

## Nyt

Kunsten at hæmme  
immunhæmmerne

Læs om udviklingen af en ny type kræft-  
vaccine på Center for Cancer ImmunTe-  
rapi (CCIT), Herlev Hospital  
Læs side 3



Foto: www.colourbox.com

## INDHOLD

- |  |  |                                |
|--|--|--------------------------------|
| 2. Modifierbare risikofaktorer for ovariecancer  | 5. Global Excellence - i Sundhed 2013                            | kræftbehandling                |
| 3. Udvikling af en ny type kræftvaccine  | 6. Nyt projekt om børn som pårørende til alvorligt syge forældre | 10. EONS                       |
| 5. Første nordiske afdeling for fase I og fase II behandling af børn og unge med kræft | 7. SKA 6. workshop for ansatte i enhederne for eksperimentel     | 11. Nyt fra protokoloversigten |
|  |  | 12. Publikationsnyt            |
|  |  | 14. Nyt fra SKA                |



Af  
Mette Tuxen Faber  
Cand.scient.san.publ.  
Kræftens Bekæmpelses Center  
for Kræftforskning

Æggestokkræft er den mest dødelige gynækologiske kræftform. De fleste kvinder oplever først symptomer, når sygdommen er fremskreden, og derfor har mere end 70 % af kvinderne lokal spredning og fjerne metastaser på diagnose-tidspunktet. Som følge heraf har æggestokkræft en relativt dårlig prognose med en overordnet 5-års overlevelse på ca. 40 %. Set i lyset af den dårlige prognose og udfordringerne med tidlig diagnose er det vigtigt at undersøge hvilke faktorer, der har betydning for udvikling af æggestokkræft. Af særlig vigtighed er det at identificere modificerbare risikofaktorer for æggestokkræft. Det overordnede formål med ph.d.-projektet var at undersøge sammenhængen mellem tre potentielt modificerbare risikofaktorer – anvendelse af p-piller, indtagelse af mælkeprodukter og cigaretrykning – og risikoen for at udvikle æggestokkræft.

Ph.d.-projektet bygger på data fra den danske MALOVA-undersøgelse

## Modificerbare risikofaktorer for ovariecancer

og fra et internationalt konsortium (The Ovarian Cancer Association Consortium – OCAC). Den del af projektet, der vedrører betydningen af anvendelse af p-piller og indtagelse af mælkeprodukter, undersøges blandt danske kvinder i alderen 35-79 år, der indgår i MALOVA-undersøgelsen, som er en multidisciplinær, populations-baseret case-kontrol undersøgelse, der blev gennemført i Danmark fra 1995 til 1999. Kvinderne deltog med blod- og vævsprøver og et personligt interview, der omfattede information vedrørende socio-demografiske faktorer, reproduktiv og gynækologisk historie, tidligere sygdomme, familiær disposition for kræft og livsstilsfaktorer som kost, rygning, fysisk aktivitet og alkohol.

Den del af projektet, der vedrører betydningen af rygning, er baseret på en samlet analyse af case-kontrol undersøgelser, der indgår i OCAC konsortiet. OCAC er et internationalt forum af forskere, der arbejder med æggestokkræft. Konsortiet blev dannet i 2005 med det formål at identificere gener, der er relateret til risikoen for at udvikle æggestokkræft. Senere er formålet blevet udvidet til også at omfatte undersøgelser af epidemiologiske risikofaktorer for æggestokkræft. Til dato indgår der 47



studier i OCAC, hvoraf 31 har epidemiologiske oplysninger. Disse oplysninger er samlet i en fælles database, der inkluderer 79 variable med oplysninger om alder, reproduktiv historie, anvendelse af hormoner, familiær disposition for brystkræft og/eller æggestokkræft og livsstilsfaktorer. Der foretages central harmonisering af oplysningerne fra de enkelte studier for at sikre, at alle variable har de samme definitioner og kodes efter de samme regler.



kræft, mens der ikke var nogen effekt ved kun at anvende minipiller. Anvendelse af både kombinationspiller og minipiller nedsatte også risikoen for æggestokkræft. Der var ingen væsentlige forskelle i risikoen ved anvendelse af p-piller med henholdsvis højt og lavt indhold af østrogen og progesteron. Som de første havde vi mulighed for at undersøge den uafhængige effekt af kumuleret indtag af østrogen og progesteron fra p-piller (dvs. den livslange dosis af østrogen og progesteron fra p-piller) på risikoen for æggestokkræft. Der var ingen effekt af kumuleret progesteron indtag, mens kumuleret østrogen indtag var forbundet med en nedsat risiko for æggestokkræft. Yderligere nedsatte stigende varighed af p-pille brug risikoen for æggestokkræft. Når det kumulerede indtag blev justeret for varighed af p-pille brug forsvandt effekten af kumuleret indtag af østrogen imidlertid, hvilket tyder på, at p-pillers beskyttende virkning er uafhængig af dosis af østrogen og progesteron og hovedsagelig kan forklares ved manglende ægløsning. Dette fund var mest udtalt for de serøse og endometrioid typer af æggestokkræft, mens der ikke sås nogen effekt for mucinøs æggestokkræft.

### Resultaterne er præsenteret i tre videnskabelige artikler

I den første artikel, som er klar til at blive indsendt, undersøgte vi sammenhængen mellem anvendelse af p-piller og risikoen for æggestokkræft baseret på oplysninger fra 554 kvinder med æggestokkræft og 1554 kontroller, der indgår i MALOVA-undersøgelsen. Anvendelse af kombinationspiller nedsatte risikoen for æggestok-

>>>

>>>

I den anden artikel, som er publiceret i tidsskriftet *Acta Oncologica*, blev sammenhængen mellem indtag af mælkeprodukter og risikoen for æggestokkræft undersøgt blandt 554 kvinder med æggestokkræft og 1554 kontroller fra MALOVA-undersøgelsen.

Hypigt indtag af mælkeprodukter, især mælk, surmælksprodukter og yoghurt, medførte en moderat øget risiko for æggestokkræft. Desuden medførte stigende indtag af laktose, men ikke calcium, fra mælkeprodukter en øget risiko for æggestokkræft, hvilket indikerer, at det primært er laktose, der er ansvarlig for sammenhængen mellem indtag af mælkeprodukter og risikoen for æggestokkræft. Der var ingen markante forskelle i risiko mellem de primære histologiske typer af æggestokkræft med

hensyn til indtagelse af mælkeprodukter og laktose.

I den tredje artikel, som er publiceret i tidsskriftet *Cancer, Causes and Control*, undersøgte sammenhængen mellem rygning og æggestokkræft ved at kombinere data fra 21 case-kontrol undersøgelser, der indgår i OCAC, omfattende 11.972 kvinder med æggestokkræft, 2752 kvinder med borderline tumorer og 19.066 kontroller. Rygning var forbundet med en moderat øget risiko for mucinøs æggestokkræft og mucinøse og serøse borderline tumorer. For disse histologiske typer steg risikoen med øget dagligt cigaretforbrug og med varighed af rygning, hvilket støtter, at der er en kausal sammenhæng mellem rygning og disse typer af æggestokkræft. Der var ikke nogen overbevisende sammenhæng mellem rygning og risikoen for serøs og endometrioid

æggestokkræft, mens vores resultater tyder på, at rygning nedsætter risikoen for clear-celle æggestokkræft.

Vores resultater kan bidrage med viden om den komplekse ætiologi for æggestokkræft og danne basis for fremtidig forskning. Sammen med yderligere veldefinerede undersøgelser og en bedre forståelse af de biologiske mekanismer, der ligger bag effekten af de risikofaktorer, vi har undersøgt, kan resultaterne bidrage til at forstå ætiologien for æggestokkræft og dermed muligvis medvirke til at forebygge nye tilfælde af sygdommen.

#### Bedømmelseskomité

Professor, Ph.D. Anne-Marie Nybo Andersen, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet

Professor, dr.med. Ole Mogensen,

Gynækologisk Obstetriske afd., Odense Universitetshospital  
Professor Mats Brännström, Avd. för obstetrik & gynekologi, Sahlgrenska Akademien, Göteborg University, Sverige.

Forsvaret fandt sted den 14. juni 2003, Kræftens Bekæmpelse

#### Artikler

1. Faber MT, Jensen A, Frederiksen K, Glud E, Høgdall E, Høgdall C et al. Oral contraceptive use and impact of cumulative intake of estrogen and progesterin on risk of ovarian cancer (under review).
2. Faber MT, Jensen A, Søgaard M, Høgdall E, Høgdall C, Blaakær J et al. Use of dairy products, lactose, and calcium and risk of ovarian cancer – Results from a Danish case-control study. *Acta Oncologica* 2012;51:454–64.
3. Faber MT, Kjær SK, Dehrendorff C, Chang-Claude J, Andersen KK, Høgdall E, Webb PM et al. Cigarette smoking and risk of ovarian cancer – a pooled analysis of 21 case-control studies. *Cancer Causes Control* 2013;24:989–1004.



Af  
Mads Hald Andersen  
professor, dr.techn  
Center for Cancer ImmunTerapi  
(CCIT)  
Hæmatologisk Afdeling  
Herlev Hospital

Der findes flere former for immunterapi imod kræft.<sup>1</sup> En af de mest simple strategier er at aktivere immunforsvarets T-celler og B-celler med organismens egne signalmolekyler, cytokiner. Her skal især nævnes IL-2's effekt på modermærkekræft. En anden strategi er behandling med monoklonale antistoffer, der aktiverer en cellulær immunreaktion. Ipilimumab er et antistof, som for nyligt er blevet godkendt til at behandle patienter med modermærkekræft. Ipilimumab styrker immunsystemets evne

til at bekæmpe kræft. Ipilimumab er et antistof, som kan blokere et protein på overfladen af visse immunceller. Dette styrker immunsystemets evne til at angribe kræftceller ved billedligt talt at "blokere for bremsen" i disse immunceller. En tredje og eksperimentel strategi er at opformere immunforsvarets celler i laboratoriet, således at man kan tilbageføre milliarder af kræftspecifikke T-celler til patienten. Disse forsøg foregår i Danmark på CCIT, Herlev Hospital (ClinicalTrials.gov; ID NCT00937625). Endelig forsøger man med kræftvacciner at aktivere immunforsvaret. Den første egentlige kræftvaccine blev godkendt for ca. syv år siden imod HPV virus, da HPV kan medføre livmoderhalskræft. De fleste kræftsygdomme er imidlertid ikke virus-relaterede. Den store forskel på en traditionel vaccine og en kræftvaccine er derfor helt

generelt, at man ved kræft normalt taler om "behandlende" eller terapeutiske vacciner - altså vacciner man giver patienter, der allerede har sygdom. Behandlende kræftvacciner har siden slutningen af 1980'erne været gennem en sand rutschebane-tur fra ekstrem begejstring til bristede illusioner. I dag er begejstringen vendt tilbage, og den første terapeutiske kræftvaccine kaldet Provenge blev i 2011 godkendt til behandling af prostatakræft af FDA.

#### Immunchæmning og regulering af immunsystemet

Immunsystemet er normalt meget fint afbalanceret mellem immunitet og tolerance, således at organismen kan bekæmpe vira og bakterier uden at det påfører skader på normalt væv.<sup>2</sup> En række forskel-

lige immunchæmmende cellyper er involveret i dette komplicerede netværk af centrale og perifere tolerance mekanismer, for eksempel de såkaldte regulerende T-celler (Tregs), visse former for dendritiske celler samt såkaldte myeloid-afledte-hæmme-celler (MDSC) (Figur 1). Sådanne immunchæmmende celler er vigtige for organismen, da de kontrollerer immunforsvarets reaktioner. I kræftpatienter er de imidlertid et stort problem, da kræftceller aktivt udnytter disse netværk til at forhindre udviklingen af et effektivt immunsvaret imod dem. Man kan således lidt populært beskrive kræftvacciner, som kampen mellem immunforsvarets evne til at slå kræftcellerne ihjel, og kræftens evne til at svække og hæmme immunforsvaret.

>>>

&gt;&gt;&gt;

**IDO**

Immunhæmmende celler udtrykker en lang række proteiner, der spiller en afgørende rolle for deres immunhæmmende funktion. Kræftceller kan derudover også selv udtrykke disse proteiner. Et eksempel på et sådan protein er enzymet IDO. IDO's opgave er at fjerne aminosyren tryptofan fra cellers nærmiljø. Immunsystemets dræber T-celler er helt afhængige af denne aminosyre og går derfor i stå, når IDO udtrykkes i nærmiljøet. IDO udtrykkes normalt i forbindelse med inflammation og bidrager hermed til at kontrollere sådanne reaktioner.

