



**Billedvejledt strålebehandling af lokalavanceret cervix cancer, udført på onkologisk afdeling, Aarhus Universitetshospital, har vakt international opsigt.**

**Studiet blev kåret som 'Best of ASTRO'**

*læs mere s. 2*

## INDHOLD

- |   |  |   |
|---|--|---|
| 2. Billedvejledt strålebehandling af lokalavanceret cervix cancer | 9. Nye godkendelser fra FDA og EMA                             | 11. SKA kursus i palliation                                   |
| 4. En døgnflue fylder ti år                                       | 9. Godkendelser fra KRIS                                       | 12. Symposium for sygeplejersker                              |
| 6. EONS   | 9. Internationale møder  | 12. Landskursus FSK 2014                                      |
| 7. Publikationsnyt  | 10. Støtte til livet med kræft                                 | 12. Bogomtale: Stille død – om at passe en døende i eget hjem |
| 8. Vidste du at..?  | 10. Bogomtale: Kirke på kanten – Tro når eksistensen udfordres | 13. SKAs kursusprogram  |

Af  
Lars Fokdal, Kari Tanderup og  
Jacob Lindegaard  
Onkologisk afdeling  
Aarhus Universitetshospital

# Billedvejledt strålebehandling af lokalavanceret cervix cancer på Aarhus Universitetshospital

I Danmark er der ca. 370 nye tilfælde af cervixcancer om året. Incidensen er faldet pga screening og på sigt forventes et yderligere fald pga HPV vaccination. Dog skal det tages i betragtning, at den fulde effekt af et succesfuldt vaccinationsprogram først vil ses tidligst om 20 år på grund af lang latenstid for udvikling af sygdommen. På verdensplan er sygdommen fortsat i stigning, og det er en af de hyppigste kræftsygdomme blandt kvinder.

Behandling af cervixcancer indbefatter kirurgi af de lave stadier, hvorimod eneste kurative behandling af lokal avanceret sygdom er strålebehandling med konkomitant kemoterapi.

Gennem et halvt århundrede har strålebehandlingen indbefattet kombineret ekstern strålebehandling og intracavitær brachyterapi, hvor dosis ordineres som punktdosis, hyppigst svarende til punkt-A.

Cervix cancer responderer oftest godt på strålebehandling med signifikant tumor regression allerede 2-3 uger efter opstart af radio-kemoterapi [1]. Dette betyder, at sygdommen er en god kandidat til 4-dimensionel (4D) adaptiv strålebehandling, hvor tumorregression registreres over tid med gentagne (MRI) skanninger. Denne procedure giver optimal mulighed for at tilbyde individualiseret billedvejledt brachyterapi, hvor resttumor strålebehandles til høj dosis samtidig med, at stråledosis til kritisk normalvæv mindskes [2,3]. Dette er udgangspunktet for at kunne øge lokalkontrol efter strålebehandlingen, samtidig med at sen morbiditet efter strålebehandlingen reduceres.

I 2005 publicerede GEC ESTRO guidelines for Image Guided Adaptive Brachyterapi (IGABT) af cervix cancer med beskrivelse af et 4D target koncept, der adresserer tumor på diagnosetidspunkt samt

ved tidspunktet for brachyterapien [4,5]. Disse guidelines var efterfølgende grundlag for introduktion af billedvejledt strålebehandling i onkologisk afdeling, Aarhus Universitetshospital. Parallelt med introduktionen af IGABT i 2005 indledtes et internationalt samarbejde med det formål at tilvejebringe kliniske data og videreudvikle strålebehandlingen for cervixcancer. I 2008 påbegyndtes et internationalt prospektivt multicenterstudie ([www.embracestudy.dk](http://www.embracestudy.dk)) med inklusion af patienter, der behandles med IGABT. I alt deltager 30 centre fra Europa, Asien og Nordamerika i EMBRACE studiet. Derudover er der initieret et retrospektivt studie ([www.retroembrace.com](http://www.retroembrace.com)) med det formål at samle kliniske data på de patienter, der er behandlet med IGABT forud for EMBRACE studiet.

Introduktion af IGABT i onkologisk afdeling, Aarhus Universitetshospital har medført et betydeligt forskningsarbejde i afdelingen samt et internationalt samarbejde med andre onkologiske afdelinger inden for en række områder:

## Funktionel MRI

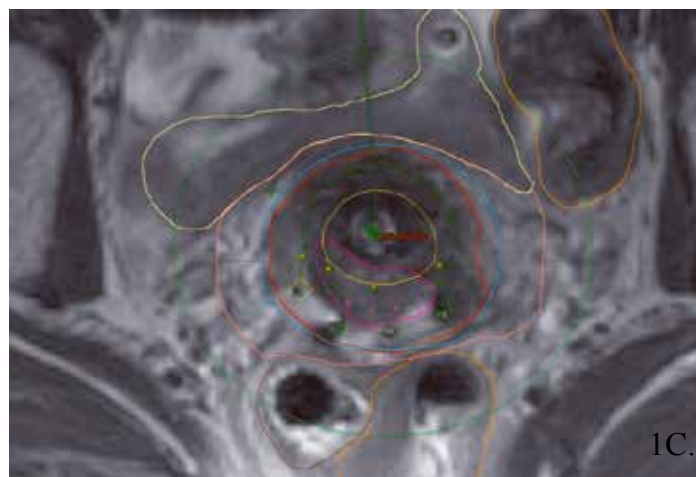
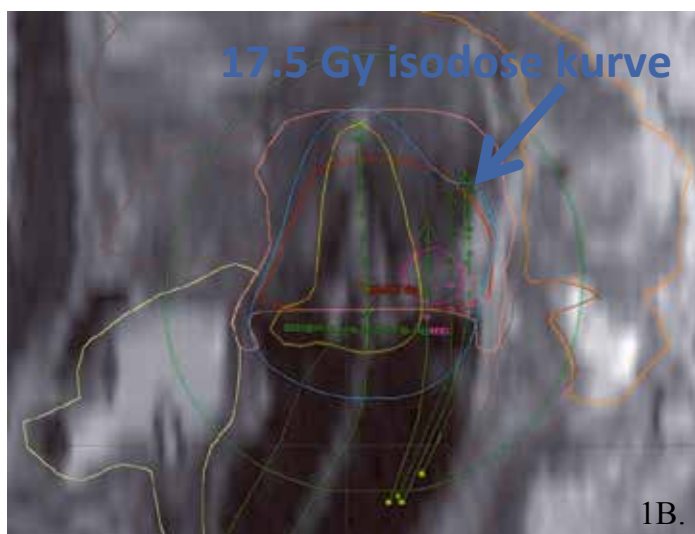
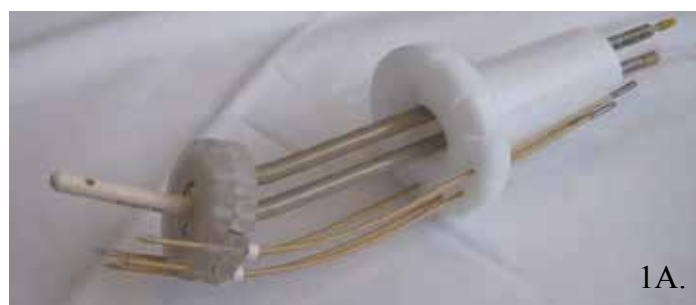
En af forudsætning for IGABT er optimale billeddiagnostiske undersøgelser, hvorfor der er arbejdet på at forbedre MRI til planlægning af brachyterapien, således at billederne bedst muligt kan anvendes til at definere de target volumina, der skal strålebehandles. Derudover er der også arbejdet på at reducere de geometriske usikkerheder, der er ved MRI og dermed øge præcisionen af strålebehandlingen [6].

## Avancerede applikatorer

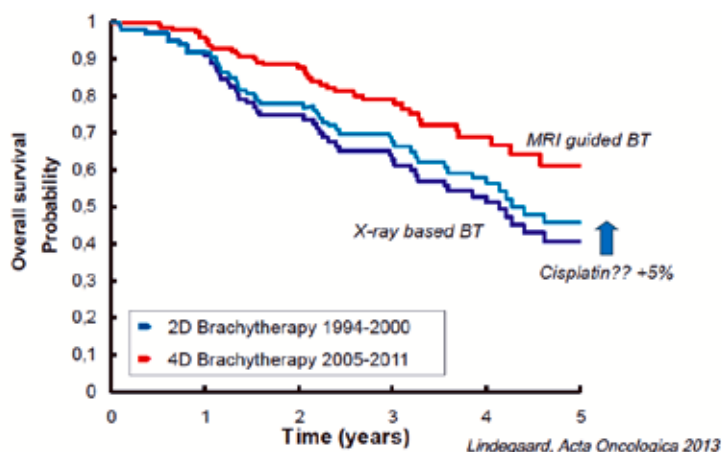
Introduktion af IGABT har også resulteret i et væsentligt arbejde med udvikling af applikatorer til MRI guided brachyterapi. Dette arbejde har dels bestået i udvikling af MRI-kompatible applikatorer. Derudover er der udviklet kombi-

nerede intercavitære og interstielle applikatorer, der anvendes i de situationer, hvor tumor til trods for optimering af liggetider ikke kan behandles med intracavitær brachyterapi alene. Det kan være

store tumorer, der ikke er responderet væsentligt på den eksterne strålebehandling eller i de situationer, hvor der er en u hensigtsmæssig topografi mellem tumor og kritisk normalvæv (figur 1) [1].



Figur 1: Billede 1A illustrerer en MRI-kompatibel applikator beregnet til kombineret intracavitær og interstitiel brachyterapi. På billede 1B-C er applikatoren implanteret i en patient med tumor beliggende i bagerste portiolæbe. Ved hjælp af de interstitielle nåle er det muligt at skåne kritisk normalvæv, i det viste eksempel især blæren.



Figur 2 : Illustrerer overlevelsen hos 140 patienter, der er behandlet med IGABT sammenlignet med 99 patienter, der er behandlet med 2-dimensionel brachyterapi på Aarhus Universitets Hospital. Til trods for at patienterne, der blev behandlet med 2-dimensionel brachyterapi ikke modtog cisplatin, er der fundet en betydelig overlevelsesgevinst med introduktion af IGABT.

## Kliniske resultater

Resultaterne efter IGABT for cervix cancer er blevet opgjort for de første 140 patienter, der er behandlet i onkologisk afdeling, Aarhus Universitetshospital. Helt i tråd med andre monoinstitutionelle studier har vi fundet en særdeles god lokal kontrol rate på 91% efter 3-års opfølgning. Derudover er der fundet en cancerspecifik overlevelsesgevinst på 19% hos patienterne, når man sammenligner med en historisk kohorte, der er behandlet med brachyterapi med dosis ordineret til punkt-A. I den sammenhæng skal det dog anføres, at de patienter, der er behandlet med IGABT, også modtog konkomittant cisplatin. Til trods for effekten af kemoterapien er IGABT fortsat imponerende (figur 2). Udover en forbedret overlevelse blev der i studiet også fundet mindre behandlingskrævende blære- og tarmmorbiditet efter IGABT med en væsentlig reduktion fra 10% til 3% efter 3-års opfølgning [7].

