

Centraliserad cancervård

Sjukhuset i Örebro har genomgått en snabb utveckling från region- till universitetssjukhus med läkarutbildning. Det har också delat riksansvar med Malmö universitetssjukhus för behandling av peniscancer och är därmed pionjär i centraliseringen av viss cancervård. **Fredrik Mårtensson** har besökt sjukhuset.

Få sjukhus har genomgått en lika snabb och spännande utveckling som Universitetssjukhuset Örebro, USÖ. Sjukhuset har fått en alltmer högspecialiserad vård och har sedan några år tillbaka även läkarutbildning. Centrum för huvud- och halsonkologi samt uppdraget för rikssjukvård inom peniscancer är ett par områden där USÖ är framstående.

– Det är ett långvarigt och metodiskt arbete som på olika sätt bidragit till att vi byggt upp den kunskap och position som vi har idag. Att det finns en så stark samarbetskultur är av avgörande betydelse, säger överläkare *Johan Reizenstein* som varit ansvarig för verksamheten med huvud-/halscancer vid onkologikliniken i över 15 år. Reizenstein har haft stor del i satsningen på ett särskilt kunskapscenter.

USÖ ses av många som ledande i landet inom öron-, näs-, hals (ÖNH) onkologi. Johan Reizenstein ler lite försiktigt när det kommer på tal. Men så ingår det också ett betydande mått av ödmjukhet i den vårdfilosofi som växt fram på USÖ från åren som regionsjukhus till universitetssjukhus.

– Hos oss kan man hävda sin egen metod fram till en viss gräns. Men att lyssna och ta intryck för att komma fram till den bästa terapin för varje patient, är

den modell som vår samarbetskultur präglas av.

Enligt Johan Reizenstein handlar det ofta om svåra avvägningar mellan operation, strålbehandling och lokala behandlingar. Han talar utifrån nästan 30 års erfarenhet av arbete med huvud- och halstumörer och med särskild kunskap om radio- och kemoterapi.

Johan Reizenstein listar några faktorer som grundläggande för att USÖ utmärkt sig inom huvud- och halsonkologi:

- *Bra samarbetskultur och hög kompetens.*
- *Tidig satsning på att registrera behandlingsresultat.*
- *Bred tillämpning av olika specialterapier.*
- *Uppbyggnad på ett särskilt kompetenscenter.*

LITEN ORGANISATION

För 15 år sedan invigdes Centrum för huvud- och halsonkologi. Ungefär samtidigt blev Örebro ett universitetssjukhus. Till det yttre kan det se ut som en ganska blygsam skapelse med en tjänst som registeransvarig och en sammanlagd halvtidstjänst för medicinskt ansvariga som delas av tre läkare.

FAKTA USÖ

Universitetssjukhuset Örebro, USÖ, har omkring 3500 anställda. USÖ kallar sig det personliga universitetssjukhuset med uppdraget att ge avancerad sjukvård, forskning och utbildning (läkarutbildning sedan januari 2011). Hela sjukvårdsregionen Uppsala-Örebro omfattar runt två miljoner invånare.

USÖ har framgångsrik högspecialiserad vård inom hjärt-, cancer- och ögonsjukvård med patienter från en stor del av Sverige. USÖ har 550 vårdplatser och ett 30-tal kliniker.

Den strukturerade sjukvården i Örebro daterar sig tillbaka till slutet av 1700-talet med Örebro hospital, som övergick i ett nytt centrallasarett mot slutet av 1800-talet. På 1960-talet skedde uppbyggnaden av ett regionsjukhus, som år 2000 fick status som universitetssjukhus.

Erik Lundin, Bengt Johansson,
Therese Sandberg, Johan Reizenstein
och Jana Sandberg.





Johan Reizenstein och Anders Westerborn.

– Det är i högsta grad en virtuell organisation och tanken har aldrig varit att den ska behandla patienter. Hela modellen bygger på ett samarbete för att utveckla kompetens mellan berörda kliniker som ÖNH, käkkirurgi, onkologen och plastikkirurgi, säger Johan Reizenstein, som själv har en åttondels tjänst vid centret.

Överläkare *Anders Westerborn* är en av de ansvariga för tumörsektionen vid öron-, näs- och halskliniken. Han menar att centret varit viktigt för att stärka högspecialiserad vård och forskning inom huvud/hals.

– Även om organisationen är liten så är vi aktiva med att föra samman kompetens till kurser, seminarier och studiebesök. Månadsvis har vi centrummöten för alla yrkeskategorier och en gång om





Bengt Johansson

året samlas vi för kvalitetsutvecklingsseminarier.

Gingivalcancer (munhåla), larynxcancer (struphuvud) och maxillcancer (näsa/bihåla) är några av diagnoserna som får stort utrymme vid centrets kvalitetsseminarier.

– Vi är bra på att utveckla och anamma nya behandlingsmetoder för att förbättra vården. Ett exempel är fotokemisk tumörbehandling, PDT, där läkemedel kombineras med belysning av en tumör, säger Anders Westerborn.

