

Klinisk vejledning for almen praksis

# Kræftopfølgning i almen praksis

## **Kræftopfølgning i almen praksis**

Copyright © Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM), 2019

1. udgave, 1. oplag

ISBN (trykt version) 978-87-91244-17-9

ISBN (elektronisk version) 978-87-91244-18-6

Udarbejdet i 2018, tilrettet og trykt i 2019

### *Manuskript*

Bolette Friderichsen, praktiserende læge i Hobro, formand for arbejdsgruppen  
Anna Weibull, speciallæge i almen medicin, diplom fra Nordic Specialist Course in  
Palliative Medicine 2007

Annika Norsk Jensen, praktiserende læge i Espergærde, ph.d.

Helle Skelmosen Ibsen, praktiserende læge i Haderslev

Mette Kjærgaard Nielsen, læge under speciallægeuddannelse til almen medicin,  
Grenå, ph.d.

### *Sekretariat*

Thomas Birk Kristiansen, lægefaglig konsulent

Louise Hørslev, sekretariatschef

Annette Gehrs, webmedarbejder

Sanne Bernard, sekretær

### *Forlagsredaktion*

Birgitte Dansgaard, Komiteen for Sundhedsoplysning

### *Grafisk tilrettelæggelse*

Jannerup Grafisk a/s

### *Illustrationer*

Peter Dyrvig, grafiker

### *Trykkeri*

Jannerup Grafisk a/s

Denne vejledning kan bestilles hos:

Månedsskrift for almen praksis (MPL), [mpl@mpl.dk](mailto:mpl@mpl.dk)

En elektroniske udgave kan hentes på DSAM's hjemmeside, [www.dsam.dk](http://www.dsam.dk)

# Forord

Almen medicin er et speciale placeret solidt midt imellem naturvidenskabelig og humanistisk faglighed. Vi er bredt uddannet og trænet i diagnostik, behandling og kommunikation. Gennem vores daglige virke opøver vi evnen til at finde og skabe mening i de symptomer og bekymringer, som patienterne kommer med, og støtter dem i de valg, de må tage.

Vejledningen anviser en aktivt opfølgende metode, der også kan bruges til mange andre livstruende tilstande udover kræft.

Den almenmedicinske kræftopfølgning er et eksempel på den kompleksitet, vi kan mestre i vores fag. Mange aspekter skal tages med i overvejelse, og ikke to konsultationer er ens, idet patientens prioriteringer og livsomstændigheder altid skal inddrages. Den professionelle relation mellem lægen og patienten har betydning for, om det lykkes. Det kaldes personcentreret almen medicin.

Det er vores håb, at denne vejledning vil løfte kvaliteten af kræftopfølgningen i almen praksis og inspirere til en styrket personcentreret tilgang. Det giver værdi for patienten, sundhed for pengene og arbejdsglæde for lægen. Men i grunden er det ikke særlig svært:

- Lyt til fortællingen
- Brug din viden
- Læg en individuel plan
- Prioritér.

Arbejdsgruppen, september 2019



# Generelt om DSAM's kliniske vejledninger

De faglige vejledninger fra DSAM behandler udvalgte aspekter af forebyggelse, diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering for specifikke patientgrupper, hvor der er fundet særlig anledning til at afdække evidensen i forhold til, om en behandling er gavnlig, skadelig eller måske bare utilstrækkeligt undersøgt.

DSAM's kliniske vejledninger er det almenmedicinske fags bedste bud på systematisk udarbejdede faglige anbefalinger, der kan bruges til at understøtte de sundhedsfaglige skøn, som udøves af læger og andet sundhedspersonale i almen praksis. Vejledningerne indeholder faglige vurderinger og anbefalinger udarbejdet på baggrund af såvel evidens som erfaringer med god klinisk praksis. De er ment som inspiration til det daglige virke – ikke som påbud eller forpligtende krav. Sprogligt er dette understreget med brug af ordet kan, frem for skal eller bør.

Det stigende antal faglige guidelines fra forskellige kilder gør, at det i mange situationer kan være flertydigt, hvad der repræsenterer god praksis. En del patienter har flere sygdomme, og ofte bliver opgaven for lægen at prioritere, hvilke elementer af evidens, faglige guidelines og medicinsk behandling, der er relevante at inddrage for den enkelte. Det sker på baggrund af kendskab til patienten og med inddragelse af dennes situation, ønsker og præferencer. Der kan derfor forventes en betydelig variation i, hvad der i den konkrete situation kan opfattes som bedst mulige behandling for den enkelte patient.

Yderligere information om DSAM's kliniske vejledninger kan findes på [www.dsam.dk](http://www.dsam.dk)

# Indhold

<b>Forord</b>	<b>3</b>
<b>Generelt om DSAM's kliniske vejledninger</b>	<b>5</b>
<b>1. Indledning</b>	<b>8</b>
Formål og brug af vejledningen	8
Den praktiserende læges rolle	10
Shared care i kræftopfølgning	12
<b>2. Kontakten til kræftpatienten</b>	<b>14</b>
<b>3. Opfølgning efter afsluttet aktiv kræftbehandling</b>	<b>16</b>
Lyt til fortællingen	16
Brug epikrisen	19
Læg en individuel plan	20
Kræftopfølgningens indsatsområder	20
Prioritér	23
Polyfarmaci	23
<b>4. Kontrol af visse urologiske kræftformer</b>	<b>24</b>
Prostatakræft	24
Urinvejs- og blærekræft	25
Nyrekræft	25
<b>5. Samarbejde</b>	<b>26</b>
Sekundærsektoren	26
Andre samarbejdspartnere	26
Rehabilitering	27

<b>6. Andre kroniske sygdomme – komorbiditet</b>	<b>30</b>
<b>7. Kræftbehandling</b>	<b>34</b>
Antihormonbehandling	34
Endokrine behandlingsformer	35
Strålebehandling	36
Kemoterapi	38
Biologisk behandling/targeteret behandling	39
Immunterapi	40
<b>8. Senfølger</b>	<b>42</b>
Fysiske senfølger	44
Psykiske senfølger	51
Sociale senfølger	52
Eksistentielle senfølger	53
<b>9. Influenzavaccination til patienter i kemoterapi</b>	<b>54</b>
<b>Bilagsfortegnelse</b>	<b>55</b>
<b>Referencer</b>	<b>56</b>

# 1. Indledning

## FORMÅL OG BRUG AF VEJLEDNINGEN

Formålet med denne vejledning er at sikre bedre helbred og livskvalitet for den voksne patient, som har eller har haft kræft.

Vejledningen indeholder inspiration til brug ved den almenmedicinske opfølgning af patienten. Vejledningen omhandler især to tidspunkter i forløbet: når diagnosen er stillet og ved ophør af aktiv kræftbehandling.

Vejledningen kan læses fortløbende, eller de enkelte afsnit kan læses hver for sig. Kapitlerne om kræftbehandling og senfølger er tænkt som opslagsværk i forbindelse med kræftopfølgingskonsultationer. Der er udarbejdet et plastark med det formål at give et hurtigt overblik over den almenmedicinske kræftopfølgning.

## En voksende rolle for almen praksis

I den vestlige verden stiger antallet af patienter med en kræftanamnese. Stigende levealder øger risikoen for at få en eller flere kræftsygdomme, og bedre behandlingsmetoder øger chancen for at overleve udover de første 5 år (1).

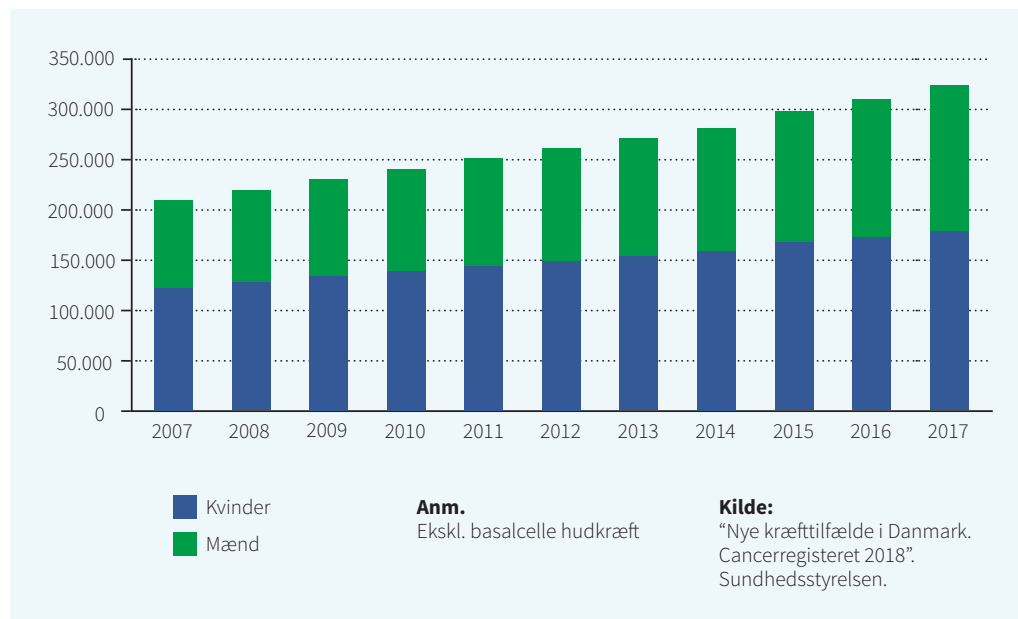
Patienter med kræft henvender sig til den praktiserende læge med psykosociale følger, frygt for recidiv, spørgsmål om senfølger og andre kroniske sygdomme, som påvirker og påvirkes af kræftforløbet. Både internationalt og nationalt er der derfor fokus på, at almen praksis i de kommende år får en voksende betydning for disse patienter.

## Epidemiologi

I 2016 var der 41.720 nydiagnosticerede kræfttilfælde i Danmark – fraregnet basalcellecarcinom, og 311.494 danskere havde en kræftsygdom i anamnesen (2,3). Hver 3. dansker får kræft inden 75-årsalderen (3).



**Figur 1.1** Udviklingen i antallet af danskere, der levede med en kræftsygdom 2007-2017



Omkring 85 % af alle kræfttilfælde diagnosticeres ved, at patienten henvender sig til den praktiserende læge (1). En praktiserende læge med 1.600 patienter vil hvert år se 10 nye kræfttilfælde og har knap 90 patienter, der har eller har haft kræft. Det tal vokser stille og roligt (Figur 1.1) og er estimeret til at nå 140 patienter i år 2040 (2). I 2012 var der til sammenligning 90 patienter med diabetes i en praksis med 1.600 patienter og 8 patienter med en ny diabetesdiagnose hvert år (4).

## Er der behov for kræftopfølgning i almen praksis?

At få en alvorlig sygdom og gennemgå et behandlingsforløb griber dybt ind i tilværelsen. Der kan være fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle problemer, og mange patienter forbinder særligt en kræftdiagnose med truende død.

Kræftopfølgning har traditionelt været betragtet som en højt specialiseret sygehusfunktion med fokus på brug af højteknologisk udstyr til opsporing af recidiv. For mange kræftformer har det imidlertid vist sig, at kontroller med faste intervaller i sygehusambulatorier ikke øger kræftoverlevelsen (5), og recidiverne findes hyppigt i almen praksis mellem sygehuskontrollerne (6,7,8). Internationalt er der derfor øget fokus på primærsektorens rolle i kræftforløbene og på en arbejdsdeling, hvor sygehuset varetager den specialiserede behandling og opfølgning af kræftpatienterne, mens den praktiserende læge varetager den almenmedicinske kræftopfølgning (Figur 1.4) (10).

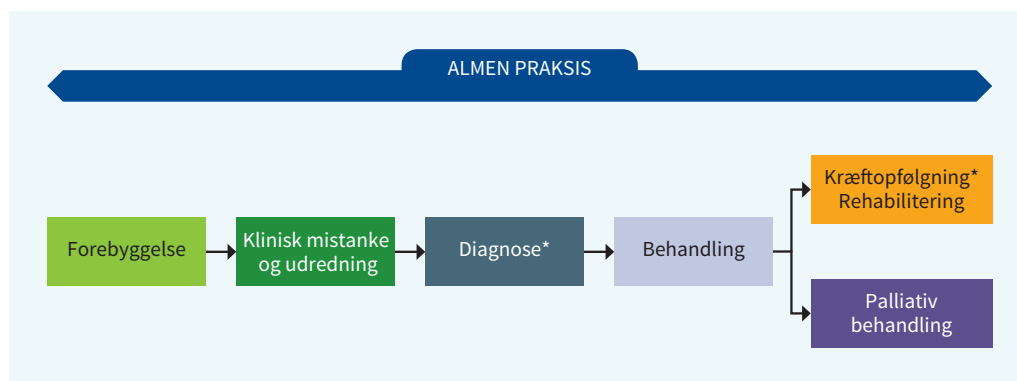
I forlængelse af dette har Sundhedsstyrelsen og regionerne udarbejdet 19 nye kræftopfølgingsprogrammer (9). Disse programmer har resulteret i en aftale om, at der skal foretages opfølgingskontroller i almen praksis for udvalgte patienter med prostatakraft, urinvejs- og blærekræft samt nyrekræft, se kapitel 4. Den almenmedicinske kræftopfølgning, beskrevet i denne vejledning, er naturligvis ikke begrænset til patienter med disse urologiske kræftformer.

## DEN PRAKTISERENDE LÆGES ROLLE

Almen praksis kommer til at spille en stadig større rolle i forebyggelse, diagnostisering, opfølgning og palliativ behandling af kræftpatienter. Almen praksis er med i hele kræftforløbet (Figur 1.2).

Der er især to tidspunkter, hvor den praktiserende læge kan være med til at skabe et mere sammenhængende forløb for patienterne: når kræftdiagnosen stilles, og når den aktive kræftbehandling afsluttes (markeret med stjerner).

**Figur 1.2** Oversigt over kræftpatientens forløb



Inspireret af (1) Rubin G. et al. The expanding role of primary care in cancer control. *Lancet Oncol* 2015 Sep;16(12):1231-1272. Copyright©: DSAM. Må gengives uændret og med tydelig kildeangivelse.

