
Kreftoppfølgingen bør endres

DEBATT

INGVILD VISTAD

ingvild.vistad@sshf.no

Ingvild Vistad er seksjonsoverlege på Kvinneklubben i Kristiansand og professor ved Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LINE BJØRGE

Line Bjørge er seksjonsoverlege ved Seksjon for gynekologisk kreft ved Kvinneklubben, Haukeland universitetssjukehus, professor ved Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen, og leder for Onkologisk forum. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

STONE SKEIE-JENSEN

Stone Skeie-Jensen er dr.med., seksjonsleder ved Avdeling for gynekologisk kreft, Oslo universitetssykehus, og leder for Norsk forum for gynekologisk onkologi. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Covid-19-pandemien har aktualisert måten kreftpasienter følges opp på. Det er gode grunner til at endringene som nå gjøres, bør bli varige.

Covid-19-pandemien har ført til at det onkologiske miljøet i Norge har laget prioriteringsregler for behandling av kreftpasienter. Legene må også prioritere hvilke pasienter som trenger poliklinisk oppfølging og hvordan de skal følges. Dette er med på å aktualisere et problem, nemlig at mange pasienter følges unødvendig lenge og ikke nødvendigvis på riktig måte. Vi mener vi bør bruke denne krisen til å forbedre oppfølgingen vår, slik at vi bruker helseressursene på de rette pasientene.

Dyrere kreftmedisiner og flere kreftoverlevende utfordrer allerede pressede sykehusbudsjetter. Oppfølging etter avsluttet kreftbehandling er mer basert på tradisjoner enn evidens (1–3). Ifølge en nylig publisert Cochrane-oversikt påvirket ikke kontrollhyppigheten eller spesialiseringsnivået hos legen den totale kreftoverlevelsen eller deltakernes livskvalitet (4).

«Ved gjennomgang av pasientlistene har legene ved våre avdelinger identifisert mange som ikke trenger å fortsette dagens oppfølging»

Vi kan bruke gynekologisk kreft som eksempel. Disse krefttypene diagnostiseres vanligvis i et tidlig stadium, og tilbakefall er sjelden (5). Ved mer avansert sykdom manifesteres tilbakefallene oftest innen 2–3 år (6). Tross store forskjeller i residivrisiko og senplager følges de fleste likevel opp i fem år eller lenger. Hvorfor fortsetter vi med denne praksisen? De fleste pasienter opplever det som trygt, og mange tror tilbakefallene oppdages på rutinekontrollen (7). Faktum er imidlertid at tilbakefall oftest gir symptomer som kan opptre i intervallet mellom kontrollene (6). Til tross for dette unnlater mange pasienter å ta kontakt med lege (6, 8). De venter i stedet til neste kontrolltime, noe som kan påvirke tilbakefallsbehandlingen og dermed prognosen (6). For legene er det vane, det er slik de har pleid å følge opp pasientene. Dessuten anbefaler de nasjonale retningslinjene årelang kreftoppfølging uavhengig av prognose (9).

Covid-19 tvinger oss til å prioritere

Ved gjennomgang av pasientlistene har legene ved våre avdelinger identifisert mange som ikke trenger å fortsette dagens oppfølging – enten fordi de egentlig ikke trenger ytterligere kontroller, eller fordi de like gjerne kan følges per telefon/video. Når vi har kontaktet pasientene som enten kan avslutte kontrollene eller få konsultasjon på lokalsykehuset eller per telefon/video, uttrykker mange lettelse over å høre at de er friske av sin kreftsykdom og dermed ikke lenger trenger oppfølging. Andre synes det er godt å slippe å reise til sykehuset.

Kan vi følge opp på en annen måte?

Covid-19-pandemien synliggjør at vi bør vurdere alternative måter å følge opp kreftpasienter. Å la pasienter systematisk rapportere eventuelle symptomer elektronisk (electronic patient reported outcomes, ePRO) under og etter avsluttet kreftbehandling har vist lovende resultater i to randomiserte studier (8, 10). I den ene studien som inkluderte pasienter under pågående kjemoterapi, hadde ePRO-gruppen fem måneder lenger overlevelse enn pasientene i kontrollgruppen (10). I den andre studien, der man så på pasienter som var ferdigbehandlet for avansert lungekreft, hadde ePRO-gruppen 7,6 måneder lengre overlevelse enn kontrollgruppen (8). I stedet for

regelmessige legekontroller og CT-undersøkelser som i kontrollgruppen, rapporterte ePRO-gruppen symptomer ukentlig. Dersom svarene tydet på tilbakefall, ble de kontaktet av sykehuset.

