

Prostatacancervården påverkas mest

Arbetet med riktlinjerna för bröst-, kolorektal- och prostatacancer har visat stora skillnader i praxis. Cancervårdens attityd till prioriteringsarbete har ändrats, enligt Socialstyrelsen.

– Det vi vet kommer att ske är att vi får en mer likartad praxis i landet, säger Anna Sohlberg, Socialstyrelsens projektledare för bröstcancerriktlinjerna, apropå vad de nya riktlinjerna kommer att medföra.

Det säger hon mot bakgrund av den effekt som riktlinjerna för hjärtsjukvården haft sedan de kom 2001 och 2004.

Arbetet med de nationella cancerriktlinjerna, som presenterades i början av april, har lett till värderingsförändringar inom cancervården. Det har funnits ett motstånd mot prioriteringsarbete av typen »Vi behöver inte prioritera för vi är en så viktig verksamhet«. Men under arbetet har experterna i faktagrupperna ändrat inställning, berättar Anna Sohlberg, och hon får medhåll av Torbjörn Malm, projektledare för riktlinjerna för kolorektal- och prostatacancer. Prioriteringsarbete handlar inte i första hand om att välja bort utan om att se till att rätt åtgärd riktas till rätt patienter.

– Våra främsta experter i faktagruppen börjar se poängen, säger Anna Sohlberg.

Jan-Erik Damber, professor i urologi och ordförande för faktagruppen för prostatacancer, kommenterar:

– Prioriteringar är väldigt svårt, och eftersom cancer är en livshotande sjukdom är det ännu svårare. Men inom cancervården kan man ändå sortera lite grann. Det som fått hög prioritet är de väldigt

svårt sjuka patienterna och till exempel den palliativa vården, medan de nya dyra medicinerna med en begränsad effekt fått något lägre prioritet. Samtidigt är utveckling av nya mediciner nödvändig. Det är oerhört svåra överväganden. Men man måste också ställa kostnader och effekt i relation till den totala bilden av cancervården. Hur mycket resurser kan tas till ett nytt läkemedel i relation till övrig cancersjukvård? Det har för mig i alla fall varit nytt.

Omotiverade skillnader i praxis har kommit i dagen. Störst är de när det gäller behandling av prostatacancer. Det kan möjligen förklaras av att sjukdomen utvecklas långsamt, att patienterna hinner avlida av andra orsaker och att det därför är svårt att följa upp resultaten. Praxis skiljer sig inte bara mellan landsändar, utan mellan kliniker och till och med mellan läkare på samma klinik. Det gäller till exempel i vilken utsträckning man vid nyupptäckt cancer satsat på prostatektomi och strålbehandling eller om man valt att avvakta tills symtom visar sig. Botande behandling visar sig ha använts i varierande och på vissa håll för liten utsträckning.

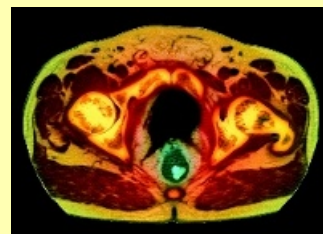
Vad gäller män under 65 år med lokaliserad cancer fick 93 procent av patienterna i landstingen Kalmar och Jämtland botande behandling år 2004, medan siffran för Östergötland bara var 66 procent, enligt det nationella Prostatacancerregistret.

– På vissa håll har vi säkert också använt för mycket kurativ behandling. Det har nog berott på en osäkerhet hos professionen, säger Damber.

Nu ska valet av behandling styras enligt en viss systematik baserad på risken att dö i

■ Fler slutsatser i riktlinjerna:

- Tiden är inte mogen för screening för prostatacancer och kolorektalcancer.
 - PSA-test bör inte tas utan att patienten är informerad om för- och nackdelar.
 - Cellgiftsbehandling kan ha livsförlängande effekt i senare skede av prostatacancer.
 - Palliativ vård prioriteras högt.
- Läs hela riktlinjerna: <http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2007/9536/2007-102-9.htm>



Prostatacancer (tumören visas med svart).

