

# Noen Onkologiske Refleksjoner på Manhattan

## – Et Reisebrev

av Øyvind Bruland

New York både gir og stjeler energi. Pulsen er høy – Manhattan går rett i blodet! Fascinerende og frastøtende på samme tid, inspirerende og deprimerende i samme åndedrag. Gavmild og rik, men samtidig ubarmhjertig rå. Kaotisk, men likevel en slags orden. Paradoksene velter i mot en.



Basert på egne arbeider innen osteosarkomer (tumorbibliologi & kjemoterapi) er jeg blitt invitert hit til Memorial Sloan Kettering Cancer Center (MSKCC) av Dept. of Pediatrics. Det var her neoadjuvant kjemoterapi ble utviklet av Rosen og medarbeider tidlig på 80-tallet. Et felles interesseområde er molekylær karakterisering av mikrometastaser i blod og benmarg.

Den opptjente overlegepermisjonen (4-mnd pr. 5 år) tilbringes nå ved et onkologisk Mekka - i en verdensmetropol. Batteriene skal lades, inspirasjon skal søkes og nye kontakter knyttes. Avstand gir perspektiv på eget ståsted, korrektiv til egne irrganger, setter egen arbeidsplass og norsk helsevesen i relieff. Men, det er både detaljer og helheten som skaper et bilde. Er det så mye grønnere som mange tror her på den andre siden av dammen?

### Litt historikk

Memorial Hospitals historie går langt tilbake. Navn som Coley og Ewing ruver i onkologiens historie. MSKCC ligger ved siden av Cornell/Rockefeller University. Dette resulterer i en enestående konsentrasjon av medisinsk/vitenskaplige kompetanse her oppe på «upper east Manhattan». Flere ledende klinikere og forskere ved MSKCC er samtidig profes-

sorer ved universitet, og medisinerstudenter får deler av sin undervisning på Memorial.

Private donasjoner har vært av avgjørende betydning for utviklingen av dette senteret. Memorial Hospital fikk sitt forskningsinstitutt takket være to næringslivsledere, Sloan og Kettering og ble regionalt



kreftsenter allerede 1939. Etter lang tids sameksistens fikk de to institusjoner felles administrasjon i 1960.

MSKCC er et «Comprehensive Cancer Center» (CCC) etter NIH/NCI definisjon. Et slikt senter har en del typiske trekk:

- Multidisiplinær (multimodal) organisasjon, der spesialister innen alle relevante felt samarbeider om samme pasient.
- Forskningsaktivitet av høy kvalitet og betydelig omfang innen basale, kliniske, epidemiologiske og preventive sider av kreft.
- Tett samarbeid mellom klinikk og forskningsinstitutt, med vekt på prosjekter av translasjonstype.
- Institusjonen dekker alle relevante metoder for utredning og behandling.
- Pasientpopulasjonen inkluderer pasienter med sjeldne svulster som krever spesialkompetanse,

## Noen Onkologiske Refleksjoner forts.

og et CCC har ofte flerregionale og landsfunksjoner overfor slike pasientgrupper.

- Godt internasjonalt kontaktnett med utstrakt internasjonalt forskningssamarbeid.
- Undervisningsvirksomhet overfor helsearbeidere og opplysningsvirksomhet overfor publikum.

I dag er det 40 slike sentre i USA, men bare MSKCC, Roswell Park og MD Anderson er frittstående institusjoner. Blant disse står Memorial i flere henseende i en særstilling. Det er mange likhetstrekk mellom MSKCC og Radiumhospitalet (DNR – Hospital, Institutt og Krefregister); det eneste norske kreftsenter som tilfredstiller den aksepterte definisjon, selv om det er store forskjeller i størrelse og format.

### Pasientseleksjon og ressurser

Staten New York har omlag 10 millioner innbyggere, men bare 10% av kreftpasientene blir behandlet på MSKCC. De andre mangler enten forsikring, eller de rette kanaler/kontakter til å få behandling her når kreftsykdommen rammer. Under åpningen av et ASTRO-møte i Boston for noen år tilbake spurte Senator Edward Kennedy i sin keynote address forsamlingen om hva som var dødsårsak nr. 7 i USA? Svaret: «Inadequate health insurance».

Seleksjon av pasienter og nevneren i brøken (og ofte manglende langtidsoppfølging) reiser alvorlige problemer når andre skal vurdere validiteten av de rapporterte framskritt. Her ligger det etter mitt skjønn en betydelig bias/confounder når behandlingsresultater publiseres.

Ressursene er store og kapasitetsproblemer har MSKCC ikke. For eksempel har de tilgang til 20 stråleterapimaskiner på selvstendige satellitter som de faglig samarbeider med. I tillegg finnes det et mangfold av andre hospitaler i regionen. Som vist på figuren består MSKCC av mange avdelinger spredt over et større område. Shuttlebusser trafikkerer hvert kvarter mellom de ulike bygninger som ligger utenfor hovedcampus på 1275 York Avenue. Vi står nå foran en mulig sammenslåing av DNR/RH. Avstand og trafikk på Ring 3 blir for blåbær å regne sammenlignet med rusket på Manhattan.

