



KRÖNIKA // LEILA SÖDERHOLM
Sid 8



I HUVUDET PÅ EN FORSKARE:
Yvonne Wengström
Sid 32

NUMMER 2 // 2019

Hälsosamma levnadsvanor/
Återkoppling Onkologidagarna

CANCERVÅRDEN

TEMA

Hälsosamma
levnadsvanor
/Återkoppling
Onkologidagarna

Workshop cancer-
rehabilitering
Sid 39

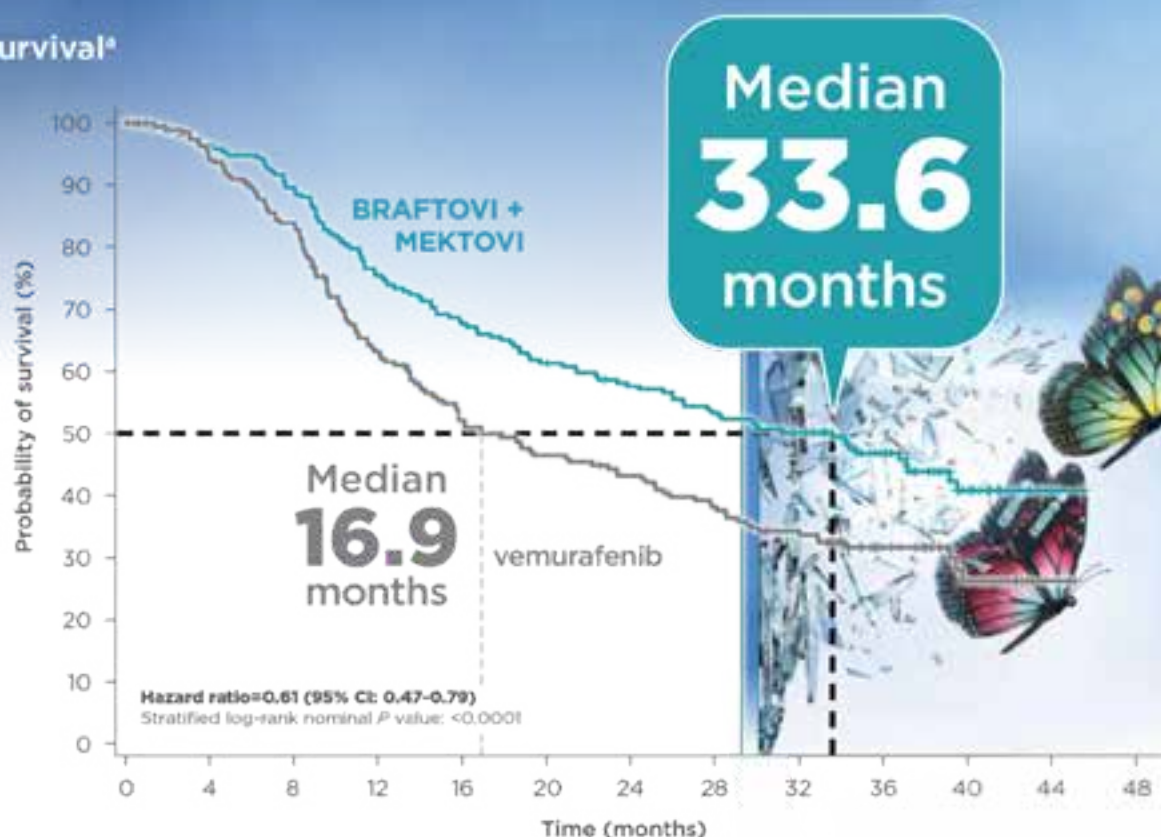


Sjuksköterskor
i Cancervård

BRAFTOVI in combination with MEKTOVI is indicated for the treatment of adult patients with unresectable or metastatic melanoma with a BRAF V600 mutation

Ingår i
läkemedels-
förmånen

Overall survival*



Patients at risk

BRAFTOVI + MEKTOVI	192	185	172	144	129	117	108	100	89	57	23	2	0
vemurafenib	191	176	155	115	94	84	77	68	59	30	14	2	0

PFS was the primary endpoint of the COLUMBUS study. OS interim analysis was a secondary endpoint with a nominal P value.^{1,2}

* Median follow-up for OS was 36.8 months (95% CI: 35.9-37.5).²

For complete information, please refer to the SmPCs of BRAFTOVI and MEKTOVI. Enco-Bini_41_1812 12/18

Referenser: 1. Dummer R, Ascierto PA, Gogas HJ, et al. Encorafenib plus binimetinib versus vemurafenib or encorafenib in patients with BRAF-mutant melanoma (COLUMBUS): a multicentre, open-label, randomised phase 3 trial. *Lancet Oncol.* Published online March 21, 2018. doi:10.1016/S1473-2045(18)30142-6. 2. Dummer R, Ascierto PA, Gogas HJ, et al. Overall survival in patients with BRAF-mutant melanoma receiving encorafenib plus binimetinib versus vemurafenib or encorafenib (COLUMBUS): a multicentre, open-label, randomised, phase 3 trial. *Lancet Oncol.* Published online September 12, 2018. doi:10.1016/S1473-2045(18)30500-X.

- 4% grade 3 pyrexia
- 1% grade 3 photosensitivity¹
- An oral treatment that could be taken with or without food.

Braftovi® (encorafenib) Rx, F, ATC-kod: L01XE46

Behandlingstid: Behandlingen ska pågå tills den inte längre har någon positiv effekt eller oacceptabel toxicitet uppträder.

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning.

Beredningsform: Kapslar å 50 mg eller 75 mg. **Verksamma beståndsdelar:** encorafenib. **Indikation:** encorafenib i kombination med binimetinib är avsett för behandling av vuxna patienter med icke-resektabelt eller metastaserat melanom med en BRAF V600-mutation. Innan patienterna tar encorafenib måste ett validerat test utförts som bekräftar att tumören har en mutation i BRAF V600. **Varningar och försiktighet:** Ta alltid Braftovi enligt läkarens anvisningar. Liksom för alla läkemedel kan detta läkemedel orsaka biverkningar men alla användare behöver inte få dem. För fullständig förskrivarinformation och pris, se fass.se. Produktresuméns senaste översyn 2018-11-07.

Mektovi® (binimetinib) Rx, F, ATC-kod: L01XE41

Behandlingstid: Behandlingen ska pågå tills den inte längre har någon positiv effekt eller oacceptabel toxicitet uppträder.

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning.

Beredningsform: Tabletter å 15 mg. **Verksamma beståndsdelar:** binimetinib. **Indikation:** binimetinib i kombination med encorafenib är avsett för behandling av vuxna patienter med icke-resektabelt eller metastaserat melanom med en BRAF V600-mutation. Innan patienterna tar binimetinib måste ett validerat test utförts som bekräftar att tumören har en mutation i BRAF V600. **Varningar och försiktighet:** Ta alltid Mektovi enligt läkarens anvisningar. Liksom för alla läkemedel kan detta läkemedel orsaka biverkningar men alla användare behöver inte få dem. För fullständig förskrivarinformation och pris, se fass.se. Produktresuméns senaste översyn 2018-10-30.

Om du vill rapportera en biverkan eller oönskad händelse, kontakta biverkningsenheten på Pierre-Fabre Pharma Norden AB. Telefon: 08-625 33 50. Postadress: Karlavägen 108, 115 26 Stockholm, Sweden. vigilancenorden@pierre-fabre.com.

BRAFTOVI + **MEKTOVI**
(encorafenib) (binimetinib)

Ledaren Ordföranden har ordet!