I internationalt regi er der inkluderet mere end 1200 patienter i EMBRACE-studiet. Derudover er der inkluderet 800 patienter i retroEmbrace studiet, som nu er lukket for yderligere inklusion.

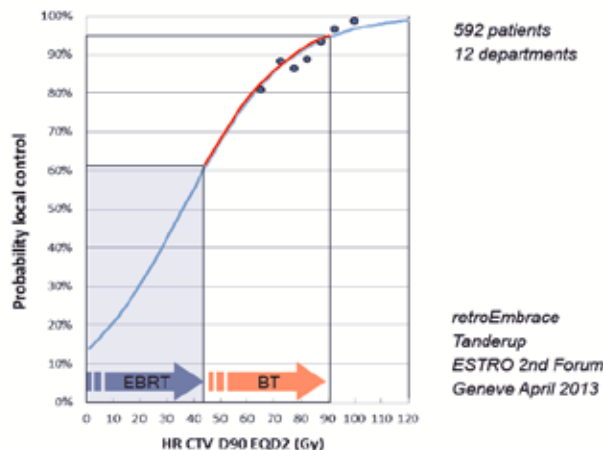
Der er præsenteret data fra retroEmbrace, hvad angår udkommet efter strålebehandlingen. Her er der fundet et 5-års lokal kontrol rate på 88% og 5-års overlevelse på 68% [8]. Derudover er der fundet behandlingskrævende sen morbiditet på henholdsvis, 7%, 5% og 5% for tarm, blære og va-

gina [9]. Det kan derfor konkluderes, at de gode resultater, der er fundet i de monoinstitutionelle studier, er konfirmeret i det retrospektive multicenter studie.

## Dosis og effekt

Et væsentligt forskningsområde er at finde en dosis effekt sammenhæng for tumor såvel som for kritisk normalvæv. Baseret på data fra retroEmbrace er det i onkologisk afdeling ved Aarhus Universitetshospital lykkedes at finde en dosis effekt sammenhæng for tumor, og det er vist, at lokalkontrollen kan øges med 8% i store tumorer ved at eskalere dosis fra 75Gy til 90Gy (figur 3). Aktuelt ved vi fra egne studier, at dette er muligt ved at kombinere intracavitær og interstitiel strålebehandling uden at øge dosis til kritisk normalvæv [1]. Data angående dosis effekt for tumor er også blevet præsenteret på dette års ASTRO i San Francisco i USA, hvor resultatet har vakt stor international interesse og er blevet udvalgt til "Best of ASTRO". Man må derfor forvente, at data vil få stor betydning ikke kun i Aarhus men også ved andre centre, der anvender IGABT ved lokal avanceret cervix cancer.

Fremadrettet afventes de prospektive resultater fra EMBRACE-studiet, hvor der udover analyse af lokal kontrol, overlevelse og morbiditet er defineret en lang række substudier. Formålet er blandt andet at analysere dosis effekt ikke kun for tumor men også for kritisk normalvæv.



Figur 3: Illustrerer den dosis-respons sammenhæng, der er fundet mellem kumulativ dosis i EQD2 og lokal kontrol hos 592 patienter, der er behandlet på 12 centre primært i Europa.

## Adaptiv ekstern stråleterapi

Der arbejdes desuden på at optimere den eksterne strålebehandling ligeledes med en adaptiv strategi. Formålet er at mindske margin for organbevægelse og dermed reducere det volumen, der strålebehandles. Håbet med denne strategi er at opnå en yderligere reduktion i akut og sen morbiditet i relation til strålebehandlingen.

## MR vejledt strålebehandling for andre gynækologiske cancers

Baseret på de gode erfaringer med IGABT til behandling af cervixcancer er der fremadrettet i internationalt regi initieret projekter, hvor formålet er at anvende adaptiv brachyterapi ved andre gynækologiske cancersygdomme, foreløbig vaginal cancer og recidiv af endometriecancer [10,11].

## Referencer

1. Fokdal L, Tanderup K, Hokland SB et al. Clinical feasibility of combined intracavitary/interstitial brachytherapy in locally advanced cervical cancer employing MRI with a tandem/ring applicator in situ and virtual preplanning of the interstitial component. *Radiother Oncol* 2013;107:63-8.
2. Lindegaard JC, Tanderup K, Nielsen SK, Haack S, Gelineck J. MRI-guided 3D optimization significantly improves DVH parameters of pulsed dose rate brachytherapy in locally advanced cervical cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2008;71:756-64.
3. Tanderup K, Nielsen SK, Nyvang G et al. From point A to the sculpted pear: MR image guidance significantly improves

tumour dose and sparing of organs at risk in brachytherapy of cervical cancer. *Radiother Oncol* 2010;94:173-80.

4. Haie-Meder C, Potter R, van Limbergen E et al. Recommendations from Gynaecological (GYN) GEC-ESTRO Working Group(II): concepts and terms in 3D image based 3D treatment planning in cervix cancer brachytherapy with emphasis on MRI assessment of GTV and CTV. *Radiother Oncol* 2005;74:235-45.
5. Pötter R, Dimopoulos J, Kirisits C et al. Recommendations for image-based intracavitary brachytherapy of cervix cancer: the GYN GEC ESTRO Working Group point of view: in regard to Nag et al. (*Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2004;60:1160-1172). *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2005;62:293-5.
6. Kallehaug J, Nielsen T, Haack S, et al. Voxelwise comparison of perfusion parameters estimated using dynamic contrast enhanced (DCE) computed tomography and DCE-magnetic resonance imaging in locally advanced cervical cancer. *Acta Oncol* 2013;52:1360-8.
7. Lindegaard JC, Fokdal LU, Nielsen SK, Juul-Christensen J, Tanderup K. MRI-guided adaptive radiotherapy in locally advanced cervical cancer from a Nordic perspective. *Acta Oncol* 2013;52:1510-9.
8. Sturdza AE, Fokdal LU, Tan LT, Lindegaard JC, Mazon R, Haie-Meder C et al. Outcome of image guided brachytherapy in locally advanced cervical cancer within a multi-institutional retrospective cohort. *Int J Rad Oncol Biol Phys* 2014; 90: S91
9. Fokdal L, Sturdza A, Tanderup K, Kirisits C, Kirchheiner K, Lindegaard J et al. Late morbidity following image guided adaptive brachytherapy (IGABT) in cervical cancer - first results from retroEMBRACE. *Radiother Oncol* 2012;S71.
10. Fokdal L, Tanderup K, Nielsen SK et al. Image and laparoscopic guided interstitial brachytherapy for locally advanced primary or recurrent gynaecological cancer using the adaptive GEC ESTRO target concept. *Radiother Oncol* 2011;100:473-9.
11. Fokdal L, Ortoft G, Hansen ES et al. Toward four-dimensional image-guided adaptive brachytherapy in locally recurrent endometrial cancer. *Brachytherapy* 2014;Jul 20 doi:10.1016/j.brachy.2014.06.004



Af  
Overlæge Svend Saalbach Ottesen  
Afsnit for Lindrende Behandling  
Klinisk Onkologisk afd., Roskilde  
Sygehus

To bornholmske fiskere sad på en bænk på havnen. Talen gik om stort og småt, eftertænksomt og i adstadigt tempo. De havde hele dagen. Solen skinnede fra en skyfri himmel, og luften var mættet af duften af tjære og røgede fisk med en undertone af frisk saltvand. Turister var der mange af. En ældre københavnsk mand satte sig ved siden af de to fiskere. En ordknapp samtale mellem de tre på bænken tog sin begyndelse – mange emner blev kortvarigt vendt og lukket igen næsten inden de blev åbnet. Stilhed. En flue satte sig på den ene fiskers knæ. Dette fik turisten til at spørge fiskeren om han vidste, hvad det var for en flue. "Næh", var det mimikfattede svar. "Det er en døgnflue, og ved De hvorfor den hedder det". "Næh", var svaret. "Jo ser De – det er fordi en døgnflue kun lever et døgn". "Nå," sagde fiskeren, "– så har den fandme været heldig med vejret!"

Det er nu ti år siden Klinisk Onkologisk afdeling på Roskilde Sygehus indviede sit fuldt integrerede palliative sengeafsnit, Afsnit for Lindrende Behandling (ALB). På daværende tidspunkt havde kun få amtslige / nationale initiativer til styrkelsen af den palliative indsats på basis niveauet overlevet implementeringsfasen. Derfor troede mange da også at ALB kun ville overleve i kort tid, men sådan skulle det ikke gå. Den 24. november 2014 kan ALB fejre sit tiende år og gør det med et jubilæums-symposium: "Palliativ indsats fra hjemmet til sygehuset t/r" med flere end 110 tilmeldte fra nær og fjern. ALB var ikke en døgnflue, og var ikke kun heldig med vejret.

## En døgnflue fylder ti år

I 1998 påbegyndte man på Roskilde og Køge sygehuse, på sygehusledelsens initiativ, et projekt med de to formål at forbedre den palliative indsats på basis niveauet på de to sygehuse, samt at forbedre samarbejdet med primær sektor. Projektet blev finansieret af en national pulje, og indeholdt udover formaliseret undervisningsforløb og udarbejdelse af palliative instrukser og vejledninger, etablering af til formålet uddannede lokale palliative teams på alle somatiske sengeafdelinger bestående af en læge, en sygeplejerske og en SOSU. Derudover blev der etableret lokale palliative fora på de to sygehuse, hvor de lokale palliative teams blandt andet kunne mødes for at dele viden og erfaringer. Det var i dette palliative sygehusmiljø, at Klinisk Onkologisk afdeling ønskede at gå skridtet videre og etablere et integreret palliative sengeafsnit på seks senge forbeholdt afdelingens egne patienter med komplekse palliative problemstillinger. De samlede etableringsomkostninger beløb sig til 25.000 kr. og efter dannelsen af et ALB team bestående af et dedikeret plejepersonale (ALB'ere) og en overlæge i onkologi og med sideuddannelse i palliativ medicin, kunne man modtage den første patient 1. september 2004. Siden har flere end 1800 patienter været indlagt i ALB, og det palliative afsnit er blevet en vigtig del af den samlede afdelings selvforståelse og identitet. ALB har med tiden vist sig at kunne gøre en positiv forskel, ikke for alle patienter, men for dem med behov for særlig palliativ indsats. Det enkelte medlem af ALB teamet har oplevet faglig og personlig udvikling, større arbejdsglæde og har lært at tænke i helheder og i nuet. Om etableringsfasen kan man i øvrigt læse mere i SKA nyt nr. 3 fra 2006.

