbeid og rollespill å evaluere det oppdaterte «core curriculum» for spesialister i stråleterapi og onkologi i Europa. Det er ønskelig med en harmonisering av spesialistutdanningen i de europeiske land, og man har foreslått at curriculumet danner basis for de nasjonale utdanningsprogrammer.

Møtet samlet 42 deltakere fra 23 forskjellige europeiske land. Etter en innføring i hovedelementene i curriculumet ble møtedeltakerne organisert i grupper. Man diskuterte innholdet i målbeskrivelsen og vurderte forskjellige lærings- og evalueringsmetoder for såkalt kompetansebasert utdanning. Betydningen av kontinuerlig evaluering av kandidatenes læring og progresjon i utdanningsforløpet ble vektlagt og veileders rolle definert.

I form av rollespill ble flere såkalte «mini clinical exams», eller mini-CEX, gjennomført. Her observeres utdanningskandidaten i klinisk arbeid, og evaluering gjennomføres umiddelbart etterpå i samtale med veileder. Et annet arbeidsredskap for evaluering er såkalt «360-graders evaluering», der man gjennom tilbakemelding fra flere yrkesgrupper kan danne seg et bredere bilde av hvordan kandidaten fungerer i systemet. Evaluering fra de forskjellige bedømmere blir samlet inn, og veileder foretar en samlet vurdering og formidler resultatet til utdanningskandidaten.

«The core curriculum» definerer onkologifagets rolle i den multidisiplinære behandling av kreftsykdommer og beskriver generelle og spesielle krav til en onkologs kompetanse. Utdanningen av spesialister er basert på utvikling av kompetanse innenfor de ulike områder som utgjør spesialiteten. I det canadiske CanMEDS-systemet er de grunnleggende roller en kandidat skal kunne fylle ved avslutningen av sin utdanning, definert som følger:

- medisinsk ekspert (kunnskaper, ferdigheter, holdninger)
- kommunikator (lytte, diskutere, informere)

- medarbeider (tverrfaglig, multidisiplinært)
- akademiker
- helserådgiver
- leder (faglig, administrativt)
- være profesjonell (integritet, ærlighet, empati)

Ifølge ESTRO er radio-onkologi den delen av medisin som benytter seg av ioniserende stråling, enten alene eller i kombinasjon med andre modaliteter i behandling av pasienter med kreftsykdommer. Utdanningstiden skal minimum være fem år, og en spesialist i faget radio-onkologi skal kunne ta ansvar for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med malign sykdom. Mange europeiske land har, i likhet med Norge, ikke etablert en egen spesialitet for medisinsk onkologi. Den medikamentelle kreftbehandlingen blir ivaretatt enten av hematologer eller indremedisinere med spesialkunnskap, eller av onkologer.

I Norge og i Norden for øvrig defineres onkologi som den legespesialitet som er ansvarlig for all ikke-kirurgisk kreftbehandling, og i tråd med de nordiske overenskomster er spesialistgodkjenningene i onkologi konvertible innenfor de nordiske land. Spesialister fra andre europeiske land har de senere år ikke blitt godkjent i Norge uten tilleggstjeneste.

EU-landet Danmark har imidlertid godkjent det oppdaterte «core curriculum» som basis for sitt utdanningsprogram, og representantene for den danske onkologiske forening som var til stede på møtet i Barcelona, mente dette er et svært solid dokument som i oppdatert form også tar hensyn til medisinsk onkologi, om enn mindre vektlagt enn stråleterapi. I Danmark er utdanningstiden for onkologer seks år, inklusive et såkalt introduksjonsår. Målbeskrivelsen er mer nøyaktig og presis enn den norske og gir et godt bilde av kravene til onkologers kompetanse og ansvarsområde.

Situasjonen i Norge er ikke vesentlig forskjellig fra situasjonen i Danmark og i mange andre europeiske land. Behovet for spesialister i onkologi er økende, og en felles utdanningsstrategi vil gjøre overgangen fra et land til et annet lettere. Vi trenger leger med bred kompetanse innenfor ikke-kirurgisk kreftbehandling som kanskje bør kunne gjennomføre større deler av sin utdanning ved

mindre sykehus enn slik ordningen er i dag. Samtidig trenger vi leger med spesiell kompetanse innenfor stråleterapi, og man kan tenke seg at det vil kunne være en fordel å ha et velfundert europeisk dokument som grunnlag for målbeskrivelsen.

I samarbeid med Norsk onkologisk forening vil spesialitetskomiteen for onkologi arbeide videre med spørsmålet om harmonisering av de norske krav til spesialistutdanning med utgangspunkt i det reviderte «core curriculum» og den danske «Målbeskrivelse for spæciallægeuddannelsen i klinisk onkologi».

SOP – en gavepakke til deg som er involvert i kliniske studier

Det handler ikke om sopp, men om



Standard Operating Procedures

SOPer forteller **HVEM** som gjør **HVA**, **NÅR** og **HVORDAN**
 SOPer beskriver prosesser, ikke dokumenter
 SOPer skal beskrive virkeligheten, ikke den ideelle verden
 SOPer plasserer ansvar
 SOPer beskriver delegering av oppgaver

SOPer gjenspeiler en **Klinisk legemiddelutprøvinglivsløp**
 fra planlegging til avslutning og arkivering

En jungel av regler, lover og forskrifter må følges når legemidler testes ut i kliniske studier. 24 nye standardprosedyrer skal gjøre denne type forskning enklere og sikre kvaliteten på studiene. SOPene er praktiske i bruk, tilknyttet maler og sjekklister. Ivaretar alle lover, forskrifter og krav til Good Clinical Practice (GCP).