”Vi sjuksköterskor har en otroligt viktig kompetens att bidra med när vården ska utformas och utvecklas”

Som nyutträd ordförande i Sjuksköterskor i Cancervård skriver jag nu min första ledare! Jag känner mig väldigt stolt och hedrad över uppdraget. Att delta i styrelsearbetet kräver hårt arbete och ett stort engagemang och det är något som verkligen inspirerar och får mig att tycka att det också är väldigt roligt! Vem är jag? Förutom i min familj och vänner så har jag ett stort engagemang i mitt arbete, min forskning och tycker mycket om att träffa nya människor.

Sedan 24 år har jag arbetat som specialistsjuksköterska i onkologi och framför allt kliniskt på olika delar av onkologen i Stockholm, men också utomlands på onkologisk vårdavdelning under ett par år. För några år sedan gick jag även specialistutbildning i palliativ vård. De senaste åren har mitt arbete inneburit två nya roller; som sjuksköterska med fokus på kliniskt ledarskap och parallellt med det är jag doktorand. Forskningsintresset har alltid funnits där. Min roll i styrelsen har till stor del kretsat kring vårt påverkansarbete - exempelvis att samverka med andra organisationer kring frågor som är viktiga för oss sjuksköterskor i cancervård och inte bara påverka utan framförallt ha en dialog med beslutsfattare och bidra med vår kunskap och expertis när utredningar och förändringar ska genomföras. Vi sjuksköterskor har en otroligt viktig kompetens att bidra med när vården ska utformas och utvecklas! Detta med att delta i debatten och göra vår röst hörd i viktiga frågor för cancervården, är något vår förening vill satsa på!

Det har precis varit en konferens, Onkologidagarna, som vi arrangerat tillsammans med Svensk Onkologisk Förening (SOF). Vi känner oss stolta och väldigt nöjda med hur dagarna fortlöpte. Innehållet och temat, Prevention och livsstilsrelaterad cancer, berör oss alla och vi som förening vill verkligen rikta oss till alla som arbetar som sjuksköterskor i cancervård! Vi vill engagera oss i och arbeta för frågor angelägna för sjuksköterskor inte bara inom onkologisk omvårdnad, utan även inom cancerkirurgi, hematologi, palliativ cancervård med mera. Nästa år hålls onkologidagarna i Växjö!

Vårt årsmöte var välbesökt och flera mycket viktiga synpunkter och förslag från våra medlemmar lyftes fram. En av dessa var att vi borde vara tydliga med att vi inte är en förening endast för kontaktsjuksköterskor! Ett annat förslag handlade om att kunna medlemsrekrytera när vi anordnar utbildningar och då på plats vara mera aktiva för att få in nya medlemmar! En sak som diskuterades på vårt årsmöte var varför sjuksköterskans närvaro vid multidisciplinära konferenser oftast inte står registrerat med titel

och namn i patienternas journal? Detta lyfter vi lite extra i ”Styrelsen tycker”.

Vi har vid olika tillfällen deltagit i arrangemang av till exempel Nationella kontaktsjuksköterskedagar. Det är fortfarande viktigt för oss, men vi vill också lyfta fram andra roller inom cancervården och kunna ha forum och utbildningar för dem. Hör gärna av er med förslag!

Avslutningsvis vill vi välkomna våra nya styrelsemedlemmar Katarina Karlsson från Karlstad och Ulrika Persson från Stockholm och rikta ett stort tack till Kristina Olausson och Ann-Christine Svensk för alla år de varit med i styrelsen och för allt arbete de har lagt ner! När jag startade mitt styrelseuppdrag så var de redan där och har tillsammans med de andra stöttat och hjälpt mig in i styrelsen. Jag ser fram emot att leda vår styrelse och framför allt att ha en dialog och kontakt med er medlemmar!



Ordförande
Helena Ullgren

STYRELSEN TYCKER

Vi i Sjuksköterskor i cancervård tycker att sjuksköterskans närvaro vid Multidisciplinära konferenser (MDK) är självklar och viktig! Vi vet att det inte alltid är tydligt vilken roll och vilka frågor vi är ansvariga för, men det finns ingen annan än vi som kan lyfta omvårdnadsfrågor och det är ofta vi sjuksköterskor som känner patienten och har kompetens att göra en holistisk bedömning! De huvudaktörer som deltar på en multidisciplinär konferens ska naturligtvis stå som medverkande i patientens journal! En av utmaningarna är just otydlighet kring vilka frågor ska vi lyfta? Vad ingår i vårt förberedelsearbete inför MDK?

Hör gärna av er till oss om ni har bra exempel på hur ni arbetar!



Innehåll // Nummer 2

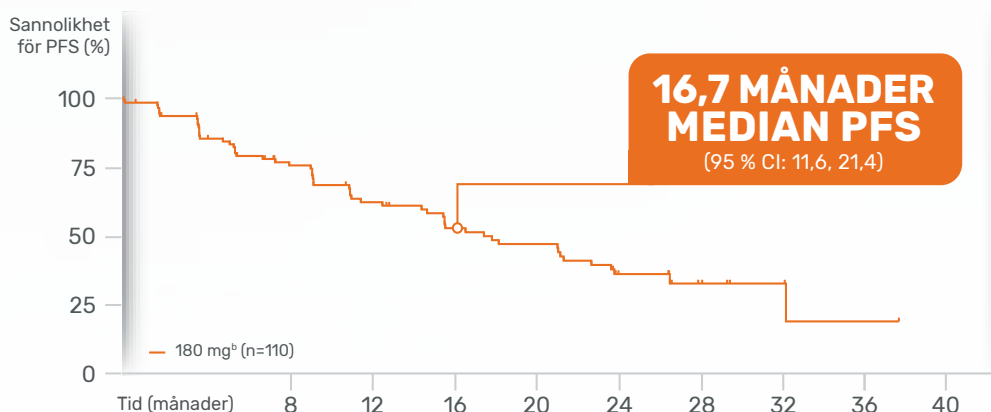
Ledaren	3
Redaktören har ordet	6
Krönika: Leila Söderholm – Livsviktig rörelseglädje	8
Projekt: Hälsöfrämjande levnadsvanor	9
Kost och Cancer	10
Kontaktsjuksköterskors självskattade kompetens i att samtala med patienter om hälsöfrämjande levnadsvanor	12
Att vaccinera eller inte vaccinera mot humantpapillomvirus?	16
Alkohollinjen – Stöd till förändring	19
Sluta-Röka-Linjen	20
Återkoppling Onkologidagarna	22
Motiverande samtal MI	30
I huvudet på en forskare: Yvonne Wengström	32
Rapport: Nationella kontaktsjuksköterskedagen	34
Rapport: Världscancerdagen	36
Workshop om cancerrehabilitering för kontaktsjuksköterskor	39
Rapport: Cancerdagen 2018	40
Medlemssidor	45

NY ALK-HÄMMARE

ALUNBRIG® (BRIGATINIB)

Alunbrig är avsett som monoterapi för behandling av vuxna patienter med anaplastiskt lymfomkinaspositiv (ALK-positiv) avancerad icke-småcellig lungcancer (NSCLC) som tidigare har behandlats med krizotinib.¹

16,7 MÅNADERS PROGRESSIONSFRI ÖVERLEVNAD^{1,2}



56 % av patienterna svarade på behandlingen¹



67 % av patienterna med hjärnmetastaser vid baseline hade ett intrakraniellt behandlingsvar¹



En tablett **en gång per dag**, med eller utan mat¹

Ytterligare resultat: Den totala överlevnaden var 34,1 månader i median (CI: 27,7-NR) för patienter behandlade med 180 mg. I den tvåarmade registreringsgrundande ALTA-studien behandlades 222 patienter med 180 mg eller 90 mg dagligen. ALTA-studien var inte designad för att möjliggöra statistisk jämförelse mellan de olika doserna.³

Referenser: **1.** Alunbrig Produktresumé www.fass.se. **2.** Huber RM, et al. J Clin Oncol 2018;36(suppl) (abstract 384). **3.** Kim DW, et al. J Clin Oncol 35:2490-2498.

