

Är du ung så ska du få, men är du gammal så får du gå

Om ålderns betydelse för terapival och prioriteringar vid cancer



PETER NYGREN, professor, överläkare, onkologikliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala; enheten för onkologi, Uppsala universitet

peter.nygren@medsci.uu.se

LARS SANDMAN, lektor i praktisk filosofi, institutionen för

vårdvetenskap, Högskolan i Borås; filosofiska institutionen, Göteborgs universitet

lars.sandman@hb.se

Vid röntgenronden demonstreras en datortomografi av en patient med nypupptäckt metastaserad koloncancer inför start av palliativ cytostatikabehandling. En läkare, för vilken patienten i övrigt är okänd, uppmärksammar att patientens födelseår är 1924 och undrar om det är rimligt att starta behandlingen med hänsyn till ålder och resursanvändning. Flera kolleger mumlar instämmande.

Nästa datortomografi av en patient född 1968 med metastatisk bröstcancer visar progress även på tredje linjens cytostatikabehandling liksom på två tidigare linjer hormonell behandling. Patientansvarig läkare argumenterar för att man hos denna unga patient inte kommer ifrån att pröva ytterligare en linjes cytostatikabehandling. Förslaget möts av förståelse bland kollegerna.

Ålder uppfattas som grund för prioritering

Känns de två fallsituationerna igen? Vi har ingen statistik över hur vanligt det är att kronologisk ålder på liknande sätt är en ingång till diskussion om terapival vid cancer, men att så ofta sker har starkt stöd i klinisk erfarenhet. Man behöver inte vistas särskilt länge i cancerbehandlande sjukvård för att notera hur kronologisk ålder i sig, utan specifik kunskap om aktuell patient, används som ett argument för att vidta eller avstå åtgärder.

Likaså visar studier bland lekmän och sjukvårdspersonal att ålder uppfattas som en relevant faktor att ta hänsyn till när sjukvårdsresurser ska prioriteras [1, 2]. Äldre cancerpatienter tenderar också att underbehandlas [3].

I de båda fallbeskrivningarna hade patientens kronologiska ålder en snarast intuitiv betydelse för vilken inriktning onkologernas tänkande tog vad gäller behandlingen, vilket implicerar en värdering av betydelsen av en terapieffekt beroende på patientens kronologiska ålder.

I denna artikel försöker vi tolka resonemanget runt åldersfaktorn som det tar sig uttryck i denna typ av kliniska vardags-situationer, diskuterar om resonemanget är förenligt med gällande etikplattform för prioriteringar i svensk hälso- och sjukvård och om det kan finnas skäl att ändra plattformen avseende ålderskriteriet. Diskussionen utgår från frågeställningar vid cancer men torde vara tillämplig även inom andra terapiområden.

Med kronologisk ålder avses här individens folkbokförda ålder. Med biologisk ålder menas kronologisk ålder godtyckligt

■ FAKTA 1. Etikplattform

Sjukvårdens etikplattform utifrån riksdagens prioriteringsutredning 1995 [4]

Människovärdesprincipen: Alla människor har lika värde och samma rätt till sjukvård oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.

Behovs- och solidaritetsprincipen: Resurserna bör satsas på den människa eller verksamhet som har de största behoven.

Kostnadseffektivitetsprincipen: Vid val mellan olika verksamhetsområden eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och höjd livskvalitet, eftersträvas.

justerad till den kronologiska ålder som genomsnittligt motsvarar patientens funktionella tillstånd. Biologisk ålder skulle också kunna kallas funktionell ålder.

Kronologisk ålder sanktioneras inte i etikplattformen

Av riksdagen antagna principer för prioriteringar i hälso- och sjukvården, här benämnda etikplattformen, baseras på prioriteringsutredningen »Vårdens svåra val« från 1995 [4]. De tre grundvalarna för prioriteringar anges i Fakta 1.

