

Skifter patienter hyppigere læge efter diagnostik af cancersygdom og andre alvorlige sygdomme?

Thomas Teglgaard Drachmann, Lone Storgaard & Frede Olesen

Resumé

Introduktion: Lægeskift kan være et udtryk for patientens utilfredshed med egen læge. Formålet med studiet var at undersøge, om patienter efter nydiagnosticeret cancersygdom oftere skifter læge end andre patientgrupper og baggrundsbefolkningen.

Materiale og metoder: Materialet bestod af registerdataudtræk på 900 patienter i sygesikringsgruppe 1 i alderen 18-75 år fordelt med 300 i hver af følgende tre sygdomsgrupper: 1) hyppige cancerformer, 2) sjældne cancerformer og 3) en gruppe med benigne, men kroniske eller alvorlige nye sygdomme. Patienterne var bosat i Århus, Vejle og Sønderjyllands Amter. De inkluderede diagnosekoder optrådte første gang i registret på inklusionstidspunktet. Som kontrol for skiftefrekvens i baggrundsbefolkningen blev 300 personer i samme alder tilfældigt udtrukket fra sygesikringsregistret i Århus. Undersøgelsen blev gennemført i perioden fra den 1. marts til den 30. august 1994. Et ægte lægeskift blev defineret som et skift af egen læge, hvor skiftet ikke var forårsaget af patientens adresseændring eller egen læges skift af ydernummer pga. udvidelse, overtagelse eller opsplittning af praksis.

Resultater: Der var 28 ægte lægeskift fordelt på de tre sygdomsgrupper med en skiftefrekvens på 5%, 2,7% og 1,7%. I baggrundsbefolkningen var skiftefrekvensen 2,7%. Ingen af forskellene var signifikante.

Konklusion: Det første år efter at diagnosen cancer eller en kronisk lidelse er stillet, er ægte lægeskift sjældent. Specielt er lægeskift sjældent i forbindelse med diagnostik af sjældne cancerformer. Hypotesen om, at nydiagnosticerede cancerpatienter ofte skifter læge, forkastes.

Lægeskift er ikke undersøgt særlig nøje. I en spørgeskemaundersøgelse fra Svendborg [1] har man vist, at kvinder hyppigere skifter praktiserende læge end mænd, og at de væsentligste årsager til lægeskift er, at lægen har for lidt tid til patienten og for dårlig kommunikation. Af artiklen fremgår det endvidere, at incidensen af lægeskift er omkring 1% pr. år. Hyppigheden af lægeskift i almen praksis er således et indirekte mål for læge-patient-forholdet. Hyppige lægeskift hos bestemte patientgrupper kan være et udtryk for potentielle brist i behandlingens kvalitet eller i interpersonelle relationer. Viden om påfaldende mønstre for lægeskift hos særlige patientgrupper kan fungere som instrument for problemidentifikation og kvalitetsforbedring. Oplevelsen af svigt i behandlingen kan knyttes til oplevelsen af faglighed i den diagnostiske fase og i selve behandlingsforløbet samt til oplevelse af svigt i kommunikation, kontakt, koordination og kontinuitet [2]. Patientens

oplevelser af egen læges diagnostiske indsats kan også modificeres af samtaler med andre behandlere i det videre forløb, og den kan modificeres af oplevelsen af samarbejdet mellem behandlere [3-6].

Patienter, som overgår fra at være normale brugere af almen praksis til at være faste brugere i forbindelse med nydiagnosticeret alvorlig sygdom, har ofte et stort behov for støtte og hjælp fra lægen. I den situation må man forvente, at patienterne i særlig grad vil overveje at skifte læge, hvis ikke de føler, at deres behov dækkes. Samtidig kan patienten have grund til lægeskift efter diagnostik af nye alvorlige sygdomme, hvis vedkommende i forløbet har følt sig fagligt eller personligt svigtet af lægen. Diagnostik af alvorlige, men sjældne sygdomme kan kræve en særlig årvågenhed eller indsats fra almen praksis, og man kan tænke sig, at patienter med sjældne sygdomme oplever særlige mangler i lægens indsats.

