

To fastleger for kreftpasienten?

REDAKSJONELT

HOLTEDAHL KA

Kreftpoliklinikker er ett av flere tiltak som kan bedre smertebehandling og terminalomsorg for kreftpasienter. I Buskerud har en ny poliklinikk bidratt til at primærlegene oppfatter kreftomsorgen som forbedret, ifølge to artikler i dette nummer av Tidsskriftet (1, 2). Artiklene inspirerer til å stille det mer prinsipielle spørsmål om hvem som bør gjøre hva i kreftomsorgen. Mange har tatt til orde for at allmennpraktikerens rolle bør defineres bedre, og forsøksprosjekter er startet, bl.a. i Trondheim i tilknytning til Seksjon lindrende behandling ved Kreftavdelingen.

Til nå har allmennpraktikere hatt sine viktigste oppgaver innen diagnostikk og terminalomsorg. Allmennpraktikeren diagnostiserer kreft hos bare et fåtall pasienter årlig, men har hver dag minst én pasient med symptomer som kan bety kreft, og tre-fire pasienter som søker lege fordi de er engstelige for å ha kreft (3). Nesten halvparten av en gruppe primærleger i Montreal hadde siste måned deltatt i palliativ behandling av fra én til fem kreftpasienter (4). I USA er det vist at primærleger klarte å ta ansvar for terminalomsorg like bra som onkologer når begge grupper samarbeidet med en tverrfaglig gruppe ved en enhet for lindrende behandling (5).

KAN ALLMENNPRAKTIKERE DELTA I VANLIG OPPFØLGING AV KREFTPASIENTER?

Behandling og dermed oftest også oppfølging av kreftpasienter skjer i forskjellige sykehusavdelinger, de viktigste utenom onkologisk avdeling er kirurgisk, neurokirurgisk, medisinsk avdeling, hudavdeling, øre-nese-halsavdeling og øyeavdeling. Kreftpasienter i remisjon har et stort behov for gjentatt informasjon om sykdommen, og de trenger følelsesmessig støtte. Det er vist at pasienter ofte treffer nye leger ved kontrollene i sykehus. Allmennpraktikeren kan representere en mer stabil kontakt. Men hvor stort ansvar vil, kan og bør allmennpraktikeren ta?

I en engelsk undersøkelse av 296 brystkreftpasienter ble halvparten fulgt opp på sykehus og halvparten i allmennpraksis. Hos pasienter med residiv var det ingen forskjell i hvor raskt dette ble diagnostisert, og det ble ikke funnet forskjeller i livskvalitet i de to gruppene (6). To kanadiske studier (7, 8) har med kvalitativ metodikk gått grundig inn på spørsmålet om allmennlegers og onkologers syn på egen og andres rolle i oppfølging av kreftpasienter. Onkologene ønsket større deltakelse av allmennlegene, men mente at dette ble vanskelig gjort av at interessen blant allmennpraktikerne varierer, at kommunikasjonslinjene er dårlige, og av pasientens egne preferanser for spesialisten. For onkologene var det viktig å få følge noen pasienter som det gikk bra med, de har et yrke hvor den stadige konfrontasjonen med lidelse og død er hard. Flere mente at dialog og samarbeid burde økes.

Allmennpraktikerne gav uttrykk for at det var vanskelig å komme inn med terminalomsorg der de ikke tidligere hadde deltatt i noe av kreftomsorgen. De ønsket å være med tidligere, men med delt ansvar, med et skreddersydd opplegg for den enkelte pasient, og med lett adgang til retningslinjer for oppfølging for de enkelte kreftformer. Slike retningslinjer ble faktisk utarbeidet i 1986 på norsk for noen av de viktigste kreftformene (9). Få eller ingen allmennpraktikere i den kanadiske studien ønsket å ta totalansvar i oppfølgingen, men det var stor utilfredshet med sykehuslegenes uvillighet til å ta kontakt og foreslå konkrete oppfølgingsoppgaver. Som i Buskerud-undersøkelsen var det stor utilfredshet med epikriseutsendelsen. Det ble klaget over at epikrisene kom for sent. Man savnet også en oppfølgingsplan og en ev. rolle for allmennpraktikeren. Dette er noe som blir tatt alvorlig i Trondheims-prosjektet, som gjelder pasienter med kort forventet levetid, men det er like nødvendig for alle kreftpasienter.