OVERORDNET

1. Overordnet SOP
2. Definisjoner
3. Roller og ansvar i kliniske legemiddel-utprøvinger
4. Plan for opplæring
5. Monitorering

OPPSTARTSFASEN

1. Søknadsprosessen og godkjennelses-instanser
2. Protokoll
3. Pasientinformasjon og samtykkeerklæring
4. Investigator's Brochure
5. Datahåndteringsplan
6. Utarbeidelse av CRF og spørreskjema
7. Samarbeidsavtaler, informasjonsrutiner og delegering av oppg.
8. Studiearkiv
9. Legemiddelhåndtering

GJENNOMFØRINGSFASEN

1. Innhenting av samtykke
2. Utfylling av Case Report Form
3. Rapporteringer og meldinger etter studiestart
4. Rapportering av uønskede hendelser og bivirkninger
5. Note to file
6. Protokolltillegg og endringer
7. Blinding og avblinding
8. Årsrapport

AVSLUTNINGSFASEN

1. Avslutning av studie
2. Sluttrapport til SLV og REK

SOPene er utarbeidet i en nasjonal dugnad med representanter fra flere helseforetak og sykehusapotek. Ønsker du mer informasjon, kontakt prosjektkoordinator nasjonal SOP-gruppe: turid.kolbjornsgard@oslo-universitetssykehus.no

Kreftregisteret

ved direktør Frøydis Langmark, avtroppende direktør

Kreftregisteret ble etablert i 1951 med overlege Einar Pedersen som leder og én ansatt under ham. Han gikk av i 1981, og forsker og aktuar Knut Magnus ble konstituert leder i to år før undertegnede overtok. Da hadde Kreftregisteret 17 ansatte. I de nær 30 år som har gått, har staben økt til over 150. Det er tatt 42 doktorgrader blant de ansatte, og de siste årene har vi publisert i overkant av 100 vitenskapelige artikler pr. år.

Det har vært mange faglige og organisatoriske utfordringer i løpet av mine nær tre decennier, men det faglig mest vesentlige kan sammenfattes i de tre figurene nedenfor.

Premissene for alt vi har gjort og gjør er Norges unike 11-sifrete personnummer, den obligatoriske meldeplikten, fraværet av krav om samtykke, kreftregisterforskriften, den

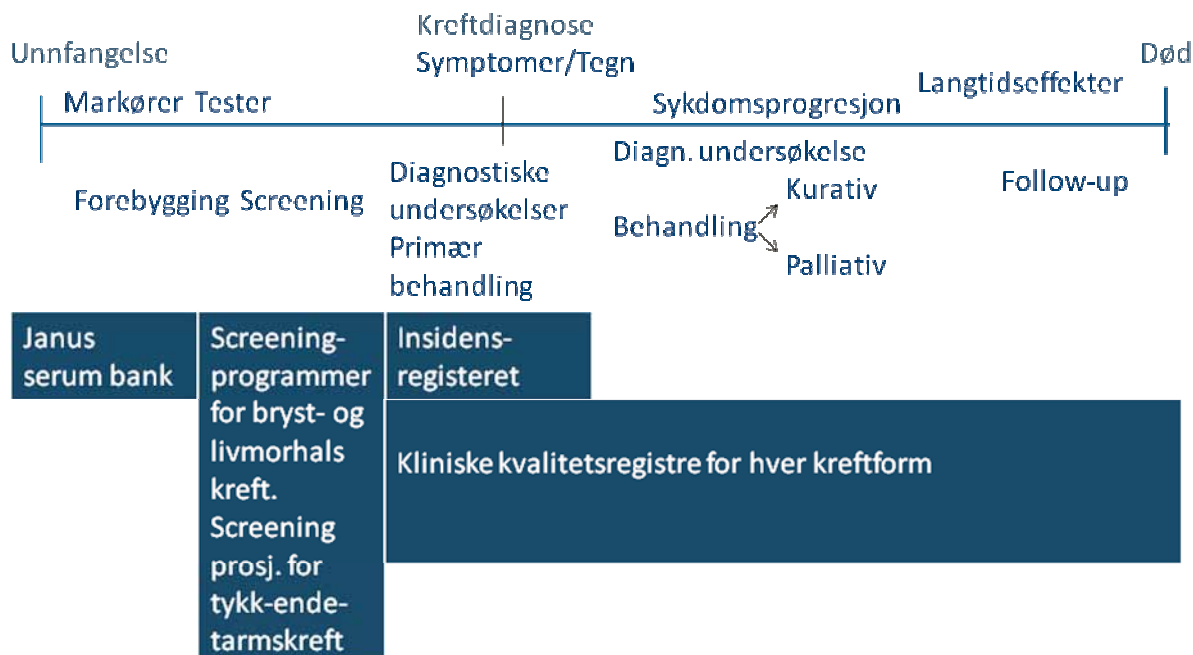
regelmessige koblingen til Dødsårsaksregisteret og i nyere tid til Norsk pasientregister.

Langs akse fra venstre til høyre, fra konsepsjon til død, ønsker Kreftregisteret å benytte sine ressurser til forskning og evaluering av årsaker til kreft, betydning av masseundersøkelse mot kreft, diagnostisk utredning og behandling i primærfasen av kreftsykdom, konsekvens av oppfølging med henblikk på sykdomsprogresjon eller senvirkninger og endelig dødsårsak. Ressursene er komplette kvalitets-sikrede data og høy register- og forskningskompetanse.

Allerede tidlig på 1980-tallet begynte vi arbeidet med å utvikle kvalitetsregistre for kreft og startet med registrering av colorectalcancer. Det Nasjonale Colorectalcancerprosjektet og den landsomfattende spørreundersøkelsen blant sykehus som diagnostiserte og behandlet tykk- og endetarmskreft, viste en oppsiktsvekkende variasjon i prosedyrer og rutiner.

Vugge til Grav-konseptet

Vugge til grav-konseptet viser Kreftregisterets funksjonsområde, et continuum fra før fødsel, via fosterliv og andre "følsomme vinduer" i livet, til død - kureret for kreft, død med eller av kreft, med eller uten senskader.



Det ble for Kreftregisteret klart at vi burde utvikle spesialregistre for hver kreftform og følge hver enkelt pasient fra diagnose til død:

Pinnsvinmodellen skal illustrere hvorledes kvalitetsregistrene tilhører både klinikken og Kreftregisteret slik som de symbolsk «stikker ut av pinnsvinkroppen». Kreftregisterforskriften er her den absolutte forankring og forutsetning.

Screeningregistrene er med i dette bildet. Og liksom grenseoppgang vedrørende «eierforhold» mellom klinikk og register har vært og kan fortsatt være et ømfintlig spørsmål, var det i sin tid tautrekking om hvem som skulle administrere helseundersøkelser av friske når det gjaldt kreftscreening. Kreftregisterets argument var kreftkompetansen som en nødvendig ledetråd i screeningen.

Grunnidéen for de to figurene er forskning og helse-tjenesteevaluering basert på et samlet og komplett kreft-

sykdomsbilde i et befolkningsperspektiv. Registrering og registerkompetanse er en viktig forutsetning, men det er *kreft og kreftkompetanse* det dreier seg om. Dette synet er diametralt til det enkelte andre miljøer står for, nemlig at det er begrepet register som er hovedsaken og ikke hva som registreres.

