

Etiopia prosjektet

s. 10

“The End of Radiotherapy”

s. 16

Onkologisk Forum 2013

s. 27

onko nytt

Medlemsblad for Norsk onkologisk forening 2 • 2013

Årgang 11



Annonce

Medlemsblad for Norsk onkologisk forening

REDAKTØR

Stephanie B. Geisler,

Spesialist i onkologi,

T: 48045098 / stephanie.b.geisler@gmail.com

René van Helvoirt

Spesialist i onkologi Sørlandet sykehus

rene.helvoirt@sshf.no

STYRET I NORSK ONKOLOGISK FORENING

Stein Sundstrøm, leder St. Olavs hospital (Helse Midt)

Anne Turid Bjørnevik, Haukeland, SUS (Helse Vest)

Arne Berg, Drammen (Helse Sørøst)

Stein Sundstrøm, St. Olavs hospital (Helse Midt)

Thomas Kilvær, UNN (Helse Nord)

Andreas Stensvold, OUS (Helse Sørøst)

SPESIALITETSKOMITÉEN I ONKOLOGI

Ingvild Mjaaland, SUS

Jarle Karlsen, St. Olavs hospital

Stein Kvaløy, OUS

Olav Yri, AHUS

Line Sagerup Bjordal, (YLF representant) SUS

Innlegg bes sendt elektronisk i word-format
til Stephanie Geisler



Innhold

Redaktørens spalte	5
Avtroppende leder har ordet	6
Påtroppende leder har ordet	7
Onkologi i Etiopia: Nå er vi endelig i gang!	10
Urokyst: Kragerø 2013	13
The end of Radiotherapy	16
Onkologisk Forum 2013:	27
Nytt fra Onkologisk Forum	28
Kong Olav Vs kreftforskningspris tildelt Olav Dahl	32
Ung forsker pris 2013 tildelt Kristina Lindemann	33
Årets onkolog 2013: Overlege Jan Folkvard Evensen	36
Stein Olav Kvaløy – æresmedlem av Onkologisk forening	37
Begrensninger for individuell refusjon?	40
Nytt fra NBCG	41
Phys-Can: Fysisk trening og kreft	42
Kreftregisteret: Endelig elektronisk!	48
Robert Oppenheimers triumf og tragedie	52
Intervju: Johan Tausjø	55
Intervju: Stener Kvinnsland	56
Intervju: Tone Ik Dahl	58
Doktorgrad	63
Kurs, nominasjoner og stipender	68
Bokomtale	70

Forsidebildet og landskaps-
bildene i heftet er tatt av
Dag Clement Johannessen

Annonce

Kjære kollega!



Stephanie Geisler



René van Helvoirt

Med nummeret dere holder i hendene har redaksjonen klart å holde Onkonytt i livet gjennom 2013 og vel så det. Dette nummeret er blant de tykkeste som har blitt utgitt. Dette er vi svært glade for! Men vi hadde ikke klart det uten dere! Vår takk går derfor til alle dere som har vært villige til å skrive innlegg – til tross for at hverdagene deres er travle!

For 2014 får vi styrket redaksjonen med Eva Hofslis fra Trondheim, som har mange års erfaring fra styret i Norsk onkologisk forening. Vi ser fram til å ha henne som redaksjonskollega. Vi håper å få et fjerde medlem inn i redaksjonen, noe som forhåpentligvis vil føre til enda mer variert innhold, en tydeligere forfatterveiledning og bedre oppfølging av alle bidragsytere – kanskje vi til og med kommer oss på nett? Se gjerne på redaktør-annonsen i dette bladet.

Det er spennende tider for onkologifaget, og endringene norske onkologer må forholde seg til spenner fra nytt medisinsk kunnskap til omfattende nasjonalt og internasjonalt regelverk samt helseøkonomiske vurderinger.

Kanskje dere har noe som dere har på hjerte og ønsker å dele med flere?

Kanskje dere har innspill med tanke på emner som bør omtales i Onkonytt?

Kanskje dere har lest noe som flere bør vite om?

Vi ser i hvert fall frem til å høre fra dere og tar gjerne imot ris og ros!

Med ønsker om riktig god jul og godt nytt år!

Stephanie og René

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

Redaktør i Onkonytt, noe for deg?



Norsk onkologisk
forening
DEN NORSKE LEGEFORENING

Onkonytt søker 1 redaktør til

Redaktørens 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 ☺)
- 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.

Redaktørens 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), redaktør René van Helvoirt (rene.helvoirt@sshf.no) eller redaktør Eva Hofslis (Eva.Hofslis@stolav.no)



Kjære kollega!!

Siden forrige Onko-nytt har det gått et begivenhetsrikt halvt år. I den siste tiden har kreftomsorgen virkelig blitt satt på kartet! Den nye helseminister har som mål å starte opp en utredning i løpet av 48 timer ved berettiget mistanke om kreft. Dette setter store krav til oss.

Onkologisk forening har fått nytt styre og ny leder. Takk Stein at du tok på deg oppgaven.

Redaksjonen i Onkonytt har bedt meg om å reflektere litt over mine 4,5 år som leder.

Jeg vil påstå at vi har fått til mye tross at vi er en liten forening. Jeg vil trekke frem noen få viktige punkter vi har jobbet med de siste 4 årene.

Sammen med spesialitetskomiteen har NOF jobbet systematisk med ny målbeskrivelse og sjekkliste. Jeg tror det er første gang en såpass stor endring i en spesialitet har gått så "glatt igjennom" legeföreningens organer, takket være den grundige jobben som er nedlagt. Den nye målbeskrivelsen og sjekklisten vil styrke onkologiutdanningen etter vår og legeföreningen sentralt mening betraktelig slik at vi står ennå bedre rustet til oppgavene som venter oss. Den er bygget etter samme mal som våre skandinaviske naboland, ESMO og ESTROS sine core curriculum. Jeg vil spesielt takke spesialitetskomiteens leder Liv-Elen Giske for et fantastisk godt samarbeid.

Styret med Rene i spissen har fått onkolis til å bli en viktig "happening" for assistent-legene. Møte holder et utrolig høyt faglig nivå, og i møte i januar 2014 kommer blant annet kanoner som professor Thierry Huisman fra Johns Hopkins Hospital og Roger Henrikson fra Karolinska for å snakke om CNS tumores og lymfom behandling. Jeg vil takke Rene for hans utrolige jobb og entusiasme for denne viktige jobben!

Det siste året har det vært mye oppstyr rundt den nye kreftstrategien som ble lagt frem i våres. Uten NOF sin tydelige stemme, tror jeg vi ikke hadde fått et såpass godt resultat til slutt. Jeg har fått mange tilbakemeldinger

fra andre aktører, politikere og byråkrater som har takket NOF for at vi har vært så tydelige. Det gjenstår nå å omsette ord i strategien til handling og jeg håper fortsatt at vi skal være en pådriver for å få bedre kreftomsorg. Styret har forsøkt å være tydelig opp mot media, helsebyråkratene og politikerne om flaskehalsen i vårt helsevesen. Om behovet for flere spesialister, spesielt innen onkologi, radiologi, endoskopi og patologi. Her har vi kommet litt på vei, men mye gjenstår. Det har i den forbindelse vært utrolig inspirerende å få lov til å jobbe spesielt sammen med Ying, leder i patologiforeningen. Jeg tror nøkkelen til god kreftbehandling ligger i ennå tettere samarbeid med andre spesialiteter formalisert i blant annet multidisiplinære team.

For meg har det vært viktig og ha et ryddig, godt og tett samarbeid med legemiddelindustrien slik at norske pasienter får tilgang til å være med på utprøving av nye medisiner og at norske pasienter skal ha tilgang til det nyeste innen behandling. Her er det viktig at vi onkologer er en viktig aktør og premissleverandør i prioriteringsdebatten. Åpenhet, rolleforståelse og godt samarbeid er nøkkelen til god behandling.

Jeg vil takke avtroppende styret som jeg har fått jobbe så tett sammen med disse årene. De har gjort en utrolig jobb. Takk Eva, Rene, Birthe, Christine og Hege for den jobben dere gjør og har gjort.

Periodevis har det vært mye jobb å være leder. Jeg ønsker å være litt personlig og få lov til å takke min kjære kone Uzma. Jeg vet ikke hvor mange morgener eller sene kveldstimer som har godt med til arbeid i foreningen.

Jeg ønsker Stein og resten av det nye styret lykke til i arbeidet.

Og til sist vil jeg ønske dere en riktig god jul og et riktig godt nytt år! Med håp om at dere får noen fine fridager sammen med den nærmeste familie.

Andreas Stensvold



Kjære Kollega!

En hyggelig kveld i Sydney i relasjon til IASLC sin 15. verdenskonferanse med galla middag og etter noen glass rødvin, kan medføre så mangt. Jeg ble der overrumplet av Kirsten Marienhagen i valgkomiteen til NOF med forespørsel om å overta som leder etter Andreas Stensvold. Vel hjemkommet lå det en smigrende mail fra valgkomiteens leder Tone Ikdahl, om det samme.

Etter å ha grublet en helg fant jeg ut at dette var en utfordring jeg ønsket å si ja til. NOF har en viktig plass, både for oss som onkologer, men ikke minst som en viktig hørings- og premissgruppe i relasjon til dagens og morgendagens kreftbehandling. Med økt krav om strukturerte forløpstider og behandlingsgaranti innenfor 20 dager, setter det krav til onkologien om bedre pasientflyt og sømløs ivaretagelse mellom første linje og spesialisttjenesten, internt i egne sykehus og mellom ulike foretak. Flaskehalser som bedret patologi- og radiologikapasitet er viktig å fremheve som viktige for å kunne komme i nærheten av dette mål.

Samhandling med medisinsk industri er i fokus. Dette bør foregå på en ryddig og transparent måte. Fremgang i moderne kreftbehandling drives av medisinsk industri. Industriavhengige studier som er rent klinikerinitiert er i dag en sjeldenhet.

Man kunne ønske at det ikke var slik, men utviklingskostnadene til nye medikamenter er nå så høye at en reversering ikke er realistisk. For å være i front i relasjon til utviklingen av nye medikamenter samt få disse tilgjengelig i tidlig fase til våre pasienter, må vi ha et godt forhold til farmasøytisk industri. Våre pasienter krever også tilgang på det nyeste av det nye. Samhandling med farmasøytisk industri er derfor en nødvendighet.

Moderne kreftbehandling blir stadig mer kompleks. Behandlingsbeslutninger bør for mange pasienter avklares i multidisiplinære team. God palliativ omsorg som bør desentraliseres er avhengig av onkologer. Behovet for onkologer er derfor økende. Prognostisering av fremtidig behov og pådriver for at dette lar seg oppfylle er en oppgave for NOF.

Andreas Stensvold har sittet som leder de siste 4 år. Han skal ha honnør for å ha frontet foreningen på en god måte og pekt på ovennevnte områder i egnede fora. De siste årene viser at NOF har og vil ha en viktig rolle i organisering av fremtidens kreftbehandling.

*Med hilsen
Stein Sundstrøm
Leder Norsk Onkologisk Forening*

« NOF har en viktig plass, både for oss som onkologer, men ikke minst som en viktig hørings- og premissgruppe i relasjon til dagens og morgendagens kreftbehandling.

Annonce

Nyt ferien!



Annonse



I februar i 2013 kom en delegasjon fra Norge til Addis Abeba for å markere den offisielle starten på Spesialist utdannings programmet i Onkologi ved Onkologisk Avdeling, Black Lion Hospital og Det Medisinske Fakultet, Universitetet i Addis Abeba. Dette markerte starten på norsk onkologisatsing i Etiopia.

Nå er vi endelig i gang!

Av Johan Tausjø

Åpningen av programmet 27. februar ble avholdt i auditoriet til College og Health Sciences, på Universitetssykehuset, med vise helseminister, Dekanus og alle overlegene på avdelingen, samt de 6 nye spesialistkandidatene. Fra Norge var Tove Strand, Direktør for Internasjonalt samarbeid, OUS, Avd. Overlege Kjell Tveit, og Helle Aanesen fra Aktiv mot Kreft blant de fremmøtte. (bilde 1)

Lang planlegging

Dette var kulmineringen av en ganske lang, og til tider kronglete planleggings fase. Det hele begynte ganske tilfeldig under et privat besøk i Etiopia høsten 2006. Jeg hadde vokst opp i landet der min far var misjons lege i 25 år fra 1949. Selv bodde jeg der til 1959, og var ellers på besøk, også som student og ferdig lege, sist i 1974. Etter det ble landet et diktatur under Megistu Haile Mariam frem til 1991-92.

Under vårt besøk i 2006 insisterte min kone på at vi måtte finne ut om det var noe tilbud til kreftpasienter i landet. Etter en del leting, fant vi frem til den lille kreftavdelingen på Universitetssykehuset Black Lion. Avdelingen ble bygget i samarbeid med WHO og IAEA, samt Det Medisinske Fakultet i Addis under et program kalt Atoms for Peace. Den ble i 1998 åpnet i et nytt bygg med 2 cobolt maskiner, og plass til 2 linac'er, samt poliklinikk og en sengeavdeling med 18 senger. Sjef på avdelingen fra starten, og den vi først fikk snakke med, var Dr. Bogale Solomon, som hadde fått sin utdanning i Cairo.

Siden starten hadde de sendt 10-15 leger til utlandet for utdanning, og bare tre var kommet tilbake. Dette faktum, samt at helsemyndighetene nå hadde planer om å utvide behandlingstilbudet til 5, senere alle 7 Universiteter i landet med Medisinske fakultet, gjorde at Dr. Bogale hadde begynt planlegging av en spesialistutdan-

nelse lokalt for å møte det behovet som denne ekspansjonen ville gi. I våre videre samtaler spurte han derfor om dette var noe vi fra Norge kunne bidra til.

Med min bakgrunn syntes jeg dette var en veldig spennende tanke, og ventilerte den for Avd. Overlege Stein Kvaløy og ledelsen på Radiumhospitalet for øvrig da jeg kom hjem. Alle gav sin positive respons til en slik tanke, og i de neste 4 årene tilbragte jeg 3-4 uker av ferien hvert år i Addis for å jobbe videre med planlegging. Sammen med staben der utarbeidet vi spesialistkrav tilpasset lokale forhold, utdanningsplan og tidsramme som ble sendt inn til Helseministeriet, Fakultetet og Sykehuset til godkjenning.

Program med lokal forankring

Noe av utfordringen underveis var å få definert klart hvilken rolle de forskjellige skulle ha. Jeg mente, og mener at programmet må være lokalt forankret med en egen utdan-



Avdelingsoverlege Professor Tveit holder tale



Fra omvisning på stråleterapien: Den nyeste coboltmaskinen fra 2011. Sjefsfysiker Eskadmus demonstrerer.

ningsansvarlig, (nå Dr. Wondimagnew), og med lokal finansiering. Vårt bidrag skal være rent faglig og praktisk hjelp til å få igangsatt og gjennomført utdannelsen på en ellers veldig travelt avdeling med kun 3 spesialister, uten at vi skal være direkte involvert i den daglige drift og pasient behandling for øvrig. Rent praktisk skulle dette løses ved at en norsk spesialist er i Addis i perioder på 2-3 måneder som en stafett, f. eks. i overlegepermisjon, eller som pensjonist innen det har gått alt for mange år etter pensjonstiden. På den måten kunne man unngå kostbare lønnsutgifter, få personer med litt forskjellige spesialkunnskaper, og bidra til at kandidatene får impulser fra et bredt utvalg med spesialister. I planene var det også lagt inn at det avholdes mer intensive kurs et par ganger årlig, hvor noen flere fra Norge bidrar.

Det første av disse kursene var i uke 44 i Strålebiologi. Fra oss deltok Jan Evensen,

Jon Reitan og Nils Raabe som ellers har vært der i September/Oktober, og jeg. En del temaer ble også dekket av lokale krefter.

Skjær i sjøen

Høsten 2010 var vi kommet så langt at vi hadde en intensjonsavtale klar. Denne ble signert i desember med Dekanus fra Det Medisinske Fakultet i Oslo, Professor Finn Wisløff, og meg som representant for OUS, samt Dekanus i Addis og Dr. Bogale til stede.

Vi trodde da at selve programmet skulle komme i gang relativt snart etterpå. Det måtte imidlertid samordnes med utbyggingsplanene for de nye avdelingene, innkjøp av utstyr gjennom IAEA og avtaler med de andre syv sykehusene. Dessuten måtte finansieringen av assistentlege stillinger på avdelingen i Addis på plass. Alt dette tok tid, men våren 2012 trodde vi at alt skulle være klart til oppstart om høsten. I løpet av som-

meren kom det frem at Dr. Bogale hadde gått av med pensjon, og det var tilsatt en ny avd. overlege, Dr. Mathewos Asseffa. Nye samtaler og en ny gjennomgang av planene måtte til.

Dr. Mathewos har heldigvis vist seg å være en handlekraftig og effektiv leder som i løpet av høsten 2012 fikk på plass alle brikkene slik at programmet kom i gang på våren i år.

Oppstarten

Av de 6 første kandidatene er 3 fra Addis, 2 fra universitetet i Jimma og 1 fra Mekele. Det var 13 søkere til de 6 stillingene, og en kvinne og fem menn kom gjennom nåloyet etter opptakseksamen og interview i februar. I slutten av april reiste jeg sammen Dr. Line Fronth for å starte undervisning og veiledning. Vi måtte samtidig få ordnet med sted å bo, skaffe bil for transport og lokalt ansatte. Det var i tillegg en rekke praktiske ting som ikke var på plass.

Til tross for lang forberedelse ble derfor oppstarten den første tiden ikke så god som jeg hadde håpet. Line og familien gjorde imidlertid en formidabel innsats og fortjener stor takk for både tålmodighet og for å finne gode løsninger.

Da de kom hjem primo juli hadde vi ikke klart å få noen til å dekke juli og august. Jeg dro derfor ut i 3 uker for at avbruddet frem til Dr. Nils Raabe kom i september, ikke skulle bli alt for langt. Slik det nå er fremover, har vi heldigvis dekning med leger fra Norge frem til neste sommer.

Etter hvert som flere deltar blir det viktig at vi får samlet inntrykk og reaksjoner, og får drøftet evt. endringer i opplegget. Dette er nybrotts arbeid for avdelingen i Addis, så vel som for oss.

Noe av det vi også håper på som tilleggs-effekt, er at vår tilstedeværelse kan bidra til å komme i gang med forskning knyttet til avdelingen, og andre samarbeidsformer.

Eget kreftregister

Gjennom et initiativ fra Universitetet i Halle (Tyskland) er det startet et arbeid for å etablere et Kreftregister, foreløpig kun for Bryst og Cervix cancer for Addis Abeba by, men med håp om at det kan være en begynnelsen på et mer omfattende register.

Estimatene på kreft incidensen i landet med litt over 80 millioner mennesker, er på 125000/år, hvorav de fleste ikke kommer til verken diagnose eller behandling. Det er således en lang vei å gå. De fleste av disse vil slik det nå er, dø av sin sykdom, og flesteparten av de ca 3000/år som kommer til spesialavdelingen i Addis er også i så avansert stadium at heller ikke de kan bli friske. Det er imidlertid mange som får god palliativ behandling, og innen både brystkreft og GI er det etablert normale adjuvante opplegg. Enkelte lymfomer, pasienter med hode halskreft og noen få andre diagnoser er også gjenstand for mer kurative opplegg. Det er således viktig å bygge kapasitet og kunnskap, ikke minst fordi mange av infeksjonssykdommene som hittil har vært hoved utfordringen i Afrika, etter hvert utgjør en mindre trussel enn kreft. I Afrika sør for Sahara er estimatene at kreft tar livet av flere mennesker årlig enn HIV/Aids, Tbc og Malaria til sammen. WHO har i inneværende tiår derfor satset



Pasient får kjemoterapi

på å bedre forholdene rundt både prevensjon, diagnostikk og behandling av kreft i den 3. Verden. Anbefalingene for hvordan dette skal oppnås er bl. a at man etablerer samarbeidsavtaler mellom institusjoner og personer i vesten og i 3. Verden, såkalt "linking". Vi er således med på en utvikling som er helt i tråd med internasjonale trender.

I løpet av sitt 3. og 4. år er det planen at 2 og 2 av legene fra Addis skal få hospitere på OUS i 3 måneder hver, både for å lære og oppleve moderne kreftbehandling, og forhåpentligvis knytte personlige kontakter for fremtiden.

Takk til Aktiv mot Kreft

Jeg nevnte innledningsvis at Helle Aanesen fra Aktiv mot Kreft, deltok på åpningen av programmet i vår. Aktiv mot Kreft står faktisk for hele finansieringen av virksomheten gjennom en nærmest genial ordning. De har etablert et samarbeid mellom Adidas, den Etiopiske løperen Haile Gebre Selassie og Aktiv mot Kreft. Adidas har lansert en utstyrskolleksjon i Haile's navn for mannlige løpere hvor litt av overskuddet tilfaller dette prosjektet. Helle Aanesen har utvist stor

entusiasme og oppfinnsomhet for å få dette til, og vi er svært takknemlige for det hun og Aktiv mot Kreft får til, og håper samarbeidet kan fortsette så lenge prosjektet består i sin nåværende form. Tanken er imidlertid at mer og mer av opplæringen overtas av lokale krefter etter hvert som vi får frem en litt større gruppe av ferdige spesialister. Samtidig er det et håp om at denne kontakten også vil danne grunnlag for knoppskyting innen andre områder og former for samarbeid.

For noen år siden deltok jeg for første gang på et regionalt urologisk møte. En og annen onkolog stakk innom for et invitert foredrag mens auditoriet var fullsatt med urologer. Det var spennende og svært hyggelig sosialt.

Kragerø 2013

Av C. Müller

Møtet var Urokyst, unnfanget av Sanofi og AstraZeneca i sin tid og med roterende programansvar mellom sykehusene godt forankret i det urologiske miljøet langs Sørkysten. Siden «kongressvedtaket» eies møtet av NUCG, mens industrien deltar som sponsor. På denne måten kan Urokyst videreføres som et møte over 1 ½ dager med overnatting. Det hadde ikke vært mulig ellers.

Multidisciplinært forum

Jeg er svært glad for det, fordi møtet har utviklet seg til et viktig uro-onkologisk møtested, og når vi klarer å få med oss flere radiologer og patologer, sykepleiere og pasientrepresentanter vil det bli til et fullt multidisciplinært forum. I år var det for første gang like mange onkologer som urologer, litt pga. uheldige møtekollisjoner for urologene, men like fullt. Dessverre uten en eneste LiS fra OUS. De som kom opplevde et innholdsrikt møte og samvær på kvelden - akkurat som

forventet. Vi hadde invitert stråleonkolog og professor ved Utrecht universitetssykehus, Marco van Vulpen, for å forelese om strålebehandling av regionale lymfeknuter ved prostatakreft, noe som han ikke er en likestor tilhenger av som Mack Roach III. Han går i bresjen for fokal behandling med integrert boost (FLAME: <http://www.trialsjournal.com/content/12/1/255>) og argumenterer for at makroskopisk negative lymfeknuter ikke skal røres fordi de kan være viktig for en immunogen respons.

Immunoterapi

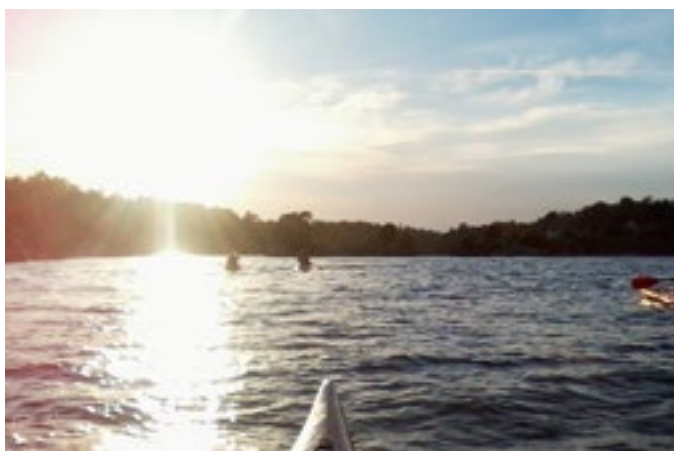
Dagen etter fortsatte vi med Immunoterapi. Med Christian Kersten fra Sørlandet sykehus hadde vi invitert en garvet predikant som levde opp til forventningene. Begeistringen for immunoterapi har gått i bølger helt siden Coley's vaksinerings av sarkompasienter for over hundre år (1892). På 1970 var det interferon som var i vinden, en av pionerene var Hans Strander fra Karolinska som reiste med første kliniske erfaringer både til Washington

og Havanna på samme turen, noe som vekte oppsikt. Det ble stille igjen, Castro er død og interferon har ikke vært det gjennombruddet vi hadde håpet for. Men så skjer det igjen, og her er uro-onkologien først ute: vaksinen er kommet for å bli! Og både kreft i nyre og blære uttrykker PD1-L. At utvalgte norske prostatakreft-pasienter allerede nå kan vaksineres er takket et samarbeid av Gustav Gaudernaks gruppe med Wolfgang Lilleby. Lilleby leter etter hormonnaive oligometastatiske pasienter og ber om henvisning (jmf. OUS nettsider og Clinicaltrials.gov - NCT01784913).

