

Slutt for Onkonytt?

s. 5

100 år med radiumbehandling

s. 10

Nye æresmedlemmer i NOF

s. 17

onko nytt

Medlemsblad for Norsk onkologisk forening 2 • 2012

Årgang 10



Annonce

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 Hofslis

Helse Midt-Norge
eva.hofslis@medisin.ntnu.no / eva.hofslis@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 Per Marius Didriksen og
viser æresmedlem Olbjørn Klepp på Onkologisk forum
i Trondheim.



Årets onkolog 2012: overlege Knut Fjæstad

18

Innhold

Kjære kollega	5
Leder	7
100 år med radiumbehandling mot kreft	10
Onkologisk forum	16
Æresmedlemmer i NOF	17
Årets onkolog	18
Olav Vs kreftpris 2012	19
Ipilimumab til de rike	23
GoTreatIT-Cancer	24
Fra ASCO: GI-cancerstudier	26
Innspill til nasjonal kreftplan	29
Rapport fra spesialitetskomiteen i onkologi	33
Nytt fra avdelingene	34
Nytt om navn	39
Nytt fra KVIKT	42
Hilsen til landets onkologer	43
Julehilsen fra Australia!	46
Historien om kjemoterapi	48
Bokanbefaling	50

Annonce

Kjære kollega!



Takk!

De som har hørt Wagners enorme opera Nibelungens ring, vet at den ikke er over før Brünnhilde har sunget sin arie.

Onkonytt kom første gang ut juni 2003, og etter ti årganger kan vi gratulere oss sjøl! Bladet er tenkt som et bindeledd mellom onkologer i Norge slik at vi alle kan få et lite innblikk i hverandres liv og virke. Trioen som utgjør redaksjonen i dag, har vært med fra 2003 (Marianne), 2008 (Rene) og 2010

(Magnar). Marianne har altså vært med helt fra starten, og var Onkonytts første redaktør. Etter 6 år som redaktør og til sammen 10 år i redaksjonen takker hun nå av til stående applaus. Vi takker for særdeles god innsats! Men vi er dessverre flere som nå takker for oss: Det siste året har NOF prøvd rekruttere nye folk til Onkonytt. Arbeidet som redaksjonsmedlem er en artig hobby, men kan bli vel tidkrevende når man bare er to-tre som skal dra lasset. Ideelt sett burde det være én representant i redaksjonen fra alle de største sykehusene, slik at man visste hva som rørte seg på de ulike stedene og lettere kunne innhente relevant stoff.

Vi har dessverre ikke klart rekruttere nye redaksjonsmedlemmer. Da kan vi ikke annet enn å legge pennene maktesløse ned. NOF skal gjøre et nytt forsøk på ungdommens fagmøte nå i januar (Onkolis). Kanskje er det mulig å avverge Onkonytts død der? Vi oppfordrer de unge håpefulle til å bli med, vi kan bidra med gode råd og støtte til nye redaksjonsmedlemmer. Og du vil bli honorert, både med stipend fra NOF og ikke minst ære.

Takk til alle som har bidratt, takk til de som har vært i redaksjonen, takk til leserne og takk til NOF. Ikke minst takk til dere som har gitt oss tilbakemeldinger (les ros).

Den feite dama står klar på scenen nå.

Vi ønsker alle våre lesere og sponsorer god jul!



Onkonytts tre redaktører: Marianne Grønlie Guren, Marianne Brydøy og Magnar Johansen.

Vil du redde Onkonytt?

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

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

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

Annonce

Lederen har ordet



Nå er det gått et begivenhetsrikt halvår siden forrige Onkonytt. Mye har skjedd innen onkologien. Fortsatt kan vi lese i pressen om at pasienter må vente på utredning og oppstart av behandling, eller at de ikke får de nyeste behandlingsmulighetene som finnes. Dette setter, som jeg har skrevet tidligere, større krav til oss som fagpersoner.

I dette nummeret kan du lese om nytt fra Spesialitetskomiteen ved Ingvild Mjæland. NOF har jobbet meget tett og godt

med Spesialitetskomiteen i onkologi for ny målbeskrivelse. Hovedtrekket i forslaget er at utdanningstiden økes med ett år, og at det blir en mye mer detaljert sjekkliste som omfatter en generell del, en stråledele og en medikamentell del. Dette gjør vi for at mest mulig av utdanningen kan gjøres utenfor universitetsmiljøet. Vi har i de nye reglene foreslått at palliasjon får en større og viktigere plass i onkologien med blant annet minimum tre måneder av tjenesten kan og bør gjøres på en palliasjonsenhet.

Siden forrige Onkonytt har vi fått et nytt tilbud innen onkologien, Aleris Helse tilbyr nå Ipilimumab, slik jeg har forstått det, til selvkost og etter strenge internasjonale kriterier. Dette er en ny situasjon innen onkologi. Hvem hadde trodd for bare 3–4 år siden at vi med en rødgrønn regjering ville få et privat onkologisk tilbud, hvor man må betale for behandling som ikke det offentlige tilbyr? Spesielt utfordrende blir dette når behandling blir gitt innenfor det offentlige i våre naboland. Jeg mener at et privat tilbud kan være bra, og at det kan bidra til at det offentlige strekker seg lengre enn i dag. Mer om Aleris kan man lese i dette nummeret.

Helsedirektoratet har det siste halve året jobbet med en ny kreftstrategi. Den nye strategien er nå sendt ut på høring, og man kan lese den i sin helhet på Helsedirekto-

ratets hjemmesider. NOF har reagert på en del av innholdet, som er lite håndfast. Vi er redd for at den nye kreftstrategien blir et flott dokument som blir lagt langt ned i skuffen i departementet, hvor det glemmes... Slik det nå er utformet, tar man ikke tak i, slik vi ser det, den største utfordringen de neste 5 årene; hvordan vi skal håndtere nye diagnostiske verktøy og behandling som vil komme. Vårt høringsnotat er gjennomarbeidet i styret etter innspill fra medlemmer.

Som dere sikkert har lagt merke til, har styret sendt ut flere mailer med etterspørsel etter redaksjonsmedlemmer i Onkonytt og en web-redaktør. Dette er viktige jobber for å binde oss onkologer sammen. Så grip sjansen, og bli med i redaksjonen!

Under vårt årsmøte fikk vi to nye æresmedlemmer: Olav Dahl og Olbjørn Klepp. Begge har satt norsk onkologi på verdenskartet med sin forskning og pionerånd i oppbyggingen av det onkologiske miljøet på Vestlandet og Midt-Norge.

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

*Andreas Stensvold,
leder*



Styret i NOF samlet ved generalforsamlingen i Trondheim: Hege S. Haugnes, Birthe Lie Hauge, René van Helvoirt, Eva Hofslø og Christine Undseth. Leder Andreas Stensvold var ikke tilstede.

Annonce

Annonce

100 år med radiumbehandling mot kreft

Takket være Ellen Gleditsch fikk en norsk kreftpasient radiumbehandling på Rikshospitalet allerede 25. oktober 1912. Norge var tidlig ute med medisinsk bruk av radium, og den første «Utskrivningsprotokol» tyder på tilfang av pasienter fra store områder på Østlandet, og fra mange samfunnslag.

Ved Hans Bjerke, Statens strålevern

Den internationale standard blev fremstillet i 1911 med overordentlig stor omhu og nøiagtighet. Den er avbildet i fig. 53. Glasrøret er trukket ut i den ene ende over en platinatraad; denne forhindrer at elektricitet akkumuleres i røret, idet den sætter saltet i ledende forbindelse med utenverdenen. Røret er helt fylt med tørt radiumklorid svarende til 0.01675 gram metallisk radium. Glasvæggene er meget tynde, kun 0.27 mm.

Kopi fra Ellen Gleditsch og Eva Ramstedts bok Radium og de radioactive processer. Aschehoug & Co 1917.

N° 9 J. 1500 fr.
 Recu de Mademoiselle Gleditsch
 et l'Hôpital de l'Etat à Kristiania la somme de
 cinq cents francs.
 pour voyage de différents appareils au Radium
 fournis par la maison Armet de Paris
 le 4 août 1912
 Pour Madame Curie
 A. Debierne

Regning 9: Regningen på de første radiumpreparater undertegnet av A. Debierne.



Ellen Gleditsch, en pioner i fremstilling av radium

Ellen Gleditsch (1879–1968) tok apotekereksamen i 1902. Hun hadde tidligere hatt lyst til å studere ved universitetet, men

dette var ikke åpent for kvinner. Eivind Bødtker ved Det Kongelige Frederiks Universitet i Christiania tok inn Gleditsch som assistent på kjemisk laboratorium. I 1907 kontaktet Bødtker Marie Sklodowska Curie i Paris, fordi Gleditsch ønsket å studere der. Marie Curie var blitt enke året før og ledet nå laboratoriet. Bødtker spurte om det var plass for Gleditsch

i laboratoriet. Svaret var at det var det ikke, men Bødtker sa at hun var liten og ikke trengte så mye plass. Gleditsch fikk plass i laboratoriet, sannsynligvis fordi de trengte en i tillegg til André Debierne til å utføre kjemisk krystallisering og mineralanalyse. Dessuten var hun *soigneuse* (nøyaktig og forsiktig).

Curie ønsket Ellen Gleditsch velkommen i oktober 1907. Hun var eneste student det første året. Arbeidet hos Curie og studier ved Sorbonne universitetet resulterte i en bacheloreksamen ved Sorbonne i 1912. Mens Gleditsch var i Paris, ledet Marie Curie arbeidet med å preparere den første internasjonale radiumstandard (se figur hentet fra Gleditschs bok). Gleditsch og Debierne utførte mye av arbeidet med å fremstille radium, fylle det i

glassampuller og kapsle det med platina. Da Gleditsch skulle hjem sommeren 1912, fikk hun avtalt å kjøpe radiumpreparater til Norge.

De første radiumpreparater ankommer Norge i 1912

I en forsendelse med tog fra Paris datert 3. august 1912 sendes 100 mg radium til Norge i en medisinsk instrumentkasse, verdi 1000 fr. Fra sin sommerbolig i «Fredrikshald» svarer Gleditsch den 17. august med *Den norske rikstelegraf*: «Paa telegrafisk forespørsel expeditoren paris svarer ængstelse unødig gleditsch.»

Radiumpreparatene som har kommet til Rikshospitalet, er dyre. Direktøren synes prisen er høy når regningen (se kopi av regning 9) på 500 fr kommer underskrevet

Fr. Direktør.

Jeg oversender Dem hermed
Madame Curie's certifikat, som jeg
igen modtog fra hende. Madame
Debiere har atter fremsendt det ledet,
straks at fremsende certifikatet med
Mrs Curie's underskrift, og det var
jo ogsaa saa, at i det sidste sagen vedat.
Jeg har ogsaa, at finder alt, som
De ønsker. I modtaget fald om at
saa om det vide, som skal jeg
undersøtte. Med venlig hilsen
Ellen Gleditsch

fr. Fredrikshald
25 august 1912.

Brevkopi 1: Gleditsch er tilbake i Fredrikshald og har fått sertifikater fra Madame Curie som hun videresender til Rikshospitalets direktør.

Fr. Rikshospitalets direktør!

Efter anmodning av h. direktøren
meddeles:

At i 1912 til Rikshospitalet an-
skaffede radiumpreparater var
følgende:

Overflatepreparater:

Alle tubepreparater fra 1913 a. i behold.

Rikshospitalet 7/6-14 Arkibsignat
Ellen Gleditsch

Brevkopi 2: Klipp fra brev med oversikt over alle radiumpreparater ved Rikshospitalet datert 5. juni 1914.

A. Debiere. Gleditsch reiser til Kristiania. Hun må skrive et brev (datert 21. august) der hun nøye redegjør for hvert av de 9 preparatene; 3 overflatepreparater og 6 tubepreparater, til sammen 98,03 mg radium. Prisen for disse er normalt 1020 fr. Gleditsch skriver:

Jeg vil gjøre hr. Direktøren opmerksom paa at summen 500 francs for de hos Madame Curie udførte analyser er meget lav. Man har ønsket at vise sig velvillig overfor et hospital, der ikke har en økonomisk vinding af radiumpreparatene.

Uken etter er hun tilbake i Fredrikshald. Hun har fått sertifikatene på preparatene. Den 25. august 1912 skriver hun nytt brev (se brevkopi 1) til direktøren ved Rikshospitalet og vedlegger sertifikatene.

Direktøren holder nøye oppsyn med preparatene og ber om rapport. I brevkopi 2 er litt av rapport fra 5. juni 1914 gjengitt. Den viser at tre nye overflatepreparater ble kjøpt i 1913, men ett av dem er tapt. I tillegg ble det kjøpt inn fem tubepreparater. Her var alle i behold.

I 1915 var det et tilfelle der en pasient under radiumbehandling gikk ut av sykehuset og overnattet privat. Direktøren måtte inn- skjærpe rutinene og skriver brev til bestyrelsen av Radiuminstituttet (se brevkopi 3).

Den første utskrivningsprotokoll for radiumbehandling

I oktober og november 1912 ble de første 13 radiumbehandlingene utført. En kopi av «Utskrivningsprotokoll» er gjengitt her. Det var Harriet Borgström som fikk første be- handling 25. oktober 1912. Hun ble utskrevet i bedring. Alle de andre ble også utskrevet i bedring. Listen over rekvirenter spenner over mange sykehus i østlandsområdet foruten Dep. (departementene). Pasientene kommer fra Fredrikstad K-S (Kommunale Sykehus), Borregård Fabrikker, Lille Elvedalen K-S (Alvdal), Ringebu K-S, Ø. Bærums Sykekasse og Kr. Fattigvesen. Kjennskapet til behand- lingen hadde tydeligvis spredd seg raskt, og behandling ble gitt til pasienter fra et stor geografisk område. At fattigkassen er rekvi- rent, tyder på at de lavere lag av folket også fikk behandling med radium fra første stund.

Bok om Radium og radioaktive prosesser

Ellen Gleditsch utga i 1917 sammen med sin svenske studievenninne Eva Ramstedt

boken *Radium og de radioactive prosesser*. Boken er en svært tidlig beskrivelse av disse fysiske fenomenene på norsk. Dette er en populærvitenskapelig framstilling av det Ellen Gleditsch hadde vært med på i de foregående ti år. Hun gjør et vitenskapelig område allment tilgjengelig. Hun diskuterer den medisinske anvendelse og skriver at den er i sin begynnelse. Videre skriver Gleditsch: *Man vet at radium er intet ufeilbarlig middel mot kreft; men selv den mest forsigtige har allerede nu lov til å si, at radiumbehandlingen ofte fører til en forbedring i den sykes tilstand og undertiden til fullstendig helbredelse.*

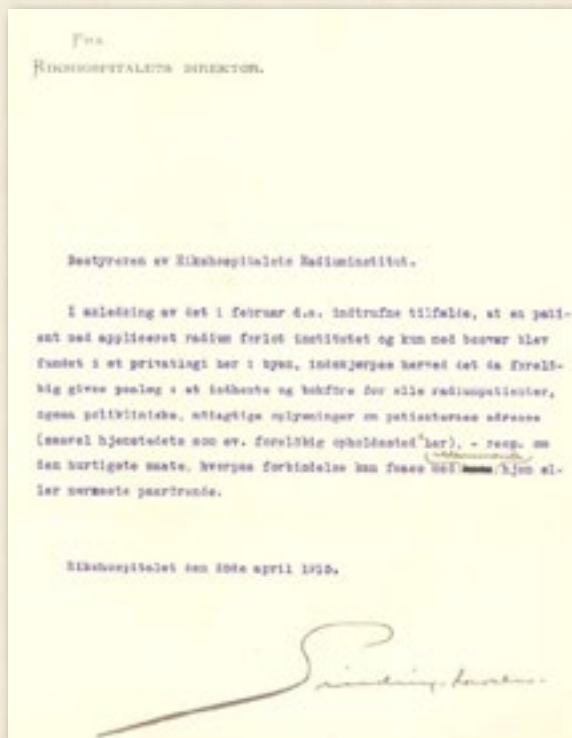
Hvilken kreftsykdom fikk de behandling mot i 1912

Fra listen over «Sygdom» i «utskrivningsprotokol» kan vi se en beskrivelse som er til dels nyansert. Det er mange diagnoser representert, noen lokaliseringer flere ganger. En kan lese: colli, ulcus rodens, maxill, parotis, vaginae, mamma, oris, epithelium oris. Overfladiske lesjoner og lokalisering i noen av kroppens hulrom ble behandlet på disse tretten første pasientene. Legen(e) ser ut til å benytte den nye behandlingsformen med stor iver. Av boken til Gleditsch fra 1917 ser vi også at det framheves gode muligheter for en utvikling av denne medisinen.