Selv om screening og kvalitetsregistre i de senere år har fått mye oppmerksomhet, må ikke betydningen av årsaksforskningen undervurderes. Og heller ikke den kombinasjon av datakunnskap og statistikk som har ført til interessante simuleringsmodeller publisert i vitenskapelige tidsskrifter med høy impact faktor. Kreftregisterets forskning representerer *reality-based medicine* og vil i økende grad også omfatte *evidence-based medicine*, i samhandling så vel med offentlige forskningsmiljøer som legemiddelindustri. Kreftregisteret er medlem av Oslo Cancer Cluster og ser frem til samlokalisering med tunge kreftforskningsmiljøer på Montebello. Der vil vi få mulighet for å utvikle translasjonsforskningsområdet:

Pinnsvinmodellen

De nasjonale organgruppene og spesialregistrene for kreft i Kreftregisteret

Referansegruppe

Norsk Gastrointestinal Cancer Gruppe (NGICG)

Norsk Bryst Cancer Gruppe (NBCG)
Norsk Forum for Gynækologisk Onkologi (NFGO)

Norsk Gruppe for Hode-Hals cancer
Norsk Gruppe for Arvelig Cancer
Norsk Lunge Cancer Gruppe (NLGG)
Norsk Lymfom Gruppe

Norsk Melanom Gruppe (NMG)
Norsk Nevro-Onkologisk Gruppe
Norsk Sarkom Gruppe
Norsk Urologisk Cancer Gruppe (NUCG)

Nordic Soc. Pediatric Hem. Onc.

Pediatrisk Onk. Norge
Cancer Thyreoidea Gruppe
Norsk NevroEndokrin Tumor Gruppe (NETG)
Styringskomité for Akutt Hematologi

HPV vaksineovervåking
Masseunders. - Livmorhalskreft
Masseunders. - Brystkreft
Palliativ medisin
Styringskomité for Stråleterapi

Kvalitet/spesialregistre

Spiserør, Mage
Lever, Pankreas, Galleveier
Tykk, Endetarm

Bryst
Eggstokk
Corpus

Vulva, Vagina
Øre-Nese-Hals
Polypose o. a.

Lunge, Bryethinne
Hodgkin
Non-Hodgkin

Mal. melanom
CNS, PNS
Sarkom

Prostata
Testikkel
Nyre

Bliære
Solide svulster

Barnecancer
Stjoldkjertel
Nevroendokrin

Leukemi
Burkitts lymfom
Kronisk Myelogen Leukemi

Kronisk Lymfatiske Leukemi
Myelomatose
Myeloproliferativ sykdom

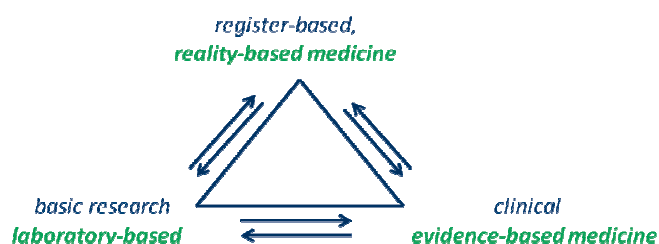
HPV register
Livmorhalscreening
Mammografiscreening
Register for palliasjon
Stråleterapi register

Kreftregisterets kompetanse og forskningsområde:

- Eksponering/Effekt
- Observert/Forventet
- Clusters/Sannsynlighet
- Arv og miljø
- Forebygging
- Simuleringsmodellering
- Screening bryst/livmorhals/tykk-endetarm
- Diagnostisk utredning
- Behandling
- Oppfølging
- Langtidseffekter
- Dødsårsak

I nye lokaler ser Kreftregisteret for seg å utbygge panel-laboratorier: et for radiologi, et for patologi og et for klinisk-kjemiske vurderinger samt et for Janus serum bank. Der kan fagfolk møtes som panel, 8–10 ad gangen, for komparativ diagnostikk og kvalitetsevaluering, i sær innen dagens tre screeningfelter. Vi kan også tenke oss disse samlingslaboratorier utnyttet i relasjon til prosjekter mellom kvalitetsregistrene og legemiddelindustrien så vel som innen årsaksforskningen, der både Janusbanken og diagnostisk materiale fra patologilaboratoriene effektivt blir utnyttet for forskning.

The translational research triangle



Frødis Langmark.

Giske Ursin tok sin medisinerutdannelse i Bergen, deretter en PhD i epidemiologi ved University of California, Los Angeles School of Public Health. Etter avlagt doktorgrad ble hun ansatt som postdoktor, videre som Assistant, Associate og etter hvert full professor med tenure ved Department of Preventive Medicine, University of Southern California. Hun har vært professor ved Avdeling for ernæringsvitenskap, Institutt for medisinske basalfag ved Universitetet i Oslo siden 2001 og er p.t. nestleder ved avdelingen. Ursin er innvalgt medlem av Norsk Vitenskapsakademi og har over 140 vitenskapelige artikler med hovedvekt på epidemiologiske studier av brystkreft. Hennes viktigste vitenskapelige bidrag er studier av mammografisk tetthet, samt studier av hormonelle årsaksfaktorer for brystkreft. Hun har benyttet data fra store populasjonsbaserte studier, både kasus-kontroll- og kohortstudier, men har også arbeidet med data fra kliniske undersøkelser.

Kreftregisteret – et viktig epidemiologisk instrument

ved Giske Ursin, påtroppende direktør

Data som samles inn ved Kreftregisteret, skal brukes til å finne ut hvordan vi bedre kan forebygge kreft, redusere dødelighet av kreftsykdommer og øke livskvalitet hos kreftpasienter. Enten dette er basal informasjon om pasienten, detaljerte diagnostiske data eller behandlingsinformasjon, representerer det epidemiologiske data, og forskning på slike data er kreftepidemiologisk forskning. Hvilke data som skal samles inn for å svare på de riktige spørsmålene, bør styres av kreftepidemiologer i tett samarbeid med kliniske spesialister og basalforskere. Utfordringen består i å til enhver tid sørge for at Kreftregisteret samler inn de data som er viktige for å besvare spørsmålene som blir relevante de neste årene.

Detaljdata på diagnosesiden

Vi vet nå mye om risikofaktorer for de fleste kreftformer, men bildet blir stadig mer komplisert, med histologiske og molekylære subtyper av ulike kreftformer. Disse subtypene

kan ha ulik prognose og forskjellig etiologi. Kreftregisteret må ha oversikt over utviklingen for å kunne bidra med viktige data til forskning. Det ideelle ville være at Kreftregisteret kunne registrere alle detaljer så snart det viser seg at det er kommet nye vesentlige diagnostiske undergrupper. For at registrering av disse data skal ha noen hensikt, må patologene og klinikerne i Norge enes om hvilke undergrupper som er klinisk viktige, og hvilke kriterier som skal gjelde. Deretter må patologene bli enige om hvilke tester som skal utføres, samt sørge for at tolkningen av testene er standardiserte. Først når dette er oppfylt, bør Kreftregisteret registrere disse dataene.

