

Kræftpatienters og lægers erfaringer med kontrolforløb er forskellige

Lotte Dahl¹, Ulla Væggemose², Jan Blaakaer¹, Lone Kjeld Petersen¹ & Inge Wittrup²

Antallet af nye kræfttilfælde har igennem de seneste ti år været stigende i Danmark, og den aldersstandardiserede dødsrate har været let faldende [1]. Dette betyder, at flere patienter lever med eller efter deres kræftdiagnose. Det giver et stigende pres på kontrolforløbene.

Hovedformålet med kontrolforløb efter kræft har længe været at opdage recidiv så tidligt som muligt. Men i de senere år er der kommet tiltagende evidens for, at det nuværende kontrolforløb ikke bedrer overlevelsen for patienter med gynækologisk kræft [2-4]. Denne nye viden udfordrer sundhedsvæsenet på flere måder. Både fordi der er skabt tvivl om gyldigheden af ovennævnte hovedformål, og fordi patienterne ikke systematisk er blevet præsenteret for den nye viden. De sundhedsprofessionelle agerer nu i det eksisterende kontrolprogram med en ny viden, som ikke nødvendigvis deles med patienterne, og som indtil nu ikke har ført til ændringer i kontrolforløbenes indhold, organisering og information. Dog skal det pointeres, at den eksisterende viden om effekten af kontrollerne primært bygger på retrospektive studier. Det lykkedes kun at finde ét prospektivt studie [5], men her var fokus på tidlig vs. sen behandlingsopstart ved recidiv af ovariecancer.

I anerkendelse af disse problemer er sundhedsvæsenet udfordret på hele kontroltankegangen.

Sundhedsstyrelsen og Danske Regioner har iværksat en specialespecifik undersøgelse af de eksisterende kontrolprogrammer, og formålet er at foreslå en opfølgingsmodel, som bedre tilgodeser patienternes behov og reducerer resurseforbruget. Et af hovedpunkterne i dette udspil er: »At den patientoplevede tryghed bliver bedre«. For at kunne vurdere dette behøver man mere viden om opfattelserne af tryghed i det eksisterende kontrolforløb.

Formålet med dette studie var at bidrage med input til fremtidens opfølgning efter gynækologisk lavrisikokræft. I dette kvalitative studie belyses begreberne tryghed og kontrol i det eksisterende kontrolforløb, set både fra patienternes og de sundhedsprofessionelles perspektiv.

MATERIALE OG METODER

Deltagere og setup

Der er foretaget semistrukturerede, individuelle interview med syv patienter med gynækologisk kræft (Tabel 1) og tre fokusgruppeinterview med seks speciallæger og seks sygeplejersker inden for onkogynækologien; der var repræsentation fra to ud af fem af de onkogynækologiske centre og et regionshospital (Tabel 2). Interviewguides blev udviklet på basis af observationer af 18 ambulante kontrolbesøg efter kræft foretaget i Gynækologisk Ambulatorium, Aarhus Universitetshospital. Informanterne til individuelle interview blev udvalgt blandt de gennemførte observationer, så de var fordelt på forskellige cancer typer, alder, civilstatus og geografisk bopæl. Alle interview fandt efter eget valg sted i patienternes hjem. I de første tre interview fremkom de identificerede temaer. I de næste fire interview fremkom der ikke yderligere temaer. Derfor blev datamætning fastsat efter syv interview. Informanterne til fokusgruppeinterview blev udpeget af afdelingsledelsen på de respektive gynækologiske afdelinger og fordelt som vist i Tabel 2.

Dataanalyse

Alle interview blev optaget og transskriberet. Data blev kodet ved hjælp af NVivo, version 9 (Alfasoft), og dataanalyse var inspireret af Interpretive Description med et særligt fokus på evidensbaseret viden [6].

