

Årets onkolog
s. 12

Kongresstur uten industristøtte
s. 23

**Nyheter om behandling av
malignt melanom**
s. 32

onko nytt

Medlemsblad for Norsk onkologisk forening 2 • 2011 Årgang 9



Annonce

Medlemsblad for Norsk onkologisk forening

REDAKTØR

Magnar J. Johansen

Universitetssykehuset Nord Norge, Tromsø

T: 07766 / 77 62 67 75 / magnar.johansen@unn.no

REDAKSJONSMEDLEMMER:

Marianne Brydøy

Haukeland Universitetssykehus

T: 55 97 20 10 / marianne.brydoy@helse-bergen.no

René van Helvoirt

Sørlandet sykehus

T: 22 93 40 00 / rene.helvoirt@sshf.no

STYRET I NORSK ONKOLOGISK FORENING

Andreas Stensvold (leder)

Helse Sør-Øst

Andreas.stensvold@radiumhospitalet.no

Eva Hofslie

Helse Midt-Norge

eva.hofslie@medisin.ntnu.no / eva.hofslie@stolav.no

René van Helvoirt

Helse Sør-Øst

rene.helvoirt@sshf.no

Birthe Lie Hauge

Helse Vest

birthe.lie.hauge@sus.no

Hege Sagstuen Haugnes

Helse Nord

hege.sagstuen.haugnes@uit.no

Christine Undseth

Helse Sør-Øst

UXSMIC@ous-hf.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 Magnar J. Johansen

LAYOUT, PRODUKSJON OG ANNONSER:

DM, Reklame & Design

Pilestredet 75 D, 7 etg.

Pb. 7011 Majorstua, 0306 Oslo

T: 22 59 90 07 / 928 48 402

ragnar.madsen@drd.no / www.drd.no

Forsidebildet er tatt av Eivind Smeland, overlege ved kreftavdelinga i Tromsø. Vi ser Martin Maisenhölder nesten på toppen av "1235", navnet som våre spreke kollegaer har gitt den hittil navnløse fjelltoppen i Lavangsdalen utenfor Tromsø.



Innhold

Kjære kollega	5
Leder	6
Onkologisk forum	9
Nytt fra NFPM	18
Nytt fra KVIST høsten 2011	19
Nytt fra avdelingene	20
Viktig samarbeid mellom legemiddelindustrien og onkologene	22
Etterutdanning og fagmøter uten industristøtte	23
Onkologisk fagdag, ASCO 2011	24
Lavdoserate brachyterapi	28
Malignt melanom	32
Barn som pårørende	38
To på gangen	42
Palliasjonens førstedame	44
Røyking er farlig for kreftpasienter	45
Samarbeidsprosjekter i Afrika	46
Nytt om navn	48
Movember	51

Annonce

Kjære godtfolk!

Ved Magnar Johansen

Mellom daddelinntak og klementinskrelling håper vi du tar deg tid til Onkonytt. Som talerør for Norsk onkologisk forening håper vi å bidra til nyttig informasjon, men også gi et innblikk i den norske onkologiverden. Her får du faglig påfyll, men også tips om god litteratur og bartevektst.



Vet du hva NOF gjør for deg? Ut ifra det stusselige oppmøtet på årsmøtet under høstens forum kan det se ut som om norske onkologer ikke føler behov for en interesseorganisasjon. Styret med Andreas i spissen gjør en kjempejobb; vi burde alle støtte opp om dette!

Industrien stopper nå sponning av kongressdeltagelse, og Bekkemellem forklarer hvorfor. NOF har forsøkt bøte på dette med oppsummerende møte etter årets ASCO, og planlegger nå utvidet støtte til lignende møter. Det er fortsatt stor usikkerhet om hva som skjer videre med våre muligheter for å være med på internasjonale kongresser. Vi håper helseforetakene og sykehusene ser deltagelse som nyttig kunnskapsbygging. Uansett om vi skal reise ut eller ikke, det er verdt å kjempe for bedre muligheter til faglig oppdatering. Dette bør skje i arbeidstida og krever at arbeidsgiver gir oss fordypningsmuligheter i en travel jobbhverdag.

Dra til Ghana! La deg inspirere av vår svenske venn som oppfordrer oss til å bidra. Waka waka, this time for Africa!

“Hva er et navn? Den blomst vi kaller rose, vil duften liflig uten rosens navn”. Sverre Heim siterte Julie fra Shakespeare i sitt foredrag på Onkologisk forum. Han har i år mottatt det norske kreftmiljøets Oscar, Olav den femtes kreftforskningspris. Heim er opptatt av kromosomer, og han tror dagens inndeling av kreftsykdommer kommer til å bli vesentlig endret. Navn på kreftsykdommer er en eneste stor smørje gitt på bakgrunn av utgangspunkt og hvordan kreftcellene ser ut i mikroskopet, de sier lite om den kunnskapen kromosom- og genforskning har gitt oss i dag.

Vi håper du er fornøyd med Onkonytt. Dersom det skal komme flere utgivelser, er vi avhengig av din hjelp. Bli med i redaksjonen, eller send oss stoff eller tips. Da skal vi danse og synge som Shakira: Waka waka!

Takk til Marianne Guren Grønlie og Cecilie Essholt Kiserud!



Marianne Guren Grønlie



Cecilie Essholt Kiserud

Etter hhv. 6,5 og 2 år i redaksjonen takket Marianne og Cecilie for seg i sommer da arbeidsoppgavene økte på andre fronter. Marianne har etter sammenstillingen ved OUS fagansvar for nedre GI cancer, Cecilie er overlege ved Nasjonalt kompetansesenter for seneffekter etter kreftbehandling.

En stor takk til dere begge for hyggelig og godt samarbeid!

Du som kan tenke deg å bidra i redaksjonen, er hjertelig velkommen – enten du er helt fersk eller har lang fartstid i onkologi! Redaksjonen bør representere alle regioner og gjerne større og mindre avdelinger. Med bred representasjon og stor nok redaksjon er arbeidet på den enkelte absolutt overkommelig og ikke minst interessant og trivelig!

Vi tre som nå er i redaksjonen, har vært med siden hhv. 2003, 2008 og 2010. En utskifting av enkelte av oss er derfor også aktuelt i nær framtid. Vi håper andre kan tenke seg å bidra i en periode slik at Onkonytt fortsatt kan være et treffpunkt og bindeledd mellom oss.

Kjære kollega!

Ved Andreas Stensvold

Ja, nå har det gått et begivenhetsrikt halvår siden forrige Onkonytt. I den siste tiden har kreftomsorgen virkelig blitt satt på kartet! I pressen får vi av og til kjeft, pasienter må vente lenge på behandling. Men som fagpersoner har vi mye å være stolt av. I en nylig publisering fra OECD bidrar vi til at pasienter med kolon- og brystkreft har en fem års overlevelse i verdenstoppen. Dette er blant annet takket være oss, dette til tross for ekstremt stort arbeidspress.

24. juni kom statsminister Stoltenberg med sitt krav til bedre og raskere kreftbehandling. Det ble satt krav til at 80 % av pasientene skulle starte med behandling innen 20 virkedager etter mottatt henvisning. I ettertid fremkom det at det ikke er noen rettighet pasienten har, men et mål som sykehusene har fått. Vår hverdag har ikke blitt så mye annerledes etter dette kravet kom. Vi jobber som alltid med å få pasientene raskest mulig inn til riktig behandling. Det som er viktig, tror jeg, er at dette har bidratt til at det nå er lettere å sette behovet for flere spesialister på mediakartet.

I et todagers møte i helsedirektoratet og departementet kom det frem som vi alle vet, at patologi og røntgen er en av flaskehalsene i raskere utredning og behandling. Vi får håpe at dette møtet ikke bare blir ord, men at det følger handling.

Sammen med spesialistkomiteen setter styret nå snart sluttstrek for et utkast med nye retningslinjer for onkologisk utdanningen. Dette er et arbeid som spesialistkomiteen har jobbet med i

vel halvannet år. Vårt mål er at den nye målbeskrivelsen bedre enn i dag skal gjøre morgendagens onkologer utrustet til å møte den store bølgen av nye krefttilfeller. Vi håper også at den vil føre til at flere onkologer velger å begynne å jobbe utenfor de relativt store onkologiske miljøene.

Det siste året har flere handlingsprogrammer kommet på plass, men fortsatt mangler det noen. Det gjøres en iherdig jobb på fritiden for å få dette på plass for de fleste tumorgrupper. Det viktig fremover å få disse implementert i den kliniske hverdagen og få en struktur på jevnlig oppdatering.

Fra januar frafaller bidraget fra industrien til kongressreiser. For å møte det vakuemet som oppstår, har årsmøtet i november bestemt at NOF oppretter et fagstipend på kr 400 000. Vi håper at dette kan bidra til at vi fortsatt får holde oss oppdaterte og får delta på viktige internasjonale kongresser tross sykehusenes anstrengte økonomi. Styret jobber også med å opprette en oncobook på nettet som kan bidra til dette. Sammen med Oslo Cancer Cluster jobber vi med å arrangere postmøter, etter mål fra post-ASCO-møtet i sommer. De neste møtene prøver vi å få til en videooverføring slik at flere kan være med.

På ettermiddagen den 22. mars planlegger vi et møte på Gardemoen om kreft hos eldre. Vi håper at mange vil delta på dette møtet. Dette er en viktig pasientgruppe som bare vil øke i antall.

På årsmøtet ble styrets antall økt med én: Christine Undset. Hun er hjertelig velkommen og sårt trengt i styret! Vi trenger som alltid tilbakemelding

fra dere om det er ting dere vil at vi skal jobbe med.

Med stor ærbødighet for innsatsen til professor Sophie Fosså ble hun på årsmøtet utnevnt til æresmedlem i vår forening. Helt siden 1968 har hun utrettelig vist et stort engasjement innen klinisk arbeid og forskning, spesielt innen urologisk cancer. Det siste tiåret har hun gjort banebrytende arbeid innen senbivirkninger etter behandling. Gjennom et utstrakt internasjonalt samarbeid har hun bidratt til å sette Norge på kartet innen kreftbehandling og forskning.

Sist vil jeg ønske dere en riktig god jul og et godt nytt år!

Nytt styremedlem i NOF



Christine Undseth (f. 1971) er gift og har to barn på 7 og 9 år og har derfor, ifølge henne selv, ingen problemer med å fylle fritiden. Hun vokste opp i Halden og

studerte medisin i Bergen og Trondheim. Hun var ferdig som cand.med. i 1997 og spesialist i onkologi i 2010.

Legekarrieren startet hun på Sykehuset Innlandet, Gjøvik, som turnuskandidat i 1998, fortsatte ved samme sykehus som assistentlege på medisinsk avdeling, etter hvert overgang til stråleenheten. Fra oktober 2005 har hun vært ansatt ved Avdeling for kreftbehandling, Ullevål, der hun de siste to årene har jobbet mest med strålebehandling.

Til Onkonytts lesere sier hun: "Jeg trives godt med jobben min, faget (spesielt stråleterapien) og gode kollegaer og jeg håper jeg kan gjøre nytte for meg i NOF. Vi har spennende og utforderende tider foran oss."

Vi ønsker lykke til!

OnkoLiS 2012 26. - 27. januar

Comfort Hotel RunWay Gardermoen



Norsk onkologisk
forening
DEN NORSKE LEGEFORENING



Norsk onkologisk forening har gleden av å invitere til OnkoLiS 2012

Torsdag 26. januar

17.00 Velkommen og nytt fra NOF
17.15 Kasuistikker relatert til forelesningene
18.00 Pause

v/ Overlege Andreas Stensvold, styreleder NOF
v/ Irja Alida Oppedal

Cancer oesophagi og cancer ventriculi

møteleder: Fredrik Sund

18.15 Epidemiologi, patologi og onkologisk behandling
19.00 Pause
19.10 Kirurgiske aspekter ved behandling av øsofagus- og ventrikkelcancer
19.45 Vektap hos kreftpasienter -må det være sånn?
20.20 Slutt
20.30 Middag

v/ Overlege Christian Kersten, SFK, Sørlandet SH
v/ Overlege Gjermund Johnsen, gastrokir avd, St Olav
v/ Lege Tora Skeidsvoll Solheim, kreftavd, St Olav

Fredag 27. januar

Cancer coli og cancer recti

møteleder: Kjetil Boye

08.45 Kolorektal cancer: Fra epidemiologi og genetikk til diagnose og behandling
09.30 Pause
09.45 Kirurgiske aspekter ved behandling av kolon- og rektumcancer
10.30 Onkologisk behandling av cancer coli
11.00 Pause
11.15 Onkologisk behandling av cancer recti
11.45 Lunsj

v/ Professor Kjetil Søreide, kir avd, SUS
v/ Overlege Stein Larsen, gastrokir avd, OUS
v/ Overlege Morten Brændengen, onkol avd, OUS
v/ Overlege Morten Brændengen, onkol avd, OUS

Cancer hepatis og cancer pancreatis

møteleder: Lena Turzer

12.45 Epidemiologi, patologi og kirurgisk behandling
13.30 Pause
13.40 Onkologisk behandling av cancer hepatis og cancer pancreatis
14.25 'Hva mer kan du gjøre med sorg enn å respektere den?'
15.10 Kasuistikker / oppsummering
15.30 Slutt

v/ Overlege Kristoffer Lassen, gastrokir avd, UNN
v/ Professor Halfdan Sørbye, onkol avd, HUS
v/ Overlege Eva Albert, lindrende avd, Sørlandet SH
v/ Anne-Tove Brenne

Invitasjoner går til: Leger i spesialisering innen onkologi.
Hvis du ikke har mottatt en invitasjon, kan du sende en epost til: rene.helvoirt@sshf.no

OnkoLiS 2012 får økonomisk støtte av:



Product Partnering

SANOFI ONCOLOGY

AMGEN
Oncology



Merck Serono
Living science, transforming lives

Annonce

Hva skjedde på onkologisk forum 2011?

Ved Magnar Johansen

Novembertåka i Holmenkollen innhylla Rica Park Hotell i en mystisk stemning, og vi var klar for nytt forum. Ettermiddagen starta for mange av oss med fagmøter, etter hvert gled onsdagen over i en velkommen-og-takk-for-sist-aften. Allerede her ble en god møteatmosfære etablert.

Plenumsesjonene besto av anerkjente nasjonale og utenlandske kolleger som blant annet snakket om antiangiogenese, persontilpassa behandling både med medikamenter og strålebehandling, prostatakreft og palliativ behandling av metastasert kolorektalkreft. Det var også foredrag om screening av cervix- og kolorektalkreft.

Torsdag ble for første gang årets onkolog kåra. Gratulerer til Arne Solberg! Etter å ha blitt oppdratt som onkolog i Tromsø, beriker han nå trønderne med sin tilstedeværelse.

NOF avholdt sitt årsmøte. Dessverre foretrakk mange stæsjing til festen og forspill i baren. Skjerpings til neste år, folkens!

Torsdags kveld var det altså fest. Etter mjød i Valhall avanserte vi videre til Saga, og herlighetene kunne starte. Tone Ik Dahl er sjef, og den for anledningen røde kvinnen tok oss først igjennom siste års hendelser i den norske onkologiverden. Deretter overtok toastmaster etterfulgt av en servitør av en annen verden. Han fortalte at vi skulle få fisk, kjøtt og dessert – og litt vin som passa best i saus! Dessuten hadde han sett mange lekke mannebein han sjøl ville forsyne seg av... Stein Kaasa takka for god mat og ga oss et innblikk i trøndersk høykultur. Til høylydt jubel i salen ble førstedamen Sophie Fosså utnevnt til æresmedlem i NOF.

Hva skjedde resten av kvelden? Noen ville prate fag, andre om seg selv, noen om svært private detaljer, noen om vær, mange ville danse, noen ville innta spiritus, andre vann. Noen ville prate om livet, døden og kjærlighet, mens andre praktiserte iallfall to av dem. Hva som til slutt skjedde, skal ikke nedtegnes i denne sagaen.

Fredag var det på nytt tåke. Og noen prøver å kapre OL hit! Denne dagen skulle inneholde mer fag og mer glede. Sverre Heim holdt vinnerforedrag, han har tidligere i år mottatt Kong Olavs Vs forskningspris. Guro Lind ble fortjent hedra som årets unge forsker. Så skulle vi hjem. Forhåpentligvis berika med ny kunnskap, nye venner og masse glede. Men det er kanskje like greit at det er et år til neste gang; da er vi nemlig lovd karsk og skjenning. Vi møtes i Trondheim i november 2012!



– Kreft er 1000 sjeldne sykdommer

– Vi går inn i en tid der kreftbehandlingen blir stadig mer persontilpasset, sier professor Sverre Heim. Han er ekspert på kromosomavvik i kreftceller og er årets vinner av Kong Olav Vs kreftforskningspris.



Generalsekretær i Kreftforeningen Anne Lise Ryel, HM Kong Harald, Professor Sverre Heim og styreleder i Kreftforeningen Paul Hellandsvik.

Ved Hanna Hånes

Heim har studert kromosommønstre i kreftceller i snart 30 år, siden han i 1983 dro til Lund i Sverige for å lære mer om kromosomanalyser.

Oppholdet skulle være en del av hans spesialutdanning i medisinsk genetikk, men varte i flere år. Ferden gikk videre til et professorat i medisinsk genetikk i Odense. Her bygget han opp et dansk fagmiljø for kromosomanalyser ved kreft, før han i 1994 vendte kursen hjemover og gjorde det samme her.

I dag er Heim en av verdens ledende eksperter på kromosomavvik og kreft, et fag som kalles kreftcytogenetikk.

Vi treffer ham på kontoret ved Radiumhospitalet hvor han leder Seksjon for kreftcytogenetikk. På bordet ligger tredje utgave av fagboka Cancer

cytogenetics – kreftcytogenetikk – nærmest en «bibel» for forskere og medisinske i hans fag. Boka er skrevet sammen med den svenske kromosom-ekspert-kollegaen Felix Mitelman.

– Kromosomer er vakre

– Jeg har alltid syntes at kromosomer er vakre. Det var derfor jeg i sin tid ønsket å dra til Lund, sier Heim.