Kvalitetsregistre

For å studere effekter av behandling og mortalitet av ulike kreftformer, er det viktig med detaljert informasjon om de molekylære undergruppene. I tillegg må vi bli enige om hvilke behandlingsdetaljer som bør registreres i de ulike kvalitetsregistre. Dette må også gjøres i tett samarbeid mellom kreftepidemiologer ved Kreftregisteret og kliniske spesialister.

Kvalitetsregistre må ikke forveksles med kliniske undersøkelser hvor andre faktorer er kontrollert for eller helt eliminert. Uten data om konfunderende faktorer vil data fra slike registre aldri representere en god evaluering av effekten av en behandling på populasjonsnivå. Data i kvalitetsregistre er observasjonelle og kan ikke sammenlignes med data fra randomiserte kliniske undersøkelser. Derfor kan vi ikke forvente å finne samme effekter i studier basert på registrene som i randomiserte undersøkelser. Det er viktig at dette ikke glemmes! Derimot kan slike registre være utgangspunkt for grove evalueringer av hvilke behandlingsalternativ som velges hvor, og antyde hvilke behandlinger som kanskje ikke har tilsiktet effekt i populasjonen. Dette må følges opp med mer detaljerte dybdestudier, hvor man tar hensyn til komorbiditet og helsevaner som kan influere behandlingsvalg og prognose.

Dersom de mange igangsatte og tenkte kvalitetsregistre ved Kreftregisteret skal bli en suksess, må infrastrukturen fungere. Både investeringskostnader og kostnader til drift av slike kvalitetsregistre vil være betydelige, men nødvendige for et moderne krefregister. I tillegg må det utøves tilstrekkelig kvalitetskontroll, både på inngangs- og ut-

gangssiden. På utgangssiden må man passe på at brukerne får støtte til å forstå hvordan utleverte data kan brukes, og hva begrensningene er. Dette betyr at Kreftregisteret bør stille med den epidemiologiske ekspertise som er nødvendig både i planlegging og, hvis nødvendig, utføring av analysene. Dette vil kreve økte ressurser til programmering og dataanalyse på Kreftregisteret.

Jeg vil gjerne understreke viktigheten av at det er erfarne kreftepidemiologer som utfører eller styrer store analyser av slike data. Dessverre er det et stort underskudd på ekspertise i epidemiologisk metode og analyse i Norge. Vi har ingen adekvat utdanning i epidemiologi, dette er i økende grad et hinder for at vi skal kunne fremstå som ledende i internasjonal kreftforskning. Per i dag finnes det sterke epidemiologer på Kreftregisteret, i en rekke universitetsmiljøer, ved Folkehelseinstituttet og enkelte andre steder. Vi må mobilisere de beste epidemiologene i Norge til å delta i dette arbeidet og til å hjelpe med å utnytte kreftdata fornuftig. I tillegg må vi oppmuntre våre sterkeste epidemiologi- og statistikkmiljøer til å opprette adekvate utdanningstilbud for å styrke epidemiologisk metode og analysenivå slik at vi får flere som kan hjelpe med å analysere slike data skikkelig.

Screening

I den til tider besynderlige norske screeningdebatten er et moment helt forsvunnet: I hvilken grad kan screeningprogrammene bli enda bedre? Screeningprogrammene kan optimaliseres, både for å forebygge flest mulig krefttilfeller og dødsfall, og for best mulig å øke livskvaliteten for dem som rammes av kreft. Etter min mening er det helt essensielt at et screeningprogram overvåkes ved kontinuerlig kvalitetskontroll, men også med forskningsprosjekter fokusert på hvordan screeningen kan forbedres. Dette må gjøres i tett samarbeid med de basale og kliniske kreftmiljøene.

Det norske mammografiprogrammet er definitivt på det europeiske kartet, og programmene som etableres i Europa, ser til Norge og våre erfaringer. Det er viktig at vi fortsetter med å utnytte forspranget vårt og utfører dybdeundersøkelser for å finne ut hvordan dette og de andre screeningprogrammene kan nyanseres og forbedres.

Likeledes må vi holde det helt klart for oss hva 'evaluering' av et program skal innebære før vi setter i gang med det, og alle aktørene må være klare over hva rimelige forventninger kan være. Skal for eksempel en evaluering handle om i hvilken grad aktørene følger planen? Skal evalueringen kun vurdere indikatorer på kvalitetskontroll? Skal evalueringen inkludere endepunkter? I så fall trenger vi data på individnivå, det er rett og slett ikke mulig å gjøre en evaluering med aggregatdata. Hvis vi skal evaluere endepunkter, må vi også tidlig bli enige om hva som kan evalueres, hva som er umulig og hva man kan forvente gitt designet av det programmet man har gjennomført. En implementeringsstudie eller en gradvis opptrapping av et program er ikke en klinisk randomisert studie og kan da aldri heller forventes å gi samme utslag i endepunkter som en randomisert studie. Dette enkle premisset ser det ut til at mange av aktørene i Norge til stadighet glemmer, for eksempel i

diskusjonen om mammografiscreening. Vi har en oppgave overfor politikerne med hensyn til å gjøre forventningene klare før vi setter i gang nye screeningprogrammer og før vi starter å 'evaluere' dem.

Samlokalisasjon av Kreftregisteret, basalmedisinske og kliniske miljøer

For at vi skal utnytte Kreftregisterets potensiale til det ytterste, er det etter min mening viktig at Kreftregisteret flyttes fysisk fra å ligge i en bankbygning isolert fra alle andre medisinske miljøer til å ligge i et basalmedisinsk og klinisk miljø. Aller helst burde vi bygge et nytt 'super-universitet' hvor Kreftregisteret er lokalisert med alle de beste og ivrigste innen basalmedisin, klinisk medisin og kreftepidemiologi fra hele Norge.

Det nest beste vil være å legge Kreftregisteret til et eksisterende basalmedisinsk og klinisk miljø, men sørge for gode utvekslingsprogrammer med de andre miljøene rundt i landet. Kreftregisteret bør få plass og midler til å ta imot gjesteforskere fra andre regioner, både erfarne spesialister og unge kliniske stipendiater på 'utveksling', som kommer innom en periode for å lære kreftepidemiologi. Dette vil gi Kreftregisteret impulser og erfaringer utenfra og bidra til å styrke samarbeidet med kreftmiljøer i resten av landet.

