
Pakkeforløpene for kreft kan være for raske

KRONIKK

RUNE OUGLAND

Rune.Ougland@vestreviken.no

Rune Ougland er ph.d. i molekylær kreftforskning og spesialist i generell kirurgi og i urologi. Han er seksjonsoverlege ved urologisk seksjon, kirurgisk avdeling på Bærum sykehus, og forskningsgrupeleder for kirurgisk forskning på samme sted.

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

GURO KLEVE

gurok@vestreviken.no

Guro Kleve er spesialist i generell- og gastrokirurgi og overlege ved kirurgisk avdeling på Bærum sykehus. Hun forsker på prehabilitering, hvordan den kan digitaliseres og betydningen av prehabilitering for kirurgisk resultat, helseøkonomi og pasienttilfredshet.

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

Er pakkeforløp virkelig en gavepakke, eller er det et farlig «troll-i-eske»? Gjør vi kreftpasientene våre en bjørnetjeneste ved å utrede og operere dem raskt?



Illustrasjon: Skinkeape

Nylig kunne vi lese at Erna Solberg sier at Høyre vil «følge opp suksessen med pakkeforløp for kreftpasienter» og utvide tilbudet til også å omfatte andre pasientgrupper [\(1\)](#). Vi bet oss merke i at hun omtalte ordningen for kreftpasientene som «en suksess», og funderte litt på hva hun mente med det. Hvis hun med «suksess» mente å få pasientene raskt gjennom utredning og behandling, kan hun ha rett. Hvis hun derimot mente «suksess» i betydningen «til pasientenes beste», blir det hele mer komplisert. For er raskt egentlig alltid det beste for pasientene? Kan det være klokt å bruke litt mer tid?

Prehabilitering kan ha effekt

I 2023 fikk vi resultatene fra Molenaar og medarbeideres studie The PREHAB randomized clinical trial [\(2\)](#). Denne studien avdekket at for pasienter med tarmkreft, kan fire ukers veiledet livsstilsintervensjon etter kreftdiagnosen gi nesten 50 % reduksjon i komplikasjoner forbundet med operasjonen. Fire uker er imidlertid to uker mer enn det pakkeforløpet for norske tarmkreftpasienter åpner for [\(3\)](#). Resultatene fra studien gir mistanke om at et ensidig fokus på forløpstider og operasjonstidspunkt kan ha ført til at mange pasienter har fått komplikasjoner i forbindelse med operasjonen, komplikasjoner de kunne vært spart for om vi hadde tatt oss tid til å gjennomføre et persontilpasset prehabiliteringsprogram. Men det var neppe komplikasjoner Solberg hadde i tankene da hun omtalte pakkeforløpene som en «suksess».

Prehabilitering er et begrep som først har fått fotfeste i Norge de senere år, selv om det første gang ble omtalt i forbindelse med utviklingen av ERAS-programmet (enhanced recovery after surgery) allerede i 1997 [\(4\)](#). Det er en betegnelse på en livsstilsintervensjon som er en forberedelse til behandling, til forskjell fra rehabilitering, som innebærer opptrening etter behandling.

Prehabilitering skiller seg også fra forebyggende medisin ved at det betegner en behandlingsintervensjon etter en diagnose, mens forebyggende medisin angir en livsstil som nettopp forebygger utvikling av sykdom.

Et multimodalt prehabiliteringsprogram består av fire «søyler»: fysisk trening for å styrke hjertet og bygge muskler, optimalisering av kosthold, hovedsakelig for å sikre tilstrekkelig inntak av proteiner, psykologisk støtte for å gjøre pasientene mentalt rustet for det videre forløpet, og røykeslutt [\(5\)](#). Målet er å gi pasientene mulighet til selv å ta en aktiv del i egen behandling, og dermed øke følelsen av kontroll og styrke forutsetningene for å tolerere kreftkirurgi [\(6\)](#). Dette vil i sin tur gi økt livskvalitet [\(7\)](#), færre komplikasjoner [\(8\)](#) og raskere rekonvalesens [\(9, 10\)](#). Prehabilitering kan også gi en langtidsgevinst i form av varig livsstilsendring og en sunnere livsstil også etter avsluttet behandling [\(11\)](#).

En svakhet med den tilgjengelige dokumentasjonen er imidlertid mangelen på standardiserte prehabiliteringsprogram. Programmene varierer i lengde og innhold og har ulike utfallsmål, men de fleste dokumenterer noen grad av helsegevinst [\(12–14\)](#). I studien av Molenaar og medarbeidere ble pasientene tilbudt tre timer ukentlig trening med veiledning i fire uker, altså et relativt kortvarig program, men likevel med en frapperende effekt på komplikasjonsraten [\(2\)](#). Det er rapportert kortere liggetid i sykehus blant pasienter som har mottatt prehabilitering, kanskje opp mot to døgn [\(15\)](#), noe som også er understøttet av et kvalitetsarbeid fra Akershus universitetssykehus [\(16\)](#). Videre er det dokumentert ulike grader av kostnadsbesparelser ved prehabilitering, selv om man behøver egne studier for å estimere besparelse nasjonalt [\(17\)](#).

