

CANCERVÅRDEN



SJUKSKÖTERSKOR I CANCERVÅRD

Porträttet:

Anna-Carin Börjedahl,
kontaktsjuksköterska och
enhetschef, urologi- och
kirurgimottagningen,
Helsingborgs lasarett

Cancer i urinvägarna

Cancervård i Primärvård och kommun

Flexibilitet för patienten

Effentora är en ny transmukosal opioidformulering som kan administreras både **BUCKALT** och **SUBLINGUALT**.

Effentora är indicerad för genombrottssmärta hos vuxna cancerpatienter som redan står på underhållsbehandling med långverkande opioider.

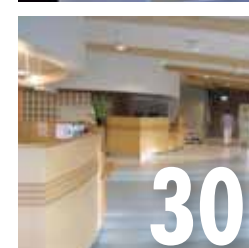
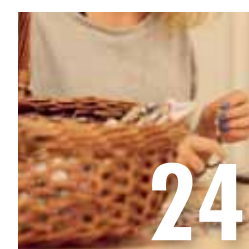
BUCKALT



SUBLINGUALT



Effentora (fentanyl), Rx, F,  Beroendeframkallande medel. Iakttag största försiktighet vid förskrivning av detta läkemedel. N02AB03. Effentora används för behandling av genombrottssmärta hos vuxna cancerpatienter som redan behandlas med opioider som underhållsbehandling vid långvarig cancersmärta. Buckaltablett 100, 200, 400, 600 och 800 mikrogram. Effentora tillhandahålls av Teva Sweden AB, Box 1070, 251 10 Helsingborg, www.teva.se. För ytterligare information samt pris se www.fass.se. Datum för översyn av produktresumé: 2013-02.



Ledaren	4
Redaktören har ordet	6
Porträttet: Anna-Carin Börjedahl "Det är fantastiskt att arbeta i ett team där kvaliteten är i fokus"	7
Hur påverkas vardag efter urindeviation?	10
Nytt nationellt vårdprogram för cancer i urinvägarna	12
Bättre behandling av blåscancer	13
Lucas – förbättrade lungcancervården i Dalarna	15
Palliativ hemsjukvård i glesbygd – Hur fungerar det?	20
Pärlor för framtiden	24
Långvariga smärtor efter strålbehandling för gynekologisk cancer	26
Ny forskning om strålbehandling: Barn och strålbehandling	28
Nyombyggd strålbehandling i Sundsvall – så här blev det!	30
Cancerdagen 2013: Hur går det när vardagen möter cancerstrategin?	32
Utveckling av omvårdnadsvariabler förbättrar kvalitetsregister	37
Globeathon Sweden Nollvision för Gynekologisk Cancer	38
Konferensen som bygger nätverk för forskare i Norden	40
FSKs årliga konferens 2013 – alltid på Munkebjerg Hotel i Vejle	43
Krönika: Karin Bergkvist, Mötet – där börjar allt!	44
Nytt inom Onkologi	47
Medlemssidor	49

Recept på omvårdnad

Tiden går fort och nu är vi inne i december månad och julen kommer. I slutet av sommaren började jag studera kvalitet, utveckling och ledarskap, en otroligt spännande kurs - men ack så krävande. Det jag hade glömt bort var den känslomässiga utmaningen som det innebär att vara student. Mitt självförtroende har periodvis dalat betydligt denna höst trots att jag har försökt att tänka att det inte är hela världen att tenta om. Tyvärr har ju detta varit lättare sagt en gjort. Min snart 70-åriga mamma ringde härom dagen och undrade var hennes dotter tagit vägen. Min mamma är en mycket klok och lugn kvinna som står med fötterna djup ned i den Uppländska myllan. Jag försökte förklara vad vetenskapsteori och forskningsmetodik är. Det blev många och långa utläggningar som egentligen inte sa ett dugg mer än att jag var ohyggligt stressad och att mitt självförtroende var i botten. Då skrattade min smarta mamma och sa: "Jaha, du menar att du håller på att lära dig skriva recept på omvårdnad, vad kul". Det är bara min mamma som kan beskriva saker så enkelt och självklart.

Jag läste på Vårdförbundets hemsida att man i södra Sverige väljer att inte starta kursen Specialistutbildning inom ambulanssjukvård till våren 2014. Detta trots att det finns sökande studenter till kursen. Motiveringen till detta är att regeringen har dragit ned antalet utbildningsplatser.

Oron har funnits länge hos mig att ett sådant beslut även kan drabba specialistutbildningen i onkologi. Och jag måste då påpeka att det helt skulle gå emot den nationella cancerstrategin. I den nationella cancerstrategi som kom ut 2009 står det om farhågorna för att inte kunna mätta den efterfrågan av specialistkompetens som onkologin kommer att behöva nu och i framtiden. Jag citerar "God tillgång på specialister såväl läkare som sjuksköterskor är en grundläggande förutsättning för att bedriva hälso- och sjukvård". I samma stycke står; "tillgången på specialistsjuksköterskor och oron inför framtiden är stor på många håll och det befaras att bristen på personal kan bli den enskilt största utmaningen för cancervården framöver". Att ens överväga att inte

starta en kurs för speciallistsjuksköterskor är helt oförståeligt i dagens läge. Och nu har det ändå hänt. På Lunds universitet har den medicinska fakulteten nyligen och för alla inblandade högst oväntat, valt att skjuta upp intaget till sin specialistutbildning för onkologisjuksköterskor med ett till två år. Den tvååriga utbildningen som sker på halvtid, skulle ha startat med omkring 30 platser i januari. Läs artikeln från 25 november 2013 Allt färre speciallistsjuksköterskor på www.svd.se

Känner ni till mer om detta eller andra inställda eller framflyttade specialistutbildningar, hör gärna av er till oss i styrelsen. Vi vill göra något tillsammans med er för att förhindra att dåliga beslut tas och vill mycket gärna delta i den debatten.

Tillslut så vill jag passa på och tacka vår redaktör Kristina Granevåg om nu lämnar redaktörsstolen vid årsskiftet. Kristina arbetar sedan någon månad som verksamhetschef för Onkologiska kliniken i Gävle och vi önskar dig lycka till med dina nya utmaningar. Som ny redaktör välkomnar vi Nadja Rystedt som suttit i redaktionen i flera år. Med dessa ord vill jag nu tacka er för ett händelserikt och spännande år 2013 med förhoppningar om att 2014 ska bli ännu bättre och fyllt av utmaningar.

Jag önskar er alla en riktigt God Jul och Gott Nytt År!

Camilla



Camilla Hultberg
Ordförande
Sjuksköterskor i cancervård
camilla.hultberg@karolinska.se



Annons Elekt



Kristina Granewåg

Redaktör, Sjuksköterskor i cancervård
E-mail: kristina.granevag@lg.se

Tack för mig!

Det har blivit dags för mig att lämna redaktörsstolen efter snart tre år! Tiden räcker inte längre riktigt till. Jag har precis påbörjat arbetet som verksamhetschef för Onkologkliniken i Landstinget Gävleborg. Det är ett spännande och viktigt uppdrag att som tredje sjuksköterskan i landet ta mig an den utmaningen!

Jag blir kvar i redaktionen till årsmötet i maj 2014, men redan nu till nummer 1 lämnar jag över rodret till Nadja Rystedt, som i nästa nummer får presentera sig och berätta vem hon är. Nadja har varit med i redaktionen lika länge som jag har varit redaktör och det är med varm hand jag lämnar över till henne. Lycka till Nadja!

Nu till lite av innehållet i det här numret av tidningen.

Huvudtemat är Cancer i urinvägarna. Bland annat berättar Karolina Burman om förbättrad behandling vid blåscancer med hjälp av BCG-behandling och leg. sjuksköterskan och med. dr Helena Thulin beskriver hur vardagen påverkas när urinblåsan opererats bort.

Anna-Carin Börjedahl, kontaktsjuksköterska för prostatacancerpatienter och enhetschef på urologi- och kirurgimottagningen vid Helsingborgs lasarett är porträtterad på sidorna här intill och berättar för oss om ett mångårigt engagemang för patienter och närstående.

Detta och mycket, mycket mer finns att läsa inne i tidningen. Trevlig läsning!

Avslutningsvis vill jag önska alla en riktigt GOD JUL och ett festligt GOTT NYTT ÅR!

Kristina

TÄNKVÄRT

”För att man ska kunna flyga måste man gå högst upp på strået, även om det böjer sig och svindeln kommer. För att kunna flyga måste modet vara något större än rädslan och en gynnsam vind råda”

Margareta Ekström



Foto: Lisa Wikstrand

Anna-Carin Börjedahl

”Det är fantastiskt att arbeta i ett team där kvaliteten är i fokus”

Det här numrets porträtt, Anna-Carin Börjedahl, har arbetat som sjuksköterska i 26 år. Nästan alla de åren har hon ägnat åt urologipatienter på Helsingborgs lasarett. Hon är enhetschef på urologi- och kirurgimottagningen, kontaktsjuksköterska för prostatacancerpatienter och samordnare för kontaktsjuksköterskorna inom omvårdnadsområdet prostatacancer på RCC Syd.



Eva Gärdsmo Pettersson
frilansjournalist
tidningen Cancervården

Den urologiska sjukvården i Helsingborg består ungefär till hälften av patienter med prostatacancer. Det är de patienterna Anna-Carin själv träffar kliniskt. Som enhetschef har hon dock det huvudsakliga omvårdnadsansvaret även för alla övriga patienter med urologiska cancerformer; blåscancer, njur- och njurbäckencancer, peniscancer och testikelcancer.

På Urologen i Helsingborg var man tidigare med kontaktsjuksköterskefunktionen, långt innan funktionen mer allmänt kallades detta. Anna-Carin Börjedahl var i allra högsta grad en bidragande kraft till denna utveckling. 1996 gick hon i Lund den första specialistutbildningen inom urologisk omvårdnad som startades. Den stärkte hennes förmåga att kunna se utvecklingsbehoven. Efter utbildningen fick hon också möjlighet att ansvara för den sjuksköterskeledda mottagning som enheten startade för prostatacancerpatienterna. Redan då fungerade hon också som den sjuksköterska patienterna och deras närstående kunde vända sig till med frågor och stöd.

Sedan slutet av 1990-talet är Anna-Carin Börjedahl chef för mottagningarna och fick därmed också budgetansvaret för verksamheten. Hon hade en fortsatt tydlig vision för vad hon ville uppnå.

– Det var uppenbart för oss att det fanns ett stort behov av information bland patienterna. Vi ställde oss frågan då och gör det fortfarande; hur kan vi göra det bättre? Det har alltid varit viktigt för oss att se patienten genom hela vårdkedjan; att ta hand om patienten från diagnos och behandling, och för dem vi inte kan bota, ända till döden. Ofta har vi kontakt med patienten och den anhörige även om patienten knyts till en palliativ enhet under den sista tiden i livet.

Startar prostatamottagning

År 2005 sökte och fick Helsingborgs lasarett pengar från Stig och Ragna Gorthons stiftelse för att kunna starta upp också en särskild prostatamottagning. Stödet gjorde det möjligt att, utöver Anna-Carins halva tjänst med prostatacancerpatienterna, anställa ytterligare en kontaktsjuksköterska på heltid. Idag är det tre sjuksköterskor som delar på knappt två heltidstjänster. Dessutom finns det två sjuksköterskor på urologimottagningen som är kontaktsjuksköterskor för de övriga urologiska cancerformerna.

– Kunskap, utbildning och erfarenhet är viktigt för oss. Det krävs för att kunna vara ett verkligt stöd för patienterna och för att kunna uppmärksamma eventuella problem i ett tidigt skede.

Prostatacancermottagningen, med cirka 250 nya fall av prostatacancer per år, fokuserar på kontinuitet, korta väntetider till utredning och behandling, kontaktsjuksköterska till alla patienter, tillgänglighet och information till patienter och närstående.

– Som kontaktsjuksköterska är det fantastiskt att arbeta i ett team där kvaliteten är i fokus. Det är ett självständigt arbete med egen mottagning, där vi följer upp patienter som fått en botande behandling och dem med eller utan hormonell behandling i stabilt skede. De flesta träffar vi under många år. Det ger en alldeles särskild kontakt, säger hon.

Kontaktsjuksköterskans viktiga roll

I Helsingborg, berättar Anna-Carin Börjedahl, får patienterna redan vid första besöket en namngiven kontaktsjuksköterska. Inom två veckor efter biopsin får patienten tid för läkarbesök. De uppmanas då att ta med en närstående. Kontaktsjuksköterskan sitter alltid med vid diagnostillfället och kompletterar efter läkarbesöket med skriftligt informationsmaterial som går igenom tillsammans med patienten och den närstående.

– Patienterna kan ringa oss om det är något de undrar över eller bara är oroliga och vi bevakar så att ledtiderna blir

så korta som möjligt. Vi samarbetar med patientföreningar och utbildar stödpersoner som våra patienter kan kontakta om de vill träffa andra i samma situation. Vi har också en lista på stödpersoner som de kan ringa till om de till exempel vill fråga hur någon har upplevt en speciell behandling. Vi lägger också ned mycket tid på att diskutera de biverkningar som behandlingarna medför, förklarar Anna-Carin Börjedahl.

Eftersom prostatacancer många gånger utvecklas långsamt utan att på många år ge nämnvärda besvär, väljer man ibland att inte behandla alls initialt. Såväl de kurativa behandlingarna, operation och strålbehandling, och den icke kurativa hormonella behandlingen innebär nämligen biverkningar. De vanligaste biverkningarna vid botande behandling är förlust av potensförmågan och urinläckage eller annan påverkan på vattenkastningen beroende på om man opereras eller strålbehandlas. Vid strålbehandling kan man även få besvär från ändtarmen. I de flesta fallen är besvären övergående. Men för många patienter medför biverkningarna en påverkan på livskvaliteten som kan vara svår att hantera.

– En botande behandling, som en operation eller strålning, drabbar ofta potensen, medan en bromsande behandling med hormoner påverkar lusten. Nervtrådarna som styr potensen sitter klistrade på utsidan av prostatan. Vid en operation kan man ibland spara nervtrådarna, men det tar ofta lång tid, upp till fem år, innan de återhämtar sig. Även vid blåscancer, som är den näst störta gruppen cancrar i urinvägarna, uppstår potensproblem.

Anna-Carin menar att de som kontaktsjuksköterskor och även enhetens kurator som är utbildad i sexologi, är viktiga som stöd för patienterna och deras partners.

– Det finns olika medicinska behandlingar med läkemedel för de som drabbas av impotens och tappad lust. Sexlivet blir inte som tidigare men många upplever ändå att så länge man är öppen för

förändring behöver sexlivet inte heller bli dåligt, påpekar hon.

Nya utmaningar

De senaste 15 åren har, menar Anna-Carin Börjedahl, inneburit en fantastisk utveckling i kampen mot prostata- och andra former av cancrar i urinvägarna. Samtidigt uppstår det nya utmaningar. En sådan är frågan om generell screening.

– Frågan om generell screening är en het potatis. Jag är själv inte en förespråkare av allmän screening med PSA-test. Jag håller med Socialstyrelsen som inte heller i nuläget rekommenderar det. Självfallet ska alla friska män som vill göra ett PSA-test för att upptäcka eventuell cancer få lov att göra det. Men det är då viktigt att de före testet får möjlighet att

Det har alltid varit viktigt för oss att se patienten genom hela vårdkedjan; att ta hand om patienten från diagnos och behandling, och för dem vi inte kan bota, ända till döden.

diskutera för- och nackdelarna med sin läkare i till exempel primärvården eller på företagshälsovården. Socialstyrelsen har tagit fram en broschyr där för- och

nackdelarna lyfts fram. Den kan jag rekommendera som stöd för en sådan diskussion.

Generellt utgör nya, dyra läkemedel och behandlingar, där generell screening kan räknas in, tillsammans med en åldrande befolkning och därmed fler cancerfall, en stor utmaning för vården i att kunna prioritera sina resurser rätt.

– Det gäller att aldrig slå sig till ro, utan ständigt fråga sig hur vi kan utvecklas för att bli bättre för patienterna och deras närstående, att prioritera det viktiga. Belöningen är stor. Nöjda patienter som dagligen, trots att deras liv ställts på ända, uttrycker hur trygga de känner sig med att de har oss på mottagningen att vända sig till. ■

ONKOLOGIDAGARNA 18-21 MARS 2014



Välkomna till Eskilstuna!



www.onkologidagarna.se

Hur påverkas vardag efter urindeviation?

När urinblåsan fungerar och inte är sjuk så är det inte ofta vi tänker på att den som ett fantastiskt organ som medför att vi kan lagra urinen i ett tät behållare tills vi själva tycker att det är socialt passande att "lätta på trycket". Att hjärnan kan ta emot signaler om urinblåsan är i stort sett tom, halvfull eller när det är bråttom att hitta en toalett är ju också fint. När vi sedan kissar får vi hjälp av urinblåsans muskel (detrusor) med att tömma ut urinen, har du tänkt på det? Men, vad händer då om urinblåsan måste tas bort och hur påverkas vardagens aktiviteter? För att få svar på dessa frågor har jag i mitt avhandlingsarbete frågat patienter som genomgått cystektomi och istället har en urindeviation för utflöde av urin.



Helena Thulin
leg sjuksköterska, med dr,
Karolinska Universitets-
sjukhuset.

Varje år insjuknar mer än 2000 personer i urinblåsecancer. De allra flesta av dessa patienter kan lokalt behandlas med urinblåsan i behåll. Men vissa patienter har en mer livshotande tumörsituation och i så fall rekommenderas ett kirurgiskt ingrepp där urinblåsan och vissa omkringliggande vävnader tas bort. Eftersom urinen behöver ett nytt utflöde så konstrueras också en urindeviation i samma operation¹. Det finns olika tillvägagångssätt för att skapa en urindeviation. Vanligast i Sverige är tre alternativ som patienten väljer mellan tillsammans med ansvarig urolog och stomisjuksköterska; inkontinent urostomi (ofta kallad Bricker), ortotopt blåssubstitut alternativt kontinent reservoar (en Kocks blåsa eller liknande).

Hur påverkar urindeviationen livet på sikt när den postoperativa perioden är över (bild 1 sid 11) Detta har jag fokuserat på i mitt avhandlingsarbete *Den cystektomerade individen, stressande var-*

dagssymtom efter avlägsnad urinblåsa på grund av urinblåsecancer (Karolinska Institutet 2010).

För att vi i vården ska lära oss om hur en urindeviation efter cystektomi på grund av urinblåsecancer påverkar vardagen för drabbade individer, konstruerades ett studiespecifikt frågeformulär. För att få underlag till frågeformuläret intervjuades tio patienter där vi träffades, oftast utanför sjukhuset, i lugn och ro där patienten fritt fick berätta om sina upplevelser och erfarenheter.

