

Ola Bratt, med dr, ST-läkare, enheten för urologi, Helsingborgs Lasarett AB (ola.bratt@helsingborgslasarett.se)

Tove Nilsson, distriktssköterska, Lomma vårdcentral

Karin Stenzelius, vårdintendent, leg sjuksköterska, urologiska kliniken, Universitetssjukhuset i Lund;
vid tiden för studiens genomförande tjänstgjorde samtliga vid urologiska kliniken, Universitetssjukhuset i Lund

Palliativ cancervård är en betydande del av urologin

Studie av det sista levnadsåret för patienter som dog av urologisk cancer

■ Nästan en fjärdedel av alla nydiagnostiserade cancerfall i Sverige idag utgår från primärtumörer i urinvägar eller manliga genitalia, och handläggs därmed av urologer (Tabell I). Prostatacancer är den vanligaste cancerformen i Sverige och är den cancersjukdom som skördar flest dödsoffer bland svenska män. År 1998 dog 2 480 svenska män i prostatacancer.

Även om den åldersstandardiserade dödligheten i prostatacancer varit i stort sett oförändrad i Sverige de senaste decennierna har, på grund av det ökande antalet äldre män i befolkningen, det totala antalet dödsfall i sjukdomen fördubblats de senaste 30 åren. Både antalet nya fall och antalet dödsfall i denna sjukdom kommer att fortsätta att öka markant under de kommande 20 åren.

Cancersjukdom kräver ofta högspecialiserad vård

Det är väl känt att sjukvårdsbehovet för patienter med cancersjukdomar är störst för dem som avlider i sjukdomen, i synnerhet under det sista levnadsåret [1]. Under det senaste årtiondet har utvecklingen gått från nästan uteslutande slutenvård vid sjukhus för svårt sjuka cancerpatienter till alltmer öppna vårdformer i primärvården och vid enheter för kvalificerad hemsjukvård, ofta med anknytning till en hospisavdelning. I takt med denna utveckling har det totala antalet vårdplatser på sjukhus minskat; tex halverades antalet vårdplatser vid urologiska kliniken i Lund mellan 1990 och 1997.

Det är mycket positivt att svårt sjuka cancerpatienter nu har en större valfrihet vad gäller olika vårdformer, även om valfriheten trots allt fortfarande kraftigt begränsas av bristande resurser, framför allt vad gäller tillgången på kvalificerad sjukvård i hemmet. Många gånger medför emellertid en långt framskriden cancersjukdom problem som kräver högspecialiserad vård på sjukhus för att god palliation skall kunna uppnås. Vad gäller de urologiska cancersjukdomarna handlar det oftast om avflödeshinder i övre eller nedre urinvägar och smärtor som bäst behandlas med strålbehandling.

Med tanke på den pågående omorganisationen av den pal-

SAMMANFATTAT

En undersökning av slutenvården vid urologiklinik under det sista levnadsåret för 100 patienter som avlidit i urologisk cancer visar att dessa patienter i genomsnitt vårdades en månad på urologavdelningen under sitt sista levnadsår. Tolv patienter vårdades mer än två månader. Av totalt 330 inläggningar var 82 procent akuta.

Även om mycket av den vård som gavs syftade till lindring av allmänna symtom utfördes någon form av operation vid närmare en tredjedel av vårdtillfällena.

Denna patientgrupp behöver flexibla vårdformer med god kontakt mellan primärvård och sjukhusspecialister. Bättre tillgång på avancerad hemsjukvård med akutberedskap hade kunnat minska behovet av slutenvård.

Se även medicinsk kommentar i detta nummer.

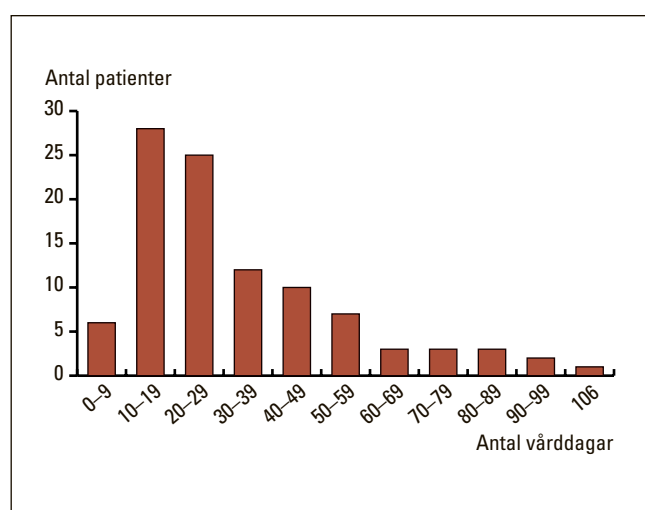
liativa vården i Sverige är det viktigt att känna till vilka vårdbehov som svårt cancersjuka har, så att resurserna skall kunna fördelas på ett optimalt sätt. Vårt syfte med föreliggande studie var att undersöka omfattning och innehåll av den vård som förmedlats vid en urologisk klinik till patienter som avlidit i någon av de cancersjukdomar som handläggs inom urologin.