KVALITETS- UDVIKLINGS- ARTIKEL

1) Gynækologisk Afdeling Y, Aarhus Universitetshospital
2) CFK, Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland

Ugeskr Læger
2014;176:V10130634



Livet efter kræft rummer mange modsatrettede følelser, og derfor er en undersøgelse af tryghed i livet efter kræft meget kompleks.

TABEL 1

Individuelle interview med patienter med gynækologisk kræft. Informantkarakteristika. Hovedtemaer i interviewguide: seneste kontrol, livet efter kræft, kropsoptattelse, identitetsopfattelse.

Patient nr.	Alder, år	Cancertype	Tid siden kirurgi, mdr.	Kirurgi	Ægteskabelig status	Beskæftigelse	Børn	Indkomst > 250.000 kr./år
1	54	Endometrie	10	Hyst. + BSO	Gift	I arbejde	Ja	Nej
2	63	Endometrie	12	Hyst. + BSO	Gift	Pensioneret	Ja	Nej
3	46	Borderline	8	Hyst.	Skilt, aleneboende	I arbejde	Ja	Ja
4	43	Cervix	9	Hyst. + BSO	Gift	I arbejde	Ja	Ja
5	82	Endometrie	32	Hyst. + BSO	Enke	Pensioneret	Ja	Ja
6	60	Endometrie	15	Hyst. + BSO	Gift	I arbejde	Ja	Ja
7	57	Endometrie	9	USO	Gift	I arbejde	Nej	Ja

BSO = bilateral salpingo-ooforektomi; Hyst. = hysterektomi; USO = unilateral salpingo-ooforektomi.

TABEL 2

Fokusgruppeinterview med sundhedsprofessionelle inden for onkologisk gynækologi. Informantkarakteristika. Hovedtemaer i interviewguide: de eksisterende kontrolforløb, livet efter kræft, fremtidens opfølgning.

Interview 1: blandet gruppe

Læge, kvinde, født 1959, AUH, 9^a

Læge, mand, født 1956, HEV, 20^a

Sygeplejerske, kvinde, født 1971, HEV, 9^a

Sygeplejerske, kvinde, født 1953, HEV, 9^a

Sygeplejerske, kvinde, født 1979, AUH, 5^a

Interview 2: læger

Læge, kvinde, født 1949, RH, 23^a

Læge, mand, født 1965, RH, 15^a

Læge, mand, født 1943, HEV, 30^a

Læge, mand, født 1957, AUH, 25^a

Interview 3: sygeplejersker

Sygeplejerske, kvinde, født 1970, RH, 9^a

Sygeplejerske, kvinde, født 1970, RH, 3^a

Sygeplejerske, kvinde, født 1963, AUH, 12^a

AUH = Aarhus Universitetshospital; HEV = Hospitalsenheden Vest; RH = Rigshospitalet.

a) Antal år inden for onkologisk gynækologi.

Dataanalysen bestod af tre trin: 1) Alle data blev gennemlæst flere gange, 2) der blev foretaget en meget tekstnær gennemlæsning, hvor teksten blev delt op i mindre enheder for at identificere temaer og mønstre, og 3) der blev foretaget fortolkning og diskussion af de identificerede mønstre og temaer. Data blev bearbejdet og analyseret løbende, og interview-

guiden blev justeret initialt i interviewperioden i henhold til relevante fund.

FUND

Brugen af ordet kontrol

De fagprofessionelle beskrev kontrollerne som et fælles møde mellem patient og sundhedsperson med flere formål: »Det drejer sig jo også om, at de føler sig trygge i deres kontrolforløb« (sygeplejerske (S)6). »Det er et fælles møde, hvor jeg lige får bekræftet, at jeg er dygtig, og patienterne får bekræftet, at de ikke har sygdommen« (læge (L)3).

Patienterne beskrev typisk to formål med kontrollerne. Det ene var en undersøgelse, som frikendte dem for kræft indtil næste kontrol. Det andet var at have et holdpunkt, hvor de kunne parkere angsten for tilbagefald. Patienterne udtrykte, at kontrol var en naturlig del af et kræftforløb og var med til at skabe tryghed: »Det er ikke fordi, man skal snakke om noget specielt. Men så får man lige at vide, at det ser fint nok ud, og så kan man vente et halvt års tid med at komme igen« (patient (P)2). »Jamen egentlig at de kontrollerer og sikrer, at sygdommen ikke vender tilbage – at de forsikrer, kan man sige« (P4).