LEDANDE INOM BRACHYTHERAPI

Elektrokemoterapi är en annan metod som används, men brachyterapi är nog ändå den behandlingsform som förknippas mest med huvud- och halsonkologi vid USÖ.

2010 disputerade överläkare *Bengt Johansson* med en avhandling om intensiv, kortvarig strålbehandling för att minska biverkningar genom brachyterapi, vid bland annat tungbascancer. Brachyte-

”Att lyssna och ta intryck för att komma fram till den bästa terapin för varje patient, är den modell som vår samarbetskultur präglas av.”

rapi bygger på att strålningen leds in mot tumören med hjälp av nålar eller katetrar.

– Det är egentligen en gammal teknik som nu fått en renässans när man löst problemen med att personalen exponeras för strålning. Vi kan stråla mer utan risker nu, säger Bengt Johansson och visar runt i sjukhuskorridorerna.

Onkologens vårdavdelning uppfördes 1992 och försågs då med två specialbyggda rum, inkapslade i betong, för att kunna genomföra strålning. Patienten kan röra sig fritt i rummet mellan de regelbundna stråldoserna från en liten maskin vid sängen.

– Fördelen är att strålningen inte behöver påverka frisk vävnad. Vi var tidigt ute med den här formen av behandlingar och kan redovisa mycket goda resultat, berättar Bengt Johansson.

Av patienter med tungrotscancer som har behandlats med brachyterapi är 89 procent friska efter fem år. Motsvarande andel inom läppcancer är 95 procent. I vissa situationer kan funktion och utseende bevaras gynnsamt jämfört med kirurgi.

I Uppsala-Örebro sjukvårdsregion, som omfattar sju landsting i mellansverige med drygt två miljoner invånare, handlägger USÖ en stor del av huvud- och halsonkologin.



Onkologisk vårdavdelning med möjlighet till strålbehandling i patientrummet. Malin Englund Tjerring, Peter Kirrander, Emma Ulvskog, Johanna Nilsson och Elisabet Skeppner.

– Vi har ett väldigt bra samarbete med onkologin vid länssjukhusen. Det bygger mycket på förtroende och att man på klinikerna själva bedömer hur stor del av behandlingen man kan ta ansvar för. Centralsjukhuset i Karlstad gör exempelvis mycket själva och har goda resultat, säger Johan Reizenstein.

Han framhåller att behandlingsregister måste användas på rätt sätt.

– Jag kan få känslan ibland att man vrider och vänder på register för att framhålla sin egen förträfflighet. Så arbetar inte vi. Det ska vara ett verktyg för att förbättra vården. Sedan 1988, när vi började föra register långt före vår centrumbildning, har vi över 4000 fall och det är en mycket viktig kunskapsbank.

NATIONELLT ANSVAR ÖREBRO/MALMÖ
Sedan 1 januari har USÖ tillsammans med Universitetssjukhuset i Malmö ett nationellt ansvar för rikssjukvård av akut syftande kirurgi vid peniscancer.

Därmed blir USÖ något av pionjär i arbetet att centralisera viss cancersjukvård utifrån en strategi som staten och SKL lade fast 2011.

Peniscancer som är en förhållandevis sällsynt diagnos med 150 fall per år och ett område där Sverige inte ligger i Europatopp i behandlingsresultat, anses passa väl för en centralisering.

– Det finns en betydande förbättringspotential och den modell som vi nu inför i Sverige bygger på erfarenheter från Nederländerna och Storbritannien. Där har man koncentrerat peniskirurgi till särskilda centra, säger *Peter Kirrander*, ansvarig urolog vid USÖ.

Den brittiska så kallade NICE-modellen bygger på att varje centrum bör ha ett upptagningsområde på minst fyra miljoner patienter för att få tillräckligt med fall för att bygga upp en hög kompetens.

– Britterna har goda erfarenheter från det sättet att jobba. Nu får vi och Mal-

mö ungefär samma volymer, det känns spännande, säger Peter Kirrander.

För svensk sjukvård handlar det om en stor omställning. Från handläggning vid ett 60-tal sjukhus av olika storlek, till den nya organisationen med diskussioner och beslut på nationella multidisciplinära konferensen (MDK) med representanter för de sex sjukvårdsregionerna, och sedan bedömning och operation i Örebro och Malmö.

– Onkologin är inte centraliserad, men kirurgins centralisering har medfört att vi ser mycket fler patienter nu och har ökat vår kunskap på området, säger onkologerna *Emma Ulvskog* och *Malin Englund Tjerring*.

Onkologer från de olika sjukvårdsregionerna diskuterar och fattar beslut på nationell MDK och behandlingen med cytostatika och strålbehandling blir alltmer likriktad. De onkologer som deltar vid MDK har också varit aktiva i uppdateringen av det nationella vårdpro-

grammet avseende den onkologiska behandlingen.

