

INDHOLD

1. Præ-operativ stadieinddeling af lungecancer med PET/CT
6. Feltlæge i Afghanistan
9. Disputatsresumé
11. Posterpris ved FSK 2009
12. Referat fra SKA's 13. årsmøde
15. Personalenytt:
 - Benedikte Hasselbalch modtager Young Investigator Award
 - Jens Pedersen-Bjergaard modtager Kræftens Bekæmpelses Seniorforskerpris
15. Vidste du, at..?
16. Nyt fra SKA
19. Internationale møder
20. SKA kursusprogram 2010

Præ-operativ stadieinddeling af lungecancer med PET/CT



Af
Barbara Malene
Fischer
læge, PhD
Klinisk Fysiologisk
og Nuklearmedi-
cinsk afdeling
Hvidovre Hospital

delse med diagnostik og planlægning af behandling ved en række onkologiske sygdomme, herunder lungecancer.

I juni 2009 publicerede en gruppe danske læger resultaterne af verdens første randomiserede undersøgelse af PET/CT ved ikke-småcellet lungecancer (PERALUST) i New England Journal of Medicine. Studiet viste, at det ved systematisk brug af PET/CT i den præ-operative udredning af patienter med lungekræft er muligt at reducere såvel det totale antal thorakotomier som antallet af såkaldte "unyttige" thorakotomier (1). I det følgende skitseres projektets baggrund, metoder og resultater (for yderligere detaljer henvises til artiklen).

Siden PET/CT blev introduceret i starten af dette årtusinde, er metodens udbredelse på det nærmeste eksploderet. Dette gør sig i særlig grad gældende inden for onkologien, hvor adgang til PET/CT efterhånden må anses for helt nødvendig. Med sin kombination af funktionelle og anatomiske oplysninger spiller PET/CT ofte en nøglerolle i forbin-



Figur 1. Eksempel på PET/CT scanning. 61-årig mand med NSCLC, primær tumor lokaliseret i relation til venstre hovedbronchus og med spredning til mediastinale lymfeknuder.

Præ-operativ stadiestruktur af lungecancer med PET/CT

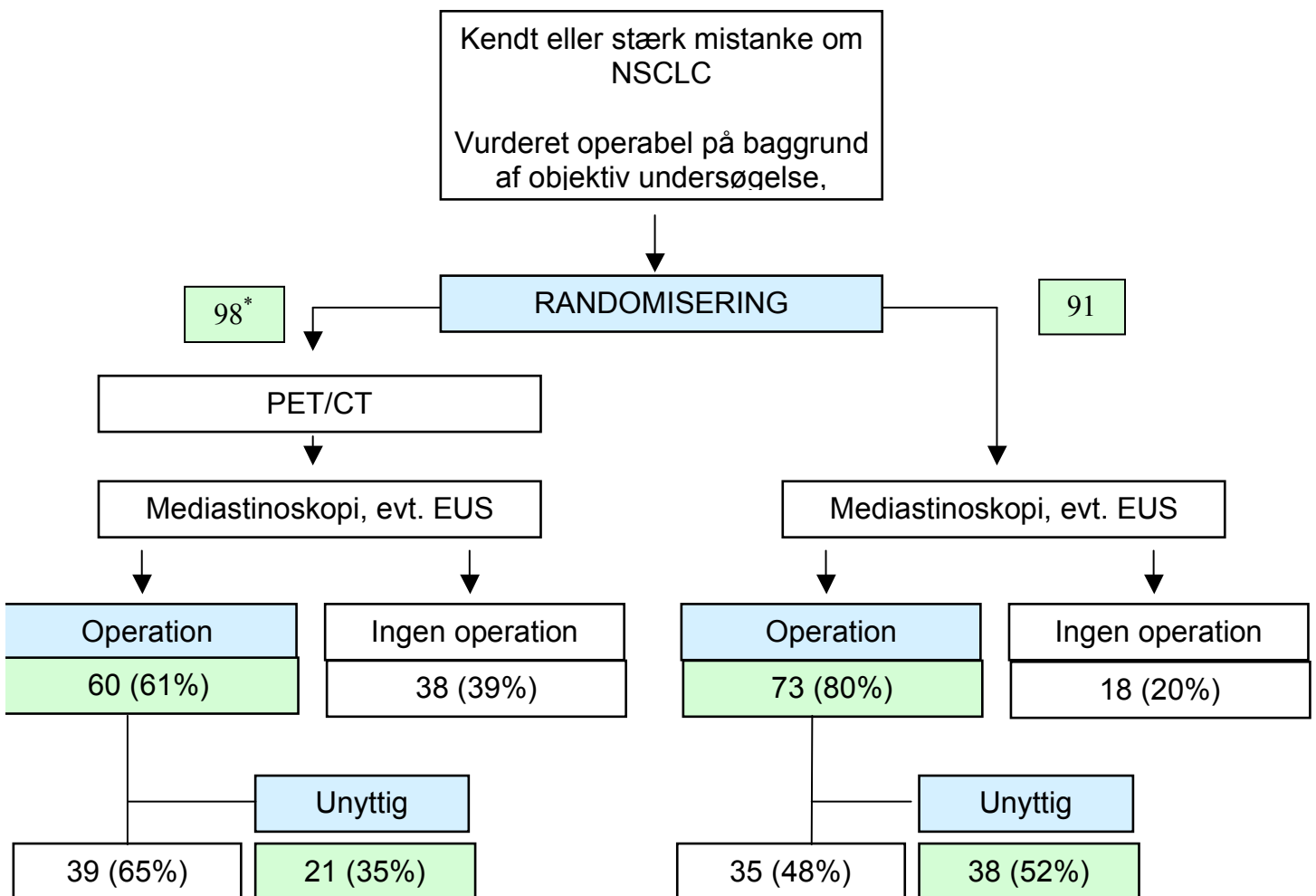
Baggrund

Stadiestruktur af ikke-småcellet lungecancer var en af de første indikationer for PET godkendt af Medicare, og mængden af studier om værdien af PET netop ved lungecancer er betydelig. Præcis stadiestruktur er afgørende for valget af den bedste behandling til en patient med lungecancer.

Ved utilstrækkelig præoperativ udredning og stadiestruktur øges risikoen for resektion af benigne tumorer, eksplorativ thorakotomi og tidligt recidiv efter behandling med kurativ intention (2).

I 2002 blev den første randomiserede undersøgelse af PET (uden CT) ved

stadiestruktur af lungecancer publiceret i Lancet (PLUS studiet) (3). Dette studie viste, at antallet af unyttige thorakotomier kunne reduceres med op til 50%. I 2004 blev et lignende studie fra Australien publiceret, men der fandtes ingen signifikant reduktion i antallet af thorakotomier (4). I 2003 fandt den første systematiske sammenligning



* 12 patienter fik ikke foretaget PET/CT pga af logistiske problemer.

Figur 2: Undersøgelsens flow og fordeling af primære endepunkter.

Præ-operativ stadiestruktur af lungecancer med PET/CT

mellem stadiestruktur af lungecancer med PET alene og kombineret PET/CT frem til New England Journal of Medicine's spalter (5). I dette arbejde fandt man, at PET/CT først og fremmest var PET overlegen ved beskrivelse af primær tumor (T-stadie) og kun i mindre grad ved beskrivelse af evt. spredning til mediastinale lymfeknuder (N-stadie). I hvor høj grad denne lidt bedre diagnostiske præcision rent faktisk havde betydning for den kliniske beslutningsproces var fortsat usikker.

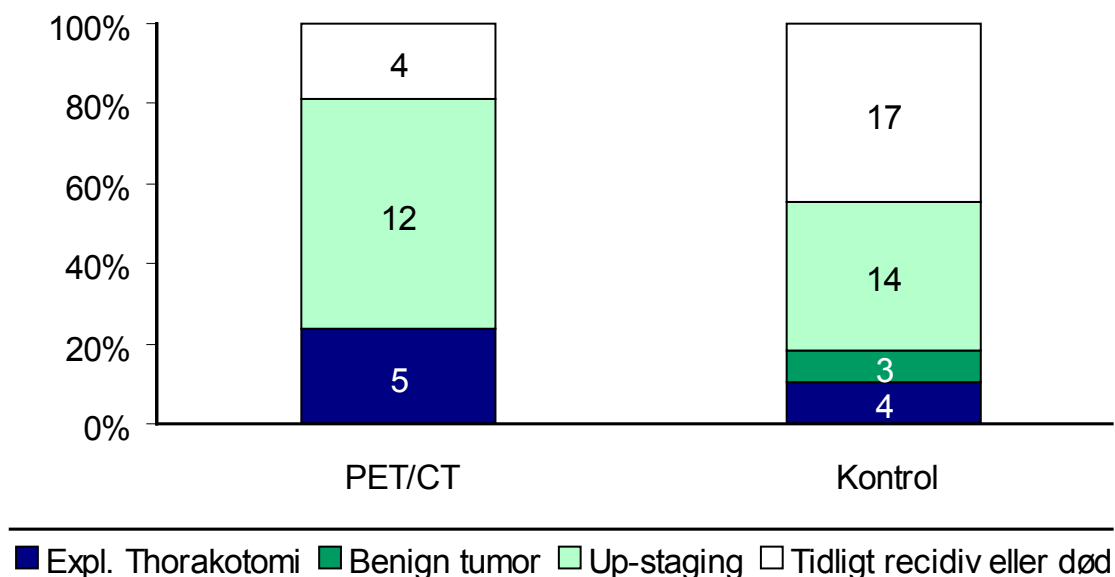
Metode

PERALUST studiet blev initieret af overlæge, PhD Ulrik Lassen fra Onkologisk Klinik, Rigshospitalet og overlæge dr.med Jann Mortensen, Klinik for Klinisk Fysiologi, Nuklearmedicin og PET, Rigs-

