

Psykisk ohälsa och cancervård – ett bättre samarbete behövs för jämlik vård

Jämlik vård innebär att bemötande, vård och behandling ska erbjudas på lika villkor till alla för att minska risken för omotiverade skillnader. Fastän hälsa inte är jämnt fördelad i samhället kan och bör vården försöka kompensera för de skillnader som finns (se Fakta 1). Den nationella cancerstrategin lyfter fram flera aspekter på bristande jämlikhet i cancervården, där patienter med psykisk ohälsa utgör en eftersatt grupp, vilket också framgick när Socialstyrelsen för sju år sedan rapporterade om somatisk sjuklighet och död vid samtidig psykisk sjukdom [1]. För samtliga studerade cancerformer, utom cancer i hjärna och nervsystem, var dödligheten högre bland cancerpatienter med samtidig psykisk sjukdom. I rapporten pekade man på patientfördröjning, det vill säga att man söker senare och då med mer avancerad och svårbehandlad sjukdom, bland psykiskt sjuka som möjlig orsak, men också på att dessa patienter sannolikt erhöll sämre behandling i sjukvården.

De studier som belyser hur cancervården förmår ta hand om patienter med psykisk ohälsa som publicerats efter 2011 visar samma nedslående resultat. Flera studier pekar på en trend mot det sämre:

- Det har publicerats artiklar om högre dödlighet i lungcancer för patienter med schizofreni [2].
- Studier visar att cancerbehandlingar ofta avbryts för patienter med psykisk sjukdom [3].

Monika König,
onkolog, psykiater,
överläkare, PBM
Sweden, Stockholm
● monikakönig@live.se

Kjell Bergfeldt,
onkolog, överläkare,
Skandionkliniken,
Uppsala

- Lägre medverkan i screening bland patienter med allvarlig psykisk ohälsa [4]; samma resultat ses också i en ännu opublicerad svensk studie om hur psykisk ohälsa påverkar medverkan i cervixcancerscreening (Björn Strander, Göteborg, pers medd; 2017).
- En stor dansk studie visade en ökande mortalitet för bröstcancerpatienter med allvarlig psykisk ohälsa [5].
- En finsk registerstudie har också visat en trend mot ökande skillnader i mortalitet mellan patienter med och utan psykisk ohälsa [6].

En OECD-rapport från 2015 har dessutom pekat på att Sverige har högre dödlighet i schizofreni än andra länder – en överdödlighet vars orsaker behöver klargöras, men där sämre prognos vid somatiska sjukdomar kan vara en del [7]. I Cancerfondsrapporten 2018 beskrivs konsekvenser av den ojämlika cancervården, och det uppskattas att 2900 dödsfall i cancer årligen skulle kunna undvikas om grunderna till ojämlik vård undanröjdes [8]. Psykisk ohälsa utgör en del av dessa grunder.

I flera studier har man konkluderat att utvecklingen mot jämlik vård förutsätter ett förbättrat multidisciplinärt omhändertagande genom samverkan mellan psykiatri och somatiska specialister (i detta fall cancerläkare tillsammans med kontaktsjuksköterskor). Det beskrivs också i en artikel i Läkartidningen 2015 där behovet av integrerad psykiatri i sjukvården lyfts fram [9], liksom i Öppna jämförelser 2014 [10], där man visade en klar överdödlighet bland psykiskt sjuka inom en lång rad diagnoser (cancer ej redovisat).

Nedan ger vi exempel på situationer då multidisciplinär samverkan skulle kunna bidra till förbättrat omhändertagande och ökad överlevnad för patienter med psykisk ohälsa i cancervården.

Primär prevention

Vissa riskfaktorer är gemensamma för cancer och en lång rad andra allvarliga somatiska sjukdomar. Stödet för att förändra livsstilsfaktorer kan stärkas, exempelvis genom hjälp till rökstopp, förbättrade kostvanor och fysisk aktivitet. Det kan ske i samarbete med primärvård/sluta-röka-linjen, alkohollinjen, dietist, fysioterapeut, gruppperksamhet, fysisk aktivitet på recept etc.