Utifrån patienternas upplevelser tillsammans med vår kliniska erfarenhet konstruerades ett omfattande frågeformulär innehållande 180 frågor, enligt den tradition som Klinisk Cancerepidemiolog vid Karolinska Institutet arbetat fram genom många studier². För att inkludera patienter till studien kontaktades blåscanceransvariga vid sjukhusen i Umeå, Uppsala, Stockholm, Linköping, Göteborg, Jönköping och Malmö för förfrågan om deltagande och tillgång till lokala register. I detta samarbete identifierades patienter som genomgått cystektomi på grund av urinblåsecancer, som var under 80 år och som kunde läsa och förstå det svenska språket. Efter att ett

”
*Som patient
får man en alltför
positiv bild av hur
det kommer att bli
efter operationen.*

förklarande introduktionsbrev skickats kontaktades dessa individer av en forskningsassistent med fråga om vi kunde skicka ett frågeformulär hem till dem. Av de 491 individer som ingick i studien besvarade 452 (92%) frågeformuläret.

Det första delarbetet berör riskfaktorer för urinvägsinfektion. Oavsett vilken urindeviation som patienten har fått så är risken för urinvägsinfektion stor, 22-23 procent i vår undersökning har haft minst en urinvägsinfektion det föregående året. Inom vården ger vi ofta rekommendationen till våra patienter att de ska tvätta händerna innan de handskas med stomimaterial och med kate-

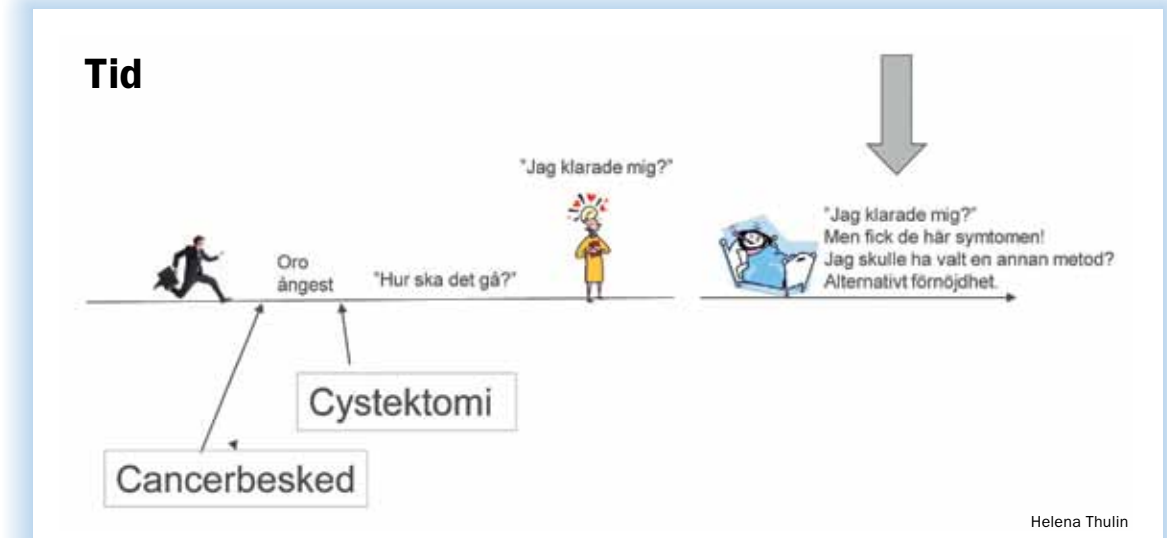


Bild 1. En tidslinje. Hur påverkas livet på sikt, när vardagen tar över?

trar. Vi ville undersöka om vi kan ha fog för dessa råd. I vårt material kan vi inte hitta något som stödjer oss i denna rekommendation utan de som alltid tvättar händerna innan de handskas med stomiförband och katetrar har lika ofta urinvägsinfektioner som de som aldrig gör det³.

I delarbete två beskrivs hur nattliga urintömningsbesvär och urinläckage påverkar sömnen och livskvaliteten negativt. De som har ett ortotopt blåssubstitut (en konstgjord tarmblåsa placerad på platsen urinblåsan tidigare haft) får oftare nattsömnen störd än dem med icke kontinent urostomi och kontinent reservoar⁴.

Delarbete tre berör tarmfunktionsstörningar som kan uppstå efter en cystektomi med urindeviation. Att tarmtömningen är påverkad visste vi sedan tidigare studier⁵. I detta arbete har vi fokuserat på patientens beskrivning av bristande förmåga att initiera tarmtömning och brist på kryssignaler. De som har störst problem att tömma tarmen är de med icke kontinent urostomi. Vi kan bland annat också notera att de med urindeviationer som lagrar urin (ortotopt blåssubstitut och kontinent reservoar) oftare tömmer tarmen och oftare har lös avföring och diarré än dem med icke kontinent urostomi⁶.

Avhandlingens sista delarbete berör upplevelsen av att delta i en forskningsstudie. Min forskarkollega Gail Dunberger och jag samlade in våra frågefor-

mulär under samma tidsperiod. Vi slogs båda av den positiva respons vi fick från våra respondenter. Vi hade ställt liknande frågor om både symtom och om hur de som deltog i respektive studie upplevde det att besvara ett omfattande frågeformulär där vi frågade om besvärande symtom från mage och tarm, sexuella problem och urinvägsbesvär.

Vi har i detta delarbete beskrivit att de allra flesta i våra båda kohorter har erfarit undersökningen positivt och att de anser att det är viktigt att vården följer upp cancerdrabbades problem⁷. Detta delarbete visar att många patienter tycker att det är viktigt att vården tar lärdom av de som är drabbade för att kunna göra bättre i framtiden. Vi vet ju inte vem vi skickar hem ett frågeformulär till och hur den mottagande personen reagerar och vi bör vara lyhörda för reaktioner hos vissa individer, därför tolkar vi det som viktigt att en studie som fokuserar på symtom efter cancerbehandling ska ske i nära samarbete med dem som drabbats.

Vi vet att en cystektomi är en stor operation där det finns risk för symtom som påverkar livskvaliteten negativt. En egen reflektion från mitt arbete är att vi inom vården bör efterfråga vilka symtom som varje enskild individ kan tolerera och att vi kan bli bättre på att informera om hur livet kan bli efter en operation. Symtomen efter ett ortotopt blåssubstitut kanske passar en person bäst medan en annan person hellre kan tolerera de symtom som kan uppstå efter en icke

kontinent urostomi. Jag har också lärt mig att tarmtömningsbesvär och urineringsbekymmer påverkar livskvaliteten negativt, om vi kan lindra eller eliminera något av besvären kan vi hjälpa till ett bättre välbefinnande. ■

Handledare:

Lars Hennigsohn, docent, överläkare
Gunnar Steineck, professor, överläkare
Ulrika Kreicbergs, docent, leg. sjuksköterska

Källor

1. Nationellt vårdprogram, Regionala cancercentrum i samverkan. Cancer i urinblåsa, njurbäcken, urinledare och urinrör 2013.
2. Omerov P, Steineck G, Runeson B, et al. Preparatory studies to a population-based survey of suicide-bereaved parents in Sweden. *Crisis* 2013;34:200-10.
3. Thulin H, Steineck G, Kreicbergs U, et al. Hygiene and urinary tract infections after cystectomy in 452 Swedish survivors of bladder cancer. *BJU Int* 2009.
4. Thulin H, Kreicbergs U, Wijkström H, Steineck G, Hennigsohn L. Sleep disturbances decrease self-assessed quality of life in individuals who have undergone cystectomy. *J Urol* 2010;184:198-202.
5. Hennigsohn L, Wijkström H, Dickman PW, Bergmark K, Steineck G. Distressful symptoms after radical cystectomy with urinary diversion for urinary bladder cancer: a Swedish population-based study. *Eur Urol* 2001;40:151-62.
6. Thulin H, Kreicbergs U, Onelöv E, et al. Defecation disturbances after cystectomy for urinary bladder cancer. *BJU international* 2011;108:196-203.
7. Dunberger G, Thulin H, Waldenström AC, et al. Cancer survivors' perception of participation in a long-term follow-up study. *Journal of medical ethics* 2013;39:41-5.

Nytt nationellt vårdprogram för cancer i urinvägarna

I början av sommaren 2013 kom det nya vårdprogrammet för cancer i urinvägarna. Vårdprogrammet innehåller rekommendationer för utredning och behandling av urotelial cancer i urinblåsa, njurbäcken, urinledare och urinrör.



Annette Holst-Hansson
redaktionskommittén
tidningen Cancervården
Källa: Nationella vård-
programgruppen

Motiverade riktlinjer för behandling kan, baserat på erfarenhet, ges för stora patientgrupper, men i vissa fall råder ännu oklarheter om vad som är den optimala behandlingen. Oklarheter kan till exempel bero på svårigheter att hos den enskilda patienten invändningsfritt kategorisera en tumör enligt TNM- klassifikationen.

Riktlinjerna som ges i vårdprogrammet ska därför enbart ses som rekommendationer till en individuell patientanpassad terapi i samråd.

Vårdprogrammet är skrivet med utgångspunkt från Södra Sjukvårdregionen, men har på uppdrag av RCCs samverkansgrupp anpassats till ett nationellt vårdprogram av nationella vårdprogramgruppen. Vårdprogrammet strävar efter att skapa förutsättningar för ett mät- och faktabaserat förbättringsarbete genom att det beskriver relevanta indikatorer och målnivåer för den specifika patientgruppen. Detta möjliggörs genom ett samarbete mellan Regionalt cancercentrum syd, Nationellt Kvalitetsregister för Urinblåsecancer och Svensk Förening för Urologisk Onkologis nationella grupp för blåscancer samt den aktuella vårdprogramgruppen.

Nationella blåscancerregistret utgör basen för registrering och kontinuerlig utvärdering och uppföljning med målet att identifiera möjliga förbättringar i vården av den aktuella patientgruppen, vilket sammanfaller med att vården i dag ofta betraktas ur ett processperspektiv.

Avsnitt om omvårdnad

Det nya vårdprogrammet innehåller avsnitt om omvårdnad samt hänvisningar till det nya nationella vårdprogrammet för psykosocial onkologi, rehabilitering och palliativ vård. Ökad användning av cytostatika rekommenderas av vårdprogrammet för radikal kirurgi samt vid palliativ behandling. Andra förändringar i det nya vårdprogrammet är att den multidisciplinära terapikonferensens betydelse för att optimera patientens omhändertagande framhålls samt att behandlingsrekommendationerna har börjat evidensgraderas enligt GRADE-systemet.

Målet med det nya vårdprogrammet är att det ska kunna fungera som riktlinjer för ett bättre omhändertagande av patienter med blåscancer ur alla aspekter. Kvalitetsindikatorer och måltal för till exempel ledtider, andel patienter som diskuteras på multidisciplinär konferens, andel patienter med T1-sjukdom som erhållit intravesikal behandling och användande av neoadjuvant cytostatikabehandling före radikal cystektomi är därför spännande innehåll i vårdprogrammet.

Vårdprogrammet kan laddas ned på: www.cancercentrum.se ■



Bättre behandling av blåscancer

Med mikroskopets hjälp kan man nu identifiera människor med cancer i urinblåsan som har större risk att återfalla och dö i sin sjukdom. Proteinet PODXL har visat sig överlägset i att förutse vilka som har god eller dålig prognos – och kan i framtiden rädda liv på de som drabbats av sjukdomen.



Karolina Burman, ST-läkare, Skånes
Onkologiska Klinik, doktorand Insti-
tutionen för Kliniska Vetenskaper på
Lunds Universitet

Cancer i urinblåsan är en av de vanligaste tumörformerna i vår del av världen och utgör cirka sju procent av cancer hos män och cirka tre procent av cancer hos kvinnor. Sjukdomen upptäcks oftast tidigt då det vanligaste symtomet är blod i urinen – något de flesta reagerar på och söker läkare för. En majoritet av tumörerna är då ytliga och kan därmed behandlas relativt enkelt, oftast med hyvling av tumören, så kallad TUR-B. Hyvlingen kan ibland behöva kombineras med sköljning av blåsan med cytostatika eller BCG. Detta kan för många räcka som behandling.

Urinblåsecancer är av naturen en återkommande sjukdom. Många ytliga tumörer kommer tillbaka gång efter gång men kan fortsatt behandlas med hyvling eller sköljning av blåsan med gott resultat. Ungefär en tredjedel återfaller dock med en mer aggressiv sjukdom, antingen med att tumören vuxit djupare in i blåsan, eller att den spridit sig till andra delar av kroppen. Om man har möjlighet försöker man bota sjukdomen genom att operera bort urinblåsan, en stor och besvärlig operation. Ofta kan dock sjukdomen vid återfall vara omöjlig att bota. Cellgifter har effekt vid

sjukdomen men då sjukdomen väl är spridd är det enbart ytterst få som kan uppnå bot.

Vem som har god och vem som har dålig prognos går inte att förutse särskilt exakt med de metoder som finns i nuläget. Det man istället gör är att övervaka alla som drabbats av sjukdomen för att tidigt hitta återfall. Övervakning av sjukdomen består av täta och för den sjuke ofta besvärliga cystoskopier. Detta görs var tredje till

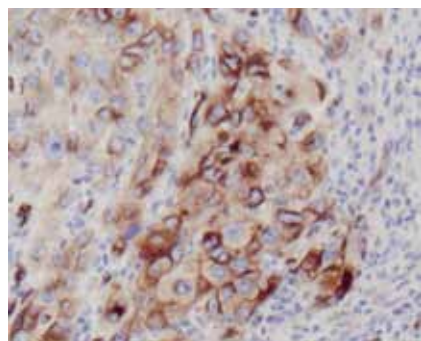
På kortare sikt tror vi att vår analys kommer kunna individualisera behandlingen så att fler håller sig friska i framtiden.

var sjätte månad i minst fem år efter att sjukdomen ursprungligen hittats eller senaste återfallet konstaterats. Utöver cystoskopin tittar man även på celler i urinprov för att se om man kan hitta cancer där.

Samarbete mellan Uppsala och Lund gav resultat

I ett samarbete mellan Lunds Universitet, Uppsala Universitet och Kungliga Tekniska Högskolan/SciLifeLab studerades tumörmaterial från två olika kohorter av patienter med urinblåse-





Urinblåsecancer infärgad med antikroppen PODXL.

cancer, totalt 454 patientfall inkluderades. Tumörprover från dessa fall analyserades på Lunds Universitet med avseende på proteinet PODXL. De som hade proteinet vid cancercellernas yta vid analys i mikroskop visade sig ha större risk att få progressiv sjukdom och att dö i sjukdomen än de som inte hade proteinet eller enbart hade proteinet i cytoplasman. Detta gällde även den grupp med patienter som hade ytlig cancersjukdom och även om man tog statistisk hänsyn till kända riskfaktorer så som hög ålder, rökning, tumörcellernas histologiska grad, T-stadium och kön.

Vad är det då som gör att PODXL kan förutsäga en människas prognos? Utifrån tidigare studier på andra tumörformer tycks det kunna vara flera saker. Dels verkar PODXL göra att tumörceller lättare lossar från moder-tumören och då kan sprida sig via till exempel blodbanan, dels så verkar det som de underlättar bindningen till en plats där cellerna kan ge upphov till metastaser. Man tror även att det kan samarbeta med andra protein, vilket man i laboratoriet gett upphov till cancerceller som lättare sprider sig och invaderar andra vävnader.

Framtiden

Möjligheten att bättre avgöra en människas prognos kan visa vem som behöver mer aggressiv behandling direkt, och vem man kan låta få en mildare behandling utan att riskera deras liv. På kortare sikt tror vi att vår analys kommer kunna individualisera behandlingen så att fler håller sig friska i framtiden. Det vi hoppas på är också att proteinet RBM3 i framtiden ska visa sig kunna förutsäga en individs prognos genom ett enkelt urinprov och bespara de som drabbats av sjukdomen mycket lidande genom bättre övervakning av sjukdomen. ■

Forskargruppen på Lunds Universitet leds av professor Karin Jirstrom. Artikeln "Membranous expression of podocalyxin-like protein is an independent factor of poor prognosis in urothelial bladder cancer" finns att läsa i sin helhet i tidskriften British Journal of Cancer.

3 sätt att visa omtanke

helme & company

Proxident muntork är ett enkelt och hygieniskt hjälpmedel vid munvård. Det mjuka skumgummihuvudet hjälper dig att ge skonsam vård och lindring till känsliga munnar. Använd den vid rengöring, behandling och återfuktning.



Beställ Proxident muntork hos din upphandlande enhet eller via OneMed, Mediq, MediCarrier, Staples Sweden eller direkt från oss på Proxident AB Falun, 023-79 22 22, www.proxident.se

Proxident
care

Samverkan mellan primär- och specialistvård

Lucas

– förbättrade lungcancervården i Dalarna

Landstinget Dalarna i samverkan med Uppsala-Örebroregionen, beviljades pengar från SKL till försöksverksamheten Lungcancervård i samverkan – Lucas, från juni 2010 till och med 2012 års utgång. Det är ett projekt som fått mycket positiva efterverkningar, inte minst vad gäller samverkan mellan lungkliniken i Falun och primärvården runt om i Dalarna.

Foto: Siljan Turism



Eva Gärdsmo Pettersson
frilansjournalist
tidningen Cancervården

Projektledare för Lucas var Birgitta Göthman, utvecklingsledare vid medicinska enheten på Landstinget Dalarna. Kriterierna som skulle uppfyllas i Lucas var bland annat; ökat patientfokus, ökad patient- och närståendeaktivitet i planeringen av vården samt bättre sammanhållna, utökade vårddedjor för lungcancerpatienter. Försöksverksamheten skulle stimulera till nytänkande och resultatet vara spridnings- och applicerbart i andra verksamheter. Birgitta säger att den positiva effekten av projektet, som avslutades för snart ett år sedan, fortsätter.

– De flesta av de förbättringsåtgärder som togs fram under projekttiden, är realiserade. Vi har nu dessutom fått en kultur inom vården där vi ser förbättringsmöjligheter och har skapat verktyg att genomföra dem, konstaterar hon.

Att det blev just lungcancerprocessen som blev utgångspunkt för förbättringsarbetet i Dalarna, berodde på att SKLs utlysning av en möjlighet att söka medel för försöksverksamhet sammanföll med att nya preliminära nationella riktlinjer för lungcancer var på ingång. Birgitta Göthman, som bland annat arbetar med implementering av nationella riktlinjer i landstinget Dalarna, såg här en möjlighet till ett grundligt sådant arbete.

Långa avstånd

Landstinget Dalarna består av 15 kommuner, utspridda på 228 000 kvadratkilometer. Här bor knappt 280 000 invånare. Vad gäller lungcancervård har de tillgång till en lungklinik på Falu lasa-

rett, 32 vårdcentraler och sex MOH/paliativa-team. Lungkliniken är den enhet som utreder alla patienter med misstanke om lungcancer i Dalarna. Det innebär cirka 100 nya lungcancerdiagnoser per år. Här genomförs årligen omkring 800 cytostatikabehandlingar. För strålbehandling får patienterna resa till Gävle sjukhus och eventuell operation utförs på Akademiska sjukhuset i Uppsala.