Oplevelse af tryghed i kontrolforløbet

Kontrollerne blev beskrevet af patienterne som gode og tryghedsskabende: »Det er betryggende at komme derind« (P6). »Det er ligesom, så føler man, at der bliver taget hånd om én« (P4).

Kontrollerne gav dem tryghed, fordi ansvaret blev placeret på hospitalet, og patienterne følte sig raske efter undersøgelsen: »At jeg kan gå derfra med et godt resultat, så er man lettet og kan få skuldrene ned igen« (P6). »For man føler sig jo rimelig tryk, når man har været til en kontrol« (P2).

Den tryghed, patienterne beskrev, var størst umiddelbart efter et kontrolbesøg. Samtidig viste data, at patienterne følte stor utryghed op til kontrollen.

I fokusgruppeinterviewene var der enighed blandt de fagprofessionelle om, at det vigtigste ved kontrolforløbet var tryghed for patienten: »Altså tryghed frem for alt, det er det, som jeg synes, at kontrollen indebærer« (L6). »Vi har jo pligt til at skabe tryghed« (L2). »Det drejer sig jo også om, at de føler sig trygge i deres kontrolforløb« (S6).

Paradoksalt nok var der også enighed om, at den største ulempe ved kontrollen var usikkerhed for patienten. Dette blev typisk forklaret med, at patienterne var meget nervøse op til kontrollerne.

Dilemmaet i det eksisterende kontrolforløb

De sundhedsprofessionelle udtrykte flere gange undren over egen praksis og en usikkerhed i forhold til det, sundhedsvæsenet tilbyder patienterne i dag: »Jeg synes, at det er en ulempe, at vi laver kontrol på noget, som vi godt ved, at vi egentlig ikke kontrollerer« (L2). »Vi har jo ikke kontrol over en dyt i virkeligheden« (S5). »Det er også en intervention at sætte nogen til en kontrol« (L4).

Udtalelser som disse peger på usikkerhed hos de sundhedsprofessionelle. I alle fokusgruppeinterview blev dilemmaer ved kontrolforløbene som f.eks. »falsk tryghed« og »fastholdelse som kræftpatienter« italesat: »Er det rimeligt at udsætte dem for vedvarende at blive stigmatiseret som kræftpatienter?« (L4). »Måske er belastningen større ved kontrol end ved ikkekontrol« (L2). »Nogle gange kan man godt have lidt en dårlig smag i munden« (S4). »Man skal selvfølgelig passe på ikke at sælge falsk tryghed« (L4).

DISKUSSION

De eksisterende kontrolprogrammer rummer flere dilemmaer. Vigtigst er, at patienterne forventer, at kontrollerne forbedrer deres overlevelse, mens de sundhedsprofessionelle ved, at dette ikke nødvendigvis er tilfældet [2-4]. Dette resulterer i et mismatch imellem patienternes og de sundhedsprofessionelles viden og forventninger til kontrollen, og det er også tidligere beskrevet [7]. Samtidig ser det ud til, at kontrolforløbene er med til at fastholde nogle mennesker i rollen som kræftpatienter. Øget angst hos patienterne op til

kontrollerne er tidligere beskrevet [8], og det kunne genfindes i nærværende studie.

Tryghed i forløbet efter kræft er en meget kompleks problematik, som skal inddrages med omtanke i den nødvendige revision af kontrolforløbene, som samfundet står over for. Antagelsen om at systemet har pligt til at skabe tryghed, er obsolet. Opgaven består nærmere i at hjælpe patienterne med at håndtere den utryghed og angst, der følger med en kræftdiagnose. I andre store studier har man nået lignende konklusioner [9].