Sven Löffler la ut om henvisningsrutiner for mistenkt prostatakreft i Vestfold (sjekk ut her: siv.no – henvisningsrutiner – prostatakreft), Trond Bogsrud greide ut om FACBC PET ved OUS, Christoph Müller om «spacer» i strålebehandling før vi avsluttet med Rolf Wahlquist og Andreas Stensvold gjennomgang av kurativ behandling av blærekreft – vi underforbruker neoadjuvant kjemoterapi for lokalavansert blærekreft.

Resymé

Mye onkologi og lite stein – mange fornøyde fjes! Særlig siden solen lyste over skjærgården etter møtet. Marco kommer nok tilbake til Norge. Han reiste med et bredt smil etter en avsluttende padletur i Kragerøs skjærgård. Vi har fått lov å gjengi hans prøveforelesning for professoratet i fjor som tar for seg utvikling av fagfeltet stråleterapi – «The end of radiotherapy – even the Mayas predicted this for 2012», eller var det egentlig «the end of surgery»? Indianerne bommet bare litt, det er inspirerende lesning!



Fra venstre til høyre: C. Müller, R. v. Helvoirt, M.v. Vulpen

Annonce

Annonce

The end of Radiotherapy



M. van Vulpen M.D. PhD

Inaugural speech M. van Vulpen M.D. PhD,
19th June 2012, Imaging division,
University Medical Center Utrecht

To the esteemed Rector Magnificus,
my dear colleagues,
dear colleagues from Europe, the
United States and Canada,
dear patients and patient-group advocates,
my dear family and friends,
dear audience,

Introduction

The end of Radiotherapy. Even the Mayas predicted this for 2012. Nevertheless, my speech does not really concern radiotherapy. It pertains to how the healthcare system is organised and how that affects the patient. Practically speaking, our healthcare system is divided into various specialties such as radiotherapy, surgery and many others. One could compare the organisation of these specialties with 'columns'; like upright rectangular blocks, if you will. Most specialist healthcare is organised within such a column, each representing the relevant area of expertise. Contact between specialists, between the columns, appears to be less relevant. The word 'column', therefore, can be interpreted as a type of barrier; one area of expertise ends where the other begins. Unfortunately,

this leads to the under-utilisation of useful expertise as well as to overabundant patient treatment. In addition, it seems that the patient must exert a fair amount of effort to be able to follow such an inter-columnar course of treatment, which can justifiably lead to much frustration and not only for the patient! Radiotherapy is one such established column; this specialty has undergone major changes over the past 10 years and developments continue to the present day. In light of the trend toward a decline in the number of surgeries being performed, radiotherapeutic solutions have evolved the most and have been the most successful. If progression is to continue, radiotherapeutic expertise must not remain restricted to radiotherapy alone. In fact, this appears to be such a major development in that it no longer fits into the boundaries of our radiotherapy-specialty column. There have been worldwide efforts to redefine the radiotherapeutic barriers and radiological expertise; however, this is not what the patients or the healthcare systems really want. THIS, therefore, is the perfect time to rotate the healthcare-system columnar structures with a one-quarter turn and to come up with a structure in which the patient assumes the central role. Changing how specialist care is managed, more specifically to a type of structure in which the patient assumes the central role, must be undertaken intelligently: SMART. Such a change would otherwise not be successful. During my speech, I intend to present a solution to the issue of changing the structural organisation into integrated care pathways from which all may benefit: the patient, the physician, and the rest of the healthcare chain. This is the only way a one-quarter turn could be practically feasible. Let us start at the beginning: with the patient.

The patient AND the healthcare system

I'd like to tell you a true story. Nothing unusual; just an ordinary story. Introducing: Mrs B; I'll subsequently call her Anne. She's 52 years old, married, and has 3 children. She and her family live here in Utrecht. A short time ago, Anne visited a breast-cancer screening bus, where an abnormality was detected in her left breast. It turned out to be breast cancer. The ground fell out from

beneath her feet. There was hardly even time to let everything sink in, even though the doctors told her it was a small abnormality that would be easy to treat. She recently had surgery for it. Because the abnormality was so small, the surgeon couldn't feel it very well. Someone from a different department (radiology), therefore, first inserted a wire with a hook on it into the tumour so that the surgeon would know where the tumour was located during the operation. The operation was subsequently performed under general anaesthesia. Her husband and children waited in the corridor. Fortunately, the surgeon had said, the operation went well; however, the breast didn't look too good over the course of the following days. Anne has an appointment at the surgeon's today. An important appointment, because the tissue that had been removed from the breast had been examined at the pathology department and this outcome would determine which other treatments she would have to undergo. A tense situation. She and her husband hadn't slept very well. Let us now shadow Anne while she visits the outpatient clinic at our hospital. This is easier said than done. First of all, the parking garage was full; she had to wait until she and her husband could park their car. Once inside the hospital, Anne had to seek out the correct route; after all, she hadn't been to the outpatient clinic very often. She was advised by a friendly employee to follow the purple dotted line and did manage finally to arrive on time. Fortunately, she and her husband were not too late, even though there had been a lot of stress. She and her husband then waited 25 minutes for the doctor to see them. During their wait, the medical assistants closed the patient window's rolling shutters because it was 4 p.m. and they were done for the day. Anne suddenly doubted whether she had been sitting in the correct waiting room. When they were finally seated in front of the doctor, he did not excuse himself for the delay. It is normal that patients wait. All consultations run over. During the 6 minutes that she and her husband were there, they heard that this doctor's contribution to her treatment had been successful; hooray. The tumour had been completely removed and hadn't appeared very aggressive, whatever that meant. A letter had been sent to the radiotherapy depart-

ment which would conduct the subsequent treatments; 35 radiotherapy sessions it was to be. No, the doctor didn't know when the next appointment would be; that was a different department. If they hadn't heard anything, however, they could always call him again. He would then follow up on it. It wasn't until two weeks later that she was seen by the doctor at the other department: radiotherapy. This doctor told her that she only needed 16 treatments. 16? Not 35? No, they also hadn't heard that she'd had difficulty raising her arm since the operation. It appeared that this first needed to be resolved before radiation treatments could take place. The radiotherapy sessions were eventually suspended for 4 weeks. For the same reason, physiotherapy had been requested only when she had visited the other department and not sooner. A scan had to be taken for the radiation beams to hit the precise target. These preparations, including computer scheduling, took another 2 weeks. Anne and her husband complained in the car. What kind of conveyor belt are we on? Couldn't they have made these preparations sooner? Do those doctors and department employees even talk to each other? Why doesn't that doctor know how many radiation treatments are to be given? Won't the chance for a cure be hampered by all this waiting? Why, actually, do all the consultations run over? Why can't all these appointments take place consecutively on one day, if that's possible? And that was just the beginning. Anne and her husband decided to follow the diplomatic course. It was better to complete the therapy than to have an angry doctor on your hands because you chose to express your doubts and worries. Wouldn't that just be rocking the boat?

If one looks at the situation from a distance, one can see that there is a ravine between Anne, the patient whom this all concerns, and the hospital. The structural organisation of the hospital appears to focus on the hospital itself and less so on the patient. One can also see that doctors from one area of expertise really don't know what exactly is going on in the other area of expertise, the other column. This is apparently considered to be less important than work performed within one's own specialty. It also appears that simple information which could be beneficial to the treatment is not being exchanged, and that Anne's appointments are actually not being arranged in a coordinated fashion.

Unfortunately, I'm not telling you anything new.

The physician IN the healthcare system

Doctors experience quite a bit of pressure. There are many negative statements related to doctors' functioning flying about. They suffer from this. As an individual, one perceives that there are many bad doctors; for example, that their expertise and willingness to operate outside of their own specialty appears to stop there. I personally believe that all physicians really do attempt to do their best for the patient and organisation. I suspect that the structural organisation of healthcare is what impedes their optimal functioning. Even worse: I will show you how the ability to practise according to the Hippocratic Oath, which all doctors have sworn to, is coming under pressure by the current organisation of healthcare. A random example from the literature: our colleague Tombal from Brussels held a survey amongst physicians in Europe; he asked urologists and radiotherapists which treatment they believed was better for patients with prostate cancer: surgery or radiotherapy. I suspect you know the answer before even having read the survey responses and you are correct: 92% of the urologists believed that surgery would be better in terms of healing, adverse effects, and quality of life; of the radiotherapists, 85% believed that radiotherapy would result in the same! Hardly any physicians seriously believed that a treatment performed outside their column would be a better alternative than one from their own column. That can no longer be considered coincidental. By the same token, these same doctors believed it unethical to conduct research into which treatment, operating or radiation, actually would be the best. Unethical? Why would comparing different treatment options be unethical? It appears inconceivable when observed from a distance; there exists both a preference for one's own type of therapy and the impossibility of research into the best treatment. One would think that a doctor who desires what's best for the patient would look over the walls of his own column when advising on the best treatment, just as he swore to do when taking the Hippocratic Oath. I will make the patient's interests my top priority and will respect his opinion. I will not harm the patient. I will listen to him and advise him well. I recognise my own limitations. This is currently not always the case. A physician does not seem to be able to advise his patient independently, never mind being able to independently make decisions for him! To me, this is a major red flag.



Advertisement for adium emanation activator, 1913. Wikipedia



Radium suppositories to supply the body with 'health-giving electricatoms'. Google pictures.

I could give you some more examples, although I will not. I'd rather show you the signals that indicate that the physicians themselves are possibly unhappy with the current system. An American study has revealed that 50% of more than 4000 medical students are showing signs of burnout; suicidal ideation occurs in 10%. In the Netherlands, Prins and others have also demonstrated this in more than 2000 students. Signs of burnout are seen in 21% here. Even if the 21% were to be an overestimation, burnout in the general population occurs in less than 10%. In addition, the Dutch study demonstrates an obvious relationship between burnout and suboptimal patient care. Initiatives such as 'Compassion for Care' explain the high burnout rate: doctors cannot effectively incorporate the 'compassion' that they feel for their patients into daily practise. In other words, all physicians want to do their best for each patient, however; they realise that the current organisational structure is a hindrance to optimal patient care. Such a realisation is not apparent when one is busy performing his or her daily activities; small frustrations are more readily perceived. The realisation hits home only when one takes a step back and evaluates; something physicians don't have time for. How, then, did this manner of structurally organising come to be? Who invented it? To answer this, I'd like to take you back into the History of Medicine.

The history of medicine

The practise of medicine is as old as mankind itself. Much has been achieved, and we can be proud of our current state of knowledge. After the Middle Ages, organised and professional medicine arose along with the establishment of the first universities back in the 12th century. For the first academic physicians, pondering was their primary task. The actual work was done by barber/surgeons. There were no different specialties; the various columns did not exist back then. The barber/surgeons pulled the occasional tooth, cared for wounds and fractures, and performed bloodletting. Due to the great technical developments of that time, it became necessary to divide the occupation of barber/surgeon up into several different areas of special expertise. That was a good idea, of course, because one single doctor could no longer keep up with all the complicated technical advances. In my opinion, it was not a conscious decision to differentiate the areas of expertise in the way that these are separated today. I believe

that this spontaneously came to be as a result of new developments. For this reason, the divisions are not entirely logical. There was no master plan. If you look at the various subspecialties, you can clearly see what I mean. Specialties are in fact subdivided into e.g. illnesses, or organs, or processes, or roles within the healthcare system. For example, we have gene technologists, pulmonologists, immunologists, general practitioners, and even, radiotherapists. If one views these differentiated areas of expertise as being upright rectangular blocks/columns, representing our current healthcare system's organisational structure, it is plain for all to see that conjoining the various subspecialties would be difficult. They don't fit together. And, something that doesn't fit together could never be a solid foundation for optimal patient care.

Even the organisational structuring within the various specialty areas themselves has not developed in line with optimal care for the patient. An area of expertise is organised according to the medieval 'master-journeyman' concept. Within a specialty, you have the professor at the top; beneath him is a complex hierarchical system of physicians and at the bottom, the residents scramble about. In the past, the Professor was King, Caesar, Admiral; he could do anything. What he said went uncontested. This is no longer true today, but it is still the basis for our current system of specialty areas. Because of this, physicians look primarily at processes within their own areas of expertise, within their own columns, and less so outside of them. This type of structural organisation is also arranged around the physician. The patient, for example, needs to follow the doctor's calendar in order to make an appointment. That used to be logical. Not anymore. One would no longer organise a healthcare system in this manner.

Let's go back to the past, back to the barber/surgeon. As stated before, the barber/surgeon performed bloodletting. We no longer do that when someone has a fever, but we still did up until the end of the 60s of the last century. It was only in the previous century that penicillin was discovered as well as the receptor theory on how medicines work. Fifty years is really not a long time ago if one reflects on how old the practise of medicine is. Kidney stones are pulverised today; however, the entire kidney used to be removed some ten years ago if the stones caused symptoms. The whole kidney! A very valuable possession as one only

has two of them. The same goes for arterial vascular obstructions. We place stents today, a tube which keeps the blood vessel open, but we would have removed the entire artery ten years ago. One can hardly imagine a different way of doing it. It appears that it is difficult to see the developments in healthcare in perspective while carrying on in our daily lives.

What we can see from these examples is that there appears to be a tendency toward using the scalpel less to perform surgeries, which in medical jargon means: invasive treatments are on the demise. No longer do we do bloodletting, remove whole kidneys, dissect blood vessels; we use antibiotics, pulverisation and stents. If we hear that fewer surgeries are being performed, our first reaction is one of discontentedness. This is because the healthcare system is actually derived from the occupation of barber/surgeon. It still forms the foundation for our perceptions. "Just take it out," is said by many. More technological developments that prevent having to operate will result in fewer and fewer surgeries being performed. This is quite logical, because one would expect that the body remains more intact whereby patients' quality of life would improve. This might sound revolutionary but it is not. Surprisingly, even our surgeons, our 'pioneering' physicians, agree with this. Although many fear for my safety when I speak of 'the end of surgery', surgeons are truly my best friends. Together with surgeons, alternatives to 'old-fashioned cutting' are being actively sought for treating tumours as we speak. Radiotherapy appears to be an important indicator for this: its technological developments are far more advanced than developments in other areas. One of the oldest examples of surgery being replaced by radiotherapy is for cancer of the vocal cords. The original treatment for this entailed the surgical removal of the entire tracheal area, including the vocal cords. This technique had considerable consequences for the patient: talking, eating, breathing, swallowing and appearance are all different without a trachea. For the past 15 years or so, radiotherapy has been used successfully whilst retaining the vocal cord region and the same chance of curing the condition. This same treatment trend is being observed for almost all cancer types although some are still in the developmental phase. In the Netherlands, for example, research is being conducted into retaining the rectum in rectal cancer if the tumour is no longer observed

after radiotherapy and chemotherapy. The rectum is responsible for producing the urge to defecate and this is important for one's quality of life. Many of this type of tissue-saving treatment are being developed worldwide and therefore, very rapidly. Best of all, the one who benefits from all this is the patient!

Radiotherapeutic solutions also appear to be highly suitable for non-invasive treatments in other areas of expertise, but then without the ionising rays associated with radiotherapy. I believe that the success of concepts being applied in other areas could only be beneficial if a transition by radiotherapists and others were to follow. This is why radiotherapists are putting pressure on the boundaries of the columns. Should radiotherapy limit itself to radiation treatments? Is the administration of rays really a separate field of expertise? The development of radiotherapy needs to be explained in more detail in order to be able to answer that question. Developments within the field of radiotherapy

Roentgen rays were discovered by Professor Röntgen in 1895. There have been many experiments conducted with rays since that time, resulting in a justifiable general negative perception of radiation. Radiotherapy is still a relatively new area of expertise. It wasn't until the end of the 1960s that rays were technically able to penetrate the body more deeply resulting in radiotherapy spinning off the radiology field because of that complex knowledge. Radiotherapy was not a separate specialty before that time. Rays had been used to treat persons then, but these rays were not administered by radiotherapists. Because the powerful rays could only be partially controlled, radiotherapy was only used up until about 10 years ago to remove the invisible seedlings of cancer that had been left behind after surgery. This procedure did not require a lot of radiation and if a treatment regimen was spread out over 25 to 35 sittings, the undesirable effects could be reduced. Radiation was therefore never a treatment in and of itself. In order to enhance the effects of radiotherapy, chemotherapy was added to the therapy and this did indeed help; however, it came at a great price in terms of undesirable effects. The current high-precision radiation therapies will likely result in chemotherapy no longer being necessary to treat focal disease. Unfortunately, it seems to be difficult to let go of the added chemotherapy as it is apparently easier to add things than reduce them in the practise of medicine today.

X-rays were predominantly used up until the end of the 90s to plan for radiotherapy and aim the rays. Unfortunately, an x-ray does not show the tumour and healthy organs very well. Nor can one see how such tissues move about inside the body. Much has changed since the end of the 1990s. It's like we've put on our glasses. With good imagery, such as CT- and particularly MRI-scanning techniques, it has become possible to portray the tumour with millimetre precision and is even possible to differentiate between the most aggressive areas of the tumour. Of course, those aggressive areas are what we want to treat. MRI offers the best way to visualise a tumour's biology because of its superior soft-tissue contrasting capability. The creation of good MRI protocols is a substantial task that will be keeping us busy for the next several years; the job is progressing rapidly, however. There are breakthroughs almost every day. At this time, for example, it is already possible on the basis of an MRI scan for a computer to predict if a small spot is cancer or not in certain types of tumours. In addition to the detection of tumours, movement must also be taken into consideration. Everything is really continuously moving within a body! Various methods are used to aim precisely nonetheless. In prostate cancer, for example, small 18-carat gold rods are introduced into the prostate gland. The radiation apparatus searches for these rods and positions itself to aim the rays with millimetre precision. It has been demonstrated that this method has suddenly significantly reduced the risk of serious adverse effects in comparison with the x-ray era when the risk was very high. Furthermore, it is possible to very precisely aim most rays at the areas of the tumour that are most aggressive and hardly touch the surrounding healthy tissue. This can be done by varying the intensity of the radiation bundle during treatment and not to aim from one direction only but from several directions. This way, the focal point is no longer in the middle; now, several focal points are created enabling radiation treatment to even occur around an organ. This is called Intensity-Modulated Radiation Therapy or IMRT. This is the standard method of treatment everywhere in the Netherlands today. This will also lead to improved outcomes and a reduction in adverse effects.

One big breakthrough which took place approximately 10 years ago was the development of the CT accelerator. This is a radiation apparatus that is equipped with a full CT



Radium Solution for Drinking. Google pictures.



Radium Is Restoring Health to Thousands, Google pictures.

scanner. It enables one to make a CT scan during treatment, thereby taking movement of the tumour into account. This has completely changed our perceptions of radiotherapy. It has become possible to radiate a moving pulmonary tumour just 3 times instead of the 35 times required a while ago. It also became possible to use a much higher dose of radiation; the chances of curing the condition have increased and hardly any adverse effects occur. The standard treatment for lung cancer, namely, the removal of a large part of a lung, has come under discussion because of this.

Retaining a lung is obviously beneficial for the patient. There is a project currently under way here in Utrecht to develop an MRI accelerator as the logical successor to the CT accelerator. The optimal contrast capability allows better visualisation of tumour movement as well as that of healthy tissue; today, this applies to all types of tumours and not just lung cancer. This will undoubtedly elicit more such breakthroughs in the future. I am very proud of the fact that I may be a part of that! Radiotherapy today does in no way resemble the radiotherapy of 10 years ago but rapid developments are still taking place. Almost all concepts are currently under pressure. The number of radiotherapy sessions required will be reduced from 35 to just one by precision aiming. The repetitive aiming of rays is possible because vital organs are spared. Even a radiation-free margin enveloping the tumour is hardly necessary because one can now see the tumour on the MRI and aim while it is moving. Perceptions on dosing have changed. Previously, the entire area received the same dose; today, a varying dose is given based on the aggressiveness of the tumour. Prescribing a dose will no longer be necessary in the future. The 'anatomy of the day' will determine the safe dose. If a portion of healthy bowel is situated close to the tumour on a given day, the dose is reduced and you have the patient come back the next day for another dose. Without intestines in the neighbourhood, you can administer as much radiation as is safe within the time allotted. Even when a cure is no longer possible, for instance, when there are metastases, perceptions are changing. If one can treat a few of the small metastases with high precision and thereby ensure that there is no longer visible disease, the stage is then called IV – no evidence of disease – and this might be advantageous for the patient. If there are no permanent adverse effects, that is. We still think in terms of curing or

not curing, palliative treatment or curative treatment, cure or care, but the concept of metastasised cancer as a chronic illness already exists. The time for chemotherapy could be displaced by this. There is much more change going on. The radiotherapist's occupation is different today than it used to be. Before, the radiotherapist assessed x-rays. Now, they evaluate MRIs, tumour biology and complicated plans. This is useful knowledge, which can be readily applied to new therapies that will render operating unnecessary, such as freezing and cauterising. In short, the boundaries of the profession of radiotherapist will need to be re-established. How is it that all of this has suddenly become possible? I believe that it was all made possible by just one factor: the power of computer calculations. Radiotherapy follows the developments taking place in the gaming industry: the X-Box®, Nintendo® and PlayStation®. The GPU processor's mathematical power in such devices is so good that it can calculate complex comparisons with extreme speed. Because of this, millimetre-precise, imagery-guided treatment of patients with cancer could suddenly be realised. The calculating power is increasing to the point that we can now explore solutions that weren't considered realistic before. In short, even though the use of the X-Box has sometimes been a source of irritation at my house, it has led to a breakthrough in my field of expertise. It will appear to be the solution for many more issues, even outside of the field of radiotherapy, for example, on the organisational level of appointment planning etcetera.

How will this affect the development of surgery and chemotherapy? Developmental progression in surgery has pretty much reached its limits since the introduction of robotics and has become less and less invasive. As for chemotherapy, I believe the same applies as in radiotherapy. This also used to be an underdeveloped field of expertise. Anyone who received chemotherapy underwent the same number of treatment sessions. The dose was determined based on body surface area and not on the size of the tumour. The effect of chemotherapy on the tumour was not monitored, but rather, kidney function and blood levels. Only after chemotherapy did one look to see if the size of the tumour had changed. Chemotherapy is currently undergoing exciting developments, just like radiotherapy. I choose not to expound on this further at the moment. I'm afraid, however, that dose distri-

bution at the micro level is difficult to control with chemotherapy so the local administration of a high dose would be problematic. I believe that could only be possible by the imagery-guided administration of chemotherapy. If this concept remains further undeveloped, it would be preferable to use chemotherapy only when there is microscopic disease e.g. disease that is not visible on images.

Healthcare is not the only branch that is organised into columns; this also applies to research. Last year, the Cancer Centre allowed me to organise the project called Summer School for Clinical Translational Oncology. Within this project, the results of basic research into healthcare are applied to patient care. The course was organised in this manner: Monday, surgery, Tuesday, radiotherapy, and Wednesday, chemotherapy. Each column appeared to perform its work in a grand fashion; however, between the columns there was no contact whatsoever, no collaboration, no shared ideas, nothing! I would never have suspected that there would be so little interaction. How each column approached the translational research also appeared to be totally different from one another. Image guiding the most important element in radiotherapy and interventional radiology. Surgery is only interested in operations. Chemotherapy looks only at gene profiling and protein signalling. One can therefore infer that if all the approaches coming forth from the various columns were to be combined, the chance of scientific success would increase tremendously, thus also for the patient. Why, then, don't we do this?

Even our strongest scientific measure, the randomised study, is losing its status. There is no 'one' dose of chemotherapy or radiation to be given. This dose varies depending on the different areas within or outside the tumour. One doesn't want to know whether an average dose works, but what the effect of a dose on a small area is. This riddle can be solved by taking images before and after treatment and by knowing what the precise dose was at the micro level. This is why the time appears ripe for a shift in the current foundation of evidence in the field of oncology. You've noticed that we run up against all sorts of columns in the field of healthcare as well as in the field of science. You'd like to have room to explore potential breakthroughs in collaboration with other areas of expertise and not have to restrict yourself to one column. Our collective goal is to achieve a 100% cure

rate, 0% adverse effects and the 100%-retention of the quality of life. It does not matter whether this goal is achieved by radiotherapy, cauterisation, freezing, or any other means. If we want to allow the application of all the developments to benefit the patient, we must change the way the system is organised.

From healthcare columns to integrated care pathways

It is clear that columns originate from a previous era. These columns are not set up in a logical fashion. They don't link to one another very well. Each column has a hierarchical management system, again, according to old laws and rules. Each employee is evaluated primarily from within his or her own column and each column is evaluated as a whole. Generally speaking, it gives one a good feeling. It provides an overview of tasks, responsibilities and authority. Everyone knows what their task is and what they must or may do. However, when one looks at the process, the care for a patient, taking place BETWEEN the columns, everything becomes a bit less clear. The tasks remain clear because each one belongs to a certain column; however, responsibilities and authority become inadequate. Where does your part of the care end? Who's responsible for the interconnectedness? Where and when does the care begin in the other column? And, who is responsible for that grey area in-between? The power to arrange anything outside of one's own area of expertise is thus lacking. The columnar structural organisation gives one the idea that everything is okay, neat and comprehensible. On the non-general level, however, there is the sense that information is lacking and this fact is being expressed. Not enough insight exists to be able to really come up with solutions and to implement these. Nevertheless, individuals are in fact already seeking solutions with each other! Physicians are able to conceive good ideas together and can collaborate in implementing these. As said before, the trend toward fewer operations is broadly supported by the medical community, so even by surgeons. This is because it is ultimately beneficial for the patient. However, although doctors can agree with one another on subject matter, there is poor integration of new ideas which I attribute to the current columnar structure.