– Syftet för oss var att identifiera och genomföra förbättringar i lungcancerprocessen så att patienterna och deras

*De flesta av de
förbättringsåtgärder
som togs fram
under projekttiden,
är realiserade.*

närstående skulle kunna uppleva en mer patientfokuserad och sammanhållen cancervård i enlighet med de nationella riktlinjerna, trots att många har långa avstånd till vården, säger Birgitta Göthman.

Två av de förbättringsområden som identifierades utifrån projektets inledande värdeflödesanalys, hade mycket att göra med kontakten mellan den specialiserade vården och primärvården. Viktigt över allt men kanske särskilt angeläget i landsting som liksom Dalarna har stora arealer med glesbygd. Förbättringsområdena rörde kortare ledtider för lungcancerpatienter till diagnos och behandling samt bättre ”flyt” mellan olika vårdgivare, bland annat mellan specialistvården och primärvården.

Flera viktiga förbättringar genomfördes under projekttiden inom dessa båda områden. Förbättringar som Birgitta Göthman alltså menar kvarstår och i flera fall fortsätter att utvecklas.

Stort behov av förbättrade rutiner

Prognosen vid lungcancer är sämre än för många andra cancersjukdomar. En förklaring är att många har långt gången sjukdom vid diagnos och även har andra rökrelaterade kroniska sjukdomar, till exempel KOL eller hjärt-kärlsjukdom, vilket försvårar diagnos. Därför är det angeläget att snabbt uppmärksamma misstänkta lungcancersymtom på ett tidigt stadium.

Värdeflödesanalysen indikerade att patienterna i landstinget Dalarna inför projektet hade ett flertal kontakter med primärvården innan man började misstänka möjlig lungcancer. I en studie inom ramen för en filosofie kandidatexamen, bekräftades detta. Patienterna hade i genomsnitt åtta primärvårds-kontakter med sjuksköterska eller läkare året innan patienten fick sin lungcancerdiagnos. I medeltal fyra av dessa kontakter kunde relateras till specifika lungcancersymtom; hosta, dyspné, orkeslöshet, rygg/bröstmärtor samt hemoptys. Tidsspannet från patienternas första primärvårdskontakt rörande specifika lungcancersymtom till att en lungröntgenremiss skickades, var i genomsnitt elva veckor och motsvarande tid fram till ställd lungcancerdiagnos var i medeltal 21 veckor. Tiden från det att remiss skrevs till lungklinik och till dess att diagnosen var ställd var i genomsnitt tre veckor.

Kortare ledtider

För att minska ledtiderna införde man på vårdcentralerna nya faxrutiner där det tydligt framgick att misstänkt lungcancer alltid ska faxas in till Lungkli-

niken i Falun samma dag. De nya rutinerna föregicks av information och framtagning av en ”lathund”.

I syfte att påskynda utredningstiden förbättrade man också beslutstödet för sjuksköterskor på vårdcentralerna som hjälp i att bedöma behovet av lungröntgen inför läkarbesök. Sjuksköterskorna förhör sig, enligt beslutstödet, om patientens besvär via telefon eller besök hos sjuksköterska. Om patientens besvär uppfyller kriterierna för misstänkt lungmalignitet kontaktas läkare för att skriva under en lungröntgenremiss. Remissen skickas omgående och patienten kan uppsöka röntgen samma dag. Beslutstödet är infört på alla vårdcentraler från och med hösten 2012.

– Det har fungerat mycket bra och arbetet har nu utvecklats ytterligare ute på vårdcentralerna, påpekar Birgitta Göthman. Där pågår utbildning av sjuksköterskor, så att de själva ska kunna remittera patienter till lungröntgen när kriterierna är uppfyllda. Det kommer att korta ledtiden ytterligare för den här gruppen patienter. Än så länge är det bara några vårdcentraler som gått i bräsch, men tanken är att det ska bli så generellt.

Patientens primärvårdsläkare alltid informerad

Under värdeflödesanalysen framkom det också att personal på vårdcentralerna upplevde att de inte hade någon information eller kännedom om lungcancerpatienten när den kom till vårdcentralen för till exempel omläggning och provtagning. Patienten hade ofta inte heller information om vilken vård de olika vårdgivarna kunde erbjuda.

För att förbättra och säkerställa informationsflödet kring den här gruppen patienter och deras närstående, bestämde sig projektgruppen för att alla nydi-

agnostiserade patienter med lungcancer ska vara kända på sina respektive vårdcentraler.

Innan förbättringsarbetet startade trodde de flesta att majoriteten av alla remisser kom från primärvården, men en journalstudie visade att så inte var fallet. Endast 45 procent av remisserna kom från läkare på vårdcentral. Resterande kom från annan vårdavdelning (30%) och akutmottagningen (25%).



Katrin Andersson, Aina Grundström Bettembourg, Kerstin Smids, Birgitta Göthman och Eva Österlund Efraimsson från projektet vid posterutställningen i Orlando, Florida. Foto: Privat

Journalkopior från lungkliniken skickas numera alltid till vårdcentralen, även vid de 55 procent där vårdcentralen inte varit remitterande instans. Informationsöverföringen kräver sekretessmässigt ett medgivande från patienten. Vårdcentralerna får idag också vetskap om vilka vårdåtgärder som planeras på lungkliniken för deras patienter.

Informationspärm till alla patienter

Utöver detta infördes att alla nydiagnostiserade lungcancerpatienter får en

pärm, som innehåller information om; lungcancer (sjukdomsstadier och behandlingsmetoder), fatigue, smärta (och dess behandling med morfin), centrala infarter (picline och pac), dietist/kostråd, kurator, rökning, ekonomi/sjukresor och vårdsatser (vem gör vad på lungmottagningen, inom primärvården, det palliativa teamet och kommunen). Dessutom finns uppgifter om stödlinjer och viktiga telefonnummer samt broschyrer om behandlingar, med mera. Patienter kan också få individuell information i prämen.

Innehållet har noggrant planerats. Projektteamet kontaktade andra avdelningar och kliniker inför projektstart för att få ta del av deras information till cancerpatienter. Ett tänkt innehåll diskuterades därefter med läkare, dietist, kurator, biståndshandläggare i kommunen samt med sjuksköterskor i primärvården, inom den specialiserade palliativa vården och på lungkliniken. När innehållet började ta form diskuterades texten självfallet också med patienter och närstående.

– Pärmarna har inneburit en avsevärd förbättrad information till patienterna. De är uppskattade och inger en trygghet. Idag delas de huvudsakligen ut, med förklaring, av kontaktsjuksköterskorna på Lungkliniken.

Idéboken – Kontaktsjuksköterskor, cafékvällar och kuratorskontakt

För att öka patientdelaktigheten och få kunskap om hur patienter och närstående upplever vård och behandling, använde man under projektet, i samarbete med två forskare från Linköpings universitet, en så kallad Idébok. Idéboken fylldes i av nydiagnostiserade patienter och närstående och resultatet analyserades inom ramen för projektet. En av de förbättringsidéer som framkom via Idé-

boken och som också ingår i den nationella cancerstrategin, var en önskan om en fast medicinsk kontakt, en kontakt-sjuksköterska. Det är nu infört på lungkliniken och håller på att införas för alla cancerpatienter i landstinget Dalarna. Under projektet genomfördes informationskvällar som cafékvällar i Falun. Det framkom i Idéboken att dessa uppskattade mycket och sker nu kontinuerligt två gånger per år i Falun. Man hoppas kunna starta cafékvällar på sikt också i Mora för att underlätta för patienter som bor långt från Falun.

Behovet av utökat psykosocialt stöd även för närstående framkom också i Idéböckerna. Numera har man lagt in att alla nydiagnostiserade lungcancerpa-

tienter och deras närstående bokas in på ett möte med kurator. I första hand vid första behandlingstillfället med cytostatika. Rutinen med utökad kuratorskontakt har fungerat väl och utökats nu till att också omfatta patienter från landstinget Dalarna som av olika anledningar behandlats i till exempel Gävle eller Uppsala. Rutinen håller, enligt Birgitta Göthman, även på att sprida sig till andra delar av vården.

Utöver dessa påtagliga förbättringar av lungcancerdiagnostisering och behandling, är man på Lungkliniken också aktiv med att arbeta med individuella, skriftliga, vårdplaner för sina patienter. Det ligger väl i linje med RCC i samverkansriktlinjer. De individuella vårdplanerna är viktiga för patienternas möjligheter

till delaktighet och självbestämmande.

Ringar på vattnet

– Lucasprojektet har inneburit värdefulla ringar på vattnet vad gäller det generella arbetet för att förbättra vården för våra invånare. Försöksverksamheten har verkligen stimulerat till nytänkande och kunnat appliceras i andra verksamheter. Det finns en bra struktur för vårt processinriktade förändringsarbete, konstaterar en nöjd Birgitta Göthman och ger avslutningsvis några exempel på det:

– Två parallella projekt pågår inom stroke- respektive diabetesvården och nyligen startade planeringen av ett förbättringsprojekt avseende prostatacervården. ■

Vårdar du patienter med cancer och vill åka på t ex kurs eller konferens?

Sök pengar (stipendium) hos Cancerfonden!

Välkommen med din ansökan och läs mer på cancerfonden.se/stipendier

Aloxi® (palonosetron) – nu även som kapsel¹

När man ger cytostatika oralt är det en fördel att även ge antiemetika oralt.

Nu finns Aloxi, kapsel 0.5 mg, tillgängligt och skall ges ungefär en (1) timme innan kemoterapin påbörjas¹

En engångsdos av Aloxi kapsel har jämförbar antiemetisk effekt med en engångsdos intravenös Aloxi och effekten varar upp till 5 dagar²



www.cancerillamaende.se

Referenser: 1. Aloxi produktresumé 2013-05. 2. Boccia et al Supportive Care Cancer 2013;21:1453-1460.

Aloxi (A04AA05) Injektionsvätska, lösning 250 µg, 5 ml injektionsflaska är indicerat för: profylax mot akut illamående och kräkningar i samband med högemetogen kemoterapi vid cancer och profylax mot illamående och kräkningar i samband med måttligt emetogen kemoterapi vid cancer. Dosering: 250 µg palonosetron ges som en enstaka intravenös bolusdos ungefär 30 minuter innan kemoterapin påbörjas. Injektionen av Aloxi skall ta 30 sekunder. Rx. EF.

Aloxi (A04AA05) Blisterförpackning innehållande en eller fem mjuka kapslar är indicerat för: profylax mot illamående och kräkningar i samband med måttligt emetogen kemoterapi vid cancer. Dosering: 500 µg palonosetron ges oralt ungefär 1 timme innan kemoterapin påbörjas. Rx. EF.

Uppdatering av produktresumén 2013-05. För fullständig information vid förskrivning se fass.se 009ALO-SE-2013

Aloxi®
palonosetron HCl soft capsules

sobi
Swedish Orphan Biovitrum AB
112 76 Stockholm
Telefon: 08 697 20 00
www.sobi.com



Palliativ hemsjukvård i glesbygd – Hur fungerar det?

Cancervården har samtalat med Ulla Näppä, leg. sjuksköterska, doktorand på det palliativa hemsjukvårdsteamet Storsjögläntan i Östersund samt doktorand, om förutsättningarna att bedriva palliativ hemsjukvård i Jämtland och Härjedalen. Verksamheten fungerar mycket bra främst beroende på ett väl fungerande samarbete mellan Storsjögläntan och kommunernas distriktssköterskor.



Ulrika Persson,
redaktionskommittén
tidningen Cancervården

Storsjögläntan, där Ulla Näppä arbetar, är ett palliativt hemsjukvårdsteam i Jämtland/Härjedalen, beläget på Östersunds sjukhus. Där arbetar sju sjuksköterskor samt tre läkare som delar på en och en halv läkartjänst. Även ett palliativt konsultteam, PKT, med en läkare och en sjuk-

sköterska, finns som länk till särskilda boenden, vårdavdelningarna på sjukhuset och länets samtliga kommuner.

Verksamheten startade 1991 som ett projekt delvis finansierat av Cancerfonden. Då vände sig verksamheten till kirurgiska patienter. Den har sedan vuxit i etapper och 2004 permanentades den till slut. År 2000 började de ansluta patienter med alla typer av cancer och andra obotliga sjukdomar. Enda kravet som finns är att patienten ska ha ett behov av medicinska insatser. Antalet

sjuksköterskor och läkare har ökat under åren och området har utökats. Storsjögläntan har aldrig haft några egna vårdplatser utan de palliativa vårdplatserna finns i varje kommun. Från och med februari 2013 har Storsjögläntan kunnat erbjuda palliativa konsulttjänster av såväl läkare som sjuksköterska, 44 veckor om året, till samtliga sjukhusets vårdavdelningar och samtliga länets kommuner. Detta är ett sätt att möjliggöra en optimal palliativ vård även till de som inte är anslutna till Storsjögläntan.

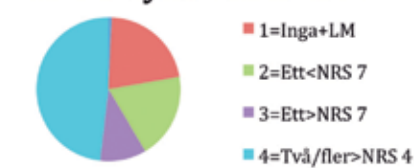
Uppagningsområdet sträcker sig i en radie på 25 mil norr och söder om, samt 17 mil öster och väster om Östersunds centralort. Området är uppdelat i tre team; Nord, Syd och Öst. Nord består av Åre, Krokom och Strömsunds kommuner. Syd består av Bergs kommun samt Härjedalen och Öst, slutligen, av Ragunda och Bräcke kommuner. Även centralorten Östersund är uppdelad i mindre områden.

Alla sjuksköterskor har en egen mobiltelefon och en bil med bredbandsuppkoppling. Datajournal används och därför är bredbanduppkopplingen ett måste. Journalen används dock oftast online när en läkare är med på besöket hos patienten. Då kan till exempel remisser och recept skivas på plats eller från bilen.

Palliativt behov bedöms utifrån SPOT-systemet

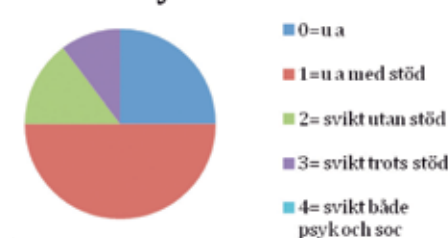
Remiss till Storsjögläntan kommer från olika vårdavdelningar och enheter. En remissbedömning görs och i samband med att patienterna ansluts, klassificeras deras palliativa behov utifrån SPOT-systemet. (S=Symtom, P=Psykosocialt, O=Ork och T=Teknik). År 2012 såg behovet för de patienter som anslöts ut på detta sätt:

SPOT Symtom n=135



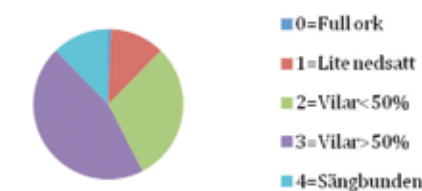
Hälften av patienterna har vid anslutning två eller flera symtom med intensitet mer än 4 på NRS-skalan trots tidigare försök till symtomlindrande behandling.

SPOT Psykosoc n=135



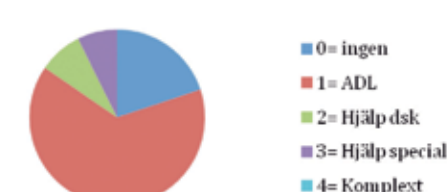
Cirka en fjärdedel (25%) sviktar psykosocialt i samband med anslutning.

SPOT Ork n=146



Drygt två tredjedelar (68%) vilar mer än halva dagen vid anslutningen.

SPOT Teknik n=135



Endast tio patienter (7%) var vid anslutningen i behov av kvalificerad teknikhjälp. 88 patienter (65%) behövde hjälp med sin ADL.

Cirka 50 patienter är anslutna samtidigt. Vårdtyngdspoäng räknas ut för varje patient så att sjuksköterskorna har ungefär samma vårdtyngd oavsett patientantal (se vårdtyngdsberäkning i faktarutan på sid 22). Under 2012 inkom remisser på 249 patienter till Storsjögläntan. Av dessa anslöts 181, dock hann 33 av de patienterna avlida innan anslutningen var genomförd. 52 procent av patienterna var män. Medianåldern var 73 år med en spridning från 13 till 91 år. Tiden de var anslutna varierade från 1 till 1456 dagar. Medianpatienten var ansluten i 51 dagar. Klinikmässigt hörde 87 patienter (60%) till kirurgen, 39 patienter (26%) till medicin, 17 (12%) till gyn, två till öron och två till barnkliniken.

Cancerdiagnoser dominerar

Tittar man på diagnosfördelningen ser

man att det har varit flest patienter med urologisk cancer (36 st), övre GI inklusive pancreascancer (23 st), colorectal (15 st), lungcancer (11 st) och bröstcancer (10 st). Därpå följer patienter med hematologiska maligniteter (7 st) samt med gynekologisk cancer (9 st). Patienter med icke maligna sjukdomar har också vårdats; hjärnsvikt (2 st), KOL (4 st) och en vardera med demens respektive aortaaneurysm.

Patienterna har varit fördelade över länets åtta kommuner på följande sätt: Berg (16 st), Bräcke (6 st), Härjedalen (10 st), Krokom (13 st), Ragunda (9 st), Strömsund (16 st), Östersund (71 st) och Åre (6 st). En fördelning som i stort sett varit lika under alla år.

Väl fungerande samarbete

Att Storsjögläntans verksamhet fungerar så bra beror, enligt Ulla Näppä, på att det finns ett så väl fungerande samarbete med kommunernas distriktssköterskor. Allt bygger på tydlighet. När en patient är inskriven hos Storsjögläntan är det ändå distriktssköterskan som har omvårdnadsansvaret för patienten. Det medicinska ansvaret har Storsjögläntans läkare. Varje patient har en mapp hemma hos sig där alla kontaktuppgifter finns. Där framgår också vem de ska kontakta för olika behov.

Minst en gång i veckan ringer sjuksköterskan från Storsjögläntan till patienten. Sen har de en rond med läkaren en gång i veckan. Detta görs på alla anslutna patienter.

Det ser lite olika ut i de olika teamen om insatser utförs av Storsjögläntans sjuksköterska eller distriktssköterskan. Ju närmare centralorten Östersund patienten bor, ju fler insatser görs av Storsjögläntans sjuksköterska.

Alla perorala läkemedel delas i dosett av antingen distriktssköterskan eller sjuksköterskan från Storsjögläntan. Om patienten har ett ökat behov av smärtlindring så används subcutana pumpar så långt det är möjligt.

Blodprodukter kan ges i hemmet. Blod ges alltid av Storsjögläntans sjuksköterska. Trombocyter kan däremot ges av

>>

distriktssköterskan. Det är infusionstiden som orsakar dessa olikheter.