Sammanfattningsvis ger människovärdesprincipen den grundläggande yttre ramen för prioriteringar. Enligt den har alla människor samma principiella rätt till sjukvård oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället. Människovärdesprincipen specificerar i prioriteringssammanhang vad som inte får ligga till grund för prioriteringar, och här nämns explicit sådant som kronologisk ålder och att sjukdomen kan uppfattas vara självförvållad.

Eftersom människovärdesprincipen självfallet inte är tillräcklig som grund för prioriteringar, adderades ytterligare två principer som alltså specificerar vad som ska ligga till grund för prioriteringar. Enligt behovs- och solidaritetsprincipen ska resurserna i första hand satsas på de patienter som har störst be-

■ SAMMANFATTAT

Kronologisk ålder påverkar enligt klinisk erfarenhet inte sällan terapibeslut vid cancer och därmed också prioriteringen av sjukvårdsinsatser.

Det finns inget stöd i gällande etikplattform för att väga in kronologisk ålder i prioritering av sjukvård.

Om hänsyn tas till biologisk ålder har kronologiskt äldre patienter oftast samma nytta av cancerbehandling som yngre.

Patienter bör således oavsett ålder värderas individuellt avseende möjlighet att tillgodogöra sig en viss cancerbehandling.

Att ålder inte sällan används som behandlingsgrundande faktor tyder på en diskrepans mellan etikplattformen och sjukvårdspersonalens etiska intuition, vilket bör bli föremål för en diskussion.

»... ålder uppfattas som en relevant faktor att ta hänsyn till när sjukvårdsresurser ska prioriteras ...«

hov. Samtidigt framhålls att man inte kan ha behov av åtgärder som inte gör nytta.

Enligt kostnadseffektivitetsprincipen, slutligen, ska man vid val mellan olika insatser sträva efter en rimlig relation mellan kostnader och effekt.

De tre principerna är rangordnade så att människovärdesprincipen går före behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen.

Den senare var ursprungligen tänkt som tillämplig endast vid prioriteringar mellan behandlingsalternativ för en enskild patient och inte mellan grupper av patienter, sjukdomar eller verksamheter. Dock har en viss modifiering skett så att kostnadseffektivitetsprincipen nu uppfattas som tillämplig även vid bedömning mellan olika åtgärder för olika tillstånd på gruppnivå för att uppnå en rimlig relation mellan behov och kostnader [1, 5].

Gammal 60-åring, ung 85-åring

Prioriteringsutredningens grundhållning är således att kronologisk ålder inte ska vara en grundval för terapibeslut och prioriteringar. Däremot framhålls att det är förenligt med god etik att i ett enskilt fall ta hänsyn till omständigheter som begränsar nyttan av medicinska åtgärder, t ex låga fysiologiska reserver hos en gammal patient som gör att denna inte klarar av behandlingen. En sådan åldersfaktor måste dock alltid utgå från den enskilda patientens biologiska snarare än kronologiska ålder.

Det kan innebära att en 60-årig patient som av olika orsaker är biologiskt gammal inte kan bli aktuell för cytostatikabehandling, medan det omvända kan gälla en biologiskt ung 85-åring. Människovärdesprincipen skulle således kunna tolkas som att patienter får särbehandlas utifrån ålder endast i den mån åldern har relevans för effekt och säkerhet i genomförandet av en viss åtgärd.

Bedömningen av vilken biologisk ålder som »kvalificerar« en patient för en viss behandling måste baseras på vetenskaplig evidens från klinisk forskning för varje terapisituation. Vid t ex kolorektalcancer visar översiktsanalyser att äldre patienter i stort sett tolererar och har samma nytta som yngre av såväl adjuvant cytostatikabehandling som ges i botande syfte för att minska recidivrisken som av palliativ, symtomlindrande och överlevnadsförlängande cytostatikabehandling vid metastaserad sjukdom [6-8]. Motsvarande översikter vid andra cancerformer och för strålbehandling ger en likartad bild [3, 9-11].

Ett generellt problem i behandlingsstudier vid cancer är dock att andelen äldre patienter, ofta definierat som kronologisk ålder över 70 år, som deltagit ofta är liten, och för »äldre äldre« över 80 år finns nästan inga data alls.

