

Forskningstræning hold 68

KRONISK SYG OG KRÆFT- ER DER STYR PÅ ÅRSKONTROLLERNE?

GRUPPE: Maria Rosenbeck Møller og Cathrine Nielsen

VEJLEDER: Anders Prior

Indhold

Baggrund	2
Metode:	4
Resultater	5
Diskussion.....	8
Konklusion og perspektivering:.....	12
Litteraturliste:.....	13

Baggrund:

Både kroniske sygdomme og kræftsygdom diagnosticeres oftest hos ældre mennesker. I takt med en øget ældre befolkning og en generelt bedre kræftoverlevelse ses en stigende population af kræftpatienter med samtidige kroniske lidelser (1). Andelen af kræftpatienter, som har mindst en anden kronisk lidelse, opgøres til mellem 30-70 % (1,2,3). Flere undersøgelser har vist, at der ses øget mortalitet hos kræftpatienter med multimorbiditet i forhold til kræftpatienter uden multimorbiditet (4,5).

Ifølge DSAMs vejledning fra 2019 "Kræftopfølgning i almen praksis" har kræftpatienter dårligere compliance i forhold til at fastholde kontrol af andre kroniske sygdomme. Det beskrives, at blandt kræftpatienter med komorbiditet oplever mere end hver tredje, at der ikke bliver taget optimalt hensyn til øvrige kroniske sygdomme under kræftforløbet og den praktiserende læge fremhæves som en vigtig aktør i at fastholde patienten i relevant kontrol heraf (4).

Både DSAMs vejledning og øvrig litteratur på området anfører, at kræft og kræftbehandling kan have negativ betydning for eksisterende kroniske lidelser og kan øge risikoen for udvikling af nye kroniske lidelser (1,4). Vigtigheden af at bibeholde kontroller understreges, da det er vigtigt for både muligheden for behandling af kræften og udbytte af kræftbehandlingen, at der er styr på øvrige sygdomme hos patienten. (1,6).

Litteraturen omkring opfølgning af kronisk lidelse hos kræftpatienter er fortsat sparsom og studier på området peger i flere retninger. Nogle studier indikerer, at kræftpatienter har dårligere kontrol af deres kroniske lidelser end patienter uden kræft (7,8). Andre studier viser dog sammenlignelig kontrol af kroniske lidelser mellem patienter med og uden kræftsygdom (1,9,10).

I Danmark foregår kontrol af kroniske lidelser langt overvejende i almen praksis og mange klinikker har indført systematiske strategier for indkaldelse af patienter til årskontrol (11). I en kvalitativ undersøgelse blandt 13 praktiserende læger i Danmark fremgår, at erfaringen er, at ganske få patienter med kræftsygdom mister kontrollen af deres kroniske lidelse og at det i så fald kun er kortvarigt (11). I en anden undersøgelse blandt kræftpatienter i Danmark ses overensstemmende hermed, at de fleste prioriterer opfølgning for deres kroniske lidelser på samme niveau som inden kræftsygdommen (5).

Med kræftplan V lægges der i Danmark op til en styrket rolle af almen praksis i forhold til kræftopfølgning efter afslutning fra sygehus. Ikke mindst hos sårbare patienter, herunder kronikere. Det er således forventningen, at kræftopfølgning generelt kommer til at fylde mere i almen praksis i fremtiden(2).

På baggrund af ovenstående findes det relevant at kigge nærmere på, hvordan det aktuelt ser ud med kronikerkontrollerne hos kræftpatienter i klinikkerne. Det ønskes således at undersøge om kræftpatienterne følger de anbefalede årskontroller for i forvejen kendte kroniske lidelser, og om der ses en forskel i kontrollen af disse omkring diagnosetidspunktet for kræftsygdommen.

Metode:

Dette studie er et journalauditstudie med data indsamlet i to praksisser i november 2025. Familielægerne i Holme, en 3-mands praksis med 4800 patienter tilknyttet, samt Lægerne Hovedgaden 11 i Rønde, en 2-mands praksis med 3200 patienter tilknyttet.

Patienterne er inkluderet ud fra følgende ICPC-koder:

R84 Kræft i lunge, D75 Kræft i tyktarm/endetarm, Y77 Prostatakræft, X76 Brystkræft via XMO statistikprogram.