Om en patient behöver vård på Östersunds sjukhus kan den ringa direkt till ”sin” vårdavdelning. Även distriktssköterskan kan hjälpa till med detta. Sedan sköter vårdavdelningen om att frigöra en plats för Storsjögläntans patient. Om det är fullt på avdelningen flyttas någon patient som anses friskare än Storsjögläntans patient till en annan vårdavdelning och bli en så kallad satellitpatient. Storsjögläntans patienter får alltid plats på sin specialistavdelning. På Östersunds sjukhus finns ingen renodlad onkologisk avdelning utan onkologiska patienter tillhör den specialitet där tumören sitter.

Stora möjligheter vårdas i hemmet

Om en patient vill dö i hemmet är det inga problem. Det finns en välfungerande rutin för detta. En box, i personalgruppen kallad ”rescuebox”, finns förberedd för dessa patienter. Där finns lä-

kemedel samt tydliga ordinationer både på läkemedel och på åtgärder. I patientens mapp finns också ett kuvert förberett till distriktssköterskan med blanketter som hon behöver för att konstatera dödsfallet. Denna blankett faxas därefter till Storsjögläntan.

Totalt avled 145 anslutna patienter under 2012. Av dessa dog 93 (64%) i det egna hemmet, 15 (10%) på särskilt boende och 37 (25%) på sjukhus. Andelen som avlidit i sitt eget privata hem har under de fem senaste åren legat på över 60 procent. Att en så stor andel av Storsjögläntans patienter kan vårdas i livets slutskede i det egna hemmet kan tolkas som att distriktssköterskor och övrig kommunal personal i samarbete med Storsjögläntan lyckas skapa en trygg och välfungerande vård-situation i hemmen för både patienter och deras närstående. Att detta dessutom fungerar över hela länets vidsträckta yta måste ses som ett utmärkt bevis för den kommunala hemsjukvårdens kompetens och prioriteringar. ■

Annons Palliativ konferensen finns på tryckeriet helsida

KOMMENTAR FRÅN ULRIKA PERSSON

”Min starka övertygelse är att det inte är sämre, kanske ibland till och med bättre, omhändertagande av svårt sjuka patienter i glesbygd”

Jag är född och uppvuxen i glesbygd, men idag lever och arbetar jag i en storstadsregion. Det har givit mig ett stort intresse för likheter och framför allt olikheter, i hur vård bedrivs i glesbygd jämfört med en storstad. Min starka övertygelse är att det inte är sämre, kanske ibland till och med bättre, omhändertagande av svårt sjuka patienter i glesbygd. Detta trots stora avstånd och få vårdinrättningar. Det händer ganska ofta att jag i mitt arbete träffar patienter som tycker att det jobbigaste med behandlingen är de långa resorna och den långa tid det tar att transportera sig till och ifrån sjukhuset. Jag kan sällan hålla med om att avstånden är överdrivet långa. Jag har många gånger också funderat över hur hemsjukvård fungerar i glesbygd där avstånden faktiskt är långa. När jag blev medlem av redaktionen kändes det naturligt för mig att belysa detta ämne. Jag sökte därför på nätet efter hemsjukvårdsteam i landets norra regioner. Det mest för att det är mina hemtrakter och att jag har ganska bra kunskap om den geografien. Det slutade med att jag fick kontakt med Storsjögläntan och Ulla Näppä. Det har varit mycket intressant att ta del av den verksamheten. Jag är idag än mer övertygad om att patienter i glesbygd inte får en sämre vård i det palliativa skedet av sin sjukdom.

VÅRDTYNGD I STORSJÖGLÄNTAN

2,0 poäng

- Täta/dagliga kontakter p. g. a. svår symtomlindring
- Täta transfusioner

1,5 poäng

- Fler än tre insatser/kontakter per vecka
- Uppstart av TPN
- Snabb försämring, t. ex infektioner som kräver iv. antibiotika
- Fistlar och stora sår, stomier med stora flöden, blödningar el. dyl.
- Socialt stökiga situationer

1,0 poäng

- ”Normalpatient”
- Telefonkontakt 2 – 3 g/vecka
- Besök varje – varannan vecka

0,5 poäng

- Lugnt skede
- Telefonkontakt 1 g/vecka
- Patient sköts av dsk som larmar vid behov

0 poäng

- Ansluten patient som vistas på sjukhus/sjukhem
- Sporadisk telefonkontakt med personal

Tillägg för

- lymfdränage 1,0
- restid > 3 timmar 1,0
- efterlevandekontakt < ½ dag 0,5
- efterlevandekontakt > ½ dag 1,0



Pärlor för framtiden

Joel Sund, stud. journalist

Erica Norell arbetar frivilligt för att hjälpa andra. Här pärlar hon "Fuck Cancer"-armband åt organisationen Ung cancer. På Bröstcancerdagen den första oktober anordnade organisationen Ung cancer en kväll för att göra armband som sedan ska säljas.

Erica Norell är en av dem som kommit för att hjälpa till. Hon är en av dem som med hjälp av läkarvården kämpat sig frisk.



Jag går i mörkret mot Botaniska trädgården. Framför mig ligger ett rött tegelhus. På baksidan strålar ljuset ut genom den öppna dörren. Några röster sipp-
rar ut och jag rör mig nedför en trappa. Rummet som tidigare under kvällen var fullt av folk är nu nästan tomt. Jag ser en ung tjej göra de armband som hela kvällen är ämnad för. Tjejen som sitter mitt i rummet heter Erica Norell. Hon har under kvällen gjort 26 armband. Sex mer än åren hon levtt. Jag frågar varför hon är här ikväll.

– Jag är medlem i Ung cancer och läste att det skulle vara idag. Det känns bra att hjälpa till, det hjälper många, säger hon.

Det finns också en helt annan anledning till att hon är här. Hon har själv haft cancer.

– Jag diagnostiserades med äggstockscancer när jag var elva år.

Att få den diagnosen vid så låg ålder är väldigt ovanligt berättar hon senare. Hon har läst att medelåldern ligger någonstans runt 60 år. Erica pillar med pärlorna som blivit över på bordet. Då och då möts våra blickar, men för det

mesta tittar hon ner, koncentrerar sig på pärlor i olika färger.

Tur i oturen

Erica menar att hon hade tur i oturen. Att få diagnosen i ung ålder ger en bättre chans till överlevnad. Hon berättar att hennes behandling pågick i ett halvår, vilket även det är ovanligt. Avbrottet från vardagen blev kort. Dessutom menar Erica att hennes unga ålder skyddade henne från att helt förstå allvaret. Hon visste att det fanns chans att hon kunde dö, men hos en elvaåring fanns främst andra tankar.

– Min första reaktion var att jag skulle förlora håret.

När Erica kom tillbaka till skolan var saker och ting annorlunda. Inte främst i beteendet hos andra, utan inuti henne själv. Att vara ifrån skolan var en av de jobbigaste följderna av sjukdomen.

– När jag kom tillbaka kände jag att jag missat något. Det händer mycket i den åldern.

Erica rättar till håret. Rättar till tröjan. Hon berättar att hon blev mer tillba-

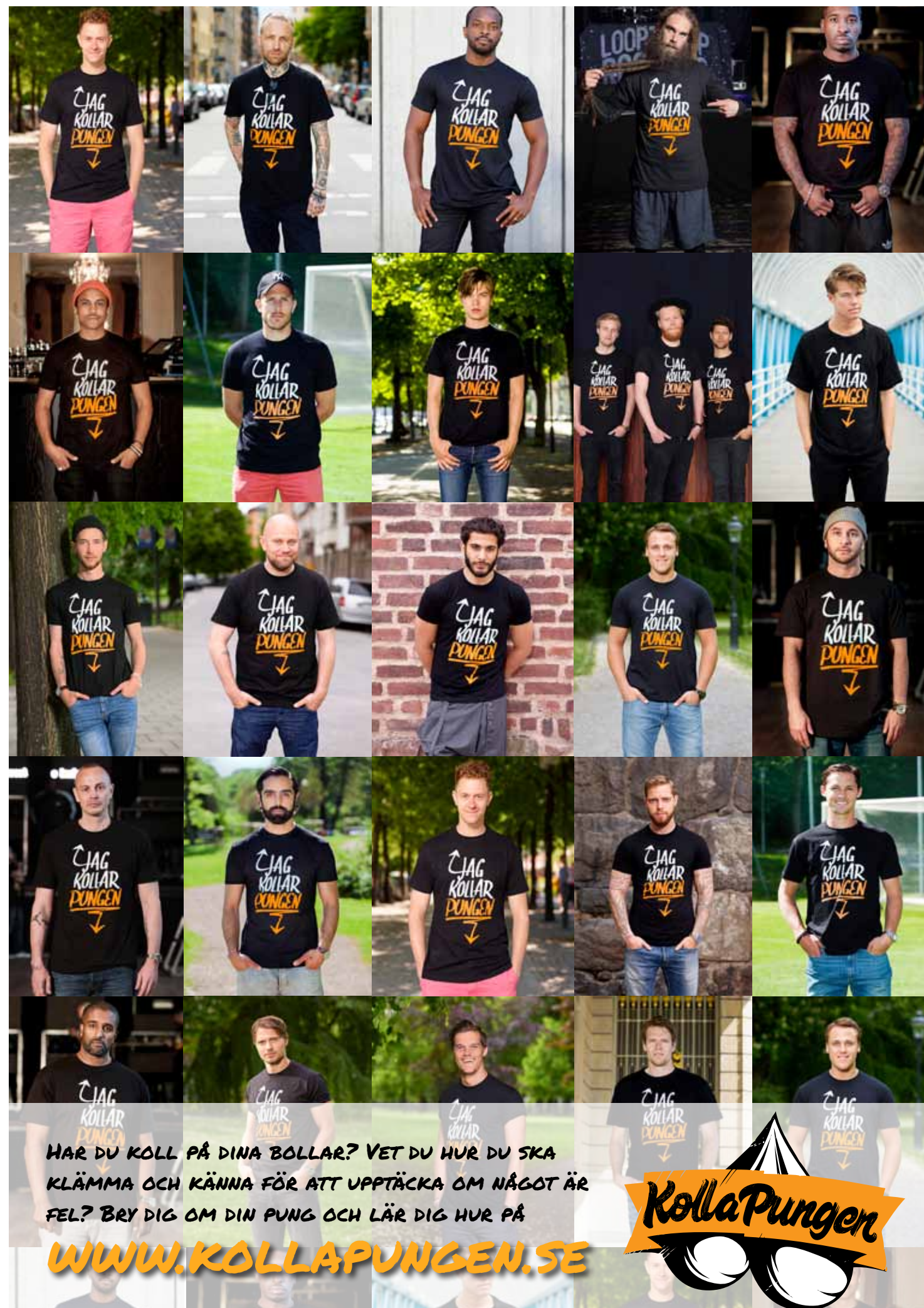
kadragen. Det kändes annorlunda nu för att hon upplevt något ingen utanför kunde förstå. Hennes jobbiga blandades med andras tillsynes bekymmerslösa liv.

– Det fanns hela tiden i bakhuvudet att ingen förstod det jag gått igenom. Att jag var ensam om det här.

Hon berättar allt med lugn ton, men stakar lite på rösten. Jag frågar om det känns lugnt att prata om allt detta. Det tycker hon. Hon berättar att hon sökt sig till Ung cancer för att vara med människor som förstår. Erica har påverkats av sjukdomen, men det är inte den som präglar hela hennes vardag.

– Jag hade inte varit den jag är idag utan sjukdomen, men jag ser den som ett avslutat kapitel.

Efter sista behandling brukar en patient friskförklaras efter fem år, men eftersom äggstockscancer är ovanligt vid elva års ålder har läkarna lagt på fem extra år. Erica berättar dock att hon har sett sig som frisk sedan hon efter sista behandling lämnade sjukhuset. ■



Avhandlingsarbete vid Sahlgrenska akademien

Långvariga smärtor efter strålbehandling för gynekologisk cancer

Strålbehandling räddar många liv hos kvinnor som drabbas av gynekologisk cancer. Men stråldosen ger också långvariga besvär som påverkar hela livssituationen. Ihållande smärta från bäckenet efter genomgången strålbehandling medför ofta upprepade kontakter med sjukvården, ibland även på en akutmottagning, ibland remitteras man vidare till ortoped, ofta väntan på röntgen-undersökning och väntan på svar. Men framför allt oro för metastaser.

Ann-Charlotte Waldenström
överläkare, Gynekologisk Onkologi,
Avdelningen för Onkologi, Sahlgrenska
Universitetssjukhuset, Göteborg

Genomförande

Vi har studerat 650 kvinnor som mellan två och femton år tidigare genomgått strålbehandling för gynekologisk cancer. Gruppen har sedan jämförts med 344 friska kvinnor. I studien fick kvinnorna besvara 351 frågor om bland annat smärtor i bäckenbenen, tarmbesvär, avföringsläckage och sexuell funktion, samt om eventuella psykiska besvär och upplevd livskvalitet.

Genom att matcha kvinnornas rapporterade symtom mot information om strålbehandlingen ur patientjournalerna kan vi visa att stråldosen har en direkt koppling till långvariga besvär.

Vid förekomst av långvarig smärta från bäckenbenen fann man att elva procent av kvinnorna som genomgått strålbehandling rapporterade smärta från blygdbenet jämfört med endast fyra procent av kontrollerna. Bland kvinnor som fått botande strålbehandling var smärta från blygdbenet sex gånger vanligare än bland kvinnorna i kontrollgruppen - för

de kvinnor som erhållit strålbehandling i kombination med kirurgi var smärta tre gånger vanligare.

För många kvinnor påverkar smärtan det dagliga livet, till exempel upplevde tio gånger fler strålbehandlade kvinnor smärta från blygdbenet när de gick kortare sträckor. Studien visar att mängden strålning, mätt som medeldos till respektive skelettstruktur, var kopplad till smärta från blygdbenet och höfterna.

Samband mellan strålning till skelettvävnad och mikrofrakturer som är synliga på röntgen är känt sedan tidigare. Men förändringarna uppstår i vävnaden flera månader dessförinnan och kan orsaka smärta.

Förutom den bestrålade volymen av skelettet, stråldosen vid varje behandlingstillfälle och den sammanlagda dosen spelar även åldern roll eftersom skelettet blir skörare med stigande ålder. Faktorer som påverkar blodcirkulationen till skelettvävnaden, exempelvis högt blodtryck, diabetes, arterioskleros och inte minst rökning, ökar också risken för skelettförändringar och smärta.

Vid uppföljningen efter avslutad behandling kan man identifiera strålorsakade symtom och lindra dem. Behand-

lingen av skelettförändringar består av vila i kombination med fysisk träning med hjälp av sjukgymnast. Antiinflammatorisk mediciner rekommenderas. Tillägg av D-vitamin och kalcium kan provas. Men det är också viktigt att vid nytillkommen smärta stilla oron för skelettmetastaser genom röntgenundersökning (datortomografi eller magnetkameraundersökning). Förändringarna brukar läka ut men smärtan kan hålla i sig i många månader, ibland år.

Avhandlingens slutsats är att en sänkning av medeldosen till blygdbenet och höfterna skulle kunna begränsa förekomsten av långvarig smärta hos kvinnor som strålbehandlats för en gynekologisk cancer, utan att möjligheten till bot äventyras. Dessutom erbjuder dagens strålbehandlingsteknik större möjligheter att stråla mer koncentrerat mot själva tumörområdet så att stråldosen till omgivande frisk vävnad kan minskas. ■

Avhandlingen Towards eliminating pelvic bone pain after radiation therapy among long-term gynecological cancer survivors försvarades vid en disputation den 12 juni 2013.

"För 6 veckor sedan ordentligt ont i vänster höft. Sökt ortoped. Röntgen utan anmärkning. Förbättrades. Efter långpromenad åter ont, ont för varje steg hon tar."

"Som tidigare värk i båda höfterna, såväl dag som natt"

"Sedan i julas värk i ryggen. Utredning har visat fraktur i korsbenet. Insatt på morfin men smärtorna vill inte ge med sig. Hon är nu orolig och undrar om frakturen kan bero på strålbehandlingen hon fått tidigare?"



Några rader ur tre patientjournaler

En tänkbar mekanism

Ny forskning om strålbehandling

Barn och strålbehandling

Kan man minska oro vid strålbehandling med hjälp av sagor och en docka? Och kan man undvika att söva barn genom att låta dem se på film? Det tror Jenny Gårdling som påbörjat sitt forskningsprojekt om hur man hittar alternativ till narkosmedel när ett barn får cancer och behöver strålas.

Åsa Hansdotter
kommunikatör, Lunds Universitet

I Sverige insjuknar cirka 300 barn i cancer varje år. Cancer behandlas ofta med en kombination av operation, cellgifter och strålbehandling och varje år strålas cirka 20 barn i södra Sverige. Med hjälp av olika typer av hjälpmedel som till exempel ansiktsmask eller en madrass som formas efter kroppen, fixerar man patienten så att denna ligger stilla och man med millimeterprecision kan stråla just på det sjuka området. En strålningsperiod kan variera från några dagar till flera veckor med daglig strålbehandling och oftast får man söva ner de mindre barnen för att de ska ligga stilla.

– Att söva barn kan innebära en risk för barnet och ett ökat obehag – både för barnet och för föräldrarna. Man får inte lov att äta några timmar före och när barnet har varit sövt kan de sova

en längre tid vilket kan ge problem med sömnen och minskad aptit, förklarar Jenny Gårdling, röntgensjuksköterska och doktorand på Institutionen för hälsa, vård och samhälle på medicinska fakulteten vid Lunds Universitet.

Åldersanpassade förberedelser

Genom Barncancerfonden har Jenny fått forskningsmedel för att åldersanpassa förberedelserna till barnet innan strålbehandlingen påbörjas. Detta skulle kunna innebära att barnets och föräldrarnas oro minskar vilket i sin tur skulle kunna leda till att antalet barn som sövs minskar.

– Genom ett samarbete med Institutionen för designvetenskaper har vi fått kontakt med Hanna Örnskär, som har gjort en modell av en strålningsapparat. Barnen får själva prova med en docka hur strålningsprocessen går till. Vi håller också på att skriva en sagobok om hur det är att strålas samt utarbeta en informationsfolder.

Genom att anpassa förberedelserna hop-

pas Jenny att familjen känner att den får bättre kontroll över situationen och att oron över processen därigenom minskar och man därigenom får lättare att ligga still. Ytterligare ett projekt är att undersöka hur man kan gå tillväga för att barnet ska kunna titta på film under strålningstiden – en metod som framgångsrikt provats när det gäller magnetkamera/magnetresonanstomografi.

– Det som barn ofta tycker är jobbigt under strålningen är att de måste vara ensamma i rummet eftersom varken föräldrar eller personal kan närvara på grund av strålning. Vi har en tanke om att använda ett snöre där barnen håller i ena ändan och föräldern i den andra. Kanske kommer det att upplevas som en tröst och minska oron.

Projektet är ännu i startgroparna och förväntas ta fart under våren 2014. I första delen undersöker man hur familjen upplever den befintliga information som ges nu inför strålningsbehandling, för att sedan kunna jämföra med de nya åldersanpassade förberedelserna. ■



Foto: Åsa Hansdotter

EN SMARTARE LÖSNING*

* Nu 2012 har vi förbättrat beredningen och förenklat administrationen av Sandostatin LAR. En bättre suspendering av mikropartiklar och lägre viskositet gör lösningen mer lättflytande samt underlättar blandning och administration – flaskan kan nu mer skakas. Dessutom har vi tagit fram en tunnare nål som vi också har försett med ett helt nytt spetskydd. En smartare lösning helt enkelt.