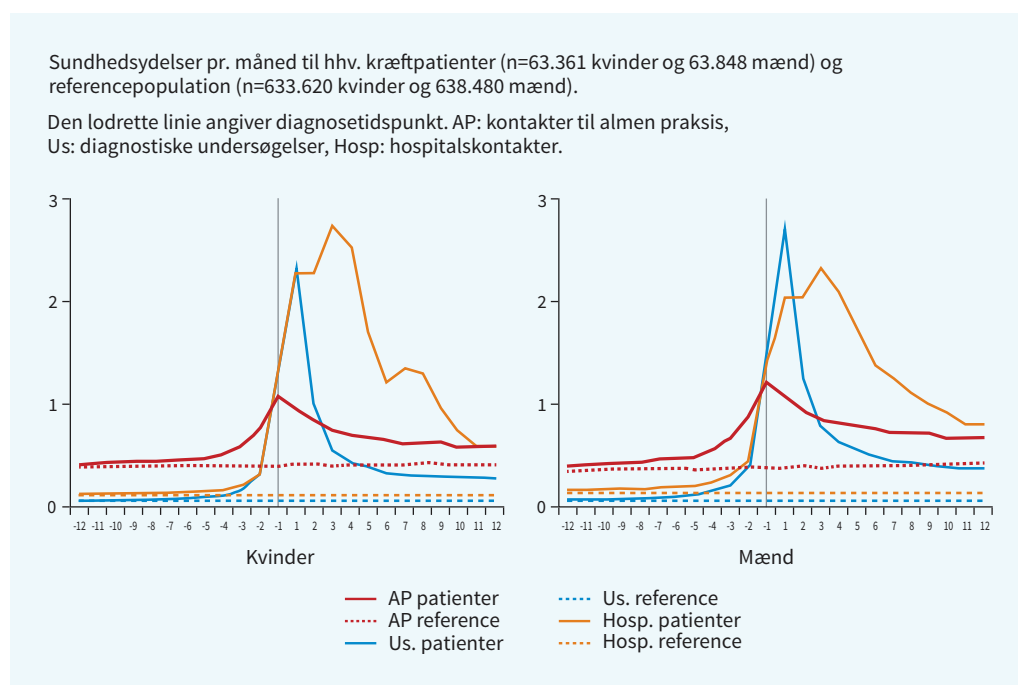
## De almenmedicinske kompetencer i kræftopfølgning

Den almenmedicinske lægefaglighed omfatter kontinuitet, tilgængelighed og en professionel relation til patienten. Den praktiserende læge har kendskab til patientens helbredsforhold, familie, netværk og livssituation. Den praktiserende læge har derudover kendskab til samarbejdspartnere og de lokale tilbud i nærområdet. Almen medicin er kendetegnet ved en personcentreret tilgang, hvor læge og patient finder en fælles platform for forståelse og indsats (11). Denne tilgang tilgodeser patientens dagsorden og kan bidrage til reduktion af helbredsbekymringer og lindring af symptomer (12).

## At fastholde kontakten

Nogle kræftpatienter efterspørger en mere proaktiv indsats fra de praktiserende læger (13). Ved at have kontakt til patienten på diagnosetidspunktet og når kræftbehandlingen afsluttes, kan lægen og patienten sammen tilrettelægge indsatsen ved kræftopfølgning i almen praksis. Når en patient får stillet en kræftdiagnose, øges hyppigheden af kontakter til almen praksis (Figur 1.3) (16). Flere danske praktiserende læger har gode erfaringer med en arbejdsform, hvor de er opsøgende og arbejder systematisk med kræftpatienter (14,15). De kan fortælle, at det giver et bedre overblik og en større tilfredshed for både lægen og patienten (14) og dermed ikke nødvendigvis er forbundet med mere arbejde.

**Figur 1.3 Konsultations- og udredningsmønstre for patienter op til en kræftdiagnose (17)**



Kilde: Christensen KG et al. Use of general practice, diagnostic investigations and hospital services before and after cancer diagnosis - a population-based nationwide registry study of 127,000 incident adult cancer patients. *BMC Health Serv Res* 2012 Jul 28;12:224-6963-12-224.

## Klare aftaler om samarbejde

Klare aftaler mellem samarbejdspartnerne er vigtige for det optimale patientforløb (1,18,19). Overgangen fra sygehus til almen praksis og kommune medfører en risiko for, at information går tabt, og at patienten 'falder mellem to stole' (10,21). Derfor er kommunikation mellem forskellige sektorer en forudsætning for det optimale patientforløb.

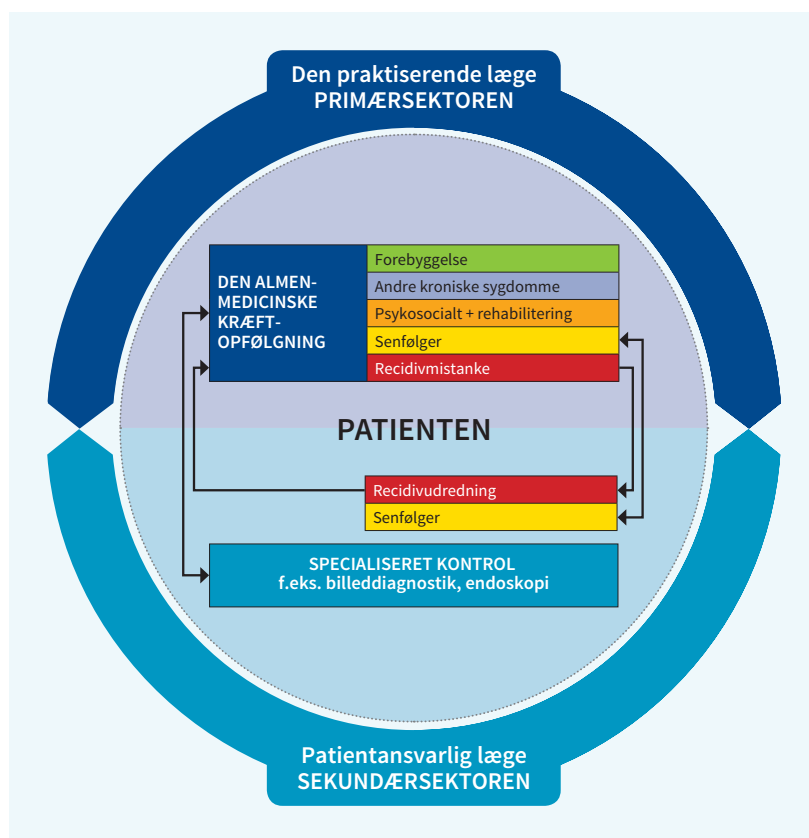
## SHARED CARE I KRÆFTOPFØLGNING

Shared care kan defineres som et tværsektorielt samarbejde mellem almen praksis og hospital (Figur 1.4) (20). Den behandlende afdeling har specialviden om patientens kræftsygdom, prognose, behandling, senfølger og tegn på recidiv, og afdelingen leverer epikrisen. Den praktiserende læge følger patienten gennem hele forløbet (Figur 1.4), kontrollerer patientens andre kroniske sygdomme og tager hånd om de fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle konsekvenser af kræftsygdommen, herunder bekymring for recidiv. Det er afgørende, at den praktiserende læge har let adgang til udredning ved mistanke om recidiv samt adgang til specialistrådgivning i sekundærsektoren vedrørende senfølger (10,19,21).

Det er helt centralt for et godt kræftopfølgingsforløb, at der er en god kommunikation mellem den behandlende afdeling og almen praksis.

Shared care er et nøgleord i patientens kræftopfølgning, og modeller for optimal shared care er fortsat under udvikling og må tilpasses lokale og nationale forhold (1,19).

Figur 1.4 Shared care i kræftopfølgningen



Copyright©: DSAM. Må gengives uændret og med tydelig kildeangivelse.

## Den gode kræftopfølgningsepikrise

Epikrisens formål er at sikre videregivelse af alle lægefagligt relevante oplysninger med henblik på at sikre patientens videre behandlingsforløb (22).

En detaljeret epikrise – med et resume af patientens kræftbehandling og anbefalinger for opfølgning – er central for at kunne yde kræftopfølgning af høj kvalitet (18,23).

Det er vigtigt for kvaliteten af kræftopfølgningen, at epikrisen indeholder følgende:

- Resume af kræftforløbet
- Diagnose
- Sygdomsstadie
- Behandling
- Bivirkninger.

Information om forløb efter ophør af kræftbehandling:

- Opfølgning:
  - Senfølger
  - Alarmsymptomer og tegn på recidiv
  - Recidivudredning.

Symptomer på recidiv kan være anderledes end de symptomer, der var, da diagnosen blev stillet, specielt ved metastaser. Patienterne passer ikke altid ind i noget kræftpakkeforløb. Når der opstår en begrundet mistanke om recidiv, vil det oftest være hensigtsmæssigt at henvise til et nyt kræftpakkeforløb, diagnostisk center eller en relevant udredende/behandlende afdeling.

## 2. Kontakten til kræftpatienten

Erfaringen viser, at kontaktmønsteret til den praktiserende læge ændres, når en patient får kræft (Figur 1.3 side 11) (23). Undersøgelser har vist, at patienterne ofte har svært ved at genoptage kontakten, glemmer kontroller af andre kroniske sygdomme eller ikke ved, hvad den praktiserende læge kan byde ind med under et kræftbehandlingsforløb (13).

Vi foreslår, at den praktiserende læge:

- tilbyder sin støtte og rådgivning, når kræftdiagnosen er stillet, og undervejs i behandlingsforløbet tilbyder en konsultation om kræftopfølgning
- tilbyder årsstatus, når det findes relevant.

Nedenfor gives forslag til, hvordan kontakten mellem kræftpatienten og den praktiserende læge kan etableres og fastholdes.

### Formål med kontakten

- At bevare kontakten til patienten
- At gøre det nemmere for patienten at tage kontakt til den praktiserende læge
- At fastholde kontroller for andre kroniske sygdomme
- At tilbyde almenmedicinsk kræftopfølgning.

### At fastholde kontakten

*Ved ny diagnose:*

- Når du modtager epikrise med ny kræftdiagnose.

*Når patienten er i aktiv behandling i sekundærsektoren:*

- Efter en vurdering af patientens individuelle behov
- Når der kommer epikriser med ændringer i tilstanden
- Ved fortsatte kontroller for øvrige kroniske sygdomme.

*Når aktiv kræftbehandling ophører:*

- Når aktiv kræftbehandling afsluttes, selv om patienten stadig følges i behandlende afdeling.

## Praktisk organisering

Det er vigtigt, at den praktiserende læge er opmærksom på at tilbyde konsultationer om kræftopfølgning til de patienter, der har et behov for kontakt til den praktiserende læge, men ikke selv formår at henvende sig.

### Inspiration til, hvordan vi kontakter patienten

- Telefonisk ved praksispersonale eller den involverede læge. Eksempler:
  - ”Jeg har set, at du har fået en alvorlig diagnose”
  - ”Jeg følger med i breve fra sygehuset om, hvad der sker ... Jeg er her, hvis du har brug for mig”
  - ”Vi skal stadig holde øje med din anden kroniske sygdom, og du har en tid hos mig den ...”
- Ved mail
- Ved brev.

*OBS: Fasthold kontakten til patienten. Se også bilag 1. Fasthold kontakten til kræftpatienten og bilag 2. Kræftopfølgingsbrev, der begge kan downloades fra [www.dsam.dk](http://www.dsam.dk)*

### Inspiration til logistik

- Sæt patienten på en huskeliste til opfølgning, når du henviser til kræftpakke.
- Aftal med patienten, hvordan og hvornår I fortsat har kontakt pr. telefon/mail/konsultation/besøg.
- Lav eventuelt en ny aftale/reminder i tidsskemaet ved lægen eller personalet.
- Læs gerne epikriser med opmærksomhed på ændringer. Fasthold oftest kontroller/årlig status for andre kroniske lidelser, se kapitel 6. Andre kroniske sygdomme.

### Konsultation om kræftopfølgning

- Vurder behov for opfølgningskonsultationer (besøg/konsultation), når aktiv behandling afsluttes, eller patienten overgår til palliativ behandling.
- Tal om, hvem der skal deltage udover patienten og lægen: Pårørende? Praksispersonale? Hjemmesygepleje? Andre?

### Eksempel på organisering

I artiklen *Omsorg for kræftpatienter – Organisering hos Allerødlægerne* beskrives, hvordan man kan organisere kræftopfølgning i almen praksis (14).

### 3. Opfølgning efter afsluttet aktiv kræftbehandling

I konsultationen vurderer patienten og den praktiserende læge behovet for en individuel plan for opfølgning efter afsluttet strålebehandling/kemoterapi/operation. Der er brug for en helhedsorienteret tilgang (10) med fokus på både medicinske og psykosociale forhold samt information (25). Planen skal være skræddersyet til patientens behov og prioriteringer (25).

Kræftopfølgningen har et overordnet fokus på patientens helbred og livskvalitet. Den inddrager patientens kræftdiagnose, alder, øvrige kroniske sygdomme, psykosociale forhold samt behovsvurderingen og epikrisen fra den behandlende hospitalsafdeling.

#### Konsultationens indhold

- Lyt til fortællingen
- Brug din viden og epikrisen
- Læg en individuel plan
- Prioritér.

#### LYT TIL FORTÆLLINGEN

Livet ændrer sig fra det ene øjeblik til det andet, når en patient får besked om en alvorlig sygdom, og alt kan opleves som kaos. Ved at fortælle om kaos er det muligt at skabe en modvægt til magtesløsheden (26). Alene det at fortælle om kaos kan være med til at ændre et liv levet i kaos til en historie om kaos (27). Derfor er fortællingen nødvendig.

“My story is broken, can you help me fix it?” (28)

“My story is broken, can you help me fix it?”, beskriver den oplevelse en patient har, når en alvorlig diagnose stilles. Men udsagnet beskriver også, hvordan fortællingen bliver en del af behandlingen.



## At invitere til fortællingen

En del kræftpatienter efterlyser muligheden for at kunne tale med den praktiserende læge om sygdomsforløbet, behandlingen, senfølger og de pårørendes reaktion (13,24).

Nogle patienter har behov for kontakt til den praktiserende læge, men formår ikke selv at henvende sig. Patienterne har et ønske om, at lægen er opsøgende i disse situationer (13,24). Den praktiserende læge kan være opmærksom på dette og invitere til konsultation om kræftopfølgning, hvis det findes relevant.

Konsultationerne om kræftopfølgning hører til blandt de mere komplicerede professionelle samtaler og forudsætter en god læge-patient-relation, som bygger på tillid. Ved opbygning af tillid kan PEARLS-modellen være til hjælp.

### PEARLS

- **Partnerskab:** Patienten skal ikke fratages ansvaret, når budskabet er afleveret til lægen: "Lad os sammen arbejde med ..."
- **Empati:** Lægen kan give udtryk for en forståelse af patientens følelser og reaktioner, men samtidig bevare sit professionelle overblik: «Det må være svært ...»
- **Accept:** Patienten skal opleve lægens accept af problemstillingen, og hvad den betyder for patienten: "Det betyder meget for dig at ..."
- **Respekt:** Patientens egne løsningsmodeller, men også patientens eventuelle utilfredshed kommer til orde: "Jeg fornemmer, at du ikke er tilfreds med ..."
- **Legitimitet:** Patientens emotioner bliver hørt: "Jeg kan godt forstå, du er bekymret for ..."
- **Støtte:** Lægen giver udtryk for at være der for patienten: "Jeg vil gerne hjælpe dig ...". PEARLS (11).