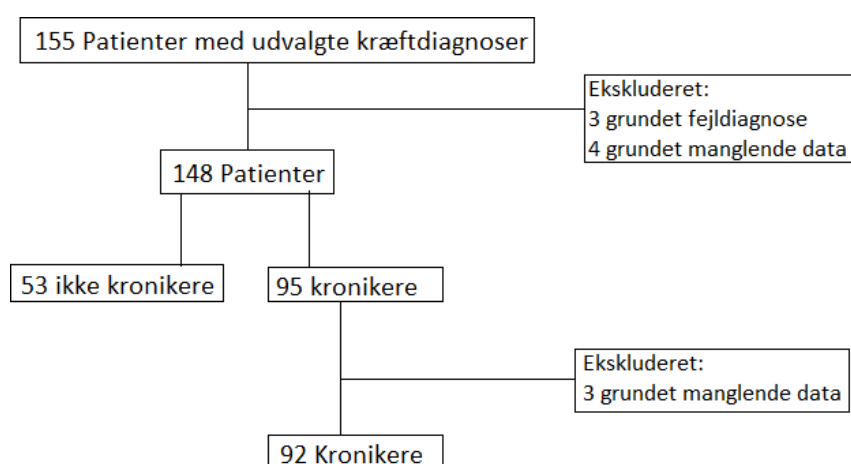
Diagnoserne er udvalgt, da de er blandt de hyppigste kræftdiagnoser i Danmark, samt for at sikre at både kvinder og mænd repræsenteres. Ved praksis i Holme er der for bryst- og prostatakræft kun inkluderet 20 patienter i hver gruppe for at det tidsmæssigt kunne lade sig gøre at gennemgå dem, selvom praksis havde en del flere end disse. De 20 er tilfældigt udvalgt efter fødselsdato. Ligeledes er ikke alle brystkræftpatienter fra klinikken i Rønde inkluderet, men 23 tilfældigt udvalgte. Afdøde patienter er ekskluderet fra undersøgelsen, da de ikke fremkommer ved søgningen på diagnosekoderne i XMO statistikprogram.

Ved gennemgang af journal blev diagnosetidspunktet for kræftdiagnosen fastslået. Derefter blev journalerne gennemgået med diagnosesøgninger på patientens kroniske diagnoser fra 5 år før kræftdiagnosen og frem til nu, eller som minimum 5 år efter kræftdiagnosen. Derefter blev der lavet fritekstsøgning for årskontrol ved at søge på "årskontrol, årsk, kontrol, årstjek". For at årskontrollen var gældende, skulle det fremgå tydeligt, at der var tale om årskontrol og ikke tilfældige prøver og medicinjusteringer.

Patienterne er efterfølgende inddelt i relevante grupper i forhold til, om de havde regelmæssige kontroller før og efter kræftdiagnosen. Patienter med kræftdiagnosen stillet inden for de sidste 16 måneder er omtalt som nydiagnosticerede, da diagnosen er så ny, at det er svært at udtale sig om manglende kontrol endnu eller blot almindelig årsvariation.

Resultater:

I studiet blev inkluderet i alt 155 patienter med de udvalgte kræftdiagnoser. 88 patienter fra praksis i Holme samt 67 patienter fra praksis i Rønde. Patienter, hvor kræftdiagnosen viste sig at være fejlregisteret blev ekskluderet. Ligeledes blev patienter ekskluderet, hvis diagnosen var så gammel, at der ikke var data for kroniske lidelser på diagnosetidspunktet. Dette gav samlet set 148 patienter, heraf havde 95 patienter anden kronisk lidelse som krævede årskontrol. Se flowchart nedenfor over inkluderede patienter i studiet.



De inkluderede patienter havde en eller flere af følgende kroniske lidelser: Hypertension, diabetes, hjertesvigt, hyperkolesterolemie, osteoporose, KOL, astma, depression og angst.

Andelen af kræftpatienter, som har en af ovenstående kroniske lidelser med anbefaling om årskontrol, er samlet 64%, hhv. 66% i Holme og 62% i Rønde. Se tabel 1. Det ses for begge praksisser, at der blandt lungekræftpatienterne er højest forekomst af anden kronisk lidelse. Helt op mod 90% af disse har anden kronisk lidelse på tidspunktet for kræftdiagnosen.

Resultater	Antal patienter		Kronikere		Ikke kronikere	
	Holme	Rønde	Holme	Rønde	Holme	Rønde
I alt	83	65	55 (66%)	40 (62%)	28	25
Lunge	20	9	18 (90%)	8 (89%)	2	1
Tarm	25	17	14 (56%)	10 (59%)	11	7
Bryst	19	22	9 (47%)	12 (55%)	10	10
Prostata	19	17	14 (74%)	10 (59%)	5	7
I alt begge praksis	148		95 (64%)		53 (36%)	

Tabel 1: Overblik over inkluderede patienter og andel af patienter med anden kronisk lidelse.