I Tidsskrift for Den norske legeforening nr. 15 i år har Ole Nome en leder med overskriften: Trenger vi enda en kreftplan? Mot slutten av artikkelen skriver Nome: *Vårt felles mål er et helsevesen med forankring i likeverd, solidaritet og tillit.* For 100 år siden kan vi ane at dette også var målet. Med innkjøp av radiumpreparatene viste Direktøren ved Rikshospitalet bestyreren av Radiuminstituttet tillit. Denne tillit ble brukt til å tilby radiumbehandling til pasienter fra Østlandet, rekvirert fra departementene og fattigkassen. Av den sparsomme informasjonen som foreligger her, kan det antas å være en likeverdig behandling som ble tilbudt bredt i befolkningen.

Fotnote.

De gamle dokumenter som her er kopiert ble tatt vare på av Neliux Moxnes. Han var fysiker på Radiumhospitalet fra starten i 1932 og første bestyrer av «Strålevernet» når det åpnet i 1939.



Brevkopi 3: Brev fra Rikshospitalets direktør til bestyrer av Rikshospitalets Radiuminstitut, 28. april 1915.

Dato	Nr	Navne	Utskrift				Rekvirert	Sygdom
			Utskrift	Utskrift	Utskrift	Utskrift		
1915	1	Jonas, August	1				Rekv.	Rekv. cancer
1915	2	Jonas, August	1				Rekv. lutt	Rekv. cancer
1915	3	Jonas, August	1				Rekv. lutt	Rekv. cancer
1915	4	Jonas, August	1				Rekv. lutt	Rekv. cancer
1915	5	Jonas, August	1				Rekv.	Rekv. cancer
1915	6	Jonas, August	1				Rekv.	Rekv. cancer
1915	7	Jonas, August	1				Rekv.	Rekv. cancer
1915	8	Jonas, August	1				Rekv.	Rekv. cancer
1915	9	Jonas, August	1				Rekv.	Rekv. cancer
1915	10	Jonas, August	1				Rekv.	Rekv. cancer
1915	11	Jonas, August	1				Rekv.	Rekv. cancer
1915	12	Jonas, August	1				Rekv.	Rekv. cancer
1915	13	Jonas, August	1				Rekv.	Rekv. cancer

Kopi av «Utskrivningsprotokol».

Annonse

Annonce

Onkologisk forum ble i år arrangert i Trondheim. Byen som feiret sine tusen år i 1997 var denne gangen vertsby for forumets 30-årsjubileum. Fag og fest oppsummerer årets forum. Her får dere noen smakebiter fra Tråante.

Onkologisk forums 30-årsjubileum

Ved Tone Ik Dahl, leder

Ideen til et årlig nasjonalt kreftmøte ble unnfanget av Stein Gundersen og Jan Vincents Johannessen over en kaffekopp, den gang de to var henholdsvis tillitsvalgt for overlegene og nyutnevnt direktør ved Radiumhospitalet. De så behovet for en felles arena for alle som arbeidet med kreft, på tvers av profesjoner, sykehus og landsdeler, en arena med plass for både behandlere, forskere og representanter fra legemiddelindustrien. Jan Vincents skulle tegne logo og være den første formann, Stein skulle være sekretær.

Oppgavene og ansvaret for det årlige arrangementet skulle gå på omgang mellom universitetsbyene. Dette skulle ikke være et rent Radiumhospital-prosjekt! Og slik ble det. Antallet deltakere skjøt fart da de nasjonale faggruppene begynte å legge sine møter til forumet. De siste årene har Onkologisk forum samlet

over 400 deltakere til faglige foredrag og diskusjoner, nettverksbygging og sosialt samvær.

Jubileumsprogrammet i Trondheim gjenspeiler den faglige utviklingen siden det første Onkologiske forum i 1982. Olbjørn Klepp og Claes Tropes, nestorer fra det norske kreftmiljøet, delte av sin erfaring innen forskning og behandling av henholdsvis testikkel- og eggstokkreft. Engelskmannen Mitch Dows-ett, ledende innen reseptorpositiv brystkreft-forskning gjennom en årrekke, snakket om hormonreseptorstatus og prediksjon av behandlingsrespons. Et solid knippe internasjonale gjester foreleste om translasjonsforskning som er i ferd med å få praktisk betydning for pasientbehandling innen brystkreft (Carlos Caldas) og metastatisk sykdom (Danny Welch). Nederlenderne Dirk Gouma og Ine Schulz-Jurgenliem snakket om behandling av bukspyttkjertel- og gynekologisk kreft, mens amerikanske Melissa Hudson lærte forsamlingen om oppfølgingen av overle-

vere etter barnekreft. Før vi skiltes fredag, klarte Nina Cavalli Björkman og Jon Arne Søreides innlegg om den vanskelige samtalen begeistre og skape refleksjon hos de av oss som møter pasienter i vårt daglige virke.

Tradisjonen tro ble det også i år tildelt en pris på 50 000 kroner til en forsker under 40 år som har levert kreftforskning av særlig høy kvalitet. Innstillingskomiteen hadde en vanskelig jobb i år. Det var flere meget velkvalifiserte søkere. Vinneren bare var åtte år gammel da Stein Gundersen og Jan Vincents Johannessen arrangerte det aller første Onkologiske forum! Les mer om han senere. Ettervekten er god, og fremtiden lys for det norske kreftmiljøet.

Jeg håper med dette å ha overbevist alle om at jubilenten Onkologisk forum lever i beste velgående og er vital og sunn! På vegne av styret håper jeg alle deltakere hadde et utbytterikt Onkologisk forum i Trondheim.

Ung forsker-pris 2012 tildelt Kjetil Boye



Tone Ik Dahl og Kjetil Boye

Tradisjonen tro ble det også i år på Onkologisk forum tildelt en pris på 50 000 kroner til en forsker under 40 år som har levert kreftforskning av særlig høy kvalitet. Årets vinner arbeider ved Institutt for kreftforskning ved Oslo universitetssykehus.

Innstillingskomiteen hadde en vanskelig jobb i år. Det var flere meget velkvalifiserte søkere. Komiteen sier: "Årets unge kreftforsker" ble født i 1974 og var altså bare 8 år gammel da Onkologisk forum ble arrangert første gang. Bare 20 år gammel begynte han som laboratorieassistent ved Tumorbiologisk avdeling, Institutt for kreftforskning, der han etter hvert ble studentstipendiat. Han avla medisinsk embetseksamen i 2003 og disputerte allerede i 2007 på avhandlingen "The metastasis promoting protein S100A4:

Expression, regulation and biological function." Avhandlingen inneholdt fem arbeider innen forskningsfeltet metastasebiologi, og det er innenfor dette forskningsfeltet han har fokusert sin forskning også etter avlagt doktorgrad. Parallelt med spesialistutdanning i onkologi har han publisert ytterligere 10 vitenskapelige originalarbeider i solide tidsskrifter der han er førsteforfatter på tre og sisteforfatter på to arbeider. Han har etablert seg som selvstendig forsker innen feltet metastasebiologi og har hovedansvar for veiledningen av tre PhD-studenter. Den ene av disse skal etter planen levere sitt gradsarbeide i løpet av året. Innstillingskomiteen konkluderer at årets unge forsker har levert translasjonsforskning av meget høy kvalitet knyttet til klinisk relevante problemstillinger. Vi gleder oss til å følge hans videre utvikling."

Æresmedlemmer i NOF

Olbjørn Klepp



Olbjørn Klepp mottar æresdiplomet fra Hege Sagstuen Haugnes.

Olbjørn Klepp jobbet sine første år i onkologien ved Radiumhospitalet og fikk her ta del i den rivende utviklingen innen behandling av testikkelkreft. Han var med på å sørge for at norske pasienter i 1978 kunne bli behandlet med cisplatin, et medikament som endret metastatisk testikkelkreft fra å være en tragedie til å bli en modellsykdom. I 1981 var han med på å starte SWENOTECA. Tidlig på 80-tallet dro han til Trondheim hvor han bygde opp en veldrevet kreftenhet som tidligere i høst feiret 25-års jubileum. Han er kjent som den store entreprenøren innen norsk onkologi. Etter at Trondheim var blitt en veletablert avdeling, sørget han for utbygging av kreftenheten i Ålesund. Han har engasjert seg innenfor uro-onkologisk forskning, og har en professor II-stilling ved NTNU. Karrieren hans nådde en topp da han i 2010 fikk Kongens fortjenestemedalje i gull.

Som kliniker er han opptatt av å møte pasientene med verdighet, enten det er pasienter med kurativt siktemål eller de med langtkommen kreftsykdom. Selv om han egentlig har trådt over i pensjonistenes rekke, jobber han fortsatt både med forskningsprosjekter og i klinikken. Privat er han en utpreget familiemann, som gjerne tilbringer tid på hytta i Dalsbygda. Her er han en ivrig rypejeger og tar gjerne frem fiskestanga. Olbjørn Klepp er et svært verdig æresmedlem i Norsk onkologisk forening!

Olav Dahl



Olav Dahl takker for ærestittelen.

Etter 19 måneder innen onkologi ved Det Norske Radiumhospitalet dro Olav Dahl til Bergen tidlig på 70-tallet og var med på å bygge opp kreftenheten der. Han har i perioder vært avdelingsoverlege og ble etter hvert professor på fulltid. Allerede tidlig i yrkeskarrieren var han opptatt av å fremme kliniske studier lokalt, regionalt og etter hvert gjennom en stor innsats nasjonalt og i internasjonale samarbeidsgrupper innen gastrointestinal og urologisk cancer.

Han var også tidlig ute med å implementere ny kunnskap i praktisk pasientbehandling, og Helseregion Vest var derfor først ute i Norge med radikal strålebehandling ved prostatakrefte. Videre var han blant de første som viste at preoperativ strålebehandling ved operabel endetarmskreft kan bedre både lokal kontroll og overlevelse – og var med og banet vei for stråling brukt rutinemessig sammen med kjemoterapi ved lokalavanserte svulster. De siste årene har forskningen hatt en translasjonell vinkling, spesielt innenfor hypertermi og gastrointestinalkreft.

Han har hatt redaktøransvar for *Cytostatika-håndboken* fra tidlig på 80-tallet. Videre har han gjennom en årrekke vært redaktør i *Acta Oncologica*, og han er tidligere nominert til president i ESTRO. Han liker å være ute i naturen, både til sjøs og til fjells. Det siste året har han og storfamilien kunne nyte fjellet i nybygget hytte. Blomster er en av hans store lidenskaper. Det er med stor glede vi utnevner Olav Dahl som æresmedlem i Norsk onkologisk forening!

Årets onkolog 2012:

overlege Knut Fjæstad



Med årets utdeling ønsker vi å sette fokus på den store onkologiske aktiviteten som skjer utenfor universitetssykehusene. Overlege Knut Fjæstad har gjennom vel 20 år vært den mest sentrale aktøren i utviklingen av både de onkologiske og palliative tjenestene i Sykehuset Innlandet (SI). I 1991 startet han den første spesialistpoliklinikken for kreftpasienter i Hedmark fylke, på Hamar. Denne har vokst til en stor og meget veldrevet seksjon i SI som i tillegg omfatter kreftpoliklinikker i Kongsvinger, Tynset og Elverum. Han var også aktiv i opprettelsen av palliativt team på Hamar og er fortsatt teamets mentor.

Parallelt med dette har han jobbet systematisk med rekruttering/utdanning av onkologer og fikk tidlig sin enhet godkjent for deler av spesialistutdanningen i onkologi. Dette har medført at behovet for onkologer i Hedmark de nærmeste årene sannsynligvis vil kunne dekkes av spesialister som har fått deler av sin opplæring ved SI. Han har tatt aktiv del i utdanning og videreutdanning av kreftsykepleiere i Hedmark og er en engasjert og dyktig foreleser.

Kollegaene ved Kreftenheten på Hamar beskriver ham som faglig dyktig, oppdatert og med menneskelige egenskaper som gjør ham til en stor læremester og inspirator for sine ansatte og samarbeidspartnere. Han har en lun humor og evnen til å være direkte og ærlig på en god måte, noe som gjør at han nyter stor tillit blant sine kollegaer og ikke minst det store antallet pasienter han har fulgt opp gjennom årene.

Med bakgrunn i dette synes vi Knut Fjæstad er en meget verdig vinner av prisen «Årets onkolog 2012».

Olav Vs kreftpris 2012:

Claes Göran Tropé



Årets vinner av Olav Vs kreftpris 2012 er professor Claes Göran Tropé. Prisen er på en million kroner og deles årlig ut til en forsker som har bidratt til å fremme den norske kreftforskningens kvalitet og omfang. Den ble formelt overrakt av Hans Majestet Kong Harald V på vegne av Kreftforeningen den 11. juni. Tradisjonen tro holdt prisvinneren vinnerforedrag på årets Onkologisk forum i Trondheim.

Tropé er professor ved Institutt for klinisk medisin, og overlege og leder for Forsknings- og utviklingsenheten ved Avdeling for gynekologisk kreft ved Oslo universitetssykehus. Han avla doktorgraden ved Universitetet i Lund i 1974. Han har arbeidet ved Radiumhospitalet siden 1986 og har bidratt til nærmere 700 publikasjoner.

Tropés forskning ligger til grunn for nye behandlingsformer – først og fremst innen kreft i livmorhals, livmor og eggstokker – som har gitt høyere overlevelse og færre bivirkninger. I flere tilfeller er medisinske rutiner blitt endret som følge av Tropés initiativ.

Radiumhospitalets Legater støtter hans virke. Fra deres nettsider, www.radiumhospitaletslegater.no, gjengir vi med tillatelse dette intervjuet med prisvinneren:

Angrer du noen gang på at du forlot Sverige til fordel for Radiumhospitalet?

– Etter en tøff start de tre første årene, har jeg siden ikke et sekund tenkt tanken på å forlate Radiumhospitalet. Å arbeide her er jo ikke en jobb, det er en livsstil. Jeg kommer til å vandre i gangene her så lenge jeg lever, og kanskje vil jeg gå igjen her etterpå også. Jeg blir hverken den første eller den siste som gjør det, så fremt ikke alle fusjonene i helsevesenet river Radiumhospitalet og de gode åndene som hersker her i stykker.

Hvorfor brente du alle broer i Sverige for å flytte hit?

– Radiumhospitalet er et fyrtårn som alle så hen til med beundring. Det kom ikke bare av tidligere sjef for gynekologisk avdeling Kolstads innsats, men også på fast ledelse, og det at Radiumhospitalet var organisert som et komplett kreftssenter med hospital og eget forskningsinstitutt samlet under ett tak. Samtidig hadde man fremragende ekspertise innen histopatologi og cytologi, hvor ikke minst overlegene Vera Abeler, Beth Stenwig, Jan Vincents Johannessen og Jahn Nesland spilte en stor rolle.

Etter en doktordisputas i Lund på tidlig 70-tallet spurte professor Kolstad meg om jeg kunne tenke meg å etterfølge ham i Oslo. Jeg trodde først at han spøkte, men skjønte etter hvert at han mente alvor. Sent på 70-tallet ble jeg kontaktet med spørsmål om jeg kunne tenke meg å bli hans etterfølger. Jeg hadde da allerede i mange år gjort det jeg kunne for å kunne bli en verdig kandidat til stillingen.

Jeg intensiverte min trening i generell kirurgi, og utførte på universitetssykehuset i Lund de fleste store tarmreseksjoner, og også alle typer operasjoner for kreft i livmoren, livmorhalsen, og i de ytre kvinnelige kjønnsorganer.

Var du noensinne i tvil om du ville søke stillingen?

– Nei, da stillingen ble utlyst sendte jeg straks min søknad til Universitetet i Oslo. Blant 11 søkere, fra Norge og utlandet, ble jeg plassert på en klar førsteplass. Stillingen var en kombinert stilling som avdelingsoverlege ved Radiumhospitalet og professor ved Universitetet.

Men starten var ikke så lett som man kunne tro. Beslutningen om å gi meg professoratet ble overklaget. De som ikke ville ha meg hit mente at jeg ikke var kompetent, og at jeg var en mer eksperimentell molekylærbiologisk forsker, som ikke var spesialist i fødselshjelp og gynekologi. Jeg var riktignok spesialist i

gynekologisk kreft i Sverige, med spesialitet og grunnutdannelse i gynekologisk kreftkirurgi, stråleterapi og kjemoterapi. Det var litt av et sjokk for meg at jeg ikke straks kunne begynne i Oslo. Jeg hadde fortalt min avdeling og ledelsen på sykehuset i Lund at jeg hadde tenkt å forlate dem, og da ansettelsen min ble utsatt ble det ganske vanskelig å fortsette arbeidet i Lund. Jeg ble nesten ansett som en landssviker.

I Oslo ble det så oppnevnt en ny bedømmelseskommite, og den mente at jeg var den mest kompetente, både klinisk og vitenskapelig. De som anket den første komiteens beslutning hadde ikke sjekket opp min kirurgiske erfaring fra den generelle kirurgiske avdelingen i Lund og min store erfaring innen gynekologisk kreftkirurgi, og dessuten kunne det vel ikke være verdens største problem at jeg ikke var en erfaren fødselslege, man fødte jo ikke barn på Radiumhospitalet.

