

# KONTROLFORLØB FOR GYNÆKOLOGISKE KRÆFTPATIENTER

– en medicinsk teknologivurdering  
Sammenfatning

2009

Kontrolforløb for gynækologiske kræftpatienter  
– en medicinsk teknologivurdering: Sammenfatning  
© Sundhedsstyrelsen, Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering

URL: <http://www.sst.dk/mtv>

Emneord: Medicinsk teknologivurdering, MTV, kræft, cancer, kontrol, rutinekontrol, kontrolforløb, forløb, efterkontrol, opfølgning, livmoderkræft, æggestokkræft, æggestokke, livmoder, gynækologi, onkologi, endometrie, ovarie

Sprog: Dansk med engelsk resume

Format: pdf

Version: 1,0

Versionsdato: 15. maj 2009

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, juni 2009

Kategori: Faglig rådgivning

Design: Sundhedsstyrelsen og 1508 A/S

Layout: Schultz Grafisk

Elektronisk ISBN: 978-87-7676-919-2

Elektronisk ISSN: 1399-2481

Denne rapport citeres således:

Sundhedsstyrelsen, Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering  
Kontrolforløb for gynækologiske kræftpatienter – en medicinsk teknologivurdering  
København: Sundhedsstyrelsen, Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering, 2009  
Medicinsk Teknologivurdering 2009; 11(2)

---

**Serietitel: Medicinsk Teknologivurdering**  
**Serieredaktion: Stig Ejdrup Andersen & Mogens Hørder**

---

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:  
Sundhedsstyrelsen  
Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering  
Islands Brygge 67  
2300 København S

Tlf. 72 22 74 00

E-mail: [emm@sst.dk](mailto:emm@sst.dk)

Hjemmeside: [www.sst.dk/mtv](http://www.sst.dk/mtv)

Rapporten kan downloades fra [www.sst.dk](http://www.sst.dk) under udgivelser  
Forsidebillede og figur 2.1: Tegninger af Lotte Clevin.

## Hvad er MTV?

MTV er et redskab, der bidrager til beslutningstagning på sundhedsområdet. En MTV samler og vurderer den viden, der foreligger om en given medicinsk teknologi. En medicinsk teknologi skal opfattes bredt som procedurer og metoder til forebyggelse, diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering inklusive apparater og lægemidler, det kan fx være en ny metode til at behandle patienter. Der fokuseres på de sundhedsfaglige, patientmæssige, organisatoriske og økonomiske aspekter. Foreligger der ikke tilstrækkeligt antal studier til belysning af et eller flere af aspekterne, kan egne undersøgelser foretages.

MTV'en munder ud i en rapport, der kan bidrage til bedre planlægning, kvalitetsudvikling og prioritering på sundhedsområdet. MTV's målgruppe er beslutningstagere på det sundhedspolitiske felt. Den henvender sig derfor primært til forvaltninger og politikere og øvrige beslutningstagere på det sundhedsfaglige område.

Her bidrager MTV med input til beslutninger indenfor drift og forvaltning samt politisk styring i forhold til hvilke ydelser, der skal tilbydes på sundhedsområdet og hvordan de kan organiseres.

Medicinsk teknologivurdering defineres således:

- MTV er en alsidig, systematisk vurdering af forudsætningerne for og konsekvenserne af, at anvende medicinsk teknologi.
- MTV er en forskningsbaseret, anvendelsesorienteret vurdering af relevant foreliggende viden om problemstillinger ved anvendelse af teknologi i relation til sundhed og sygdom.

MTV-rapporter udarbejdes i samarbejde med en ekstern tværfaglig projektgruppe. Projektgruppen gennemgår systematisk den eksisterende litteratur, bidrager med dataindsamling og udarbejder rapportens kapitler. Projektledelsen ligger i Sundhedsstyrelsen, som også foretager redigering af den samlede rapport. Rapporten har været i høring hos en ekstern referencegruppe og gennemgår desuden eksternt peer-review.

Hent yderligere oplysninger om MTV på [www.sst.dk/mtv](http://www.sst.dk/mtv) under MTV-værktøjskasse:

”Metodehåndbog for medicinsk teknologivurdering.”

”Medicinsk Teknologivurdering – Hvorfor? Hvad? Hvornår? Hvordan?”

