

Orientering til Regionsrådet vedr. overlevelse efter indlæggelse for udvalgte kræftsygdomme for patienter med og uden kroniske lidelser.

De seneste tal for overlevelse efter kræftbehandling i Region Midtjylland viser entydigt, at kræftpatienter med kroniske lidelser udover deres kræftsygdom har ringere overlevelseschancer end patienter, der ikke har andre lidelser end den aktuelle kræftsygdom.

Hospitalerne i Region Midtjylland arbejder kontinuerligt for at forbedre kræftbehandlingen. En forudsætning for at forbedre behandlingen af patienter med kræft er viden om effekten af den eksisterende behandlingsindsats. Da kræft er en alvorlig sygdom, er et essentielt mål herfor patienternes overlevelse efter behandling for kræft.

Klinisk Epidemiologisk Afdeling, Aarhus Universitet offentliggør med faste intervaller rapporter, hvori kort- og langtidsoverlevelsen efter behandling for 10 kræftformer i de tidligere Nordjyllands, Ringkjøbing, Viborg og Århus Amter er beregnet. De 10 kræftformer er: blærekræft, brystkræft, endetarmskræft, kræft i blærehalskirtlen, kræft i bugspytkirtlen, kræft i æggestokkene, levermetastaser (sekundær leverkræft), nyrekræft, primær leverkræft og tyktarmskræft. Den seneste rapport er offentliggjort i sensommeren 2007.

Overlevelsen beregnes som den procentdel af patienterne, der var i live 1, 3, og 5 år efter datoen for kræftdiagnosen. Det er muligt at følge, om overlevelsen er stigende eller faldende efter, hvornår diagnosen er stillet. Der er beregnet overlevelse for perioderne 1995-1997, 1998-2000, 2001-2003 og 2004-2006. For den næstsidste periode har det ikke været muligt at beregne 5-års overlevelsen, mens det for den sidste periode hverken har været muligt at beregne 3-års eller 5-års overlevelsen.

Et væsentligt element i undersøgelsen er, at overlevelsesberegningerne som nævnt er opdelt efter, om patienterne lider af kroniske sygdomme udover kræftsygdommen og i givet fald, hvor alvorlige disse sygdomme er (grad af komorbiditet). Patienterne er delt op i 3 grupper: lav, mellem og høj grad af komorbiditet.



Dato 11.12.2007

Sagsbehandler:

Tel. +4587284847

bernhard.hansen@stab.rm.dk

Sagsnr. 1-30-31-06

Side 1/3

En patients placering i en af disse 3 grupper er altså betinget af, hvor mange og hvor alvorlige kroniske sygdomme vedkommende lider af udover den aktuelle kræftdiagnose.

Overordnet viser tallene, at for 8 af de 10 kræftformer er 1-års overlevelsen (kortidsoverlevelsen) steget i perioden 1995-1997 til 2004-2006 for patienter, der ikke har kroniske lidelser. Det ses mest markant for patienter med kræft i blærehalskirtlen, hvor 1-års overlevelsen er steget fra 79 % i 1995-1997 til 94 % i 2004-2006. En del af forklaringen på denne forbedring er, at antallet af patienter der får diagnosticeret blærehalskræft er steget markant i perioden, og at diagnosen bliver stillet tidligere. Dette skyldes formentligt mere udbredt brug af blodprøven PSA, som kan bruges til at screene personer for prostatacancer.

I tabellen nederst i dokumentet opsummeres 1-års overlevelsen for de 10 kræftformer for patienter diagnosticerede i hhv. 1995-1997 og i 2004-2006.