hospitalet. Patientinklusionen startede i januar 2002 fra de lungemedicinske afdelinger på Gentofte Hospital og Bispebjerg Hospital. Senere kom også lungemedicinsk afdeling ved Næstved Sygehus med. Mediastinoskopier og operationer blev foretaget på Thoraxkirurgisk afdeling på hhv. Gentofte Hospital og Rigshospitalet. Alle PET/CT skanninger blev foretaget på Klinik for Klinisk Fysiologi, Nuklearmedicin og PET, Rigshospitalet og blev beskrevet af en erfaren nuklearmediciner (overlæge, PhD Annika Loft) og radiolog (overlæge Anne Kiil Bertelsen). Beslutningen om patientens endelige stadie, og om hvorvidt operation skulle tilbydes, blev truffet i samarbejde mellem lungemediciner og thoraxkirurg på baggrund af alle tilgængelige informationer (kliniske data, bronkoskopi, CT-scanning, PET/CT hvis udført, mediastinoskopi,

evt. endoskopisk eller endo-bronkial ultralyd (EUS/EBUS)).

Projektet var fra starten dimensioneret til at inkludere 215 patienter i hver arm, med en interimanalyse efter inklusion af i alt 220 patienter. Studiet blev dog lukket i februar 2007 på grund af langsom rekruttering af patienter. Studiets primære endepunkt var hyppigheden af unyttige thorakotomier. For at klassificere en thorakotomi som "unyttig" skulle mindst én af følgende kriterier være opfyldt: 1) eksplorativ thorakotomi, for eksempel på grund af inoperabel T4 tumor, 2) thorakotomi resulterer i fjernelse af benign lungetumor, 3) up-staging i forbindelse med operationen, hvor patienten findes at have spredning til mediastinale lymfeknuder (IIIA/N2), kontralaterale hilære lymfeknuder (IIIB), eller fjernmetastaser



Figur 3: Årsag til futile operationer

Præ-operativ stadieinddeling af lungecancer med PET/CT

(IV), 4) patienten får recidiv eller dør af sin sygdom inden for 12 måneder. Det totale antal af thorakotomier såvel som antallet af unyttige thorakotomier i de to grupper blev sammenlignet med χ^2 -test, 2-sidet signifikansniveau på 0,05 og ud fra "intention-to-treat" princippet.

Resultater

Undersøgelsens flow og fordelingen af patienter er skitseret i figur 2. Der blev inkluderet 189 patienter: 98 patienter til PET/CT gruppen og 91 til konventionel stadieinddeling. Fordelingen af køn, alder, sygdomsstadie, performance status mm. var ens i de to grupper. I PET/CT gruppen var der 12 patienter, som ikke fik udført PET/CT, primært pga. lang ventetid på undersøgelsen. 91% af patienterne i PET/CT gruppen fik foretaget mediastinoskopi, og 43% fik EUS. I kontrolgruppen fik 97% foretaget mediastinoskopi og 33% EUS.

I PET/CT gruppen blev 61% (60 ud af 98 patienter) opereret, i kontrolgruppen 80% (73 ud af 91 patienter), svarende til en absolut reduktion i operationsfrekvens på 19% ($p=0,004$). Årsagen til, at patienterne blev vurderet inoperable, fordelte sig i PET/CT gruppen ligeligt på up-staging til hhv. stadie IV, IIIB og IIIA/N2. I kontrolgruppen blev ingen up-staged til stadium IV, men 2/3 og 1/3 af patienterne blev up-staged til hhv. IIIA/N2 og IIIB.

Baggrunden for up-staging i PET/CT gruppen var resultatet af PET/CT scanningen i 34% (13/38) af patienterne og EUS i 19% (7/38). Resten kan primært tilskrives kombinationen CT og medias-

tinokopi. I kontrolgruppen blev 7 ud af 18 patienter (39%) vurderet inoperable på baggrund af EUS.

Antallet af unyttige operationer i de to grupper var hhv. 21 (35% af alle operationer) i PET/CT gruppen og 38 (52%) i kontrolgruppen ($p=0,05$). I kontrolgruppen var det således 42% af alle 91 patienter, der fik foretaget en unyttig operation, mens hyppigheden i PET/CT gruppen var 21%. Med andre ord kan man undgå en unyttig operation for hver 5 PET/CT scanninger. Andelen af "nyttige" operationer var ens i de to grupper, hhv. 40% (39/98) og 38% (35/91). Der var ingen sammenhæng mellem initialt klinisk stadie, og risikoen for at få foretaget en unyttig operation.

Årsagen til at en operation blev karakteriseret som "unyttig" faldt i 4 grupper: (1) explorativ thorakotomi, (2) benign lungetumor, (3) up-staging (IIIA/N2 til IV), (4) recidiv eller død af lungecancer inden for 12 måneder. Som det fremgår af figur 3, var up-staging og explorativ thorakotomi de hyppigste årsager til "unyttige" operationer i PET/CT gruppen. I kontrolgruppen var det derimod tidlig recidiv eller død, efterfulgt af upstaging, der var de hyppigste årsager til "unyttige" operationer.

Alle patienter blev fulgt i minimum 12 måneder. Den gennemsnitlige follow-up tid var 27 måneder i begge grupper. Den mediane overlevelse i PET/CT gruppen var 31 måneder mod 49 måneder i kontrolgruppen. Dette dækker over store individuelle forskelle, og der var ingen signifikant forskel på overlevelsen i de to grupper

($p=0,29$). Der var heller ingen signifikant forskel i den samlede hyppighed af recidiv blandt alle opererede patienter i PET/CT (21/60) og kontrolgruppen (26/73, $p=0,94$). Derimod var der en forskel i fordeling af recidivernes lokalisering, således havde 62% af patienterne i PET/CT gruppen lokoregionalt recidiv, og 38% havde recidiv i form af fjernmetastaser, mens fordelingen i kontrolgruppen var hhv. 35% med lokoregionalt recidiv og 58% med fjernmetastaser ($p=0,007$).

Diskussion

Definitionen og brugen af "unyttige" operationer som gyldigt endepunkt er kontroversielt. I PERALUST studiet faldt valget på "unyttige" operationer som endepunkt for at sikre sammenlignelighed med det hollandske PLUS-studie (3). Vores definition af "unyttige" operationer er således identisk med deres. Det oplagte og mere robuste alternativ, totale antal operationer, er også analyseret i vores studie og viser en klar reduktion i antallet af operationer. Formålet med at indføre en bedre stadieinddeling er dog ikke alene at reducere antallet af operationer, men at reducere antallet af de operationer, der ikke gavner patientens prognose.

Det kan diskuteres om recidiv eller død inden for 12 måneder er en sikker indikator for operationens værdi for den enkelte patient. Ser man i vores materiale bort fra de "unyttige" operationer, som primært er karakteriseret som sådan på baggrund af tidligt recidiv eller død, er der ingen signifikant forskel mellem de to grupper.

Men skyldes den øgede hyppighed af tidlig recidiv og død i kontrol gruppen kun en tilfældighed eller måske bedre kirurgi i PET/CT gruppen? Eller afspejler det rent faktisk en bedre selektion af patienter til operation ved brug af præoperativ PET/CT?

En af styrkerne ved PERALUST studiet er den konsekvente brug af mediastinoskopi i begge grupper. På trods af dette, samt hyppig anvendelse af EUS, skyldes 24% af de "unyttige" operationer i PET/CT gruppen og 16% i kontrol gruppen ikke tidligere fundet N2-sygdom. Betydningen af denne type N2 sygdom for patientens prognose har været diskuteret, og man kan argumentere for, at disse operationer ikke er "unyttige" (6). Hvis disse operationer i vores materiale blev klassificeret som ikke-unyttige, ville der fortsat være en signifikant forskel i hyppigheden af "unyttige" operationer mellem PET/CT og kontrol gruppen (hhv. 27% og 44%, $p=0.04$).

På baggrund af studiets resultater konkluderer vi, at PET/CT anvendt i forbindelse med præoperativ stadieinddeling af patienter med NSCLC reducerer hyppigheden af "unyttige" såvel som det totale antal operationer.