Det storstillede og velorganiserede projekt på sygehusniveau tabte pusten i årene 2004 – 2005, og i dag kan kun få ansatte på de to sygehuse huske projektet. ALB overlevede denne "nedsmelt-

ning", fordi det var medarbejdernes projekt med fuld opbakning fra ledelsen, fordi alle i ALB teamet var og er ildsjæle og engagerede kulturbærere, fordi de fik de nødvendige arbejdsbetingelser og rammer – og fordi ALB på kort tid kunne vise dets eksistensberettigelse. I de afskærmede fysiske rammer voksede en palliativ kultur frem, som gav yderligere næring til fortsat udvikling. Ideer blev født, afprøvet og efterfølgende implementeret. ALB blev kaldt og er stadig et væksthuse og et afsnit for løsninger. Dette har været og er stadig muligt, fordi teamet har fælles mål, værdier og holdninger, løbende understøtter hinanden, er tro mod lagte strategier og med tiden har lært den svære kunst at arbejde tværfagligt.

### Erfaringer ti år senere

En grundlæggende erfaring er, at tværfagligt teamarbejde er fundamentet og "guldet", men også at netop dette er en svær disciplin, som kræver øvelse. Gensidig anerkendelse og respekt både i og på tværs af faggruppe er afgørende og opnås kun gennem ligeværdig konstruktiv dialog, ærlig kommunikation og tillid til andres evner og kompetencer. Den palliative indsats starter i det enkelte teammedlems møde med patienten og dennes familie, for derefter at vokser sig større i ly af teamets samlede bidrag. Det er i den henseende en uvurderlig fordel, at ALB en gang ugentligt kan afholde en udvidet tværfaglig konference med deltagelse af både ALB personale, præst, psykolog, socialrådgiver, ergoterapeut og fysioterapeut.

Grundlæggende er ligeledes anerkendelsen af, at både patient og dennes familie er målet for den samlede tværfaglige palliative indsats. Endvidere, at deres ord og handlinger altid skaber mening for den enkelte og / eller for familien, og at vi kun i forsøget på at forstå og anerkende dette kan opnå den nødvendige indsigt, som kræves for at kunne tilbyde

den bedste mulige palliativ indsats. Gennem alle årene har ALB brugt familiesamtalen som et af flere redskaber hertil. En familiesamtale er en planlagt og med patienten forberedt samtale mellem patient, dennes familie og ALB personale. Det er patienten selv, som inviterer dem, der skal deltage. Der har været fra 2 – 18 personer, i gennemsnit dog fem. Med patienten er aftalt hvilke emner, som skal berøres og dermed også, om der er nogle, som skal undgås (f.eks. prognose). Indholdet i samtalen vil typisk kunne deles op i en snak om sygdomsforløb og behandlingsmuligheder, og en snak om en plan for den kommende og evt. sidste tid. I gennemsnit tager samtalerne 30 – 40. min. og har vist sig som et uvurderligt og uundværligt arbejdsredskab, som flere end 90 % af familierne synes er et godt eller virkelig godt tilbud. Årligt afholdes 50 – 80 familiesamtaler og i gennemsnit en måned før livsafslutning. Det er blevet argumenteret, at en familiesamtale tager tiden fra andet og andre, men erfaringerne er lige de modsatte. Familiesamtaler er en god investering for patienten, familien og for afdelingen. Resultaterne fra en netop gennemført retrospektiv spørgeskemaundersøgelse om familiesamtaler er ved at blive opgjort med henblik på publikation.

Et andet vigtigt arbejdsredskab siden dag 1 i 2004 har været screeningsværktøjet ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale). På en numerisk skala fra 0 – 10 bliver patienter bedt om at tilkendegive, hvordan de har det foruden hvor plagsomme ni udvalgte symptomer måtte være. Alle patienter i ALB bliver screenet dag 1,2,3 samt evt. x 1 ugentlig efterfølgende. Udfaldet af screeningen bliver sammen med patienten brugt til at prioritere indsatsen for bedre symptomkontrol. I et nyligt sygeplejeinitieret pilotprojekt forsøgte man at introducere ESAS på det onkologiske sengeafsnit. Dette viste sig at være en svær øvelse, og der blev dokumenteret



store forskelle mellem patientens rapportering gennem ESAS og sygeplejens og den lægelige dokumentation og iværksatte handlinger. Det er tankevækkende, at ESAS - selv på en afdeling hvor dette skema var kendt i forvejen - kom til kort i den stærke konkurrence med fordomme, normering, tid, dataindsamling af vitale parametre samt brugen af andre etablerede og obligatoriske screeningsværktøjer (f.eks. ernæring og tryksår). Pilotundersøgelsens resultater understreger og synliggør kompleksiteten i implementering af regelmæssig behovsvurdering.

I løbet af et år dør godt 40 – 50 patienter i ALB svarende til 25 % af patientforløbene. For at optimere den samlede palliative indsats ved livets afslutning, har ALB siden 2009 benyttet en af ALB teamet oversat og til danske forhold tilpasset udgave af den engelske guideline "Liverpool Care Pathway (LCP) for the dying patient". LCP er et tværfagligt og evidensbaseret dokument, som tages i anvendelse fra det øjeblik, hvor patienten vurderes som værende døende. I praksis vil det betyde godt 1 – 3 dage før livsafslutning. I LCP er der opstillet en række mål, som f.eks. seponering af unødvendig medicin, seponering af måling af vitale parametre, samt ophør med iv væske og ernæring. Derudover er der opstillet mål for kommunikation, information, plejehandlinger osv., samt mål for symptomkontrol (f.eks. smertefrihed og at den døende ikke må opleve generende angst og dyspnø). Introduktionen af LCP betød bedre dokumentation og symptomkontrol. Som i England er vores erfaringer, at LCP er et rigtigt godt arbejdsredskab, men også at det forudsætter viden, erfaring og indsigt, hvis intentionerne bag LCP skal nå ud til den døende og dennes familie. Flere end 225 døende patienter har været "på" LCP i perioden 2009 – 2014.

Erfaringsgrundlaget fra ti års arbejde danner nu fundamentet for et nyt tiltag i ALB regi kaldet: Sammenhængende Koordineret Palliativ Indsats ved Livets Afslutning (SAMKOPILA). Dokumentet tages i anvendelse, når det vurderes, ambulat eller under indlæggelse,

at der ikke er flere meningsfulde onkologiske behandlingstilbud (sen palliativ fase). Patienten og dennes familie vil få tilbudt ambulat familiesamtale samt hjælp til planlægning af den sidste tid. Hermed menes også tilbud om kontakt til hjemmeplejen, egen læge og/eller et palliativt team. Der vil blive foretaget regelmæssig symptomscreening med EORTC – PAL 15. Patienten vil fortsat være tilknyttet Klinisk Onkologisk Afdeling og bevarer tillige kontakten til deres kontaktlæge. De tilbydes åben indlæggelse til ALB og vil uanset årsag ved behov blive indlagt der. Dermed undgås indlæggelser på andre afdelinger, hvor patienten ikke er kendt. Konceptet er i overensstemmelse med afdelingens grundprincip om at følge de palliative patienter fra vugge (diagnose) til krukke (død).

De senere år er ALB også blevet inddraget i uddannelse af sygeplejersker og H-læger. For tiden er der fast tilknyttet to H-læger med to faste stuegangsdage ugentligt hver og som under supervision introduceres til det palliative felt. De opnår færdigheder i den palliative helhedstilgang, indsigt i den meningsgørende adfærd, anvendelse og afholdelse af familiesamtaler samt brugen af ESAS og LCP. Derudover vil de få praktisk erfaring i at lindre patientens plagsomme symptomer samt kendskab til og erfaring med brugen af sc pumper. H-lægerne vil være tilknyttet ALB i 3 – 6 mdr. Tiden har vist, at ALB er et stort aktiv for

Klinisk Onkologisk afdeling som uddannelsessted.

### ALB herfra og ud i fremtiden

Alle onkologiske afdelinger skal tilbyde en målrettet og fokuseret palliativ indsats som et delelement i den samlede supportive care. Der findes flere organisatoriske modeller, men ingen evidensbaserede. ALB har arbejdet sig op fra det basale palliative niveau til nu at være på højde med det specialiserede og bruges rundt omkring i landet som pejlemærke. Glædeligt kan det noteres, at integrerede palliative sengeafsnit i forskellige sammenhænge i disse år dukker op rundt omkring i landet f.eks. Hvidovre, Herlev, Odense og Sønderborg. Alle onkologiske afdelinger i landet har til hver en tid patienter indlagt med komplekse palliative problemstillinger, og derfor bør afdelingsledelserne i samarbejde med medarbejdere løbende definere niveauet, fra hvilket afdelingens palliative indsats skal ydes.

Vi lever i en tid, hvor ikke alt i morgen vil være, som det var i går. Dette gælder også for ALB, som måske fremadrettet skal indgå i en større og mere samlet regional strategi for optimering af den palliative indsats. Afklaring forventes i løbet af 2015.

Her til sidst vendes blikket atter mod Bornholm og de to fiskere.

Den københavnske turist forstod budskabet og har forladt bænken. I stedet sidder nu en lille pige klemt inde mellem de to fuldvoksne mænd. Hun pusler og plejer sin medbragte ynglingsdukke. En far og hans lille datter kommer forbi den tætpakkede bænk. Pigen får øje på dukken og den lille pige. Vender sig om, peger på dukken og siger til sin far: "Sådan en dukke vil jeg også have". Et ønske, som blev underbygget af trusler om både dit og dat. Faren vælger i første omgang at ignorere datteren og sætter kursen væk fra området. Datteren bidrager i den forbindelse just ikke til stilhedens øjeblik. Faren vender så pludselig om på hælen for derefter målrettet at gå hen til bænken. Med et snuptag flår han dukken ud af den lille piges hånd, løfter dukken triumferende op mod den blå himmel som var det et krigsbytte og går derefter væk med hastige skridt. Pigen på bænken stirrer forbavset ud i luften og forbliver tavs i bar forskrækkelse. Sekunder senere har dukken skiftet pige-hænder. Stilhed. Forbløffelse på den samlede bænk. Den ene fisker forsøger forgæves at rejse sig, men giver op. Hovedrystende. Tager ordet i sin mund og konkluderer tørt: "Det er fandme forbudt at stjæle. Den københavnersnude kunne da bare have købt en selv. Forkælede unge". En arrig spytklat rammer jorden, medens uroen breder sig på havnen. Historien ender måske alligevel ikke.