Patienter med cancer behøver pga. sygdommens ofte livstruende karakter en speciel indsats af behandlingsmæssig og psykosocial art fra alle involverede i sundhedsvæsenet [2, 3]. Det gælder især ved diagnostik af sjældne cancerformer, hvor der ofte går mange år imellem, at lægen ser et tilfælde af de enkelte diagnoser, og hvor det derfor kan frygtes, at lægen har særlige diagnostiske problemer. Den ledsagende psykosociale indsats kan vanskeliggøres af, at patienterne ofte er i dyb krise [2, 4]. Vi har derfor fundet det interessant at belyse hyppigheden af lægeskift blandt patienter med cancer. Denne interesse skærpes af kasuistiske meddelelser fra hospitalsklinikerne om, at utilfredsheden blandt cancerpatienter er stor, og at der i tilslutning til diagnosen ofte skiftes læge. Dette angives som hæmmende for hospitalslægers mulighed for at initiere efterfølgende patientstøtte via egen læge [1, 3, 4]. Selv om hyppigheden af lægeskift således kan være en indikator for kvalitetsproblemer, vides det ikke, om hypotesen om, at de beskrevne patientgrupper rent faktisk skifter læge hyppigere end andre, er sand.

Formålet med denne undersøgelse er at undersøge hyppigheden af lægeskift hos en gruppe patienter med nydiagnosticeret cancer, fordelt på hyppige og sjældne cancerformer, sammenlignet med en gruppe patienter med en nydiagnosticeret benign, men alvorlig eller kronisk sygdom og med befolkningen i øvrigt.

Materiale og metoder

Undersøgelsen blev gennemført i perioden fra den 1. marts til den 31. august 1994 som en registerundersøgelse med dataud-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 1. Patienternes aldersfordeling i hele materialet og i hver af de tre sygdomsgrupper* samt i baggrundsbefolkningen. Antal lægeskift og antal ægte skift**.

Alder, år	Antal	Hyppige cancerformer				Sjældne cancerformer				Kroniske, benigne sygdomme				Baggrundsbefolkning			
		i alt (n)	alle skift	uægte skift***	ægte skift	i alt (n)	alle skift	uægte skift	ægte skift	i alt (n)	alle skift	uægte skift	ægte skift	i alt (n)	alle skift	uægte skift	ægte skift
18-30	119	1	1	1	0	17	1	0	1	13	4	4	0	88	23	22	1
31-40	131	16	4	4	0	31	3	2	1	18	4	4	0	66	13	13	0
41-50	212	43	4	3	1	65	8	4	4	48	4	2	2	56	6	3	3
51-60	224	70	7	1	6	49	8	7	1	63	6	4	2	42	4	3	1
61-70	349	114	15	10	5	100	8	7	1	104	4	4	0	31	4	2	2
71-75	165	56	6	3	3	38	2	2	0	54	1	0	1	17	3	2	1
I alt		300	37	22	15	300	30	22	8	300	23	18	5	300	53	45	8
Skift i %			12,3	7,3	5		10	7,3	2,7		7,7	6	1,7		17,6	15	2,7
95% CI			9,1-16		3,1-8,1		7,1-13,9		1,4-5,2		5,2-11,2		0,7-3,8		13,8-22,4		1,4-5,2

*) Hyppige cancerlidelser (>2.000 tilfælde årligt), sjældne cancerlidelser (<700 tilfælde årligt), kroniske lidelser (akut myokardieinfarkt, ikkeinsulinkrævende diabetes mellitus, insulinkrævende diabetes mellitus, arthrititis rheumatoides sero pos.).

***) Ægte skift: et skift af egen læge, der ikke er forårsaget af patientens adresseskift, skift af sygesikringsgruppe, ydernummerændring eller lægens adresseskift.

****) Uægte skift: skift af egen læge, der er forårsaget af patientens adresseskift, skift af sygesikringsgruppe, ydernummerændring eller lægens adresseskift.

Tabel 2. De tre sygdomsgrupper* samt baggrundsbefolkningen opdelt efter diagnoser fordelt på køn, antal patienter i de pågældende diagnoser og antal ægte skift** i diagnoserne.

	Hyppige cancerformer				Sjældne cancerformer							Kroniske, benigne sygdomme							Baggrundsbefolkningen
	colon-cancer	lunge-cancer	mamma-cancer	i alt	lever-cancer	ma-lign melanom	cervix-uteri-cancer	testes-cancer	cancer i central- nervetystemet	thy-roidea-cancer	non-Hodg- lymfom	andre	i alt	insulin- kræ- vende diabetes mellitus	akut myo- kardie- infarkt	arthri- tis rheu- matoide sero pos.	ikke- insulin- kræ- vende diabetes mellitus	i alt	
Mænd	36	63	0	99	5	27	0	21	7	0	12	63	135	21	115	4	49	189	140
Kvinder	30	38	133	201	8	28	12	0	15	8	9	85	165	25	42	12	31	110	160
I alt	66	101	133	300	13	55	12	21	22	8	21	148	300	46	157	16	81	300	300
Ægte skift:																			
mænd	0	2	0	2	1	1	0	1	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	6
kvinder	3	3	7	13	0	1	1	0	1	1	1	0	5	2	2	1	0	5	2
Ægte skift i alt	3	5	7	15	1	2	1	1	1	1	1	1	8	2	2	1	0	5	8