I tiden fremover skal vi sammen arbeide for å øke kunnskapen og kompetansen innen kreft for å løfte kreftmiljøet i Norge enda lengre opp og frem internasjonalt, og, viktigst av alt, vi skal arbeide for å forebygge kreft og død forårsaket av kreft.



Jeg ser frem til et godt samarbeid med dere alle.

Nye horisonter i onkologi – et samarbeidsprosjekt med Etiopia

ved Johan Tausjø

Siste uken i august i år hadde Radiumhospitalet besøk av dr. Bogale Solomon fra Addis Abeba i Etiopia. Han er avdelingsoverlege for landets eneste spesialavdeling for kreftbehandling. Hans besøk kom i stand som resultat av et samarbeid mellom Radiumhospitalet og Black Lion Hospital i Addis Abeba over de siste tre årene, i den hensikt å få etablert et utdannelsesprogram for spesialister i onkologi i Etiopia.

Under sitt opphold her fikk dr. Bogale anledning til å møte programansvarlige innen de disipliner som er mest relevante for virksomheten i Etiopia. I tillegg fikk han samtaler med Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo ved dekanus og prodekanus, samt et meget nyttig besøk ved Kreftregisteret i Oslo. Torsdag 26. august holdt han så foredrag på torsdagsmøtet hvor vi alle fikk en kort innføring i de muligheter og utfordringer som ligger i diagnostikk og behandling av kreft i et utviklingsland som Etiopia.

Landet har over 80 millioner mennesker og er det nest mest folkerike land i Afrika etter Nigeria. Det siste tiåret har sett en sterk økonomisk vekst på mellom 6–8 % årlig slik at et økende antall av befolkningen kommer ut av fattigdom. Utdannelsesnivået har også økt slik at mellom 60 og 70 % av befolkningen nå kan lese og skrive.

Dr. Bogale kunne videre fortelle at det i 1998 ble åpnet en egen dedikert kreftavdeling som er et samarbeidsprosjekt mellom Verdens helseorganisasjon, Det internasjonale atomenergibyrå, Universitetet i Addis Abeba og Black Lion Hospital. Han har lenge vært eneste onkolog på avdelingen frem til for 2-3 år siden. I løpet av denne tiden har Etiopia sendt 15–16 unge leger til utlandet for å få spesialistutdannelse, og tre av disse har kommet tilbake for å hjelpe til i arbeidet. Dette er, forståelig nok, en lite hensiktsmessig bruk av ressurser for et fattig land. Når myndighetene i tillegg nå har satset på å utvide behandlingstilbudet til befolkningen til også å gjelde kreft, er det innlysende at andre løsninger må finnes for å dekke utdannelsesbehovet for spesialister.

I løpet av de kommende 10 år er det inngått samarbeidsavtaler med Verdens helseorganisasjon og Det internasjonale

atomenergibyrå for å bygge ut nye kreftsentre ved de andre fem medisinske fakultet i landet. Tanken er at hvert av disse sentrene skal ha 1–2 stråleapparater, mest sannsynlig koboltenheter, 15–20 senger og en utstrakt poliklinisk virksomhet. Dette blir allikevel kun en forsiktig begynnelse for å tilby adekvat kreftbehandling til hele befolkningen.

Det er estimert at 250 000 mennesker i året får kreft slik situasjonen nå er. Med de begrensede muligheter til diagnostikk og behandling som foreligger, regner man med at mellom 80–90 % av disse dør av sin sykdom. Det betyr at kreft tar livet av flere pasienter årlig enn tuberkulose, malaria og HIV/AIDS til sammen. Dette er en relativt ny erkjennelse som har kommet frem gjennom et samarbeid mellom afrikanske helsemyndigheter og Verdens helseorganisasjons epidemiologisenter i Nancy i Frankrike.

Hva har så dette med Radiumhospitalet og norsk onkologi å gjøre?

Undertegnede hadde det privilegium å vokse opp i Etiopia der min far var misjonslege i 25 år fra 1949. Etter at jeg selv forlot landet for å gå på norsk skole og studere i 1959/1960, hadde jeg bare vært tilbake til Etiopia sporadisk, og ikke i det hele tatt etter 1974 da Keiser Haile Selassie ble avsatt og myrdet i en kommunistisk revolusjon. Etter en langvarig nærmest borgerkrigslignende tilstand tok dagens makthavere over i 1991, med alle intensjoner om å innføre demokrati. Som så ofte i Afrika er ikke disse intensjoner innfridd, selv om forholdene har bedret seg betraktelig.



Bogale S Desalegne og Johan Tausjø.

I 2006 dro imidlertid undertegnede og en kollega med ektefeller på en slags mimretur til Etiopia. Vi besøkte en del historiske steder som dronningen av Sabas hovedstad i Axum, kirkene i Lalibela som er hugget ut i fjellet og den gamle keiserhovedstaden i Gonder. I tillegg besøkte vi de stedene jeg vokste opp og fikk også gleden av å se Sidamo Provincial Hospital som min far bygget opp med Norad-midler, i fortsatt drift. Dette var og er eneste store sykehus for en befolkning på cirka tre millioner i Sør-Etiopia.

Vi kom da inn i en diskusjon om hvorvidt det fantes noe behandlingstilbud for kreftpasienter i landet. På det tidspunktet mente jeg at det ikke fantes, og at det sannsynligvis ikke var en prioritert oppgave. Etter en del undersøkelser fikk vi imidlertid kontakt med dr. Bogale Solomon og fikk besøkt hans avdeling. Han kunne fortelle om kreftbildet og arbeidet som hadde pågått siden 1989, og han jobbet allerede da med ekspansjonsplanene i samarbeid med lokale og internasjonale helseorganisasjoner.

En av de store utfordringene var imidlertid hvordan man skulle skaffe spesialister til den planlagte ekspansjonen. Vi ble derfor utfordret til å hjelpe til med å få etablert en spesialistutdanning i Etiopia for å imøtekomme de behov landet har med et utdannelsesprogram tilpasset lokale forhold. Med støtte fra Radiumhospitalets ledelse så vel som Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo, som også har bidratt med innkjøp av lærebøker for å bygge opp et bibliotek, har vi de siste tre årene planlagt pensum, undervisningsplan, innhold og forsøkt å finne frem til på hvilke

områder Radiumhospitalet og norsk onkologi best kan understøtte en slik spesialistutdanning.