# Sammenfatning

## Introduktion

Hvert år får ca. 1.100 kvinder i Danmark kræft i enten livmoderen eller æggestokkene, og sygdommene er dermed blandt de hyppigste kræftformer hos kvinder. Femårsoverlevelsen ved kræft i livmoderen eller æggestokkene er henholdsvis ca. 77 % og 30–40 % (86).

Efter endt behandling for kræft i livmoderen eller i æggestokkene tilbydes patienterne et ambulant kontrolforløb. Formålet er at opdage eventuelle tilbagefald på et så tidligt tidspunkt, at sandsynligheden for succes ved behandling af tilbagefald forøges. Desuden er formålet at følge virkninger og bivirkninger af behandlingen samt at sikre tryghed hos patienterne.

Fra såvel klinisk som administrativ side ønskes en vurdering af om udbyttet af kontrol efter endt kræftbehandling står mål med indsatsen. Derfor er en medicinsk teknologivurdering relevant, da den foruden at vurdere de rent kliniske aspekter også inddrager de patientmæssige, organisatoriske og økonomiske aspekter af kontrolforløb efter endt behandling for kræft i livmoderen eller kræft i æggestokkene.

Klinisk set er det vigtigt at vurdere, i hvilken grad tilbagefald kan opdages ved kontrol, og om det går patienterne bedre, når de går til kontrol end hvis de fik et tilbud om at kunne henvende sig, hvis der skulle opstå symptomer på tilbagefald.

Patienters oplevelser, erfaringer og forventninger med kontrolforløb er også relevante at afdække. Fra et patientperspektiv er det fx vigtigt at vurdere, om kontrol giver patienter tryghed i efterforløbet af en kræftsygdom, eller om kontrol omvendt skaber unødigt utryghed og angst.

Som hovedregel går kvinder, der er færdigbehandlet for kræft i livmoderen eller i æggestokkene til kontrol på den afdeling, som forestod behandlingen. På én af de ti onkologiske centre og 29 gynækologiske afdelinger i Danmark er der således et tilbud om kontrol. For at optimere patientforløbet er det derfor relevant at vurdere forskelle og ligheder imellem afdelingerne. Desuden vil det være relevant at vurdere på hvilke specialniveauer i sundhedsvæsenet kontrol kan foregå, fx ud fra krav om specialiseret udstyr og særligt uddannet personale.

For at sikre hensigtsmæssig ressourceallokering i sundhedsvæsenet er viden om driftsforbrug vigtig, og en økonomisk analyse er derfor relevant.

## Formål

Formålet med projektet er at vurdere kontrolforløb for kræftpatienter, der har afsluttet behandling for kræft i livmoderen eller kræft i æggestokkene, for at:

- vurdere betydningen af kontrolforløb for kræftpatienter
- forbedre kræftpatienternes kontrolforløb.

Kontrolforløb opfattes i denne rapport som en klinisk undersøgelse, eventuelt suppleret af andre undersøgelser, med henblik på at finde tidligt tilbagefald efter endt kræftbehandling.

Denne MTV-rapport udgør faglig rådgivning til belysning af den samlede dokumentation af kontrolforløb for kræftpatienter efter behandling for livmoderkræft og æggestokkræft. Rapporten vil blandt andet indgå som et bidrag til Sundhedsstyrelsens løbende faglige arbejde med sundhedsplanlægning. Rapportens konklusioner er ikke udtryk for Sundhedsstyrelsens officielle anbefaling.

## Målgruppe

Målgruppen for denne MTV er Kræftstyregruppen, Task Force for Kræft- og Hjerteområdet, Sundhedsstyrelsens enheder for patientforløb og sundhedsplanlægning samt generelt set administrative og kliniske beslutningstagere i sundhedsvæsenet. Andre interessenter er Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Regeringen, Folketinget, regioner, faglige selskaber, patientrepræsentanter samt borgere.

## Afgrænsning

Denne MTV omhandler kvinder, som har været behandlet for kræft i livmoderen eller i æggestokkene. Det er væsentligt at se på netop disse patientgrupper samtidig, fordi:

- Patientpopulation er forholdsvis stor
- det er muligt, at belyse både kontrolforløb uden og med onkologisk efterbehandling
- det er muligt, at sammenligne kontrolforløb efter en kræftsygdom med relativ god henholdsvis relativ dårlig prognose
- det er muligt, at vurdere kontrolforløb i to grupper hvor tilbagefald ikke forekommer hyppigt (livmoderkræft) og forekommer hyppigt (æggestokkræft)
- patienterne i en del tilfælde selv kan opdage symptomer på tilbagefald.

