
Bunnsolid brystkreftbehandling

AKTUELT I FORENINGEN

STIG KRINGEN

stig.kringen@legeforeningen.no
Kommunikasjonsavdelingen

Som eneste sykehus i landet oppnår Stavanger universitetssjukehus (SUS) høy grad på alle kvalitetsmål knyttet til brystkreftbehandling. Det viser årsrapporten for 2023 fra Nasjonalt kvalitetsregister for brystkreft.



KVARTETT: De bidrar til at brystkreftbehandlingen går så det SUSer. Fra venstre: bryst- og endokrinkirurg Lene Johnsen, onkolog Bjørnar Gilje, seksjonsoverlege ved brystdiagnostisk senter, avdelingsoverlege Linda Hatleskog ved avdeling for patologi og radiolog Rica Mortensen. Foto: Stig Kringen

Rapporten måler hva slags type behandling pasientene får og om denne er innenfor definerte retningslinjer. Faktorer som tid til behandlingsstart, primær rekonstruksjon, antall tilfeller og operasjoner er også kartlagt.

Kirurgi, onkologi, patologi og radiologi er legespesialiteter som har nøkkelroller i brystkreftbehandling. Ved SUS er leger i de fire områdene samlet innenfor hundre skritt i samme bygg i Hillevåg.

Nærvær av kollegaer

Lene Johnsen er seksjonsoverlege ved Bryst- og endokrinkirurgisk seksjon på SUS. Hun mener rapporten viser at brystkreftbehandlingen ved norske sykehus er meget god. Det som skiller SUS fra andre sykehus er nærhet og lokalisering mellom spesialitetene, forteller hun.

– Hos oss er legene tett samlet og det gjør at logistikken for pasientene flyter bra. Antall dager vi bruker på behandling krymper inn fordi vi bestandig får tak i hverandre.

Bjørnar Gilje er avdelingsoverlege og onkolog ved Kreftavdelingen på SUS. Han forklarer at samlokaliseringen betyr at legene lett kan spasere over og se sammen på pasientene og løse problemer.

– Det gjør også at vi lettere treffes ofte og diskuterer ting på mer regelmessig basis. Dess bedre vi kjenner hverandre, dess bedre flyter samarbeidet og logistikken. Er det ting som ikke fungerer, er det veldig lett å ta det opp og finne en bedre løsning sammen.

Retningslinjer og miljø

Begge legene peker på at det er gode nasjonale retningslinjer for brystkreftbehandling i Norge. Dette sørger for at behandlingen i Norge er ensartet. Det er Norsk brystcancergruppe (NBCG) som står bak arbeidet.

– Det er en tverrfaglig gruppe som er flinke til å oppdatere informasjonen. De justerer gjerne flere ganger i året hvis det kommer nye studier og kunnskap til som viser forbedringer jamført med tidligere, forteller Gilje.

Han legger til at dersom onkologene har en pasient i Stavanger med en sjelden tilstand, er veien kort til å kontakte de andre universitetssykehusene.

Lene Johnsen fremhever det gode nasjonale faglige miljøet. Det er 74 spesialister i bryst- og endokrinkirurgi på landsbasis.

– Vi har god kontakt og hjelper hverandre. Det er ingen prestisje eller kniving om ressurser.

47-åringen er selv med i styringsgruppen i NBCG og understreker at veien er kort til å stille spørsmål og utveksle erfaringer der. Bryst og endokrinkirurgi ble opprettet som spesialitet i 2006.

– Ettersom jeg er den eldste overlegen i spesialiteten på SUS, er vi ikke så mange med så lang fartstid. Nye kirurgiske teknikker er stadig under utvikling og det er derfor veldig viktig at vi hospiterer på andre sykehus. Kanskje de bruker en annerledes metode som vi ikke har tenkt på? Da kan vi ta med oss andre smarte løsninger hjem, forklarer hun.

Tverrfaglig samarbeid

Pasienter med symptomer på brystkreft i Sør-Rogaland blir henvist fra fastlege til SUS. De kommer først til radiolog for røntgenundersøkelse og vevsprøve som sendes videre til patolog for rask vurdering. Kirurger og onkologer trår for fullt inn i behandlingen etter dette.

De fire legespesialitetene har møter i multidisiplinære team (MDT) hver uke.

– Der går vi gjennom alle pasientene og bestemmer hva som skal skje videre med de som har fått brystkreft. Skal pasientene opereres eller til kreftlegen først? Dette er et sentralt spørsmål i møtet. Rekkefølgen og omfang av behandlingen er veldig individuell, men etter nasjonale retningslinjer. Det er ofte enkelt å være oss når man har gode retningslinjer å ta utgangspunkt i, forklarer Johnsen.

Behandling av tilstanden favner fra å fjerne en liten svulst med kirurgi, til at man må gjennom hele repertoaret.

– Det kan innebære cellegift og immunterapi før kirurgi. Så er det operasjon, strålebehandling og etterbehandling, både med hormonbehandling for noen og cellegift for andre. Det er ikke én sykdom, det er egentlig en samling av utrolig mange varianter av brystkreft. Det er faglig spennende å jobbe med, beretter Gilje.