Unfortunately, there is not one perfect manner of organising that would be able to solve all of the issues. It is, however, broadly accepted that the patient and not the specialist

should be the core person around whom everything is organised. This means that the patient's route through the organisation should be the main route. This patient route can be seen as a 'care path' or integrated care pathways. An organisation with several integrated care paths would be the ideal solution. By focusing on a few key elements within our current structural organisation, we've already started shifting toward this type of integrated care pathway. I completely agree with those who say that the crystallisation of this concept will not work in actual practise if it is constructed in the usual top-down manner. People would be afraid to make such a change and there would be resistance; the concept would be doomed to fail. No; real change must come from the work force itself. And the work force is ready for it, if you ask me. So, how does one shift healthcare from columns into integrated care pathways?

A very clever solution is currently being carried out within our organisation, one that is deserving of many Brownie points. We've named this concept, 'SMART'. The primary aim of SMART is to prevent disease of the blood vessels in the body. The care of blood vessels has always been separated by the various columns, such as vascular surgery, neurology, and cardiology. This caused one to believe that all the different 'columns' each treated a different type of blood vessel which was, of course, not the case. The mechanism behind the obstruction of blood vessels and the illnesses caused by this is pretty much the same within each of the columns. This has led to the realisation of one integrated care pathway within our organisation that focuses on blood vessels. Before this, the provision of healthcare passed through several different columns. The criteria that we established were these: Everything the patient must undergo has to take place on one day; the patient should only have to come one time. The path to be followed must be clear to the patient. Structural organisation of the integrated care path must be beneficial for health and also for science. As a whole, it must be accessible and comprehensible to all of the specialists involved. It was also important that those involved in such integrated care pathways not interfere with the primary referral, so not tread on another's ground. Insurance carriers found the creation of such an integrated care pathway so logical that they allocated funds for it. The pathway would, after all, lead to an increase in revenue over the long term. All



Treatment with the Finsen lamp in 1900. Wikipedia



Technic of Roentgenotherapy for epithelioma of the face. 1915. Wikipedia



Tho-radial powder box, based on radium and thorium, according to the formula by Dr Alfred Curie, on display at the Musée Curie, Paris. Wikipedia

monies received are linked to the relevant integrated care pathway. Columns participating in the pathway are partially paid on the basis of their contribution to it. One governing body distributes money and authority. The leader is a medical specialist and not a business manager. A cost allocation key is used to distribute the funds. In short, it is clear who uses funds and what's in it for me. The only chance for success is if everyone were to generally benefit from the improvements. Having a say in the matter means responsibility and authority. The SMART cohort, led by a non-hierarchical team, is now comprised of approximately 10,000 persons. All of these individuals have undergone basic screening according to a standard initial protocol; a multi-disciplinary team subsequently determines which standard path the patient is to follow, for example, the predetermined route of treatment called A, B, or C. Organisation, therefore, is based on the healthcare need.

This solution can also be readily applied within our oncology department. Our care for patients with cancer must then be categorised within integrated care pathways, for example, an integrated breast cancer pathway. Such a path would include a standard basic examination. A multi-disciplinary team would then discuss which pathway the patient should then follow, e.g. A, B, C or D, for treatment and follow-up. I am convinced that 99% of all types of healthcare could be provided by means of such a standard parcours. Each pathway consists of various teams of doctors from different disciplines who are collectively responsible for the care of one particular patient. They are collectively involved in each portion of care and may all contribute to these portions. Each specialist can share his or her own knowledge; for example, the surgeon knows a lot about anatomy, the radiotherapist, dose-effect relationships, the radiologist can interpret images from various angles and the gastroenterologist understands the patient's symptoms from a functional perspective. In other words, the radiotherapist can also ponder about a biopsy and the surgeon is highly capable of helping to determine the radiation treatment field. Similar to working in a department, the only way to make progress is to work as a team. One appointment centre per integrated care pathway will ensure that each patient will have all visits on one day, as long as the quality of care allows this, including scans, doctor's appointments and

treatments. Healthcare insurance carriers will undoubtedly support the concept of integrated care pathways because of increased patient satisfaction and cost-effectiveness. From a scientific perspective, the future outcomes will be interesting: cure versus care or how toxicity affects the quality of life. SMART is a good role model for us. SMART has been effective without having to have first knocked down the existing structures. It is realistic to expect Oncology to copy SMART. I hereby offer to help organise this shift.

What I've presented here today is so logical that anyone could imagine it and anyone would want it. Most important is the cost allocation key: ensure that everyone generally benefits from an integrated care path. In addition, tremendous ICT-development boosts will enable the utilisation of clever planning systems for booking consultations, scans and treatments in the near future. Our current systems unfortunately cannot handle that yet, strange as it may seem. Although SMART has been around for some 15 years, we can do better, for example, by applying innovations that allow for more flexibility.

Examples of integrated care pathways in which radiotherapy is no longer seen as a column are already observable in America. Centres for neurosurgery, for example, are being set up for which neurosurgeons have purchased radiotherapy equipment. For this integrated care pathway and the reimbursement thereof, the neurosurgeons offer high-precision radiotherapy as an alternative to their operation in a certain package. A radiotherapeutic specialist is necessary for evaluating the plan and to provide input on the various factors; however, the treatment is not considered to be radiotherapy. It is seen as an alternative to surgery that benefits everyone: the doctors within the various specialties but most of all, the patient.

This might seem a plea for the categorical approach, but it's not. If someone comes to the hospital with symptoms, it is not yet known whether malignant disease is playing a role. After having been diagnosed and referred to a specialised cancer hospital, the burden for the patient would become very heavy and therefore risky to the success of our SMART concept. It is here, at the transition between diagnosis and integrated care, that things must go smoothly. This can only be

achieved by turning the port of entry into oncological care into the same port used for diagnostics. This port is currently occupied by local treating physicians, like the surgeons. This port should be the start of the integrated care pathway, occupied by the local team and including the radiotherapists. The local team will care for all the focal treatments up until stage IV – no evidence of disease – is achieved. Only after this is no longer possible would chemotherapy follow in a low-dose system treatment. It is then logical that this type of care would occur at the end of the chain. This means that the managing bodies for integrated care pathways should consist primarily of local treating physicians.

The patient is most important

What exactly does the patient want? The end of radiotherapy or, maybe, the end of surgery? Absolutely not! Patients want the best treatment, that's all. What does that consist of then? A 100% cure rate, 0% adverse effects, logistically practical and the retention of the quality of life.

That's what the patient wants. There is one more essential thing that the patient wants: to be treated with respect! Just to deal with one another in a pleasant way, just to be truly noticed. I am sure the shift from care columns to integrated care pathways could give that little push toward the reduction of cultural limitations in terms of respectful treatment.

One very interesting study on what the patient really wants took place in Nijmegen (the Netherlands). In this study, patients were asked which treatment they would choose: more radiotherapy with a greater chance of being cured along with a greater risk of adverse effects, or rather, less radiotherapy, fewer adverse effects but at a cost of a reduced chance of being cured. In total opposition to doctors' expectations, the patients opted for choice #2: fewer adverse effects at the cost of a reduced chance of being cured. It has been described in many studies that the patterns of expectation differs between doctors and patients. It is therefore essential that patients are represented on the team involved in the integrated care pathway when our oncological care systems are being restructured.

Such initiatives have already been successfully implemented. For the past 5 years, we here at Utrecht Medical Centre (UMC) have

had a sounding board comprised of patients who contribute their ideas to our policies. This patient advocacy group is comprised of representatives of patient support groups who may participate independently. The goal is to discuss proposed policies; however, key points may also be addressed. I have been truly surprised by their energetic discussions and how they unravel complicated problems. They have thus become an unexpected mighty force to be reckoned with. The statement, "I have discussed with the patient advocacy group," has become a serious argument within our organisation. There are so many groups that would like to have their points discussed at the moment that even the planning of more meetings could not resolve this issue. This also demonstrates that the patient-as-partner idea is not such a far-fetched one. The patient must assume a central role and actively participate in our integrated care pathways. I predict that the patient will even take the lead in the integrated care pathway-concept one day.

Conclusion

The end of radiotherapy. Three-quarters of an hour must be the record for disassembling your own academic position!

The end of the column called radiotherapy really means that the occupation has outgrown its skin. Congruent with the attempt to perform fewer surgeries, radiotherapy offers a palette of new possibilities that will cause a shift in treatment options over the coming years. This is why now is the perfect time to optimise the structural organisation of oncological care; this 'caring in columns' is not working most effectively for the patient. Optimal care means healthcare in which the patient assumes the central role, as an individual with a house and home life as well as a person with a medical problem which needs to be addressed with the best and most dignified care available. This can be realised by organising integrated care pathways, provided everyone benefits from the change. By using SMART as an example, I estimate the chance of succeeding to be great.

I'd like to thank each and every person who has made a contribution to this story, my story. I have made a conscious decision not to read off a list of names, but I can assure you that my gratitude toward everyone is great. The one people I'll name personally are Jan-Willem and Justus, my wonderful X-Box

whizzes, who, with their visionary behaviour, will ensure that the gaming industry's innovative technology will also find its place within the healthcare system. Super guys! In addition, I'd like to thank my wife Mieke, my pal, with all my heart. I would have never been able to stand here today without you. I have spoken.

In summary

The end of radiotherapy doesn't actually concern radiotherapy. It pertains to how the healthcare system is organised and how that affects the patient. Our healthcare system is divided up into different areas of expertise, the organisation of which resembles a collection of columns, of sorts: upright, rectangular blocks, if you will. Specialist healthcare is usually organised within the column representing that relevant area of expertise. Contact between these areas of expertise appears to be less relevant. This leads to the under-utilisation of useful expertise as well as to overabundant patient treatment. Doctors are suffering from burnouts and even the Hippocratic Oath is coming under pressure. It takes an enormous amount of effort for a patient to follow a course of treatment.

Within the scope of the worldwide trend to operate less frequently, radiotherapeutic developments are proceeding the fastest and appear to be the most successful. If progression is to continue, radiotherapeutic expertise must not remain restricted to radiotherapy alone. The boundaries of the radiotherapy column no longer fit into our structural organisation of specialties.

There have been worldwide efforts to redefine radiological-column expertise; however, this is not what we really want. It would be better to reorganise by rotating the healthcare-system columnar structures with a one-quarter turn and to come up with a structure in which the patient assumes the central role. Organising care into integrated care pathways, a type of structure in which the patient assumes the central role, must be undertaken intelligently: SMART. Such a change would otherwise not be successful. In my speech, I have outlined a solution for a structural change from columns to integrated care pathways, from which all will benefit, and in which the patient will eventually take the lead.



External beam radiotherapy. First patient treated with the linear accelerator (radiation therapy) for retinoblastoma in 1957. Wikipedia



Cobalt-60 therapy. Wikipedia

Annonce

Annonce

Annonce



Årets Onkologisk Forum gikk av stabelen i Bergen i år. Fra den 20. til 22 november samlet landets onkologer – og alle andre med særinteresse for onkologi seg til både faglig utveksling og hyggelig samvær. Viktige organisatoriske endringer ble besluttet og priser ble delt ut. Les mer på de neste sidene ...

Onkologisk forum – Fra årlig møte til interesseorganisasjon

I år er det 31 år siden Stein Gundersen og Jan Vincents Johannessen tok initiativ til å opprette Onkologisk Forum. De to så at det manglet en felles nasjonal arena for profesjoner, sykehus, forskningsinstitusjoner, universitetsmiljøer og industri som hadde et engasjement i kampen mot kreft. Jan Vincents laget logo og ble den første formann, Stein den første sekretær. Siden, tenkte de, skulle både ledelse og møter gå på rundgang mellom universitetsbyene. Forumet skulle bli et nasjonalt anliggende, ikke et rent Radiumhospitalsprosjekt.

Og slik ble det. Antallet deltakere skjøt fart da de nasjonale faggruppene begynte å legge sine møter til forumet. De siste årene har Onkologisk Forum samlet over 400 deltakere til faglige foredrag og diskusjoner, nettverksbygging og sosialt samvær. På deltakerlisten står leger og sykepleiere fra onkologi og ulike kirurgiske spesialiteter,

patologer, radiologer, basalforskere, epidemiologer og representanter fra interesseorganisasjoner, biotek- og farmasøytisk industri.

Ved Onkologiske Forum i Bergen nylig sluttet generalforsamlingen seg til et forslag fra styret om å videreutvikle Onkologisk Forum fra årlig møte til nasjonal interesseorganisasjon for fagpersoner som arbeider med kreft. Nye vedtekter slår fast at foreningen, i tillegg til å bidra til nettverksbygging og fagutvikling, skal bli et helsepolitisk debattforum, en pådriver for og høringsinstans i saker av betydning for norsk kreftomsorg (se de nye vedtektene nedenfor). Medlemskap opprettes og fornyes i forbindelse med påmeldingen til vårt årlige møte. Representanter for legemiddelindustrien kan ikke være medlemmer i foreningen. Vedtektene er utformet slik fordi det ikke skal kunne reises tvil om at den nye foreningens motiver i helsepolitiske saker er faglig fundert

og ikke styrt av økonomiske interesser. Det kan være grunn til å understreke at Onkologisk Forum selvsagt ønsker å fortsette sitt nære og gode samarbeide med industrien og at industriens representanter vil være velkommen til å delta på foreningens årlige møte.

Onkologisk Forum, slik vi kjenner det, som nasjonalt kreftmøte som går på omgang mellom norske byer hvert år i slutten av november, har funnet en velfungerende form som skal bestå. Rett over nyttår begynner det nye styret å legge planer for programmet til Onkologisk Forum 2014 i Oslo. Alle er hjertelig velkommen dit. Og før vi kommer så langt håper og tror vi at den nye foreningen skal begynne å sette spor etter seg i den nasjonale helsedebatten.

*Tone Ikdahl
Leder Onkologisk Forum*

Foreningen Onkologisk Forum – Vedtekter

§1 Foreningens navn

Foreningen heter Onkologisk forum. Den ble stiftet 22.11.13 og representerer en videreføring av den årlige konferansen Onkologisk Forum som har vært arrangert siden 1982.

§2 Foreningens formål

- Onkologisk Forum skal være en interesseorganisasjon for fagpersoner som arbeider med kreft i Norge. Foreningen skal samle fagfolk fra relevante medisinske spesialiteter, helsefag og kreftforskning.
- Onkologisk Forum skal fremme kreftbehandling som multidisiplinært fagområde, bidra til fagutvikling og styrket kvalitet på norsk kreftbehandling og kreftforskning.
- Onkologisk Forum skal være et helsepolitisk debattforum, en pådriver for og høringsinstans i saker av betydning for norsk kreftomsorg.

- Onkologisk Forum skal bidra til nettverksbygging på tvers av de norske fagmiljøene. Den årlige konferansen Onkologisk Forum holdes i forbindelse med styringsgruppemøtene til de nasjonale faggruppene for kreft. Møtet er åpent for interesserte og skal ha et faglig program som spenner vidt (for eksempel basalforskning, translasjonsforskning, klinisk forskning, ny diagnostikk og behandling og epidemiologisk forskning). Arrangementet går på omgang mellom helseregionene og blir lagt til byer som har egnede møtefasiliteter, kort vei til flyplass og et lokalt kreftmiljø som kan bistå praktisk med arrangementet. Møtet skal holdes annet hvert år i Oslo.

§3 Juridisk person

Foreningen er selveiende og en frittstående juridisk person med upersonlig og begrenset ansvar for gjeld.

§4 Medlemmer

Foreningen er en multidisiplinær interesseorganisasjon for fagpersoner som arbeider med kreft. Medlemskap opprettes i forbindelse med påmeldingen til årets konferanse, Onkologisk Forum. Medlemskapet dekkes av påmeldingsavgiften. Det er også mulig å opprette/forny medlemskap uten å delta på konferansen. Representanter for legemiddelindustrien eller annen kommersiell virksomhet kan delta i foreningens arrangementer men kan ikke være medlemmer i foreningen.

§5 Stemmerett og valgbarhet

Alle medlemmer har stemmerett og er valgbar til tillitsverv i foreningen.

§6 Kontingent

Deltakelse i foreningen dekkes av påmeldingsavgiften til den årlige konferansen. Medlemskapet varer i 1 år.

§7 Tillitsvalgtes godtgjørelse

Medlemmer i styret får dekket påmeldingsavgift, reise og opphold ved det årlige Onkologiske Forum, samt utgifter i forbindelse med styremøter.

§8 Årsmøte

Årsmøtet som holdes i tilknytning til konferansen Onkologisk Forum er foreningens høyeste myndighet. Styret innkaller medlemmene til møtet og vedlegger valgkomiteens forslag til nytt styre og valgkomite. Eventuelle alternative forslag til styre eller forslag om andre saker som ønskes behandlet må være styret i hende senest to uker før møtet. Saksliste skal være tilgjengelig for medlemmene senest en uke før årsmøtet.

Alle medlemmer har adgang til årsmøtet. Andre (enkelpersoner, representanter for pasientorganisasjoner, presse mfl) kan inviteres i forbindelse med enkeltsaker.

Årsmøtet er vedtaksført med det antall stemmeberettigede medlemmer som møter. Ingen har mer enn én stemme, og stemmegivning kan ikke skje ved fullmakt.

Forslag om vedtektsendring må være oppført på sakslisten senest en uke før møtet. Alternative forslag til styre må ta hensyn til hele styrets sammensetting (§13).

Møtet kan ta opp og vedtak kan fattes i andre saker enn de som står på sakslisten dersom dette vedtas med 2/3 flertall på møtet. Slik beslutning kan bare tas i forbindelse med godkjenning av sakslisten.

§9 Ledelse av årsmøtet

Årsmøtet ledes av foreningens leder eller av annen representant fra styret dersom leder er forhindret fra å være tilstede.

§10 Stemmegivning på årsmøtet

Valgkomiteens forslag til styre kan vedtas ved akklamasjon dersom det ikke har kommet inn alternative forslag innen fristen 14 dager før årsmøtet. Valg av nytt styre foregår skriftlig hvis det foreligger mer enn ett forslag.

Med mindre annet er bestemt skal et vedtak være truffet med alminnelig flertall av de avgitte stemmene for å være gyldig. Blanke stemmer anses som ikke avgitt.

§11 Årsmøtets oppgaver

Årsmøtet skal:

1. Behandle Onkologisk Forums årsmelding
2. Behandle Onkologisk Forums regnskap i revidert stand
3. Behandle innkomne forslag
4. Vedta Onkologisk Forums budsjett
5. Velge foreningens leder og styre som konstituerer seg selv

§12 Ekstraordinært årsmøte

Ekstraordinært årsmøte holdes når styret bestemmer det, eller minst en tredjedel av de stemmeberettigede medlemmene krever det.

Det innkalles på samme måte som for ordinære årsmøter, med minst 14 dagers varsel.

Ekstraordinært årsmøte kan bare behandle og ta avgjørelse i de sakene som er kunngjort i innkallingen.

§13 Styret

Foreningen ledes av et styre på 6-8 medlemmer som velges for 3 år av gangen og kan sitte i til sammen to perioder. Styret er høyeste myndighet mellom årsmøtene. For å ivareta kontinuiteten i styrets arbeid må en sørge for at ikke alle medlemmene skiftes ut samtidig. Se § 13 punkt 4.

Styrets sammensetning:

1. Alle 4 helseregioner skal være representert, Oslo skal minst ha 2 styremedlemmer
2. Minst to av representantene skal komme fra de nasjonale faggruppene for kreft
3. Styret bør bestå av minst to onkologer, to kirurger, en gynekologisk onkolog, en basalforsker og en epidemiolog eller representant for annen relevant medisinsk spesialitet.
4. Styreleder velges for en 2 års periode. I det andre år skal innkommende styreleder velges. Når den innkommende styreleder overtar ledervervet vil utgående styreleder ha funksjon som "past-leader"

Styret skal:

1. Iverksette årsmøtets bestemmelser.
2. Være programkomité for Onkologisk Forum.
2. Ved behov oppnevne komitéer/utvalg/personer for spesielle oppgaver og utarbeide instruks for disse.
3. Administrere og føre nødvendig kontroll med Onkologisk Forums økonomi

4. Representere Onkologisk Forum utad.
5. Leder for Onkologisk Forums konferencesekretariat skal fungere som leder for den nye foreningens sekretariat.

Styret setter opp tidspunkter for sine faste møter. Ekstraordinære møter må avtales spesielt.

Styret er vedtaksført når mer enn 50% av styrets medlemmer er til stede. Vedtak fattes med flertall av de avgitte stemmene. Ved stemmelikhet teller styrelederens (eller stedfortredende styreleder) stemme dobbelt.

§14 Grupper

Onkologisk Forum har egen programkomité for parallellsesjonen for sykepleiere under Onkologisk Forum. Komitéen utnevnes av styret i årets første styremøte. Onkologisk Forums årsmøte har rett til å opprette avdelinger/grupper, og bestemme hvordan disse skal organiseres og ledes.

For avdelingers/gruppers økonomiske forpliktelser hefter hele Onkologisk Forum og avdelinger/grupper kan ikke inngå avtaler eller representere Onkologisk Forum utad uten styrets godkjenning.

§15 Vedtektsendring

Endringer i vedtektene kan bare gjøres på ordinært eller ekstraordinært årsmøte og krever 2/3 flertall av de avgitte stemmene.

§16 Oppløsning (§16 kan ikke endres.)

Oppløsning av Onkologisk Forum skal behandles på ordinært årsmøte. Blir oppløsning vedtatt med minst 2/3 flertall, innkalles det til ekstraordinært årsmøte 3 måneder senere.

Sammenslutning med andre foreninger anses ikke som oppløsning av Onkologisk Forum. Vedtak om sammenslutning og nødvendige vedtektsendringer i tilknytning til dette treffes i samsvar med bestemmelsene om vedtektsendring, jfr. § 15.

22. november 2013

Annonce

Annonce

Kong Olav Vs kreftforskningspris tildelt Olav Dahl



KREFTFORENINGEN

Av Kreftforeningen

Olav Dahl har levert. Gjennom hele karrieren har han og teamet lett etter muligheter og åpninger for å løse biter av kreftgåten. I 1976 startet han sin forskning på stråling. Den gangen ble ikke rektumkreftpasienter med tilbakefall tilbudt stråling, fordi man antok at det ikke ville ha noen effekt. Det samme gjaldt pasienter med svulster som ikke kunne opereres. Dahl og hans kollegaer har sørget for en liten revolusjon på dette feltet, og i dag tilbys stråling til disse pasientene som en del av standardbehandlingen. Det redder liv, forlenger liv og lindrer smerter hos pasienter med rektumkreft, både her i Norge og internasjonalt.

Varmebehandling

Dahl har i tillegg satt sitt preg på hypertermibehandling (varmebehandling). Både nasjonalt og internasjonalt har forskerne i hans team bevist at ved å høyne temperaturen i hele eller deler av kroppen til 41–42 C°, kan effekten av strålebehandling og cellegift øke for enkelte krefttyper. Varmebehandling brukes når svulsten ikke har spredt seg, og når svulsten ligger sånn til at vanlig behandling ikke er tilstrekkelig. Dahl har vært svært aktiv i den internasjonale faglige debatten innen varmebehandling, og har sittet som president i den internasjonale organisasjonen for hypertermibehandling (ISHO).

Jeg får jo prøve

Da Olav Dahl var 28 år og kom til Haukeland sykehus i 1976, hadde han så vidt rukket å hilse på sin nye sjef før han fikk beskjed om at han ble alene med kreftpasientene og –forskningen på Haukeland. –Først tenkte jeg at nå må jeg vel reise tilbake til Oslo. Jeg var jo ikke spesialist, og det måtte man være for å drive en kreftavdeling. Men så tenkte jeg: Nei, jeg får prøve. Jeg satte meg ned og skrev og fikk de nødvendige godkjenningene fra Helsedirektoratet, fylkeslegen og Legeforeningen. Det ga spiren til avdelingen som i dag består av 40 leger, med forskning og behandling i verdensklasse.

Kreativ og uredde

Olav Dahl er 65 år nå, men har ingen planer



Olav Dahl. Foto: Alexander Hagstadius.

om å pensjonere seg. Det er mye som gjenstår. Hvilke kvaliteter har fått ham dit han er i dag? –Jeg har aldri vært redd for autoriteter. Og så har jeg kanskje kreative evner, og kobler ting sammen og prøver ut nye idéer. Det er viktig å gi rom for nye idéer som sjef. Og hvis det er noe jeg tror på, så vil jeg gjerne ha det gjennomført – særlig hvis jeg ser at det kan gjøre en forskjell for pasientene. Jeg liker å veksle mellom den pasientnære hverdagen og forskningen på høyt nivå.

Ikke alene

Dahls kreativitet og gjennomføringsevne har gitt resultater. Det er ikke første gang Dahl får en prestisjetung utmerkelse. I 2012 ble han æresmedlem i Norsk Onkologisk Forening. I 2008 fikk han Europeisk forskningspris for hypertermibehandling i ESHO Awards. –Det er veldig kjekt med Kreftforskningsprisen, sier han og smiler. Men jeg tar det ikke personlig. Vi har vært mange i teamet, kliniske studier gjør man ikke alene.