## At fremme fortællingen

Den praktiserende læge har en vigtig opgave i at skabe rum til fortællingen (31). Patienten, der er velbehandlet i alle tekniske termer, men som ikke har fået muligheden for at fortælle eller nytænke sin historie, har ikke oplevet helbredelse (29).

Enhver patient indgår i mange forskellige kontekster (familie, venner, arbejde, geografi, tidligere erfaringer med sundhedsvæsenet, religion). Når konsultationen fejler, er det ofte, fordi en vigtig kontekst ikke er bemærket, defineret eller diskuteret (29).

## Inspiration til at fremme fortællingen

Eksempler på spørgsmål, der kan være med til at skabe rum til fortællingen, inddrage konteksten i konsultationsrummet og skabe en tillidsfuld relation (29):

*Som indledende spørgsmål:*

- ”Kan du fortælle ...”
- ”Hvordan har du det?”
- ”Hvad betyder sygdommen for dig? For andre vigtige personer omkring dig?”
- ”Hvad er dit største problem?”

*For at inddrage ressourcepersoner i nærmiljøet:*

- ”Hvem er mest opmærksom på din sygdom ud over dig selv?”

*Hvis noget er et vilkår, der ikke umiddelbart lader sig ændre (f.eks. fatigue):*

- ”Hvis det ikke er muligt at fjerne din træthed, hvad er så det mest hjælpsomme, der kan gøres for dig?”

*For at mobilisere patientens egenomsorg og netværk:*

- ”Hvor tror du ellers, du vil kunne søge hjælp?”
- ”Hvis du og jeg ikke kan løse dette problem, hvad vil du så gøre som det næste?”
- ”Hvor finder du din styrke?”

## At spørge

En god kommunikation kræver, at der opbygges en tillidsfuld relation ved hjælp af ydmyg spørgen. Ydmyg spørgen er den ædle kunst at stille spørgsmål af nysgerrighed og interesse, som får den anden til at fortælle frit (30). En spørgeguide til at kortlægge patientens eksistentielle problemer og ressourcer, som kan anbefales, er EMAP – Eksistentiel koMmunikation i Almen Praksis (bilag 5).

## At lytte

Det niveau, lægen lytter på, er med til at sætte rammerne for det niveau, patienten fortæller på. At lægen lytter aktivt, er en forudsætning for, at patienten fortæller.

Der kan være mere empati i at tie sammen end i at tale sammen og mere forståelse i at være end i at gøre (11).

### Aktiv lytning

- **Verbale signaler:** ord, uddybende spørgsmål eller gensvar. Virkning: 5-10 %
- **Vokale signaler:** stemmeføring, pauser, toneleje, ”hmm?” Virkning 35-40 %
- **Nonverbale signaler:** mimik, kropsholdning, berøring, nik, øjenkontakt, åben kropsholdning. Virkning 50-60 % (11).

## BRUG EPIKRISEN

Den praktiserende læge orienterer sig i epikrisen og behovsvurderingen fra den behandlende afdeling, hvor følgende fremgår:

### *Sygdomskategori*

- Er patienten helbredt for kræft?
- Er patienten i fortsat kræftbehandling, f.eks. antihormonel behandling?
- Er det en patient, hvor yderligere behandling er pallierende?

### *Senfølger*

- Er der fysiske, psykiske eller sociale senfølger?
- Hvad er forventelige senfølger?

### *Andre kroniske sygdomme*

- Er der ændringer under kræftforløbet og behov for opfølgning?

### *Henvisninger*

- Har epikriseskrivende afdeling henvist til andre instanser?
- Rehabilitering? Palliative team? Andet?

### *Anbefalet opfølgning*

- Alarmsymptomer og tegn på recidiv samt udredningsmuligheder
- Planlagte undersøgelser i sekundærsektoren
- Undersøgelser, som fremover skal planlægges i almen praksis.

Vær opmærksom på, om epikrisen eller behovsvurderingen beskriver noget, som patienten ikke har inddraget i sin fortælling, og som er vigtigt at få talt om.

## LÆG EN INDIVIDUEL PLAN

Den praktiserende læge og patienten lægger den individuelle plan på baggrund af patientens kræftsygdom og andre kroniske sygdomme.

### Spørgsmål til afklaring

Nedenstående spørgsmål kan indgå i den individuelle kræftopfølgning:

- Hvad er relevant at gøre hvornår?
  - Har patienten senfølger, som kræver separat opfølgning?
  - Har patienten behov for separat opfølgning af andre kroniske sygdomme?
  - Er der behov for henvisning til kræftrehabilitering og andre samarbejdspartnere?
- Hvad skal vi være opmærksomme på i årene fremover?
  - Alarmsymptomer og tegn på recidiv
  - Risiko for udvikling af senfølger
  - Egenomsorg
  - Skal der fremover gøres årsstatus for kræft?
- FMK ajourføres.

Hvis man beslutter også at gøre en årlig status fremover, vil denne status omfatte kræftopfølgningens forskellige indsatsområder.

## KRÆFTOPFØLGNINGENS INDSATSOMRÅDER

Recidivmistanke, senfølger, andre kroniske sygdomme, forebyggelse, rehabilitering og netværk udgør områder, hvor patienten kan have behov for en indsats fra egen læge (18).

Indsatsen kan bestå af information, lægelig vurdering, opfølgning i almen praksis og henvisning til andre sundhedsfaglige samarbejdspartnere.

### *Recidivmistanke*

- Alarmsymptomer og tegn på recidiv, som skal føre til lægekontakt.

### *Senfølger, se også kapitel 8*

- Fysiske, f.eks. lymfødem, neuropati, ændret tarmfunktion, dyspnø
- Psykiske, f.eks. angst og depression
- Sociale, f.eks. arbejdsløshed, nedsat livskvalitet
- Eksistentielle, f.eks. "Hvorfor lige mig?" samt følelser af skyld, skam, meningsløshed, tab af tro.

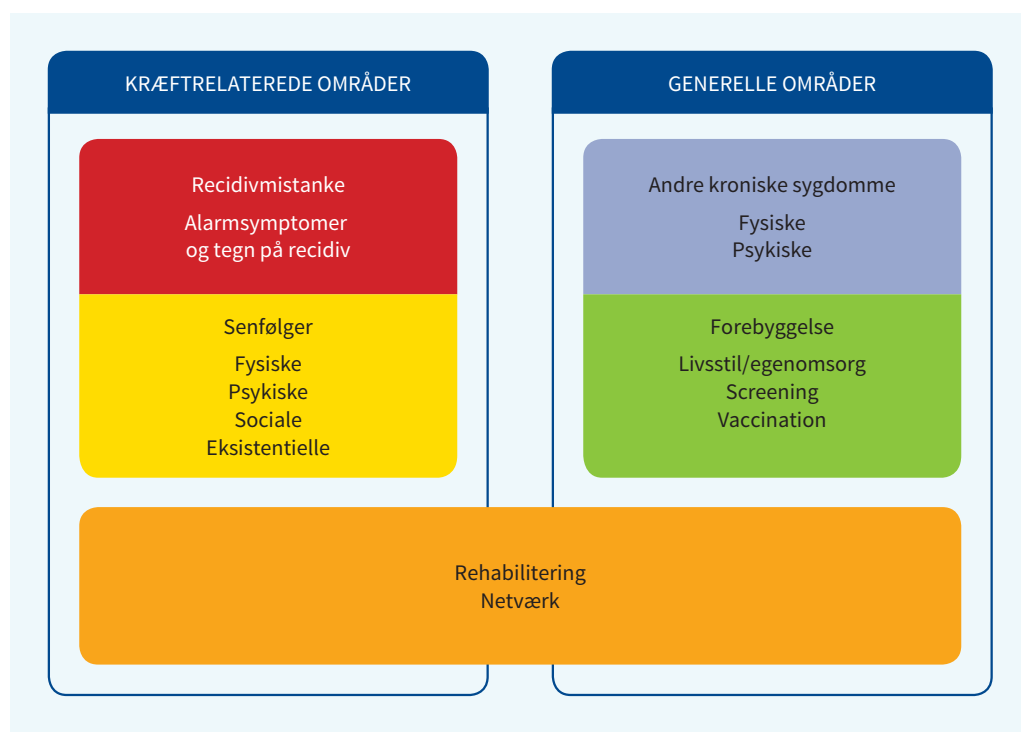
Andre kroniske sygdomme, se også kapitel 6

- Fysiske
- Psykiske.

Forebyggelse

- Livsstil
- Egenomsorg og livskvalitet
- KRAM-faktorer (Kost, Rygning, Alkohol, Motion), solbeskyttelse og ”dobbelt-KRAM”-faktorer (Kompetencer, Relation, Accept, Mestring)
- Screening, de nationale screeningsprogrammer
- Vaccination, se kapitel 9
- Rehabilitering og netværk, se kapitel 5.

**Figur 3.1** Indsatsområder i den almenmedicinske kræftopfølgning



Copyright© DSAM. Må gengives uændret og med tydelig kildeangivelse.

## Recidivmistanke

Patienter, der har været igennem et kræftforløb, frygter recidiv af sygdommen (32,33,34,35). Det kan være godt at tale om, at det altid er i orden, at patienten henvender sig ved sygdomsbekymring, og at lægen vil starte en udredning ved alarmsymptomer eller andre tegn på recidiv.

Patienter har generelt et ændret henvendelsesmønster med flere kontakter til almen praksis forud for en kræftdiagnose (17) Se evt. mere i afsnittet om komorbiditet kapitel 8. Henvendelsesmønsteret kan formentlig også ændre sig 3-6 måneder, før et recidiv diagnosticeres. Foreløbige forskningsresultater viser, at patienter har et øget antal henvendelser til almen praksis op til en diagnose med recidiv (94).

Symptomer på recidiv – især metastaser – kan være anderledes end de symptomer, der var, da kræftdiagnosen blev stillet. Recidivudredning vil være individuel og basere sig på anamnese, symptomer, objektive fund samt den lokale organisering og kontakt til sekundærsektoren.

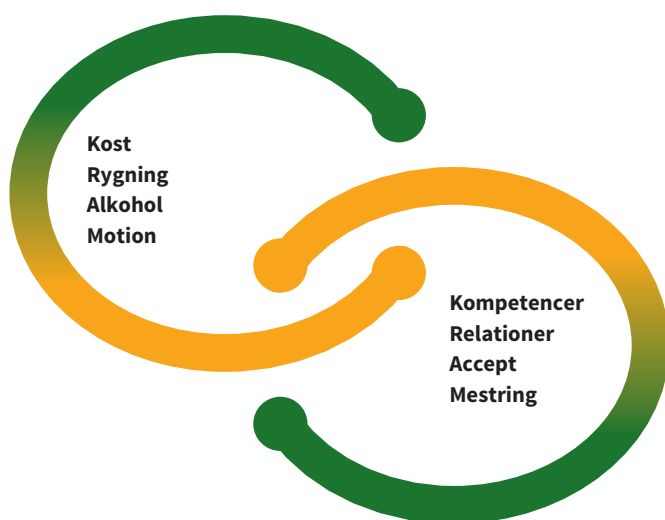
Patienterne passer ikke altid ind i noget kræftpakkeforløb. Når den praktiserende læge har en begrundet mistanke om recidiv, vil det oftest være hensigtsmæssigt at henvise til nyt kræftpakkeforløb, diagnostisk center eller eventuelt den udredende/ behandelende afdeling, hvis patienten stadig har et åbent forløb i afdelingen.

## Livsstil og egenomsorg

Kræftdiagnosen kan være et åbent vindue til ændring af livsstil (45,46). KRAM-faktorerne – Kost, Rygning, Alkohol og Motion – indgår i forebyggelse af ny kronisk sygdom, reducerer risikoen for recidiv og forlænger overlevelsen ved flere kræftsygdomme (44,83,84). Husk også solprofylakse – specielt i forhold til malignt melanom. Udlever evt. brochure.

Indenfor rehabilitering er man begyndt at arbejde med begrebet dobbelt-KRAM, hvor KRAM også står for Kompetencer, Relationer, Accept og Mestring (Figur 3.2) (85). Begrebet er opstået inden for mental sundhed, men giver også god mening hos patienten, der har overlevet kræft.

**Figur 3.2. Det dobbelte KRAM**



Copyright© DSAM. Må gengives uændret og med tydelig kildeangivelse.

En rapport fra Center for Kræft & Sundhed i København konkluderer: ”Oven på et svært behandlingsforløb kan der være brug for at genfinde livsglæden, og få fokus på hygge, nydelse, den sanselige krop, sociale fællesskaber, naturen og bekymringsfri glæde.” (86).

Den praktiserende læge kan støtte patientens proces ved at spørge til de ting, der giver glæde og mening. Henvis gerne til det kommunale rehabiliteringsprogram for kræft. Patientpjece *Godt helbred efter kræft – 10 ting du selv kan gøre* kan desuden rekvireres på [www.cancer.dk](http://www.cancer.dk), søg i webshoppen.

## PRIORITÉR

Det er individuelt, hvilke elementer der skal indgå i kræftopfølgningen, f.eks. er behovet forskelligt for patienter, som er helbredt for kræft, og for de patienter, der fortsat er i behandling eller har uhelbredelig kræft.

Den praktiserende læge og patienten prioriterer den individuelle kræftopfølgningsplan og lægger en plan for patientens næste kontakt til almen praksis.

### Priorité!

*Afdæk, hvad der er vigtigst for din patient:*

- Hvad mener patienten?
- Hvad er vigtigst med dine øjne?

*Vær opmærksom på følgende hensyn:*

- Patientens præferencer.
- Hvad der betyder mest for patientens livskvalitet
- Compliance
- Alder og forventet restlevetid
- Komorbiditet.

*Vær opmærksom på polyfarmaci*

*Læg en realistisk plan*

*Brug dit personale*

*Henvis til relevante samarbejdspartnere.*

## POLYFARMACI

Et stort problem for patienter med kræft kan være, at de får meget medicin, og det kan have betydning for livskvaliteten. Der kan derfor være brug for i samarbejde med patienten at prioritere medicinen. Gode redskaber til dette er Seponeringslisten fra IRF, Sundhedsstyrelsen og DSAM's vejledning, *Den ældre patient*.

## 4. Kontrol af visse urologiske kræftformer

Sundhedsstyrelsens opfølgingsprogrammer for kræft indebærer opgaveoverdragelse til almen praksis inden for opfølgning af kræft i prostata, urinveje/blære og nyre (87,88,89).

### Formål med opfølgning

- Forbedring af overlevelse
- Senfølger
- Rehabilitering/palliation.