*) Hyppige cancerlidelser (>2.000 tilfælde årligt), sjældne cancerformer (<700 tilfælde årligt), kroniske lidelser: akut myokardieinfarkt, ikkeinsulinkrævende diabetes mellitus, insulinkrævende diabetes mellitus og arthrititis rheumatoides sero pos.

***) Ægte skift er et skift af egen læge, der ikke er forårsaget af patientens eller lægens adresseskift, ydernummerændring eller skift af sygesikringsgruppe.

træk fra Kommunedata i Århus. De udtrukne patienter var i alderen 18-75 år, og de var behandlet under indlæggelse på sygehusene i Århus, Vejle og Sønderjyllands Amter, hvor Sygesikringen havde givet tilsagn om hjælp til de efterfølgende undersøgelser af lægeskift. Der blev udtrukket 900 patienter i sygesikringsgruppe 1 ved hjælp af indlæggelsesdiagnosekoden, som skulle optræde for første gang i dataregistret. Patienterne var ligeligt fordelt på tre sygdomsgrupper med 300 i hver:

Sygdomsgruppe 1 bestod af hyppige cancerformer, defineret som en cancer med mere end 2.000 tilfælde årligt, i alt tre diagnosekoder (cancer coli, cancer mamma og cancer pulmonum).

Sygdomsgruppe 2 bestod af sjældne cancerformer, defineret som cancerformer med under 700 tilfælde årligt, i alt 22 diagnoser. I gennemsnit vil der gå fem år eller mere imellem, at landets ca. 3.500 praktiserende læger ser en sådan patient.

Sygdomsgruppe 3 bestod af fire nydiagnosticerede hyp-

pige, benigne, men alvorlige eller kroniske lidelser: akut myokardieinfarkt (AMI), insulinkrævende diabetes mellitus (IDDM), ikkeinsulinkrævende diabetes mellitus (NIDDM) og reumatoid artrit.

Som kontrol for skiftfrekvens hos baggrundsbefolkningen blev 300 personer i samme alder tilfældigt udtrukket fra sygesikringsregistret i Århus. På alle 1.200 personer fik vi egen læges navn og ydernummer. Et år efter inklusionsdatoen for indeks- og kontrolgrupper fandt vi igen data om navn og ydernummer på egen læge via sygesikringsregistrets historiske modul. Personer i indeks- og kontrolgruppe, der havde skiftet ydernummer, blev identificeret. Disse skift i ydernummer blev opdelt i ægte skift og uægte skift af lægepraksis.

Et ægte lægeskift blev defineret som et skift af egen læge, som ikke skyldtes patientens adresseændring eller skift fra gruppe 1 til gruppe 2 eller egen læges skift af ydernummer pga. udvidelse, overtagelse eller opsplitting af praksis. De øv-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

rige skift blev defineret som uægte skift, dvs. skift, som var be-
tinget af patientflytning, gruppeskift eller lægens ændring af
praksisforhold. I 16 tilfælde var der ikke oplyst læge på diag-
nosetidspunktet. Hos disse tog vi telefonisk kontakt til deres
nuværende læge for at indhente information. Projektet var
godkendt i Registertilsynet og de lokale videnskabsetiske
komiteer for Vejle, Århus og Sønderjyllands Amter, og det
blev anbefalet af P.L.O.s og DSAM's Udvalg for Multipraksis-
undersøgelser.

Data blev statistisk bearbejdet med Fishers test, χ^2 -test og
Mantel Haenzel-test. Gruppestørrelsen var valgt således, at en
skiftefrevens på 5% hos baggrundsbefolkningen og 10% hos in-
deksbefolkningen ville være statistisk signifikant med et 5%
signifikansniveau og en beta på 20.

Resultater

I **Tabel 1** ses skiftehyppigheden fordelt på sygdomsgruppe,
alder og skiftetype. Blandt patienter med hyppige cancer-
typer, sjældne cancertyper, nye kroniske lidelser og bag-
grundsbefolkningen var frekvensen af ægte skift: 5%, 2,7%, 1,7%
og 2,7%. Det totale antal lægeskift var tilsvarende: 12,3%, 10%,
7,7% og 17,6%.

