

## Statusartikel

# Kræftforløb for patienter med samtidig svær psykisk sygdom

Louise Elkjær Fløe<sup>1\*</sup>, Astrid Næraa Høeg Vendelsøe<sup>2\*</sup>, Lars Henrik Jensen<sup>2, 3</sup>, Mette Stie<sup>2, 3</sup>, Peter Hjorth<sup>3, 4</sup>, Jens Søndergaard<sup>5</sup>, Anna Mygind<sup>6</sup>, Poul Videbech<sup>7, 8</sup>, Jesper Grau Eriksen<sup>1, 9</sup>, Terese Myhre Bentson<sup>10</sup>, Josefine Maria Bruun<sup>1</sup>, Søren Paaske Johnsen<sup>11</sup> & Mette Asbjørn Neergaard<sup>9, 12</sup>

1) Kræftafdelingen, Aarhus Universitetshospital, 2) Kræftafdelingen, Vejle Sygehus, Sygehus Lillebælt, 3) Institut for Regional Sundhedsforskning, Syddansk Universitet, 4) Psykiatrisk Afdeling, Vejle, Psykiatrien i Region Syddanmark, Syddansk Universitet, 5) Forskningsenheden for Almen Praksis, Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet, 6) Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus, 7) Center for Neuropsykiatrisk Depressionsforskning, Psykiatrisk Center Glostrup, 8) Institut for Klinisk Medicin, Københavns Universitet, 9) Klinisk Institut, Aarhus Universitet, 10) Klinisk Basisuddannelse, Region Midtjylland, 11) Dansk Center for Sundhedstjenesteforskning, Klinisk Institut, Aalborg Universitet, 12) Enhed for Lindrende Behandling, Kræftafdelingen, Aarhus Universitetshospital

Ugeskr Læger 2024;186:V09230604. doi: 10.61409/V09230604

## HOVEDBUDSKABER

- Patienter med kræft og svær psykisk sygdom har bl.a. øget mortalitet.
- Løsninger bør målrettes hhv. patient-, behandler- og systemniveau med fokus på patientcentreret, tværfagligt og tværsektorielt samarbejde.
- Forskningsgrupper afdækker p.t. barrierer og udvikler interventioner til forbedrede kræftforløb.

Af de årligt ca. 47.000 nydiagnosticerede patienter med kræft i Danmark, estimeres 5,5% til samtidig at have psykisk sygdom, der har betydning for deres funktionsevne [1]. På landsplan svarer det årligt til, at ca. 2.600 nye patienter med kræft har en behandlingskrævende psykiatrisk sygdom.

Patienter med kræft og samtidig svær psykisk sygdom (engelsk: severe mental disorder (SMD)) er en særligt udfordret gruppe. WHO definerer SMD som diagnoserne: moderat til svær depression, skizofreni og bipolar lidelse [2]. Disse sygdomme indebærer typisk omfattende funktionsnedsættelse, der har betydelige konsekvenser for personens liv [1].

International og dansk litteratur har vist, at mennesker med SMD har øget forekomst og mortalitet af somatiske sygdomme, inkl. kræft [2-4]. Patienter med SMD har ifølge WHO 2-3 gange forhøjet

mortalitet sammenlignet med patienter uden, hvilket svarer til 10-20 år kortere forventet levetid [2].

Patienter med SMD deltager i mindre grad i screeningsprogrammer [5, 6] og har oftere et mere avanceret kræftstadium ved diagnosticering [6, 7]. Selv når der justeres for disse forhold, er der højere kræftdødelighed hos patienter med samtidig SMD sammenlignet med patienter uden forudgående kendt psykisk sygdom [8, 9]. Medvirkende til den højere dødelighed kan være, at patienter med samtidig SMD sjældnere henvises til behandling, der følger de nationale retningslinjer [10, 11], og i højere grad er udsat for forsinkelse i deres behandling [12]. Derudover diagnosticeres deres kræftsygdom i mindre omfang via pakkeforløb og i højere grad via kontakter i akutmodtagelsen [13]. Diagnostik ad akutte udredningsveje er associeret med dårligere prognose, også i dansk kontekst [14].