### PROSTATAKRÆFT

Prostatakræft er med en incident på 4.500 den hyppigste mandlige kræftform. Der forventes en samlet patienttilgang i almen praksis på ca. 2.000 patienter om året, som skal kontrolleres med PSA og eventuelt have behandling med kastrationsinjektion. Ved afslutning til almen praksis fra urologisk eller onkologisk afdeling skal der foreligge en plan for den videre opfølgning, opfølgningsintervaller, genhenvissningskriterier og plan for håndtering af eventuelle senkomplikationer (87).

### Opfølgning og behandling i almen praksis

*Efter kurativ behandling med radikal prostatektomi eller strålebehandling:*

- PSA-kontrol 1-2 gange årligt iht. epikrise fra urologisk afdeling.

*Aktiv overvågning/watchfull waiting:*

- PSA-kontrol 1-2 gange årligt iht. epikrise fra urologisk afdeling.

*Antihormonel behandling/kastrationsbehandling:*

- PSA-kontrol og kastrationsinjektion 1-2 gange årligt iht. epikrise.

Ved forhøjelse af PSA eller stigende PSA kontrolleres epikrisen for, hvornår patienten skal genhenvises til hospitalsafdeling.



For nogle patienter, der har modtaget antihormonel behandling eller strålebehandling, kan epikrisen indeholde anbefaling om screening for osteoporose og metabolisk syndrom.

## URINVEJS- OG BLÆREKRÆFT

Der forventes en tilgang på 210 nye patienter til almen praksis om året.

Patienterne afsluttes efter 5 år til almen praksis. De afsluttede patienter er oftest behandlet med cystektomi og er uden recidiv, men kan have risiko for påvirket urinfløb og dermed tab af nyrefunktion. Ved afslutning til almen praksis fra urologisk afdeling skal der foreligge en plan for den videre opfølgning, opfølgingsintervaller, genhenvisningskriterier og plan for håndtering af eventuelle senkomplikationer (88).

### Opfølgning i almen praksis

- Kontrol af creatinin iht. epikrisen, ofte 1 gang årligt
- Ved stigende creatinin kontrolleres epikrisen for, hvornår patienten skal genhenvises til urologisk afdeling.

## NYREKRÆFT

Der forventes en tilgang på 400 nye patienter med nyrekræft om året.

Patienterne, der afsluttes, er recidivfrie. Patienterne er oftest opererede og har fået foretaget nefrektomi eller partiel nefrektomi og kan udvikle nyrepåvirkning. Ved afslutning til almen praksis fra urologisk afdeling skal der foreligge en plan for den videre opfølgning, opfølgingsintervaller, genhenvisningskriterier og plan for håndtering af eventuelle senkomplikationer (89).

### Opfølgning i almen praksis

- Kontrol af creatinin efter anvisning i epikrise, ofte 1 gang årligt
- Ved stigende creatinin kontrolleres epikrisen for, hvornår patienten skal genhenvises til urologisk afdeling.

## 5. Samarbejde

Ud fra en vurdering af patientens behov, ressourcer og prioriteringer tager patienten og den praktiserende læge stilling til, hvilke tilbud der er relevante.

### SEKUNDÆRSEKTOREN

Tilfælde hvor henvisning til sekundærsektoren kan overvejes:

- Mistanke om recidiv
- Senfølger
- Nyopstået anden kræftsygdom
- Palliativt behov.

### ANDRE SAMARBEJDSPARTNERE

#### Kommune

- Kræftrehabiliteringen
- Genoptræning
- Hjemmeplejen/hjemmesygeplejen
- Diætist (ikke alle kommuner har en)
- Socialrådgiveren
- Hjælpe-middelcentralen
- Se også Tilbud om kommunal rehabilitering, side 28.

#### Psykolog

Muligheder for henvisning til psykolog med ydernummer efter vanlige kriterier, se [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk), søg på Tilskud til psykolog og følg anvisningen derfra.

De relevante kategorier er følgende:

- Personer ramt af alvorlig, invaliderende sygdom
- Pårørende til personer ramt af en alvorlig invaliderende sygdom
- Pårørende ved dødsfald
- Personer fra 18 år med let til moderat depression
- Personer mellem 18 og 38 år med let til moderat angstlidelse, herunder let til moderat OCD.

Er patienten terminalerklæret, kan der søges om vederlagsfri psykologbehandling med dækning af egenbetalingen i henhold til servicelovens § 122, se tekstforslag i bilag 3, kan downloades fra [www.dsam.dk](http://www.dsam.dk).

## Fysioterapeut

- Kommunal genoptræning efter genoptræningsplan og behovsvurdering lavet af sygehuset inden udskrivelsen (gratis for patienten)
- Genoptræning via kommunens rehabiliteringshold (gratis for patienten)
- Henvisning til fysioterapeut efter almindelig henvisning (med egenbetaling).

Er patienten terminalerklæret, kan der søges om vederlagsfri fysioterapi med dækning af egenbetalingen i henhold til servicelovens § 122, se tekstforslag i bilag 4, kan downloades fra [www.dsam.dk](http://www.dsam.dk).

## Sexolog

Mulighederne varierer efter geografisk område. Det kan være et tilbud i sekundærsektoren, via Kræftens Bekæmpelse ([www.cancer.dk](http://www.cancer.dk)), REHPA i Nyborg ([www.rehpa.dk](http://www.rehpa.dk)) eller via kommunernes kræftrehabilitering.

## REHABILITERING

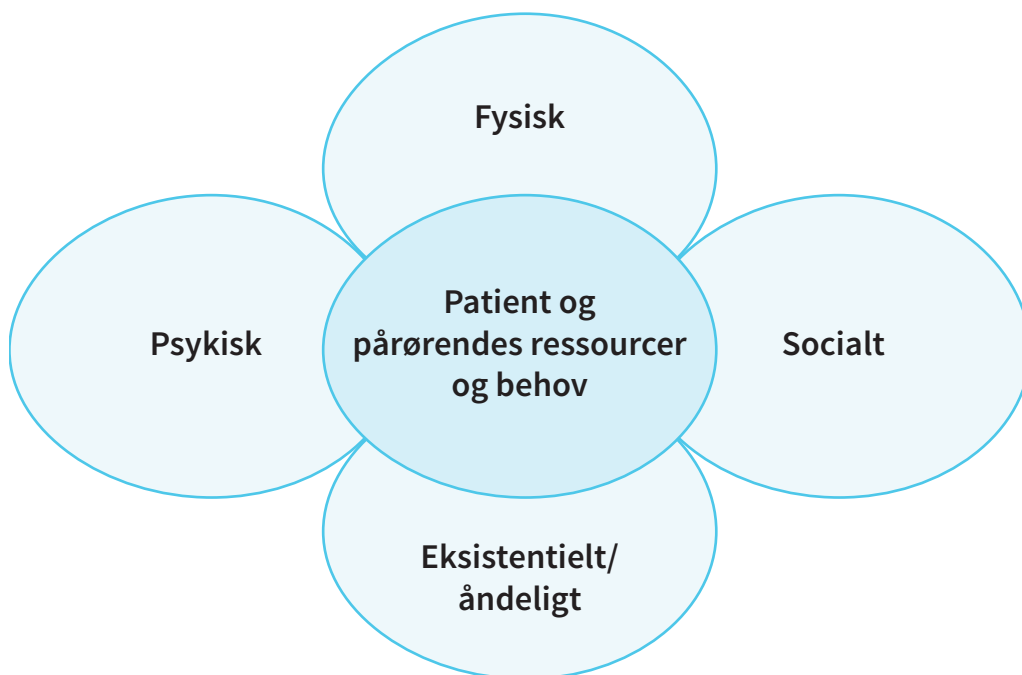
Målgruppen for rehabilitering er patienter, der er i risiko for eller har fået nedsat funktionsevne som følge af en kræftsygdom eller behandlingen heraf (36).

### *Definition af rehabilitering*

“Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv.

Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation, og beslutninger består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats.” (37)

**Figur 5.1. Et helbreds perspektiv på patienten og pårørendes ressourcer og behov ved rehabilitering og palliation**



Kilde: [www.sst.dk/publ/Publ2012/SYB/Kraeft/RehabPalliationForloebprog.pdf](http://www.sst.dk/publ/Publ2012/SYB/Kraeft/RehabPalliationForloebprog.pdf)

## Behov for rehabilitering

Udgangspunktet er en vurdering af den enkelte patients ressourcer og behov (90). I vurderingen anlægges et helhedssyn, der tager højde for fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle/åndelige problemstillinger.

Det er vigtigt, at den praktiserende læge tager initiativ til at henvise de patienter, der har et behov for rehabilitering. Opgørelser viser, at der er patienter, der ikke får hjælp til et oplevet behov (13,38).

## Tilbud om kommunal rehabilitering

Som en del af Kræftplan IV er kommunerne forpligtede til at lave en **behovsvurdering og tilbyde rehabilitering** til den enkelte kræftpatient ud fra en henvisning fra praktiserende læge eller en genoptræningsplan og behovsvurdering fra sygehuset. Der er et rehabiliteringstilbud i alle kommuner. Tilbuddene varierer fra kommune til kommune. Der er desuden kommuner, hvor henvisning ikke er påkrævet.

Den praktiserende læge kan få et overblik over tilbuddene i de(n) kommune(r), som lægen samarbejder med på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk), søg på Sundhedstilbud og følg anvisningen derfra.

REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation, tilbyder rehabiliteringsforløb for borgere fra hele landet. Rehabiliteringsforløbet foregår i Nyborg og er del af videncenterets forskning i rehabilitering og palliation. Se [www.rehpa.dk](http://www.rehpa.dk), søg på rehpa-ophold.

## Behov for palliativ indsats

Ved behov for palliativ indsats er der især brug for samarbejde mellem den praktiserende læge, kommunen og evt. det palliative team. Der henvises til DSAM's vejledning *Palliation 2014*.

## Andre aktører

- Kræftens Bekæmpelse
- Gruppetilbud (diagnose, alder, køn, pårørende)
- Sorggrupper
- Senfølgegrupper
- Åben rådgivning (telefonisk eller i Kræftrådgivningerne)
- Patientforeninger
- Frivillige organisationer i lokalområdet
- Netværk for pårørende.

## Alternativ behandling

5 spørgsmål lægen kan stille til patienten, der ønsker at tale om alternativ behandling:

- Hvad er dit formål med at søge alternativ behandling?
- Hvor ofte og hvor længe vil du bruge den alternative behandling?
- Er der bivirkninger ved den alternative behandling, og kan du bruge den samtidig med din kræftbehandling?
- Hvor meget tid og hvor mange penge kan og vil du bruge på alternativ behandling?
- Hvad er behandlerens faglige baggrund, og hvilke erfaringer har behandleren med kræft?

Patient og pårørende kan finde vejledning på [www.cancer.dk/alternativ](http://www.cancer.dk/alternativ)

## 6. Andre kroniske sygdomme – komorbiditet

### Hvilken betydning har komorbiditet?

Komorbiditet defineres her som en eller flere kroniske sygdomme ud over kræftsygdommen. Patienter i kræftopfølgingsforløb har ofte en anden kronisk sygdom at tage højde for. Komorbiditet forværres ofte under kræftforløb (39) og kan forringe udbyttet af kræftbehandling. Derfor er det vigtigt, at den praktiserende læge fastholder opmærksomheden på andre kroniske sygdomme og kontrollerer disse som vanligt på trods af en nyopstået eller eksisterende kræftdiagnose.

- Kræftpatienter har ofte komorbiditet, og risikoen stiger med alderen (40).
- Kræftpatienter har dårligere compliance i forhold til at fastholde kontrol af andre kroniske sygdomme (16).
- Ny komorbiditet opstår ofte som følge af kræftbehandlingen (16).
- Overlevelsen for kræftpatienten forringes med antallet af øvrige kroniske sygdomme (41,42,91).

Der er en del risikofaktorer, som er fælles for kræft og andre sygdomme, og komorbiditet er derfor hyppig hos kræftpatienter. På diagnosetidspunktet for en kræftsygdom, har næsten 40 % af patienterne en komorbid sygdom ud over kræftdiagnosen. De hyppigste komorbide sygdomme er hjertesygdom, KOL og diabetes, som tilsammen udgør 23 % (tabel 6.1) (91).

## Tabel 6.1 Oversigt over de hyppigste komorbide sygdomme til kræft

Komorbiditet for 152.224 danskere med en kræftsygdom, diagnosticeret i perioden 2009-2014 (91).

Sygdom	Antal	Procent
Hjertesygdom	20.080	13,2
KOL	15.692	10,3
Diabetes	12.264	8,0
Andre sygdomme	8.548	5,6

(Kilde: Sundhedsstyrelsen. Vidensopsamling på senfølger efter kræft hos voksne. 2017)

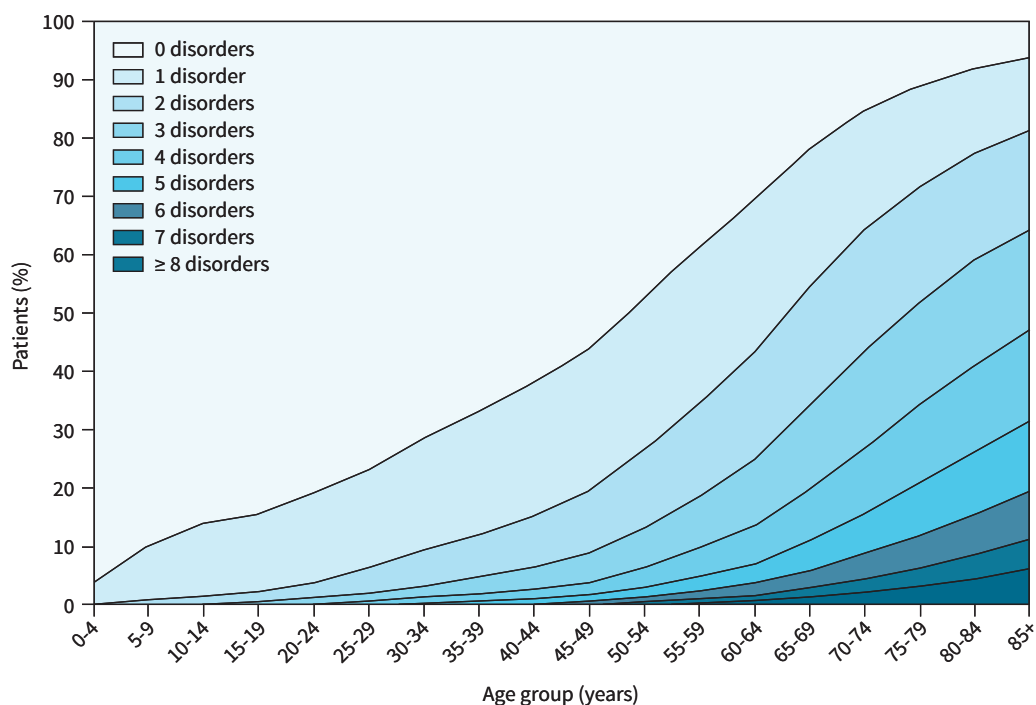
Dette stemmer godt overens med patienternes egne oplysninger (Figur 6.1). I Kræftens Bekæmpelses barometerundersøgelse (13) oplyser 42 % af patienterne således, at de ud over kræft havde en anden sygdom i den periode, hvor de blev behandlet for kræft. De hyppigste selvoplyste sygdomme er hjerte-kar-sygdom, lidelser i muskler og led samt diabetes efterfulgt af lungesygdom og psykisk lidelse. Blandt de patienter, som havde en anden sygdom, svarede flere end hver tredje, at der ikke blev taget optimalt hensyn til denne sygdom (13).

