

Klinisk forskning i Norge

s. 10

**Intervjuer med onkologer
“utenfor allfarveien”**

s. 25

Rapport fra Onkolis 2013

s. 31

onko nytt

Medlemsblad for Norsk onkologisk forening | • 2013

Årgang 10



Annonce

Medlemsblad for Norsk onkologisk forening

REDAKTØR

Stephanie B. Geisler,
spesialist i onkologi,
medisinsk rådgiver Glaxo Smith Kline
T: 48045098 / stephanie.b.geisler@gmail.com

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 Stephanie Geisler



Innhold

Redaktørens spalte	5
Leder	6
NOF annonser	7
Unikt translasjonsprosjekt innen metastatisk kreft	10
Aktiviteter ved Seksjon for Celleterapi	16
Krafttak for kliniske studier	17
Livsstilsendringer for kreftpasienter	20
Intervjuer med onkologer:	
Marius Normann, Aleris	25
Roar Johansen, Nesodden kommune	26
Sigurd Ørstadvik, Takedo Nycomed	27
Nasjonalt fond for ny kreftmedisin	30
OnkoLiS 2013	31
Nye doktorgrader og spesialister	33
NOF annonser	34
Resymé av Oslo CancerCluster's møte om Nyrekreft	36
Bokomtale	38

Forsidebildet og landskapsbildene i heftet er tatt av
Eivind Smeland. Førstesidebildet viser Tranøy fyr.

Annonce

Kjære kollega!



Da har staffettpinnen gått videre til en ny redaksjon – bestående av René van Helvoirt og undertegnede, Stephanie Geisler.

René, som har vært med i Onkorytt redaksjonen fra 2010 er vel kjent for dere, mens jeg gjerne vil benytte anledningen til å presentere meg selv.

Jeg er onkolog, ferdigutdannet spesialist ved Haukeland Universitets Sykehus i 1999.

I tillegg til min tid ved HUS har jeg også jobbet ved Kreftpoliklinikken på Bærum Sykehus. For litt over 2 år siden begynte jeg som medisinsk rådgiver for onkologi i Glaxo Smith Kline, en stilling jeg fremdeles innehar.

Da jeg leste at Onkorytt søkte etter nye medlemmer til redaksjonen måtte jeg tenke tilbake til den tiden da Marianne (Brydøy, HUS) startet i redaksjonen – på et tidspunkt hvor hun hadde mer enn nok å gjøre med småbarn, doktorgradsprosjektet sitt, klinisk jobb – og så redaktør i tillegg! Jeg kunne ikke forstå hvordan hun klarte det, heller ei kunne jeg den gang se behovet for et blad til landets onkologer.

Etter 10 år som mer eller mindre trofast leser av Onkorytt synes jeg nå det ville være svært leit om bladet skulle forsvinne, særlig i en tid hvor kreft og kreftlegemidler diskuteres i mange fora og onkologene ikke alltid blir hørt.

Men så er det dette med min habilitet. Jeg har gått over til ”den mørke siden” og selv om jeg føler at jeg fremdeles har

onkologenes og pasientens beste som mitt hovedanliggende, vil det kunne stilles spørsmål ved min motivasjon.

Jeg har diskutert dette åpent med styret i Norsk Onkologisk Forening og har blitt tatt imot som fagperson og onkolog, dette er den rolle som jeg ønsker å inneha som redaktør i Onkorytt, til tross for min tilknytning til industrien. I situasjoner hvor min habilitet vil kunne trekkes i tvil vil avgjørelsen for min involvering ligge hos NOF styret.

Jeg håper at det finnes flere blant dere, som har lyst til å bli med i redaksjonen – dette er gøy!

Samtidig vil jeg gjerne oppfordre alle til å ta kontakt med René eller meg når de blir oppmerksomme på relevant stoff til Onkorytt; det er bare om å ta kontakt!

Vi gleder oss til å høre fra dere!

stephanie.b.geisler@gmail.com
rene.helvoirt@sshf.no

Styret i NOF - 2013



Styret fra venstre til høyre:

René van Helvoirt, Hege S. Haugnes, Christine Undseth, Eva Hofslø, Birthe Lie Hauge, Andreas Stensvold



Kjære kollega!

Siden forrige medlemsblad Onkonytt i desember har mye skjedd.

I januar gikk årets OnkoLiS av stabelen med over 80 deltagere. Temaet i år var ønh og lungeonkologi, og som årene før holdt møtet et faglig meget høyt nivå med forelesere fra så å si hele vårt vidstrakte land og utenlandske kapasiteter. Evalueringen viste at det var et meget vellykket arrangement. Jeg ønsker spesielt å takke Rene for den fantastiske jobben han nedlegger for OnkoLiS. Du kan lese mer om arrangementet i denne utgaven.

De nye spesialitetsreglene for onkologi har nå vært ute på høring i legeforeningens

mange undergrupper, og så langt har den fått god tilbakemelding. NOF håper at de vil bli like godt mottatt i helsedirektoratet. Tiden for fornying av spesialitetsreglene i onkologi er etter min mening overmoden!

Mye av vinteren har vi jobbet med innspill til den nye kreftstrategien, som ble oversendt helsedepartementet rett etter påske. Jeg har fått et klart inntrykk av at helsedirektoratet lyttet til våre innspill i denne omgangen. Helsedepartementet har nå valgt å holde den unntatt offentligheten inn til videre. Forhåpentligvis er den blitt offentlig tilgjengelig når du leser dette bladet!

De siste årene har det vært mye diskusjon om Norge har råd til å ta i bruk nye kreftlegemidler. ipilimumab og abiraterone fikk begge nei fra helsedirektøren. Men ipilimumab er nå tilgjengelig for våre pasienter etter politisk "vri". Uansett om ipilimumab studien vil bringe noe nytt mener NOF at dette er medisin som er viktig er tilgjengelig for norske melanom-pasienter uavhengig av om hva lommeboka til den enkelte måtte inneholde. Abiraterone viser med stor tyngde vanskeligheten med oppbyggingen av dagens handlingsprogrammer. Medisinen skal ikke tas i bruk, men...

Det må ikke være noe tvil om at det er helsedirektoratet som er "eier" av handlingsprogrammene, men det må heller ikke bli slik at det kan stilles spørsmål om vår faglig habilitet. Etter min mening, dersom vi skal ha norske handlingsprogrammer, må det komme tydelig frem at vi som fagpersoner leverer de faglige rådene, helsedirektoratets helseøkonomer kommer med sine helseøkonomiske beregninger sammen med legemid-

delverket. Det må stilles like sterke krav til kvaliteten i helseøkonomiberegningene som det som blir levert fra faggruppene. Til slutt må det komme tydelig frem hvem som har levert hva til handlingsprogrammet. Jeg mener det er på sin plass å minne oss på at vi er bare 5 millioner mennesker her oppe, kanskje det er lurt å gå sammen med våre naboland på den del områder?

Siden sist har det skjedd forandringer i Onkonytt redaksjonen. Magnar og Marianne har takket for seg. Jeg vil takke dere spesielt for den fantastiske jobben dere har gjort!! Inn har imidlertid Stephanie Geisler kommet, full av energi og pågangsmot! Du kan lese mer om henne i denne utgaven.

Nytt av i år har vi valgt å sette av et vist beløp for å styrke de forskjellige faggruppene, se annonsen i denne utgaven!

Som de siste årene vil NOF sitt årsmøte holdes i forbindelse med Onkologisk forum. I år skal det være valg, det trengs nye krefter i styret så det er bare å ta kontakt med Tone Ikdahl. NOF er en organisasjon som mange lytter til, grip sjansen til å bli bedre kjent med dine kollegaer og bli lyttet til i helse Norge! Under forumet vil også årets onkolog bli kåret.

Dersom du har saker du vil at vi i styret skal jobbe med ønsker vi å høre fra deg!

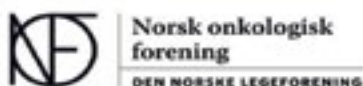
Til slutt ønsker jeg deg en fin sommer med tid til avkobling fra en hektisk hverdag.

Andreas Stensvold, leder.



God Sommer!

Redaktør i Onkonytt, noe for deg?



Onkonytt søker 1- 2 redaktører til

Redaktørenes oppgaver er:

- Drøfte temaer for neste utgave og henvende seg til fagpersoner som kan være aktuelle å skrive innlegg
- Vurdere innlegg som Onkonytt får tilsendt spontant (det hender at vi får det J)
- Redigere innleggene hvor nødvendig og se på rekkefølgen av innleggene
- Jobbe med lay-out sammen med utgiveren

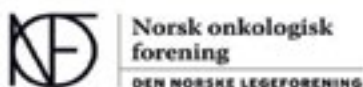
Utgiveren har kontakt med firmaene som har reklame i Onkonytt og dermed gir oss inntekter.

Redaktørenes arbeid honoreres fra NOF med fagstipend. Redaktøren får et årlig stipend på kr 7500. Stipendet kan brukes til å reise på kurs, konferanse eller hospitering. Eller kan brukes til data utstyr (software og / eller hardware).

Er du interessert?

Kontakt hovedredaktør Stephanie Geisler (stephanie.b.geisler@gmail.com) eller redaktør René van Helvoirt (rene.helvoirt@sshf.no).

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 og det å være med i NOF er morsomt, inspirerende, sosialt og en unik mulighet for å påvirke faget vårt. Vi i NOF har 3 fysiske styremøter i året, og i tillegg et telefonmøte per måned.

Er du interessert?

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

Annonce

Nyt ferien!



Annonse

MetAction: Actionable Targets in Cancer Metastasis – from Bed to Bench to Byte to Bedside, Oslo universitetssykehus (OUS) og Akershus universitetssykehus (AHUS)



Av Anne Hansen Ree, professor II, Klinikk for indremedisin og laboratoriefag, UIO

Støttet av Norges forskningsråd

I november 2011 lanserte Forsknings-

rådet programmet *Offentlig initierte kliniske studier på kreftområdet* for å øke kunnskapsgrunnlaget for kliniske beslutningsprosesser i kreftbehandling innen viktige temaer som behandlingseffekt, behandlingssikkerhet og kostnadseffektivitet. Dette er også svært aktuelle temaer innen den politiske debatten om prioriteringer i helsetjenesten. Moderne kreftbehandling er kostnadskrevende, og det legges allerede nå, både nasjonalt og internasjonalt, betydelig vekt på å definere riktig behandling til riktig pasient til riktig tidspunkt.

Det multidisiplinære forskningsprosjektet *MetAction* har sitt utgangspunkt i de sterke forskningsmiljøene innen translasjonell

kreftbiologi og –terapi ved Kreftavdelingen og Avdeling for klinisk molekylærbiologi og laboratoriemedisin, Medisinsk divisjon AHUS, og ved Institutt for kreftforskning og kliniske og diagnostiske avdelinger, Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken OUS. Prosjektsøknaden ble evaluert av et internasjonalt fagpanel, slik prosessen bruker være for slike søknader til Forskningsrådet. Stor var gleden da prosjektet ble innvilget for perioden 2012–2016 med en finansieringsramme fra Forskningsrådet på nesten 23 millioner kroner!

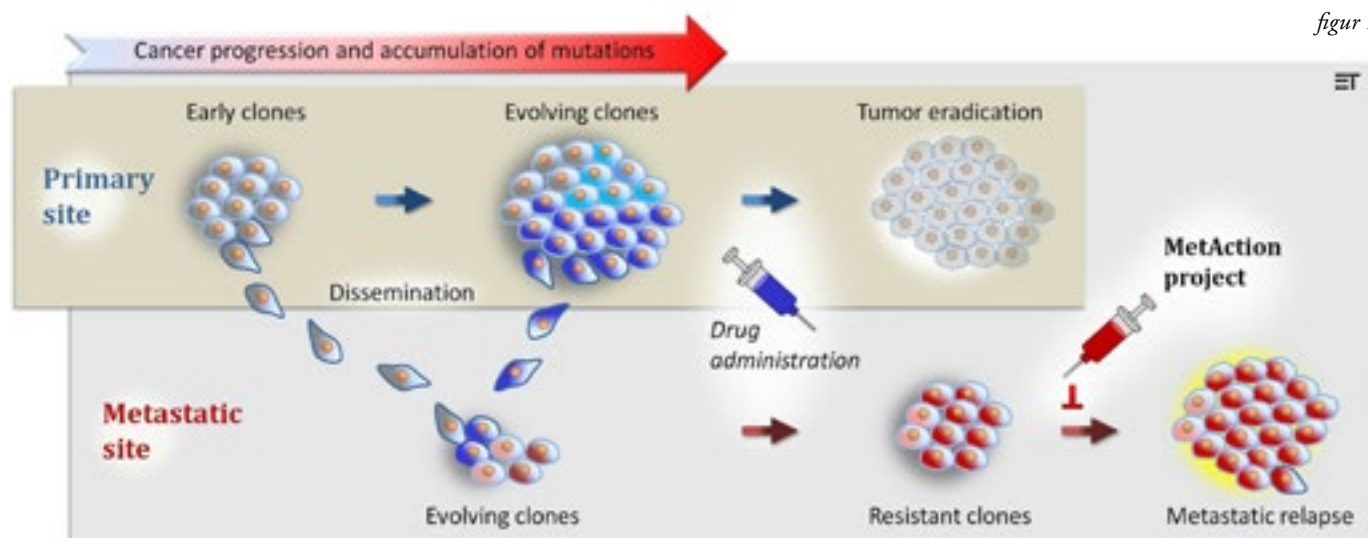
I *MetAction* er den ambisiøse målsetningen å forbedre behandling av metastatisk kreftsykdom gjennom å identifisere metastasespesifikke biomarkører og bruke terapeutika målrettet mot disse regulatoriske mekanismene. For å oppnå dette, er strategien å bringe sammen kliniske og basalbiologiske forskningsmiljøer for å kunne ta i bruk ny kunnskap fra kreftbiologi i molekylært målrettet behandling tilpasset den enkelte pasients sykdom. Således er visjonen å etablere et biologisk begrunnet kontinuum fra pasientens sykdom (Bed) via laboratoriebenken (Bench) og komplekse

datasett (Byte) tilbake til den individualiserte pasientbehandlingen (Bedside).