Sandostatin LAR: förenklad administration – bevisad effekt*

*Sandostatin LAR, SPC 2012. Se fass.se.

Sandostatin LAR (oktreotid, Rx, F). Indikation: Behandling av patienter med avancerad neuroendokrin tumör utgående från midgut eller med okänd primär lokalisering där tumör av icke midgut typ har uteslutits. Symtomatisk behandling av patienter med funktionella neuroendokrina tumörer i mage, tarm och bukspottskörtel. Symtomatisk behandling och sänkning av plasmanivåer av tillväxthormon och IGF-1 hos patienter med akromegali där kirurgisk behandling, strålning eller dopaminagonister ej gett tillfredsställande resultat eller bedömts olämpliga. Kontraindikationer: Överkänslighet mot det aktiva innehållsämnet eller mot något hjälpämne. Dosering: Får endast ges som djup intragluteal injektion. Initialdos 20 mg med 4 veckors intervall i 3 mån. Dosen justeras därefter beroende på serumkoncentration av tillväxthormon, IGF-1 och kliniska symtom. Förpackning: Pulver (10, 20 och 30 mg) och vätska till injektionsvätska, suspension. För pris, se www.fass.se. Produktresumen uppdaterat 2012-08-15. ATC-kod HOICB02. För fullständig information se www.fass.se.

Nyombyggd strålbehandling i Sundsvall – så här blev det!

Ja, då är Cancervården tillbaka i Sundsvall för att följa upp hur det har blivit på strålbehandlingsavdelningen efter ombyggnationen i våras. När vi rapporterade sist (nr 1 2013) var hela avdelningen en stor byggarbetsplats. Nu skulle det bli spännande att se förändringen! Foto: Magnus Olsen



Kristina Granewåg
redaktionskommittén,
tidningen Cancervården

Magnus Olsen, avdelningens utbildningsansvariga, möter mig i entrén. Min första fråga är:

Vad fint det är nu! Blev allt som ni tänkt er?

Magnus berättar att allt har gått enligt planerna och att man fått det precis som man ville och önskade. I och med att de får två identiska Linacc maskiner (den andra installerades tidigare i höstas), blir patientflödet aldrig lidande om en apparat skulle bli stående. Försening – ja, men behandlingen kommer ändå att kunna genomföras. Det är omöjligt med bara en Linacc.

Man beräknar att kunna öka behandlingarna med cirka 50 procent efter årsskiftet när båda Linacc maskinerna är i full gång.

Har personalstyrkan på elva sjuksköterskor utökats, med tanke på att ni kommer att ge cirka 50 procent fler behandlingar?

– Vi har successivt utbildat sjuksköterskor under flera år för att vi ska kunna vara full styrka vid årsskiftet då apparaterna har full kapacitet. Det innebär cirka 15 tjänster på sjuksköterskesidan, säger Magnus.

Intressant är också hur patienterna har tagit emot förändringen och de nya lokalerna. Magnus säger att patienterna tycker att lokalerna är jättefina och trivsamma. Många är förvånade över att det är en så harmonisk miljö här, luftigt och konstnärligt. Det känns ju riktigt roligt att vi har lyckats förmedla den känslan, konstaterar han. Patienttrivseln har också varit en viktig punkt för arbetsgruppen som arbetat med utformningen. De nya lokalerna är väl uttänkta. De har en del där man vistas med patienterna,

en del för administration och en del för personalutrymmen.

Det är i synnerhet bröstcancer och prostatacancer som behandlas på strålbehandlingen i Sundsvall, men även palliationer.

– Umeå är vårt regionsjukhus och de samarbetar vi oftast med på något sätt i våra behandlingar. Vi har bland annat gemensam rond via videolänk två dagar i veckan och det är även dit vi skickar många av de andra diagnoser som vi inte behandlar här, säger Magnus.

Det finns ingen simulator på avdelningen, simulering utförs direkt på acceleratoren vid behandlingsstart. Nu använder man det senaste i teknologin, nämligen en Catalyst för positionering av patienten vid behandling (se faktaruta).

Hur ser rekryteringsläget ut för er vad gäller sjuksköterskor med påbyggnad av strålbehandling?

– Vi har en i utbildning just nu och en som börjar i november. Vi upplever inte att det är svårrekryterat här. Vi rekryterar internt och skickar själva iväg sjuksköterskor på utbildning, säger Magnus och fortsätter:

– De som anmäler intresse för att gå utbildningen får alltid gå med minst en dag på acceleratoren för att se vad det handlar om. Vi använder oss av distansutbildningen i Lund. Det har fungerat väldigt bra, tycker vi. Vi har ju som sagt bara haft en Linacc hittills och det har betytt att vi inte själva har kunnat ta emot studerande för verksamhetsförlagd utbildning. Efter årsskiftet får vi vår första studerande i samband med att nya Linacc maskinen kommer igång. Det ska bli jättekul!

Tack så mycket, Magnus, för att vi har fått se era fina nya lokaler och höra dig tala entusiastiskt om din arbetsplats! ■

Strålbehandlingen i Sundsvall



Samtal vid lunchbordet i nya personalrummet.

Magnus Olsen, utbildningsansvarig på Strålbehandlingsavdelningen i Sundsvall



Väntrummet på strålavdelningen är uppdelat i två delar, en lite lugnare del med akvarium där man kan koppla av och kanske läsa någon av de böcker som finns där, och en lite livligare del där man kan se på Tv och ta en kopp kaffe eller choklad.



Dosplaneringen, Roger och Ann-Sofie gör planer medan Dr Wennstig (vi behöver fullständiga namn) kollar planer. Rond Umeå Gemensam rond med Umeå via videolänk.

Catalyst är en optisk ytscanner som används för patientsetup och positionering, rörelseövervakning samt gating. Systemet skannar av patientens hudyta i realtid och jämför kontinuerligt aktuell position med en referens.

Setup, systemet visar vart patienten befinner sig i förhållande till referensen och anger den korrekta förflyttningen till behandlingsläget.

Rörelseövervakning, systemet visar patientens rörelser på en kurva i tid och storlek.

Gating, patienten kan själv styra behandling genom att via ett par glasögon kunna se sin andningsrörelse som en stapel, patienten andas in till en bestämd nivå där behandlingen aktiveras och håller andan. Vid utandning bryts behandlingen för att återupptas när patienten andas in igen.



Strålenheten: Bakre raden: Anders Säterberg, Eric Andersson, Lars Beckman, Magnus Olsen, Agneta Stam, Camilla Matsson, Malin Söderholm, Anders Björelund, Christina Ekh. Främre raden: Roger Forsman, Ann-Sofie Solberg, Ann-Catrin Andersson, Anneli Öberg, Jenny Böhlén, Helena Zander, Eija Holmén, Kerstin Grönlund, Anita Näslund.

Cancerdagen 2013:

Hur går det när vardagen möter cancerstrategin?

Cancerdagen 2013 höll till på Nalen i Stockholm den 11 november och var liksom förra året ett rådslag för bättre cancervård. Dagen arrangeras av Regionala cancercentrum i samverkan, Cancerfonden, LIF, Svensk onkologisk förening, Svensk förening för hematologi, Svensk kirurgisk förening och Dagens Medicin.



Bodil Westman, leg. sjuksköterska, Mottagningen för urologisk cancer, Radiumhemmet, Karolinska Universitetssjukhus, vårdskunnig SLL samt processledare prostatacancer RCC Stockholm-Gotland

Dagen började med att en lägesrapport om vilka framsteg som gjorts inom cancerstrategin. Socialstyrelsen har gjort en uppföljning och utvärdering av de sex olika Regionala cancercentras arbete i förhållande till de mål som sattes upp i cancerstrategin. Marie Lawrence från Socialstyrelsen menade att mycket är bra och går enligt planen. Det hon menade kunde bli bättre är hur man arbetar med patientmedverkan i arbetet för en bättre cancervård. Ett gott exempel som hon tog upp var hur man inom RCC väst arbetar med Upplevelsebok. Patienter och

personal skriver under en period ner sina upplevelser av vården. Detta ligger sedan till grund för en workshop där patienterna och personalen tillsammans diskuterar vilka områden som behöver förbättras och prioriterar i vilken ordning arbetet ska fortsätta.

Kompetensförsörjning

RCC har i uppdrag att ta fram kompetensförsörjningsplaner och exempel gavs på hur man arbetar med detta i norr och i Stockholm-Gotland. Det finns en samstämmighet kring att vi behöver tänka på ett nytt sätt kring yrkeskategorier och

arbetsuppgifter, gör vi rätt saker idag? Behövs nya kompetenser? Alla var även överrens om att med bättre fungerande IT-stöd skulle vi spara mycket tid.

Nivåstrukturering – en utmaning

Nivåstrukturering, är en annan utmaning vi har framför oss inom cancervården. Var ska canceroperationer ske? Hur få operationer kan en enskild klinik/kirurg utföra per år för att kompetens och kvalitet ska bibehållas? Denna diskussion och andra kring nivåstrukturering kommer att fortsätta.

Den kliniska forskningens plats i cancervården

”Det finns en konkurrens mellan dagens patienter och morgondagens”. Citatet kommer från diskussionen kring den kliniska forskningens plats i cancervården. Dagens patienter (produktionen) ges idag företräde framför kommande nytta för framtida patienter (forskningen). Huvudmännen (landstingen) måste beställa forskning och inte bara som idag patientbesök. Det var man överrens om i diskussionen som fördes mellan företrädare för RCC, Cancerfonden och läkemedelsindustrin.

Nationella arbetsgrupp för kontaktsjuksköterska och individuell vårdplan

Ann-Sofi Isaksson rapporterade från den nationella arbetsgrupp som bildats med representanter från alla RCC, för kontaktsjuksköterska och individuell vårdplan. Ann-Sofi menade att vi i landet börjar få en gemensam bild av vad en kontaktsjuksköterska är och vad som ska ingå i en individuell vårdplan. En funktionsbeskriv-



Personerna illustrerar patienter med metastaserat melanom & är inte själva patienter

Den enda BRAF-hämmaren med bevisad överlevnadsvinst¹

När du träffar en patient med metastaserat malignt melanom, vad står bakom den behandling du väljer? Effekt och säkerhet av Zelboraf har utvärderats hos nästan 4000 patienter i kliniska studier¹⁻³. Det är erfarenhet att föra vidare till dina patienter.

Referenser:

1. Zelboraf produktresumé, Juni 2013. 2. Larkin J et al. Open-label, Multicenter Safety Study with Vemurafenib in Patients with BRAFV600 Mutation-Positive Metastatic Melanoma: Interim Analysis. Presented at the 2013 Annual Meeting of the American Society of Clinical Oncology (ASCO); May 31-June 4, 2013; Chicago, Illinois. 3. Flaherty K et al. Inhibition of Mutated, Activated BRAF in Metastatic Melanoma. N Engl J Med 2010;363:809-19.

Zelboraf® (vemurafenib)

Indikationer: Vemurafenib är indicerat som monoterapi för behandling av vuxna patienter med BRAF V600 mutationspositivt icke-resektabelt eller metastaserat melanom. **Dosering:** Den rekommenderade dosen vemurafenib är fyra tabletter à 240 mg två gånger dagligen. **Beredningsform och förpackningar:** Filmdragerade tabletter à 240 mg vemurafenib i blisterförpackningar om 56 tabletter. **Varningar och försiktighet:** Solkänslighet, skivepitelcancer, avvikande levervärden, förlängd QT-tid. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot aktiva substansen eller mot något ingående hjälpämne.



För mer information: www.fass.se.

Roche AB, 08-726 12 00, www.roche.se, SE.ZEL.1311.01 November 2013, Senaste översyn av produktresumén, juni 2013

Zelboraf®
vemurafenib

Ett litet kraftpaket – nu som shots!

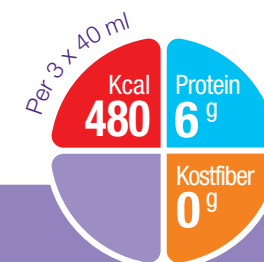
Många patienter i vården behöver mer energi än de har möjlighet att få i sig via kosten. Det kan vara **äldre med sjukdomsrelaterad undernäring** eller patienter med **cancer, KOL, anorexi, cystisk fibros eller HIV**.

Undvik mineral- och vitaminbrist!

Särskilt utsatta patienter behöver något med **högre energitäthet** än vanliga kosttillsätt. Med Calogen Extra får patienten i sig mycket energi men även **protein, mineraler och vitaminer**. Någonting alldeles extra.

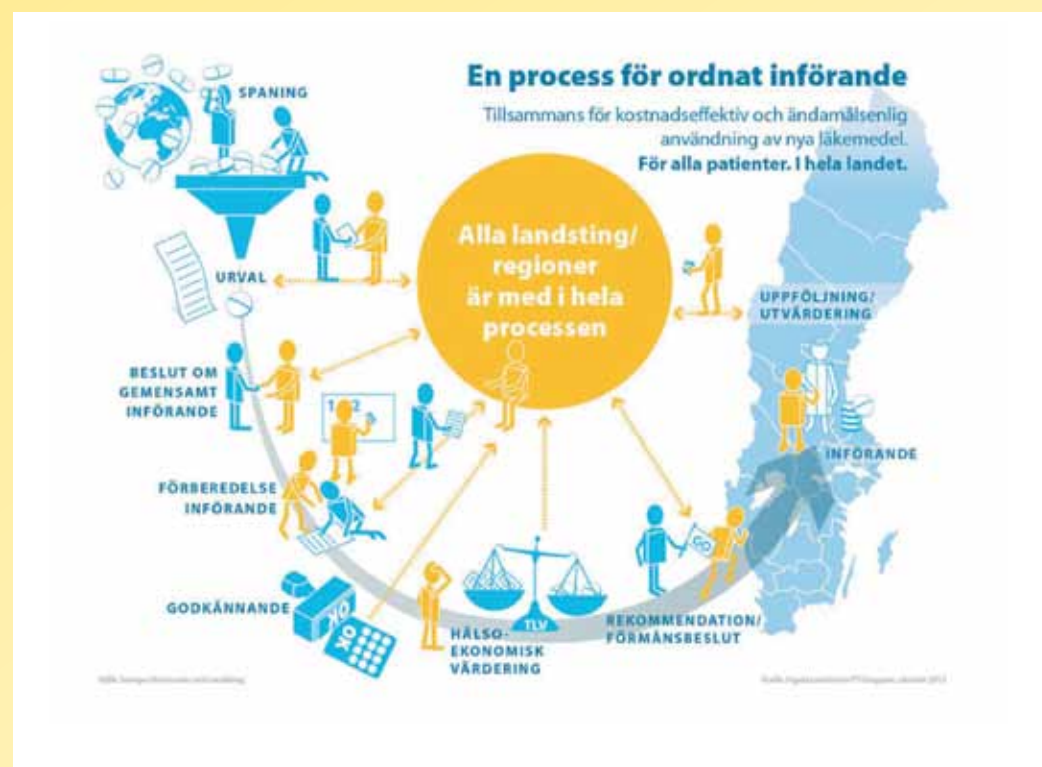
Säkrare helt enkelt

Med färdiga shots blir det aldrig några tvivel om hur mycket patienten får i sig. Det blir **alltid rätt dos** och bibehållen eller **förbättrad compliance**. En färdig och försluten dos garanterar dessutom **god hygien** och innebär en **mer ekonomisk administrering**. Den nätta volymen **passar bra vid medicinutdelning**, även för patienter i hemmet, då det **inte föreligger någon förväxlingsrisk** med andra kosttillsätt. Något extra helt säkert.



Tre shots om dagen = **480 kcal**

Calogen Extra finns både i **flaska (200 ml)** och som **shots i 6-pack (6 x 40 ml)**. Rekommenderad **dagsdos 3 x 40 ml** ger patienten **vitaminer och mineraler** som motsvarar **37% av RDI**.



ning för kontaktsjuksköterska finns framtagna nationellt liksom en grundmall för individuell vårdplan. Den senare bygger på vad patienterna anser ska finnas med i en vårdplan. Den framtagna vårdplanen testas nu på flera håll i landet (Mer information om projekten finns på www.cancercentrum.se). Arbete pågår till exempel med att hitta en IT-lösning för den individuella vårdplanen. I den nationella arbetsgruppen har man även initierat en diskussion om att samordna en likriktad utbildning av kontaktsjuksköterskor i landet. I den efterföljande diskussionen var verksamhetschefer eniga om vikten av att inrätta kontaktsjukskötersketjänster och att arbete pågår i landet med att införa detta, men att det krävs resursförstärkning.

Sjuksköterskor i cancer-
vårds styrelseledamot,
Kristina Finnilä, pratade
under Cancerdagen.



Nya cancerläkemedel

Hur många patienter ska behöva dö i väntan på att få del av nya cancerläkemedel? Frågan ställdes av Marie Andersson, ordförande i melanomföreningen. Jan Liljemark, projektledare för ett ordnat införande av nya läkemedel redogjorde för den process som sker innan ett läkemedel är godkänt att använda, se nedan.

Det är oklart om det ännu lett till en snabbare process, men flera av delprocesserna kan planeras parallellt och då kan den totala tiden minskas ner.

Patientmakt

Avslutningsvis diskuterades patientmakt i cancer vården. Det konstaterades att vården ännu är ovan vid att ta in patienter i planerande och beslutande organ. Calle Waller från Prostatacancer förbundet uppmanade oss att "se patienten inte som ett objekt utan som en medaktör i vården". ■

FYRA STRATEGISKT VIKTIGA UTMANINGAR FÖR CANCERVÅRDEN

Läkemedel

Har fler patienter fått tillgång till nya läkemedel med ny modell för ordnat införande?

Kompetensförsörjning

Hur ska cancerpatienter i hela landet få tillgång till specialistkompetens?

Forskning

Hur får vi mer och bättre klinisk cancerforskning i Sverige?

Patientmakt

Klarar cancer vården fritt vårdval, nivåstrukturer och second opinion?



Nutricia

Tel: 08-24 15 30
E-post: info@nutricia.se
www.nutricia.se

NUTRICIA
Calogen
Extra

Har du mCRC* patienter som progredierat efter 1L FOLFOX?

Har du mCRC patienter som skall få 2L FOLFIRI?