MSKCC har et eget internasjonalt senter (et lukkuriøst tidligere bankbygg) som utelukkende tilbyr VIPs og bemidlede utenlandske pasienter behandling og «second opinion». Slike pasienter har førsteprioritet til ca. 10% av sykehusets kapasitet når det gjelder diagnostikk og sengekapasitet. Hvis en pasient fra et annet sykehus ønsker å få en «second opinion» fra

MSKCC er inngangsbilletten USD 3000.- Dette er bare for å starte prosessen – behandle en forespørsel, vurdering av tilsendte røntgenbilder og histologiske snitt; alt annet kommer i tillegg.

Lege/pasient forholdet er vesentlig høyere enn vi er vant til. MSKCC har strukturerte multidisiplinære teams for alle kreftformer. Mine erfaringer fra sarkom-gruppen ved Radiumhospitalet, der vi blir beskyldt for å være forfordelt mhp ressurser, kommer helt i skyggen av det ukentlige «Bone Tumor meeting» ved MSKCC. Infrastrukturen og antallet sekretærer/assistenter er imponerende, og forholdet mellom legenes lønninger og inntekten til de andre faggrupper ved sykehuset er enorm.

### Samarbeid og konkurranse

På godt og vondt er samarbeidsforholdene og organiseringen helt ulik de vi er vant til på norske sykehus. Det amerikanske samfunn er preget av beinhard konkurranse – cut throat competition. Dette preger også sykehusmiljøet. Holdningen er at «There are only two levels: The best and the rest». Det skal ytes maksimalt for noen – ikke sånn passe for alle. Likhetsprinsippet (samme behandling til alle uansett penger og sosial status) praktiseres ikke. At «øvelse gjør mester» anses som en selvfølge, i motsetning til forholdene i norsk medisin.

Hierarkiet er høyt og byråkratiet manifest, langt sterkere enn vi er vant til. Institusjonen rekrutterer bare de beste og mest ambisiøse. Lange arbeidsdager og forskning på fritiden er en selvfølge. Sykefraværet blant leger er ikke noe problem. Produktiviteten og aktivitetsnivået er høyt: «Publish or perish». Collaboration & Competition er alltid samtidig til stede. «Eminence-based medicine» står høyere i kurs enn «evidence-based medicine».

Det vitenskapelige nivået er utvilsomt i toppklasse; men dessverre er det ledsaget av et alvorlig problem, amerikanernes vitenskapelige arroganse. De siterer oftest bare seg selv og sine venner: «I scratch your back if you scratch mine». Det sitter langt inne å sitere en europeisk publikasjon.

MSKCC (sammen med et par av de andre amerikanske kreftsenter) er utvilsomt de ledende i verden når det gjelder eksperimentell og utprøvende onkologi. USA er et lokomotiv innen biomedisinsk forskning og utvikling. En langt større del av pasientene enn hos oss blir inkludert i kliniske studier av nye og «lovende behandlinger». Det finnes alltid et frontlinjetilbud av spennende nytt som ofte profileres høyt i media. Der som vi ikke skal bli vitenskapelige gratispassasjerer, er

## Noen Onkologiske Refleksjoner forts.

---

det viktig med personlige kontakter på de ledende sentra i USA. Et rikt land som Norge burde etter mitt skjønn ha råd til og faglig utbytte av å sende flere pasienter til spennende ny og det beste av utprøvende behandling i USA. Ved dette vil vi lære mye. Vi vil da få innsyn i både de positive og negative sidene av utviklingen. Et lite land som Norge kan ikke selv stå for et «cutting edge» tilbud ved alle kreftdiagnoser. Vi kan være gode på noe men ikke på alt. Det er bedre at fagmiljøet i Norge står for seleksjonen av det beste blandt det nye enn at desperate pasienter/pårørende shopper rundt via søk på internett. Agendaen settes oftest av amerikanske «world opinion leaders», mens vi alt for ofte ender opp som etterprøvere – etablerer negative resultater og aspekter av livskvalitet og helseøkonomi. Når det er sagt, er det viktig å presisere at flertallet av kreftpasienter neppe får noe dårligere tilbud i Norge enn i USA, i hvert fall får de en bedre oppfølging.

Å være helbredet for kreft er pr. definisjon å dø av noe annet. Onkologens venn «bananeffekten» kan lett få uoversiktlige dimensjoner dersom seleksjonen av pasienter er stor og oppfølgingen dårlig i tid og rom. «Everything is bigger over here»; så også «the banana split».

### Noen praktiske erfaringer; på godt og vondt

Det kan kanskje være nyttig for andre som skal til MSKCC å høre litt om de erfaringer jeg har hatt i møtet med institusjonen. Det er vel og bra å bli invitert hit for å holde et foredrag. Noe helt annet er det hvis man skal arbeide der over tid, integreres i en avdeling – i et system der jeg møtte langt mer byråkrati enn jeg er vant til.

