

Det finns påfallande stora regionala skillnader i cancerbehandling i Norge. Medan vi väntar på nya medicinska genombrott bör vi säkerställa att varje patient får bästa idag tillgängliga behandling

Skillnader i cancerbehandling

I detta nummer av Tidskriften visar två artiklar på skillnader i omhändertagande av cancerpatienter beroende på bostadsort i Norge: Kalagers och medarbetares analys indikerar en skillnad i överlevnad (1). Jetnes och medarbetares analys visar på en olikhet i utnyttjande av strålbehandling (2).

Är skillnaderna bara registreringsartefakter? Andra studier av regionala skillnader i resultat av cancervården har ifrågasatts eftersom de byggts på ofullständiga källor och jämförelser har gjorts mellan mycket olika sjukvårdssystem, till exempel i Eurocare (3). Rapporterna här bygger emellertid på inarbetade populationsbaserade datakällor från ett enhetligt sjukvårdssystem. Tolkningarna baseras på många års data med stabila trender förenliga med andra kända fakta, till exempel förändringar i vårdprogram eller i utbyggnad av resurser. Det är svårt att bortse från att det föreligger en reell skillnad mellan fylken.

Nästa fråga är vad skillnaderna beror på. Det är vanligt att man viftar bort regionala skillnader med att hänvisa till effekter av «case-mix». Kalager och medarbetare undviker denna fälla. Deras modeller används för att peka på en möjlig orsakskedja varför fylketillhörighet har prognostisk betydelse. Kvalitet på hälsouppläsning, tillgång till diagnostik, mammografiprogrammets genomförande, professionalitet i behandlingsval kan vara viktiga och påverkbara led i orsakskedjan. Enligt Kalager och medarbetare är det en absolut 7,4 % skillnad i femårsöverlevnad mellan bästa och sämsta fylke. Skillnaden är kliniskt relevant. Vid lanseringen av trastuzumab talades om en revolution vid en 8,4 % sjukdomsfri överlevnadsvinst på två år. Intressant nog är skillnaderna störst i stadium II, vilket är ett stadium där det är kritiskt med en god diagnostik, bra kirurgi och onkologi och ett multidisciplinärt samarbete för att uppnå bot.

Jetne och medarbetare visar på skillnader i användning av strålterapi baserat på produktionsdata från strålbehandlingsavdelningar. Vanligtvis är sådana data pålitliga eftersom de är kopplade till ekonomisk ersättning till enheterna. Skillnaderna synes inte beroende enbart av resurstillgång och geografiska avstånd, utan också till stor del på terapitraditioner. De senare kan ha grundats på en tidigare resursbrist, men även på att patienter inte alltid får en onkologisk bedömning vid primär diagnos eller vid recidiv. Skillnaderna var även diagnosberoende, vilket talar för att organisationen av vårdkedjan inom varje tumörform är väsentlig.

Det finns flera metodologiska aspekter att diskutera i de båda artiklarna, till exempel i Kalagers och medarbetares artikel hur mycket en stadiemigration kan betyda. I Jetnes och medarbetares artikel kan konsekvenserna av att välja just prostatacancer- och bröstcancerbehandling diskuteras. Men det är knappast ett riskabelt antagande att ett försök till åtgärder av dessa skillnader skulle komma patienter till nytta, även om bara halva skillnaderna vore reella. Vi vet att liknande skillnader finns i Sverige (4), även om strålbehandlingen förmodligen utnyttjats bättre (5). Vad som måste göras för att utjämna skillnaderna är omöjligt att säga innan mer analyser, men mycket tyder på att flera typer av förändringar måste kombineras. Det är orealistiskt att tro att det finns en eller ett fåtal generella lösningar som kan gälla alla länder, alla typer av sjukvårdssystem och alla diagnoser. Emellertid finns det några principiella punkter som kan övervägas:

För det första måste vi erkänna att det finns skillnader som bör åtgärdas. En bevakning av skillnaderna måste byggas in i medicinsk praxis med hjälp av register och benchmarking. Gawande skriver i *Better* (6) att fotbollslag har perfekt kontroll på sina prestationer och att företag har månadsrapporter – så varför vet inte vi bättre vad vi gör? Norge och Sverige har fantastiska startpunkter för detta med sin cancerregistrering och kliniska databaser.

För det andra behövs öppna redovisningar. En öppenhet ökar förändringstrycket från inte minst patienterna. En patient som gått igenom en vårdkedja för cancer har många erfarenheter av vad som fungerar och inte fungerar.

För det tredje måste vi i väntan på medicinska genombrott använda all den kunskap och alla de resurser vi redan har: att göra allt det vi kan bättre och för alla patienter. Kalagers och medarbetares artikel indikerar de vinster detta kan föra med sig i bröstcancer-vården. Framgångarna inom behandlingen av rektalcancer i Norge och Sverige är resultat av en sådan process.

För det fjärde måste vi inse att förbättringsarbete är ett kunskapsfält i sig själv. Det krävs kunskapsöversikter om framgångsfaktorer inom olika diagnoser, utveckling av statistiska analysmodeller för registerdata för förbättringsarbete och arbete för att ta fram kvalitetsindikatorer som idag kan hjälpa oss korrigera kursen för att få ett optimalt långtidsutfall. En följd av kunskaps- och terapiutvecklingen inom cancer är att alla cancerpatienter måste ges möjlighet att få en bedömning av ett multidisciplinärt och multiprofessionellt team. Hur denna bedömning organiseras i tid och rum kan ha många effektiva utformningar, men det måste vara ett *teamarbete*.

Det torde vara oetiskt att inte använda befintliga resurser optimalt till varje patient, detta oavsett om Norge nästan alltid oavsett cancerdiagnos har bland de bästa resultaten i Europa. I en högteknologisk demokrati med offentligt finansierat sjukvårdssystem för en relativt liten befolkning torde det inte vara oöverkomligt att optimera verksamheten. I ett land med stora resurser torde det även vara kostnadseffektivt att investera i förbättringsarbete.

Lars Holmberg
lars.holmberg@kcl.ac.uk

Lars Holmberg (f. 1949) är professor i cancerepidemiologi på Medical School, King's College London och i klinisk cancerepidemiologi, Uppsala Universitet.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Kalager M, Kåresen R, Wist E. Fylkesvise forskjeller i overlevelse av brystkreft. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 2595–600.
2. Jetne V, Kvaløy S, Smeland S et al. Bruk av stråleterapi i Helse Sør-Øst. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 2602–5.
3. Verdecchia A, Francisci S, Brenner H et al. Recent cancer survival in Europe: a period analysis 2000–02 of the EURO-CARE-4 data. Lancet Oncol 2007; 8: 784–96.
4. Eaker S, Dickman PW, Hellström V et al; Uppsala/Örebro Breast Cancer Group. Regional differences in breast cancer survival despite common guidelines. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2005; 14: 2914–8.
5. Ringborg U, Bergqvist D, Brorsson B et al. The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU) systematic overview of radiotherapy for cancer including a prospective survey of radiotherapy practice in Sweden 2001–summary and conclusions. Acta Oncol 2003; 42: 357–65.
6. Gawande A. *The Bell Curve*. I: Gawande A. *Better*. New York, NY: Picador, 2007.