Jan Vincents Johannessen, som året før, i 1983, var tiltrådt som direktør ved Radiumhospitalet, og som jeg kjente fra litteraturen som en meget anerkjent elektromikroskopist og patolog, reiste faktisk ens ærend til Lund for å sjekke meg ut. Han gikk til og med vitsett med meg og så hvordan jeg omgikk med pasientene, og intervjuet til og med mine kolleger, ledelsen, og pasientene og bygget seg vel en oppfatning om at jeg ikke var så verst som enkelte ville ha det til, og at jeg faktisk kunne ren klinikk og dessuten hadde en "god folkeskikk".

Hva husker du best fra det møtet?

– For det første var jeg overrasket over at en sykehusdirektør reiste rundt for å sjekke kandidater til sjefstillinger der hvor de jobbet i øyeblikket. Det var jo ingen andre direktører som gjorde det på den tiden, og det tror jeg er enestående også i dag. Han sa at han ikke ville ha folk i huset som han etterpå måtte kvitte seg med. Han ville både sjekke bakgrunnen på dem han ansatte, og ikke minst kjenne på magefølelsen sin om de passet inn. Dessuten måtte han være sikker på at de klarte seg gjennom de brottsjøer som den nye sjefen ville møte, fra dem som ikke ville ha ham.

Det jeg kanskje husker aller best, den dag i dag. Vi skulle møtes til lunsj på en restaurant. Jeg hadde dresset meg opp slik svenske akademikere pleier å gjøre, med universitetsblazer med Universitetet i Lunds logo på brystlommen, gullknapper, og universitetsslips, og vannkjemmet hår, mens han kom slengende i sportsskjorte og ikke helt nye jeans.

Jeg trodde ikke sykehusdirektører kledde seg slik, det gjorde i alle fall ingen i Sverige. Vanligvis blir man utilpass hvis man ikke har dresset seg fint nok opp for anledningen, men her satt jeg følte jeg meg utilpass fordi jeg var for pent kledd.

Han spurte meg hvorfor jeg virket så stresset. Da jeg fortalte det fikk han seg en god latter. Han sa at Radiumhospitalet var et folkelig sykehus, "gitt av det norske folk til det norske folk".

Og at de han ansatte måtte innrette seg etter det, være dyktige, men folkelige, og være tilgjengelige, samme hvor de var i verden. Jeg tror faktisk at jeg har oppfylt disse kravene, men blazeren har jeg beholdt, til bruk ved høytidelige anledninger.

Da Johannessen kom tilbake til Oslo måtte han faktisk møte opp på kontoret til Rektor ved Universitetet der for å forsvare ansettelsen av meg. Men Rektor, Inge Lønning, brukte ikke mange minutter på å gi Johannessen medhold i at han hadde gjort et godt valg.

Når begynte du i stillingen?

– 1. april 1986 tiltrådte jeg stillingen. I Sverige trodde man det var en spøk, og man trodde at jeg ikke skulle ta professoratet i Oslo, men ta det som et skritt på veien til Stockholm hvor jeg var blitt kallet til professoratet ved Radiumhemmet der. Men jeg hadde jo i mange år forberedt meg på å satse på Oslo. I Oslo bedrev man den kirurgi som jeg hadde stor interesse for. I Sverige på den tiden, i 1986, valgte man bort kirurgi i faget gynekologisk onkologi, noe som førte til en forverring i behandlingen av kvinnekreft i Sverige. Tidligere var det kvinnekreftlegene i Sverige som opererte, og nå ble det plutselig allmenngynekologene som skulle gjøre det. De kunne jo ikke operere den avanserte cancerkirurgien. Jeg hadde derfor aldri planer om å bli i Sverige slik utviklingen der var, men forlot landet som "den siste mohikaner" innen kvinnekreftkirurgi og pakket koffertene og dro til Oslo.

De første 3 årene i Oslo var virkelig tøffe. Men heldigvis hadde jeg hele tiden direktøren i ryggen, og han hadde jo advart meg om at det ville bli tøft, så jeg ble jo ikke lurt hit. 3 år tok det før jeg klarte å etablere meg så vel som forsker, men også som kliniker og leder. Jeg tenkte ofte på om det virkelig var verdt helsen å kjempe for å overleve på Radiumhospitalet i Oslo.

Følte du at du hadde noe å tilføre Radiumhospitalet som professor Kolstads etterfølger?

– Jeg hadde med meg nye ideer fra blant annet Lund, men også fra USA, der jeg hadde fått moderne impulser i avansert kreftkirurgi og moderne kjemoterapi. Jeg oppdaget snart det faktum at på Radiumhospitalet i Oslo bedrev man ikke moderne kreftkirurgi, i hvert fall ikke ved eggstokkreft, og man ga ikke adekvat moderne kjemoterapi.

Jeg lyktes sakte men sikkert å endre på dette, og fikk gjennomslag for innføring av mine ideer. Jeg begynte også med å bygge en sterkere bro mellom avdelingen og forskningsinstituttet, og startet opp samarbeidet med anerkjente kreftforskere som prof. Jahn Nesland, prof. Anne-Lise Børresen, overlege Vera Abeler, og senere ass. professor Ben Davidson. Jeg utnyttet så godt jeg kunne det faktum at Radiumhospitalet hadde en av Nord-Europas største avdelinger for kvinnekreft, med 125 senger, og med et stort pasientantall. Dette gjorde at jeg kunne innføre store, såkalte prospektive randomiserte studier, spesielt innen eggstokkreft, men også kreft i livmorhalsen og livmorlegemet.

- Under min første tid i Norge så stiftet jeg Nordisk gyn.onkologisk

forening, i 1987, og Norsk gyn.onkologisk forening i 1992.

- Jeg innførte moderniseringen av intrakavitær radioterapi, noe som var helt nødvendig for ikke å utsette personalet for strålefare. For det foreligger en betydelig strålerisiko med radiumbehandlingen. Tromsø, Trondheim og Bergen fulgte etter, og bruker i dag samme metode som Radiumhospitalet.
- Jeg var den første i Skandinavia som behandlet pasienter som ble oppdaget med fremskredet kreft i eggstokkene, eller hvor en behandlet kreftsykdom i eggstokkene var kommet tilbake, med de nye stoffene Epirubicin, Liposomalt Doxorubicin, Carboplatin og Paclitaxel.

Jeg har også gjort mitt beste i foreningssammenheng, og vært formann i Norsk gyn.onkologisk forening, formann i Nordisk gyn.onkologisk forening og medlem i EORTC, den europeiske organisasjonen for utprøvende kreftbehandling. Der satt jeg i komiteen for kjemoterapi ved kreft i eggstokkene, og i den egenskap var jeg med på å starte 10 nasjonale og internasjonale, såkalt prospektive randomiserte studier, innen kjemoterapi ved tidlig og avansert eggstokkreft. Prospektive randomiserte studier gjøres når man ikke vet om en annen behandlingsmetode er bedre enn den etablerte "gullstandard". Blant

pasientene som sier seg villig til å delta i studien, og som har samme kreftform i samme stadium, trekker man så lodd om hvem som skal få hvilken behandling. Utgangspunktet er at behandlingsmetodene er tilnærmedesvis like gode, og at man ikke vet hvilken som er best. Det er jo nettopp det man vi finne ut. Ellers ville det vært uetisk å gjennomføre studien. Etter behandlingen følger man pasientene over tid, og sammenlikner etter en stund de to pasientgruppene, for å se om man bør fortsette med den etablerte behandlingen, eller etablere en ny "gullstandard". Resultatene fra disse studiene var epokegivende, og resulterte i nye standardregimer for behandling av tidlig eggstokkreft og avansert eggstokkreft både nasjonalt og internasjonalt.

Jeg endret den norske behandlingen av tidlig livmorhalskreft, som gikk ut på at man først ga strålebehandling, og deretter gjorde radikal kirurgi. Jeg brukte kun radikalkirurgi. Dette ga samme overlevelse som tidligere, men ga pasientene en betraktelig bedre livskvalitet. De unngikk en del umiddelbare skader og også senstråleskader. Det gjorde at mange av dem kunne få barn etter behandlingen. Denne type kirurgisk behandling innførte jeg også, tidlig på 1990-tallet, for eggstokkreft, og resultatet har vært meget oppløftende. Mer enn 30 barn er blitt født i Norge av mødre som har hatt kreft i eggstokkene.

Vil du redde Onkonytt?

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

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

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

Annonse

Ipilimumab til de rike

Ved Magnar Johansen

Nok en gang diskuteres verdien av et vunnet leveår i lindrende behandling. Toneangivende fagfolk har anbefalt at Ipilimumab tas i bruk ved metastasert malignt melanom, men myndighetene har sagt prisen er for høy. Men har du 800 000 kroner, kan du kjøpe deg behandling, vel og merke dersom du kan oppholde deg i Oslo-regionen i 4–6 måneder.

Helsedirektoratet

Ipilimumab er det eneste medikamentet som per i dag har vist seg å gi noe økt levetid for pasienter med føflekk-kreft med spredning. Gevinst i vunnet median overlevelse er vel et halvt år, hver 4. pasient har effekt og studien viser en hale hvor noen har langvarig effekt. Kostnader per kvalitetsjustert vunnet leveår er anslått til ca 870 000 kr. Ved en samlet vurdering av tilstandens alvorlighet, behandlingseffekt, bivirkninger og effekt i forhold til kostnader, kan Helsedirektoratet ikke anbefale at ipilimumab tas inn i nasjonalt handlingsprogram for maligne melanomer.

Overlege Oddvar Straume på Haukeland er uenig i konklusjonen, men har uttalt til media at hans syns økonomiske argumenter er redelige. "Det er et politisk spørsmål – hvor mye er et ekstra leveår verdt? Det må politikere svare på. Vi fagfolk kan uttale oss om effekt, risiko og dokumentasjon, men hvor mye staten til slutt kan betale, må politikerne avgjøre. Men da trengs et betydelig politisk mot," sier han.

Aleris

Selv om det offentlige ikke anbefaler behandlingen pga. høy pris, mener enkelte onkologer at nytteverdien av selve behandlingen er god. Aleris selger nå behandling med Ipilimumab til pasienter i god allmenntilstand (ECOG 0-2) og med forventet levetid på over 6 måneder. Dette skjer i samarbeid

med dr. Nyakas på Radiumhospitalet. De behandler kun pasienter der det er enighet med teamet fra Utprøvningsenheten på OUS om indikasjonen for behandling.

Kun tilbud i Oslo

Pasientene må oppholde seg i Oslo under hele behandlingsperioden, da Aleris ønsker å kunne vurdere eventuelle bivirkninger med



minst mulig forsinkelse. Unntak kan gjøres der de får i stand en avtale om oppfølging av eventuelle bivirkninger med pasientens lokalsykehus, som i så fall må ha erfaring med behandlingen. Der det vil være behov for intensivbehandling, skal pasienter som oppholder seg i Oslo-området, innlegges ved DNR.

Det normale opplegget for Aleris Ipi-pasienter er en dobbelttime med pasientinformasjon og anamnese, baseline blodprøver samt FDG PET/CT og MR caput, før vurdering av behandling. Om pasienten får et behandlingstilbud, følger kur hver tredje uke, totalt fire kurer. Kurene tilberedes for infusjon ved Radiumhospitalets produksjonsavdeling, før infusjonene blir gitt samme dag hos Aleris på Frogner i Oslo. Det settes opp en legetime før

hver infusjon med blodprøver som inkluderer blodbilde, infeksjonsprøver, elektrolyttstatus, lever og nyreprøver, hormonprøver og stoffskifte. I tillegg ringes pasienten hver uke i alle uker der det ikke er satt opp legekonsultasjon. Pasienten følges i totalt 24 uker, med CT responseevaluering i uke 12 og 16 og avsluttende evaluering med PET/CT og MR caput i uke 24. Det settes opp en legetime i etterkant av alle responseevalueringer, og pasienten ringes ukentlig, også i oppfølgingsperioden etter behandlingen er avsluttet.

Ny æra?

Dette er første gang, så vidt vi vet, at det private tilbyr medikamentell kreftbehandling som ikke gis i det offentlige helsevesenet. Vi har spurt Marius Normann, ansvarlig onkolog hos Aleris, om hva han mener om dette. "Vi håper dette vil fungere som en brekkstang for offentlig refusjon. Det er ille at det finnes en behandling som virker, men som ikke tilbys i Norge, primært på grunn av pris. Mange av disse pasientene ville ha reist utenlands for denne behandlingen, med den manglende oppfølging avstanden da ville ha medført. Aleris viktigste gevinst er at vi blir satt på kartet som et privat alternativ innen kreftutredning og behandling. Vi har ikke som målsetning å tjene penger på denne pasientgruppen."

Framover vil nok dette være stadig mer gjeldende. Helsedirektoratets grupper har til nå arbeidet sakte med vurdering av nye medikamenter. Prisen for et leveår tør de fleste politikere ikke fastsette, det er opp til byråkrater og overlates også tildels til leger og til det enkelte sykehus økonomi. Som Normann sier det: "Det vil stadig komme nye kostbare medikamenter på markedet. Vi tror det er viktig å kunne tilby pasientene dokumentert effektiv behandling, selv om refusjon fra det offentlige ikke er på plass enda. Slike refusjonsvurderinger er en byråkratisk prosess, som ofte tar lengre tid enn pasientene har til rådighet."

GoTreatIT-Cancer

Er det mulig å få IT-verktøy som er tilpasset våre behov?

Ved Christian Kersten, Overlege dr.med.

- Den legen som ønsker seg en grafisk oversikt over pasientforløpet raskt: **REKK OPP HÅNDA!**
- Den lederen som ønsker seg en grafisk oversikt over hvor mange pasienter som har fått det nye dyre medikamentet og med hvilken effekt raskt: **REKK OPP HÅNDA!**
- Den forskeren som ønsker populasjonsbaserte "real-life" data: **REKK OPP HÅNDA!**
- Helsearbeidere og pasienter som ønsker å få grafisk oversikt over pasientens egen vurdering av sin helsetilstand, for eksempel livskvalitet og/eller smerte: **REKK OPP HÅNDA!**

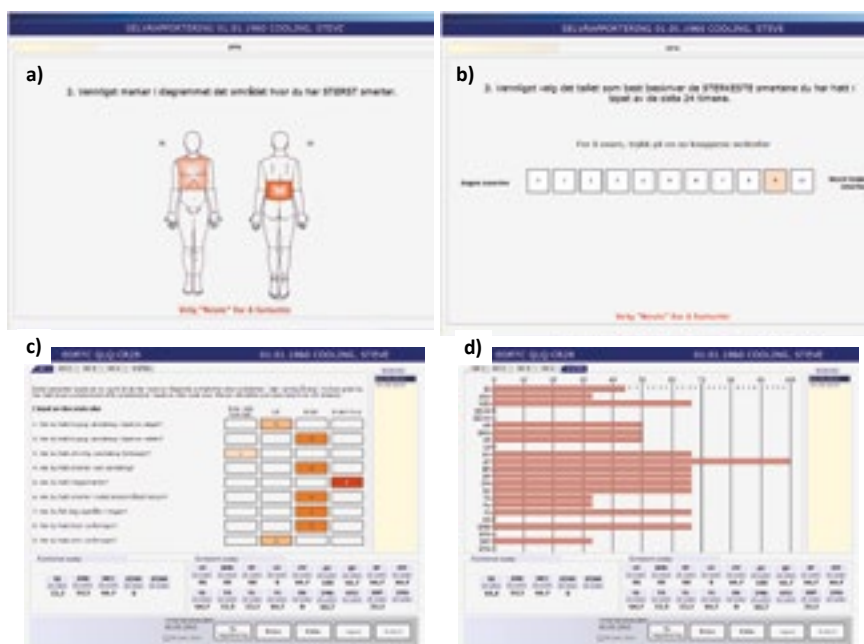
Ja vel, hvorfor har vi ikke et slikt verktøy?

Jeg tror kvinnen i gata hadde ristet på hodet (hun gjør det) når jeg sier til henne at "Nei, jeg kjenner ikke livskvaliteten til pasientene mine. Nei, det tar noen måneder å finne ut av hvor lenge de levde. Forandring av levetid og livskvalitet hos mine pasienter etter innføring av det nye dyre medikamentet? Det kan du helt glemme!"