Kræft i livmoderen kan opstå i enten slimhinden, slimhindens bindevæv eller livmodermusklen. Kræft i æggestokkene kan udgå fra æggestokkens overfladeceller, kønsceller eller støttceller. I denne MTV behandles kræft i slimhinden, der udgør omkring 97 % af tilfældene af livmoderkræft, samt kræft udgået fra overfladecellerne, der udgør mere end 90 % af tilfældene af æggestokkræft.

Det ville være væsentligt at undersøge, om kontrolforløb for kræftpatienter er af betydning for kræftpatienternes rehabilitering, men denne MTV fokuserer på det kliniske indhold i kontrolforløbet, da vurderingen af rehabilitering er for kompleks og omfattende at inddrage givet MTV-projektets ressourcer og stramme tidsplan. Rehabilitering for kræftpatienter vil senere blive behandlet af en separat arbejdsgruppe i Sundhedsstyrelsen.

## Metode

For at belyse MTV-spørgsmålene i denne MTV-rapport blev der ved alle aspekter foretaget systematiske litteratursøgninger. Kun studier, der efter kritisk litteraturvurdering fandtes at have en tilstrækkelig høj kvalitet, blev inkluderet som grundlag for analyserne.

For hvert MTV-spørgsmål blev der udarbejdet en samlet bedømmelse af litteraturens kvalitet (bilag 3c, 3d, 4b, 6b) og de inkluderede studier beskrives i evidensstabeller (bilag 3a, 3b, 4a, 6a). Oxford Centre for Evidence-Based Medicine Levels of Evidence and Grades of Recommendation (bilag 1), der graderer efter studierne design, blev brugt.

I bilag 2a findes de specifikke søgestrategier for de enkelte kapitler, en samlet bedømmelse af litteraturens kvalitet for hvert MTV-spørgsmål samt evidensstabeller med den inkluderede litteratur.

For at supplere litteratursøgningerne blev data indsamlet ved fokusgruppeinterview af patienter, en spørgeskemaundersøgelse blandt relevante hospitalsafdelinger samt interview af nøglepersoner. Økonomianalysen blev primært baseret på indsamlede data samt registeranalyse.

Uddybende beskrivelse af anvendte metoder findes i de enkelte kapitler og i bilag.

## Teknologi

### Vurdering af evidens

MTV-projektgruppen ønsker at pege på, at en given evidensgrad, baseret på en vurdering af studiets design, ikke nødvendigvis modsvarer en høj kvalitet af studiet. Dette fremgår af den mere detaljerede vurdering af studiet, hvor eventuelle forbehold for studiets kvalitet er beskrevet.

### Livmoderkræft

Baseret på den foreliggende litteratur synes det nuværende kontrolforløb for den samlede gruppe kvinder med kræft i livmoderen ikke at forbedre overlevelsen. De fleste tilbagefald (80–90 %) opstår indenfor tre år efter afsluttet behandling, og tre år vurderes gennemgående at være det optimale, hvis klinisk kontrol skal finde sted. Smear bør ikke udføres rutinemæssigt. Omkring 70 % af tilbagefaldene er symptomatiske. Gruppen af kvinder med symptomløse tilbagefald udgør et særligt problem ikke mindst den del af gruppen, hvor tilbagefaldet er lokaliseret i toppen af skeden og dermed potentielt kan kureres. Meget tyder på at denne gruppe bedst diagnosticeres ved en gynækologisk undersøgelse. Rutinemæssige radiologiske undersøgelser synes ikke at have værdi ved kontrol efter behandling af kræft i livmoderen. Med dagens behandlingsmuligheder vil de fleste kvinder ikke få gavn af et kontrolforløb efter behandling for kræft i livmoderen, hvis man alene ser på overlevelschancerne. På baggrund af den foreliggende viden om risiko for tilbagefald, andel af patienter med symptomer samt det faktum, at kun patienter med lokalt tilbagefald har en chance for helbredelse kan man opdele patienterne i to risiko-grupper. I gruppen med lav risiko vil således kun potentielt to af 1000 patienter have gavn af et kontrolforløb. I gruppen med høj risiko stiger tallet til syv af 1000. Der skal derfor specielt i gruppen med lav risiko for tilbagefald udføres mange kontrollbesøg for at fange et meget lille antal patienter med tilbagefald. Det skal dog understreges, at en eventuel lav risiko for tilbagefald ikke er ensbetydende med, at tilbagefald ikke finder sted.

