
Fastlegens rolle i kreftomsorgen

KRONIKK

BENTE THORSEN

bente.thorsen@ous-hf.no

Bente Thorsen er spesialist i allmennmedisin og i samfunnsmedisin og er samhandlingsoverlege og PKO-leder på Oslo universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

KARIN FRYDENBERG

Karin Frydenberg er spesialist i allmennmedisin, fastlege ved Skreia legesenter og PKO-leder på Sykehuset Innlandet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

KNUT-ARNE WENSAAS

Knut-Arne Wensaas er spesialist i allmennmedisin, fastlege ved Kalfaret legesenter og seniorforsker ved Allmennmedisinsk forskningsenhet, Norwegian Research Centre, Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LINE CECILIE CHRISTIANSEN

Line Cecilie Christiansen er spesialist i allmennmedisin og fastlege ved Stavanger medisinske senter. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

BODIL AASVANG OLSEN

Bodil Aasvang Olsen er spesialist i allmennmedisin og fastlege ved Tvedestrand legesenter. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

KARSTEN KEHLET

Karsten Kehlet er spesialist i allmennmedisin og fastlege ved Senjalegen, avdeling Silsand legekantor.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ELLEN ANITA FAGERBERG

Ellen Anita Fagerberg er spesialist i allmennmedisin, fastlege ved Abildsø legekantor og praksiskonsulent på Oslo universitetssykehus.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

KJELL OLAV B. SVENDSEN

Kjell Olav B. Svendsen er fastlege ved Frogner helsesenter og lektor ved Universitetet i Oslo.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

TOVE BORGEN

Tove Borgen er spesialist i allmennmedisin, fastlege ved Frysja legesenter og praksiskonsulent på Diakonhjemmet Sykehus.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

EIRIK VISTE

Eirik Viste er spesialist i allmennmedisin, fastlege ved Byhaugen legesenter og praksiskonsulent på Stavanger universitetssjukehus.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

God kreftomsorg er en viktig og prioritert del av fastlegenes arbeidshverdag. Framover forventes det at innsatsen skal øke. Skal vi nå de nye målene, må fastlegeordningen styrkes.



Illustrasjon: Martin Mausest Hvattum

Fastlegene får i ny nasjonal kreftstrategi (1) større ansvar i kreftomsorgen i tråd med internasjonale føringer (2). Det er bred politisk enighet om at befolkningen skal ha tilgang til likeverdige offentlige tjenester av god kvalitet (3). Sentrale mål i kreftstrategien inkluderer brukerorientert kreftomsorg, bedre kreftforløp, økt overlevelse og best mulig kvalitet for pasienter og pårørende. Forekomst av kreft er økende, i hovedsak fordi det blir flere eldre, og pasientene lever lenger med eller blir kurert for kreft. Derfor vil mange ha behov for oppfølging av helseplager som følge av sykdommen og behandlingen.

Lite kontinuitet i kontakten med behandler og stadige skifter av leger i kreftforløpet er et problem (1). Fastlegen kan spille en sentral rolle i samarbeid med spesialisthelsetjenesten under og videre etter at behandlingen er avsluttet. Helsedirektoratet har tatt initiativ til at en gruppe fastleger oppnevnt av Norsk forening for allmennmedisin (NFA) skal beskrive fastlegens rolle i de nasjonale handlingsprogrammene for kreft. Fastlegenes arbeidsmetode er i stor grad lik ved alle kreftformer (4), og arbeidsgruppen presenterer i denne kronikken de viktigste oppgavene og rollene til fastlegen.