Anvendes skiftefrevensen i baggrundsbefolkningen som
reference var odds-ratio (OR) for skift 1,40 (95%: 0,50-3,93);
1,05 (0,41-2,72) og 0,57 (0,21-1,54), i de anførte tre grupper ef-
ter stratificering for alder (under/over 50 år) og køn. Flest skift
fandtes i aldersgruppen over 50 år blandt patienter med hyppige
cancerformer, hvor der var i alt 14 skift blandt 240 pa-
tienter (5,8%).

Det bemærkes, at kun 28 (31%) af i alt 90 skift i de tre syg-
domsgrupper var ægte lægeskift, jf. den anvendte definition.
Den samlede hyppighed af ægte skift blandt de 900 patienter
var 3,1% (2,0-4,3%), og tilsvarende var kun otte af 53 (2,7%) skift
i kontrolgruppen på 300 patienter ægte skift.

I **Tabel 2** ses lægeskift fordelt på diagnoser og køn. Det
fremgår, at lægeskift er jævnt fordelt på diagnoser i alle tre
grupper, og især bemærkes det, at der ikke var hyppigere skift
i gruppen af patienter med sjældne cancerformer eller i be-
stemte undergrupper. Hyppigst skift fandtes blandt patienter
med cancer mamma, hvor syv af 133 (5,3%) skiftede læge.

Diskussion

Undersøgelsen viste, at ægte lægeskift inden for de første
år efter diagnosen er sjælden i grupperne med hyppige can-
cere, sjældne cancere samt nydiagnosticerede hyppige be-
nigne, men alvorlige eller kroniske sygdomme. Højst hver tre-
divtte patient skiftede læge efter diagnostik af en alvorlig syg-
dom. Hypotesen om, at skift skulle være et særligt problem
blandt disse patienter, kunne ikke bekræftes. Det gjaldt også,
når man undersøgte sjældne cancerformer, hvor lægen kunne
formodes at have særlige diagnostiske problemer.

De fundne skiftefrekvenser antyder altså, at patienterne
beholder deres egen læge også under svære sygdomsforløb,

og at almen praksis således kan spille en reel rolle i det videre
forløb. Derfor finder vi det også naturligt, at behandlende ho-
spitalslæger søger at bringe patient og egen læge i kontakt
med hinanden efter et hospitalsophold med henblik på at
sikre patienten bedst mulig psykosocial støtte [4, 6].

For at sikre kontinuitet og kvalitet i efterforløbet er det en
udfordring for almen praksis at bringe skiftefrevensen så tæt
på nul som muligt. Det kan f.eks. ske ved at man foretager en
retrospektiv gennemgang af hvert diagnostisk forløb sammen
med patienten i kollegiale fora [7].

De fundne data skal tolkes med varsomhed af flere grunde.
For det første har vi kun undersøgt skift af ydernummer, mens
skift til en anden læge i et kompagniskab ikke kan identificer-
es ved den anvendte metode.

For det andet kan den anvendte definition af ægte læge-
skift også være for restriktiv, fordi der kan være skjulte ægte
skift blandt patienter, der har skiftet adresse inden for ti km
fra tidligere læge, hvor de ikke er tvunget til at skifte læge.
Denne bias må dog formodes at være ens fordelt i grupperne.

For det tredje er dataudtrækket baseret på indlæggelses-
diagnosen, hvilket kan give anledning til misklassifikation i de
tre sygdomsgrupper og dermed til underestimering af de
fundne frekvenser. Denne underestimering vil dog næppe
kunne rykke vore konklusioner.

For det fjerde er referencegruppen af praktiske metode-
mæssige årsager alene fra Århus Amt, mens indekspersonerne
blev valgt fra tre amter for at få en tilstrækkelig stor stikprøve.
Referenceamtet indeholder en universitetsby, hvor der er et
stort flow af unge til- og fraflyttere, hvilket kan forklare den
store totale hyppighed af lægeskift i baggrundsbefolkningen
på 17%, som overvejende er sket blandt de unge. Vigtigt er det
dog at understrege, at det ingen indflydelse synes at have på
antallet af ægte skift, ligesom vor alders- og kønstratificerede
kalkulation af OR kompenserer for en skæv aldersfordeling i
de forskellige grupper.