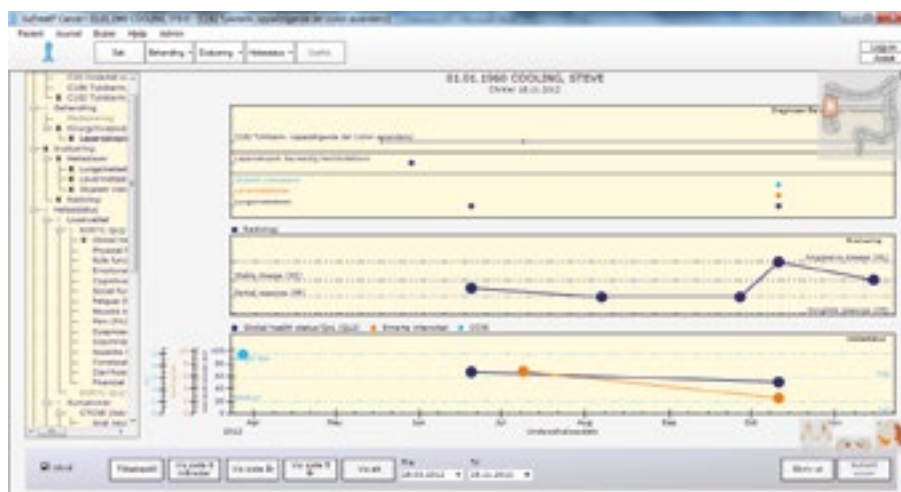
Har dere steppet inn for en kollega i poliklinikken og overtatt fru Hansen? Hun har jo vært "velkjent" i avdelingen i tre år... Bare at kollegaen ikke er her i dag. Hvor mye tid går på å få oversikt og hvor mye på å snakke med pasienten?

Det er ikke sikkert at jeg presenterer en god løsning her, men det er et forsøk. Ved Senter for kreftbehandling i Kristiansand (SFK) har vi i ca. to-tre år jobbet med et prosjekt som heter GoTreat IT Cancer (GTI-C). Prosjektet er en videreføring av en revma-modul, som ble utviklet av Prof. Glenn Haugeberg sammen med DiaGraphIT AS og som brukes ved ca. 20 avdelinger i Norden. Finansieringen av kreft-modulen kommer via RFR/OFU-midler. Ingen ved SFK har egne økonomiske interesser; vi ønsker produktet i avdelingen.

Vi ønsker å innfri de ovenfor nevnte ønskene i første omgang for kolorektal kanser. Piloten



Figur 1: Eksempel på utfylling av BPI-skjema a) og b) eller EORTC QLQ-CR29 c) og d)



Figur 2: Grafisk utvikling av smerte (BPI) og livskvalitet ift radiologisk respons. Øvre rektangulære felt: Det dreier seg om en pasient som i mai 2012 ble diagnostisert med høysidig kolonkanser, fikk laparoskopisk hemikolektomi i mai 2012. Diagnose av lungemetastaser første gang i juni 2012 og nye i oktober 2012, samtidig med lever- og skjelettmetastaser. Dersom man beveger musen over f.eks. kirurgiprikken, kolonkanser eller metastaseikonene popper det opp bokser med informasjon om henholdsvis operasjonen, histologien eller utbredelsen av metastasene. Midtre rektangulære felt: Radiologisk evaluering. Nedre rektangulære felt: Den lyseblå prikken indikerer høy komorbiditet i mars 2012, iflg. Charlson Comorbidity Index. QoL (EORTC-C30) indikeres med mørkeblå og smerteintensitet (BPI) med oransje.

innføres i klinikken i 01/2013. Parallelt utvikler vi modulene for de andre store kreftformene (lunge, prostata, mamma, gyn). http://www.diagaphit.com/index.php?expand=82&show=82&topmenu_2=19
Vi drømmer om følgende scenario: Pasienten kommer til SFK og henvender seg i skranken. Sekretæren ser at legen ikke bare har bestilt blodprøver, men også EORTC-QLQ CR29 og BPI. Hun aktiverer lesebrettet med GTI-applikasjonen og de bestilte skjemaene. Pasienten svarer på spørsmålene – for eksempel i venteværelset eller dersom ikke nødvendig før legekonsultasjonen, mens han får cellegift.

Når pasienten kommer til legen (eller når legen ønsker å konferere med andre), har legen en grafisk oversikt over de elementene som legen selv synes er relevante, se figur 2.

I figur 2 illustreres så langt kun behandlingsresultatene, i og med at vi jobber med å få på plass et samarbeid med en eller flere

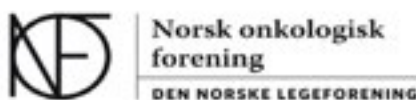
kommersielle aktører som tilbyr elektronisk medikament-rekvisisjon, inkl. cytostatika. I så fall vil disse dataene automatisk hentes inn i GTI, og man vil grafisk kunne sammenligne gitt medikament (FLOX-kur og/eller opiater, kvalmestillende etc.) med pasientrapportert helse og/eller for eksempel blodprøver eller radiologisk utvikling – på ÉN side. Fokus er å få longitudinal oversikt over hyppig og gjentatt behandling og kirurgi, og strålebehandlingsmodulen i programmet blir således nokså enkel, men, ja, det registreres. Målsettingen er at data er av høy kvalitet, og at de således registreres enten automatisk eller av personer som har en stor egeninteresse, dvs. pasienten eller legen. Vi ønsker å unngå dobbelregistrering eller registrering av data som man ikke har lest seg opp til før den gitte konsultasjonen. Selvfølgelig vil data kunne analyseres og presenteres grafisk på gruppenivå – enten til forskning eller administrative formål.

Fagfolk innenfor de andre tumorgruppene, som ønsker å bidra i utviklingen av produktet for sin tumorgruppe, er mer enn velkommen til å ta kontakt med undertegnende! Kritikkk og innspill er også velkommen!

Ha en oversiktlig førjulstid!

*Beste hilsener,
Christian Kersten, Overlege dr.med.
Senter for kreftbehandling, Kristiansand
Mail: christian.kersten@sshf.no
Mobil: +47/91339443*

Styremedlem i NOF, noe for deg?



Norsk onkologisk forening søker nye kandidater til styret

Høsten 2013 er det nytt valg av styremedlemmer til NOF. Valget vil skje på årsmøtet i NOF i tilknytning til Onkologisk forum. De fleste sittende styremedlemmer i NOF vil da ha vært aktive i styret i 4 år eller mer. Flere av oss har da tenkt å overlate plassen til nye styremedlemmer. Er du enten en onkolog eller lege i spesialisering som er litt over gjennomsnittet engasjert i faget ditt, og som gjerne vil bidra med å sette viktige problemstillinger på agendaen – så bør du melde deg som en mulig styrekandidat! Dette er ikke et verv som krever mye av din tid. Det å være med i NOF-styret er morsomt, inspirerende, sosialt og en unik mulighet for å påvirke faget vårt. Vi i NOF-styret har 3 fysiske styremøter i året, og i tillegg et telefonmøte per måned. Styremedlemmene honoreres med et årlig fagstipend.

Er du interessert?

Kontakt Hege Sagstuen Haugnes (hege.sagstuen.haugnes@unn.no) eller René van Helvoirt (rene.helvoirt@sshf.no).

Halfdan Sørbye har fått stipend fra NOF for å delta på ASCO. Han bidrar derfor med denne artikkelen til glede og nytte for Onkonytts lesere.

Gastrointestinale cancerstudier fra ASCO 2012: Konsekvenser for daglig norsk praksis?

Årets GI-sesjoner på ASCO var preget av at utprøving av ny behandling i en uselektert populasjon har betydelig risiko for å feile. En del studier har imidlertid betydning for daglig norsk praksis.

Ved Halfdan Sørbye,
Haukeland universitetssjukehus

Bevacizumab ved metastatisk kolorektal cancer (mCRC)

Det har vært en pågående diskusjon om hvordan bevacizumab skal brukes ved metastatisk CRC. Kan det seponeres når kjemoterapi stoppes (SAKK-data forventes sent 2012), skal det gis til progress som i den originale Hurwitz-studien, eller bør det kontinuieres også etter progresjon. I et publisert populasjonsbasert materiale (Brite) fant man i en retrospektiv analyse økt overlevelse hos pasienter som fikk bevacizumab etter progresjon: 31 md. vs. 19 md. (19.2 md. vs 9.5 md. etter oppstart andrelinje). Bruken av bevacizumab etter progresjon har vært uttalt i USA. I en amerikansk populasjonskohort med mCRC som fikk kjemoterapi, fikk 51 % førstelinjes behandling med bevacizumab (ab. 3537), og 33 % brukte også bevacizumab etter progresjon. Dataene medførte en randomisert fase III-studie (TML-studien), hvor pasienter startet med kjemoterapi og bevacizumab. Ved progresjon ble pasienter randomisert til andrelinjes kjemoterapi med eller uten vide-reføring med bevacizumab (ab.3503). Studien viste skuffende kun en liten signifikant bedring i overlevelse fra randomiseringen på 1.4 md.; 11.2 md. vs. 9.8 md. Bruk av bevacizumab etter progresjon vil ikke bli en anbefaling i de nasjonale retningslinjene i Norge.

Effekt av oral tyrosinkinase-hemmer regorafenib ved metastatisk kolorektal cancer

Regorafenib (Stivarga®), er en oral multikinasehemmer. CORRECT-studien (ab.3502)

undersøkte effekten av regorafenib hos 760 mCRC-pasienter som hadde fått all standard behandling. Sammenliknet mot BSC gav regorafenib en marginal signifikant økt overlevelse på 1.4 md. (6.4 md. vs. 5 md.). Økningen i PFS var fra 2.0 vs. 1.7 md., med en HR på 0.493 og $p < .000001$. På tross av imponerende statistisk signifikans synes nok mange at de fleste pasienter hadde lite nytte av behandlingen. Overlevelseskurvene viser imidlertid at kurvene skiller betydelig lag etter ca. 2 md. Man kunne derfor håpe på å definere en undergruppe som kan ha større effekt av denne behandling, men muntlig informasjon fra firmaet viser at der er lik effekt i alle undergrupper. Som ved andre multikinase-hemmere var det et høyt antall bivirkninger, spesielt hand-fot-syndrom. Vanligste grad 3-4 bivirkninger er hand-fot-reaksjon (17 %), fatigue (15 %), diaré (8 %), hyperbilirubinemi (8 %), hypertensjon (7 %). Fatal levertoksitet forekom. FDA har nylig godkjent medikamentet til bruk. Det ser ut til at norske pasienter vil få tilgang til medikamentet gjennom en expanded excess-program, norsk koordinator er dr. Rune Småland i Stavanger.

FOLFIRINOX ved pancreascancer og metastatisk kolorektal cancer

FOLFIRINOX ved avansert pancreascancer har i tidligere studier gitt en signifikant og klinisk relevant økt overlevelse. Behandlingen ble imidlertid ikke umiddelbart tatt i bruk ved de fleste sentra i Norge pga. bekymring for toksisitet og en mulig økt kolangitt-risiko ved tumor i pankreashodet (som var underrepresentert i opprinnelige studie). Flere sentra rapporterer nå imidlertid

at FOLFIRINOX er tolerabelt for tumores i pankreashodet samt at bivirkningsprofilen er akseptabel. En amerikansk studie (4057) gav 80 % dosering fra start samt GSF til alle pasienter uten tilsynelatende å miste effekt av behandlingen. Gjennom andre sesjoner går det tydelig fram at FOLFIRINOX brukes nå rutinemessig ved de fleste sentra og at man anslår at ca 1/3 av pasientene som får kjemoterapi får FOLFIRINOX. FOLFIRINOX bør derfor være et etablert behandlingstilbud ved norske sykehus, mest aktuelt ved potensielt resektable (avhengig av tumorregress) men også til utvalgte yngre pasienter i god allmenntilstand som kan tolerere og aksepterer en slik behandling. Rutinemessig GSF bør nok da gis. Norske FOLFIRINOX-data fra Ålesund presenteres på Onkologisk forum i 2012.

Pasienter med metastatisk kolorektal cancer og BRAF-mutasjon har en svært dårlig prognose, selv etter oppstart av kjemoterapi. Svært få pasienter med BRAF-mutasjon får gjennomført leverkirurgi (ab. 3616). Median overlevelse etter oppstart av kjemoterapi er ca 10 md., sammenliknet med ca. 20 md. uten en slik mutasjon (NORDIC 7-data). Spørsmålet er om BRAF-muterte pasienter bør behandles annerledes initialt. I en studie på 15 BRAF-muterte pasienter ble FOLFIRINOX med bevacizumab gitt (ab. 3585). Resultatene er overraskende gode: responsrate 68%, PFS 11.8 md. og median OS 23.8 md! Et spørsmål er selvsagt hvor selekterte disse pasienter er. Toksiteten av FOLFIRINOX har vært bekymringsfullt, men flere rapporter viser nå at regimet er gjennomførbart også utenfor studier (ab.3633).

Adjuvant behandling av koloncancer

Det foreligger en usikkerhet mtp. nytteverdien av adjuvant behandling av koloncancer hos eldre. I flere studier har man retrospektivt ikke kunnet påvise at pasienter over 70 har nytte av oxaliplatin ved adjuvant behandling, men dette er omdiskutert. Betydning av

alder og komorbiditet mtp. nytte av adjuvant behandling ble undersøkt hos 4819 studiepasienter (ab. 3522). Studien viste at nytteverdien av oxaliplatin var signifikant uavhengig av alder og komorbiditet, men der var noe mindre effekt av oxaliplatin hos studiepasienter > 70. En del sentra er nå tilbakeholden med oxaliplatin ved alder > 70 dersom der er relative kontraindikasjoner eller komorbiditet. I Sverige er det et forslag til nasjonale retningslinjer om at man ikke skal gi oxaliplatin adjuvant ved alder > 70 år.

Andrelinjes behandling med palliativ kjemoterapi ved metastatisk ventrikkeltumor

Hva som bør velges som andrelinjes palliativ kjemoterapi ved metastatisk ventrikkeltumor etter førstelinjes platinum-behandling er uavklart. En randomisert fase III-studie sammenliknet irinotekan mot ukentlig

paclitaxel (ab 4002). Der var ingen signifikant forskjell i PFS og OS; 2.3 md. og 8.4 md. for irinotekan mot 3.6 md. og 9.5 md. for paclitaxel. Begge regimer er således likeverdige alternativer som andrelinjes behandling

Nevroendokrine karsinomer i GI-traktus

En nordisk retrospektive studie på 305 pasienter med avansert gastrointestinale nevroendokrine karsinomer (GI-NEC) viste en median overlevelse på 11 md. med palliativ kjemoterapi vs. 1 md. hos ubehandlede pasienter. Responsrate og overlevelse var sterkt korrelert til allmenntilstand (PS0 18 md. vs. PS2 5 md.). NEC med utgangspunkt i pankreas hadde bedre overlevelse (15 md.) sammenliknet med primærtumor i colon (8 md.). Carboplatin-basert behandling var likeverdig med cisplatin-basert behandling. Pasienter med høy ki-67 (>55 %) hadde en

høyere responsrate (44 % vs. 14 %), men dårligere overlevelse (10 md. vs. 15 md.).

Studien illustrerer at GI-NEC-pasienter bør henvises umiddelbart mtp vurdering for kjemoterapi, før allmenntilstanden blir for dårlig til behandling. De fleste vil anbefale at slike pasienter tas inn til vurdering og ev. oppstart av kjemoterapi i løpet av en uke. Studien taler mot å betrakte alle GI-NEC > 20% som en gruppe og viser platin-basert kjemoterapi ved ki-67 < 55 % ser ikke ut til å være en optimal behandling mtp dens toksitet. Temozolomide har tidligere vist effekt som andrelinjes behandling av denne sykdom. En utprøvende studie med sunitinib ved NEC er startet i Frankrike, everolimus planlegges gitt i en tysk studie. Det planlegges en nordisk multisenter førstelinjes studie ved NEC med Ki-67 < 50 %. Det startes i november 2012 et nordisk prospektivt GI-NEC-register.

Fagstipend 2013



Norsk onkologisk
forening
DEN NORSKE LEGEFORENING

Norsk onkologisk forening annonserer fagstipend for 2013

NOF-medlemmer kan søke om stipend med maks beløp inntil 15.000 kr per person for deltakelse ved ulike konferanser/kongresser eller for hospitering ved en annen institusjon. Det deles ut inntil 150.000 kr for 2013, fordelt på to ganger i året, dvs. inntil 75.000 kr henholdsvis vår og høst. Søknadsfristene er 20. februar og 20. september, og disse må overholdes.

NOF dekker utgifter i henhold til Retningslinjer fra fond III* fra legeföreningen, samt eventuelt kursavgift.

Søknaden skal inneholde navn, stilling, arbeidssted, formål, tidsrom og en spesifisert estimert kostnadsoversikt. Stipendet utbetales innen tre måneder etter reisen etter innsendt faktura/reiseregning med kvitteringer.

NOF lager et register over alle som er innvilget stipend. Det sendes svarbrev til alle søkere, inkludert reiseregning til de som aksepteres for stipend.

De som har fått tildelt stipend, skal bidra som foredragsholdere v/NOF-arrangement eller med artikkel/referat i Onknyt.

(*Fond III: "Rimeligste reisemåte og offentlige transportmidler skal i størst mulig utstrekning benyttes. Utgifter til overnatting for kurs arrangert i Norge dekkes med inntil 950 NOK per natt etter regning. Ved kurs utenfor Norge dekkes inntil kr 1100 per natt etter regning. Diettutgifter refunderes ikke. Drosje refunderes kun i særskilte tilfeller.")

NOF inviterer sine medlemmer til å søke fagstipend 2013.