Referencer

- (1) Fischer BM, Lassen U, Mortensen J, Larsen S, Loft A, Berthelsen AK, et al. Preoperative staging of lung cancer with combined PET-CT. *N Engl J Med* 2009;361(1):32-9.
- (2) Swensen SJ, Brown LR, Colby TV, Weaver AL, Midthun DE. Lung nodule enhancement at CT: Prospective findings. *Radiology* 1996;201:447-55.
- (3) van Tinteren H, Hoekstra OS, Smit EF, van den Bergh J, Schreurs AJM, et al. Effectiveness of positron emission tomography in the preoperative assessment of patients with suspected non-small-cell lung cancer: The PLUS multicentre randomised trial. *Lancet* 2002;359:1388-92.
- (4) Viney RC, Boyer MJ, King MT, et al. Randomized controlled clinical trial of the role of positron emission tomography in the management of stage I and II non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol* 2004;22:2357-62.
- (5) Lardinois D, Weder W, Hany T, Kamel EM, Korom S, Seifert B, et al. Staging of non-small-cell lung cancer with integrated positron-emission-tomography and computed tomography. *N Engl J Med* 2003;348:2500-7.
- (6) Robinson LA, Ruckdeschel JC, Wagner H Jr, Stevens CW, American College of Chest Physicians. Treatment of non-small cell lung cancer stage IIIA: ACCP evidencebased guidelines. *Chest* 2007;132:243S-65S.

SKØ NYT

Udgives af "Sammenslutningen af kræftafdelinger i østdanmark" og udkommer fire gange årligt

REDAKTION

Ansv. red.: Heine Høi Hansen
 Redaktør: Bodil Diemer
 SKA's sekretariat, afsnit 9601
 Rigshospitalet
 Blegdamsvej 58
 2100 København Ø
 Tlf.: 3545 4090
 E-mail: bodil.diemer@rh.regionh.dk

Kontakt til redaktionen

Har du forslag til artikler eller andet indhold, så kontakt Heine Høi Hansen eller Bodil Diemer

TRYK

Hertz bogtrykkergården a/s
 Tlf.: 3254 4022
 E-mail: post@hertz.dk

LAYOUT

Per Diemer
 E-mail: per@diemerillustration.dk

Feltlæge i Afghanistan



af
Sacha Sølbeck
Reservelæge



Efter et år i onkologisk introduktionsstilling på RH valgte jeg at melde mig som reservelæge i det danske Forsvar, og efter 5 måneders intensiv træning gik turen endelig mod Kandahar, Afghanistan til et stort multinationalt felthospital. Jeg er den første reservelæge, som indtil videre har været udsendt med det danske kirurghold i Kandahar. Mine forventninger var store, og jeg glædede mig til at komme frem og se, hvad det egentlig vil sige at være udsendt som læge i en krigszone.

Det danske team har fire måneders udsendelse på hospitalet ad gangen, og herefter overtager et hollandsk team. Hvert hold består af en mave-tarm kirurg, en ortopædkirurg, en anæstesiolog, to operationssygeplejersker og en anæstesisygeplejerske. Og nu også en reservelæge, nemlig undertegnede. Reservelægens opgave er at assistere inden for hhv. kirurgi eller anæstesi, alt efter hvor ens kompetencer ligger. Herudover kan man så forsøge at komme til at arbejde med alt inden for hospitalets regi, afhængig af det øvrige personales temperament.

Vi havde vagt hver anden dag og hver dag desuden 'second call', dvs. rådighedsvagt døgnet rundt. Et canadisk team arbejdede

de modsatte dage, og begge hold blev kaldt ind, når der var flere traumer samtidigt - også kaldet 'mass call'.

Hospitalet var sammensat af flere telte og ganske primitivt opbygget, kan man vist godt sige uden at fornærme nogen. Men det fungerede rigtig godt, og der var det meste af det udstyr, vi havde brug for. Det største problem var, at det ikke var et ret sikkert sted at opholde sig under raketangreb. Lejren er desværre ofte udsat for dette, men vores hold var heldig, idet der kun var få angreb under vores udsendelse. De er ved at bygge et nyt stort hospital, som skulle være sikret mod raketangreb. Det er ikke helt klart, hvornår det står færdigt, men inden for et års tid er et godt bud.

De første dage havde vi ikke så meget at tage os til, da de fleste sårede blev sendt til Camp Bastion i stedet for til os. Jeg tilbragte en del tid på hospitalet alligevel, da der er rigtig mange ting at sætte sig ind i og rigtig mange læger fra forskellige lande at tale med. Ganske fascinerende at være med til morgenkonference med 30 læger fra forskellige lande. Jeg må sige, det kørte rigtig godt trods de forskellige måder at gøre tingene på og selvfølgelig de kulturelle forskelle. Stemningen var god og afslappet det meste af tiden. Helt kunne uoverensstemmelser mellem de forskellige nationaliteter ikke undgås, eftersom alle er læger med stor erfaring inden for deres fag og derfor har en mening om, hvad der er det rigtige.

Dag 3 kom en australsk læge, som stod for traumemodtagelsen, hen til mig og spurgte, om jeg kunne tænke mig at hjælpe dem med at dække vagter til akut modtagelse - altså traumemodtagelse.



Feltlæge i Afghanistan

Det sagde jeg selvfølgelig straks ja til, eftersom det er det, vi har trænet igen og igen på FSU. Jeg fik tre 24-timers vagter om ugen, foruden at jeg jo stadig var på tilkald sammen med kirurgholdet resten af dagene. Han spurgte desuden, om jeg ville være med til at dække 'primary care unit' (altså praktiserende lægearbejde), men det takkede jeg pænt nej til. Jeg var der for at assistere kirurgerne, anæstesilægen og tage imod traumer.

Ved en traumemodtagelse, altså når sårede patienter kommer til modtagelsen, er der udover Trauma Team Lederen (TTL), den funktion jeg nu varetog, også en sygeplejerske, en 'medic', en skriver og en 'runner' i hver 'trauma bay'. TTL leder teamet, undersøger patienten efter ATLS-principperne og hiver specialisterne ind til specifikke procedurer, såfremt det er nødvendigt. De venter pænt bag en linje og træder kun ind, såfremt man beder dem om det. Grænsen mellem hvad man selv må gøre, og hvad specialisterne skal, er flydende, men i princippet skal man holde sig fra de fleste procedurer, således at man har plads til at trække sig tilbage og bevare overblikket. Det er din fornemmeste opgave som TTL. Når patienten så forhåbentlig er stabiliseret, kan denne køres til scanning, operation, observation eller hvad, der ellers skal til.



Hver dag var forskellig. Nogle dage var 'trauma bay' helt fyldt op med patienter, og vi brugte resten af dagen på at operere de tilskadekomne. Andre dage var der stille, og man kunne enten tusse rundt i lejren, gå i det fine nye fitness center, de små butikker i centrum af lejren eller tage sin cykel og cykle hele vejen rundt om

lejren. Det er en pænt lang tur, eftersom Kandahar Air Field er NATO's største 'airfield' i verden.

Patientgrupperne varierede. Mange 'local nationals' kom ind efter at være involveret i trafikuheld. Vi fik bl.a. én, som var kørt galt på motorcykel. Han havde i forvejen mistet det ene ben, men det var han angiveligt kommet sig nok over til nu at køre motorcykel. Han havde hovedtraume (hovedtraumer fra hele Kandahar og Helmand provinsen kom til os, eftersom der altid indgår en neurokirurg i teamet i Kandahar), men var alligevel blevet fløjet til det afghanske militærhospital lige uden for murerne. De havde her afgjort, at det var for meget for dem, og sendte ham til os. Dvs. at da han landede, var han allerede flere timer bagud i sin behandling. Han var dårlig, lavtrykket, trakeostomeret (dvs. luftvej gennem halsen), bevidstløs og havde drænet i lungehulen. Vi bakkede med ham i flere timer, alle specialisterne var på banen, men til sidst måtte vi opgive, idet hans tilstand ikke var forenelig med livets opretholdelse. Han fik sin chance, omend lidt for sent.

Vi behandlede også en del talebanere. De lå isolerede i private rum, afskærmede fra resten af patienterne. Desuden fik de foliebelagte briller og høreværn på, når de skulle transporteres gennem sengeafdelingerne, eller når de lå på intensiv. Det var imperativt, at de ikke så f.eks. tolkene, eftersom disse og deres familier i forvejen var i fare for repressalier.

Ca. halvdelen af dem, der kommer, er overraskende nok børn. De kommer desværre i krydsild mellem koalitionsstyrker og Taleban, men en del var bare slet og ret uheldige. Vi havde på et tidspunkt tre børn liggende på intensiv. De havde haft uheld med forskellige husdyr. En af dem havde 'cow surfet', altså stået op på en kø, og var faldet ned, en anden var blevet trukket efter en okse og den sidste stanget af en ged.

På min første vagt blev en lille pige bragt ind. Hun var blevet ramt af en kugle, som var gået gennem begge ben. Vi fik hende stabiliseret og opereret, og hun overlevede. Desværre fik hun dropfod, hvilket ikke er så hensigtsmæssigt, når man er nomade. Hendes søster kom også under behandling, eftersom hun var blevet skudt gennem nakken med udgangshul gennem hagen. Hun var yderst heldig og fik kun få mén af det.