Et kvalitativt design var en forudsætning i dette studie på grund af dets eksplorative karakter. En begrænsning ved dette studiedesign er, at det er hypotesegenererende og ikke bidrager med resultater, der direkte kan bruges til at ændre kontrolforløbene. Derimod giver det åbne studiedesign mulighed for at identificere nye dilemmaer og vigtige temaer i forhold til de eksisterende kontrolforløb, en viden som kvantitative studier ikke kan afdække.

Det er centralt at inddrage patienterne og afstemme forventningerne til, hvad patienterne selv kan gøre i opfølgingsforløbet set i forhold til den enkelte hverdagsliv. Udvikling af kontrol til i stedet at omfatte opfølgning bør så vidt muligt baseres på randomiserede kliniske undersøgelser. Resultaterne af dette studie understreger, at det vil være centralt, at der i fremtidens opfølgning er en tydelig beskrivelse af formål og forventningsafstemning imellem patienter og sundhedsprofessionelle.

Patienter med kræft har nogle behov, der er uafhængige af, hvilken slags kræft de har haft. Det kan f.eks. være behov for hjælp til mestring af angst for tilbagefald. Kræftens Bekæmpelse har udgivet en pjece, der henvender sig til patienter med kræft efter endt behandling. I den belyses aspekter ved at være i et opfølgingsforløb [10], og den henvender sig til alle patienter med kræft, uanset kræfttype og -stadie. Ligeledes mener vi, at betragtningerne om tryghed i dette studie er uafhængige af kræftformen og kan generaliseres til andre grupper af patienter med kræft.

PERSPEKTIVER

Dette studie belyser et vigtigt mismatch i patienternes og de sundhedsprofessionelles viden om formål med og effekt af kontrollerne. Der ligger en stor kommunikativ opgave foran sundhedsvæsenet forud for ændringer i opfølgningen efter kræft. Angst for tilbagefald har stor betydning i livet efter kræft, selv for lavrisikopatienterne i dette studie. Derfor bør disse fund testes kvantitativt, og fremtidens opfølgning bør baseres på et setup, hvor patienterne hjælpes til at mestre den angst for recidiv, der uundgåeligt følger efter en kræftdiagnose.

KORRESPONDANCE: Lotte Dahl, Gynækologisk Afdeling Y, Aarhus Universitetshospital, Brendstrupgaardsvej 100, 8200 Aarhus N. E-mail: lottedahl@dadlnet.dk
 Artiklen bygger på en større litteraturgennemgang end litteraturlistens ti numre. Oplysning om denne baggrundslitteratur kan fås hos forfatterne.

ANTAGET: 10. april 2014

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 28. juli 2014

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatternes ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. NORDCAN, Association of the Nordic Cancer Registries. Kræftstatistik: Nøgletal og figurer. Danmark – Alle kræftformer undtagen anden hud. 2013. www.dep.iarc.fr/NORDCAN/DK/StatsFact.asp?cancer=410&country=208 (13. sep 2013).
2. Lajer H, Jensen MB, Kilsmark J et al. The value of gynecologic cancer follow-up: evidence-based ignorance? *Int J Gynecol Cancer* 2010;20:1307-20.
3. Elit L, Fyles AW, Devries MC et al. Gynecology Cancer Disease Site Group. Follow-up for women after treatment for cervical cancer: a systematic review. *Gynecol Oncol* 2009;114:528-35.
4. Lancelley A, Fiander A, McCormack M et al. Follow-up protocols for women with cervical cancer after primary treatment. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;11:CD008767.
5. Rustin GJ, van der Burg ME, Griffin CL et al. Early versus delayed treatment of relapsed ovarian cancer (MRC OV05/EORTC 55955): a randomised trial. *Lancet* 2010;376:1155-63.
6. Thorne S. Interpretive description. Walnut Creek, California: Left Coast Press, Inc., 2008.
7. Kew FM, Galaal K, Manderville H. Patients' views of follow-up after treatment for gynaecological cancer. *J Obstet Gynaecol* 2009;29:135-42.
8. National Cancer Institute, at The National Institutes of Health. Adjustment to Cancer: Anxiety and Distress (PDQ). 2013. www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/adjustment/Patient/page1/AllPages (21. maj 2014).
9. Kræftens Bekæmpelse. Kræftramtes behov og oplevelser gennem behandling og i efterforløbet. 2013. www.cancer.dk/NR/rdonlyres/BED6DF2C-312F-42F2-9286-0FCA639FDC07/0/Barometerrapport2013.pdf (21. maj 2014).
10. Kræftens Bekæmpelse. Opfølgingsforløb – om livet efter endt kræftbehandling. 2013. http://webshop.cancer.dk/pjecer-og-information/hvis-du-har-faet-kræft-eller-er-paraerende/stoette-og-radgivning/43/opfoelgningsforloeb-om-livet-efter-endt-kræftbehandling (21. maj 2014).