Status nå er at pensum er levert inn til godkjenning både til helsemyndighetene og Det medisinske fakultet i Addis Abeba. Hovedansvaret for undervisningen skal naturlig nok ligge lokalt i avdelingen og fakultetet. Vårt bidrag blir at vi forsøker å ha én spesialist til stede i avdelingen i Etiopia på rotasjon, 2–3 måneder om gangen, til både formell undervisning innen sine spesialfelt og til daglig veiledning og deltagelse med kandidatene i klinisk virksomhet. Et par ganger i året skal det i tillegg arrangeres mer intensive kurs hvor det kan bli aktuelt at flere bidragsytere fra Norge reiser ut i én uke eller to. Slike kurs vil også dra veksler på lokal ekspertise.

Sannsynligvis vil de som deltar i dette, også se utfordringer og muligheter til samarbeid om forskningsprosjekter, klinisk kartlegging av uvanlige og sjeldne tilstander og ellers engasjere seg i oppgaver som ikke nødvendigvis skal planlegges så nøye på forhånd. Etter hvert som man får frem kull med spesialister, vil mer og mer av de daglige undervisningsoppgaver kunne overtas av lokale krefter, og samarbeidsformene vil sannsynligvis endre seg. Meningen er at dette i utgangspunktet skal være hjelp til selvhjelp, men at et faglig og vitenskapelig samarbeid allikevel kan videreføres i andre former.

For å holde økonomien i et slikt prosjekt innenfor rimelighetens grenser vil vi i første omgang satse på at norske



Bygningen og koboltapparatet.



Avtalen mellom Etiopiske myndigheter og det internaasjonale atomenergibyrået.

spesialister deltar i prosjektet i sine overlegepermisjoner, eventuelt at nylig pensjonerte overleger ser en utfordring og mulighet til å delta, slik at man kan unngå å søke om lønnsmidler til deltagerne. Derimot vil prosjektet dekke reiseutgifter, opphold inklusive hus og sannsynligvis bil mens man er der, og dermed gi den enkelte deltager en unik anledning til å se og lære om et spennende land i Afrika med en enestående historie som tilhører en del av vår kulturkrets.

Helt fra dronningen av Sabas tid har Etiopia orientert seg mot Vesten, det har vært et kristent land siden 200–300-tallet, nå med den koptiske kirke som en del av den gresk-ortodokse, og det er det eneste landet i Afrika som aldri har vært kolonisert av en europeisk stormakt bortsett fra de fem årene Italia okkuperte landet i tilknytning til 2. verdenskrig.

Til tross for at Etiopia ligger kun 10 grader nord for ekvator har landet et svært behagelig klima fordi det er et fjelland. Addis Abeba ligger således på 2500 meters høyde og har sjelden temperaturer over 30 grader, samtidig som kveldene og nettene alltid er behagelig kjølige og i regntiden endog kan kreve ekstra varmt tøy.

Norge og norsk helsevesen begynner å få en lang samarbeidshistorie med Etiopia. I forbindelse med Italias krig mot Etiopia i 1935–1936 reiste et nordisk Røde Kors-team til Etiopia for å hjelpe krigsskadede. Dette besto av i

alt 5 leger og 12 sykepleiere ledet av dr. Frida Hylander fra Sverige. Teamet hadde en norsk lege og flere sykepleiere i tillegg til kolleger fra Danmark og Sverige. Dr. Hylander ble senere rådgiver for helseministeren i Etiopia gjennom hele 50- og 60-tallet.

Under krigen møttes keiser Haile Selassie av Etiopia og Kong Håkon VII som begge var i eksil i London. Dette førte til at man utover på 50- og 60-tallet hadde et utstrakt samarbeid både privat og offentlig. Således bidro Den Norske Marine med oppbygging av den etiopiske marine, det svenske flyvåpenet bidro med oppbygging av det etiopiske flyvåpenet, og flere store norske private firmaer som Veidekke og Mosvold etablerte seg i landet. Som tidligere nevnt ble også norske misjonsorganisasjoner engasjert i Etiopia og hadde på et tidspunkt over 300 misjonærer i landet. Etter sultkatastrofene på 70- og 80-tallet har også Kirkens Nødhjelp hatt store prosjekter i landet.

Siden sent på 60-tallet har Armauer Hansen-instituttet hatt en avdeling i Addis, fokusert på Lepra og immunologi. Miljøer i Bergen har siste tiår også bidratt til oppbygning av ekspertise innen brannskadekirurgi og neurokirurgi.

Et begynnende samarbeid innen onkologi vil således føye seg inn i rekken av gode samarbeidsprosjekter mellom Norge og Etiopia. Det er selvfølgelig ønskelig at dette lykkes like bra eller bedre enn de fleste. Det er en utfordring til hele vårt onkologimiljø.



Ligestaben ved Kreftavdelingen ved Black Lion Hospital, Addis Abeba.

Roar Johansen forsvarte avhandlingen "MR Evaluation of Breast Cancer Patients with a Poor Prognosis" for graden PhD ved NTNU, Trondheim, 29. oktober 2010.



Brystkreft er den hyppigste kreftformen hos kvinner i Norge og krever rask og riktig behandling. Hos enkelte vil sykdommen kunne utvikle seg hurtig og føre til kort overlevelse. Man vet fortsatt lite om hvorfor enkelte pasienter utvikler et aggressivt sykdomsmønster,

mens andre har en mer stabil sykdom. Ved introduksjon av stadig ny medisinsk teknologi åpnes muligheter for å studere svulster med nye metoder. Målet med MR-undersøkelsene har vært metodeutvikling for å kunne anvende dem i kreftdiagnostikk og behandling.

Formålet med studiene var å:

1. Studere sammenhengen mellom blodårenettverket i brystkreftsvulster, og effekten av cellegift og overlevelse etter behandlingen.
2. Undersøke nytten av strålebehandling hos pasienter med kreftspredning til hjernen.
3. Studere vevsprøver fra hjernesvulster med MR-spektroskopi for å stille diagnose, samt å vurdere behandlingseffekt og overlevelse.
4. Undersøke hjernesvulster med avansert MR-teknologi med hensyn til behandlingseffekt og overlevelse, uten å måtte utføre operasjon.

Hovedfunn i avhandlingen:

1. Kontrastopptak i svulsten undersøkt med DCE-MRI før og etter første cellegiftkur kan anslå sannsynligheten for behandlingseffekt og overlevelse allerede før første cellegiftkur er gitt.
2. Enkelte pasientgrupper hadde lengre overlevelse enn andre etter strålebehandling mot kreftspredning til hjernen. Særlig pasienter med begrenset antall hjernesvulster og god allmenntilstand hadde forlenget overlevelse etter behandlingen.
3. Biokjemisk informasjon av hjernesvulster ble identifisert med MR- spektroskopi og ga viktig informasjon for planlegging og evaluering for behandling av svulster.