Ett konservativt förhållningssätt till dessa brister i kunskapsunderlaget vore att för rutinsjukvården sätta upp åldersgränser som motsvarar det studieunderlag som finns tillgängligt. Det skulle i princip innebära att ingen patient med kolorektalcancer skulle bli föremål för cytostatikabehandling vid ålder över 75 år. Ett rimligare förhållningssätt är att på basis av vetenskaplig evidens och klinisk erfarenhet extrapolera till otillräckligt studerade terapisisituationer. Ett sådant förhållningssätt innebär att biologisk, men inte kronologisk, ålder bör tillmätas betydelse för terapival.

Med ökad kronologisk ålder minskar självfallet sannolikheten att patienten är tillräckligt biologiskt ung för att tolerera en cancerbehandling, eftersom flertalet kroppsfunktioner av betydelse för tolerans och därmed nytta minskar med åldern. En bedömning av om tillräckliga fysiologiska reserver finns för cytostatikabehandling kan dock i stort sett aldrig göras enbart utifrån kännedom om kronologisk ålder utan kräver en noggrann värdering utifrån anamnes, status och vissa undersökningar [12].

I klinisk praxis görs oftast en godtycklig övergripande bedömning som verkar underskatta funktionsnedsättningar jämfört med mer formaliserade bedömningar [13]. Det optimala sättet att bedöma behandlingsbarheten med cytostatika hos äldre behöver således studeras [13].

Intuitiva tankesätt om ålderns betydelse

De inledande fallbeskrivningarna antyder att ålder inte sällan tillmäts en betydelse som går utöver biologiska förutsättningar att tåla en viss behandling och evidens för effekt. Kronologisk ålder blir därmed en faktor som på ett närmast intuitivt sätt kan påverka patientens behandling. Vilka tankesätt kan det vara som påverkar oss att tillmäta kronologisk ålder betydelse så att vi riskerar att bryta mot gällande prioriteringsriktlinjer och läkarets regler?

Ett tankesätt är att en viss bestämd överlevnadsförlängning på t ex 12 månader, vilket är realistiskt att nå med modern cytostatikabehandling vid metastaserad kolorektalcancer, uppfattas som mer värdefull om patienten är t ex 55 år jämfört med 80. Grunden i detta resonemang är att en överlevnadsförlängning uppfattas ha ett större värde för en yngre än för en äldre individ och/eller att en överlevnadsförlängning har större värde för den yngre om den äldre genom viss uppnådd ålder redan fått ett rimligt långt liv.

Ett annat tankesätt som tillmäter kronologisk ålder betydelse, och som är tillämpligt vid t ex potentiellt botande adjuvansbehandling, baseras på att den yngre patienten har en längre förväntad livslängd än den äldre och därför, absolut sett, vinner mer på behandlingen. Den 55-åriga patienten kan genom undvikande av recidiv vinna ytterligare 25 år av liv, medan samma behandlingseffekt hos 80-åringen bara ger kanske ytterligare 5 år liv till följd av andra dödsorsaker. Behandlingen blir därmed mer kostnadseffektiv hos den yngre än hos den äldre patienten.

Försiktig förändring av etikplattformen kan behövas

Frågan är om ovanstående intuitiva uppfattningar om ålderns betydelse kan formuleras på ett etiskt acceptabelt sätt så att de ger skäl att diskutera en förändring av etikplattformen. En förändring medförande ökat hänsynstagande till ålder skulle kunna göras enligt principen om nyttomaximering, utilitarism [14]. Enligt den skulle behandlingsval konsekvent göras så att den totala nyttan blir så stor som möjligt. Dock skulle konsekvent utilitarism komma i konflikt med såväl människovärdesprincipen som behovs- och solidaritetsprincipen, eftersom dessa kan ses som rättviserestriktioner för hur resurserna bör användas.