IDO udtrykkes i store mængder både i kræftceller og i ellers normale immunceller i de drænende lymfeknuder hos kræftpatienter. Opreguleringen af IDO i tumor betyder, at immunforsvarets dræber T-celler bliver direkte hæmmet hos patienterne. Opreguleringen af IDO i de drænende lymfeknuder betyder, at også aktiveringsfasen forstyrres, da de dendritiske celler, der ellers skulle aktivere immunforsvarets dræber T-celler, i stedet hæmmer immunforsvarets reaktioner. IDO spiller således en helt afgørende rolle i den immunhæmning og induktion af tolerance imod kræftceller, som foregår hos patienter med kræft.

**Dræber T-celler genkender IDO**

Vi undersøger på Herlev Hospital, om man kan udnytte immunforsvarets evne til at slå tilbage og bekæmpe kræftcellers immunhæmmende egenskaber. Vi har beskrevet, at der i patienter findes selv-reaktive dræber T-celler, som kan slå både kræftceller og immunhæmmende celler ihjel.<sup>3-6</sup> Vi håber, at vi kan udnytte sådanne immun-celler i fremtidig vaccine-behandling imod kræft.

De senere år har vi således undersøgt, om den unaturlige mængde af proteiner, som f.eks. IDO, der findes i kræftpatienters celler, fører til at immunforsvarets dræber T-celler kan aktiveres til at genkende disse proteiner. Vi

har i den forbindelse beskrevet, at IDO-reaktive T-celler faktisk findes naturligt i kræftpatienter. Immunforsvaret danner således spontant dræber T-celler, der genkender IDO, og IDO fungerer altså i den forbindelse som et kræft-antigen. Vi har isoleret IDO-reaktive T-celler fra kræftpatienters blod og påvist, at de kan dræbe kræftceller og - lige så vigtigt - immunforsvarets immunhæmmende celler. Endvidere har vi i laboratoriet vist, at tilstedeværelsen af IDO-reaktive T-celler kan øge immunforsvarets øvrige reaktioner imod kræft.

**Vaccination af kræftpatienter**

Det stadig er uvist, hvordan og hvornår IDO-reaktive T-celler bliver aktiveret under normale fysiologiske betingelser, og hvilke eventuelle roller disse selv-reaktive T-celler spiller. Under alle omstændigheder kan disse T-celler vise sig at blive meget nyttige i immunterapi imod kræft, hvor immunhæmmende mekanismer modvirker de ønskede virkninger af behandlingen (Figur 1). Da im-

munhæmmende celler modvirker de ønskede virkninger af immunterapi kan vaccination imod IDO være en relativ let implementerbar tilføjelse til igangværende og fremtidige kliniske strategier imod kræft. På Herlev Hospital er der, som det første sted i verden, indledt forsøgsbehandlinger, som er baseret på at vaccinere kræftpatienter (Patienter med hhv. lungekræft og modermærkekræft) med IDO (ClinicalTrials.gov; ID NCT01219348 og NCT01543464). Det er spændende forsøg, og kliniske resultater er beskrevet i nogle af de vaccinerede patienter. Vi er ved at analysere og sammenholde de immunologiske og kliniske data og håber derved at lære mere om disse selv-reaktive immunceller, hvilket forhåbentlig kan bane vejen for mere omfattende kliniske undersøgelser af denne type kræftvacciner.

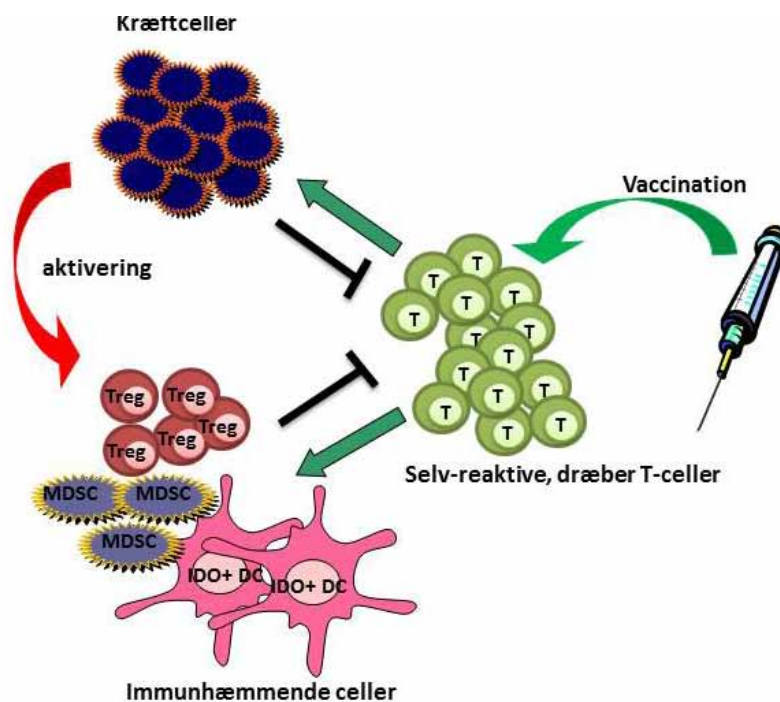
**Konklusion**

IDO er opreguleret i kræftpatienter, hvor det hæmmer immunforsvarets reaktioner imod kræft. Imidlertid har vi beskrevet, at immunforsvarets dræber T-celler kan

slå tilbage og dræbe celler, der udtrykker IDO. Hvis IDO således kan fungere som et effektivt antigen, kan en IDO-baseret kræftvaccine få stor klinisk betydning enten alene eller i kombination med anden immunterapi, da IDO-vaccinen må formodes at kunne forøge effekten heraf.

**Referencer**

1. Turcotte S, Rosenberg SA. Immunotherapy for metastatic solid cancers. *Adv.Surg.* 2011;45:341-60.
2. Mellor AL, Munn, DH 2008. Creating immune privilege: active local suppression that benefits friends, but protects foes. *Nat Rev Immunol* 2008;8:74-80.
3. Sorensen RB, Hadrup SR, Svane IM, Hjortso MC, Thor SP, Andersen MH. Indoleamine 2,3-dioxygenase specific, cytotoxic T cells as immune regulators. *Blood* 2011;117:2200-10.
4. Sorensen RB, Kollgaard T, Andersen RS, van den Berg JH, Svane IM, Straten P, Andersen MH. Spontaneous cytotoxic T-Cell reactivity against indoleamine 2,3-dioxygenase-2. *Cancer Res* 2011;71:2038-44.
5. Munir S, Andersen G, Met O, Donia M, Frosig T, Larsen SK, Klausen TW, Svane IM, Andersen MH. HLA-restricted cytotoxic T cells that are specific for the immune checkpoint ligand PD-L1 occur with high frequency in cancer patients. *Cancer Res* 2013;73:1674
6. Larsen SK, Munir S, Woetman A, Frosig T, Ødum N, Svane IM, Becker JC, Andersen MH. 2013. Functional characterization of Foxp3-specific spontaneous immune responses. *Leukemia*, 2013 (In press).



Figur 1. Kampen står mellem immunforsvarets evne til at slå kræftcellerne og kræftens evne til at svække og hæmme immunforsvaret. Immunforsvarets dræber T-celler kan slå kræftceller ihjel. Imidlertid kan kræftceller hæmme immunforsvarets dræber T-celler, ligesom de kan aktivere de dele af immunforsvaret, som hæmmer immunforsvarets øvrige reaktioner, de immunhæmmende celler. Helt ny forskning viser, at immunforsvarets dræber T-celler til gengæld kan slå tilbage ved at genkende og dræbe celler, som udtrykker visse proteiner (antigener) som eksempelvis IDO. Ved at vaccinere imod IDO håber man således, at man kan skabe en hær af selv-reaktive, dræber T-celler, som kan dræbe både kræftceller og immunhæmmende celler



## BørneUngeKlinikken på Rigshospitalet åbner den første nordiske afdeling for fase I og fase II behandling af børn og unge med kræft

Af  
Professor Kjeld Schmiegelow  
BørneUngeKlinikken  
Rigshospitalet

Hvert år bliver ca. 200 danske børn og unge under 18 år diagnosticeret med kræft. Af disse udgør leukæmi og lymfeknudekræft ca. 1/3, hjernetumorer ca. 1/3 og kræft i andre indre organer ca. 1/3.

De kræftsygdomme, der dominerer i voksenalderen, såsom brystkræft, lungekræft, mavetarmkræft, hudkræft, prostatakræft, livmoderhalskræft og lignende, ses praktisk taget aldrig i barnealderen. Ligeledes kendes meget få risikofaktorer for udvikling af kræft i barnealderen. Behandlingsresultaterne for børnecancer er blevet markant forbedret de seneste årtier, hvilket først og fremmest skyldes, at patienterne systematisk er blevet inkluderet i internationale behandlingsprotokoller. Til trods herfor er cancer fortsat den hyppigste medicinske

dødsårsag hos børn over ét år. Hos voksne med kræft har fase I og fase II forsøg været afgørende for at forbedre medicinsk behandling, men hos børn og unge har en tilsvarende udvikling ikke fundet sted. De 30 % af børn med kræft, der har behandlingsresistent sygdom eller udvikler sygdomstilbagefald, tilbydes næsten altid yderligere kemoterapi, operation og evt. strålebehandling, men da disse behandlinger ikke sker som led i forsøg eller internationale behandlingsstrategier, lærer lægerne/forskerne intet nyt af det enkelte behandlingsforløb, hvortil kommer at behandlingerne sjældent indeholder nye lægemidler.

Som konsekvens heraf var de fire danske børnecancerafdelinger i Aalborg, Skejby, Odense og på Rigshospitalet enige om behovet for, at der blev etableret én national afdeling for fase I og fase II forsøg for børn med kræft.

BørneUngeKlinikken på Rigshospitalet har nu etableret Nordens

første og hidtil eneste børneonkologiske fase I og II enhed, som desuden er blevet medlem af det europæiske netværk af børneonkologiske fase I og fase II enheder, *Innovative Therapies for Children with Cancer* (ITCC), hvilket giver adgang til at deltage i en række europæiske og transatlantiske forsøg og tillader de europæiske patienter at indgå i forsøg, der er initieret i København. På grund af den relative sjældenhed for kræft hos børn og de mange subtyper, er det helt afgørende for en sådan enhed at deltage i et internationalt netværk for at sikre tilstrækkelig patientvolumen. Den nyetablerede enhed vil således dels bidrage til udvikling af nye lægemidler til børn med kræft, dels sikre at danske børn med kræft tidligt får tilbudt disse behandlinger.

Den børneonkologiske fase I og II enhed på Rigshospitalet er etableret i et tæt samarbejde med Finsencentrets fase I enhed for voksne med kræft, som siden 2005 har været Danmarks eneste

dedikerede fase I enhed.

Den børneonkologiske fase I og II enhed åbnede maj 2013, og det forventes, at der i 2014 vil være et fase I eller II behandlingstilbud til de fleste børn med resistent eller recidiveret kræft.

Fase I og II enhedens styregruppe har repræsentanter fra de børneonkologiske afdelinger fra både Vestdanmark og Rigshospitalet samt fra Finsencentrets fase I enhed. Den daglige ledelse varetages af overlæge, dr.med. Karsten Nysom.

For at sikre det nødvendige patientvolumen i de åbne forsøg modtager enheden forsøgspatienter dels fra hele Danmark, dels fra de øvrige nordiske og baltiske lande, når patienterne opfylder inklusionskriterierne og deres tilstand tillader rejsen til København.

## Global Excellence - i Sundhed 2013



Professor, overlæge  
Inge Marie Svane



Professor, overlæge  
Kjeld Schmiegelow.



Pædiatrisk Onkologi og Hæmatopoietisk Stamcelle Transplantation (POST), Rigshospitalet ved professor, overlæge Kjeld Schmiegelow. Prisen er på 1,5 millioner kroner til hver vinder.

CCIT er førende i Europa inden for T-celleterapi, hvilket har givet et stort gennembrud inden for behandlingen af maligne melanomer. Der arbejdes på at udvide behandlingen til også at omfatte andre kræftformer. Målet er, at T-celleterapi fremover kan blive en standardbehandling. Derudover arbejdes der på at udvikle for-

skellige former for kræftvacciner.