Dagene og oplevelserne bliver svære at skelne fra hinanden, som

Feltlæge i Afghanistan

tiden går, men nogle episoder skiller sig ud. F.eks. da en lille pige, ca. 3 år gammel, blev bragt ind med helikopter. Hun og hele familien sad i en taxa, da de kørte på en vejsidebombe. Moderen, lillebroderen og faderen samt 4 andre døde på stedet. Hun ankom med sin anden lillebror. Hun snød os lidt, eftersom hun bevægede sig og havde åbne øjne, så vi nåede lige at tro, vi kunne redde hende. Det viste sig dog hurtigt, at dette ikke var tilfældet. Hun var allerede ved ankomsten hjernedød og stod ikke til at redde. Hun havde været uden ilt for længe. Hun lå på skift i mine og en sygeplejerskes arme, indtil hun udåndede efter 4-5 timer. Hendes lillebror overlevede uden en skramme, og selvom han virkede noget præget og var tavs i flere dage, skal han nok komme sig. Hospitalspersonalet brugte lang tid på at søge efter pårørende til den lille mand. Såfremt det ikke lykkes, overgives han til Røde Kors.

Nogle gange er det de helt store ting, der skal sættes i værk. Vi stod i næsten 7 timer ved operationsbordet for at redde en hollandsk soldat, der var kørt på en vejsidebombe. 5 kirurger, 2 anæstesi-læger, 5 sygeplejersker på gulvet, en anæstesisygeplejerske, 3 intensivsygeplejersker, en røntgenlæge, en radiograf, en intensivist og flere konsulenter. Han modtog 60 poser blodprodukter, og derefter måtte vi aktivere det, de kalder 'walking blood



bank'. Her tilkaldes på forhånd udvalgte og screenede soldater, der kommer ind akut og giver blod. Dette kan så med det samme gives til patienten. Vi måtte operere ekstsensivt på ham, men han overlevede og blev fløjet tilbage til Holland i live - efter sigende, er han det fortsat.

Som man forhåbentlig kan læse ud af ovenstående, er arbejdet på felthospitalet i Kandahar en unik læringssituation

for en yngre læge. Man har muligheden for at stå i 'trauma bay' og modtage alt fra svært tilskadekomne patienter til lettere sårede. Man er den, der styrer slagets gang, vurderer og resusciterer. Undervejs i processen kan man så, såfremt det er nødvendigt, indkalde specialister til at udtale sig om det, du fremlægger. Er der brug for at intubere eksempelvis, kan man enten selv gøre dette på lejet eller få hjælp af anæstesi-lægen. Skal patienten opereres, er man velkommen til at assistere ved operationen - eller selv foretage den, evt. under supervision, alt efter hvor meget erfaring, man har inden for området. Det kræver selvfølgelig, at de læger, der er tilknyttet, er velvillige, men jeg må sige, at både de danske læger, jeg var dernede sammen med, og samtlige andre nationaliteter, var yderst flinke til at lade mig komme til og til at lære fra sig.

Som yngre læge, uden den store erfaring inden for hverken kirurgi eller anæstesi, er kombinationen af traumemodtagelse og kirurgi/anæstesi perfekt, idet man virkelig yder et stykke arbejde på egen hånd i traumemodtagelsen og så til gengæld får mulighed for at blive oplært på operationsstuen.

Disputatsresumé

En prospektiv undersøgelse af den sundhedsrelaterede livskvalitet hos patienter med underlivskræft. Metodologiske og kliniske problemstillinger



Af
Overlæge, dr. med.
Marianne Klee
Afdeling for Lindrende Indsats
Sygehus Syd
Region Sjælland

Denne disputats består af en oversigt og 7 artikler, og forsvaret fandt sted den 6. november, 2009.

Undersøgelsen blev udført på Onkologisk afdeling, Rigshospitalet i perioden 1990-1995, og i det sidste år blev der også rekrutteret patienter fra Onkologisk afdeling, Herlev sygehus.

Det overordnede formål med projektet var at beskrive den sundhedsrelaterede livskvalitet hos patienter med cervix-, corpus- og ovariecancer, som modtog strålebehandling eller kemoterapi.

Ved undersøgelsens begyndelse fandtes kun ét spørgeskema, som var testet internationalt, nemlig EORTC QLQ-C30 version 1. Dette blev suppleret med 70 ekstra spørgsmål om fysiske, psykiske og seksuelle påvirkninger som følge af kræftsygdommen eller behandlingen.

Sammen med overlæge Mogens Grønvold blev der udviklet en ny metode til at validere spørgeskemaer med: Man sammenligner patientens skriftlige svar med forskerens vurdering af patientens mundtlige svar på de samme spørgsmål. Resultaterne blev

evalueret kvantitativt ved at udregne en vægtet kappa-værdi og kvalitativt ved forskerens evaluering af interviewet. De vægtede kappa-værdier var høje, og der var kun få spørgsmål, som patienterne ikke kunne forstå.

I samarbejde med overlæge Mogens Grønvold gennemførte man den første befolkningsbaserede undersøgelse af kvinder, som besvarede spørgsmålene i EORTC QLQ-C30 og enten 53 supplerende spørgsmål udformet til brystkræftpatienter eller 70 spørgsmål til patienter med gynækologisk cancer. Sidstnævnte spørgeskema indeholdt 22 spørgsmål om kvindernes seksualliv, og det viste sig, at besvarelsesprocenten var væsentligt lavere på dette skema end på det andet, som kun havde 3 spørgsmål inden for området.

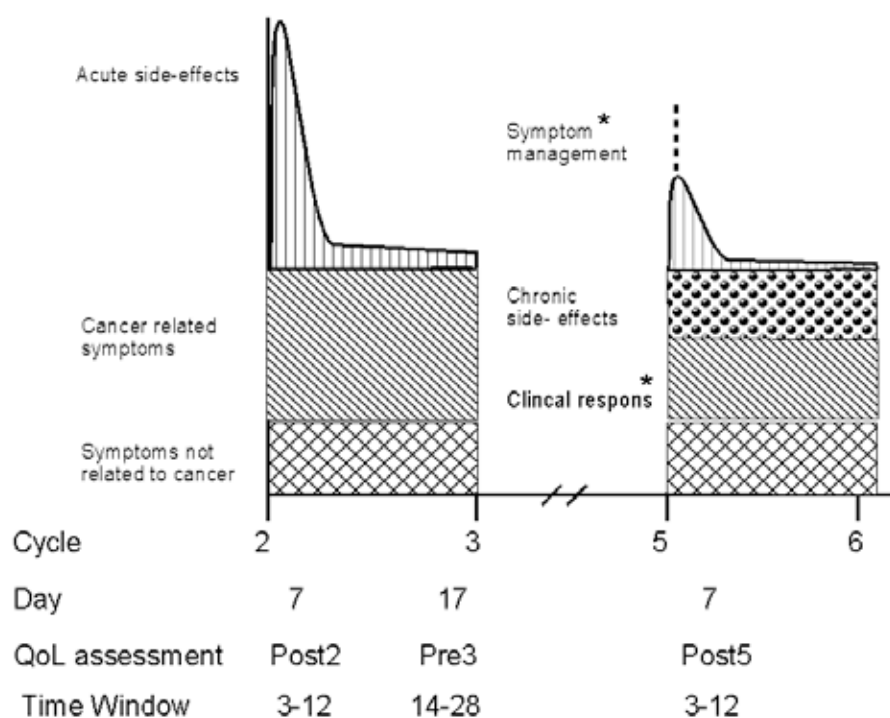
Det er en udfordring at analysere og præsentere data fra prospektive undersøgelser af sundhedsrelateret livskvalitet: der er mange patienter, som ophører med at besvare spørgeskemaerne enten på grund af tilbagefald i sygdommen eller på grund af dødsfald (kaldes 'non-random' = ikke tilfældige, manglende besvarelser), og fordi der er så mange data. I én artikel fokuseredes på simple, grafiske måder, hvorpå man kan præsentere data, så det giver klinik relevant information.

Deltagelsesprocenten blandt ovariecancer patienterne var meget lav. Den kliniske fornemmelse var, at jo mere belastede de var af deres kræftsygdom og dens behandling, jo mindre ønskede de at deltage i undersøgelsen. Undersøgelsen var dog interessant, idet man som en af

de eneste undersøgelser af patienter i kemoterapi havde valgt at 'time' spørgeskemaerne således, at de blev udfyldt på de klinisk set mest relevante tidspunkter: I næsten alle undersøgelser får patienterne udleveret spørgeskemaet den dag, de kommer til dag ét i den serie kemoterapi, de skal have. Skemaet spørger om symptomer en uge tilbage i tiden, og hvis patienterne følger denne instruktion får man således primært informationer om, hvordan kræftsygdommen og evt. kroniske bivirkninger til behandlingen påvirker patienten, men ikke på hvilke bivirkninger, de har oplevet som følge af kemoterapien. I vores undersøgelse blev patienterne bedt om at besvare skemaet 5 dage efter 1. dag i 2. serie og 3 dage før 3. serie samt 5 dage efter 1. dag i 5 serie. Inden data fra undersøgelsen blev analyseret, udviklede vi en model for, hvordan man kan opdele de forskellige fysiske symptomer i akutte bivirkninger (for eksempel kvalme), sygdomsrelaterede symptomer (for eksempel smerter), kroniske bivirkninger (for eksempel parastæsier) eller symptomer på andre tilstande (for eksempel søvnproblemer) eller en kombination af to eller flere af disse kategorier (træthed = akut bivirkning og sygdomsrelateret symptom). Ud fra den kliniske erfaring blev der herefter tegnet en model over de forventede ændringer i de forskellige kategorier af symptomer over tid.