Ett team på 14 personer har byggts upp i Örebro för att hantera tillströmningen av patienter med peniscancer. I teamet ingår bland annat onkolog, urolog, dermatolog, patolog, radiolog och plastikkirurg. Patienterna behandlas i första hand kirurgiskt, men cytostatika och strålbehandling ges i ökande omfattning till patienter med en mer aggressiva cancersjukdom.

– Det finns en tradition av stympan-de kirurgi som vi kan komma bort från genom att samla kompetens till Örebro och Malmö. Tidigare har man amputerat penis helt eller delvis och det har funnits en felaktig föreställning om att ett område två centimeter från tumören måste tas bort, säger Peter Kirrander.

Ett annat problem har varit att man avstått lymfkörteldiagnostik, vilket försämrar prognosen.

– Ny kunskap och teknik ger helt andra möjligheter att använda rekonstruktiv kirurgi och laserteknik. Det handlar både om att förbättra chansen till överlevnad och livskvalitet med bibehållen penisfunktion efter behandling, säger Peter Kirrander.

USÖ FORSKNINGSLEDANDE

USÖ har bidragit till kunskapsutvecklingen genom att vara forskningsledande i Sverige inom peniscancer. Urologen *Torgny Windahl* disputerade redan 2004 med forskning som visade på möjligheter till organsparande kirurgi. Peter Kirrander har disputerat om prognostiska faktorer vid peniscancer, bland annat förekomsten av HPV-virus. Örebroteamets kurator *Elisabeth Skeppner* har visat i forskning att många män som genomgått behandling mot peniscancer har goda chanser att få tillbaka ett bra sexliv.

Tillsammans med Malmöurologen *Ulf Håkansson* har Peter Kirrander byggt upp den nya nationella organisationen för rikssjukvård inom peniscancer. En gång i veckan samlas specialister i Malmö, Örebro och övriga fyra regionala centra för MDK via videokonferens.

– Det är klart att det varit en stor omställning under 2015 men samarbetet med Malmö och övriga sjukhus fungerar riktigt bra, säger Peter Kirrander.

USÖ medverkade också för 15 år sedan i att bygga upp det som idag är ett

nationellt peniscancerregister med omkring 2000 fall.

– Peniscancer har en femårsöverlevnad på 82 procent och det bör vi kunna förbättra. De tumörer som vi handlägger är förhållandevis ”snälla” jämfört med hur det ser ut i andra länder, säger Peter Kirrander.

PROBLEM MED ”DELAY”

Han hoppas att mer uppmärksamhet kring peniscancer kan bidra till ökad, allmän kunskap med möjlighet att diagnostisera i ett tidigare skede. Problemet är möjligen att det är en sällsynt diagnos som därför har svårt att få publicitet.

– Vi har problem i form av både ”patient delay” och ”doctors delay”. Patienter som tycker att det är skamligt och drar sig för att söka vård och doktorer som dröjer med att hitta rätt diagnos, säger Peter Kirrander.

Han menar att till en viss gräns går det att förstå att doktorer som inte har specialkunskap på området tvekar.

– Tyvärr händer det alldeles för ofta att symtomen är tydliga, men patienten får ändå inte rätt diagnos, säger Peter Kirrander.

Kurator Elisabeth Skeppner upplever att patienterna ser det som en stor fördel med ett specialteam som kan ta ett helhetsgrepp kring sjukdomen, istället för att bli hänvisad till specialister på olika avdelningar.

Hennes tidigare studier har fokuserat på patienter som genomgått organbevarande laserbehandling. Många har en stark rädsla för ett försämrat sexliv men forskningen visar att merparten kan återuppta ett lika aktivt sexliv som före insjuknandet.

– Det är viktigt för att minska den okunskap och skam som finns kring sjukdomen och förhoppningsvis få fler att söka hjälp tidigare. Av de patienter jag studerade tog det för de flesta mer än ett halvår från första symtom till att man kontaktade vården, säger Elisabeth Skeppner.

Studien visade att patienterna framför allt tyckte att det var genant.

– Men lite förvånande kanske att studierna visade att männen till och med hade så svårt att prata om det med sin partner, säger Elisabeth Skeppner.

USÖ har under 2015 förstärkt sitt arbete med psykologiska faktorer kring



FAKTA PENISCANCER

Peniscancer har en incidens av 2,1 per 100 000 män per år. Ungefär två tredjedelar av patienterna har fyllt 60 år vid diagnos. Samma HPV-virus som orsakar livmoderhalscancer kan orsaka peniscancer.

Sedan 1 januari 2015 har universitetssjukhusen i Örebro och Malmö ett nationellt ansvar för kurativt syftande kirurgi inom peniscancer, ett uppdrag som ska utvärderas om fem år.

peniscancer genom att undersöka hur patienten upplever sin livskvalitet före och efter behandling.

FREDRIK MÅRTENSSON
FOTO: JEANETTE HÄGGLUND