– Når man har gitt sitt hjerte til noe, får estetikken en større og større plass. Det er som skigåing. Brenner du for skisport, er det ikke noe som er så vakkert som å se en skiløper i godt driv med perfekt teknikk. Det vet selv jeg, som er en riktig ussel skiløper.

I en tid der genanalyser står i sentrum, og der det hver dag registreres utallige nye studier på gener, kan kromosom-forskning oppfattes som litt gammel-

Kong Olav Vs kreftforskningspris

Prisen deles ut av Kreftforeningen og Sverre Heim er den 20. i rekken som får prisen. I 2011 er prisen på 750 000 kroner.

dags. En slik betraktning er fremmed for Heim.

– Da jeg begynte med kromosom-analyser i kreftceller, ble det sagt at vi som holdt på med dette var en slags frimerkesamlere. Underforstått – at vi ikke ville få ny kunnskap ved å studere kromosomer. Det er feil. Ved nesten alle kreftformer som jeg og andre har studert, finner vi avvik som har sammenheng med kreftsykdommen. Avvikene forteller oss noe om hvordan kreftsykdommen oppsto, sier han.

Kreftforskeren mener at når vi studerer naturen, må vi se på de store tingene før vi begynner å konsentrere oss om detaljene. Derfor er det viktig å studere kromosommønstre før vi analyserer genene som ligger inne i kromosomene. Cellene våre har 30 000 gener. «Feil» på kromosomene i kreftceller kan vise vei til hvilke av disse genene det er viktig å studere.

– De nye teknikkene for å undersøke og kartlegge gener er fantastiske, men det nytter ikke å studere og registrere gener til man ser mannen med ljåen – hvis det ikke er de relevante genene man konsentrerer seg om, sier han.

Kreftsykdommene vil få nye navn

Heim tror dagens inndeling av kreftsykdommene kommer til å bli vesentlig endret i fremtiden. Dette er et tema som engasjerer ham, og som han sammen med to kolleger nylig har skrevet en lengre artikkel om i et internasjonalt fagtidsskrift.

Navn på kreftsykdommer er i dag en eneste stor smørje, dels avhenger navnet av hvor sykdommen oppstår, og dels tar navnet utgangspunkt i hvordan kreftcellene ser ut i mikroskopet. Ordet for blodkreft – leukemi – betyr for eksempel hvitt blod, fordi vi ser opphopning av hvite blodlegemer.

Ordet sier derimot ikke noe om prosessen som fører til at det blir mange hvite blodlegemer. I årene fremover vil slik kunnskap få økende betydning, ettersom vi vil få medisiner som griper direkte inn i mekanismene for hvordan sykdommene oppstår. Heim tror vi får nye navn som vil leve side om side med de gamle klassifikasjonene, som lungekreft, brystkreft, blodkreft og så videre.

– Det blir som med lungebetennelse – det er ikke tilstrekkelig å vite at betennelsen sitter i lungene. Vi må også vite hvilken bakterie eller hvilket virus som har forårsaket betennelsen og velge antibiotika ut fra det. I fremtiden vil vi finne mange spesifikke kreftmedisiner slik vi har ulike antibiotika for ulike infeksjoner. Navnet på kreftsykdommen må gjenspeile den mer detaljerte diagnosen og behandlingen som hører til, sier en engasjert Heim.

Over 1000 sykdommer

Han mener kreft er 1000 sjeldne sykdommer – minst. Hver av dem kan

kreve spesialbehandling.

– Er det realistisk å tro at vi kan finne frem til minst 1000 spesialbehandlinger?

– Jeg tror det er utopisk. Det vil kreve en ufattelig økning i kunnskap om både svulster og deres verter – pasientene. I overskuelig fremtid vil vi ha kirurgi og stråling side om side med en rekke nye behandlingsmetoder, sier Heim.

Et eksempel på en nyere spesifikk kreftbehandling er Glivec eller Imatinab. Dette legemiddelet har stor effekt på en blodkrefttype som skyldes at to kromosombiter har byttet plass. Ombyttingen fører til at det oppstår et nytt, kreftfremkallende gen. Før 2000 hadde de fleste leukemipasienter med denne kromosomskaden tre til fem år igjen å leve. I dag får de effektiv behandling. Heim mener at vi vil få spesialisert behandling for mange flere krefttyper enn de vi har «spesialbehandling» for i dag. Forskning på kromosomavvik og genanalyser er i ferd med å legge grunnlaget for dette.

Vi er ikke like «inni»

– For 100 år siden hadde vi også individuell medisin, men den var uvitenskapelig. De siste 50 årene har vi fått stadig mer vitenskapelig medisin, men også dagens metoder er mangelfulle. For å finne ut om en behandlingsmetode virker eller ikke, bruker vi statistikk og store, uensartede pasientgrupper. Vi undersøker om flere blir friske blant dem som får behandling enn blant dem som ikke får behandling. Hvis vi kan svare ja ut fra statistisk beregning, sier vi at metoden virker. Men vi tar ikke nok hensyn til at pasientene og deres sykdommer er ulike. Det er helt feil å tro at «inni er vi like», slår han fast.

Kreft kan sees som en kamp mellom to individer – svulsten og verten – pasienten. Svulsten har sine spesielle genetiske egenskaper, og verten likeså. I fremtidens kreftmedisin må vi ta hensyn til begge deler.

Hjernekreft og eggstokkreft

Fremtiden er her og nå. Det finnes allerede flere eksempler enn Glivec, og flere vil komme til. Kanskje også på et område som hittil har vært vanskelig – hjernesvulster. De siste seks-sju årene har forskningsgruppen til Heim hovedsakelig satset på tre områder, og et av dem er forskning på gliomer, den vanligste typen hjernesvulster. De to andre områdene er gynekologisk kreft, særlig eggstokkreft, og forskning på nyoppdagede kromosomskader som gruppen finner i prøver fra kreftpasienter.

– Kreftforeningen har vært viktig for meg

– Kreftforeningen har betydd mye for min forskning. Allerede i studietiden var det klart for meg at jeg ønsket å gå inn i forskning. Også min mor kommenterte tidlig at jeg nok passet bedre som forsker enn som lege, hun hadde ikke helt tiltro til mine legekunster. Jeg fikk et stipendium fra Kreftforeningen i 1980 da jeg var nesten nyutdannet lege. Da jeg kom tilbake fra Danmark i 1994, gikk jeg inn i en forskerstilling betalt av Kreftforeningen og begynte å bygge opp norsk kreftcytogenetikk.

– Her ved seksjonen har vi hvert år fått støtte av Kreftforeningen, og den har vært helt nødvendig for vårt arbeid. Jeg håper inderlig at andelen midler som Kreftforeningen deler ut til forskning, ikke vil synke. Foreningen er ekstremt viktig for kreftforskningen i Norge, sier Sverre Heim.

Ordforklaringer: Kromosomene er «genpakker» som ligger i alle cellekjernene våre, og som inneholder til sammen 30 000 gener (arveanlegg). Hvert gen har sin bestemte plass på et av kromosomene. Vi har 46 kromosomer, 23 fra mor og 23 fra far. Kromosomene kan sees i mikroskop. Cytogenetikk er en del av faget genetikk. Cytogenetikk er læren om kromosomene. Cyto betyr celle.

Årets onkologpris til Arne Solberg

Ved årets Onkologisk forum ble NOFs nyopprettede pris « Årets onkolog» utdelt for første gang. Prisen gikk til Arne Solberg fra Kreftklinikken, St. Olavs Hospital, for sin rolle som en særdeles engasjert, grundig og kunnskapsrik kliniker, og for sin evne til direkte og åpen kommunikasjon med pasienter, pårørende og helsepersonell.



Arne Solberg (til høyre) mottar prisen fra René van Helvoirt.

Ved Eva Hofslø

Prisen «Årets onkolog» deles ut av NOF ved hvert årsmøte (første gang i 2011), og går til en onkolog eller lege i spesialisering i onkologi, som på en eller annen måte har utmerket seg gjennom klinisk praksis og/eller god forskningsinnsats. Kandidaten må være medlem i NOF. Aktuelle kandidater og begrunnelse for forslaget, skal meldes inn til styret i NOF innen 1.april hvert år.

Årets prisvinner, Arne Solberg (f. 1962), har siden 1999 jobbet ved Kreftavdelingen i Trondheim, med ansvar for urologisk onkologi og sarkomer. Han ble utdannet lege i 1990 ved Universitetet i Tromsø og ble ferdig spesialist i onkologi i 1999. Før han kom til Trondheim jobbet han ved Kreftavdelingen og medisinsk avdeling i Tromsø. Det siste året har han også inngått i ledelsen ved Kreftklinikken som avdelingssjef for sengeposten. Parallelt med dette har han også rukket å ta en doktorgrad inneværende år.

Onkonytt-redaksjonen var så heldig å få noen minutter med Arne mellom alle gjøremål.

Hvorfor valgte du å bli onkolog?

– Det beror på en stor tilfeldighet. Etter endt militærtjeneste arbeidet jeg to år som allmennlege. Etter hvert ble ønsket om å arbeide i et større fagmiljø med mer spesialiserte oppgaver sterkere og sterkere. Da som nå var det ikke slik at man fikk jobb "på dagen" dersom man ønsket seg inn på et av universitetssykehusene. I utgangspunktet var jeg åpen for mye og grep muligheten da den bød seg, nemlig jobb ved kreftavdelingen i Tromsø. Jeg oppdaget fort at mine onkologiske kunnskaper var nesten overraskende begrensede, men ble tatt vel imot og fant meg fort til rette i et hyggelig og interessante arbeidsmiljø.

Kunne du fortelle litt om doktorgradsarbeidet ditt?

– Arbeidet tar utgangspunkt i den skandinaviske multisenterstudien SPCG-7 hvor pasienter med lokalt avansert prostakreft ble randomisert til endokrin behandling alene eller kombinert med radikal strålebehandling. Studien viste at radikal strålebehandling bedrer totaloverlevelsen hos disse pasientene. I tillegg undersøkte vi prostatabiopsier og bivirkninger hos en undergruppe av studiepasientene 3–4 år etter behandlingsstart. Ubestrålte pasienter hadde økt forekomst

av histologisk residualcancer, noe som igjen predikerte residiv. Bivirkningene var gjennomgående beskjedne. Hovedstudien ble initiert i 1995 hvor kjente navn i norsk onkologi som Olbjørn Klepp og Sofie Fosså er sentrale. Min hovedveileder har vært Anders Angelsen som er en meget kunnskapsrik og kompetent urolog. Vi har samarbeidet tett i klinikken og etter hvert innen klinisk forskning helt siden jeg kom til Trondheim i 1999.

Hvilke utfordringer mener du fagområdet onkologi står overfor i dag?

– Utfordringene er mange. Et sterkt offentlig helsevesen er etter mitt syn en garantist for målet om lik rett til behandling uavhengig av bosted og sosial bakgrunn. Det offentlige helsevesenet synes å være under stadig sterkere press med økende bruk av private helstetjenester på det offentliges bekostning. I Trondheim merker vi det med all tydelighet ved at private institusjoner (i praksis finansiert av det offentlige) tapper avdeling for billediagnostikk ved St. Olavs Hospital for spesialister. Dette rammer vårt fag i neste omgang. På kort tid har tilgang på radiologiske tjenester blitt en av våre største flaskehalser.

Onkologi har i økende grad blitt et poliklinisk fag. Eksempelvis har vi i Trondheim redusert antall sengeplasser ved Kreftklinikken fra 68 til 36 på få år. Prinsippet er at kun de som er så syke at de må sove på sykehuset innlegges, resten får behandling mens de bor hjemme eller i pasientleiligheter/pasienthotell. De fleste pasientene befinner seg altså ved poliklinikken, noe som gir utfordringer i utdanning av LIS. Den gamle fellesvisitten på sengepost får mindre betydning som læringsarena, og vi må

finne nye måter å ivareta undervisning i en travel poliklinisk hverdag.

Hvis du ser 10 år frem i tid.

Hvilke utfordringer tror du fagområdet onkologi da står overfor, og tror du det tvinger seg frem strukturendringer/omfordelinger av arbeidsoppgaver?

– Kreftbehandling er multimodal og multidisiplinær. I tillegg har forskning tradisjonelt stått sterkt i onkologifaget. Et sentralt begrep i framtidens onkologi blir utvilsomt "det kompetente team" bestående av minimum kirurg, onkolog, radiolog og patolog. Det gjelder først og fremst kurativ behandling, men til en viss grad også palliativ livsforlengende og symptomlindrende behandling. For at pasientene skal få best mulig behandling kreves robuste team med tilstrekkelig erfaring. Jeg tror tendensen uvegerlig vil gå mot en ytterligere sentralisering av den kurative behandlingen til universitetssykehusene, hvor det er gode forutsetninger for at teamene inngår i aktive forskningsmiljø. Samtidig vil

økende kreftforekomst gi et økende antall pasienter med ikke- helbredelig kreft. Også disse pasientene trenger onkologisk kompetanse, i mange tilfelle nærmest mulig pasienten. Derfor tror jeg også tendensen til desentralisering vil fortsette, og det vil nok være ytteligere behov for onkologer ved lokalsykehusene. At allmenmedisinen blir nødt til å spille en større rolle enn nå ligger i samhandlingsreformen, men her jeg tror det er langt igjen før arbeidsfordelingen er klar.

Vil du anbefale ferske leger å bli onkolog?

– Ja, absolutt. Jeg tror behovet for onkologer vil bli økende, og det vil bli arbeidsmuligheter både ved universitetssykehus og lokalsykehus. Men, man bør samtidig tenke nøye gjennom det videre løpet. Forskning har alltid stått sterkt i onkologien. Ønsker man å arbeide ved universitetssykehus vil jeg sterkt anbefale at man tidlig planlegger et løp som innbærer forskerutdanning.

Årets onkolog 2012



Norsk onkologisk forening inviterer til nominering av "Årets onkolog 2012"

Ved årsmøte i NOF 12.04.10 ble det besluttet å opprette en årlig pris: Årets onkolog.

Prisen deles ut av NOF ved hvert årsmøte (første gang i 2011) og gis til onkolog eller lege i spesialisering i onkologi, som på en eller annen måte har utmerket seg gjennom klinisk praksis og/eller god forskningsinnsats. Kandidaten må være medlem i NOF. Aktuelle kandidater og begrunnelse for forslaget, meldes inn til styret i NOF innen 1. april.

Styret utpeker en komité bestående av 3 medlemmer i NOF, som beslutter hvem som skal tildeles prisen. Prisen består av kunst til en verdi av kr. 9000 pluss diplom.

DIPLOM TILDELES

O.N. Kolag

ARETS ONKOLOG 2012

En særdeles engasjert og kunnskapsrik kliniker. For sin grundighet, kompetanse og evne til direkte og åpen kommunikasjon med pasienter, pårørende og helsepersonell

NORSK ONKOLOGISK FORENING

Andreas Stensvold (leder)
Eva Hofsl (nestleder)
Birthe-Lie Hauge
Hege Sagstuen Haugnes
René van Helvoirt
Christine Undseth

NOF inviterer medlemmer til å nominere kandidater til prisen Årets onkolog 2012.

Fristen for innmelding er 01.04.2012. Prisen vil bli delt ut på Onkologisk forum 2012.

Innmelding skjer til styreleder i NOF: ASTEN@ous-hf.no

Vinner av ung forskerpris 2011: Guro Lind



“Årets prisvinner, Guro Lind, forsvarte sin doktoravhandling om epigenetiske forandringer ved testis- og kolorektal cancer ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo i 2005. Siden har hun fortsatt studiene av epigenetiske forandringer ved GI- og urologisk cancer. Forskingen har resultert i 35 artikler i gode, til dels topprangerte, vitenskapelige tidsskrifter innen genetikk og molekylær onkologi.

I en alder av 34 år er Guro ansatt som forsker ved avdeling for kreftforebygging, Institutt for Kreftforskning, Oslo Universitetssykehus der hun veileder stipendiater og masterstudenter. Samtidig har hun en bistilling som amanuensis ved Institutt for molekylær biovitenskap ved Universitetet i Oslo. Hun er kjent som en inspirerende foredragsholder og er dessuten involvert i hele seks patentsøknader.

Styret i Onkologisk forum synes Guro Lind er en god representant for etterveksten i norsk kreftforskning og en verdig prisvinner. Vi ønsker henne lykke til videre og ser frem til å følge hennes videre forskerkarriere.”

Gratulerer med velfortjent pris. Du forsker på diagnostiske markører innen GI-cancer og har svært lovende resultater å vise til. Når tror du dette eventuelt kan komme i bruk og har du noen tanker om hvem som bør tilbys testen? Tror du dette kan erstatte koloskopi for risikopersoner eller de med positiv Hemofec?

– Takk for det. Vi er godt i gang med utviklingsarbeidet for å lage en ikke-invasiv test for tidlig deteksjon av tykk- og endetarmskreft. På mange måter er den mest utfordrende delen av prosjektet fullført, som var selve identifiseringen av velegnede biomarkører. Hovedutfordringen med de ikke-invasive testalternativene man har i dag (som FOBT, ColoSure og EpiProColon) er generelt lav spesifisitet slik at man får for mange falske positive prøvesvar. Ved å bruke vårt panel av biomarkører regner vi med å kunne opprettholde en god spesifisitet også i ikke-invasivt materiale som blod og/eller avføring, samt oppnå en god sensitivitet. Men dette er pågående arbeid og vi er ahengige av en industripartner for kommersial-

isering, så jeg tør foreløpig ikke si noe om når produktet kan komme i bruk.

På sikt håper vi imidlertid at testen kan brukes i screening for tidlig deteksjon av svulster i tykk- og endetarmen.

Testen vil ikke kunne ertsatte koloskopi for de med positiv Hemofec, for koloskopi er og blir gullstandarden, men ved å erstatte selve Hemofec med biomarkørtesten vår håper vi på å kunne plukke opp fler av dem som har svulst i tarmen og samtidig sende færre friske individ til unødig koloskopi.

Hva gjorde at du valgte forskning framfor klinisk arbeid?

– Siden jeg er utdannet biolog med spesialisering i genetikk ville jeg nok vært ganske ubrukelig i klinisk arbeid. Men hovedgrunnen til at jeg i sin tid valgte å takke nei til medisinstudiet ved UiO og heller ta realfag på Mat-Nat var at jeg var spesielt interessert i de biologiske mekanismene og at jeg visste at sjansen til å jobbe med kliniske problemstillinger ville komme ved å søke seg til det rette miljøet.