Tenker på fremtiden

Olav Dahl og hans team jobber for tiden med å løse gåter knyttet til DNA og gener

som kan bidra til en mer persontilpasset kreftbehandling. En behandling bedre tilpasset genene til hver enkelt pasient kan føre til at flere overlever kreft, og at flere unngår unødige bivirkninger. Når vi har dette på plass, har vi kommet et langt steg videre. Til det er vi avhengige av bidrag fra gode givere, som deg.

Dahls forskningsbidrag

- Ledet an hypertermibehandling (varmebehandling) internasjonalt. Gjort dette til en tilleggsbehandling som har økt overlevelsen betydelig for enkelte pasientgrupper.
- Økt overlevelsen for de med testikkel-, rektum-, mage- og tarmkreft, prostatakreft, livmorhalskreft, ben- og bindevevskreft og føflekkreft.
- Gjort strålebehandling før operasjon av enkelte kreftformer til standardbehandling, og dermed redusert tilbakefall med 50 %.
- Vært sentral i oppbyggingen av kreftavdelingen ved Haukeland sykehus med 40 ansatte og et levende forskermiljø.

Ung forsker pris 2013 tildelt Kristina Lindemann

Av R. van Helvoirt på vegne av komiteen

Kristina Lindemann er født 1979, tok medisinsk embetseksamen i 2005 og ble spesialist i gynekologi og obstetikk i 2012. Hun tok medisinsk doktorgrad i Tyskland i 2005 og disputerte for PhD på Universitetet i Oslo i 2010. Hun er nå førsteamanuensis og arbeider som overlege på Avdeling for gynekologisk kreft, Radiumhospitalet, OUS og som post-doc på Kvinneklinikken, Akershus universitetssykehus.

Kristina Lindemann har helt siden hun disputerte for tysk doktorgrad i 2005 vært aktiv innen gynekologisk kreftforskning. Under veiledning av Prof. Nadia Harbeck (Universitetet i München, Tyskland) var hun med på flere studier som omhandlet uttrykk av tyrosinkinaser i brystkreft. Gruppen var dessuten aktiv i forskningen rundt mikrometastaser som prognostisk markør. Forskningen var i stor grad basert på immunhistokjemiske analyser av klinisk materiale og ble publisert.

Kort tid etter at Kristina Lindemann begynte på spesialistutdannelsen innen gynekologi og obstetikk begynte hun sitt PhD arbeid under veiledning av Prof. Anne Eskild på Akershus universitetssykehus og Prof. Lars Vatten ved NTNU Trondheim. Avhandlingen undersøkte sammenhengen mellom overvekt og risikoen for endometriecancer. Studiene var basert på Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag (HUNT) og Kreftregisteret. Kristina Lindemann utmerket seg med en selvstendighet, effektivitet og målrettethet som gjorde det mulig for henne å disputere i 2010 ved siden av spesialistutdannelsen. Alle artiklene som inngikk i avhandlingen ble presentert på nasjonale og internasjonale konferanser og ble publisert i høyt rangerte tidsskrifter.

Siden har Kristina vært involvert i forskjellige forskningsaktiviteter. Hun har en genuin interesse i forskningen og viser stort initiativ for igangsetting og gjennomføring av prosjekter. Den mest anerkjente studien er en oppfølgingstudie av langtidsoverlevelsen etter stralebehandling for endo-



Ung forsker pris 2013 tildelt Kristina Lindemann

metriecancer som ble presentert på ASCO 2012 og som nylig er publisert i JCO.

Siden sommer 2013 er Kristina Lindemann tatt opp i Harvard programmet "Global Clinical Scholars Research Training program (GCSRT)" som er en ett års forskerutdanning hun fikk tildelt stipend for. Programmet er rettet til forskere med stort potensial og har fokus på epidemiologi, biostatistikk og gjennomføring av kliniske studier. Dette vil bidra til at Kristina Lindemann vil være en bærekraftig del av det kliniske forskningsmiljøet på OUS. Hun er vant til å jobbe i team og har veldig utmerket samarbeidsevne

lokalt men også i tiltakende grad internasjonalt. Hun har nå startet et samarbeidsprosjekt med Universitetet i Innsbruck på en ny markør på endometriecancer. Studien kan bidra til at denne markøren etableres i klinikken for a skreddersy behandlingen av endometriecancer i tidlig stadium. Flere andre interessante markører vil inngå i studien som også omfatter en stor retrospektiv undersøkelse av endometriecancer tilfeller på OUS.

Hennes genuine interesse i forskning, men også hennes fremragende effektivitet, målrettethet og samarbeidsevne er bakgrunn for at hun fikk tildelt denne prisen.

Annonce

Annonce

Årets onkolog 2013:

Overlege Jan Folkvard Evensen

Overlege Jan Folkvard Evensen har en sjelden egenskap: han kan få tørre fysiske ligninger til å bli morsomme!

Før han startet med medisinerstudiene i Oslo, hadde han allerede studert matematikk og fysikk i 3 år - og han fortsatt med det parallelt med medisinerstudiene slik at han tok hovedfag i fysikk med følgende tittel: Undersøkelse av stråleinduserte frie radikaler i 5 nitroureacil ved ESR-spektroskopi). Senere tok han doktorgrad på The use of photosensitizers and non ionizing radiation for treatment of cancer. Det at han både er fysiker og onkolog har bidratt til at han har kunnet gjøre komplisert strålefysikk tilgjengelig for alle oss andre opp gjennom årene.

I sitt spesialfelt øre-, nese- og halsonkologi har han vært en brobygger mellom Norge og Danmark. Takket være han har Radiumhospitalet vært en viktig samarbeidspartner i flere DAHANCA stråleterapi studier. Han har personlig inkludert 100-vis av pasienter i disse DAHANCA studiene opp gjennom årene. Studiene har hatt brakt Skandinavisk ØNH stråleterapi på et internasjonalt toppnivå.

Jan er en populær og mye brukt foredragsholder i mange forskjellige sammenhenger og stiller opp år etter år for studenter i ulike fag. Hans utallige små historier og anekdoter krydrer undervisningen. På den måten er Jan for mange "Herr stråleterapi" og blir stadig bedt om råd og får spørsmål fra sine nærmeste kollegaer, men også onkologer som arbeider med andre diagnosegrupper eller på andre sykehus. Han er like tålmodig uansett hvem som spør. Pga ØNH-fagets sentrale rolle i forbindelse med strålebehandling, er han sentral i kursvirksomhet for leger i spesialisering og svært mange av våre yngre onkologer har blitt kjent med ham gjennom dette arbeidet.

Hans kollegaer setter stor pris på Jan. Han skuffer utrettelig unna arbeid med kompliserte stråleplaner og deler like gjerne sin kunnskap med erfarne og helt uerfarne kollegaer. I tillegg er han en varm og beskjeden person, med en fin humor som man trives med på jobb og i mer private sammenhenger. Vi er svært glade for at han får påskjønnelsen Årets onkolog. Han er en meget verdig vinner av denne prisen.



Overlege Jan Folkvard Evensen til venstre i bildet.

*For sitt betydningsfulle arbeid innen hode/hals/onkologi
For en enorm arbeidsevne med både klinisk og akademisk engasjement
En utmerket fagperson med total forståelse for stråleterapifaget
For sine imponerende kunnskaper, samarbeidsevne og velvilje ovenfor andre kolleger*

Tildelte stipender Norsk onkologisk forening

I 2013 har NOF tildelt følgende stipender:

Generell fagstipend:

NOF medlemmer kan søke om stipend med maks beløp inntil 15.000 kr. per person for deltakelse ved ulike konferanser / kongresser, kurs eller for hospitering ved en annen institusjon. Følgende kolleger fikk tildelt stipend i det siste året:

*Hans Petter Eikesdal, HUS, Bergen, for deltagelse på ASCO i Chicago
Grete Fossum Lauritzsen, OUS, Oslo, for deltagelse på lymfom kongress i Lugano*

*Jan Oldenburg, OUS, Oslo, for deltagelse på ASCO i Chicago
Hanne Tøndel, StOlav, Trondheim, for deltagelse på ESTRO's Image Guided Radiotherapy kurs i London*

ESTRO kurs stipend:

NOF har satt av et beløp ad kr 75000 for å styrke stråleterapien i form av stipend for deltagelse i ESTRO kurs (se <http://www.estro.org>).

[org/school/courses/FirstLevel/Live+courses](http://school/courses/FirstLevel/Live+courses)). Beløp er inntil 15.000 kr. per person. Følgende kollega fikk tildelt stipend i det siste året:

Einar Dale, OUS, Oslo, for deltagelse på Multidisciplinary Management of Head and Neck Oncology i Budapest.

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. Følgende faggrupper har søkt om og vil få tildelt stipend:

Norsk Urogenital Cancer Gruppe, hovedgruppe
Norsk Urogenital Cancer Gruppe, subgruppe testiscancer
Norsk Lunge Cancer Gruppe, subgruppe stråleterapi

NOF oppfordrer sine medlemmer om å søke stipend. Annonnene med mer informasjon finner du i denne utgaven av Onkonytt.

Stein Olav Kvaløy – æresmedlem av Onkologisk forening

Stein Kvaløy er gift med sin Siri og har tre voksne barn. Han studerte medisin ved Universitet i Gent, Belgia og ved Universitetet i Oslo og avla embetseksamen her i 1973. Etter turnustjeneste ved Lillehammer Fylkessykehus og i Myre i Vesterålen tjenestegjorde han i Forsvarets Sanitet i ett år. Hans første kontakt med onkologi var som assistentlege ved Radiumhospitalet i 1976.

Tre år senere, i 1979, fikk han stipend fra Kreftforeningen og startet arbeidet med sin doktorgrad. Hovedfokus var studier på lymfomcellers biologi og korrelasjon til prognose. Etter fire år som stipendiat gikk han tilbake i klinisk arbeid som konstituert overlege med spesiell interesse for behandling av maligne lymfomer. Han disputerte så i 1986 for den medisinske doktorgrad. Etter et halvt års sideutdanning i indremedisin ved Diakonhjemmet sykehus fikk han tilbud om overlegestilling ved Radiumhospitalet i 1987.

Stein har vært mangeårig leder av lymfomenheten og enheten for høydosebehandling med autolog stamcellestøtte og fra 2003 avdelingsoverlege ved Kreftavdelingen, Radiumhospitalet. Etter fusjonen av Oslo sykehusene til Oslo Universitetssykehus har han vært forskningsleder for Kreft, Kirurgi og Transplantasjonsklinikken. Han ble senere leder for lymfomprogrammet ved sykehuset og i tillegg startet og var mangeårig leder av både Norsk Lymfomgruppe og Nordisk Lymfomgruppe.

I sin stipendiatperiode fikk Stein etablert en omfattende klinisk database som sammen med en tilsvarende stor biobank har vært utgangspunktet for arbeidet til en rekke stipendiater ved institusjonen og gjort Radiumhospitalet attraktivt i internasjonal sammenheng. Dette har medført fruktbart samarbeid med bl.a. Stanford University og National Cancer Institute. Han etablerte og var den første leder av både Norsk og Nordisk lymfomgruppe. Han har gjennom den sistnevnte gruppen gjennomført flere viktige studier. Nordisk lymfomgruppe har vært avgjørende for den gode rekruttering av kliniske forskere og det gode samarbeidsklima for klinisk forskning på maligne lymfomer i Norden. Gjennom sitt kliniske virke som lege ved Det norske Radiumhospital har han bidratt

i vesentlig grad til at egne og andres forskningsresultater raskt har kommet pasientene til gode. Han utviklet og ledet den kliniske delen av programmet for høydosebehandling med autolog stamcellestøtte (HMAS) ved Radiumhospitalet som det første senter i Norge. Dette representerte en stor utfordring både faglig og på det organisatoriske plan. Resultatet av forskningen hans kliniske virksomhet og det nordiske og internasjonale samarbeidet har ført til utvikling av nye og bedre behandlinger for lymfom. Dette har igjen i vesentlig grad bidratt til at lymfom i dag er én av krefttypene i Norge med best utvikling av pasientoverlevelse.

Steins verdsettelse setter mennesket og pasienten i sentrum og en tilnærming med respekt og ydmykhet. Han har rekruttert helsepersonell med dette som utgangspunkt og har bygget et klinisk miljø som setter pasienten i fokus. Han har også bidratt i undervisningen av medisinerstudenter og har veiledet en rekke doktorgradskandidater.

Også utenfor det snevrere "lymfommiljøet" har Stein satt spor gjennom de siste desennier.

Han har vært eller er medlem av spesialistkomiteén for utdanning av onkologer i Norge, styreleder av onkologisk forum, medlem av vitenskapskomiteen for Kreftforeningen og styrmedlem i Kreftregisteret. Han har bidratt til opprettelse av nasjonale kvalitetsregistre for kreft og til at Kreftregisteret skal flytte til Oslo Cancer Cluster Innovasjonspark når den står ferdig. Dette kan bidra til å videreutvikle det tette samarbeidet mellom Kreftregisteret og kreftforskningssmiljøene.

I den senere tid har Stein også ledet en nasjonal arbeidsgruppe som utarbeidet forslaget til Nasjonalt satsingsområde innen kreft som senere ble vedtatt, "Persontilpasset kreftbehandling". Han bidro også til at det nyopprettede program i Norges forskningsråd, "Offentlig initierte kliniske studier", ble innrettet mot dette området.

Stein har også vært medlem i arbeidsgruppen for den utredningen av Nasjonalt proton-senter og bidratt til at det ble vedtatt å etablere regionale sentre. Stein har også vært mangeårig styremedlem i Kreftregisteret og har her engasjert seg særlig for de populasjonsbaserte kliniske kvalitetsregistrene.

Harald Holte og Arne Kolstad



Stein Olav Kvaløy – æresmedlem av Onkologisk forening

Annonce

Annonce

Begrensninger for individuell refusjon?

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår betydelige endringer i ordningen for individuell refusjon. Endringene kan få store konsekvenser for bruken av legemidler etter individuell søknad i fremtiden og med det begrense eller forsinke pasienters tilgang til nye legemidler. Vi mener det er viktig at berørte parter forstår de foreslåtte endringene.

Lea Gjønnes, Anita Tunold og
Anders K. Hansen, GlaxoSmithKline AS

I forslaget som nå er ute på høring, introduseres flere vilkår for innvilgelse av individuell refusjon, blant annet krav om alvorlighet og kostnadseffektivitet.

Krav om kostnadseffektivitet

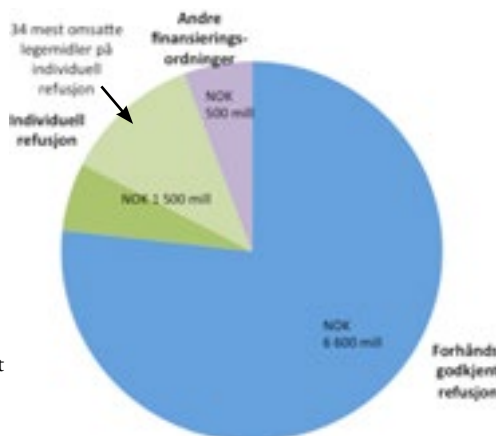
Departementet foreslår at legemidler ikke vil kunne være tilgjengelig over individuell refusjon før Statens legemiddelverk har gjennomført kostnadseffektivitetsvurderinger. Det er ikke oppgitt noen tidsrammer for slike vurderinger, ei heller hvordan beslutningene skal fattes etter at en kostnadseffektivitetsvurdering foreligger. Pasientene vil dermed sannsynligvis få senere tilgang til disse legemidlene.

Legemidler som er aktuelle for en slik vurdering er særlig legemidler som gis til større pasientgrupper eller der refusjonsutgiftene kan bli store. Hvis Statens legemiddelverk har foretatt en kostnadseffektivitetsvurdering skal vilkår for refusjon settes på grunnlag av denne. For andre aktuelle legemidler skal Helsedirektoratet sikre at nødvendige kostnadseffektivitetsvurderinger blir gjennomført.

Individuell refusjon brukes i hovedsak i tråd med intensjonen: finansiering av legemidler for mindre pasientgrupper. Bakgrunnen for forslaget om kostnadseffektivitetsvurderinger er at enkelte legemidler i dag forskrives til store pasientgrupper over individuell refusjon. Det kan være legemidler som ikke har vært vurdert i blåresept-systemet eller legemidler som har fått avslag på forhåndsgodkjent refusjon. Departementet fremhever Zytiga (abirateron) som et eksempel på et legemiddel som har fått avslag på forhåndsgodkjent refusjon, men som allikevel forskrives over individuell refusjon til mange pasienter.

Høringsnotatet gir en oversikt over Folketrygdens utgifter til legemidler i 2012 og påpeker at de 34 mest omsatte legemidlene på individuell refusjon utgjør 2/3 av totale utgifter til individuell refusjon. Figuren viser utgiftene fordelt på de ulike finansieringsordningene. Individuell refusjon (skravert i grønt) utgjør 18 % av de totale utgiftene.

I høringsnotatet er det imidlertid ikke gitt noen definisjon på 'store' og 'små' pasient-



Figur 1. Folketrygdens utgifter til legemidler 2012.

grupper, og det er derfor uklart hvilke legemidler som skal gjennomgå en kostnadseffektivitetsvurdering. Det kan også stilles spørsmål om innføring av dette kravet er det mest målrettede virkemiddelet for å møte utfordringen med at store pasientpopulasjoner får finansiert sine legemidler over individuell refusjon.

Dagens krav om at legemidler på forhåndsgodkjent refusjon skal forsøkes først, foreslås videreført.

Krav til effektdokumentasjon

Kravet om vitenskapelig dokumentert effekt foreslås videreført i det nye regelverket. Det legges ikke opp til noen endringer for legemidler som brukes på godkjent indikasjon i Norge eller EØS. Det vil si at det ikke kreves dokumentasjon utover det som ligger til grunn for markedsføringstillatelse.

For legemidler brukt utenfor godkjent indikasjon i EU/EØS foreslås det at effektdokumentasjonskravet presiseres, og i noen få tilfeller skjerpes. Departementet foreslår at kasuistikker (case reports) ikke lenger kan anses å oppfylle kravet til vitenskapelig dokumentert effekt ved søknad om individuell refusjon.

Krav om alvorlighet

Departementet foreslår å introdusere alvorlighet som grunnvilkår (istedenfor kronisk sykdom som i dag) og peker på at det er avgjørende at leger gjør en grundig, selvstendig vurdering av sykdommens alvorlighet for den enkelte pasient.

Sykdommer som dekkes av forhåndsgodkjent

refusjon etter blåreseptordningen er allerede vurdert som alvorlige. For slike tilstander vil det sjelden være nødvendig å gjøre noen vurdering av alvorlighet når det søkes om individuell refusjon. Denne type saker utgjør i dag over 90 % av de individuelle søknadene. Forslaget innebærer at legen må gjøre en vurdering av sykdommens alvorlighet i de tilfellene der det søkes om individuell refusjon for en sykdom som ikke er dekket gjennom forhåndsgodkjent refusjon.

Nytt søknadsskjema for individuell refusjon vil kunne legge til rette for at søkende lege kan angi sin vurdering av sykdommens alvorlighet i det enkelte tilfellet. Alvorlighetsvurderingen må også begrunnes og dokumenteres i pasientens journal. Vurderingen skal gjøres på bakgrunn av prognose- og livskvalitetstap. Slike vurderinger kan være krevende å gjennomføre både på populasjonsnivå og på enkeltpasientnivå.

Krav om langvarig behandling

I forslaget til ny ordning for individuell refusjon inkluderes risiko for kontinuerlig eller gjentatt behandling over en langvarig periode. Den foreslåtte endringen gjør det mulig å yte individuell refusjon for kortvarig behandling dersom det foreligger risiko for langvarig behandling.

Dagens langvarighetskrav kan oppleves urimelig, da det finnes flere eksempler på alvorlige sykdommer hvor det er behov for kortvarig behandling utenfor spesialisthelsetjenesten. Dette er særlig påpekt som et problem ved kortvarig og kostbar behandling, for eksempel behandling med antibiotika. Det vil derimot ikke være mulig å yte individuell refusjon til kortvarig behandling som forebygger alvorlig sykdom eller risiko for alvorlig sykdom, dersom behandlingen av sykdommen/risikoen ikke er langvarig. Eksempler på behandling som ikke dekkes vil typisk være korte antibiotikakurer som ved flåttbitt, lungebetennelse og lignende.

Departementet oppfordrer berørte parter til å gi sine innspill til høringen. Høringsdokumentene finner du på Helse- og omsorgsdepartementets hjemmesider. Høringsfristen er 15. januar.

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/hoeringer/hoeringsdok/2013/horing---endringer-i-blareseptforskrifte/hoeringsnotat.html?id=737617>

Norsk Bryst Cancer Gruppe har rundet 30 år godt og vel, men ingen midtlivskrise er på gang. Brystkreftfeltet er i stadig endring både når det gjelder kirurgi, cytostatikabehandling, endokrin behandling og stråleterapi. Over den siste tiden er en rekke nye prosedyrer og behandlinger tatt i bruk. Det representerer en betydelig utfordring å justere og oppdatere nasjonale retningslinjer. NBCG gjør dette 2 ganger per år.

Nytt fra NBCG

Erik Wist og Bjørn Naume
(leder og nestleder NBCG).

Kirurgi

Fra og med 2005 så man en nedgang i bruken av brystbevarende operasjoner i Norge. Man vet ikke sikkert grunnen til det, men tanken om økt residivrate og risiko for død var sådd. For hvert fjerde residiv ett dødsfall var mantraet. Man glemte at residiver var omtrent like hyppig etter mastektomier. Kirurggruppen i NBCG har arbeidet hardt for å snu denne trenden og synes å ha lyktes med det. Andelen kvinner som får gjennomført aksille-disseksjon etter påvist metastase ved vakt-postlymfeknuteundersøkelsen (SN) har gått ned. Ved mikrometastaser i SN i to eller færre lymfeknuder gjøres nå ikke disseksjon. Selv ved makrometastaser kan disseksjonen unnlates såfremt en del kriterier er oppfylt (postmenopausale pasienter, ER+ tumor, planlagt systemisk adjuvant behandling, T1/T2 tumor, klinisk negativ aksille, planlagt BCT med ekstern helbrystbeståling, ingen perinodal vekst, ikke preoperativ kjemoterapi).

Et økende antall kvinner får nå utført subkutan mastektomi med primær rekonstruksjon.

Medikamentell behandling

Gjennom de siste årene har den adjuvante behandling endret seg i betydelig grad. Dette gjelder innslagspunktet for å gi slik behandling, knyttet til alder, tumorstørrelse og tumorbiologi. Kartlegging av kreftsvulstens egenskaper har etter hvert fått en sentral plass for beslutninger om adjuvant behandling og hvilken type behandling som skal gis. I tillegg til histologisk gradering, baserer dette seg på tilstedeværelse av og grad av uttrykk av østrogenreseptor og HER2, samt grad av proliferativ aktivitet i svulsten (undersøkt for eksempel ved Ki67). Det forventes økte muligheter for ytterligere og bedre subklassifisering av brystkreftsvulstene i tiden som kommer, basert på nye genprofil-tester. NBCGs siste

anbefalinger om bruk av adjuvant systemisk behandling tar utgangspunkt i en biologisk tilnærmet subklassifisering av svulstene, som gjør at vi nå unnlater å gi kjemoterapi til pasienter med sterkt hormonfølsomme HER2 negative svulster med lav proliferasjonsgrad, så fremt det ikke er mer omfattende lymfeknutespredning. Antracyklinholdig kjemoterapi (FEC) er fremdeles hjørnesteinen i den adjuvante kjemoterapi. Tillegg av taxaner, er aktuelt for pasienter med høy proliferasjonsgrad og ved høy tumorload etter nærmere gitte kriterier. Dagens endokrine adjuvante behandling har vært i bruk i flere år, med bruk av tamoxifen i 5 år til premenopausale pasienter, og bruk av aromatasehemmere i 5 år eller aromatasehemmer og tamoxifen i 2-3 år hver for postmenopausale. I lys av nye studier har NBCG nå åpnet for at det kan benyttes opp til totalt 10 års endokrin behandling for premenopausale pasienter som har fått tamoxifen i 5 år. Zoledronsyrebehandling hver 6. mnd i 5 år for pasienter over 55 år, har i tillegg blitt inkludert i våre anbefalinger som følge av at slik behandling har gitt bedret overlevelse i flere studier (men kun for sikkert postmenopausale pasienter).

I de siste par år har vi sett ny spennende utvikling både innenfor endokrin behandling, cytostatikabehandling og HER2-rettet behandling. Everolimus (Afinitor®) i kombinasjon med exemestan (Aromasin®) ved endokrin resistent ER positiv brystkreft er meget interessant og står på ASCOs liste over de mest lovende medikamenter i 2012. Cellegiften eribulin (Halaven®) klatrer i behandlingsalgoritmeskjemaet. HER2-rettet behandling med pertuzumab (Perjeta®) i kombinasjon med trastuzumab og docetaxel er interessant. Det er også TDM-1 (Kadcyla®) som i øyeblikket er til utprøving og som virker meget lovende. NBCG følger dette nøye. Myndighetene har disse medikamentene til vurdering med henblikk på kost/nytte. Svar vil vel komme i løpet av noen måneder.