Forebygging og screening

Fastlegene følger opp uheldig livsstil, overvekt, fysisk passivitet og alkohol- og røykevaner etter allmennmedisinske metoder. I tillegg kartlegger de familiær belastning for sykdom, herunder risiko for ulike kreftformer, og følger opp disse i tråd med nasjonale føringer. Fastlegene har et særlig ansvar for å gi kunnskapsbasert veiledning om hva pasienten selv kan gjøre for å fremme helse og unngå sykdom. En viktig oppgave er å gi balansert informasjon og medvirke i de nasjonale screeningprogrammene for kreft. Fastlegene utfører de fleste

undersøkelsene i livmorhalsprogrammet og får melding når det gjøres funn i mammografiprogrammet. Det er dokumentert at anbefaling fra allmennlege øker oppslutning om tarmkreftscreening [\(5\)](#).

Utredning av mulig kreft

Det må være lav terskel og kort ventetid hos fastlegen for å ta imot pasienter som ønsker vurdering av kreftrelaterte helseplager. Samtidig må fastlegen veie ulemper ved overdiagnostikk, overbehandling og unødig sykeliggjøring opp mot gevinsten ved tidlig diagnostikk av kreft, inkludert det å ikke bidra til helseangst og å belaste en frisk befolkning med unødig oppfølging i helsevesenet. Retningslinjer og anbefalinger for håndtering og utredning av pasienter med mulig kreftsykdom må baseres på best mulig tilgjengelige data, fortrinnsvis fra primærhelsetjenesten. Der data fra primærhelsetjenesten mangler, bør det stimuleres til forskning.

Start på pakkeforløpene

Pakkeforløpene for kreft har bidratt til å gi klarere føringer enn tidligere for hvilke pasienter som skal prioriteres til rask kreftutredning [\(6\)](#). Det er imidlertid variasjon i hvordan pakkeforløpene starter. Fastlegen kan i noen tilfeller, som ved brystkreft og tykk- og endetarmskreft, henvise til pakkeforløp basert på egne kliniske funn og enkle supplerende undersøkelser. Andre kreftformer krever radiologisk utredning før henvisning. For noen kreftformer, som prostatakreft, skal organspesialist avgjøre om kriteriene for pakkeforløp er til stede. En videreutvikling av diagnoseveilederne kan bidra til at praksis blir mer likeartet der dette er hensiktsmessig [\(7\)](#). Anbefalte radiologiske undersøkelser må være like tilgjengelige i alle deler av landet. Henvisningsadresser og kontaktinformasjon til forløpskoordinatorene bør være lett tilgjengelig på sykehusenes hjemmesider.

Fastlegens oppgaver under behandlingen

Avansert kreftbehandling kan kreve sykehusinnleggelser, men mye kreftbehandling foregår poliklinisk. Kreftpasienter følges oftest tett fra sykehuset i behandlingsfasen. Mange har imidlertid kontakt med fastlegen parallelt. Fastlegen kan gi råd og behandle bivirkninger og komplikasjoner av kreftbehandling og kreftrelaterte psykiske plager og følge opp pasientens øvrige helsetilstand. For å kunne bistå kreftpasienten på en forsvarlig og god måte i denne fasen, må fastlegen løpende få kopi av epikriser og polikliniske notat. Det bør framgå hva som er videre plan for pasienten og hvem fastlegen skal kontakte dersom problemer oppstår. Etter avsluttet behandling på sykehuset vil fastlegen overta ansvaret. Denne overgangen vil bli bedre dersom fastlegen involveres gjennom hele kreftforløpet.

«Det er bred politisk enighet om at befolkningen skal ha tilgang til likeverdige offentlige tjenester av god kvalitet»

Stadig flere kreftpasienter lever med inkurabel kreftsykdom, mange med betydelige helseplager (1). Nye behandlingsformer tas i bruk i høyt tempo, til dels med begrenset kunnskap om langsiktige effekter og bivirkninger. Både forskning og erfaring fra pasienter, pårørende og helsetjeneste må danne grunnlag for best mulig oppfølging. Fordeling av oppgaver og ansvar må avtales i et løpende samarbeid mellom fastleger og spesialisthelsetjeneste. En økende andel av pasientene har høy alder og komorbiditet når kreftsykdom oppstår (1). Fastlegen bør på en systematisk måte involveres i beslutninger om utredning og behandling av kreft hos eldre pasienter. For pasienter med stor sykdomsbelastning kan fastlegen gi råd om prioriteringer for å begrense behandlingsbyrden. Fastlegen skal tilby oppfølging også til pasienter som ikke ønsker å motta kreftbehandling. Dialog med pasient og pårørende og samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og fastlegen er viktig for å sikre at beslutningene som tas, er i tråd med pasientens ønsker og behov.