Bred forskning på metastasebiologi og –terapi

Metastatisk kreftsykdom forårsaker betydelig morbiditet og er vanligste årsak til død hos kreftpasienter. Molekylær karakterisering av metastatiske svulster har vist at disse er svært forskjellig fra sin primærtumor, som er biolo-

Figur 1. Tumorheterogenitet og metastasering. Primærtumor akkumulerer kontinuerlig nye molekulære aberrasjoner under sykdomsprogresjon. Metastaserende tumorkloner får således dominerende, biologiske karakteristika som er forskjellig fra sin opprinnelsestumor. Behandling rettet mot biologisk konstitusjon i primærtumor, og som gir ønsket behandlingseffekt i denne, vil derfor nødvendigvis ikke være virksom i disseminerte dattersvulster. Individualisert behandling av metastatisk kreftsykdom må således baseres på molekulære karakteristika i pasientens metastatiske svulster og målrettes mot sentrale regulatoriske mekanismer i disse lesjonene. Illustrasjon ved Ellen M. Tenstad, Institutt for kreftforskning, Oslo universitetssykehus.



figur 1

gisk heterogen, og at sykdomsdisseminering oppstår fra spesifikke subkloner i primærtumor [1–4]. Den bærende hypotesen i *MetAction*-prosjektet er derfor at individualisert behandling av metastatisk sykdom må baseres på molekulære karakteristika i sykdomsmanifestasjonene som truer den enkelte pasient, altså pasientens metastatiske svulster, og målrettes mot sentrale regulatoriske mekanismer i disse lesjonene (figur 1). Dette konseptet står i motsetning til dagens kliniske praksis, som nesten uten unntak bygger behandlingsbeslutning på primærtumorkarakteristika.

MetAction-programmet består av tre delprosjekter. I det kliniske delprosjektet skal vi gjennomføre en utprøvende behandlingsstudie med såkalt n-of-1 studiedesign for pasienter med metastatisk sykdom. Utvikling av nye legemidler rettet mot sentrale molekulære signalveier i svulstvev, og påvisning av molekulære aberrasjoner ved de involverte signalmolekylene med moderne teknologisk og bioinformatisk metodologi, åpner mulighet

for slik behandling. Innen denne studiedesignen blir et objektivt kriterium (i dette tilfellet den metastatiske svulstens molekulære profil) først bestemt hos hver enkelt studiepasient, som deretter er sin egen kontroll for behandlingsprinsippet (det biologisk målrettede medikamentet) som skal utprøves [5]. Detaljer om praktiske forhold ved studieoppbygget og –gjennomføring er beskrevet under.

Et eksplorativt delprosjekt innen *MetAction* går ut på å karakterisere i detalj den molekulære konstitusjon, i vid forstand, i metastatiske svulster fra pasienter med disseminert sykdom fra bryst- og kolorektalkreft og malignt melanom. Disse tumorformene er valgt delvis fordi prosjektgruppen har sterk vitenskapelig kompetanse innen disse feltene, og delvis fordi det gjennom en årrekke er etablert og i prosjektperioden foregår innsamling av store biobanker med tilhørende validerte pasientdatabaser innen disse kreftsykdommene ved de deltakende institusjonene. Som en tredje del av prosjektstrategien skal det utvikles computerbaserte integrerte analyser

for å systematisere molekulære og kliniske data gjennom anvendelse av såkalt systembiologisk metode. Formålet er å forstå den biologiske kompleksiteten og årsak til behandlingssvikt ved metastatisk kreftsykdom.

For teknologisk å kunne gjennomføre dette forskningsprosjektet, vil prosjektgruppen benytte aktuelle metodeplattformer på kjernefasiliteter for DNA-sekvensering, genomvariasjon og bioinformatikk ved OUS. Ved AHUS er det etablert teknologi for DNA-sekvenseringsanalyse (Ion Torrent Personal Genome Machine), som vil bli benyttet i den kliniske behandlingsstudien slik denne teknologien tilsvarende er brukt ved en rekke kreftsentra internasjonalt, og for analyse av kinaseaktivitet i vevsprøver (Tyrosine Kinase PamChip Array), som er tenkt spesifikt anvendt for funksjonell karakterisering av sammensatte, aktiverte signalveier i metastaserende svulster [6–8]. I det eksplorative delprosjektet vil det bli lagt vekt på å analysere det metastatiske svulstvevet på ulike molekulære nivåer gjennom å undersøke

Tabell 1. Medikamenter som kan brukes i den kliniske behandlingsprotokollen i *MetAction*-prosjektet.

Medikament	'Actionable target(s)'	Biomarkør(er)	Valideringsmetode(r)
cetuximab	EGFR	KRAS-BRAF villtype	gensekvensering
panitumumab	EGFR	KRAS-BRAF villtype	gensekvensering
gefitinib	EGFR	EGFR-mutasjoner	gensekvensering
erlotinib	EGFR	EGFR-mutasjoner	gensekvensering
trastuzumab	HER-2	ERBB2-amplifikasjon, HER2-ekspresjon	FISH, immunhistokjemi
lapatinib	HER-2	ERBB2-amplifikasjon, HER2-ekspresjon	FISH, immunhistokjemi
vemurafenib	RAF	BRAF-mutasjon	gensekvensering
crizotinib	ALK, MET	ALK rearrangement, MET-amplifikasjon	FISH
imatinib	KIT, BCR/ABL, PDGFR	BCR/ABL-translokasjon, KIT-ekspresjon	PCR, immunhistokjemi
dasatinib	BCR/ABL, SRC	BCR/ABL-translokasjon	PCR
nilotinib	BCR/ABL	BCR/ABL-translokasjon	PCR
bevacizumab	VEGF	for tiden ingen i rutinebruk	for tiden ingen i rutinebruk
sunitinib	PDGFR, VEGFR, KIT	for tiden ingen i rutinebruk	for tiden ingen i rutinebruk
sorafenib	PDGFR, VEGFR, RAF	for tiden ingen i rutinebruk	for tiden ingen i rutinebruk
axitinib	PDGFR, VEGFR, KIT	for tiden ingen i rutinebruk	for tiden ingen i rutinebruk
regorafenib	PDGFR, VEGFR, KIT, RAF, RET	for tiden ingen i rutinebruk	for tiden ingen i rutinebruk
temsirolimus	mTOR	for tiden ingen i rutinebruk	for tiden ingen i rutinebruk
everolimus	mTOR	for tiden ingen i rutinebruk	for tiden ingen i rutinebruk

For medikamentene i øvre del av tabellen fins definerte biomarkører for virkningsmekanisme og også etablert metodologi for validering av identifiserte molekulære aberrasjoner. For de øvrige medikamenter pågår omfattende forskningsaktivitet internasjonalt for å identifisere og validere slike biomarkører. Forkortelser: FISH, fluorescens in situ-hybridisering; PCR, polymerase kjedereaksjon.

Unikt translasjonsprosjekt innen metastatisk kreft

DNA-variasjoner og endret ekspresjon og aktivitet av proteiner i sentrale signalveier, og lovende kandidatmarkører vil bli validert i eksperimentelle modellsystemer [8–10].

Utpøvende behandlingsstudie

For utprøving av biologisk målrettede legemidler ved metastatisk kreft må ny type studiedesign etableres. Behandlingsstudier med randomiserte pasientgrupper og totaloverlevelse som hardt endepunkt er ikke egnet til å skaffe evidens for betydningsfull effekt, ei heller relevante behandlingskostnader. Med slik tradisjonell studiedesign vil behandlingsrespons hos enkeltpasienter med sammenfall mellom en bestemt biomarkør og tilhørende biologisk målrettet medikament “drukne” blant manglende effektutfall hos pasienter hvor slik korrelasjon ikke fins. N-of-1 kan i dette tilfellet være en alternativ studiedesign [5].

Behandlingsprotokollen i *MetAction* har fått tittelen *Actionable Target Identification in Metastatic Cancer for Palliative Systemic Therapy*. Det er første gang en onkologisk behandlingsstudie med n-of-1 design skal gjennomføres i Norge, og de studieansvarlige (se under) innen prosjektgruppen er for tiden i aktiv dialog med Statens legemiddelverk for å sikre at studien ivaretar pasientsikkerhet og dermed kan bli godkjent. Vi arbeider også med å få på plass praktiske logistikk-løsninger ved de to studiesentrene, Kreftavdelingen AHUS og Avdeling for kreftbehandling OUS med tilhørende forskningslaboratorier og avdelinger innen radiologi og patologi.

I denne studien skal vi kun benytte allerede godkjente medikamenter, altså i godkjente doseringer og med kjente bivirkningsprofiler, på bakgrunn av molekulære biomarkører vi identifiserer i studiepasientenes metastatiske svulster. Medikamentene vi velger vil således bli brukt på ikke-godkjente indikasjoner. Som eksempel kan man tenke seg at vi finner ERBB2-amplifikasjon i levermetastatiske lesjoner hos studiepasient med primær rektalkreft, som da vil få tilbud om behandling med “brystkreftmedikamentet” trastuzumab. Fordi denne strategien forutsetter at de biologisk målrettede medikamentene som skal benyttes har definerte biomarkører for virkningsmekanisme (for eksempel ERBB2-amplifikasjon ved bruk av trastuzumab) og også metodologi for validering av identifiserte molekulære aberrasjoner (for eksempel fluorescens *in situ*-hybridisering ved ERBB2-amplifikasjon), ender vi opp med det som for tiden er i overkant av ti godkjente legemidler til potensiell bruk (tabell 1). Med den raske utviklingen på dette feltet, er det all grunn til å tro at listen over aktuelle legemidler øker i løpet av gjennomføringen av studien.

Vi håper å kunne være i gang i løpet av høstsemesteret 2013, men dette forutsetter at alle godkjenninger snart kan være på plass i denne “pionérstudien” (i den forstand at ingen andre tidligere har gjort noe lignende her i landet). I og med Forskningsrådets bevilgning til forskningsprosjektet vil behandlingsstudien i prinsippet være åpen for pasienter fra hele landet. Man vil trenge



Figur 2. Forsiden av VG, 5. april 2013. Fra venstre: Anne Hansen Ree, Anne-Lise Børresen-Dale, Kjersti Flatmark og Gunhild M. Mælandsmo.

henvisning fra sin behandlende onkolog til ett av de to studiesentrene for vurdering av om man fyller inklusjonskriterier (tabell 2). Enhver pasient med metastatisk sykdom fra solid tumor og som ikke lenger har effekt av standardbehandling kan være med i studien. De studieansvarlige kan kontaktes fra onko-

Tabell 2.

Sentrale kriterier for behandling i protokollen Actionable Target Identification in Metastatic Cancer for Palliative Systemic Therapy.

1. Pasienten har metastatisk kreftsykdom med progresjon i henhold til Response Evaluation Criteria in Solid Tumors (RECIST) på minst ett forutgående regime med palliativ systemterapi for sin avanserte sykdom, og har ikke kontraindikasjoner mot repetert biopsing av metastatisk targetlesjon. Pasienten har stått på forutgående behandlingsregime i minst seks uker.
2. Pasientens forventede gjenværende levetid er lengre enn tre måneder.
3. Pasienten er i Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG)-status I eller bedre.
4. Pasienten har adekvat benmargsfunksjon uten bruk av koloni-stimulerende faktor-behandling.
5. Pasienten har adekvat lever- og nyrefunksjon.
6. Pasienten har ikke metastatisk sykdom fra mer enn én krefttype.
7. Pasienten har ikke ubehandlet eller symptomgivende hjernemetastatisk sykdom.
8. Pasienten fyller ikke spesifikke eksklusjonskriterier knyttet til eventuelt studiemedikament som blir valgt.
9. Pasienten må avgi skriftlig signert, informert samtykke for studiedeltakelse både hva gjelder screeningsprosedyrer og eventuelt studiemedikament som blir valgt.

logiske fagmiljøer om studieprotokoll og pasientinformasjon når dette er endelig godkjent.