Har du noen inspirator(er) eller person(er) som har vært viktig på veien til å bli anerkjent forsker?

– Jeg er veldig takknemlig for å ha en mentor som Ragnhild Lothe. Hun har bygget opp et flott forskningsmiljø på avdeling for Kreftforebygging på Radiumhospitalet der kvalitet står i fokus. Ragnhild er kunnskapsrik og har mange spennende visjoner - noe som er viktig for å drive forskningen videre. Hun var også tidlig ute med å se verdien av tverrfaglighet og avdelingen har et tett og vellykket samarbeid med klinikere, noe jeg tror er nøkkelen til suksess i translasjonsforskning generelt og i identifiseringen og utviklingen av klinisk anvendbare resultater spesielt.

Annonce

Sophie Fosså ble utnevnt til æresmedlem i NOF.

Vi gratulerer!

Foto: Per Marius Didriksen



Annonse

Annonce



Årsmøte 2011

NFPM's årsmøte med valg ble avholdt 16.11.11 på Holmenkollen Park Hotel Rica med 14 medlemmer tilstede.

Ved Are P. Normann og Jan Henrik Rosland

Et viktig tema har vært å få større frammøte på årsmøtet, og det prøver vi å bøte på med å flytte neste årsmøte til «Landskonferansen om utfordringer ved livets slutt» i Oslo 20. september, og i fortsetningen legge årsmøtet hvert annet år til landskonferansen når den arrangeres. Årsmøtet ga også tilslutning til at valgperioden justeres slik at valget kan foretas på årsmøtet som avholdes under landskonferansen. Årsmøtet ga videre tilslutning til at valgperioden endres fra og med september 2012 slik at den kommende valgperiode blir på kun 10 måneder.

Det nye styret for 2011-2012 blir:

Jan Henrik Rosland (leder)

Are P Normann

Eva Søderholm

Siri Brelin

Hilde Roaldset

Morten Thronæs (ny)

Sigve Andersen (ny)

Vararepresentanter:

Eva Gravdal (ny)

Sigbjørn Lid (ny)

ØVRIGE VIKTIGE ÅRSMØTESAKER:

Kompetanseområde

palliativ medisin

Arbeidet med å etablere et formelt kompetanseområde i palliativ medi-

sin har vært den viktigste saken for NFPM det siste året. Helsedirektoratet har definert det som et pilotprosjekt ut 2014, som deretter skal evalueres. Det er frist fram til 31.12.11 å søke om godkjenning etter overgangssordning, og alle leger som har fartstid innenfor palliasjon oppfordres til å søke. Etter nyttår skjerpes godkjenningsreglene og forutsetter et obligatorisk utdanningsløp. Dette innebærer blant annet tjeneste på et godkjent utdanningssted. En viktig forutsetning for å utdanne nye kandidater etter overgangsperioden er derfor at det blir tilstrekkelig med godkjente utdanningssteder. Derfor oppfordres alle til å søke inn sin arbeidsplass som utdanningssted for aktuell del av tjenesten. Dagny Faksvåg Haugen, som sitter både i fagrådet og arbeidsgruppen som vurderer søknader, hadde følgende budskap til årsmøtet: Fagrådet anser ca. 15 utdanningssteder som aktuelle, men er skuffet over antall søknader. Arbeidsgruppen har mottatt 19 legesøknader så langt samt 4 på utdanningssteder. Dette er altfor få til at prosjektet skal bli vellykket. Overgangsordningen varer bare til nyttår. Alle som har noen tjeneste som ev. vil kunne godkjennes bør søke før 1.1.12. for å få dette godkjent nå før overgangsordningen går over.

Årsmøtet sender derfor en sterk appell til alle innen palliasjon om å søke på

individuell grunnlag og at flere aktuelle institusjoner søker.

Nasjonalt handlingsprogram i brukervennlig versjon

Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen ble utgitt første gang i 2007. Siden er det foretatt flere oppdateringer og videreutvikling av nye kapitler i handlingsprogrammet. Handlingsprogrammet er nå tilgjengelig i brukervennlig HTML-format på Helsebiblioteket. Sommeren 2011 ble de nye europeiske guidelines for depresjon og kakeksi i regi av EAPC/EPCRC publisert, og januar 2012 kommer nye europeiske guidelines for smertebehandling. Handlingsprogrammet vil om kort tid bli revidert iht. disse. Arbeidet med nasjonale retningslinjer for fysioterapi til pasienter i palliativ fase er godt i gang, og vil bli inkorporert i handlingsprogram for fysioterapi til pasienter med kreft.

Landskonferansen OSLO 2012

Den 12. landskonferansen om utfordringer ved livets slutt går av stabelen i Oslo 19.–21. september 2012, på Radisson Blu Scandinavia Hotel. Planleggingen er godt i gang, med hovedtema: «Å bygge broer», og vi lover et spennende og variert program fordelt på plenumsesjoner og parallellsesjoner. Program vil bli lagt ut i begynnelsen av februar, og vi forventer stor oppslutning fra alle palliative fagmiljø og kolleger med interesse for palliasjon. Konferansen vil bli søkt godkjent som tellende kurs.

Parallellsesjon om samhandlingsutfordringer og nye guidelines

NFPM hadde også i år egen parallellsesjon på onkologisk forum. Selv om det denne gang ikke lyktes å lage parallellsesjon sammen med en annen faggruppe, fattet innholdet bred interesse og det var god deltagelse med gode innspill fra salen i debatten som fulgte innleggene. Klinikkdirktør Per G Weydals inn-

ledet med et inspirerende foredrag om samhandling i Østfold fylke mellom sykehus og kommuner, med opprettelse av samarbeidsutvalg og inndeling i fem regioner med hvert sitt Distriktsmedisinske sentra der palliasjon ville bli et fokusområde. Det ble også en aktiv diskusjon rundt problemstillingen palliativ dagbehandling i spesialisthelsetjenesten med innledning fra Hospice Lovisenberg, Sunniva senter HDS og Sørlandet sykehus.

Siste del ble viet de nye europeiske guidelines i kakeksi, depresjon og smerte. Guidelines i kakeksi og depresjon anbefales lest på EPCRCs hjemmeside: www.epcrg.org. Der finnes også meget informativ og kortfattet pasientinformasjon som kan trykkes ut i brukevennlige brosjyrer. Guidelines i smerte vil bli publisert rett over nyttår.

Nytt fra KVIST høsten 2011

Ved Ingrid Espe Heikkilä, Taran Paulsen
Hellebust, Gunilla Frykholm og
Sverre Levernes

Kliniske revisjoner av stråleterapi

Kliniske revisjoner av stråleterapi ved brystkreft ble avsluttet denne høsten. Alle ni stråleterapiavdelinger som gir postoperativ stråleterapi ved brystkreft ble besøkt. KVIST-gruppen jobber nå med å sammenstille revisjonsresultatene for å kunne presentere en samlet oversikt over arbeidet som har pågått siden 2008/2009.

Faglige anbefalinger for stråleterapi

Denne høsten har KVIST-gruppen jobbet med ferdigstilling av nye og reviderte faglige anbefalinger for strålebehandling. Oppdaterte faglige anbefalinger for NSCLC, SCLC og palliativ bestråling ved lungekreft er ferdige i disse dager. De er harmonisert med Helsedirektoratets retningslinjer for behandling av lungekreft. Tilsvarende arbeid for rektumcancer pågår. Faglige anbefalinger

for strålebehandling ved cervixcancer sendes i disse dager på høring og anbefalingene for analcancer og øsofagus cancer er ferdige. De ferdige anbefalingene leveres de respektive faggruppene for publisering, når arbeidene er ferdigbehandlet etter høring. Anbefalingene vil også ligge på KVIST portalen <http://kvist.nrpa.no>, Brukernavn: kvistguest Passord: qainrt.

Oppdaterte anbefalinger for volum/dose

En KVIST-arbeidsgruppe har utarbeidet en revidert utgave av anbefalinger for volum/dose. Den nye utgaven er tilpasset endringene i de nye anbefalinger i ICRU 83. Anbefalingene er nå komplettert med kliniske eksempler og en del tilleggsinformasjon. Arbeidsgruppen er ferdig arbeidet og rapporten fra arbeidet sendes på høring i fagmiljøet i disse dager.

Norsk stråleterapimøte 2012

Vi planlegger å legge neste års stråleterapimøte til Oslo i april, tema

er ikke fastslått. Møtet vil inneholde en teoridel som vanlig, men hovedfokus vil ligge på en workshop med gjennomgang av svar fra avdelingene på utsendte pasientcase. KVIST-gruppen har anskaffet en ny programvare for sammenligning av voluminntegninger og behandlingsplaner. Vi gleder oss til å benytte dette utstyret og håper at det kan øke mulighetene og fleksibiliteten ved gjennomføringen av workshopen.

Ledig stilling som onkolog i KVIST

Ledig deltidsstilling som onkolog (40-50%) i KVIST-gruppen. Klinisk og tverrfaglig rettet arbeid med kvalitetssikring i stråleterapi som gir muligheter til faglig fordypning, utvikling og hyggelig samarbeid.

Interesserte? Ta kontakt med seksjonssjef Hilde Olerud:
hilde.olerud@nrpa.no





Foran fra venstre: Kirsten Engljähringer, Carsten Nieder, Adam Pawinski. Bak fra venstre: Astrid Dalhaug, Ivar Hompland og Tine Ludviksen. Hanna Eilertsen var ikke tilstede da bildet ble tatt

Avdeling for kreft og lindrende behandling, Nordlandssykehuset Bodø

Ved Astrid Dalhaug, avd.leder/kst. avd. overlege

En liten oppdatering fra Bodø: 14. februar hadde vi 10-årsjubileum. Det var da på dagen ti år siden Enhet for kreft og lindrende behandling hadde sin første pasient. Jubileet ble feiret med bl.a. faglig seminar hvor vi presenterte vår avdeling og hadde eksterne forelesere. Til seminaret inviterte vi våre viktige samarbeidspartnere. Vi satte pris på at vår grunnlegger, onkolog Marit Jordhøy, kom og feiret sammen med oss.

I 2011 har en egen arbeidsgruppe sett på hvordan tilbudet til kreftpasienter ved vårt sykehus kan bli bedre. Dette har munnet ut i en rapport. Vårt styre har nå vedtatt at vi skal etablere en egen sengepost i 2012, normert til 12–15 senger. Nå skal detaljplanleggingen starte, og vi trenger bl.a.

flere kreftleger til Bodø! I tillegg skal det etableres palliativt team og kreftpoliklinikker i Lofoten og Vesterålen.

Det siste året har vi klart merket at øverste ledelse ved vårt sykehus sin har fokus på fag og kvalitet, og ikke bare tenker økonomi.

Vi arbeider for å få en strålemaskin til og dermed kunne utvide vårt stråleterapitilbud. Det vil gi et bedre behandlingstilbud til våre pasienter, samt utvikle fagmiljøet og beholde fagfolk hos oss.

Helse Nord har nå bevilget penger til anskaffelse av elektronisk rekvirering av kjemoterapi, og vi har deltatt i utarbeidelse av kravspesifikasjon som nå er sendt ut på anbud.

Vårt sykehus er i gang med en stor utbygging/renovering. Alt skal være

ferdig i 2017–18. Det er en stor utfordring å ha full drift samtidig med dette arbeidet. Vi i kreftavdelingen er så heldig å ha lokaler et stykke unna den største byggeaktiviteten.

Overlege Gro Aandahl har fått spesialistgodkjenning, noe vi er veldig glad for, og snart er hun tilbake etter permisjon.

Overlege Kirsten Engljähringer i Palliativt team har startet opp på nordisk utdanning i palliasjon, dette er vi veldig fornøyd med.

Da er 2011 snart historie, og vi ser fram mot 2012. Vi takker alle våre onkologiske samarbeidspartnere.

Stor jule- og nyttårshilsen fra oss i Bodø!

Annonse

Viktig samarbeid mellom legemiddelindustrien og onkologene

Ved Karita Bekkemellem

Adm. direktør i Legemiddelindustrien - LMI

Norge hevder seg godt når det gjelder kreftforskning og resultatene av kreftbehandling. En ny OECD-rapport viser at vi på mange kreftformer ligger helt i tet med hensyn til overlevelse. Vi vet at vi har dyktige forskere på universiteter og sykehus, og godt oppdaterte leger som tar i bruk nye teknikker og medisiner så snart de får muligheten. Det er spennende at den norske forskningen også resulterer i små medisinske firmaer som tar forskningen til markedet og utvikler nye medisiner. Så vil vi også fremheve det viktige samarbeidet om forskning og bruk av medisiner mellom norske onkologer og den etablerte legemiddelindustrien.

Forholdet mellom leger og legemiddelindustri har vært i søkelyset i mange år. Vi har samme mål: Å fremme god helse og behandle sykdom. Legemiddelindustrien er forskningsintensiv. Selve motoren er ønsket om å forbedre dagens legemiddelbehandling, redusere bivirkninger og utvikle helt nye legemidler der det er medisinsk behov. Dette arbeidet skjer i tett samarbeid med leger i og utenfor industrien - gjennom forskningsprosjekter, kliniske studier, tilbakemeldinger om bruk og bivirkninger og gjennom formidling av ny forskning.

For å få til dette må vi ha møteplasser der viktig informasjonsutveksling kan

finne sted og ny medisinsk kunnskap bli presentert. Samtidig er ingen av oss tjent med at det settes spørsmålstegn ved samarbeidet vårt. En pasient må ha full tillit til at legen velger den beste og mest effektive medisinen. Når det offentlige betaler en så stor del av regningen, må de også ha full tillit til at legen forholder seg til de retningslinjer myndighetene har satt opp om valg av kostnadseffektive medisiner.

Som kjent vedtok LMIs generalforsamling i mars at bransjen fra 1. januar 2012 ikke skal sponse eller betale deltakelse og reise for helsepersonell til arrangementer i utlandet som er i regi av tredjepart. Bakgrunnen for det såkalte kongressvedtaket er at vi ønsker en tydeligere rollefordeling. Deltakelse på internasjonale kongresser er en viktig del av den generelle etterutdanning for legene, og er derfor primært et anliggende for legens arbeidsgiver eller legen selv. Dette prinsippet har både Den norske legeforening, helseforetakene og myndighetene sagt seg enige i. Ansvarsfordelingen ligger allerede inne i samarbeidsavtalen med helseforetakene fra seks år tilbake, men følges nå opp med et eget regelverk og klare retningslinjer.

Kongressreiser er en del av etterutdanning for helsepersonell, og det er naturlig at dette dekkes av dem selv eller arbeidsgiver. I tillegg finnes det naturligvis en rekke andre møteplasser

mellom helsepersonell og legemiddelindustrien hvor formålet er å informere om bruk av legemidler, slik at vi sikrer best mulig pasientsikkerhet.

Samarbeidet om kliniske studier vil fortsette som før. Det er heller ikke snakk om et kongressforbud, men altså en opprydding i hvem som finansierer hva.

Selvfølger har vedtaket skapt debatt. Mange spesialister er bekymret for at arbeidsgiverne ikke vil bidra med nok penger til etterutdanning. Det forstår vi. Det er viktig at man klarer å holde en ryddig og faglig god samhandling mellom leger og industri. Legemiddelindustrien vil være den naturlige kilden til informasjon, all den tid det er vi som utvikler legemidlene. Dermed legene ikke får den nødvendige informasjon om våre legemidler, vil dette kunne få konsekvenser for god og sikker pasientbehandling. Derfor håper vi at legene fortsatt får anledning til å delta på internasjonale kongresser, men da altså uten finansiering fra industrien som kan skape mistanke om uheldige bindinger. I tillegg vil industrien arrangere egne møter og konferanser med høyt faglig innhold for å sikre at legene får oppdatert kunnskap om legemidler.

Etterutdanning og fagmøter uten industristøtte, hva gjør vi nå?



**Ved Kjell Magne Tveit, avdelingsleder
Avdeling for kreft-
behandling, Oslo
universitetssykehus**

Samhandlingen
med industrien

har lenge vært under diskusjon. Vi har hatt etiske retningslinjer å forholde oss til i lang tid, og disse har også nylig gjennomgått endringer. Jeg ønsker de nye retningslinjer velkommen og mener de er helt riktige og til stor hjelp for oss, enten vi er ansatt som ledere eller leger i våre onkologiske avdelinger og enheter. Onkologien forvalter store økonomiske ressurser knyttet til den medikamentelle behandling, mer enn noen annen sykehusspesialitet. Så vil mange si at vi som onkologer ikke lar oss påvirke av industrien, da medikamentinnkjøpene i sykehusene i hovedsak er regulert av innkjøpsordningen gjennom LIS og vi forholder oss til de nasjonale retningslinjer for kreftbehandling. Det må også understrekes at vi framover trenger et forskningsmessig godt samarbeid med farmasøytisk industri vedr. utvikling av ny terapi.

Det er to aspekter vedrørende samhandling med industrien jeg her ønsker å fokusere på, og som diskuteres i våre miljøer.

1. Arrangement av fagmøter.

Tidligere var nok mange fagmøter et samvirke mellom fagpersoner fra helseforetak/faggrupper, som stod for det faglige program, og et firma

som stod for sekretariatsfunksjoner og finansiering. Vi tolker gjeldende etiske retningslinjer slik at det finnes to alternativ ved arrangement av fagmøter: a) Et firma er arrangør og ivaretar både faglig program, sekretariatsfunksjoner og finansiering, og leier inn mot betaling foredragsholdere og møteledere basert på kontrakt med helseforetaket; b) En faggruppe er arrangør og ivaretar både faglig program og sekretariatsfunksjoner selv, men kan ev. motta "educational grants" fortrinnsvis fra flere firmaer. Vi ser at å arrangere slike møter uten industrimedvirkning er en betydelig økonomisk utfordring for de ulike faggrupper. Disse økte utgifter må inn i helseforetakenes budsjetter.