DELT OPPFØLGING?

Det er ikke til å unngå at kreftpasienter iblant må forholde seg til nye leger ved oppfølgingskonsultasjoner. Mange sykehusavdelinger gjør prisverdige forsøk på å imøtekomme det vanlige pasientønsket om å påtreffes samme lege hver gang. Kanskje er det ved et samarbeid mellom allmennpraktiker og lege ved regional kreftpoliklinikk at vi har størst sjanse til å tilby den ferdigbehandlede kreftpasienten to "fastleger", med skreddersydde oppgaver. Pasientens behov er ikke bare trygghet for rask diagnostikk av eventuelt residiv eller andre komplikasjoner, vedkommende trenger også et sted å henvende seg når angsten for tilbakefall melder seg - og det gjør den ofte. Skal vi modernisere vår kreftomsorg, bør enhver kreftpasient etter avsluttet primærbehandling få tilbud om en samtaletime og mulighet for fortsatt kontakt med allmennpraktiker. Dette er ikke til hinder for at sykehuset også holder kontakt med pasienten der det er ønskelig.

Allmennpraktikeren må gjennom epikrise, generelle retningslinjer og iblant personlig kontakt med kreftbehandlerne ha klare forestillinger om innhold og begrensninger i egen rolle. Samtidig må allmennpraktikeren føle at sykehuset verdsetter hans innsats og står klar til samarbeid og rådgivning ved behov. Går det bra med pasienten, kan behovet for oppfølging avta etter hvert. Skulle det gå dårlig med pasienten, vil allmennpraktikeren stå bedre rustet til den siste utfordringen, som knapt er kontroversiell, men likevel fortsatt forsømt og lite studert: Deltakelse i omsorg for pasient med kort forventet levetid.

Knut Arne Holtedahl

LITTERATUR:

1. Borge LM, Brunsvig PF, Ritland S, Stene-Larsen G, Hannisdal E. Prosjektet Bedre kreftomsorg i Buskerud. Tidsskr NorLægeforen 1997; 117: 2170-3.
2. Brunsvig PF, Borge LM, Ritland S, Stene-Larsen G, Hannisdal E. Primærlegers syn på kreftomsorgen i Buskerud. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 2174-6.
3. Nylenna M. Fear of cancer among patients in general practice. Scand J Prim Health Care 1984; 2: 24-6.
4. Dworkind M, Shvartzman P, Adler PSJ, Franco ED. Urban family physicians and the care of cancer patients. Can Fam Physician 1994; 40: 47-50.
5. Ramsay A. Care of cancer patients in a home-based hospice program: a comparison of oncologists and primary care physicians. J Fam Pract 1992; 34: 170-4.
6. Grunfeld E, Mant D, Yudkin P, Adewuyi-Dalton R, Cole D, Stewart J et al. Routine follow-up of breast cancer in primary care. Randomised trial. BMJ 1996; 313: 665-9.
7. Wood ML. Communication between cancer specialists and family doctors. Can Fam Physician 1993; 39: 49-57.
8. Wood ML, McWilliam CL. Cancer in remission. Challenge in collaboration for family physicians and oncologists. Can Fam Physician 1996; 42: 899-910.
9. Metodebok for leger. Utredning og kontroll av kreft. GHE-K, rapport nr. 2 1986. Gruppe

forhelsetjenesteeffektivisering - kommune. Bergen: Institutt for allmennmedisin, Universitetet i Bergen, Haukeland SykehusBergen, Landsforeningen mot kreft, 1986.

Publisert: 17. oktober 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI:

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no