### Æggestokkræft

Der findes stort set ikke undersøgelser af, om de nuværende intensive hospitalsbaserede kontrolforløb forbedrer overlevelsen eller livskvaliteten hos kvinder primært behandlet for kræft i æggestokkene. Derfor kan det heller ikke udelukkes, at kontrol har effekt. Der er fundet evidens for, at man ikke rutinemæssigt skal anvende billeddiagnostiske undersøgelser i kontrolforløbene. Der er evidens for, at måling af CA-125 er effektiv til at påvise tilbagefald tidligt hos en stor gruppe af kvinder, men der er ingen dokumentation for, at tidligere diagnostik forbedrer overlevelschancerne eller øger kvindernes livskvalitet.

## Patient

En række nyere oversigtsartikler konkluderer, at der er en udpræget mangel på viden om, hvordan kontrolforløb påvirker kvinders livskvalitet (1, 2). Der er dog stadig kun få studier på området og de, der findes, er generelt små og har alvorlige metodologiske problemer, ikke mindst selektionsbias. Da konklusionerne ydermere ofte er tvetydige eller ligefrem modstridende, må evidensniveauet generelt anses som meget lavt. I det omfang litteraturen kan sammenfattes i egentlige konklusioner, må de således vægtes med meget stor forsigtighed i forhold til MTV'ens øvrige dele.

Det mest konsistente budskab i den eksisterende litteratur er, at kræftpatienter opfatter kontrolforløb som tryghedsskabende, især i den første tid efter afsluttet behandling. Særligt patienter med uventede symptomer kan beroliges ved at få bekræftet, at behandlingen har været en succes, og at der ikke er opstået ny sygdom. Selv flere år inde i et kontrolforløb er beroligelse det væsentligste udbytte af kontrolbesøgene. Alene en gynækologisk undersøgelse og forsikringer fra lægen om usandsynligheden for tilbagefald giver tryghed, men mange kvinder udtrykker særlig tillid til mere "teknologiske" blodprøver og skanninger – hvis effektivitet de typisk overvurderer. Mange kræftpatienter oplever en vis nervøsitet i dagene umiddelbart op til et kontrolbesøg, også kvinder, som ellers i øvrigt anser sig selv som raske. Ikke desto mindre synes de fleste kvinder, at fordelene mere end opvejer ubehaget.

I modsætning til den overbevisende påvisning af kvinders selvopfattede psykosociale udbytte af kontrolforløb gav litteraturgennemgangen ikke noget klart svar på spørgsmålet om, hvorvidt kontrolforløb påvirker kvinders målbare livskvalitet, dvs. som begrebet kvantificeres på standardiserede skalaer for ængstelse, depression og helbredsrelateret livskvalitet. Ingen studier sammenligner kræftpatienter i regelmæssige kontrolforløb med patienter, der ikke modtager tilbud om opfølgning overhovedet. Det tætteste, man kommer herpå, er sammenligninger med kvinder instrueret i selvhenvendelse ved symptomer. Disse studier fandt ingen hverken positiv eller negativ sammenhæng mellem livskvalitet og regelmæssig kontrol.

Kontinuitet og konsistens er kvaliteter med væsentlig betydning for kræftpatienters oplevelse af kontrolbesøg. Ændringer i anvendelsen af undersøgelser fra konsultation til konsultation kan give anledning til utryghed, ligesom det kan være forbundet med problemer at blive tilset af forskellige læger til hvert besøg. Litteraturen antyder, at det letter den personlige interaktion og øger tilliden til den faglige kompetence, når patienter behandles og kontrolleres af den samme læge.