Tidig upptäckt – bättre prognos

Den psykiatriska vården kan i samverkan med primärvården, där flertalet patienter med psykisk ohälsa finns, uppmuntra och stödja (underlätta) deltagande i de screeningprogram för tidig upptäckt av cancer som redan finns på följande sätt:

- Identifiera tidiga symtom på allvarlig sjukdom och erbjuda möjlighet till adekvata utredningar, exempelvis genom invärtesmedicinsk eller allmänmedicinsk konsultläkare verksam inom psykiatrisk öppen- och slutenvård [11].
- Tecken på samtidig psykisk sjukdom ska också kunna kartläggas i cancervården, vilket fordrar utvecklad kompetens, förslagsvis genom psykosocial och psykiatrisk vidareutbildning hos kontaktsjuksköterskor i cancervården.
- Psykiatrisk kompetens i cancervården bör också

HUVUDBUDSKAP

- Överdödligheten i cancer bland psykiskt sjuka är stor, liksom i andra somatiska diagnoser.
- I denna artikel beskrivs möjliga orsaker och vad som kan göras för att minska denna överdödlighet.
- En förbättrad samverkan mellan psykiatri, onkologi och primärvård enligt konsultationspsykiatrisk modell kan leda till tidigare diagnos och förbättrad följsamhet under cancerbehandlingen och därmed till minskad dödlighet i denna patientgrupp.

FAKTA 1. Jämlik vård

MÅLET FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN är enligt hälso- och sjukvårdslagen en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Jämlik vård innebär att bemötande, vård och behandling ska erbjudas på lika villkor till alla oavsett personliga egenskaper, bostadsort, ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social ställning, sexuell läggning eller etnisk och religiös tillhörighet.

JÄMLIK VÅRD HANDLAR OCKSÅ OM att minska risken för omotiverade skillnader mellan olika individer och/eller grupper.

ÄVEN OM HÄLSA INTE ÄR JÄMLIKT FÖRDELAD i samhället kan och ska vården bidra till att kompensera för de skillnader som finns. Vården ska ges efter behov, något som ibland måste ske genom prioriteringar, vilket är svårt och kan upplevas stå i motsats till vårdens fokus på att hjälpa den enskilde patienten. En grund för sådana prioriteringar är prioriteringslagen från 1997, som fastställer den etiska plattform som nödvändiga prioriteringar ska bygga på:

- Människovärdesprincipen – alla människor har lika värde och samma rätt till vård oberoende av personliga egenskaper och funktion i samhället.
- Behovs- och solidaritetsprincipen – om prioriteringar måste ske bland effektiva åtgärder ska mer av vårdens resurser ges till dem som har störst behov, de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten.
- Kostnadseffektivitetsprincipen – vid val mellan olika åtgärder ska en rimlig relation mellan kostnader och effekt eftersträvas.

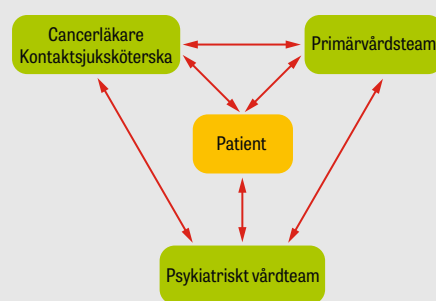
innefatta bedömning av suicidrisk, eftersom cancersjukdomen i sig, liksom i sällsynta fall krisreaktionen, kan ge ökad suicidrisk.

- Vid tecken på samtidig psykisk sjukdom fordras också en struktur för behandling, uppföljning samt utvärdering av given behandling, förslagsvis genom samverkan mellan cancervård (kontaktsjuksköterska), konsultpsykiater och primärvårdsläkare.

Att etablera framgångsrika arbetsmodeller där psykiatri och cancervård samverkar har som framgång ovan inte varit enkelt, men flera projekt pågår, även i Sverige. Än så länge finns dock endast internationella erfarenheter beskrivna i litteraturen [12]. I den refererade rapporten beskrivs ett screeningprogram och en behandlingsmodell för depression baserad på modellen »collaborative care«, i detta fall systematiskt samarbete mellan kontaktsjuksköterskor inom onkologin, konsultpsykiater och primärvårdsläkare. Denna modell har visats vara framgångsrik i flera utvärderingar, inkluderande även hälsoekonomiska aspekter.

En samverkan för screening av psykisk sjukdom behöver etableras strukturerat även i svensk cancervård och omfatta handläggning, behandlingsbeslut och utvärdering av given behandling i multidisciplinära team. Möjligheter till både akuta bedömningar och uppföljning under och efter behandlingstiden ökar om det finns en konsultationspsykiatrisk enhet kopplad till cancervården [12] (Figur 1).