POST er Nordens største børnekræftafdeling og har som overordnede mål at forbedre helbreds-chancerne for børn og unge med kræft. I dag helbredes over 80% af patienterne, hvilket er blandt de bedste helbredelsesrater i verden – og en markant forbedring af overlevelsen fra for få år siden. POST samarbejder med andre børnekræftafdelinger i Danmark, Norden og Europa.

Region Hovedstadens pris Global Excellence går i år til for forskningsbaserede centre: Center for Can-

cer Immun Terapi (CCIT), Herlev Hospital, ved professor, overlæge Inge Marie Svane og Center for

# Nyt projekt om børn som pårørende til alvorligt syge forældre

Af  
Cand.psych. Bo Snedker Boman  
Klinisk Onkologisk afd. &  
Hæmatologisk afdeling  
Roskilde Sygehus

Klinisk Onkologisk Afdeling og Hæmatologisk Afdeling på Roskilde Sygehus har modtaget økonomisk støtte fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse til et projekt om børn som pårørende til alvorligt syge forældre.

Projektet bærer overskriften: *Man bør hverken overse eller over-se: kompetenceudviklingsprojekt om identifikation af børn og familier ved cancersygdom hos forældre.*

Ledende overlæge Peter Michael Vestlev er juridisk ansvarlig for projektet og psykolog Bo Snedker Boman er projektleder. Projektet er et partnerskab mellem Roskilde Sygehus, Roskilde Kommune og Kræftens Bekæmpelse – og repræsentanter for alle tre organisationer sidder i projektets styregruppe.

Projektet tager afsæt i et forhold,

der er kendt for mange, der arbejder i onkologi og hæmatologi: Der er en del af patienterne, der har mindreårige, hjemmeboende børn – og patienternes tanker og overvejelser om disse børn kan give anledning til stress, bekymring og ængstelse hos patienterne selv og hos sundhedsprofessionelle. Nogle gange kan man frygte, hvad der vil ske – andre gange bekymres man ikke, fordi man har fuld tillid til, at familien klarer skærene selv.

Det er rimeligt at sige følgende: Der er virkelig mange gode hjerter i sundhedsvæsnet. I alle faggrupper. Også i forhold til børn og unge som pårørende. Masser af gode, lokale initiativer – og masser af ideer til, hvordan støtte og omsorg kan foranstaltes eller henvises til.

I Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2012 for sundhedsprofessionelles møde med børn og unge som pårørende anerkendes de gode intentioner. Og så peges der på, at indsatsen på området med fordel kunne være mere systematisk – og at viden og forskning fra udlandet i så henseende kan trækkes ind i arbejdet.

Enhver sundhedsprofessionel er fagligt, juridisk og moralsk forpligtet til så vidt muligt intet at overse. I en biomedicinsk logik er det indlysende – for konsekvenserne kan være fatale. Det gælder for så vidt også for en psykosocial logik: som psykolog har jeg pligt til intet at overse, hvis jeg overhovedet har mulighed for at få blik på dette eller hint.

Det hænder imidlertid – det er i al fald det postulat, der er projektets afsæt – at sundhedsprofessionelle i iveren efter ikke at overse kommer til at overse. Altså give unødigt megen opmærksomhed til børn og unge, der i deres familier, i deres udvikling, i deres liv måske ville være bedst tjent med at få ingen eller kun begrænset faglig opmærksomhed.

Man kan også sige det således: vi skal ikke overbehandle, vi skal ikke underbehandle – heller ikke på det psykosociale område.

Derfor har projektet som sit første mål at udarbejde et værktøj (formen endnu ukendt), der vil kunne finde anvendelse i kommunalt regi, i sygehusregi og hos patient-

foreningerne, når en børnefamilie med cancersygdom hos en eller begge forældre dukker op. Hvilke ressourcer er der i familier, hvilke vanskeligheder er der – og hvilken bistand bør måske overvejes? På området findes allerede amerikanske og australske erfaringer, der naturligvis vil blive inddraget.

Projektet har yderligere to formål: Det ene er kompetenceudvikling af ansatte i Region Sjælland, kommunerne i regionen og ansatte og frivillige hos Kræftens Bekæmpelse – med afsæt i ovenstående tænkning; det andet er implementeringen af Familieskoler, hvor forældre kan møde op (uden børn) og søge inspiration til hverdagslivet med kræft.

## Projektet afrapporteres i efteråret 2015.

Region Sjælland har endvidere givet støtte til to sideprojekter, der angår forudsætninger for og implementering af systematisk arbejde med børn og unge på tværs af sektorer. Disse to projekter afrapporteres i foråret 2016.

## Vidste du, at..?

.. kombinationsbehandling med ipilimumab (et CTLA-4 antistof) og nivolumab (et PD-1 receptor antistof) ved avanceret **melanom** har en håndterbar bivirkningsprofil og ser ud til at give hurtigere og dybere respons end stofferne givet enkeltvis. Data stammer fra et fase 1 forsøg, hvor 21 ud af 52 patienter (40%) fik et evaluerbart respons. Derudover fik 4 patienter et objektivt respons baseret på immun-relaterede responskriterier, og 2 patienter havde et ikke-verificeret partielt respons. Seksten patienter havde en tumorreduktion på >80% i mere end 12 uger. Fem af disse patienter havde komplet remission.

Wolchok JD, Kluger H, Callahan M et al.  
Nivolumab plus ipilimumab in advanced melanoma.  
N Engl J Med 2013;369:122-33

.. behandling med lambrolizumab (anti-PD-1) giver en høj, vedvarende responsrate hos patienter med avanceret **melanom**, der enten tidligere er blevet behandlet eller ikke med ipilimumab. Total RECIST respons var 38% (44/117 patienter) i dette fase 1 forsøg. Der var ingen signifikant forskel i responsraten mellem patienter, der havde fået tidligere ipilimumab behandling og de, der ikke havde (38% versus 37%). Responsraten baseret på immun-relaterede responskriterier var 37%. Median respons varighed var ikke nået efter en median follow-up periode af respondere på 11 måneder, og 81% af responderne var stadig i behandling på analysetidspunktet. Den mediane progressionsfrie overlevelse var længere end 7 måneder. Bivirkningerne bestod primært af grad 1-2 fatigue, udslet og diarree.

Hamid O, Robert C, Daud A et al.  
Safety and tumor responses with lambrolizumab (anti-PD-1) in melanoma.  
N Engl J Med 2013;369:134-44

## SKA 6. workshop for ansatte i enhederne for eksperimentel kræftbehandling

Af  
Jane Elze Sannung  
Projektsygeplejerske, SKA

Danmarks 6 enheder for eksperimentel kræftbehandling (EEK) i Ålborg, Vejle, Odense, Århus, Herlev og Rigshospitalet mødtes for 6. gang den 2. – 3. september i år. I alt 30 tværfaglige deltagere fra de 6 enheder mødtes traditionen tro på Skjoldenæsholm i Jystrup på Sjælland.

Formålet med workshoppen var som vanligt at give deltagerne mulighed for at udveksle erfaringer, tilegne sig opdateret viden og styrke samarbejdet på tværs af landets eksperimentelle enheder. Årets emner var ønsket af kursisterne selv på forhånd.

Den første eftermiddag indledtes med et kort resumé af aktuelle SKA aktiviteter og nyheder siden sidst, herunder:

- Præsentation af den nye formand for SKAs Forretningsudvalget: overlæge, Peter Michael Vestlev, Roskilde Hospital
- Information om nye tiltag på SKAs hjemmeside, online kursusregistrering mm.
- Ny version af pjecen 'Medicinsk Kræftbehandling' er på trapperne



- SKAs kursusaktiviteter 2013-2014, med fokus på nye tilbud
- Protokoldatabasen på [www.skaccd.org](http://www.skaccd.org), hvor der nu er publiceret 209 protokoller, heraf 129 onkologiske, 47 hæmatologiske, 10 kirurgiske og 23 børneonkologiske

Overlæge Ulrik Lassen havde her efter dagens første indlæg "Hvad er på vej af nyt?" Her blev talt om de præmisser, vi arbejder under aktuelt, bl.a. at det humane genom er kortlagt, at der er fundet nye targets, hvilket målretter behandlingerne yderligere, og at der er nye udfordringer for lægemiddeludviklingen. Ulrik Lassen gennemgik kort, hvad dette giver

af muligheder og udfordringer. Lægemidler godkendes på forskelligt tidspunkt i FDA og EMA, og vi drøftede betydningen af denne forskel, samt at det kan være vanskeligt at få overblik over, hvad der er på vej af nyt. Her foreslog Ulrik Lassen at anvende FDA Calendar på [www.fda.gov](http://www.fda.gov) og alternativt herhjemme <http://www.cancer.dk/forsoeg/ny+kraeftmedicin/Ny+cancermedicin+paa+vej/>

Til sidst drøftede vi ønsker, krav, visioner og mål for de fremtidige målrettede forsøg.

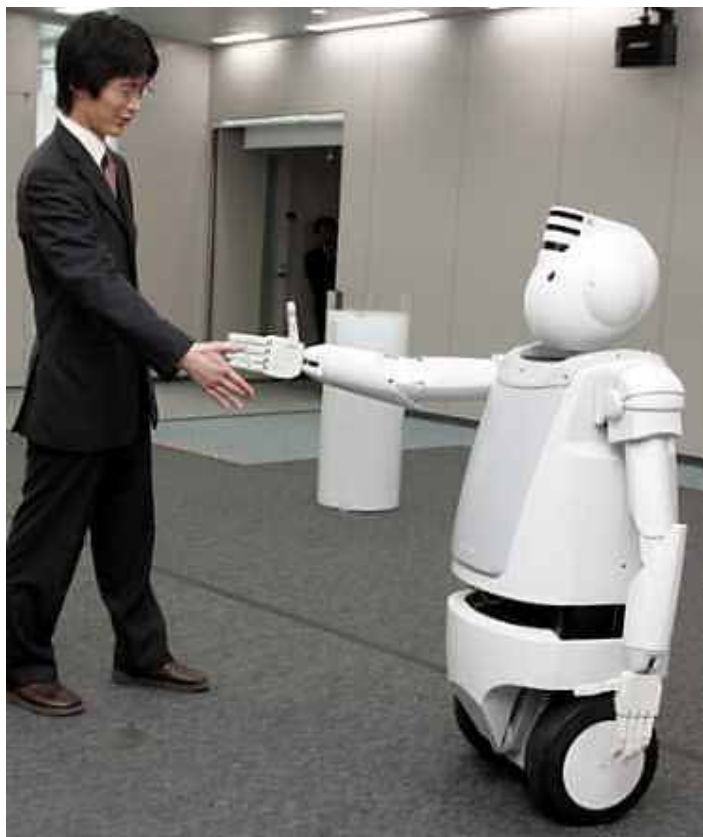
I den sidste faglige time mandag den 2. september fortalte de enkelte eksperimentelle enheder om, hvorledes de ser på egen fremtid. Fire enheder præsenterede deres nuværende ståsted og de forventninger og forestillinger, de har for fremtiden. Det blev endnu engang synligt, at enhederne forsæt er meget forskelligt organiseret i både struktur, ledelse, størrelse og ressourcer. Indholdet i det daglige arbejde varierer også. Således er nogle enheder små, men varetager komplicerede fase 2-3 behandlingsprotokoller, herunder NKU protokoller, og "slås" for deres ressourcetilførelse. En anden enhed er en ren fase 1 enhed, der stadig er i vækst med masser af forsøg og patienter, og som får

tildelt ressourcer efter behov, og som ikke har tilknytning til NKU. Forventningerne til fremtiden var derfor også meget varierende.