Søknadsfristene for innmelding er 20.02.2013 og 20.09.2013

Søknaden sendes til NOF-styret ved Christine Undseth: UXSMIC@ous-hf.no

Annonce

Utkastet til ny nasjonal strategi på kreftområdet 2013-2017 er sendt ut på høring. Utkastet kan leses på Helsedirektoratets hjemmesider. Her kan du lese NOFs høringsutkast.

Høringsinnspill fra Norsk onkologisk forening angående «Forslag til nasjonal strategi på kreftområdet 2013-2017»

Hovedpunkter:

- NOF synes rapporten er utydelig i forhold til hva som er strategien.
- Fagmiljøene har i liten grad fått bidratt i utarbeidelsen av strategien.
- Det er vanskelig å se at tiltakene som foreslås kan gjennomføres innenfor eksisterende økonomiske rammer. Man må tørre å si at dette kommer til å kreve økte ressurser.
- Palliasjon har fått en for stor rolle på bekostning av kurativ behandling, noe vi mener er uheldig.
- NOF går mot forslaget på minimum 6 md obligatorisk tjeneste på palliativ enhet for utdanningskandidater i onkologi, både av faglige og organisatoriske årsaker.
- Mangelen på onkologer i årene fremover er i liten grad problematisert. Her bør det være konkrete tiltak, bl. a opprettelse av flere utdanningsstillinger. Mange av tiltakene som foreslås i strategien er «onkologkrevende».

Kapittel 2: Oppdrag og organisering

NOF mener det er svært uheldig med så korte høringsfrister. Rapporten bærer preg av hastverksarbeid, og det er mange uklare og lite forpliktende formuleringer.

Skrivegruppen er påfallende topp-og administrasjonstung og består i liten grad av personer som er i klinikken til daglig. HDir burde i langt større grad brukt de onkologiske faggruppene og faggrupper i andre spesialiteter tidligere i skriveprosessen. Nå kom de først inn som deltakere i referansegruppen når mesteparten av skrivearbeidet var gjort. Mulighetene til å forme innholdet i rapporten er da betydelig mindre. Dette gjør at rapportens legitimitet i fagmiljøet svekkes.

Hvordan er det mulig å tenke seg at: «**strategien skal gjennomføres innenfor eksisterende økonomiske rammer og gjeldende styringsstruktur**»? Mange av tiltakene som foreslås krever åpenbart økte ressurser, og skal man først se fremover og være visjonær, må det også være fornuftig å se på om gjeldende styringsstruktur virkelig er hensiktsmessig!

s 6: «Tidligere nasjonale kreftstrategier» Hva skal stå her? Erfaringer fra forrige rapport er svært viktig, og det er ikke sikkert at våre erfaringer stemmer overens med HDir sin oppfatning. I hvilken grad har man egentlig lagt Helsetilsynets rapport fra 2010 om risikobildet innen kreftomsorgen til grunn for ny strategi?

Etter vår mening virker den forrige kreftplanen langt bedre gjennomarbeidet enn denne strategien.

Kapittel 3: Utfordringer i kreftomsorgen

-Private aktørers rolle: Denne biten er diffus og må presiseres. Deres rolle MÅ og ikke «bør» avklares. Her er det mye dobbeltarbeid, det er store kvalitetsforskjeller og myndighetene må mene noe om og bidra til at det blir en fornuftig ressursbruk.

-Nasjonale pasientforløp: MÅ, ikke «bør» styrkes. Se ellers kommentarer til kap 11.

-s10 : 20-dagers fristen. Fristen må differensieres og problematiseres. Dette gjelder ikke for alle pasientgrupper, mens det for andre er påkrevd med kortere tid. Dette er uklart formulert i siste avsnitt s 10. Har man sett på erfaringene fra Danmark mhp raske pasientforløp?

-s 11: Hva mener man med fig 4: Pasientforløp i kreftomsorgen – «Det store kreftforløpet»? Her ser det ut til at all kreftbehandling ender i palliasjon/ end of care. Dette er direkte feil da mellom 60-70% av pasientene blir friske av sin kreftsykdom. Denne må korrigeres eller fjernes.

-s 12: NOF er enig i overordnede målsettinger, tiltak og virkemidler, men synes det er helt urealistisk at man tror dette kan gjøres uten økte rammer.

Kapittel 6: Screening og tidlig diagnostikk

-Screening for prostatakreft og lungekreft: siden effekten her er usikker, savnes føringer på hvorvidt det bør gjøres studier. Her må man konsultere NLCC og NUGC.

-Behov av endoskopører. Det er allerede nå åpenbart at dette trengs både for diagnostikk og screening. Under «Tiltak og virkemidler» s 21 må man da si at utdanningskapasiteten må økes, ikke «utvikle en plan om økt antall skopører frem mot 2020»

Kapittel 7: Samhandling, pasientforløp og organisering

-Her står det mye om samhandling og ansvar; mange utfordringer, en del forslag til hvordan samhandle, men NOF savner at det påpekes at dette vil medføre:
-at noen (hvem og hvordan?) utarbeider handlingsprogram og standardiserte pasientforløp
-at det må settes av tid til tverrfaglig team mellom 1. og 2./3.linjetjenesten
-at det må settes av mer ressurser på onkologiske avdelinger for vurdering og oppfølging av pasienter med mulige seneffekter (man kan ikke forvente

Innspill til nasjonal kreftplan

at enhver fastlege skal ha detaljert kunnskap om dette; det vil derfor bety at flere pas blir henvist for vurdering). Man må sikre at det er tilstrekkelig kompetanse på dette området på alle onkologiske avd.

Med hensyn på seneffekter – kartlegging og mulige tiltak: Vi er helt enige at seneffekter er noe som det må fokuseres mer på, men her har allerede rapporten utarbeidet av en faggruppe nedsatt av HDir i 2010 kommet med klare anbefalinger som vi mener bør følges. Så vidt vi vet, er ingen av forslåtte tiltak iverksatt så langt. For eksempel forslaget om ny opprettelse av 50% onkologstilling med spesielt ansvar for seneffekter i hver region.

Kapittel 8: Utredning

s26 : «Ved mistanke om kreft bør fastlege avklare situasjonen raskt» Her må man skrive MÅ i stedet for «bør», og hva er raskt? Fastlegen må ha tilgang til rask og kompetent diagnostikk slik det står lenger ned på side 26. Her er det en betydelig flaskehals som det er bra at synliggjøres. Under «tiltak» må det derfor også stå noe om personell.

Det må jobbes for å skaffe flere patologer, nukleærmedisinere, endoskopører og radiologer, fortrinnsvis ved å øke stillinger og utdanningskapasitet samt sørge for stimulerings tiltak for rekruttering til disse spesialitetene.

MDT er sentral i samarbeidet mellom diagnostikere og klinikerne. Her en onkologen helt sentral og det er en forutsetning at onkolog-kapasiteten er tilstrekkelig. En økning av denne må også stå under «tiltak» i dette kapitlet.

-s27:»Norge har en moderne utstyrspark og en relativ jevn geografisk fordeling av høyteknologisk utstyr.» Sammenlignet med hvem? Dette stemmer ikke med vår opplevelse av virkeligheten. Norske sykehus har mye utdatert utstyr, f.eks på radiologi-, endoskopi- og stråleterapisiden. Det er få PET-scannere og disse har inntil nå ikke vært jevnt geografisk fordelt.

Kapittel 9: Behandling, oppfølging, rehabilitering og seneffekter

Stråleterapi: her er det få konkrete forslag. Økt bruk av palliativ stråleterapi er «gammelt nytt». Man har så vidt nevnt den raske teknologiske utviklingen innenfor stråleterapien og at dette gir behov for kompetanseheving hos involverte yrkes-

grupper. Man har IKKE pekt på behovet for nytt utstyr for å få dette til. Begge disse momentene må inn under «tiltak». Dette har betydning for langt flere pasienter enn de som er aktuelle for protonbehandling.

En målsetting er reduksjon i tallet på negative langtidseffekter av strålebehandling, men det står ikke noe om dette under tiltak (utover protonsender!). Dette er viktig og krever prospektive studier med lang oppfølgningstid hvor flertallet av pasientene kan inkluderes. Flere ferdigbehandlede pasienter bør ha enkelte kontroller hos onkolog over lengre tid etter behandling for registrering av og om mulig behandling av seinskader. Dette er med dagens polikliniske kapasitet ikke mulig. Et forbilde her er Maastricht.

Legemiddelbehandling:

Her fokuseres kun på nye, dyre legemidler – som primært brukes i palliativ setting. Vi er enige i at disse medikamentene raskere må vurderes for det norske markedet, og at behandling skal være uavhengig av bosted og sosial status. Hvem skal være endelige beslutningstakere? Hvordan er dette nye systemet tenkt å fungere? Ønsker mer konkrete forslag. Det nevnes ingenting om annen medikamentell behandling.

Palliativ behandling:

»Det er behov for et tett, formalisert samarbeid mellom onkologi og palliasjon» – hva menes her? I dette utsagnet ligger en undervurdering av onkologen som palliativ utøver. Tumorrettet behandling som utføres av onkologer er gjerne den beste form for palliativ behandling, i tillegg til at de fleste onkologer også har stor kunnskap om rene palliative tiltak. Her legger man opp til et kunstig skille der man går fra onkologi til palliasjon.

NOF vil også fraråde på det sterkeste innføring av obligatorisk minimum 6 måneder tjeneste for spesialiteten onkologi på palliative enheter, da kvaliteten på disse enhetene er varierende.. Ofte er den generelle onkologiske kompetansen lav eller fraværende. Vi mener palliativ kunnskap kan tilegnes i like stor grad eller til tider bedre i vanlige onkologiske enheter med supervisjon av onkologer med spesiell interesse for palliasjon og også ved å følge palliative team. Obligatorisk tjeneste vil i tillegg føre til enda større flaskehalser i utdanningen. I Tromsø har man f.eks ikke

egen palliativ enhet, og LIS må da flytte ut av landsdelen for å få gjennomført utdanningen. Frivillig tjeneste er selvfølgelig helt greit, og det bør oppmuntres til dette på godt fungerende enheter, spesielt der hvor utdanningskandidatene kan veiledes av onkologer.

Vi henviser i stedet til en grundig utarbeidet revidert målbeskrivelse i onkologi som nå er på høring. Spesialitetskomiteen i onkologi går heller ikke inn for obligatorisk tjeneste i en slik rigid modell. Vi er imidlertid positive til obligatorisk kurs i palliasjon i spesialistutdanningen.

Det er kun ett forskningssenter som direktoratet har valgt å fremheve i strategien, og det er senteret som strategidirektøren i direktoratet er knyttet til: »European Palliative Care Research Centre» ved det medisinske fakultetet, NTNU/St. Olavs Hospital. NOF mener det er betenkelig at helsedirektoratet kun har valgt å fremheve dette sentret. Dette vil være med å forringe legitimiteten til kreftstrategien de neste 5 år. For å motvirke dette bør flere sentra, f.eks sentra for fremragende forskning fremheves, eventuelt bør ingen nevnes.

Det virker merkelig at palliasjon har fått en såpass fremtredende rolle i kapittel 9, mens det knapt sies noe konkret om kurativ behandling. Det er egne underavsnitt om ernæring, fysisk aktivitet og tannhelse. Fokuset på kurativ behandling og forskning knyttet opp mot dette burde hatt en langt tydeligere og mere sentral plass i rapporten.

Seneffekter:

Vi enige i at det i større grad må fokuseres på seneffekter. Det kommer ikke frem hvordan denne kompetansehevingen skal skje. Spesialistkomiteen har i samarbeid med NOF foreslått å innføre et obligatorisk kurs i seneffekter og rehabilitering i onkologiutdannelsen som vil kunne være et fint virkemiddel. Se ellers rapport fra 2010.

Kapittel 11: Forskning, utvikling og kvalitet

Det argumenteres med at forskning (basalforskning) har ført til fremskritt og mulighet for skreddersydd behandling. Da blir det feil å fremlegge en strategi som ikke skal videreføre også fokus på laboratorieforskning. Målsettingen bærer preg av stort fokus på forskning innen palliasjon etc. Kreftstatistikken viser gode resultat i Norge når det gjelder

overlevelse. Derfor må de fortsatt også være fokus på forskning rettet mot kurasjon.

s 40: I de nasjonale målsettingene som er oppført står det (uthevet):

Nye metoder og ny teknologi (herunder diagnostiske metoder, kirurgi, legemiddelbehandling, stråleterapi, lindrende behandling og tiltak innenfor ernæring, fysisk trening osv.) **bør være utprøvd i kliniske studier før de blir en del av de nasjonale handlingsprogrammene.** Betyr dette at man faktisk skal etterprøve resultat fra randomiserte (internasjonale) studier i en norsk populasjon (fase IV) før f. eks. legemiddelet implementeres i handlingsprogrammene? Dette avsnittet bør presiseres.

Nasjonale handlingsprogrammer får en sentral rolle, de skal utvides betydelig innholdsmessig og det må være et krav at de oppdateres minimum x 1 årlig. Dette er bra og det er ressurskrevende. Det må presiseres hvem som skal gjøre jobben, hvem skal være faglig ansvarlige, hvordan dette skal finansieres og hvordan det skal organiseres. Til nå har dette i stor grad blitt gjort på kveldstid i tillegg til full klinikk av leger tilknytt-

tet faggruppene. Dette må formaliseres, anerkjennes, og tid og ressurser må avsettes. Når man legger opp til en så sentral rolle for Nasjonale handlingsprogram, blir det veldig underlig at man skriver at «Sykehusenes eiere **bør** (vår uthevn) tilrettelegge virksomheten slik at de nasjonale retningslinjene kan følges» Det må være et krav og ikke noe som bare bør gjøres, hvis ikke blir det hele meningsløst både for pasienter og de som utarbeider og bruker programmene. Tilsvarende må man i siste avsnitt på side 43 «Nytt system for vurdering av nye metoder i helsetjenesten» bytte ut BØR med MÅ : «det te arbeidet MÅ anerkjennes på lik linje med daglig klinisk arbeid» og «det MÅ settes av kjernetid til denne typen nasjonale oppgaver».

Kapittel 12: Personell og kompetanse

Strategien må mye tydeligere definere mål for kompetanseheving. Den må også enda tydeligere påpeke behovet for flere spesialister innenfor en rekke kirurgiske disipliner, patologi, indremedisinske disipliner, radiologi, nukleærmedisin og ikke minst onkologi som har falt helt ut av «tiltak og virkemidler»! Mangel på onkologer kommer til å bli et stort problem i årene som kommer. Dette burde vært langt sterkere problematisert i strategien.

Kommentarer til tiltak og virkemidler:

«Vurdere tiltak for å øke tilgangen av spesialister...» Dette blir vagt og defensivt. Her må fagmiljøenes råd følges, det må opprettes flere utdanningsstillinger og man må være offensive innenfor rekruttering til disse spesialitetene. Hvis man ikke er tydelig her, mister strategien en del av sin legitimitet.

s 46: «Gjennomgå innholdet i spesialistutdannelsene som er relevante for kreftomsorgen og vurderer tiltak for å sikre at spesialistutdannelsen møter behovene» Her har spesialitetskomiteen for onkologi akkurat gjort et stort arbeid mhp dette. Forslaget er nå ute til høring og støttes av NOF. Vi synes ikke det er poeng å gjøre dette på nytt for onkologi de neste 5 år.

Oslo 12.11.12

Styret, Norsk onkologisk forening:

Andreas Stensvold (leder)

Eva Hofsl

Hege Sagstuen Haugnes

Birthe Lie Hauge

Rene Van Helvoirt

Christine Undseth

Årets onkolog 2013



Norsk onkologisk
forening
DEN NORSKE LEGEFORENING

Norsk onkologisk forening inviterer til nominering Årets onkolog 2013

Prisen, som skal deles ut av NOF ved hvert årsmøte, gis 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. Det legges vekt på at kandidaten har bidratt til å skape et godt arbeidsmiljø. Kandidaten må være medlem i NOF.

Aktuelle kandidater med begrunnelse for forslaget, meldes inn til styret i NOF innen 1.april hvert år.

Prisen består av kunst til en verdi av kr 10.000 pluss diplom.

NOF inviterer sine medlemmer til å nominere kandidater til prisen Årets onkolog 2013.

Fristen for innmelding er 01.04.2013. Prisen vil bli delt ut på Onkologisk forum 2013.

Innmelding sendes til NOF-styret ved Christine Undseth: UXSMIC@ous-hf.no

Annonce

Rapport fra spesialitetskomiteen i onkologi

Ved Ingvil Mjaaland, Stavanger

Legeforeningen har bedt spesialitetskomiteene om å utarbeide mer detaljerte attestasjonsskjema med læringsmål for spesialistutdanningen. Oppdraget må ses i lys av store endringer i sykehusene med omorganiseringer, funksjonsdeling og endrede pasientstrømmer.

I tillegg er det ønskelig med en harmonisering av spesialistutdanningen i de europeiske land som følge av økt internasjonalt samarbeid og migrasjon samt deltagelse i multi-senterstudier og internasjonale forskningsprosjekter.