4. Vevsprøver undersøkt med HR MAS ga mulighet for både å klassifisere hjernesvulster, samt å anslå forventet overlevelse.

Roar Johansen arbeider nå som LIS ved Kreftavdelingen, St Olavs Hospital.

Han kan nås på e-post: roar.johansen@ntnu.no

Marianne Brydøy forsvarte avhandlingen "Long-term Effects in Survivors of Testicular Cancer – with emphasis on fertility and neurological side effects" for graden PhD ved Universitetet i Bergen onsdag 24. november 2010.



Testikkelkreft er med 300 nye tilfeller årlig den hyppigste kreftformen blant unge menn i Norge. I dag helbredes ca 98 %, og de fleste pasienter kan se frem til et langt liv etter behandling, selv om en del vil ha noe bivirkninger av denne.

Behandlingen avhenger bl.a. av sykdommens utbredelse og kan hos mange begrenses til å fjerne den syke testikkelen. Andre trenger kjemoterapi i ulikt omfang, ofte kombinert med ytterligere kirurgi. Noen gjennomgår strålebehandling.

I 1998–2002 ble det gjennomført en landsomfattende undersøkelse for å kartlegge livskvalitet, psykisk og fysisk helse blant 1463 menn behandlet for ensidig testikkelkreft i Norge i perioden 1980–1994. I denne avhandlingen har vi bl.a. studert fertilitet og langtidsforekomsten av ulike bivirkninger fra nervesystemet i forhold til gjennomført behandling.

Blant de som hadde forsøkt å få barn etter behandling for testikkelkreft, lyktes 71 % innen 15 år etter diagnosen. Det varierte imidlertid fra 92 % der kun den ene testikkelen var fjernet, til 48 % i gruppen med mest omfattende behandling. Flere menn behandlet i 1989–1994 oppnådde å bli fedre enn menn behandlet i 1980–1988.

Dette skyldes trolig endringer i behandlingen som ble innført mot slutten av åttitallet.

Selv mange år etter behandling rapporterte 39 % av de som hadde fått kjemoterapi, at de var plaget av hvite og kalde fingre og tær, 29 % hadde prikking og/eller nummenhet i hender og føtter, 22 % var plaget av øresus og 21 % av nedsatt hørsel. Til sammenligning rapporterte 10–12 % tilsvarende plager etter kirurgi alene. Også menn behandlet med strålebehandling hadde litt økte plager med prikking og nummenhet i føttene. De som røykte, var noe mer plaget av de fleste symptomene sammenlignet med ikke-røykere.

Resultatene er til nytte i forbindelse med informasjon og rådgivning av menn som behandles for testikkelkreft. Sammen med økt kunnskap om andre seneffekter gir det legene et bedre grunnlag for planlegging av behandling og oppfølging av den enkelte pasient.

Marianne Brydøy arbeider i en postdoktorstilling ved Institutt for Indremedisin, Universitetet i Bergen. Hun kan nås på e-post: marianne.brydoy@helse-bergen.no

Cecilie E Kiserud forsvarte avhandlingen

"Late effects after treatment for malignant lymphoma" for graden PhD ved Universitetet i Oslo 11. juni 2010.



I sin PhD-avhandling har Cecilie E Kiserud sammen med medarbeidere undersøkt ulike seneffekter etter behandling for lymfekreft.

Den første studien omhandler dødelighet og dødsårsaker hos pasienter behandlet for Hodgkin's lymfom (HL) sammenlignet med kontroller fra normalbefolkningen. Studien viser at pasienter behandlet for HL hadde vedvarende høyere dødelighet enn alders- og kjønnsmatchede kontroller. Det ble funnet høyere risiko for død av hjerte-karsykdom og ny kreftsykdom blant dem som var behandlet for HL sammenlignet med kontrollgruppen. Fra tidligere studier vet man at kronisk fatigue (tretthet/

energisvikt) er en vanlig bivirkning etter behandling for HL, og dette kan hos noen pasienter vedvare over lang tid. I studien var kronisk fatigue ikke assosiert med økt dødelighet.

Den andre delen av avhandlingen omhandler studier av kjønns hormoner, seksualitet og fertilitet etter behandling for lymfekreft. Nivået av kjønns hormoner ble målt i blodprøver og seksualfunksjon målt ved spørreskjemaer hos 294 menn behandlet for lymfekreft. Hos nærmere en tredel av mennene tydet blodprøvene på forstyrret testosteronproduksjon. Menn behandlet for lymfom hadde redusert seksualfunksjon sammenlignet med kontroller fra normalbefolkningen og scoret lavere på områdene ereksjon, ejakulasjon, og seksuell tilfredsstillelse. Økende alder, mentalt stress, redusert fysisk helse og unormal testosteronproduksjon var assosiert med redusert seksuell funksjon blant mennene behandlet for lymfom.

I den siste studien i avhandlingen ble det funnet at underkant av 50 % av et utvalg menn og kvinner behandlet for lymfekreft hadde forsøkt å få barn etter behandlingen. Av disse hadde omtrent 60 % lyktes 10 år etter at de fikk diagnosen.

Cecilie E Kiserud arbeider ved Nasjonalt Kompetansesenter for Seneffekter, Avdeling for Kreftbehandling, Radiumhospitalet, Oslo Universitetssykehus. Hun kan nås på e-post: cecilie.essholt.kiserud@oslo-universitetssykehus.no



Rune Kvåle forsvarte avhandlingen

"Changing Epidemiological Patterns of Prostate Cancer: A Nordic Perspective. Incidence, Mortality, Diagnostic Procedures and Treatment." for graden

PhD ved Universitetet i Oslo 15. oktober 2010.

I løpet av de siste 20 årene har forekomsten av prostatakreft og antallet som har fått behandling med kurativt siktemål økt betydelig. I følge forskernes beregninger har

dødeligheten imidlertid sunket med vel to prosent årlig siden midten av 1990-tallet. Dette er noen av resultatene som lege og forsker Rune Kvåle og hans medarbeidere viser i avhandlingen «Changing Epidemiological Patterns of Prostate Cancer: A Nordic Perspective»

Avhandlingen er basert på data fra de Nordiske kreft- og dødsårsaksregisterne i tillegg til spesialregisterdata fra prostatakreftregisteret i Norge. Økt bruk av behandling i form av operasjon og strålebehandling diskuteres som en mulig årsak til dødelighetsreduksjonen som en har sett de senere år. Før første del av 90-åra var det få menn med tidlig prostatakreft som fikk slik kirurgi og strålebehandling i Norge. På slutten av 1990-tallet var det store regionale variasjoner i bruk av behandling med kurativ intensjon, mens fra rundt år 2000 har forskjellene i bruken av kirurgi og strålebehandling mellom helseregionene jevnet seg ut.