Selv om doktorene har gode skjemaer og retningslinjer å følge, må de alltid ta individuelle vurderinger sammen tverrfaglig.

– Det finnes like mange brystkreftvarianter som det finnes kvinner som får det. Fordi mye avgjøres av kvinnene selv ut fra deres livssituasjon, sykdom, alder og hva slags type brystkreft de får.

Behandling og etterkontroll

For 20 år tilbake fikk brystkreftpasientene ofte kirurgi først. I dag er prinsippet snudd, slik at så lenge legene har en mulighet til å vurdere respons på svulsten underveis, er det oftest mye bedre å gi onkologisk behandling først. Da har de mulighet til å se om det virker. 25 prosent av pasientene får nå cellegift først.

SUS' opptaksområde skal serve om lag sju prosent av befolkningen i landet. På landsbasis er det cirka 4090 kvinner i året som får brystkreft, og 40 til 45 menn.

– Det er en kjempe-kjønnsforskjell. Her på SUS behandler vi én eller to menn i året med brystkreft, opplyser Johnsen.

Ofte varer behandlingen i 12 til 18 måneder, med flere kontroller i etterkant. Er pasientene heldige er de ferdige innen to måneder.

Ny genprofiltest

Brystkreftpasienter kan få tilbud om gentesting for å finne ut om det er en arvelig årsak til sykdommen. Nylig godkjente Beslutningsforum en ny genprofiltest for brystkreft, Oncotype DX. SUS har ikke brukt denne. De har benyttet Prosigna sin test i fem år, som delvis er samme sak. For pasienter med lymfeknutespredning, er det godkjenning og dokumentasjon på Oncotype DX som i dag mangler på Prosigna-testen.

– Nå har hele Norge vært med på Optima-studien. Studien skal, ved hjelp av Prosigna, finne en mer presis metode for å identifisere pasienter som vil, eller ikke vil, ha nytte av cellegift. I løpet av ganske kort tid håper vi at det viser seg at den er likeverdig med Oncotype DX. Oncotype DX er en genprofiltest som krever at prøven sendes til USA for analyse. Det er bedre å gjøre ting selv ved hjelp av utstyr som er tilgjengelig på laboratoriene i Norge. Det gjør at både vi og pasientene får kjappere svar og resultatene er tilgjengelig for videre forskning, forteller Gilje.

Fantastisk utvikling de siste 40 årene

På slutten av 1970-tallet var fem års relativ overlevelse av brystkreft 73,4 prosent. I dag er tallet nesten 94 prosent. Gilje mener at brystkreft er det området i onkologien som har kommet lengst. Han understreker også at et nasjonalt kollegium er verdifullt fordi det bidrar til harmonisering av behandling og gir et godt og likeverdig tilbud til folk uansett hvor de bor.

– Vi er med på studier og er raske med å ta i bruk nye metoder. Vi har en grunnleggende omsorg for pasienten og en generell misnøye med ethvert resultat som ikke er optimalt. Derfor strekker vi oss alltid langt. Selv om vi gjerne skulle hatt mer helsepersonell, er det enn så lenge nok ildsjeler til at det går rundt.

Lokale særegenheter

På spørsmål om det er egenskaper ved pasientene i Rogaland som påvirker brystkreftbehandlingen, svarer Gilje følgende:

– Det er noen små forskjeller i Norge i forhold til forekomst ved arvelig brystkreft. Rogaland er et område der det er litt mer. Jeg tror at rogalendinger er litt obs på dette.

Johnsen supplerer med å trekke frem et eksempel fra 2012. Den gang viste flere brystkreftopererte fram arrene sine foran Stortinget for å sende et sterkt signal til politikerne. Regjeringen satte dermed av 150 millioner til sekundær rekonstruksjon av brystkreftrammede.

– Her ved SUS fikk vi en del av disse midlene og fikk ned ventelistene. I tillegg ble det økende fokus på primær rekonstruksjon. Hos oss tok det lang tid før vi fikk opp antallet primære rekonstruksjoner, både grunnet forsiktig oppstart med streng selektering av pasientene, og at mange pasienter takket nei selv om de fikk tilbudet.

Sosialt fokus

På SUS arrangerte de bryst-olympiske leker i fjor. Onkologer, bryst- og endokrinkirurger, røntgenleger og patologer var en kveld på Stavanger stadion. Der konkurrerte de mot hverandre i ulike øvelser for å bygge opp det sosiale miljøet. De spiste middag sammen etter arrangementet.

– Det gjør at vi blir enda bedre kjent. Å bygge samhold på tvers av spesialitetene i en sosial setting er veldig viktig, avslutter Johnsen og avslører samtidig at det var røntgenlegene som seiret i konkurransen.

Publisert: 16. desember 2024. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.24.15.14

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2025. Lastet ned fra tidsskriftet.no 25. desember 2025.