Strålebehandling

Norge har en lei forhistorie når det gjelder postoperativ strålebehandling ved brystkreft. Fra og med 1. oktober 1975 tok Radiumhospitalet i bruk et nytt fraksjoneringsmønster: 4.3 Gy x 10 med 2 fraksjoner hver uke. I 1985 ble det rapportert flere pasienter med senskader og denne måten å fraksjonere på ble avvirket året etter. Dette resulterte i en erstatning til overlevende pasienter av en størrelsesorden på 85 millioner kroner. Mange av landets onkologer som fikk sin utdanning i disse årene eller like etter, vil kanskje instinktivt bli bekymret ved tanken på igjen å innføre hypofraksjonert postoperativ behandling. Det har imidlertid nå skjedd.

Dette er basert på de engelske START A og B studiene. Disse dokumenterer meget overbevisende at 2.67 Gy x 15 gir et minst like godt resultat som den konvensjonelle behandlingen med 2 Gy x 25 med hensyn til residiv i brystet. Det er heller ingen forskjell med hensyn til senvirkninger. Om det er noen forskjell, går den i favor av hypofraksjoneringen. NBCG har derfor besluttet å gi denne typen hypofraksjonert behandling til kvinner som er operert brystbevarende og som ikke trenger bestråling av aksille. De som trenger det, vil fortsatt få konvensjonell fraksjonering. Hvis det er behov for «boost» mot tumorseng/arrområde gis det på konvensjonell måte (2 Gy x 8).

Forstadier (DCIS og LCIS) gis konvensjonelt fraksjonert bestråling.

Som nevnt i avsnittet om kirurgi får et økende antall kvinner nå utført subkutan mastektomi med primær rekonstruksjon. Strålebehandling etter slik behandling representerer en utfordring. NBCG forsøker nå å finne fram til konsensus om hvordan dette skal gjøres.

Blåboka versus Nasjonalt handlingsprogram

Blåboka gir anbefalinger om behandling av brystkreft. Den første utgaven kom i 1981. Den ligger nå på nett på adressen www.nbcg.no. Man arbeider nå for at det nasjonale handlingsprogrammet skal kunne oppdateres så raskt at man ikke trenger begge oppslagsadresser. Men inntil man ser at dette fungerer helt smertefritt, vil vår egen Blåbok være der. Vår nettside vil bli værende der under Onkologisk forums-paraplyen hvor nyheter og kommentarer samt referater fra NBCGs møter, vil bli lagt ut.

Kan trening og strategier for adferdsendring under kreftbehandling redusere fatigue?
– En tverrfaglig multisenterstudie

Fysisk trening og kreft

Av Sveinung Berntsen¹, Birgitta Johansson^{2,3}, Christian Kersten⁴, Inger Thormodsen⁵, Olav Mella⁵, Maria Hellbom⁶, Pernille Højman⁷, Peter Nygren^{2,3}, Sussanne Börjeson⁸, Truls Raastad⁹, Karin Nordin^{2,5}.

¹ Universitetet i Agder

² Universitetet i Uppsala

³ Universitetssykehuset i Uppsala

⁴ Sørlandet sykehus HF

⁵ Haukeland universitetssjukehus

⁶ Lund universitetssykehus

⁷ Rigshospitalet/ Universitetet i København

⁸ Linköping Universitetssykehus

⁹ Norges idrettshøgskole

Phys-Can er en randomisert, kontrollert, tverrfaglig multisenterstudie med samarbeidspartnere fra flere sykehus og universitet i Norge, Sverige, Danmark, Nederland og Storbritannia. I Phys-Can fokuseres det på styrke og utholdenhetstrening, samt strategier for adferdsendring med det formål å redusere omfanget av kreftrelatert fatigue under adjuvant kreftbehandling som igjen kan øke livskvaliteten til pasientene. Det vil også rettes fokus på inflammasjon og andre biologiske faktorer, og om disse kan være med å forklare hvorfor kreftpasienter utvikler fatigue.

I Phys-Can skal det også gjøres helseøkonomiske beregninger og ses på hvorvidt rehabiliteringstiltak som dette er kostnadseffektive.

Kreft og fatigue

Mer enn 3 millioner kreftdiagnoser stilles hvert år i Europa (1). En økende forekomst av kreft samtidig med tidligere diagnostisering og forbedret behandling, øker antall kreftoverlevende og gjør rehabilitering til et viktig satsningsområde. Kreftrelatert fatigue kan defineres som uttalt, vedvarende, subjektiv følelse av fysisk, emosjonell og/eller kognitiv tretthet eller utmattelse relatert til kreft eller kreftbehandling. Den overveldende trettheten kan være i kortere eller lengre tid av gangen og står gjerne ikke i forhold til aktivitetsnivået en har bedrevet eller bedres gjerne ikke av søvn eller hvile (1). Kreftrelatert fatigue anses som en flerdimensjonal tilstand av fysiske, sosiale, følelsesmessige, psykologiske og biologiske komponenter. Kreftrelatert fatigue er beskrevet som det mest vanlige og plagsomme symptom som kan ramme kreftpasienter under og etter kreftbehandling (2) og kan i stor grad påvirke daglige gjøremål og livskvalitet (3;4) samt være en betydelig utfordring for samfunnet både menneskelig og økonomisk (5). Kreftrelatert fatigue kan oppstå når som helst i sykdomsforløpet og majoriteten av kreftpasienter som får adjuvant behandling med stråling, kjemoterapi og/eller endokrinologisk/biologisk terapi, rapporterer fatigue under behandlingen (2). I dag vet en ikke årsaken til hvorfor mange

kreftpasienter utvikler fatigue, men bivirkninger som følge av behandling, psykologiske faktorer, dårlig fysisk form og økt inflammasjon er foreslått som mulige forklaringer (6-8). Selv om fatiguesymptomene vanligvis avtar med årene etter kreftbehandling, opplever ca. 30 % av pasientene kreftrelatert fatigue i 10 år eller mer (5).

Trening for kreftpasienter med fatigue?

Fysisk trening er trukket frem som en effektiv, ikke-farmakologisk intervensjon for å stimulere til psykisk velvære samt bedre fysisk form under kreftbehandling (9). I en systematisk gjennomgang av 16 forskningsstudier konkluderte en med at fysisk trening er av signifikant betydning for å redusere kreftrelatert fatigue under behandling (8). Flere av studiene er imidlertid ikke designet for spesifikt å undersøke hvordan trening påvirker kreftrelatert fatigue (8). Forskningslitteraturen er heller ikke entydig og spesifikke anbefalinger er per i dag utfordrende å komme med, spesielt når det gjelder hva slags trening, med hvilken intensitet og varighet, samt hvordan få pasientene til å fortsette å være fysisk aktive. Det er per i dag et stort behov for veldesignede studier hvor en benytter veletablerte treningsprinsipper for å undersøke om trening kan forebygge kreftrelatert fatigue under behandling (10), samt hva som er optimal treningsintensitet (1). Trenings-



Vi testar utstyret for VO₂ max.



intensitet er et viktig moment i Phys-Can. Hva slags treningsintensitet bør pasienten ha for å ha størst mulig effekt av treningen? På den andre side, hva er gjennomførbart under de ulike periodene av behandlingen?

Kreft, trening og inflammasjon

Utholdenhetstrening har blitt vist å kunne øke nivåene av anti-inflammatoriske cytokiner, og redusere nivåene av pro-inflammatoriske cytokiner, noe som kan tyde på en generell anti-inflammatorisk effekt av trening (11). En anti-inflammatorisk effekt, som følge av regelmessig trening, kan også tenkes å redusere kreftrelatert fatigue under adjuvant behandling (12;13). Det finnes også enkelte holdepunkter for at treningsintensitet, i favør av høyere intensitet, er av betydning for den anti-inflammatoriske responsen som følge av trening (11). Det er imidlertid få studier hvor kreftpasienter har gjennomgått trening og hvor en har undersøkt denne sammenhengen (10).

Hvordan få pasienten til å forbli fysisk aktive?

I intervensjoner med den hensikt å øke kreftpasienters fysiske aktivitetsnivå og opprettholde denne etter avsluttet intervensjon og behandling, må det tas hensyn til miljømessige-, fysiske-, psykososiale samt sykdomsspesifikke aspekter. Strategier for adferdsendring innbefatter motivasjon og selvregulering (14). I likhet med annen helserelatert adferd er utfordringen å få pasientene til å øke sitt fysiske aktivitetsnivå, for så å opprettholde dette over tid. I flere intervensjonsstudier har en klart å få pasientene til å øke sitt fysiske aktivitetsnivå (14;15), men kun i et fåtall har en kunnet vise til at det fysiske aktivitetsnivået opprettholdes i mer enn tre til seks måneder etter intervensjonen. Flere forskningsstudier som følger pasientene over tid behøves for å undersøke determinanter for fysisk aktivitet og hvordan motivasjon og selvregulering er av betydning for å opprettholde aktivitetsnivået. I Phys-Can skal det fokuseres på individualisert fysisk trening samtidig som

Tabell 1. Registreringer og målinger som gjøres i PHYS-CAN

		T0	T1 ^a	T2 ^a	T3 ^b	T4 ^b	T5 ^b	T6 ^b
Primære	Instrument	0 u.	4 u.	6 m.	1 år	2 år	5 år	10 år
Fatigue	FACT-F	X	X	X	X	X	X	
	MFI	X	X	X	X	X	X	
Livskvalitet	EORTC QLQ C30, BR23, PR25, CR29	X	X	X	X	X	X	
Sekundære								
Stress	HADS	X	X	X	X	X		
Kardiorespiratorisk form	VO2maks	X		X				
Muskelstyrke	IRM ^c	X	X	X				
Fysisk aktivitet, søvn	SWA	X		X		X		X
Funksjon i dagliglivet	IPA	X						
Beinmineraltetthet, fett- og muskelmasse	DXA	X		X				
Helseøkonomi	Register data + EQ5D	X	X	X	X	X	X	
Sosiodemografiske data	Selvrapportert	X						
Gjennomførbarhet av adjuvant onkologisk behandling. Bivirkninger.	Journaldata	X	X	X	X	X	X	
Krefttilbakefall	Journaldata			X	X	X	X	X
Overlevelse	Register data						X	X
Cytokiner m.m.	Fra venøst blod	X		X				
Muskeltverrsnitt og målinger i muskelhomogenat	Fra biopsier	X		X				

^a Etter intervensjonsstart; ^b Etter avsluttet intervensjon; ^c I Repetisjon Maksimum

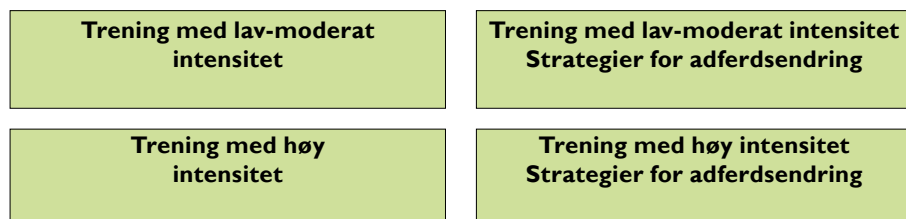
pasientene jevnlig følges opp i forhold til motivasjonsstrategier og selvregulering.

Hvilke pasienter og hva skal de gjennom?

Mer enn 800 nydiagnostiserte bryst-, prostata- og kolorektalpasienter, som skal gjennomgå adjuvant onkologisk behandling ved enten ett av tre sykehus i Sverige (i

Lund, Linköping og Uppsala) eller ett av to i Norge (Haukeland universitetssjukehus og Sørlandet sykehus HF), inkluderes i Phys-Can. Pasientene randomiseres til styrke- og utholdenhetstrening med høy intensitet (80-90 % av maksimal muskelstyrke/maksimalt oksygenopptak) med eller uten veiledning i forhold til strategier for adferdsendring, eller lav-moderat intensitet (rundt 50 % av maksimal muskelstyrke/maksimalt oksygenopptak) med eller uten veiledning i forhold til strategier for adferdsendring (se figur 1).

Veileder skal ha fokus på motivasjonsstrategier og selvregulering. Treningen skal foregå i seks måneder med oppstart når pasienten starter med adjuvant behandling. Styrketreningen skal foregå to ganger per uke i egnede lokaler under kyndig veiledning. Utholdenhetstreningen skal pasientene



Figur 1. Design, Phys-Can, med randomisering til trening med høy eller lav-moderat intensitet, med eller uten veiledning i forhold til strategier for adferdsendring

Tabell 2. Prosjektdeltakere og organisering i arbeidsgrupper (WP)

WPI-Pasientrekruttering og implementering	WP2-Intervensjon/metoder	Utfall
(Navn i kursiv er senterleder) - Prof. Olav Mella MD (HUS) - MSc Inger Thormodsen (HUS) - Dr. Christian Kersten MD (SSHF) - Dr. Birgitta Johansson, (Uppsala) - Dr. Maria Hellbom, (Lund) - Dr. Sussanne Börjeson, (Linköping) - Dr. Marie-Louise Fjällskog MD, (Uppsala) - Prof. Peter Nygren MD (Uppsala) - Pasientrepresentanter (Uppsala)	Trening - Dr. Sveinung Berntsen (UiA) - Prof. Truls Raastad (NIH) - MSc Ken Hetlelid (UiA) - MSc Guri Brekke (HUS) - Pasientrepresentanter Adferdstrategier - Dr. Pernilla Åsenlöf (Uppsala) - Dr. Ingrid Demmelmaier (Uppsala) - Dr. Cecilia Arving (Uppsala) - Dr. Helena Igelström (Uppsala) - Pasientrepresentanter (Uppsala) Statistiske analyser - Dr. Anders Berglund (Uppsala)	WP3-Fysiologiske endepunkt - Prof. Truls Raastad (NIH) - Dr. Pernille Højman (CIM) - Dr. Sveinung Berntsen (UiA) - Dr. Christian Kersten MD (SSHF) - Dr. Solvor B. Stølevik (UiA) - Prof. Mef Nilbert MD (Lund) WP4-Pasientrapportert helse - Prof. Karin Nordin (Uppsala) - Dr. Lena Ring (Uppsala) - Dr. Birgitta Johansson (Uppsala) - Prof. Neil Aaronson (Amsterdam) - Prof. Miriam Sprangers (Amsterdam) - Prof. Galina Velikova (Leeds) WP5-Helseøkonomi - Prof. Theis Theisen (UiA) - Dr. Sophie Langenskiöld (Uppsala)

Forklaring av forkortelser: HUS, Haukeland universitetssjukehus; SSHF, Sørlandet sykehus HF; Uppsala, Uppsala universitet og universitetssykehus; Lund, Lund universitetssykehus; Linköping, Linköping Universitetssykehus; UiA, Universitetet i Agder; NIH, Norges idrettshøgskole; CIM, Centre of Inflammation and Metabolism, Rigshospitalet/ Universitetet i København; Amsterdam, The Netherlands Cancer Institute, VU University Medical Centre, Academic Medical Center, University of Amsterdam og Leeds, University of Leeds, UK.



Sittende roing.



Planken.

gjennomføre på egenhånd, men i henhold til forhåndsdefinerte program og med bruk av pulsklokker for å kontrollere treningsintensiteten (høyintensitetsgruppen skal primært drive med intervalltrening). Før og etter treningsperioden skal pasientene gjennom testing av maksimalt oksygenopptak og muskelstyrke. Treningsbelastningen justeres kontinuerlig for å sikre riktig progresjon.

Endringer i fatigue og livskvalitet som hovedendepunkter

Kreftrelatert fatigue og livskvalitet er hovedendepunktene i Phys-Can (16;17). Det skal også undersøkes endringer i fysisk form, fysisk aktivitetsnivå målt med aktivitetsmåler, kroppssammensetning (målt med dual energy X-ray absorptiometry (DXA)) og endringer i cytokinnivåer og inflammatoriske markører. Fullstendig oversikt over hva som måles/registreres finnes i Tabell 1.

Adjuvant behandling, krefttilbakefall og overlevelse

Er det slik at trening med høy intensitet positivt kan påvirke gjennomførbarhet av adjuvant onkologisk behandling og bivirkninger? Hva med krefttilbakefall og overlevelse? Studier av aktivitetsnivået hos helsearbeidere i USA indikerer at høyt fysisk aktivitetsnivå kan redusere tilbakefall og

øke overlevelse, og kartlegging av overlevelsestrender i Phys-Can kan bli hypotese-genererende for fremtidige studier med større statistisk styrke. Pasientene følges opp videre i 10 år etter avsluttet intervensjon.

Tverrfaglig forskningsfelleskap

Phys-Can ledes fra Universitetet i Uppsala (Sverige) av professor Karin Nordin. Det tverrfaglige forskningsfelleskapet i Phys-Can består av onkologer, kreftsykepleiere, psykologer, fysioterapeuter, treningsveiledere og fysiologer (tabell 2).

Status ved slutten av 2013

Phys-Can har så langt fått finansiering fra Nordisk Cancer Union, Cancerfonden og Vetenskapsrådet i Sverige og Aktiv mot Kreft i Norge. Det arbeides fortsatt med å skaffe ytterligere midler til analyse av biologisk materiale fra studien.

Høsten 2013 og vinteren 2014 gjennomføres en pilot-studie. Det gjøres fokus-gruppeintervju av pasientene. Deretter gjennomføres tester av maksimalt oksygenopptak og maksimal muskelstyrke før et seks ukers treningsprogram. En tar videre sikte på å starte med inklusjon av pasienter til hovedstudien i august 2014.

Referanser

- (1) Minton O, Berger A, Barsevick A, Cramp F, Goedendorp M, Mitchell SA, et al. Cancer-related fatigue and its impact on functioning. *Cancer* 2013 Jun 1;119 Suppl 11:2124-30.
- (2) Ryan JL, Carroll JK, Ryan EP, Mustian KM, Fiscella K, Morrow GR. Mechanisms of cancer-related fatigue. *Oncologist* 2007;12 Suppl 1:22-34.
- (3) Curt GA, Breitbart W, Cella D, Groopman JE, Horning SJ, Itri LM, et al. Impact of cancer-related fatigue on the lives of patients: new findings from the Fatigue Coalition. *Oncologist* 2000;5:353-60.
- (4) Horneber M, Fischer I, Dimeo F, Ruffer JU, Weis J. Cancer-related fatigue: epidemiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment. *Deutsches Arzteblatt international* 2012;109:161-72.
- (5) Mewes JC, Steuten LM, Ijzerman MJ, van Harten WH. Effectiveness of multidimensional cancer survivor rehabilitation and cost-effectiveness of cancer rehabilitation in general: a systematic review. *Oncologist* 2012;17(12):1581-93.
- (6) Courneya KS. Exercise in cancer survivors: an overview of research. *Med Sci Sports Exerc* 2003;2003/11/06:1846-52.
- (7) Barsevick A, Frost M, Zwinderman

A, Hall P, Halyard M. I'm so tired: biological and genetic mechanisms of cancer-related fatigue. *Qual Life Res* 2010 Dec;19(10):1419-27.

- (8) McMillan EM, Newhouse IJ. Exercise is an effective treatment modality for reducing cancer-related fatigue and improving physical capacity in cancer patients and survivors: a meta-analysis. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism* 2011;36:892-903.
- (9) Schmitz KH, Courneya KS, Matthews C, mark-Wahnefried W, Galvao DA, Pinto BM, et al. American College of Sports Medicine roundtable on exercise guidelines for cancer survivors. *Med Sci Sports Exerc* 2010 Jul;42(7):1409-26.
- (10) Bower JE. Treating cancer-related fatigue: the search for interventions that target those most in need. *J Clin Oncol* 2012 Dec 20;30(36):4449-50.
- (11) Petersen AM, Pedersen BK. The anti-inflammatory effect of exercise. *J Appl Physiol* 2005;98:1154-62.
- (12) Scheede-Bergdahl C, Watt HL, Trutschnigg B, Kilgour RD, Haggarty A, Lucar E, et al. Is IL-6 the best pro-inflammatory biomarker of clinical outcomes of cancer cachexia? *Clin Nutr* 2012;31:85-8.
- (13) Orre IJ, Reinertsen KV, Aukrust P, Dahl AA, Fossa SD, Ueland T, et al. Higher levels of fatigue are associated with higher CRP levels in disease-free breast cancer survivors. *J Psychosom Res* 2011;71:136-41.
- (14) Vallance JK, Courneya KS, Plotnikoff RC, Yasui Y, Mackey JR. Randomized controlled trial of the effects of pedometers on physical activity and quality of life in breast cancer survivors. *J Clin Oncol* 2007 Jun 10;25(17):2352-9.
- (15) Demark-Wahnefried W, Clipp EC, Morey MC, Pieper CF, Sloane R, Snyder DC, et al. Lifestyle intervention development study to improve physical function in older adults with cancer: outcomes from Project LEAD. *J Clin Oncol* 2006;24:3465-73.
- (16) Smets EM, Garssen B, Bonke B, de Haes JC. The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. *J Psychosom Res* 1995;39:315-25.
- (17) Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst* 1993;85:365-76.



Annonce

Annonce

Etter over 60 år med papir kan Kreftregisteret nå bli hel-elektronisk, til glede og nytte for både leger og kreftpasienter.

Endelig elektronisk!

Jan F Nygård, Lena Holmstrøm og Siri Larønningen. Kreftregisteret.

Etter over 60 år med papir kan Kreftregisteret nå bli hel-elektronisk, til glede og nytte for både leger og kreftpasienter. Kreftregisteret har helt siden 1953 samlet inn opplysninger om krefttilfeller i den norske befolkningen, og er dermed en av de viktigste kildene til gode nasjonale og regionale tall for kreft i Norge. Innmelding av opplysninger om kreft har i alle år vært papirbasert, og etablering av elektronisk innrapportering har lenge vært et ønske hos alle parter i helsevesenet. Dette har imidlertid vært et langt lerret å bleke.

I denne artikkelen ønsker vi å gi et lite innblikk i utfordringene ved å digitalisere et stort sykdomsregister som Kreftregisteret hvor det har blitt samlet inn informasjon om kreftpasienter i over 60 år. Vi vil gi en oversikt over hvordan og etter hvilke prinsipper arbeidet med registrering har foregått, og hvilke teknologier som har blitt benyttet.

Formålet med Kreftregisteret

Kreftregisteret samler inn, behandler og utleverer data i henhold til Kreftregisterforskriften. Forskriften gir Kreftregisteret hjemmel til å inneholde opplysninger om pasienter som har eller har hatt kreft, forstadier til kreft, eller godartede svulster i sentralnervesystemet, urinblæren og endokrine organer, uten at det kreves samtykke fra pasientene. Formålet med Kreftregisteret er ifølge forskriften blant annet å kartlegge kreftsykdommers utbredelse i landet og belyse endringer over tid. I tillegg skal Kreftregisteret drive, fremme og gi grunnlag for forskning for å utvikle ny viten om kreftsykdommens årsaker, diagnose, naturlige forløp og behandlingseffekter for å fremme og utvikle kvaliteten på forebyggende tiltak og helsehjelp som tilbys eller ytes mot kreftsykdom, herunder følge opp enkelt-pasienter og pasientgrupper. Opplysningene i Kreftregisteret kan brukes til styring, planlegging og kvalitetssikring av helse- og om-

sorgstjenesten og helse- og omsorgsforvaltningen, utarbeiding av statistikk og til forskning.

Datakvalitet

Høy datakvalitet er en av de grunnleggende forutsetningene for å kunne oppfylle formålet, fordi skjevheter, mangler eller feil i data vil kunne få alvorlige konsekvenser. Både enkeltfeil og systematiske feil over tid kan føre til at forskningsstudier trekker feilaktige konklusjoner, noe som igjen kan få samfunns-, og økonomiske konsekvenser. Det kan også føre til at pasienter ikke får best mulig behandling. Det er derfor nødvendig med prosesser som sikrer høy datakvalitet, og (IT)verktøy som understøtter prosessene. Det finnes fire hovedaspekter for å vurdere kvaliteten på informasjonen i et register; komparabilitet, kompletthet, validitet og aktualitet.

Komparabilitet betyr at det må være mulig å sammenligne statistikk over tid og mellom forskjellige befolkningsgrupper. Dette sikres hovedsakelig ved å standardisere klassifisering og koding av nye krefttilfeller. Klare definisjoner av viktige statistikksmål som for eksempel forekomst er også essensielt, eksempelvis må regler for registrering av flere krefttilfeller hos en pasient være helt klare: Har denne pasienten fått en ny kreftsykdom, eller er dette et tilbakefall eller en metastase fra tidligere kreftsykdom?

Kompletthet er et mål på hvor stor andel av de faktiske krefttilfellene som blir fanget opp og registrert inn.

Validitet, eller nøyaktighet, er et uttrykk for i hvor stor grad man kan stole på at opplysningene i registeret er korrekte. Et eksempel er at opplysninger om morfologisk diagnose vurderes som mer nøyaktige dersom det er tatt ut svulstvev som er undersøkt i mikroskop, enn dersom diagnosen kun er stilt på bakgrunn av klinisk vurdering eller billediagnostikk. Et annet mål på validitet er å gjøre logiske sjekker på sammenhengen mellom ulike variabler, f.eks. kjønn og kreftdiagnose: en kvinne skal ytterst sjeldent kunne registreres med en prostatakreft.