### Komorbiditet og alder

Med alderen stiger risikoen for at udvikle kroniske sygdomme (40). Ældre patienter med kræft vil derfor have større sandsynlighed end yngre patienter for at have kroniske sygdomme med behov for opfølgning i almen praksis (f.eks. ved årlig status) (43).

Personer med komorbiditet vurderer behandlingsforløbet, kontrolforløbet samt afslutningen på sygehus signifikant dårligere end patienter uden komorbiditet. De oplever især problemer, der knytter sig til manglende samarbejde mellem specialer og følelsen af selv at måtte tage ansvaret for behandlingen af den anden sygdom (14). Den praktiserende læge har som patientens gennemgående sundhedsperson en vigtig opgave med at støtte patienten til at følge relevante kontroller for andre kroniske sygdomme.

**Figur 6.1 Antal kroniske sygdomme i forhold til alder (Skotland)  
(40)**



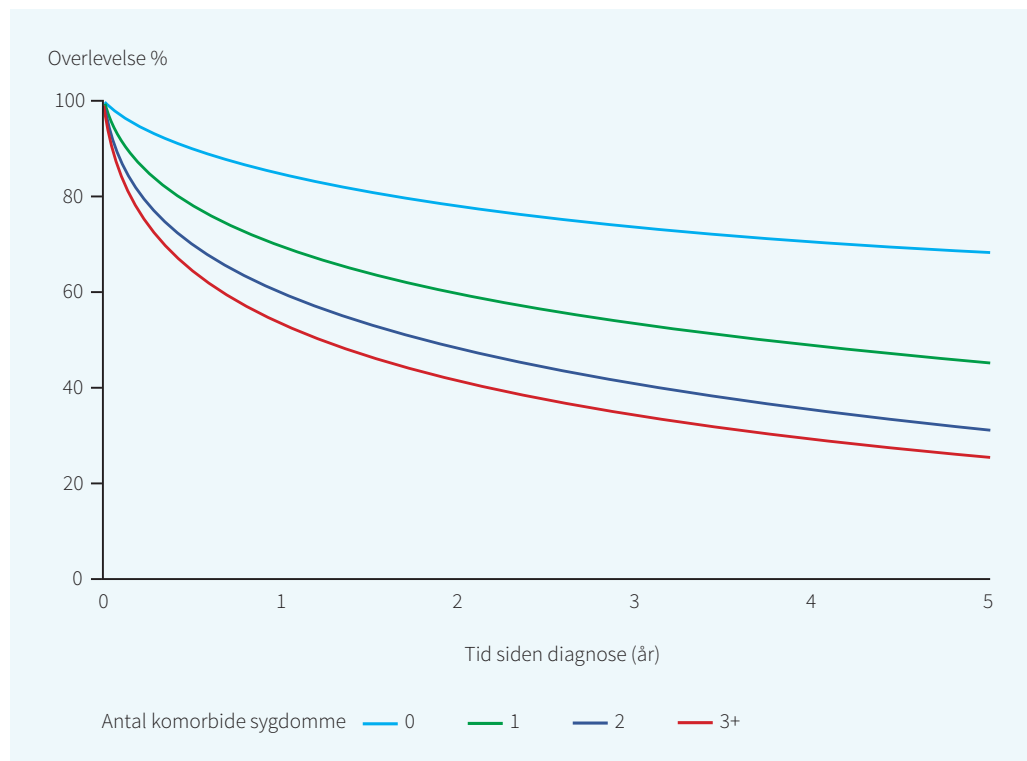
Figur: Barnett K et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 2012 Jul 7;380(9836):37-43.

## Komorbiditet og overlevelse

Der er stor forskel i kræftoverlevelsen, afhængigt af om patienten har komorbide sygdomme på diagnosetidspunktet. Der er således en ringere overlevelse i takt med, at antallet af komorbide sygdomme stiger (Figur 6.1) (40). I det følgende ses en kurve for danske patienter med kræft i forhold til deres Charlson komorbiditetsscore (CCI), der viser sammenhængen mellem komorbiditet og overlevelse (Figur 6.2) (91). CCI er baseret på diagnoser registreret ved kontakt til et hospital og inkluderer kroniske sygdomme og sygdommenes alvor.



## Figur 6.2 Overlevelse efter komorbiditet (Charlson)



Figur: Overlevelse i forhold til Charlson komorbiditetsscore (CCI) for danske patienter med kræft (tegnet efter figur i "Vidensopsamling på senfølger efter kræft hos voksne". Sundhedsstyrelsen, 2017.

## 7. Kræftbehandling

Mange faktorer har betydning for, hvilken behandling patienten tilbydes. Behandlingen vil ofte blive fastlagt af et team af kirurger, onkologer, patologer og radiologer.

Behandlingen afhænger af følgende:

- Størrelsen af kræftknuden
- Sygdomsstadie (TNM-klassifikation)
- Histologisk gradering/hormonreceptoranalyse
- Patientens generelle helbredstilstand.

Akutte bivirkninger til onkologisk behandling er en specialistopgave, og skal varetages af den behandlende afdeling. Patienter i kemoterapi med temperatur  $\geq 38^\circ \text{C}$  bør oftest henvises akut til onkologisk afdeling eller konfereres med afdelingen.

### ANTIORMONBEHANDLING

#### Generelt

Antihormonbehandling anvendes primært til brystkræft, prostatakraft og endometriekraft. Hormoner spiller en vigtig rolle i reguleringen af væksten i det normale væv.

Antihormonbehandling virker ved at hæmme kræftcellernes vækst.

Omkring 75 % af alle brystkræfttumorer har østrogen- og progesteron-receptorer.

Antiøstrogenbehandling øger overlevelseschancerne, når den gives adjuverende til brystkræftpatienter med receptorpositive tumorer.

Tumorvækst hæmmes hos op til 80 % af patienter med prostatakraft.

Se mere i Lægehåndbogen på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk). Søg på Antihormonbehandling.

## ENDOKRINE BEHANDLINGSFORMER

### *Ophævelse af hormonproduktion*

Fjernelse/hæmning af hormonproducerende kirtler:

- Operation med ooforektomi/orkiektomi
- Strålebehandling af ovarier
- Medicinsk kastration ved administration af gonadotropin-frigørende hormon.

### *Medicinsk antihormonbehandling*

Virkningsmekanisme:

- Hindrer dannelsen af hormon
- Blokerer hormonets virkning på kræftcellen.

### *Behandling*

Brystkræft:

- Aromatasehæmmere (letrozol, anastrozol, exemestan) hæmmer dannelse af østrogen og gives til postmenopausale kvinder.
- Hormonreceptorhæmmere (tamoxifen, fulvestrant) blokerer østrogens virkning på kræftcellerne og gives til præmenopausale kvinder.

Prostatakræft:

- Antiandrogen, GnRH-analoger, GnRH-antagonister.

### *Hyppige bivirkninger*

Brystkræft:

- Osteoporose
- Vægtøgning, ændret lipidmetabolisme Artralgi, vasomotoriske bivirkninger, hårtab.

Prostatakræft:

- Hedeture
- Nedsat libido, erektil dysfunktion
- Gynækomasti
- Ændret lipidmetabolisme
- Osteoporose.

## STRÅLEBEHANDLING

### Generelt

Halvdelen af alle kræftpatienter vil i løbet af deres sygdomsforløb få strålebehandling. Strålebehandling er anvendelse af ioniserende stråling til behandling af kræft.

Virkningen skyldes beskadigelse af cellens DNA.

Målet er at begrænse vækst eller dræbe kræftceller i det bestrålede område, samtidig med at skaden på det omgivende normale væv begrænses mest muligt.

Se mere i Lægehåndbogen på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk). Søg på Strålebehandling.

### Behandlingsformer

- *Ekstern strålebehandling*: Den hyppigst anvendte behandlingsform, ioniserende stråler, gives i en accelerator ('strålekanon').
- *Brachyterapi*: Intern strålebehandling, hvor strålekilden er tæt ved tumor, f.eks. i vagina ved livmoderhalskræft.
- *Systemisk behandling*: Injektion af radioaktiv substans, som ophobes i det væv, der ønskes bestrålet, f.eks. radioiodbehandling ved thyroideakræft.
- *Protonbehandling*: Protoner har samme celledræbende effekt som røntgenstråler, men pga. deres særlige egenskaber er det muligt at stråle mere specifikt mod en kræftknode uden at ramme det omkringliggende normale væv. Protonterapi er ofte mere skånsom end røntgenbestråling. Tilbydes aktuelt kun til meget udvalgte patienter.

### Behandling

- Behandlingen gives enten med kurativ eller pallierende sigte.
- Strålebehandling gives oftest i flere små doser – fraktioner – for at øge effekten af behandlingen og reducere risiko for senbivirkninger.
- Patienten mærker ikke noget under selve behandlingen.

### Bivirkninger og senfølger

Bivirkninger afhænger af, hvilket område der bestråles. Det skyldes, at både tumoren og en del af det omkringliggende normale væv vil være inkluderet i strålefeltet. Bivirkninger inddeles i akutte bivirkninger (opstår inden for de første 90 dage) og senfølger.

Akutte bivirkninger kommer efter 2-5 behandlinger, og bivirkningerne begynder at aftage omkring 2 uger efter afsluttet behandling.

Risiko for bivirkninger og senfølger øges ved høj stråledosis og ved strålebehandling af et stort volumen.

### *Akutte bivirkninger*

Særligt i væv med hurtig celledeling:

- Knoglemarv
- Hud og slimhinder
- GI-kanalen
- Urogenitalt.

### *Symptomer*

- Træthed, anoreksi, kvalme, dyspepsi, opkastning, diarré, dermatit, smerter
- Ved kranial bestråling: Forværring af neurologiske symptomer og alopeci.

### *Senfølger*

Senfølger afhænger af, hvilket organ der er blevet bestrålet. Risikoen for senfølger øges, jo længere tid efter strålebehandlingen patienten lever.

CNS:

- Hjerne: Reduceret koncentration, hukommelsesbesvær, indlæringsvanskeligheder, øget træthed
- Medulla spinalis: myelopati.

Hjerte:

- Perikardit, kardiomyopati
- Øget risiko for koronarsygdom (arteriosklerose).

OBS: Patienter, som har fået strålebehandling mod venstre bryst/thoraxhalvdel i en ung alder, er særligt udsatte.

Lunge:

- Fibrose og restriktiv lungefunktionsnedsættelse.

Hoved-hals-område:

- Mundtørhed
- Fibrose af hud og slimhinder
- Karies, tandskader.

Gastrointestinalt:

- Stråleskadede tarm/stråleenteritis.

Urogenitalt:

- Inkontinens
- Erektile dysfunktion
- Vaginal stenose
- Blærespasmer.

Hud:

- Pigmentforandringer
- Telangiektasier
- Atrofi/fibrose.

Knogler:

- Osteoporose/øget frakturrisiko
- Lymfødem.

Sekundær kræftsygdom:

- Strålebehandling giver en lille øget risiko for sekundær kræftsygdom.

## KEMOTERAPI

### Generelt

Cytostatika hæmmer cellevækst ved at lave skade på cellens DNA eller enzymer. Cytostatika virker på celler, som befinder sig i celledeling.

Doseringen er afgørende for effekten af kemoterapi. Det tilstræbes at give den højeste tolerable dosis. Bivirkninger skyldes, at væksten hæmmes for både kræftceller og normale celler.

Den maksimale knoglemarvsdepression (også kaldet nadir) nås 10-12 dage efter kemobehandlingen, og knoglemarven er normalt restitueret efter cirka 3 uger.

Gives enten som adjuverende eller pallierende behandling.

Se mere i Lægehåndbogen på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk). Søg på Cytostatikabehandling.

### Behandling

Forudsætning for kemoterapibehandling er, at patientens almentilstand og organfunktion tillader behandling.

Kemoterapi gives oftest som kombination af flere stoffer for at øge effekten og nedsætte risiko for resistens og toksicitet.

IV-behandling gives ofte hver 2.-4. uge, og effekten af behandlingen vurderes efter 2-3 behandlinger ('behandlingsserier').

## Bivirkninger

Der skelnes mellem generelle og specifikke bivirkninger. Celler med hyppige celledelinger påvirkes mest af kemoterapi og giver de generelle bivirkninger.

*Generelle bivirkninger:*

- Kvalme, opkastning
- Knoglemarvspåvirkning
- Diarré/forstoppelse
- Træthed
- Muskel- og ledsmerter
- Alopeci
- Stomatit
- Hudgener.

*Specifikke bivirkninger:*

– er knyttet til de enkelte typer af cytostatika. Ved disse bivirkninger kan det være nødvendigt at reducere dosis eller stoppe behandlingen:

- Polyneuropati (cisplatin, taxaner, vinkaalkaloid)
- Cystitis (cyclofosamid)
- Nyretoxicitet (cisplatin, carboplatin)
- Hjerterytmeforstyrrelser (antimetabolitter, gemcitabin, floururacil, methotrexat)
- Kardiomyopati (doxorubicin, epirubicin)
- Lungefibrose (bleomycin) Ototoksicitet (cisplatin).

## BIOLOGISK BEHANDLING/TARGETERET BEHANDLING

I de seneste år er der kommet en række nye behandlingsmuligheder i form af målrettede, biologiske behandlinger til solide tumorer (f.eks. brystkræft, lungekræft, tarmkræft, nyrekræft) og til hæmatologiske kræftformer.

### Generelt

Mange kræftceller har øget antal vækstfaktorer (GF) eller vækstfaktor-receptorer (GFR), som stimulerer kræftcellernes vækst og celledeling og/eller angiogenese i tumoren.

Den biologiske behandling kan blokere og regulere GF/GFR og derved hæmme eller kontrollere kræftcellers vækst.

## Bivirkninger

- Kardiovaskulær toxicitet: hypertension, kardiomyopati, nedsat venstresidig pumpefunktion (LVEF)
- Gastrointestinalt: kvalme, stomatitis, diarré
- Hud: acneiformt udslæt, dermatitis, negleforandringer, palmar/plantar erytrodysestesi (smertefuld hudrødme på hænder/fødder)
- Træthed
- Muskel- og ledsmerter.