Vor kontrolgruppe bestod af en normal baggrundsbefolk-
ning, hvoraf nogle kunne være syge, hvilket vil underestimere
vore beregninger af forskelle mellem sandt syge og sandt raske,
men dette er næppe et stort kvantitativt problem.

Det skal også præciseres, at undersøgelsen er et registerstu-
die, og den viser ikke, hvilke tanker patienterne har gjort sig
om det diagnostiske forløb. Trods manglende lægeskift kan vi
ikke udelukke, at nogle patienter har været utilfredse med det
diagnostiske forløb eller med den efterfølgende støtte, og un-
dersøgelser af den oplevede tilfredshed kan anbefales som et
led i almindelig kvalitetsovervågning af sundhedsvæsenets
indsats.

Vi konkluderer, at lægeskift efter diagnostik af cancer samt
andre nye alvorlige eller kroniske lidelser er sjælden. Skiftefre-
kvensen er lavere efter diagnostik af en sjælden cancer end ef-
ter diagnostik af en hyppig cancer. Skiftehyppigheden bør så-
ledes ikke være en barriere for styrkelse af samarbejdet mel-
lem sygehus og almen praksis.

Summary

Thomas Teglgaard Drachmann, Lone Storgaard & Frede Olesen:

Is change of GP more frequent among patients diagnosed with cancer or other serious diseases?

Ugeskr Læger 2003;165: 2743-6.

Introduction: Change of GP may imply that the patient is dissatisfied with the health service provided. The aim of this study was to investigate whether newly diagnosed cancer patients change their GP more often than other patient groups and the background population.

Material and methods: The investigation was conducted using data on inhabitants from the counties of Aarhus, Vejle and South Jutland. We included 900 Group 1 insured patients, aged 18-75 years, distributed into three groups: 1) frequent cancers, 2) rare cancers and 3) benign, but chronic or severe new diseases. The diagnoses included occurred for the first time at the time of inclusion. Three hundred controls were randomly selected from the regional health care registry in Aarhus. The study period was from March 1 to August 30 1994. A change of GP was defined as a change not caused by the patient's change of residence or the GP's change of practice registration number due to expansion, takeover or split-up of practice.

Results: In the three disease groups, 28 cases of change of GP were registered with a frequency of 5% (frequent cancers), 2.7% (rare cancers) and 1.7% (benign, but chronic or severe new diseases). The frequency in the background population was 2.7%. None of the differences were statistically significant.

Discussion: During the first year following a cancer or chronic disease diagnosis, change of GP is rare, particularly among patients with rare cancers. We reject the hypothesis that change of GP is frequent among newly diagnosed cancer patients.

Reprints: *Frede Olesen*, Aarhus Universitet, Forskningsenheden for Almen Medicin, Vennelyst Boulevard 6, DK-8000 Århus C. E-mail: fo@alm.au.dk

Antaget den 4. marts 2003.

Aarhus Universitet, Forskningsenheden og Institut for Almen Medicin.

Tak til Kommunedata og Sygesikringen i Århus, Vejle og Sønderjyllands Amter og til praktiserende læger, som har hjulpet med oplysninger og data. En særlig tak til *Anita Rasmussen* i Sygesikringen i Århus Amt for dataopslag i sygesikringsregistret. Projektet fik økonomisk støtte fra Kræftens Bekæmpelses Udvalg for Psykosocial Kræftforskning, bevilling nr. 94 150 04.

Litteratur

1. Bjerrum L, Sørensen AS. Hvorfor skifter patienter læge? Ugeskr Læger 1992; 154:3587-9.
2. Maguire P. The psychological impact of cancer. Br J Hosp Med 1985;34: 100-3.
3. McWhinney IR. Caring for patients with cancer. Can Fam Physician 1994; 40:16-9.
4. Vinkel A. Den praktiserende læge – en vigtig samarbejdspartner for kræftpatienter og deres pårørende. Practicus 1995;100:367-8.
5. Wood ML. Communication between cancer specialists and family doctors. Can Fam Physician 1993;39:49-57.
6. Nielsen JD, Palshof T, Olesen F. Tværsektorielt samarbejde omkring kræftpa-

tienter i nystartede behandlingsforløb – ideer og temaer udsprunget af fokus-gruppeinterview med praktiserende læger og onkologer. Ugeskr Læger 1999; 161:2074-8.

7. Olesen F, Østergaard I. Diskussion af »næsten ulykker«, en metode til kvalitetssikring og efteruddannelse. Practicus 1994;88:106-8.