MetAction-prosjektet har ikke gått upåaktet hen [11]. Det er hyggelig å få blest når man har arbeidet hardt med å skaffe midler til et omfattende forskningsprosjekt – og ikke minst er dette viktig for mulighet til å innhente ytterligere, nødvendig finansiering. Men det var noe sjokkartet å bli forsidepiker i landets største avis (*figur 2*)! Ingen i prosjektledelsen turte gå på Narvesen den aktuelle fredagen, for å si det sånn...!

Multidisiplinær kreftforskning

Prosjektgruppen er satt sammen av fagpersoner med ulik og komplementær kompetanse for å kunne etablere det nødvendige multidisiplinære kunnskapsgrunnlaget. Dette er helt i tråd med internasjonale anbefalinger. Således består gruppen av basalforskere, bioinformatikere og statistikere, samt en rekke medisinske spesialister (patologer, radiologer, kreftkirurger, onkologer), og de involverte fagmiljøene er lokalisert ved ulike avdelinger ved AHUS og OUS.

Vi mener prosjektet utvilsomt vil bidra til å bygge nasjonalt og internasjonalt etterspurt ekspertise innen individualisert kreftbehandling. Innen rammen av dette inneholder forskningsprosjektet flere elementer av antatt stor vitenskapelig betydning. For det første vil det generere og implementere ny kunnskap om metastasespesifikke biomarkører og 'actionable targets' i pasientens metastatiske sykdom i den kliniske behandlingen. Videre er prosjektet translasjonelt og multidisiplinært oppbygget og involverer begge universitetssykehusene ved Universitetet i Oslo. Prosjektet har fått støtte fra internasjonalt velrenommerte fagmiljøer. For å kunne realisere konseptet individualisert behandling av metastatisk kreftsykdom, er det helt nødvendig å utdanne "translasjonsleger", altså kliniske spesialister (onkologer, kreftkirurger) og spesialister innen diagnostikk (radiologer, patologer), som har kontinuerlig oppdatert kunnskap om basale sykdomsmekanismer på molekylærbiologisk og funksjonelt nivå. Vi mener prosjektet er enestående for dette formålet og at forskningsaktiviteten således også vil gi stor samfunnsnytte.

MetAction prosjektledelse

Denne består av to basalforskere, en kreftkirurg og en onkolog:

- Gunhild M. Mælandsmo, Institutt for kreftforskning OUS; prosjektleder
- Anne-Lise Børresen-Dale, Institutt for kreftforskning OUS; prosjektleder
- Kjersti Flatmark, Institutt for kreftforskning og Avdeling for gastroenterologisk kirurgi OUS; nestleder
- Anne Hansen Ree, Kreftavdelingen AHUS; nestleder

Studieansvarlige for den kliniske behandlingsprotokollen

Disse er to onkologer og en kreftkirurg:

- Anne Hansen Ree, Kreftavdelingen AHUS; Principal Investigator
- Svein Dueland, Avdeling for kreftbehandling OUS; Principal Investigator
- Kjersti Flatmark, Avdeling for gastroenterologisk kirurgi OUS; National Coordinator

REFERANSER

1. Marusyk A, Almendro V, Polyak K. Intratumour heterogeneity: a looking glass for cancer? *Nat Rev Cancer* 2012; 12, 323–34.
2. Aparicio S, Caldas C. The implications of clonal genome evolution for cancer medicine. *N Engl J Med* 2013; 368, 842–51.
3. Russnes HG, Navin N, Hicks J, Borresen-Dale AL. Insight into the heterogeneity of breast cancer through next-generation sequencing. *J Clin Invest* 2011; 121, 3810–8.
4. Nik-Zainal S, Van Loo P, Wedge DC, Alexandrov LB, Greenman CD, Lau KW, Raine K, Jones D, Marshall J, Ramakrishna M, Shlien A, Cooke SL, Hinton J, Menzies A, Stebbings LA, Leroy C, Jia M, Rance R, Mudie LJ, Gamble SJ, Stephens PJ, McLaren S, Tarpey PS, Papaemmanuil E, Davies HR, Varela I, McBride DJ, Bignell GR, Leung K, Butler AP, Teague JW, Martin S, Jonsson G, Mariani O, Boyault S, Miron P, Fatima A, Langerod A, Aparicio SA, Tutt A, Sieuwerts AM, Borg A, Thomas G, Salomon AV, Richardson AL, Borresen-Dale AL, Futreal PA, Stratton MR, Campbell PJ; Breast Cancer Working Group of the International Cancer Genome Consortium. The life history of 21 breast cancers. *Cell* 2012; 149, 994–1007.

5. Ree AH. Individualisert behandling av metastatisk kreft. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2012; 132, 2358–9.
6. Saelen MG, Flatmark K, Folkvord S, de Wijn R, Rasmussen H, Fodstad Ø, Ree AH. Tumor kinase activity in locally advanced rectal cancer: angiogenic signaling and early systemic dissemination. *Angiogenesis* 2011; 14, 481–9.
7. Ree AH, Kristensen AT, Saelen MG, de Wijn R, Edvardsen H, Jovanovic J, Abrahamson TW, Dueland S, Flatmark K. Tumor phosphatidylinositol-3-kinase signaling and development of metastatic disease in locally advanced rectal cancer. *PLoS One* 2012; 7, e50806.
8. Lindholm EM, Kristian A, Nalwoga H, Krüger K, Nygård S, Akslen LA, Mælandsmo GM, Engebraaten O. Effect of antiangiogenic therapy on tumor growth, vasculature and kinase activity in basal- and luminal-like breast cancer xenografts. *Mol Oncol* 2012; 6, 418–27.
9. Kristensen VN, Vaske CJ, Ursini-Siegel J, Van Loo P, Nordgard SH, Sachidanandam R, Sørlie T, Wærnberg F, Haakensen VD, Helland Å, Naume B, Perou CM, Haussler D, Troyanskaya OG, Borresen-Dale AL. Integrated molecular profiles of invasive breast tumors and ductal carcinoma in situ (DCIS) reveal differential vascular and interleukin signaling. *Proc Natl Acad Sci USA* 2012; 109, 2802–7.
10. Magnussen GI, Holm R, Emilsen E, Rosnes AK, Slipicevic A, Flørenes VA. High expression of Wee1 is associated with poor disease-free survival in malignant melanoma: potential for targeted therapy. *PLoS One* 2012; 7, e38254.
11. http://www.forskningsradet.no/no/Nyheter/Tester_skreddersydd_kreftbehandling/1253984175483

Annonce

Annonce

Seksjon for Celleterapi

Dag Josefsen, overlege dr. med., avd. for kreftbehandling, OUS Radiumhospitalet

Seksjon for Celle-terapi ble startet opp i 1987 ved Radiumhospitalet i forbindelse med at man startet opp høydosebehandling med autolog stamcellestøtte (HMAS) hos lymfom-pasienter. Seksjonsleder Gunnar Kvalheim var med å starte opp og bygge opp stamcellelab'en fra begynnelsen frem til det den er i dag, og han er fortsatt seksjonens leder.

I forbindelse med sammenslåingen med Rikshospitalet i 2006, ble alle høstinger av autologe og allogene, hematopoietiske stamceller utført ved Rikshospitalet overflyttet til vår seksjon på Radiumhospitalet. Dette inkluderer både voksne og barnepasienter og donorer, både familiegivere og ubeslektede givere fra benmargsgiverregisteret. De fleste høster stamceller fra perifere vener mens et mindretall av de friske givne donerer benmarg.

I 2009 ble sykehusene slått sammen til Oslo Universitetssykehus, og da ble også de autologe stamcellehøstingene utført ved Ullevål sykehus overført til Seksjon for celleterapi. Dette falt sammen med at vår virksomhet flyttet inn i helt nye lokaler i forskningsbygget på Radiumhospitalet.

I dag er det 30 ansatte på seksjonen fordelt på 4 leger, 25 bioingeniører og 1 assistent. Vi holder til i moderne lokaler i forskningsbygget som inneholder en aferese-enhet hvor pasienter og donorer får utført perifer stamcellehøsting. I tillegg har vi en stor laboratorie- og prosesseringsenhet som inkluderer en av Europas største renroms-enheter med 7 produksjonsrom. Det er høye krav til hvordan man prosesserer og behandler celleprodukter, og dette må helst foregå i kvalifiserte renrom av den typen vi har i vår seksjon.

Høsting av hematopoietiske stamceller: Vår virksomhet i dag omfatter programmer for høsting av hematopoietiske stamceller, både autologe stamcelleprodukter til pasienter som skal gjennomgå HMAS, og allogene stamcelleprodukter fra familiegivere og ubeslektede givere. Noen få ganger

høster vi benmarg når dette er ønsket, ellers vil de fleste gjennomgå perifer stamcellehøsting etter forutgående mobilisering.

De siste årene, etter siste store sammenslåing har vi ligget relativt stabilt på ca 180 afereser pr år. Det er litt færre pasienter/donorer da noen må gjennomgå flere enn en aferese. I 2012 utførte vi 110 autologe stamcellehøstinger. Dette fordelte seg i hovedsak på lymfom-pasienter (n= 33) og myelomatosepasienter (n= 65) samt noen pas med andre diagnoser (inklusive cancer testis og sarcom, n=9). I tillegg hadde vi 3 barn til høsting. De autologe stamcelleproduktene blir så frosset ned og oppbevart i frysetanker frem til tilbakeføring av stamcelleproduktene. Ved allogene stamcelletransplantasjoner foretrekkes i hovedsak infusjon av ferske stamcelleprodukter, og produktene blir da infundert hos mottaker så raskt som mulig etter høsting. For familiegivere vil det si at stamcellene fraktes til avdeling for blodsykdommer, Rikshospitalet for infusjon hos mottaker. Når det gjelder produkter som blir høstet fra ubeslektede givere på oppdrag fra benmargsgiverregisteret, blir dette hentet av kurer som frakter det ferskt til det transplantasjonssenteret hvor mottaker behandles. I 2012 høstet vi i alt 28 givere med aferese. I tillegg høstet vi benmarg på 10 givere.

Utviklings- og forskningsprosjekter: Fra slutten av 90-tallet hatt økende fokus på immunterapi, og en viktig del av vår virksomhet i dag, spesielt på utviklingssiden, er immunterapiprotokoller hvor modning og ekspansjon av immunkompetente celler er en helt sentral del av disse behandlingsprotokollene.

I 2012 har vi også utført aferese på 28 pasienter som inngår i forskjellige immunterapi-protokoller. De fleste av disse protokollene inkluderer høsting av monocytter fra perifert blod. Disse blir så modnet i laboratoriet ved hjelp av forskjellige vekstfaktorer frem til dendritiske celler som så målrettes mot tumor enten ved hjelp av autologt tumor mRNA eller ved bruk av mer generelle tumorangrepspunkter som hTERT (mot telomerase) og survivin.

Ferdige produkter blir så frosset ned i ampuller for så å injiseres intradermalt i pasienten i henhold til de forskjellige vaksineprotokollene. Et typisk opplegg vil ofte være å starte med ukentlige injeksjoner den første måneden, og så månedlige injeksjoner deretter.

Regenerativ medisin er et område som har fått økende fokus de senere år, og da som et behandlingstilbud for å regenerere vev som enten er skadet eller fjernet. Ved vår seksjon har vi over en rekke år tilegnet oss kunnskap og kompetanse i dyrking og testing av mesenchymale stromale celler (MSC) fra både benmarg og fett. Dette er celler med differensieringspotensiale i forskjellige retninger som ben, brusk og muskulatur. I tillegg produserer de en rekke forskjellige vekstfaktorer som er viktige for en rekke forskjellige celletyper. Vi har startet samarbeid med plastikkirurgene her på radiumhospitalet hvor planen er å bruke fettvev fra pasienter, hente ut de rette cellene, for så å sette disse cellene tilbake til pasienten selv. Dette vil i første omgang være aktuelt hos pasienter som har kroniske sår etter tidligere strålebehandling. Senere vil det også være aktuelt å inkludere andre typer pasienter hvor f.eks det å regenerere fjernet vev vil kunne være aktuelt.

Fremover vil det, slik vi ser det nå, være stamceller til autolog og allogen bruk, videreføring av immunterapiprotokoller og regenerativ medisin som er våre hovedvirkeområder. Celleterapi er et område innen medisinen som er i stor utvikling, og det betyr at vi er åpne for at det kan dukke opp nye typer behandling hvor celler inngår, og som medfører at dette også vil kunne inkluderes i vår virksomhet.

Kliniske studier gir norske pasienter tilgang til livsviktig utprøvende kreftbehandling. I tillegg er studiene en forutsetning for å utvikle nye kreftmedisiner og diagnoseverktøy. Oslo Cancer Cluster ønsker flere kliniske kreftstudier i Norge. Derfor tar vi et krafttak nå.