Oppfølging og kontroller

For mange krefttyper er det utarbeidet standardiserte og til dels omfattende kontrollopplegg over flere år etter gjennomført primærbehandling (8). Handlingsprogrammene legger opp til at fastlegene skal stå for mange av kontrollene. Pasientens nytte av standardiserte kreftkontroller er imidlertid i liten grad dokumentert (2). En revisjon og avgrensning av kontrolloppleggene i handlingsprogrammene for kreft vil kunne bidra til at pasientene får mer hensiktsmessig oppfølging, riktigere bruk av fastlegenes tid og frigjøring av radiologiske ressurser.

Det er ofte hensiktsmessig med en kontroll etter gjennomført primærbehandling. Videre oppfølging bør baseres på forhold ved den enkelte krefttype og pasientens samlede helsetilstand. Oppfølgingen hos fastlegen skjer dels gjennom avtalte kontrolltimer og dels ved at pasienten tar kontakt ved behov (ramme 1). I dialog med pasienten skal fastlegen vekte behandlings- og kontrollintensitet med livsforlengelse som mål opp mot samlet livskvalitet. Gode beslutninger krever trygg dialog mellom berørte parter, gjerne i felles beslutningsmøter.

Ramme 1 Fastlegen skal hos kreftpasienter følge opp (4):

- residiv og metastaser som kan behandles
- seineffekter eller komplikasjoner som kan behandles eller lindres
- rehabilitering og tilfriskning så langt det er mulig
- eventuell sykmelding og samarbeid med Nav
- behov for lindrende behandling
- risiko for ny kreftsykdom

- pasientens samlede helsesituasjon, hvor kreft kan være en av mange sykdommer
-

Kreftrehabilitering

Fastlegen tilbyr medisinsk oppfølging i rehabiliteringsforløpet med vekt på å stimulere pasienten til egenomsorg, fysisk og sosial aktivitet og gode levevaner. Målet er best mulig tilfriskning. Det er behov for ny forskning om kreftrehabilitering. God kunnskap kan bidra til å avklare hvilke tilbud som bør styrkes eller utvikles, hvordan arbeidsdelingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten bør være, hvilket ansvar pasientene selv kan ta og hvordan tilbudene skal finansieres. Oversikt over rehabiliteringstilbud for kreftpasienter bør være tilgjengelig både nasjonalt og lokalt og omfatte tilbudene som gis i kommunehelsetjenesten.

En del pasienter har livslange seineffekter etter kreftbehandling.

Også her trenger vi mer kunnskap. Erfaringskunnskap fra primærhelsetjenesten bør etterspørres og beskrives. Nav må anerkjenne plagene som sykdom som kan begrense deltakelse i arbeidslivet, selv om pasienten er erklært som frisk av selve kreftsykdommen.

Lindrende behandling

Fastlegen bør, helt fra kreftdiagnosen stilles, være oppmerksom på om pasienten har behov for lindrende behandling og følge opp dette i samarbeid med spesialisthelsetjeneste, øvrig primærhelsetjeneste og eventuelle pårørende (4).