Af de 95 patienter med kræftsygdom og anden kronisk lidelse med anbefalet årskontrol, blev i alt 3 ekskluderet grundet manglende oplysninger i journal resulterende i tilbageværende 92 patienter. Se tabel 2. 40% af patienterne havde regelmæssig årskontrol før og efter kræftdiagnosen. 29% af patienterne havde en uregelmæssig kontrol både før og efter diagnosen uden tegn til, at kræftdiagnosen ændrede på hyppighed af eller mangel på kontroller. 4% af patienterne havde ikke fast årskontrol inden kræftdiagnosen, men blev sat i regelmæssig kontroller efter. 26% af patienterne havde regelmæssig kontrol inden kræftdiagnose, men ved kræftdiagnosen ses ændring i mønstret.

Kronikere:	I alt		+/+		-/-		-/+		+/?	
	Holme	Rønde	Holme	Rønde	Holme	Rønde	Holme	Rønde	Holme	Rønde
I alt	55	37	16	21	22	5	3	1	14	10
Lunge	18	7	4	2	6	0	1	0	7	5
Tarm	14	9	4	7	6	1	1	0	3	1
Bryst	9	11	2	7	3	3	1	0	3	1
Prostata	14	10	6	5	7	1	0	1	1	3
I alt begge praksis	92		37 (40%)		27 (29%)		4 (4%)		24 (26%)	

Tabel 2: Overblik over patienter med kræftdiagnose og anden kronisk lidelse med anbefalede årskontroller.

+/+ Regelmæssig kontrol før og efter kræftdiagnose. -/- uregelmæssig kontrol både før og efter kræftdiagnose.

-/+ uregelmæssig kontrol før, men regelmæssig efter. +/? Regelmæssig kontrol før og ændring i kontrolforløb efter kræftdiagnosen eller nylig kræftdiagnose.

I tabel 3 ses nærmere på de 24 patienter (26%), hvor kræftdiagnosen ser ud til at have indflydelse på kontrollerne. Her har 9 af de 24 patienter fået kræftdiagnosen stillet inden for de sidste 16 måneder og vurderes dermed som nydiagnosticerede. Ved de øvrige 15 patienter ses der ved kræftdiagnosen ændring af regelmæssigheden af årskontrollerne. Dette svarende til i alt 16% af de 92 kronikere.

6 af patienterne manglede en årskontrol i året efter kræftdiagnosen, men er efterfølgende kommet tilbage i fast opfølgning. 3 af patienterne manglede 2 årskontroller efter kræftdiagnosen og er efterfølgende tilbage i fast opfølgning. 2 af patienter manglede 3 årskontroller efter kræftdiagnosen og er efterfølgende tilbage i fast opfølgning. De sidste 4 patienter mangler 1-2 årskontroller og er endnu ikke tilbage i regelmæssig kontrol efter kræftdiagnosen.

	Holme	Rønde	Samlet
Diagnose inden for de sidste 16 måneder			
I alt	5	4	9
Diagnose stillet før de sidste 16 måneder			
Mangler 1 kontrol	5	1	6
Mangler 2 kontrol	2	1	3
Mangler 3 kontrol	1	1	2
Mangler 1-2 og endnu ikke fast derefter	1	3	4
Mangler kontrol i alt	9	6	15(16%)
I alt	14	10	24(26%)

Tabel 3: Overblik over patienter med kræftsygdom og anden kronisk diagnose som anbefales regelmæssige kontroller, hvor der ses ændring i regelmæssigt kontrolforløb ved kræftdiagnosetidspunktet eller hvor kræftdiagnosen er nydiagnosticeret. Procentberegning i forhold til de samlede 92 kronikere.

Samlet set påvirkes 26% af kronikerforløbene, når kræftdiagnosen stilles, men ses der bort fra de nydiagnosticerede påvirkes 16% af forløbene. Den procentvise påvirkning af årskontrollerne vurderes relativt ens for de to praksisser.