## EONS



Af  
Birgitte Grube  
EONS Past Præsident  
[www.cancernurse.eu](http://www.cancernurse.eu)

### Anerkendelse af kræftsygepleje på EU niveau

Denne klumme vil dreje sig om anerkendelse af kræftsygepleje på EU niveau og det arbejde, som EONS står i spidsen for.

EONS Advocacy arbejdsgruppe og EONS har længe arbejdet for at få anerkendt kræftsygepleje som et speciale på europæisk plan, og nu er der gennem et EU anerkendelsesdirektiv (Direktiv 36) åbnet en mulighed for, at specialer inden for bl.a. lægevidenskaben og sygepleje kan blive anerkendt.

Onkologiske læger har via deres Europæiske organisation ESMO fået anerkendt onkologi som et speciale - en anerkendelse, der betyder krav om uddannelse, titelbeskyttelse og registrering af specialet i den nationale sundhedsstyrelse.

I Danmark fik vi et krav om specialuddannelse til sundhedspersonale i Kræftplan II, som var startskuddet til Specialuddannelse i kræftsygepleje. Men mange andre lande i Europa har ingen formaliseret og ensartet uddannelse inden for kræftområdet.

Derudover vil en EU anerkendelse i dansk kontekst betyde, at man politisk kan arbejde for, at for eksempel 100 % af de sygeplejersker, der arbejder med kræftpatienter, skal være påbegyndt specialuddannelse inden for 2 år, efter de er ansat i en

kræftafdeling. Altså på lige fod med specialuddannelsen i anæstesi.

Der vil således også være et krav om niveau, og her kan det vise sig, at specialuddannelserne i Danmark skal være på master-niveau, men stadig med et klinisk fokus og det unikke i tæt sammenhæng mellem klinik og teori.

EONS Advocacy gruppe har således arbejdet på et politikpapir (Position Statement) omkring roller og ansvar for kræftsygepleje. Papiret skal dels bruges politisk i det europæiske regi, men også gerne kunne give mening og anvendes af de nationale kræftsygeplejeselskaber.

Jeg har derfor valgt ikke at oversætte det til dansk, da jeg gerne vil vide, om det giver mening for jer? Om I kan genkende jer selv i det papir?



### EONS Position statement on the Role of Nurses in Cancer Care

EONS believes that there is a real need to consider the impact of policy trends and political decisions by individual Member States on the EU nursing workforce and specifically on the development of nursing skills and competencies for cancer nurses.

The time is to address these issues at EU level, in a tangible and focused way. EONS Position statement on the Role of Nurses in Cancer Care should be a set of useful arguments at all levels of the discussion around skills and competencies of the nursing workforce in cancer care within the rapidly changing Health Care System.

**It is the position of the European Oncology Nursing Society that:**

- A cancer nurse has the aut-

hority and full responsibility to provide care for patients and relatives based on a scientific, ethical, esthetic and personal knowledge and skills.

- A cancer nurse has clinical leadership to organize, coordinate, evaluate and adjust the care and pathways for the patients.
- A cancer nurse has a critical and scientific approach in decision making and is responsible for evidence based care and to take the lead in the initiating new research in cancer nursing.
- A cancer nurse enhances patient safety and the quality and effectiveness of care delivery and is thus essential and irreplaceable in the provision of patient care services in cancer care.
- Cancer nurses are fully accountable in all cancer care settings for all nursing services and associated patient outcomes provided under their direction.

EONS believes that the public has a right to expect that cancer nurses demonstrate professional competence throughout their work.

EONS believes that it is cancer nurses' responsibility to shape and guide any process for assuring high quality education and training in cancer care and treatment.

Regulatory agencies define minimal standards for regulation of practice to protect the public. The employer is responsible and accountable for providing an environment conducive to competent practice. Assurance of competence is the shared responsibility of the professions, individual HCM, professional organizations, credentialing and certification entities, regulatory agencies, employers, and other key stakeholders.



I øjeblikket arbejder vi i EONS Advocacy gruppe på en artikel, hvor vi definerer kræftsygepleje og fortæller hvorfor det er vigtigt med en anerkendt uddannelse. Artiklen vil også indeholde resultater fra et survey om de forskellige landes uddannelser inden for kræftsygepleje. Ovenstående position statement vil blive inkluderet i denne artikel. Planen er, at denne artikel skal danne ramme for diskussioner med EU og forhåbentlig en anerkendelse til sidst. Det tog 6 år for de onkologiske læger at få deres anerkendelse af specialet.

#### Referencer

1. Farrell C et al. Exploring the scope of oncology specialist nurses' practice in the UK. *Eur J Oncol Nursing*, 2011, 15: 160-6.
2. Cowman S et al. Evaluation of the Role of the Clinical Nurse Specialist in Cancer Care. (2010).
3. Excellence in Cancer Care: The Contribution of the Clinical Nurse Specialist (2010).

Birgitte.grube@gmail.com



## Nyhedsrunden

### Ny guideline til behandling af metastaserende kastrations-resistent prostata cancer

American Society of Clinical Oncology og Cancer Care Ontario har publiceret en ny guideline vedrørende behandling af kastrations-resistent prostata cancer med radiografisk eller patologisk verificeret metastaser.

*Basch E, Loblaw A, Oliver TK et al. Systemic therapy in men with metastatic castration-resistant prostate cancer: American Society of Clinical Oncology and Cancer Care Ontario Clinical Practice Guideline. J Clin Oncol 2014;DOI:10.1200/JCO.2013.54.8404*

### Ny guideline vedrørende behandling om avanceret brystkræft

The 2nd International Consensus Conference for Advanced Breast Can-

cer (ABC2) blev afholdt i Lisabon i november 2013. Konsensusresultaterne af mødet er nu publiceret i form af en ny guideline.

*Cardoso F, Costa A, Norton L et al. ESO\_ESMO 2nd international consensus guidelines for advanced breast cancer (ABC2). Ann Oncol 2014;25:1871-88*

### ESMO Clinical Practice Guidelines

ESMO har opdateret sine guidelines vedrørende GI tumorer, lungecancer, genito-urologiske cancers, hæmatologiske sygdomme, CNS kræftformer, sarkomer og supportive care og palliation.

*Ann Oncol 2014;25:supplement 3*

## Artikler med dansk deltagelse publiceret i udvalgte internationale tidsskrifter

Am-Boer J 't, Mol L, Verhoef C, de Haan AFJ, Yilmaz M, Punt CJA et al. The CAIRO4 study: the role of surgery of the primary tumour with few or absent symptoms in patients with synchronous unresectable metastases of colorectal cancer – a randomized phase III study of the Dutch Colorectal Cancer Group (DCCG).

*BMJ Cancer 2014;14:741(2 oct)*

Andersen CL, Siersma VD, Hasselbalch HC, Lindegaard H, Vestergaard H, Felding P et al. Eosinophilia in routine blood samples as a biomarker for solid tumor development – a study based on the Copenhagen Primary Care Differential Count (CopDiff) database.

*Acta Oncol 2014;53:1245-50*

Casares-Magaz O, Toftegaard J, Muren LP, Kallehauge JF, Bassler N, Poulsen PR et al. A method for selection of beam angles robust to intra-fractional motion in proton therapy of lung cancer.

*Acta Oncol 2014;53:1058-63*

Dores GM, Curtis RE, van Leeuwen FE, Stovall M, Hall P, Lynch F, et al. Pancreatic cancer risk after treatment of Hodgkin lymphoma.

*Ann Oncol 2014;25:2073-9*

Due AK, Vogeliuss IR, Aznar MC, Bentzen SM, Berthelsen AK, Korreman SS et al. Recurrences after intensity modulated radiotherapy for head and neck squamous cell carcinoma more likely to originate from regions with high baseline (18F)-FDG uptake.

*Radiother Oncol 2014;111:360-6*

Elstrøm UV, Olsen SRK, Muren LP, Petersen JBB, Grau C. The impact of CBCT reconstruction and calibration for radiotherapy planning in the head and neck region – a phantom study.

*Acta Oncol 2014;53:1114-24*

Eriksen JG, Salembier C, Rivera S, De Bari B, Berger D, Mantello G et al. Four years with FALCON – an ESTRO educational project: Achievements and perspectives.

*Radiother Oncol 2014;112:145-9*

Grantzau T, Thomsen MS, Væth M, Overgaard J. Risk of second primary lung cancer in women after radiotherapy for breast cancer.

*Radiother Oncol 2014;111:366-73*

Haack S, Kallehauge JF, Jespersen SN, Lindegaard JC, Tanderup K, Pedersen EM. Correction of diffusion-weighted magnetic resonance imaging for brachytherapy of locally advanced cervical cancer.

*Acta Oncol 2014;53:1073-8*

Hansen TF, Kjær-Frifeldt S, Christensen RD, Morgenthaler S, Blondal T, Lindebjerg J et al. Redefining high-risk patients with stage II colon cancer by risk index and microRNA-21: results from a population-based cohort.

*BJC 2014;111:1285-92*

Håkansson K, Specht L, Aznar MC, Rasmussen JH, Bentzen SM, Vogeliuss IR. Prescribing and evaluating target dose in dose-painting treatment plans.

*Acta Oncol 2014;53:1251-6*

Kallehauge JF, Tanderup K, Duan C, Haack, Pedersen EM, Lindegaard JC et al. Tracer kinetic model selection for dynamic contrast-enhanced magnetic resonance imaging of locally advanced cervical cancer.

*Acta Oncol 2014;53:1064-72*

Marett-Nielsen K, Aggerholm-Pedersen N, Safwat A, Baerentzen S, Pedersen AB, Keller J. Prevalence and prognostic impact of comorbidity in soft tissue sarcoma: A population-based cohort study.

*Acta Oncol 2014;53:1188-96*

Obón-Santacana M, Kaaks R, Slimani N, Lujan-Barroso L, Freisling H, Ferrari P et al. Dietary intake of acrylamide and endometrial cancer risk in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition cohort.

*Br J Cancer 2014;111:987-97*

Poulsen PR, Worm ES, Petersen JBB, Grau C, Fledelius W, Høyer M. Kilovoltage intrafraction motion monitoring and target dose reconstruction for stereotactic volumetric modulated arc therapy of tumors in the liver.

*Radiother Oncol 2014;111:424-30*

>>>

## Artikler med dansk deltagelse publiceret i udvalgte internationale tidsskrifter

Rasmussen ML, Liposits G, Yogendram S, Jensen AB, Linnet S, Langkjer ST. Treatment with eribulin (halaven) in heavily pre-treated patients with metastatic breast cancer.

*Acta Oncol 2014;53:1275-7*

Schmidt ML, Poulsen PR, Toftegaard J, Hoffmann L, Hansen D, Sørensen TS. Clinical use of iterative 4D-cone beam computed tomography reconstructions to investigate respiratory tumor motion in lung cancer patients.