Tirsdag den 3. september før frokost havde vi workshop 1 under overskriften "Fremtidens sygehus – perspektiv for EEK. Patienternes forventninger, politikernes forventninger, samfundsmæssige muligheder og begrænsninger." Første indlæg blev varetaget af fremtidsforsker, cand.scient.pol. Johan Peter Paludan, som bl.a. sagde: "Fremtidens hospital står der allerede eller er allerede planlagt og ved at blive bygget i disse år. Problemet med hospitalet, som med andre bygninger, er, at de repræsenterer stive rammer i en foranderlig verden. Fremtiden findes ikke og kan derfor ikke forudsiges. Det eneste helt forudsigelige er, at tingene forandrer sig. Risikoen ved hospitaler er derfor, at de bygges til fortidens behov under nutidens økonomi, men de skal tjene fremtidens behov. Bygninger, der står for længe, er derfor altid utidsvarende. Det bedste man kan gøre er at skabe hospitaler, der er så fleksible som mulige". Herefter uddybede Johan Peter Paludan en række spændingsfelter, som fremtidens hospital skal forholde sig til:

- Faglighed versus fleksibilitet





Overlægen hilser på en ny medarbejder (fra Johan Peter Paludans oplæg)

- Sikkerhed versus produktivitet
- Centralisering versus decentralisering
- Automatisering versus menneskelighed eller kolde versus varme hænder
- Face-to-face versus distance-medicin
- Produktion versus forskning
- Enstregt versus flerstrengt ledelse
- Primær versus sekundær sundhedssektor
- Funktion versus oplevelse
- Systemets kapacitet versus brugerkrav

Afslutningsvis tydeliggjorde Johan Peter Paludan de 3 begreber, som med sikkerhed får særlig betydning i det fremtidige sygehus, nemlig fleksibilitet, faglighed og produktivitet.

Herefter fremsatte formanden for 'Patientforeningen Lungekræft', Alice Skjold Braae, sine synspunkter om kræftpatienters krav, ønsker og forventninger til fremtiden. Efter en kort introduktion af patientforeningens arbejde og egen sygehistorie og erfaringer som lungekræftpatient, blev det tydeliggjort, at det forsat er meget vigtigt for kræftpatienter at blive mødt med respekt

og individualitet og ikke blot være et "nummer i rækken". Det er vigtigt at have et velfungerende kontaktpersonsystem, at ventetider minimeres, at kommunikationen er ordentlig, og at der er en åben og transparent information og synlighed af behandlingsmuligheder nationalt og internationalt.

Professor Kjeld Møller Pedersen fra Syddansk Universitet stod for det sidste indlæg i denne workshop, som var en præsentation af faktorer, der har en væsentlig betydning for fremtidens sygehuse:

1. Teknologisk og organisatorisk udvikling
2. Fremtidens patient/patientkultur/patientforventninger
3. Demografien
4. Politisk-administrativ struktur
5. De økonomiske rammer/muligheder
6. Fremherskende "ideologi"
  - politisk
  - 'sygehuspolitisk'
  - lægevidenskabelig
  - specialet som bestemmede for organiseringen
7. Modevinde
  - videnskabelige
  - folkelige

Kjeld Møller Pedersen gennemgik herefter tilblivelsen af de økonomiske og fysiske rammer for fremtidens sygehuse ved at give en kronologisk oversigt over de betydningfulde beslutninger, der er truffet for de fremtidige sygehuse, startende i 2004 med Aftalen om strukturreform (kommunalreform II) og sundhedsloven i 2005 og frem til, hvor vi er i dag med de nye sygehusplaner.

Det blev mange gange i indlægget synliggjort, at sygehusstrukturen er i stadig forandring, f.eks. er antallet af sygehuse faldet fra

- 167 i 1927
- 104 i 1978
- 57 i 2002
- ca. 50 i 2006
- 20 med akutmodtagelse i 2015-20 (og 10 -12 'specialsygehuse' (uden akutmodtagelse)).

Debatten om penge til sygehusinvesteringer blev ligeledes nævnt. Der er afsat ialt 40 milliarder til den nye sygehusplan, og der har på intet tidspunkt været tale om at opføre et decideret kræfthospital.

Afslutningsvis talte Kjeld Møller Pedersen om de hensyn og udfordringer, der skal imødekommes i de nye sygehusbyggerier, bl.a.:

1. For patienterne
  - sammenhængende, tidsop-timerede patientforløb på sygehuset
  - state-of-the art behandling(s-teknologi) incl. telemedicinske løsninger
  - et 'sansernes hospital'
2. For personalet

- arbejdsmiljø- og arbejdsglædefremmende rammer
  - professionelle udfoldelsesmuligheder
3. For samfundet
    - 'fremtidssikret'
    - fleksibelt
    - driftsøkonomisk
    - innovations- og forskningscenter (i det mindste på de mellemstore og store sygehuse)
    - 'bygningssmonument': Æstetik og funktionalitet

Efter frokost ændrede vi fokus til at tale om "Samarbejdet med lægemiddelindustrien: implikationer for den enkelte og for EEK'erne". Det kliniske synspunkt blev præsenteret af overlæge Ulrik Lassen, der indledte med at præcisere, hvorfor samarbejdet med industrien er vigtig og nødvendig for alle parter: eksperimentelle enheder, læger, patienter og industrien, lægemiddeludviklingen. Han synliggjorde hvilke samarbejdsrelationer, der kan være tale om, konsulent/'advisory board', investigator i kliniske forsøg (sponsorerede), investigator i kliniske forsøg (IIS), forskningssamarbejde, underviser ved møder/symposier, rejser/kongresdeltagelse og sponserater. Ulrik Lassen fortalte om sin egne rolle som samarbejdspartner med industrien, og om hvordan han altid sørger for at have formalia (habilitetserklæring og deklARATIONER til SST, kontrakter mm.) i orden. Ulrik Lassens konklusion var, at samarbejdet med medicinalindustrien er et helt nødvendig gode:

- Firmaerne opfinder og udvikler ny medicin



Morten Ladekar i samtale med Per Pfeiffer.



Johan Peter Paludan og Kjeld Møller Pedersen.

- Vi har patienterne og modellerne
- Uden samarbejde – ingen ny medicin
- "Jeg kunne ikke skaffe fase 1 forsøg uden mit netværk med industrien, men det kræver klare regler, transparens og accept, også fra myndighederne".

Herefter var KRIS (Koordineringsrådet for ibrugtagelse af sygehusmedicin) repræsenteret ved formand Steen Werner Hansen, vicedirektør, Herlev Hospital, som fortalte om forskellen på KRIS og RADS og gjorde det tydeligt, at KRISs opgave og mål er at bedømme nye præparater, nye indikationer og komme med en hurtig afgørelse. Steen Werner Hansen gennemgik derefter KRISs forretningsorden og nævnte de onkologiske og hæmatologiske lægemidler, som KRIS har godkendt til indikationsudvidelse samt nye godkendte lægemidler; også de ansøgninger, som har fået afslag, blev nævnt. De hidtidige erfaringer med KRIS kan opsummeres, som følger:

- Gode indstillinger fra forskellige aktører
- Hurtig sagsbehandling
- God dialog med ansøgere
- Hurtig implementering i regionerne.
- Dialog med firmaer/klinikere
- Patientrepræsentation i KRIS (forslag)

Tredje indlæg blev varetaget af medicinsk direktør Troels Reiche, som forklarede nødvendigheden af et frugtbart samarbejde med klinikere, med særligt fokus på 'advisory boards'. Lægemiddelindustrien har brug for fagprofessionelle klinikere at sparre med for at blive dygtigere. Formålet med advisory boards er således:

- Konstruktiv kritik af kliniske data – påpege mangler, uklarheder, kontekst
- Markedsspecifikke hensyn/regler/normer
- Sparring mht nye undersøgel-

ser – lokalt og globalt

- Diskussion af nyeste behandlingsdata/behandlingsmekanismer/targets

Firmaer har brug for en konstruktiv kritisk holdning fra praksis for at blive gode. Troels Reiche lagde ikke skjul på sin ærgrelse over den sidste tids mediestorm, hvor samarbejdet mellem læger og industri kritiseres. Han mener, det er vigtigt at overholde gældende regler og love, bl.a. sundhedsstyrelsens 2 ordninger: 1. Registreringsordningen, hvor tilknytning alene skal registreres. Faglig tilknytning i form af undervisning og forskning. 2. Tilladelsessordningen, hvor tilknytning kræver tilladelse fra Sundhedsstyrelsen. Faglig tilknytning i form af rådgivning.

Det sidste indlæg under overskriften 'Lægemiddelindustrien og medierne' stod journalist Mette Boysen fra Dagens Medicin for. Hun præsenterede aktuelle cases, hvor medier har bragt historier - hovedsageligt om læger, der har en dobbeltrolle i forhold til lægemiddelindustrien, f.eks. læger, der er rådgivere for myndighederne og samtidig har samarbejde med industrien. Senest inden for kræftspecialet er onkologer blevet kritiseret for at være medlemmer af 'advisory boards' i firmaer, der ønsker deres lægemidler brugt på kræftafdelingerne, hvor onko-

logerne arbejder. Hun argumenterede for, at medierne bringer disse historier, når der indimellem er dårlig gennemsikuelighed i samarbejdet, og at dette bør afdækkes. Mette Boysen oplever dog, at dette bliver gjort på en ordentlig måde, med hensynstagen til læger og patienter.

Mette Boysen afsluttede med følgende råd til os: "Deltag i det samarbejde med industrien, der giver mening for jer, men vær åben omkring relationen."

SKA siger tak for 2 gode dage på Skjoldenæsholm med gode indlæg og berigende diskussioner *in plenum*. Vi håber, at se jer igen til næste år.



## EONS



Af  
Birgitte Grube  
EONS Præsident

[www.cancernurse.eu](http://www.cancernurse.eu)

Dette bliver min sidste klumme som præsident for European Oncology Nursing Society (EONS), men jeg er stadig en del af EONS bestyrelse de næste 2 år som Past President. Jeg har derfor fået lov af SKAs redaktion til at skrive de næste to år! Det er jeg glad for og håber selvfølgelig, at du som læser synes, at mine klummer er værd at læse!

Denne klumme vil jeg dedikere til EONS og kræftsyrgeplejen og det faktum, at vi fylder 30 år. Det er godt nok først i 2014, men vi tager forskud på festen på ECCO konferencen i Amsterdam fra den 28. september til den 1. oktober 2013. Vi har således planlagt en fælles session med de andre selskaber i ECCO, som vil byde ind med deres syn på multiprofessionelt samarbejde og samarbejdet med sygeplejerskerne nu og i fremtiden. Det er vi meget stolte af.

Det er første gang, der afholdes en session med repræsentationer fra alle selskaberne i ECCO:

"Anniversary Session: EONS - 30th Anniversary: "Multidisciplinary Collaboration - Reflections on the Past, Thinking Ahead for the Future", søndag den 29. september kl. 11-12.30

Jeg håber at se mange af jer i Amsterdam, og ellers vil jeg nævne de mest spændende emner og debatter i min næste SKA klumme. Jeg synes virkelig, at vi har fået sammensat et spændende program for sygeplejerskerne,

hvor fokus ikke kun er sygepleje, men også rettet mod det tværfaglige og multiprofessionelle. I kan se program på:

[http://www.ecco-org.eu/ecco\\_content/ECC2013\\_Adv\\_Programme/index.html#/2/](http://www.ecco-org.eu/ecco_content/ECC2013_Adv_Programme/index.html#/2/)

I 1984, i forbindelse med oprettelsen af EONS, skrev redaktøren til bladet "Oncology Nursing" følgende: "Der har altid været sygeplejersker til at yde omsorg, men ikke en definition af den specialviden, de kompetencer og de kvalifikationer, der kræves for at tage sig af kræftpatienter."

European Oncology Nursing Society blev grundlagt i 1984 baseret på et behov for at kræftsyrgepleje skulle anerkendes som en specialiseret profession. Der var et behov for at udvikle uddannelsesprogrammer med krav om kompetencer og et specialiseret indhold, og et krav om at kræftsyrgeplejersker i Europa kunne få en platform, hvor vores stemme kunne blive hørt i politiske sammenhænge. FSK (Fagligt Selskab for Kræftsyrgeplejersker) er faktisk 4 år ældre end EONS og grundlagt på de samme principper.

I dag består EONS af en medlemskare på ca. 30.000, som er individuelle kræftsyrgeplejersker, nationale sygeplejeselskaber inden for kræftområdet, institutioner og organisationer fra hele Europa.

Gennem sine 30 år har en af EONS' hovedmissioner været at understøtte, at enhver kræftsyrgeplejerske er leder, hvad enten de arbejder på hospital, i ambulatorium, i hjemmesyrgeplejen, på hospice, i uddannelsessektoren, i industrien eller er aktive i en organisation eller et selskab, som for eksempel EONS.