Foto: Science Photo/IBL

förtid på grund av cancer i kombination med förväntad överlevnad.

När det gäller palliativ behandling vid lokalt avancerad prostatacancer finns också stora skillnader. För patienter med en förväntad överlevnad på över fem år bör riktlinjerna leda till att användningen av kastration, såväl kirurgisk som medicinsk, minskar. Istället ska strålning i kombination med antiandrogener användas.

– Det ger bättre livskvalitet. Man har säkert på vissa håll använt kastrationsbehandling för mycket, säger Damber.

För bröstcancervården innebär riktlinjerna bland annat att ingen bröstcancerpatient ska behöva opereras utan tillgång till så kallad sentinel node-teknik, som hindrar onödiga ingrepp i lymfkörtlarna och därmed besparar patienterna smärta och besvär i armarna. Här kan behövas utbildning, utbyggd verksamhet eller att patienter skickas till andra orter.

– Vi vet att många landsting måste förändra sin verksamhet, säger Sohlberg.

Ett annat exempel är att läkemedlet Herceptin rekommenderas till bröstcancerpatienter med anlaget HER2. Herceptin kan minska risken för återfall och öka livslängden. I det korta perspektivet går kostnaderna upp. I konse-

kvensanalyser förra våren visade det sig att läkemedlet användes väldigt olika i landet, till exempel mycket i Uppsala men restriktivt i Östergötland.

Riktlinjerna innebär också att vissa åtgärder sorteras ut. Till exempel ska operationsområdet inte rakas före operation vid kolorektalcancer, eftersom det ökar infektionsrisken. Likaså ska tarmrengöring inte ske före operation av koloncancer eftersom det ökar komplikationsrisken. Daglig omläggning av operationssår bör heller inte göras.

Fler än 100 läkare och sjuksköterskor har arbetat med att ta fram riktlinjerna. För ett år sedan kom en preliminär version. Ute i landsting och regioner analyserades då vilka förändringar som skulle behövas för att följa dem. Det innebär att arbetet med att implementera riktlinjerna redan kommit en bit på väg.

– Nu måste regionerna jobba vidare med att ompröva sina vårdprogram, som är lite mer detaljerade, säger Malm.

Riktlinjerna ska följas upp av Socialstyrelsen. En given roll kommer kvalitetsregistren att spela. Numera finns kvalitetsregister för alla tre tumörgrupperna. En del nya indikatorer är framtagna, och andra är redan inlagda i registren. Om ett eller två år kan resultaten avläsas.

Elisabet Ohlin

Polis och läkare i kamp mot alkohol

Polis, hälso- och sjukvård, kommuner, statlig förvaltning. I Jämtlands län står alla viktiga samhällsaktörer bakom kampen mot alkohol och droger. Projektet Riskbruk har bland annat förbättrat utbildningsnivån bland anställda i primärvården.

– Det finns sammanställningar som visar att vi ligger i topp i landet på det området, vilket känns uppmuntrande, säger familjeläkaren Alf Lerner, medicinskt ansvarig i Riskbruk, som själv utbildat runt 2 000 jämtlänningar i grundläggande alkoholkunskaper.

Den breda mobiliseringen i Jämtland har till och med gett eko på Europainivå. I den europeiska regionsammanslutningen AER, Assembly of European Regions, har Riskbruk lyfts fram som ett gott exempel på alkoholförebyggande åtgärder.

– I ärlighetens namn har vi en del gratis i Jämtland. Det är ett befolkningsmässigt litet län som är lätt avgränsbart och med Östersund som självklar centralort. Förutsättningarna har varit goda för att samla alla i Riskbruk, säger Alf Lerner, som till vardags är chef för hälsocentralen i Åre.

Det krävdes dock en kraftfull politisk markering för att få igång samarbetet fullt ut, minns projektets länssamordnare Thomas Andersson.