2. Kongress- og møtedeltakelse.

Vedtaket om at industrien kun yter økonomisk dekning til deltakelse i kongresser og møter i utlandet som de selv arrangerer, representerer den store endringen 1.1.12. Alle spesialister og LIS trenger videreutdanning for å bygge opp og videreutvikle sin kompetanse innen fagfeltet. Det er den enkeltes ansvar at så skjer og avdelingsleders ansvar at forholdene legges til rette for det. Men mange avdelinger har vært helt avhengige av at firmaer har betalt kongressutgiftene til store og viktige internasjonale møter av type ASCO, ESMO/ECCO etc. Firmaene har fungert som reisebyrå, og fagfolk fra ulike deler av landet har kunnet reise sammen til både "brede" og "smale" møter, av stor viktighet faglig og sosialt. Dette er nå slutt. Firmaene vil imidlertid fortsatt

arrangere sine egne møter og vil kunne invitere norske onkologer til disse. Det vil være opp til helseforetaket ved avdelingsleder om deltakelse ved et slikt møte innvilges. Vedtaket gir noen utfordringer for avdelingene og for de enkelte:

- Kostnadene ved deltakelse på industriavhengige møter er betydelige og må dekkes inn av avdelingen eller ulike fond. Avdelingens budsjett må økes for å muliggjøre etterutdanningen. For noen avdelinger er dette en svært stor utgiftspost, og vi må helt klart prioritere og fordele kongressdeltakelsen fornuftig. Mekanismer for spredning av ny kunnskap inn i avdelingen blir enda viktigere når færre kan reise. Arrangement av nasjonale møter etter de store kongressene ("post-ASCO-møte") blir viktige.
- Praktisk arrangement av reiser og opphold ("reisebyråfunksjonen") kan være en betydelig utfordring. Her må vi finne løsninger for slike funksjoner innad i sykehuset eller ved hjelp av en ekstern reisearrangør.

De nye retningslinjer er gode og vi skal forholde oss til dem. Vi trenger sikkert noe tid i sykehusene før vi har fått etablert både budsjetter og praktiske løsninger som håndterer den nye situasjonen. Så må vi samtidig med dette også arbeide for å ivareta og styrke relasjonen til industrien vedrørende forskningssamarbeid for utvikling av ny behandling.

Onkologisk fagdag med siste nytt fra ASCO 2011

3.–7. juni ble det årlige ASCO-møtet (American Society of Clinical Oncology) avholdt i Chicago.



Ved Ellinor Haukland, Lege i spesialisering
Kreftavdelingen Oslo universitetssykehus
- Radiumhospitalet

For dem som ikke var så heldige å få oppleve Chicagos fantastiske Lake Michigan og de siste oppdateringene innen onkologien, inviterte Norsk onkologisk forening og Oslo Cancer Cluster til onkologisk fagdag på Radisson Blue Plaza i Oslo den 15. juni.

Formålet med denne nasjonale fagdagen var å legge frem oppsummert ny viten og data innen onkologien, presentert av leger som hadde deltatt på kongressen. Omtrent 65 onkologer fra hele landet deltok på møtet, som ga en særdeles god oppsummering innen fagfeltene brystkreft, lungekreft, urologisk kreft og gastrointestinal kreft og sist men ikke minst, kanskje årets store nyhet innen onkologien med nye behandlingsmuligheter innen metastatisk malignt melanom.

Brystkreft

Hans Petter Eikesdal, kreftavdelingen ved Haukeland universitetssykehus, presenterte nye data innen brystkreft de siste 6 md. basert på ASCO-møtet, San Antonio Breast Cancer Symposium i desember 2010 og St. Gallen International Breast Cancer Conference tidligere på våren. Det kom ingen nye revolusjonerende nyheter på ASCO i år, men samlede data fra alle disse kongressene medfører sakte med sikkert avklaringer og små endringer innen brystkreftbehandlingen. Brystkreft er etter hvert blitt et så komplisert og omfattende fagområde, at det alltid er nyttig med oppsummering av nye forskningsdata og avklaringer angående behandling.

Lungekreft

Odd Terje Brustugen, overlege dr.med. fra Radiumhospitalet-OUS oppsummerte nytt innen lungekreftbehandling, som i år omfattet flere oppløftende studier innen påvisning av biomarkører, prognostiske faktorer og mulig framtidig behandling med tyrosinkinase-hemmere ved metastatisk ikke-småcellet lungekreft.

Gastrointestinalkreft

Det var ikke de helt store nyhetene som ble presentert innen gastrointestinal kreft på ASCO i år. Anne Hansen Ree, professor dr.med. fra Akershus universitetssykehus presenterte hovedtrekkene innen postoperativ adjuvant behandling av cancer coli, preoperativ behandling av cancer recti, nyheter innen behandling av metastatisk kolorektal cancer og til slutt perioperativ behandling av ventrikkeltkreft.

Urologisk kreft

Daniel Heinrich, overlege ved Akershus universitetssykehus, oppsummerte utviklingen innen nyre- og prostatakreft. Utviklingen innen behandling av nyrekreft har de senere årene vært veldig spennende, men mange nye medikamenter. Det nye medikamentet på trappene nå er axitinib, men de fleste studier presentert på ASCO omhandlet hvordan vi mest riktig og effektivt kan benytte de allerede tilgjengelige medikamentene.

Innen prostatakreft har de siste års fremskritt særlig vært innen behandling av kastrasjonsresistent kreft med nye medikamenter som abiraterone og cabazitaxel. I tillegg må det nevnes at Bayer og Algeta under ASCO annonserte positive resultater av alfaradin-studien med 2,8 måneder forlenget overlevelse hos dem som fikk behandling med bensøkende radioisotop.

“Late breaking news” – malignt melanom

Vi har lenge ventet på oppløftende data for behandling av malignt melanom, og på årets ASCO-møte kom det endelig! Nye studier på vemurafenib og ipilimumab var å regne som de største attraksjonene. Onkolog Marta Nyakas, Radiumhospitalet – OUS, presenterte data fra disse studiene på metastatisk malignt melanom, som viser varighet av respons mellom 15–19 måneder avhengig av medikament. I tillegg har enkelte pasienter betydelig lengre respons på over 40 måneder. Disse data gir håp om at man nå har funnet en ny ret-

ning innen behandling av metastatisk malignt melanom, og i fremtiden kanskje også adjuvant behandling.

Nasjonalt oppsummeringsmøte viktig

Som de fleste sikkert vet har legemiddelindustrien vedtatt nye retningslinjer fra 2012 som innebærer at de ikke lenger kan sponse legers deltakelse på uavhengige kongresser eller gi reisestipend. Dette ansvaret for faglig oppdatering og økonomiske utgiftene er overført helseforetakene. Med den økonomiske situasjon slik den er i dag, er det vel med rette å tro at det i fremtiden dessverre vil være

færre leger som får anledningen til å delta på internasjonale konferanser. Dette gjør at nasjonale fagdager, som denne i regi av Norsk onkologisk forening og Oslo Cancer Cluster blir enda viktigere, for å videreformidle ny viten og holde norske onkologer oppdatert innen sitt fagfelt. Kvaliteten på innleggene var særdeles bra og oversiktlige. For en generell onkolog, som fant ASCO ganske overveldende og stort, hvor det kan være vanskelig å få med seg det mest aktuelle, var et møte som dette av stor faglig nytte; som absolutt kan anbefales alle onkologer til neste år.

Konferanse

Trondheim samler det internasjonale palliative forskningsmiljøet

For syvende gang samles verdens ledende forskere innen lindrende behandling til kongress, denne gang i Trondheim 7.-9. juni 2012.

Den europeiske organisasjonen European Association for Palliative Care (EAPC) arrangerer kongressen, i samarbeid med NTNU og St. Olavs Hospital i Trondheim.

I plenum vil følgende foredrag bli holdt:

- Irene Higginson, professor, King's College, London “Dying at home – is it better: what have we learned and where are we going?”
- Eduardo Bruera, professor, University of Texas “The development of a research field over 25 years: Most important findings and their impact”

- Gary Rodin, professor, University of Toronto “Research on psychological and social factors in palliative care: Contributions, controversies and impact on the field”

Det palliative miljøet ved NTNU og St. Olavs Hospital med professor Stein Kaasa i spissen, har vært en viktig drivkraft for å få EAPC sin forskningskongress, til Trondheim for andre gang.

- Personer fra mange profesjoner arbeider til daglig både i klinikk og forskning innen palliasjon. Forskningsmiljøet er et godt eksempel på samarbeid mellom klinikere og basalforskere og mellom ulike forskningsmiljø lokalt, nasjonalt og inter-

nasjonalt, sier Kaasa, som er leder for forskningsnettverkene EAPC Research

Network og European Palliative Care Research Centre (PRC), i tillegg til å være klinikkssjef for Kreftklinikken ved St. Olavs Hospital.

Totalt forventes omkring 1400 deltakere fra cirka 40 land til Trondheim i juni neste år. Kongressen vil være den viktigste møteplassen for alle involverte i palliativ forskning i 2012.

All informasjon finnes på www.eapcnet.eu/research2012.



Annonce

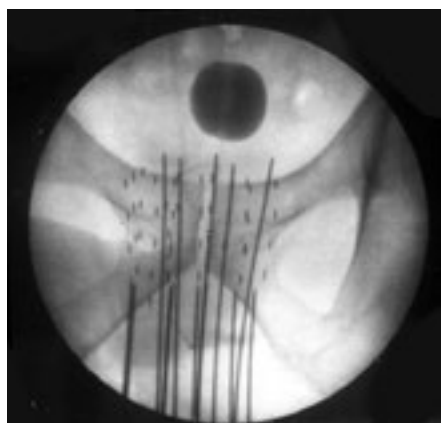
Annonce

Lavdoserate brachyterapi (LDRBT) i behandling av prostatakreft

Den komplette versjonen av denne rapporten som foreslår en Norsk prospektiv fase II -observasjonsstudie, ble sendt inn til Forskningsrådet i juli i år. Prosjektgruppen har ennå ikke fått tilbakemelding fra Forskningsrådet.

Dag Clement Johannessen (1),
Wolfgang Lilleby (1), Karol Axcróna (2),
Rene van Helvoirt (3), Christoph Müller (3),
Hans Thorvild Thomassen (4), Taran
Paulsen Hellebust (5), Bea Jutemark Kvam
(6) og Jørn E. Jacobsen (7)

- 1) Onkolog, Kreft- og kirurgiklinikken, Oslo universitetssykehus
- 2) Urolog Kreft- og kirurgiklinikken, Oslo universitetssykehus
- 3) Onkolog, Senter for kreftbehandling, Sørlandet sykehus Kristiansand
- 4) Urolog Kirurgisk avdeling, Sørlandet sykehus Kristiansand
- 5) Medisinsk fysiker, Radiumhospitalet, Oslo universitetssykehus
- 6) Medisinsk fysiker, Senter for kreftbehandling, Sørlandet sykehus Kristiansand
- 7) Helseøkonom, Strategidirektør Sykehuset i Vestfold HF



Sammendrag

Prostatakreft (CaP) er den vanligst forekommende kreftsykdom hos menn i Norge. Intern strålebehandling kan enten gies som permanent seedsimplantasjon: lavdoserate-brachyterapi (LDRBT), eller midlertidig plasserte kilder: høydoserate-brachyterapi (HDRBT). Denne rapporten omhandler LDRBT.

LDRBT er mangeårig veletablert behandling i utlandet for pasienter med god prognose, i Norge mangler dette tilbudet.

Utifra foreliggende tilgjengelig litteratur på dette feltet synes brachyterapi som en sikker, veletablert og rask behandling for pasienter i lavrisikogruppen med CaP. Bivirkningene er akseptable, og behandlingsresultatene skiller seg ikke fra de etablerte kurative behandlingstilbud som er i bruk her i landet. Metoden bør etableres som et alternativ til etablerte behandlingstilbud.

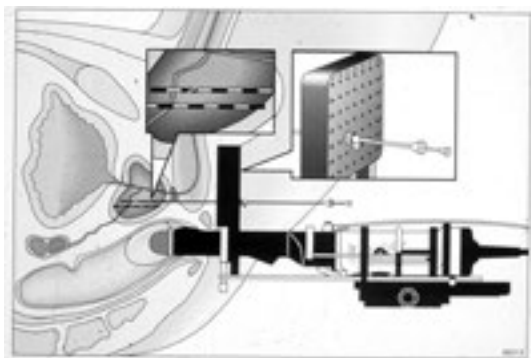
Pasienter aktuelle for denne behandlingen er menn med CaP i lavrisikogruppen <T2a, Gleason score <7, PSA < 10. MR-undersøkelse av prostata skal foreligge. Biopsi: ingen perineural vekst og tumor skal ikke omfatte mer enn 50 % av biopsiene. Alder >50 år

< 75 år eller minimum 10 års forventet overlevelse. Det brukes radioaktive jod-seeds: jod 125.

Rapporten foreslår etablering av LDRBT i Norge gjennom en Fase II-observasjonsstudie og det er skissert tre prosjekter som skal beskrive livskvalitet og bivirkninger og kost/nytte-vurdering ved LDRBT relatert til andre behandlingsformer for denne pasientgruppen.

Innledning

Norge er det eneste land i Nord-Europa som ikke tilbyr LDRBT til prostatakreftpasienter. Ved Sørlandet sykehus og Oslo universitetssykehus er det tverrfaglig interesse for å utrede muligheten for etablering av metoden også i Norge. Utredning med eventuell etablering og oppstart vil bli gjort som et felles prosjekt mellom de to helseforetakene. Det ble oppnevnt en gruppe bestående av en urolog, to onkologer og en medisinsk fysiker fra hver institusjon i tillegg til en helseøkonom fra Sykehuset i Vestfold med mandat å utrede etableringen av metoden i Helse Sør-Øst.



Over: Oppsett for brachyterapi med perineal template og transrektal ultralyd.

Høyre: Manuell transperineal lading av I-125 strands



Bakgrunn

Prostatakreft (CaP) er den vanligst forekommende kreftsykdom hos menn i Norge. I 2009 fikk 4360 norske menn diagnosen. Sannsynligvis kan en tredjedel av disse behandles med kurativt siktemål. Sykdommen utvikler seg langsomt i mange tilfeller og hos pasienter med lav risiko for spredning såkalt "lavrisikogruppe", anbefaler norske medisinske fagmiljøer aktiv overvåking som alternativ til aktiv behandling (Nasjonalt handlingsprogram for prostatakreft, SHDir 2009). Kirurgi og strålebehandling er de to grunnleggende behandlingsmetoder som anses å ha kurativt potensiale for pasienter med lokalisert CaP. Strålebehandling kan enten gies som utvendig (ekstern) strålebehandling, eller som innvendig (intern) strålebehandling med "seeds" (radioaktive korn), som enten plasseres permanent i prostata; lavdoserate-brachyterapi (LDRBT), eller temporært; høydoserate-brachyterapi (HDRBT). Denne rapporten omhandler LDRBT.

LDRBT tilbys i de fleste europeiske land og i Nord-Amerika. Metoden har vært brukt i 20–30 år med gradvis forbedring av presisjon og

reduksjon av bivirkninger. Fordelen med behandlingen er i hovedtrekk at den er rask å gjennomføre, (én dags behandling, mot 5–8 uker ved ekstern strålebehandling). Det blir dessuten mindre stråledosedose til omliggende strukturer i bekkenet. Ulempen er at pasienten må i narkose og bivirkninger fra urinveier kan i noen tilfeller være mere fremtredende enn ved ekstern behandling.

Teknisk utvikling

Selvom det ble gitt brachyterapi (brachy = nær) mot prostata allerede på begynnelsen av 1900-tallet, har metoden utviklet seg i betydelig grad, spesielt de siste tjue-tredve årene. Behandlingsindikasjonen som tidligere var palliativ blir nå vurdert til å være kurativ. Idag gjøres seeds-implantasjon med hjelp av transrektal ultralyd (TRUS), eventuell med bildefusjonering (MR) i narkose. Ved LDR implanteres de radioaktive kildene (oftest jod (I)-125) permanent i prostata.

I-125 har en halveringstid på 60 dager, energi 27 KeV, doserate 7 cGy per time og vil deponere praktisk talt all sin stråleenergi i prostata i løpet av 18 måneder. Fra 90-tallet brukes

oftest en afterloadingsmetode, ultralyd med stepper og seeds i tråder (Rapid strands). Frittliggende seeds kan også deponere enkeltvis fra et reservoar på implantasjonsapparatet.

Metoden har blitt kontinuerlig videreutviklet i mange år. Dette har ført til målbare resultater: teknikken gir bedre målstyring av stråledosen og betydelig redusert dosebidrag på omkringliggende friskt vev. Data-utstyr for inntegning av målvolument og risikoorganer, doseplanlegging og dosimetri har forbedret presisjon av implantatene og gitt økt kontroll av stråledosen.

Tumorkontroll

Randomiserte studier som sammenligner LDRBT med andre radikale behandlingsmodaliteter mangler. Systematiske vurderinger av tilgjengelig litteratur har konkludert med samme effektivitet i behandlingen vurdert ut i fra biokjemisk residivfri overlevelse for alle radikale behandlingsmodaliteter ved lavrisiko cancer prostata. (NICE Guidelines 2008, EAU Guidelines 2010). NICE vurderer LDRBT som en etablert behandling med resultater på linje med ekstern strålebehandling eller

kirurgi for selekterte pasienter (NICE interventional Procedure Guidance 132, issued July 2005, NICE Guidelines 2008). En tilsvarende konklusjon finnes i en norsk rapport fra Senter for Medisinsk Metodevurdering (SMM-Rapport 02-02, Brakyterapi ved prostatakrefte, 2002). I EAU guidelines 2010 anbefales metoden for pasienter med prostatakrefte i lavrisikogruppen (EAU Guidelines 2010). Data-grunnlag bedømmes som level 2b evidens av EAU.

Imidlertid har nylig publisert retrospektiv studie blant 729 lavrisiko prostatacancer-pasienter, vist at 7-års biokjemisk tumorkontroll ved LDRBT var overlegen høydose EBRT (Zelevsky et al 2011). Dette er spesielt interessant da standard dose i Norge for lavriskopasienter ved EBRT er 70–74 Gy, og selv om doseskalering har vist en tendens til bedret biokjemiskfri overlevelse er ikke dosekalering standard behandling i denne pasientgruppen hos oss. I beste fall kan altså LDRBT bety en terapigevinst fremfor EBRT for pas med CaP i lavriskogruppen. Dette er foreløpig usikkert og oppfølgningstiden i denne studien er relativ kort.