Krafttak for kliniske studier

Av Elisabeth Kirkeng Andersen,
kommunikasjonsansvarlig, Oslo Cancer Cluster

Fram til 2011 så man en dramatisk nedgang i antall kliniske studier innen kreft, både de egeninitierte og oppdragsstudiene. Legemiddelselskapene uttrykte sterk misnøye med rammebetingelsene for kliniske studier, og varslet at Norge var i ferd med å bli et land de nær sagt ikke kunne forsvare å gjøre studier i lenger. De norske biotekselskapene som startet kliniske studier her opplevde mange av de samme problemstillingene og hindrene, og erkjente at de kanskje også måtte flagge ut for å få gjennomført studiene sine raskt og kostnadseffektivt. Hvis ikke risikerte de kroppen på døra før de engang hadde fått undersøkt om deres nye medisin fungerte eller ikke.

Foresight – fra skrekk til drøm

Dette er bakgrunnen for at Oslo Cancer Cluster høsten 2012 satte i gang en Foresight-prosess innen kliniske studier. Foresight, eller systematisk framtidstenkning, er en prosess hvor alle aktører berørt av en problemstilling samles for å beskrive enten et drømmescenario eller et skrekkscenario – for så å bestemme hva som skal til for – i dette tilfellet – å snu en negativ trend til en positiv.

Representanter fra kreftforskning innen sykehus og utprøvningsenheter, legemiddelindustrien, bioteknologiselskaper, pasientorganisasjoner, myndighetene og administrasjonen i Oslo Cancer Cluster har arbeidet sammen i en rekke workshops og beskrevet henholdsvis et skrekkscenario og et drømmescenario ti år fram i tid. Alle aktørene er enige om at Norge har de beste forutsetninger for å bli ledende innen kliniske kreftstudier – dersom vi satser på dette.

- Skrekkbilde 2023: Helsetilbudet varierer, litt til alle, mye til dem som har god råd. Legemiddelindustrien har flagget ut og pasientene lider. Få norske kliniske kreftstudier å snakke om.



- Drømmebilde 2023: Norge har en ledende posisjon innen kreftforskning og kreftbehandling. Politikerne sier nei til distriktsatsinger. Satsingen på kliniske utprøvende behandling har økt fra tre til prosent.

Veien videre

Den initiale Foresight-prosessen er nå gått over i en ny fase der seks arbeidsgrupper er etablert for å jobbe helt konkret fram mot realiseringen av Drømmebilde 2023 som beskrevet ovenfor. Arbeidsgruppene er godt i gang og det har allerede vært en fellessamling i 2013, samt at gruppelederne skal samles nå i begynnelsen av mai. Der vil arbeidet framover samordnes.

Allerede nå skjer det mye positivt innen dette feltet, og antall kliniske studier innen kreft ble doblet fra 2011 til 2012 fra 29 til 60.

Mer info:

Les mer om kliniske studier og Foresight-prosessen på våre nettsider: www.oslocancercluster.no

Henrik Lund, nestleder Oslo Cancer Clusters styre og Paal Brunsvig, lege på Utprøvningsenheten ved Oslo universitetssykehus, Radiumhospitalet på en av workshopene i arbeidet med Foresight-prosjektet.

Foto: Oslo Cancer Cluster

Ønsker du å delta i arbeidet med å styrke kliniske studier innen kreft? Eller har du spørsmål til dette arbeidet? Ta kontakt med Bente Prestegård i Oslo Cancer Cluster på bp@radforsk.no

Derfor er kliniske studier så viktig:

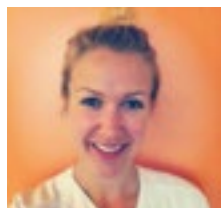
I tillegg til å sikre pasienter uten håp om behandling et nytt forsøk med medisin under utprøving, så er kliniske studier med på å heve og opprettholde kompetansen blant klinikere i Norge. Det sikrer også at onkologene kjenner til de nyeste medisinene på markedet, samt vet hvordan de skal administreres. Sist men ikke minst, er kliniske studier med på å beholde de internasjonale legemiddelselskapene i landet, noe som gir oss arbeidsplasser og verdifull "know-how".

Annonce

Annonce

I januar 2013 startet en livsstilsintervensjonsstudie ved Senter for kreftbehandling (SFK) i Kristiansand for kreftpasienter som mottar kjemoterapi. Målet er å undersøke om livsstilsendringer lar seg gjennomføre for kreftpasienter som er under behandling.

Livsstilsendringer for kreftpasienter under behandling med cellegift – lar det seg gjennomføre?



Karianne Vassbakk Brovold, Mastergrad i Idrettsvitenskap, PhD stipendiat

”Hva kan jeg gjøre?”

Utgangspunktet

for studien var at mange pasienter gjennom flere år har gitt sterk uttrykk for et ønske om å selv kunne gjøre noe – gjerne via livsstilsendringer – for å forbedre sin prognose.

”Det er ikke vist at å spise brokkoli, gå tur eller stresse mindre fører til et lengre liv i din nåværende situasjon.” Et korrekt svar, men luften gikk ut av empowerment-ballongen. Og kanskje ville det utgjøre en overlevelsesforskjell å gå tur OG spise sunnere OG ha færre påtrengende tanker for noen? Det ser i hvert fall ut til å være trygt, øke toleransen for kjemoterapi og redusere fatigue (1).

Sommeren 2011 begynte planleggingen. Og etter å ha brukt et halvår på å saumfare litteraturen kunne vi oppsummere med at evidensgrunnlaget for at livsstilsendringer under behandling hovedsakelig bestod av rotte- og musestudier og laboratorieforsøk (se tabell 1). Noen observasjonsstudier av stort sett kurative bryst-, prostata- eller tykktarmskreftpasienter har imidlertid vist svært interessante resultater; ~ 50% redusert risiko for kreftspesifikk mortalitet blant pasienter som var fysisk aktive tilsvarende de statlige anbefalingene for fysisk aktivitet sammenlignet med pasienter som ikke var fysisk aktive (2, 3). En fersk observasjonsstudie viser at det ikke bare er en mulig overlevelsesgevinst ved å være fysisk aktiv i henhold til anbefalingene; det kan se ut til at tiden man bruker sittende eller liggende kan virke inn på kreftspesifikk og total overlevelse (4). Og når det gjelder maten vi spiser (og ikke spiser), antyder epidemiologiske studier at den delen

av befolkningen som lever på middelhavskost og drikker grønne te har færre krefttilfeller og lavere kreftmortalitet enn de som spiser rødt kjøtt, hvitt mel, halvfabrikata og sukker (5).

Per i dag er imidlertid evidensgrunnlaget for begrenset til å konkludere med at kreftpasienter kan øke sine overlevelsesmuligheter ved å spise sunt, trene eller tenke konstruktivt mens de får kreftbehandling. For til nå eksisterer ingen randomiserte kontrollerte livsstilsintervensjoner på kreftpasienter under behandling med overlevelse som endepunkt. Svaret på pasientenes ”hva kan jeg gjøre” har dermed forblitt uendret – ”bare ta i mot den behandlingen som du blir gitt her...”.

Individualisering

Til tross for at evidensgrunnlaget på kreft-overlevelse etter livsstilsendringer ikke er sterkt nok, finnes en rekke randomiserte kontrollerte livsstilsintervensjoner på kreft-

Tabell 1. Prognostisk betydning av livsstilsintervensjoner hos kreftpasienter

	KOSTHOLD	FYSISK AKTIVITET	STRESSMESTRING
FOREBYGGING	Kosthold kan forebygge kronisk inflammasjon og kreft (6).	29% lavere brystkreftforekomst blant fysisk aktive kvinner sammenlignet med inaktive kvinner (7).	Mulig akkumulert DNA-skade som følge av kronisk stress (8).
BEHANDLING	Sterk assosiasjon mellom kreft og pro-tumorigenic inflammasjon (9).	Fysisk aktivitet kan føre til økt anti-tumor immunitet og reduksjon av pro-inflammatoriske mediatorer (10).	Økt immunkompetens blant brystkreftpasienter etter psykologisk intervensjon (11).
	3 måneders livsstilsintervensjon bestående av kostholdsendringer, fysisk aktivitet og stressmestring endret genuttrykket i prostata blant menn med prostatakreft i meget tidlig fase (12).		
REHABILITERING	Inntak av meieriprodukter med høyt fettinnhold etter brystkreftdiagnose relateres til økt risiko for brystkreftspesifikk og total mortalitet (13). De norske kostrådene innvirking på sykdom og overlevelse blant tykk- og endetarmsopererte kreftpasienter (Typisk Norsk, pågående studie v/ UiO) (14).	Redusert relativ risiko (RR) for brystkreftspesifikk mortalitet på 0.50 for fysisk aktive brystkreftpasienter (3). Redusert hazard ratio (HR) for tykktarmskreftspesifikk mortalitet på 0.51 for fysisk aktive tykktarmskreftpasienter (2).	Stressnivå assosieres med NK celleaktivitet (15).

Tabell 1. Evidens av mulig prognostisk betydning for overlevelse av livsstilsintervensjoner hos kreftpasienter. Kolonnen ”Rehabilitering” kan ha påbegynte intervensjoner i en adjuvant setting.

pasienter både i behandlings- og rehabiliteringsfase, men med andre endepunkter. Disse studiene antyder at livsstilsintervensjoner for kreftpasienter er trygge og kan redusere fatigue (1). Problemet med disse intervensjonene er at de benytter seg av en one size fits all-tilnærming; en tilnærming som ikke tar hensyn til den enkelte pasientens behandlingsforløp, preferanser og/eller barrierer. Denne typen tilnærming fører til at kun et fåtall av de faktisk behandlede pasientene inkluderes til livsstilsintervensjoner, i ett tilfelle så lavt som 10% (de sprekeste og mest ressurssterke) av alle de aktuelle pasientene (16). Kanskje hadde nettopp de minst ressurssterke og de som ikke er fullt så spreke hatt mest nytte av

en intervensjon? Vanligvis ble også kun én livsstilsfaktor, som for eksempel fysisk aktivitet, undersøkt. Livsstilsstudien gjennomført av Dean Ornish (12) er et mye omtalt unntak, men denne studien undersøkte prostatakreftpasienter i meget tidlig fase med utilstrekkelig oppfølging av de onkologiske dataene.

Før en eventuell randomisert mutisenterstudie med overlevelse som endepunkt, ønsket vi å lære mer om den mest optimale organiseringen av en kompleks livsstilsintervensjonsstudie; I CAN er en feasibility studie, hvor målet er å undersøke om komplekse livsstilsendringer innen kosthold, fysisk aktivitet, stressmestring og røykeslutt lar seg

gjennomføre for kreftpasienter som mottar cellegift. I tillegg ønsker vi å undersøke pasienters, pårørendes og helsepersonellens erfaringer med livsstilsstudien ved å gjennomføre kvalitative dybdeintervjuer, for å fange opp eventuelle negative konsekvenser og forbedringspotensialer. Det er også planlagt eksplorative translasjonelle studier innen immunologi og metabolisme med samarbeidspartnere fra Centre of Inflammation and Metabolism ved Rigshospitalet i København.

Etter halvannet år med fokus på oppbygging av et godt nettverk av samarbeidspartnere (se tabell 2), kunne vi i januar 2013 begynne å inkludere nyoppstartede kreftpasienter (kurative og palliative). Eksklusjonskriterier er forventet levetid <6 måneder, ECOG >2 og mistanke om anorexia cachexia syndrom.

100 påfølgende pasienter vil få individuell veiledning og månedlig oppfølging i samtale med én av prosjektets tre livsstilscoacher (kreftsykepleiere og undertegnende), med tilbud om ett års oppfølging. Oppfølgingen foregår samtidig som pasientene er inne til behandling ved SFK. Rådene vi gir pasientene baserer seg på American Cancer Societys retningslinjer for fysisk aktivitet for kreftpasienter under behandling (17), helsedirektoratets kostholdsråd for å fremme folkehelsen (18), en stepped care approach for stressmestring (19) og helsedirektoratets retningslinjer for røykeslutt (20).