Rättviserestriktionerna innebär att vi accepterar ett totalt sett lägre värde mot att värdet blir rättvist fördelat. Konse-

»Ett sådant förhållningssätt innebär att biologisk, men inte kronologisk, ålder bör tillmätas betydelse för terapival.«

»Fram till dess att en eventuell förändring sker av etikplattformen bör terapival dock inte baseras på kronologisk ålder ...«

kvent utilitarism skulle följaktligen ifrågasätta hela etikplattformen, vilket vi inte tror det finns stöd för.

Två idéer om rättvisa skulle kunna stödja en förändring mot ökat hänsynstagande till ålder och vara förenliga med försiktigare förändringar av etikplattformen. Den ena är idén om »rimlig chans« [15, 16], som innebär att patienter vid en viss ålder, t ex baserat på medellivslängden i samhället, får anses ha fått sin rimliga del av liv och därför bör prioriteras lägre vad gäller livsförlängning. Denna idé ger dock stöd för endast en av versionerna att se på ålder enligt ovan. Den lider dessutom av godtycklighet angående var gränsen för »rimlig chans« går och gör problematiska förutsättningar angående vad livet kan ge efter denna gräns [17-19].

Den andra, och enligt vår uppfattning rimligare, idén är den om jämlika möjligheter till det som är av värde för ett gott liv [20]. Jämlika möjligheter till ett gott liv inkluderar även livslängd, och den yngre patienten har enligt denna idé inte fått samma möjligheter till en viss livslängd som den äldre patienten. Följaktligen bör resurserna fördelas på så sätt att skillnaderna i jämlika möjligheter till en viss livslängd minskar mellan den yngre och den äldre patienten. Denna idé går att förena med behovsprincipen som baseras på att vi i första hand bör ge behandling till den patient som har det största behovet, där livsförlängning kan vara en delkomponent.

En sådan idé återfinns även i de förslag till en förändrad etikplattform som presenteras i rapporten »Vårdens alltför svåra val?« [1]. Människovärdesprincipen omtolkas där till att innebära att alla människor har samma rätt till vad som är nödvändigt för att leva ett gott liv. Livslängd anges som en aspekt av ett gott liv, och slutsatsen dras att detta i vissa fall kan innebära en prioritering av yngre framför äldre.

Hur en sådan tillämpning i praktiken skulle ske och vad den skulle resultera i är dock oklart. Strikt tillämpad skulle en sådan princip innebära att vi, vid i övrigt lika behov, bör prioritera yngre framför äldre tills det inte finns några livslängdsskillnader kvar. Det kan få till följd att den äldre patienten, trots goda behandlingsmöjligheter, vid vikande resurser blir utan behandling om det ständigt finns yngre patienter som prioriteras högre. Jämfört med den utilitaristiska principen skulle här den yngre patienten konsekvent prioriteras framför den äldre, även om behandling av den senare av något skäl skulle ge ett större bidrag till den totala nyttan.

Våra slutsatser av denna kortfattade diskussion är att den relativt vanligt förekommande intuitiva uppfattningen om ålderns betydelse för terapival och prioriteringar bör tas på allvar och resultera i en diskussion om huruvida etikplattformen bör och kan förändras på denna punkt. Idén om jämlika möjligheter kan ses som ett stöd för intuitionen om ålderns betydelse och är rimligt väl förenlig med nuvarande etikplattform och skulle därmed kunna ligga till grund för en försiktig förändring.

Fram till dess att en eventuell förändring av etikplattformen sker bör terapival dock inte baseras på kronologisk ålder utan endast på en bedömning av den individuella patientens möjligheter att tillgodogöra sig behandlingen.

Behandling utan dokumenterad nytta ska inte ges

Prioriteringsutredningen framhåller att behandling utan dokumenterad nytta inte ska ges. Sådan behandling strider mot



kostnadseffektivitetsprincipen men även mot behovsprincipen; man kan bara ha behov av åtgärder som har rimlig möjlighet att ge effekt. Som exempel på vård som inte bör ges anges fortsatt behandling av terapieresistent obotlig sjukdom.