Som det framgår av Crook og medarbeideres publikasjon i JCO 2011 er det usannsynlig at randomiserte fase III-studier, LDR-brachyterapi vs. kirurgi, lar seg gjennomføre.

Bivirkningsprofil

Alle tre terapitilbudene for CaP pasienter i Norge (observasjon, operasjon og ekstern stråle-

Lavdose brachyterapi bør innføres som tilbud til lavrisikogruppen

behandling) vil være beheftet med bivirkninger. Aktiv behandling gir kortvarige og langvarige bivirkninger som varierer i varighet og grad og med behandlingsmodalitet, mens ikke aktiv behandling, altså observasjon, kan i enkelte tilfeller være en stor psykisk belastning. Ved vurdering av terapivalg hos denne gruppen pasienter med relativt god prognose og hvor sykdommen hos enkelte aldri utvikler seg til å bli klinisk signifikant, må bivirkninger av behandling og livskvalitet hos pasienten være sentrale elementer.

Det er rapportert hyppige akutte bivirkninger etter LDRBT. Disse vil ofte være av moderat karakter og forbigående. Hyppigst forekommende fra urinveier, men senbivirkninger fra tarm rapporteres hos en liten del av pasientene. Det er en stor spredning i dataene: for eksempel urinretensjon 1,5 til 22 %, post-implantat transurethral reseksjon av prostata (TURP) opp til 8,7 %, inkontinens 0–19 %, kroniske urinsymptomer i opptil 20 % av pasientene og erektil dysfunksjon opp til 40 %. Imidlertid har nyere studier vist at frekvens av bivirkninger fra urin, tarm og erektil dysfunksjon er synkende sammenlignet med tidligere og dessuten relatert til pasientens alder. (Chen et al 2006) Forutgående TURP er vist å øke

risikoen for post-implantat-inkontinens og urinveisymptomer.

Anderson et al rapporterte i 2009 akutte og langtidsbivirkninger for 351 påfølgende CaP-pasienter behandlet med LDRBT. (Registreringsverktøy: Expanded Prostate Cancer Hovedsiden Composite ved 1, 4, 8 og 12 måneder, for senbivirkninger: modifisert Radiation Therapy Oncology Group skala.) Man kunne vise at bivirkninger var vanlige men forbigående, langtidsbivirkninger var sjeldne. Alle akutte bivirkninger var normalisert etter 8 md. Kumulativ risiko for senbivirkninger etter 5 år: grad 1–4: hhv. 8,6 %, 6,5 %, 1,7 %, 0,5 %. Vanligste grad 2-bivirkninger var sen urinavgang, uretrastriktur (4 pasienter), inkontinens med daglig innlegg (3 pasienter), og intermitterende hematuri (3 pasienter). Grad 3: urinretensjon med behov for selvkateterisering (2 pasienter) og alvorlig frekvens med dysuri (2 pasienter). Den eneste grad 4 hendelsen var alvorlig hemorragisk cystitt.

Sammenlignende studier med ekstern strålebehandling

Langtidstoksitet og tid til biokjemisk residiv (PSA > 2 nmol/L) ble undersøkt i 729 pasienter i en retrospektiv studie publisert ved Zelevsky et al 2011. Totalt 448 påfølgende pasienter

fikk LDRBT (Jod125, dose 144 Gy) mens 281 fikk EBRT (IMRT, dose 81 Gy). Ved 7-års oppfølging var grad av biokjemisk residiv henholdsvis 5 % og 11 % ($p < 0,004$).

Grad 2 gastrointestinale senbivirkninger (National Cancer Institute's CTC for Adverse Events) ble observert i henholdsvis 5,1 % og 1,4 % av LDRBT og EBRT gruppe, ($p < 0,02$).

Grad >3 rektale senbivirkninger var lik for begge grupper LDRBT 1,1 % og EBRT 0 %, ($p < 0,19$).

Grad 2 urin senbivirkninger forekom oftere ved LDRBT gruppen enn ved EBRT-gruppen (15,6 % og 4,3 %, henholdsvis; $P < 0,0001$).

Grad >3 senbivirkninger fra urinveiene var lik for begge grupper LDRBT 2,2 % og EBRT 1,4 %, ($p < 0,62$).

Seleksjonskriterier og pasientgrunnlag

Aktuelle pasienter for denne behandlingen er menn med prostatakreft med lav risiko for spredning av sykdom. I nasjonalt handlingsprogram er denne gruppen definert som pasienter $\leq T2a$, Gleason score < 7 , PSA < 10 . Det skal ikke være perineural vekst og tumor skal ikke omfatte mere enn 50 % av biopsiene. Prostatas volum skal ikke overskride 50 ccm, hvis det foreligger større prostata, kan man benytte hormonbehandling i form LHRH-analog neoadjuvant i tre md. for å redusere volumet.

Nedre aldersgrense er 50 år øvre aldersgrense er 75 år eller minimum 10 års forventet overlevelse. Det vil bli benyttet jod 125 med dose D90 145Gy. Pasientene skal kunne tilbys denne behandlingen uavhengig av bostedsadresse.

I 2007 gjennomførte den Europeiske stråleterapiorganisasjonen ESTRO en undersøkelse for å kartlegge brachyterapivirkningsomheten i Europa [Guedea et al RO 2010]. Denne undersøkelsen viser at de fleste vesteuropeiske land har et tilbud om LDR-seed brachyterapi for prostatacancer-pasienter. Norge er det eneste land i Nord-Europa som ikke tilbyr denne behandlingsmetoden. Antall pasienter varierer en del fra land til land. I Nederland (ca. 16 mill. innbyggere) og Belgia (ca. 11 mill. innbyggere) ble det behandlet henholdsvis 994 og 725 pasienter [personlig kommunikasjon]. I Italia derimot ble det behandlet et betydelig mindre antall pasienter i forhold til antall innbygger (335 pasienter, ca. 60 mill. innbyggere). I Sverige (ca. 9 mill. innbyggere) og Finland (ca. 5 mill. innbyggere) ble det i 2007 behandlet henholdsvis 126 og 109 pasienter med LDR-seeds brachyterapi. Antall pasienter for brachyterapibehandling pr år estimeres til 80 første år og 100 i de første kommende årene. antallet er vanskelig å fastslå da det vil være avhengig av flere faktorer.

Vurdering av muligheter for oppstart av LDRBT i HSØ

Ut i fra foreliggende tilgjengelig litteratur på dette feltet synes brachyterapi som en sikker, veletablert og rask

behandling for pasienter i lavrisikogruppen med CaP. Bivirkningene er akseptable, og behandlingsresultatene skiller seg ikke fra de etablerte kurative behandlingstilbud som er i bruk her i landet. Metoden bør etableres som et alternativ til etablerte behandlingstilbud og anbefales startet opp som en fase II-studie.

En prospektiv fase II-observasjonsstudie med fokus på bivirkninger, livskvalitet og helseøkonomi ansees som gjennomførbar ved Radiumhospitalet og Sørlandet sentralsykehus Kristiansand. Det vil også være ønskelig å undersøke om nye biomarkører vil kunne bidra til å bedre utvelgesen av pasienter som er aktuell for behandling.

Det legges til grunn at pasientene får samme gode diagnostiske utredning før behandlingsvalg som ved kirurgisk behandling, dvs MR med best tilgjengelig teknikk. (Siden PET foreløpig ikke er standard metode, vil den undersøkelsen foreløpig ikke være aktuell). Videre legger vi til grunn at pasientene på bakgrunn av skriftlig og muntlig informasjon om behandlingstilbudene får anledning til å foreta et valg av behandling. Der hvor pasientene har behov for å diskutere behandling med onkolog, skal de snarest henvises til onkologisk avdeling. Vi anser det for nødvendig at pasientene følges opp over lang tid, med regelmessige kontroller opp til 15 år for å skaffe langtidsdata om bivirkninger og effekt av behandlingen.

Nye behandlingsmuligheter ved metastaserende malignt melanom

Av Marta Nyakas, overlege, Utprøvningsenheten, OUS-Radiumhospitalet



I over 30 år har det blitt prøvd ut utallige behandlingsregimer mot metastatisk malignt melanom for å prøve å øke overlevelsen, alt fra en rekke cellegifter, "targeted therapies", forskjellige former for immunterapi og til dels svært toksiske kombinasjoner av disse uten at dette har forbedret overlevelsen.^{1,2} DTIC (dakarbazine) har blitt stående som "standardterapi". De siste årene har det kommet spennende alternativer på banen og på ASCO 2010 ble den aller første behandlingssstudien som har kunnet vise en gevinst i total overlevelse presentert.

Immunterapi

Yervoy® (ipilimumab) er et humant monoklonalt antistoff mot CTLA4 som nedregulerer T-celle-aktivering.

CTLA4 kan forhindre T-cellers effekt på tumorceller. Yervoy® potencierer derimot T-celle-aktivering. Flere tidligfasestudier med Yervoy® viste lovende effekt på metastaserende malignt melanom. Monoterapi så ut til å gi 20–30 % sykdomskontroll og øke 2-års overlevelsen.^{3,4} Bivirkninger var autoimmunsykdommer hvor kolitt, hypofysitt, hepatitt og dermatitt var vanligst. Disse krevde tett oppfølging og rask behandling med steroider.

På ASCO 2010 ble resultatet av en 3-armet studie presentert, hvor det ble gitt Yervoy® og Gp100-vaksine i monoterapi og i den siste armen en kombinasjon av disse.⁵ Inkluderte pasienter hadde inoperabelt stadium III/IV-melanom som hadde fått systemisk behandling tidligere. De fikk behandling enten med Yervoy® 3 mg/kg hver 3. uke x 4 (n=137), eller Gp100-vaksine 1 mg hver 3. uke x 4 + placebo (n=136) eller Yervoy® 3 mg/kg + Gp 100-vaksine 1 mg hver 3. uke x 4 (n=403). Gp 100-vaksine ble valgt på grunn av resultatene fra en tidligere studie i kombinasjon med IL-2 og så ut til å gi en gunstig tilleggseffekt (ASCO 2009).

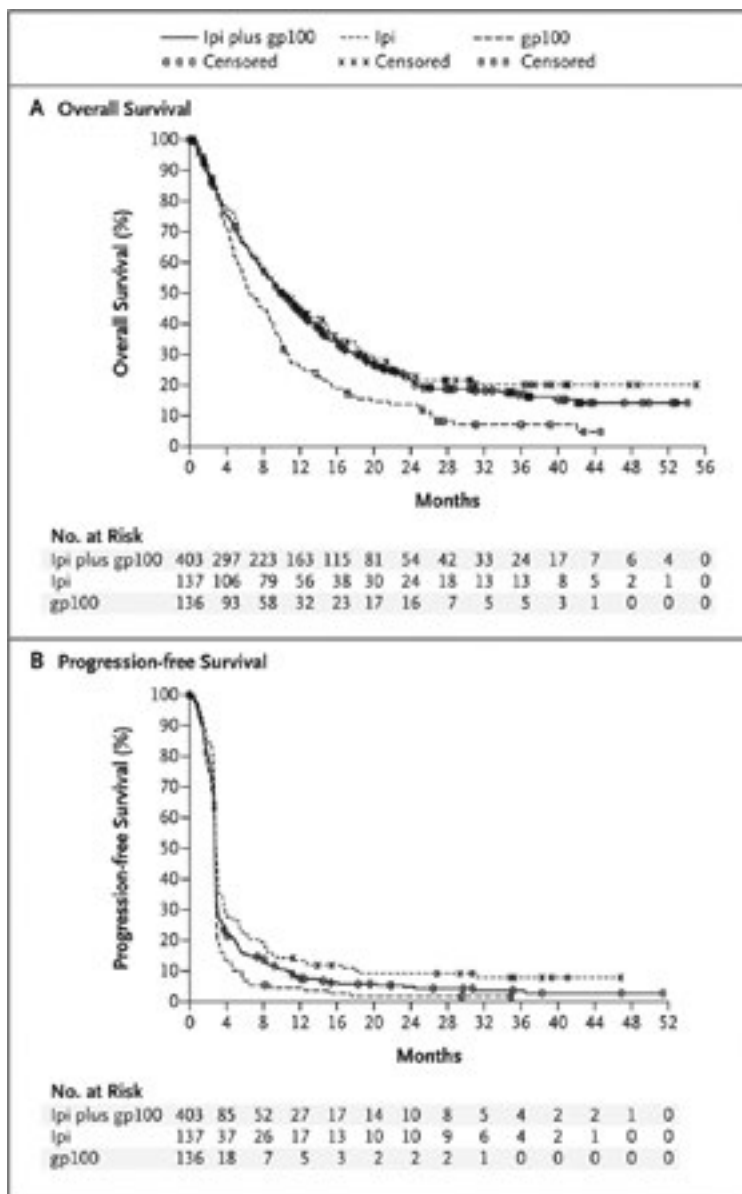
Primær endepunktet var å se på overlevelse i de forskjellige behandlingsarmene. Sekundært endepunkt var å

se på beste responsrate (best overall responsrate (BORR)), sykdomskontroll (disease control = SD+PR+CR) ved 24 uker, og progresjonsfri overlevelse samt toksisitetsdata. Man fant signifikante forskjeller i både primært og sekundært endepunkt i de forskjellige armene. Yervoy® alene eller i kombinasjon med Gp 100 viste en signifikant bedre overlevelse sammenlignet med Gp 100 alene. Bivirkningene ved Yervoy® er autoimmune sykdommer, hvor autoimmune kolitt er vanligst med nesten 30 % av bivirkningene, grad 3/4 bivirkningene utgjorde 10–13 % og var håndterbare.

Nytt mønster på tumorrespons

Pasienter som hadde oppnådd stabil sykdom (SD), partiell (PR) eller komplett respons (CR) fikk ved progresjon ytterligere 1–3 kurer. 32 pasienter (8 Yervoy® og 23 med kombinasjonsbehandling og 1 med Gp100-vaksine) fikk gjenopptatt behandlingen. Mange av pasientene som fikk Yervoy® på nytt så ut til å få ny effekt. Man ser et nytt mønster ved tumorrespons ved denne typen immunterapi. En kan se vanlig tumorrespons, men det kan også være stabil eller progredierende sykdom før det kommer partiell eller komplett respons. Effekt kan også ses som forlenget stabil sykdom eller som veldig langsomt utviklende sykdom

Overlevelse	Yervoy® + Gp 100 (n=403)	Yervoy® + placebo (n=137)	Gp100 + placebo (n=136)
1 år	44 %	46 %	25 %
2 år	22 %	24 %	14 %



Figur 1. Kaplan-Meier kurver for Overall Survival og Progression-free Survival. Fra F. Stephen Hodi et al. N Engl J Med 2010; 363:711-723 August 19, 2010

som varierer på evaluering mellom progredierende sykdom og stabil sykdom. Noen pasienter kan ha effekt over svært lang tid (år).

På grunnlag av denne studien har FDA (U.S. Food and Drug Administration) godkjent medikamentet for behandling av metastaserende malignt melanom i mars 2011 og EMA

(European Medicines Agency) godkjenning kom i juli 2011. Yervoy® var tilgjengelig som "compassionate use" på enkelte sykehus i Norge frem til godkjenning fra SLV kom 15. september 2011. Problemet nå er at medikamentet er på markedet men det er så kostbart at sykehusene ikke har råd til å bruke det uten ekstra bevilgninger. Behandlingen som består av 4 kurer

koster ca 800 000 – 1000 000 kroner (avhengig av vekt/dose). Medikamentet skal opp til vurdering i Nasjonalt råd 05.12.11.

Resultatene på CA 184-024-studien ble presentert på ASCO 2011 i Chicago. Dette er en dobbeltblind randomisert fase III-studie med DTIC + Yervoy® og DTIC + placebo (7). Inkluderte pasienter hadde metastaserende melanom som ikke hadde fått systemisk behandling tidligere. De fikk behandling med enten Yervoy® 10mg/kg hver 3. uke 4 kurer deretter vedlikeholdsbehandling med Yervoy® 10mg/kg hver 12. uke hvis de hadde effekt av induksjonsbehandlingen. I tillegg fikk denne gruppen samtidig DTIC (Dacabazine) 850mg/m² hver 3. uke 8 kurer (n=250). Den andre gruppen fikk Placebo i stedet for Yervoy® og DTIC på samme måte (n=252).

Primær endepunktet var overlevelse (endret fra progresjonsfri overlevelse). Det var ikke tatt hensyn til Braf-status, LD-nivå eller HLA-status.

Studien viste signifikant økt overlevelse med Yervoy® +DTIC enn DTIC alene som 1.linjes behandling. Noen pasienter hadde vedvarende god respons opp mot 4 år. Bivikninger var tilsvarende som kjent fra tidligere studier med Yervoy®, utenom økning i transaminaser/ levertoksisitet og mindre grad av diare/kolitt. En hadde ingen dødsfall relatert til medikamentet. Men det bemerkes at 37 % av Yervoy® +DTIC-armen og 65 % av placebo +DTIC-armen fullførte 4 induksjonskurer.

Det er fremdeles flere ting som må avklares med videre bruk av medika-

Malignt melanom

	IPI+DTIC N=250	DTIC N=252	
OS, rate,% estimert			
1 år	47.3	36.3	
2 år	28.5	17.9	
3 år	20.8	12.2	
Overlevelse, med,md	11.2	9.1	HR=0.72;p=0.0009
Progresjonsfri overlevelse, med, md	2.8	2.6	HR=0.76;p=0.006
Varighet respons, md	19.3	8.1	

mentet. Hvilket regime skal brukes? Vedlikeholdsbehandling? Kombinasjon med DTIC? Har DTIC egentlig noe tilleggseffekt? Tidligere fase II-studier har vist at dosering med 10 mg/kg muligens kan ha bedre effekt enn 3 mg/kg. Studie som randomiserer mellom disse doseringene kommer til våren. Bør Yervoy® kombineres med Braf- eller MEK-hemmere? Tremelimumab er et annet antiCTLA4-medikament, men videre studier med dette medikamentet er utsatt.