## IMMUNTERAPI

### Generelt

Ved immunterapi styrker man patientens eget immunforsvar til målrettet at bekæmpe kræftceller. Immunterapi anvendes til behandling af bl.a. lymfom, leukæmi, nyrekræft og malignt melanom og er under afprøvning til en række andre kræftformer.

*Virkningsmekanismer:*

- Styrker immunforsvarets evne til at genkende og angribe kræftceller
- Svækker kræftcellernes evne til at forsvare sig.

*Immunterapi kan påvirke kræftcellerne:*

- Immunaktiverende stoffer kan stimulere til øget immunaktivitet.
- Antistoffer kan binde sig til kræftcellerne og gøre dem tilgængelige for immunsystemet.
- Antistoffer kan fjerne naturlige blokeringer i immunforsvaret og dermed øge immunaktiviteten.

Kræftvacciner – hvor man forsøger at gøre patientens eget immunforsvar i stand til at genkende kræftceller og dræbe dem – foregår aktuelt på forsøgsbasis.

Cellebaseret immunterapi foregår aktuelt på forsøgsbasis. Det gælder f.eks. T-cellerterapi, hvor behandlingen består i at aktivere patientens egne immunceller uden for kroppen og give dem retur til patienten.



## Bivirkninger

Når immunforsvaret stimuleres kraftigt, kan der komme en række bivirkninger, afhængigt af typen af stimulation. Immunreaktion kan bl.a. give følgende:

- Kraftige influenzalignende symptomer
- Reaktioner fra f.eks. tarm eller hormonsystemet
- Træthed
- Udslæt.

Behandling med kortikosteroider til patienter i immunterapi kan hæmme effekten af immunterapien og bør derfor kun opstartes i samråd med den behandlende afdeling.

## Kilder til afsnit om kræftbehandling

Lægehåndbogen: [www.laegehaandbogen.dk](http://www.laegehaandbogen.dk)

Den lille onkolog:

<http://ekstern.infonet.regionsyddanmark.dk/Files/bookframes183.htm>

Kræftens Bekæmpelse: [www.cancer.dk](http://www.cancer.dk)

## 8. Senfølger

Overlevelsen ved de fleste kræfttyper er øget betydeligt i de senere år, og dermed er der behov for øget fokus på senfølger af kræftbehandling (47). Senfølger er helbredsproblemer, der opstår under primær behandling og bliver kroniske, eller som opstår og manifesterer sig måneder eller år efter, behandlingen er afsluttet (91).

Kræftpatienternes øgede morbiditet, mortalitet og nedsatte livskvalitet kan skyldes flere faktorer (18):

- Selve kræftsygdommen
- Tilstedeværelsen af andre kroniske sygdomme
- Senfølger til kræftbehandlingen.

Ved den almenmedicinske kræftopfølgning er det vigtigt at have fokus på både fysiske, psykiske og sociale følgevirkninger.

Senfølger er symptomer, der kan opstå under primær kræftbehandling, eller som opstår fra måneder til årtier efter, at kræftbehandlingen er afsluttet.

Senfølgerne omfatter fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle forandringer, der er en følge af kræftsygdommen og/eller behandlingen af denne (91). Psykiske og sociale senfølger ses hos omkring 25-30 % af kræftpatienterne (1).

### **Fysiske senfølger**

- Kardiovaskulær sygdom, f.eks. ændret lipidprofil, metabolisk syndrom, kardiomyopati, koronarsygdom
- Osteoporose
- Nyreinsufficiens og blæresymptomer
- Thyreoideasygdomme
- Lungefibrose
- Lymfødem
- Neuropati
- Diarré
- Hormonelle senfølger
- Infertilitet
- Hudforandringer
- Kognitiv dysfunktion
- Fatigue
- Ny primær kræftsygdom.

### **Psykiske senfølger**

- Angst
- Depression
- Ændret kropsopfattelse
- Seksuel dysfunktion.

### **Sociale senfølger**

- Tab eller nedsættelse af erhvervsevne
- Økonomiske forhold
- Påvirkning af familie og netværk.

### **Eksistentielle senfølger**

- Skyld og skam
- Meningsløshed – hvorfor?
- Håbløshed - tro og håb
- Magtesløshed - kontrol og balance.

## FYSISKE SENFØLGER

### Kardiovaskulær sygdom

Kræftoverlevende har en højere prævalens af kardiovaskulære risikofaktorer som hypertension, dyslipidæmi og diabetes (48).

Hjertesygdom hos kræftpatienter kan skyldes flere mekanismer: Flere kræftsygdomme og hjertesygdomme har de samme risikofaktorer, og en række kræftbehandlinger øger risikoen for kardiovaskulær sygdom (48,49). Blandt kræftoverlevende er kræftrecidiv, sygdomsprogression og sekundær kræftsygdom de hyppigste dødsårsager, og derefter kommer kardiovaskulær sygdom som hyppig dødsårsag (50,51).

Flere årtier efter endt kræftbehandling har kræftoverleverne en 10-fold øget risiko for kardiovaskulær sygdom i forhold til kontroller (49,52). Alle dele af hjertet og de centrale kar kan påvirkes, og skaderne kan opstå både akut, subakut og årtier efter endt behandling (47). Der er aktuelt ingen konsensus om, hvordan man bør følge disse patienter.

#### *Kræftbehandlinger som øger risiko for kardiovaskulær sygdom (49)*

- Hjertenær strålebehandling af venstre thoraxhalvdel eller mediastium
- Nogle former for kemoterapi (antracycliner (epirubicin, doxyrubicin) og cisplatin)
- Biologisk behandling: trastuzumab (Herceptin®)
- Antihormonbehandling.

#### *Kardiovaskulære senfølger*

- Kardiomyopati
- Hypertension
- Klapsygdom
- Koronar sygdom
- Perikardiesygdom.

#### *Risikofaktorer*

- Traditionelle risikofaktorer
- Livsstilsfaktorer
- Den kræftbehandling, patienten har fået.

#### *Udredning*

Regelmæssig screening for kardiovaskulær sygdom: EKG, lipidprofil, HbA1c. Patienter i særlig risiko for udvikling af nedsat pumpefunktion (LVEF) tilbydes ekkokardiografi med regelmæssige mellemrum (49).

### *Behandling*

Hjertesygdom hos kræftoverlevende skal behandles på samme måde som hos andre hjertepatienter.

## **Osteoporose ved prostatakraft**

Mænd, der har prostatakraft og behandles med medicinsk eller kirurgisk kastration, har øget risiko for osteoporose og frakturer (53).

### *Udredning*

- Ioniseret S-calcium, D-vitamin og evt. DXA-scanning.

### *Behandling*

- Følger standardbehandling for mænd med osteoporose.

## **Osteoporose ved brystkræft**

Op til 80 % af brystkræftpatienterne har et øget knogletab, som er større end det normale aldersrelaterede knogletab (54).

### *Risikofaktorer*

- Præmatur menopause pga. kemobehandling
- Antihormonbehandling med aromatasehæmmere (letrozole, aromasin) – gives til postmenopausale kvinder
- Prednisolonbehandling
- Familiær disposition og livsstilsfaktorer.

### *Udredning*

- DXA-scanning.

### *Behandling*

- Calcium og D-vitamin
- Bisfosfonater.

I udvalgte tilfælde gives zoledronsyre via onkologiske afdelinger.

## **Blæresymptomer/strålecystitis**

Strålebehandling mod det lille bækken kan give stråleskader på blæren og føre til overaktiv blære (55,56).

### *Symptomer*

- Urgency/urininkontinens
- Pollakisuri
- Nykturi
- Blærespasmer
- Mikro- og makroskopisk hæmaturi.

### *Behandling*

- Tolterodin (Detrusitol Retard®) 2,8 mg dagligt.  
eller
- Solifenacin (Vesicare®) 5-10 mg dagligt.

## **Lymfødem**

Lymfødem er en kronisk hævelse, som optræder efter operation og/eller strålebehandling. Lymfødem kan både opstå umiddelbart efter operation og strålebehandling og mange år efter endt behandling. Det forekommer hyppigst efter behandling for brystkræft, gynækologisk kræft og malignt melanom (57).

### *Risikofaktorer*

- Omfang af lymfeknudefjernelse
- Lokal strålebehandling (mod aksil, lyske, pelvis eller supraklavikulært)
- Fedme
- Forsinket sårheling.

### *Diagnose*

- Pitting ødem
- 2 cm forskel i omfang mellem ekstremiteterne
- Udeluk infektion, dyb venetrombose, kræftrecidiv.

### *Behandling*

- Livslang kompressionsbehandling
- Øvelser
- Fysioterapi, specialuddannede i lymfødemterapi
- Vægttab
- Hudpleje – mindsker risiko for hudinfektion
- Operation med fjernelse af fedtvæv i svære tilfælde.

Se mere i Lægehåndbogen på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk). Søg på Lymfødem.

## Neuropati

Neuropati er en af de hyppigste senfølger og optræder hos omkring 38 % af patienterne behandlet med kemoterapi (58). Det kan nedsætte patientens livskvalitet væsentligt. Neuropati kan ikke forebygges, men er delvist reversibelt og bedres 2-6 måneder efter endt behandling. Risikoen for udvikling af neuropati stiger med patientens alder (58,59).

### *Symptomer*

- Nedsat sensibilitet, prikken/stikken
- Smerter
- Lokalisation: symmetrisk i 'handske- og strømpeområde'
- Faldtendens, specielt hos ældre.

### *Risikofaktorer*

- Høj alder
- Tidligere behandling med kemoterapi
- Diabetes mellitus
- B12-mangel
- Alkoholoverforbrug.

### *Behandling*

- SNRI/duloxetin, f.eks tbl Cymbalta® 60 mg dagligt.

Neuropati udløst af kemoterapi er sværere at behandle end andre former for neuropati. Der er bedst dokumenteret effekt af behandling med SNRI (60). Tricycliske antidepressiva (TCA) og neuroleptika (Gabapentin) kan forsøges, men der er begrænset dokumentation for effekten (58,61).

## Diarré

Kronisk diarré kan optræde efter operation og strålebehandling. Det er defineret ved diarré, der varer i mere end 4 uger, og som nedsætter patientens funktionsniveau og livskvalitet. Omkring 50 % af patienterne behandlet for tarmkræft har kronisk diarré (62).

### *Symptomer*

- Øget afføringsfrekvens
- Inkontinens for afføring
- Perianal irritation
- Dårlig tarmtømning
- Korttarmssyndrom.

### *Behandling*

- Tbl loperamid (Imodium®) 2 mg x 2-4 dagligt
- Tbl kodein 25-50 mg som tablet eller mikstur 2-4 gange dagligt Psylliumskaller med calcium (HUSK® med kalk) ved lette diarrétilstande
- Diæt: Se kostråd ved diarré på Kræftens Bekæmpelse hjemmeside ([www.cancer.dk](http://www.cancer.dk))  
Overvej i svære tilfælde henvisning til gastroenterolog.

## Hormonelle senfølger hos kvinder

Nogle kræftbehandlinger hæmmer produktionen af kønshormon. Når koncentration af kønshormon nedsættes, går kvinder i menopause.

### Præmatur menopause

Kvinder i kræftbehandling kan opleve pludselige og svære symptomer pga. præmatur menopause (63). Dette kan ske efter følgende behandlinger:

- Kirurgi med fjernelse af ovarier
- Kemoterapi med påvirkning af ovariefunktionen
- Antihormonbehandling, som nedsætter østrogenniveau.

#### *Symptomer*

- Vasomotoriske symptomer
- Hedeture og natlig svedtendens.

#### *Behandling (63)*

- Venlafaxin 37,5 mgx1 dagligt stigende til 75 mg x 1 dagligt ved manglende effekt Gabapentin 300 mg x 3 dagligt – virker specielt ved symptomer domineret af nattesved
- Clonidin 25-50 mikrogr 2-3 gange dagligt
- Undgå udløsende faktorer: varme, alkohol, stærkt krydret mad.

## Urogenitalt

#### *Symptomer*

- Seksuel dysfunktion, vaginal tørhed, nedsat libido, dyspareuni.

#### *Behandling (54,63)*

- Lubrikerende midler
- Lidokain appliceret omkring introitus vaginae før coitus
- Vagifem® kan anvendes i lavest mulige dosering Overvej henvisning til sexolog ved svære symptomer.

## Infertilitet

#### *Symptomer*

- Nedsat ovariefunktion og amenoré.

#### *Behandling (54)*

- Nedsat fertilitet kan være midlertidig, ovariefunktionen kan vende tilbage efter endt behandling og give regelmæssig menstruationscyklus.
- Nogle kvinder kan opnå fertilitet efter endt behandling.



Hos unge kvinder/piger kan man udtage æg eller ovarievæv til nedfrysning inden opstart af kræftbehandling. Henvisning til gynækolog ved uhonoreret graviditetsønske i 6 måneder.

## Hormonelle senfølger hos mænd

Mænd i antihormonbehandling for prostatakræft får nedsat koncentration af kønshormon. Hos 80 % af patienterne kommer der generende hedeture (63,64).

### *Symptomer*

- Erektile dysfunktion
- Hedeture
- Gynækomasti
- Vægtøgning
- Nedsat fertilitet
- Øget risiko for metabolisk syndrom
- Øget risiko for osteoporose.

### *Behandling*

- Erektile dysfunktion: medicinske behandling (Sildenafil, Tadalafil, Vardenafil, Avanafil) pubesring.
- Svære hedeture (63): Gabapentin 300 mg x 3 dagligt eller Venlafaxin 37,5 mg stigende til 75 mg x 1 dagligt.
- Undgå udløsende faktorer: varme, alkohol, stærkt krydret mad.

Mænd i kemo-/antihormonbehandling for testikelkræft kan også få infertilitet. Se i øvrigt ovenstående.

## Kognitiv dysfunktion/'kemo-hjerne'

Kognitiv dysfunktion optræder hos nogle patienter under og efter kemoterapi. Mekanismen er ukendt (54).

### *Symptomer*

- Nedsat hukommelse
- Påvirket koncentrationsevne
- Nedsat kognitiv tempo.

### *Udredning*

- MMSE-test.

### *Behandling*

- Der er aktuelt ingen veldokumenteret behandling (54).

## Fatigue/træthed

Fatigue er en vedvarende følelse af fysisk, følelsesmæssig og kognitiv træthed, som er relateret til kræftsygdommen eller kræftbehandlingen. Trætheden forsvinder ikke efter hvile eller søvn. Fatigue nedsætter patientens funktionsniveau og påvirker livskvaliteten. Årsagen er ukendt, men andre fysiske og psykiske lidelser skal udelukkes. Omkring 35 % af kræftoverleverne oplever fatigue 1-5 år efter endt behandling (66). Fysisk træning reducerer fatigue både under og efter kræftbehandling, mens farmakologisk og psykosociale interventioner har en begrænset effekt (67,69).