Nogen vil måske sige, at kræftsyrgeplejersker såvel i Europa som i eget land kunne være mere synlige, og i hvert fald i større antal deltage mere aktivt, hvor beslutningerne tages. EONS deltager i flere arbejdsgrupper under EU kommissionen, og gennem de sidste 5-10 år har sygeplejersker

inden for kræftområdet fået mere og mere indflydelse i disse grupper, og også nationalt har man kunne se denne udvikling. I Danmark er der for eksempel næsten altid en sygeplejersker fra kræftområdet repræsenteret i Sundhedsstyrelsens referencegrupper for kræftplanerne og i andre relevante grupper.

EONS håber, at der i nær fremtid kan åbnes mulighed for, at mange flere sygeplejersker kan deltage i EU Kommissionens arbejde. I dag er det ofte således, at én, måske to, sygeplejersker skal dække et helt speciale, hvor lægerne ofte er repræsenteret med mange. Dette er ikke rimeligt, da patienten ofte er i kontakt med kirurgiske -, medicinske -, ambulatorie- og hjemmesyrgeplejersker.

Sygeplejersker har altid haft en stærk tradition for at tale på vegne af patienterne og deres pårørende og at arbejde for ens og lige behandling af mennesker med for eksempel kræft. Selvom kræftsyrgeplejersker i dag reagerer og blander sig mere i debatter og i beslutningsprocesser inden for kræftområdet end blot for nogle år siden, er der brug for, at vi ser på, hvilke roller og positioner sygeplejerskerne bør have på fremtidens kræftområde.

Selvom vores grunduddannelse forbereder os på, at vi er fortalere for patienter og deres pårørende, og på at kunne se hele patientens situation, så forbereder uddannelsen os ikke på den type af argumentation og myndighed, der kræves i dag i selskaber nationalt og internationalt, eller i politiske debatter i offentligheden, eller sidst men ikke mindst på arbejdspladsen.

Kræftsyrgeplejersker skal, ligesom alle andre sygeplejersker, være uddannet og forberedt på at tale om deres patienters behov, præsentere data og udsagn, som er evidensbaseret, have viden om økonomiske konsekvenser i forhold til patienternes problemstillinger. Kræftsyrgeplejer skal have viden om forskning og forskningsforståelse, besidde mod og

myndighed til at argumentere i grupper af 10-12 læger eller i politiske sammenhænge og kunne argumentere sagligt for et synspunkt.

Historisk set har sygeplejersker ikke været ordentlig forberedt til at varetage sådanne myndige roller, og derfor er det let at forstå, hvorfor vi nogle gange har svært ved at påtage os et sådant ansvar. Men sygeplejersker har altid kunne tilegne sig de færdigheder, der er nødvendige for at kunne tale patienter og pårørende sag, og ikke mindst for professionens skyld.

Hele grundlaget for sygepleje er jo netop at værne om, og med integritet og empati, tale sine patienters sag. Men hvor kan sygeplejersker bedst gøre deres stemme gældende, når det drejer sig om afgørende politiske beslutninger for patienterne og for faget sygepleje?

I litteraturen taler man om 3 områder, eller sfærer, hvor sygeplejersker bør spille en rolle og have politisk indflydelse.

1. Arbejdspladsen
2. Politik – regering – EU-kommissionen
3. Organisation – selskaber – interessegrupper (EONS/FSK)

Så selvom man ikke er en del af en europæisk bestyrelse som EONS, eller et nationalt selskab som FSK, så har man stadig en forpligtelse til at blande sig og gøre sin stemme gældende for sit fag og dermed for patienterne.

Jeg håber at diskutere med jer i fremtiden, måske i Amsterdam, hvor jeg har en interaktiv workshop tirsdag den 1. oktober kl. 8 - 9: Facing a Future of Long Term Conditions: Challenges for Cancer Nurses", eller på FSK Landskursus i Vejle, den 29.-30. oktober 2013.



## Nyt fra protokoloversigten

### Hæmatologiske protokoller

#### Tourmaline

Et fase 3, randomiseret, dobbeltblindet, multicenterforsøg med sammenligning af oral MLN9708 plus lenalidomid og dexamethason versus placebo plus lenalidomid og dexamethason hos voksne patienter med recidiveret og/eller refraktær myelomatose. Inklusionsstart: juni 2013, Rigshospitalet.

#### KCP-330-001/Karypharm

En fase I undersøgelse af sikkerhed, farmakokinetik og farmakodynamik ved stigende doser af KPT-330, en selektiv hæmmer af nuclear export hos patienter med fremskreden hæmatologisk sygdom. Inklusionsstart: 2013, Rigshospitalet.

#### H11

Meget tidlig FDG-PET/CT-responstilpasset behandling af avanceret Hodgkin lymfom (H11), en randomiseret fase III non-inferioritetsundersøgelse fra EORTC's lymfomgruppe og den polske lymfomgruppe. Inklusionsstart: 2013, Rigshospitalet.

#### Rev II del 2

Et randomiseret fase II forsøg, som sammenligner kombinationen af lenalidomid og lavdosis dexamethason med lenalidomid som 2. liniebehandling af myelomatose. Inklusionsstart: 2013, Rigshospitalet.

#### Echelon 2

Et randomiseret, dobbeltblindet, placebokontrolleret, fase 3 studie

med brentuximab og CHP (A+CHP) versus CHOP som frontline behandling af patienter med CD30-positive T-celle lymfomer. Inklusionsstart: 2013, Rigshospitalet.

#### NMDSG10B

En multicenter, åben, randomiseret fase II undersøgelse af virkning og sikkerhed ved Azacitidin alene eller i kombination med Lenalidomid ved høj-risiko myeloid sygdom (høj-risiko MDS og AML) med en karyotype inkluderende del(5q). Inklusionsstart: 2013, Rigshospitalet.

#### MDS-EPIGNOM

Fra *in vitro* til *in vivo* monitorering af betydningen af DNA- og histonmetylering ved hæmatologiske maligniteter: Fokus på behandling rettet mod epigenetiske forandringer. Inklusionsstart: 2013, Rigshospitalet.

### Onkologiske protokoller

#### Domus

Accelererede forløb fra onkologisk behandling til specialiseret palliativ indsats (SPI) i eget hjem for patienter med kræft: Et randomiseret forsøg. Inklusionsstart: maj 2013, Rigshospitalet.

#### Nordic Nec

Prospektiv registrering af patienter med neuroendokrin karcinom fra mavetarmkanalen. Inklusionsstart: foråret 2013, Rigshospitalet.

#### TK1258

Et åbent fase I multicenter læge-

middelinteraktionsforsøg, der har til formål at undersøge CYP1A2 hæmmeren fluvoxamins effekt på dovitinibs (TKI258) farmakokinetik hos patienter med fremskredne solide tumorer. Inklusionsstart: maj 2013, Rigshospitalet.

#### Genomisk profil, genanalyse

Undersøgelse af kræftgener med henblik på målrettet kræftbehandling. Inklusionsstart: maj 2013, Rigshospitalet.

#### Bolero 6

Et fase II studie af everolimus i kombination med exemestan versus everolimus alene versus Capecitabine til avanceret brystcancer. Inklusionsstart: maj 2013, Rigshospitalet.

#### Trinova-2

Et randomiseret, dobbeltblindt fase III-forsøg til undersøgelse af pegyleret liposomal doxorubicin (PLD) plus AMG 386 eller placebo til kvinder med recidiverende delvis platinensitiv eller -resistent epitelial ovarie-, primær peritoneal- eller æggeleder-cancer. Inklusionsstart: foråret 2013, Rigshospitalet.

#### BP28752

Ikke-blindet, multicentre, fase 1b-dosiseskaleringsforsøg farmakokinetik og aktivitet af RO5479599, et glucoengineered antistof mod HER3, som gives i combination med pertuzumab og paclitaxel til patienter med metastatisk brystcancer (MBC), som udtrykker HER3 og HER2 protein. Inklusionsstart: april 2013, Rigshospitalet.

#### TEM

Fase II forsøg med temozolomid og capecitabin til patienter med behandlingsresistent kolorektal-cancer. Inklusionsstart: foråret 2013, Odense.

#### RO 5424802

Et ikke blindet, ikke randomiseret, fase I/II multicenterforsøg med RO5424802 oralt til patienter med NSCLC med ALK-mutation, hvor behandling med Crizotinib ikke virkede. Inklusionsstart: juli 2013, Herlev.

#### Blærekraftstudie med fokus på prognostiske faktorer

En undersøgelse af urokinase plasminogen aktivator receptor (uPAR) og dens kløvningsprodukter i plasma - et prospektivt blærekraftstudie med fokus på prognostiske faktorer. Inklusionsstart: maj 2013, Rigshospitalet.

#### NeuroOx

Nervepåvirkning efter oxaliplatin-holdig kemoterapi hos patienter med kolorektal cancer. Inklusionsstart: juni 2013, Odense.

#### ECX

Et fase 3, multicenter, randomiseret, dobbeltblindet, placebokontrolleret studie af Rilutumumab (AMG 102) sammen med epirubicin, cisplatin og capecitabine (ECX) som første linje behandling til avanceret MET-positiv ventrikel eller cardia adenokarcinom. Inklusionsstart: juni 2013, Rigshospitalet.

## Nye godkendelser fra FDA

**Afatinib** (Gilotrif) er blevet godkendt som første-linje behandling af patienter med metastatisk ikke-småcellet lungekræft. Tumor skal have epidermal vækstfaktor exon 19 deletion eller exon 21 (L858R) substitution mutationer påvist ved en af FDA godkendt test (juli, 2013)

## Nye godkendelser fra EMA

Subkutan formulering af **trastuzumab** (Herceptin) har modtaget positiv opinion som behandling af HER2-positiv brystkræft (juni, 2013)

**Regorafenib** (Stivarga) er blevet godkendt som behandling af patienter med metastaserende colorektal cancer, der tidligere er blevet behandlet med godkendte regimer (fluoro-pyrimidin baseret kemoterapi, anti-VEGF og anti-EGFR behandling) (juni, 2013)

**Sipuleucel-T** (Provenge) er blevet godkendt som behandling af asymptomatisk eller minimalt symptomatisk metastaserende (ikke-visceral) kastrationsresistent prostatakraft hos voksne mænd, hvor kemoterapi endnu ikke er indiceret (juni, 2013)

**Dabrafenib** (Tafinlar) er blevet godkendt som behandling af voksne patienter med ikke-resecerbart eller metastaserende melanom med en BRAFV600 mutation (juni, 2013)

Indikationen for **lapatinib** (Tykerb) er blevet udvidet til også at omfatte en kombination med trastuzumab til patienter med hormon receptor-negativ HER2-positiv metastaserende kræft. Patienterne skal være progredieret på tidligere trastuzumab i kombination med kemoterapi (juni, 2013)

## Nyhedsrunden

### EU støtte på 45 millioner til udvikling af individuel vaccine mod aggressiv hjernekræft

Fjorten organisationer i Europa og USA indgår i det første EU-finansierede initiativ rettet direkte mod klinisk udvikling af en biomarkør-styret aktiv og individuel vaccine til behandling af patienter med glioblastom. Fra Danmark deltager forskergrupper fra Rigshospitalet og Herlev Hospital. Den bioteknologiske industri spiller også en central rolle for at sikre integration af de nyeste teknologier, herunder næste generation genom sekventering, høj følsomhed masse-spektrometri og særlige monitoreringer af patienternes immunsystem. Multinationale kliniske fase I forsøg er planlagt til at starte i 2014 med i første omgang 30 patienter med ny-diagnosticeret glioblastom.

<http://rh-intranet.regionh.dk/topmenu/Nyheder/juli/2013>

### National tjekliste iværksættes forud for hver behandling med kemoterapi

Sundhedspersonale har i perioden 2004-2008 rapporteret til Dansk Patientsikkerhedsdatabase om 764 utilsigtede hændelser i forbindelse med behandling med kemoterapi. Ligeledes har ca. 800 patienter i 2011 oplyst til Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse, at de har oplevet fejl i behandlingsforløbet. Problemerne drejer sig hyppigt om ordinationsfejl (fejl i dosis eller styrke). Årsagerne strækker sig fra begrænset kompetence til usystematisk vurdering af de givne oplysninger forud for en behandling, især hvis der er behov for justeringer. Onkologisk afdeling, Ålborg Sygehus vil prøvevære og justere projektet i efteråret 2013. Det forventes, at et landsdækkende system vil være en realitet til næste sommer.