«Fastlegen kan spille en sentral rolle i samarbeid med spesialisthelsetjenesten under og etter at behandlingen er avsluttet»

Et økende antall kreftpasienter ønsker å få dø i eget hjem (1). Det medisinske ansvaret og samarbeidet må da avklares mellom sykehuset og fastlegen. Fastlegen bør orienteres gjennom samme-dags-epikrise når alvorlig syke pasienter skrives ut til hjemmet, og helst i tillegg kontaktes telefonisk av sykehuskollega, slik at viktig informasjon kan formidles direkte. Det må være klart hvem i spesialisthelsetjenesten fastlegen kan kontakte ved behov. Kreftsykepleier, hjemmetjeneste, fastlege, eventuelle pårørende og andre involverte tjenester utgjør oppfølgingsteamet til den døende pasienten. Det avtales hvordan fastlegen kan nås, inkludert hvordan lege kan kontaktes utenfor ordinær kontortid. Teamet skal være oppmerksom på pasientens behov i tro- og livssynsspørsmål og bidra til å ivareta berørte barn.

Samarbeid er avgjørende

Godt samarbeid i helsetjenesten er avgjørende for god kvalitet og trygghet for pasienter i kreftforløp. Fastlegene erfarer hvor viktig samarbeidet er for at de skal kunne ta sin del av ansvaret for kreftpasientene (4, 9). Samarbeidet må involvere pasient og eventuelt pårørende. Pasienten må få det ansvaret vedkommende kan ta i eget forløp, men samtidig sikres hjelp ved behov.

Fastlegene er gjennom sine avtaler en del av kommunens helsetjeneste og har lang tradisjon for å samarbeide med pleie- og omsorgstjenesten om felles pasienter. Pakkeforløp hjem er under utarbeiding, i regi av Helsedirektoratet. Her bør samarbeidet mellom fastleger, øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjeneste beskrives. Det vil bidra til at offentlig norsk kreftomsorg kan utvikles videre som et helhetlig, koordinert tilbud til befolkningen.

LITTERATUR

1. Leve med kreft. Nasjonal kreftstrategi (2018–2022). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2018.
https://www.regjeringen.no/contentassets/266bf1eec38940888a589ec86d79da20/regjeringens_kreftstrategi_180418.pdf Lest 18.3.2019.
2. Rubin G, Berendsen A, Crawford SM et al. The expanding role of primary care in cancer control. *Lancet Oncol* 2015; 16: 1231–72. [PubMed][CrossRef]
3. Prop. 1 S (2018–2019).
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-20182019/id2613728/> Lest 18.3.2019.
4. Helsedirektoratet. Fastlegens rolle i handlingsprogrammene for kreft – Generell del. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/kreft/fastlegens-rolle-ved-kreft> Lest 18.3.2019.
5. Hewitson P, Ward AM, Heneghan C et al. Primary care endorsement letter and a patient leaflet to improve participation in colorectal cancer screening: results of a factorial randomised trial. *Br J Cancer* 2011; 105: 475–80. [PubMed][CrossRef]
6. Helsedirektoratet. Pakkeforløp for kreft.
<https://helsedirektoratet.no/kreft/pakkeforlop-for-kreft> Lest 18.3.2019.
7. Helsedirektoratet. Pakkeforløp for kreft – Diagnoseveiledere.
<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/pakkeforlop-for-kreft-diagnoseveiledere/seksjon?Tittel=diagnoseveiledere-1164> Lest 18.3.2019.
8. Helsedirektoratet. Nasjonale handlingsprogram for kreft.
Helsedirektoratet. Nasjonale handlingsprogram for kreft.

<https://helsedirektoratet.no/kreft/nasjonale-handlingsprogrammer-for-kreft> Lest 18.3.2019.

9. Norsk forening for allmennmedisin. Anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehus.

<https://beta.legeforeningen.no/contentassets/4c680a9c307640efaffda379b98f7528/anbefalinger-om-samarbeid-mellom-fastleger-og-sykehus-faggruppe-samhandling.pdf> Lest 18.3.2019.

Publisert: 5. juni 2019. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.19.0180

Mottatt 26.2.2019, godkjent 20.3.2019.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. mars 2026.