### *Behandling*

- Fysisk aktivitet
- Rehabilitering
- Psykosocial intervention: kognitiv terapi, psykoedukation
- Body-mind-intervention: mindfulness, yoga, akupunktur (lavt evidensniveau).

### *Hyppe barrierer for fysisk aktivitet hos kræftoverleverne*

- Smerter, fatigue, svaghed
- Mangel på interesse/motivation, tid, egnede faciliteter
- Mangel på opbakning fra familie/netværk.

## Ny primær kræftsygdom

Aktuelt optræder 17-19 % af alle nye primære kræftsygdomme hos kræftoverleverne (74). Der er flere årsager til, at nogle kræftoverleverne udvikler ny primær kræftsygdom. Ud over disponerende faktorer hos patienten har det vist sig, at nogle kræftbehandlinger, som med succes behandler en kræftsygdom, senere kan føre til ny primær kræftsygdom. Kræftsygdom induceret af strålebehandling optræder oftest først 10 år eller mere efter endt strålebehandling.

Årsager til udvikling af ny primær kræftsygdom:

- Disponerende genetiske faktorer
- Livsstilsfaktorer
- Immundefekt
- Tidligere kræftbehandling
- Strålebehandling
- Nogle typer kemoterapi
- Hormonbehandling.

## PSYKISKE SENFØLGER

### Angst og depression

Halvdelen af kræftoverleverne kommer igennem behandlingen uden at få psykiske problemer, mens den anden halvdel af kræftoverleverne har svært ved at vende tilbage til et 'normalt' liv efter endt behandling. En del patienter frygter, at der kommer recidiv af sygdommen (35). Angst og depression er hyppigt forekommende blandt kræftoverleverne. I et udenlandsk studie har man blandt kræftoverleverne fundet en prævalens af angst og depression på henholdsvis 17,9 % og 11,6 % (70). Omkring halvdelen af patienterne med depression, har også angst (65). Det er derfor væsentligt at screene patienterne for angst/depression ved mistanke.

*Eksempler på screeningsspørgsmål:*

- "Føler du dig deprimeret?"
- "Har du i de seneste uger været nedtrykt, deprimeret eller følt det hele håbløst, og har du været mindre interesseret i det, du plejer at være glad for?" (71)
- "Har du haft indre uro?"
- "Har du haft hjertebanken, vejrtrækningsproblemer, svedtendens?"

*Risikogrupper (72,73)*

- Yngre kræftpatienter
- Tidligere depression
- Tidligere psykisk sygdom
- Kortere tid fra diagnosetidspunktet
- Lav socioøkonomisk status eller arbejdsløshed
- Kvinder.

*Udredning*

- Angst- og depressionsscore, f.eks. ASS (Angst-Symptom-Spørgeskemaet)
- Diagnosen stilles ud fra anamnese og ICD-10.

*Behandling (65,68)*

- Behandling af medicinske årsager til depressive symptomer, f.eks. smerter og fatigue
- God søvnhygiejne, afspænding, motion
- Psykologbehandling.

Medicinsk behandling af depression/angst følger DSAM's vejledning om depression og DSAM's vejledning om palliation.

Hvis man vælger at behandle med antidepressiva, og patienten har flere symptomer, vil det være en god idé at udnytte, at nogle af præparaterne har sideeffekter ved f.eks. at ordinære mirtazapin ved søvnbesvær eller appetitløshed, duloxetin ved neurogene smerter og venlafaxin ved hedeure.

## SOCIALE SENFØLGER

### Jobforhold og økonomi

Et forløb med kræftsygdom og kræftbehandling kan give anledning til tab eller nedsættelse af erhvervsevne og påvirkning af økonomiske forhold. Patienter kan i forbindelse med kræftforløb været bekymrede over risikoen for at miste job, at måtte opgive tidligere arbejdsansvar pga. nedsat arbejdsevne og at gå ned i indtægt med konsekvenser for familien (75).

Den praktiserende læge kan støtte patienten i at bevare kontakten til arbejdspladsen under en sygdom, oplyse om muligheder for hel eller delvis sygemelding, paragraf 56-aftale, og opfordre patienten til at søge rådgivning hos en socialrådgiver. Patienten kan læse mere om sine rettigheder på [www.cancer.dk](http://www.cancer.dk). Søg på Rettigheder.

### Pårørende og netværk

Kræft kan kaldes en social sygdom, som påvirker familien og netværket. Pårørende er ofte en stor støtte for patienten gennem et sygdomsforløb, men de har en øget risiko for at udvikle en depression sammenlignet med baggrundsbefolkningen (76). I en undersøgelse af pårørende til patienter i palliative forløb (registreret med terminaltilskud) oplevede 1/3 af de pårørende svær belastning i forbindelse med omsorgen for den syge, svære symptomer på depression og/eller intens sorg (77).

Der er således behov for, at den praktiserende læge i forbindelse med et kræftforløb spørger til de pårørende, herunder også patientens mindreårige børn, og tilbyder individuelle konsultationer til pårørende. Samtaler med pårørende kan have fokus på at hjælpe familiens kommunikation om svære emner og støtte den pårørendes i håndteringen af egen angst (78). Som beskrevet i kapitel 5 er pårørende til alvorligt syge berettiget til tilskud til psykologsamtaler. Nogle kommuner samt Kræftens Bekæmpelse og Børn, Unge og Sorg har tilbud til hhv. børn og unge i kræftramte familier og voksne pårørende til kræftpatienter.

Patient og pårørende har brug for et godt samarbejde mellem den praktiserende læge og de øvrige samarbejdspartnere, f.eks. med hjemmeplejen. Pårørende til patienter med alvorlig sygdom har mulighed for plejeorlov, se mere på [www.borger.dk](http://www.borger.dk). Søg på Plejeorlov.

Ved patientens død kan der være brug for, at den praktiserende læge kontakter de nærmeste pårørende i efterforløbet. Vær opmærksom på, hvordan de pårørende tilpasser sig i løbet af året efter dødsfaldet, da de er i risiko for at udvikle en kompliceret sorgreaktion (79,80,81).

Hvis den pårørende tilhører en anden lægepraksis end patienten, kan den pårørende opfordres til at søge sin egen praktiserende læge med henblik på støttende samtaler. Nogle gange kan det give mening, at den pårørende får en enkelt konsultation hos den læge, der har/har haft patienten i behandling – måske især efter dødsfald. Hvis man vælger at yde denne hjælp til en pårørende, som er tilmeldt anden lægepraksis, er det en konsultation til en passant. Husk at orientere den pårørendes praktiserende læge om samtalen, hvis patienten samtykker.

## EKSISTENTIELLE SENFØLGER

Mennesker, som har eller har haft kræft, gør sig eksistentielle overvejelser.

Vi ved, at der ofte er svære eksistentielle overvejelser, især ved diagnosen af en kræftsygdom, ved afslutning af behandlings- eller kontrolforløb, ved recidiv af en kræftsygdom og hvis sygdommen bliver uhelbredelig (92).

Det er især tanker omkring, hvorfor man har fået sygdommen, hvad man eventuelt skal lære af den, angsten for at dø eller opleve varige funktionstab samt tabet af relationer, håb og mening (93). For nogle kan krisen åbne for en ny positiv udvikling. Det kan føre til en bedre livskvalitet, når patienten får større fokus på sine værdier, prioriteringer og valg i livet. For andre går det den modsatte vej, ofte fordi de ikke ved, hvordan de skal gribe de eksistentielle udfordringer an. Tilværelsen kan da blive præget af tab og af fysisk, psykosocial eller eksistentiel lidelse.

Det er vigtigt, at den praktiserende læge er opmærksom på de eksistentielle senfølger, og hvordan de kan påvirke livskvaliteten. Lægen kan invitere patienten til at tale om aspekter af livet og sygdommen eller hjælpe patienten til samtaler og støtte ved psykolog, præst, imam eller anden relevant person.

## 9. Influenzavaccination til patienter i kemoterapi

Patienter i kemoterapi er i øget risiko for at få infektioner, herunder influenza, som kan føre til både øget morbiditet og mortalitet. Influenza kan desuden føre til sub-optimal kræftbehandling, idet en infektion kan føre til udskydelse af kemoterapibehandling (82).

### Influenzavaccination til patienter i kemoterapi

- Vaccinationen gives efter Sundhedsstyrelsens retningslinjer/anbefalinger.
- Den kan gives til patienter i kemoterapi.
- Der er respons på vaccinen (vaccinen er virksom).
- Den bør gives længst mulig tid fra seneste kemobehandling.
- Der er ikke alvorlige bivirkninger.

I normalbefolkningen forebygger influenzavaccination infektion hos 70-90 % af patienterne og reducerer influenza- relaterede hospitalsindlæggelser med 90 %. Patienter i kemoterapi opnår immunrespons efter influenzavaccination, dog er responset mindre end hos raske personer. Mindre studier tyder på, at patienter i kemoterapi får det bedste immunrespons efter influenzavaccination, hvis vaccinen gives længst mulig tid fra den seneste kemobehandling. Der er ikke beskrevet alvorligere bivirkninger til influenzavaccination (83).

# Bilagsfortegnelse

Følgende bilag kan downloades fra [www.dsam.dk](http://www.dsam.dk)

1. Fasthold kontakten til kræftpatienten
2. Kræftopfølgingsbrev
3. Bevilling til psykologbehandling
4. Bevilling af pallierende fysioterapi
5. EMAP

# Referencer

- (1) Rubin G, Berendsen A, Crawford SM, Dommett R, Earle C, Emery J, et al. The expanding role of primary care in cancer control. *Lancet Oncol* 2015 Sep;16(12):1231-1272.
- (2) Sundhedsdatastyrelsen, cancerregisteret: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/tal-og-analyser/analyser-og-rapporter/sygdomme/cancerregisteret>
- (3) NORDCAN. Kræftstatistik: nøgletal og figurer. 2017; Available at: <http://www-dep.iarc.fr/NORDCAN/DK/frame.asp>. Accessed 05/15, 2017.
- (4) Diabetesforeningen. Diabetes i Danmark. 2015; Available at: <http://www.diabetes.dk/presse/diabetes-i-tal/diabetes-i-danmark.aspx>. Accessed 05/15, 2017.
- (5) Sundhedsstyrelsen (National Board of Health). Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering Kontrolforløb for gynækologiske kræftpatienter – en medicinsk teknologivurdering. 11(2) ed. København: Sundhedsstyrelsen; 2009.
- (6) Crnalic S, Hildingsson C, Bergh A, Widmark A, Svensson O, Lofvenberg R. Early diagnosis and treatment is crucial for neurological recovery after surgery for metastatic spinal cord compression in prostate cancer. *Acta Oncol* 2013 May;52(4):809-815.
- (7) Grunfeld E, Mant D, Yudkin P, Adewuyi-Dalton R, Cole D, Stewart J, et al. Routine follow up of breast cancer in primary care: randomised trial. *BMJ* 1996 Sep 14;313(7058):665-669.
- (8) Salani R, Backes FJ, Fung MF, Holschneider CH, Parker LP, Bristow RE, et al. Post-treatment surveillance and diagnosis of recurrence in women with gynecologic malignancies: Society of Gynecologic Oncologists recommendations. *Am J Obstet Gynecol* 2011 Jun;204(6):466-478.
- (9) Sundhedsstyrelsen (National Board of Health). Opfølgingsprogrammer for kræftsygdomme. 2017; Available at: <https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/kræft/opfoelgningsprogrammer>. Accessed 03/01, 2017.
- (10) Emery J. Cancer survivorship--the role of the GP. *Aust Fam Physician* 2014 Aug;43(8):521-525.
- (11) Christensen KS, Cold S, Hansen T, Jørgensen M, Petersen BD. Medicinsk Kommunikation. 2.th ed. København: Fagl's Forlag; 2015.
- (12) Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract* 2000 Sep;49(9):796-804.



- (13) Kræftens Bekæmpelse. Kræfttramtes behov og oplevelser gennem behandling og i efterforløbet. Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse. København: Kræftens Bekæmpelse; 2013.
- (14) Larsen N. Omsorg for kræftpatienter 2 - organisering hos Allerødlægerne. Månedsskrift for almen praksis 2014 Maj(05).
- (15) Dagens Medicin. Korsørlæger holder tæt kontakt til deres kræftpatienter. Dagens Medicin 2013 11/28.
- (16) Khan NF, Watson E, Rose PW. Primary care consultation behaviours of long-term, adult survivors of cancer in the UK. Br J Gen Pract 2011 Mar;61(584):197-199.
- (17) Christensen KG, Fenger-Gron M, Flarup KR, Vedsted P. Use of general practice, diagnostic investigations and hospital services before and after cancer diagnosis - a population-based nationwide registry study of 127,000 incident adult cancer patients. BMC Health Serv Res 2012 Jul 28;12:224-6963-12-224.
- (18) McCabe MS, Bhatia S, Oeffinger KC, Reaman GH, Tyne C, Wollins DS, et al. American Society of Clinical Oncology statement: achieving high-quality cancer survivorship care. J Clin Oncol 2013 Feb 10;31(5):631-640.
- (19) Nekhlyudov L, O'malley DM, Hudson SV. Integrating primary care providers in the care of cancer survivors: gaps in evidence and future opportunities. Lancet Oncol 2017 Jan;18(1):e30-e38.
- (20) Holm T, Lassen J, Genefke J, Melchiorsen H, Hybel U, Sørensen J. Tværsektorielt samarbejde mellem almen praksis og hospital - Shared care belyst ved antikoagulationsbehandling som eksempel - en medicinsk teknologivurdering. 2006;6 (2).
- (21) PLO og Kræftens Bekæmpelse. Kræftpatienter og almen praksis - en styrket indsats. 2017; Available at: <http://pdf.cancer.dk/kræftpatienter-og-almen-praksis-en-styrket-indsats/>. Accessed 05/15, 2017.
- (22) Sundheds- og Ældreministeriet, Styrelsen for Patientsikkerhed, 2018, Vejledning om epikriser. <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=204972>
- (23) Walter FM, Usher-Smith JA, Yadlapalli S, Watson E. Caring for people living with, and beyond, cancer: an online survey of GPs in England. Br J Gen Pract 2015 Nov;65(640):e761-8.
- (24) Grønvold M, Pedersen C, Jensen CR, Faber MT, Johnsen AT. Kræftpatientens verden. En undersøgelse af hvad danske kræftpatienter har brug for. København: Kræftens Bekæmpelse; 2006.
- (25) Hoekstra RA, Heins MJ, Korevaar JC. Health care needs of cancer survivors in general practice: a systematic review. BMC Fam Pract 2014 May 13;15:94-2296-15-94.
- (26) Yalom ID. Kærlighedens Bøddel. 3rd ed. København: Hans Reitzels Forlag; 2007.
- (27) Frank A. Just listening: Narrative and deep illness. Families, Systems, & Health 1998;16(3):197-212.