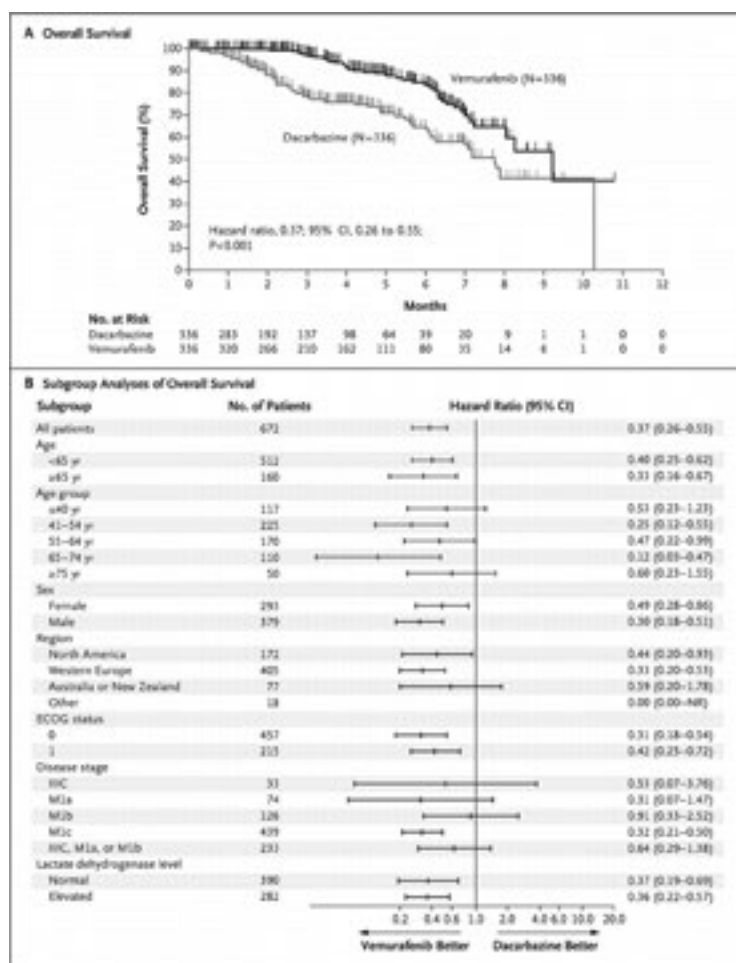
"Targeted therapies"

Andre spennende muligheter er behandling av pasienter som har BRAF V600-mutasjon. Oppdagelsen av mutasjon i genet som koder for serine-threonine protein kinase B-raf (BRAF) hos mange melanomer ga en mulighet for "targeted therapy". Studier har vist at BRAF er mutert i ca 50 % av tilfellene med malignt melanom. På ASCO 2009 ble preliminare data fra en studie (BRIM1) med selektiv BRAF-hemmer PLX4032 (RG7204) presentert og virket veldig lovende. Medikamentet fikk navnet Vemurafenib men salgsnavnet blir Zelboraf®. Studien ble presentert i New England Journal of Medicine av Flaherty et al. august 2010.⁶ Fase I-studien så på effekten av PLX4032 i eskalerende doser, deretter gikk man

over i en ekstensjonsfase med den dosen som var maksimalt tolererbar. PLX4032 er en selektiv BRAF-hemmer i tablettform og pasienter fikk medikamentet to ganger daglig inntil

progresjon. Det ble gjort farmakokinetikk og vurdering av tumorrespons.

55 pasienter ble inkludert (49 med melanom) i doseeskaleringsdelen, og i tillegg ble 32 pasienter med metastatisk malignt melanom og BRAF V600-mutasjon inkludert i ekstensjonsfasen av studien (fase II). Anbefalt dose i fase II-delen var 960 mg X 2 po. Mest vanlige bivirkninger var grad 2-3-utslett, fatigue, artralgi, fotosensitivitet og plateepitel carcinom (keratoakantom). I doseeskalerende kohort hadde 16 av pasientene malignt melanom med BRAF V600E-mutasjon, og som fikk 240 mg eller mer x 2 daglig, 10 PR (partiell respons), 1 CR



Figur 2. Overall Survival. Fra Paul B. Chapman et al N Engl J Med 2011; 364:2507-2516 Juni 30, 2011

(complete respons). Av 32 pasienter i ekstensjonskohorten hadde 24 PR og 2 CR. Estimert progresjonsfri overlevelse (PFS, progression free survival) er mer enn 7 måneder. Totalt 81 % av pasientene hadde respons. Dette er en fantastisk responsrate for metastatisk malignt melanom.

BRIM2-studien etterfulgte BRIM1-studien og resultater ble presentert på SMR 2010-7th international melanoma research congress i Sydney av Sosman JA november 2010. BRIM2 var en global singel-armet, multisenter, åpen fase II-studie som inkluderte 132 pasienter som hadde fått tidligere behandling og som hadde BRAF V600-positivt malignt melanom. Primær-endepunkt i studien var responsrate (OS, overall responsrate). Studien viste at tumor krympt hos 52 % av de som fikk behandlingen, og de hadde median 6,2 måneder uten sykdomsforverring (median PFS). Oppdaterte data på ASCO 2011 i Chicago viser responsrate (OR) på 53 %. Median progresjonsfri overlevelse (median PFS) er 6.7 måneder og PFS på 6 måneder er 54 %. Median overlevelse er ikke nådd. Overlevelse på 6 måneder er 77 % og på 12 måneder 58 %.

Resultatene på BRIM3-studien som er en global, randomisert, åpen, multisenter fase III-studie med Vemurafenib versus DTIC som første linjes behandling for metastaserende malignt melanom/ ikke operabel lokal-avansert melanom ble presentert på ASCO 2011 (8). Primærendepunktet er overlevelse(OS) og progresjonsfri overlevelse (PFS), og 675 BRAF V600 positive pasienter ble inkludert. Begge primærendepunktene ble oppfylt med signifikant økt overlevelse og pasientene som fikk Vemurafenib levde også

lenger uten forverring av sykdom (PFS) sammenlignet med pasienter som fikk DTIC. Det ble utført som planlagt en interim analyse (da en hadde 50% av dødfall en trengte for slutt analyse). Bekreftet responsrate (RR) var 48.5% for Vemurafenib og 5.5% for DTIC. Blant de 65% av pasientene som kunne evalueres på tidpunktet. Fordelen med Vemurafenib innbefattet alle subgrupper både på OS, PFS og RR. Det ble derfor tillatt å krysse over fra DTIC-kohorten til Vemurafenib. De vanligste bivirkningene var som kjent fra tidligere studier diare, utslett, alopeci, fotosensitivitet, fatigue, atralgi og keratoakantom/ plateepitelkarsinom. Vemurafenib er godkjent av FDA og

godkjenning fra EMA forventes når som helst for BRAF V600-positive pasienter.

Konklusjon

Endelig er det kommet behandling for metastatisk malignt melanom som øker overlevelsen og sykdomsfri periode og behandlingsretningslinjer må skrives om. Det er utfordringer med begge medikamenter. For Yervoy (Ipilimumab) blir det viktig å fange opp komplikasjoner og behandle bivirkninger tidlig. Dette krever samarbeid og samarbeid med andre spesialister. Hva som er optimal dose (3 eller 10 mg/kg) gjenstår å bestemme. For Vemurafenib ser ca 50 % av pasientene ut til å ha tilbakefall av sykdom-

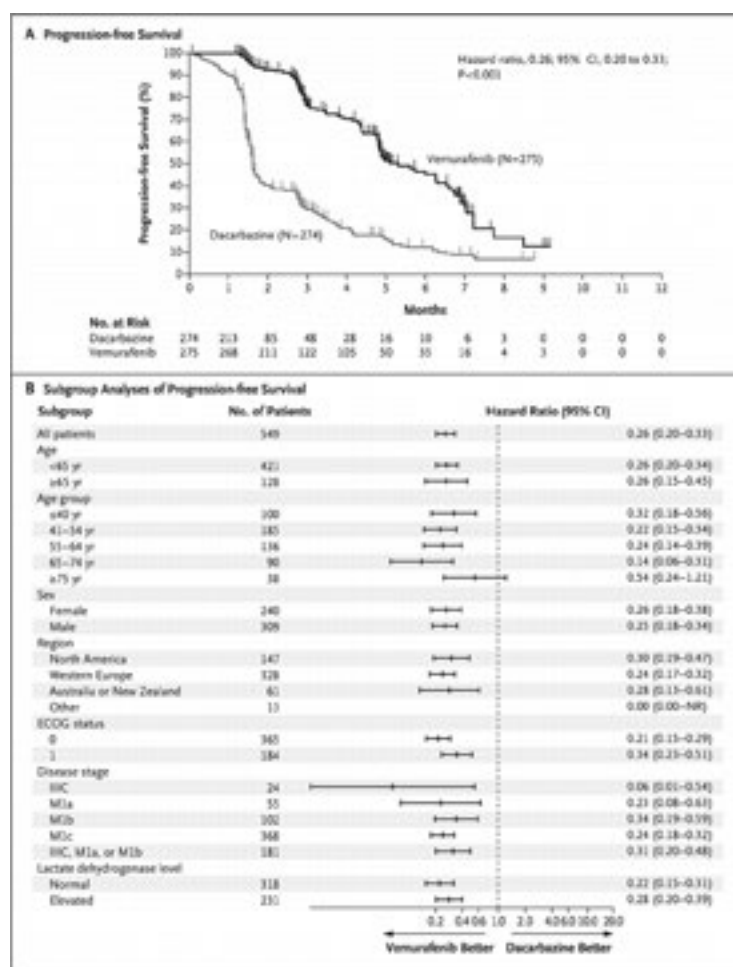


Figure 3. Overall Survival. Fra Paul B. Chapman et al N Engl J Med 2011; 364:2507-2516 Juni 30, 2011

Malignt melanom

men i løpet av 6–8 måneder. Resistensmekanismer er nå under kartlegging. Utvikling av plateepitelkarsinom (keratoakantom) er en utfordring, og pasientene må følges regelmessig av hudlege.

Flere legemiddelfirmaer har både BRAF- og MEK-inhibitorer (hemmer RAS-RAF-ERK signalveien) under utvikling og er i gang med fase II-III-studier. Kombinasjonsmedikamenter med både BRAF- og MEK-inhibitorer i ett er under utvikling, og det er aktuelt med å kombinere Yervoy® og Vemurafenib. Fase I-studier med denne kombinasjonen er i gang i USA. Immunterapi med PD1-hemmere er et annet alternativ.

Andre lovende medikamenter er Glivec® (imatinib) og Tassigna® (nilotinib) for C-kit-muterte melanomer. Det blir spennende å følge utviklingen fremover.

Referanser

1. Agarwala SS. Current systemic therapy for metastatic melanoma, *Expert Rev Anticancer Ther*, 2009 May;9(5):587-95
2. Eggermont AM, et al. Re-evaluating the role of Dacarbazine in metastatic melanoma: What have we learned in 30 years, *Eur J Cancer*, 2004 Aug;40(12):1825-36
3. O'Day SJ, et al. Efficacy and safety of Ipilimumab monotherapy in patients with pretreated advanced melanoma: A multicenter single arm phase II study, *Ann Oncol*, 2010 Aug;21(8):1712-7
4. Wolchok JD, et al. Ipilimumab monotherapy in patients with pretreated advanced melanoma: A randomised, double blind, multicenter, phase II, dose-ranging study, *Lancet Oncol*, 2010 Feb; 11(2):155-64
5. Hodi FS, et al. Improved survival with Ipilimumab in patients with metastatic melanoma, *N Eng J Med*, 2010 Aug 19;363(8):711-23
6. Flaherty KT, et al. Inhibition of mutated activated BRAF in metastatic melanoma, *N Eng J Med*, 2010 Aug 26;363(9):809-19
7. Robert C, et al. Ipilimumab plus Dacarbazine for previously untreated metastatic melanoma, *N Eng J Med*, 2011 Jun 30;364(26):2517-26
8. Chapman PB, et al. Improved survival with vemurafenib in melanoma with BRAF V600E mutation, *N Eng J Med*, 2011 Jun 30;364(26):2507-16

Annonse

Annonce

Randi Værholm er spesialrådgiver/spesialsykepleier i Kreftforeningen og har 19 års erfaring med barn og ungdom som pårørende når foreldre har kreft eller er død av kreft. Hun har forelest og undervist i utstrakt grad om emnet og ledet arbeidet for barn og ungdom som pårørende, som et satsingsområde for Kreftforeningen i 2005–2007. Hun har også deltatt i Rundskrivarbeidet i forhold til lovendringene vedtatt i juni 2009. E-post: randi.varholm@kreftforeningen.no

Lovendringer utvider kreftlegenes ansvar til og å gjelde ivaretagelse av pasientens mindreårige barn



Ved Randi Værholm, spesialrådgiver/
spesialsykepleier, Kreftforeningen

Kreft rammer ikke bare pasienten, men hele familien

Kreftsykdom og dødsfall hos foreldre er en stor belastning for barn og ungdom. Sykdommen medfører ofte en dramatisk endring i livssituasjonen til familien, og barnas hverdag blir ofte preget av engstelse og bekymring. Skolehverdagen til barna kan oppleves vanskelig da mange kan slite med hukommelses- og konsentrasjonsvansker.

Ny forskning

I en fersk forskningsrapport fra dr.philos. Kari Dyregrov, Senter for Krisepsykologi, konkluderes det blant annet med at barna har et stort udekket behov for informasjon om sykdommen og hvordan det skal gå. I tillegg til spørreskjema har en dybdeintervjuet både barna og foreldrene. Barna sier også at de savner mer kommunikasjon i familien om både foreldrenes og egen situasjon. Foreldrene rapporterer at de opplever at barna har et større omsorgsbehov enn de selv makter å gi, og de ønsker mer støtte fra hjelpeapparatet.

Lovendringer

Fra 01.01.2010 har helsepersonell fått en plikt til å bidra til at barn som pårørende til alvorlig syke foreldre, får informasjon og nødvendig oppfølging.

Helsepersonelloven §10 a pålegger alt helsepersonell som yter helsehjelp til alvorlig somatisk syke, som f.eks. har kreft, en plikt til innenfor rammen om taushetsplikt, å bidra til at barn får informasjon og nødvendig oppfølging. Dette gjelder helsepersonell i kommune, helseforetak, privat og offentlig virksomhet.

Helsepersonell har med lovendringen nå fått plikt til å:

- Kartlegge om pasienten har barn
- Samtale med pasienten/forelder om barnas informasjons- og oppfølgingsbehov
- Informere om aktuelle hjelpetiltak
- Tilby (innenfor rammen av taushetsplikt) at barnet og andre omsorgspersoner rundt barnet får en informasjonssamtale
- Be om samtykke for å informere andre (for eksempel helsesøster og lærer) slik at de kan følge opp barna på en god måte

- Dokumentere i journal om pasienten har barn og hvilke tiltak som er satt i gang overfor barna

Helsepersonelloven §25 nytt tredje ledd gir helsepersonell mulighet, med mindre pasienten motsetter seg det, til å gi taushetsbelagte opplysninger til samarbeidende personell for å ivareta behovene til barn som pårørende.

Dersom pasienten har gitt samtykke til at oppfølging av barnet kan skje, kommer §25 nytt tredje ledd til anvendelse. For at barn skal bli fulgt godt opp i hverdagen, er det viktig at helsesøster, og lærer/barnehagepersonell er informert om situasjonen barna befinner seg i. Helsepersonell bør derfor be om samtykke til å informere disse og evt. andre viktige samarbeidende personell.

Virksomhetens ledelse

Det er ikke bare det enkelte helsepersonell som har en plikt. Ledelsen for en helsetjeneste er pålagt å innlemme plikten til å ivareta barn som pårørende i de ansattes arbeidsoppgaver (jfr. Helsepersonelloven §6). Dette skal ledelsen gjøre gjennom å:

Omfang:

Hvert år opplever ca. 2000 foreldre med barn under 18 år å få en kreftdiagnose.

Hvert år opplever ca. 3500 barn og unge under 18 år at en av deres foreldre får en kreftdiagnose.

Ca 34 000 barn og ungdommer under 18 år lever med kreftsykdom hos en av foreldrene.

(Tall fra Kreftregisteret 2010)

- utarbeide rutiner og prosedyrer for hvordan arbeidet med barn som pårørende skal organiseres.
- sørge for at helsepersonellet har/får nødvendig kompetanse og kapasitet for å utføre arbeidet.

Behandlingsansvarlig

Selv om loven forplikter alt helsepersonell som yter helsehjelp til forelderen, vil det være den behandlingsansvarlige som først og fremst har ansvar for at barn som pårørende blir ivaretatt. Det er de som står pasienten nærmest, og som har ansvar for å samordne hjelpen som gis.

Endringer

ENDRING I HELSEPERSONELLOVEN 01.01.2010

§ 10 a Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende

Helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn av pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade kan ha som følge av forelderens tilstand.

Helsepersonell som yter helsehjelp til pasient som nevnt i første ledd, skal søke å avklare om pasienten har mindreårige barn.

Når det er nødvendig for å ivareta barnets behov, skal helsepersonellet blant annet

- a) samtale med pasienten om barnets informasjons- eller oppfølgingsbehov og tilby informasjon og veiledning om aktuelle tiltak. Innenfor rammene av taushetsplikten skal helsepersonellet også tilby barnet og andre som har omsorg for barnet, å ta del i en slik samtale
- b) innhente samtykke til å foreta oppfølging som helsepersonellet anser som hensiktsmessig
- c) bidra til at barnet og personer som har omsorg for barnet, i overensstemmelse med reglene om taushetsplikt, gis informasjon om pasientens sykdomstilstand, behandling og mulighet for samvær. Informasjonen skal gis i en form som er tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger.

§ 25 nytt tredje ledd skal lyde: Med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å ivareta behovene til pasientens barn, jf. helsepersonelloven § 10 a.

ENDRING I SPESIALISTHELSETJENESTELOVEN 01.01.2010

§ 3-7a Om barneansvarlig personell mv.

Helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, skal i nødvendig utstrekning ha barneansvarlig personell med ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige barn av psykisk syke, rusmiddelavhengige og alvorlig somatisk syke eller skadde pasienter.