Metod

De cancersjukdomar som primärt handläggs inom urologin är cancer utgående från urinorgan och manliga könsorgan, dvs njure, njurbäcken, uretär, urinblåsa, urinrör, prostatakörtel, testiklar och penis. Behandling av generaliserad testikelcan-

Tabell I. Incidens av urologisk cancer, dvs cancer utgående från urinorgan och manliga könsorgan, år 1998 i Sverige. Totalt diagnostiserades 43 645 cancerfall det året, varav 22 087 hos män och 21 558 hos kvinnor (källa: Epidemiologiskt Centrum, Socialstyrelsen: Cancerincidens i Sverige 1998).

Ursprungsorgan	Antal, män	Antal, kvinnor	Andel, män, procent	Andel, kvinnor, procent	Andel, totalt, procent
Prostata	6 610	—	30	—	15
Testikel	211	—	1,0	—	0,5
Penis	68	—	0,3	—	0,2
Njure	453	355	2,1	1,6	1,8
Njurbäcken och uretär	113	62	0,5	0,3	0,4
Urinblåsa	1 414	511	6,4	2,4	4,4
Övriga, inklusive ospecifika	114	49	0,5	0,2	0,4
Summa	8 983	977	40	4,5	23



Figur 1. Fördelning av sammanlagd vårdtid på urologavdelning för 100 patienter som avled i urologisk cancersjukdom.

cer sker dock vid onkologiska kliniker, och därför ingår några sådana patienter inte i denna sammanställning.

Ur sjukhusets patientregister tog vi fram alla patienter med dessa cancerdiagnoser som avlidit under något av åren 1995–1997 och som vårdats vid urologiska kliniken vid Universitetssjukhuset i Lund. Urologiklinikens journaler för dessa patienter togs fram, och patienter som avlidit i sin cancersjukdom inkluderades i studien. I de fall där det inte fanns uppgift om dödsorsak i journalen beställdes journalkopior från primärvård och andra kliniker för att fastställa dödsorsaken och var dödsfallet inträffade.

Genom att vi utgick från patienter vårdade vid urologiska kliniken har vi inte inkluderat eventuella patienter som avlidit i en urologisk cancersjukdom utan att ha vårdats inlagd vid kliniken. Vår erfarenhet är dock att detta är sällsynt. Anledningen till att vi inte utgick från Dödsorsaksregistret var att detta register har flera års eftersläpning, och vi var angelägna om att avspegla en nutiden så näraliggande verklighet som möjligt.

Omfattande journalgenomgång

Vi hade på förhand bestämt att gå igenom journalerna för 100 patienter och registrera sjukvårdsutnyttjandet under det sista levnadsåret. Patienterna inkluderades i baklänges kronologisk ordning räknat från den dag de avled, dvs från den 31 december 1997 och bakåt. Eftersom vi även ville undersöka hur många av patienterna som erhöll strålbehandling beställdes

onkologiska kliniken journaler för samtliga patienter. Därmed gjordes inga försök att registrera sjukvårdsutnyttjandet vid andra kliniker eller i primärvården.

Från journalerna hämtades information om cancerdiagnos, datum för diagnos och död, huruvida patienten initialt behandlats med kurativt syfte, var patienten avled, antalet öppenvårdsbesök vid de urologiska och onkologiska klinikerna, huruvida strålbehandling gavs samt följande uppgifter för varje slutenvårdsepisod: intagningsorsak, vårdtid, vårdform före inskrivning och efter utskrivning samt vilka operationer som patienten genomgick.