Diskussion:

Overordnet ses en forekomst af komorbid kronisk lidelse på 64% blandt kræftpatienterne i den undersøgte patientpopulation. Dette stemmer godt overens med de beskrevne tal i litteraturen (1,2,3). Der er nogen forskel i prævalensen af kronisk lidelse blandt de forskellige kræfttyper i undersøgelsen med højest prævalens blandt lungekræftpatienter og lavest for brystkræftpatienter.

Hos patienterne med komorbid kronisk lidelse fremgår, at 40% havde regelmæssig årskontrol før og efter kræftdiagnosen. En større gruppe på 29% af patienterne havde uregelmæssig årskontrol både inden og efter kræftdiagnosen, og dette således uafhængigt af diagnosticeringen af kræftsygdom. 26% havde regelmæssig årskontrol op til kræftdiagnosen, hvorefter der ses ændring i mønstret. Når der i denne gruppe ses bort fra nydiagnosticerede findes det, at 16% af kronikerforløbenes årskontroller påvirkes omkring kræftdiagnosetidspunktet. Det kan dog ikke udelukkes, at nogle af patienterne i gruppen af nydiagnosticerede også vil have et udfald på opfølgningen af deres kroniske lidelse efter kræftdiagnosen, så tallet kan potentielt ligge højere; op mod de 26%.

Af de 16%, hvor årskontrollerne påvirkes omkring kræftdiagnosetidspunktet, fremgår at 11 ud af de 15 patienter kommer tilbage i regelmæssig kontrol igen efter et udfald i opfølgningen på mellem 1-3 år. Heraf ses flest i gruppen som mangler en enkelt årskontrol. Se tabel 3.

Hos de 4 patienter, som ikke er kommet igang med regelmæssig kontrol af deres kroniske lidelse igen efter diagnosticering af kræftsygdom gælder hos alle, at kræftdiagnosen er stillet indenfor de sidste 1-3 år.

Samlet vurderes det ud fra ovenstående ikke, at diagnosticering af kræftsygdom i sig selv har større betydning for den overordnede opfølgning af patienternes kroniske lidelse i almen praksis, dog med opmærksomhed på, at der kan ses et udfald i opfølgningen på få år omkring kræftdiagnosetidspunktet.

Mulige årsager til udfald på kontrolforløb

Der kan være andre årsager end kræftdiagnosen til grund for den uregelmæssighed i opfølgning af kronisk lidelse, som ses hos de 16% af patienterne.

Covid pandemien i 2020/2021 kan have haft indflydelse på årskontrollerne i disse år. Det er derfor overvejende sandsynligt, at en del af de observerede udfald kan skyldes manglende eller aflyste årskontroller i forbindelse med Covid og ikke grundet kræftsygdommen. Der blev ved journalaudit registreret et par tilfælde, hvor praksis aflyste eller udsatte årskontroller grundet dette. Der kan dog ikke siges noget om størrelsen af denne problematik.

Herudover kan terminal cancer eller udvikling i demenssygdom være eksempler på årsager til, at man har fravalgt regelmæssig opfølgning af kroniske lidelser, og dette tager fundene i denne undersøgelse ikke højde for.

I flere tilfælde er der fra praksis side sendt reminder om årskontrol til patienten. Dette taler for, at klinikkerne har organiseret systematik omkring årskontrollerne, så den ændring der ses i opfølgningen efter kræftdiagnose, måske har mere patientrelaterede årsager. Dette ligger i tråd med praktiserende lægers udsagn fra undersøgelsen af Arreskov(11), hvor det beskrives, at erfaringen er, at der kun mistes opfølgning hos få patienter grundet en klar struktur omkring kronikerne i klinikkerne.

Af mere patientrelaterede årsager kan overvejes, om skift i behandlingssted kan have indflydelse på den kontinuerlige tilknytning til praksis (5), således at denne nedprioriteres, imens kræftbehandlingen foregår via sygehus. I forlængelse heraf har dette studie ikke haft i fokus, om patienterne har været velregulerede i deres kroniske lidelser og derfor heller ikke taget højde for vigtigheden af de enkelte kontroller. Det kan tænkes, at der fx er velbehandlede hypertensionspatienter, som har fået taget regelmæssige blodtryk og blodprøver på kræftafdelingen i forbindelse med kræftbehandlingen, og årskontrollen i praksis dermed har været mindre relevant, i hvert fald for det rent biomedicinske.