Først herefter blev de kliniske data analyseret i henhold til modellen, og det viste sig, at der var god overensstemmelse mellem de forventede og de fundne resultater. Selvom det er mere besværligt at indsamle data, så

Disputatsresumé



vil en mere bevidst 'timing' af spørgeskemaer til patienter i kemoterapi give mere klinisk relevante data.

I den kliniske undersøgelse var spørgsmålet: Hvilken information kan vi give til kvinder, der behandles for avancerede stadier af livmoderhals- og livmoderkræft om de bivirkninger, de måske kan få i de første sygdomsfrie år efter strålebehandlingen?

Alle patienter med livmoderhals- og livmoderkræft, som blev henvist til onkologisk afdeling Finsencentret, Rigshospitalet og Onkologisk afdeling, Herlev til ekstern strålebehandling blev inkluderet. Deltagelsesprocenten var 74%. Patienterne udfyldte et spørgeskema ved afslutningen af behandlingen, og 1,3,6,12,18 og 24 måneder senere. Deltagelsen blandt de kvinder, som ikke havde effekt af behandlingen, eller som senere fik tilbagefald,

var meget lille. Derfor blev en gruppe af sygdomsfrie patienter fundet, som består af 118 patienter med livmoderhalskræft og 48 patienter med livmoderkræft. For hver patient blev der fundet 2 patienter fra befolkningsundersøgelsen, som havde samme alder.

Patienterne oplevede flere fysiske symptomer ved afslutningen af strålebehandlingen og senere: Symptomerne fra den øvre mave-tarm kanal og symptomerne på træthed var akutte og forsvandt efter 3 måneder. Diarré og hyppige vandladninger viste sig som akutte symptomer, men fortsatte i hele undersøgelsesforløbet. Andre urologiske og lokale symptomer fra det strålebehandlede område var til stede hos nogle af patienterne i de to år, de deltog i undersøgelsen.

Spørgeskemaet var ikke i stand til at

påvise forandringer i de psykologiske symptomer eller sociale problemstillinger over tid. Patienternes vurdering af deres livskvalitet kom aldrig op på niveau med kontrollernes, hvilket indikerer, at underlivskræft og ekstern strålebehandling har en indflydelse på patienternes liv.

Resultaterne fra denne undersøgelse er i overensstemmelse med andre undersøgelser af den sundhedsrelaterede livskvalitet hos patienter med underlivskræft og med de kliniske undersøgelser, der er lavet om komplikationer til strålebehandling af patienter med underlivskræft.

Begrænsningen i denne undersøgelse er, at man har ønsket et overblik over de fysiske, psykiske og sociale aspekter, og derfor var det ikke muligt at spørge i detaljer om de enkelte problemstillinger. Analysen af data er begrænset til at vise gennemsnittet af alle besvarelser, hvilket giver et billede af, at patienterne fungerer næsten normalt.

Fra den kliniske hverdag ved vi, at en mindre del af kvinderne får mange komplikationer til strålebehandlingen, som kan medføre væsentlige gastrointestinale, urologiske og seksuelle gener. De bliver ofte set af forskellige specialister omkring de forskellige problemstillinger, men der bliver sjældent lavet en samlet vurdering og indsats. Jeg vil foreslå, at man samler et team af specialister inden for alle de relevante specialer, som regelmæssigt ser denne patientgruppe, således at man kan tilbyde den optimale rehabilitering.

Posterpris

Den bedste 'poster' på FSK's landsmøde 2009

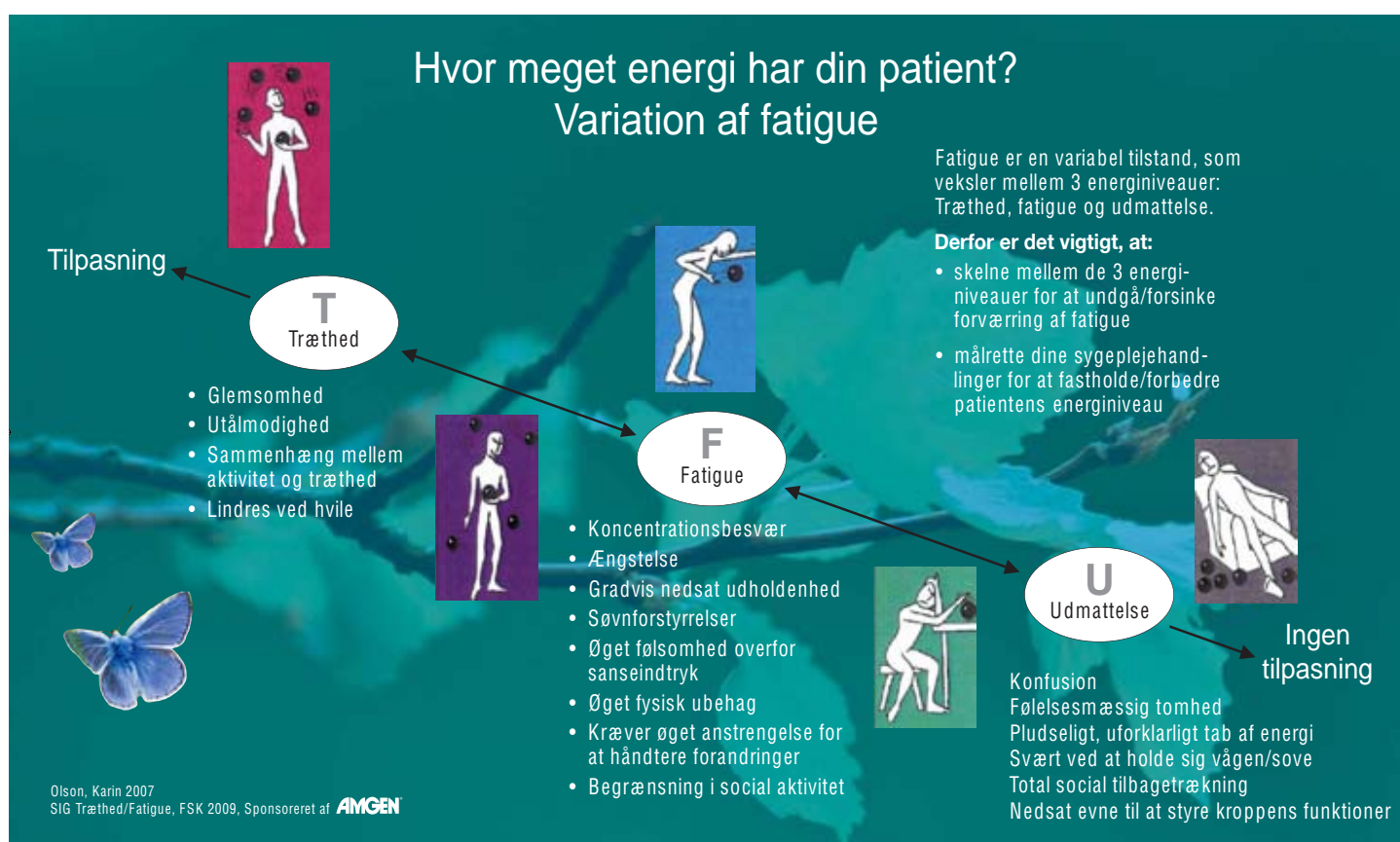
af
Helle Gyldenvang
Klinisk Sygeplejevejleder
ONK Brystamb. 4262, RH

Posteren er lavet af SIG Træthed/Fatigue (Specielle Interesse Gruppe under Fagligt selskab for kræftsygeplejersker).

Posteren viser en model af den canadiske sygeplejeproffesor Karin Olson's forståelse af fatigue, som SIG Træthed anvender. Her opfattes 'træthed' som en tilstand, der kan bevæge sig mellem 'træthed', 'fatigue' og 'udmattelse', der hver især har forskellige karakteristika. Patienten kan over tid,

enten i løbet af en dag eller over uger, flytte sig imellem de forskellige tilstande afhængig af bla. sygdoms-udbredning, behandling, dagens aktiviteter osv. Sygeplejerskens opgave består i, så vidt det er muligt, at hjælpe patienten til at komme tilbage til det tidligere niveau eller tilstræbe, at patienten ikke bevæger sig til det næste niveau, så længe dette kan undgås.

Det er SIG Trætheds erfaring, at kræftpatienter og deres pårørende er meget glade for at få en definition på den træthed, som langt de fleste patienter oplever, da trætheden opleves anderledes end før sygdommen og behandlingen



Patientforløb på tværs af sektorer – udfordring og muligheder



Af
Jane E. Sannung
Projektsygeplejer-
ske, SKA

Torsdag den 26. november 2009 afholdt SKA sit 13. årsmøde på Vilvorde Kursuscenter under overskriften "Patientforløb på tværs af sektorer – udfordringer og muligheder".