Aktualitet betyr å ha så oppdaterte tall som mulig. Dette er viktig for et register, men også svært utfordrende. Selv om et register oppdateres kontinuerlig på bakgrunn av meldinger som kommer inn, vil ikke aktualiteten bedres dersom meldingene gjelder tilfeller som er diagnostisert flere år tilbake i tid.

Å holde høy kvalitet på alle disse fire områdene er krevende. Det tar tid å sikre god kompletthet, komparabilitet og validitet av data, og dette går ofte ut over aktualiteten. Enklere sagt: når mye tid går med til å hente inn all relevant informasjon fra alle



kilder, kode og registrere informasjonen i tråd med standardiserte kodeverk og å kvalitetssikre dataene, vil det medføre at data ikke blir publisert så raskt som ønskelig.

Prinsipper for registrering

For å støtte opp om datakvaliteten, arbeider Kreftregisteret etter ett sett prinsipper for hvordan data skal samles inn og registreres.

Flere kilder til informasjon

Kreftregisteret mottar informasjon om krefttilfeller fra flere kilder som sender inn opplysninger uavhengig av hverandre. Hovedkilden er patologiremisser (histologi, cytologi og obduksjoner) som sendes inn fra alle landets patologilaboratorier. Det finnes ikke egne meldeskjemaer for informasjon fra patologene. I stedet mottar Kreftregisteret kopi av prøvesvaret som sendes til rekvirentene. Dette prøvesvaret er i all hovedsak tekstlige beskrivelser av de funn patologene gjør. Elektronisk innsending av vevsprøvesvar er ett skritt på veien mot hel-elektronisk håndtering av opplysninger på Kreftregisteret, men aktualiteten vil dessverre ikke bedres før patologene tar i bruk standardisert rapportering, f.eks. ved bruk av strukturerte maler. Årsaken til det er at de tekstlige beskrivelsene i patologisvarene må leses, tolkes og registreres manuelt.

Kliniske meldinger sendes inn fra klinikere som utreder eller behandler kreftpasienter. Mesteparten av meldingene fra legene sendes inn på papir, men det finnes nå mulighet for å sende inn slike opplysninger elektronisk (se informasjon om KREMT senere i artikkelen). Det finnes både generelle skjemaer for å melde krefttilfeller og diagnose-spesifikke skjemaer, for eksempel for brystkreft og eggstokkreft.

Dødsattester med kreft som underliggende eller medvirkende dødsårsak blir oversendt fra Dødsårsaksregisteret. Tilsvarende sender Norsk Pasientregister data for alle opphold i spesialisthelsetjenesten der kreft som hoved- eller bidiagnose brukes som kvalitetssikring. I tillegg mottar Kreftregisteret også informasjon fra alle landets strålemaskiner.

Førstehåndsinformasjon og kontinuerlig innsamling av informasjon

For å få høy datakvalitet må det tas hensyn til at en pasient kan utredes, behandles og følges

opp på flere institusjoner, og at pasientforløpene innenfor sykdomsgruppen kan variere. Kvalitetsregistrene på kreftområdet skal kunne belyse slike pasientforløp, og det er da nødvendig å opprette både diagnose- og forløpsspesifikke meldeskjemaer. Kreftregisteret har en meldingsstruktur der man innenfor hver kreftdiagnose (eller grupper av kreftdiagnoser) både skal definere hvilken del av sykdomsforløpet meldingen gjelder og fra hvilken kilde man henter opplysningene.

Hovedtanken bak en slik inndeling er at helsepersonell kun melder sin del av pasientforløpet, for eksempel skal kirurgen kun melde informasjon om det kirurgiske inngrepet. Dette innebærer at inndelingen av meldingene må være nøye gjennomtenkt. Hvis behandlingen inkluderer både kirurgi og kjemoterapi, ivaretas dette med to ulike meldinger, ettersom disse delene av sykdomsforløpet som oftest foregår i ulike avdelinger eller i ulike institusjoner. Det bør også vurderes om data må registreres manuelt i en egen melding eller om data kan høstes fra allerede registrerte opplysninger (f.eks. direkte fra stråleenhetene).

Kreftregisterets oppgave er å sette sammen alle de uavhengige meldingene til et pasientforløp hvor opplysningene fra de forskjellige kildene er kontrollert opp mot hverandre. Bak ett krefttilfelle vil det dermed være mange meldinger. Antallet vil variere, både etter kreftform og når i sykdomsforløpet kreften ble diagnostisert. En pasient med brystkreft som ble tidlig-diagnostisert kan gjerne ha 50 meldinger bak registreringen, mens en pasient med terminal prostatakreft som oftest kun vil ha et fåtall meldinger.

Informasjonen som registreres i Kreftregisteret skal reflektere faktisk praksis innen utredning, behandling og oppfølging. Det gjør at informasjonen kan vurderes opp mot handlingsprogrammer og andre nasjonale retningslinjer (der det finnes), og vil kunne gi svar på om kreftpasienter får riktig behandling uavhengig av hvor og til hvem behandlingen blir gitt.

Elektronisk innrapportering vil medføre høyere kvalitet, spesielt for kompletthet og aktualitet, da elektroniske løsninger

vil gjøre det lettere og raskere å sende inn informasjon til Kreftregisteret.

Informasjonsteknologi (IT) og elektronisk databehandling (EDB)

Kreftregisteret har benyttet en rekke informasjonsteknologier de siste 60 årene for å lagre de innsamlede data. Randhullkort og bordregnemaskiner ble brukt på 1950-tallet, og hullkortmaskiner fra IBM på 1960-tallet. På begynnelsen av 1970-tallet var Kreftregisteret med i "Samarbeidsutvalget for de statlige databehandlerinstitusjoner" og kunne benytte seg av overkapasiteten til Skattedirektørens IBM 360/50. I 1979 fikk Kreftregisteret sin første datamaskin, en ND-100 fra Norsk Data med et minne på 512 kb, to magnetplatelagre (harddisk) på 288 MB hver, og 8 skjermtterminaler. Prisen på denne maskinen var 1.5 millioner kroner. I 1999 ble Norsk Data maskinen pensjonert, og Kreftregisteret gikk over til å benytte Windows-baserte servere og PC-er.

Til tross for den teknologiske utviklingen, både i Kreftregisteret og i Helse-Norge generelt, blir flesteparten av kreftmeldingene fortsatt i dag skrevet ut på papir ute på sykehus og laboratorier, pakket i konvolutter eller esker og sendt i posten til Kreftregisteret. I Kreftregisteret blir papirene sortert og skannet før en stor stab av kodere tolker, koder og registrerer opplysningene inn i databasen. Papirkopiene blir sendt til makulering når kvaliteten i skanneprosessen er kontrollert.

For å håndtere elektronisk innrapportering har Kreftregisteret opprettet et elektronisk meldingsmottak. Dette mottaket ble etablert i 2012 som en portal på Norsk Helsenet under navnet "KREftregisterets MeldteTjeneste (KREMT)". I begynnelsen av november 2013 har Kreftregisteret mottatt i overkant av 18 000 elektroniske kliniske meldinger. I tillegg har tre av landets patologilaboratorier begynt å oversende remisser elektronisk. Minst like viktig, og minst like utfordrende, var det at alle interne arbeidsprosesser i Kreftregisteret som var basert på papirflyt måtte endres slik at man kunne benytte seg av at informasjonen allerede var digitalisert.

Nytte

I løpet av 2014 er forhåpningen at den elektroniske innsendingen av opplysninger øker betraktelig og at en stor del av papirmølla

forsvinner, både på sykehusene og i Kreftregisteret. Fra 1. januar 2014 har Kreftregisteret bedt om at alle patologisvar sendes inn elektronisk, og snart vil det bli satt tilsvarende krav til kliniske meldinger. Sykehusene sparer inn portoene, og Kreftregisteret slipper å sende containere med flere tonn papir til makulering hvert år. Det neste store skrittet er å få kreftmeldingene inkludert i en ny, strukturert, elektronisk pasientjournal. Dette vil spare legene for mye arbeid ved at de slipper unødvendig dobbeltregistrering.

Den største nytten av overgangen til hel-elektronisk innmelding og behandling, er – og skal være – at det kommer pasientene til gode. Hel-elektronisk innmelding vil gjøre kreftopplysninger raskere tilgjengelig enn de er i dagens papirbaserte system. En konkret effekt av dette vil være raskere identifisering av pasienter som kan ha rett på erstatning i forbindelse med yrkesrelaterte kreftdiagnoser. Flere av de yrkesrelaterte kreftformene har høy dødelighet og et kort sykdomsforløp, og rask tilgang til kreftopplysninger vil dermed øke sjansen for at pasientene får søkt erstatning i tide. Reglene i dag tilsier at pasienten må være i live når han/hun får innvilget erstatning for å få denne utbetalt, og det finnes ingen erstatning til etterlatte.

På lenger sikt vil økt aktualitet av dataene, sammen med fortsatt høy kompletthet, validitet og komparabilitet, bidra til kvalitetssikring av pasientbehandlingen på kreftområdet. Sykehusene får da tilgang til data som gjenspeiler aktuell praksis i nåtid, hvilket innebærer at behov for endringer i utredning og behandling kommer pasientene til gode raskere.

Mer informasjon om elektronisk innrapportering til Kreftregisteret finner du på Kreftregisterets websider:
<http://www.kreftregisteret.no/no/Registrene/>
[Innmelding-til-Kreftregisteret/](#)

Ta gjerne kontakt med Kreftregisteret for avklaringer i forhold til elektronisk innrapportering, på email eller telefon:
Email: siri.laronningen@kreftregisteret.no
Telefon: 23 33 39 63

Demoversjon på Internett av Kreftregisterets Meldetjeneste(KREMT)
Gå inn på <https://kremt.kreftregisteret.no>.
Skriv inn brukernavn: kpn\demobruker.
Passordet er: TestXyz123.

Annonse

Annonce

Robert Oppenheimers triumf og tragedie



Jan Folkvard Evensen
Avdeling for kreftbehandling
Klinikk for kreft, kirurgi og
transplantasjon
Oslo universitetssykehus,
Radiumhospitalet

Familiebakgrunn/oppvekst

Robert Oppenheimer ble født i New York 22. april 1904. Hans far, Julius, var opprinnelig tysk. I USA arbeidet han seg opp som importør av tekstiler. Roberts mor, Ella, var bildekunstner. De var begge jøder. Familien levde en skjernet tilværelse, noe som nok satte sitt preg på Robert. Han var svakelig, ofte syk og ble for det meste holdt innendørs. Han ble beskrevet som påfallende barnslig og sjenert. Han hadde imidlertid allsidige interesser, han samlet på mineraler og skrev dikt. På skolen var han en ener i alle fag og i en alder av 12 foreleste han for medlemmer av New York Mineralogical Club. I 1921 ble han uteksaminert fra Ethical Culture School of New York som best i sin klasse.

Årene 1900-1930 rystet fysikkens grunnvol-
ler med kvante- og relativitetsteori (1). Bak
dette sto en gruppe unge, geniale europeiske
fysikere. Oppenheimer studerte ved Harvard i
årene 1922 til 1925. Teoretisk anlagt som han
var søkte han seg til det europeiske miljøet
etter avsluttet eksamen. Han fikk avslag hos
E Rutherford, men ble ønsket velkommen
av Rutherfords forgjenger ved Cavendish
laboratoriet, JJ Thomson. Sommeren 1926
besøkte Max Born Cavendish. Born ledet
an i utviklingen av kvantemekanikken og
inviterte Oppenheimer til Göttingen.
Her tok Oppenheimer sin doktorgrad i 1927.
De to påfølgende år tilbrakte han i Zürich
og Leiden, hos henholdsvis W Pauli og P
Ehrenfest. Fra 1926 til 1929 publiserte
Oppenheimer 16 arbeider og da han
vendte tilbake til USA hadde han befestet
sin posisjon som teoretisk fysiker og ble
professor ved både Caltech og Berkeley.
Hit trakk de beste amerikanske fysikere
og University of California ble det ledende
senter for teoretisk fysikk inntil Institute
for Advanced Study i Princeton overtok.

Politikk

Oppenheimers interesse for politikk våknet i
1933 med Hitler makttovertakelse, en hendelse
som fikk stor betydning for medlemmer

av hans familie og venner innen vitenskap.
Borgerkrigen i Spania var også av betydning
for Oppenheimers politiske overbevisning.
I 1936 innledet han et forhold til Jean
Tadlock, datter av en professor i engelsk
litteratur ved Berkeley. Jean Tadlock ble
ansett som en svoren kommunist. Gjen-
nom henne kom Oppenheimer i kontakt
med Californias ledende kommunister. Han
leste bøker om kommunisme, gav bidrag til
venstreorienterte organisasjoner, og skrev
sogar små pamfletter med venstreorientert
innhold som han fikk trykt på egen bekost-
ning. Han brøt imidlertid med Jean Tadlock i
1939. Oppenheimers lefling med kommunis-
men skulle skaffe han betydelige problemer
siden, det førte bl.a. til at han fra mai 1943
var under oppsikt av sikkerhetspolitiet.

Vitenskap

Oppenheimers bidrag til fysikken var mange
og allsidige. Hans doktorgrad omhandlet
molekylære spektra og tolkning av disse.
I 1928 oppdaget han tunneleffekten, et kvan-
tefysisk fenomen som ikke lar seg forklare
ut fra lovene i klassisk fysikk. I 1973 fikk
nordmannen Ivar Giæver Nobelprisen i fysikk
for å ha påvist fenomener i faststoffysikk
som er relatert til den samme tunneleffekt.

Et av de store gjennombrudd i fysikk mot
slutten av 20-åra var Diracs relativistiske
bølgelikning for elektronet. Diracs teori



Fig. 1. Leslie Groves og Robert Oppenheimer

reiste imidlertid store tolkningsproblemer, noe
Oppenheimer kastet et klargjørende lys over.
Ved dette var han nær ved å forutsi positro-
nets (elektronets antipartikkel) eksistens.

I 1939 kom betydelige bidrag fra Oppenheimer
og to av hans studenter vedrørende stjerners
endelikt. Sammen med GM Volkoff gjorde
han de første detaljerte beregninger vedrø-
rende strukturen til nøytronstjerner og med
H S Snyder utviklet han det matematiske
fundament for sorte hull, begge deler på
grunnlag av Einsteins generelle relativitets-
teori. Einstein selv var meget skeptisk til
fenomenet sorte hull (2).

Krigen sto for døren og Oppenheimer ga
opp arbeidet med sorte hull til fordel for
fisjon (atomkjernespalting). Oppenheimer
tok aldri opp arbeidet med sorte hull igjen.
Etter krigen, i 1947, ble han direktør for
Institute for Advanced Study i Princeton,
NJ, hvor Einstein fortsatt var professor.
De snakket sammen nå og da, men det fin-
nes ingen indikasjoner på at de noen gang
har diskutert fenomenet sorte hull (Fig. 2).
Etter krigen kom det svært få publikasjoner i
fysiske tidsskrifter fra Oppenheimers hånd.

Manhattan prosjektet

Opptakten til Manhattanprosjektet be-
gynte med et brev fra A Einstein til presi-
dent Roosevelt i 1939. Einstein skrev brevet
på oppfordring fra en ungarsk fysiker, Leo
Szilard. Szilard, selv jøde, var bekymret for
utviklingen i Hitler Tyskland (3). Etter å ha
okkupert Tsjekkoslovakia stoppet tyskerne
eksport av uranmalm fra landet. Selv om
mange jødiske vitenskapsmenn hadde rømt
Tyskland, var det betydelig kompetanse igjen,
ikke minst de 10 som ble internert av de
allierte på Farm Hall i juni 1945, hvorav de to
viktigste var O Hahn og W Heisenberg (4, 5).

Manhattan prosjektets militære leder, L
Groves, traff Oppenheimer i Berkeley høsten
1942 (Fig. 1). Groves var da i begynnelsen av
å organisere prosjektet. Oppenheimer rådet
han til å etablere ett sentralt laboratorium,
hvor teoretikere, eksperimentalfysikere, mate-
matikere og andre spesialister kunne arbeide
sammen under én ledelse. Groves ble overbevist
om nødvendigheten av ett laboratorium og
at Oppenheimer var den selvskrevne leder.

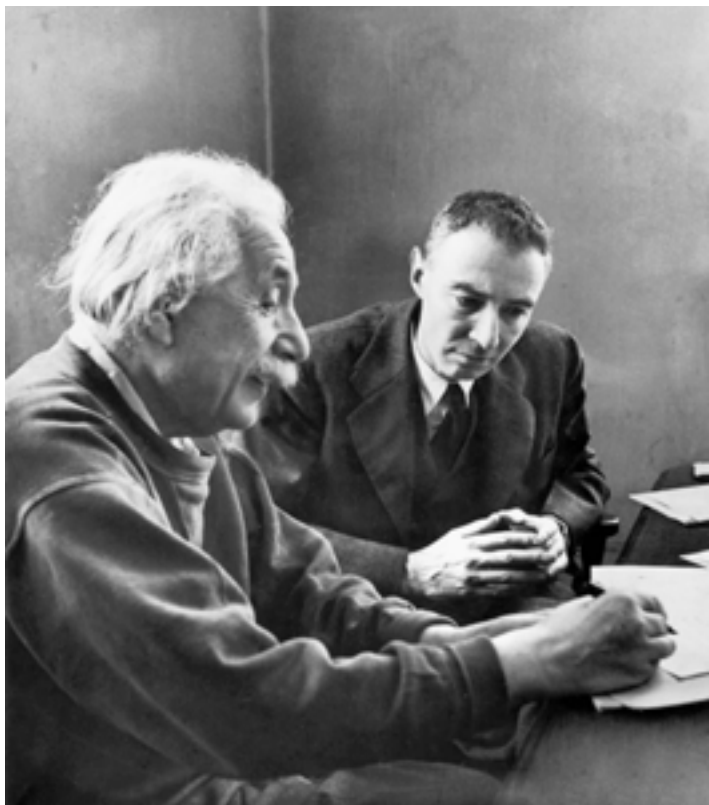


Fig. 2. Einstein og Oppenheimer 1950



Fig. 3. Robert Oppenheimer på visitt i Oak Ridge 14. februar 1946. Man aner misfarging av nikotin på høyre peke- og langfinger.

Kort fortalt, laboratoriet ble etablert i Los Alamos, New Mexico. Under Oppenheimers ledelse var det en meget effektiv organisasjon av flere tusen vitenskapsmenn hvis arbeid over en 3 års periode kulminerte med detonasjonen av den første atombombe ved Alamogordo 16. juli 1945 (Fig. 3).

Oppenheimers fall

Oppenheimers suksess som vitenskapelig leder for Manhattan-prosjektet gjorde han legendarisk. Men fortiden innhentet Oppenheimer. Overvåkningen av han hadde resultert i en betydelig "mappe". Deler av denne ble av Edgar Hoover, FBI's mangeårige sjef, oversendt president Eisenhower som straks bestemte at Oppenheimer skulle nektes enhver tilgang til regjeringshemmeligheter. Videre ble det reist 24 anklagepunkter fra AEC (Atomic Energy Commission), hvor han tidligere hadde vært medlem. Tjuetre av punktene gikk på hans tidligere forbindelser med kommunister, mens det 24. gikk på hans manglende entusiasme for hydrogenbombeprosjektet. I januar 1950 hadde president Truman gitt beskjed om at arbeidet med hydrogenbombe skulle påbegynnes.

Foranledningen til dette var at Sovjetunionen hadde sprengt sin første atombombe i 1949. Oppenheimer fikk valget mellom å si fra seg sin daværende stilling som rådgiver for AEC eller om han ville prøve saken for et såkalt "loyalty" råd. Han valgte det siste. Forhandlingene begynte i april 1954 og varte i 3 uker. Det ble avhørt 40 vitner, hvorav mange prominente vitenskapsmenn. Opinionen var på Oppenheimers side, men med den McCarthy ånd som da rådet i USA var hans tidligere forbindelse med kommunister nok. Han mistet sin kontrakt som rådgiver for AEC og var en slagen mann (6).

Oppenheimer hadde aldri vært medlem av kommunistpartiet og aldri gitt Sovjet vitenskapelig opplysninger. Myndighetene i USA innså etter hvert at dommen ikke var riktig og i 1963 fikk han Fermi-prisen, USAs høyeste utmerkelse i fysikk, som en slags oppreisning.

Oppenheimers endelikt

Som fagansvarlig for hode/hals-kreft på Radiumhospitalet de siste 20 år kunne jeg tenke meg å knytte noen kommentarer

til Oppenheimers skjebne, han ble bare 62 år (1904 – 1967).

Oppenheimer kjederøykte i 40 år. Han røykte 4-5 pakker Chesterfield daglig og som følge av det var hans fingre sterkt misfarget av nikotin ((7) Fig. 4).

Oppenheimer var i tillegg svært glad i dry martinis, meget potente sådan. De besto gjerne av et fullt glass gin med noen dråper vermouth. Ingen laget etter sigende så gode dry martinis som Oppenheimer: "Shaken not stirred" i avkjølte glass med kantene dyppet i lime og honning. Han skålte gjerne med sine gjester med sin standard toast: "To the confusion of our enemies". Til tider var det viktigere å ha alkohol i huset enn mat (8).

Allerede i 1912 satte man røyking i forbindelse med kreft og i 1950 forelå tung epidemiologisk evidens for dette. I USA ble advarsler om dette skrevet på sigarettpakker i 1965 og i 1970 ble det forbudt å reklamere for tobakk (9, 10). Ved å analysere mutasjoner i tumorsuppressorgenet p53 (11) er man nå i stand til

å identifisere det kreftfremkallende agens for enkelte kreftsykdommer. For hode/hals-kreft er mutasjonsanalysene i overensstemmelse tobakk og alkohol som årsak.

I den industrialiserte del av verden er tobakk og alkohol den viktigste årsak til hode/hals-kreft, i så måte virker tobakk og alkohol synergistisk (mer enn additivt). Det er grunn til å tro at ¾ av all hode/hals-kreft i Vesten skyldes tobakk og/eller alkohol. En annen og stadig viktigere årsak er humant papilloma virus (HPV) (12). Viruset fremkaller særlig kreft i mesopharynx.

Oppenheimer hadde i lengre tid hatt røykhoste. Sent på året 1965 ble denne verre og etter hvert ble det svært sår å svelge. I februar 1966 fikk han diagnosen "throat cancer". I mars gjennomgikk han en ikke helt vellykket operasjon i larynx, hvoretter han fikk coboltbestråling på Sloan Kettering Institute i New York. I juli samme år fant man ikke lenger tegn til kreft, men han var meget medtatt av strålebehandlingen og fikk kun i seg flytende. Fem uker senere fant man heller ingen spor av kreft. Den 3. oktober søkte han lege på ny. Kreften hadde da spredt seg til ganen, tungerot og venstre tuba eustachii. Svulsten lot seg ikke operere og på ny fikk han strålebehandling, denne gang med betatron. Han fikk 3 behandlinger i uken frem mot jul. Strålebehandlingen hadde ikke ønsket effekt hvoretter han ble satt på tung cellegiftbehandling mot slutten av 1966. Heller ikke dette hjalp. Oppenheimer falt i koma 15. februar 1967 og døde den 18. februar kl. 22.40.

Jeg har forsøkt å finne ut hvor hans kreftsvulst oppsto. "Throat" er oversatt med svelg, strupe, hals i ordbøker. Det at han først ble operert i larynx kunne tyde på at svulsten oppsto der. Senere spredte kreften seg imidlertid til gane, tungerot og venstre tuba eustachii. Svelget lar seg anatomisk dele 3 nivåer: epipharynx, mesopharynx og hypopharynx. Ganen og tungeroten hører til mesopharynx, mens tuba eustachii hører til epipharynx. Med nevnte spredningsmønster er det en mulighet for at svulsten kan ha oppstått i mesopharynx, hvor man bl.a. finner ganetonsiller. Ikke sjelden kan det ved avanserte svulster være vanskelig å vite hvor det opprinnelige utgangspunkt har vært.

Opplysningene om Oppenheimers umiddelbare dødsårsak er noe motstridende. I "American Prometheus" (8) får man inntrykk av at han døde av og med kreft i svelget. I Freeman



Sprengning av den første atombombe ved Alamogordo, New Mexico, 16. juli 1945

Dysons bok "Disturbing the universe" (13) fremgår det at Oppenheimer ble obdusert (JRO death certificate 08006, State Department of Health of New Jersey). I følge Dr. Stanley Bauer (director of pathology at Princeton Hospital) viste obduksjonsrapporten at det ikke var tegn til kreft i svelg, derimot forelå levernekrose, sannsynligvis som følge av cellegiften han hadde fått. I så fall kan hans død skyldes cellegiftbehandlingen.

I ettertid er det vanskelig å si hvilken cellegift kan det ha vært. I 1965 forelå det 10 forskjellige slag cellegifter i bruk (14). To av disse er fortsatt i bruk mot hode/hals-kreft: 5 fluorouracil og methotrexate. Begge kan gi leverskade.

Oppenheimers fallhøyde var enorm, fra genierklært til "landsforræder". Med hans hang til "dry martinis" kan man vel ikke helt frikjenne alkohol som medvirkende årsak til hans leverskade.