*Acta Oncol 2014;53:1107-13*

Steffensen KD, Madsen CV, Andersen RF, Waldstrøm M, Adimi P, Jakobsen A. Prognostic importance of cell-free DNA in chemotherapy resistant ovarian cancer treated with bevacizumab.

*Eur J cancer 2014;50:2611-8*

Stokkevåg CH, Engeseth G-M, Ytre-Hauge KS, Röhrich D, Odland OH, Muren LP et al. Estimated risk of radiation-induced cancer following paediatric cranio-spinal irradiation with electron, photon and proton therapy.

*Acta Oncol 2014;53:1048-57*

Thorsen LB, Thomsen MS, Berg M, Jensen I, Josipovic M, Overgaard M et al. CT-planned internal mammary node radiotherapy in the DBCG-IMN study: Benefit versus potentially harmful effects.

*Acta Oncol 2014;53:1027-34*

Vestergaard A, Muren LP, Lindberg H, Jakobsen KL, Petersen JBB, Elstrøm UV et al. Normal tissue sparing in a phase II trial on daily adaptive plan selection in radiotherapy for urinary bladder cancer.

*Acta Oncol 2014;53:997-1004*

Wiltink LM, Chen TYT, Nout RA, Kranenbarg EM-K, Fiocco M, Laurberg S et al. Health-related quality of life 14 years after preoperative short-term radiotherapy and total mesorectal excision for rectal cancer: Report of a multicenter randomised trial.

*Eur J Cancer 50;14:2390-8*

## Vidste du, at..?

Kombinationsbehandling med en BRAF (dabrafenib) og en MEK hæmmer (trametinib) reducerer signifikant risiko for progression med 25% sammenlignet med BRAF hæmning alene hos patienter med **tidligere ubehandlet, ikke-resercherbart melanom**. Patienterne havde stadie III/IV melanom med en BRAF V600E eller V600K mutation. Responsraten var ligeledes signifikant øget (67% versus 51%;  $p=0,002$ ) i gruppen, der fik kombinationsbehandling. Der var også en lavere frekvens af kutant plade-celle carcinom i sidstnævnte gruppe (2% versus 9%).

*Long GV, Stroyakovskiy D, Gogas et al.  
Combined BRAF and MEK inhibition versus BRAF inhibition alone in melanoma.  
N Engl J Med 2014;DOI:10.1056/NEJMoa1406037*

Crizotinib har udover god effekt hos subgruppen af patienter med genetiske ændringer i ALK også udtalt effekt i subgruppen af patienter med ROS1-rearranged **ikke-småcellet lungecancer**. Halvtreds patienter med ROS1 rearrangement blev inkluderet i en forlængelse af et crizotinib fase I forsøg. Responsraten var således 72% (3 komplette og 33 partielle raps); den mediane respons varighed var 17,6 måneder, og den mediane progressionsfri overlevelse 19,2 måneder. Halvdelen af patienterne var fortsat ikke progresseret på analysetidspunktet.

*Shaw AT, Ou S-H I, Bang Y-J et al.  
Crizotinib in ROS1-rearranged non-small-cell-lung cancer.  
N Engl J Med 2014;DOI:10.1056/NEJMoa1406766*

**Diabetes** (DM) medfører en øget risiko for udvikling af pancreas cancer. Data fra 15 case-kontrol studier opbevaret hos The Pancreatic-Cancer Case-Control Consortium viste, at patienter med DM 2 havde en øget risiko på 1,90 (95% CI, 1,72 – 2,09). Risikoen mindskedes svarende til varighed af DM, men der sås fortsat en øget risiko 20 år efter diagnose af DM (1,30; 95% CI 1,03 – 1,63). Perorale antidiabetika ser ud til at reducere risiko for pancreas cancer, hvorimod insulinbehandling ikke viste en konsistent varighed-risiko association.

*Bosetti C, Rosato V, Li D et al.  
Diabetes, antidiabetic medications, and pancreatic cancer risk:  
an analysis from the International Pancreatic Cancer Case-Control Consortium.  
Ann Oncol 2014;25:2065-72*

Patienter, der har overlevet Hodgkin lymfom efter behandling med radioterapi og visse alkyliserende kemoterapeutika, har en øget risiko for udvikling af **pancreas cancer**. Et internationalt case-control studie med data indsamlet mellem 1953 og 2003 viser, at risiko for at udvikle pancreas cancer øges med stigende stråleterapi doser mod pancreas området og med et stigende antal kemoterapi serier indeholdende alkyliserende stoffer. Odds ratio for patienter behandlet både med stråleterapi under diafragma (>10 Gy) og > 6 serier kemoterapi indeholdende alkyliserende stoffer var sammenlignet med patienter, der ikke havde modtaget nogen af de to behandlingsmodaliteter 17,9 (95% CI 3,5 – 158). Den samlede effekt af de to behandlingsmodaliteter er signifikant større end den additive effekt ( $p=0,041$ ).

*Dores GM, Cutris RE, van Leeuwen FE et al.  
Pancreatic cancer risk after treatment of Hodgkin lymphoma.  
Ann Oncol 2014;25:2073 - 79.*



## Nye godkendelser fra FDA

Kombinationen af **netupitant** og **palonosetron** (Akynzeo) er blevet godkendt som behandling af kvalme og opkastning hos patienter, der modtager cancer kemoterapi (oktober, 2014)

**Ramucirumab** (Cyramza) er i kombination med paclitaxel blevet godkendt som behandling af patienter med avanceret ventrikel eller gastro-esøfagal adenocarcinom (november, 2014)

## Nye godkendelser fra EMA

Godkendelse af **Nintedanib** (BIBF 1120; Vargatef) i kombination med docetaxel anbefales som anden linje behandling af lokalt avanceret eller metastaserende ikke små-cellet lungekræft (september, 2014)

**Ramucirumab** (Cyramza) har modtaget positiv opinion som enkeltstof behandling af patienter med avanceret ventrikel cancer eller gastro-esøfagal adenocarcinom, der er progredieret efter tidligere platin og fluoropyrimidin kemoterapi (september, 2014).

## Anbefalinger fra KRIS

**Sorafenib** (Nexavar) anbefales som standardbehandling af patienter med symptomgivende metastaserende differentieret thyroidea cancer, som er resistent over for radioaktivt jod, og som ikke kan behandles med kirurgi eller strålebehandling.

**Cabozantinib** (Cometriq) anbefales som standardbehandling af patienter med symptomgivende metastaserende medullær thyroideacancer, som ikke kan behandles med kirurgi eller strålebehandling.

**Obinutuzumab** (Gazyvaro) i kombination med chlorambucil anbefales som standardbehandling af tidligere ubehandlede voksne patienter med kronisk lymfatisk leukæmi, som på grund af komorbiditet ikke er egnet til fludarabin-baseret behandling.

## Internationale møder

### 2014

9.-13. dec. **San Antonio Breast Cancer Symposium**  
San Antonio, Texas  
[www.sabcs.org](http://www.sabcs.org)

### 2015

15.-17. jan. **Gastrointestinal Cancers Symposium**  
San Francisco, CA  
[www.gastro.org](http://www.gastro.org)

26.-28. feb. **2015 Genitourinary Cancers Symposium**  
Orlando, USA  
[www.gucasymp.org](http://www.gucasymp.org)

2.-4. marts **13<sup>th</sup> International Congress on Targeted Anticancer Therapies**  
Paris, France  
[www.ecco-org.eu](http://www.ecco-org.eu)

6. marts **10<sup>th</sup> International Symposium on Advanced Ovarian Cancer**  
Valencia, Spain  
[www.valencia-ovariancancersymp.org](http://www.valencia-ovariancancersymp.org)

18.-21. marts **14<sup>th</sup> St. Gallen Breast Cancer Conference: Primary Therapy of Early Breast Cancer**  
Vienna, Austria  
[www.UICC.org](http://www.UICC.org)

18.-22. april **AACR Annual Meeting 2015**  
San Diego, CA  
[www.aacr.org](http://www.aacr.org)

8.-10 maj **14<sup>th</sup> World Congress of the European Association for Palliative Care (EAPC)**  
Copenhagen, Denmark  
[www.eapc-2015.org](http://www.eapc-2015.org)

29. maj  
-2. juni **ASCO 2015 Annual Meeting**  
Chicago, USA  
[www.am.asco.org](http://www.am.asco.org)

25.-27. juni **MASCC/ISOO Annual Meeting on Supportive Care in Cancer, Copenhagen**  
Copenhagen, Denmark.  
[www.mascc.org](http://www.mascc.org)

1.-4. juli **ESMO World Congress on Gastrointestinal Cancer 2015**  
Barcelona, Spain  
[www.esmo.org](http://www.esmo.org)

6.-9. sep. **16<sup>th</sup> World Conference on Lung Cancer**  
Denver, USA  
[www.wclc2015.iaslc.org](http://www.wclc2015.iaslc.org)

25.-29. sept. **European Cancer Congress (18<sup>th</sup> ECCO + 40<sup>th</sup> ESMO)**  
Vienna, Austria  
[www.ecco-org.eu](http://www.ecco-org.eu)

## Støtte til livet med kræft

Alle hospitaler, kommuner og almen praksis skal yde rehabiliterende og palliative indsatser som del af kræftpakkeforløb og opfølgning på tværs af faggrupper, specialer og lovgivninger.

I Region Hovedstaden planlægger man nu at tage et forberedelsesskema i brug, som skal hjælpe patienter og borgere med at forberede sig på samtaler om

behov for rehabiliterende og palliative indsatser i forbindelse med kræft.

Forberedelsesskemaet er udviklet og testet i samarbejde med patienter og sundhedsfagligt personale i både hospitaler, kommuner og almen praksis. Skemaet indgår som del af implementeringsplan for det nationale forløbsprogram for rehabilite-

ring og palliation i forbindelse med kræft. Forløbsprogrammet beskriver bl.a., at man med udgangspunkt i patientens perspektiv skal foretage systematisk behovsvurderinger som grundlag for den faglige indsats.

SKA's sekretariat har bistået den regionale arbejdsgruppe med at oversætte forberedelsesskemaet til engelsk. Interesserede, som

vil se redskabet og høre mere om implementeringsplanen, kan kontakte kræftrehabiliteringssygeplejersker Lise Bjerrum Thisted og Vibe Rasmussen på tlf. 35 45 11 21 /35 45 9892 eller samordningskonsulent Helle Høstrup ved Rigshospitalet

mail: [helle.hostrup@regionh.dk](mailto:helle.hostrup@regionh.dk)

### BOGOMTALE

## Kirke på kanten – Tro når eksistensen udfordres

Af  
Lotte Blicher Mørk  
Hospitalspræst, Rigshospitalet

*"Jeg tror på, at lægerne ved, hvad de gør. Jeg lægger mit liv i deres hænder... Men kære Gud, hvad gør man, når Danmarks dygtigste læger løber tør for behandlingsmuligheder? Hvad gør man så? Jeg beder dig give mig styrken til at fortsætte og modet til at kæmpe videre. Jeg håber at medicinen vil virke igen. Jeg er kun 18 år og har et langt liv foran mig. Lad mig opleve det. Tak!"*

Dette citat stammer fra den gæstebog, der har ligget fremme gennem en årrække i Rigshospitalets Kirke og som er inspirationskilden for den bog, der for nylig udkom med titlen Kirke på kanten - Tro når eksistensen udfordres.