I Danmark er der igennem de seneste år kommet en stigende opmærksomhed på ulighed i sundhed og patienter med SMD, men det er endnu utilstrækkeligt udforsket, hvad der forårsager uligheden i kræftbehandlingen. Dette skyldes formentlig, at der er begrænset evidens for, hvordan man hjælper denne patientgruppe gennem deres kræftbehandling, og at patienter med SMD generelt er underrepræsenterede i kræftforskningen [15].

Vi vil i denne statusartikel sætte fokus på patienter med kræft og samtidig SMD og beskrive den nyeste litteratur om årsager til denne ulighed samt diskutere mulige tiltag til at reducere uligheden.

## Barrierer i kræftforløbet

Flere litteraturstudier har forsøgt at samle den nuværende viden om patienter i kræftforløb med samtidig SMD [16-18]. Nedenfor gennemgås udvalgte identificerede barrierer inddelt efter tre forskellige niveauer: patient-, behandler- og systemniveau. En samlet oversigt kan ses i **Tabel 1**, som er inspireret af *Bentson et al* [16] og *Leahy et al* [18].

**TABEL 1** Barrierer på patient-, behandler- og systemniveau i patientforløb for patienter med kræft og samtidig svær psykisk sygdom [16, 18].

*Patientniveau*

Manglende behandling af den psykiske sygdom  
Frygt for at interagere med andre mennesker/systemet  
Manglende netværk  
Manglende egenomsorg og opmærksomhed på fysiske symptomer  
Manglende tillid til sundhedsvæsenet  
Manglende komplians  
Afviser støttende tilbud/tiltag under kræftbehandling

*Behandlerniveau*

Manglende identifikation af psykisk sygdom  
Manglende viden om psykisk sygdom  
Manglende tid i konsultationen på afdelingerne til at tale med patienten og koordinere med primærsektoren  
Manglende evne til at vurdere, om symptomer kommer fra psykisk sygdom eller fysisk tilstand  
Stigmatisering af patienter med psykisk sygdom  
Manglende evne til at vurdere patienters beslutningsevne  
Manglende systematik

*Systemniveau*

Manglende kontinuitet blandt personalet  
Fragmentering af sundhedssystemet  
Ansvarsglidning mellem sektorer  
Manglende ressourcer til at håndtere komplicerede forløb  
Manglende uddannelse af personale

---

Barrierer på patient- og behandlerniveau er oftest indbyrdes afhængige, hvorfor de er beskrevet samlet her. Gennemgående for studierne er, at manglende identifikation og behandling af SMD er en barriere for et optimalt kræftforløb [16-18]. Derudover har patienter med samtidig SMD ofte en

begrænset tillid til sygehusvæsenet, hvilket sammen med en manglende opmærksomhed på fysiske og psykiske symptomer kan gøre det sværere for behandleren at tolke og vurdere patienternes symptomer [16-18]. Dette gælder især, hvis behandleren i forvejen ikke ved nok om patientgruppens symptomatologi og problemer og har for lidt tid til en fyldestgørende anamnese [16, 18]. Dette kan forværre eventuel eksisterende stigmatisering og kan betyde, at kræftbehandlingen bliver suboptimal, da patienten muligvis afbryder behandlingen eller afviser støttende tiltag [16-18].

På systemniveau er de væsentligste barrierer relateret til fragmentering af behandlingssystemet, manglende systematisk tilgang til patienter med samtidig SMD, begrænsede ressourcer og manglende kontinuitet blandt de sundhedsprofessionelle [16, 18]. Fragmenteringen fører til delt behandlingsansvar med risiko for, at ingen har det overordnede ansvar, hvorfor patienter med kræft og samtidig SMD let tabes i systemet [16, 18].

På trods af, at de inkluderede studier hovedsageligt er fra ikkeeuropæiske lande, hvor sundhedsvæsenet er struktureret anderledes end i Danmark, bekræfter et nyt dansk antropologisk studie ovenstående fund [19].