- (28) Brody H. "My story is broken; can you help me fix it?" Medical ethics and the joint construction of narrative. *Lit Med* 1994 Spring;13(1):79-92.
- (29) Launer J. *Narrative-based Primary Care.*: Radcliffe Medical Press Ltd; 2002.
- (30) Schein EH. *Spørg - den ædle kunst at spørge ydmygt i stedet for at belære.* København: Gyldendal; 2014.
- (31) Hvas L, Getz L. Narrativ medicin i almen praksis - del 1 Månedsskrift for almen praksis 2013:765--771.
- (32) Jefford M, Karahalios E, Pollard A, Baravelli C, Carey M, Franklin J, et al. Survivorship issues following treatment completion--results from focus groups with Australian cancer survivors and health professionals. *J Cancer Surviv* 2008 Mar;2(1):20-32.
- (33) Hansen DG, Hjortbak BR, Jarlbaek L. Cancer rehabilitation of adult patients. *Ugeskr Laeger* 2014 May 12;176(10):V01140026.
- (34) Recklitis CJ, Syrjala KL. Provision of integrated psychosocial services for cancer survivors post-treatment. *Lancet Oncol* 2017 Jan;18(1):e39-e50.
- (35) Simard S, Thewes B, Humphris G, Dixon M, Hayden C, Mireskandari S, et al. Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: a systematic review of quantitative studies. *J Cancer Surviv* 2013 Sep;7(3):300-322.
- (36) Sundhedsstyrelsen (National Board of Health). Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft - del af samler forløbsprogram for kræft. 2012; Available at: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/forloebprogram-for-rehabilitering-og-palliation-i-forbindelse-med-kræft>
- (37) Rehabiliteringsforum Danmark. Rehabilitering i Danmark. Hvidbog om rehabilitering. 2004; Available at: <http://www.marselisborgcentret.dk/viden-om-rehabilitering/definitioner-af-rehabilitering/>. Accessed 05/15, 2017.
- (38) Johnsen AT, Petersen MA, Pedersen L, Groenvold M. Symptoms and problems in a nationally representative sample of advanced cancer patients. *Palliat Med* 2009 Sep;23(6):491-501.
- (39) Jorgensen TL, Hallas J, Friis S, Herrstedt J. Comorbidity in elderly cancer patients in relation to overall and cancer-specific mortality. *Br J Cancer* 2012 Mar 27;106(7):1353-1360.
- (40) Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 2012 Jul 7;380(9836):37-43.
- (41) Tetsche MS, Dethlefsen C, Pedersen L, Sorensen HT, Norgaard M. The impact of comorbidity and stage on ovarian cancer mortality: a nationwide Danish cohort study. *BMC Cancer* 2008 Jan 29;8:31-2407-8-31.

- (42) Luchtenborg M, Jakobsen E, Krasnik M, Linklater KM, Mellempgaard A, Moller H. The effect of comorbidity on stage-specific survival in resected non-small cell lung cancer patients. *Eur J Cancer* 2012 Dec;48(18):3386-3395.
- (43) Deckx L, van den Akker M, Metsemakers J, Knottnerus A, Schellevis F, Buntinx F. Chronic Diseases among Older Cancer Survivors. *J Cancer Epidemiol* 2012;2012:206414.
- (44) Travis LB, Demark Wahnefried W, Allan JM, Wood ME, Ng AK. Aetiology, genetics and prevention of secondary neoplasms in adult cancer survivors. *Nat Rev Clin Oncol* 2013 May;10(5):289-301.
- (45) Midtgaard J, Johansen C, Lysdahl SH, Thisted LB, Ankersen L, Birto K, et al. Ti anbefalinger til kræftpatienter til understøttelse af sundhedsfremme og patientrettet forebyggelse [Ten recommendations for cancer survivors supporting health improvement and secondary prevention]. *Ugeskr Laeger* 2017 Jan 23;179(4):V06160425.
- (46) Demark-Wahnefried W, Aziz NM, Rowland JH et al. Riding the crest of the teachable moment: promoting long-term health after the diagnosis of cancer. *J Clin Oncol* 2005;23:5814-30.
- (47) Nielsen KM, Borchsenius JI, Offersen BV, Langer SW, Nielsen HM, Rasmussen VG, et al. Cardiovascular complications following thoracic radiotherapy in patients with cancer. *Ugeskr Laeger* 2016 Sep 26;178(39):V05160362.
- (48) Giza DE, Iliescu G, Hassan S, Marmagkiolis K, Iliescu C. Cancer as a Risk Factor for Cardiovascular Disease. *Curr Oncol Rep* 2017 Jun;19(6):39-017-0601-x.
- (49) Okwuosa TM, Anzevino S, Rao R. Cardiovascular disease in cancer survivors. *Postgrad Med J* 2017 Feb;93(1096):82-90.
- (50) Schultz PN, Beck ML, Stava C, Vassilopoulou-Sellin R. Health profiles in 5836 long-term cancer survivors. *Int J Cancer* 2003 Apr 20;104(4):488-495.
- (51) Oeffinger KC, Mertens AC, Sklar CA, Kawashima T, Hudson MM, Meadows AT, et al. Chronic health conditions in adult survivors of childhood cancer. *N Engl J Med* 2006 Oct 12;355(15):1572-1582.
- (52) Cardinale D, Bacchiani G, Beggiato M, Colombo A, Cipolla CM. Strategies to prevent and treat cardiovascular risk in cancer patients. *Semin Oncol* 2013 Apr;40(2):186-198.
- (53) Hvid Poulsen M, Nielsen MF, Walter S. Prostate cancer and osteoporosis. *Ugeskr Laeger* 2013 Mar 18;175(12):821.
- (54) Runowicz CD, Leach CR, Henry NL, Henry KS, Mackey HT, Cowens-Alvarado RL, et al. American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology Breast Cancer Survivorship Care Guideline. *J Clin Oncol* 2016 Feb 20;34(6):611-635.
- (55) Liberman D, Mehus B, Elliott SP. Urinary adverse effects of pelvic radiotherapy. *Transl Androl Urol* 2014 Jun;3(2):186-195.

- (56) Noonan EM, Farrell TW. Primary Care of the Prostate Cancer Survivor. *Am Fam Physician* 2016 May 1;93(9):764-770.
- (57) PDQ Supportive and Palliative Care Editorial Board. Lymphedema (PDQ(R)): Health Professional Version. *In* PDQ Cancer Information Summaries (*Internet*). National Cancer Institute (US), Bethesda (MD); 2002-2015.
- (58) Hershman DL, Lacchetti C, Dworkin RH, Lavoie Smith EM, Bleeker J, Cavaletti G, et al. Prevention and management of chemotherapy-induced peripheral neuropathy in survivors of adult cancers: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline. *J Clin Oncol* 2014 Jun 20;32(18):1941-1967.
- (59) Kolb NA, Smith AG, Singleton JR, Beck SL, Stoddard GJ, Brown S, et al. The Association of Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy Symptoms and the Risk of Falling. *JAMA Neurol* 2016 Jul 1;73(7):860-866.
- (60) Smith EM, Pang H, Cirrincione C, Fleishman S, Paskett ED, Ahles T, et al. Effect of duloxetine on pain, function, and quality of life among patients with chemotherapy-induced painful peripheral neuropathy: a randomized clinical trial. *JAMA* 2013 Apr 3;309(13):1359-1367.
- (61) Brewer JR, Morrison G, Dolan ME, Fleming GF. Chemotherapy-induced peripheral neuropathy: Current status and progress. *Gynecol Oncol* 2016 Jan;140(1):176-183.
- (62) El-Shami K, Oeffinger KC, Erb NL, Willis A, Bretsch JK, Pratt-Chapman ML, et al. American Cancer Society Colorectal Cancer Survivorship Care Guidelines. *CA Cancer J Clin* 2015 Nov-Dec;65(6):428-455.
- (63) Faubion SS, Loprinzi CL, Ruddy KJ. Management of Hormone Deprivation Symptoms After Cancer. *Mayo Clin Proc* 2016 Aug;91(8):1133-1146.
- (64) Resnick MJ, Lacchetti C, Bergman J, Hauke RJ, Hoffman KE, Kungel TM, et al. Prostate cancer survivorship care guideline: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline endorsement. *J Clin Oncol* 2015 Mar 20;33(9):1078-1085.
- (65) Andersen BL, DeRubeis RJ, Berman BS, Gruman J, Champion VL, Massie MJ, et al. Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: an American Society of Clinical Oncology guideline adaptation. *J Clin Oncol* 2014 May 20;32(15):1605-1619.
- (66) Pearson EJ, Morris ME, di Stefano M, McKinstry CE. Interventions for cancer-related fatigue: a scoping review. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2016 Jun 2.
- (67) LaVoy EC, Fagundes CP, Dantzer R. Exercise, inflammation, and fatigue in cancer survivors. *Exerc Immunol Rev* 2016;22:82-93.
- (68) Rayner L, Price A, Evans A, Valsraj K, Hotopf M, Higginson IJ. Antidepressants for the treatment of depression in palliative care: systematic review and meta-analysis. *Palliat Med* 2011 Jan;25(1):36-51.

- (69) Bower JE, Bak K, Berger A, Breitbart W, Escalante CP, Ganz PA, et al. Screening, assessment, and management of fatigue in adult survivors of cancer: an American Society of Clinical oncology clinical practice guideline adaptation. *J Clin Oncol* 2014 Jun 10;32(17):1840-1850.
- (70) Mitchell AJ, Ferguson DW, Gill J, Paul J, Symonds P. Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol* 2013 Jul;14(8):721-732.
- (71) Walsh D, Donnelly S, Rybicki L. The symptoms of advanced cancer: relationship to age, gender, and performance status in 1,000 patients. *Support Care Cancer* 2000 May;8(3):175-179.
- (72) Ewertz M, Jensen AB. Late effects of breast cancer treatment and potentials for rehabilitation. *Acta Oncol* 2011 Feb;50(2):187-193.
- (73) Inhestern L, Beierlein V, Bultmann JC, Moller B, Romer G, Koch U, et al. Anxiety and depression in working-age cancer survivors: a register-based study. *BMC Cancer* 2017 May 19;17(1):347-017-3347-9.
- (74) Morton LM, Swerdlow AJ, Schaapveld M, Ramadan S, Hodgson DC, Radford J, et al. Current knowledge and future research directions in treatment-related second primary malignancies. *EJC Suppl* 2014 Jun;12(1):5-17.
- (75) Bergholdt SH, Søndergaard J, Larsen PV et al. A randomised controlled trial to improve general practitioners' services in cancer rehabilitation: Effects on general practitioners' proactivity and on patients' participation in rehabilitation activities, *Acta Oncologica* (2013), 52:2, 400-409, DOI: 10.3109/0284186X.2012.741711.
- (76) Nakaya N, Saito-Nakaya K, Bidstrup PE et al. Increased risk of severe depression in male partners of women with breast cancer. *Cancer* (2010); 116:5527-34.
- (77) Nielsen, MK, Neergaard, MA, Jensen, AB et al. Psychological distress, health, and socio-economic factors in caregivers of terminally ill patients: a nationwide population-based cohort study. *Support Care Cancer* (2016) 24: 3057. doi:10.1007/s00520-016-3120-7.
- (78) Hansen DG, Hjortbak BR, Jarlbæk L. Rehabilitering af voksne patienter med kræft [Cancer rehabilitation of adult patients]. *Ugeskr Læger* (2014) May 12;176(10). pii:
- (79) Shear MK. Clinical practice. Complicated grief. *N Engl J Med* 2015 Jan 8;372(2):153-160.
- (80) Nielsen MK, Neergaard MA, Jensen AB, Vedsted P, Bro F, Guldin MB. Predictors of complicated grief and depression in bereaved caregivers: a nationwide prospective cohort study. *J Pain Symptom Manage* 2016 Dec 29.
- (81) Guldin M. Tab og sorg. En grundbog for professionelle. 1st ed. København: Hans Reitzels Forlag; 2014.

- (82) Pollyea DA, Brown JM, Horning SJ. Utility of influenza vaccination for oncology patients. *J Clin Oncol* 2010 May 10;28(14):2481-2490.
- (83) Dansk Lunge Cancer Gruppe, Udredning og behandling af lungekræft, Referenceprogram. <https://www.lungecancer.dk/referenceprogram/>
- (84) Underwood JM, Townsend JS, Stewart SL, et al. Surveillance of demographic characteristics and health behaviors among adult cancer survivors—Behavioral Risk Factor Surveillance System, United States, 2009. *MMWR Surveill Summ* 61:1-23, 2012.
- (85) Thybo P (2014). Det Dobbelte KRAM – et salutogent arbejdsgrundlag for temagruppen om mental sundhed i Sund By Netværket. Sund By Netværket. <http://sund-by-net.dk/wp-content/uploads/2015/09/Thybo-P-2014-Det-Dobbelte-KRAM-Et-salutogent-arbejdsgrundlag-for-mental-sundhed-den-richtige-udgave-27.06.2014.pdf>
- (86) Berner IH, Tjørnhøj-Thomsen T (2017). Rødvind, gulerødder og sociale relationer. Kræftramte borgeres sundhedsopfattelser. Statens Institut for Folkesundhed.
- (87) Sundhedsstyrelsen. Opfølgingsprogram for prostatakræft. 2015.
- (88) Sundhedsstyrelsen. Opfølgingsprogram for urinblærekræft. 2015.
- (89) Sundhedsstyrelsen. Opfølgingsprogram for nyrekræft. 2015.
- (90) Hansen DG, Hortbak BR, Jarlbaek L. Rehabilitering af voksne patienter med kræft, *Ugeskr.Laeger*, 2014, 176, 10.
- (91) Sundhedsstyrelsen. Vidensopsamling på senfølger efter kræft hos voksne. 2017.
- (92) Murray SA, Kendall M, Boyd K, Grant L, Highet G, Sheikh A. (2010) Archetypical trajectories of social, psychological, and spiritual wellbeing and distress in family caregivers of patients with lung cancer: secondary analysis of serial qualitative interviews. *BMJ* 9;340:c2581. doi: 10.1136/bmj.c2581.
- (93) Hvidt NC, Mikkelsen TB, Zwisler AD, Tofte JB, Assing Hvidt E. (2019) Spiritual, Religious and Existential Concerns of Cancer Survivors in a Secular Country with Focus on Age, Gender and Emotional Challenges. *Supportive Care in Cancer*. <https://doi.org/DOI:10.1007/s00520-019-04775-4>.
- (94) Rasmussen LA. Detecting recurrence of cancer and second primary cancer. Exploring the role of general practice. Ph.d. afhandling. Aarhus Universitet, Health, 2019. ISBN nr: 978-87-90004-74-3.