Formålet med årsmødet var at belyse, hvordan vi - de professionelle - kan samarbejde og koordinere kræftpatienternes forløb på tværs af afdelinger og sektorer, således at patienterne oplever bedst mulig sammenhæng og tilfredshed. Ligeledes var ønsket at afdække mulige udfordringer og ønsker for fremtiden inden for samme emne. Der blev ikke fokuseret på de eksisterende kræftpakker, patientforløb, ventetidsregler m.v.; i stedet var indlægsholdere fra forskellige sektorer indbudt til at tale om deres kliniske erfaringer og komme med forslag til forbedringer, med kræftpatientens forløb i centrum og med fokus på koordination og samarbejde.

Ledende overlæge og formand for SKAs forretningsudvalg Niels Henrik Holländer bød velkommen og gennemgik bl.a. SKAs organisering, medlemmer og nye vedtægter. Nye forretningsudvalgs- og repræsentantskabsmedlemmer blev budt velkommen, og afgående medlemmer blev takket for

deres indsats. Niels Henrik Holländer talte om fremtiden og de udfordringer, der venter alle, der er ansat i onkologien i hospitalsvæsenet. Han gjorde det synligt, at Kræftplan 1 og 2 har været af stor betydning for os alle. Vi ved, at der i fremtiden vil være flere kræftpatienter, der skal behandles i sundhedsvæsenet, og det er vigtigt, at vi alle er med til at påvirke den kommende kræftplan 3. De helt store udfordringer, vi står over for, er rekruttering og fastholdelse af onkologisk personale, samt nødvendige forbedringer af de fysiske forhold på hospitalerne

Herefter præsenterede SKAs daglige leder Heine Høi Hansen kort SKAs aktiviteter i 2009 (jævnfør SKAs årsrapport): Afsluttede, igangværende og fremtidige projekter / aktiviteter blev gennemgået samt SKAs kursusprogram for foråret 2010.

Første indlægsholder herefter var Bjarne Rose Hjortbak – sygeplejerske, projekt- og udviklingskonsulent og ph.d.-studerende fra Marselisborg Centret - som har været ansvarlig for KOSAK (kommunalt samarbejde om kræftrehabilitering) projektet i perioden 01.01.2007-31.03.2009. Projektet handler om rehabilitering af kræftpatienter i den erhvervsaktive alder i Herning, Randers, Skive og Viborg kommuner i samarbejde med Marselisborg Centret. Målgruppen er borgere med kræft (alle diagnoser) i aldersgruppen 18-64 år. Der blev inkluderet i alt 142 borgere i undersøgelsen, og indsatsområderne er (1) rehabilitering, (2) forløbskoordination og (3) arbejdsfastholdelse. Rapporten, som er udarbejdet på baggrund af KOSAK

projektet er en systematisk evaluering og erfaringsopsamling, og giver sig ikke ud for at være forskning.

Bjarne Rose Hjortbak's præsentation "Rehabilitering hos borgere med kræft – med fokus på samarbejde og koordinering" indledtes med en kort gennemgang af projektets struktur, beskrivelse af de inkluderede borgere og definition på kræftrehabilitering (jf. kræftplan 2). Det blev fremhævet, at det er vigtigt at have fokus på kræftrehabilitering, fordi der er en stigende forekomst af kræft, flere lever med deres kræftsygdom og flere overlever deres kræftsygdom. Dermed er der også et stort behov for afklaring af ansvar og koordinering på området.

Hovedresultaterne/anbefalingerne skal her kort resumeres:

- Alle borgere med en kræftdiagnose bør tilbydes vurdering af behov for rehabilitering.
- Der bør ske en systematisk information af borgere med kræft om kommunernes tilbud inden for kræftrehabilitering.
- Der bør rettes særlig opmærksomhed mod borgere med et 'smalt netværk', lavt uddannelsesniveau samt andre personlig-sociale problemer.
- En forløbskoordinatorfunktion bør særligt målrettes de borgere, der vurderes at have længerevarende og komplekse behov for kræftrehabilitering.
- Funktionen bør placeres i sundhedsområdet.
- Der er behov for at synliggøre og koordinere eksisterende tilbud.

SKA's 13. årsmøde

- Der er behov for kompetenceudvikling blandt involverede personalegrupper i kommunerne.
- Der er behov for at afklare ansvars- og opgavefordelingen i kræftrehabilitering mellem de forskellige sektorer.

Bjarne Rose Hjortbak gjorde det synligt, at der er tale om en tværfaglig og tværsektoriel indsats i kræftrehabiliteringsarbejdet og præsenterede en model for sammenhængende kræftrehabilitering.

Herefter talte Bjarne Rose Hjortbak om kræftpatienters forskellige behov for (støtte til) rehabilitering, deres situation, forventninger og vanskeligheder samt lovgivning på området. Ikke alle borgere med kræft har samme behov for rehabilitering. For at optimere rehabiliteringsforløbene er det nødvendigt at tale om *forløbskoordinering* på flere niveauer: patient, enheds- /afdelings- og organisationsniveau samt på tværsektoriel – og regionalt /nationalt plan. Det blev tydeligt, at der er stor kompleksitet i rehabiliteringsforløb, og at det kræver stor organisering og koordinering at få indsatserne til at fungere. Bjarne Rose Hjortbak præsenterede os for forskellige modeller i forbindelse med talen om forløbskoordinering. Til sidst i indlægget var *opgaver, ansvar og samarbejde* overskriften. Bjarne R. H gjorde det klart, at det er en fælles fremtidig udfordring og opgave for hospitalssektoren, kommunerne og egen læge at få kræftrehabiliteringsarbejdet til at fungere i praksis

Praksis koordinator (RH) Thomas Saxild havde næste indlæg og fortalte om

praksiskonsulentordningen (PKO), som har eksisteret siden 1991, om PKOs historik, organisering struktur, og om styregruppen for PKO, som består af repræsentanter fra Region Hovedstaden, Regionernes hospitaler, praksiskoordinatorerne og praksisudvalget.

Formålet med PKO er at sikre:

- Sammenhængende patientforløb
- Enighed om forløbsbeskrivelser
- Optimering af kommunikationen imellem sektorerne

Herefter fulgte en beskrivelse af PKOs opgaver, som er:

- Patientforløbsbeskrivelser
- Audits
- Styrkelse af kommunikation og samarbejde mellem sektorer
- Patientforløb ved sektorovergange
- Utiliserede hændelser

Den sidste del af indlægget brugte Thomas Saxild til at tale om sektorovergange for onkologiske patienter, hvor ønsket er, at den praktiserende læge er 'tovholder' for patienten. Dette kræver en optimering af kommunikationen og samarbejdet imellem egen læge og udredende /behandlende afdeling. Der blev diskuteret mulige måder at optimere samarbejdet på, fx direkte tlf. numre, bedre epikriser mv. Det blev skitseret, at det både i udredningsforløbet og i patientens palliative, terminale forløb kan være særdeles vigtigt at have praktiserende læge som tovholder. I den sidste del af patientens liv kan der meget vel være behov for samarbejde med hjemmeplejen, lokal palliativ afdeling,

hospice eller andre. Konklusionen var, at samarbejdet for nuværende ikke er optimalt, men det er PKOs ønske og håb, at behandlingsforløbene på sigt bliver bedre på tværs af sektorer.

Dette bragte os frem til årsmødets sidste halvdel, hvor der var fokus på *samarbejde omkring den palliative kræftpatient*.

Tre foredragsholdere fra henholdsvis Bispebjerg Hospitals palliative enhed, Roskilde Hospitals afsnit for lindrende behandling og Arresødal hospice var inviteret til at dele ud af deres erfaringer:

Læge Annedorte Riis og sygeplejerske Conny Jakobsen fra afdeling P20, Bispebjerg Hospital fortalte om afdelingens organisation (herunder fysiske- og personale forhold) om sengeafdelingen, ambulatoriet, forskningsenheden og P20s udefunktion.

Herefter orienterede de om visitationskriterier og visitationsbesøg i patientens eget hjem. Visitationskriterierne er:

- uhelbredelig syge cancerpatienter
- kompleks symptomatologi
- diagnostisk færdigudredt
- velinformede om deres sygdom
- accepteret henvisningen

Annedorte Riis og Conny Jakobsen illustrerede herefter, hvordan et 'typisk' patientforløb kunne se ud med kontakt og samarbejde mellem P20, Håndværkerhavens plejehjem og kommunerne (patient i eget hjem). Dette samarbejde kører rigtig godt og positivt. Af fremtidige udfordringer blev ønsket

SKA's 13. årsmøde

om et bedre samarbejde med de onkologiske afdelinger fremsat. Set fra indlægsholderens synspunkt ville det være optimalt, hvis der fandtes palliative enheder i samme fysiske rammer som de onkologiske afdelinger.