## Facilitatorer til bedre kræftforløb

Litteraturen peger på følgende muligheder for at bedre kræftforløbet for patientgruppen:

### På patient- og behandlerniveau

Et vigtigt skridt til at hjælpe patienter med kræft og samtidig SMD er tidlig identifikation af den psykiske sygdom på lige fod med somatiske sygdomme [18, 20]. I tråd med dette er stabilisering af psykiske symptomer vigtig i forhold til at mindske risikoen for, at patienten afviser behandling eller undlader at reagere på vigtige fysiske symptomer på grund af psykiske symptomer [20]. Da patientgruppen ofte har et skrøbeligt netværk, kan der samtidig være behov for øget opmærksomhed og støtte fra sundhedsvæsenet igennem kræftforløbet [21].

At hjælpe patientgruppen behøver ikke at kræve indgående kendskab til psykiske sygdomme hos det sundhedsfaglige personale på kræftafdelingerne. *Weiner & Schwartz* arbejder med begrebet »contextualising care« – en systematisk tilgang for læger til at opfange signaler om kontekstuelle faktorer, der har indflydelse på behandlingen, f.eks. økonomiske problemer og udfordringer i forhold til egenomsorg, og at tage højde for dette i behandlingsplanen [22]. Begrebet blev udformet, da *Weiner & Schwartz* i deres forskning opdagede flere behandlingsfejl, hvor vigtige elementer i patientens kontekst ikke var blevet opdaget eller inddraget, resulterende i et dårligere behandlingsforløb. Tilgangen indebærer derfor kommunikative og kognitive greb, der skal hjælpe lægerne med at spørge relevant ind til sammenhængen, opfange patientens egne signaler og tage højde for forløbet i behandlingsplanen. Begrebet er tænkt i en bred læge-patient-kontekst, men virker særligt relevant for patienter med SMD. Frem for at bruge kræfter på at opnå et grundigt kendskab til de enkelte psykiske sygdomme og deres mulige konsekvenser for kræftbehandlingen

kan lægerne lære hurtigt at kortlægge patientens konkrete problem, f.eks. manglende socialt netværk og ubehag ved at sidde i rum med mange andre mennesker, og handle relevant ud fra denne viden [22].

Afstigmatisering er blevet beskrevet grundigt i »The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health«. Vi vil derfor ikke gå nærmere ind i dette, men i stedet fremhæve et af kommissionens kernebudskaber: At involvering af mennesker med psykisk sygdom i udviklingen af interventioner er nødvendig for afstigmatisering, hvorfor patienterne i højere grad bør inddrages i forskning på området [23].

## På systemniveau

En stor udfordring på systemniveau er fragmenteringen af sundhedsvæsenet, både mellem de forskellige somatiske afdelinger og primærsektoren. En løsning på dette kunne være lettere kommunikation mellem de enkelte sygehusafdelinger og primærsektoren, f.eks. via onlinemøder [18, 20]. Samarbejdet med almen praksis er essentielt, da almen praksis spiller en stadig større rolle i kræftopfølgningen [24]. Dog oplever kun 8% af de alment praktiserende læger, at den skriftlige information fra sygehusene i høj grad giver dem tilstrækkelig viden om bivirkninger til kræftbehandling og senfølger generelt [25].

Derudover er der behov for at allokere ekstra tid, ressourcer og personale for at optimere behandlingen for patienter med kræft og samtidig SMD. Disse patienter har ofte mange komplekse sociale og somatiske problemstillinger, der kan være mere ressourcekrævende i forhold til at komme frem til en fælles løsning og få koordineret de forskellige indsatser [26]. Kontinuitet blandt personalet er en vigtig faktor for at styrke tilliden til systemet og forbedre behandlingsrelationen. Et systematisk review har vist, at øget kontinuitet er associeret med lavere mortalitet, både i hospitalsregi og i almen praksis [27].