Lägg då till ZALTRAP® (aflibercept) som på denna patientgrupp visat;

- ◆ Median OS*; 13,5 månader (vs. 12,1 månader med enbart FOLFIRI)¹
- ◆ Median PFS*; 6,9 månader (vs. 4,7 månader med enbart FOLFIRI)¹
- ◆ ORR*; 19,8 % (vs. 11,1 % med enbart FOLFIRI)¹

* mCRC = Metastaserande kolorektalcancer, OS = Total överlevnad, PFS = Progressionsfri överlevnad, ORR = Fullständig respons + partiell respons

Referens: 1. Produktresumé ZALTRAP® 2013-06-21

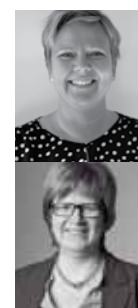
ZALTRAP® (aflibercept), Rx, EF, L01XX44, angiogeneshämmare som ges intravenöst (iv). **Indikation:** ZALTRAP i kombination med irinotekan/5-fluorouracil/folinsyra (FOLFIRI) kemoterapi är indicerat för vuxna patienter med metastatisk kolorektal cancer (mCRC) som är resistent mot eller har progredierat efter oxaliplatinnehållande behandling. **Dosering:** 4 mg/kg kroppsvikt administreras som iv infusion under 1 timme följt av FOLFIRI. Detta ses som en behandlingscykel. **Styrkor och förpackningar:** 4 ml eller 8 ml ZALTRAP koncentrat till infusionsvätska, lösning 25 mg/ml. För varnings- och försiktighetsföreskrifter samt ytterligare information se www.fass.se. ▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning.

Datum för senaste översyn av SPC: 2013-06-21. Vid frågor om våra läkemedel kontakta: infoavd@sanofi.com sanofi-aventis AB, Box 14142, 167 14 Bromma, Tel 08-634 50 00, www.sanofi.se

Utveckling av omvårdnadsvariabler förbättrar kvalitetsregister



Sjuksköterskor i Cancervård anordnade workshop om utveckling av specifika omvårdnadsvariabler för de Nationella Kvalitetsregister som rör cancervård vid 2013 års Nationella Kvalitetsregisterkonferens "Utveckling av omvårdnadsvariabler förbättrar kvalitetsregister".



Kristina Finnä, styrelsemedlemmar Sjuksköterskor i cancervård och **Bodil Westman**, leg. sjuksköterska, Mottagningen för urologisk cancer, Radiumhemmet, Karolinska Universitetssjukhus, vårdskunnig SLL samt processledare prostatacancer RCC Stockholm-Gotland

Förslaget på de sju omvårdnadsvariablerna som arbetats fram presenterades den 10 oktober på en workshop vid den nationella kvalitetsregisterkonferensen.

Workshopen anordnades i samarbete med Svensk sjuksköterskeförening och Riksföreningen i barnsjukvård och syftet var att få synpunkter på förslaget – kan vi gå vidare och skicka ut förslaget på remiss?

Fin feedback

Det blev en lyckad workshop med ett tjugotal deltagare från olika delar av vården. Vi fick fin feedback från gruppen och man var imponerad över det arbete vi gjort med variablerna, de ansåg att variablerna var väl genomtänkta och relevanta. Birgitta Boqvist från Norrbottens läns landsting uttryckte "det här är ett kraftigt steg framåt – att omvårdnaden kommer i fokus!", vilket glädde oss extra mycket.

Efter workshopen har vi nu skickat ut förslaget på remiss till en bredare grupp av sjuksköterskor som arbetar och forskar kring dessa frågor.

- Vilka är då variablerna vi kom fram till?
- Uppföljning av sjuksköterska av symptom inom ett år efter cancerdiagnos.
 - Strukturerad bedömning av illamåen-

- de vid cytostatika behandling
- Tillgång till namngiven kontakt-sjuksköterska.
- Strukturerad skattning av smärta vid insättande och förändring av smärtbehandling.
- Har riskbedömning för undernäring gjorts innehållande riskfaktorerna ofrivillig vikt förlust, ätsvårigheter och undervikt enligt BMI?
- Har patienten fått information om fatigue?
- Har en skriftlig individuell vårdplan upprättats? I samråd med patienten?

I slutet av januari 2014 kommer arbetsgruppen att ha ett sista möte för att fastställa förslaget och därefter kommer det gå ut till samtliga styrgrupper för kvalitetsregisterna som just ett förslag på omvårdnadsvariabler man kan använda.

Har du frågor kring arbetet och variablerna ta gärna kontakt med Kristina Finnä via mail Kristina.finnila@sll.se



Bodil Westman presenterar arbetet vid workshopen.

SANOFI ONCOLOGY

sanofi-aventis AB | Box 14142 | 167 14 Bromma
Tel 08-634 50 00 | www.sanofi.se

Kungsträdgården i Stockholm
den 29 september.



Globeathon Sweden

Nollvision för Gynekologisk Cancer

Med uppmaningen "Håll marschen igång! Promenera med oss i Kungsan - Var delaktig i den globala manifestationen för ökad medvetenhet om gynekologisk cancer", arrangerades Globeathon Sweden i Stockholm den 29 september.



Ulrika Persson,
redaktionskommittén
tidningen Cancervården

Globeathon är en internationell 24-timmars manifestation för ökad kunskap och forskning om gynekologisk cancer. Globeathon genomfördes den 29 september 2013 över hela jorden och i fler än 60 länder har professionen, patientföreningar och andra stödorganisationer förenats i det gemensamma målet att synliggöra gynekologisk cancer.

Målet med denna första internationella insats var att visa hur ett steg kan göra världsomfattande skillnad. Manifestationen kommer i fortsättningen äga rum varje år. Nästa år sker den söndagen den 14 september.

I Stockholm genomfördes manifestationen i Kungsträdgården och pågick mellan åtta på morgonen till midnatt, den 29 september. Den arrangerades i samarbete mellan professionen, GYNSAM (gyncancerföreningarnas nationella samarbetsorganisation), Nätverket mot Gynekologisk Cancer och Radiumhemmets forskningsfonder och RCC Stockholm-Gotland. Även

i Göteborg och Linköping genomfördes manifestationen, under mer begränsade delar av dagen.

Trots att manifestationen inte riktigt lyckats nå ut i media denna första gång i Sverige, var det relativt många besökare i Kungsträdgården. De bjöds på högklassiga föreläsningar från lilla scen, om till exempel vad cancer är, hur det upptäcks, hur det är att få cancer som ung och en föreläsning om sex, samlevnad och rehabilitering efter genomgången sjukdom och behandling. Föreläsarna var suveräna, meddelade professorn och överläkaren Elisabeth Åvall Lundqvist, Karolinska Universitetssjukhuset och Karolinska Institutet, som är sammandragande i den svenska projektgruppen.

Det fanns också informationstält uppställda. Där visades film om gynekologisk cancer samt delades ut informationsmaterial från Nätverket mot gynekologisk cancer och GYNSAM. I ett av tälten fanns Radiumhemmets forskningsfonder för insamling av pengar till gynekologisk cancerforskning. Det fanns ett tält för funktionärer/volontärer och ett med HPV informationsmaterial.

Manifestationen avslutades med ett uppskattat artistuppträdande. ■

Annon GSK läggs in av tryckeri

Konferensen som bygger nätverk för forskare i Norden

Nordic Conference on Advances in Health Care Sciences Research ägde rum i Lund den 13-14 november. Det var den tionde konferensen i ordningen för att bygga nätverk mellan forskare och doktorander i de nordiska länderna. Här följer ett sammandrag från de två spännande dagarna.



Annette Holst-Hansson
redaktionskommittén
tidningen Cancervården

Den Nationella Forskaraskolan i vårdvetenskap (NFV), Svenska institutet för hälsovetenskap (Vårdalinstitutet) och programmet för utbildning på forskarnivå i vårdvetenskap (PUF-V), inbjöd personer från de nordiska länderna med intresse för forskning i vårdvetenskap att delta i konferensen. Konferensen är ett organisatoriskt samspel mellan Vårdalinstitutet, Karolinska Institutet, Lunds Universitet, University of Turku, University of Oslo, University of Bergen och Herlev hospital med stöd av Svensk sjuksköterskeförening och Dansk Sygeplejeråd.

Det var två dagar fyllda med spännande föreläsningar, posterpresentationer samt kontaktskapande möten mellan nya doktorander/forskare och rutinerade professorer. Inbjudna huvudtalare var Jim Easton, Ewa Stålldal samt Elisabeth Dean.

Sjuksköterskor – engagera er i prioriteringarna

Konferensen inleddes av Jim Easton, vd i Care UK, som höll en mycket inspirerande föreläsning om hur vi ska kunna leda kvalitetsförbättring i tuffa tider. Vi vet ju alla att vi går en ekonomisk

svår tid till mötes med skenande sjukvårdskostnader men vi vill samtidigt behålla, eller helst förbättra, kvaliteten. Hälso- och sjukvårdskostnaderna stiger dubbelt så snabbt som välfärden i de flesta europeiska länder. Hans tre råd till alla engagerade sjuksköterskor var:

- Var lika passionerad kring kostnader som du är när det gäller medicinska genombrott.
- Var lika passionerad kring spridningen av dina idéer som du är när du ska par dem.
- Bearbeta de människor som ska genomföra vetenskapen lika mycket som du arbetar med vetenskapen.

Jims föreläsning blev en inspirationskälla till samtal under båda dagarna, det kändes angeläget. Vi vet att nedskärningar drabbar vården hela tiden. Kanske är det dags att vi sjuksköterskor tillsammans med övrig vårdpersonal engagerar oss och ser till pengarna hamnar på rätt ställe.

Nya utmaningar i framtiden

Ewa Stålldal, styrelseordförande i Forskningsrådet för Hälsa, Arbetsliv och Välfärd (FORTE), talade om vårdvetenskapen, 30 år på 30 minuter, med historisk återblick men dock även med en blick framåt. Ewa menade att vi kommer att ställas inför nya utmaningar i framtiden, hon pratade bland annat om att HAI (Hospital Acquired Infections) är den fjärde största orsaken till

död, detta efter hjärt- och kärlsjukdomar, stroke och cancer. Fem miljoner människor drabbas av HAI årligen i USA, med 150 000 dödsfall per år. Det skrämmande är att 70 procent av de patogener som orsakar HAI är resistent mot minst ett antibiotikum. Där har vi något att bita i. Ewa menade dock att vi i Sverige har många styrkor och att en stor del av framtiden ligger i e-hälsa.

Intressanta posterpresentationer

Sedan följde posterpresentationer i fem olika lokaler så det blev ett springande mellan presentationerna för att kunna höra dem som intresserade mest.

LUKT- OCH SMAKFÖRÄNDRINGARS ASSOCIATION TILL VIKTFÖRLUST HOS PATIENTER FÖRE LUNGCANCERBEHANDLING

Kerstin Belqaid, dietist och doktorand från KI, pratade om sitt arbete med lukt- och smakförändringars association till vikt förlust hos patienter före lungcancerbehandling. Patienterna rekryterades under diagnostiseringen, lukt- och smakförändringarna var ungefär lika stora i båda grupperna, det vill säga både i den grupp som sedan visade sig få diagnosen lungcancer och i gruppen som inte fick diagnosen. Däremot var viktminskningen bland lungcancerpatienter ofta alarmerande, en viktminskning på tio procen var inte ovanlig och patienterna var inte alltid medvetna om omfattningen av sin viktminskning. En tidig dietistkontakt skulle kunna var en väg att nå dessa patienter i tid.

KLINISK BETYDELSE AV SJÄLVSKATTAD HÄLSORELATERAD LIVSKVALITET BLAND ÖVERLEVANDE EFTER BARNCANCER

Anna Jervaeus, sjuksköterska och doktorand från KI, pratade om sitt arbete, klinisk betydelse av självskattad hälsorelaterad livskvalitet bland överlevande efter barncancer. De använde instrumentet KIDSCREEN – 27, för att bedöma självskattad HRQoL hos en nationell kohort av överlevande på 63 ungdomar, i åldrarna 12 -22 år, fem år sedan cancerdiagnos och en jämförelsegrupp på 257 ungdomar i åldrarna 11- 23 år. Intervjuer genomfördes också med 61 deltagare. Tre teman framkom; "Att känna sig som andra", "Att nästan känna sig som andra", "Att känna sig annorlunda", baserade på de överlevandes egna uppfattningar om inflytande på det dagliga livet. Gruppen som kände sig mest annorlunda var minst men uppmätte i gengäld lägst värde på HRQoL. Att mäta HRQoL genom

Vi vet att nedskärningar drabbar vården hela tiden, men det kanske är dags att vi sjuksköterskor ser till att pengarna hamnar på rätt ställe.

instrument kan vara lämpligt för att identifiera de ungdomar som behöver mera stöd. Anna har även tidigare utfört en studie med syftet att utvärdera de psykometriska egenskaperna hos instrumentet KIDSCREEN – 27. Studien visade att KIDSCREEN - 27 kan rekommenderas till ungdomar och unga vuxna som överlevt barncancer med undantag av Autonomy & Parent Relations. Men Anna rekommenderar att framtida forskning bör omfatta ett större urval av barncanceröverlevande för att övervaka och utforska olika nivåer och mönster av hälsorelaterad livskvalitet i instrumentet.

FYSISK AKTIVITET OCH TRÄNINGINTERVENTION HOS BARN OCH UNGDOMAR MED CANCER

Lotta Kauhanen, sjukgymnast från Turku universitet Finland, forskar om fysisk aktivitet och träningsintervention hos barn och ungdomar med cancer. Hon har gjort en review om fysisk aktivitet hos barn med cancer och fann limiterad evidens för positiva effekter av fysisk aktivitet både under och efter cancerbehandling. Hennes egen studie, vilken kommer att vara en randomiserad kontrollerad studie, är under uppstart och kommer att erbjuda fysisk aktivitet med hjälp av Nintendo Wii. Det blir aktivitet under lekfulla former. Spännande!

FERTILITETSRELATERADE PROBLEM OCH INFORMATIONSBEHOV BLAND UNGA VUXNA I SAMBAND MED CANCERBEHANDLING

Gabriela Armaund, sjuksköterska och doktorand från KI, är involverad i studier kring fertilitetsrelaterade problem och informationsbehov bland unga vuxna i samband med cancerbehandling. En kvantitativ delstudie fann att det fanns könsskillnader i den fertilitetsrelaterade information som ges till unga överlevande vuxna cancerpatienter. Unga män fick i större utsträckning fertilitetsrelaterad information, samt hjälp, medan kvinnorna inte fick någon eller tillräcklig information. Den kvalitativa delstudien visade att kvinnor var mera sårbara i denna fråga. Vi ser fram emot fortsatt forskning.

UNGA CANCERÖVERLEVARES UPPLEVELSER OCH TANKAR KRING ATT HA INTIMA FÖRHÅLLANDEN OCH ATT SKAFFA BARN

Jenny Nilsson, forskarstuderande från KI, arbetar med unga canceröverlevares upplevelser och tankar kring att ha intima förhållanden och att skaffa barn. Studien utförs som en internetbaserad fokusgruppsintervju. 133 patienter ingår och resultatet håller på att växa fram. Det blir ett digert material. Det Jenny redan nu kan se är att ungdomarna ser det som en fundamental del av livet att skaffa barn. Det finns teman som handlar om partnern och förhållandet; vad kommer att hända om de berättar allt, att de kanske inte kan få barn? Ett annat tema är det egna jaget, var står man själv. Ett tredje tema är barnet och vad som kan drabba det på grund av de behandlingar man som förälder genomgått men också skräcken för att barnet ska bli sjukt och man ska genomgå detsamma som de egna föräldrarna gjort.

BARN OCH STRÅLBHANDLING

Jenny Gårdling, röntgensjuksköterska och doktorand från Lunds Universitet, pratade om sitt projekt som rör barn och strålbehandling med titeln "Kan åldersanpassade pedagogiska förberedelser samt rutiner vid behandling reducera antalet barn som behöver sövas inför strålbehandling". Det är en interventionsstudie som avser att jämföra traditionell behandling med utökade pedagogiska förberedelser för att se om barnens oro och antal barn som behöver sövas kan minskas. Bland hjälpmedlen finns bok, speciellt utarbetad för projektet, möjlighet att se film eller lyssna på saga under behandlingen, samt en "livlina" eller förlängd hand som barnet håller i ena änden och föräldern i den andra utanför rummet. Livlinan kan ju medföra att barnet känner att det finns kontakt med föräldern under hela behandlingen. Även dagböcker kommer att användas för att beskriva upplevelser, tankar hos föräldrarna under behandlingsperioden. En studie som beskriver uppfattningar hos sjuksköterskors inom strålbehandling av att vårda barn som genomgår strålbehandling genomförs också, där pågår analysen och resultatet beräknas bli klart till våren. Vi ser fram emot detta resultat. Läs artikeln om Jennys forskning på annan plats i tidningen.

ASSOCIATIONEN MELLAN COPINGSTRATEGIER OCH VÄLBEFINNANDE

Pia Kvillemo, sjuksköterska och doktorand från KI, berättade om den metaanalys hon gjort tillsammans med Richard Brännström, om associationen mellan copingstrategier och välbefinnande. Denna metaanalys visade att ansträngningar för att underlätta anpassning till stress, såsom acceptans och positiv omvärdering är mer fördelaktigt för att hantera stressfaktorer relaterade till bröstcancer. Tillbakadragande och undvikande typer av coping förefaller maladaptiva i att hantera bröstcancerrelaterade stressorer och är associerade med sämre psykologisk förmåga.

MOBILTELEFONAPPLIKATION FÖR SYMTOMRAPPORTERING OCH EGENVÅRD

Tina Gustavell, sjuksköterska och doktorand på KI, beskrev sitt forskningsprojekt som kombinerar teknik med omvårdnad genom att man tar fram innehållet till och sedan utvärdera effekterna av en mobiltelefonapplikation för symtomrapportering och egenvård. Hennes forskning vänder sig till patienter med bukspottkörtelcancer som har genomgått kurativ behandling och personal som vårdar dessa patienter. Patienterna rapporterar sina symtom dagligen och vid alarmerande symtom skickas ett larm till sjuksköterska på kliniken som då tar kontakt med patienten. Tinns hypotes är att applikationen kan ge bättre symtomhantering, ökad kunskap om den egna sjukdomen och underlätta kommunikationen mellan patient och vårdpersonal. Applikationen pilottestas under hösten, så vi lär få höra mer om denna "app".



Jim Easton.

KORT- OCH LÅNGSIKTIGA KONSEKVENSER AV FALSKT POSITIV MAMMOGRAFI

Anetta Bolejko, röntgensjuksköterska och doktorand från Lunds Universitet, deltog med sitt projekt "Kort- och långsiktiga konsekvenser av falskt positiv mammografi hos kvinnor som deltar i bröstcancerscreening", Anettas disputation sker inom en snar framtid så vi återkommer till detta spännande ämne.

För hälsan skull – hur kan vi maximera vår kollektiva förmåga att främja befolkningens hälsa

Avslutande föreläsare var Elisabeth Dean, sjukgymnast och professor vid University of British Columbia, Canada. Hennes föreläsning var "För hälsan skull – hur kan vi maximera vår kollektiva förmåga att främja befolkningens hälsa". Elisabeth är en lika engagerad talare som Jim Easton som inledde, och hennes budskap var att vi vet att fysisk aktivitet är bra för alla, men hur får vi människor att röra sig. Varför lyckas vi inte med vårt uppdrag? Hon visade på en spännande studie från Lund gjord av Rönn et al. 2013, som visar att sex månaders rörelseträning kan förändra DNA-metyleringsmönstret i mänsklig fettvävnad. Rörelseträningen stängde av 7000 gener!