De vitenskapelige sammenslutningene **ESTRO** (European Society for Radiotherapy and Oncology) og **ESMO** (European Society of Medical Oncology) har utarbeidet dokumenter, de såkalte "**Core Curriculum**", som skal danne grunnlag for utdanning av spesialister i de europeiske landene. Dokumentene er siste gang revidert i 2010. Vi har ved to anledninger deltatt på workshop arrangert av ESTRO, der formålet var å presentere og gjennom interaktivt gruppearbeid og rollespill å evaluere det oppdaterte "Core Curriculum" for spesialister i stråleterapi og onkologi i Europa. Arbeidet ble fulgt opp med et besøk på onkologisk avdeling ved Universitets-sykehuset i Odense for å studere den danske modellen. Våre nordiske naboer har godkjent de europeiske målbeskrivelsene som grunnlag for spesialistutdanningen i onkologi.

Utdanningen av spesialister er basert på utvikling av kompetanse innenfor de ulike områder som utgjør spesialiteten. I det canadiske CANMEDS-systemet er de grunnleggende kompetanser definert som følger:

- Medisinsk ekspert
- Kommunikator
- Evne til samarbeid
- Akademiker
- Helserådgiver
- Leder
- Profesjonalitet

Spesialitetskomiteen i onkologi har i samarbeid med Norsk Onkologisk Forening (NOF) over en periode på to år hatt en grundig gjennomgang av spesialistutdanningen vår. Vi har gått gjennom gjeldende regler, fagets utvikling og endrede rammebetingelser. Vi har sett på utfordringer i dag og ulike fremtidsscenarier.

Vi har valgt å foreslå endringer i kravene til spesialistutdanningen i onkologi, og har bedt om at dette blir tatt opp som sak på Landsstyremøtet våren 2013. Forslaget til ny målbeskrivelse inneholder følgende hovedpunkter:

Utdannelsestiden blir forlenget med ett år, dvs. fra nåværende 5 år til 6 år. Dette samsvarer med utdanningen i de andre skandinaviske landene.

Vi ønsker å fremholde viktigheten av erfaring fra indremedisinsk avdeling, inkludert akuttmedisinsk vakt deltagelse og foreslår at den **indremedisinske tjenesten** ikke skal kunne erstattes, heller ikke av forskningstjeneste. Vår intensjon er å sikre en god tjeneste i generell indremedisin. Vi foreslår videre å **fjerne kravet om 3 md. obligatorisk tjeneste i hematologi**. Vi foreslår også at relevant hematologiundervisning tas inn i "cytostatikakurset", som får sterkt utvidet timetall da dette feltet har blitt svært omfattende de senere årene.

I tillegg inneholder cytostatikakurset i dag forelesninger om **smertebehandling og palliasjon** som vi mener heller bør integreres i et nytt og mer omfattende, eget kurs. Vi foreslår dessuten et nytt kurs i **senbivirkninger og rehabilitering**.

Kurstimetallet foreslås økt fra 210 til 270 timer, hvorav 252 timer er bundet opp i obligatoriske kurs.

Det vil bli lagt mer vekt på kontinuerlig **veiledning** og **evaluering**, og forskjellige læringsstrategier og evalueringsverktøy presenteres i forslaget.

Attestasjonsskjema: Det er laget forslag til nye sjekklister, som ivaretar de krav vi synes det er rimelig å sette til spesialister i onkologi, og som sikrer at utdanningen har samme innhold, uavhengig av utdanningssted.

Forslaget har vært sendt ut til høring til alle utdanningsinstitusjonene innen onkologi og vi har fått svært mange tilbakemeldinger. Blant annet har det vært unison enighet om økning av utdanningstiden og økt fokus på palliasjon. Vi er således trygge på at et samlet onkologimiljø står bak ønsket om disse endringene.

Dette har vært en spennende og særdeles utfordrende oppgave som har gitt medlemmene i gruppen et nytt og videre syn på utdanningen av spesialister i onkologi. Arbeidet har gitt oss muligheten til å bli bedre kjent med de europeiske nettverk, og vi har opprettet viktige kontakter i andre land, spesielt Danmark, som vil styrke utdanningen og komme fremtidens pasienter til gode.

Onkologi og palliativ medisin: samhandling i praksis

Ved Ragnhild Green Helgås

I henhold til Samhandlingsreformen skal deler av kreftomsorgen desentraliseres til lokalsykehusene og kommunehelsetjenesten, dette gjelder også palliativ medisin. I tråd med dette åpnet nylig Avdeling kreft på Orkdal sjukehus som er en del av Kreftklinikken ved St. Olavs Hospital. Avdelingen skal ta ansvar for kreftpasienter fra Orkdalsregionen og består av en onkologisk poliklinikk, en «palliativ» poliklinikk, et palliativt team samt palliative sengeposter. Kreftpasienter i Orkdalsregionen vil få kjemoterapi på Orkdal sjukehus, oppfølging av spesialister i onkologi og andre faggrupper med spesiell kompetanse innen onkologi og palliativ medisin. "Pasienter ønsker onkologisk behandling, pleie og omsorg i nærheten av hjemmet sitt, så fremt kvaliteten er god nok. Ved å sørge for høy kvalitet på behandlingen som gis i Orkdal, kan pasienten få mer tid hjemme," sier klinikkssjef Stein Kaasa ved Kreftklinikken, St. Olavs Hospital.

Prosjektleder for opprettelsen av Avdeling kreft Orkdal sjukehus, overlege Sunil Raj, understreker fordelene av at avdelingen er lokalisert i nær tilknytning til medisinsk sengepost med seks palliative senger og til kommunehelsetjenestens sengepost for øyeblikkelig hjelp. Sistnevnte er akutsenger og intermediære senger for kommunenes befolkning som etableres i desember i regi av Samhandlingsenheten i Orkdalsregionen (SiO), et interkommunalt samarbeid i regionen. "Den geografiske nærheten øker mulighetene for optimal onkologisk og palliativ behandling, gode pasientforløp og god arbeidsfordeling," sier Raj.

Økende insidens og prevalens

En betydelig del av all behandling på onkologiske avdelinger har et palliativt formål. I kommunehelsetjenesten er dette tallet enda høyere. Kompleksiteten som kjennetegner den palliative kreftpasienten, fordrer omfattende kunnskap om lindrende behandling. Palliativ medisin ble i 1987 etablert som en egen spesialitet i Storbritannia og i 2011 som egen påbygningsspesialitet i Norge. Vi vet at flere både får kreft og lever med kreft i Norge. Dette fører til svært sam-



Det nye cytostatika-arealeet ved Orkdal Sjukehus. Fra venstre: Anne Lise Eidsvåg, Laila Skjelvan og Grete Søbstad.



Ida Lise Salberg, daglig leder ved Orkdal Sjukehus, under åpningsseremonien 6. november.

mensatte sykdomsbilder, blant annet fordi flere lever lenge etter gjennomført kreftbehandling og flere får alvorlige senskader, noe som tydeliggjør behovet for integrasjon av palliativ medisin i generell onkologi.

Integrasjon et aktuelt tema

Diskusjonen om fagfeltet palliativ medisins posisjon i forhold til onkologi går for fullt i fagmiljøene over hele verden. Lederen i ASCO

(American Society of Clinical Oncology), Sandra M. Swain, uttalte nylig at palliativ behandling av kreftpasienter med fordel kan igangsettes på et tidlig tidspunkt. Ved St. Olavs Hospital i Trondheim jobber Kreftklinikken mot nettopp dette målet – en bedre integrasjon av onkologi og palliasjon. "Palliasjon handler ikke bare om slutten av livet, men er et viktig supplement til vanlig onkologisk behandling gjennom hele pasientforløpet," sier Stein Kaasa.

Situasjonsrapport fra Bodø

Ved Astrid Dalhaug, avd.leder/kst. avd.overlege,
Avd. for kreft og lindrende behandling, Nord-
landssykehuset Bodø (NLSH)

Da vi skrev innlegg i Onkonytt for et år siden, var vi midt i et kreftprosjekt for NLSH. Rapporten ble levert 01.06.12, og en foreslo da oppstart av flere egne kreftsenger inkludert egen vaktordning for onkologiske leger, etablering av palliativt team i Lofoten og Vesterålen, samt etablering av kreftpoliklinikk i Lofoten og Vesterålen. Man ønsket også ambulerende onkolog fra Bodø til Lofoten og Vesterålen to dager i måneden på hvert sted. Videre foreslo man utvidelse av Palliativt team i Bodø og oppstart av egne palliative senger, samt at man ønsket å samle all kjemoterapi i Bodø av voksne kreftpasienter til kreftpoliklinikken, og at også andre spesialiteter har ansvar for sine pasienter her. Prislappen på alt dette kommer på ca. 16 mill. for 2012/13. På grunn av økonomien i sykehuset har det ikke skjedd så mye mer, men vi har fått lovnad om at det vi foreslo skal implementeres etter hvert, men at det tar lenger tid... I budsjettet for 2013 står det noe penger avsatt til oppstart av kreftsenger/vaktordning i Bodø samt oppstart av palliativt team i Vesterålen, så får vi se hva det blir til... I Lofoten er de i gang med palliativt team. I Bodø holder vi nå på med en gjennomgang av kreftpoliklinikken for å se på hvordan vi kan utnytte dagene/resursene bedre, hva som skal til for å kunne gi kurene til gynekologiske pasienter her osv.

Fra og med desember 2012 er vi fem overleger/konstituerte overleger: Carsten Nieder, Adam Pawinski, Gro Aandahl, Ellinor Haukland og Astrid Dalhaug. Dette gjør bl.a. at vi nå fordeler hovedansvaret for fagområder mellom oss. I tillegg har vi Kirsten Engljähringer, overlege i Palliativt team, som holder på med sin spesialistutdanning i palliativ medisin. Vi har endelig fått ansatt egen psykolog i Palliativt team! Vår avdeling har søkt om å bli utdanningssted i palliativ medisin for et år, og søknaden er ennå til behandling. Vi har nå «overskudd» på leger som vil bli onkologer i forhold til hva vi har av lønnsmidler og stillinger. Akkurat nå har vi tre LIS: Ivar Hompland, Rosalba Yobuta og Silje Pedersen. Håpet nå er å kunne tilsette flere leger når vi får økte rammer pga. flere

senger, oppstart av vaktordning, ambulerende til lokalsykehusene osv. Vi er optimister!

Endelig har vi fått vite at strålemaskin 2 har fått plass på investeringsbudsjettet og vi håper å få den i hus i 2013/14. I tillegg må det legges planer for utskifting av den maskinen vi har, da den snart er sju år og ikke holder mål med tanke på den store utviklingen som har skjedd innen stråleterapi de siste årene, hva som vil være krav til utstyr framover osv.

Helse Nord har satt i gang arbeidet med kreftplan for Nord-Norge 2013–20. Fra vår avdeling deltar onkolog Carsten Nieder samt kreftsykepleier Mona Stemland. I tillegg er vårt sykehus godt representert med lungelege, urolog, radiolog, ØNH-lege, nevrolog, hematolog og gastrokirurg samt medisinsk direktør. Vi ser fram til at denne kreftplanen er ferdig i juni 2013, og at en så viser vilje til å gjennomføre planen, og at det også følger penger med! Et av punktene en skal se på, er oppstart av kurativ strålebehandling i Bodø, noe vi selvfølgelig håper blir en realitet!

I Bodø foregår det nå utbygging av sykehuset samtidig med full drift i sykehuset. Dette byr på mange utfordringer. Vi skal få nye lokaler til poliklinikken i 2014/15, men de er mindre enn de vi har i dag, så nå håper vi å få til utvidelse av dette arealet. Videre får vi nye lokaler for sengepost i 2017. Totalt øker sykehusets areal med 21 000 kvadratmeter.

Vardesenteret i Bodø har nå fått lokaler på pasienthotellet, og en er i gang med utlysning av stilling som prosjektkoordinator. Håpet er å komme i gang i første halvdel av 2013, og dette vil bli et viktig tilbud til pasienter og pårørende og et klart supplement til kreftomsorgen av kreftpasienter tilknyttet NLSH. Vardesenteret blir også en viktig samarbeidspartner for oss helsearbeidere. Det er godt å se at Kreftforeningen kommer sterkt tilbake til Bodø!

Da er nok et år snart til ende, og vi ser fram mot 2013. Vi takker alle våre onkologiske samarbeidspartnere landet rundt.

Stor jule- og nyttårshilsen fra oss i Bodø!

Nye spesialister i onkologi

Herish Ahmed
Abdol Rahim Altaf
(overført fra Danmark)
Arne Stenrud Berg
Anne Merete Øfsti Eie
Vidar Gordon Flote
Jon Amund Kyte
Henriette Magelssen
Lotte Victoria Rogg
Mette Seland
Elena A. Mordasova Valland
Ola Magne Vagnildhaug
Gratulerer!



Norsk onkologisk
forening
DEN NORSKE LEGEFORENING



Lungecancer og øre-, nese-, halscancer

Torsdag 24. januar

- 17.00 Velkommen og nytt fra NOF**
v/ overlege Andreas Stensvold, styreleder NOF
- 17.05 Kasuistikker relatert til forelesningene**
- 17.40 ØNH- og lungeanatomi, inkl det du bør vite om lymfedrenasje**
v/ overlege Kirsten Marienhagen, onkologisk avd, UNN og overlege René van Helvoirt, Senter for kreftbehandling, Sørlandet sykehus
- 18.20 Pause**
- 18.40 Diagnostikk i ØNH- og lungekreft (CT, MR, PET, EUS, EBUS)**
v/ overlege Trond Mogens Aaløkken, radiologisk avd, OUS
- 19.15 Kirurgisk behandling av ØNH-cancer, samt kort om epidemiologi, etiologi og patologi**
v/ professor Terje Osnes, øre-, nese-, hals-avd, OUS
- 20.15 Røyking, en av våre største arbeidsgivere**
v/ professor Frode Gallefoss, lungemedisinsk avd, Sørlandet Sykehus og Universitetet i Bergen
- 20.30 Middag**

Fredag 25. januar

- 08.45 Epidemiologi, etiologi og patologi ved lungecancer**
v/ professor Frode Gallefoss, lungemedisinsk avd, Sørlandet Sykehus og Universitetet i Bergen
- 09.15 Kirurgisk behandling av lungecancer**
v/ overlege Steinar Solberg, thoraxkirurgisk avd, OUS
- 10.00 Pause**
- 10.15 Systemisk behandling av lungecancer**
v/ professor Roy Bremnes, onkologisk avd, UNN
- 11.00 Pause**
- 11.15 Strålebehandling av lungecancer, gating, tracking og stereotaksi**
v/ professor Lena Specht, onkologisk avd, Rigshospitalet, København
- 12.00 Lunsj**
- 13.00 PET-skannings plass i strålebehandling av ØNH cancer: Dagens praksis og forskning**
v/ overlege Ayca Løndalen, nukleærmedisinsk avd, OUS
- 13.35 Pause**
- 13.45 Strålebehandling av ØNH cancer: DAHANCA retningslinjer, IMRT vs. 3D-CRT, avansert bildeanalyse og "dose painting"**
v/ professor Lena Specht, onkologisk avd, Rigshospitalet, København
- 14.30 Pause**
- 14.40 Palliativ behandling: Cellegift, strålebehandling, støttebehandling - når, hvorfor, hvordan?**
v/ overlege Kristin Bjordal, avd for kreftbehandling, OUS
- 15.20 Oppsummering**
- 15.30 Slutt**

Invitasjonen ble sendt ut til LiS i uke 49. Informasjon, NOF: rene.helvoirt@sshf.no



Kreftavdelingen ved Haukeland universitetssjukehus 40 år – et historisk tilbakeblikk

Haukeland universitetssjukehus ble 100 år i 2012, og Kreftavdelingen hadde i september sitt 40-årsjubileum. Strålebehandling har foregått ved sykehusets Røntgenavdeling med bruk av radiumnåler fra relativt tidlig i forrige århundre.

Ved Olav Mella, avd.direktør/professor

Det å være i landets nest største by med en sentralmakt opptatt med å samle ny behandling i hovedstaden, resulterte i mange frivillige initiativ for å oppgradere behandlingstilbudene. Dette var særlig merkbart ved innsamlingen til Bergen Røde Kors i butikker og på Bergen Travpark i 1937. Den resulterte til slutt i bygging av Nordens første medisinske høyvoltage for stråleterapi med åpning i 1943. Dette var den fjerde maskinen i Europa og den i sin tid med den høyeste energi. Van de Graff-akseleratoren ga etter den tids standard en god behandling med en energi omtrentlig som kobolt 60, men hvor funksjonaliteten var begrenset av et stasjonært gantry og avhengighet av å flytte pasienten for å gi henholdsvis for- og bakfelt.