Gæstebogen blev lagt ind i hospitalskirken, fordi mange godt kan lide at "gøre noget", når de kommer ind i en kirke. I den Katolske Kirke er der tradition for, at man kan tænde et lys, hvilket mange protestantiske kirker også har overtaget. På Rigshospitalet er det, af brandsikkerhedsmæssige årsager, ikke muligt at have levende lys tændt, og derfor blev gæstebogen en realitet. Der herskede en del tvivl om, hvorvidt der overhovedet ville blive skrevet i den og i så fald, hvad? Der skulle dog ikke gå lang tid, før

den første bog var fyldt med henvendelser i form af hilsner, taksigelser, klager, bønner og meget mere - skrevet af patienter, deres nærmeste, personale og tilfældigt forbigående. I skrivende stund er der fyldt ca. 40 bøger med op mod 4500 henvendelser, der alle er med til at sige noget om, hvilke tanker og overvejelser af eksistentiel, åndelig og religiøs art, vor tids menneske har. Mange af henvendelserne er direkte rettet til Gud og giver derfor et indblik i forskellige Guds billeder, som så igen siger noget om den enkeltes måde at forstå livet på. Et par eksempler lyder således:

*"Kære Gud. Gud? Eller hvem du er. Jeg stiller spørgsmålstegn ved, at du har givet mig kræft. Er rigtig sur på dig, hvis du findes. Dog, giv mig styrken til at klare det"*

*"Kære Gud! Tak for at du er hos mig. Både når jeg er ked af det og bange! For det er jeg indimellem, men når jeg beder til dig, kære Gud, så ved jeg at du vil høre min bøn. Jeg beder om, at det må gå godt hos min overlæge med mine prøver, men jeg er nervøs, så jeg beder om, at du vil være hos mig og hjælpe mig. Tak for alt, kære Gud. Amen"*

*"Du kan ikke være bekendt, hvis du tager ham fra mig. Hvad godt har du af at have en 11-årig ved din side. Han er min og du har bare at sørge for, at han bliver hos mig i mange år endnu. MIN!"*

Gæstebogen er i sig selv en vigtig dokumentation for, at mange har brug for at udtrykke deres tanker og overvejelser, når dagligdagens kontrol afløses af magtesløshed og meningsløshed. Samtidig vidner den også om, at der er andet på spil end de rent fysiske symptomer, når eksistensen er sat på spidsen. Derfor blev gæstebogen en inspirationskilde for redaktørerne af denne bog, som begge har deres daglige gang på Rigshospitalet som hhv. præst og religionssociolog. En inspirationskilde til nærmere at udfolde patienter og pårørendes forhold til det religiøse og troen. Ud af gæstebogen springer nemlig en "usynlig menighed", der ikke nødvendigvis kommer til gudstjeneste søndag kl. 10, og som ikke vil kirken som institution med alle dens dogmer, men som åbenlyst gør sig tanker om, hvor, hvordan og hvorvidt Gud er placeret i deres skrøbelige og sygdomsramte tilværelse. Således er hospitalet et af de steder i vores samfund, hvor der drives Kirke på kanten.

Gennem bidrag fra en række hospitalspræster landet over, bringer bogen en kalejdoskopisk overvejelse over, hvad det vil sige at være kirke på kanten. Der er både refleksioner over, hvilken teologi en patientlignende af-føder, hvordan informationssamfundet møder patienten og helt praktiske redskaber til, hvordan man kan være kirke for og med syge mennesker og deres nærmeste. Bogen var oprindeligt

tænkt som en fagbog til andre hospitalspræster, hvilket den første halvdel også bærer præg af. Der er dog ingen tvivl om, at enhver sundhedsprofessionel vil kunne finde både inspiration og måske endda blive klogere på dét at være patient eller pårørende - at det ikke kun involverer det rent fysiske og farmakologiske, men også det eksistentielle, åndelige og religiøse. Ikke mindst på grund af alle de stærke citater.

*Titel: Kirke på kanten – Tro når eksistensen udfordres*

*Forlag: RPF – Religionspædagogisk Forlag 2014*



## Referat

## SKA kursus i palliation

Af

*Eva Soelberg Vadstrup, 1. reserve-  
læge, PhD*

*Anne Kirstine Møller, 1. reserve-  
læge, PhD*

*Klinisk Onkologisk Afdeling, Ros-  
kilde Sygehus*

Med fokus på den onkologiske afdelings rammer og muligheder afholdt SKA igen kursus i palliation på Hotel Admiral i København 27.-29. oktober 2014.

I alt deltog 15 læger og sygeplejersker (hhv. 9 og 6) fra onkologiske og hæmatologiske afdelinger samt udegående palliative teams fra Hillerød, Herlev, Roskilde, Næstved og Sønderborg. Trods et mindre antal deltagere end tidligere var der højt aktivitetsniveau og spørgelyst blandt kursisterne, hvilket sammen med de mange engagerede undervisere medvirkede til 3 dynamiske og fagligt spændende kursusdage. At kursisterne bestod af en blanded faggruppe var til fordel for de tværfaglige diskussioner.

Kursusleder Svend Ottesen, Afd. for Lindrende Behandling (ALB), Roskilde Sygehus, lagde ud med at bede kursisterne om at tegne "den gode palliatør". Udstyret

med et stort stykke papir og en sprittusch fik fantasien frit løb og udmundede i 5 bud på den altfavnende, lyttende, observerende, empatiske og vidende palliatør. Kunstværkerne prydede væggene til inspiration under hele kurset (se billede).

I år blev der introduceret flere nye emner i programmet. Et af disse var søvn og søvnforstyrrelser hos kræftpatienter, hvor professor Poul Jennum, Dansk Center for Søvnmedicin, Glostrup Hospital, førte os igennem søvnens "Two process model", og hvordan man via polysomnografi kan måle alverdens aktivitet under søvn. Man udfører forsøg omkring smerter og søvn, idet afbrudt søvn nedsætter smertærsklen, ligesom smerter giver nedsat søvnkvalitet. Insomnia stiger med antal komorbiditeter, ligesom mange medikamina (analgetika, antidepressiva, antiemetika, anxiolytika og kortikosteroider) påvirker søvnen. Dette gav stof til eftertanke.

En anden nyhed i programmet var præsentation og diskussion af det nye europæiske projekt ACTION. Antropolog Caroline A. Christensen og professor Mogens Grønvold, Bispebjerg Hospital præsenterede projektet, der har

til formål at vurdere om 'Advance Care Planning' (ACP), der er en formaliseret kommunikationsstrategi mellem patienter, pårørende og sundhedspersonale, forbedrer livskvalitet og symptomer hos patienter med fremskreden kræft. Seks europæiske lande vil indgå i forsøget. I Danmark deltager 2 hospitaler med inklusion af 136 patienter med enten lunge- eller tarmcancer. Der er tale om cluster-randomisering på hospitalsniveau, hvor det ene hospital vil blive randomiseret til kontrol (kontrolhospitalet), hvor patienterne vil modtage standard behandling og pleje. På det andet hospital (interventionshospitalet) vil patienterne modtage standard behandling og pleje + ACP interventionen.

Den pårørendes perspektiv i forbindelse med hjemmedød fik man et rigtigt godt indtryk af i en session om at passe en døende i eget hjem. Mette Ziemendorf Ringsted, som har skrevet bogen 'Stille død', fortalte ærligt og sårbart om at passe sin svigerfar i eget hjem. Hun beskrev forløbet, fra hendes svigerfar fik konstateret dissemineret pancreascancer til han døde kun 51 dage efter, samt hvordan det at passe en pårørende i eget hjem med hjælp fra hjemmeplejen kan blive en naturlig og god

oplevelse for alle de involverede (se omtale næste side).

Neuropsykolog Hysse Forchammer, Glostrup Hospital, demonstrerede på meget pædagogisk vis de udfordringer som både patient og behandler står overfor ved kognitive funktionstab ved primær kræft eller metastaser i hjernen. Men også hvordan man vha. nye metoder som "mapping" under det kirurgiske indgreb kan undgå at forværre de kognitive tab.

I en længere session om livsmod og afmagt blev vi af hospitalspræst Lotte Blicher Mørk, Rigshospitalet, og psykolog Bo Snedker Boman, Roskilde Sygehus, udfordret med en patientcase, hvor patienten i egen afmagt stillede personlige spørgsmål til sundhedspersonalet.

Ovenstående highlights udgjorde en del af kurset, som også bød på sessioner om symptomer som appetitløshed, kvalme, opkastninger, kakeksi, smerter og respiratoriske problemer og behandling af disse, håndtering af børn og unge som pårørende samt etiske udfordringer som fx aktiv dødsbistand. Alt i alt et spændende og lærerigt kursus med masser af stof til eftertanke.



## Referat

## Symposium for sygeplejersker: Er lungecancer på vej til at blive en god historie?

Af  
Line Høybye Dall  
Projektsygeplejerske  
KFE Herlev

### Om lungecancer er på vej til at blive en god historie...

– det prøvede vi at få afklaret på et meget inspirerende og udbytterigt sygeplejesymposium en

regnfuld oktoberdag. Kurset havde været overtegnet i lang tid, og det forstår man, når man ser dagens program.

Vi fik både et historisk overblik over sygdommen og udviklingen i behandlingen og nyeste viden inden for den nye trend med e-cigaretter. Derudover også en stor anerkendelse af, hvor udfordrende det kan være at arbejde

med kræftpatienter. Et indlæg beskrev, hvordan forskning og udvikling på flere fronter kan hjælpe lungecancer patienten til en forbedret livskvalitet og et bedre sygdomsforløb.

Det er altid dejligt at mødes med andre, der har samme faglige interesse og blive inspireret og samtidig bekræftet i, at det fortsat gør en forskel for patienterne

med fagligt engagement og udvikling.

Lungecancer er endnu ikke en god historie, men der er grund til at tro, at den kan blive det.

*Lungecancersymposiet gentages den 21. januar 2015 – tilmelding kan finde sted på SKAs hjemmeside: [www.skaccd.org](http://www.skaccd.org)*

## Referat

## Landskursus FSK 2014

Af  
Louise Rolin og Hanne Skovfoged  
Projektsygeplejersker, SKA

SKA deltog på Landskursus for kræftsygeplejersker, der blev afholdt fra den 7.-9. november i Vejle.