Generelt har patienter med kroniske lidelser ringere overlevelseschancer. Dette er tilfældet både for 1-års, 3-års og 5-års overlevelsen og for alle de undersøgte kræftformer – dog ikke helt for kræft i bugspytkirtlen og primær og sekundær leverkræft, hvor 5-års overlevelsen for alle 3 komorbiditetsgrupper nærmest er lig 0. Den lavere overlevelsesgrad ved høj komorbiditet gælder også, når der tages højde for, at patienter med svære samtidige kroniske lidelser ofte er ældre. For eksempel var 1-års overlevelsen i 2004-2006 for kvinder med brystkræft uden andre lidelser 96 %, mens den var 71 % for kvinder med høj komorbiditet. For kvinder med kræft i æggestokkene var 1-års overlevelsen i 2004-2006: 78 %, 58 % og 38 % for patienter med hhv. lav, mellem og høj grad af komorbiditet. Den forbedring, der er sket for kræftpatienter uden andre lidelser, er kun i mindre grad slået igennem for patienter med kroniske lidelser. Således er 1-års overlevelsessandsynligheden for patienter med høj komorbiditet "kun" øget for 5 af de 10 kræftformer i perioden 1995-1997 til 2004-2006.

Opgørelser i rapporten tyder endvidere på, at andelen af kræftpatienter med flere kroniske diagnoser er stigende. Dette lover umiddelbart ikke så godt for fremtidige behandlingsresultater. Den observerede stigning i andelen af patienter med flere samtidige sygdomme kan dog skyldes, at personalet er blevet mere omhyggelig med at registrere.

Rapportens resultater understreger, at det fremover bliver en meget stor udfordring ikke blot at fokusere på patientens aktuelle kræftdiagnose, men også på patientens øvrige sygdomme. Behandlingen har traditionelt været rettet mod én specifik diagnose. Det er det, hospitalsvæsnet er organiseret efter, og det har altså givet relativt gode resultater for patienter, der faktisk kun lider af en sygdom. I forbindelse med planlægning af behandlingsforløb bør kræftpatienternes samlede sygdomstilstand være i fokus. Der kan være anledning til at overveje, hvordan et multidisciplinært team omkring kræftpatienter i komorbiditetsgruppe 2 og 3 sammensættes optimalt. Det kan tænkes at inddragelsen af endokrinologer (for diabetespatienter), lungemedicinere (for KOL-patienter) og kardiologer (for hjertepatienter) med fordel kan supplere det traditionelle team af onkologer, radiologer m.m. Generelt kan der med fordel trækkes på erfaringer fra steder og områder, hvor der i højere grad er tradition for at fokusere på patientens samlede sygdomsbillede.

1-års overlevelse for patienter diagnosticeret i 1995-1997 og i 2004-2006

	Procent af patienterne der er i live efter 1 år	
	Diagnosticeret i 1995-97	Diagnosticeret i 2004-06
Blærekræft	69 %	64 %
Lav komorbiditet	74 %	71 %
Mellem komorbiditet	64 %	59 %
Høj komorbiditet	55 %	47 %
Brystkræft	91 %	94 %
Lav komorbiditet	93 %	96 %
Mellem komorbiditet	83 %	91 %
Høj komorbiditet	72 %	71 %
Endetarmskræft	71 %	76 %
Lav komorbiditet	75 %	82 %
Mellem komorbiditet	65 %	70 %
Høj komorbiditet	51 %	46 %
Kræft i blærehalskirtlen	75 %	89 %
Lav komorbiditet	79 %	94 %
Mellem komorbiditet	68 %	83 %
Høj komorbiditet	61 %	69 %
Kræft i bugspytkirtlen	16 %	17 %
Lav komorbiditet	17 %	21 %
Mellem komorbiditet	14 %	13 %
Høj komorbiditet	13 %	15 %
Kræft i æggestokkene	70 %	70 %
Lav komorbiditet	73 %	78 %
Mellem komorbiditet	61 %	58 %
Høj komorbiditet	50 %	38 %
Levermetastaser	6 %	13 %
Lav komorbiditet	8 %	15 %
Mellem komorbiditet	4 %	11 %
Høj komorbiditet	0 %	8 %
Nyrekræft	65 %	62 %
Lav komorbiditet	68 %	66 %
Mellem komorbiditet	63 %	62 %
Høj komorbiditet	47 %	44 %
Primær leverkræft	13 %	20 %
Lav komorbiditet	16 %	20 %
Mellem komorbiditet	11 %	23 %
Høj komorbiditet	7 %	18 %
Tyktarmskræft	64 %	69 %
Lav komorbiditet	69 %	74 %
Mellem komorbiditet	58 %	65 %
Høj komorbiditet	48 %	53 %