Ingen pasienter er like

Kan man standardisere prehabilitering? Kan man lage et program som passer alle pasienter med samme diagnose? Vi vet at pasienter har ulik sårbarhet. Noen er veltrente, mens andre aldri har satt sine ben på et treningssenter. Noen pasienter er overvektige, mens andre er svært underernærte. Noen har aldri vært syke før, mens andre har en rekke ulike sykdommer og lidelser. Noen har et stort støtteapparat, mens andre er ensomme og alene. Noen er unge, mens andre er gamle. I tillegg blir befolkningen eldre, og med alderdommen følger økt skrøpelighet [\(18\)](#). I dag er 16 % av befolkningen over 67 år [\(19\)](#), og det er forventet at dette stiger til over 20 % i 2050 [\(20\)](#), noe som vil øke antallet pasienter med kreft og behov for kirurgi. Kreftkirurgi er i kontinuerlig utvikling, og grensene flyttes stadig. Avanserte operasjoner tilbys stadig mer sårbare pasientgrupper og en stadig eldre del av befolkningen [\(21\)](#).

«Vi må ta pasientene med på råd og lytte til dem, fremfor kun å tenke raskest mulig behandling»

Det er rimelig å tro at prehabiliteringsprogrammene må skreddersys den enkelte pasienten i langt større grad enn man gjør i dag, og at man ikke kan lage ett program som passer alle pasienter i en diagnosegruppe. Pasientene vil ønske seg svært ulike ting, avhengig av hvor de er i livet. En ung pasient vil

sannsynligvis verdsette overlevelse høyere enn alt annet, mens en svært gammel pasient kanskje vil verdsette selvhjelpne år hjemme høyere enn flere leveår på sykehjem, avhengig av hjelp til daglige gjøremål. En ung pasient har mange leveår igjen, og ønsker lavest mulig risiko for residiv og metastaser. En aldrende pasient derimot vil kanskje akseptere en høyere risiko for residiv og metastaser hvis man får en lavere kirurgisk risiko og kommer seg raskere på beina etter operasjonen.

Slike ulike individuelle synspunkter tas det ikke hensyn til i pakkeforløpene, hvor man kun har hatt fokus på raskest mulig behandling. I Norge skal pasienter med tarmkreft opereres innen 14 kalenderdager, men forskning viser at et prehabiliteringsprogram bør vare opp mot 3 til 4 uker, dersom det er tilrådelig, for å øke funksjonell kapasitet med 5–10 % [\(22\)](#). Vi mener derfor at mange pasienter blir gitt pakkeforløp som er for raske. Det er behov for å kartlegge livsstil og sårbarhet, samt å utvikle persontilpassede prehabiliteringsprogram basert på pasientenes individuelle ønsker og behov. Vi må ta pasientene med på råd og lytte til dem, fremfor kun å tenke raskest mulig behandling.

Desentralisert tilbud til hele landet

I Norge er folk bosatt veldig spredt, og noen steder vil det ta flere timer å kjøre til nærmeste sykehus. For å motta avansert kreftbehandling vil man måtte dra til et kreftsenter i regionen, noe som ytterligere øker reisetiden. For enkelte kan en slik reise ta både én og to dager. For pasienter fra disse stedene ville et prehabiliteringsprogram medført langvarig innleggelse på sykehus, eller på hotell i nærheten, om programmet skulle vært gjennomført på sykehuset. Selv for pasienter som bor nært, er daglig reising til sykehuset en utfordring.

En løsning på denne problemstillingen er å tilby pasientene prehabilitering hjemme. De få studiene som ble gjort under covid-19-pandemien, indikerer at denne løsningen er gjennomførbar og kanskje også kostnadseffektiv [\(23–25\)](#). I Norge har organisasjonen Aktiv mot kreft etablert og utviklet 21 såkalte Pusterom ved norske sykehus, og flere av disse har støtte for et digitalt tilbud. I tråd med Helsedirektoratets mål om digital hjemmeoppfølging [\(26\)](#), har Bærum sykehus tatt i bruk denne plattformen. Der gjennomføres det nå en randomisert kontrollert studie som sammenligner effekten av et sykehusbasert prehabiliteringsprogram med et digitalt program pasientene følger hjemme [\(27\)](#). Hypotesen er at et digitalt hjemmebasert program ikke er dårligere enn et fysisk program på sykehus. Så langt rapporterer pasientene som har fulgt det digitale programmet, at de er svært fornøyde og opplever stor verdi av behandlingen. I så fall muliggjør den digitale plattformen desentralisert prehabilitering av kreftpasienter, uavhengig av bosted, i tiden mellom diagnose og kirurgi.