Overlæge Svend Ottesen fortalte om Roskilde Hospitals Afsnit for Lindrende Behandling - om afsnittets etablering, historik, organisation og om hvorfor supportive- såvel som palliativ care er vigtige elementer i arbejdet på enhver onkologisk afdeling, stor som lille. Dette

blev illustreret ved gennemgang af patient cases. Visitationskriterier blev også gennemgået. Svend Ottesen fortalte herefter om pilotprojekter og implementering af en standardiseret og evidensbaseret guideline for den døende patient (LCP), og resultaterne fra denne.

Hospiceleder Anne D. Hansen indledte med at fortælle om Arresødal hospices historie og organisation, visitationskrav, belægningsprocent, visitationsbesøg mv. Overlap mellem sektorer og

koordination var de centrale begreber i Annes indlæg. Hvordan overdrager vi patienterne til hinanden og hvornår? Hvis ansvar er det, at dette forløber glat? Hospitalerne, hospice, eller forløbskoordinatorene? Der er brug for en opgave- og ansvarsfordeling var en af konklusionerne.

En informativ dag var til ende. Tilbage er kun at takke alle indlægsholdere og tilhørere for interessen og sige på gensyn næste år den 25. november, 2010.



Personalenyt

Benedikte Hasselbalch, læge og PhD studerende, modtager Young Investigator Award i neuro-onkologi i Helsingfors.



Ved det nyligt afholdte møde i Scandinavian Neuro-Oncology Society i Helsingfors modtog Benedikte Hasselbach The Young Investigator Award for sit arbejde vedr. såvel prækliniske som kliniske studier af hjernetumorer og behandling med anti-angiogenetiske stoffer. Disse stoffer hæmmer blodkardannelsen i

tumorerne, så de holder op med at vokse. Det er et nyt princip, som ser ud til at have en rigtig god effekt.

Benedikte er uddannet læge og PhD studerende i Strålebiologisk Laboratorium, Finsencentret, Rigshospitalet. Hun har for nylig publiceret sine første resultater i det internationale tidsskrift, Neuro-Oncology.

Publikation:

Hasselbalch et al: Cetuximab, Bevacizumab and Irinotecan for Patients with Primary Glioblastoma and Progression after Radiation Therapy and Temozolomide: A Phase II Trial. Neuro-Oncology 2009 (in press)

Kræftens Bekæmpelses Seniorforskerpris 2009



Overlæge, dr. med. Jens Pedersen-Bjergaard har modtaget Kræftens Bekæmpelses Seniorforskerpris. Prisen, som er på kr. 250.000,-, uddeles hver 3. år som kollegers anerkendelse af en forskers fremragende resultater og enestående indsats for dansk kræftforskning. Jens Pedersen-Bjergaard får prisen som

en anerkendelse af sit uvurderlige bidrag til vores forståelse af kromosomforandringer i leukæmi. Prisoverrækkelsen fandt sted den 7. oktob

Vidste du at...?

... Det globale underskud på kræftbehandling kræver milliarder af dollars.

En årlig investering på 1.065 milliarder kr. skal der til for at dække underskuddet på det globale forbrug af kræftbehandling, ifølge en rapport fra the Economist Intelligence Unit. Af de anslåede 12.9 millioner nye kræfttilfælde i 2009 vil 61% forekomme i lav- eller mellemindkomst lande. Til trods herfor anvendes kun 5% af de samlede globale resurser i udviklingslandene. Rapporten anslår, at nye tilfælde af kræft vil koste 1.497 milliarder kr. alene i år, baseret på behandling og pleje, tabt produktivitet, andre ikke-medicinske udgifter og kræftforskning (93 milliarder). For at beregne det nuværende underskud har man i rapporten defineret en 'global behandlingsudgift standard' bestående af udgiftsestimater for det land, som havde den laveste fatalitetsrate for hver type kræft. Næsten 90% af de 1.065 milliarder kr., der kræves for at bringe alle lande op på denne 'standard', skal bruges i lav- eller mellemindkomst lande.

Den voksende økonomiske byrde forårsaget af kræft og andre kroniske sygdomme er en udfordring for sundhedssystemerne i lande, som i forvejen kæmper med at håndtere smitsomme sygdomme. "For at behandle kræftpatienter må man have adgang til sundhedsydelser, såsom kirurgi, kemoterapi og radioterapi – og det i et tilstrækkeligt omfang. Disse to krav er det ofte ikke muligt at honorere i lav- og mellemindkomstlande i Afrika, Asien og Latinamerika" siger Andreas Ullrich, kræftexpert ved WHO, som deltog i Livestrong Global Cancer Summit i Dublin, hvor rapporten blev præsenteret.

"Selv i mellemindkomst lande, som f.eks. Brasilien, Indien og Kina, er det voksende antal kræfttilfælde et stort problem, fordi disse landes sundhedssystemer skal udvikles til at kunne håndtere den kompleksitet, der er forbundet med forebyggelse og kontrol. Det er derfor, at WHO fortsat fokuserer på forebyggelse og udvikling af sundhedssystemerne", udtaler Andres Ullrich.

Adgangen til palliativ pleje udgør et andet problem for kræftpatienterne i de fattigere lande. "Vi har en menneskelig og etisk forpligtelse til at tilbyde palliative pleje," udtaler Dr. Ullrich.

Ny DVD: Strålebehandling til kvinder opereret for brystkræft

Denne DVD indeholder 5 sekvenser. I den første sekvens møder vi tre kvinder, der har fået strålebehandling efter en operation for brystkræft. DVD'en viser planlægningen af strålebehandlingen, og hvordan behandlingen foregår. Kvinderne fortæller om deres behandlingsforløb, og om de tanker og bekymringer, de har haft. En læge fortæller sideløbende om, hvorfor der gives strålebehandling og om de bivirkninger, der kan forekomme. I Øst-Danmark tilbydes der strålebehandling på Rigshospitalet, på Herlev Hospital samt på Næstved Sygehus.

I den anden sekvens fortæller en kvinde og en læge om gating (en behandlingsmetode). I den 3, 4 og 5 sekvens præsenteres de enkelte strålebehandlingscentre.

DVD'en er tænkt som supplement til den mundtlige og skriftlige information, der gives i forbindelse med tilbud om strålebehandling.

Yderligere eksemplarer af DVD'en kan rekvireres ved henvendelse til SKA sekretariat.



Forskningsudvalgene på Herlev & RH i samarbejde med SKA:

PhD Projekt Præsentation 18. marts 2010, Rungstedgaard

Program

15:00-15.30	Registrering	Kaffe	
	Stipendiat	Projekt	Sted
15.30	Trine Buch-Hansen	<i>Immunterapeutisk behandling af cancer med peptidvacciner mod IDO og MUC-1</i>	HER
16.05	Anne Kirkebjerg Due	<i>Imaging for precise tumour definition in patients with head and neck cancer receiving highly conformal radiotherapy</i>	RH
16.40	Christian Hollensen	<i>Planning and evaluation of radiotherapeutic treatment of head-and-neck cancer using PET/CT scanning</i>	RH
17.15	pause		
17.30	Iben Spanggaard	<i>Gene electrotransfer in the treatment of cancer</i>	HER
18.05	Morten Persson	<i>Non-invasive detection of uPAR expression in human cancer xenograft models using micro PET/CT</i>	RH
18.40	Mette Linnert	<i>Elektrokemoterapi som lindrende behandling til hjernemetastaser</i>	HER
19.15 -	Middag		

Tilmeldingsblanket hentes på www.skaccd.org
og faxes til SKA sekretariatet: 3535 6906

Nyt fra SKA

SKA-kurser

Palliation: Fokus på den onkologiske afdelings rammer og muligheder

SKA arrangerer igen et kursus i palliation med undervisere fra hele landet. Kurset er på 3 hele dage med fokus på den onkologiske afdelings rammer og muligheder. Kurset tager sit udgangspunkt i den del af det daglige kliniske arbejde, hvor målet er at lindre patientens symptomer. Inden for den kurativt intenderede behandling er der de senere år sket store fremskridt, mens der inden for palliation stadig er betydelige udfordringer og stort behov for symptomlindring i disse stadier af sygdommen.

Kurset henvender sig til yngre læger og sygeplejersker ansat på onkologiske afdelinger i Danmark, og undervisere er erfarne speciallæger, psykologer, præst, sygeple-

jersker og fysioterapeut inden for området.

Der kan registreres allerede nu.

Det endelige kursusprogram vil ligge klar i december 09.

Tid og sted: 3-5. maj 2010
Admiral Hotel, København

Yderligere oplysninger fås ved henvendelse til sygeplejerske Hanne Skovfoged SKA sekretariat tlf.3545 4715, hanne.skovfoged@rh.regionh.dk

Kliniske forsøg i onkologien: Etik, statistik, design og publikation

Yngre læger i Østdanmark vil her få mulighed for at lære mere om klinisk forskningsmetodologi. Vi starter ud med tips til at effektivisere artikellæsningen og diskutere de etiske aspekter, der er forbundet med at publicere videnskabelige data. Dernæst gennemgås de basale trin i udformningen af kliniske fase I, II og III undersøgelser - lige fra selektionskriterier til valg af statistiske analysemodeller. Dernæst gennemgås forskellige publikationsmuligheder, og deltagerne vil få lejlighed til selv at udarbejde præsentationsmateriale under professionel vejledning. Der er middag efter 1. dags program, ligesom der er mulighed for overnatning på kursusstedet. Vi mødes igen 3 uger senere - den 25. marts - hvor deltagerne fremlægger egne

præsentationer (abstracts, posters eller powerpoint dias), enten baseret på egne eller særligt udvalgte data, og hvor der gives professionel kritik - og mulighed for at vinde præmier!