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning. Detta kommer att göra det möjligt att snabbt identifiera ny säkerhetsinformation. Hälso- och sjukvårdspersonal uppmanas att rapportera varje misstänkt biverkning.

ALUNBRIG (brigatinib) tablett, L01XE43, Rx, F.

FARMAKOLOGISK GRUPP: Proteinkinashämmare. **STYRKA:** Alunbrig finns i tre styrkor som innehåller 30 mg, 90 mg och 180 mg brigatinib. **INDIKATION:** Alunbrig är avsett som monoterapi för behandling av vuxna patienter med anaplastiskt lymfomkinaspositiv (ALK-positiv) avancerad icke-småcellig lungcancer (NSCLC) som tidigare behandlats med krizotinib. **DOSERING:** Rekommenderad startdos av Alunbrig är 90 mg en gång dagligen de första 7 dagarna, därefter 180 mg en gång dagligen. Behandlingen ska pågå så länge klinisk nytta kan observeras. **VARNINGAR OCH FÖRSIKTIGHET:** Allvarliga, livshotande och fatala pulmonella biverkningar, bland annat biverkningar med karaktäristika som stämmer överens med ILD/pneumonit, kan uppkomma hos patienter som behandlas med Alunbrig. De flesta pulmonella biverkningarna uppkom under de första 7 behandlingsdagarna. Pulmonella biverkningar av grad 1-2 gick tillbaka när behandlingen avbröts eller dosen minskades. Högre ålder och kortare intervall (mindre än 7 dagar) mellan den sista dosen krizotinib och den första dosen Alunbrig var enskilda faktorer som kunde sättas i samband med ökad frekvens pulmonella biverkningar. Dessa faktorer ska beaktas vid insättning av behandling med Alunbrig. **FÖRPACKNING:** Genomskinligt termoformbart blister av polyklortrifluoretylen (PCTFE) med värmeförseglad papperslaminerad folieförslutning, förpackade i en kartong. **ÖVRIG INFORMATION:** Ingår i läkemedelsförmånen from 181214. Subventioneras endast som monoterapi för behandling av vuxna patienter med anaplastiskt lymfomkinaspositiv (ALK-positiv) avancerad icke-småcellig lungcancer (NSCLC) som tidigare behandlats med krizotinib. För fullständig information och prisuppgift se www.fass.se. Texten är baserad på produktresumé 18 december 2018.



Redaktören har ordet

Här kommer nummer 2 av Cancervården 2019, vårens sista! Inte för att det känns som så mycket vår i skrivande stund. På väg till dagens arbete yrde snöflingorna igen, men inget är som väntans tider...

DET HAR VARIT spännande tider på min arbetsplats, Strålbehandlingen Karolinska Universitetssjukhuset. Vi är nu snart färdig med hela flytten till Nya Karolinska. Sista patienten behandlas på gamla Karolinska på skärtorsdagen. Flyttprocessen har varit lång. Den har pågått sedan i oktober. Jag tror alla tycker att det känns skönt att hela verksamheten snart är på samma ställe.

HAR JUST HÄMTAT mig efter Kontaktsjuksköterskedagen och Onkologidagarna. Fullproppad med ny energi, idéer och intryck har jag just avslutat efterarbetet och skrivit texter till detta nummer av Cancervården. Det var verkligen ett fantastiskt lyckat arrangemang! Fin invigning, många spännande föreläsningar, mycket trevlig fest och en fin avslutning! Stort tack till alla som ordnat det så bra! Vi i Stockholm lämnar nu över till Växjö.

DETTA NUMMER KOMMER självklart att innehålla rapportering från just Onkologidagarna samt Kontaktsjuksköterskedagen. Jag hade äran att vara med på kontaktsjuksköterskedagen och den var verkligen jättebra. Vi i redaktionen har försökt bevaka alla sessioner. Några föredragshållare har till vår glädje skrivit egna artiklar i detta nummer. Och stipendiaterna har också bidragit med fina rapporter. Årets tema tycker jag var väldigt tilltalande och spännande. Många bra diskussioner blev det och några riktiga tankeställare fick jag. Jag tror till exempel att fler än jag funderat på vad vi säger till patienterna angående intag av alkohol. Borde vi ha nolltolerans?

JAG ÄR OCKSÅ väldigt glad över att Leila Söderholm är krönikör i detta nummer. Hon har jobbat med träning, kost och hälsa i över 20 år. För sju år sedan drabbades hon av cancer och fick 50 procents chans att överleva. Hur hon tog hjälp av sin kunskap kring träning och hälsa delar hon med sig av i sin krönika.



Ulrika Persson
Chefredaktör

ulrika.a.persson@sll.se



CANCERFONDSRAPPORTEN presenterades tyvärr inte under konferensen som det från början var tänkt. Orsaken är att i år förnyas rapporten, bland annat genom att den publiceras i tre delar vid tre olika tillfällen under året. Så ni får läsa om den på Cancerfondens hemsida istället.

I VÅR ARTIKELSERIE "I huvudet på en forskare" har turen kommit till Yvonne Wengström, professor vid Karolinska Institutet och Omvårdnadsansvarig vid Tema Cancer på Karolinska Universitetssjukhuset. Missa inte den.

NÄSTA NUMMER kommer i slutet av september. Temat kommer då att vara "Ledarskap och påverkansarbete", just nu en viktig del inom cancervården. Det är många saker vi behöver hjälpas åt med att försöka påverka. Frågan kring specialistutbildningarna är en het potatis som vi måste strida för. Det blir flera spännande artiklar i ämnet. Har ni tips om skribenter så mottages det tacksamt.

JAG SER SÅ småningom fram emot en skön sommar med lite välförtjänt ledighet! Jag önskar er alla en trevlig sommar och en riktigt skön semester! Jag hoppas verkligen att det blir lika vackert väder, med både sol och värme, som förra sommaren.

HA DET GOTT TILLS VI HÖRS I HÖST!



Glöm inte att följa oss på Facebook!

Skriv gärna inlägg och skapa debatter där. Berätta om föreningen för era kollegor. Fler medlemmar är aldrig fel! Tillsammans blir vi starka!



SMAKFÖRÄNDRINGAR HOS CANCERPATIENTER

Upp till **70%** av cancerpatienter upplever **smakförändringar** under behandling.¹

Vanligt rapporterade biverkningar efter strålning och cellgiftsbehandling är **muntorrhet**, **illamående** och **smakförändringar** som ger en bitter eller metallisk smak i munnen.²⁻⁴

Till sortimentet **Fortimel Compact Protein** introducerar vi nu **tre nya smaker** – **Värmande tropisk smak**, **Svalkande bärsmak** och **Neutral smak**. Produkterna har validerats av cancerpatienter.

För mer information besök gärna www.nutricia.se

Nutricias produkter är livsmedel för speciella medicinska ändamål och används under medicinsk övervakning.





KRÖNIKÖR

Leila Söderholm är föreläsare, inspiratör och hälsoexpert. Hon är flitigt anlitad av företag, stora magasin, hälsosajter och TV.