Kræftpatienter opfatter opdagelse af tilbagefald som det vigtigste formål med kontrolforløb. Ikke desto mindre er der et stort ønske blandt patienterne om, at kommunikation og mere psykologiske dimensioner inddrages mere i konsultationen. Dette fremgik i både litteraturen og i fokusgruppen. Specielt synes det at være en udbredt beklagelse, at kontrollkonsultationerne drejer sig mest om det rent fysiske og ikke inddrager psykosociale spørgsmål med direkte relation til kræftsygdommen. Litteraturen indikerer, at der hverken levnes tid eller tildeles opmærksomhed til en mere helhedsorienteret helbreds kontrol.

Gynækologiske kræftpatienter foretrækker generelt at gå til kontrol på specialiserede hospitalsafdelinger, som de anser for mere kompetente og trygge. Enkelte steder har man dog eksperimenteret med regelmæssige kontrolbesøg hos alment praktiserende læger eller selvhenvendelsessystemer ledet af erfarne kræftsygeplejersker. Kvinder i sådanne forløb udtrykker ligeså stor tilfredshed som kvinderne i traditionelle kontrol-

forløb, og studier fandt ingen målbar påvirkning af livskvalitet. Resultaterne skal imidlertid fortolkes med meget stor forsigtighed. Blandt andet er brugertilfredshed et mål for serviceniveauet, hvilket ikke må forveksles med fx tryghed, som mange måske vægter højere. Desuden svækkes data af udpræget selektionsbias: I ét studie nægtede halvdelen af de adspurgte kvinder at deltage i eksperimentet.

Enkelte studier har forsøgt at karakterisere patienter, som i særlig grad udtrykker et ønske om regelmæssige kontrolforløb. Behovet synes at være svagt korreleret med kvindernes generelle angstelsesniveau. Overordnet giver den gennemgåede litteratur imidlertid ikke noget entydigt svar på, hvilken type kontrolforløb kræftpatienter foretrækker som gruppe betraget. Der er tale om en uensartet population, hvis individuelle behov og præferencer langt fra kan opfyldes af ét standardiseret kontrolforløb.

Afslutningsvis kan det igen pointeres, at litteraturen for alle MTV-spørgsmålenes vedkommende kun giver begrænsede og mangelfulde svar. Sat på spidsen kan man sige, at vi ved temmelig lidt – og det vi ved, ved vi ikke med særlig stor sikkerhed.

## Organisation

Efter en behandling for kræft i livmoderen eller æggestokkene kontrolleres patienterne som hovedregel på den afdeling, der har haft ansvaret for behandlingen. Kontrollen er typisk ambulant og varetages af en læge på overlæge, speciallæge eller evt. 1. reservelægeniveau, assisteret af en sygeplejerske.

Der er nogen variation i den hyppighed, hvormed kontrollerne tilbydes på forskellige afdelinger. Generelt ses imidlertid et mønster, hvor patienterne typisk gives tilbud om kontrol hver 3.–4. måned det første år, hver 4.–6. måned det andet år, hver 6.–12. måned det tredje år og hver 12. måned det fjerde og femte år. Herefter ophører tilbuddet om kontrol. Hyppigheden af kontrol for kræft i livmoderen er generelt set lavere end hyppigheden af kontrol for kræft i æggestokkene.

Kontrolprogrammet efter endt behandling for kræft omfatter typisk kliniske undersøgelser (begge kræftformer), blodprøve (æggestokkræft) samt evt. ultralydsskanning (begge kræftformer, men især æggestokkræft). Først ved mistanke om tilbagefald anvendes mere omfattende billeddiagnostiske undersøgelsesteknikker som CT-skanning, MR-skanning og PET/CT-skanning.

Kontrol for kræft i livmoderen og i æggestokkene bygger både på faglige vurderinger, faglig kutyme og evidens. Afdelingerne baserer i vid udstrækning tilrettelæggelsen af kontrolforløbene på retningslinjer, herunder retningslinjer fra Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe (DGCG) (86), Sundhedsstyrelsen og lokalt udarbejdede retningslinjer.

Undersøgelsen giver ikke nogen endegyldige svar på, hvilke personaleressourcer og hvilket udstyr der er påkrævet ved kontrol efter endt behandling for kræft i livmoderen og æggestokkene. Baseret på forskellige faglige udmeldinger, praksis og interview inkluderer nødvendige personale ressourcer imidlertid en speciallæge (evt. 1. reservelæge) i gynækologi og/eller onkologi samt en assisterende sygeplejerske. Nødvendigt udstyr omfatter ved vanlig undersøgelse udstyr til analyse af blodprøve (ved æggestokkræft) samt eventuelt udstyr til ultralydsskanning. Avanceret billeddiagnostisk udstyr skal være til rådighed ved mistanke om tilbagefald.