Som løsning på komplekse sundhedsudfordringer anbefaler det britiske Medical Research Council systematisk forskning i udvikling, evaluering og implementering af nye sundhedsinterventioner [28]. Herved kan der udvikles interventioner, der er bedst muligt tilpasset både patienter, sundhedsprofessionelle og sundhedsvæsenet som helhed, og som forhåbentlig kan begrænse spild af værdifulde ressourcer.

Der foreligger, så vidt vi er orienterede, aktuelt ingen evidensbaserede danske interventioner, men *Irwin et al* [29] har i en amerikansk kontekst udviklet en personcentreret samarbejdsmodel mellem psykiatrien og onkologien med fokus på proaktiv identifikation af psykiatrisk sygdom, kontinuitet i personale samt en casemanager til at hjælpe patienten igennem systemet. Modellen er netop afprøvet i et randomiseret studie, hvor den har vist sig at reducere klinisk betydende afbrydelser i kræftbehandlingen med en tredjedel (17,2-35,1%) samt mindske patienternes psykiske symptomer [30].

Når der udvikles nye sundhedsinterventioner, er det vigtigt at være opmærksom på allerede eksisterende tilbud og interventioner. Aktuelt findes der i Danmark mange forskellige støttende

tilbud til patienter med SMD og deres pårørende, men tilbuddene er meget varierende fra forskellige kommunale tilbud og patientforeninger. Der er intet samlet overblik over tilbuddene eller kvaliteten af dem, og den manglende ensartethed gør det udfordrende for både de sundhedsprofessionelle og patienterne at navigere i systemet.

Problematikken med kræftforløb hos patienter med samtidig SMD har fået stigende opmærksomhed, og i de kommende år vil flere danske forskningsprojekter generere viden om, hvordan man hjælper denne gruppe bedst igennem deres kræftforløb. Her skal nævnes nogle få eksempler på tiltag og forskningsprojekter inden for området SMD og samtidigt kræftforløb.

I forskningsinitiativet CASEMED (Cancer patients with pre-existing SEvere MEntal Disorders) er der flere igangværende og planlagte projekter med udgangspunkt i Region Midtjylland og med samarbejdspartnere i Region Nordjylland og Region Hovedstaden. Samtidig undersøger forskere i Region Syddanmark problematikken gennem flere projekter under navnet »The Outreach Study«. De to forskningsgrupper vil udveksle viden og samarbejde løbende i håb om at udvikle en national indsats til patientgruppen. Ligeledes har Dansk Forskningscenter for Lighed i Kræft (COMPAS) flere forskningsprojekter med fokus på patientgruppen, ofte med socialt sårbare som hovedfokus. Et konkret tiltag er desuden landsindsatsen »En af Os«, der har lavet kittelkort og en hjemmeside med interaktivt informationsmateriale til somatisk personale om personer med psykisk lidelse i det somatiske sundhedsvæsen.

Erfaringerne fra disse initiativer vil potentielt også kunne gavne patienter med samtidig SMD og andre somatiske lidelser.

## Konklusion

Patienter med kræft og samtidig SMD har øget mortalitet, henvender sig senere i kræftforløbet og diagnosticeres oftere ved kontakt til akutmodtagelsen end patienter uden samtidig SMD. Derudover modtager de sjældnere onkologisk behandling i henhold til gældende guidelines, og deres behandling forsinkes eller afbrydes oftere. Årsagerne til dette er komplekse, og der kan identificeres barrierer på både patient-, behandler- og systemniveau. Derfor skal løsningerne på disse udfordringer også rettes mod flere niveauer. Set i en dansk kontekst er der behov for mere forskning på området. Igangværende forskning sigter mod at beskrive patientgruppens vanskeligheder i det danske sundhedsvæsen og at udvikle implementerbare interventioner, der har fokus på patientcentreret, tværfagligt og tværsektorielt samarbejde, for at forbedre behandlingsforløbene og dermed overlevelsen hos denne gruppe.