LIVSVIKTIG RÖRELSEGLÄDJE

Jag har tillbringat många nätter, dagar och veckor på sjukhus. Inte för att jag älskar att sova borta, utan för att jag har turen att bo i ett land som ger mig vård när jag behöver det. Som 38 årig mamma, med tre små barn, drabbades jag av tarmcancer. Jag var vältränad, pigg, nådde toppen inifrån och ut men hade en mage som krånglade lite. Efter ett år av problem som jag trodde berodde på min senaste graviditet, såg jag en dag blod i toaletten och kände att nu söker jag hjälp. Det visade sig vara elakartad cancer, en tumör stor som en kiwi mellan tjock och ändtarm. Hela plattformen som jag grundar mitt och min familjs liv på rasar när ett sådant besked kommer. Allt blir osäkert, det är som att befinna sig på ett stormigt hav utan land i sikte, utan en boj att klänga sig fast vid. I mitt liv har jag jobbat enormt mycket med mental träning, jag har lärt mig att se vart jag ska, blunda för rädslor och att skjuta mot målet varje gång. Här blev det exakt lika viktigt att skjuta mot mål. Jag såg mig själv komma ur den här cancerresan tilltufsad men levande. Jag gjorde klart för mig att det kommer bli ett helvete men det finns ett slut på varje helvete och varje steg framåt är ett steg närmare målet.

Jag hade nog inte i min vildaste fantasi kunnat föreställa mig vilken resa jag skulle in på och hur lång den skulle bli! För att göra en lång historia kort så blev min resa 2,5 år. Jag fick stomi i två omgångar, levde med en sprucken tarm, kroppen skapade fistelgångar vilket förstörde stora delar av mitt inre. Jag opererades fem gånger under denna tid, fick lära mig tappa mig själv

då min urinblåsa slutade fungera och på sluttampen råkade jag ut för hjärnhinneinflammation upprepade gånger vilket resulterade i en kronisk sjukdom som blossar upp då och då.

Det som blev tydligt var att jag hade en stark kropp och en hjärna som visste hur man satte upp mål och siktade mot dem. Det gjorde det enklare att aktivt jobba fysiskt med små steg för att få vinster i form av dopaminkickar som gjorde mig pigg, glad och full av framtidstro.

"Jag överlevde tack vare att jag sökte hjälp i tid, men återhämtande mig snabbare efter varje operation genom att jobba aktivt både mentalt och kroppsligt."

På sjukhuset gick jag i korridoren, jag använde sjukhusets handdukar och tränade överkroppen. Det blev otroligt tydligt att varje steg framåt blev två steg nästa dag. Varje krav jag ställde på min väldigt sjuka kropp gjorde att den svarade med att stärka sig. På sjukhuset gick jag runt bland övriga patienter och försökte få ut dem i korridoren för att påskynda sitt tillfrisknande. Jag lyckades lite för bra, hela korridoren blev en trafikstockning. Då provade jag att gå i trapphuset och fann det utmärkt, så

jag uppehöll mig i trappan så länge jag orkade. Till min stora glädje öppnades dörren en dag och personalen på avdelningen kom ut och gick med mig upp och ner alla fjorton våningar. De blev så inspirerade av min rörelseglädje att det blev svårt för dem att sitta ner på lunchen. För mig kändes det enormt stort och gav sån glädje. Trots att jag ibland kände mig som en reservdelsmänniska var jag otroligt glad och tacksam över sjukvården som räddade mig när jag sökte hjälp och såg till att jag fick se mina barn växa upp.

Värdet av den lilla rörelsen och framförallt rörelsens påverkan på vårt humör och framtidstro är nästan som magi. I mitt fall vet jag att jag återhämtade mig snabbare efter varje operation mycket på grund av rörelse, rätt näring men också genom att jobba mentalt. Jag överlevde tack vare att jag sökte hjälp i tid, men återhämtande mig snabbare efter varje operation genom att jobba aktivt både mentalt och kroppsligt.

Rör på dig för att hålla dig frisk, rör på dig för att klara av livets påfrestningar, rör på dig för att få hjärnans belöningssystem att kicka igång, rör på dig för att hantera stress och rör på dig för att orka leva livet! Vi har ingen aning om hur vår framtid ser ut men vi vet att vi hanterar det mesta bättre både kroppsligt och mentalt med en stark kropp.

Tack till alla er inom vården för att ni finns! Mitt hjärta slår varje dag för er alla som inte längre finns med oss men som hade lika stark önskan som jag att få leva.

Kram Leila •



Bodil Westman,
Regionalt Cancercentrum Stockholm Gotland

Projekt Hälsofrämjande levnadsvanor

– samverkan mellan Svensk sjuksköterskeförening
och Sjuksköterskor i cancervård



Sjuksköterskor i cancervård har, i samarbete med Svensk sjuksköterskeförening, sökt och fått projektmedel från Socialstyrelsen för ett projekt som syftar till att anpassa och implementera riktlinjerna till personer som har eller har haft en cancersjukdom. Arbetet är en del i implementeringen av Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor.

Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor* uppdaterades 2017 och tar upp tobaksbruk, alkoholbruk, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. I maj 2018 kom även World Cancer Research Fund (WCRF) med en uppdaterad rapport kring cancerprevention där levnadsvanors koppling till specifika cancersjukdomar presenteras.

Samstämmigt är att regelbunden fysisk aktivitet, goda kostvanor, sparsamt med alkohol och ingen rökning är viktiga hälsofrämjande åtgärder för att minska risken för många sjukdomar inklusive cancer, en tredjedel av all cancer anses kunna förebyggas genom hälsosamma levnadsvanor.

Forskning visar även att förutom att förebygga att cancer uppstår är hälsosamma levnadsvanor även viktiga för att lindra biverkningar av cancerbehandling samt för att minska risken för recidiv eller ny tumörsjukdom.

SAMARBETSPROJEKTET

Under 2017 genomfördes, under ramen för vår förenings och Svensk sjuksköterskeförenings samarbetsprojekt, en interprofessionell workshop där riktlinjerna granskades av experter inom området. Arbetet resulterade i ett kunskapsunderlag *Samtal med cancerpatienter om levnadsvanor - teamets roll* som förankrades

interprofessionellt. Förutom våra två sjuksköteföreningar, står Svenska läkaresällskapet, Fysioterapeuterna och Dietisternas riksförbund bakom kunskapsunderlaget.

Kunskapsunderlaget och patientinformationen finns tillgängligt via Sjuksköterskor i cancervårds och Regionala cancercentrum i samverkans (RCC) hemsidor.

PATIENTINFORMATION OCH UTBILDNINGSDAGAR

I projektet har även patientinformation, som utgår från kunskapsunderlaget, tagits fram i samverkan med Nätverket mot cancer.

Under 2018 genomförde Sjuksköterskor i cancervård, i samverkan med Regionala cancercentrum, utbildningsdagar för kontaktsjuksköterskor för att sprida kunskapen. Utbildningsdagar har genomförts i Göteborg, Lund, Stockholm, Visby, Västerås och Umeå och har varit välbesökta, cirka 500 kontaktsjuksköterskor har deltagit.

Utvärderingen av utbildningsdagarna är mycket positiv. Deltagarna anger att de fått ny kunskap och i vissa fall fått tidigare kunskap bekräftad och de anser att detta är ett viktigt område för kontaktsjuksköterskan att lyfta. Den nya kunskapen gör dem tryggare i att ta upp och diskutera levnadsvanor med patienterna och de kan ge korrekta råd. Flera anger också att utbildningen varit viktig för dem i att förstå att även de själva behöver

förändra sina levnadsvanor för att minska cancerrisken.