«For pasientenes beste er det nødvendig å implementere persontilpassede prehabiliteringstilbud i pakkeforløpene»

Arendalsuka 2024

Under Arendalsuka 2024 fortalte Sissy Leyell Espetvedt, fagleder for onkologi i Helsedirektoratet, at prehabilitering er foreslått inn i den nye kreftstrategien (28). Det er gledelige nyheter at man endelig tar innover seg betydningen av trening som medisin, men vi mener at det er behov for å gå enda lenger. Gitt den dokumentasjonen som foreligger når det gjelder verdien av et prehabiliteringsprogram for å redusere komplikasjoner, forkorte liggetid i sykehus, bedre helseøkonomi og øke pasienttilfredshet, er det på tide med en ny evaluering av pakkeforløpene. Rask behandling er ikke nødvendigvis god behandling, og «one size fits all», slik situasjonen er i dag, er ikke lenger en farbar vei.

For pasientenes beste er det nødvendig å implementere persontilpassede prehabiliteringstilbud i pakkeforløpene, og betrakte prehabilitering som en del av kreftbehandlingen som starter ved diagnosetidspunktet. Operasjonstid og perioden frem mot kirurgi må tilpasses den enkelte pasients ønsker og behov for å sikre at de som behøver mest, også får mest, og at man får en optimal fordeling av allerede knappe helseressurser. På denne måten vil man legge til rette for en komplikasjonsfri flyt av pasienter gjennom hele behandlingsforløpet, og ikke bare sikre rask behandling. Først da kan pakkeforløp for kreftpasienter kunne betegnes som en suksess.

REFERENCES

1. Haugan B. Vil speede opp behandlingen av syke. VG 29.8.2024. <https://www.vg.no/nyheter/i/4BErXG/vil-speede-opp-behandlingen-av-syke> Lest 25.9.2024.
2. Molenaar C JL, Minnella EM, Coca-Martinez M et al. Effect of Multimodal Prehabilitation on Reducing Postoperative Complications and Enhancing Functional Capacity Following Colorectal Cancer Surgery: The PREHAB Randomized Clinical Trial. JAMA Surg 2023; 158: 572–81. [PubMed] [CrossRef]
3. Helsedirektoratet. Pakkeforløp. Tykk- og endetarmskreft. <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/tykk-og-endetarmskreft> Lest 25.9.2024.
4. Kehlet H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. Br J Anaesth 1997; 78: 606–17. [PubMed][CrossRef]
5. Fleurent-Grégoire C, Burgess N, McIsaac DI et al. Towards a common definition of surgical prehabilitation: a scoping review of randomised trials. Br J Anaesth 2024; 133: 305–15. [PubMed][CrossRef]
6. Koc MA, Akyol C, Gokmen D et al. Effect of Prehabilitation on Stoma Self-Care, Anxiety, Depression, and Quality of Life in Patients With Stomas: A

Randomized Controlled Trial. *Dis Colon Rectum* 2023; 66: 138–47. [PubMed][CrossRef]