ENDRING I JOURNALFORSKRIFTENE 01.01.2010

§8 første ledd, bokstav t

Pasientjournal skal inneholde følgende opplysninger dersom de er relevante og nødvendige: Opplysninger om pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade har mindreårige barn

Spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesteloven §3–7a

pålegger spesialisthelsetjenesten å ha barneansvarlig personell i nødvendig utstrekning for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av barn som pårørende.

Dette er en viktig organisatorisk løsning for å styrke den rettslige stillingen til barn som pårørende. Hvor mange som skal involveres og på hvilken måte arbeidet organiseres, er opp til virksomheten. Det viktigste er at arbeidet for og med barna blir gjort, og at de barneansvarlige ser til at arbeidet blir utført på en tilfredsstillende måte.

Barneansvarlige skal:

- Koordinere og sette arbeidet i system i den praktiske hverdag
- Veilede og delta sammen med helsepersonell i konkrete saker
- Fremme barneperspektivet som en integrert del av det helsefremmende arbeidet
- Informere og oppdatere helsepersonell om barn som pårørende
- Sikre god behandlingsflyt på egen avdeling og mellom avdelinger, samt gode samarbeidsrutiner med eksterne samarbeidsinstanser
- Ha oversikt over aktuelle oppfølgings tiltak for barn

For å være avdelingens ressurspersoner når det gjelder barn som pårørende, bør de barneansvarlige ha eller få tilegnet seg kunnskap og kompetanse om:

- Barn og familiers behov ved sykdom, skade og avhengighet
- Gode samtale- og handlingsferdigheter med foreldre og barn
- Aktuelt lovverk relatert til barn, barnevern, taushetsplikt o.a.
- Gjeldende rutiner, prosedyrer og retningslinjer i arbeidet med barn som pårørende
- God systemkunnskap om hjelpeinstanser/aktører for barn og unge, både i spesialisthelsetjenesten og kommunen.

Informere eller skåne

Mange foreldre er usikre på hvordan og hvor mye de skal fortelle barna om sykdommen. Foreldre ønsker å beskytte barna sine mot livets alvor når alvorlig sykdom rammer familien. De vil ikke vekke unødig engstelse hos barna og tenker at en skåner barna ved ikke å snakke om det som er vanskelig. Dermed får ofte barn for lite informasjon om de store endringene som skjer i livet deres. Det vi erfarer, er at barn blir mer usikker når de mangler informasjon, og de må lage sine egne forklaringer på alt det som skjer rundt dem. Samtidig vet vi at barn som mangler kunnskap, kan ha

fantasier som kan være mye verre enn virkeligheten. Barn og ungdom har behov for informasjon om sykdommen og om hvordan den vil innvirke på familiens dagligliv. Informasjon om mors ellers fars sykdom må stå i forhold til deres alder og utvikling. Barn er gode observatører av omgivelsene og konstruerer meninger selv, og de kan gi seg selv skylden for mange av de endringene som skjer. De kan bli dypt såret av å ikke få ta del i viktige ting som angår familien og seg selv. De er avhengig av å kunne stole på det som foreldre forteller.

Informasjon gir barna en opplevelse av å bli tatt på alvor, bli involvert.

Informasjon er hjelp til mestring

God informasjon er et viktig bidrag til at familien og barna mestrer en vanskelig livssituasjon. Mangel på informasjon fører til at barna ofte bekymrer seg for om:

- mor eller far kan dø når som helst
- det er deres skyld
- bivirkninger av behandling er forverring av sykdom
- smitte
- årsak til sykdommen
- arvelighet

Informasjon må gis fra dag en og bør være en kontinuerlig prosess gjennom

hele sykdomsperioden. Helsepersonell må ha et særlig fokus på informasjon til barn ved:

- diagnosestart
- tilbakefall/spredning/forverring av sykdommen
- avslutning av aktiv behandling
- terminal fase

I disse situasjonene er det viktig med god informasjon og kommunikasjon og her må den behandlingsansvarlige sørge for at foreldre får tilbud om støtte og hjelp til å informere barn og ungdom.

Når rutiner kommer på plass og lovendringen blir fulgt opp, er det grunn til å håpe at foreldre som får en kreftdiagnose, får støtte og hjelp til å informere barna, og at barna vil få den nødvendige oppfølging og omsorg de har behov for.

Referanser:

Rapport: Barn og unge som pårørende ved kreft

Dr.philos. Kari Dyregrov og dr.philos.

Atle Dyregrov, Bergen mai 2011

(Kan fåes elektronisk: randi.varholm@kreftforeningen.no)

Rundskriv: Barn som pårørende

Helsedirektoratet IS-5/2010

To på gangen

Vi har spurt to utvalgte kolleger om hva de leser, og om de har bokanbefalinger til Onkonytts lesere.



Dorota Goplen

Overlege ved kreftavdelingen, Haukeland

Dorota leser mye og etter eget utsagn «ikke selektivt». For tiden leser hun *The devil colony* av James Rollins. Her er noen anbefalinger av forfattere hun setter høyt:

Jeg synes at moderne spansk/katalansk litteratur har mye å tilby, selv om noen av forfatterne åpenbart innrømmer at de blir «inspirert» av gamle romaner. La oss begynne med **Arturo Perez-Reverte**, en spansk krigsjournalist som fortalte om seg selv at han bare skriver om igjen 1800-tallets romaner. Dette er en sannhet med modifikasjoner for *Sydens dronning*, utgitt på norsk i 2005 (original tittel *La Reina del Sur*). Boken er klart inspirert av *Greven av Monte Cristo* og veldig behagelig å lese. Perez-Reverte har også skrevet nåtidsromanen *The Painter of Battles*, dessverre ikke oversatt til norsk, men tilgjengelig på engelsk. Den handler om en pensjonert krigsfotograf som blir kon-

frontert med sin fortid, men den handler også om krig og det som krigen gjør med mennesker, uavhengig om de er deltagere eller «tilskuere» som rapporterer.

En annen spansk forfatter som i sin første roman, *Havets katedral*, er tydelig inspirert av gamle bestselgere, er **Ildefonso Falcón**. En godt skrevet historisk roman som «låner» såpass mye fra *Greven av Monte Cristo*, *Ringeren fra Notre Dame* og *Stormenes tid* at forfatteren nesten burde dele inntektene med Alexander Dumas, Victor Hugo og Ken Follett. Romanen er imidlertid velskrevet og inneholder mye kunnskap om Katalonias middelalderhistorie. Samme forfatter har kommet med en ny roman, *Fatimas hånd*, som jeg vil anbefale på det sterkeste. Tragiske hendelser denne sommeren har i mange europeiske land ført til diskusjoner om multikulturelle samfunn. Det er skrevet mye om dette emnet, men som regel ikke objektivt. *Fatimas hånd* handler nettopp om «multikulti», eller om dens fiasko i det 16. århundrets Spania. Selv om det ikke ble noe multikulturelt samfunn i den beskrevne historien, gir boken håp om at dette er mulig, spesielt nå. Boken er mindre overlesset med historiske detaljer enn *Havets katedral*, men i likhet med den, treffer vi mange spennende personligheter som er interessant beskrevet med sine lyse og mørke sider. Vi følger deres skjebne gjennom årene og identifiserer oss med dem. En fortelling basert på historiske fakta om bruk av dokumentforfalskning for religiøs propaganda, er en ekstra bonus i boken og er godt flettet inn i romanen. Den største ulempen er omfanget: 900 sider – litt for mye for en travel hverdag.

Til slutt en fransk forfatter, **Eric-Emmanuel Schmitt**. Hans berømte *Oskar og den rosa damen* er sannsynligvis kjent av de fleste i det onkologiske miljøet. Hvis ikke, burde det være pensum. Schmitt har skrevet mange korte historier og teaterstykker, men mange av dem er dessverre ikke oversatt til norsk. Jeg ville anbefale *Concerto to the Memory of an Angel*, en samling av 4 korte historier som hjelper en å forstå seg selv og ens medmennesker. Jeg venter på flere oversettelser av Schmitts verk!



Siri Asheim Eikeland

LIS ved Kreftsenteret, Ullevål

Den siste boka jeg leste er 'Potensgiverne' av Karin Brunk Holmquist. Svært lettlest underholdning.

Den handler om søstrene Tilda på 72 og Elida på 79, de har bodd sammen hele livet i sitt i barndomshjemmet i ei lita bygd i Sverige. De er gammeldagse, gjerrige og naive. De har ikke gjort en eneste forandring i huset etter at foreldrene døde. Nabohuset blir kjøpt av en bymann, som tar dem med storm og får dem til å tenke nytt. De finner ut at det er på tide å få innendørs wc. For å finansiere dette kommer de opp med en forretningside; selge potensmiddel på postordre.

Jeg må innrømme at jeg kniste meg gjennom denne boka på en kveld. Det er en søt og morsom historie, og de fleste av oss (i allefall jeg som selv kommer fra bygda) vil kjenne

Jeg må innrømme at jeg kniste meg gjennom denne boka på en kveld

igjen personlighetene til Tilda og Elida i en og annen bygdeoriginal :)

Jeg kan anbefale 'Lykka er ein skjeldan fugl', av Anna Gavalda. Den handler om den suksessrike arkitekten Charles Balanda. Han bor sammen med sin kone Laurence, og deres forhold blir stadig kjøligere. Han er overarbeidet, og føler at livet han har bygd begynner å briste. Han mottar et brev fra en gammel venn, som får minner fra barndommen til å strømme på, og han begynner å lete seg tilbake til hendelser og mennesker som tidligere har betydd mye for ham. På veien møter han eksentriske Kate.

Jeg synes hennes forrige roman 'Saman er ein mindre aleine' er hakket bedre, men dette er absolutt en "feel good" og lettlest roman, om å finne tilbake til seg selv. Den handler om å sørge over det som er tapt, men samtidig om nytt håp og kjærlighet. PS: Den er oversatt til nynorsk.

Bli med i Onkonytt!

Vi ønsker flere redaksjonsmedlemmer. Ta kontakt med en av oss i redaksjonen for nærmere info.

Palliasjonens førstedame

Dame Cicely Mary Strode Saunders er den som har etablert palliativ medisin som forskningsbasert fagfelt og utviklet hospice-bevegelsen. "Det finnes ikke intraktable smerter, bare intraktable doktorer," har hun visstnok sagt.



Ved Magnar
Johansen

Starten

Hun ble født i Barnet, Hertfordshire, i England i 1918. Familien

var velstående, men hun hadde et anstrengt forhold til mora som ble beskrevet som kald og tilbaketrukket. På jenteskolen hun gikk på fra 10-årsalder, passet hun ikke inn; hun var lang og hengslete og holdt seg for seg selv. Det var da hun ifølge seg selv utviklet omsorgen og respekten for de utstøtte i samfunnet. Hun ville tidlig bli sykepleier, men faren nektet, og hun startet derfor å studere politikk, filosofi og økonomi på college i Oxford. På slutten av krigen trosset hun faren og startet som sykepleierstudent i 1944 på St Thomas' Hospital. På grunn av rygg smerter ble hun frarådet karriere som sykepleier, og hun ble til slutt sosialarbeider.

Kjærlighet gjør klok

I 1948 traff hun i virket som sosialarbeider en pasient som het David Tasma. Han var polsk flyktning fra Warszawa-ghettoen og innlagt med langtkommen kreftsykdom på St Luke's Home for the Dying Poor. De utviklet et nært vennskap, og han var den som første gang fikk henne til å tenke på et eget sted for lindrende

behandling i livets slutfase. Tasma etterlot henne 500 pund (en betydelig sum) slik at hun kunne realisere tankene, og med beskjeden: "I'll be a window in your home."

Doktor

Saunders bestemte seg nå for å vie sitt liv til lindrende behandling. Etter råd fra en ortoped skjønte hun at hun måtte bli lege for å bli hørt i det medisinske hierarkiet. Som 33-åring ble hun medisinstudent ved St Thomas. Etter avsluttet utdanning begynte hun som lege på St Josephs, et hospital for de fattige drevet av nonner. Samtidig forsket hun på St Mary's Hospital. I 1958 kom hennes første artikkel som omhandlet at legen burde ha en viktig rolle i hele pasientens liv og ikke trekke seg ut når det tilsynelatende ikke var mer å gjøre. I 1959 publiserte hun seks artikler om lindrende tiltak i livets slutfase.

Morfin

Hun dannet forskergrupper for å studere smertebehandling. På den tiden var det vanlig at man ga morfin ved behov og gjerne når smertene var uutholdelige. Hun viste i sine studier at det var langt mer effektivt å gi morfin til faste tidspunkt; "Constant pain needs constant control". Ved å gi faste doser smertestillende viste hun at angstnivået ble redusert, smertenivået redusert og behovet for morfin ble mindre. Foruten dette introduserte

hun medikamentell behandling av andre plagsomme symptomer i terminalfasen. Selvsagt var hun også opptatt av å se og behandle hele mennesket. Uttrykket *total smerte* innbefattet for eksempel fysisk, sosial, psykisk og åndelig smerte. Hun publiserte i 1960 sine uortodokse tanker i *The care of the dying*, en bok som stadig måtte trykkes i nye opplag.

Hospice

Hun utviklet ideén om et hospice tidlig i karrieren. I 1959 begynte hun planlegge bygging og drift av et hospice med 60 sengeplasser. Hun kalte det etter St Christopher, helgenen for de reisende. Mellom 1961 og 1964 klarte hun samle 330 000 pund, dette i tillegg til full jobb som lege og forsker. I 1967 ble første pasient innlagt. Hovedmålet med stedet var god lindrende behandling, men vel så viktig var forskning på palliasjon. Et vindu i bygget er dedikert Tasma.

Saunders utviklet selv brystkreft og døde til slutt i 2005 av sykdommen på sitt eget hospice, hun ble 87 år gammel. Hun var opptatt av forskning og utvikling av fagfeltet helt til det siste. Æresbevisninger og priser ble det etter hvert mange av. På mange måter bekjempet hun et stort tabu; å normalisere døden som en del av livet. Som hun sa: "You matter because you are you, and you matter to the last moment of your life".

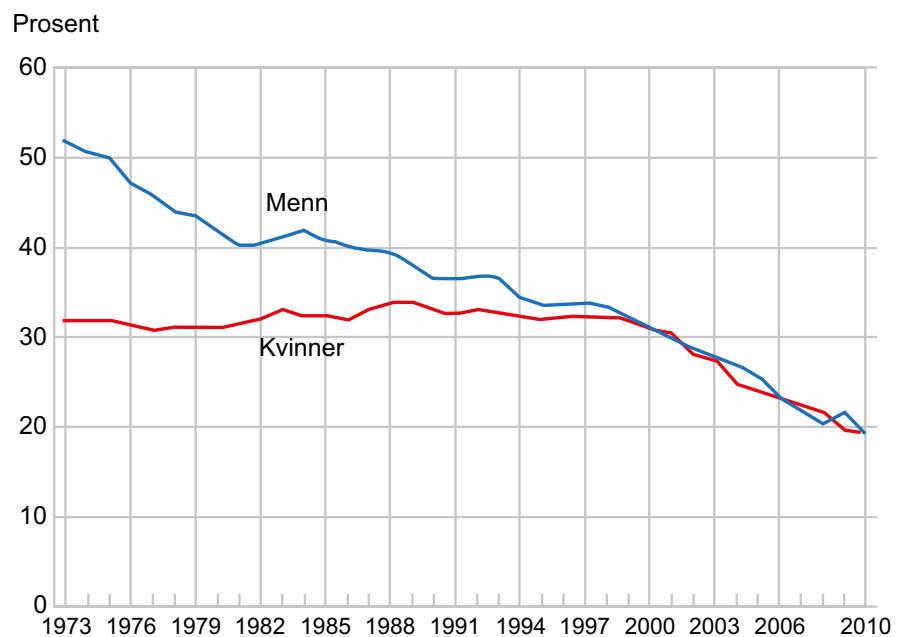
Røyking er farlig for kreftpasienter

Ved Olav Dahl

Røyking ble først beskrevet som årsak til lungekreft av Richard Doll og Lev Kreyberg i 1950 årene. Senere ble dette klart verifisert gjennom arbeidene til Richard Doll og Richard Peto. I følge de siste arbeider fører røyking til at en av to røykere dør av en røykerelatert sykdom (lungekreft eller andre kreftformer, kols eller hjertekarsykdom). I en nylig oversikt ble det beregnet at røyking også er medvirkende årsak til 15 andre kreftformer og er totalt ansvarlig for 21 % av det totale antall kreftdødsfall. Det er altså ingen tvil om at røyking er et av de viktigste karsinogener i vårt miljø og dessuten et karsinogen som kan unngås. Det er derfor svært gledelig at de siste tallene fra Statistisk sentralbyrå viser at antallet daglige røykere har gått ned de siste 10 årene fra 30 % til 20 % både blant menn og kvinner.

Det har undret meg litt at røykeanamnesen ofte mangler i journaler. Dette er opplysninger som skal være i journalen, og det skal rapporteres ved kreftmeldinger så sant pasienten ikke motsetter seg dette. Det er imidlertid andre og viktigere grunner til at vi som okologer bør interessere oss for røykeanamnesen. Det er nå i eksperimentelle og kliniske studier vist at dersom pasientene røyker under en strålebehandlingsserie, reduseres sjansen for at tumor blir borte (komplett

Dagligrøykere 16-74 år, etter kjønn. 1973-2010. Prosent



respons) med opp til 15 – 20 % for flere krefttyper. Helst bør pasienten slutte å røyke straks de blir henvist til stråling, da det mest sannsynlig er carbon monoksyd som følge av røykingen som fører til at hemoglobinet holder fastere på oksygenet og dermed bidrar til vevshypoksi under strålingen. I tillegg er det faktisk også belegg for at røyking kan medføre at man også kan få mer bivirkninger av behandlingen (man skulle forvente at også normalvevet ble beskyttet).

Pasienter som har gjennomgått en tilsynelatende vellykket stråling eller et radikalt kirurgisk inngrep, er ofte motivert for livsstils endringer.

Kosthold og trening er i dag de mest populære løsninger. Det er imidlertid gode holdepunkter for at fortsatt røyking bidrar til å svekke kroppens naturlige beskyttelse mot tilbakefall og det er derfor økt forekomst av tilbakefall også etter kirurgiske inngrep. I tillegg er det større sjanse for å utvikle andre sekundære kreftformer.