**Korrespondance** Louise Elkjær Fløe. E-mail: [louise.elkjaer@auh.rm.dk](mailto:louise.elkjaer@auh.rm.dk)

\*) Delt førsteforfatterskab

**Antaget** 14. juni 2024



Publiceret på [ugeskriftet.dk](https://ugeskriftet.dk) 19. august 2024

**Interessekonflikter** Der er anført potentielle interessekonflikter. Forfatterernes ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på [ugeskriftet.dk](https://ugeskriftet.dk)

**Referencer** findes i artiklen publiceret på [ugeskriftet.dk](https://ugeskriftet.dk)

**Artikelreference** Ugeskr Læger 2024;186:V09230604

doi [10.61409/V09230604](https://doi.org/10.61409/V09230604)

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

## SUMMARY

### Patients with cancer and pre-existing severe mental disorder

Patients with cancer and pre-existing severe mental disorder, which include moderate to severe depression, bipolar disorder and schizophrenia, are known to have reduced life expectancy and are less likely to get recommended cancer treatment. Barriers at patient-, provider- and system level have been identified, e.g. lack of identification of psychiatric comorbidity, shortage of stabilising psychiatric symptoms and fragmentation of the healthcare system. Patient-centered, interdisciplinary and cross-sectorial healthcare interventions have shown a high potential to improve the cancer care, as argued in this review.

## REFERENCER

1. National Institute of Mental Health. Mental illness. [www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness](https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness) (8. maj 2023)
2. WHO. Management of physical health conditions in adults with severe mental disorders. WHO guidelines. WHO, 2018:34-7
3. Zhuo C, Tao R, Jiang R et al. Cancer mortality in patients with schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2017;211(1):7-13. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.195776>
4. Pinquart M, Duberstein PR. Depression and cancer mortality: a meta-analysis. *Psychol Med*. 2010;40(11):1797-810. <https://doi.org/10.1017/S0033291709992285>
5. Jensen LF, Pedersen AF, Bech BH et al. Psychiatric morbidity and non-participation in breast cancer screening. *Breast*. 2016;25:38-44. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2015.10.002>
6. Kaerlev L, Lachina M, Trosko O et al. Colon cancer patients with a serious psychiatric disorder present with a more advanced cancer stage and receive less adjuvant chemotherapy – a nationwide Danish cohort study. *BMC Cancer*. 2018;18(1):1050. <https://doi.org/10.1186/s12885-018-4879-3>
7. Bhattacharya M, Parsons H, Call K et al. Impact of a pre-existing diagnosis of mental illness on stage of breast cancer diagnosis among older women. *Breast Cancer Res Treat*. 2023;197(1):201-210. <https://doi.org/10.1007/s10549-022-06793-z>
8. Manderbacka K, Arffman M, Suvisaari J et al. Effect of stage, comorbidities and treatment on survival among cancer patients with or without mental illness. *Br J Psychiatry*. 2017;211(5):304-309. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.117.198952>
9. Plana-Ripoll O, Pedersen CB, Agerbo E et al. A comprehensive analysis of mortality-related health metrics