GoTreatIt Cancer V1.0

En rekke utfordringer melder seg når man skal registrere, følge opp og evaluere 100 pasienters kosthold, fysisk aktivitet, stressnivå og røykestatus månedlig. For det første havnet vi på mer enn 100 spørsmål ved å benytte spørreskjemaer som var valide innenfor de ulike områdene. Men validerte eller ikke; etter 100 spørsmål klarer man ikke å huske hvor mange spiseskjeer med løk de har spist eller hvor mange timer de har tilbrakt sittende den siste uken – spesielt ikke når man på samme tid får kjemoterapi, informasjon om kvalmestillende og opplysninger om hvilke bivirkninger man kan risikere å oppleve underveis i behandlingsforløpet. Basert på validerte skjematata ble det derfor utviklet en I CAN spørreskjemapakke som består av kun 30 spørsmål for å kunne registrere pasientenes livsstil én gang i måneden. For det andre ønsket vi å finne

Tabell 2. I CANs nettverk

I CANs IDÉINNEHAVERE:

Svein Mjåland, MD, Senter for kreftbehandling, Sørlandet Sykehus HF

Odd Mjåland, MD, PhD, Gastrokirurgisk avdeling, Sørlandet Sykehus HF

Stephen Seiler, Professor i Idrettsvitenskap, Dekan ved fakultetet for Helse- og Idrettsvitenskap ved Universitetet i Agder

ARBEIDSGRUPPE OG SAMARBEIDSPARTNERE:

Prosjektleder og hovedveileder Christian Kersten, PhD, Senter for Kreftbehandling, Sørlandet Sykehus HF

Sveinung Berntsen Stølevik, Førsteamanuensis, Fakultetet for Helse- og Idrettsvitenskap ved Universitetet i Agder og Haukeland Universitetssykehus i Bergen

Milada Cvancarova, PhD, Senter for kreftbehandling, Sørlandet Sykehus HF

Brit Haddeland og Marit Lund, kreftsykepleiere og coacher i I CAN ved Senter for kreftbehandling, Sørlandet Sykehus HF

Henrik Lian, Klinisk ernæringsfysiolog, Enhet for Fysikalsk medisin og Forebygging, Sørlandet Sykehus HF

Helene Morvik and Anne Mia Myhre, Rådgivere, Lærings- og mestringssenteret, Sørlandet Sykehus HF

Liv Fegran, Førsteamanuensis, Fakultetet for Helse- og Sykepleievitenskap ved Universitetet i Agder

Pernille Hojman, Centre of Inflammation and Metabolism, Rigshospitalet, Copenhagen

Rune Blomhoff, Professor og prosjektleder av Typisk Norsk-studien

Karin Nordin, Professor i Sykepleievitenskap, Uppsala Universitet

Johannes Brug, Mai Chin A Paw and Laurien Buffart, Department of Public and Occupational Health, VU University Medical Center, Amsterdam, Nederland

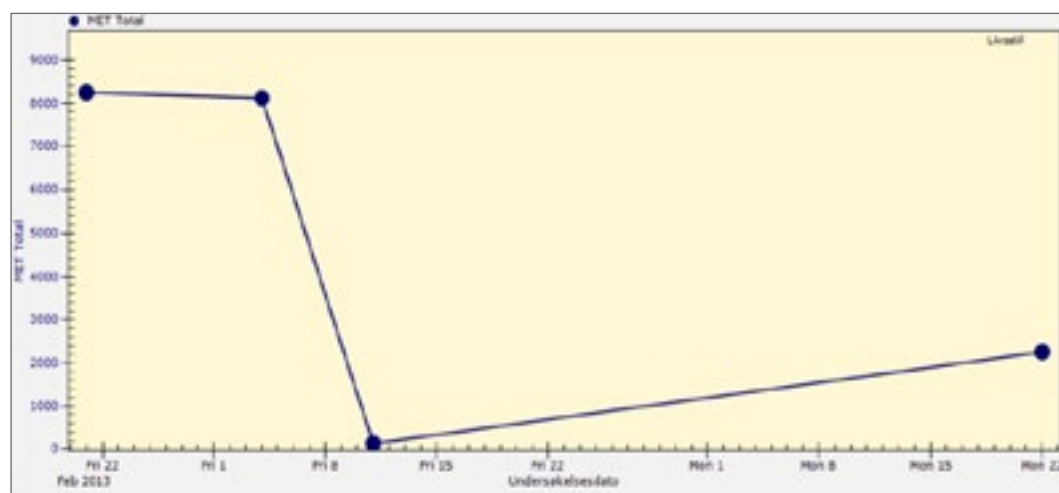
Figur I

a) Oversikt over pasientens livsstilsscore innen de ulike livstilsområdene der både gode og dårlige livstilsvaner scores fra 1 (dårligst) til 5 (best). Historikken til høyre i bildet gjør det enkelt å holde oversikt med tidligere målinger.

	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5	Historikk
Fysisk aktivitet						11.03.2013 07.03.2013 04.03.2013 21.02.2013 15.02.2013
IPAQ-SF: Gode vaner	<300 MET min/uke	300-699 MET min/uke	700-1499 MET min/uke	1500-2999 MET min/uke	>2999 MET min/uke	
IPAQ-SF: Dårlige vaner	>12 timer/dag	10-12 timer/dag	7-9 timer/dag	4-6 timer/dag	<4 timer/dag	
Sedat adferd: Ukedag	>12 timer/dag	10-12 timer/dag	7-9 timer/dag	4-6 timer/dag	<4 timer/dag	
Sedat adferd: Helgedag	>12 timer/dag	10-12 timer/dag	7-9 timer/dag	4-6 timer/dag	<4 timer/dag	
Kosthold						
Gode vaner	<5 poeng	5-11 poeng	12-20 poeng	21-24 poeng	>24 poeng	
Dårlige vaner	>30 poeng	19-30 poeng	13-18 poeng	5-12 poeng	<5 poeng	
Stressmestring						
COPE	<6 poeng	6-12 poeng	13-19 poeng	20-26 poeng	>26 poeng	
IES	>43 poeng	26-43 poeng	15-25 poeng	8-14 poeng	<8 poeng	
I CAN - Stressmestring: Gode vaner	<4 poeng	4-6 poeng	7-9 poeng	10-12 poeng	>12 poeng	
I CAN - Stressmestring: Dårlige vaner	>12 poeng	10-12 poeng	7-9 poeng	4-6 poeng	<4 poeng	
	Minus 1 poeng	Minus 2 poeng	Minus 3 poeng	Minus 4 poeng	Minus 5 poeng	
Sigarettrøyking						
	< 4 sigaretter i måneden	1-6 sigaretter per uke	1-5 sigaretter per dag	6-10 sigaretter per dag	> 10 sigaretter om dagen	

Figur I

b) Grafikken presenterer pasientenes utvikling fra gang til gang i ett og samme bilde slik at vi kan se om det har skjedd en endring siden sist. Det aktuelle bildet presenterer en endring i fysisk aktivitetsatferd til en fiktiv pasient fra 22. februar til 22. april.



ut umiddelbart under en veiledningssamtale om det har skjedd en endring i pasientenes livsstil fra forrige måned, slik at vi videre kunne gi individuelt tilpasset veiledning til hver enkelt pasient ut i fra pasientens ønsker, styrker og begrensinger. Dersom pasienten svarer at han har spist tre porsjoner med grønnsaker per dag og vært fysisk aktiv fire av syv dager den siste uken – er det bedre eller dårligere enn sist måned? Og hva skal vi legge vekt på frem mot neste møte? Vi ønsket umiddelbart å vite om det hadde skjedd en forbedring i pasientenes livsstil eller ikke.

Løsningen ble for oss et dataprogram som heter GoTreatIt Cancer V1.0 (GTI) (Presentert i Onkorytt 2, 2012 s. 24-25, Christian Kersten) (figur 1). GTI brukes til å samle inn generelle pasientopplysninger (antropometriske data, journalnotater) samt opplysninger vedrørende pasientenes helsestatus (livskvalitet, symptomer, blodverdier, komorbiditet), behandling (medisinering) og livsstil. Bruken av GTI fører til en rask innsamling av data og vi får enkelt oversikt over pasientenes livsstilsutvikling. Dermed blir det lett for coachene og pasientene å se om det er grønnsaksinntaket, det fysiske aktivitetsnivået eller stressmestringsen som bør vektlegges den neste måneden.

Erferinger

Til og med 1. mai 2013 har 42 pasienter fått tilbud om deltakelse i I CAN; 27 har blitt inkludert og 15 har takket nei.

Preliminære erfaringer har vist oss at det nok er vel så mye å hente på å unngå de store feilene som på å grave seg ned i de små detaljene; spørsmål om japansk versus kinesisk grønn te på den ene siden og spise 200 gram melkesjokolade hver dag for å gå opp i vekt på den andre siden. Melde seg ut av treningssenteret fordi man er redd for å riste løs kreftceller mens man trener i det ene øyeblikket, og spørsmål om thai chi versus yoga i det neste...

Så gjenstår det å se om de totalt 100 pasientene som skal innom I CAN kommer til å bytte ut Cola med grønn te, chips med valnøtter og TV-titting med en tur i skogen – uten å redusere livskvaliteten. Hvis så er tilfelle, ønsker vi å benytte oss av det nettverket som vi har bygget opp (tabell 2) og drømmer da om en multiserier RCT med overlevelse som endepunkt.

REFERANSER

1. Cramp F, Byron-Daniel J. Exercise for the management of cancer-related fatigue in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;16(2).
2. Meyerhardt J, Heseltine D, Niedzwiecki D, Hollis D, Saltz L, Mayer R, et al. Impact of physical activity on cancer recurrence and survival in patients with stage III colon cancer: findings from CALGB 89803. *2006;24(22):3535-41*.
3. Holmes M, Chen W, Feskanich D, Kroenke C, Colditz G. Physical activity and survival after breast cancer diagnosis. *JAMA*. 2005;293(20):2479-86.
4. Campbell P, Patel A, Newton C, Jacobs E, Gapstur S. Associations of recreational physical activity and leisure time spent sitting with colorectal cancer survival. *J Clin Oncol*. 2013;31(7):876-85.
5. Knoop K, de Groot L, Kromhout D, Perrin A, Moreiras-Varela O, Menotti A, et al. Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10-year mortality in elderly European men and women: the HALE project. *JAMA*. 2004;292(12):1433-9.
6. Kim Y, Young M, Bobe G, Colburn N, Milner J. Bioactive food components, inflammatory targets, and cancer prevention. *Cancer Prev Res*. 2009;2(3):200-8.
7. Patel A, Calle E, Bernstein L, Wu A, Thun M. Recreational physical activity and risk of postmenopausal breast cancer in a large cohort of US women. *Cancer Causes & Control*. 2003;14(6).
8. Hara M, Kovacs J, Whalen E, Rajagopal S, Strachan R, Grant W, et al. A stress response pathway regulates DNA damage through β 3-adrenoreceptors and β -arrestin-1. *Nature*. 2011;477(7364):349-53.
9. Sung B, Prasad S, Yadav V, Lavasanifar A, Aggarwal B. Cancer and diet: how are they related? *Free Radic Res*. 2011;45(8):864-79.
10. Walsh N, Gleeson M, Shepard R, Gleeson M, Woods J, Bishop N, et al. Position statement part one: immune function and exercise. *Exerc Immunol Rev*. 2011;17:6-63.
11. Andersen B, Farrar W, Golden-Kreutz D, Glaser R, Emery C, Crespin T, et al. Psychological, behavioral, and immune changes after a psychological intervention: a clinical trial. *J Clin Oncol*. 2004;22(17):3570-80.
12. Ornish D, Magbanua M, Weidner G, Weinberg V, Kemp C, Green C, et al. Changes in prostate gene expression in men undergoing an intensive nutrition and lifestyle intervention. *PNAS*. 2008;105(24):8369-74.
13. Kroenke C, Kwan M, Sweeney C, Castillo A, Caan B. High- and low-fat dairy intake, recurrence, and mortality after breast cancer diagnosis. *J Natl Cancer Inst*. 2013.
14. UiO Ifmb. Typisk norsk-studien. 2012 [updated 13.03.2012; cited 2012 28.02.2012].
15. Andersen B, Farrar W, Golden-Kreutz D, Kutz L, MacCallum R, Courtney M, et al. Stress and immune responses after surgical treatment for regional breast cancer. *J Natl Cancer Inst*. 1998;90(1):30-6.
16. Adamsen L, Quist M, Andersen C, Møller T, Herrstedt J, Kronborg D, et al. Effect of a multimodal high intensity exercise intervention in cancer patients undergoing chemotherapy: randomised controlled trial *BMJ*. 2009;339.
17. Rock C, Doyle C, Demark-Wahnefried W, Meyerhardt J, Courneya K, Schwartz A, et al. Nutrition and physical activity guidelines for cancer survivors. *CA Cancer J Clin*. 2012;00:000-.
18. Helsedirektoratet. Nøkkelråd for et sunt kosthold - flyer. Helsedirektoratet; 2011 [updated 07.12.2011; 05.02.2012]; Nutrition]. Available from: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nokkelraad-for-et-sunt-kosthold-flyer/Publikasjoner/nokkelraad-flyer.pdf>.
19. Nordin K, Rissanen R, Ahlgren J, Burell G, Fjällskog M-L, Börjesson S, et al. Design of the study: How can health care help female breast cancer patients reduce their stress symptoms? A randomized intervention study with stepped care. *BMC Cancer*. 2012;12.
20. Helsedirektoratet. Snus- og røykesluttkurs. Helsedirektoratet; 2011 [updated 05.12.2011; cited 2011 02.12.2011]; Available from: <http://helsedirektoratet.no/folkehelse/frisklivssentraler/roykesluttkurs/Sider/default.aspx>.

Annonce

Marius Normann, fagansvarlig onkolog ved Aleris Kreftsenter: Mer tid til pasientene og bedre målstyring internt

Stephanie B. Geisler, stephanie.b.geisler@gmail.com

Hva førte til at du bestemte deg for å jobbe i det private?

-Etter noen spennende og lærerike år ved Radiumhospitalet endret gradvis min opplevelse av hverdagen ved OUS seg. Da jeg så muligheten for større innflytelse på min egen arbeidssituasjon, valgte jeg å forhøre meg hos Aleris Helse. Her har jeg nå jobbet i ett år og 2 måneder.