Vi ville även kvantifiera hur stor andel av urologiska kliniken totala antal vårddygn som utgjordes av palliativ vård av cancersjuka. Under tre månader, april–juni 1998, registrerades därför dagligen samtliga inlagda patienter, och vården klassificerades som antingen palliativ cancervård eller annan vård. Palliativ cancervård definierades som den vård som gavs en patient med cancersjukdom på grund av symtom relaterade till cancersjukdomen, där syftet med vården inte var att bota patienten. Den palliativa cancervården klassificerades därefter som antingen omfattande urologisk specialistvård eller som annan palliativ vård. Som urologisk specialistvård räknades vård i anslutning till t ex transuretrala resektioner av tumör i prostatakörtel eller urinblåsa, urinavledning, inläggning av uretärkateter eller nefrostomi. Vård efter ordinär postoperativ vård räknades inte in i den urologiska specialistvården.

Resultat

Klassificeringen av den vård som gavs vid kliniken under tre månader gav följande resultat: av totalt 1 183 registrerade vårddygn utgjordes 272 (23 procent) av palliativ vård av cancersjuk patient. Av dessa 272 vårddygn bedömdes 116 (43 procent) vara urologisk specialistvård.

För de 100 patienter som avled i urologisk cancersjukdom var mediantiden från diagnos till död 2,8 år, med en spridning från en vecka till 24 år. Tio hade initialt behandlats med kurativt syfte. Tio av dem var kvinnor.

De 100 patienterna vårdades sammanlagt vid 330 tillfällen vid urologiska kliniken. Av dessa vårdtillfällen varade 71 i mer än två veckor, 15 längre än en månad. Medelvårdtiden per vårdtillfälle var 9,8 dagar (median 7 dagar), per patient 32 dagar (median 26 dagar). Fördelningen av antalet vård dagar per patient framgår av Figur 1, fördelningen mellan de olika diagnoserna av Tabell II.

Av de 330 inläggningarna var 59 planerade och 271 akuta. Huvudorsaker till inläggningarna redovisas i Tabell III. I 101 fall var smärta en bidragande orsak till inläggning. Vid 96 vårdtillfällen utfördes 101 operationer på 84 patienter. De

Tabell II. Patienternas ålder samt vårdtillfällen och antal operationer vid urologiska kliniken uppdelat på de olika cancersjukdomarna.

Ursprungsorgan	Prostata	Urinblåsa	Njure	Penis	Njurbäcken	Totalt
Antal patienter	78	13	6	2	1	100
Ålder vid död, medelvärde, år	76	79	65	60	76	75
Ålder vid död, spridning, år	54–89	61–91	54–82	37–83	76	37–91
Vårddagar, medelvärde	30	38	34	82	48	32
Vårddagar, spridning	4–106	6–81	8–92	67–96	48	4–106
Vårdtillfällen, medelvärde	3,1	4,0	3,2	2	2	3,3
Vårdtillfällen, spridning	1–9	1–7	2–5	2	2	1–9
Operationer, totalt antal	58	32	5	4	2	101

Tabell III. Huvudorsaker till inläggningar vid urologiska kliniken.

Huvudorsak till inläggning	Antal
Smärtor, ofta med försämrat allmäntillstånd	52
Planerad operation	49
Hematuri	36
Anemi, trötthet	31
Försämrat allmäntillstånd enbart	21
Kräkningar, nutritionssvårigheter	21
Andningsbesvär	20
Febril urinvägsinfektion	15
Urinstämma	13
Postrenal njursvikt	8
Lunginflammation	6
Övrigt	58
Totalt	330

Tabell IV. Operationer utförda under inneliggande vård vid urologiska kliniken.

Typ av operation	Antal
Transuretral resektion av prostatatumör	21
Transuretral resektion av blåstumör	15
Metastaskirurgi, t ex patologisk fraktur	13
Uppläggning/byte/avveckling av uretärkateter	11
Annan endoskopisk åtgärd, t ex blåsevakivering	8
Cystoskopi, diagnostisk	8
Kolostomi	6
Nefrektomi	5
Orkiektomi	4
Övriga operationer	10
Totalt	101

vanligaste typerna av operation redovisas i Tabell IV. Tyvärr registrerades inte hur många av patienterna som erhöll nefrostomi. Tio patienter vårdades totalt 191 dagar vid 15 tillfällen vid onkologiska kliniken, varav sju patienter hade intagits på grund av smärta. Av urologjournalerna kunde vi inhämta att 46 av patienterna även vårdades vid någon annan klinik, förutom de urologiska och onkologiska, under det sista levnadsåret. 23 patienter skrevs någon gång ut till kommunalt sjukhem.