[www.Cancer.dk/nyheder/nyhedsartikler/2013kv3/](http://www.Cancer.dk/nyheder/nyhedsartikler/2013kv3/)

### Ny guideline beskriver grundreglerne for rutine molekylær test ved ikke-småcellet lungekræft

College of American Pathologists, International Association for the Study of Lung Cancer og Association for Molecular Pathology har til sammen udgivet en ny evidens-baseret guideline. De væsentligste rekommandationer går ud på at prioritere tests for EGFR mutationer og ALK fusioner, når man skal udvælge patienter med avanceret stadie adenocarcinomer, hvor behandling med EGFR eller ALK tyrosin kinase hæmmere påtænkes.

*Lindeman NJ, Cagle PT, Beasley MB et al.*

*Molecular testing guideline for selection of lung cancer patients for EGFR and ALK tyrosine kinase inhibitors: guideline from the College of American Pathologists, International Association for the Study of Lung Cancer, and Association for Molecular Pathology. J Mol Diagn 2013;15:415-53*

Se også:

*Pennell NA, Tubbs RR.*

*New guideline sets the ground rules for routine molecular testing in non-small cell lung cancer. J Mol Diagn 2013;15:413-14*

## Artikler med dansk deltagelse publiceret i internationale tidsskrifter

Andersen TV, Schmidt LS, Poulsen Ah, Feychting M, Rööslö M, Tynes T et al. Patterns of exposure to infectious diseases and social contacts in early life and risk of brain tumours in children and adolescents: an international case-control study (CEFALO).

*Br J Cancer 2013;108:2346-53.*

Bellmunt J, Rougeray R, Rosenberg JE, von der Maase H, Schultz FA, Salhi Y et al. Long-term survival results of a randomized phase III trial of vinflunine plus best supportive care versus best supportive care alone in advanced urothelial carcinoma patients after failure of platinum-based chemotherapy.

*Ann Oncol 2013;24:1466-72.*

Bergmann TK, Vach W, Feddersen S, Eckhoff L, Gréen H, Herrstedt J, Brosen K. GWAS-based association between RWDD3 and TECTA variants and paclitaxel induced neuropathy could not be confirmed in Scandinavian ovarian cancer patients.

*Acta Oncologica 2013;52:871-3.*

Bernchou U, Agergaard SN, Brink C. Radiopaque marker motion during pre-treatment CBCT as a predictor of intra-fractional prostate movement.

*Acta Oncol 2013;52:1168-74*

Brandberg Y, Hemming Johansson H, Steinar Aamdal S, Lars Bastholt L, Michaela Hernberg M, Ulrika Stierner U et al. Role functioning before start of adjuvant treatment was an independent prognostic factor for survival and time to failure. A report from the Nordic adjuvant interferon trial for patients with high-risk melanoma.

*Acta Oncol 2013;52:1086-93.*

Brunbjerg ME, Juhl AA, Damsgaard TE. Chest wall reconstruction with acellular dermal matrix (StratticeTM) and a TRAM flap.

*Acta Oncologica 2013;52:1052-4.*

Dahlrot RH, Kristensen BW, Hjelmborg J, Herrstedt J, Hansen S. A population-based study of low-grade gliomas and mutated isocitrate dehydrogenase 1 (IDH1).

*J Neurooncol 2013;114:309-317.*

Ejlertsen B, Jensen M-B, Elversang J, Rasmussen BB, Andersson M, Andersen J et al. One year of adjuvant tamoxifen compared with chemotherapy and tamoxifen in postmenopausal patients with stage II breast cancer.

*Eur J Cancer 2013;49:2986-94.*

Grann AG, Frøslev T, Olesen AB, Schmidt H, Lash TL. The impact of comorbidity and stage on prognosis of Danish melanoma patients, 1987-2009: a registry-based cohort study.

*Br J Cancer 2013;109:265-71.*

Haldrup C, Mundbjerg K, Vestergaard EM, Lamy P, Wild P, Schultz WA et al. DNA methylation signatures for prediction of biochemical recurrence after radical prostatectomy of clinically localized prostate cancer. *J Clin Oncol*. DOI 10.1200/JCO.2012.47.1847.

Hansen MV, Rosenberg J, Gögenur I. Lack of circadian variation and reduction of heart rate variability in women with breast cancer undergoing lymphectomy: a descriptive study. *Breast Cancer Res Treat* 2013;140:317-22.

Hermansen SK, Kristensen BW. MicroRNA biomarkers in glioblastoma. *J Neurooncol* 2013;114:13-23.

Jakobsen E, Green A, Østerlind K, Rasmussen TR, Riis T, Iachina M et al. Nationwide quality improvement in lung cancer care: the role of the Danish Lung Cancer Group and Registry. *J Thorac Oncol* 2013;8:1238-47.

Jakobsen JN, Santoni-Rugiu E, Ravn J, Sørensen JB. Intratumour variation of biomarker expression by immunohistochemistry in resectable non-small cell lung cancer. *Eur J Cancer* 2013;49:2461-2618.

Kristoffersen K, Villingshøj M, Poulsen HS, Stockhausen MT. Level of Notch activation determines the effect on growth and stem cell-like features in glioblastoma multiforme neurosphere cultures. *Cancer Biol Ther*. 2013;14:625-37.

Lüchtenborg M, Riaz SP, Coupland VH, Lim E, Jakobsen E, Krasnik M et al. High procedure volume is strongly associated with improved survival after lung cancer surgery. *J Clin Oncol* DOI 10.1200/JCO.2013.49.0219.

Madsen GA, Rasmussen TR, Bærentzen, S. A case of pleural epithelioid sarcoma of proximal type presenting as malignant pleural mesothelioma. *J Thorac Oncol* 2013;8:e89-e90.

Maraldo MV, Brodin NP, Aznar MC, Vogelius IR, Munck af Rosenschöld P, Petersen PM et al. Estimated risk of cardiovascular disease and secondary cancers with modern highly conformal radiotherapy for early-stage mediastinal Hodgkin Lymphoma. *Ann Oncol* 2013;24:2113-8.

Michaelsen SR, Christensen IJ, Grunnet K, Stockhausen MT, Broholm H, Kostaljanetz M, Poulsen HS: Clinical variables serve as prognostic factors in a model for survival from glioblastoma multiforme in a cohort of consecutive non-selected patients from a single institution. *BMC Cancer*. 2013;13:402.

Nielsen MH, Berg M, Pedersen AN, Andersen K, Glavicic V, Jakobsen EH et al. Delineation of target volumes and organs at risk in adjuvant radiotherapy of early breast cancer: National guidelines and contouring atlas by the Danish breast Cancer Cooperative Group. *Acta Oncologica* 2013;52:703-10.

Nielsen TO, Sørensen S, Dagnæs-Hansen F, Kjems J, Sørensen BS. Directing HER4mRNA expression towards the CYT2 isoform by antisense oligonucleotide decreases growth of breast cancer cells in vitro and in vivo. *Br J Cancer* 2013;108:2291-8.

Outzen M, Brasso K, Martinussen N, Christensen J, Tjønneland A, Friis S, Olsen A. Prostate cancer in Denmark 1978-2009 – trends in incidence and mortality. *Acta Oncologica* 2013;52:831-6.

Persson GF, Josipovic M, Nygaard DE, van der Recke P, Aznar M, Juhler-Nøttrup T et al. Percutaneously implanted markers in peripheral lung tumours: Report of complications. *Acta Oncologica* 2013;52:1225-28.

Spindler K-L, Sørensen MM, Pallisgaard N, Andersen RF, Havelund BM, Ploen J et al. Phase II trial of temsirolimus alone and in combination with irinotecan for KRAS mutant metastatic colorectal cancer: Outcome and results of KRAS mutational analysis in plasma. *Acta Oncologica* 2013;52:963-70.

Thörnqvist S, Muren LP, Bentzen L, Hysing LB, Høyer M, Grau C et al. Degradation of target coverage due to inter-fraction motion during intensity-modulated proton therapy of prostate and elective targets. *Acta Oncol* 2013;52:521-7.

Tørring ML, Frydenberg M, Hansen RP, Olesen F, Vedsted P. Evidence of increasing mortality with longer diagnostic intervals for five common cancers: A cohort study in primary care. *Eur J cancer* 2013; 49:2187-98.

Van de Velde CJH, Aristei C, Boelens PG, Beets-Tan RGH, Blomqvist L, Borras JM, et al. EURECCA colorectal: Multidisciplinary mission statement on better care for patients with colon and rectal cancer in Europe. *Eur J Cancer* 2013;49:2784-90.

Wästerlid T, Brown PN, Hagberg O, Bagberg H, Pedersen LM, D'Amore F et al. Impact of chemotherapy regimen and rituximab in adult Burkitt lymphoma: a retrospective population-based study from the Nordic Lymphoma Group. *Ann Oncol* 2013;24:1879-86.

## Vidste du, at..?

.. patienter med BRCA2 associeret epitelielt **ovariecarcinom** har signifikant længere median progressionsfri overlevelse (PFS), behandlingsfrit interval (TFI) og samlet overlevelse (OS) end BRCA1 patienter. I studiet indgik 245 patienter med BRCA1 og 99 med BRCA2. Der var ingen forskel i histologi, tumor grad og stadiefordeling, men BRCA1 patienterne var yngre på diagnosetidspunktet end BRCA2 patienterne: 51 versus 55 år ( $p < 0,001$ ). BRCA2 patienterne havde sammenlignet med BRCA1 patienterne en median PFS på 3,9 år versus 2,2 år ( $p = 0,006$ ), median TFI på 2,8 versus 1,7 år ( $p = 0,009$ ) og median OS på 9,7 versus 6 år ( $p = 0,04$ ). Forskellen kunne ikke forklares ved alder på diagnosetidspunktet, FIGO stadiet eller behandlingstype.

Vencken PMLH, Reitsma w, Kriege M et al. Outcome of BRCA1- compared with BRCA2- associated ovarian cancer: a nationwide study in the Netherlands. *Ann Oncol* 2013;24:2036-42

## Personalia

### Farvel til SKA



Projektsygeplejerske Jane Elze Sannung, der har været ansat i SKAs sekretariat i 5 år, skal pr. 1. november tiltræde en nyoprettet stilling som kræftkoordinator i Hvidovre Kommune.

Jane har sat store aftryk på SKAs udvikling i den tid, hun har været ansat, hvor hun, udover at tage uddannelse i projektledelse, har stået for gennemførelsen af mange store opgaver, bl.a. un-

dervisningsfilmen 'Samtale med kræftpatienter', pjecen 'Målrettet behandling' med råd og anbefalinger til patienter, der skal i behandling med målrettet biologisk behandling, protokoloversigt i et fælles SKA/KB projekt, årlige workshops for landets 6 enheder for eksperimentel kræftbehandling, og talrige kurser – herunder ph.d.-kurser og senest SKAs Post-ASCO møde. Det er således en stor kapacitet, der forlader SKA.

Vi har værdsat Jane for hendes mange kompetencer, store professionalisme og dejlige reelle personlighed. Og vi vil savne Janes varme smil, når hun, der sidste år udfordrede sig selv ved at gennemføre Team Rynkebys tur til Paris, nu cykler videre på karrierestien.

Vi ønsker hende alt godt og medvind på turen!

### Vidste du, at..?

.. incidensen af **prostatakræft** i Danmark er øget, hvorimod mortaliteten stort set er forblevet uændret gennem de sidste 15 år. Øgningen i incidens er størst i gruppen af mænd på 60+ år. Ligeledes er der set en ændring i stadiefordelingen, således at der er sket en øgning i antal af patienter med lokaliseret sygdom siden 1998. Øgningen i incidens og ændring i alders- og stadiefordeling kan hovedsageligt forklares ved en usystematisk anvendelse af PSA prøver i Danmark. Da mortalitetsraterne er forblevet stort set uændrede mellem 1978 og 2009, ser det ikke ud til, at den intensificerede brug af PSA prøver og hyppigere anvendelse af kurativ-intenderet behandling har medført nogen større forbedring af prostatakræft mortalitet.