Professor Hobæk ved Røntgenavdelingen forsto at onkologi var et fag i rask utvikling, hvor nye teknologiske muligheter og biologisk kunnskap tilsa at det krevdes dedikerte fagfolk for at behandlingen skulle holde tritt med utviklingen. Det var derfor en lykkelig skilsmisse da Onkologisk avdeling og den tilhørende serviceavdelingen Radiofysisk avdeling ble skilt ut som separate enheter i 1972. Samtidig ble en moderne kobolt 60-maskin installert og tatt i bruk. Dosent Selmer Rennes ledet den kliniske virksomheten, hvor også en liten sengepost på 11–12 senger var tilknyttet. Dosent Arne Dahler, med bakgrunn som fysiker fra Memorial Sloan Kettering, ledet Radiofysisk avdeling. Olav Dahl begynte som lege ved avdelingen i 1976, og Bengt Rosengren kom som klinisk sjef i 1977. Avdelingen har hatt en sterk stråleterapitradisjon og innførte for eksempel isosentrisk behandling tidlig på 80-tallet og daglig behandling gjennom flere felt mot

samme målvolume enda tidligere. Radiofysisk avdeling fikk ansvaret for håndtering av Strålekniven i samme periode. En CT sto i Kreftavdelingens lokaler og ga etter hvert billedinformasjon til doseplanlegging. Behandling med overfladisk og senere regional varmebehandling (hypertermi) og øyebrachyterapi er av avdelingens spesialiteter. Med unntak av en periode under fylkeskommunalt eie har strålemaskinparken gjennomgående vært oppdatert og gitt mulighet for rask innføring av nye teknikker, som IMRT, IGRT og Rapid Arc.

Kjemoterapi økte i siste halvdel av 70-tallet i omfang. Behandlingen gitt til ambulante pasienter i radium-innleggsrommet på sengeposten ble avløst av en ny poliklinikk i området for strålemaskinene (to linacer og en kobolt) i den nye Sentralblokken i 1981. Sengetallet ekspanderte fort til 55 og staben av leger til fire overleger (kjente navn: Rosengren, Dahl, Kvinnsland og Lote) og 6 assistentleger (blant dem Lønning og undertegnede). I 2002 ble Onkologisk og Radiofysisk formelt slått sammen til Avdeling for kreftbehandling og medisinsk fysikk, til daglig Kreftavdelingen.

Ved årets jubileum fikk de av oss som har vært lenge ved avdelingen, anledning til å minnes den fantastiske kunnskapsmessige og tekniske utvikling vi har fått oppleve.

Det føles ikke så mange år siden vi tegnet målvolume på et millimeterpapir tapet på vegg, basert på planrøntgenbilder projisert ved hjelp av en overhead-projektor. Eller at vi ga 5-FU som enkeltstoff ved kolorektal kreft på poliklinikken. Den translasjonelle forskningsaktiviteten fikk sin spede begynnelse med forskningsinteresserte leger fra tidlig 80-tall, med aktivitet i lånte arealer eller andre steder utenfor sykehuset. I dag er Mohn Kreftfors-



Betre diagnostisering, meir sofistikerte maskinar og meir effektive medisinar gjer at fleire pasientar overlever kreftsjukdom. Biletet viser stråleterapimaskin som var i bruk frå 1943 til 1971 (foto: Alf Andersen).

kningslaboratorium under oppbygging som et kraftsenter i sykehuset og gir avdelingens leger og kandidater med realfaglig bakgrunn en unik mulighet til forskerutdanning og arbeid med de mest moderne metoder og aktuelle problemstillinger. Selv om sengetallet ikke har økt, har vi sykehusets mest moderne sengepost og en ny poliklinikk der det gis opptil 60 cytostatikakurer daglig. Den svære økningen i pasientvolum, for det meste under ambulant behandling, har endret karakteren på virksomheten. Over en tredel av pasientene er nå øyeblikkelig hjelp-innlagte. Overfylte sengeposter og nesten kontant press gjennom helgene sliter på personalet og bekymrer ledelsen. Selv om foretaket har god orden på økonomien, er ekspansjon i sengetallet ikke i planene. De nasjonale langsiktige rammer for spesialisthelsetjenesten oppleves som urealistiske med henblikk på kostnader – relatert til stigningen i folketallet, økningen i kreftforekomst, de mange nye terapeutiske muligheter og en opplyst og kravbevisst populasjon. Det er derfor med en viss usikkerhet undertegnede går de nærmeste årene i møte.

Men innværende år får vi se bakover, minnes historien og gode pasientrelasjoner vi erfarte – og takke for alle felles tak vi som personale har tatt for å løfte faget og avdelingen fremover.

Annonce

Andreas Stensvold forsvarte avhandlingen:

“Curative treatment of prostate cancer: a study of adverse effects and adherence to guidelines”

for graden PhD ved UiO 13. desember 2012.



Andreas Stensvold har undersøkt om behandlingsretningslinjene for prostatakrefte har blitt fulgt over tid ved Oslo universitetssykehus, Radiumhospitalet.

I tillegg har han studert hvordan bivirkningene ved behandling med kirurgi eller strålebehandling for prostatakrefte utvikler seg de to nærmeste årene etterpå.

I 2010 fikk over 4300 norske menn påvist prostatakrefte. Mange av disse kan bli helt friske av behandling, men behandlingen kan gi betydelige bivirkninger. Siden strålebehandling og operasjon kommer likt ut, kan mange pasienter velge mel-

lom behandlingsform. Men behandlingene gir forskjellige bivirkninger. Tidligere har det vært vanskelig å gi pasientene sikker informasjon om når bivirkningene etter behandling kommer til å stabilisere seg.

I avhandlingen har Stensvold brukt to nye statistiske metoder for å studere når stabilitet etablerer seg i forløpet etter behandling. Han fant at hvordan bivirkningene er tre til seks måneder etter behandlingen, slik vil de med stor sannsynlighet være to år senere. Resultatene kommer pasientene til gode ved at de kan hjelpe dem i valget av behandlingsform. Forskningen viste at det var god sammenheng mellom funksjonsreduksjon og bekymring når det gjaldt bivirkningene fra urinveiene og tarmene. Denne sam-

menhengen med bekymring fant en ikke når det gjaldt reduksjon i seksualfunksjon.

Stensvold har vist at retningslinjene for behandling av prostatakrefte ved Radiumhospitalet i hovedsak ble fulgt i perioden fra 2004 til og med 2007. Resultatene gir viktig informasjon om hvordan retningslinjer virker i praksis, ikke bare til legene ved Radiumhospitalet, men også til andre sykehus og helsemyndighetene med ansvar for kreftbehandling.

Veileder: Professor Sigbjørn S. Smeland, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.

Andreas Stensvold er nå overlege ved avdeling for kreftbehandling, Radiumhospitalet. Han kan nåes på e-post asten@ous-hf.no.

Sissi Espetvedt Finstad forsvarte avhandlingen:

“Body Composition, Estradiol, Insulin and Breast Cancer”

for graden PhD ved UiO 20. juni 2012.



Sissi Espetvedt Finstad har sammen med kollegaer studert ulike egenskaper hos friske kvinner som kan påvirke nivåer av østrogen, et hormon av sentral betydning i forebygging og

behandling av brystkreft. I tillegg studerte de egenskaper hos brystkreftpasienter i relasjon til aggressivitet av brystkreftsvulsten.

Tidligere studier viser at ugunstige metabolske profiler kan påvirke brystkreftfrisiko og prognose. Avhandlingen belyser disse problemstillingene, og bruker data innsamlet i den norske EBBA-I Studien (Energy Balance and Breast Cancer Aspects), hvor de måler daglig østrogen gjennom en hel menstruasjonsyklus hos 204 friske kvin-

ner i alderen 25-35 år, og fra en pilot av EBBA-II studien, en klinisk randomisert intervensjonsstudie med fysisk aktivitet blant nydiagnostiserte brystkreftpasienter.

Resultatene viser at lav fødselsvekt kombinert med overvekt i voksen alder er assosiert med høyt østrogennivå, samt at høye kvinner med høye insulinverdier har høyere østrogennivå sammenlignet med kvinner med lavere nivå av insulin. I tillegg hadde kvinner som ikke hadde født barn og samtidig var overvektige eller var tidligere brukere av hormontilskudd et høyere østrogennivå enn normalvektige og ikke-brukere av hormoner. Kort tid mellom menarche alder og første barnefødsel var også assosiert med høye østrogennivåer. Dette understreker kompleksiteten, da ikke bare ugunstig energibalanse og insulin, men også reproduksjon kan påvirke østrogennivåer av betydning for brystkreftfrisiko og prognose.

I studien av brystkreftpasienter (EBBA-II pilot) fant de at premenopausale brystkreft-pasienter som hadde høye nivåer av Insulin Growth Factor-I (IGF-I) og insulin resistens, oftere hadde høyere aggressivitet i brystkreftsvulsten (høy Ki67).

Avhandlingen understreker at både egenskaper hos pasienten og egenskaper i svulsten bør studeres samlet, for å skreddersy optimal forebygging og behandling av brystkreft.

Veileder: Professor Inger Thune, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

Sissi Espetvedt Finstad er nå i en postdoc stilling ved UiO, hvor hun jobber videre innen dette prosjektet. Hun kan nåes på e-post sissi.espetvedt@medisin.uio.no.

Annonce

Annonce



Volum og doser i ekstern stråleterapi – definisjoner og anbefalinger

(StrålevernRapport 2012:9)

Denne strålevernrapporten er nylig publisert, og noen eksemplarer er sendt til avdelingene. Den er også tilgjengelig elektronisk på www.nrpa.no, og trykte eksemplarer kan bestilles fra Statens strålevern nrpa@nrpa.no.

De siste ti årene har det vært en rivende utvikling innen stråleterapi, ikke minst en betydelig teknisk utvikling innen billeddiagnostikk, doseplanlegging og behandlingsapparater. Vi har også bedre strålebiologiske modeller og tilgang på kliniske data. Nye behandlingsopplegg krever dels andre typer definisjoner og parametre, og det har lenge vært KVIST gruppens ønske å revidere den tidligere anbefalingen fra 2003 (Strålevern-Rapport 2003:12), men arbeidet med dette har avventet nye internasjonale anbefalinger.

ICRU (International Commission on Radiation Units & Measurements) publiserte sine oppdaterte anbefalinger i 2010, "ICRU Report 83. Prescribing, Recording, and Reporting Photon-Beam Intensity-Modulated Radiation Therapy (IMRT)". Tidligere anbefalinger i ICRU har i stor grad vært basert på doser til punkt, mens ICRU 83 baserer seg i hovedsak på dose til volum, særlig parametre som kan finnes ut fra dose-volum histogram. Volumbaserte doseverdier er mer representative og mindre følsomme for tilfeldig variasjon enn punktbaserte verdier.

En arbeidsgruppe utgått fra KVIST har nå utarbeidet denne nye anbefalingen som baserer seg på ICRU 83, men er kortere og mer presis og tilpasset norske forhold. Det er derfor å håpe at den lettere vil bli lest og brukt som et

arbeidsredskap både for kliniske praksis og utvikling av andre anbefalinger og prosedyrer. Anbefalingen fra 2003 dekket også interstiell brachyterapi, dette er utelatt i den nye anbefalingen, da det ansees mer hensiktsmessig å behandle brachyterapi i egne rapporter.

I tillegg til en generell introduksjon omfatter hovedkapitlene generelle betraktninger om presisjonsnivå (usikkerheter/marginer), volumdefinisjoner, doser og doserelaterte parametre og anbefaling for rapportering. Det er også laget en 2 siders kortversjon (StrålevernInfo 17.12) som oppsummerer de viktigste volum- og dosebegrepene, inkludert DVH relaterte doseparametre som Near Minimum Dose (Dnmin=D98), Near Maximum Dose (Dnmax=D2) og Klinisk maksimumsdose (D2cc). Dette finnes også i en mindre folder (lommeformat). Begge er trykket i stivt papir.

Det er i høst også publisert en annen aktuell rapport tilgjengelig via www.nrpa.no: StrålevernRapport 2012:7 Stråleterapi i Norge – Generelle trender 2001-2010.

Kreftkoordinator i kommunen

Kreftforeningen har i år bevilget 30 millioner kroner til etablering av kreftkoordinatorstillinger i kommunene, og det er nå ansatt 102 nye kreftkoordinatorer som dekker 147 kommuner. Alle fylker er representert!

Kreftkoordinatorene er ansatt i kommunene, og skal være en ekstra ressurs som skal være lett tilgjengelig for kreftpasienter og pårørende. Koordinator skal bl.a. samordne tilbud og tjenester rundt kreftpasientene i kommunen, og bidra til å koordinere og tilrettelegge hverdagen for kreftsyrke og pårørende. Bevilgningen fra kreftforeningen dekker 75 prosent av lønnskostnadene, og bevilgningene planlegges videreført i ytterligere 2–3 år.

Kreftforeningen har informert oss om at det akkurat har vært en landssamling for kreftkoordinatorene. De siste tiltrer i sine stillinger over nyttår.

Det ligger foreløpig litt informasjon om kreftkoordinatorenes rolle på kreftforeningens nettside: <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/praktisk-hjelp/kreftkoordinator-i-kommunen/> Her skal det i disse dager også komme en liste med oversikt over alle aktuelle kommuner med kreftkoordinatorenes navn og kontaktinformasjon.

Cytostatikaboken i ny utgave i 2013

"Medikamentell kreftbehandling - Cytostatikaboken" ble gitt ut første gang i 1977, og den forrige trykte utgaven (7. utgave) kom i 2009. Cytostatikaboken er nå under revisjon, og det vil komme en ny elektronisk og trykt utgave i 2013.

Den elektroniske utgaven finner du på <http://cytostatikaboken.moses.no/> eller via <http://www.helsebiblioteket.no/>

Hilsen til landets onkologer

Ved Statssekretær Robin Martin Kåss

Jeg starter med å takke redaktøren for muligheten til å skrive en hilsen til Norges onkologer.

God behandling til de nærmere 30 000 pasientene som årlig rammes av kreft er høyt prioritert av regjeringen. Internasjonale sammenlikninger viser at vi oppnår gode resultater i norsk kreftbehandling. Men vi kan ikke hvile på laurbærene. Målet er enda bedre resultater og høy pasientopplevd kvalitet. For å oppnå dette trengs gode rammebetingelser, riktig prioritering, forskning og forbedringsarbeid for å sikre gode prosedyrer og redusere ventetider.

Dyktige fagfolk har æren for de gode resultatene. Dere er oppdaterte på fag-

utviklingen og gjør forbedringer i den kliniske hverdagen. Regjeringen har ansvar for at det er nok personell med riktig kompetanse til å møte det økte behovet for kreftbehandling i årene fremover.

Kreftbehandling er avhengig av sterke tverrfaglige team, hvor onkologer er helt sentrale. Vi må sikre rekrutteringen, og høy kompetanse til kreftpasienter i alle deler av landet. I et lite land med spredt bosetting må en del oppgaver sentraliseres. Multimodal kreftbehandling er eksempel på et fagområde hvor sentralisering er nødvendig for å oppnå høy kvalitet.

Prioritering er krevende. Det er få som vet det bedre enn dere som daglig gjør de vanskelige vurderingene av virkninger/bivirkninger og ressursinnsats i kreftbehandling.

Helsedirektoratet har en ekspertgruppe som vurderer hvilke medikamenter som skal tas inn i nasjonale handlingsprogram for kreftbehandling. Avgjørelser om å si nei skaper debatt – i fagmiljøer, i media – og vi ser at pasienter og pårørende kan bli urolige hvis et kjent medikament ikke er tilgjengelig.

Regjeringen vil at norske pasienter skal sikres tilgang til ny og effektiv behandling. Ny diagnostikk og nye behandlingsmetoder skal innføres etter en vurdering som sikrer faglig forsvarlighet og effektiv bruk av ressursene.

Jeg vil gratulere norske onkologer med resultatene dere har oppnådd og med vel utført jobb for pasienter og pårørende. Regjeringen ønsker fortsatt godt samarbeid og fruktbare diskusjoner i 2013.

Foto: Magnus Ridola/HOD



Annonse

Annonce

Julehilsen fra Australia!

Ved Tone Nordøy, Sydney 23 nov. 2012

Jeg er i den heldige situasjon å ha overleget-permisjon. Da min kjære foreslo at vi skulle reise til Sydney, var det lett å si ja. De senere årene har jeg fulgt med arbeidet i kommunikasjon i gruppen til professor Martin Tattersall og tenkte at det ville være et ønskested for meg. Med internett og mail er den form for kommunikasjon utrolig enkelt. En dag i mars googlet jeg "Martin Tattersall", fant mail-adressen og sendte forespørsel om å få besøke denne høsten. Dagen etter var det et vennlig svar i mailboxen. Etter en litt kronglete visumsøknad som endte godt, er vi nå i Sydney med postadresse Bondi Beach.