Hvordan ville Oppenheimer blitt behandlet i dag? Hans sykdomsutbredelse ville først bli nøye kartlagt ved klinisk undersøkelse (evt. i narkose), CT og/eller MR. Inntegning av målvolym for bestråling ville bli gjort ved hjelp av CT og PET/CT. Doseberegningene ville bli gjort med invers doseplanlegging og effektuert som IMRT (Intensity Modulated Radio Therapy) fra lineærakselerator med bladkollimator (15). I tillegg ville han fått daglig behandling med et medikament som erstatter oksygen og gjør svulsten mer strålefølsom (nimorazol (16)) og ukentlig cellegiftbehandling (cisplatin (17)). Uten å vite hvilket stadium sykdommen var i da den ble diagnostisert er det vanskelig å si noe om hans muligheter til å bli frisk med dagens behandling, men de ville nok være adskillig større enn for 47 år siden.

Referanser

1. Gamow, G: *Thirty years that shook physics*. Doubleday & Company, Inc., Garden City, New York 1966
2. Bernstein J. *The reluctant father of black holes*. *Scientific American* 1996; June: 66-72.
3. Rhodes R: *The making of the atomic bomb*. A Touchstone Book. Published by Simon and Schuster, 1986
4. Bernstein J: *Hitlers Uranium Club*. Springer-Verlag N.Y., Inc (2001)
5. Evensen JF. *Operation Epsilon and Farm Hall*. *Fra Fysikkens Verden* 2012; 74: 31-33
6. Jungk R: *Brighter than a Thousand Suns, A personal history of the atomic scientists*. A Harvest Book, Harcourt, Inc., San Diego, New York, London 1986
7. (<http://blogs.knoxnews.com/munger/2010/06/oppenheimer.html>)
8. Bird K and Sherwin MJ: *American Prometheus: The triumph and tragedy of J Robert Oppenheimer*. Alfred A. Knopf, New York 2005
9. DeVita VT, Rosenberg SA: *Two Hundred Years of Cancer Research*. *N. Eng. J. Med.* 2012; 366 (23): 2207-2214
10. Mukherjee S: *The Emperor of all Maladies, A biography of Cancer*. Fourth Estate, London, 2011
11. Blons H, Laurent-Puig P. *TP53 and Head and Neck Neoplasms*. *Human Mutation* 2003; 21: 252-257
12. Marur S, D'Souza, G, Westra WH et al. *HPV-associated head and neck cancer: a virus-related cancer epidemic*. *Lancet Oncol* 2010; 11: 781-789
13. Dyson F: *Disturbing the universe*. Basic Books, 10 E. 53rd Street, New York, NY 10022 – 5299, 1979.
14. Prat WB, Ruddon RW. *The Anticancer Drugs*. Oxford University Press 1979
15. Evensen JF. *Fysikk i diagnostikk og behandling av kreft*. *Fra Fysikkens Verden* 2006; 68: 89-94.
16. Overgaard J, Sand Hansen H, Overgaard M et al. *A randomized double-blind phase III study of nimorazole as a hypoxic radiosensitizer of primary radiotherapy in supraglottic larynx and pharynx carcinoma. Results of the Danish Head and Neck Cancer Study (DAHANCA) Protocol 5-85*. *Radiotherapy and Oncology* 1998; 46: 135-146.
17. Pignon JP, Bourhis J, Domenge C, Designé L on behalf of the MACH-NC Collaborative Group. *Chemotherapy added to locoregional treatment for head and neck squamous cell carcinoma: three meta-analysis of updated individual data*. *The Lancet* 2000; 355: 949-955.

Johan Tausjø, pensjonist, tidligere avdelingsoverlege:

Som glad pensjonist får jeg mer tid til Etiopia prosjektet

Stephanie B. Geisler

Hva er din bakgrunn/ spesialistutdanning?

-Jeg studerte medisin i Aberdeen i Skottland og ble ferdig i 1970. Etter at jeg kom tilbake til Norge tok jeg tilleggskurset og jobbet samtidig som assistentlege på Radiumhospitalet. Interessen for onkologi ble vekket, men jeg hadde fra før planer om å bli kirurg, og reiste derfor til USA etter turnustjeneste, og fikk en stilling som "resident" i kirurgi ved University of Wisconsin i Madison. Gjennom tverrfaglige onkologimøter ble interessen for onkologi større og etter et par år, ble jeg ble tilbudt et "fellowship" i onkologi samme sted. I 1976 kom jeg tilbake til Oslo og ble jeg ansatt som "reservelege" (= rekrutterings stilling til overlegestilling) ved Radiumhospitalet. Da jeg startet på Almindelig Avdeling, DNR var ikke onkologi en egen spesialitet, men en sub-spesialitet av radiologi. Det var først på slutten av -70 og tidlig på 80-tallet at vi begynte å jobbe for en egen spesialitet. Spesialiteten het først "Terapeutisk onkologi og stråleterapi" og utviklingen til dagens spesialitet fortsatte gradvis.

Du ble avdelings sjef ved RH – hva var planen?

-Rikshospitalet hadde en egen terapi avdeling som ga mye strålebehandling med konvensjonell terapiutstyr fra 20 til 60-tallet, og behandlet også pasienter med Radium. Det var i begynnelsen liten interesse og forståelse for stråleterapi ved Rikshospitalet, noe som indirekte førte til at det ble startet nasjonale innsamlingsaksjoner som resulterte i opprettelsen av Radiumhospitalet i 1932. En av legene fra Rikshospitalet, Dr. Heyerdahl, ble overlege på Radiumhospitalet. Det oppstod av forskjellige grunner, tidlig en gjensidig rivalisering og mistillit. Utover 70-tallet ble det en økende tilnærming, ikke minst grunnet samarbeid om ØNH kreft mellom overlege Vermund DNR og Prof. Winther på RH.

I 1981 ble avdelingsoverlegestillingen ved Terpiavdelingen på RH ledig, og jeg ble oppfordret til å søke den for å fremme samarbeidet mellom RH og DNR ytterligere. I løpet av de neste 10 år resulterte dette samarbeidet i at hele avdelingen fra RH ble flyttet til DNR, og kreftbehandling ved de to sykehusene har i økende grad blitt integrert. Fra 1991 har jeg således vært tilbake på Radiumhospitalet.

Hva er de viktigste endringene i onkologi som du har opplevd i din tid som onkolog?

-Jeg har opplevd mange viktige organisatoriske endringer, ikke minst opprettelsen av onkologiske avdelinger i alle helseregioner. Min store interesse for palliativ behandling førte til at jeg ble leder av Omsorgsrådet Kreftforeningen, som jobbet for å fremme god omsorg og palliasjon. Vi bidro på forskjellige vis til etableringen den palliative enheten i Trondheim.

Med tanke på faglige endringer har jeg lyst å fremheve "3 break-throughs in oncology":

- Økt forståelse av Hodgkins sykdom, ikke minst gjennom arbeidet av Henry Kaplan og Vera Peters, har i løpet av min yrkeskarriere ført til at dette gikk fra å være en fatal diagnose til 80-90% overlevelse i tidlig stadium. Det skjedde gjennom fremskritt i diagnostikk (lymfografi), bedre forståelse av spredningsmønsteret og mer sofistikert behandling (tilgang til høyvoltage behandling).
- Innføring av Cisplatin i behandling av testis cancer førte fra slutten av 70-tallet, til radikalt økt overlevelse i løpet av noen få år. Jeg husker spesielt sommeren 1978 hvor vi hadde flere pasienter på avdelingen som vi behandlet gjennom sommeren i påvente av at vi skulle få tilgang til Cisplatin.
- Et gjennombrudd i kirurgisk behandling av rektum cancer (mesorektal reseksjon) som har resultert i en dramatisk reduksjon av lokale residiv, og sammen med annen integrert behandling, bedret overlevelse



Johan Tausjø

Studerte medisin i Aberdeen i Skottland og ble ferdig i 1970.

Mangeårig klinisk virke i USA, ved Rikshospitalet og Radium hospitalet.

Avdelingsoverlege, pensjonist.

Bidratt vesentlig til utforming av onkologi som egen spesialitet.

Initiativ taker og fremdriver av prosjektet "Onkologi i Etiopia".
(Se egen artikkel i dette nummeret.)

Yndlingsfarge: Lysebrunt

Yndlingsbok / - forfatter: For meg har dette gått i faser gjennom livet. Den som var den første til å gjøre stort inntrykk på meg var "Samfunnets ulykkelige" av Victor Hugo i min ungdom.

Yndlingsband / - musikk: Musikk har vært en viktig del av mitt liv. Jeg har alltid sunget i kor og liker et bredt repertoar av musikk. Fra oppveksten var det storband musikk og klassiske ballader, men jeg liker også kormusikk og klassisk musikk – uten at jeg har noen bestemt gruppe eller komponist som favoritt.

Jeg har også lyst å nevne at alle disse gjennombrudd ble oppnådd uten randomiserte studier – jeg mener derfor at kravet om randomiserte studier bare er nødvendig når man skal påvise små forskjeller mellom behandlinger, eller ønsker å redusere bivirkninger.

Hvordan tror du at dine pasienter har opplevd deg som onkolog?

-Jeg håper at pasientene mine har oppfattet meg som delaktig og interessert i deres ve og vel. Kanskje noen har synes at jeg har vært for direkte, men jeg har prøvd å være direkte på en god måte. Jeg har vært veldig bevisst på god kommunikasjon og på å snakke med pasienten på best mulig måte. Kommunikasjon er noe som må utvikles og innøves av hver enkelt, på bakgrunn av den personligheten man har, og jeg håper at jeg har lyktes med det.

Hvordan tror du at dine kollega har opplevd deg som onkolog / kollega?

-Jeg håper og tror at jeg stort sett har blitt opplevd som tilgjengelig og inkluderende – ikke som avvisende og fjern. Jeg har i

alle fall fått mange venner, også blant kolleger. Vi har fått lov å oppleve mye fint sammen, og jeg håper det kan fortsette.

Er det noe du savner fra din tid i klinikken?

-JA! Jeg savner det å være sammen med alle disse flinke folkene. Mange pasienter har også gjort et dypt inntrykk på meg og jeg har utviklet sterke relasjoner gjennom arbeidet mitt. Men det å bli pensjonist er en rar ting, for meg har det vært en modningsprosess som har foregått gjennom de siste år i jobben. Det er faktisk mye bedre å bli pensjonist enn det jeg hadde trodd 5 år tidligere. Nå er det som om jeg ser mer fremover i stedet for å se tilbake. I tillegg har jeg mye å gjøre i forbindelse med Etiopia-prosjektet. (red: se egen artikkel i dette nummeret)

Hvor ser du de største fremtidige utfordringer innen kreftomsorgen?

-Tja, man tar jo som regel feil når man skal spå. Jeg tror en av de største utfordringene er at kreft er en del av den biologiske

aldringsprosessen, og cellenes naturlige respons på å leve lenge. Derfor vil det ikke være umulig å uttrykke kreft som sykdom, selv om behandlingen blir bedre og bedre. Denne utfordringen bør komme tydeligere frem i samfunnsdebatten.

Hvor ser du de største fremtidige sjansene innen onkologi faget?

-Biologiske intervensjoner og større biologisk forståelse vil føre til nye tilnærminger til kreftbehandling. Men av opplæring og gemytt er jeg overbevist om at lokal kontroll, det å få vekk svulsten, vil være en forutsetning for å oppnå kurasjon. Derfor vil dagens behandlingsmetoder også i fremtiden ha en viktig og avgjørende rolle i behandlingen – i tillegg til nye metoder.

Noe du har lyst å si til landets onkologer?

-Jeg synes at onkologi er en fantastisk og utfordrende spesialitet som onkologene bør hegne om og være stolt av!

Stener Kvinnsland, administrerende direktør i Helse Bergen siden 2007:

Føler meg stolt over å ha bakgrunn fra onkologi

Stephanie B. Geisler

Hva er din bakgrunn/ spesialistutdanning?

-Jeg har studert i Bergen, med spesialistutdanning i Bergen og jeg disputerte også i Bergen. Etter det klinisk virksomhet som onkolog i nesten 30 år samt leder i helsevesenet på forskjellige nivå siden 1987. Jeg har jobbet i Trondheim og vært med på å bygge opp kreftavdelingen der. Etter det har jeg vært avdelingsleder ved Radiumhospitalet, styreleder i Kreftforeningen, forskningsleder i Pharmacia/Upjohn og avdelingssjef for kreftavdelingen i Bergen. Har vært adm. dir. i Helse Bergen siden 2007.

Hva førte til at du bestemte deg for å jobbe i en administrativ stilling i

sykehusledelsen?

-For meg har dette vært en naturlig utvikling gjennom årene med posisjoner i ledelsen av forskjellige foretak. Ved å være leder fikk jeg øvelse og mulighet å kjenne på min egen legning. Liker man det man gjør og går det bra, så fortsetter man med det. For å inneha en lederstilling bør man også være noe ambisiøs og ha tillit til egne vurderingsevner - og så må det jo være andre som også vil ha en i stillingen - det er jo ikke alle stillinger man kan søke på.

Hva er dine arbeidsoppgaver? Hvordan ser en typisk arbeidsdag ut?

-Mitt arbeid krever mye disiplin. Jeg har mange forskjellige gjøremål og må være nøye med timeplanen min. Dagen må være ordnet og jeg trenger derfor mange gode medhjelpere

samt en organisasjon som fungerer. De overordnede prioriteringer er i fokus og gir mye av rammene, samtidig som jeg må imøtekomme individuelle behov. Tiden strekker sjelden til helt, og avgjørelser om hva som er det viktigste krever at jeg forstår hva jeg holder på med. Jeg er nødt til å ta avgjørelser, også upopulære. Min erfaring tilsier at avgjørelser som tas er så gode som prosessen som har foregått og at utidig påvirkning fører til dårlige avgjørelser. Jeg tror jeg fungerte ganske godt som doktor, men på et tidspunkt må du bestemme deg for hva du vil gjøre med livet ditt. Jeg er svært takknemlig for min bakgrunn som onkolog og forsker, som jeg ser på som en god forberedelse for jobben jeg har og som har vært avgjørende for hvordan jeg kan fungere som leder i dag.

Hvilke tilbakemeldinger har du fått fra dine tidligere kollega (og andre) på at du jobber i sykehusledelsen?

-Jeg har ikke fått negative tilbakemeldinger, noen var kanskje overrasket - tror at du bør spørre andre om dette.

Hva er den største forskjellen mellom å jobbe på sykehus og å jobbe administrativt i sykehusledelsen?

-Det å jobbe i en lederstilling medfører nødvendigheten av å ta avgjørelser. Man må skape legitimitet rundt sin person for å få tilslutning. Vil du få gjort mye for mange? Da må du velge jobben jeg har i dag.

Savner du noe fra din virksomhet i klinikken og forskningen?

-Jeg savner pasientsituasjoner hvor jeg har hatt fantastiske stunder i triste og glade møter. Som forsker kan man oppleve noen få øyeblikk i livet hvor man er den eneste som vet noe - dette er spesielt og givende. Og så er det møtevirksomhet som i Onkologisk Forum. Men "netto" har jeg valgt rett.

Vil det være aktuelt for deg å gå tilbake til en klinisk stilling?

-Jeg tror ikke det, det ville tatt for lang tid å bli operativ igjen og det har skjedd en videreutvikling på mange områder siden jeg har praktisert sist. Jeg skal være der jeg er, men kanskje kan internasjonalt helsearbeid eller engasjement for noen enkelte ting være aktuelle på et senere tidspunkt.

Hva har vært den vanskeligste saken i din tid som leder i Bergen?

-Jeg har ikke lyst til å snakke om enkeltsaker. Det er vanskelig som leder når du står med en enkel pasient i fokus. Jeg har hatt saker i Bergen hvor barn har vært involvert og som dreide seg om avslutning av livet, med veldig forskjellig utgangspunkt. Her får du det prinsipielle dilemma mellom etiske prinsipper mot enkeltpasientens skjebne. Men jeg har også opplevd vanskelige personalsaker på enkeltmenneske nivå. Men dette hører jo med. I vanskelige beslutninger er man alene som leder - dette er jo hele poenget med å plassere ansvar.

Hvor ser du de største fremtidige utfordringer for landets kreftavdelinger?

-Den største utfordringen vil være på en forstandig måte å ta inn det nye uten å gi

slipp på det alminnelige gode. Jeg mener at det bør etableres et veloverveid system som faser inn nye medisiner og ny diagnostikk. Vi bør være "i front på en kontrollert måte".

Ubalanse i prioriteringer i helsevesenet kan føre til at totaliteten kan bli skjev. Kreft må i dag sees i den store sammenhengen. Dette er en utfordring, med den voldsomme påvirkning kreftsykdommen har, med utgangspunkt i den trussel kreftsykdommen ofte innebærer.

Og bruk av budsjetter bør bære preg av medisinsk kvalitet!

Onkologifaget må stelle seg vel, passe på indikasjoner, diagnostikk, oppgaver og konkurransedyktighet mot andre fag.

Hvor ser du de største fremtidige sjansene for landets kreftavdelinger?

-Norge skal være i front innen partikkelterapi som jeg anser som den 3. revolusjonen i stråleterapiens historie (etter Curie og høyenergi strålebehandling). Her bør det brukes kompetanse som finnes i Norge, og med landet økonomi, bør en kunne bidra i front. Mitt råd vil være at onkologene bør kaste seg over denne muligheten. Her er det mye å hente og stråleterapi som fag og behandling er bare "vår".

Biologisk terapi er også en del av fremtiden. Dette vanskelige området bygger på kunnskap om noen biologiske spor i svulsten. Her er det viktig å huske at biologien sjelden er uten back up og at behandlingsresultater kan vanskeliggjøres av klonalitet i svulsten og tumorheterogenitet. Dette er viktig, men kommer til å ta tid.

Jeg har også klokkertro på funksjonell bilde-diagnostikk som går fra å fremstille tumorvolumet til å vise egenskaper i tumorvevet, denne kunnskapen vil i økende grad kunne utnyttes.

Noe du har lyst å si til landets onkologer?

-Jeg føler som nevnt stolthet over å ha min bakgrunn fra en gruppe som gjør så mye godt og håper at onkologene i stor grad vet å verdsette det de står for. Onkologifaget er et fag som er nær verdier som er enormt viktige.

Men, det er også andre sykdommer enn kreft som er alvorlige.



Stener Kvinnsland

Studert medisin i Bergen, med spesialistutdanning i Bergen og også disputas i Bergen.

Klinisk virksomhet som onkolog i nesten 30 år samt leder i helsevesenet på forskjellige nivå siden 1987.

Kvinnsland har bygget opp kreftavdelingen i Trondheim. Etter det jobbet han som avdelingsleder ved Radiumhospitalet, styreleder i Kreftforeningen, forskningsleder i Pharmacia/Upjohn og avdelingssjef for kreftavdelingen i Bergen.

Yndlingsfarge: Blå.

Yndlingsbok / - forfatter: Leser helst politiske biografier eller historie.

Yndlingsband / - musikk: Yndlingsband må jo være VAMP fra hjembyen Haugesund. Når det gjelder klassisk musikk er pianisten Leif Ove Andsnes en ener.

« Den største utfordringen vil være på en forstandig måte å ta inn det nye uten å gi slipp på det alminnelige gode.

Tone Ik Dahl, prosjektdirektør og dr med:

Leder for å bidra til å skape best mulig forhold

Stephanie B. Geisler

Hva er din bakgrunn/ spesialistutdanning?

-Jeg studerte i Oslo og var ferdig i 1988. Begynte som stipendiat hos Anne-Lise Børresen-Dale ved Institutt for kreftforskning før jeg gikk i turnus. Deretter fullførte jeg doktorgraden om molekylære studier av brystkreft og gjorde meg nesten ferdig med spesialitet i genetikk ved Avdeling for medisinsk genetikk på Ullevål. Under sideutdanningen ved Onkologisk avdeling innså jeg imidlertid at jeg ønsket å være en del av teamet som behandler kreftpasienter. Jeg "konverterte" fra genetikk til onkologi og hadde kliniske stillinger ved Ullevål og Radiumhospitalet. Var ferdig spesialist i 2004. I 2006 steppet jeg inn som fungerende avdelingsleder for Kjell Tveit på Ullevål og var den som ledet avdelingen da den flyttet inn i det nye Kreftsenteret. Det var en spennende periode som ga meg smaken på ledelse og fikk meg til å ta en master of managementgrad på BI. Fra 2007 til 2010 ledet jeg etableringen av en liten forskningsavdeling i Kreftsenteret, og ved sammenslåingen av kreftavdelingene i Oslo i 2010, ble jeg leder for en ny seksjon med virksomhet ved både Radiumhospitalet og Ullevål. Seksjonen behandler både GI-, urologisk og gynekologisk kreft. Jeg har hatt ansvaret for å samle virksomhet og overflytte overleger fra den ene til den andre lokalisasjonen. Temmelig krevende oppgaver.

Hvilken posisjon innehar du nå?

-Jeg har hatt permisjon fra min stilling i Avdeling for kreftbehandling siden i fjor for å lede arbeidet med ny strategi og handlingsplan for det store, sammenslåtte Oslo universitetssykehus. Er nå ansatt som prosjektdirektør i sykehusstaben og er for tiden involvert i den helt tidlige planleggingen av et fremtidig, nytt sykehus. Vi behøver nye

bygg og ser behovet for å få samlet virksomheten. Fagmiljøet i sykehuset er lei av å være spredd på forskjellige lokalisasjoner.

Hva førte til at du bestemte deg for å jobbe i en administrativ stilling i sykehusledelsen?

Jeg ble først rekruttert til å være leder på Ullevål, og ser på det å ta lederansvar som en mulighet til å bidra til å skape best mulig forhold for både pasientene, kollegene og onkologifaget. Med mitt utgangspunkt i faget ønsker jeg å gjøre en god jobb for pasienter og kolleger på et overordnet nivå gjennom å være en god og klok leder – og så er det litt morsomt også.

Hva er dine arbeidsoppgaver? Hvordan ser en typisk arbeidsdag ut?

-Mine dager er i øyeblikket helt uten hvit frakk og poliklinikk. Prosjektet for et fremtidig Oslo Universitets Sykehus innebærer at jeg tilbringer arbeidsdagene sammen med folk fra ulike deler av sykehuset og med arkitekter og sykehusplanleggere. Siden planleggingen av det nye sykehuset ikke skal foregå på mitt kontor har jeg en veldig variert arbeidsdag. Jeg leder en prosjektgruppe med motiverte og hyggelige folk, snakker på store og små arenaer, lytter til hva folk mener, skriver og tenker høyt sammen med andre. Utfordrende og morsomt. Og fleksibelt nok til at jeg kan være med å veilede noen stipendiater, planlegge Onkologisk Forum og ha noen andre styreverv også på si.

Hvilke tilbakemeldinger har du fått fra dine tidligere kollegaer (og andre) på at du jobber i sykehusledelsen?

-Min nåværende jobb innebærer at jeg er litt distansert fra klinikken. Det er flere som har spurt meg når jeg kommer tilbake og sagt at de savner meg – det er hyggelig. Jeg håper og tror at jeg stort sett er

blitt oppfattet som en representant for det onkologiske fagmiljøet og ikke som en distansert leder uten bakkekontakt.

Hva er den største forskjellen mellom å jobbe på sykehus og å jobbe administrativt i sykehusledelsen?

-Når man jobber klinisk, ligger det en sterk tilfredsstillelse i å gjøre nytte for seg ovenfor pasientene. Man får direkte og indirekte tilbakemeldinger når man har gjort en god jobb og har gleden av å jobbe i team.

Som leder er man nok litt mer ensom, man må enkelte ganger ta beslutninger som ikke er populære og stå for dem. Det føltes litt rart de første gangene gode kollegaer sa at "Nå må ledelsen gjøre noe!" – og så var det meg de snakket om... I tillegg er man som mellomleder "midt i mellom" – man har trange rammer som setter grenser for hva man kan få til og har gjerne krav både fra ledere "over" og medarbeidere "under" som kan være vanskelig å oppfylle samtidig.

Savner du noe fra din virksomhet i klinikken og forskningen?

-Jeg forsaker pasientkontakt og det å jobbe i et klinisk team, er glad i begge deler. Prøver å forske litt ved siden av mine andre oppgaver, leder en forskningsgruppe og er medveileder for noen doktorgradskandidater. Har innsett at man ikke blir like god forsker når man gjør det "med venstre hånd" som man gjør det på heltid. Samtidig synes jeg det er et privilegium å kunne kombinere forskning med både pasientbehandling og ledelse.

Vil det være aktuelt for deg å gå tilbake til en klinisk stilling?

-Ja, det kan absolutt være aktuelt – og jeg hadde faktisk en fast dag i poliklinikken hver uke helt frem til påske nå i år.

◀ Støtt opp om Onkologisk Forum, slik at vi får en strek multi-disiplinær forening og sammen kan tale kreftmiljøets sak nasjonalt.

Hvor ser du de største fremtidige utfordringer for landets kreft-avdelinger?

-Jeg ser en del som et stort paradoks og en fremtidig utfordring at vi bruker våre beste folk og store ressurser til å forske frem ny kreftbehandling, men at vi så kan komme i en situasjon hvor vi ikke har råd til å ta den nye behandlingen i bruk. Helt til nå har vi kunnet tilby den samme gode behandlingen til hele befolkningen, rike som fattige. De sitter side om side og venter på cystostatika i poliklinikken. Det synes jeg vi kan være stolte av! Jeg synes det vil være trist om vi kommer i en situasjon der de vel bemidlede kan kjøpe seg til annen og bedre behandling enn resten av befolkningen.