– Jag och Alf har försökt driva de här frågorna i landstinget i säkert 15 års tid, men



Arkivfoto: Scanpix

En effekt av arbetet med Riskbruk är att antalet polisingripanden för fylleri inte ökar längre, berättar familjeläkaren Alf Lerner.

för ungefär ett år sedan klev flera tunga politiker i länet fram, tillsammans med läns-polismästaren, och då fick vi äntligen en bred uppslutning.

Särskilt polisen är numera aktiv på ett helt annat sätt än tidigare i det alkoholförebyggande arbetet. Polisen har tagit efter den så kallade Skellefteåmodellen, där bilförare som stoppas rattonyktra direkt erbjuds samtal med socialtjänst eller beroendevård. En annan polisiär åtgärd är att ta efter Växjöpolisens arbetssätt att rikta insatser mot storlangare. På så sätt får ungdomar sämre tillgänglighet till alkohol och våldsbrottsligheten minskar.

– Det är svårt att dra några slutsatser om arbetet med Riskbruk börjat ge effekt. Av tradition är alkoholkonsumtionen hög i Jämtland. Men

ett positivt tecken är i alla fall att antalet polisingripanden för fylleri inte ökar längre, säger Alf Lerner.

Han träffar främst distriktssköterskor i länet via sina utbildningar och märker ett stort behov av att motivera vårdpersonalen.

– En del känner sig uppgivna när man ett antal gånger diskuterat med patienter och de ändå gått hem och supit. Men bara att informera har stor effekt – det visar all erfarenhet.

– Det är också oerhört viktigt att inte missa livsstilsfrågorna i journalskrivningen. Att göra det är lätt hänt med dagens journaler som ska skrivas kortfattat.

Alf Lerner betonar också under utbildningarna att det finns effektiva läkemedel som Revia och Campral. Han upp-

■ FAKTA. Riskbruk

- Jämtlandsprojektet Riskbruk är en bred mobilisering mot alkohol och droger. Bland deltagande parter finns kommunerna i länet, landstinget, arbetsförmedlingen och polisen.
- Statens folkhälsoinstitut driver också ett Riskbrukprojekt som ett regeringsuppdrag. Målet är att etablera alkoholfrågorna som en naturlig del av bassjukvården, och projektet har särskilt fokus på primärvård och företagshälsövård.
- Projekten är skilda från varandra men har ett nära samarbete med bland annat kunskapsutbyte och gemensamma konferenser.
- Begreppet »Riskbruk« – alkoholkonsumtion som på sikt riskerar att resultera i missbruk och medicinska skador – har myntats av familjeläkarna Charlotte Hedberg och Jonas Sjögren.

lever att förskrivning av läkemedel alltför ofta tappas bort som ett behandlingsalternativ.

– Jag tycker att det varit lätt att få genomslag för mina idéer. Problemet är endast de hälsocentraler som går runt på stafetter, men det är svårt att hitta någon lösning på det, säger Alf Lerner.

Fredrik Mårtensson
frilansjournalist

Facket positivt till ny sjukhuschef på KS

■ Birgir Jakobsson har tillträtt som ny sjukhusdirektör för Karolinska Universitetssjukhuset. Till nyligen var han VD för Capio S:t Görans sjukhus. Inga planer finns dock på att stimulera till avknoppningar eller privatiseringar säger, han i en intervju på

<http://www.lakartidningen.se>. Hans uppdrag är att vidareutveckla verksamheterna efter sjukhussammanslagningen.

Mikael Rolfs, ordförande i Karolinska Universitetssjukhusets läkarförening, är positiv till den nye chefen.

– Han har profilerat sig som en verksamhetschef som vill delegera befogenheter så långt ner som möjligt i organisationen, det vill säga ingen toppstyrning. Vi får sedan se vad landstingets genomlysning av sjukhuset ger för resultat och hur arbetet går vi-

dare, säger Mikael Rolfs.

Tidigare sjukhusdirektör var Cecilia Schelin Seidegård. ■



Foto: Johan Garsten

Birgir Jakobsson