- associated with mental disorders: a nationwide, register-based cohort study. *Lancet*. 2019;394(10211):1827-1835. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32316-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32316-5)
10. Iachina M, Brønserud MM, Jakobsen E et al. History of depression in lung cancer patients: impact of delay. *Clin Oncol (R Coll Radiol)*. 2017;29(9):585-592. <https://doi.org/10.1016/j.clon.2017.03.014>
  11. Dalton SO, Suppli NP, Ewertz M et al. Impact of schizophrenia and related disorders on mortality from breast cancer: a population-based cohort study in Denmark, 1995-2011. *Breast*. 2018;40:170-176. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2018.06.002>
  12. Iglay K, Santorelli ML, Hirshfield KM et al. Diagnosis and treatment delays among elderly breast cancer patients with pre-existing mental illness. *Breast Cancer Res Treat*. 2017;166(1):267-275. <https://doi.org/10.1007/s10549-017-4399-x>
  13. Virgilsen LF, Vedsted P, Falborg AZ et al. Routes to cancer diagnosis for patients with pre-existing psychiatric disorders: a national register-based cohort study. *BMC Cancer*. 2022;22(1):472. <https://doi.org/10.1186/s12885-022-09598-x>
  14. Danckert B, Falborg AZ, Christensen NL et al. Routes to diagnosis and the association with the prognosis in patients with cancer – a nationwide register-based cohort study in Denmark. *Cancer Epidemiol*. 2021;74:101983. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2021.101983>
  15. Humphreys K, Blodgett JC, Roberts LW. The exclusion of people with psychiatric disorders from medical research. *J Psychiatr Res*. 2015;70:28-32. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.08.005>
  16. Bentson TM, Fløe LE, Bruun JM et al. Barriers in cancer trajectories of patients with pre-existing severe mental disorders - a systematic review. *Psychooncology*. 2023;32(6):862-874. <https://doi.org/10.1002/pon.6138>
  17. Glasdam S, Hybholt L, Stjernswärd S. Experiences of everyday life among individuals with co-existence of serious mental illness and cancer - a qualitative systematic literature review. *Healthcare (Basel)*. 2023;11(13):1897. <https://doi.org/10.3390/healthcare11131897>
  18. Leahy D, Donnelly A, Irwin K, D'Alton P. Barriers and facilitators to accessing cancer care for people with significant mental health difficulties: a qualitative review and narrative synthesis. *Psychooncology*. 2021;30(12):2012-2022. <https://doi.org/10.1002/pon.5848>
  19. Bruun JM, Andreassen P, Fløe LE et al. Professionals' perspectives on caring for cancer patients with pre-existing severe mental disorders. *Dan Med J*. 2024;71(5):A08230497. <https://doi.org/10.61409/A08230497>
  20. Liu NH, Daumit GL, Dua T et al. Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. *World Psychiatry*. 2017;16(1):30-40. <https://doi.org/10.1002/wps.20384>
  21. Sündermann O, Onwumere J, Kane F et al. Social networks and support in first-episode psychosis: exploring the role of loneliness and anxiety. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013;49(3):259-66. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0754-3>
  22. Weiner S, Schwartz A. *Listening for what matters: avoiding contextual errors in health care*. Oxford University Press, 2015. <https://books.google.dk/books?id=2lrpCgAAQBAI>
  23. Thornicroft G, Sunkel C, Aliev AA et al. The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. *Lancet*. 2022;400(10361):1438-1480. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01470-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01470-2)
  24. Dansk Selskab for Almen Medicin. *Kræftopfølgning i almen praksis*. Dansk Selskab for Almen Medicin, 2019. [www.dsam.dk/vejledninger/cancer/1-indledning](http://www.dsam.dk/vejledninger/cancer/1-indledning)
  25. *Kræftens Bekæmpelse*. *Kræft i Danmark*. *Kræftens Bekæmpelse*, 2022: 4.



<https://mediebibliotek.cancer.dk/m/682c190c2abbf6df/original/kraeft-i-danmark-2022-bog-singlepages-3udg.pdf>

26. D'Alton P, O'Meara R, Langford S et al. Barriers to cancer care for people with significant mental health difficulties: what healthcare staff say? *Psychooncology*. 2021;30(12):2032-2038. <https://doi.org/10.1002/pon.5790>
27. Gray DJP, Sidaway-Lee K, White E et al. Continuity of care with doctors – a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open*. 2018;8(6):e021161. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021161>
28. Maindal HT, Hansen ABG, Mygind A et al. Klinisk implementering af komplekse interventioner. *Ugeskr Læger*. 2022;184:V01220003
29. Irwin KE, Park ER, Fields LE et al. Bridge: person-centered collaborative care for patients with serious mental illness and cancer. *Oncologist*. 2019;24(7):901-910. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2018-0488>
30. [Irwin K, Nipp RD, Shaqour SE et al](#). BRIDGE: a randomized trial of person-centered collaborative care for adults with serious mental illness (SMI) and newly diagnosed cancers. *JCO Oncol Pract*. 2023;19(11 suppl):216. [https://doi.org/10.1200/OP.2023.19.11\\_suppl.216](https://doi.org/10.1200/OP.2023.19.11_suppl.216)