
Kreftlege-kapteinen

AKTUELT I FORENINGEN

STIG KRINGEN

stig.kringen@legeforeningen.no
Kommunikasjonsavdelingen

– Onkologi er den kuleste spesialiteten. Jeg visste at jeg skulle bli onkolog da jeg var 16 år, sier Daniel Heinrich. I dag er han overlege ved Kreftavdelingen, Sykehuset Innlandet Gjøvik. I tillegg er han leder for Norsk onkologisk forening (NOF).



– Onkologi er den kuleste spesialiteten. Jeg visste at jeg skulle bli onkolog da jeg var 16 år, sier Daniel Heinrich, overlege ved Kreftavdelingen, Sykehuset Innlandet Gjøvik, og leder for Norsk onkologisk forening (NOF). Foreningen har 669 medlemmer. Foto: Stig Kringen

Heinrich peker på at onkologi er en spesialitet hvor pasientene er særdeles pliktoppfyllende og takknemlige.

– En fastlege som skriver ut et blodtrykksmedikament, vet at halvparten av tablettene ikke blir tatt. Det skjer aldri med en kreftpasient.

NOF-lederen opplyser at det alltid går fremover og skjer ting med kreftbehandlingen. Retningslinjene oppdateres årlig. Enkelte ganger kommer et stort fremskritt i behandling av en type kreft. En veldig sjelden gang tas det et stort steg i riktig retning i behandlingen av mange krefttyper samtidig.

ADC og radionuklider

Han ser noen store linjer fra de siste årene som vil fortsette i 2023. Bruken og introduksjonen av såkalt presisjonsmedisin øker, og det blir mer behandling med antistoff-legemiddel-konjugat (ADC)

– I presisjonsmedisin er det fokus på analyser av kreftsvulster før vi velger behandling, og da helst målrettet behandling. I ADC kombineres antistoff og cellegift eller andre kreftmedikamenter. Hensikten er å forbedre forholdet mellom bivirkninger og effekt. Cellegift tilføres mer direkte mot kreftcellen fordi antistoffer erkjenner den. Det fører til mindre bivirkninger på friskt vev og samtidig mer effekt på kreftcellene.

Radionuklider blir det mer av i årene som kommer. Det er en egen stoffklasse hvor legene bruker radioaktivitet, det vil si radioaktive molekyler, til å drepe kreftcellene. Kreftlegen forklarer at formålet er at den radioaktive strålingen skal ødelegge DNAet i cellene såpass mye at de ikke kan overleve.

– Radionuklidene må leveres til kreftcellene på en eller annen måte molekylært. Hvis man bare sprøyter de inn i blodbanen og de fordeler seg i hele kroppen, lager de for mye skade. Det ønsker vi ikke. Vi binder radioaktiviteten mot molekyler som finner kreftcellene målrettet.

Målrettet immunterapi

For litt over ti år siden ble den moderne immunterapien introdusert. Heinrich forklarer at den moderne immunterapien fører til at immunsystemet lettere kan reagere mot kreftsykdommen. Den kan også like lett reagere mot alle friske organer i kroppen og derav kan pasienter få bivirkninger. Den er derfor ikke å anse som målrettet.

– Nå har det kommet målrettet immunterapi som betyr at man tar kroppens egne immunceller ut av kroppen, modifierer de genetisk i laboratoriet og sprøyter de inn i kroppen igjen. Den genetiske modifikasjonen er slik at man forklarer immuncellene hvilke celler de skal angripe, og det er selvsagt kreftcellene.

Kreftlegen påpeker at målrettet immunterapi ikke må forveksles med genterapi. Genterapi handler om å ta en kreftcelle, eller en syk celle, ut av kroppen og reparere den. Eller å sprøyte et medikament inn i kroppen som reparerer de syke cellene.

ADC, radionuklider og målrettet immunterapi befinner seg innenfor kategorien presisjonsmedisin.

Hva betyr det for pasientene?

– På den målrettede immunterapien har man for noen indikasjoner, særlig leukemier i barnealderen, sett at dette kan kurere sykdom når standardbehandling ikke fungerer lenger. Det er det et håp om. De andre medikamentklassene er fremdeles livsforlengende behandling, det vil si palliativ behandling for ikke kurable kreftsykdommer per dags dato, opplyser Heinrich.

Han legger til at med alt som er nytt begynner man ofte i den ene enden, når folk er sykest, og tester ut behandling. Når det fungerer – flytter man det sakte, men sikkert i forskningen fremover i behandlingsrekken. På denne måten får vi data på disse medikamentene i tidligere, og kanskje kurativ, setting.

– Dette kan gi forlenget liv og forbedret livskvalitet, mindre bivirkninger relativt sett til medikamenteffekten og, i beste fall, færre som dør av kreft. Skjønt, den siste effekten der tar nok noen flere år før vi ser noe av, understreker den rutinerte onkologen.