Hva er den største forskjellen mellom å jobbe i det offentlige og det private?

-Som kliniker opplever jeg stillingen i det private som mer tilfredsstillende. I dette ligger en følelse av å ha tilstrekkelig tid til den enkelte pasient. For eksempel får nye pasienter en hel klokke ved første konsultasjon hos meg. Jeg har en mer fleksibel arbeidstid og ferieavvikling. Det er tilfredsstillende med tilgang til de fleste radiologiske undersøkelser med påfølgende beskrivelser samme dag.

Bedre målstyring; en følelse av et klart og definert mål å styre mot både økonomisk og faglig. Jeg setter pris på hyppige og konstruktive tilbakemeldinger på arbeidsform og resultater fra ledelsen. Jeg opplever at mine tilbakemeldinger får følger, at det er kort vei fra ord til handling og korte beslutningsveier. Større mulighet for regelmessige oppdateringer på faglig viktige kongresser i inn- og utland.

Hvilket onkologiske tilbud har dere både med tanke på utredning og behandling?

-CT, MR, PET-CT, UL og radiologer med dybdekompetanse på onkologisk radiologi. -Mulighet for UL og MR veiledet biopsi samt FNAC.

-Samarbeid med Først for klinisk- / kjemiske analyser og Laboratorium for Patologi for histologiske og cytologiske prøver.

-Vi har et komplett behandlings-, utrednings- og oppfølgingsopplegg for behandling med ipilimumab.

-Vi starter hormonbehandling for prostata-pasienter, og benresorpsjons-hemmere for pasienter med spredning til skjelett.

-Vi håper i nær fremtid å kunne utvide behandlingstilbudet for kreftpasienter ved Aleris.

-De fleste pasienter vi utreder henvises til det offentlige for behandling. Vi formidler også

kontakt med private onkologiske klinikker i utlandet for de pasienter som ønsker dette.

Hvilke pasienter henvender seg til dere?

-Vi har hele spektret av onkologiske pasienter. Både Pasienter som betaler forundersøkelsen av egen lomme, og også pasienter som får dekket kostnadene gjennom private helseforsikringer. Vi utreder de fleste onkologiske problemstillinger, og har både primærutredning og second opinion. Så langt har de største pasientgruppene bestått av ca. mammae, ca. prostata, coloncancer, og i mindre grad lunge og malignt melanom.

Vi får mange henvendelser fra pasienter som ønsker større innsikt i sin sykdomssituasjon og behandlingsalternativer. Disse er adekvat utredet og behandlet i det offentlige, men føler seg ikke tilstrekkelig informert.

Har dere ventetid?

-I svært liten grad. De fleste pasienter får tilbud om time samme dag, eller dagen etter henvendelsen.

Savner du noe fra din virksomhet i klinikken?

-Jeg savner det gode interkollegiale miljøet fra Radiumhospitalet, og muligheten for å kunne konferere med kollegaer (onkologer) i hverdagen.

Heldigvis har jeg en god dialog med mine tidligere kolleger i det offentlige, og forhåpentligvis blir vi snart flere onkologer her hos oss. I tillegg savner jeg det daglige arbeidet med stråleterapi og spesielt brachyterapi, som var en stor del av mitt virke.

Hvordan har dine tidligere kollegaer reagert på at du nå jobber i det private?

-Fra tidligere kollegaer har jeg stort sett bare fått positive tilbakemeldinger.

Hva er det som skal til for at du ville vurdert å gå tilbake til en stilling i det offentlige?

-Mitt ønske var i utgangspunkt å arbeide delt mellom OUS og Aleris, men dette ble avslått på et prinsipielt grunnlag av OUS. Slik det offentlige er strukturert i dag tror jeg nok at jeg passer best i det private.

Marius Normann



Uteksaminert fra Jagellonian University, Krakow, Polen 2002. Turnustjeneste i Mosjøen og på Lurøy. Onkologisk spesialisering ved Radiumhospitalet 2004 – 2009, sideutdannelse ved NSS Bodø, konstituert overlege fra 2006, ferdig spesialist i onkologi i 2009.

Yndlingsfarge: Fra oppvekst og fritid ved sjøen samt turnustid på Helgelandskysten: havblått.

Yndlingsbok/-forfatter: Da velger jeg boken "Kvinnen som kledde seg naken for sin elskede" og forfatter - Robert Wilson.

Yndlingsband/-musikk: Fra min ungdomstid på 80-tallet er jeg glad i Genesis, men smaken min varierer fra musikal til hardrock.

Hvordan tror du at pasientene opplever deg som onkolog?

-Jeg får mange positive tilbakemeldinger fra mine pasienter, faktisk mer enn før. Jeg tror mest avgjørende for pasienttilfredsheten er å gi dem tilstrekkelig tid, og at pasientforløpene er strømlinjeformet med et minimum av ventetid.

Hvordan tror dine kollegaer opplever deg som onkolog/kollega?

-Dette spørsmålet besvares nok best av mine tidligere kollegaer. Jeg tror at en del ser på meg som en tilleggsressurs for å løse flaskehals, og en som kan gi tilbud om undersøkelser som i mindre grad er tilgjengelig i det offentlige. Samarbeidet med mine nåværende kollegaer er meget bra.

Noe du har lyst å si til landets onkologer?

-Onkologer i Norge er blant de siste medisinske spesialiteter som nesten utelukkende har arbeidsmuligheter i det offentlige. Jeg tror både pasientene og mine kollegaer vinner på at det eksisterer et privat krefttilbud ved siden av det offentlige. Jeg håper at vi etter hvert kan bli flere, og at det gis rom for å ha delte stillinger offentlig/privat – dette tror jeg vil være en berikelse både for faget og for pasientene. For min egen del har valget om å arbeide i privat vært entydig positivt.

Roar Johansen, spesialist i onkologi og kommunalt ansatt onkolog: Verdsatt og kan påvirke egen arbeidssituasjon

Stephanie B. Geisler, stephanie.b.geisler@gmail.com

Hva førte til at du bestemte deg for å jobbe som kommunalt ansatt onkolog og hva gjør du?

- Jeg oppdaget annonsen om at det skulle opprettes et kommunalt onkologisk team i Nesodden kommune og at det i forbindelse med dette ble søkt etter en onkolog i 20 % stilling.

Etter 6 måneder i stillingen fikk jeg økt den til 50 %. Vi er et tverrfaglig team bestående av meg, en kreftsykepleier (100 %), en hjelpepleier (50 %). I tillegg har vi fysioterapeut, ergoterapeut, prest og en "pasient venn" samt en sosionom fra NAV tilknyttet vårt team.

Kan du si litt om jobben?

- Vi gjør daglig hjemmebesøk hos pasienter, vi har undervisning for kommunalt hjelpepersonell. I tillegg har vi en onkologisk seng på sykehjem som jeg går visitt på. Vi har god dialog med kommunalsjef for helse, samt naturlige samarbeidspartnere (som palliativ team fra AHUS, klinikere som har behandlet pasientene).

Samarbeid med fastlegene er avhengig av hvor mye fastlegene ønsker å delta og kan variere fra pasient til pasient. Samhandlingsreformen er kjent hos de fleste, men det er dog ikke integrert i hverdagen hos alle fastleger ennå. Ved siden av denne jobben har jeg en "solo-praksis" for allmenn medisin i Drøbak med vikar den tiden jeg jobber på Nesodden. Jeg har nå vært i denne jobben i ett år. Veldig spennende å ha en fot i to forskjellige fagmiljøer (onkologi og allmenn medisin).

Hvordan ser en typisk arbeidsdag ut?

-Dagen starter med en gjennomgang av listen for dagen. Vi planlegger rekkefølge og agenda for pasient besøkene, tar frem epikriser og setter oss inn i pasientenes sykdoms situasjon for å planlegge hvilket tilbud vi kan gi til

pasienten. I tillegg planlegger og gjennomfører vi møter med ulike samarbeidspartnere samt undervisning minst en gang per måned.

Jeg går også visitt på en onkologisk seng på et sykehjem på Nesodden, noe som er litt uvanlig, men jeg har et tett og godt samarbeid med tilsynslegen for sykehjemmet.

Det finnes så vidt jeg vet ingen andre onkologer som er ansatt i kommunal stilling, slik at det ikke finnes en mal for stillingen. I stillingsbeskrivelse for jobben jeg har stod det palliativ team, men jeg har stor påvirkningskraft på mine arbeidsoppgaver og "lager veien" mens jeg jobber. Jeg ser muligheter for nye arbeidsoppgaver for eksempel etablering av en kreftpoliklinikk i tillegg til forskning og kompetanseutvikling.

Det beste med min nåværende jobb er at jeg har god tid til pasientene og pårørende. Jeg kan se hvordan de bor og kommer tettere inn på pasientene. Det er god tid til å sette meg inn i familiesituasjonen, noe som det ofte ikke er tid til i klinikken.

Mitt inntrykk er at klinikerne ofte har et mer optimistisk bilde av oppfølgingen pasienten får hjemme. Noen pasienter har ingen sosial nettverk, ingen pårørende og dårlig oppfølging av fastlegen, noe som fører til at pasientens hjemmesituasjon blir mye vanskeligere enn det man har inntrykk av på sykehus.

Hva er den største forskjellen mellom å jobbe i det på sykehus og å jobbe som kommunalt ansatt?

-Jeg har god tid til hver pasient. Jeg kan snakke med pasienten og pårørende, se hvordan de bor og dermed sette meg bedre inn i familiesituasjonen. Dette er noe jeg ikke hadde anledning til i klinikken på grunn av mangel på tid. Jeg føler meg verdsatt for det jeg gjør og kan påvirke min egen arbeids situasjon.

Roar Johansen

Studert i Pecs i Ungarn etterfulgt av onkologisk spesialisering ved St. Olavs Hospital, samt 6 mnd hematologi ved Sykehuset Levanger. Regner med å være ferdig spesialist i allmenn medisin om 2 måneder.



PhD tatt ved NTNU/DMF på kreftpasienter med dårlig prognose vurdert med MR teknologi.

Ferdig spesialist i onkologi i 2011.

Yndlingsfarge: Turkis

Yndlingsband/-musikk: Bruce Springsteen.

Yndlingsbok/-forfatter: Ingen yndlingsbok, men yndlingsforfatteren er Jon Nesby. Liker å lese krim men også andre genre.

Savner du noe fra din virksomhet i klinikken?

-Jeg savner bedre tilgjengelighet til røntgen diagnostikk og blodprøver. Kliniske vurderinger kan bli vanskeligere med en del synsing og klinisk vurdering uten hjelpemidler. Bedre elektronisk overføring av pasientinformasjon er også et ønske siden jeg kan bruke en del tid på å fremskaffe informasjon eller i forsøk på å komme frem til riktig lege.

Hvordan har dine tidligere kollega reagert på at du nå jobber som kommunalt ansatt onkolog?

-Jeg tror at folk ble litt overrasket og noen lurte nok også på hva jeg gjør. Mange har hørt om samhandlingsreformen og er interesserte.

Hva er det som skal til for at du ville vurdert å gå tilbake til en stilling på sykehus?

-Jeg jobber ikke kommunalt fordi jeg ikke vil jobbe på sykehus, men fordi en kom-

munal stilling har gitt meg mulighet til en forutsigbar hverdag med frie ettermiddager og helger. Jeg synes for øvrig at en interessant arbeidsplass bør ha utviklingsmuligheter og ansatte bør ha mulighet til å påvirke strategien i avdelingen de jobber på. Etter så mange år med utdanning for å bli spesialist i onkologi har man fortsatt lite å si for situasjonen på sin egen arbeidsplass – det oppleves som skuffende.

Noe du har lyst å si til landets onkologer?

-Etter hvert som helsevesenet endrer seg, bør klinikerne åpner seg for å jobbe på andre måter og samarbeide med nye partnere. Det er viktig å tenke på interkommunal samarbeid som en potensiell arbeidsplass også innefor onkologi. Mange av sykehusets tidligere tradisjonelle oppgaver, overføres i disse dager til kommunalt ansvar og oppfølging.

Folk må tørre å tenke annerledes, men det er en mulig fare ved å gå for individuell. Kanskje vi bør lage en onkologisk klubb hvor vi kan snakke sammen i en uformell setting og også høre om onkologer som jobber utenfor sykehuset!

Sigurd Ørstavik, medisinsk direktør, Takeda Nycomed:

Norske onkologer har mye å være stolt av

Stephanie B. Geisler, stephanie.b.geisler@gmail.com

Hva førte til at du bestemte deg for å jobbe i legemiddelindustrien?

-Etter ett år i legemiddelindustrien begynte jeg som lege i spesialisering. Jeg trivdes veldig bra i min jobb på sykehuset. Men jeg fikk et tilbud fra Takeda Nycomed som jeg oppfattet som spennende og ga muligheter til å lære ting jeg ikke hadde mulighet til å lære på sykehuset.

Hvordan ser en typisk arbeidsdag ut?