Kursusleder: Professor Heine Høi Hansen, SKA
Bodil Diemer, SKA sekretariat.

Tid og sted: 3-4. marts + 23. marts, 2010
Rungstedgaard Kursuscenter
Rungsted Strandvej 107, Rungsted Kyst

Kursuspris: Deltagere fra Østdanmark: 1.500 kr.
Andre: 2.000 kr.

SKA - Introduktionskursus for yngre læger - Klinisk onkologi

SKA har de seneste par år afholdt introduktionskurser for yngre læger. Deltagerne er primært læger i introduktionsstilling, der her får en generel indføring i klinisk onkologi. Programmet omfatter emner som stråleterapi, medicinsk onkologi, onkologiske "emergencies", palliation og supportive care samt etik og "den svære samtale".

Undervisningen er bygget op som foredrag og case stories. Deltagerantallet er lavt på det enkelte kursus, således at der er god interaktion mellem kursister og foredrags-

holdere. SKA vil gerne invitere kolleger fra Region Syd og Region Nord- og Midtjylland til at benytte denne mulighed for undervisning af nyansatte læger.

Tid og sted: 11. januar og d. 12. april 2010
Admiral Hotel, København

Hold i øvrigt øje med kursusprogrammet på SKAs hjemmeside: www.skaccd.org, hvoraf det fremgår, hvornår kommende introduktionskurser afholdes.

SKA-kurser

Praktisk onkologi for ansatte i Medicinalindustrien

Den 8-11. marts 2010 holder SKA atter 4-dages kursus i basal og praktisk onkologi for ansatte i medicinalindustrien.

Formålet med kurset er at give kursisterne en basisviden om karakteristiske forhold ved kræftsygdomme samt tilbyde kursisterne et indblik i den praktiske kliniske onkologiske hverdag.

Kurset er delt op i teoridage og klinikdage. Teorien foregår på Symbion Science Park, København, hvor underviserne vil gennemgå kræftsygdommens biologi, epidemiologi og patologi samt de medicinske og den stråleterapeutiske behandlingsstrategi. Ydermere vil teoridagene bestå af en gennemgang af sygdomslære med fokus på 4-5 sygdomsgrupper og behandlingsmuligheder. Dag 4 vil desuden indeholde orientering om kliniske forsøg, etiske dilemmaer og klinisk forskning i praksis.

Klinikdagene vil foregå på de onkologiske afdelinger i

Herlev, Hillerød, Roskilde og på Rigshospitalet. Hver kursist får en halv dag på et af centrenes onkologiske afdelinger, evt. med besøg i stråleafsnittet, og en halv dag på en onkologisk afd. i Roskilde eller Hillerød.

Kurset henvender sig til de ansatte i medicinalindustrien, som beskæftiger sig med onkologi.

Tid og sted: 8.3 – 11.3, 2010

Symbion Science Park

Fruebjergvej 3, 2100 København Ø

Tilmeldingsblanket findes på hjemmesiden:
www.skaccd.org

Mødet med den lidende kræftpatient

Kursus for læger, sygeplejersker, fysioterapeuter, psykologer og andet personale, der arbejder med mennesker, der, som følge af kræftsygdom, er i lidelse.

Baggrund: Det er kendt, at mange mennesker, der rammes af kræftsygdom, i forbindelse med udredning, diagnosticering, behandling og i efterforløbet er i lidelse – fysisk, psykisk, åndeligt, socialt, økonomisk osv. En del af lidelsen knytter sig ofte til smerter, der kan behandles farmakologisk med relativt god effekt. Imidlertid er der stor forskel på, hvem der er i lidelse hvornår og på hvilken måde. Og farmakologisk behandling befrier ikke den kræftsyge for al lidelse. Sjælelige trængsler (angst, depression, eksistentielle forhold) kan invalidere den kræftsyge yderligere. I mange faglige sammenhænge gøres der en stor indsats for at begribe og behandle det hele menneske. Men hvad er egentlig det hele menneske – og hvordan møder man det hele menneske, der måske selv har oplevelsen af at være alt andet end hel efter en kræftoperation eller kemoterapi og strålebehandling?

Formål: Kurset har til formål nuanceret at belyse og diskutere hvorledes mennesker med kræftsygdom er i lidelse – primært fysisk, psykisk, åndeligt – samt at illustrere og diskutere forskellige nonfarmakologiske interventionsformer i mødet med mennesker i lidelse.

Målgruppe: Læger, sygeplejersker, fysioterapeuter, psykologer og andet personale, der arbejder med mennesker med kræftsygdom (onkologiske afdelinger, palliationsenheder, hospices). Nogen erfaring fra området er nødvendig for deltagelse i kurset. Lyst til og mod på at deltage i øvelser, særligt om torsdagen, er også nødvendig.

Form: Katederundervisning, øvelser, samtale og plenumdiskussioner.

Kursusleder: Psykolog Bo Snedker Boman, Roskilde
Projektsygeplejerske Hanne Skovfoged, SKA

Tid og sted: 14-16 april, 2010

Rungsted Strandvej 107, Rungsted Kyst

Nyt fra SKA

SKA-kurser

SEKRETÆRKURSER

SKA tilbyder tre kurser specielt målrettet lægesekretærer på den onkologiske klinik. Kurserne tager udgang i sekretærens faglige baggrund og daglige arbejde.

Modul I gennemgår de mest almindelige kræftformer og standardbehandlinger.

Modul II fokuserer på gynækologiske tumorer og belyser desuden eksperimentel kræftbehandling. Der arbejdes med kommunikation i klinikken og forhold omkring kriseramte patienter. En tidligere patient er blandt foredragsholderne.

Modul III fokuserer på de udfordringer, sekretærene møder i arbejdet med patienter fra andre kulturer. Delta gerne møder foredragsholdere, der har speciel ekspertise

og erfaringer både som professionelle og med personlig baggrund.

Sekretærkurserne bliver erfaringsmæssigt hurtigt overtegnet, så vi opfordrer dig til at tilmelde dig i god tid, hvis du ønsker at deltage.

I kan i øvrigt altid holde øje med nye kurser på SKA's hjemmeside: www.skaccd.org samt i SKA NYT.

Modulerne afholdes næste gang som følger:

Modul I:	4. november 2010
Modul II:	22. april 2010 + 2. december 2010
Modul III:	4. februar 2010 + 7. oktober 2010

Mødekalender

Internationale møder

2009

10-13. dec. **32nd San Antonio Breast Cancer Symposium**
San Antonio, TX, USA
www.ctrc.net

18-20. marts **Molecular Imaging in Radiation Oncology**
Brussels, Belgium

24-27. marts **7th European Breast Cancer Conference**
Barcelona, Spain
www.ecco.org

2010

2-5. februar **21st International Congress on Anti-Cancer Treatment (ICACT)**
Paris, France
www.icact.org

4-8. juni **American Society of Clinical Oncology (ASCO)**
Chicago, USA

12-16. sep. **ESTRO 29**
Barcelona, Spain
www.estro.org

7-11. marts **16th International Conference on Cancer Nursing**
Atlanta, GA, USA
www.isncc.org

8-12. oktober **35th ESMO Congress**
Milan, Italy
www.esmo.org

18-20. marts **6th International Conference on Clinical cancer Prevention**
St. Gallen, Switzerland
www.oncoconferences.ch

SKA Uddannelsesaktiviteter forår 2010

Aktivitet	DATO	Sted
	Januar	
Introduktionskursus for yngre læger i klinisk onkologi	11	Admiral Hotel, København
'Good Clinical Practice'	27	Bornholm
	Februar	
Sekretærkursus - Modul III "Sekretærens møde med patienter med forskellige kulturelle baggrunde"	4	Admiral Hotel, København
	Marts	
Kliniske forsøg i onkologien: etik, statistik, design og publikation	3-4	Rungstedgaard Kursuscenter
Klinisk onkologi for medicinalindustrien	8-11	Symbion, København
Ph.D. projekt præsentation	18	Rungstedgaard Kursuscenter
Kliniske forsøg i onkologien: etik, statistik, design og publikation - opfølgning	23	Rungstedgaard Kursuscenter
	April	
Introduktionskursus for yngre læger i klinisk onkologi	12	Admiral Hotel, København
Mødet med den lidende kræftpatient	14-16	Admiral Hotel, København
Sekretærkursus - Modul II "Kræftsygdomme og -behandling"	22	Admiral Hotel, København
Sjældne gastrointestinale tumorer	22	Hilton Hotel, København
	Maj	
Palliation	3-5	Admiral Hotel, København
Sygeplejetemadag	27	Herlev Hospital
	Juni	
Post ASCO	18	Holtel Hilton, København