Tillämpat på fallet med den unga kvinnan med metastaserad bröstcancer innebär det att någon ytterligare antitumörmedicinsk behandling rimligen inte bör ges inom ramen för rutin-sjukvård, hur medmänskligt angeläget det än kan kännas att försöka göra allt i en förtvivlad situation.

Den då 83-åriga patienten med metastaserad koloncancer var biologiskt betydligt yngre. Hon fick palliativ cytostatikabehandling, hade måttliga biverkningar och fick en lång tids tumörremission åtföljd av symtomlindring och god livskvalitet.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Kommentera denna artikel på lakartidningen.se

REFERENSER

1. Prioriteringscentrum. Vårdens alltför svåra val? Kartläggning av prioriteringsarbete och analys av riksdagens principer och riktlinjer för prioriteringar i hälso- och sjukvården. PrioriteringsCentrums rapport 2007:2. <http://e.lio.se/prioriteringscentrum>
2. Edberg AK. Alder som kriterium för prioriteringar inom hälso- och sjukvård. *Vårdalntyt*. 2007;2:8-9.
3. Muss HB, Biganzoli L, Sargent DJ, Aapro M. Adjuvant therapy in the elderly: making the right decision. *J Clin Oncol*. 2007;25:1870-5.
4. Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen, Socialdepartementet. Vårdens svåra val. SOU 1995:5. <http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/25124>
5. Carlsson P, Kärvinge C, Broqvist M, Eklund K, Hallin B, Jacobsson C, et al. Nationell modell för öppna vertikala prioriteringar inom svensk hälso- och sjukvård. PrioriteringsCentrums rapport 2007:1. <http://e.lio.se/prioriteringscentrum>
6. Goldberg RM, Tabah-Fisch I, Bleiberg H, de Gramont A, Tournigand C, Andre T, et al. Pooled analysis of safety and efficacy of oxaliplatin plus fluororuracil/leukovorin administered bimonthly in elderly patients with colorectal cancer. *J Clin Oncol*. 2006;24(25):4085-91.
7. Sargent DJ, Goldberg RM, Jacobson SD, Macdonald JS, Labianca R, Haller DG, et al. A pooled analysis of adjuvant chemotherapy for resected colon cancer in elderly patients. *N Engl J Med*. 2001;345:1091-7.
8. Kelly Sanoff H, Bleiberg H, Goldberg RM. Managing older patients with colorectal cancer. *J Clin Oncol*. 2007;25:1891-7.
9. Crivellari D, Aapro M, Leonard R, von Minckwitz G, Brain E, Goldhirsch A, et al. Breast cancer in the elderly. *J Clin Oncol*. 2007;25:1882-90.
10. Gridelli C, Langer C, Maione P, Rossi A, Schild SE. Lung cancer in the elderly. *J Clin Oncol*. 2007;25:1898-1907.
11. Horiot JC. Radiation therapy and the geriatric oncology patient. *J Clin Oncol*. 2007;25:1930-5.
12. Rodin MB, Mohile SG. A practical approach to geriatric assessment in oncology. *J Clin Oncol*. 2007;25:1936-44.
13. Wedding U, Ködding D, Pientka L, Steinmetz HT, Schmitz S. Physicians' judgement and comprehensive geriatric assessment [CGA] select different patients as fit for chemotherapy. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2007;64:1-9.
14. Tännsjö T. Hedonistic utilitarianism. Edinburgh: Edinburgh University Press; 1998.
15. Callahan D. Setting limits: medical goals in an aging society. New York: Simon and Schuster; 1987.
16. Williams A. Intergenerational equity: an exploration of the »fair in-nings« argument. *Health Economics*. 1997;6:117-32.
17. Harris J. The value of life: an introduction to medical ethics. London/New York: Routledge; 1985.
18. Sandman L. Good death: on the value of death and dying [dissertation]. Göteborg: Göteborgs universitet; 2001.
19. Small R. The ethics of life expectancy. *Bioethics*. 2002;16:307-34.
20. Daniels N. Just health care. Cambridge: Cambridge University Press; 1985.