I et kvalitativt studie, hvor 15 danske patienter interviewes omkring deres perspektiv på kræftsygdom og samtidig kronisk lidelse (5), angives at de fleste af patienterne prioriterer deres kroniske lidelse lige så højt som inden kræftdiagnosen, og at kræften efter endt behandling ofte

beskrives som et lukket kapitel, hvorfor de fleste vender tilbage til regelmæssig kontrol af deres kroniske lidelse. Kontrollerne i praksis beskrives som værende en vigtig del af opretholdelse af "normalitet" i hverdagen, og det fremhæves, at den praktiserende læges prioritering af den kroniske lidelse har positiv betydning for patienternes egenomsorg i den henseende. Disse betragtninger stemmer godt overens med det udfald på årskontroller, der ses i denne undersøgelse, og kan formentlig også forklare en del af baggrunden herfor.

Ud af de 16 % af patienter med påvirket regelmæssighed af årskontroller efter kræftdiagnosen ses en overvægt af patienter diagnosticeret med lungekræft, mens der ses jævn fordeling mellem de øvrige. Der kan således være en tendens til at en diagnose med lungekræft i højere grad påvirker regelmæssigheden i årskontrollerne. Man kan overveje, om dette er et udtryk for, at lungekræftpatienter ofte er en mere sårbar gruppe, med f.eks. højere frekvens af komorbiditet og eventuelt generelt lavere socioøkonomisk status eller højere alder. Det kan også tænkes, at kræftdiagnosen i denne gruppe hyppigere er af så alvorlig grad, at årskontrollerne træder i baggrunden for kræftbehandlingen.

Styrker og svagheder:

En stor styrke ved dette studie er, at patienterne er deres egne kontroller, da der ses på samme patient før og efter kræftdiagnosen. Dette udelukker en del confoundere. Ulempen ved dette er, at der ikke er nogen separate kontroller at sammenligne med. Der kan derfor ikke drages nogen konklusioner om, hvordan det ser ud med årskontroller generelt og om fx Covid generelt gjorde en forskel for kronikerkontrollerne ved både kræft og ikke kræftpatienter.

En anden styrke ved studiet er, at de overordnede tal om hvor mange kræftpatienter, der har anden kronisk diagnose med behov for årskontrol, er sammenligneligt med litteraturen på området.

Studiets størrelse sætter sine begrænsninger i forhold til at kunne drage konklusioner og lave beregninger på resultaterne, da antallet af patienter i de forskellige grupper er lavt. Studiet kan dermed hovedsageligt sige noget om tendenser.

Omfanget af studiet er begrænset af tiden afsat til projektet og opgavens størrelse. Med mere tid ville der kunne trækkes flere data og der ville være tid til at søge mere dybdegående i de enkelte journaler og dermed nedbringe usikkerheder omkring, om der har været årskontrol eller ej.

Dette leder til en anden svaghed ved studiet. Resultaterne er fundet ved manuel optælling og registreringen af patienternes årskontroller kan være svære at finde i journalen. Der ses stor variation i, hvordan årskontroller journalføres, og om de kodes både praksis imellem og mellem lægerne i den enkelte praksis samt ved lægeskift i perioden. Der blev bemærket ved journalaudit, at nogle patienter havde fået taget blodprøver og lavet medicinjusteringer, men uden tydeliggørelse af, at det drejede sig om en årskontrol. Dette besværliggør nøjagtig optælling. For at sikre at alle årskontroller er optalt korrekt, vil det dermed kræve, at man gennemgår den enkelte journal for journalnotat, diagnosekode, regning for årskontrol og årskontrolblodprøver, hvilket vurderes for omfattende for et projekt af denne størrelse.

Jævnfør ovenstående kan der være patienter, der er fejlplaceret i grupperne grundet oversete årskontroller ved gennemgang. Dette vil dog kun kunne påvirke resultaterne i positiv retning, da patienterne derved er bedre kontrolleret end det fundne.

Konklusion og perspektivering:

Vurderingen af dette lille studie er, at en kræftdiagnose ikke påvirker årskontroller af i forvejen kendte kroniske diagnoser i væsentlig grad, da der som ovenfor gennemgået kan være flere relevante årsager til det udfald, der ses hos de 16% af de undersøgte patienter. Dette stemmer godt overens med tidligere danske studier om praktiserende lægers og patienters opfattelse på området (5,11).