Kontaktsjuksköterskorna ser utmaningar i form av att få tid till samtalen och att göra det på ett sätt så att det inte blir skuldbeläggande och pekpinar. Flera av deltagarna anger att de önskar utbildning i motiverande samtal.

FORTSATT ARBETE

Föreningen har tillsammans med Svensk sjuksköterskeförening sökt ytterligare projektmedel från Socialstyrelsen för fortsatt arbete med implementering av kunskap om Hälsosamma levnadsvanor och hur de påverkar uppkomst, behandling och rehabilitering av cancer. Vi har ännu inte fått besked om vi fått några pengar, så vi får återkomma om vilka aktiviteter som vi kan genomföra under 2019. •



Socialstyrelsen (2017)

1. 50 procent av alla kvinnor och 65 procent av alla män uppger att de har minst en ohälsosam levnadsvana.
2. 65 procent uppger att de inte är tillräckligt aktiva.
3. 20 procent uppger att de har ohälsosamma matvanor.
4. 20 procent (knappt) säger sig ha ett riskfyllt alkoholintag.
5. 10 procent av den vuxna befolkningen är dagligrökare.



Emma Nisukangas,
Leg. dietist, MSc, Dietisternas

Kost och cancer

Forskning från hela världen visar att hälsosamma levnadsvanor kan minska risken att drabbas av cancer (1). Enligt Cancerfondsrapporten 2018 orsakar övervikt mer än 2000 fall av cancer varje år (2).

SVÅRIGHETERNA MED ATT FORSKA PÅ MAT OCH CANCERINCIDENS

En cancer som är orsakad av levnadsvanor tar flera decennier att utvecklas, vilket gör det omöjligt att genomföra randomiserade kontrollerade studier på mat och cancerrisk. Dels för att människor inte äter en och samma sak jämt, dels för att det tar så lång tid att utveckla sjukdomen. De flesta studier på mat och cancerrisk är därför epidemiologiska observationsstudier. Många gånger har man tittat på stora populationer, registrerat deras matintag med hjälp av en frekvensenkät och sedan följt dem för att se vilka som utvecklar sjukdomen och vilka som inte gör det. Ett annat problem är att matintaget ofta är självrapporterat och det finns flera nackdelar med det. Det är många gånger svårt att minnas och vi har dessutom en tendens att säga att vi äter mindre av det som anses vara onyttigt, till exempel godis, läsk, kakor och alkohol samtidigt som vi säger att vi äter mer av frukt och grönsaker än vad vi egentligen gör.

World Cancer Research Fund är en internationell organi-

sation som analyserar och tolkar global forskning på mat, vikt och fysisk aktivitet kopplat till cancer. Bland annat formulerar de råd och rekommendation om hur en kan minska sin risk att drabbas av cancer genom hälsosamma matvanor. Ungefär vart tionde år släpper organisationen en rapport i ämnet och 2018 kom den senaste. Det är en rigorös analys av forskningen som genomförs inför rapporten. En forskargrupp på Imperial College i London genomför systematiska litteraturöversikter som sedan granskas av peer reviewer. Från The International Agency for Research on Cancer görs expertgenomgångar av de främsta biologiska mekanismerna för att stödja den epidemiologiska evidensen. Expertpanelen från CUP utvärderar och tolkar evidensen, bedömer om olika exponeringar ökar, minskar eller inte har någon effekt på risken för cancer. Utifrån detta formulerar panelen råd för cancerprevention.

Det är viktigt att tänka på att det är osannolikt att ett enskilt näringsämne eller livsmedel ensamt kan orsaka, förebygga eller bota en cancersjukdom. Forskare tror dock



10 råd för cancerprevention

- Håll en hälsosam vikt.
- Var fysiskt aktiv.
- Ät mer grönsaker, frukt, bär och baljväxter.
- Begränsa intaget av skräpmat.
- Begränsa intaget av rött kött och charkuterier.
- Begränsa intaget av sockersötad dryck.
- Begränsa intaget av alkohol.
- Använd inte kosttillskott för cancerprevention.
- För mödrar: Amma ditt barn om du kan.
- Efter cancerdiagnos: Följ dessa råd om du kan.

att hälsosamma matvanor i kombination med fysisk aktivitet och en hälsosam vikt leder till ett metabolt tillstånd som minskar risken att drabbas. Cancer är många olika komplexa sjukdomar och det är många olika faktorer, både kända och okända, som spelar roll i uppkomsten av sjukdomen. Detta gör att vissa kan äta hälsosamt, inte använda tobak och träna men ändå bli drabbade.

Allt fler drabbas av cancer, men fler och fler överlever en cancersjukdom enligt statistik från Cancerfonden. Institute for Health Metrics and Evaluation har i undersökningen Global Burden of Disease angett matvanor som den näst största orsaken till sjukdomsörden i Sverige, efter tobak (3). Den säger bland annat att vi äter för lite fullkorn, nötter, grönsaker och frukt medan vi äter för mycket salt och charkuterier. Att ändra på matvanorna minskar inte bara risken att drabbas av en ny cancer, men minskar även risken för andra sjukdomar, till exempel hjärtkärlsjukdom.

MOTSTRIDIGA RÅD FRÅN HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Många patienter upplever att de får väldigt motstridiga råd från hälso- och sjukvården. Till exempel så råds en att minska på intaget av socker och processade livsmedel för att minska risken att drabbas, men en som är drabbad kan få rådet att äta glass och dricka saft. Hur kan detta komma sig?

Målet med nutritionsbehandlingen kan skilja sig åt beroende på var en i tid befinner sig i förhållande till sjukdomen. För att förebygga att en ens drabbas av cancer så finns det generella råd som överensstämmer med Livsmedelsverkets kostråd och som även minskar risken att drabbas av andra sjukdomar. När en är drabbad och befinner sig under behandling är fokus mer på att lindra symtom orsakade av sjukdomen i sig eller behandlingen, men också att förebygga undernäring som kan vara negativt för utfallet. Efter avslutad behandling har patienten behov av råd som tar hänsyn till de biverkningar som uppkommit av sjukdomen eller behandlingen, samtidigt som råden bör gå mer mot att motverka malnutrition eller felnäring, vilket innebär både undervikt och övervikt/fetma eller att en inte får i sig tillräckligt av något eller flera näringsämnen. Många lever också länge efter en cancersjukdom och därför är också målet att förebygga att drabbas av andra sjukdomar kopplade till levnadsvanor.

SOCKER OCH CANCER

Frågan "Göder socker cancer?" kan vara den vanligaste frågan om mat och cancer. Svaret är dock inte så svart eller vitt som ett ja eller ett nej. Socker, eller glukos, är kroppens alla cellers favoritbränsle och i de flesta fall är cancercellen inte annorlunda. En cancercell har dessutom en väldigt hög ämnesomsättning och detta kan ses vid t.ex. PET-CT där man i många fall använder radioaktivt glukos för att lokalisera tumörer. Cancercellerna vill ha glukos, men det vill också resten av kroppens celler.

Vid en cancersjukdom så är kroppens immunförsvar aktiverat vilket också gör att ämnesomsättningen är förändrad. Stresshormoner aktiveras och kroppen ställer om till att spara på fettreserverna, och öka blodsockret. Finns det inte tillräckligt med glukos i blodet så kommer kroppen använda aminosyror från proteinet i maten för att bilda glukos. Och får den inte tillräckligt från maten så kommer den bryta ner musklerna för att bilda glukos. Det innebär att om en patient inte får i sig tillräckligt med energi så kommer den tappa i vikt och förlora muskler.