FIGUR 1. Samverkansmodell



► Schematisk bild av samverkansmodell baserad på multiprofessionella team utvecklad för patienter med depression och samtidig somatisk sjukdom, vilken kan tjäna som modell även för andra psykiatriska diagnosgrupper i cancervården [12].

Särskilda svårigheter

Låt oss först fastslå att människor som lider av psykisk sjukdom har samma behov som alla andra när det gäller adekvat undersökning, vård och behandling av somatisk ohälsa samt information och adekvat stöd för att kunna genomföra behandlingen. Skillnaden är att de ofta kan behöva mer stöd och tydligare/mer anpassad information för att klara de krav som ställs för att genomföra behandlingen. Behovet av konsultationspsykiatrisk kompetens framstår också tydligt när man betänker de krav på framför allt följsamhet som ställs på alla cancerpatienter, även dem utan psykisk komorbiditet. Cytostatikabehandling innebär ofta obehagliga biverkningar, samt ytterligare mediciner för att förebygga eller minska dessa biverkningar. Behandlingen ska administreras efter ett strikt schema som man inte bör avvika ifrån. Man kan tänka sig bristande följsamhet både från vårdgivarens sida (kommer patienten att klara att fullfölja behandlingen, kommer vi att kunna upptäcka farliga biverkningar?) och från patientens sida (motivation för förebyggande behandling - antipsykotiska eller stämningsstabiliserande läkemedel likaväl som adjuvant cytostatika - kan ofta vara låg i patientgruppen).

Om vi väl lyckas motivera såväl vårdgivare som patient till behandling krävs också upprätthållande av följsamhet: man ska komma i tid till kurerna, lämna blodprov vid rätt tidpunkt, tolka/uppfatta kroppsliga symtom och kunna skilja mellan allvarliga och ofarliga sådana samt uppmärksamma och omedelbart söka kontakt med vården vid vissa allvarliga symtom (infektionssymtom/sepsis).

Strålbehandling kräver många gånger i ännu högre grad följsamhet med dagliga besök (ibland flera gånger dagligen) till strålbehandlingsavdelningen och absoluta krav på att ligga stilla i samma position under en strålkanon som skickar ut »farliga och osynliga strålar« (påverkan av skadliga och osynliga strålar är en inte ovanlig vanföreställning vid psykossjukdom). Att fortsätta strålbehandlingen när obehagliga biverkningar börjar dyka upp kräver också hög grad av motivation och stöd. Vid cancer i huvud-halsregionen krävs ofta att patienten ligger med huvudet fixerat i en specielltillverkad mask vid varje behandlingstillfäl-

le, något som kan vara utmanande och ångestsskapande även utan psykotiska symtom eller ångestsjukdom.

Antihormonell behandling ges under lång tid (5-10 år och ibland livslångt), är ofta förenad med biverkningar och ger därmed uppenbara svårigheter med följsamhet till behandlingen i en patientgrupp som redan i normalfallet är svår att motivera till kontinuerlig medicinering (många patienter med psykossjukdom vill sluta med antipsykotisk medicin när de mår bra och inte längre är psykotiska, tyvärr ofta med konsekvensen att de får återfall i ett psykotiskt skov).

Medicinska utmaningar

Patienter med bipolär sjukdom och stämningsstabiliserande medicinering som litium innebär en särskild medicinsk utmaning. Litium har ett snävt terapeutiskt fönster, och biverkningar av samtliga cancerbehandlingar som illamående, viktnedgång, feber och sväljningssvårigheter kan lätt leda till rubbningar av serumkoncentration av litium med intoxikation eller undermedicinering som följd. Vid cancer i huvud-halsregionen leder antingen cancersjukdomen i sig eller cancerbehandlingen så gott som alltid till betydande sväljningssvårigheter, vilket gör att litium

»Strålbehandling kräver många gånger i ännu högre grad följsamhet med dagliga besök till strålbehandlingsavdelningen och absoluta krav på att ligga stilla i samma position under en strålkanon som skickar ut 'farliga och osynliga strålar' ...«

måste ges som ex tempore-beredning i flytande form via sond eller PEG (perkutan endoskopisk gastrostomi). Detta förändrar ofta upptaget och gör litiumbehandlingen mer svårstyrd.