Konferensen bjöd på två spännande dagar som visade att det finns mycket mera att se fram emot. Men framför allt måste vi ta till oss Jim Eastons budskap. Vi kan förändra för vi har kunskapen. Vi vill ju inte att sjukvården, så som vi ser den och skapat den genom lång tid, försvinner och uppstår i en ojämlik form. ■



Evidensen för att hantera hypertoni, dvs livsstilsförändringar ingår i alla oavsett stadium.

Foto: Annette Holm-Hansson

FSKs årliga konferens 2013 – alltid på Munkebjerg Hotel i Vejle



Camilla Hultberg och Kristina Finnilä, ordförande respektive styrelsemedlem, Sjuksköterskor i Cancervård

Våra Danska kollegor har varje år i Vejle en nationell konferens för sina onkologiska sjuksköterskor. Medlemmarna har valt att ha konferensen på samma plats år efter år, Munkebjerg Hotel, vilket har gjort konferenskommitténs arbete mycket effektivt. Styrelseledamoten Marianne Cumberland berättar att det bara är för nya styrelsemedlemmar att hoppa in i konferensarbetet. Det finns ett färdigt koncept så alla vet vad de ska göra. Fokus kan i stället läggas på konferensens innehåll. Det är nya teman varje år och "Landskursen" har ett utbildande fokus vilket innebär att det är många som deltar i kompetensutvecklande syfte.

I år var temat Dilemma i kräftsyrgelejen – fra kurativ till palliativ pleje og behandling. Konferensen inleddes med gemensamt välkomnande och inledning till årets tema. Efter lunch var det parallella sessioner/workshops kring olika symtom, till exempel fatigue, smärta och lindring av dyspné.

Vi deltog bland annat på workshopen Dialogens betydelse för patienter som upplever fatigue. Det som var intressant på den sessionen var att de hade lagt upp det genom att deltagarna hade en dialog med en "patient" som satt i mitten i rummet. Vi fick ställa frågor och reflektera kring patientens upplevelse av fatigue och workshopledarna gjorde en "timeout" lite då och då där de flikade in med fakta om fatigue. Ett väldigt lärorikt och interaktivt sätt att hålla en workshop på!

Dag två hade den Danska Faglige selskab for Kräftsyrgeplejersker bjudit in patient och anhörigrepresentanter och vi fick höra en mycket fin föreläsning om hur det är att vara anhörig till en döende patient. En av dessa anhöriga berättade om sitt behov av information och om sin önskan att få göra något för den döende patienten. Hon hade utvecklat ett kitt "änglapåse" med skriftlig information och en handmassageolja som nu hade lämnats ut till över tusen familjer och anhöriga på sjukhusen runt om i Danmark.

Trots att det var lite svårt att hänga med på föreläsningarna då de pratade danska, så vi fick ändå ut mycket från Landskursen. Vi gavs också möjlighet att träffa kollegor från Norge och Färöarna och vi fick med oss goda idéer om hur man kan lägga upp utbildning och konferenser för våra medlemmar. ■



Kristina Finnilä och Camilla Hultberg representerade Sjuksköterskor i Cancervård på Danska onkologisjuksköterskornas årliga landskurs (konferens) för att få ta del i hur de arrangerar sin konferens för medlemmarna.



KARIN BERGKVIST,
LEG.SJUKSKÖTERSKA,
ADJUNKT OCH DOKTORAND
VID SOPHIAHEMMET HÖG-
SKOLA OCH KAROLINSKA
INSTITUTET.

Mötet – där börjar allt!

När patienter själva värderar kvalitet på vård och omsorg så är personalens bemötande en viktig aspekt som ofta lyfts fram. Tyvärr, beskrivs alltför ofta hur patienter känner sig dåligt bemötta, inte fått tillräcklig information om sin situation eller känt sig delaktiga i beslut av behandling av sin sjukdom. Varför är det så?

Ett centralt problem för bemötande i vården är den underordnade ställning som patienten ofta hamnar i. Den kan bero på ett kunskapsunderläge eller på hierarkiska vårdstrukturer. Kan det vara en allt mer slimmad verksamhet där hjulet rullar fortare och fortare? Tid för egen reflektion i mötet med svårt sjuka patienter och deras närstående tappas bort. Du kanske tänker på andra orsaker? Hur lång tid får ett möte egentligen ta? Men till slut är det ändå när du som sjuksköterska i ditt möte med patienten som allt börjar, och du bestämmer själv hur du vill att det mötet ska bli. Tänk nu på ett möte med en patient som inte blev så bra! Vad hände? Vilka känslor hade du innan och efter det mötet? Vad gjorde att mötet inte blev som du hade planerat? Ta med den erfarenheten in i nästa möte. En känsla av ett misslyckande efter ett sådant möte kan komma, eller vad kände du?

Ett möte som ger en otrygg känsla kan

skapa rädsla, frustration, uppgivenhet och kanske ilska. Förmågan att inse att människors utspel kan vara uttryck för frustration kräver insikt om oss själva och en god förmåga att skilja mellan yrkesroll och privatliv.

Alla människor har sedan tidigare olika erfarenheter av att möta människor. Att vi tar med oss dessa erfarenheter i nästa möte blir självklart. I mötet mellan sjuksköterskan och patienten är det i verkligheten en mängd möten som sker. Det är ett möte mellan två individer med varsin historia, det kan vara ett möte mellan två olika kulturer, ålder och kön. Listan kan göras lång av olikheter men också likheter. Vi har olika förutsättningar i mötet med andra såsom förmågan att hantera konflikter, oliktänkande men också vår egen trygghet som människa och som sjuksköterska. En verklig relation innebär ett möte där vi möter hela människan. Det är en konst att våga ta emot och ge i ett möte. Genom det goda mötet kan vi utvecklas professionellt och patienten kan känna en ökad delaktighet.

Clarence Crafoord beskriver i boken "Människan är en berättelse" berättelsens betydelse för mötesituationen. Den enskilda människans unika berättelse börjar när vi föds och fortsätter att utvecklas under hela vårt liv. Så det är egentligen våra berättelser som möts;

alla bär vi och utgör våra historier, vilka ingår i mötets förutsättningar. Mötet är vägen för samtalet.

Det professionella samtalet är speciellt i det att det finns en berättare och en lyssnare. Den lyssnande har naturligtvis sin egen berättelse, men fokus ligger på berättaren (patienten). Att lyssna är en aktiv del som kräver närvaro och empati. Att vara medveten om sig själv för att kunna använda sig själv i denna relation. Därför är det viktigt att varje sjuksköterska blir medveten om sina styrkor för att kunna utveckla relationen mellan sig och patienten. Ett bemötande i ett professionellt förhållningssätt bygger på respekten att varje individ är unik, att hans berättelse är unik. Vilka är dina styrkor i mötet med patienten?

Positiva förmågor till ett gott möte som har betydelse är att vara närvarande och en öppenhet för patientens berättelse. I dagens sjukvård uppmärksammas sjuksköterskors frustration som bristen på tid innebär. En önskan om att vara tillgänglig för patienten och närstående, men att "inte räkna till" innebär en besvikelse för den enskilda sjuksköterskan. Här kan ett aktivt lyssnande även i det korta mötet ge patienten och närstående bekräftelse. Tre mycket enkla frågor till en patient under en kurativ behandling kan bidra; Vill du berätta varför du sök-

te? Vill du berätta hur din sjukdom påverkar ditt dagliga liv? Vad vill du återfå för funktion? Medan frågan hur vill du att din sista tid ska bli? Kan vara en öppning till mötet när du vårdar en person vid livets slut.

I litteraturen kan man vidare se humor som en faktor som kan påverka ett gott möte. Ibland kan det för vissa människor vara bryggan till att våga prata om svåra saker. Visst är det underbart att få skratta tillsammans med sina patienter även i de svåraste stunderna – livet pågår!

Reflektionens betydelse för att sjuksköterskan ska fördjupa sina möjligheter till en god kommunikation har tidigt beskrivits av bland annat omvårdnadsteoretikern Joyce Travelbee. Genom utbildning och reflektion kan sjuksköterskan öka sin egen och hjälpa andra att uppnå en ökad självkänedom. Mötet mellan sjuksköterskan och patienten är en viktig kunskapskälla, vilken ger en grund för vidare planering av patientens omvårdnad.

Så avslutningsvis, tänk nu på ett möte med en patient som blev bra! Vad hände? Vilka känslor hade du innan och efter det mötet? Vad gjorde att mötet blev som du hade planerat? Ta med den erfarenheten in i nästa möte. Diskutera med dina kollegor! Stöd dina kollegor som kanske inte riktigt än hittat sina styrkor! Goda möten ger ofta känslor av glädje, tillfredställelse och ibland en känsla av lycka. Att mötas är grunden för all mänsklig kontakt, som ger mänsklig utveckling. Det är du som kan göra skillnad i mötet med patienten. Jag är övertygad genom valet att arbeta med människor som befinner sig i olika behandlingsfaser av en cancersjukdom – DU gör det!

Har Du synpunkter på min krönika, välkommen att fortsätta diskussionen! Karin.Bergkvist@sophiahemmethogskola.se

VIDARKLINIKEN

HELHETSSYN SOM GER LIVSKVALITET

VÅRD OCH REHABILITERING

Vidarkliniken bedriver kvalificerad vård och rehabilitering för patienter med cancer i alla stadier.

En vård som berör och som präglas av respekt för varje människa, dess unika behov och förmåga.

Vidarkliniken har avtal med flera landsting/regioner och tar även emot patienter genom det s k Riksavtalet.

www.vidarkliniken.se/sjukhus

UTBILDNING

Vidarklinikens utbildningsenhet erbjuder utbildning i antroposofisk medicin för olika medicinska professioner. Aktuella kurser finns på hemsidan.

info@vidarkliniken.se

www.vidarkliniken.se/utbildning

FORSKNING

Vidarkliniken bedriver forskning och utvecklingsarbeten såväl internt som externt genom nationella och internationella samarbeten.

www.vidarkliniken.se/forskning



Kontakta oss gärna för mer information

Tel 08-551 509 07 (inskrivning)
08-551 509 77 (studiebesök)
08-551 509 00 (växel)

info@vidarkliniken.se
www.vidarkliniken.se



VIDARKLINIKEN
EN UNIK KOMBINATION AV SKOLMEDICIN
OCH ANTROPOSOFISK LÅKEKONST

Brev från Christian Feinberg, Roche, till Cancervården

Hej jag heter Christian Feinberg och är ansvarig för Roche bröstcancerläkemedel i Sverige. Först och främst vill jag tacka för en bra artikel kring Herceptin Subkutant i Cancervården nummer 5. Jag tycker artikeln på ett bra sätt belyser både fördelar, men också utmaningarna, med att ändra administrationssätt av ett väletablerat läkemedel.

Sedan Herceptin subkutant introducerades i Sverige, under mitten av september 2013, har 13 svenska kliniker tills idag, mitten av november, valt att helt eller delvis använda denna nya formulering. Vi möts av en hel del positiva kommentarer främst från sjuksköterskor och patienter men också en del praktiska utmaningar framför allt kring ändrad intern logistik.

Anledningen till att jag återkopplar är den kommentarsruta som finns i anslutning till artikeln i cancer-vården (sid 39). Redaktionen tar där upp prisfrågan och för en diskussion kring det faktum att patentet på Herceptin IV är på väg ut vilket kan göra att priset på Herceptin IV sjunker och att det i sin tur kan vara ett hinder att införa Herceptin subkutant. Vi har också fått frågor kring detta i våra kontakter med vården.

Patentet för Herceptin går ut den 28 juli 2014. I dagsläget finns ingen inlämnad ansökan till den Europeiska Läkemedelsmyndigheten (EMA) för någon biosimilar antikropp av trastuzumab. En ansökningsprocess hos EMA tar mellan 12-15 månader och vi på Roche har ingen information om och när något företag kommer ansöka om tillstånd att marknadsföra en biosimilar antikropp av trastuzumab i Europa och Sverige. Den biosimilar på trastuzumab som ligger längst fram i sin utveckling har endast gjort jämförande studier i spridd bröstcancer. Hur regelverket ska tolkas kring frågor som extrapolering av data, så att indikationen t ex ska gälla även adjuvant setting, liksom frågan om möjlighet till utbytbarhet under pågående behandling (där spårbarhet och uppföljning kan blir problematiskt), är i dagsläget oklart.

Sammantaget är kraven från läkemedelsmyndigheterna både i Europa och i Sverige på biosimilära antikroppar betydligt större vad gäller klinisk dokumentation och säkerhetsuppföljning än för t ex generika. Det är därför svårt att spekulera kring vilka prisförändringar som skulle ske om en biosimilar trastuzumab skulle lanseras på den svenska marknaden.

Vi på Roche kommer självklart inte sitta inaktiva om förutsättningarna förändras under 2015. Vår målsättning är att säkerställa tillgång till Roches innovativa, välstuderade och välbeprövade Herceptin formuleringar; IV och Subkutant, även i framtiden. Vi deltar aktivt i de regionala upphandlingar som sker och har förhoppningen att kunna tillhandahålla Herceptin och andra läkemedel inom bröstcancerområdet under en lång tid framöver. Med andra ord kommer upphandlingar hjälpa sjukvården att få en anpassad prissättning utifrån den konkurrens som uppstår.

Herceptin subkutant erbjuds i Sverige till exakt samma pris som Herceptin IV då man räknar på medelvikten hos en bröstcancerpatient i Sverige. Eftersom doseringen är fast med Herceptin subkutant så har vi fått göra denna genomsnittslösning. Vi erbjuder också alla landsting där Herceptin IV är upphandlat från Roche exakt samma rabattsats för subkutan beredning.

Vänliga hälsningar
Christian Feinberg
Roche AB
Affärsområdeschef Bröstcancer
Tel. 0706-069470
Mail. Christian.Feinberg@roche.com



NYTT INOM ONKOLOGI

Prostatacancerförbundet kräver screening för prostatacancer

Prostatacancer är Sveriges vanligaste cancersjukdom och drabbar 10 000 män per år. Av dem får 1 000 beskedet att cancer upptäcktes försent och att den nu är spridd och obotlig. Prostatacancerförbundet kräver nu i ett remissvar till Socialstyrelsen att screening införs för alla män vid 45 års ålder.

För femton år sedan var en prostatacancerdiagnos lika med döden. Så är inte fallet idag utan det finns bra botemedel om sjukdomen upptäcks i tid. Prostatacancer i ett tidigt stadium visar sällan symptom utan det är ofta först när den har spridit sig vidare till andra organ som den gör sig tillkänna och då är den även obotlig. Prostatacancerförbundet kräver därför i ett remissvar till Socialstyrelsen att allmän screening ska införas i form av ett enkelt blodprov, ett så kallat PSA-test, vid 45 års ålder. På så vis kan ett baslinjevärde fastställas som sedan kan fungera som utgångspunkt vid fortsatta kontroller. Många cancerfall skulle upptäckas tidigare vilket ger möjlighet för botande behandling och mindre lidande för männen och deras anhöriga.

Källa: Prostatacancerförbundet

Oacceptabla skillnader i väntetid för cancerpatienter

För tredje året i rad visar Socialstyrelsens granskning att de stora regionala skillnaderna i väntetider för cancervård består.

För prostatacancer, den vanligaste cancersjukdomen i Sverige, mäts tiden mellan remissbeslut till behandlingsstart. Där är medianväntetiden 140 dagar i Västra Götalands län och 210 dagar i Stockholms län för patienter i medel- och högriskskategorin. För tjocktarmscancer, den tredje vanligaste cancersjukdomen i Sverige, skiljer sig väntetiden mellan samma mätpunkter från 29 dagar i Dalarna till 69 dagar i Värmland.

Socialstyrelsen vill nu titta på om så kallade målnivåer förväntan, alltså fastställda gränser för antalet vänteda-

gar, skulle kunna leda till att få bort de längsta väntetiderna och därmed jämna ut skillnaderna. En modell med målnivåer för väntan har införts i Danmark i nära samarbete med landets cancerkliniker och har hittills lett till kortare väntetider och regionala utjämnningar för en rad olika cancerformer.
www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-10-25

Källa: Socialstyrelsen

Behandling av långt framskriden prostatacancer minskar dödsrisken signifikant

En preliminär analys av fas III PREVAIL studien med Xtandi (enzalutamid) visar så goda resultat att "The Independent Data Monitoringkommittén" (IDMC) nu rekommenderar att studien avbryts och att patienter med placebobehandling i stället erbjuds behandling med Xtandi. Analysen visaren betydande bättre överlevnad och förbättring av radiografisk progressionsfri överlevnad hos patienter med långt framskriden prostatacancer som ännu inte fått kemoterapi. I Sverige har Xtandi för närvarande licens för behandling av långt framskriden metastaserande kastrationsresistent prostatacancer efterbehandling med kemoterapi.

Källa: Astellas

Ny studie visar: Cialis kan ge prostataopererade förbättrad erektionsförmåga

En ny internationell studie visar att daglig dosering med läkemedlet Cialis (tadalafil) 5 mg kan hjälpa prostataopererade män att återfå potensen. Resultat från studien antyder att behandlingen även tycks minska risken för vävnadsförlust i penis, vilket annars kan uppkomma som följd av operation. Vid daglig behandling med Cialis 5 mg var minskningen av penis signifikant mindre än för de som behandlades med Cialis vid behov eller placebo.

Över 9 000 män drabbas av prostatacancer årligen. Det gör sjukdomen till den vanligaste cancerformen i Sverige och varje år genomförs cirka 3 000 ope-

rationer. Potensproblem är en vanlig biverkning som kan drabba så många som 80 procent av alla män som genomgår en operation för prostatacancer. Studien, som nyligen publicerades i European Urology, syftade till att undersöka om patienter som tidigt behandlas med Cialis daglig dosering, eller Cialis vid behov, får bättre förutsättningar att få tillbaka sin erektionsförmåga efter nsRP (nervsparsande radikal prostatektomi) - en vanligt förekommande operationsteknik inom prostatacancer vården. Operationen påverkar blodflödet i penis negativt och försämringen i kombination med skador som uppstår på nervtrådarna till penis svällkroppar medför att de allra flesta får problem med erektionsförmågan.

Källa: Lilly

Ny behandling förlänger överlevnaden vid spridd prostatacancer

Den Europeiska kommissionen har godkänt en helt ny typ av behandling mot kastrationsresistent prostatacancer med spridning till skelettet. Behandlingen utgörs av radioaktiv strålning med alfapartiklar som effektivt slår mot cancerceller, samtidigt som påverkan på omkringliggande vävnad blir mycket liten. ALSYMPCA-studien, som ligger till grund för godkännandet, visar på förlängd överlevnad med det nya läkemedlet Xofigo, jämfört med placebo.