Incitamentet til kontrol efter endt behandling for kræft i livmoderen eller æggestokkene er faglige, patientorienterede samt uddannelses- og forskningsmæssige.



Der er ikke med den nuværende organisering overgange mellem enheder, og det tilstræbes generelt at tildele patienterne en fast kontaktperson i den afdeling, der står for kontrolforløbet.

## Økonomi

De driftsøkonomiske omkostninger ved kontrolforløb til patienter behandlet for livmoderkræft og æggestokkræft er opgjort på baggrund af de direkte variable omkostninger i forbindelse med et kontrolbesøg på sygehusene. Omkostningerne er opgjort med udgangspunkt i et standardkontrolforløb, hvor omkostningerne for de enkelte aktiviteter, der indgår i et kontrolbesøg på sygehuset, er fastsat og summeret til de samlede driftsøkonomiske omkostninger. Indirekte omkostninger og direkte omkostninger for patienterne er ikke medtaget, og opgørelsen er eksklusiv udgifter til patienttransport.

For livmoderkræftpatienter er de driftsøkonomiske omkostninger ved et standardkontrolbesøg opgjort til 733 kr. i gynækologisk ambulatorium og 1.054 kr. i onkologisk ambulatorium.

For æggestokkræftpatienter er de driftsøkonomiske omkostninger ved et standardkontrolbesøg opgjort til 1.373 kr. i gynækologisk ambulatorium og 1.935 kr. i onkologisk ambulatorium.

De tilhørende DAGS-takster er 2.062 kr., hvis der laves en ultralydsskanning, og 2.273 kr., hvis der laves røntgenundersøgelse af lungerne. Hvis kontrolforløbet alternativt skulle foregå hos praktiserende speciallæge er de tilsvarende takster 658,52 kr. for første besøg og 420,22 kr. for de følgende besøg for konsultation og ultralydsskanning.

De samlede årlige driftsøkonomiske omkostninger ved kontrolbesøg på sygehusene er opgjort til 3,7 mio. kr. for livmoderkræftpatienter og 7,2 mio. kr. for æggestokkræftpatienter.

De enkelte afdelinger organiserer og gennemfører kontrolforløbene for de to kræftformer forskelligt, både med hensyn til hyppighed og antal besøg i et kontrolforløb og med hensyn til de undersøgelser, der udføres i forbindelse med et kontrolbesøg. Der er gennemført følsomhedsberegninger af de driftsøkonomiske omkostninger, hvor der justeres dels på standardkontrolforløbet og dels på nogle af de antagelser, der ligger bag beregningerne. Følsomhedsberegninger viser, at de samlede driftsøkonomiske omkostninger i høj grad er påvirkelige af, hvordan kontrolforløbene afvikles. Hvis fx antal besøg i et kontrolforløb reduceres, så det i højere grad stemmer overens med retningslinjerne fra DGCG, bliver de årlige driftsøkonomiske omkostninger 3,1 mio. kr. mindre. Eller hvis udbuddet af undersøgelser reduceres til kun at omfatte gynækologisk undersøgelse til livmoder- og æggestokkræftpatienter samt måling af CA-125 hos æggestokkræftpatienter, falder de driftsøkonomiske omkostninger omkring 4,4 mio. kr. årligt.

Litteraturen om omkostninger ved kontrolforløb for de to kræftformer er generelt beskeden, og der er ikke fundet danske studier på området. Resultaterne fra de udenlandske opgørelser er baseret på retrospektive opgørelser og kan ikke umiddelbart overføres til danske forhold på grund af forskelle i organisering og tilbud om undersøgelser. Der er generelt flere besøg og flere typer af undersøgelser pr. besøg i de udenlandske studier.