Outzen M, Brasso K, Martinussen N et al.  
Prostate cancer in Denmark 1978-2009 – trends in incidence and mortality.  
*Acta Oncologica* 2013;52:831-36

# Projektsygeplejerske i Sammenslutningen af Kræftafdelinger (SKA)

### Jobbet

Du bliver en del af et velfungerende tværfagligt team, som løser en mangfoldighed af opgaver relateret til det onkologiske og hæmatologiske speciale. Jobbet er meget alsidigt, og du vil få en bred kontakt til kollegaer på især de kliniske onkologiske afdelinger. Du vil få en høj grad af frihed til selv at planlægge og udføre dine arbejdsopgaver.

### Dine vigtigste opgaver bliver...

- tilrettelæggelse, implementering og afvikling af kurser for især personale ansat på kræftafdelinger
- tilrettelæggelse, implementering og afvikling af faglige møder og projekter.
- Tilrettelæggelse, udbygning, implementering og vedligeholdelse af protokolliste på SKAs hjemmeside i samarbejde med anden projektsygeplejerske, lægelige konsulenter og Kræftens Bekæmpelse. Denne del af opgaverne ledes i fælleskab af SKA og KB.

### Ansøgning sendes til:

Sekretær June Thygesen  
SKA Sekretariat, Blegdamsvej 58 Afsnit 9601, opgang 96, 2100 København Ø

Yderligere oplysninger om jobbet fås ved henvendelse til projektsygeplejerske Jane Sannung, Hanne Skovfoged eller Louise Rolin på tlf. 35 45 40 90

### Vores forventninger til dig

Vi forventer, at du er sygeplejerske og har praktisk klinisk onkologisk eller hæmatologisk erfaring, samt erfaring med protokollerede kliniske undersøgelser. Det er en fordel, hvis du har erfaring med ny medicinsk kræftbehandling – eksperimentel behandling. Det er afgørende, at du kan arbejde selvstændigt, struktureret og kan prioritere opgaverne, har IT-erfaring og er god til at samarbejde. Du har muligvis erfaring med projektorienteret arbejde.

### Ansættelsesvilkår

Jobbet er på minimum 32 timer / uge. Løn og ansættelsesvilkår vil ske i henhold til Dansk Sygeplejeråd.

### Tiltrædelse snarest

**Ansøgningsfrist:  
8. november 2013**

# SKA efterårsprogram 2013

## 2. oktober Portørkursus modul I

mest almindelige kræftsygdomme og om principperne for medicinsk behandling og stråleterapi. Kommunikation med patienter stiller særlige krav til sundhedspersonalet, og den udfordring bliver belyst ud fra det korte møde, portøren har i sit arbejde med patienter. Udfordringer og muligheder i samarbejdsrelationer med andre personalegrupper bliver også belyst.

Kursusledelse: Projektsygeplejerske Louise Rolin, SKA projektsygeplejerske Hanne Skovfoged, SKA  
 Tid og sted: 2. oktober 2013  
 Hotel Admiral, København  
 Kursusafgift: Deltagere fra medlemshospitaler\*: 500 kr  
 – andre: 700 kr.  
 Tilmelding: Registrering på SKAs hjemmeside: [www.skaccd.org](http://www.skaccd.org)

## 9. oktober Molekylært målrettet medicinsk kræftbehandling – principper og metoder

Opdatering af den nyeste viden om emnet for læger i klinikken. Via klinisk relevante eksempler gennemgås markører, patientselektion, virknings- og resistensmekanismer samt især laboratoriemetoder (hvilke metoder bruges nu? Hvilke er på vej?). Endelig lægges op til en kritisk diskussion af emnet med fokus på svagheder og begrænsninger, og der gives perspektiver for fremtidig udvikling (hvilket nye stoffer er på vej, og hvordan virker de?). Efter kurset skal deltagerne kende det molekylærbiologiske grundlag for medicinsk målrettet behandling og kunne definere denne behandling i forhold til andre onkologiske behandlinger.

Kursusledelse: Afdelingslæge, ph.d. Lars Henrik Jensen, Onk. Afd. Sygehus Lillebælt projektsygeplejerske Jane Elze Sannung, SKA informationsmedarbejder Bodil Diemer, SKA  
 Tid og sted: 9. oktober, 2013 kl. 15.00-19.00  
 Torvehallerne, Vejle  
 Kursusafgift: Deltagere fra medlemshospitaler\*: 500 kr.  
 – andre: 700 kr.  
 Tilmelding: Registrering på SKAs hjemmeside: [www.skaccd.org](http://www.skaccd.org)

## 23. oktober Sekretærkursus modul I: Kræftsygdomme og –behandling

SKA tilbyder et basiskursus i de mest almindelige kræftsygdomme og forskellige former for kræftbehandling, der giver sekretærerne den medicinsk-faglige viden, der er vigtig som baggrund for det administrative arbejde i klinikken. Derudover er der fokus på forståelse af kræftpatientens situation, og sekretærens egne særlige udfordringer i arbejdet på en onkologisk afdeling. Kurset er det første modul i en række på i alt fire. Det er muligt, at deltage i kurserne i vilkårlig rækkefølge.

Kursusledelse: Projektsygeplejerske Louise Rolin, SKA kursussekretær Susanne Justesen, SKA  
 Tid og sted: 23. oktober 2013  
 IDA Mødecenter, København  
 Kursusafgift: Deltagere fra medlemshospitaler\*: 500 kr.  
 – andre: 700 kr.  
 Tilmelding: Registrering på SKAs hjemmeside: [www.skaccd.org](http://www.skaccd.org)

## 4.-7. november Supportive care

Kursets formål er at give deltagerne en opdateret, evidensbaseret indsigt i de vigtigste emner inden for den moderne understøttende behandling. Fokus ligger på behandlingsrelaterede bivirkninger samt psykosociale og rehabiliteringsmæssige forhold. Derudover vil kursisterne blive udfordret med spørgsmål vedrørende myter og facts til diskussion i plenum. Formen vil være en blanding af katedralundervisning, gruppearbejde, sygehistorier og dialog samt kommunikationstræning. Kurset henvender sig primært til yngre læger og sygeplejersker ansat på onkologiske afdelinger.

Kursusledelse: Overlæge Svend Ottesen, Roskilde Sygehus Projektsygeplejerske Hanne Skovfoged, SKA  
 Tid og sted: 4.-7. november 2013  
 Hotel Admiral, København  
 Kursusafgift: Deltagere fra medlemshospitaler\*: 4000 kr.  
 – med overnatning: 7000 kr.  
 Andre: 5000 kr.  
 – med overnatning: 8000 kr.  
 Tilmelding: Registrering på SKA's hjemmeside: [www.skaccd.org](http://www.skaccd.org)

## Vidste du, at..?

.. sammenlignet med standard kemoterapi forlænger Crizotinib den mediane progressionsfrie overlevelse (PFS) signifikant hos tidligere behandlede patienter med avanceret ALK-positiv **lungkræft**. I et fase 3 studie var den mediane PFS 7,7 måneder i crizotinib gruppen versus 3,0 måneder i kemoterapigruppen (hazard ratio 0,49; 95% CI 0,37-0,64; p<0,001). Ligeledes var der en signifikant øget responsrate (65% versus 20%; p<0,001) og forbedret livskvalitet i crizotinib gruppen. Der sås ingen forskel i den samlede overlevelse.

Shaw AT, Kim D-W, Nakagawa K et al.  
 Crizotinib versus chemotherapy in advanced ALK-positive lung cancer.  
 N Engl J Med 2013;368:2385-94

## 20. november Vejlederkursus i klinisk onkologi

For første gang afholdes dette kursus for læger, der forestår vejlederfunktionen for de kommende kliniske onkologer i Danmark. Kurset består af oplæg, erfaringsudveksling og enkle rollespil, hvor forskellige kompetence-evalueringsredskaber afprøves. Deltagere fra hele landet og alle stillingskategorier er velkomne.

Kursusledelse: Overlæge, lektor i klinisk onkologi Trine Juhler-Nøttrup, Herlev Hospital  
Overlæge Fahimeh Andersen  
Informationsmedarbejder Bodil Diemer, SKA

Tid og sted: 20. november 2013  
IDA Mødecener, København

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

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

### Program

<p><b>8.30 Velkomst &amp; præsentation</b> v. Fahimeh Andersen, kursusleder, SKA &amp; Trine Juhler-Nøttrup, lektor klinisk onkologi</p> <p><b>9.00 Definitioner, begreber og papir</b> v. Trine Juhler-Nøttrup – Målbeskrivelse, logbog, portefølje, uddannelsesprogram, tjeklister, uddannelsesplaner og andet</p> <p><b>10.00 Lav en uddannelsesplan – gruppearbejde</b> – Der arbejdes i grupper af 3 personer, med konkrete opgaver</p> <p><b>10.30 Pause</b></p> <p><b>10.50 Kompetenceevalueringsredskaber</b> v. Trine Juhler-Nøttrup og Anna-Grethe Andreassen, sygeplejerske, kvalitetskoordinator og mini-CEX evaluator, Odense Universitetshospital – I teori, i praksis og implementering i hverdagen – Gennemgang af: Godkendt kursus, bedømmelse af opgave, struktureret vejledersamtale, struktureret kollegial bedømmelse (Mini-CEX og case-baseret evaluering), 360-graders evaluering</p> <p><b>12.10 Frokost</b></p>	<p><b>12.50 Foretag en mini-CEX. Gruppearbejde under supervision</b> v. Trine Juhler-Nøttrup &amp; Anna-Grethe Andreassen – Der arbejdes i grupper af 3-4 personer. Formen vil være et enkelt rollespil, hvor én spiller patient, én spiller uddannelseslæge, én spiller vejleder og én spiller evt. sygeplejerske</p> <p><b>13.30 Regler og muligheder ved vanskelige forløb, orlov, andet fravær og nedsat tid</b> v. Nanna Helmer, fuldmægtig, sekretariatet f. lægelig videreuddannelse, Region Øst – Baseret på anonymiserede case stories</p> <p><b>14.30 Kaffe</b></p> <p><b>14.50 Karrierevejledning</b> v. Bodil Ganholt, konsulent, Lægeforeningen – Af uddannelseslæger, der skal 'noget andet' end onkologi • Redskaber, mentorordninger, hjælp i lægeforeningen? – Af I-læger, der skal søge H-stilling • cv pleje, fokusering – Af 'næsten speciallæger', der skal finde deres niche i speciale</p> <p><b>16.00 Afslutning</b></p>
--	--

## 28. november Årsmøde

Kursusledelse: Læge, dr.med. Birthe Lund  
Projektsygeplejerske Jane Elze Sannung, SKA  
Projektsygeplejersker Louise Rolin  
Projektsygeplejerske Hanne Skovfoged, SKA

Tid og sted: 28. november 2013  
Vilvorde Kursuscenter

Kursusafgift: kr. 150,- u. middag  
kr. 350,- m. middag.

Tilmelding: Registrering på SKA's hjemmeside: [www.skaccd.org](http://www.skaccd.org)

### Program

<p><b>14.00 Velkommen - SKA statusrapport</b> v. Overlæge Peter Michael Vestlev, Formand for SKAs forretningsudvalg v. Læge, dr.med. Birthe Lund, lægelig leder, SKA</p> <p><b>14.15 Kliniske forsøg og godkendelsesprocesser: Kliniske forsøg - nyt fra Sundhedsstyrelsen</b> v. Specialkonsulent, cand.pharm Lene Grejs Petersen, Sundhedsstyrelsen</p> <p><b>14.35 Godkendes nye behandlinger hurtigt nok? En klinikers syn</b> v. Overlæge, dr.med. Ulrik Lassen, Fase 1 enheden, Rigshospitalet</p> <p><b>14.55 Er der behov for yderligere vurderinger, når et lægemiddel er godkendt til markedsføring?</b> v. Vicedirektør, formand for KRIS Steen Werner Hansen, Herlev Hospital</p>	<p><b>15.15 Udvikling af en ny type kræftvaccine: kunsten at hæmme immunhæmmere</b> v. Professor, dr.techn. Mads Hald Andersen, CCIT, Herlev Hospital</p> <p><b>15.45 Kaffe</b></p> <p><b>16.15 Flere ældre kræftpatienter - hvad ved vi, og hvad gør vi?</b> v. Cand.med., ph.d. Trine Lembrecht Jørgensen, Odense Universitetshospital</p> <p><b>16.45 Kræfter til rehabilitering?</b> v. Kræftrehabiliteringssygeplejerske Lise Bjerrum Thisted, Rigshospitalet</p> <p><b>17.15 Flere ældre kræftpatienter i fremtiden: Hvordan håndterer dansk sundhedsvæsen denne udfordring?</b> v. Professor, Jes Søgaard, Aarhus Universitet</p> <p><b>18.00 Middag</b></p>
---	---

# SKA forårsprogram 2014

## 15. januar Symposium for sygeplejersker: gynækologiske kræftsygdomme

Program under udarbejdelse.