Förutom de ovan nämnda slutenvårdstillfällena träffade dessa patienter vid sammanlagt 551 tillfällen en urolog, vid 187 tillfällen en onkolog i öppen vård.

Palliativ extern strålbehandling gavs till 45 patienter, var-

av 37 hade prostatacancer. Åtta patienter strålades två gånger, en patient tre gånger. Isotopbehandling med strontium 89 gavs i smärtlindrande syfte till elva prostatacancerpatienter, varav nio även erhöll extern strålbehandling.

Så många som 45 av de 100 patienterna avled på urologavdelningen, nio dog på en onkologavdelning, tre på en invärtesmedicinsk avdelning. Av dem som avled utanför sjukhus dog 25 på sjukhem, tio dog i hemmet, åtta på Lunds hospis. Utöver de åtta som dog på hospis hade tre etablerad kontakt där, men avled på urologkliniken. Av dem som avled på urologavdelningen inkom 39 från hemmet till det sista vårdtillfället, medan tre kom från ett sjukhem och tre från andra kliniker på sjukhuset.

Medelvårdtiden för det sista vårdtillfället för dem som avled på urologavdelningen var 13,9 dagar (median 9 dagar, spridning 2–80 dagar).

II Diskussion

Denna studie bekräftar tidigare undersökningar, som visat att cancerpatienter behöver mycket vård under det sista levnadsåret. De studerade 100 patienterna som avlidit i urologisk cancersjukdom tillbringade i genomsnitt en månad av sitt sista levnadsår på urologkliniken. Hälften av dem vårdades också på andra kliniker på sjukhuset, och åtminstone en fjärdedel vårdades på kommunalt sjukhem. 39 av dem tillbringade mer än en månad, och tolv mer än två månader på urologavdelning. Förutom dessa vårdtillfällen besökte patienterna urologmottagningen i genomsnitt varannan månad under sitt sista år.

De urologiska cancersjukdomarna är mycket vanliga i befolkningen (Tabell I), och vård av cancerpatienter är följaktligen en stor del av verksamheten vid en urologiklinik. Många av dessa cancerpatienter, framför allt de med prostatacancer, lever under lång tid med sin cancer och erhåller huvudsakligen palliativ behandling. Under vår mätperiod på tre månader fann vi att så mycket som 23 procent av vårddygnet på urologiska kliniken i Lund upptogs av cancerpatienter som erhöll palliativ vård.

Kvalificerad hemsjukvård en förutsättning

Att denna patientgrupp är i behov av stora vårdinsatser för att kunna leva sin sista tid med god livskvalitet är knappast något nytt eller kontroversiellt. Vad som däremot kan diskuteras är var dessa patienter skall vårdas. Utvecklingen mot att allt fler svårt sjuka cancerpatienter vårdas och även dör i hemmet är helt i överensstämmelse med undersökningar som visar att en stor del av befolkningen vill leva så länge som möjligt i sin hemmiljö, under förutsättning att de även i hemmet kan erbjudas kvalificerad sjukvård [2]. Att det är möjligt att erbjuda sådan kvalificerad hemsjukvård i större skala är också tydligt visat [3, 4].

Det finns naturligtvis även gränser för vilka problem som kan lösas i hemsjukvård, och ett av syftena med vår undersök-

annons

annons

annons

annons

ning var att försöka bedöma orsaken till och innehållet av den vård som gavs på urologavdelningen. Med reservation för den osäkerhet som en retrospektiv bedömning innebär var anledningen till en majoritet av inläggningarna sjukdomsyftningar som troligen kunde behandlats utanför sjukhus, medan det vid omkring en tredjedel av inläggningarna fanns ett tydligt behov av sjukhusvård.

En förutsättning för att en betydande andel av de vid urologkliniken givna vårdinsatserna skulle kunna ha genomförts utanför sjukhuset är emellertid tillgång till kvalificerad hemsjukvård och vårdplatser utanför sjukhuset i tillräcklig omfattning. När svårt sjuka cancerpatienter får nya eller förvärrade symtom behöver de vanligtvis hjälp med kort varsel. Detta illustreras av att 82 procent av inläggningarna i vårt patientmaterial var akuta. För att den cancersjuka skall kunna undvika sjukhusets akutmottagning krävs alltså stor flexibilitet och tillgänglighet till vårdformerna utanför sjukhus.