Årets tema var "Er nutidens kræftsygepleje rettet mod fremtiden?"

Landskurset blev åbnet med en paneldiskussion med deltagelse af sygeplejersker fra forskellige organisatoriske niveauer. Det primære formål var at få indsigt i samt debattere daglig praksis og mulige fremadrettede til-

tag i kræftsygeplejen for bedre at kunne honorere de krav og forventninger, som fremtidens kræftpatienter stiller til sygeplejen samt de krav, der stilles fra politisk side.

Fremtiden inden for sygeplejen vil i stigende grad byde på digitale løsninger og mere tekniske relationer, således at en større mængde af information knytter sig til den enkelte patient. Patienten bliver kort sagt digitaliseret. Man må spørge, i hvilket omfang teknologien kommer til henholdsvis at supplere og evt. erstatte den menneskelige kontakt.

Landskurset bestod af indlæg i plenum samt forskellige workshops, hvor man som deltager

havde mulighed for at vælge 2 forskellige workshops. Vi valgte først at høre om genetisk rådgivning af kræftpatienter og deres pårørende nu og i fremtiden med særligt fokus på bryst-, ovarie- og coloncancer. Der blev holdt et oplæg, som gav indsigt i, hvad genetisk rådgivning er, og hvilket detektivarbejde, det kan være at opspore patientens familiemedlemmer, som har eller har haft kræft. Desuden blev der kastet lys over, hvor omfattende det forebyggende arbejde er. Genetisk rådgivning kan være relevant, når der er f.eks. er tale om en opbobning af kræftsygdomme i patientens familie, især hvis der er flere, som er blevet syge, inden de blev 50 år. Ophobningen af kræft skal ikke nødvendigvis være

inden for samme sygdomme.

Dernæst overværede vi et indlæg om kommunal kræftrehabilitering nu og i fremtiden - hvor sygeplejersker fra Sundhedscenter for Kræfttramte i København fik deltagerne til i små grupper at diskutere mulige bud på, hvem der i fremtiden vil få brug for rehabilitering, samt hvordan tilbuddene kan nå ud til relevante grupper. I debatten blev det tydeligt, at fremtidens udfordring bliver at nå ud til mænd og socialt udsatte patienter med kræft, og det blev derfor foreslået, at rehabilitering skrives ind i patientforløbet som en del af dette. Alt i alt havde vi nogle spændende og fagligt inspirerende dage.

## BOGOMTALE

## Stille død – om at passe en døende i eget hjem

Mette Ziemendorf Ringsteds svigerfar fik i februar 2012 konstateret uhelbredelig kræft i bugspytkirtlen. Han boede alene, og som nærmeste pårørende var det Mette og hendes mand, som fulgte ham til lægekonsultationer og behandlinger. Det var også dem, som havde ansvaret for at passe ham, da han relativt hurtigt blev meget dårlig.

Stille død fortæller om de tanker, samtaler og tilfældigheder, der førte til, at Mette og hendes mand endte med at følge svi-

gerfarens ønske om at dø i eget hjem, selvom de havde forestillet sig, at han skulle tilbringe sine sidste dage på hospice.

Bogen bidrager til at nedbryde det tabu, som døden stadig er for mange mennesker. Bogen er hverken spirituel eller religiøs, men fortæller lavpraktisk om døden – som en del af hverdagen. Forfatteren har undervejs i forløbet skrevet sin tanker og oplevelser ned, og det er med udgangspunkt i disse tekster, at denne lille bog er skrevet. Bogens opbygning er

præget af et kronologisk samspil mellem faglige udpluk af svigerfarens lægejournal og følelsesmæssige tilstedeværelse.

Bogen henvender sig særligt til pårørende, som overvejer at passe en døende hjemme, men også til sygeplejersker, sosu'er og andet sundhedspersonale, som på et fagligt grundlag beskæftiger sig med døende.

*Mette Ziemendorf Ringsted:  
Stille død – om at passe en døende i eget hjem*

Bogforlaget Frydenlund 2014



## SKAs kursusprogram – Forår 2015

### 21. januar Symposium for sygeplejersker: Er lungecancer på vej til at blive en god historie?

Dette symposium blev afholdt første gang den 1. oktober 2014, og da det hurtigt blev overtegnet, gentager vi nu succesen. Symposiet søger at favne emnet bredt ved først at sætte lungecancer i et historisk perspektiv med afsæt i den positive udvikling, der har præget behandlingsmulighederne i de senere år. Dernæst belyses e-cigarettens rolle som et alternativ til rygning. Fysiske aspekter af sygdommen belyses dels gennem et indlæg om komorbiditet, og de udfordringer disse giver i patientforløbet, og dels i et indlæg om rehabilitering og den gavn en lungekræftpatient kan få af at træne intensivt. To indlæg fra erfarne psykologer sætter fokus på 'håbets betydning' og på vigtigheden af, at personalet indstiller sig på de forskelle, der er på mandlige og kvindelige patienter.

Kursusledelse: Overlæge Fahimeh Andersen  
projektsygeplejerske Hanne Skovfoged  
projektsygeplejerske Marianne Cumberland, SKA

Tid og sted: 21. januar 2015  
IDA Mødecenter, København

Kursusafgift: Deltagere fra medlemshospitaler\*: 500 kr.  
- andre: 700 kr.

Tilmelding: Online registrering på SKAs hjemmeside:  
[www.skaccd.org](http://www.skaccd.org)

### 28. januar Klinisk onkologi for sundhedsprofessionelle, modul I

Med et stigende antal kræftpatienter i eget hjem ændres kravene til os som sundhedsprofessionelle. Hjemmesygeplejerskerne i kommunerne har udtrykt ønske om mere viden om sygdomslære, kemoterapi og om praktisk håndtering af bivirkninger, og derudover efterspørges kommunikative kompetencer og erfaring fra andre med samme udfordringer. SKA udbyder nu en kursusaktivitet for sundhedsprofessionelle i hjemmeplejen i 2 moduler.

Onkologer, praktiserende læger, psykologer og sygeplejefaglige eksperter vil give deres bud på, hvad der er vigtigt som sundhedsprofessionel at have med sig i bagagen med hensyn til pleje og behandling af kræftpatienten i eget hjem.

Modulerne afholdes henholdsvis onsdag den 28. januar 2015 + onsdag den 4. marts 2015 i tidsrummet kl. 8.00-16.00 på IDA Mødecenter, Kalvebod brygge 31-33, 1780 København V.

Modul I af dette kursus i klinisk onkologi sætter fokus på to store sygdomsgrupper, hhv. lungekræft og brystkræft. Flere kræftpatienter lever længere, og det stiller øgede krav ikke mindst til de sundhedsprofessionelle i hjemmeplejen. Rehabilitering af kræftpatienter bliver derfor et centralt emne i fremtiden, og vi skal høre om, hvor langt man er kommet i Københavns kommune. Desuden er det vigtigt at være opmærksom på, at der kan være forskelle i mænds og kvinders måde at være patient på. Chefpsykologen på Rigshospitalet fortæller om den mandlige kræftpatient i teori og praksis, og en patient fortæller om sin oplevelse af at leve/overleve med kræft.

Modul 2, som afholdes den 4. marts, har tilmeldingsfrist 24. februar 2015.

Kursusledelse: Projektsygeplejerske Marianne Cumberland, SKA  
projektsygeplejerske Lene Bie, SKA

Tid og sted: 28. januar 2015  
IDA Mødecenter, København

Kursusafgift: Deltagere fra medlemshospitaler\*: 500 kr.  
- andre: 700 kr.

Tilmelding: Online registrering på SKAs hjemmeside:  
[www.skaccd.org](http://www.skaccd.org)

### 25. februar Symposium for sygeplejersker: Targeteret behandling

Program under udarbejdelse. Dagen vil bl.a. omhandle grundviden om virkningsmekanismer for bl.a. monoklonale antistoffer, Mab inhibitorer etc., og der fokuseres på sygeplejen til patienter i targeteret behandling samt håndtering af bivirkninger – med plads til erfaringsudveksling.

Kursusledelse: Projektsygeplejerske Louise Rolin, SKA  
projektsygeplejerske Hanne Skovfoged, SKA

Tid og sted: 25. februar 2015  
København

Kursusafgift: Deltagere fra medlemshospitaler\*: 500 kr.  
- andre: 700 kr.

Tilmelding: Online registrering på SKAs hjemmeside:  
[www.skaccd.org](http://www.skaccd.org)

### 4. marts Klinisk onkologi for sundhedsprofessionelle, modul II

Dette modul er en fortsættelse af modul I, som blev afholdt den 28. januar (se ovenfor)

Modul II fokuserer på det gode palliative forløb i eget hjem og håndteringen af bivirkninger til kræftbehandling. Andre emner omhandler samarbejdet omkring kræftpatienten i kommunalt regi, sundhedspædagogik i sygeplejen og hjemmesygeplejerskens kommunikative udfordringer.

Kursusledelse: Projektsygeplejerske Marianne Cumberland, SKA  
projektsygeplejerske Lene Bie, SKA

Tid og sted: 4. marts 2015  
IDA Mødecenter, København

Kursusafgift: Deltagere fra medlemshospitaler\*: 500 kr.  
- andre: 700 kr.

Tilmelding: Online registrering på SKAs hjemmeside:  
[www.skaccd.org](http://www.skaccd.org)

## SKAs kursusprogram – Forår 2015

**9.-12. marts Praktisk onkologi for ansatte i medicinalindustrien**

Dette 4-dages kursus i basal og praktisk onkologi for ansatte i medicinalindustrien sigter mod at give kursisterne basisviden om karakteristiske forhold ved kræftsygdomme samt tilbyde et indblik i den praktiske kliniske onkologiske hverdag. Kurset er delt op i teoridage og i klinikdage. Teorien foregår på Hotel Admiral, København, hvor underviserne gennemgår kræftsygdommens biologi, epidemiologi og patologi samt den medicinske og stråleterapeutiske behandlingsstrategi. Ydermere vil teoridagene bestå af en gennemgang af sygdomslære med fokus på 4-5 sygdomsgrupper og behandlingsmuligheder. Dag 4 indeholder desuden orientering om kliniske forsøg, etiske dilemmaer og klinisk forskning i praksis. Klinikdagene foregår på de onkologiske afdelinger i Herlev, Hillerød, Roskilde og på Rigshospitalet. Hver kursist får en halv dag på et af centrene onkologiske afdelinger, evt. med besøg i stråleafsnittet, og en halv dag på en onkologisk afdeling i Roskilde eller Hillerød. Kurset henvender sig til de ansatte i medicinalindustrien, der beskæftiger sig med onkologi.