Forebygging

I dag er det hovedsakelig friske mennesker som kan forebygge kreftsykdommer. Når man først har blitt pasient, så er det ikke mye forebygging lenger, dessverre. Og onkologene kan derfor heller ikke gjøre mye annet enn å informere den generelle befolkningen.

Det som kan gjøres for å forebygge kreft, er å følge velkjente og alminnelige helse råd. Heinrich gjentar mer enn gjerne disse:

– Ikke røyk, spis sunn mat, unngå overvekt, ha fysisk aktivitet daglig, drikk så lite alkohol som mulig og ikke bli solbrent! Hvis hele Norge hadde fulgt dette fra umiddelbart av, hadde vi trolig kunne forebygge over 10.000 krefttilfeller per år.

Hvem henviser pasienter til onkologer?

Sykehuslegen forteller at godt over 90 prosent av pasientene onkologene konsulterer, blir henvist til dem av andre spesialister på sykehuset.

– Det er de som har utredet pasienten som henviser til oss. Pasienter som henvises fra fastlege til onkolog, er som regel pasienter som har vært hos onkolog før. Kanskje har ikke sykdommen vært i en aktiv fase, og fastlegen har stått for oppfølgingen. Men så får pasienten tegn på tilbakefall, eller sykdomsoppblussing, og henvises tilbake til onkologen. Den første henvisningen av en pasient, som akkurat har fått påvist en kreftsykdom, kommer som regel fra utredende kollega på andre avdelinger i spesialisthelsetjenesten.

Som leder av NOF er det mange ulike saker han og foreningen jobber med. Han trekker frem tre. Foreningen ønsker å følge opp og bidra til å forbedre systemet nye metoder. Det er godkjenningssystemet for nye medikamenter. I de aller fleste tilfeller når det gjelder kreft, men også nye metoder som brukes innen medisin generelt. Der er det stadig forbedringspotensial.

I tillegg ser han verdien for å markedsføre onkologi som fag.

– Vi ønsker å bidra til at alle de unge kollegaene som blir ferdig med medisinstudiet, blir bedre kjent med onkologifaget. For også innen onkologien, som mange andre spesialiteter, er det rekrutteringsproblemer på nesten alle sykehus, i nærmest alle helseforetak.

Det finnes et par virksomheter som driver med privat onkologi. NOF ser i dag på et samarbeid mellom privat og offentlig, ikke bare nasjonalt, men også internasjonalt.

NOF er opptatt av hvordan de kan få til et best mulig tilbud for sine kreftpasienter i Norge, og hvordan de kan bygge opp et best mulig fagmiljø.

– Vi er ikke nødvendigvis redde for å blande privat og offentlig. Så lenge det gagnar pasientene og, ikke minst, også kollegaene våre – som vi også representerer. Det vi helt klart allikevel ønsker å unngå, er et helsevesen der kun de med mye penger, eller god privat forsikring, får den beste behandlingen.

Støttespilleren

Kreftforeningen er en kjempeviktig støttespiller for alle kreftpasienter og alt som skjer innenfor kreft. NOF og Kreftforeningen har samme mål: verdens beste behandling for alle norske kreftpasienter.

– Kreftforeningen representerer pasientene noe mer enn oss. Vi representerer i tillegg også de som jobber med kreftpasientene: onkologene. Men vi fordeler oppgaver, snakker sammen om strategi både inn mot helseforetakene, men også på politisk nivå, og er sjeldent uenige.

– Kreftforeningen den største støttespilleren for kreftforskningen her til lands, med de mangfoldige millioner kroner som de investerer i norsk kreftforskning hvert år. Det kan man jo ikke være nok takknemlig for, mener Heinrich.

Daniel Heinrich er bosatt på Jessheim og arbeider i dag 70 prosent som overlege ved Kreftavdelingen på Gjøvik sykehus. Det vil si at han pendler i motsatt retning av majoriteten i Ullensaker kommune. To dager i uka kjører han nordover langs Mjøsa ved fylkesvei 33 på vei til arbeid på Gjøvik. Han

overnatter som regel på hotell den ene natta og resten har han hjemmekontor. Heinrich er 20 prosent utkjøpt for ekspertpanelet og 10 prosent som leder i NOF.

Han forklarer at på 2000-tallet var arbeidsforholdene, særlig for yngre leger, svært mye bedre i Norge enn i Tyskland – hvor han opprinnelig kommer fra. Han tror det er en av grunnene til at mange tyske kollegaer kommer til Norge.

– For meg personlig var det tidlig avgjort at jeg ikke ville jobbe i Tyskland. Det var kjærligheten som gjorde at valget falt på Norge, og det er vel heller ikke noe helt unik årsak, avslutter onkologen.

Publisert: 12. juni 2023. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.23.09.12

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.