Hvor ser du de største fremtidige sjansene for landets kreftavdelinger?

-Onkologien har utviklet seg enormt de siste tiårene. Pasienter lever lengre nå – gjennom bedre behandling har vi mulighet til å redde og forlenge liv. Jeg håper og tror at denne utviklingen fortsetter. Det er jo dette som er motivasjonen bak forskning og derfor vi tar i bruk ny behandling. Jeg tror på at fremtidig behandling vil bli mer individualisert, men tviler på at vi vil oppleve et paradigmeskifte av stor klinisk betydning på dette feltet i løpet av de nærmeste årene. Om vi vil bidra til at ny kunnskap fra laboratoriet kommer til klinisk nytte må det satses målbevisst på kliniske studier, ikke utelukkende på kostbare laboratorie-platformer.

Ny IKT-teknologi vil åpne muligheter for å samarbeide på nye måter på tvers av behandlingsnivåer. Slik kan vi skape bedre pasienttilbud og forhåpentligvis også spare kostnader og bli mer effektive slik at vi får mest mulig pasientbehandling ut av pengene.

Hvordan ser du for deg samarbeidet mellom Norsk Onkologisk Forening og Onkologisk Forum i tiden fremover?

-Onkologisk Forum er et årlig møte hvor hele "Kreft-Norge" samles. Noe av suksessen ligger i at møtet er knyttet opp til de nasjonale faggruppene for kreft. Derfor greier vi å samle både onkologer, kirurger, patologer, radiologer, epidemiologer, sykepleiere og basalforskere på samme møte. Styret har arbeidet for at Onkologisk Forum skal bli mer enn et møte. På generalforsamlingen 22.november vil vi legge frem forslag til om å stifte foreningen Onkologisk Forum, en multidisiplinær interesseorganisasjon for alle som arbeider med kreft i Norge. Vi håper at en slik organisasjon skal kunne spille en helsepolitisk rolle, samtidig som den fremmer god fagutvikling og nettverksbygging på tvers av geografiske og spesialitets- og yrkesmessige skillelinjer.

Noe du har lyst å si til landets onkologer?

-Støtt opp om Onkologisk Forum, slik at vi får en strek multidisiplinær forening og sammen kan tale kreftmiljøets sak nasjonalt. (red: se egen artikkel i dette nummeret)



Tone Ik Dahl

Tone Ik Dahl: "Leder for å bidra til best mulige forhold."

Prosjektdirektør dr med
Stab medisin, helsefag og utvikling, Oslo
universitetssykehus

Studert medisin i Oslo og er Dr. med fra UiO.
Jobbet med ledelse fra 2006 i tillegg til
forskningsaktivitet, flere styreverv og klinisk
virksomhet.

Yndlingsfarge: Rød

Yndlingsbok / -forfatter: "De usynlige" Roy
Jacobsen – kjempe god bok som jeg anbefaler
på det varmeste.

Yndlingsband / - musikk: Mange sjangre, alt til sin
bruk. Fra Sting og Norah Jones når jeg kjører bil,
til Beethoven, Verdi og Vivaldi i konsertsalen.

Annonce

Annonce



Norsk onkologisk
forening
DEN NORSKE LEGEFORENING



CNS tumores og lymfomer

Torsdag 6. februar*

- 17.00 Velkommen fra NOF**
w/ styreleder NOF
- 17.05 Epidemiologi, etiologi og patologi av CNS tumores**
w/ overlege David Scheie, patologisk avdeling, OUS, Oslo
- 17.40 Supra- and infratentorial brain tumors from childhood to maturity**
Spinal cord tumors from childhood to maturity
w/ professor Thierry Huisman, department of radiology, Johns Hopkins Hospital, Baltimore, USA
- 18.30 Pause**
- 18.45 Diffusion weighted and diffusion tensor imaging in neuro-oncology**
w/ professor Thierry Huisman, department of radiology, Johns Hopkins Hospital, Baltimore, USA
- 19.35 Pause**
- 19.50 Tumor-like lesions of the central nervous system**
w/ professor Thierry Huisman, department of radiology, Johns Hopkins Hospital, Baltimore, USA
- 20.30 Middag**
- *Forelesningene denne dagen er også åpen for
nevro-onkologer, nevro-radiologer og nevrologer*

Fredag 7. februar

- 08.45 Kirurgisk behandling av CNS tumores**
w/ professor Eirik Helseth, nevrokirurgisk avdeling, OUS, Oslo
- 09.35 Pause**
- 09.50 Onkologisk behandling av CNS tumores, 'from past to present'**
w/ professor Roger Henriksson, Radiumhemmet, Karolinska University Hospital, Stockholm
- 10.50 Pause**
- 11.05 Epidemiologi, etiologi og patologi av lymfomer**
w/ professor Lars Helgeland, patologisk avdeling, Haukeland universitetssykehus, Bergen
- 11.45 PET scan i lymfom diagnostikk og monitorering av behandlingsrespons**
w/ professor Trond Velde Bogsrud, nuklær medisin avdeling, OUS og Århus University Hospital
- 12.15 Lunsj**
- 13.15 Onkologisk behandling av Morbus Hodgkin**
w/ overlege Alexander Fosså, onkologisk avdeling, OUS, Oslo
- 14.00 Pause**
- 14.15 Onkologisk behandling av Non Hodgkin lymfom**
w/ overlege Arne Kolstad, onkologisk avdeling, OUS, Oslo
- 15.15 Oppsummering og slutt (15.30)**

Randi Margit Ruud Mathiesen forsvarte sin avhandling "Analyses and clinical relevance of tumor-related single cells in blood and bone marrow in breast cancer." for graden PhD ved UiO den 23.05.13.

Analyses and clinical relevance of tumor-related single cells in blood and bone marrow in breast cancer



Enkeltkreftceller hos brystkreftpasienter: Lege og forsker Randi M. R. Mathiesen har vist at pasienter med store brystkreftsvulster hvor standard brystkreftbehandling ikke utrydder enkeltkreftceller i benmargen, har dårligere prognose. I tillegg har hun jobbet med en metode som påviser genforandringer i enkeltkreftceller. Hun har også vist at brystkreftpasienter som får tillegg av medikamentet bevacizumab, når de behandles før operasjon, kan ha nytte av å få tatt blodprøver

underveis for å få målt antallet av en cellype som danner veggene i blodkar (endotelceller). Dette kan si noe om behandlingseffekten.

I sin avhandling "Analyses and clinical relevance of tumor-related single cells in blood and bone marrow in breast cancer" viste Randi M. R. Mathiesen og hennes medarbeidere at pasienter med enkeltstående kreftceller i benmargen 9 måneder etter avsluttet behandling, hadde dårligere prognose enn pasienter hvor disse cellene ikke var tilstede. En gruppe på 236 pasienter med store svulster på diagnostetidspunktet, ble fulgt i inntil 10 år. Dette kan bety at benmargssundersøkelse bør være en del av kontrolltilbudet for brystkreftpasienter med store svulster. Disse pasientene kan potensielt ha nytte av en tilleggsbehandling for å redusere risikoen for at de får tilbakefall. Videre beskrives det i avhandlingen en metode for hvordan man kan studere om det foreligger spesielle genetiske forandringer i enkeltstående kreftceller i blod eller benmarg. Med denne metoden er det potensielt mulig å finne ut om kreftcellene har spesiell aggressive karakteristika, eller om det er særtrekk ved cellene som kan utnyttes i utviklingen av mer skreddersydd brystkreftbehandling. I tillegg så man på en annen gruppe brystkreftpasienter som fikk bevacizumab som tilleggsbehandling før operasjon. Dersom antall endotelceller i blod før og etter behandling holdt seg stabilt, var det bedre effekt av behandlingen. Dette kan potensielt hjelpe oss til å finne ut hvilke pasienter som har nytte av denne behandlingen.

Hege Oma Ohnstad forsvarte sin avhandling "Novel therapeutic strategies in sarcoma." for graden PhD ved UiO den 21.05.13.

Novel therapeutic strategies in sarcoma



Potensielt nye behandlingsstrategier i ben- og bløtvevskreft

Cand. med. Hege Oma Ohnstad har i sin doktorgradsavhandling beskrevet nye strategier som kan forbedre behandling av kreftpasienter med sjeldne ben- og bløtvevssvulster. Med dagens behandling av ben- og bløtvevskreft har man oppnådd relativt god overlevelse hos pasienter med begrenset sykdom. For avansert ben- og bløtvevskreft er imidlertid overlevelsen dårlig til tross for kombinert behandling med kirurgi,

strålebehandling og kombinasjon av flere cellegifter. Resultatene synes å ha nådd et platå og vil trolig ikke bli vesentlig bedre uten at vi tar i bruk nye metoder og annerledes virkende medikamenter. I avhandlingen «Novel therapeutic strategies in sarcomas» finner Hege Oma Ohnstad og medarbeidere at for utvalgte bløtvevssarkomer med spredning til lungene kan cellegift gitt før operasjon av lunge-svulstene gi økt overlevelse for noen pasienter. I tillegg søkes det nå etter medikamenter med effekt på nøye definerte signaleringsveier i cellen. Ohnstad og medarbeidere viser i sin studie at det i mange ben- og bløtvevssvulster forekommer spesifikke genforandringer som kan gjøre svulstene følsomme for slik målrettet behandling. Hvorledes kreftsvulstene reagerer på dagens cellegiftbehandling synes også å være relatert til kreftcellenes spesielle genuttrykk og hvilke gener som er skadet. Ohnstad og medarbeidere har derfor i cellekulturer undersøkt kombinasjonen av et nytt målrettet medikament, Nutlin-3a, og standard cellegifter brukt mot ben- og bløtvevssvulster. Resultatene viser at slik målrettet terapi har potensiale for flere kreftsvulster enn først antatt og at cellegiftbehandling i kombinasjon med Nutlin-3a kan redusere den nødvendige dosen av cellegift. Resultatene er således lovende og kan bidra til videre utvikling av nye behandlingsmetoder for spesielle typer ben- og bindevevssvulster

Annonce

Doktorgrad

Dag Torfoss forsvarte sin avhandling
”Penicillin G plus an aminoglycoside
in febrile neutropenia” for graden PhD
ved UiO den 21.03.13:

Penicillin G plus an aminoglycoside in febrile neutropenia



Annonse

Lege og forsker Dag Torfoss har i sin avhandling Penicillin G plus an aminoglycoside in febrile neutropenia oppsummert studier med penicillin og aminoglykosid ved feber etter cellegiftbehandling. Alle studiene viser at penicillin og aminoglykosid er effektiv og sikker tidlig behandling til disse pasientene. Videre har han og hans medarbeidere gjennomført en klinisk undersøkelse med 174 pasienter der han viser at aminoglykosid gitt en gang i døgnet er like effektiv som tre ganger i døgnet. Dette har forenklet behandling med penicillin og aminoglykosid. Til slutt viser han at ingen laboratorieprøver er bedre enn regelmessig klinisk undersøkelse av pasienter med feber etter cellegiftbehandling for å fange opp komplikasjoner til behandlingen.

Nye spesialister i onkologi:

Amundsen Anita	Stene Jan Boris
Holmberg Mats Rickard Hans (overført fra Sverige)	Stenvold Helge
Kvåle Rune	Suntharalingam Sutharsan
Lofterød Trygve	Yri Olav Erich
Pedersen Dorte Elsebet	Gratulerer!

Anne Gry Bentzen forsvarte sin avhandling "Treatment and outcome of anal cancer in Norway" for graden PhD ved Universitetet i Tromsø Norges Arktiske Universitet den 13.06.13.

Treatment and outcome of anal cancer in Norway



Avhandlingen er basert på komplette nasjonale tall på behandlingsresultat fra pasienter som ble behandlet for anal cancer fra 2000-07 og en oppfølgingsstudie av langtidsoverlevelse for kartlegging av uønskede seneffekter.

Behandlingsresultatene er i samsvar med tilsvarende uselekterte studiepopulasjoner. Over-

levelsen er relativt god med 5 års cancer spesifikk overlevelse på 75 %, men nær en fjerdedel residiverer. Menn og pasienter med økt sykdomsstadium har økt risiko for residiv. Balanseringen mellom risiko for potensielt livstruende toksisitet opp mot fare for utilstrekkelig behandling er et klinisk dilemma spesielt hos alderssvekkede og pasienter med komorbiditet. Individuell vurdering og tilpasning er ofte påkrevd, men i utgangspunktet bør alle uansett alder bli vurdert for full behandling.

Residivfrie overlevelse etter anal cancer med minimum 2 års oppfølging ble tilbudt deltagelse i en tverrsnittundersøkelse for kartlegging av helserelatert livskvalitet, nevrotoksisitet og avføringslekkasje. Deltagerens selvopplevde helse ble belyst ved hjelp av spørreskjemaene EORTC QLQ-C30 og QLQ-CR29 og SCIN (Scale of Chemotherapy-Induced long-term Neurotoxicity). St. Marks score for fekal inkontinens ble utført ved tlf. intervju. Resultatene som ble sammenlignet med alder- og kjønns-matchede kontroller fra normalbefolkningen viste at anal cancer overlevelse hadde betydelig nedsatt sosial- og rollefunksjon, nedsatt global livskvalitet, mer diaré, setesmerter, luft- og avføringslekkasje og problemer relatert til seksualfunksjon. Hele 43 % rapporterte avføringslekkasje av varierende grad og 64 % beskrev manglende evne til å utsette avføring i 15 minutter etter oppstått avføringstrang. Varierende grad av livsstilsendring på bakgrunn av fekal inkontinens ble rapportert av 80 % hvorav nesten halvparten oppga at dette medførte daglige livsstilsendringer. Nevrotoksisitet var ikke et fremtredende symptom selv om det var en tendens til mer øresus blant cisplatinbehandlede.

Cecilie Delphin Amdal forsvarte sin avhandling "Evaluation of palliative treatment in patients with cancer of the oesophagus - Interventions, symptoms and patient-reported outcome in studies of different design." for graden PhD ved UiO den 13.09.13.

Evaluation of palliative treatment in patients with cancer of the oesophagus – Interventions, symptoms and patient-reported outcome in studies of different design



Uhelbredelig spiserørskreft gir mange plager og kort forventet levetid, men lege og forsker Cecilie Delphin Amdal har vist at en ny behandlingskombinasjon kan hjelpe slike pasienter. Den nye behandlingskombinasjonen som består av stent (innvendig nettingrør) etterfulgt av strålebehandling inni spiserøret (brakyterapi), gir rask og effektiv lindring av synkebesvær og er spesielt godt egnet for pasienter som trenger umiddelbar lindring. Brakyterapi både med og uten stent gir god lindring innen få uker.

I avhandlingen Evaluation of palliative treatment in patients with cancer of the oesophagus - Interventions, symptoms and patient-reported outcome in studies of different design har Amdal og medarbeidere undersøkt og beskrevet pasientenes symptomer, livskvalitet og behandling. De bekrefter at pasientene har mange plager og redusert livskvalitet før behandling. I enkelte studier rapporterte pasientene at strålebehandling og kjemoterapi ga lindring og bedret livskvalitet. Brakyterapi med eller uten stent bedret symptomer og livskvalitet knyttet til spising mens den generelle livskvaliteten ikke ble bedret. Levetiden var kort; median overlevelse varierte fra 3 til 12 måneder i de inkluderte studiene. Kunnskap om hvilke faktorer som kan si noe om forventet gjenstående levetid er viktig for å kunne velge riktig behandling for hver enkelt pasient. I tillegg til sykdomsstadium var pasientenes funksjon og symptomer sterkest assosiert med overlevelse.

Avhandlingen bygger på tre studier publisert i tre artikler; en tilbakeskuende (retrospektiv) studie av pasienter behandlet ved Radiumhospitalet i en ti-års periode, en systematisk oversiktsstudie over effekten av lindrende strålebehandling og kjemoterapi sett fra pasientenes synspunkt og en sammenliknende studie hvor pasientene ved loddtrekning (randomisert) ble valgt ut til å få enten stent etterfulgt av brakyterapi eller brakyterapi alene.

Olav Eric Yri forsvarte sin avhandling "Germline genetic polymorphisms and morphological grading in malignant lymphomas: Impact on susceptibility and patient outcome." for graden PhD ved UiO den 04.10.13:

Germline genetic polymorphisms and morphological grading in malignant lymphomas: Impact on susceptibility and patient outcome



Lege Olav Erich Yri har i sin doktorgradsavhandling funnet faktorer som kan ha betydning i utviklingen av ulike typer av lymfekreft og for effekt av cellegiftbehandling av lymfekreft. De mange ulike undergruppene av lymfekreft har tildels svært ulike biologisk oppførsel og prognose. Det er derfor viktig å lete etter mekanismer bak utviklingen av lymfekreft og faktorer som kan påvirke effekten av cellegiftbehandling, slik at behandlingsvalgene kan gjøres på så godt

grunnlag som mulig. I avhandlingen "Germline genetic polymorphisms and morphological grading in malignant lymphomas: Impact on susceptibility and patient outcome" har Yri og medarbeidere studert tre undergrupper av lymfekreft. For follikulært lymfom, generelt ansett som uheldelig, fant Yri og medarbeidere at gradering av svulstene etter kriteriene i WHO's anbefalinger identifiserte en gruppe pasienter som kan helbredes med aggressiv cellegiftbehandling. I blod fra pasienter med Hodgkins lymfom og diffust storcellet B-cellelymfom fant man at varianter i gener for proteiner involvert i reguleringen av immunforsvarets funksjon kan påvirke risikoen for å utvikle lymfekreft. Det samme ble funnet for gener for proteiner involvert i omdannelse og utskillelse av miljøstoffer som man tror kan forårsake lymfekreft. Videre fant man at slike genvarianter for proteiner involvert i omsetting og utskillelse av cellegift kan ha betydning for effekten av behandling og dermed overlevelsen av lymfekreft. Til slutt fant man at behandling med antistoffet rituximab bedret overlevelsen hos pasienter med bestemte variasjoner i genet for proteinet Tumor Nekrose Faktor Alfa, som er sentralt i reguleringen av immunforsvarets funksjon. Resultatene kan bidra til å øke forståelsen av biologien i ulike undergrupper av lymfekreft og forbedre den medikamentelle behandlingen av disse.

Kristine Engen Andreassen forsvarte sin avhandling "Epidemiological and genetic aspects of testicular germ cell tumors: Population based cohort and genetic association studies." for graden PhD ved UiO den 29.08.13:

Epidemiological and genetic aspects of testicular germ cell tumors: Population based cohort and genetic association studies



Forekomsten av testikkelkreft i Norge er av de høyeste i verden. Til sammenligning er den dobbelt så høy som i Sverige. De siste 50 år har man sett en sterk økning av forekomsten, årsaken til dette er ukjent. Omtrent 5 % av pasienter som har hatt kreft i den ene testikkelen (unilateral testikkelkreft) får senere kreft også i motsatt testikkel (bilateral testikkelkreft). I sin avhandling Epidemiological and genetic aspects of testicular germ cell tumors: Population based cohort and genetic association

studies har Lege Kristine Engen Andreassen sammen med kolleger undersøkt forekomsten av bilateral testikkelkreft i perioden 1953-2007. Det har vært en fordobling av forekomsten av både unilateral og bilateral testikkelkreft i perioden etter 1980, sammenliknet med perioden før. Man gjorde funn som tyder på at behandling med cisplatin-basert cellegift kan redusere risikoen for å få bilateral testikkelkreft.

Testikkelkreft er mest sannsynlig en sykdom der både gener og miljøfaktorer påvirker sykdomsutviklingen. Kunnskap om de biologiske mekanismene som forårsaker testikkelkreft er fortsatt mangelfull, men fosterlivet antas å være en kritisk periode for påvirkning. Ved å studere genetiske forskjeller hos både pasienter og deres foreldre hos nordmenn og svensker fant forskningsgruppen ut at flere genetiske varianter er forbundet med risiko for utvikling av testikkelkreft. De fant også at for et av de undersøkte genene var risikoen økt bare dersom genvarianten var arvet fra mor. Disse resultatene kan gi nye ledetråder om årsakene til at noen får testikkelkreft. Det ble ikke funnet noen forskjell mellom den norske og den svenske befolkningen i dette studiet. Dette indikerer at det er andre gener som spiller en rolle for forskjellen i testikkelkreftorisiko mellom disse landene, kanskje i kombinasjon med miljøfaktorer.

Fagstipend 2014



Norsk onkologisk
forening
DEN NORSKE LEGEFORENING

Norsk Onkologisk Forening annonserer fagstipend for 2014

NOF medlemmer kan søke om stipend med maks beløp inntil 15.000 kr. per person for deltakelse ved ulike konferanser / kongresser, kurs eller for hospitering ved en annen institusjon. Det deles ut inntil 200.000 kr for 2014, fordelt på 2 ganger i året, dvs. inntil 100.000 kr henholdsvis vår og høst. Søknadsfristene er 20.februar og 20.september og disse må overholdes.

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

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

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

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

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

NOF inviterer sine medlemmer til å søke fagstipend 2014.

Søknadsfristene for innmelding er 20.02.2014 og 20.09.2014.

Søknaden sendes til NOF's styret ved Andreas Stensvold: ASTEN@ous-hf.no

NYTT! Faggruppe stipend



Norsk onkologisk
forening
DEN NORSKE LEGEFORENING

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 bemerkes at pengestøtten ikke bør brukes for å finansiere skriving av handlingsprogram, da dette forventes finansiert av H-dir.

Stipendet kan gis på bakgrunn av skriftlig søknad vedlagt faggruppens regnskapsoversikt for 2013.

NOF inviterer onkologiske faggrupper til å søke fagstipend

Søknadsfristen for innmelding er 20.09.2014

Søknaden sendes til NOF's styret ved Andreas Stensvold: ASTEN@ous-hf.no

NYTT! NOF ESTRO kurs stipend



Norsk onkologisk
forening
DEN NORSKE LEGEFORENING

Norsk Onkologisk Forening annonserer ESTRO kurs stipend

NOF har satt av et beløp på kr 75000 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.

Søknaden sendes til NOF's styret ved Andreas Stensvold: ASTEN@ous-hf.no

Årets Onkolog 2014



Norsk onkologisk
forening
DEN NORSKE LEGEFORENING

Norsk Onkologisk Forening inviterer til nominering Årets Onkolog 2014

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 1.oktober.

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

NOF inviterer sine medlemmer til å nominere kandidater til prisen Årets Onkolog 2014.

Fristen for innmelding er 20.09.2014. Prisen vil bli delt ut på Onkologisk Forum 2014.

Innmelding sendes til NOF's styret ved Andreas Stensvold: ASTEN@ous-hf.no

Bokanbefaling

Siddhartha Mukherjee: Keiseren over alle sykdommer

Ved Terje Risberg

Sommeren i år var alle sommers mor. Selv satt jeg på den ytterste ø, stablet vennlig opp av familie som hadde båret alt nødvendig over til hytta, mens jeg selv kun hadde hatt en nylig isjias-operert, litt tung kropp å slite med. Strålende sol, små plager og velfylt lager av vin i alle regnbuens farger. Myk stol, tung bok. Optimal sedat ferie.



Gledet meg til denne kubben av et verk som en av mine venner påsto han hadde lest på tre dager. Ikke så med meg. Boken, som vant Pulitzerprisen som beste sakprosa-bok i 2011, er på over 600 sider og er spekket med referanser, noter og forklaringer.

Historien begynte som en dagbok der Mukherjee noterte alle sine opplevelser i løpet av et steinhardt år som læregutt i onkologi. Derfra sprang drømmen til et prosjekt om kreftens historie, som ender i historien om det sårbare mennesket både i skikkelse av behandlere og pasienter. Han skriver så en kan kjenne mugg og formalinlukt fra Sidney Fabers knøttlille laboratorium i Boston en desembermorgen i 1947. Denne einstøingen, utdannet patolog, hadde bestemt seg for å finne behandling for kreft slik at han kunne bevege seg oppover i etasjene og få lov å behandle levende mennesker, eller retttere sagt barn. Studiet av leukemi hadde stått i stampe helt siden sykdommen ble beskrevet i 1845.

Ankomsten av en slik pasient forårsaket en sverm av opphisselse blant de lærde, ble diskutert på legevisitten med professoral grandiositet og deretter, som det tørt ble bemerket i et medisinsk tidsskrift "diagnostisert og transfundert – så sendt hjem for å dø". Fabers drøm fra katastrofen med å gi folsyre til leukemipasientene, til deretter å forsøke en nylig syntetisert antagonist, ga de første remisjoner ved akutt barneleukemi.

Boken er en reise gjennom tusenårene før vår tid til den mest moderne medisin. Plutselig opplever en at boken er om oss. Våre liv, vevet inn i kampen mot kreft i alle sine aspekter, som foregår akkurat nå. Lærerik, spennende som en roman, og så nær at en av og til må stanse opp for å kjenne på følelsen av at dette er mitt liv.

Jeg drakk opp vinen, leste boken med intens glede og greide å ynke meg såpass at sommerens sørvis holdt seg på et høyt nivå.

Så til dere, selv om dere ikke har mine fordeler, les boken. Jeg garanterer at vi alle opplever glede, spenning og til med kan bli litt bedre leger.

God bok!

Annonse

Annonce

Annonce