Konklusjon: Vi bør som onkologer huske at det beste livsstilsråd vi kan gi til våre pasienter som røyker er å motivere til røykestopp. Vi skal spesielt huske at blant middelaldrende og eldre pasienter er daglig røyking fortsatt vanlig.



ORCI - det eneste kreftsykehuset i Øst-Afrika.

Samarbeidsprosjekter i Afrika

Ved Marianne Brydøy

I fjorårets desemberutgave av Onkonytt presenterte Johan Tausjø et flott innlegg om et samarbeidsprosjekt for å styrke utdanningen av onkologer i Etiopia. De legger opp til å ha en spesialist i Addis Abeba på rotasjon, to–tre måneder av gangen. Det er i første omgang ønskelig at spesialister deltar i sine overlegepermisjoner, eller som pensjonister, slik at lønnsmidlene kan begrenses.

Helse Bergen og Kreftavdelingen ved Haukeland universitetssykehus har de siste tre årene hatt et samarbeid med Ocean Road Cancer Institute (ORCI)

i Dar es Salaam i Tanzania. ORCI er det eneste kreftsykehuset i Øst-Afrika med nominelt 140 senger og en reell sengebruk på nesten det doble. Det har vært sykepleierutveksling begge veier, og Kreftavdelingen har p.t. to sykepleiere ved senteret. Avdelingsleder Olav Mella var nylig på sykehuset for å orientere seg og holde forelesninger for leger i en nyetablering. De siste to årene er det tatt opp fem leger årlig i en 3-årig spesialistutdanning i onkologi. Antall faste, erfarne onkologer er svært lavt ved sykehuset, og det er et påtrengende behov for klinikere med erfaring til særlig veiledning i den kliniske pasienthåndtering og beslutning. Kreftavdelingen håper

at noen overleger vil velge å legge uker av sin overlegepermisjon i en slik tjeneste, som kan være berikende begge veier.

Denne gang har vi fått en henvendelse fra vår svenske kollega Olof Ståhl, som søker onkolog med særlig erfaring innen stråleterapi til Ghana for en kortere (minst 3–6 md.) eller lengre periode. Etter en periode i Botswana bor han og familien nå i Accra, hvor han 1. september tiltrådte stillingen som foreløpig eneste onkolog ved det nyåpnede Sweden Ghana Medical Centre.

Vem är intresserad av att delta i uppbyggandet av Ghanas första privata onkologiklinik med landets allra första och hela Västafrikas modernaste linjäraccelerator?

Ved Olof Ståhl

Ghana är en av Afrikas snabbast växande ekonomier, och dess huvudstad Accra är vackert belägen vid Ghanas långa atlantkust. Landet har 24 miljoner invånare, varav 4 miljoner bor i Accra. Landet har en stabil demokrati sedan 20 år och anses vara ett av de säkraste länderna i hela subsahara Afrika. Accra är en intensiv storstad med många möjligheter. Skolsystemet är väl utbyggt och det finns flera bra etablerade internationella skolor.

Sjukvården är under utbyggnad, befolkningen ska vara garanterad basal sjukvård tack vare ett nationellt försäkringssystem, men mycket kvarstår att göra. Cancersjukvården är här, liksom i stora delar av Afrika begränsad och behovet är, i takt med förbättrade levnadsvillkor och ökande livslängd allt större. För närvarande

finns det två onkologikliniker i landet, dels på det stora utbildningssjukhuset i Accra, dels i landets andra stad, Kumasi. Båda dessa kliniker erbjuder såväl medicinsk onkologi som strålbehandling och de har idag en koboltutrustning vardera. I många av grannländerna är onkologvården än mindre tillgänglig, och idag söker sig många patienter till Europa, USA eller Sydafrika för behandling.

Efter 3-4 års planering har Sweden Ghana Medical Centre öppnat sina dörrar. SGMC är en öppenvårdsklinik helt inriktad på onkologi och har för närvarande en cytostikamottagning med sex platser, en Elekta linjäraccelerator, samt CT och MR. SGMC är ett svensk-ghananskt projekt med Elekta och Swedfund som största ägare. SGMC hoppas bidra till att förbättra cancersjukvården i såväl Ghana som hela Västafrika. Utöver

den privata verksamheten kommer en stiftelse att etableras för att möjliggöra behandling av mindre bemedlade.

SGMC är en internationell arbetsplats, såväl på sköterske- som läkar- sidan kommer det att finnas både ghanansk och utländsk, framförallt svensk personal. **SGMC söker särskilt radioonkolog och sjukhusfysiker som skulle vara intresserade av att komma till Ghana och delta i detta mycket spännade projekt.**

För mer information besök vår hemsida, www.sgmcltd.com.

Vid intresse vänligen kontakta Dr Olof Ståhl

*olofstahl@med.lu.se eller
olof.stahl@sgmcltd.com,
+233 269 710085*

Arne Solberg forsvarte avhandlingen:

"Outcome Assessments in Non-Metastatic Prostate Cancer"

for graden PhD ved NTNU 25. mars 2011



Veiledere: Anders Angelsen og Olav A. Haugen

Prostatakreft uten påvist spredning kan behandles med operasjon, strålebehandling med eller uten hormonbehandling, eller hormonbehandling alene. Svært mange menn med nylig påvist prostatakreft vil imidlertid kunne leve i mange år uten plager av

sykdommen også uten behandling, og en stor andel dør til slutt av helt andre årsaker enn prostatakreft. Man mangler imidlertid helt sikre metoder for å velge ut pasienter som ikke trenger behandling, men i noen tilfeller hvor sykdommen er i en tidlig fase, er et regelmessig kontrollopplegg hvor kurativ behandling iverksettes først hvis sykdommen viser tegn til utvikling, forsvarlig. Imidlertid kan prostatakreft også være en aggressiv sykdom med stor risiko for spredning og forkortet levetid. Pasienter med nylig påvist prostatakreft uten spredning og intermediær til høy risiko for progresjon regnes derfor å være behandlingstrengende.

Det kan ta mange år før man merker symptomer på et tilbakefall etter en behandling som ikke har gitt ønsket kurasjon. Da vil sykdommen ofte ha kommet for langt til å kunne helbredes. Påvisning av manglende behandlingseffekt før et tilbakefall av sykdommen gir symptomer er imidlertid kun viktig hvis det da finnes effektiv tilleggsbehandling. Siden overlevelse vanligvis ansees som det viktigste effektmålet ved kurativ kreftbehandling, blir det også viktig å avklare om det å påvise et tidlig tilbakefall eller manglende behandlingseffekt virkelig kan forutsi om pasienten på sikt vil utvikle plager av kreftsykdommen og i verste fall dø av den. I tillegg er det også svært viktig at bivirkningene ved utredning og behandling er så lite plagsomme som mulig.

Denne avhandlingen omhandler metoder for å måle effekt/utfall av behandling hos pasienter med prostatakreft uten spredning. Avhandlingen innbefatter fire studier hvor hovedvekten er lagt på resultater av vevsundersøkelser av prostatakjertelen etter åpen radikal prostatektomi (operasjon), samt resultater i form av overlevelse og bivirkninger når kombinert strålebehandling og hormonbehandling sammenlignes med hormonbehandling alene. Videre undersøkes hvor hyppig det påvises kreftceller i systematiske vevsprøver fra prostata tre–fire år etter at de to sistnevnte behandlingene ble iverksatt. Endelig undersøkes bivirkninger av vevsprøvetakning etter kombinert strålebehandling og hormonbehandling sammenlignet med hormonbehandling alene.

Resultatene av studiene viser at andel pasienter som fikk prostatakreften fullstendig fjernet ved operasjon bedømt ut fra kirurgiske marginer, gradvis økte de første årene etter at operasjonsmetoden ble innført. Det gir en indikasjon på at operasjonsteknikken bedret seg vesentlig i samme periode. Strålebehandling kombinert med hormonbehandling ga vesentlig bedre totaloverlevelse enn hormonbehandling alene. Kombinasjonsbehandlingen ga en lett økning av bivirkninger, men bivirkningene var akseptable. De pasientene som fikk denne kombinasjonsbehandlingen, hadde vesentlig sjeldnere gjenværende kreftceller i vevsprøvene sammenlignet med de som bare fikk hormonbehandling. Videre hadde pasienter med gjenværende kreftceller i prostatakjertelen vesentlig høyere risiko for tilbakefall påvist med blodprøve (stigende PSA). Bivirkningene ved å ta systematiske vevsprøver fra prostata etter hormonbehandling med eller uten stråleterapi, var små og gikk stort sett over i løpet av en uke.

Avhandlingen er tilgjengelig elektronisk på <http://ntnu.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2:444928>

Arne Solberg er overlege ved kreftavdelingen, St. Olavs hospital. Han kan nåes på e-post: arne.solberg@ntnu.no

Christoph Rainer Müller forsvarte avhandlingen:

"Novel approaches to the treatment of high grade sarcomas"

for graden PhD ved Universitetet i Oslo 19. mai 2011



**Veiledere: Gunnar Sæter og
Ola Myklebost**

Christoph Müller beskriver i sin doktoravhandling fremtidens strategier for å forbedre overlevelsen av kreftpasienter med sjeldne bindevævssvulster.

Mens kirurgi er avgjørende for å oppnå lokal tumorkontroll, har den ingen effekt på allerede påvist spredning. Aggressive bindevævssvulster har ofte ikke detekterbar spredning (metastaser) på diagnosetidspunktet. Pasientenes prognose avhenger derfor i stor grad av effektiv medikamentell behandling.

I avhandlingen finner Christoph Müller at moderne behandling av osteosarkom utnytter potensialet til dagens cellegiftbehandling på en tilnærmet optimal måte. Resultatene vil derfor trolig ikke bli vesentlig bedre uten at vi tar i bruk nye og annerledes virkende medikamenter. En substans som har vært tilgjengelig lenge, er interferon.

Müller sannsynliggjør i en oppfølgingsstudie av en serie svenske pasienter at tillegg av interferon redder flere liv enn kirurgi alene. Interferon undersøkes for tiden videre i en stor europeisk-nordamerikansk samarbeidsstudie. Den biologiske mekanismen for interferon-effekten er fortsatt uklar og er i avhandlingen forsøkt belyst ved dyrestudier. Trolig vil det trenge helt nye substanser og behandlingsprinsipper i fremtiden. Som følge av økt kunnskap om kreftcellens biologi søkes det nå etter medikamenter med effekt på nøye definerte signaleringsveier i cellen. Müller og medarbeidere har undersøkt et nytt molekyl, Nutlin 3a, i cellekulturer. Resultatene er lovende og kan bidra til videre utvikling av substansen for behandling av spesielle typer bindevævssvulster.

Avhandlingen er tilgjengelig i DUO, Digitale utgivelser ved UiO: <http://www.duo.uio.no/sok/work.html?WORKID=114995>

Christoph Müller er overlege ved kreftavdelingen i Kristiansand og kan nåes på e-post: Christoph.Muller@sshf.no

Nye spesialister i onkologi

Petter Brandal
Yngve Bremnes
Monika Eidem
Janet Elisabeth Eik
Line Fronth
Siri Brinchman-Hansen Torhaug
Ganna Surzhykova Westvik
Anna Katharina Winge-Main
Gro Aandahl

Gratulerer!

Fagmøte om kreft hos eldre

NOF planlegger fagmøte 22. mars 2012 på Gardermoen.
Tema er behandling av eldre kreftpasienter.
Nærmere info kommer.



**Norsk onkologisk
forening**

DEN NORSKE LEGEFORENING

Torgrim Tandstad forsvarte avhandlingen:

"Vox Populi. Population-based Outcome Studies in Testicular Cancer"

for graden PhD ved NTNU 12. september 2011



Veiledere: Olbjørn Klepp og Olav Dahl

Testikkelkreft er den hyppigste kreftsykdommen som rammer norske menn mellom 15 og 49 år. Insidensen har økt gradvis i moderne tid, og Norge er nå landet med høyest forekomst av testikkelkreft i verden. Behandlingen av testikkelkreft fikk et gjennombrudd rundt 1980 med

introduksjonen av cellegiften cisplatin. Grunnet effektiv og spesialisert behandling overlever nå over 90 % av pasientene, men fortsatt dør 10–15 pasienter av testikkelkreft i Norge årlig. Behandlingen av metastaserende testikkelkreft er omfattende, og behandlingen i seg selv medfører risiko for langtidsbivirkninger. Disse langtidsbivirkningene inkluderer økt risiko for hjerte-/karsykdommer, annen kreftsykdom, nedsatt fertilitet og nevrologiske bivirkninger. Prevalensen av testikkelkreft har på grunn av den gode overlevelsen økt svært kraftig. Langtidsbivirkninger får derfor en større betydning, og fokus har de siste tiår vært å redusere behandlingsbyrden, og dermed bivirkninger av behandlingen. Samtidig er målet å opprettholde, eller om mulig bedre, den gode overlevelsen.

SWENOTECA er et norsk/svensk samarbeid fra 1981 om studier og handlingsprogrammer for testikkelkreft. Avhandlingen presenterer resultatene fra fire SWENOTECA handlingsprogram med totalt 2964 pasienter behandlet i perioden 1995–2006. Målet med handlingsprogrammene har vært å standardisere, og dermed kvalitetssikre, behandlingen av testikkelkreft i Norge og Sverige. Handlingsprogrammene har implementert nye eksperimentelle behandlinger, både for metastatisk og lokalisert sykdom.

To av arbeidene presenterer resultater fra behandling av nonseminomatøs testikkelkreft klinisk stadium 1. Totalt 977 pasienter er behandlet etter en risikoadaptert modell basert på vaskulær invasjon i primærtumoren. Studiene bekrefter at kun nøye oppfølging etter orkiektomi er en sikker metode å følge pasienter uten vaskulær invasjon. For første gang blir en enkelt adjuvant BEP-kur gitt i en slik risikoadaptert modell. Arbeidene viser at en adjuvant BEP-kur reduserer risikoen for tilbakefall av sykdommen med over 90 %, både for pasienter med og uten vaskulær infiltrasjon. Kreftspesifikk overlevelse i disse to arbeidene er 99.9 %.

Et av arbeidene presenterer behandlingsresultater fra 603 pasienter behandlet for metastatisk nonseminomatøs testikkelkreft. Behandlingen er en eksperimentell responsadaptert modell, med intensivering av kjemoterapi basert på fall av tumormarkører under behandling. Ti års total overlevelse for hele materialet var på 90 %, på linje med resultat fra store sentre internasjonalt. Resultatene fra pasienter i intermedial prognosegruppe er spesielt gode, overlevelsen på 90 % er bedre enn noe annet publisert materiale. Overlevelsen hos pasienter i dårlig prognosegruppe var 67 %, men med stor diskrepans mellom pasienter med dårlig prognose kun grunnet "dårlige" tumormarkører og pasienter med dårlig prognose grunnet viscerale metastaser utenfor lungene. Overlevelsen i disse to gruppene var henholdsvis 82 % og 58 %.

Det siste arbeidet presenterer behandling av 1384 pasienter med seminomatøs testikkelkreft. Kreftspesifikk overlevelse var 99.6 %. Funnene i arbeidet bekrefter surveillance som en sikker og god oppfølging av pasienter med klinisk stadium 1. Blant 512 pasienter fulgt med surveillance klarte vi ikke å identifisere mulige prognostiske faktorer for

tilbakefall. Dette er i motsetning til tidligere retrospektive studier som i dag er i utstrakt klinisk bruk for å predikere risiko for residiv ved surveillance. Strålebehandling ved klinisk stadium 2A gav relativt mange residiv, spesielt sammenlignet med kjemoterapi gitt for klinisk stadium 2A/B. Pasienter med viscerale metastaser utenfor lungene hadde en svært dårlig prognose.

Totalt sett viser arbeidene muligheten til å gjennomføre studier og implementere handlingsprogram internasjonalt og populasjonsbasert, med utmerkede resultater. Våre resultater har vært med på å endre behandlingen av pasienter med testikkelkreft internasjonalt. Som et resultat av dette blir færre pasienter med klinisk stadium 1 non-seminom behandlet med retroperitoneale glandeltolette, og flere med surveillance og adjuvant kjemoterapi. Standard adjuvant kjemoterapi ved klinisk stadium 1 nonseminom har frem til i dag vært to kurer BEP. Våre resultater, med en adjuvant kur BEP, halverer behandlingsbyrden hos disse pasientene. Dette reduserer risikoen for bivirkninger både på kort og lang sikt. Dette er svært viktig for en pasientgruppe som skal leve et normalt liv i ytterligere 50–60 år. Adjuvant strålebehandling ga få tilbakefall ved klinisk stadium 1 seminom, men risikoen for stråleindusert sekundær kreft gjør at SWENOTECA ikke lenger anbefaler adjuvant stråleterapi ved klinisk stadium 1 seminom. Stråleterapi ved metastatisk seminom gir relativt mange tilbakefall sammenlignet med kjemoterapi, og en kan derfor stille spørsmål ved standardbehandlingen av seminom klinisk stadium 2A som er stråleterapi.

Torgrim Tandstad er overlege ved kreftavdelingen, St. Olavs hospital. Han kan nåes på e-post: ttorgrimtandstad@gmail.com

Movember



Ved Hallgeir Selven, LIS Kreftavdelingen UNN

Movember nærmer seg vemodig slutten. Aksjonen startet i Australia i 2003 med mål om å samle inn penger og sette fokus på menns helse, men har nå spredd seg til flere land verden over. Tanken er at man skal stille med et glattbarbert ansikt 1. november og deretter la barten gro hele november måned. I år har man satt hovedfokus på prostata- og testikkelkreft samt psykisk helse. Under kampanjen kan man registrere seg på Movember Norges sider, og folk kan deretter donere penger til barten din. Bartene i Norge samlet inn over 1 million kroner så langt i år. Oppslutningen på kreftavdelingen i Tromsø har desverre ikke vært all verden å skryte av, til tross for gjentatte oppfordringer om bartesparing. Neste år forventes større oppslutning, og forhåpentligvis blir det ingen nakne overlepper å se mot slutten av november 2012 hos mannlige ansatte på landets kreftavdelinger.

Annonce