## Samlet vurdering

De fleste mennesker med kræft tilbydes på et tidspunkt i kræftforløbet en eller flere behandlinger i form af operation, kemoterapi eller stråleterapi. Fælles for disse interventioner er, at de påvirker patienten fysisk, og med stor sandsynlighed også psykisk og socialt. Patienten skal afgive informeret samtykke til behandlingen baseret på sundhedspersonalets omhyggelige, evidensbaserede information om formål, selve interventionen, virkninger, bivirkninger og mulige komplikationer. Den information vil ofte tage udgangspunkt i nationale retningslinjer. Med udgangspunkt i MTV-rapportens resultater bør kontrol efter behandling betragtes som en intervention helt på linje med behandlingen, og kontrolforløb bør være evidensbaserede med et klart defineret formål. Det inkluderer, at patienter og sundhedspersonale er informeret og deres forventninger afstemt vedrørende behandlingsmuligheder ved tilbagefald, kontrolforløbets formål, længde og hyppighed samt hvilken teknologi, der anvendes.

Et formål med kontrol for livmoderkræft og æggestokkræft er at forbedre overlevelsen. Dette hviler på en antagelse om, at tidlig diagnostik af et tilbagefald og dermed tidlig igangsættelse af behandling er formålstjenlig. MTV-rapporten fandt ved gennemgang af den eksisterende litteratur, at der ikke er videnskabeligt belæg for, at kontrol efter behandling for livmoderkræft og æggestokkræft øger kvindernes overlevelseschancer. Det er derfor nærliggende at spørge, om kontrol efter livmoderkræft og æggestokkræft kan have andre positive effekter. Kontrol ved en speciallæge giver kvinden tryghed, og denne positive effekt synes at overstige ængstelsen forud for selve kontrollen. Tryghedsfølelsen kan opstå når lægen meddeler, at der ikke er tilbagefald, og i tilfælde af tilbagefald, vil det blive diagnosticeret så tidligt som muligt. Trygheden bør holdes op imod, at livmoderkræft og æggestokkræft bliver kroniske sygdomme ved tilbagefald, samt at en effektiv, livsforlængende behandling ikke findes i flertallet af tilfældene. Der synes således at være behov for en afstemning mellem på den ene side patientens behov for tryghed og på den anden side den evidensbaserede nytteværdi af kontrol for patienternes overlevelse.

Kræftpatienter efterlyser kontinuitet i kontrolforløbet, og herudover efterspørges mere helhedsorienterede konsultationer, som også inddrager senfølger af behandlingen og psykosociale reaktioner på kræften. Tryghed, kontinuitet og helhedsorientering er således nøgleord, når man spørger patienterne. Kræftpatienternes forventninger til et kontrolforløb synes ikke helt at blive indfriet i den nuværende organisatoriske kontekst. Det er derfor nærliggende at spørge, om kontrolforløb altid skal varetages af specialiserede kræftlæger i sygehusregi, som er gældende praksis, eller om patienternes behov kan imødekommes af andre sundhedspersoner, fx specialuddannede sygeplejersker? Der bør uden tvivl være umiddelbar adgang til specialiseret lægehjælp ved behov, men det er ikke givet, at den primære kontaktperson skal være en speciallæge ved alle kontrolbesøg.

Det store flertal af kvinder med livmoderkræft anses som helbredt efter en operation, hvorimod ca. 90 % af kvinder med æggestokkræft vil opleve tilbagefald. Der er således stor forskel på hyppigheden af tilbagefald indenfor de to sygdomsgrupper. Generelt er hyppige spring mellem fx primærsektor eller regionshospitaler og den højt specialiserede enhed ikke ønskelige. I den fremtidige tilrettelæggelse af kontrol af kvinder med æggestokkræft synes det derfor optimalt, at kontrolforløbet tilrettelægges på de højt specialiserede kræftafdelinger, som både varetager den første behandling og behandlingen af tilbagefaldet. Lokaliserede tilfælde af æggestokkræft, som ikke har behov for behandling efter operationen, indebærer imidlertid en ringe risiko for tilbagefald, og disse kvinder har næppe behov for kontrol på en højt specialiseret afdeling.

Ud fra tankegangen om at tilbyde det mindst specialiserede niveau med en tilstrækkelig faglig kompetence kan fremtidige kontrolforløb for livmoderkræft tænkes varetaget

udenfor de højt specialiserede afdelinger, da langt de fleste kvinder ikke vil have behov for disse afdelingers tilbud. Dog har nogle kvinder med avancerede stadier af livmoderkræft en høj risiko for tilbagefald. Disse kvinder behandles normalt på en onkologisk afdeling og det kan derfor være hensigtsmæssigt hvis de også kontrolleres af onkologer.