-Jeg har nå jobbet i Takeda Nycomed i 9 måneder som medisinsk direktør. Det finnes ingen typisk arbeidsdag for meg. Mine oppgaver strekker seg fra faglig interaksjon med fagmiljøet i Norge, internundervisning for kolleger i Takeda Nycomed og støtte til salgs- og markedsavdelingen vår, samt personalansvar for ansatte i medical affairs. Takeda Nycomed er den norske delen av Takeda, et forskningsbasert, globalt selskap med hovedvekt på legemidler. Pr. i dag foregår det meste av forskningen til Takeda utenfor Norge og en av mine oppgaver er å få mer av den forskningen til Norge.

Hva er den største forskjellen mellom å jobbe i det offentlige og å jobbe i legemiddelindustrien?

-Den største forskjellen går på organiseringen av arbeidet. Her jobber jeg med mange prosjekter som jeg skal organisere selv. Det

er få kortsiktige krav, men mer langsiktige krav til resultater. På sykehuset må man hver dag løse dagens oppgaver innen den tiden man har, mens den jobben jeg har nå gir økt fleksibilitet. Og det å ikke jobbe med pasienter er jo en stor forandring.

Savner du noe fra din virksomhet i klinikken?

-Jeg hadde en veldig flott tid på Oslo universitetssykehus Ullevål, som er en spennende og fin arbeidsplass. Jeg savner gruppen av kolleger og fagmiljøet samt pasientkontakten. Det er litt rart å ikke jobbe som lege lengre, det å jobbe som onkolog på sykehus er en meget meningsfull jobb.

Hva er det som skal til for at du ville vurdert å gå tilbake til en stilling i det offentlige?

-Jeg jobbet på en godt drevet avdeling med svært hyggelige og hjelpsomme kolleger og en spennende og interessant pasientgruppe (stort sett menn med testis- og prostatakreft). Så hvis jeg ikke lenger skulle trives med arbeidet i industrien, hadde jeg nok gjerne kommet tilbake til min gamle avdeling hvis de hadde hatt en stilling ledig.

Noe du har lyst å si til landets onkologer?

-Dere er med på å skape ett av verdens beste tilbud til norske kreftpasienter. Selvfølgelig skal dere streve etter å bli enda bedre, men

Sigurd Ørstavik

UiB i Bergen og UiO i Oslo med turnus ved Rjukan og Vinje Sykehus. Dr. med fra OiU.

Onkologisk spesialisering ved Ullevål Sykehus, ferdig spesialist i onkologi i 2012.

Yndlingsfarge: Liker alle farger jeg

Yndlingsbok/-forfatter: Det må bli Douglas Adams "The hitchhiker's guide to the galaxy"

Yndlingsband/-musikk: Jeg hører lite på musikk, elsker å ha det stille rundt meg.

Sigurd har jobbet på sykehus og industrien. For ett snautt år gikk han tilba til legemiddelindustrien og trives godt hos nåværende arbeidsgiver.



utgangspunktet må være at dere gjør tingene bra. Det er godt organisert og godt finansiert. Jeg håper det er plass til ytterligere bidrag fra oss i industrien, både når det kommer nye legemidler til utprøving og til bruk.

Annonce

Annonce

Nasjonalt fond for ny kreftmedisin



Foto: Sverre Chr. Jarild

Av Jónas Einarsson,
Konstituert
Direktør,
Oslo Cancer
Cluster

Det norske helsevesenet bygger på to viktige prinsipper; at kvaliteten på behandlingen er høy og at tilgangen til god behandling er lik for hele befolkningen. Nye og kostbare kreftlegemidler utfordrer disse prinsippene, og det siste årets mange debatter og medieoppslag rundt bruk av nye kreftmedisiner viser at tiden er overmoden for å finne en bedre løsning på hvordan vi skal sikre norske kreftpasienter lik og raskere tilgang til innovativ kreftbehandling i Norge.

Dagens finansieringssystem har tydelig store utfordringer når det kommer til å innarbeide nye kreftbehandlinger, og Norge ligger dessverre langt etter andre europeiske land når det kommer til å ta i bruk nye kreftmedisiner.¹

Nasjonalt fond for ny kreftmedisin

Løsningen behøver ikke være vanskelig, men snarere veldig enkel: Norske helsemyndigheter må få på plass en egen finansieringsordning for å sikre at nye kreftmedisiner kan tas i bruk så raskt som mulig. La oss kalle ordningen et nasjonalt fond for nye kreftmedisiner, eller innovasjonsfond, der behandlende lege raskt kan søke om midler til å ta i bruk nye behandlingsformer. Rammene for finansieringen kan settes til opptil to år etter at innovasjonen er på markedet, og med tydelige krav til grundig evaluering av kost-nytte og klinisk verdi underveis i finansieringsperioden. Slik kan helsemyndighetene få et godt beslutningsgrunnlag for å avgjøre om behandlingen skal inn i den ordinære finansieringsordningen, eller om det ikke skal anbefales videre bruk av behandlingen. I mellomtiden får kreftpasientene tilgang til den beste tilgjengelige behandlingen mens disse vurderingene blir tatt.

Oslo Cancer Cluster mener at en slik løsning vil sikre bedre og likere kreftbehandling for norske pasienter, øke kvaliteten på behandlingen, og vise at vi har et helsevesen som er i stand til å sette pasientenes medisinske behov som førsteprioritet. Vi jobber med å få gjennomslag for et slikt nasjonalt fond for nye kreftmedisiner fordi vi ønsker at norske kreftpasienter skal ha tilgang til den beste kreftbehandlingen som finnes, uansett størrelse på lommebok. Dersom vi ikke sikrer at nye medisinske innovasjoner tas i bruk, risikerer vi at Norge kan komme i baklekse innen utprøvende kreftbehandling, noe som betyr tap av norske arbeidsplasser og kompetanse innen kreftbehandling - og utvikling.

Norske pasienter mindre verdt?

Mye tyder på at norske pasienter får et dårligere tilbud av nye og kostbare kreftmedisiner enn pasienter i andre europeiske land. Andre europeiske land har allerede tilført sine DRG-baserte finansieringssystem egne midlertidige finansieringsordninger som gir raskere opptak av nye kreftlegemidler og teknologier. Danske kreftpasienter har som eksempel et langt bedre utgangspunkt for å få tilgang til moderne kreftmedisiner. I likhet med Norges ekspertgruppe har Danmark et eget råd som vurderer innføringen av nye og kostbare behandlingsformer på sykehus, for å sikre at de forskjellige helseforetakene er samstemte og gir like gode behandlingstilbud. Men i tillegg har danske kreftpasienter støtte i en ambisiøs kreftplan med tydelige krav til utredning, behandlingsforløp og frister². I Tyskland har helsemyndighetene sørget for en egen finansieringsløsning som sikrer raskere tilgang til nye medisiner på sykehusene. Britiske myndigheter opprettet i 2011 The Cancer Drugs Fund³. Fondet ble satt opp med en kapital på to milliarder kroner per år i tre år. Formålet med fondet er å sikre rask finansiering av kreftlegemidler som av forskjellige grunner ikke er formelt tatt i bruk av NHS. Frem til i dag har The Cancer Drugs Fund sørget for rask behandling av over 25.000 pasienter som ikke hadde noen gode behandlingsoalternativer i det etablerte tilbudet på offentlige sykehus. Det er en lignende modell vi ønsker innført i Norge. Oslo Cancer Cluster ser ingen grunn til at norske kreftpasienter skal vente lenger på allerede godkjente nye behandlinger, og mener at et nasjonalt fond for ny kreftbehandling må etableres nå, og

Oslo Cancer Cluster foreslår at det opprettes et nasjonalt fond for midlertidig finansiering av ny kreftmedisin. Formålet med fondet er å sikre lik og rask tilgang til nye godkjente kreftlegemidler. Med dagens økonomiske system kan både helsebyråkrati og sykehusbudsjetter forsinke bruk av godkjente nye behandlingsmuligheter. Forslaget er basert på at det opprettes et nasjonalt fond på 300 millioner kroner som skal gi offentlige sykehus 100 % kostnadsdekning over en to års periode. Ytterligere data om effekt og kvalitet kan innhentes i denne to års.

at sentrale helsemyndigheter snarest bør ta ansvar for at et slikt fond blir etablert i Norge.

Absurd situasjon

Utvikling av nye kreftmedisiner krever reelle forsøk på tusener av pasienter med kontinuerlige vurderinger av effekt og bivirkninger. Innen flere kreftformer er utprøvende behandling det beste alternativet legene kan tilby ved norske sykehus. Det betyr at norske spesialister på kreftbehandling ofte har førstehåndserfaring med bruk av de nye legemidlene når behandlingen til slutt blir formelt godkjent av legemiddelmyndighetene, og kan brukes som standard behandling. Uten en god finansieringsordning for medisinske innovasjoner kan vi dermed komme i en absurd situasjon: Et nytt og banebrytende legemiddel kan hjelpe norske pasienter på forsøksstadiet, men når resultatene av forsøkene er så gode at legemiddelet blir formelt godkjent, må behandlingen avsluttes fordi vi ikke kan finne midler til videre behandling på sykehusbudsjettene. De kreftmedisinene det er snakk om er utviklet og testet gjennom en serie av vitenskapelige forsøk for å undersøke effekt og bivirkninger, og er godkjent av legemiddelmyndigheter i Europa, EU og vårt eget Statens legemiddelverk.

Denne situasjonen kan på sikt også gå ut over vår evne til å tiltrekke oss gode leger og forskere, og interesse fra de store legemiddelselskapene til å drive medisinsk forskning og utprøvende behandling i Norge. Der hvor helsemyndighetene gjerne vil være med på utprøvende behandling som kan redde liv og gi økt kompetanse, uten å bli med på å betale for det endelige produktet, vil også interessen fra de medisinske miljøene forsvinne. Det er det ingen som ønsker. Ei heller norske helsepolitikere tror vi. Og da er løsningen som før sagt enkel: Et nasjonalt fond for nye kreftmedisiner.

¹ IMS Health, MIDAS, March 2012. Foredrag av Graham Lewis, IMS, Litteraturhuset, Oslo. ² <http://www.sst.dk/Planlaegning%20og%20kvalitet/-Kraeftbehandling/Nationale%20planer.aspx> ³ <http://www.cancerresearchuk.org/cancer-help/about-cancer/cancer-questions/cancer-drugs-fund>

OnkoLiS 2013

Ved Tonje Sandbløst, Camilla Sævereide, Kari Vatne og Sara Gunnestad (LIS ved Senter For Kreftbehandling, Kristiansand).

Den 24. januar 2013 var det duket for årets høydepunkt blant onkologspirer ved Scandic Oslo Airport Hotell, Gardermoen. I år var det ny deltagerrekord på hele 86 deltakere. Etter velkomst ved NOF-leder, Andreas Stensvold, ble tema introdusert med kasuistikker som pirret nysgjerrighet og interesse for årets tema; lunge- og ØNH-cancer. Relevante kliniske problemstillinger ble presentert med alternative svarmuligheter, hvor den enkelte deltaker måtte ta stilling til behandling, prognose, etc. ved bruk av manometer. Ettermiddagen fortsatte med repetisjon av relevant ØNH- og lungeanatomi, med hovedvekt på lymfeknutestasjoner og lymfedrenasje, forelest ved Kirsten Marienhagen (UNN) og Rene van Helvoirt (SFK, Sørlandet sykehus). Dette var en veltrøstet oppfriskning av kunnskap godt lagret i hippocampus. Deretter fulgte diagnostisk bildebruk ved Trond Mogenes Aaløkken (OUS). Videre lot vi oss begeistre av professor Terje Osnes som presenterte ØNH-cancer fra et kirurgisk ståsted.

Kvelden ble innledet med en bedre 3-retters middag, akkompagnert av kryddret underholdning ved professor Frode Gallefoss alterego Anmar Fjosebekk, som har medisinsk utdanning fra universitetsklinikken i Odda (forsøksordning), som tidligere

har publisert studier på sandalslitasje i en klinisk avdeling og nå er forskningsleder på Indre Blindleden Sanitetssanatorium

Sosialiseringen fortsatte i hotellets lobby og bar. Noen få utvalgte satt igjen i baren, mens de fleste slitne småbarnsforeldre gikk tidlig til sengs for å ta igjen trengt og etterlengtet søvn.

Tidlig fredag morgen, før frokost, var kun et fåtall av deltakerne å observere i hotellets treningsrom. Kunnskapsmodulen ble innledet med et foredrag om luncancer og røyking, hvor professor Frode Gallefoss gav oss et nytenkende perspektiv på tilnærming til røykeslutt hos kreftpasienter. Andre relevante aspekter ved luncancer ble også berørt.

Steinar Solberg (OUS) kontinuererte med thorakskirurgi/operativ behandling av luncancer, mens professor Roy Bremnes (UNN) meddelte onkologisk behandling av luncancer. Strålebehandling av luncancer ble belyst av en utmerket foreleser, professor Lena Specht, Rigshospitalet i København.

Lunchpausen denne dagen ble fylt med en utsøkt buffet. Enkelte kursdeltagere ble observert ved dessert-bordet opptil flere ganger, - et viktig bidrag for å forhindre hypoglycemi og derved holde oppmerksomheten ut dagen.