7. Koh FH, Loh CH, Tan WJ et al. Structured presurgery prehabilitation for aged patients undergoing elective surgery significantly improves surgical outcomes and reduces cost: A nonrandomized sequential comparative prospective cohort study. *Nutr Clin Pract* 2022; 37: 645–53. [PubMed][CrossRef]
8. Steffens D, Nott F, Koh C et al. Effectiveness of Prehabilitation Modalities on Postoperative Outcomes Following Colorectal Cancer Surgery: A Systematic Review of Randomised Controlled Trials. *Ann Surg Oncol* 2024; 31: 7822–49. [PubMed][CrossRef]
9. Garoufalia Z, Emile SH, Meknarit S et al. A systematic review and meta-analysis of high-quality randomized controlled trials on the role of prehabilitation programs in colorectal surgery. *Surgery* 2024; 0: S0039-6060(24)00488-4. [PubMed][CrossRef]
10. Zhang J, Hu Y, Deng H et al. Effect of Preoperative Lifestyle Management and Prehabilitation on Postoperative Capability of Colorectal Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Integr Cancer Ther* 2024; 23: 15347354241235590. [PubMed][CrossRef]
11. van der Hulst HC, van der Bol JM, Bastiaannet E et al. The effect of prehabilitation on long-term survival and hospital admissions in older patients undergoing elective colorectal cancer surgery. *Eur J Surg Oncol* 2024; 50: 108244. [PubMed][CrossRef]
12. Guerra-Londono CE, Cata JP, Nowak K et al. Prehabilitation in Adults Undergoing Cancer Surgery: A Comprehensive Review on Rationale, Methodology, and Measures of Effectiveness. *Curr Oncol* 2024; 31: 2185–200. [PubMed][CrossRef]
13. Bausys A, Kryzauskas M, Abeciunas V et al. Prehabilitation in Modern Colorectal Cancer Surgery: A Comprehensive Review. *Cancers (Basel)* 2022; 14: 5017. [PubMed][CrossRef]
14. Molenaar CJ, van Rooijen SJ, Fokkenrood HJ et al. Prehabilitation versus no prehabilitation to improve functional capacity, reduce postoperative complications and improve quality of life in colorectal cancer surgery. *Cochrane Database Syst Rev* 2023; 5: CD013259. [PubMed]
15. Marmol-Perez A, Corres P, Fernández-Escabias M et al. Impact of Multidisciplinary Prehabilitation Interventions on Postoperative Hospital Length of Stay and Functional Capacity in Patients Undergoing Resection of Colorectal Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. *Dis Colon Rectum* 2024; 67: 1107–19. [PubMed][CrossRef]
16. Sirum-Eikre M, Solli HJ. Trening før operasjon gjør kreftpasienter raskere friske. NRK 23.8.2020. <https://www.nrk.no/norge/trening-for-operasjon->

gjor-kreftpasienter-raskere-friske-1.15130062 Lest 25.9.2024.

17. Ke Y, Ng RRG, Elangovan S et al. Prehabilitation programs - a systematic review of the economic evidence. *Front Med (Lausanne)* 2023; 10: 1281843. [PubMed][CrossRef]

18. Dent E, Hanlon P, Sim M et al. Recent developments in frailty identification, management, risk factors and prevention: A narrative review of leading journals in geriatrics and gerontology. *Ageing Res Rev* 2023; 91: 102082. [PubMed][CrossRef]

19. Folkehelseinstituttet. Folkehelserapporten - Helsetilstanden i Norge. <https://www.fhi.no/he/folkehelserapporten/?term=> Lest 25.9.2024.

20. Statistisk sentralbyrå. Nasjonale befolkningsframskrivninger 2024. https://www.ssb.no/befolkning/befolkningsframskrivninger/artikler/nasjonal-e-befolkningsframskrivninger-2024/_/attachment/inline/56957464-1d50-49e9-bc81-2dc79db88829:fcbe4afe4b905e2b91a7a998b90c23d392d44ddc/RAPP2024-21.pdf Lest 25.9.2024.

21. Chang MC, Choo YJ, Kim S. Effect of prehabilitation on patients with frailty undergoing colorectal cancer surgery: a systematic review and meta-analysis. *Ann Surg Treat Res* 2023; 104: 313–24. [PubMed][CrossRef]

22. Kim DJ, Mayo NE, Carli F et al. Responsive measures to prehabilitation in patients undergoing bowel resection surgery. *Tohoku J Exp Med* 2009; 217: 109–15. [PubMed][CrossRef]

23. Moorthy K, Halliday LJ, Noor N et al. Feasibility of Implementation and the Impact of a Digital Prehabilitation Service in Patients Undergoing Treatment for Oesophago-Gastric Cancer. *Curr Oncol* 2023; 30: 1673–82. [PubMed][CrossRef]

24. Gkaintatzi E, Nikolaou CK, Rampal T et al. Cost Analysis of a Digital Multimodal Cancer Prehabilitation. *Curr Oncol* 2022; 29: 9305–13. [PubMed][CrossRef]

25. van Gestel T, Groen LCB, Puik JR et al. Fit4Surgery for cancer patients during covid-19 lockdown - A systematic review and meta-analysis. *Eur J Surg Oncol* 2022; 48: 1189–97. [PubMed][CrossRef]

26. Helsedirektoratet. Digital hjemmeoppfølging. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/digital-hjemmeoppfolging-hjemmesykehus-og-velferdsteknologi/digital-hjemmeoppfolging> Lest 25.9.2024.

27. ClinicalTrials.gov. Digital Home-Based Prehabilitation Before Surgery (dHOPE). <https://clinicaltrials.gov/study/NCT06231576> Lest 25.9.2024.

28. Helsedirektoratet. Nasjonal kreftstrategi 2024-2028. <https://www.helsedirektoratet.no/horinger/nasjonal-kreftstrategi-2024->

2028 Lest 25.9.2024.

Publisert: 28. oktober 2024. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.24.0467

Mottatt 4.9.2024, godkjent 25.9.2024.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 10. februar 2026.