Ytterligare en medicinsk utmaning är de relativt höga doser av kortison som ges samtidigt med cancerbehandlingen, antingen för att minska illamående, dämpa immunologiska reaktioner eller minska svullnad. Kortison leder ofta till sömnstörningar som kan bli mycket uttalade och kan också utlösa hypomani eller mani även hos patienter som inte är predisponerade för bipolär sjukdom.

Smärtmedicinering är ett annat svårbemästrat område. Den tid när man inte gav morfin till patienter med tidigare missbruksproblem är förhoppningsvis förbi. Svårigheterna uppstår i stället vid svårklarad/svårvärderad smärta där ångest förstärker smärtupplevelsen och där patientens allmäntillstånd försvårar bedömningen. Vid komplikationer till cancerbehandlingen som sepsis, konfusion eller nedsatt allmäntillstånd är upptaget av morfin ofta osäkert (framför allt vid transdermal administrering) och kan leda till relativ överdosering med medvetandesänkning och hämrad andningsdrift som följd. Sekretstagnation som följd av cancerbehandling, nedsatt allmäntill-

stånd och ibland också behandling med klometiazol (ofta använt som sömnmedel i slutenvård till patienter med konfusion och höga kortisondoser när »inget annat hjälper») komplicerar ytterligare tillståndet.

Interaktioner

Vissa antidepressiva läkemedel är kontraindicerade vid antihormonell behandling med tamoxifen vid exempelvis bröstcancer. Detta gäller till exempel paroxetin, fluoxetin och duloxetin. Dessa läkemedel hämmar CYP2D6-medierad metabolism och minskar därmed tamoxifens omvandling till aktiv metabolit. Den antidepressiva medicinen minskar alltså tamoxifens antiöstrogena effekt och ökar därmed risken för cancerrecidiv. Vetskapen om att sådana interaktioner är möjliga kan också leda till att patienter sätter ut psykiatrisk medicinering, alternativt att psykiatrer seponerar alla antidepressiva, för att inte »störa« den onkologiska behandlingen. Detta innebär ökat och onödigt lidande (i form av obehandlad depression eller ångest) och i värsta fall funktionsförsämring och minskad följsamhet till den onkologiska behandlingen.

Neuropsykiatri

Både i samhället i stort och även inom psykiatrin har kunskapen om neuropsykiatriska funktionsnedsättningar som autismspektrumtillstånd och ADHD varit bristfällig. Under de senaste 20 åren har kunskap och information ökat och spridits, vilket bland annat lett till att fler patienter får neuropsykiatriska diagnoser redan som barn. Fortfarande saknas dock forskning kring neuropsykiatriska diagnoser, följsamhet och eventuell koppling till cancermortalitet.

För den som har en diagnostiserad neuropsykiatrisk funktionsnedsättning som inte nödvändigtvis har inskränkt livet tidigare kan plötsliga och dramatiska förändringar som en cancerdiagnos rasera en i övrigt fungerande vardag. Personer med enbart neuropsykiatrisk diagnos (utan psykisk samsjuklighet som hanteras i den psykiatriska vården) har heller inte någon självklar vårdgivare som cancervården kan samarbeta med; patienten hör inte till psykiatrin, och eventuella hjälp- och stödinsatser inom ramen för LSS administreras av handläggare i kommunen utan medicinska kunskaper eller medicinskt uppdrag.

Förmodligen finns också fortfarande vuxna med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar som aldrig har fått en diagnos och som kunnat upprätthålla en relativt god funktionsnivå under livet. Vid ökad belastning som diagnos och behandling av en cancersjukdom finns risk att tidigare strategier inte längre fungerar. Detta kan yttra sig som starka och ihållande krisreaktioner som kan vara svåra både för patient och vårdpersonal att bemästra. Även om en neuropsykiatrisk utredning i dessa fall inte är en akut prioritering, kan kunskap om neuropsykiatriska tillstånd underlätta bemötande och omhändertagande, och därmed dess möjlighet att minska lidande och öka möjligheterna att genomföra cancerbehandlingen.

Varför har inget hänt sedan 2011?

Det har gått sju år sedan Socialstyrelsens rapport om överdödlighet i cancer bland psykiskt sjuka gavs ut. Fortfarande har cancerpatienter med psykisk ohälsa sämre möjligheter att överleva. Av vår artikel framgår

att en förbättrad samverkan mellan psykiatrin och cancervården är en förutsättning för att även patienter med psykisk ohälsa ska få del av de framsteg som görs och har gjorts inom cancervården.