Onkonytts redaktør, for tiden min stedfortreder hjemme, har etterlyst reisebrev fra "down-under", og såpass bør jeg yte til gjengjeld. Istedenfor å skrive om meg selv, tenkte jeg det var av større interesse for Onkonytts lesere å høre om Martin Tattersall, så jeg forsøker meg som journalist. Som bakgrunn velger jeg et utdrag fra Australian Cancer Research Foundations hjemmeside:

Det var en IRA-bombe som var foranledningen til at Martin Tattersall kom til Australia i 1977. Gordon Fairly, kollega av Tattersall, var tiltenkt jobben med å etablere det første kreftforskningscenteret i Sydney. En morgen i London da han var han ute og luftet hunden, oppdaget den en bilbombe myntet på naboen, en kjent politiker. Fairly ble dessverre drept. Tattersall var allerede foreslått av Fairly som en aktuell kandidat for Sydney, og han ble den første Professor of Cancer Medicine ved Universitetet i Sydney i 1977, en stilling han fortsatt har. Med forskningsbakgrunn i biokjemi og farmakologi, er han de senere årene mest kjent for forskning innen kommunikasjon, og han er spesielt opptatt av kvaliteten i møtet lege-pasient. Nok en dramatisk hendelse var det som førte til dette skifte.

En alvorlig skiulykke i Colorado 1994, som heldigvis endte godt, førte til en endring i prioritering av arbeidsoppgaver: "Hvorfor



Fra inngangspartiet til den botaniske hagen i "Hunter Valley".

ikke bruke tiden på det jeg liker, istedenfor alt jeg ikke liker?" Opplevelsen av selv å være pasient gjorde det enda tydeligere for han hvilken utfordring mangelfull lege-pasient-kommunikasjon er. Hvordan pasienter kan informeres bedre av sine leger, og også bli bedre i stand til å vurdere informasjonen de får, har vært og er en sterk motivasjon for videre forskning.

I tillegg til en mengde verv og opp mot 500 publikasjoner, ble han i 2003 An Officer of the Order of Australia.



Prof. Martin Tattersall

Det er en fryd å lese Tattersalls publikasjonsliste. Der det reises et spørsmål i den ene publikasjonen, følger neste publikasjon med et svar på denne, og slik fortsetter det. Han er imidlertid aktiv kliniker og har i alle år hatt

ansvar for sarkom-behandlingen på Royal Prince Alfred Hospital og kjenner godt til arbeidene fra sarkom-gruppen ved DNR.

På spørsmål om han vil la seg intervjuer for Onkonytts lesere må jeg huske på å få med at han har kryssset Sør-Georgia til fots i Shackletons fotspor sammen med sin kone, og at han studerte svensk et år på Universitetet i Cambridge.

Hva gleder du deg mest over i ditt arbeid i dag etter 40 år som onkolog?

– Jeg er primært kliniker som også driver med undervisning og forskning. Jeg trives med å løse problemer for pasienter, finne ut av hva som forårsaker plager. Vedr. forskning er det spesielt utfordrende å utfordre såkalte etablerte kliniske sannheter. Alt vi driver med, bør i utgangspunktet være "evidenced based", mens svært mye i den kliniske hverdag ikke er det. "Working with young brains" er alltid stimulerende.

Når du ser tilbake, er det ting i din karriere du ville ha gjort annerledes?



Tone i Sydney.

Jeg har vært heldig, hatt flaks. Før jeg begynte med min spesialisering reiste jeg verden rundt i to år som "backpacker", bl.a til Vietnam og var i daværende Saigon under Tet-offensiven. Reiste videre til Nord-Amerika og jobbet bl.a. 3 md. i Yukon. I jobbintervju hjemme i England ble det kun snakk om oppholdet i Yukon, og jeg endte med å få jobben. Tilsvarende jobben i Australia som kom relativt plutselig.

Nå og i tiden som kommer, hva er de største utfordringene innen onkologi?

– A) Kommersialiseringen av faget vårt, med stor påvirkning fra farmasøytisk industri, er svært bekymringsfull. Vi burde ha mulighet til å gjøre studier uavhengig av farmasøytisk industri. B) Økende antall kvinner i onkologi er en utfordring med tanke på kontinuiteten i omsorgen for pasientene våre.

Råd til kommende onkologer?

– "Burnout" er en trussel for onkologer, og kanskje mest for "reduksjonistene" blant oss. Mange tar en PhD i basalfag for å sikre seg inngang til en klinisk stil-

ling. Der møter de imidlertid en helt annen verden. Kunne flere gjort klinisk forskning, er det nok en lettere og mer realistisk overgang til klinisk virksomhet.

Klare meninger fra en mann som alltid har vært en aktiv debattant i det onkologiske miljøet. NB! Han er også veldig hyggelig!!!

Så tilbake til Australia besøket generelt. Det er svært nyttig å oppleve hvordan andre lands helsevesen er organisert. Mye er likt, men ikke alt. Australia er også et land som i stor grad har unngått finanskrisen. Det synes for meg som om Australia bruker mer av sine midler på pasientbehandling og mindre på sosiale ytelser. Hva som er rett eller galt kan diskuteres, men hva et helsebudsjett rommer er svært ulikt i forskjellige land.

Jeg må også sende en ekstra hilsen til Kari Dolven Jacobsen som de kjenner godt til i melanommiljøet her. Hun er en mester i å rekruttere pasienter til studier.

Australia er ellers et topp land å besøke. Folk er utrolig vennlige og imøtekommende,



Jacandra-tre i lilla blomstring.

og lite formelle. Det er lett å trives her. Det er litt merkelig å skrive 23. november, start av mørketid i Tromsø og siste dag av Onkologisk forum som til vanlig er starten på førjulstiden for meg. Vi går virkelig mot sommer (for en tromsøværing har det vært sommer lenge). Jeg kunne skrevet mange sider om fantastisk blomstring, øgler i hagen, "flying foxes", Sydney Opera House som jeg synes er en av de fineste bygninger i verden, livet på Bondi med bølger og "rips", men det får bli med dette. Må bare kommentere treet øverst på denne siden, som er et Jacandra-tre. Masse lilla blomster før bladene kommer. Utrolig vakkert!!

Juleferien blir definitivt annerledes i år. Heldigvis kommer en norsk delegasjon over, og det blir det viktigste. Vi får feire som de gjør her, med piknik på stranden og barbeque.

Det høres kanskje ut som om jeg kunne tenke meg å bli. Hadde jeg vært 30, trolig. Jeg er jo ikke det, og folket mitt er hjemme i nord.

God jul og et riktig godt nyttår til alle!
"Good day" og hilsen fra Tone.

Kjemisk krigføring ga oss kjemoterapien

Ved Magnar J. Johansen

Øverst bakpå hælen av den italienske støvelen finner vi Bari – i dag en middelhavsidyll, men europeisk hovedhavn for de allierte under andre verdenskrig. Havna var under britisk styre, og det amerikanske luftforsvarets europeiske hovedkommando var dessuten lokalisert her. I desember 1943 lå det amerikanske lasteskipet John Harvey til kai i Bari med en superhimmelig last om bord. Et langt på vei tilfeldig Luftwaffe-angrep resulterte ikke bare i et krigsinferno med John Harvey i hovedrollen, men kom faktisk også til å markere starten på kjemoterapi-æraen. Dr. Stewart Francis Alexander er den største helten vår i denne dramatiske historien.

Nazistene angriper Bari

På tampen av 1943 var Hitler-Tyskland for alvor på defensiven. Etter nazistenes nederlag i Stalingrad og Nord-Afrika frykta man at Hitler ville ta i bruk kjemiske våpen. Roosevelt fordømte et slik scenario, men sa samtidig at USA ville svare med samme våpen dersom noen brukte det mot dem. Presidenten ville derfor være føre var og beordra transport av sennepsgass til de alliertes hovedkvarter i Italia. Det var nettopp dette som var den hemmelige lasten om bord på John Harvey. Sjøl kapteinen visste ikke at han i tillegg til forsyninger og annet krigsmateriell faktisk hadde 100 tonn sennepsgass i lasten.

På ettermiddagen 2. desember flyr en ensom Messerschmitt over Bari. Det italienske luftforsvaret bryr seg ikke; de tror Luftwaffe ikke lenger utgjør noen trussel i Italia, så hvorfor kaste bort ammunisjon? Løytnant Hahn kan trygt fly tilbake og rapportere at den bariske havna er tørrskodd av allierte skip. John Harvey ligger flere dager i vanlig lossingskø. Offisielt er det jo ingen grunn til å prioritere annerledes.

I løpet av bare noen timer bestemmer tyskerne seg for å skrape sammen det de har og sende av gårde 105 fly. De angriper Bari samme kveld. Overraskende møter de nærmest ingen motstand og teppebomber hele havneområdet. Mannskapet på John Harvey kjemper for



å holde skipet flytende. De er ikke truffet direkte av bombene, men skipet er skadet av eksplosjoner på naboskip og er i brann. Plutselig eksploderer skipet, en sopplignende ildkule lyser opp store deler av Bari og sender trykkløper langt utenfor sjøve havneområdet.

Et hvitløkstinkende helvete

”Det lukta hvitløk,” sa en av de overlevende. De som kjempa i havet, ble innsmurt av gassbefengt olje. Folk på land pusta inn den letale gassen. De overlevende som klarte å svømme i land eller ble plukka opp, ble pakka inn i ullpledd. Lite visste de at kulda var det de burde frykte minst. Etter 20 minutter var angrepet over. 17 skip var senka, inkludert tre norske. Mellom 1000 og 2000 mennesker døde.

Skadde strømmet til hospitalene. Pasientene klager på sviende øyne som etter hvert hovner opp, og de har hudforandringer som ligner på brannskader. Mange blir lenge værende ikledt olje- og gassbefengte klær. Etter hvert observeres blindhet, hoste, respirasjonsbesvær og hovne genitalia. Pasientene begynner å dø.

Har de vært utsatt for kjemikalier? Flere leger mistenker iallfall at tyskerne likevel har brukt kjemiske våpen i flyraidet. Løytnant og lege Stewart Francis Alexander, spesialist på skader av kjemisk krigføring, blir sendt til Bari.

Dr. Alexanders innsats

Ved ankomst Bari starta Alexander et nitidig arbeid med å undersøke og intervju pasienter. Mistanken om at de hadde vært utsatt for sennepsgass fikk han tidlig. Det ble også etter hvert funnet fragmenter av en amerikansk M47A1-bombe på havbunnen, og denne var designa for å kunne inneholde sennepsgass. Tyskerne kunne frikjennes. Men hvor var episenteret? Alexander plotta inn antall døde på de ulike skipene og fant ut at det var flest tilfeller på skipene rundt John Harvey. Britisk havneledelse innrømte da *off the record* at de visste at det hadde vært sennepsgass om bord, men man forsøkte lenge holde dette skjult. Selveste Churchill beordra at dødsårsaken skulle settes til *burns due to enemy action*. Amerikanerne godkjente imidlertid rapporten til Alexan-



der, men dette ble ikke offentlig kjent før lenge etter krigen. Først i 1986 innrømte engelske myndigheter omstendighetene.

Blant alliert personell var det 628 skadde på grunn av sennepsgass. 83 døde i løpet av to–tre uker. Det er usikkert hvor mange sivile som ble rammet. Mange av lokalbefolkningen rømte byen etter de store ødeleggelsene. Alexander fant ut at alle de døde var rammet av lymfo- og myelopeni: "The effect upon the white blood cells in the circulating blood was most severe. It seems probable that on the third or fourth day the counts began to drop. Observations thereafter traced a steep downward trend. White blood cell counts of 100 cells per cubic mm or below were recorded." Han skrev derfor i sin rapport at disse funnene muligens kunne utnyttes i drap av cancerceller.

Sennepsgass

Sennepsgass angriper slimhinner, og symptomene starter 2–24 timer etter eksponering. Huden og øynene rammes først. I lave doser gir det hudirritasjon og konjunktivitt, i store doser ulcerasjoner og blindhet. Ved inhalering gir det skade på luftveiene med hemorragisk lungeødem som resultat. Seineffekter er hovedsakelig følger av affeksjon av GI-traktus og beinmargstoksitet, med kvalme, hårtap og infeksjoner.

Dikloridetylsulfid ble første gang syntetisert i England av Frederick Guthrie i 1860. Det er verken en gass eller sennep, men en gulgrønn væske som lukter sennep og hvitløk. Guthrie

dokumenterte de toksiske effektene ganske enkelt ved å smøre stoffet på egen hud. Et tysk firma, Bayer, starta masseproduksjon på starten av 1900-tallet, og middelet ble første gang brukt i krig i 1917 av den tyske hæren mot canadiske tropper. Et år senere tok britene det i bruk i slaget som brøt den ugjennomtrentelige Hindenburg-linjen, tyskernes forsvarslinje i Frankrike. Dette var starten på slutten av første verdenskrig. Allerede da påviste man leukopeni og begynte spekulere i om celledød pga. sennepsgass kunne bidra i kreftbehandling (Dr. Krumbhaar).

Pionerer står fram

I 1942 forsøkte dr. Lindsog første gang sennepsgasslignende middel på en pasient i klinisk sammenheng. Pasienten var en 48 år gammel mann som var død nær av lymfosarkom. Effekten var mirakuløs, men dessverre kortvarig. Funnet ble dessuten holdt hemmelig til etter krigen. Da kom også rapporten fra Alexander, og forskninga ble intensivert. Louis Goodman og Alfred Gilman på Yale University ledet an. I 1946 publiserte de artikkelen hvor de lanserer et alternativ til kirurgi og stråleterapi: "The heuristic aspects of the actions of the β -chloroethylamines here reported may eventually prove of greater importance than the clinical results obtained to date." Mustine (mekloretoamin) ble det første middelet som ble tatt i bruk, et alkylende stoff som er en nitrogenbasert analog til sennepsgass (som er sulfurbasert). Det brukes fortsatt på kutant lymfom, andre kjente alkylende stoffer er for eksempel cyklofosamid og cisplatin.

Kjemisk krigføring har brutalt tatt livet av hundretusener, og sennepsgass ble senest brukt i 1987 i Iran-Irak-krigen og deretter av irakerne på kurderne i Nord-Irak. Heldigvis har noen onkologiske pionerer som Alexander, Krumbhaar, Lindsog, Gilman og Goodman trukket fram gode medisinske detaljer i elendigheta. Vi onkologer må leve med paradokset at kjemisk krigføring har vært med på å gi oss de medikamentene vi fortsatt den dag i dag bruker i kampen mot kreft.

Kilder:

Goodman LS, Wintrobe MM, Dameshek W, Goodman MJ, Gilman A, McLennan MT. Nitrogen mustard therapy: use of methyl-bis(beta-chloroethyl)amine hydrochloride and tris(beta-chloroethyl)amine hydrochloride for Hodgkin's disease, lymphosarcoma, leukemia, and certain allied and miscellaneous disorders [landmark article]. *JAMA*. 1946;132:126-132.

Alexander SF. Medical report of the Bari harbor mustard casualties. *The Military Surgeon*. 1947;101:2-17.

Niderost, E. German Raid on Bari. *World War II magazine*, online juni, 2006.

Hirsch J. An Anniversary for Cancer Chemotherapy. *JAMA*, September 27, 2006—Vol 296, No. 12.

Himmelrike og Helvete. **Jón Kalman Stefánsson.** **Press Pocket, 2011.**

Det er i de årene da vi helt sikkert fremdeles levde. Mars måned og en verden hvit av snø, skjønt ikke helt hvit, her blir det aldri helt hvitt, samme hvor mye snøen laver ned, om så himmel og hav fryser sammen og kulden når helt inn i hjertet der drømmene bor, så seirer det hvite aldri.

Ved Terje Risberg



Slik begynner en åpenbaring av en liten bok fra fiskermiljøet på Island. Boken er fra den tiden en rodde fiske og er fortalt med en egen evne til å gi oss flere historier og følelser på en gang. Slitet og spenningen fører oss lukt ned i et slags helvete, mens kjærligheten og et vennskap som er nesten uendelig gir en liten smak av himmelrik. Slit, kulde og savn er gjennomtrengende. Likevel ev-

ner denne fantastiske forfatteren å veve inn en varme i oss som en sjelden opplever. Til og med en vibrasjon av erotikk tryller han inn, bare med et glimt av en liten rød tungetipp og et hint om varme mellom to som sliter for å brødfø seg og et par unger. Opplevelsen av mennesker som skiller seg ut fra de andre, som trosser farer og lidelse for å opprettholde aktelse og vennskap selv om døden har vært på besøk, er meget sterk kost.

Jeg leste bokens 203 sider i oktober, og det var en flott opplevelse. Sammen med noen venner har jeg vært i en lesesirkel i snart 23 år. Vi har lest mange gode bøker, men ofte, kan jeg ikke si, at de helt stor opplevelsene har kommet ut av det. Her er en av de store. Tror det blir en trilogi, bok nummer to er i salg, og vi skal ha den på neste møte.

Som en avslutning må jeg si at tittelen speiler litt av jobben vi alle har valgt. Det er dager da jeg lurte på hvorfor jeg ikke ble ung, rik, mørk og vakker i stedet for å drive med dette. Kanskje er det stundene med nærhet og en følelse av at vi virkelig betyr noe som holder oss på post.

Boken anbefales som en annerledes julefortelling.

Annonse

Annonce

Annonce