Resultatene fra avhandlingen tyder også på at en del pasienter med lavrisikokreft har blitt overbehandlet i Norge – dvs. at de har fått en behandling de kanskje ikke vil ha nytte av i løpet av sin levetid – samtidig som for få pasienter med moderat til høyrisiko kreft har blitt behandlet med operasjon eller stråleterapi.

I den siste artikkelen som inngår i avhandlingen, sammenlignes patologenes vurdering av vevsprøver fra prostata-

kjertelen før operasjon – som i stor grad kan være avgjørende for behandlingsvalg – med vurderingen av prostatavevet etter at kjertelen var operert ut. Forskerne viser at samsvaret mellom graderingen av vevsprøver og operasjonspreparater synes å være bedre på sykehus som undersøkte mange operasjonspreparater per år, sammenlignet med sykehus som undersøkte få.

Rune Kvåle arbeider nå som lege i spesialisering ved avdeling for kreftbehandling og medisinsk fysikk på Haukeland Universitetssjukehus i Bergen. Han kan nås på e-post: Rune.Kvale@kreftregisteret.no eller Rune.Kvale@helse-bergen.no

Nye spesialister i onkologi

Marianne Brydøy

Mirjam Delange Kaminka Alsaker

Inger Marie Løes

Frøde Jordal

Gratulerer!



Nasjonale handlingsprogrammer for kreftbehandling

ved Stein Kaasa og Borghild Svorken, Helsedirektoratet

Nasjonale handlingsprogrammer for kreftbehandling er et viktig tiltak under Nasjonal strategi for kreftområdet 2006–2009. Kreftstrategien er forlenget frem til 2011 og er en videreføring av satsingen gjennom Nasjonal kreftplan (1999–2003) og en oppfølging av rapporten Nasjonal strategi for arbeid innenfor kreftomsorgen – kvalitet, kompetanse og kapasitet (juni 2004) og en landsomfattende høring til denne.

Hovedformålet med Kreftstrategien er å møte fremtidige utfordringer på kreftområdet på en offensiv og helhetlig måte gjennom å legge til rette for bedre kvalitet og kompetanse, tilstrekkelig kapasitet og likeverdig tilgjengelighet, hensiktsmessig organisering og bedre samhandling i og mellom alle ledd. Kreftstrategien inneholder nasjonale målsetninger og tiltak for hele kjeden: forebygging, screening, diagnostikk, behandling, rehabilitering, lindrende behandling, samt tiltak for personellfeltet og register- og forskningsvirksomheten.

Nasjonale handlingsprogrammer for kreftbehandling

Mange medisinske faggrupper har i en årrekke lagt ned et betydelig arbeid for å komme frem til konsensusbaserte faglige anbefalinger for diagnostikk og behandling av ulike typer kreft. Som ledd i Nasjonal strategi for kreftområdet

(2006–2009) fikk Helsedirektoratet i oppdrag å videreutvikle og oppdatere faggruppens anbefalinger til nasjonale handlingsprogrammer med retningslinjer for kreftbehandling. Gjennom kunnskapsoppsummeringer og faglig gjennomgang sikres at disse er i tråd med internasjonale standarder for faglige retningslinjer, men tilpasset nasjonale forhold.

En viktig målsetting med de nasjonale handlingsprogrammene er å utvikle felles nasjonale standarder for diagnostikk, behandling og oppfølging, slik at alle kreftpasientene i Norge sikres likeverdig behandling av god kvalitet uavhengig av bosted.

Handlingsprogrammene utarbeides i et samarbeid mellom Helsedirektoratet, fagmiljøene, de regionale helseforetakene og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Arbeidet er organisert med en styringsgruppe, en referansegruppe og arbeidsgrupper for de enkelte kreftområdene. Den daglige og faglige ledelsen av arbeidet ligger i arbeidsgruppene og ledes av en fagperson fra hver av de aktuelle gruppene. Helsedirektoratet og Kunnskapssenteret bistår og støtter arbeidsgruppene i arbeidet. Prosjektdirektør prof. Stein Kaasa har det overordnede ansvar for handlingsprogrammene, som utgis av Helsedirektoratet.

Innholdet i de enkelte handlingsprogrammene vurderes årlig av en redaksjonskomité fra fagmiljøet og oppdateres om nødvendig. Deler av et handlingsprogram, for eksempel

Følgende 9 handlingsprogrammer foreligger per i dag:

Handlingsprogram for

- | | |
|------------------------|---------------------------|
| - Palliativ behandling | - Tynntarmskreft |
| - Brystkreft | - Maligne lymfomer |
| - Nyrekreft | - Prostatakreft |
| - Spiserørskreft | - Tykk- og endetarmskreft |
| - Magekreft | |

*Handlingsprogrammene ligger på Helsedirektoratet:
<http://www.helsedirektoratet.no/kreft/publikasjoner/>*

Følgende 12 handlingsprogrammer vil bli ferdige i løpet av 2011:

Handlingsprogram for

- | | |
|----------------------|------------------|
| - Lungekreft | - Blærekreft |
| - Hode-/halskreft | - Thyroideakreft |
| - Sarkomkreft | - Kreft hos barn |
| - Testiskreft | - Myelomatose |
| - Malignt melanom | - Leukemi |
| - Gynekologisk kreft | - Nevro-onkologi |

onkologisk behandling, kan oppdateres hyppigere, for eksempel hvert halvår. Redaksjonsgruppen skal i denne sammenheng tidlig varsle Helsedirektoratet om ny teknologi og behandling for respektive krefttyper slik at man raskt kan få vurdert dokumentasjon for effekt og kost-nytte. Oppdateringen av handlingsprogrammene utføres av en redaksjonskomité i samarbeid med Nasjonalt kunnskaps-senter for helsetjenester og Helsedirektoratet. Den respektive onkologiske faggruppe fungerer som referansegruppe.



Borghild Svorken

Onkonytt ønsker flere medarbeidere!
Ta kontakt hvis du er interessert :)

Norsk onkologisk forenings hjemmeside
<http://www.legeforeningen.no/onkologi>