Intresseväckande är att det inte förefaller räcka med förbättrad diagnostisering av psykisk ohälsa genom screening [12]. För att uppnå goda behandlingsresultat och kostnadseffektivitet krävs sannolikt också ett integrerat depressionsbehandlingsprogram enligt konsultationspsykiatrisk modell.

Vi har således tillgång till kunskap om problemet – överdödlighet i cancer hos psykiskt sjuka – och känner till potentiella lösningar: ett väl utvecklat samarbete mellan onkologi och psykiatri enligt konsultationspsykiatrisk modell.

Orsaken till att detta ännu inte kommit till stånd är i huvudsak organisatorisk. Att det ofta är geografiska avstånd mellan somatisk vård och psykiatri behöver i sig inte vara ett problem. Däremot utgör utformningen av hälso- och sjukvårdens ersättnings-system sannolikt en del av problemet. DRG (diagnosrelaterade grupper) var ursprungligen ett system för kvalitetskontroll av sjukhusvården, men har kommit att användas som ett instrument för kostnadskontroll och resursstyrning inom sjukvården. Som ersättningsystemen i dag är utformade är det inte möj-

ligt för mer än en vårdgivare att få ersättning för en patientkontakt eller åtgärd även om flera vårdgivare deltar, som exempelvis i ett konsultationspsykiatriskt arbetssätt. Organisatoriska/ekonomiska förhållanden ligger sannolikt även till grund för att flera av de initiativ som tagits för att närma onkologin och psykiatrin till varandra, bland annat i Stockholm, inte kunnat utvecklas så att de negativa resultat vi ser för patienter med psykisk ohälsa förbättras.

Organisatoriskt behöver vi också se beslut av politiker och ansvariga landstingstjänstemän om planering och finansiering av konsultationspsykiatrisk verksamhet på olika nivåer, från central nivå med högspecialiserade konsultation-liaisonverksamheter till regional och lokal nivå med möjligheter att bygga upp samverkan utifrån lokala förutsättningar och behov. Kan vi skapa goda förutsättningar för samverkan och ett konsultationspsykiatriskt arbetssätt genom att förändra ersättningsystem och organisation har vi både resurser och kompetens att snabbt förbättra vården och minska dödligheten i en utsatt patientgrupp. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen*. 2018;115:E9XH

REFERENSER

1. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom - cancer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011. Artikelnr 2011-6-22.
2. Bradford DW, Goulet J, Hunt M, et al. A cohort study of mortality in individuals with and without schizophrenia after diagnosis of lung cancer. *J Clin Psychiatry*. 2016;77(12):e1626-30.
3. Irwin KE, Park ER, Shin JA, et al. Predictors of disruptions in breast cancer care for individuals with schizophrenia. *Oncologist*. 2017;22(11):1374-82.
4. Woodhead C, Cunningham R, Ashworth M, et al. Cervical and breast cancer screening uptake among women with serious mental illness: a data linkage study. *BMC Cancer*. 2016;16(1):819.
5. Ribe AR, Laurberg T, Laursen TM, et al. Ten-year mortality after a breast cancer diagnosis in women with severe mental illness: a Danish population-based cohort study. *PLoS One*. 2016;11(7):e0158013.
6. Manderbacka K, Arffman M, Suvisaari J, et al. Effect of stage, comorbidities and treatment on survival among cancer patients with or without mental illness. *Br J Psychiatry*. 2017;211(5):304-9.
7. Health at a glance 2015. OECD indicators. Paris: OECD Publishing; 2015.
8. Cancerfundsrapporten 2018. Stockholm: Cancerfonden; 2018.
9. Wahlström L, Blomdahl-Wetterholm M. Psykiatri och psykologi integrerad i somatik en vinst för kliniken. Konsultationspsykiatri viktig för framtidens sjukvård. *Läkartidningen*. 2015;112:DLUR.
10. Öppna jämförelser 2014. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014. Artikelnummer 2014-12-1.
11. Torgerson J. Invärtesmedicinare i psykiatrin - klassisk roll i modern kontext. *Tidskriften för Svensk Psykiatri*. 2016;3:54-5.
12. Walker J, Sharpe M. Integrated management of major depression for people with cancer. *Int Rev Psychiatry*. 2014;26:657-68.