Selv om jeg ble invitert av MSKCC, viste det seg nødvendig med tre nye anbefalingsbrev – fra anerkjente fagpersoner utenfor MSKCC, før den formelle ansettelsen som Visiting Scientist/Professor (uten lønn fra MSKCC) kunne gå i orden. Den gjeldende avtalen om visum-fritak for inntil 90 dagers opphold i USA var grei nok for den Amerikanske Ambasadens og Immigration på vei inn i USA, med ikke for administrasjonen ved MSKCC. Det var nødvendig å returnere hjem til Oslo for personlig intervju før J-1 visum ble innvilget – to dager «arbeid» der det meste av tiden gikk med til venting.

For at ansettelsen kunne effektueres, og adgangstegn utstedes, ble jeg først der borte avkrevet å signere en omfattende avtale om at MSKCC hadde alle rettigheter vedr. «intellectual properties» – både tilbake



## Noen Onkologiske Refleksjoner forts.

i tid og et år etter at oppholdet mitt var ferdig. Med egne patenter innen konkurrerende fagfelt; «targeted cancer therapies» og «bone-seeking radiopharmaceuticals», satte dette meg i en meget ubehagelig kattepine. Jeg måtte få tillatelse fra DNR's direktør og Forskningsstiftelse til å undertegne dette dokumentet som er helt i utakt med de vanlige begreper om fri forskning og utveksling av informasjon mellom kolleger.

Opprinnelig var jeg lovet et studio/hybelleilighet ordnet og betalt av MSKCC. Seks måneder før jeg skulle dra kunne de ikke betale likevel, og to måneder før jeg skulle dra kunne de heller ikke skaffe husrom! Dette er ingen trivialitet på Manhattan og endte opp med ett soverom i et bofellesskap med to andre til en prislapp pr. person av USD 1000/mnd.

Også hjemme møtte jeg byråkratiets verste side. Norge har en avtale med USA om redusert skattekutt dersom man under et forskningsopphold ved «en anerkjent amerikansk institusjon innen forskning og undervisning» har lønn fra sin norske arbeidsgiver. Så vel offisielt invitasjonsbrev fra MSKCC (en laboratoriesjef, men uten akademisk tittel) og anbefaling fra Radiumhospitalets direktør var vedlagt søknaden, men det var ikke godt nok for saksbehandler ved Bærum Ligningskontor. Hadde ikke vår direktør hatt personlig kontakt med sjefslegen ved MSKCC som samtidig er professor ved Cornell, hadde jeg neppe fått innvilget søknaden.

I hvert fall for meg ble mottagelsen på Memorial Hospital langt dårligere enn den vi gir utlendinger som besøker DNR. En viktig lærepenge er at man må ha alle formelle og praktiske sider skriftlig avklart før en reiser dit bort. Selv om New Yorkere både virker høflige og vennlige, så regn ikke med at ting ordner seg under marsjen der borte.

Det ble kanskje vel mye negativt. Jeg må ikke glemme mitt positive utbytte av oppholdet. Det er mye å lære for en norsk onkolog på MSKCC, et forskningssenter med ambisjoner om å være best i verden. Det vitenskapelige nivå er på topp og innsatsviljen og optimismen er inspirerende. Jeg har etablert viktige kontakter for videre samarbeid; bl.a. med Dr. Howard Scher innen ca. prostata og skjelettmetastaser.

### Epilog

«I want to wake up in that city that never sleeps», sang Frankie Boy; «If I can make it there, I'll make it anywhere». New York er et eget univers. En by å elske? Et sted å hate? En rus – I want more, more, more....

For meg, med dype røtter i det norske, framstår New York som den ultimate og globaliserte termittue; en urban gulash, overkrydret med selvgod amerikansk imperialisme. Amerikanere snakker høyt og med store bokstaver. De vet best – de har fasiten. Debatten fører de world wide - på sin egen dialekt – så også innen onkologien. The American attitude preges av fighting spirit. «We gonna fight them in – we gonna hunt them down»; det være seg kreftceller eller terrorister.

Ett skal de ha; kritikken er sterkest innen USA selv. Fjernsynsdebatten etter Bush's «State of The Union» var frisk. Valgkampen er i gang og er nådeløs. Men den politiske debatten foregår på et høyt nivå og med stooooore forskjeller sammenlignet med forholdene i vår lille norske andedam. Der råtner vannliljene for ofte på rot, og fisken flyter rundt med buken i været.

Borte bra, men hjemme best. Presset i USA gir resultater, men det har sin pris. Det er neppe forenlig med de verdier og den livskvalitet vi setter høyt i Norge – i arbeid og fritid. Det skal bli godt å komme tilbake til Norge og opp i de norske påskefjell. Jeg sier som salig Ibsen: «Vinterliv paa ville vidder, setter staa I veike tanker».