Vid tiden för studien, 1995–1997, fanns i Lunds kommun ett hospis med sju vårdplatser. I övriga kommuner i sjukvårdsdistriktet fanns, och finns, varken hospis eller kvalificerad hemsjukvård särskilt inriktad på palliativ vård av cancer-sjuka. Distriktsläkare har vanligtvis inte tillräckligt med tid för att med kort varsel kunna ta hand om mer än enstaka svårt sjuka cancerpatienter, och det är vanligen svårt att få en akut inläggning vid närmaste sjukhem.

Tillgången på läkare vid sjukhemmen är också mycket begränsad. Det är således inte rimligt att tro att en betydande andel av den slutna sjukhusvården som krävdes för dessa patienter med nuvarande sjukvårdsstruktur skulle kunna äga rum utanför sjukhus.

Behov av urologisk specialistvård

Något som tydligt framkom i denna undersökning var att patienter med avancerad cancer i urinorgan eller manliga könsorgan ofta behöver urologisk specialistvård. 10 procent av vårdtyggen vid Universitetssjukhusets i Lund urologiska klinik bedömdes vara palliativ urologisk specialistvård av cancerpatienter. Så många som 84 av de 100 patienterna vars journaler vi gick igenom opererades någon gång under sitt sista levnadsår samtidigt som de stod under behandling vid urologiska kliniken; 29 procent av vårdtillfällena där var förenade med någon form av operation.

Till dessa kommer ett okänt antal ortopediska och allmänkirurgiska operationer som utförts medan patienterna vårdats vid dessa kliniker. Nära hälften av patienterna erhöll någon form av palliativ strålbehandling.

Även om en stor del av vårdtillfällena i denna studie föranleddes av allmänna symtom som smärta och trötthet är det uppenbart att det stora flertalet av patienter med avancerad cancer utgående från urinorgan eller manliga könsorgan åtminstone periodvis behöver få tillgång till högspecialiserad sjukhusvård. Det är således nödvändigt att en nära kontakt med olika sjukhusspecialister bibehålls under palliativ cancervård utanför sjukhus. För denna specifika patientgrupp är det lämpligt att det finns en patientansvarig urolog under hela sjukdomsförloppet, med vilken läkare och sköterskor utanför sjukhus snabbt skall kunna få kontakt när så behövs. Vid många urologmottagningar finns numera självständigt arbetande sjuksköterskor med speciellt ansvar för prostatacancerpatienter, i många fall även för patienter med andra urologiska cancersjukdomar. Deras huvuduppgift är att stå för kontinuitet och tillgänglighet för patienterna, egenskaper som tyvärr ofta inte utmärker urologläkarna. Dessa sjuksköterskor bör även kunna fungera som länk mellan vård utanför och innanför sjukhusets väggar.

Referenser

1. Holmberg H, Carlsson P, Varenhorst E, Kalman D. Ekonomiska konsekvenser av nya metoder i vården av prostatacancer. En beräkning av sjukvårdskostnader under hela vårdepisoden. CMT-rapport 13:1996.
2. Landstingsförbundet. Hemsjukvård – en annan dimension i vården. Stockholm: 1998. Beställningsnummer 1807.
3. Beck-Friis B. Hospital-based home care of terminally ill patients. The Motala model [dissertation 393]. Uppsala universitet; 1993.
4. Axelsson B. The incurable cancer patient at the end of life [dissertation 1013]. Uppsala universitet; 2001.

SUMMARY

Palliative cancer care in urology – a study of the last year of life for 100 patients

Ola Bratt, Tove Nilsson, Karin Stenzelius

Läkartidningen 2002;99:765-70

A total of 330 in-patient episodes at the urology ward, with a mean duration of 9.8 days, were registered in a study of 100 patients who died from urological cancer. Twelve patients spent more than two months of their last year of life at the urology ward. As many as 82 % of the admittances were on an emergency basis. A total of 101 operations were performed on 84 patients; 47 patients received palliative radiotherapy. This patient category needs a great deal of palliative care – at short notice – in order to get an optimal quality of life. Although many symptoms could have been alleviated outside hospital, the majority of patients needed specialised urological hospital care during their last year of life.

Correspondence: Ola Bratt, Urology Unit, Helsingborgs Lasarett AB, SE-251 87 Helsingborg, Sweden (ola.bratt@helsingborgslasarett.se)