Sparsom evidens for antipsykotika til behandling af organisk delirium

Charlotte Uggerhøj Andersen¹, Lene Højmark¹, Karol Dabrowski¹, Kenneth Brandt Hansen² & Eva Sædder¹

STATUSARTIKEL

1) Klinisk Farmakologisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital
 2) Psykiatrisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital, Risskov

Ugeskr Læger
 2014;176:V11130658

Delirium forekommer hyppigt hos patienter, der er indlagt på intensivafdelinger, i postoperative forløb og i forbindelse med svære medicinske sygdomme [1-3]. Tilstanden er forbundet med øget morbiditet og mortalitet, længerevarende indlæggelser, vedvarende kognitivt deficit [1, 2, 4-6] og store omkostninger for samfundet [7].

I tillæg til nonfarmakologisk behandling, som beskrevet andetsteds [8], har haloperidol, et første-generationsantipsykotikum (AP), traditionelt været anbefalet som farmakologisk behandling af delirium hos kritiske syge [2], hvor formålet er at dæmpe konfusion og agitation for at optimere behandlingen af den underliggende sygdom. Haloperidol anbefales i de nyeste guidelines fra American College of Critical Care Medicine dog ikke længere [2] pga. utilstrækkelig evidens [3]. Behandling med haloperidol indebærer en risiko for bl.a. antikolinerge og ekstrapyramidale bivirkninger samt QTc-forlængelse [9]. Ved behandling af psykotiske tilstande menes ekstrapyramidale bivirkninger at forekomme mindre hyppigt ved brug af andengenerations-AP [10]. Dette udgør et rationale for også at anvende andengenerations-AP ved delirium. Generelt anvender man ved delirium antipsykotika i kortere tid og i lavere dosering end ved behandling af psykotiske tilstande.

I Danmark findes der ti registrerede andengenerations-AP, der i nogen grad adskiller sig fra hinanden mht. bivirknings- og interaktionsprofil samt risiko for koncentrationsstigninger ved nyre- og leverpåvirkning [10]. Af disse er quetiapin [11], olanzapin [12], risperidon [13], aripiprazol [14] og amisulprid [15] i *open-label*-studier afprøvet mod delirium hos hospitalsindlagte patienter. Uden at der



FAKTABOKS

Delirium forekommer hyppigt hos hospitalsindlagte patienter med kritisk sygdom.

Haloperidol, et første-generationsantipsykotikum, har hidtil været anbefalet som farmakologisk behandling på trods af manglende evidens.

Andengenerationsantipsykotika regnes for at have færre bivirkninger end første-generationsantipsykotika i doser anvendt ved behandling af psykotiske tilstande.

Der er på nuværende tidspunkt kun få og små randomiserede prospektive undersøgelser af de fem andengenerationsantipsykotika quetiapin, amisulprid, olanzapin, risperidon og ziprazidon som behandling mod delirium.

Studierne giver ikke evidens for, at disse andengenerationsantipsykotika er mere effektive eller sikre end haloperidol.