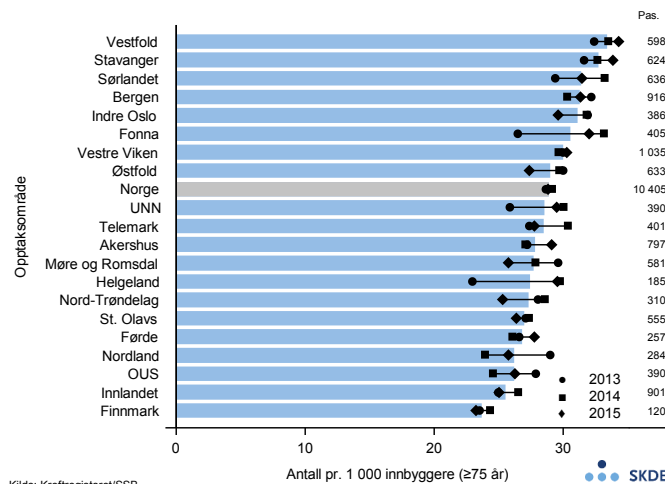


Det diagnostiseres årlig ca 10 500 nye krefttilfeller i aldersgruppen 75 år og eldre. Antall nye krefttilfeller hos eldre forventes å øke med 76 % til ca. 18 000 fram mot 2030. Mesteparten av dette skyldes at antall eldre forventes å øke med 60 % på samme tid. Økningen i antall nye krefttilfeller vil stille store krav til kapasitet og kompetanse i sykehusene særlig fordi eldre pasienter ofte har flere sykdommer enn kreft.

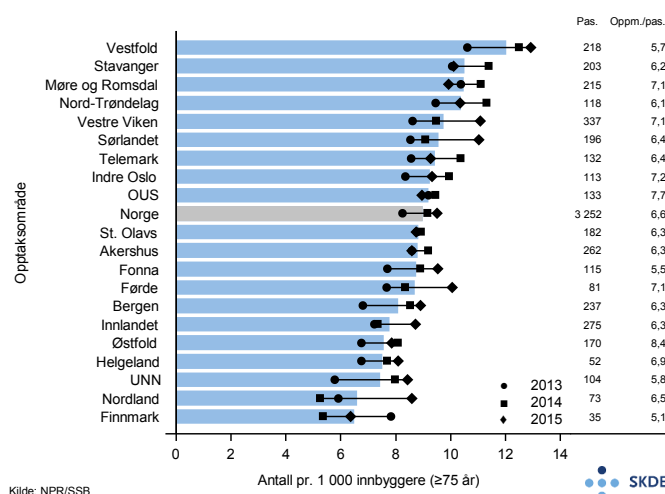
Bakgrunn

Flere nye effektive legemidler innenfor kreftbehandlingen er blitt tilgjengelige de siste 10–15 årene. Det er ingen øvre aldersgrense for disse legemidlene, men fare for alvorlige bivirkningene øker med alderen og kan begrense bruken. Strålebehandling tåles ofte bedre enn medikamentell behandling og kirurgi.

Eldre kreftpasienter er underrepresentert i kliniske studier. Beslutninger og behandlingsvalg baseres ofte på resultatene for yngre og friskere pasienter. Egnethet for behandling må derfor hos eldre i stor grad vurderes individuelt ut fra biologisk alder og allmenntilstand, – og i samvalg med pasienten.



Kilde: Kreftregisteret/SSB
Nye krefttilfeller i Norge pr. 1 000 innb., 75 år og eldre, justert for kjønn og alder. Gj.snittlig ant. nye tilfeller pr. år.



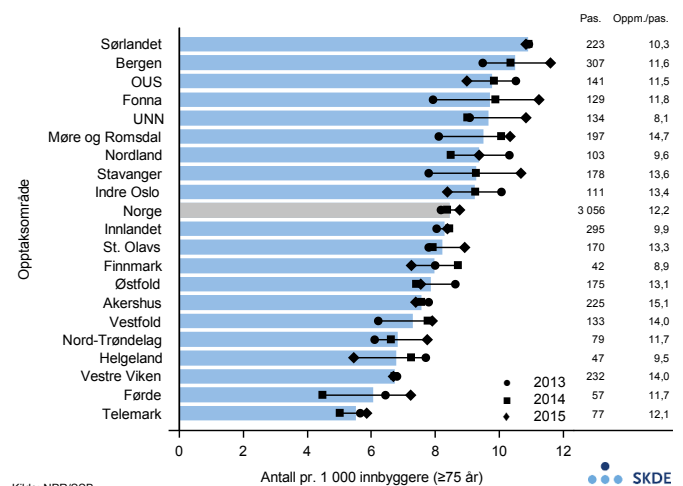
Kilde: NPR/SSB
Medikamentell kreftbehandling, ant. pasienter pr. 1 000 innb., justert for kjønn og alder. Gj.snittlig ant. pasienter og oppm. pr. pasient pr. år.

Resultater

Blant eldre er det årlig 40 % flere nye krefttilfeller i opptaksområdet Vestfold enn i Finnmark.

Årlig behandles 3 250 eldre med medikamentell kreftbehandling og 3 050 strålebehandles. For begge behandlingsformene er det en tendens til at flere eldre behandles i perioden.

Bosatte i opptaksområdet Vestfold får medikamentell kreftbehandling dobbelt så hyppig som bosatte i Finnmark. Bosatte i Sørlandet opptaksområde får strålebehandling dobbelt så ofte som bosatte i Telemark.



Kilde: NPR/SSB
Strålebehandling, ant. pasienter pr. 1 000 innb., justert for kjønn og alder. Gj.snittlig ant. pasienter og oppm. pr. pasient pr. år.

Kommentarer

Bruken av medikamentell kreftbehandling samvarierer til en viss grad med forekomst av nye krefttilfeller i opptaksområdene. Ulik sykelighet kan dermed, sammen med tilfeldig variasjon, forklare noe av variasjonen i medikamentell kreftbehandling, men ikke all observert variasjon. Det er sannsynlig at nytte og risiko for pasienten vurderes ulikt i opptaksområdene. Hvis den individuelle vurderingen av pasienten ikke er god nok, kan frykt for uønskede hendelser hos skrøpelige pasienter medføre at også mer robuste pasienter går glipp av behandling.

Det ingen samvariasjon med bruk av strålebehandling og forekomst av kreft. Opptaksområdene med de ni laveste stråleratene har ikke eget strålesenter, og det kan derfor synes som nærhet til strålesenter har betydning for om eldre pasienter strålebehandles.