I ESPEN Guidelines on Nutrition in Cancer Patients så har man sammanfattat de studier som tittat på en kost som utesluter kolhydrater (kolhydrater som till slut bryts ner till glukos/socker). I djurstudier har man fått ganska bra resultat och tumörtillväxten har ibland förlängsammats och överlevnadstiden ökat. När man försökt testa detta på människor har man tyvärr inte fått samma goda resultat (4). Rekommendationen är att inte följa en kost eller diet som begränsar energiintaget hos patienter med risk för undernäring.

En cancersjukdom och/eller behandling kan ofta ge symtom och biverkningar som påverkar matintaget (4). Det är då framför allt viktigt att screena för undernäring och sätta in lämpliga åtgärder för att undvika viktnedgång och undernäring.

PATIENTEN SÖKER SJÄLV INFORMATION

I en masteruppsats tittade dietisten Nikki Kristiansson på var cancerpatienter och deras anhöriga sökte information om mat och cancer. Hon fann att Internet är den vanligaste källan för cancerpatienter att hitta information om mat och cancer (5). Bara hälften så många hade fått informationen via sjukvården.

I media förekommer det ofta rubriker om vad som är bra eller dåligt att äta. Alldeles nyligen var det en artikel med rubriken "Supermaten kan få tumören att växa". Denna hänvisade till en studie där forskarna sett att tillskott med antioxidanter kan vara negativt. Det är dock viktigt att skilja på mat och näring från livsmedel jämfört med kosttillskott. Livsmedel som innehåller mycket antioxidanter, till exempel frukt, grönsaker, bär och baljväxter, har visat sig minska risken för olika cancerformer. Det är ett ganska tydligt exempel på när medias tolkning av den vetenskapliga evidensen inte alltid lyckas. Det är därför bra om vi i hälso- och sjukvården kan ge råd och hänvisa patienten till pålitliga källor. Några exempel följer här nedan:



Pålitliga källor:

<https://www.1177.se/Tema/Cancer/Hjalp-och-stod/Ma-bra/Mat-vid-cancer/>
<https://www.cancerfonden.se/om-cancer/mat-vid-cancer> <http://drf.nu/mat-och-cancer/>
<https://www.wcrf.org/dietandcancer> (engelska)



Referenser

1. WCRF/AICR 2018 Diet, Nutrition, Physical Activity and Cancer: a Global Perspective (The Third Expert Report).
2. Cancerfonden. Cancerfundsrapporten 2018.
3. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease. Kostfaktorer, alla sjukdomar och båda könen i Sverige 2017. Tillgängligt från: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> [citerad: 2018-12-26]
4. Arends J, et al., ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clinical Nutrition* (2016). <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2016.07.015>
5. Kristiansson N. Kost och cancer: En enkätstudie om informationskällor, livsmedel och påverkade matvanor hos individer med en relation till cancer. *Umeå Universitet*.



Cecilia Olsson,

Universitetslektor i omvårdnad, Karlstads universitet
Projektledare, tidigare ordf. Sjuksköterskor i cancervård

Nytt kunskapsunderlag för teamets och...

Kontaktsjuksköterskors självskattade kompetens i att samtala med patienter om hälsofrämjande levnadsvanor

Inte kunde jag ana att ett telefonsamtal i februari 2017 kunde föra med sig så intressant och värdefullt arbetet om ohälsosamma levnadsvanor. Kunskap som teamet behöver för att kunna ge patienter vi möter dagligen i cancervården en evidensbaserad vård.



Projektet innefattade tre delar.

1. Sammanställning av kunskapsunderlaget avseende ohälsosamma levnadsvanor.
2. En enkätundersökning bland KSSK:or gällande deras kompetens i att samtala om ohälsosamma levnadsvanor med patienterna.
3. Framtagande av plan för implementering av hälsofrämjande rådgivande samtal i utbildningen till KSSK och för KSSK-verksamhet.

MED OHÄLSOSAMMA levnadsvanor menas här tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor hos vuxna personer som har diagnosticerats och har pågående behandling eller har behandlats för cancer. Inom cancerprevention finns fler ohälsosamma levnadsvanor så som våra solvanor och riskfyllda sexualvanor. Det finns många skäl till varför det är viktigt att ge information om ohälsosamma levnadsvanor, eftersom de har stor betydelse för uppkomst av cancersjukdom, ökad risk för biverkningar i samband med behandling och under rehabilitering av cancersjukdom.

Åter till det där telefonsamtalet och varför det är ovan nämnda levnadsvanor som kom att fokuseras. Telefonsamtalet kom från Svensk sjuksköterskeförening som undrade om Sjuksköterskor i cancervård var intresserade av att

gå in med en ansökan till Socialstyrelsen som handlade om implementering av Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011*. Detta erbjudande fanns endast ett svar på och projektgruppen skrev rask ihop en ansökan som fick bifall.

Syftet med projektet var att utarbeta och implementera kunskapsbaserade anpassade råd till canceröverlevare för att bidra till att öka deras välbefinnande och hälsa, samt minska risken för recidiv eller ny tumörsjukdom. Det sker genom att kontaktsjuksköterskan (KSSK) i sitt uppdrag utifrån evidens lyfter frågor om levnadsvanor med patienterna.

Ohälsosamma levnadsvanor som tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor har stor betydelse för såväl uppkomst av cancer som resultatet av cancerbehandlingen och rehabilitering och återgång till livet för canceröverlevare. Allt fler personer diagnostiseras, behandlas och/eller lever med en cancerdiagnos i Sverige. Antalet nya fall av cancer är årligen drygt 60 000 och idag lever cirka 500 000 personer som har eller har haft en cancerdiagnos. Orsakerna till cancer är flera, men vi vet idag att 30 procent av all cancer kan förebyggas med rökstopp, minskat riskbruk av alkohol, tillräcklig fysisk aktivitet och hälsosamma matvanor. Det innebär att den enskilda individen själv kan påverka risken för cancer, effekten av cancerbehandlingen och utfallet av rehabiliteringen. Men förändringar är svåra och ofta krävs stöd av hälso- och sjukvårdens personal för att ändra ohälsosamma levnadsvanor. Regelbunden fysisk aktivitet, goda kostvanor, sparsamt med alkohol och ingen rökning är viktiga hälsofrämjande åtgärder för att lindra biverkningar av behandlingen samt för att minska risken för recidiv eller ny tumörsjukdom.

SAMMANSTÄLLNING AV KUNSKAPSUNDERLAGET

Arbetet gjordes genom att jämföra *Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011* med litteraturgenomgång av kunskapsläge avseende hälsosamma levnadsvanor efter avslutad behandling för cancer. En tvärprofessionell workshop med experter inom områdena anordnades hösten 2017 för att jämföra riktlinjerna med gällande kunskapsläge för levnadsvanor under och efter avslutad behandling för cancer. Representanter med klinisk och akademisk kompetens från Sjuksköterskor i cancervård, Svenska Läkarsällskapet, Fysioterapeuterna, Dietisternas Riksförbund samt epidemiolog och molekylärbioleg deltog.

Under workshopen beslutades att utvidga satsningen till att gälla råd anpassade till patienter som fått en cancerdiagnos, genomgår eller har behandlats för cancer, canceröverlevare och patienter som lever med cancer (kronisk sjukdom). Deltagarna i workshopen beslutade också om att verka för en interprofessionell förankring av råden för att öka förutsättningarna för en framgångsrik implementering.