Xofigo (radium Ra 223 dichloride) är det första cancerläkemedlet som slår specifikt mot skelettmetastaser och som samtidigt har visat förlängd överlevnad för patienten. I genomsnitt förlänger Xofigo överlevnaden med 3,6 månader, jämfört med placebo. Dessutom fördröjer läkemedlet tiden fram till det att så kallade "skelettrelaterade händelser" inträffar. Det vill säga problem som ofta är svåra och smärtsamma för patienten såsom: behov av palliativ behandling för smärta, benbrott och kotkompressioner, som ofta är invalidiserande.

Källa: Bayer

Snart kan små barn behandlas mot sällsynt hjärntumör

Små barn som lider av den genetiska sjukdomen tuberös skleros complex

NYTT INOM ONKOLOGI

drabbas ofta av en typ av hjärntumör, kallad SEGA. Men det enda läkemedlet som kan krympa tumören, och därmed minska risken för allvarliga neurologiska komplikationer, är idag inte godkänt för de allra minsta. Nu kommer nya vetenskapliga rekommendationer om att också barn under tre år ska kunna behandlas med läkemedlet Votubia, en förändring som välkomnas av experter på området.

Källa: Novartis

Proteinkodande "skräpgener" kan vara kopplade till cancer

Med hjälp av en ny analysmetod har forskare vid Karolinska Institutet och Science for Life Laboratory (SciLifeLab) hittat närmare hundra nya proteinkodande regioner i arvsmassan hos människor. Ett antal av dessa är så kallade pseudogener som misstänks ha en koppling till cancer. Förhoppningen är nu att proteinanalysmetoden som forskarna utvecklat och som presenterats i vetenskapstidskriften Nature Methods ska öppna för ett helt nytt forskningsfält.

Källa: Karolinska Institutet

CHMP rekommenderar godkännande av Abraxane® (paclitaxel albumin) för behandling mot bukspottkörtelcancer

Den europeiska läkemedelsmyndigheten EMAs vetenskapliga kommitté, CHMP (Committee for Medicinal Products for Human Use) har nu rekommenderat ett godkännande av Abraxane® för behandling av spridd bukspottkörtelcancer. Det positiva beskedet baseras på resultaten av MPACT-studien, som publicerades i New England Journal of Medicine (NEJM) den 31 oktober. Studieresultaten visar att Abraxane® signifikant förbättrade överlevnaden för patienter med spridd bukspottkörtelcancer.

Bukspottkörtelcancer är en av de mest dödliga cancerformerna. Endast 13 procent av patienterna lever ett år efter diagnos. I Europa är bukspottkörtelcancer den fjärde vanligaste orsaken till död i cancer bland både män och kvinnor.

För de flesta cancerformer har det skett signifikanta förbättringar i överlevnad under de senaste åren. Men behandlingen mot bukspottkörtelcancer har hittills inte varit lika framgångsrik, och under de senaste sju åren har ingen ny behandling godkänts. CHMPs rekommendation är därför ett välkommet framsteg i framtida behandling av de cirka 1000 personer som varje år diagnostiseras med sjukdomen i Sverige.

Källa: Celgene

Ny antikropp ger längre tid utan sjukdomsåterfall och ger ökat hopp för leukemipatienter

Patienter med tidigare obehandlad kronisk lymfatisk leukemi (KLL) som fick behandling med den nya målinriktade monoklonala antikroppen GA101 (obinutuzumab) i kombination med ett välkänt cytostatikum; klorambucil, levde ett år längre utan sjukdomsåterfall jämfört med patienter som behandlades med antikroppen MabThera (rituximab) och klorambucil. Det visar resultaten från del två av fas III-studien CLL11.

Den första november godkände den amerikanska myndigheten, FDA, GA101 (obinutuzumab med namnet Gazyva) för behandling av KLL. Ansökan om godkännande hade av FDA fått en särskilt hög prioritet. Ansökan för godkännande i EU är inskickad och behandlas för närvarande. Kronisk lymfatisk leukemi, KLL, är den vanligaste formen av leukemi. Den typiska KLL patienten är äldre och multisjuk och i CLL11 har man, till skillnad mot flertalet andra studier, fokuserat på just denna stora patientgrupp.

Källa: Roche

Helt ny typ av målstyrt läkemedel mot bröstcancer godkänt i EU

Ett nytt målinriktat läkemedel mot spridd HER2-positiv bröstcancer är nu godkänt för användning inom EU. Kadcyla (trastuzumab emtansin(T-DM1) är det första läkemedlet mot HER2-positiv bröstcancer där en antikropp kombineras med ett kraftfullt cellgift. Det tillhör en grupp läkemedel som kallas antikropp-läke-

medelskonjugat (ADC). Behandling med Kadcyla har visat sig ge en signifikant förlängd överlevnad och färre biverkningar hos patienter som tidigare fått Herceptin och cytostatika.

Ett antikropp-läkemedelskonjugat är en ny typ av målinriktad bröstcancerbehandling som kan binda till vissa cancerceller och transportera cytostatika direkt till cancercellen. Kadcyla är det första antikropp-läkemedelskonjugatet som blivit godkänt inom EU för behandling av HER2-positiv bröstcancer. Med hjälp av Kadcyla förstärks den målinriktade effekten mot cancercellerna, samtidigt som biverkningarna jämfört med dagens behandling blir färre då cytostatikumet koncentreras till cancercellerna.

Källa: Roche

Forskare delar på rekordutdelning från Cancerfonden

Cancerfondens forskningsnämnd beslutade i början av november vilka forskningsprojekt och forskare som får anslag nästa år. Det blir en rekordutdelning på 355 miljoner kronor vilket kan jämföras med fjolårets 339 miljoner. 132 miljoner kronor går till nya forskningsprojekt, en ökning med tre miljoner sedan föregående år. Cancerfonden är den enskilt största finansiären av svensk cancerforskning.

Källa: Cancerfonden

Fler patienter övervakas för cancerrisk

I riktlinjer från Socialstyrelsen framhålls att cancer i prostata som innebär mycket låga risker inte bör opereras eller strålbehandlas direkt efter diagnos. I stället bör patienten följas upp så att PSA kontrolleras regelbundet och att vävnadsprover tas vartannat år, så kallad aktiv monitorering. Behandling ges endast om canceren blir aktiv.

Av Nationella prostatacancerregistrets årsrapport framgår att andelen personer som får aktiv monitorering i gruppen som har cancer med mycket låg risk har ökat. År 2009 var den cirka 60 procent. Förra året var den cirka 80 procent.

Källa: Dagens Medicin

Hälsning från årets sjuksköterska i cancervård 2013.

Som Årets sjuksköterska i cancervård 2013, fick jag möjlighet att delta i ECCO:s konferens i Amsterdam, detta tack vare stipendiet på 5000 kronor, samt stöd från cancercentrum i Umeå. Så här i efterhand är jag glad att jag valde just ECCO för att förkovra mig i mitt yrke. Konferensen var multidisciplinär med nära 4000 presentationer med allt från genforskning till omvårdnad av patienten. Det gav mig nya insikter och inspiration att vara delaktig i den ständigt pågående utvecklingen att ge bästa behandling och vård till cancerdrabbade.

Mvh/ GunBritt Abrahamsson, Strålbehandlingen i Umeå.



Årets sjuksköterska i cancervård

Se hit alla sjuksköterskor! Nu är det dags att nominera någon av dina fantastiska kollegor till utmärkelsen, årets sjuksköterska i cancervård 2014.

Kriterier för nomineringen är en sjuksköterska i klinisk verksamhet som kollegorna upplever har gjort en särskilt värdefull insats för patienterna, de närstående och/eller avdelningsarbetet.

Årets sjuksköterska i cancervård får ta emot utmärkelsen i samband med Sjuksköterskor i Cancervårds årsmöte den 19 maj (ort och plats meddelas senare). Årets sjuksköterska erhåller ett stipendium om 5000 kronor som är avsedda att användas till utbildning inom tjänsten.

Nomineringen vill vi ha senast den 1 april 2014. Du skickar din motivering och kandidatens namn, arbetsplats och telefonnummer till annchristine.svensk@vll.se. Du som nominerar och den nominerade ska vara medlem i föreningen Sjuksköterskor i Cancervård.

Stipendiet delas ut i samarbete med Roche AB och vinnaren utses av styrelsen för Sjuksköterskor i Cancervård.



Redaktionen gratulerar



Grattis **Katarina Andersson** från Mölndal som vann utlottningen av boken "När döden utmanar livet" av Peter Strang. Katarina arbetar på Onkologkliniken i Göteborg och främst med bröstcancer. Så här skriver hon själv:

"Jag jobbar med bröstcancerpatienter i sent skede utav sjukdomen och många unga dör hos oss. Jag tycker att det är viktigt att hålla diskussionen om döden och existentiella frågor levande på arbetsplatsen, detta är svårt ibland på grund av alla projekt och förbättringsarbeten som pågår samtidigt. Jag skulle vilja vara med i utlottningen utav boken "När döden utmanar livet" och jag hoppas att jag kan använda den på min arbetsplats och även kunna låna ut den till mina studenter."

God jul

och tack till våra annonsörer, stipendiesponsorer till föreningen samt alla skribenter som gör vår tidning möjlig. Ser fram emot ett nytt år med trevligt samarbete.

I år går vår julgåva till Läkare utan gränser och arbetet med att rädda liv i Filippinerna.



Sjuksköterskor i cancervård Styrelse**ORDFÖRANDE****Camilla Hultberg**

Karolinska universitetssjukhuset, Radiumhemmet, Stockholm
Tel: 08-517 736 38, 073-966 19 01
Mail: camilla.hultberg@karolinska.se

SEKRETERARE**Gail Dunberger**

Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Enheten för Cancer Rehabilitering, Jubileumskliniken, Göteborg
Tel: 031-342 79 36
Mail: gail.dunberger@ki.se

KASSÖR**Tina Bondesson**

Karolinska universitetssjukhuset, Södersjukhuset, Onkologimottagningen, Stockholm
Tel: 08-616 44 04
Mail: tina.bondesson@karolinska.se

LEDAMÖTER**Kristina Finnilä**

Karolinska universitetssjukhuset, Radioterapi, Onkologiska kliniken, Stockholm
Tel: 08-517 758 83, 0736-99 88 67
Mail: kristina.finnila@sll.se

Patientföreningar**Bröstcancerföreningarnas riksorganisation/BRO**

Sturegatan 4, 5 tr, Box 1386,
172 27 Sundbyberg
Tel: 08-546 40 530, Fax: 08-546 40 539
E-post: info@bro.org.se, www.bro.org.se

Cancer- och Trafikskadades Riksförbund/CTRF

Box 9509, Sandhamnsgatan 61,
102 74 Stockholm
Tel: 08-522 001 00, Fax: 08-522 001 10
E-post: ctrf@ctrf.se, www.cancertrafik.se

Cancerfonden-Riksföreningen mot cancer

David Bagares gata 5, 101 55 Stockholm
Tel: 08-677 10 00, Fax: 08-677 10 01
E-post: info@cancerfonden.se
www.cancerfonden.se

Stödföreningen för Cancerpatienter

Ö. Larmgatan 10, 411 07 Göteborg
Tel: 031-15 19 92, Fax: 031-15 19 92
E-post: Ej tillgänglig

Sveriges Cancersjukas Riksförbund/SCR

Box 7107, Barks väg 14, 170 07 Solna
Tel: 08-31 82 05, Fax: 08-32 07 60
E-post: info@cancersjukasriks.se
www.cancersjukasriks.se

Gynsam, Gyncancerföreningarnas**Nationella Samarbetsorganisation**

Storgatan 52B, 852 30 Sundsvall
Tel: 060-12 77 54
E-post: info@gynsam.se/ordforande@gynsam.se
www.gynsam.se

Lungcancerföreningen Stödet

Barks väg 14, 170 73 Solna
Kontakttelefon: 08-514 833 000
Journummer/Stödtelefon: 020-88 55 33
www.stodet.se

Svenska Laryngförbundet/SLF

Barks väg 14, 170 73 Solna
Tel: 08-655 83 10, 655 83 20
Fax: 08-655 46 10
E-post: laryngforbundet@telia.com
www.laryngforbundet.nu/

Per Lindblom

Karolinska universitetssjukhuset, Avdelning P51, Onkologiska kliniken, Stockholm
Mail: per.s.lindblom@karolinska.se

Cecilia Olsson

Karlstads Universitet, Avd för omvårdnad, Karlstad
Tel: 054-700 10 27, 0731-59 86 16
Mail: cecilia.olsson@kau.se

Katarina Sjövall

FoUU ledare, Skånes onkologiska klinik, Skånes Universitetssjukhus, Lund
Mail: katarina.sjovall@skane.se

Ann-Christine Svensk

Strålbehandlingsavdelningen, Cancercentrum, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå
Mail: AnnChristine.Svensk@vll.se

Camilla Tengvall

Palliativa enheten, Skånes onkologiska klinik, Skånes Universitetssjukhus, Lund
Mail: camillatengvall@hotmail.com

roLiv, Patientförening för prostatacancersjuka

Barks väg 14, 170 73 Solna
Tel: 08-655 44 30, E-post: info@proliv.com
www.prostatacancerforbundet.se

Blodcancerförbundet Blodcancerfonden

Box 1386, Sturegatan 4, 172 27 Sundbyberg
Tel: 08-546 405 40
E-post: info@blodcancerforbundet.se
www.blodcancerforbundet.se

Carpa - För patienter med tumörsjukdomar i hormonproducerande organ

E-post: info@carpapatient.se
www.carpapatient.se

Sipples Patientförening

Stallvägen 59, 269 38 Båstad
Tel: 0431-758 26, E-post: info@sipples.se
www.sipples.se

Svenska Hjärttumörföreningen

Norra Forsåkersgatan 21, 431 63 Mölndal
Tel: 0701-91 31 63
E-post: info@hjarntumorsforeningen.se
www.hjarntumoreforeningen.se

Ung Cancer

Tel: 031-75 77 111
E-post: info@ungcancer.se
www.ungcancer.se

Nätverket mot cancer

Box 85, 280 20 Bjärnum, Tel: 0705-72 60 80
E-post: info@natverketmotcancer.se
www.natverketmotcancer.se

Nätverket Mot Gynekologisk Cancer

Parkvägen 46, 131 41 Nacka
Tel: 0733-45 69 87
E-post: therese@gyncancer.se
www.gyncancer.se

ILCO Riksförbundet för stomi- och reservoaropererade

Box 1386, Sturegatan 4A, 172 27 Sundbyberg
Tel: 08-546 40 520
E-post: info@ilco.nu
www.ilco.nu

Många av dessa patientföreningar delar också ut stipendier till vårdpersonal.

**CANCERVÅRDEN**

Organ för Sjuksköterskor i cancervård.
ISSN 1401-6583. TS registrering begärd.
Upplaga: 4 700 exemplar. Redaktionen ansvarar ej för insänt, ej beställt material (text och bild).
För signerade bidrag ansvarar författarna.

CHEFREDAKTÖR

Kristina Granewåg
Mail: kristina.granevag@lg.se

ANSVARIG UTGIVARE

Camilla Hultberg
Mail: camilla.hultberg@karolinska.se

PRODUKTION

JLD & Kompani | Box 86, 193 22 Sigtuna

ANNONSER

David Hammar | Tel. 08-22 33 00, 0708-99 66 30
Mail: david.l.hammar@tele2.se

FORM

Grafish

TRYCK

Trydells Tryckeri

PRENUMERATION

6 nummer per år/250 kronor.

MEDLEMSAVGIFT

250 kronor per år insättes på
Riksföreningens för sjuksköterskor i
Cancervårds plusgiro; 440 51 00-1

RIKSFÖRENINGENS HEMSIDA

www.cancervard.se
KU, Radioterapi, Onkologiska kliniken, Stockholm
Tel. 08-517 758 83, 0736-99 88 67

REDAKTION**Kristina Granewåg (redaktör)**

Rektor, Forsa Folkhögskola
Tel. 070-357 05 57
Mail: kristina.granevag@lg.se

Nadja Rystedt

Cancercentrum, Strålbehandlingen
Norrlands Universitetssjukhus, 901 85 Umeå
Tel. 090-785 06 52
Mail: nadja.rystedt@vll.se

Annette Holst-Hansson

Strålbehandlingsavdelningen
Skånes Onkologiska Klinik, Lund
Tel. 040-665 72 78
Mail: annette.holst.hansson@mah.se

Ulrika Persson

Radioterapiavdelningen Radiumhemmet och
Södersjukhuset
Onkologiskakliniken
Karolinska Universitetssjukhuset
Tel: 070-4841272
Mail: ulrika.persson@karolinska.se

Karin Wieselblad

Onkologkliniken P54
Karolinska Universitetssjukhuset
Tel: 0733-995967
Mail: Karin.wieselblad@karolinska.se

Eva Gärdsmo Pettersson

Vesuvius Information
Alviksvägen 94, 167 53 Bromma
Tel. 070-653 23 69
Mail: eva@vesuvius.se

Omslagsbild

Foto: Lisa Wikstrand

Utgivningsplan 2015 #1

Tema: Kontaktsjuksköterskan

Minitema: Palliativ vård

Annon 24/1

Utg. 13/2



PATIENT I BEHOV AV DEXAMETASON. INGEN REGISTRERAD PRODUKT I TABLETTFORM FINNS TILLGÄNGLIG. NÅGOT MÅSTE GÖRAS.

Nu är **Dexametason Abcur** godkänd i Sverige och ersätter därmed behovet av licensförskrivning av dexametasontabletter på den svenska marknaden.

För att underlätta individuell dosering är tablettorna delbara och finns i styrkorna, 1 och 4 mg.

Abcur tillhandahåller nödvändiga läkemedel i Norden. Läkemedel som är efterfrågade av sjukvården och som gör skillnad. Vi ansvarar för utveckling och marknadsföring av nödvändiga läkemedel.

H02AB02 (dexametason) Rx. Dexametason Abcur ingår i läkemedelsförmånerna med följande begränsning: Subventioneras endast när andra kortikosteroider inte kan användas. Glukokortikoid. Namn: Dexametason Abcur tablett 1mg, 4mg. Indikation: Tillstånd där kortikosteroidernas antiinflammatoriska och immunosuppressiva effekt är önskvärd. Framför allt för intensiv behandling under kortare tid. Hjärnödem eller ökat intrakraniellt tryck till följd av hjärntumör. Vid behandling av bröstcancer, cancer i äggstockar, prostata eller testiklar när kortikosteroidernas effekt är önskvärd. Profylax mot kräkning inducerat av kemoterapi med emetisk effekt. Diagnostiskt test av hypofys och binjurebarkfunktionen. Utsättning: Bör ske successivt efter en längre tids behandling. Hastigt utsättande kan leda till akut binjurebarksinsufficiens. Efter höga doser eller långvarig behandling bör utsättning av kortikosteroider därför endast ske genom nedtrappning av dosen. Produktresumens senaste översyn 2013-05-16. För fullständig information och pris, se www.fass.se

ABCUR

Vi gör nödvändiga läkemedel tillgängliga

Annons