I en fremtidig tilrettelæggelse af et kontrolforløb må der naturligvis tages hensyn til tilstedeværelsen af den nødvendige kompetence og teknologi. MTV-rapportens resultater peger entydigt på, at kontrol for livmoderkræft og æggestokkræft er lavteknologisk, og kun indebærer gynækologiske undersøgelser som for æggestokkræfts vedkommende suppleres med en ultralydsundersøgelse og en blodprøve. Det kan dog ikke afvises, at lavteknologi kræver høj faglig ekspertise, og MTV-rapporten giver ikke svar på, om kontrol for livmoderkræft, hvor der alene anvendes gynækologisk undersøgelse, kan foretages af fx alment praktiserende læger eller praktiserende gynækologer.

For livmoderkræfts vedkommende kan det for kvinder med lav tilbagefaldsrisiko overvejes, at erstatte de nuværende, formaliserede kontrolforløb med selvhenvendelse ved symptomer. Det vil kræve en grundig instruktion af kvinden i faresignaler for tilbagefald samt en mulighed for subakut lægeundersøgelse. Selvhenvendelse ved symptomer fokuserer på, at kvinden med stor sandsynlighed er helbredt for sin kræftsygdom. Ansvar for kontrollen lægges i meget høj grad over på kvinden selv, hvilket bryder med den kulturelle opfattelse, at kontrol er sundhedssystemets opgave. Selvhenvendelse ved symptomer kan være godt for nogle patienter, men er formentlig en kontrolmetode, der vil kræve en høj grad af individuel hensyntagen til patientens ønsker og muligheder.

MTV-rapportens økonomiske kapitel peger på at den gennemsnitlige udgift til kontrolforløb for livmoderkræft og æggestokkræft er relativt høj. Der anvendes 10,9 mio. kr. om året til kontrol alene for disse to kræftformer. Denne udgift vil kunne mindskes ved udfasning af kontrolforløb fra den højt specialiserede enhed til mindre specialiserede enheder og/eller til specialuddannede sygeplejersker, praktiserende gynækologer samt alment praktiserende læger. Hertil kommer, at der nu og i mange år fremover vil mangle lægelige spidskompetencer indenfor kræftområdet. Det er derfor vigtigt, at disse spidskompetencer anvendes, hvor de gør bedst gavn.

Livmoderkræft og æggestokkræft er blot to af mange kræftformer. Kræft kan have vidt forskellig placering i kroppen, udbredelse, behandling og overlevelse. Kræft er dermed ikke én sygdom, og MTV-rapportens konklusioner kan ikke ukritisk overføres til andre kræftformer. Denne rapport kan dog være et model- og inspirationsgrundlag for andre kræftformer. Det vil være hensigtsmæssigt, at anvende MTV-tankegangen om den evidensbaserede nytteværdi af kontrolforløb belyst ud fra forskellige synsvinkler i planlægningen af fremtidige kontrolforløb på hele kræftområdet.

Med udgangspunkt i MTV-rapportens resultater er det nærliggende at spørge, om kontrol er blevet en naturlig forlængelse af behandlingen, dvs. en del af kræftforløbet, der er blevet en vane og en fast del af vores behandlingskultur. Kontrolforløb skal ses på linje med andre interventioner og bør derfor hvile på et videnskabeligt grundlag for at kunne retfærdiggøres også, selvom kontrolforløb anvendes til at identificere egnede patienter til videnskabelige undersøgelser.

I et system med knappe ressourcer er debat om prioritering et sundhedstegn. Denne MTV-rapport beskæftiger sig objektivt med kontrolforløb af livmoderkræft og æggestokkræft, og rapporten kan forhåbentlig understøtte en faglig prioriteringsdebat, som fører til, at værdien af kontrolforløb for kræft står mål med anstrengelserne.

[www.sst.dk](http://www.sst.dk)

Sundhedsstyrelsen  
Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering  
Islands Brygge 67  
2300 København S  
Tlf. 72 22 74 00

[emm@sst.dk](mailto:emm@sst.dk)  
[www.sst.dk/mtv](http://www.sst.dk/mtv)