Ayca Løndalen fra nukleærmedisinsk avdeling (OUS) understrekte viktigheten av PET som

diagnostisk modalitet ved ØNH-cancer. Hun skisserte PET-fremtidens muligheter; på ny ble vi minnet om å rette blikket utenlands for å se det brede potensialet.

Professor Lena Specht fortsatte med strålebehandling innenfor ØNH-cancer. Hun påpekte forskjeller ved inntegning av målvolume onkologer imellom, og hvordan bruk av forskjellige bildemodaliteter (MR/CT/PET) påvirker definisjonen av målvolume og dets konsekvens for risikoorgan. Fasiten for beste modalitet vites ikke, kanskje er det en kombinasjon av flere?! Vi antar at PET kommer til å spille en viktigere rolle fremover.

Dagen ble avsluttet med et godt foredrag om palliativ behandling ved Kristin Bjordal (OUS), hvor det ble satt fokus på symptomatisk behandling i livets slutfase, etter avsluttet tumorrettet behandling.

Vi vil takke alle de dyktige foredragsholderne vi fikk gleden av å høre ved årets OnkoLiS; takk til arrangørene/sponsorene som har gjort dette kurset mulig; takk til våre arbeidsgivere som ser nytten av faglig påfyll, samt nye og forsterkede relasjoner mellom fremtidens onkologer.

Vi vil oppfordre alle LIS til å holde av datoene 6.-7. februar 2014 for deltagelse i neste års OnkoLiS. Temaene blir da CNS-tumorer og lymfomer.



OnkoLiS 2013 samlet hele 86 deltakere

Annonce

Nina Louise Jebsen disputerte 24.05.2013 for PhD-graden ved Universitetet i Bergen med avhandlingen: Adjuvant Radiotherapy in Extremity and Trunk Wall Soft Tissue Sarcoma - Scandinavian Sarcoma Group Experience.

Nytte av strålebehandling etter operasjon for bløtvevskreft



Bløtvevssarkom er en sjelden kreftform med ca 250 nye tilfeller per år i Norge og som oppstår i ulike typer bløtvev (bindevev, muskler, fett o.l.). Svulstene kan forekomme overalt i kroppen, men er hyppigst lokalisert til låret. De skandinaviske landene samarbeider om behandlingsopplegg og forskning gjennom Skandinavisk Sarkomgruppe (SSG). Hovedbehandlingen er kirurgisk fjernelse

av svulsten, og kvaliteten på sikkerhetsmarginen svulsten er fjernet med er den viktigste prognostiske faktoren for lokal kontroll. Både strålebehandling og cellegift benyttes i økende grad for å redusere risiko for tilbakefall. Data fra SSG sitt pasientregister er benyttet som utgangspunkt for å studere utviklingen i bruk av strålebehandling ved bløtvevskreft. Parallelt med økt bruk av strålebehandling for pasienter diagnostisert 1986 – 2005 fant vi at lokal tilbakefallsrate var redusert, og at strålebehandling i tillegg til kirurgi, i visse situasjoner halverte risikoen for lokalt tilbakefall sammenlignet med kirurgi alene. Pasienter med høy risiko for tilbakefall (både lokalt og i form av fjernspredning) ble i perioden 1998 -2007 inkludert i en SSG-studie som omfattet cellegift etter primær operasjon kombinert med akselerert strålebehandling (to strålefraksjoner per dag). Analysene viste oppmuntrende resultater for både sykdomsfri overlevelse og totaloverlevelse, med et akseptabelt bivirkningsnivå. Erfaringene fra denne studien er tatt til følge i en pågående SSG-studie for høyrisikopasienter. Hvilken stråledose som er optimal ved bløtvevskreft er foreløpig uavklart. Etter kirurgi med god sikkerhetsmargin fant vi at de moderate dosenivåer som anbefales av SSG resulterte i god lokal kontroll, mens manglende sikkerhetsmargin motiverer for høyere stråledose. Svulsten størrelse og biologiske aggressivitet er andre faktorer som bør vektlegges ved individualisering av strålebehandlingen.

Personalia: Nina Louise Jebsen er født i Bergen i 1968, avla medisinsk embetseksamen ved Universitetet i Trondheim i 1994 og ble godkjent kreftspesialist i 2003. Arbeidet med doktorgraden bygger på et samarbeid mellom skandinaviske sarkomsentre.

Kontaktinfo: Nina Louise Jebsen: nina.louise.jebsen@helse-bergen.no

Annonse

Nye spesialister i onkologi:

Blix Egil Støre
Dale Einar
Haugnes Hege Sagstuen
Hämmerling Katrin
Kongshaug Nina Anita

Mordhorst Anne Louise Bohr (overført fra Sverige)
Smedsland Solveig Katrine
Thomsen Maria
Gratulerer!

Kurs, nominasjoner og stipender

OnkoLiS 2014 6. - 7. februar

Hold av datoen!

Scandic Oslo Airport Gardermoen



Norsk onkologisk
forening
DEN NORSKE LEGEFORENING



Norsk Onkologisk Forening annonserer OnkoLiS 2014

OnkoLiS 2010 (mammacancer), OnkoLiS 2011 (urogenitale cancer), OnkoLiS 2012 (gastro-intestinale cancer) og OnkoLiS 2013 (lungecancer og ØNH cancer) har vært meget suksessfulle møter. Norsk Onkologisk Forening har nå gleden av å annonsere OnkoLiS 2014:

CNS tumores (inkl metastaser) og lymfomer.

Invitasjonen vil gå til: Leger i spesialisering innen onkologi
Den endelige invitasjonen med informasjon om påmelding vil bli sendt ut i november / desember

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 under 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 01.10 hvert år.

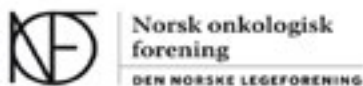
Prisen består av kunst til en verdi av kr 10000 pluss diplom.

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

Fristen for innmelding er 01.10.2013. Prisen vil bli delt ut på Onkologisk Forum 2013.

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

NYTT! NOF ESTRO kurs stipend



Norsk Onkologisk Forening annonserer ESTRO kurs stipend

Det var få søkere om NOF's generelle fagstipend i fjor og det sto igjen kr 75000 på stipend kontoen.

NOF har bestemt at dette beløpet skal brukes for å styrke stråleterapien i form av stipend for deltagelse i ESTRO kurs (se <http://www.estro.org/school/courses/FirstLevel/Live+courses>). Beløp er inntil 15.000 kr. per person. Her gjelder førstemann til mølla prinsipp!

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

Søknaden skal inneholde navn, stilling, arbeidssted, tidsrom og en spesifisert estimert kostnadsoversikt. Stipendet utbetales innen 3 måneder etter reisen etter innsendt faktura / reiseregning med kvitteringer.

Det sendes svarbrev til alle søkere, inkludert reiseregning til de som aksepteres for stipend.

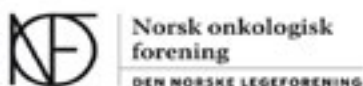
(*Fond III: "Rimeligste reisemåte og offentlige transportmidler skal i størst mulig utstrekning benyttes. Utgifter til overnatting for kurs arrangert i Norge dekkes med inntil 950 NOK per natt etter regning. Ved kurs utenfor Norge dekkes inntil kr 1100 per natt etter regning. Diettutgifter refunderes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

NOF inviterer sine medlemmer til å søke ESTRO kurs stipend.

Ingen søknadsfrist. Førstemann til mølla prinsipp.

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

NYTT! Faggruppe stipend



Norsk Onkologisk Forening annonserer faggruppe stipend

NOF har ved siste styremøte bestemt at onkologiske faggrupper kan søke om stipend med beløp inntil 40.000 kr. per faggruppe. Hensikten er å stimulere til aktivitet i faggruppen. Det forutsettes at pengestøtten ikke finansierer skriving / revidering av handlingsprogram, da dette forventes finansiert av H-dir.

Stipendet kan gis på bakgrunn av skriftlig søknad vedlagt faggruppens regnskapsoversikt for 2012.

NOF inviterer onkologiske faggrupper til å søke fagstipend

Søknadsfristen for innmelding er 01.12.2013

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

Resymé av Oslo Cancer Cluster's møte om Nyrekreft

Av Jon Reidar Iversen, overlege, Avd. for kreftbehandling, OUS Ullevål

Oslo Cancer Cluster arrangerte 10.april 2013 R&D Network: "Renal cell carcinoma-treatment and future challenges" i Oslo. Det var invitert både norske og utenlandske foredragsholdere. GSK var sponsor for møtet.

Undertegnede var møteleder og har blitt oppfordret til å gi et lite referat fra møtet. Det var så vidt jeg vet det første møtet som OCC arrangerte med et så klinisk rettet tema.

Tom Børge Johannessen, som er onkolog i bunnen, men nå hovedsakelig ved Kreftregisteret ga en oversikt over insidens og prevalens av nyrecancer i Norge per i dag. Han presenterte også fremskrevne data. Det blir ikke overraskende enda flere pasienter som må tas hånd om. Han snakket også litt om kliniske registre hvor Kreftregisteret ønsker samarbeid med klinikerne, og hvor man vil prioritere nye registre etter ønske/motivasjon i fagmiljøet. Personlig tror jeg at motivasjonen til mange i stor grad avhenger av den totale arbeidsbelastning for klinikerne.

Tim Eisen, professor ved Cambridge University Hospitals, UK, gikk gjennom systemisk behandling for metastatisk nyrecellecarcinom. For de av oss som har hørt ham før var han som alltid klar i sitt budskap. Mht behandlingsrekkefølge var hans budskap initial TKI (flere mulige), deretter TKI på ny som 2-linje hvis god eller lang respons før progresjon og M-TOR som 3 linje. Hvis manglende toleranse eller rask progresjon på initial TKI ville han gi M-TOR som 2.linje. Fortsatt lite hold i behandling før sikre metastaser. Dvs at det ikke er grunnlag for adjuvant behandling.

Lisa Pickering, som er medisinsk onkolog ved Royal Marsden, tok oss med på en engasjerende gjennomgang av prediktive og prognostiske markører for metastaserende nyrecancer. Et fascinerende felt med mange oppgaver i fremtiden. Selv om den kliniske nytten for øyeblikket er begrenset vil det med stor sannsynlighet komme mye klinisk nyttig kunnskap på sikt.

Deretter var det Christian Beisland, urolog og avdelings-sjef ved Urologisk avd. på Haukeland som redegjorde for kirurgisk behandling av nyrecarcinomer. Han forklarte utviklingen som har vært de senere årene mht utvikling innen laparascopi og partiell nyrereseksjon fremfor full nefrectomi, og gikk også gjennom tall fra Haukelands virksomhet.

Sist ut var Børje Ljungberg som er professor ved Urologisk avd. ved Universitetssykehuset i Umeå, Sverige. Han snakket om metastasekirurgi i en æra av målrettet (medisinsk) behandling og påpekte at dette ikke må glemmes som et behandlingsalternativ, og må vurderes individuelt for den enkelte pasient.

Konklusjonen blir at det var et møte som var godt egnet som oppdatering av den kliniske status for behandling av nyrecancer, og med temaer som både dekket den kirurgiske og den onkologiske behandlingen.

Annonse

Annonce

Per Petterson: Jeg nekter



Ved Magnar J. Johansen

Hva som avgjør din skjebne, ka som e blindveg og ka som e bru, hvem kan vel vite det? Og om du gjør det, kan du nekte? Denne boka skildrer de avgjørende øyeblikkene i livet på en måte som berører vår mørke streng. Du dirrer og takker

Per Petterson for nok en gang å gjøre det enkelt og rått.

«Jeg ville egentlig ikke dit i det hele tatt, det var det som var sant, jeg hadde vært uoppmerksom, jeg hadde sett til feil side, og da jeg så meg tilbake, var jeg allerede kommet for langt, og alle jeg så var fremmede for meg.»

Boka handler om barndomsvennene Tommy og Jim som en septemberdag i 2006 treffer hverandre igjen etter mer enn tretti års pause. Vi får flere tilbakeblikk som belyser nåtidens møte. Hva skal til for å gjøre det slutt med din beste venn? Tommys far er brutal og mora stikker av, mens Jim forsvinner inn i sjelermørket. Vennskapet som skulle tåle alt faller i et sårt møte på sykehuset.

«Et helt liv tok slutt den dagen på Sentralsykehuset, det kjentes sånn da, og det kjentes sånn nå, og enda var det mer enn tredve år siden. Det var plutselig ubegripelig. Hvordan hadde jeg kunnet leve så lenge uten han. Hvordan hadde jeg kunnet. Hvordan hadde jeg kunnet.»

Lykke og ulykke vandrer ilag. Tilfeldig er det hva som råker deg. Kan du nekte? Hjelper det å ofre ditt barn eller din beste venn? Denne boka gir deg ikke svarene, men du berikes med nye spørsmål som følger deg lenge etter at du er ferdiglest. Stor litteratur etterlater oss ikke likegyldige. La deg berøre!



Annonse

Annonce

Annonce