
Cytostatika hos primærlegen?

REDAKSJONELT

TVEIT KM

Skyllstad og medarbeidere beskriver i dette nummer av Tidsskriftet (1) en modell for palliativ cytostatikabehandling av pasienter med metastaserende cancer coli/recti i allmennpraksis. Fluorouracil kombinert med kalsiumfolinat (Leucovorin/Rescuvolin) har i omfattende studier vist å ha en positiv effekt hos denne pasientgruppen, med en objektivrespons hos 25% og livskvalitetsbedring hos 40-50%, samt mulighet for forlenget levetid. På denne bakgrunn har Norsk Gastrointestinal Cancer Gruppe anbefalt behandlingen til pasienter under 75 år, spesielt hvis vedkommende har symptomer av sykdommen (2). Den manglende behandlingsskapasitet ved onkologisk poliklinikk har gjort at forfatterne har etablert samarbeid mellom Haukeland Sykehus og primærleger i Bergens-området, slik at den praktiske behandlingen gjennomføres ved det enkelte legekantor. Opplegget forutsetter kurs/møte for de involverte leger, initial vurdering av pasient hos onkolog, behandling hos allmennpraktiker samt evaluering i samarbeid mellom allmennpraktiker og onkolog. Forfatterne hevder at opplegget fungerer godt, og at modellen også kan være aktuell for andre typer kurer.

Ambulant kjemoterapi basert på intravenøs injeksjon/infusjon har nesten utelukkende vært gitt ved avdelinger og poliklinikker i sykehus. Dette har kun unntaksvis skjedd ved de enkelte legekantorer. At det systematisk legges opp til cytostatikabehandling for store grupper pasienter hos allmennpraktikere, er relativt nytt i norsk sammenheng. Modellene er interessante.

FORUTSETNINGER FOR GOD PALLIATIV CYTOSTATIKABEHANDLING

Kapasitet. Kapasitetsproblemet er bakgrunnen for den skisserte modell. Mye av cytostatikabehandlingen foregår i dag ved de onkologiske poliklinikker ved sykehus der man har onkologer, men også i betydelig grad ved sykehus uten onkologer. Mange større og mindre sykehus har de siste årene bygd opp onkologiske poliklinikker/cytostatikaenheter som på en utmerket måte tar hånd om denne behandlingen. Økning i krefthyppighet, utvidelse av indikasjonsstilling etc. gjør imidlertid at behovet for cytostatikabehandling øker, og en kapasitetsutvidelse er nødvendig. Har så allmennpraktikerne kapasitet til å ta over cytostatikabehandling?

Kompetanse. Cytostatikaadministrasjon krever kompetanse. Dette gjelder både indikasjonssstilling, informasjon til pasientene, praktisk gjennomføring, evaluering etc. Norsk kreftplan 1997 (3) legger opp til at hvertfylke skal ha en enhet for ikke-kirurgisk kreftbehandling/palliativ behandling der slik kompetanse skal finnes. Faren ved å desentralisere behandlingen til en stor gruppe allmennpraktiserende leger er at man ikke kan opprettholde kravet til kompetanse. Ved den aktuelle behandling (fluorouracil og kalsiumfolinat), som vanligvis er en relativt lite toksiskbehandling, ser man hos en liten andel av pasientene betydelige og til dels alvorlige bivirkninger som kreversykehusinnleggelse (beinmargstoksisitet, gastrointestinal toksisitet). Det er her særdeles viktig at de som skal forestå behandlingen er velinformert om disse problemer og kan håndtere dem om de måtte oppstå. Har en lege fåpasienter til en gitt behandling, vil erfaringen og kompetansen nødvendigvis være mindre enn om man har mange pasienter under behandling. Skal primærleger overta cytostatikabehandlingen, er det en viktig forutsetning at de får tilstrekkelig kurs og oppfølging og at det etableres et tett samarbeid med de aktuelle kompetansesenter.

Pasienter som får palliativ kjemoterapi, har ofte også andre behov enn selve cytostatikabehandlingen. Det dreier seg blant annet om smertebehandling og psykososial omsorg. Det er naturlig at også disse problemer tas hånd om av det samme behandlingsapparat. Oftest er nok den aktuelle sykehuspoliklinikk mest kompetent til å ivareta denne typen pasientomsorg. De onkologiske poliklinikker med spesialutdannede sykepleiere og onkolog/hematolog er her trolig den beste modell. På den annen side har primærlegen ofte svært god kontakt med pasientene og familien, og vil derfor kunne ivareta flere av disse funksjoner. Det viktige er at palliasjon og omsorg krever kompetanse og engasjement.

Nærhet hjem-behandlingssted. Palliativ kjemoterapi nær hjemstedet er selvsagt en stor fordel når det dreier seg om ett fremmøte i uken. Dette er et godt argument for at allmennleger bør kunne gi kjemoterapi. Det må selvsagt veies mot kapasiteten ved sykehusene og mot kompetansekravet.

EN MODELL SOM MÅ EVALUERES

Skylstad og medarbeidere beskriver en modell for palliativ cytostatikabehandling, men presenterer i liten grad resultater/erfaringer med modellen. Det er interessant at modellen prøves ut innen en kontrollert ramme, slik det hergjøres, og at man høster erfaringer. På basis av disse erfaringene kan man så trekke en konklusjon om behandling i allmennpraksis skal anbefales ved denne type terapi og ev. ved andre typer palliativ (og eventuelt kurativ) kjemoterapi. Det er imidlertid for tidlig å anbefale bruken av dette opplegg i dag, før man har en bredere evaluering å vise til.

Kjell Magne Tveit

LITTERATUR

1. Skylstad D, Sørbye H, Småland R. Palliativ cytostatikabehandling av metastaserende cancer coli/recti i allmennpraksis. En modell. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 3969-72.
2. Tveit KM, Dahl O, Gerner T. Kjemoterapi ved kolorektalcancer. Anbefalinger fra Norsk Gastrointestinal Cancer Gruppe. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 357-60.

3. Norges offentlige utredninger. Omsorg og kunnskap - Norsk kreftplan. NOU 1997: 20. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1997.

Publisert: 10. november 1997. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 17. februar 2026.