Kursusledelse: Overlæge Peter Grundtvig, Herlev Hospital projektsygeplejerske Hanne Skovfoged, SKA  
 Tid og sted: 9.-12. marts  
 Admiral Hotel, København  
 Kursusafgift: Deltagere fra medicinalindustrien: 17.000 kr.  
 Tilmelding: Online registrering på SKAs hjemmeside:  
[www.skaccd.org](http://www.skaccd.org)

**19. marts Tværfagligt temamøde: Mammacancer**

Endeligt program er under udarbejdelse. Der planlægges indlæg, der byder på ny viden inden for kirurgi, kemoterapi og strålebehandling. Andre emner omfatter immunterapiens øgede betydning i behandlingen af denne sygdom, en gennemgang af elektrokemoterapi, samt indblik i betydningen af genetisk rådgivning.

Kursusledelse: Overlæge Fahimeh Andersen, Kursusansvarlig, SKA projektsygeplejerske Marianne Cumberland, SKA projektsygeplejerske Lene Bie, SKA  
 Tid og sted: 19. marts 2015  
 IDA Mødecenter, København  
 Kursusafgift: Deltagere fra medlemshospitaler\*: 500 kr.  
 - andre: 700 kr.  
 Tilmelding: Online registrering på SKAs hjemmeside:  
[www.skaccd.org](http://www.skaccd.org)

**25. marts Immunologi og behandlingsvisioner i klinisk onkologi**

Følgende områder vil blive belyst af førende nationale og internationale eksperter: basal tumor immunologi, cancer surveillance, cancer vacciner, adoptive cell-transfer, antistoffer i cancer behandling (mab'er: ADCC/CDC – NK celler og checkpoint inhibitor). Målgruppen er primært læger. Endeligt program er under udarbejdelse.

Kursusledelse: Overlæge Fahimeh Andersen, SKA projektsygeplejerske Louise Rolin, SKA, projektsygeplejerske Hanne Skovfoged, SKA  
 Tid og sted: 25. marts, 2015  
 IDA Mødecenter, København  
 Kursusafgift: Deltagere fra medlemshospitaler\*: 500 kr.  
 - andre: 700 kr.  
 Tilmelding: Online registrering på SKAs hjemmeside:  
[www.skaccd.org](http://www.skaccd.org)

**28. april Praktisk statistik i klinisk onkologi**

Kursisterne introduceres til forskellige forskningsdesigns og statistiske grundbegreber og sættes derved i stand til kritisk at kunne vurdere videnskabelige artikler.

**Målgruppe:** Intro- og H-uddannelseslæger

**Tid:** Kurset strækker sig over en dag med hjemmearbejde før kursusstart.

**Før kursus og under kursus:** Det forventes, at kursisten er bekendt med helt basale statistiske begreber inden for deskriptiv statistik og den statistiske analyse. Fremsendte artikler bedes læst inden kurset, men der vil blive tid til at tænke videre over spørgsmålene i timerne, og svarene gennemgås i fælleskab. Emnerne, der bliver gennemgået, er ligeledes behandlet i bogen "Vurder selv evidens" af Andreas Habicht (2011). Andreas Habicht forestår dagens undervisning

**Kursusform:** Der anvendes både foredrag og løsning af opgaver. Kurset

er bygget op således, at der først gennemgås teori og derefter en videnskabelig artikel knyttet til emnet.

Kursusledelse: Andreas Habicht overlæge Fahimeh Andersen projektsygeplejerske Louise Rolin projektsygeplejerske Lene Bie, SKA  
 Tid og sted: 28. april, 2015  
 IDA Mødecenter, København  
 Kursusafgift: Deltagere fra medlemshospitaler\*: 500 kr.  
 - andre: 700 kr.  
 Tilmelding: Online registrering på SKAs hjemmeside:  
[www.skaccd.org](http://www.skaccd.org)

## SKAs kursusprogram – Forår 2015

### 6. maj Sygeplejesymposium: Øvre GI

SKA inviterer landets GI onkologiske sygeplejersker til et symposium, der sætter fokus på de behandlings- og sygeplejemæssige udfordringer, der er i arbejdet med denne patientgruppe. Emnerne på dagen er ønsket af GI sygeplejersker, og foredragsholderne vil med udgangspunkt i cases og praksiseksempler søge at relatere emnerne til den kliniske hverdag. Endeligt program er under udarbejdelse.

Kursusledelse: Overlæge Fahimeh Andersen, SKA  
projektsygeplejerske Louise Rolin, SKA  
projektsygeplejerske Marianne Cumberland, SKA

Tid og sted: 6. maj, 2015  
IDA Mødecenter, København

Kursusafgift: Deltagere fra medlemshospitaler\*: 500 kr.  
- andre: 700 kr.

Tilmelding: Online registrering på SKAs hjemmeside:  
[www.skaccd.org](http://www.skaccd.org)

### 7. maj Smertebehandling – fra lidelse til lindring

Kurset belyser essentielle facetter af smertebehandlingen til kræftpatienter, fra den nyeste medikamentelle viden til praktiske øvelser, hvor deltagerne trænes i at omsætte viden til praksis. Den psykiske del af smerten belyses ved indlæg fra erfaren psykolog. Kursets primære målgrupper er læger og sygeplejersker, der arbejder med kræftpatienter. Nogen erfaring fra området er en forudsætning for at få fuldt udbytte af kurset. Endeligt program er under udarbejdelse.

Kursusledelse: Overlæge Svend Ottesen, Roskilde Sygehus  
projektsygeplejerske Hanne Skovfoged, SKA

Tid og sted: 7. maj 2015  
Hotel Admiral, København

Kursusafgift: Deltagere fra medlemshospitaler\*: 500 kr.  
- andre: 700 kr.

Tilmelding: Online registrering på SKAs hjemmeside:  
[www.skaccd.org](http://www.skaccd.org)

### 28. maj Sygeplejetemadag

Endeligt program udarbejdes i samarbejde med sygeplejegruppen, der er sammensat af repræsentanter fra SKAs medlemshospitaler. Programmet forventes klar medio februar.

Kursusledelse: Projektsygeplejerske Louise Rolin  
projektsygeplejerske Hanne Skovfoged  
projektsygeplejerske Lene Bie  
projektsygeplejerske Marianne Cumberland, SKA

Tid og sted: 28. maj, 2015  
Herlev Sygehus, København

Kursusafgift: Deltagere fra medlemshospitaler\*: 500 kr.  
- andre: 700 kr.

Tilmelding: Online registrering på SKAs hjemmeside:  
[www.skaccd.org](http://www.skaccd.org)

### 4. juni Kursus for præster og psykologer

Endeligt program er under udarbejdelse og forventes klar medio februar.

Kursusledelse: Psykolog Bo Snedker Boman, Roskilde Sygehus,  
præst Lotte Blicher Mørk, Rigshospitalet  
projektsygeplejerske Hanne Skovfoged, SKA

Tid og sted: 4. juni 2015  
Hotel Admiral, København

Kursusafgift: Deltagere fra medlemshospitaler\*: 500 kr.  
- andre: 700 kr.

Tilmelding: Online registrering på SKAs hjemmeside:  
[www.skaccd.org](http://www.skaccd.org)

### 12. juni Post-ASCO

Endeligt program er under udarbejdelse.

Kursusledelse: Prof. Dorte Nielsen, Herlev  
prof. Per Pfeiffer, OUH  
overlæge Fahimeh Andersen, SKA  
projektsygeplejerske Hanne Skovfoged, SKA

Tid og sted: 12. juni, 2015

Kursusafgift: Hotel Bella Sky, København  
Deltagere fra medlemshospitaler\*: 500 kr.  
- andre hospitalsansatte: 700 kr  
- Sundhedsfaglige institutioner: 1000 kr  
- industri: 2.500 kr.

Tilmelding: Online registrering på SKAs hjemmeside:  
[www.skaccd.org](http://www.skaccd.org)

\*SKAs medlemshospitaler = hospitaler i region Hovedstaden og region Sjælland.

## SKAs Uddannelsesaktiviteter forår 2015

### Januar

- |     |  |                           |
|-----|--|---------------------------|
| 21. | Symposium for sygeplejersker:<br>Er lungecancer på vej til at blive en god historie? | IDA Mødecenter, København |
| 28. | Klinisk onkologi for sundhedsprofessionelle, modul I                                 | IDA Mødecenter, København |

### Februar

- |     |   |                          |
|-----|---|--------------------------|
| 25. | Symposium for sygeplejersker: Targeteret behandling | Hotel Admiral, København |
|-----|---|--------------------------|

### Marts

- |        |   |                           |
|--------|---|---------------------------|
| 4.     | Klinisk onkologi for sundhedsprofessionelle, modul II | IDA Mødecenter, København |
| 9.-12. | Praktisk onkologi for ansatte i medicinalindustrien   | Hotel Admiral, København  |
| 19.    | Tværfagligt temamøde: Mammacancer                     | IDA Mødecenter, København |
| 25.    | Immunologi og behandlingsvisioner i klinisk onkologi  | IDA Mødecenter, København |

### April

- |     |                                       |                           |
|-----|---------------------------------------|---------------------------|
| 28. | Praktisk statistik i klinisk onkologi | IDA Mødecenter, København |
|-----|---------------------------------------|---------------------------|

### Maj

- |     |   |                           |
|-----|---|---------------------------|
| 6.  | Symposium for sygeplejersker: Øvre GI       | IDA Mødecenter, København |
| 7.  | Smertebehandling – fra lidelse til lindring | Hotel Admiral, København  |
| 28. | Sygeplejetemadag                            | Herlev Sygehus            |

### Juni

- |     |                                  |                            |
|-----|----------------------------------|----------------------------|
| 4.  | Kursus for præster og psykologer | Hotel Admiral, København   |
| 12. | Post-ASCO                        | Hotel Bella Sky, København |

*Læs om SKAs aktiviteter og online registrering  
til kurserne på [www.skaccd.org](http://www.skaccd.org)*

SKA ønsker alle læsere en rigtig glædelig jul og et godt nytår

#### REDAKTION

Ansv. red.: Birthe Lund  
Redaktør: Bodil Diemer  
SKAs sekretariat, afsnit 9601  
Rigshospitalet  
Blegdamsvej 58, 2100 København Ø  
Tlf.: 3545 4090  
E-mail: [birthe.agnete.lund@regionh.dk](mailto:birthe.agnete.lund@regionh.dk)  
[bodil.diemer@regionh.dk](mailto:bodil.diemer@regionh.dk)

#### Kontakt til redaktionen

Har du forslag til artikler eller andet  
indhold, så kontakt Birthe Lund eller  
Bodil Diemer

#### TRYK

Hertz bogtrykkergården a/s  
Tlf.: 3254 4022, e-mail: [post@hertz.dk](mailto:post@hertz.dk)

#### LAYOUT

Per Diemer, e-mail: [perdiemer@gmail.com](mailto:perdiemer@gmail.com)