Utifrån detta togs broschyren *Samtal om hälsofrämjande levnadsvanor vid cancer - Ett kunskapsunderlag för teamet* fram. I samband med arbetet med broschyren kom Socialstyrelsen ut med reviderade *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor - Stöd för styrning och ledning*. Dessa har också granskats och ligger till grund för broschyren. Broschyren finns att hitta på Svensk sjuksköterskeförenings respektive Sjuksköterskor i cancervårds hemsidor.

Kontaktsjuksköterskor inom cancervård är en fast vårdkontakt som ska finnas för patienten genom hela vårdkedjan

”30 procent av all cancer kan förebyggas med rökstopp, minskat riskbruk av alkohol, tillräcklig fysisk aktivitet och hälsosamma matvanor.”

från diagnos, under behandling och efter avslutad behandling. KSSK har därför en specifik möjlighet att vara en stödjande funktion vid levnadsvaneförändringar genom att med hälsofrämjande samtal ge råd som kontinuerligt följs upp. Men det förutsätter att KSSK har kompetens i levnadsvanornas betydelse för cancerbehandling och cancerrehabilitering. Kunskap om och hur KSSK genomför hälsofrämjande samtal med cancerpatienter är bristfällig. Det var därför angeläget att studera vilken kompetens KSSK ansåg sig ha inom området.

ENKÄTUNDERSÖKNING

Enkätundersökningen, *Kompetens hos kontaktsjuksköterskor inom cancervård* genomfördes bland KSSK i två Regionala cancercentrum, Uppsala-Örebro samt Stockholm-Gotland i slutet av 2017. I enkäten ställdes bland annat frågor om:

- Vilka hälsofrämjande åtgärder diskuteras med patienterna?
- När tas frågor om hälsosamma levnadsvanor upp med patienterna?
- Vilka faktorer påverkar val av område (fysisk aktivitet, goda kostvanor, sparsamt med alkohol och ingen rökning) som KSSK samtalar med patienterna om?
- Vad hindrar eller främjar samtalen?
- Självskattad kompetens inom området samt rådgivande/hälsofrämjande samtal.

Det var 119 KSSK som svarade på enkäten. Deras ålder var mellan 27-64 år och fördelning på kön var kvinnor (n=114) och män (n=3).

Enligt KSSK var fler än 50 procent av patienterna under uppföljning efter cancerbehandling. Kontaktsjuksköterskorna gav råd om kost (68 %), fysisk aktivitet (75 %), rökavvänjning (50 %) och alkoholvanor (37 %). Detta kan jämföras med deras uppfattningar om vilka råd patienterna sökte för (ofta eller ibland); råd om kost (87 %), fysisk aktivitet (87 %), rökavvänjning (52 %) och alkoholvanor (34 %) (tabell 1).

63 procent av KSSK önskade mer kunskap om cancerrehabilitering för att kunna tillgodose patienternas behov. För områdena råd om kost (27 %), fysisk aktivitet (39 %), rökavvänjning (20 %) och alkoholvanor (20 %) svarade färre att de upplevde behov av mer kunskap. Vilket kan tolkas som att det är andra områden inom cancerrehabilitering som KSSK önskar ytterligare information om. En stor variation identifierades i KSSK svar angående viken typ, dos och intensitet av fysisk aktivitet och träning som Nationella vårdprogrammet i cancerrehabilitering rekommenderar.

Avseende attityder om fysisk aktivitet och träning som del av cancerrehabilitering för individer som har/haft en cancersjukdom fick KSSK svara på fyra påståenden på en 6-gradig skala, Instämmer inte alls (1) - Instämmer helt och hållet (6).

Forts. nästa sida

Fler än 90 procent av kontaktsjuksköterskorna svarade att de inte instämde (skattade 1-2) till påståendena *Att träna hårt är farligt eftersom individen är skör av cancersjukdom och behandling (90 %). Att träna hårt är negativt eftersom det kan förstöra effekten av behandlingen (95 %). Individer med biverkningar efter cancerbehandling borde lägga sin energi på viktigare saker än träning (93 %) och Jag är orolig för att individer efter cancersjukdom ska kollapsa under hård träning (91 %).*

PLAN FÖR IMPLEMENTERING

Inom ramen för projektet ingick också att ta fram en plan för implementering av hälsofrämjande rådgivande samtal i utbildningen till KSSK och för KSSK-verksamhet. I det nationella nätverket av lärosäten som ger utbildningen Kontaktsjuksköterska i cancervård 7.5 hp, kommer hälsofrämjande rådgivande samtal som särskild del i utbildningen att

diskuteras. Efter kontakt med kontaktpersoner för KSSK vid de olika RCC och det Nationella nätverket för KSSK har utbildningsdagar om hälsosamma levnadsvanor genomförts. Då hela vårdkedjan finns med i det hälsofrämjande arbetet kan KSSK nu utifrån evidensbaserade riktlinjer tillsammans med övriga i teamet stödja patienterna i förändringar av levnadsvanor (Socialstyrelsen 2011, 2017, samt broschyren steg 2). KSSK har genom sin stödjande funktion genom hela vårdkedjan en unik möjlighet att stödja levnadsvaneförändringar genom att med hälsofrämjande samtal ge råd som kontinuerligt följs upp.

Förutom Cecilia Olsson bestod projektgruppen av Maria Larsson, professor i omvårdnad, Karlstads universitet och Bodil Westman, Regional samordnare kontaktsjuksköterskor RCC Stockholm Gotland. I broschyren namnges också samtliga experter som deltagit i workshop och/eller som granskare av broschyren. •



Referenser som ligger till grund för broschyren och artikeln

1. Arends, J., Bachmann, P., Baracos, V., Barthelemy, N., Bertz, H., et al. (2017). ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clinical Nutrition*, 36 (1), 11-48.
2. International Agency for Research on Cancer. (2012). IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans: Personal habits and indoor combustions, A Review of Human Carcinogens. Lyon, France.
3. IOGT-NTO, Svenska Läkaresällskapet & CERA (2016). Alkoholen och samhället: Alkohol och cancer 2016/2017 <http://iogt.se/wp-content/uploads/1611-Alkohol-och-cancerrapport-2016-WEBB-003.pdf>
4. LoConte, N., Brewster, A., Kaur, J., Merrill, J. & Alberg, A. (2018). Alcohol and Cancer: A Statement of the American Society of Clinical Oncology. *Journal of Clinical Oncology*, 36, 83-93.
5. Segal R, Zwaal C, Green E, Tomasone JR, Loblaw A & Petrella T and the Exercise for People with Cancer Guideline Development Group (2017). Exercise for people with cancer: a clinical practice guideline. *Current Oncology*, 24 (1): 40-46.
6. Segal R, Zwaal C, Green E, Tomasone JR, Loblaw A & Petrella T and the Exercise for People with Cancer Guideline Development Group (2017). Exercise for people with cancer: a clinical practice guideline. *Current Oncology*, 24 (4): e290-e515.
7. Socialstyrelsen (2011). Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011- Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor- Stöd för styrning och ledning. Stockholm.
8. Socialstyrelsen (2014). Nationella riktlinjer för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård – Stöd för styrning och ledning. Stockholm
9. Socialstyrelsen (2017). Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor - Stöd för styrning och ledning. Stockholm.
10. Stout N, Baima J, Swisher A, Winters-Stone K & Welsh, J. (2017). A Systematic Review of Exercise Systematic Reviews in the Cancer Literature (2005-2017). *The Official Journal of the American Academy of Physical Medicine & Rehabilitation*, S347-S384.
11. World Cancer Research Fund. (2016). Summary of Global Evidence on Cancer Prevention. www.wcrf.org
12. <https://wcrf.org/int/cancer-facts-figures/link-between-lifestyle-cancer-risk/alcohol-cancer>
13. World Cancer Research Fund (2015). Continuous update project report: Diet, nutrition, physical activity and liver cancer. <http://wcrf.org/liver-cancer-2015>
14. World Cancer Research Fund (2016). Continuous update project report: Diet, nutrition, physical activity and stomach cancer. <http://wcrf.org/stomach-cancer-2016>
15. World Cancer Research Fund (2017) Diet, nutrition, physical activity and breast cancer.
16. http://www.wcrf.org/sites/default/files/CUP_BREAST_REPORT_2017_WEB.pdf
17. World Cancer Research Fund. (2017). Cancer prevention and survival.
18. http://wcrf.org/sites/default/files/CUP_Summary_Report_Sept17.pdf
19. <http://wcrf.org/int/research-we-fund/continuous-update-project-findings-reports>
20. World Health Organization (WHO), Europe. (2016). Preventing cancer - The European code against cancer. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer/news/news/2016/02/preventing-cancer-the-european-code-against-cancer>
21. World Health Organization (WHO), Europe. (2018). Raising awareness of the link between alcohol and cancer. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/news/news/2018/02/raising-awareness-of-the-link-between-alcohol-and-cancer>
22. WCRF material på svenska. Mat och cancer- bra mat efter cancerbehandling. Centrum för cancerrehabilitering Stockholms läns landsting och Dietisternas Riksförbund.
23. <http://www.drf.nu/wp-content/uploads/2018/01/DRF-Efter-Cancerbehandlingen-print7.0.pdf>
24. Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet (YFA). (2017). Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. FYSS 2017.