En konsekvens av mindre intensiv oppfølging etter kreft er at pasientene må ta mer ansvar for sin egen helse etter kreftbehandlingen. Da er det viktig at de er godt informert om sannsynligheten både for tilbakefall og for at de ikke får tilbakefall. I tillegg må de opplyses om hvilke senplager de eventuelt kan forvente og hvilke symptomer som kan indikere tilbakefall. Dessuten kan en sunn livsstil ha betydning for livet etter kreftbehandlingen.

Mindre intensiv oppfølging og mer ansvar til pasientene testes ut i den pågående LETSGO-studien (Lifestyle and Empowerment Techniques in Survivorship of Gynecologic Oncology, NCT04122235). Ti norske sykehus deltar, og pasientene får blant annet tilgang til LETSGO-appen der de blir bedt om å svare på ti symptomspørsmål én gang i måneden. Skåring over en forhåndsbestemt terskelverdi gir mistanke om tilbakefall, og de blir de bedt om å ta kontakt med behandlende avdeling.

La oss lære av dagens situasjon for å prioritere riktig i fremtiden. Det er viktig med god informasjon til pasientene, slik at de kan ta ansvar for egen helse og vet når de skal ta kontakt med behandlingsansvarlig lege. Oppfølgingen må tilpasses sannsynlighet for tilbakefall og senplager etter behandlingen. Unødvendige kontroller gjør mange kreftpasienter engstelige for et tilbakefall som mest sannsynlig ikke vil skje. Det fører til fulle poliklinikklistor og større vanskeligheter med å prioritere de rette pasientene for oppfølging.

LITTERATUR

1. Clarke T, Galaal K, Bryant A et al. Evaluation of follow-up strategies for patients with epithelial ovarian cancer following completion of primary treatment. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 9: CD006119. [PubMed] [CrossRef]
2. Moschetti I, Cinquini M, Lambertini M et al. Follow-up strategies for women treated for early breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 5: CD001768. [PubMed][CrossRef]
3. Jeffery M, Hickey BE, Hider PN. Follow-up strategies for patients treated for non-metastatic colorectal cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2019; 9: CD002200. [PubMed][CrossRef]
4. Høeg BL, Bidstrup PE, Karlsen RV et al. Follow-up strategies following completion of primary cancer treatment in adult cancer survivors. *Cochrane Database Syst Rev* 2019; 11: CD012425. [PubMed][CrossRef]
5. Kreftregisteret. <https://sb.kreftregisteret.no/insidens> Lest 16.4.2020.
6. Vistad I, Bjørge L, Solheim O et al. A national, prospective observational study of first recurrence after primary treatment for gynecological cancer in Norway. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2017; 96: 1162–9. [PubMed][CrossRef]

7. Fidjeland HL, Brekke M, Stokstad T et al. Gynecological cancer patients' attitudes toward follow-up care after cancer treatment: Do preferences reflect patients' experience? A cross-sectional questionnaire study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2018; 97: 1325–31. [PubMed][CrossRef]
 8. Denis F, Basch E, Septans AL et al. Two-Year Survival Comparing Web-Based Symptom Monitoring vs Routine Surveillance Following Treatment for Lung Cancer. *JAMA* 2019; 321: 306–7. [PubMed][CrossRef]
 9. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for gynekologisk kreft. <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/gynekologisk-kreft/forord> Lest 16.4.2020.
 10. Basch E, Deal AM, Dueck AC et al. Overall Survival Results of a Trial Assessing Patient-Reported Outcomes for Symptom Monitoring During Routine Cancer Treatment. *JAMA* 2017; 318: 197–8. [PubMed][CrossRef]
-

Publisert: 20. april 2020. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.20.0281

Mottatt 29.3.2020, første revisjon innsendt 1.4.2020, godkjent 16.4.2020.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 25. mars 2026.