Hold øje med SKAs hjemmeside: [www.skaccd.org](http://www.skaccd.org)

Kursusledelse: Overlæge Fahimed Andersen, SKA  
projektsygeplejerske Louise Rolin, SKA  
projektsygeplejerske Hanne Skovfoged, SKA  
informationsmedarbejder Bodil Diemer, SKA

Tid og sted: 15. januar 2014.  
Kursusafgift: Deltagere fra medlemshospitaler\*: 500 kr.  
– andre: 700 kr.  
Tilmelding: Registrering på SKAs hjemmeside: [www.skaccd.org](http://www.skaccd.org)

## 23.-24. januar Good Clinical Practice

Kurset henvender sig til læger involveret i klinisk kræftforskning, erfarne projektsygeplejersker og ansatte i lægemiddelindustrien med interesse i klinisk kræftforskning. Kurset er baseret på stor deltageraktivitet/workshops, hvor der tages udgangspunkt i erfaringer og problemstillinger fra kursisternes kliniske hverdag. Det forventes, at deltagerne har et grundlæggende kendskab til GCP. Deltagerantal: max 25 personer. Registrering sker i den rækkefølge, tilmeldingerne indkommer.

Kursusledelse: Led. projektsygeplejerske Rikke Bjørn, Odense Universitetshospital  
Professor, overlæge, ph.d. Per Pfeiffer, Odense Universitetshospital  
Projektsygeplejerske Hanne Skovfoged, SKA  
Tid og sted: 23.-24. januar 2014  
Hotel Admiral, København  
Kursusafgift: Hospitalspersonale:  
2 kursusdage, inkl. kursusmateriale, ekskl. overnatning 2.000 kr.  
2 kursusdage, inkl. kursusmateriale, inkl. overnatning 3.000 kr.  
Tilmelding: Registrering på SKAs hjemmeside: [www.skaccd.org](http://www.skaccd.org)

## 26. februar Forløbskoordinatorer i klinisk onkologi

Program under udarbejdelse.

Hold øje med SKAs hjemmeside: [www.skaccd.org](http://www.skaccd.org)

Kursusledelse: Lægefaglig konsulent Fahimeh Andersen, SKA  
Projektsygeplejerske Louise Rolin  
Projektsygeplejerske Hanne Skovfoged, SKA

## 3.-6. marts Kursus i klinisk onkologi for medicinalindustrien

SKA arrangerer et 4-dages kursus i basal og praktisk onkologi for ansatte i medicinalindustrien. Formålet med kurset er at give kursisterne basisviden om karakteristiske forhold ved kræftsygdomme samt tilbyde kursisterne 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: 3.-6. marts 2014  
Hotel Admiral, København  
Kursusafgift: 17.000 kr  
Tilmelding: Registrering på SKAs hjemmeside: [www.skaccd.org](http://www.skaccd.org)

**8. maj Sekretærkursus modul II: Kræftsygdomme og -behandling**

Modul II, der er en fortsættelse af modul I, har fokus på de gynækologiske tumorer og belyser desuden eksperimental kræftbehandling. Der arbejdes med kommunikation i klinikken og forhold omkring kriseramte patienter. En tidligere patient er blandt foredragsholderne.

Kursusledelse: Projektsygeplejerske Louise Rolin  
Kursussekretær Susanne Justesen, SKA  
Tid og sted: 8. maj 2014  
Hotel Admiral, København  
Kursusafgift: Deltagere fra medlemshospitaler\*: 500 kr.  
– andre: 700 kr.  
Tilmelding: Registrering på SKAs hjemmeside: [www.skaccd.org](http://www.skaccd.org)

**21. maj Smertebehandling**

Program under udarbejdelse.  
Hold øje med SKAs hjemmeside: [www.skaccd.org](http://www.skaccd.org)

Kursusledelse: Overlæge Svend Ottesen, Roskilde Sygehus  
Projektsygeplejerske Hanne Skovfoged, SKA  
Tid og sted: 21. maj 2014  
Hotel Admiral, København

**22. maj Sygeplejetemadag**

Program under udarbejdelse.  
Hold øje med SKAs hjemmeside: [www.skaccd.org](http://www.skaccd.org)

Kursusledelse: Projektsygeplejerske Louise Rolin  
Projektsygeplejerske Hanne Skovfoged, SKA  
Tid og sted: 22. maj 2014  
Herlev Hospital  
Kursusafgift: 125 kr.

**12. juni Sekretærkursus modul IV: Kræftsygdomme og -behandling**

Sekretærkursus modul IV fokuserer på hæmatologiske sygdomme samt behandling og pleje af maligne blodsygdomme. Hospitalspræsten belyser sidst på dagen, hvordan man som professionel kan bevare arbejdsglæden, når man dagligt har med alvorligt syge mennesker at gøre. Undervisningen tilrettelægges med stor vægt på deltageraktivitet, og teorien relateres til praksis.

Kursusledelse: Projektsygeplejerske Louise Rolin  
Kursussekretær Susanne Justesen, SKA  
Tid og sted: 12. juni 2014  
Hotel Admiral, København  
Kursusafgift: Deltagere fra medlemshospitaler\*: 500 kr.  
– andre: 700 kr.  
Tilmelding: Registrering på SKAs hjemmeside: [www.skaccd.org](http://www.skaccd.org)

**20. juni Post-ASCO**

Program under udarbejdelse.  
Hold øje med SKAs hjemmeside: [www.skaccd.org](http://www.skaccd.org)

Kursusledelse: Lægefaglig konsulent Fahimeh Andersen, SKA  
Projektsygeplejerske Louise Rolin  
Projektsygeplejerske Hanne Skovfoged, SKA

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

**Læs i næste nummer:**

I forbindelse med konferencen om Nationale Kliniske Retningslinjer mandag den 28. okt. i DGI-byen i København bringer SKA Nyt et kort resumé af dagen i næste nummer af SKA Nyt.

## Internationale møder 2013

27. sep. -1. okt.	<b>17<sup>th</sup> ECCO – 38<sup>th</sup> ESMO – 32<sup>nd</sup> ESTRO European Cancer Congress</b> Amsterdam, Netherlands <a href="http://www.ecco-org.eu">www.ecco-org.eu</a>	24.-26. okt.	<b>2013 International Society of Geriatric Oncology Congress</b> Bella Center, Copenhagen, Denmark <a href="http://www.siog.org">www.siog.org</a>
3.-6. okt.	<b>Advances in Breast Cancer Research: Genetics, Biology, and Clinical Applications</b> San Diego, CA <a href="http://www.aacr.org">www.aacr.org</a>	24.-26. okt.	<b>Lymphoma &amp; Myeloma 2013: An International Congress on Hematologic Malignancies</b> New York, New York <a href="http://imedex.com">http://imedex.com</a>
11.-12. okt.	<b>17<sup>th</sup> Annual Interdisciplinary Conference on Supportive Care, Hospice, and Palliative Medicine</b> Houston, Texas <a href="http://www.mdanderson.org/conferences">www.mdanderson.org/conferences</a>	27.-31. okt.	<b>15<sup>th</sup> World Conference on Lung Cancer</b> Sydney, Australia <a href="http://www.2013worldlungcancer.org">www.2013worldlungcancer.org</a>
19.-22. okt.	<b>18<sup>th</sup> International Meeting of the European Society of Gynaecological Oncology</b> Liverpool, England <a href="http://www.esgo.org">www.esgo.org</a>	3.-6. nov.	<b>9<sup>th</sup> NCRI Cancer Conference</b> Liverpool, England <a href="http://www.ncri.org.uk/ncriconference/">www.ncri.org.uk/ncriconference/</a>
19.-23. okt.	<b>AACR-NCI-EORTC International Conference on Molecular Targets and Cancer Therapeutics</b> Boston, MA <a href="http://www.aacr.org">www.aacr.org</a>	10.-14. dec.	<b>36<sup>th</sup> Annual San Antonio Breast Cancer Symposium</b> San Antonio, Texas <a href="http://www.sabcs.org">www.sabcs.org</a>

## Internationale møder 2014

16.-18. Jan	<b>2014 Gastrointestinal Cancers Symposium</b> San Francisco, CA <a href="http://www.gicasymp.org">www.gicasymp.org</a>	30. maj-3. juni	<b>2014 ASCO</b> Chicago, IL <a href="http://www.asco.org">www.asco.org</a>
18.-21. jan	<b>AACR-Prostate Cancer Foundation Conference on Advances in Prostate Cancer Research</b> San Diego, CA <a href="http://www.aacr.org">www.aacr.org</a>	26.28. juni	<b>MASCC/ISOO</b> Miami, FL <a href="http://www.mascc.org/symposium">www.mascc.org/symposium</a>
4.-8. april	<b>ESTRO 33</b> Wien, Østrig <a href="http://www.estro.org">www.estro.org</a>	4.-6. sept.	<b>2014 Breast Cancer Symposium</b> San Francisco, CA <a href="http://www.asco.org">www.asco.org</a>
5.-9. april	<b>AACR Annual Meeting 2014</b> San Diego, CA <a href="http://www.aacr.org">www.aacr.org</a>	26.-30. sept.	<b>ESMO 2014</b> Madrid, Spain <a href="http://www.esmo.org">www.esmo.org</a>
24.-26. april	<b>European Congress on Head &amp; Neck Oncology 2014</b> Liverpool, England <a href="http://www.esgo.com">www.esgo.com</a>	28. sept.-1.okt.	<b>13<sup>th</sup> Annual International Conference on Frontiers in Cancer Prevention Research</b> New Orleans, LA <a href="http://www.aacr.org">www.aacr.org</a>

## Vidste du, at..?

.. et års adjuverende behandling med trastuzumab er lige så effektivt som 2 års behandling med hensyn til sygdomsfri overlevelse (DFS) hos patienter med HER2-positiv tidlig **brystkræft** (hazard ratio 0,99; p=0,86). Dette viser en planlagt landmark analyse foretaget i HERA studiet. Til gengæld medførte to års behandling flere grad 3-4 bivirkninger og fald i LEVF. Efter i median 8 års observation gav 1 års behandling med trastuzumab sammenlignet med observation signifikant forbedret DFS (hazard ratio 0,76; p<0,0001) og total overlevelse (hazard ratio 0,76; p=0,0005) på trods af, at 884 patienter (52%) havde krydset over fra observation til trastuzumab.

Goldhirsch A, Gelber RD, Piccart-Gebhart MJ et al.  
2 years versus 1 year of adjuvant trastuzumab for HER2-positive breast cancer (HERA):  
an open-label, randomised controlled trial.  
*Lancet* 2013; doi: 10.1016/S0140-6736(13)61094-6

## SKAs Uddannelsesaktiviteter efterår 2013

### Oktober

2.	Portørens møde med kræftpatienten	Hotel Admiral, København
9.	Molekylært målrettet medicinsk kræftbehandling	Torvehallerne, Vejle
23.	Sekretærkursus, Modul I: Kræftsygdomme og -behandling	IDA mødecenter, København

### November

4.-7.	Supportive Care	Hotel Admiral, København
20.	Vejlederkursus i klinisk onkologi	IDA mødecenter, København
28.	SKAs 17. årsmøde	Vilvorde Kursuscenter

## Forår 2014

### Januar

22.	Symposium for sygeplejersker: Gynækologiske kræftsygdomme	IDA mødecenter, København
23.-24.	Good Clinical Practice	Hotel Admiral, København

### Februar

26.	Forløbskoordinatorer i klinisk onkologi	
3.-6.	Klinisk onkologi for medicinalindustrien	Hotel Admiral, København

### Maj

8.	Kursus for sekretærer, modul II: Kræftsygdomme og -behandling	Hotel Admiral, København
21.	Smertebehandling	Hotel Admiral, København
22.	Sygeplejetemadag	Herlev Hospital

### Juni

12.	Kursus for sekretærer, modul IV: Hæmatologiske sygdomme	IDA mødecenter, København
20.	Post-ASCO	Hotel Hilton, København

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

#### REDAKTION

#### Kontakt til redaktionen