Der er altså ud fra denne undersøgelse umiddelbart ikke fundet behov for at lave en særlig indsats for at bibeholde kræftpatienter i faste årskontroller. Der ses et udfald på årskontrollerne hos en mindre del af kræftpatienterne ved diagnosetidspunktet, men hos 29% af alle patienterne ses tendens til uregelmæssig årskontrol både før og efter en kræftdiagnose. Samlet peger det i retning af, at systematik omkring regelmæssig årskontrol er et relevant fokus i almen praksis generelt. Også hos kræftpatienterne som udtrykker en positiv betydning af at mærke, at den praktiserende læge prioriterer deres kroniske lidelse (5).

Kræftplan V omtaler fokus på særligt sårbare grupper, og skal man i dette studie alligevel pege på en gruppe, hvor en særlig indsats omkring årskontroller kunne være et fokusområde, er det lungekræftpatienterne. De ses overrepræsenteret i gruppen, hvor kræftdiagnosen ser ud til at have indflydelse på kontrollerne. Der kan være relevante årsager til, at årskontrollerne nedprioriteres i denne gruppe, men det kunne være et relevant fokuspunkt til nærmere undersøgelse i almen praksis i fremtiden.

Litteraturliste:

- 1: Heins MJ, Korevaar JC, Donker GA, Rijken PM, Schellevis FG. The combined effect of cancer and chronic diseases on general practitioner consultation rates. *Cancer Epidemiol.* 2015 Feb;39(1):109-14. doi: 10.1016/j.canep.2014.12.002. Epub 2015 Jan 2. PMID: 25560973.
- 2: Kræftplan V, Sundhedsstyrelsen, maj 2025.
- 3: Ahmad TA, Gopal DP, Chelala C, Dayem Ullah AZ, Taylor SJ. Multimorbidity in people living with and beyond cancer: a scoping review. *Am J Cancer Res.* 2023 Sep 15;13(9):4346-4365. PMID: 37818046; PMCID: PMC10560952.
- 4: DSAM; Kræftopfølgning i almen praksis, 2019.
- 5: Arreskov AB, Graungaard AH, Kristensen MT, Søndergaard J, Davidsen AS. Life goes on... Patient perspectives on having a cancer diagnosis and other comorbid diseases: A qualitative study. *Chronic Illn.* 2021 Mar;17(1):17-28. doi: 10.1177/1742395318815954. Epub 2018 Dec 11. PMID: 30537851.
- 6: 1: Mazza D, Mitchell G. Cancer, ageing, multimorbidity and primary care. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2017 May;26(3). doi: 10.1111/ecc.12717. Epub 2017 May 11. PMID: 28497470.
- 7: Snyder CF, Frick KD, Herbert RJ, Blackford AL, Neville BA, Wolff AC, Carducci MA, Earle CC. Quality of care for comorbid conditions during the transition to survivorship: differences between cancer survivors and noncancer controls. *J Clin Oncol.* 2013 Mar 20;31(9):1140-8. doi: 10.1200/JCO.2012.43.0272. Epub 2013 Feb 11. PMID: 23401438; PMCID: PMC3595422.
- 8: Griffiths RI, McFadden EC, Stevens RJ, Valderas JM, Lavery BA, Khan NF, Keating NL, Bankhead CR. Quality of diabetes care in breast, colorectal, and prostate cancer. *J Cancer Surviv.* 2018 Dec;12(6):803-812. doi: 10.1007/s11764-018-0717-5. Epub 2018 Oct 6. PMID: 30291561; PMCID: PMC6244927.
- 9: de Haan-Du J, Landman GWD, Kleefstra N, Schrijnders D, Manders M, Bos ACRK, Tromp-van Driel C, Denig P, Groenier KH, de Bock GH. Glycemic Control for Colorectal Cancer Survivors Compared to Those without Cancer in the Dutch Primary Care for Type 2 Diabetes: A Prospective Cohort Study. *Cancers (Basel).* 2021 Jun 2;13(11):2767. doi: 10.3390/cancers13112767. PMID: 34199595; PMCID: PMC8199666.
- 10: Khan NF, Mant D, Rose PW. Quality of care for chronic diseases in a British cohort of long-term cancer survivors. *Ann Fam Med.* 2010 Sep-Oct;8(5):418-24. doi: 10.1370/afm.1162. PMID: 20843883; PMCID: PMC2939417.
- 11: 1: Arreskov AB, Graungaard AH, Kristensen MT, Søndergaard J, Davidsen AS.

General practitioners' perspectives on chronic care consultations for patients with a history of cancer: a qualitative interview study. *BMC Fam Pract.* 2019 Aug 27;20(1):119. doi: 10.1186/s12875-019-1009-5. PMID: 31455259; PMCID: PMC6710867.