Låt inte en blodpropp äventyra en lovande cancerbehandling



Ny webbplats och App för att öka medvetenheten om venös tromboembolism, VTE och underlätta följsamheten till behandlingen med Fragmin® (dalteparinnatrium)

VTE är den näst vanligaste dödsorsaken hos cancerpatienter¹ och det är en dödsorsak hos cancerpatienter med pågående cytostatikabehandling² som går att förebygga. Detta understryker vikten av de riktlinjer³ som rekommenderar behandling av VTE hos cancerpatienter med lågmolekylärt heparin, såsom Fragmin®, under minst 6 månader.

Nya hjälpmedel för att möta patienternas behov

1. Webbplatsen **fragminpatient.se** för att öka medvetenheten och tillhandahålla information om VTE och den samtidiga risken vid cancersjukdom.
2. Appen **FragminPatient** kan hjälpa Fragminpatienterna att följa sin behandling, ge stöd och goda råd samt exempel på enkla övningar för att förbättra blodcirkulationen.

Läs mer om hjälpmedlet på www.fragminpatient.se
FragminPatient-appen finns att hämta på:



Använd koden 201709 för att få åtkomst till appen.



Referenser: 1. Khorana AA. Thromb Res. 2010;125:490-493. 2. Noble S. et al. The Pelican study. Patient Prefer Adherence. 2015; 9: 337-345. 3. Lyman GH . Khorana A A, Kuderer, N M et al. Venous Thromboembolism Prophylaxis and Treatment in Patients With Cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update J Clin Oncol. 2013;49:1118-1134.

Fragmin® (dalteparinnatrium). Injektionsvätska. Rx. B01AB04. Ingår i läkemedelsförmånen. **Godkända indikationer:** 1. Behandling av akut djup ventrombos och lungemboli när trombolytisk behandling eller kirurgi inte är aktuell. 2. Cancerpatienter: Behandling och sekundärprevention av djup ventrombos och lungemboli. 3. Trombosprofylax vid kirurgi. 4. Profylax till patienter med kraftigt ökad risk för venös tromboembolism och som är tillfälligt immobiliserade p.g.a. akut sjukdomstillstånd som t.ex. hjärtinsufficiens, andningsinsufficiens, allvarlig infektion. 5. Instabil kranskärlssjukdom (instabil angina och icke Q-vågsinfarkt). 6. Trombosprofylax-antikoagulation vid extrakorporeal cirkulation under hemodialys och hemofiltration. **Kontraindikationer:** Överkänslighet för Fragmin eller andra lågmolekylära hepariner och/eller heparin t.ex. tidigare konstaterad eller misstänkt immunologiskt medierad heparininducerad trombocytopeni (typ II). Akut gastroduodenalt ulcus och hjärnblödning eller annan aktiv blödning. Svår koagulationsrubbing. Akut eller subakut septisk endokardit. Skador och operationer i centrala nervsystemet, öga och öra. Epidural anestesi eller punktion av spinalkanalen och samtidig behandling med höga doser dalteparin (såsom vid behandling av akut djup venös trombos, lungemboli och instabil kranskärlssjukdom). Epidural anestesi under förlösning är absolut kontraindicerat hos kvinnor som behandlas med antikoagulantia. Hos gravida kvinnor har halveringstider för dalteparin på 4-5 timmar uppmätts under den sista trimestern. Styrkor: 2500 IE/ml, 10000 IE/ml, 25000 IE/ml. Förpackningar och priser: se www.fass.se. För gällande priser på sjukhusartiklar på rekvisition, se regionala upphandlingsavtal. **Datum för senaste översyn av produktresumén 2016-10-31.** För mer information se www.fass.se. www.pfizer.se.



Pfizer 191 90 Sollentuna
Tel 08-550 520 00, www.pfizer.se





Maria Grandahl,
Barnsjuksköterska, universitetslektor.
Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap,
Uppsala Universitet



Tryggve Neveus,
Universitetslektor, Institutionen för kvinnors
och barns hälsa, Uppsala Universitet



Tina Dalianis,
Professor, institutionen för Onkologi-patologi,
Karolinska Institutet

Att vaccinera eller inte vaccinera mot humant papillomvirus?

Årligen drabbas runt 550 000 kvinnor i världen av livmoderhalscancer orsakad av HPV-virus. Av dessa avlider 311 000 av sin sjukdom. Majoriteten som drabbas är under 50 år, en produktiv tid i livet med familj och arbete vilket medför lidande för individen, familjen och hälsoekonomiska konsekvenser för samhället. Nyligen har det visats att HPV också finns i tonsill- och tungbascancer. Dessa tumörer drabbar mest män och har ökat epidemiskt i västvärlden.

Redan de gamla grekerna beskrev förekomsten av genitala vårtor. I slutet av 1800-talet påvisades likheter mellan genitala vårtor och vanliga vårtor på huden och att man kunde sprida vårtor genom att ta "cellfritt extrakt" från en vårta och inokulera det i frisk hud. Tidigare än så i en studie från 1760-1839 i staden Verona konstaterades att livmoderhals-cancer var vanligare hos prostituerade än hos nunnor. Mycket senare, 1948, påvisade N. Papanicolaou att det förekom olika stadier av cellulära förändringar på livmoderhalsen innan aggressiv cancer var ett faktum och denna test kunde bistå till att ta bort tidiga förändringar och förebygga fullt utvecklad cancer. Tillsammans tydde alla dessa fynd på något infektiöst.

På 1970-talet diskuterades livligt ett orsakssammanhang mellan virusinfektion och livmoderhalscancer och då en koppling till herpes simplex virus II (genital herpes simplex). Samtidigt undersökte andra forskare om det fanns samband mellan humant papillomvirus (HPV) och livmoderhalscancer. Successivt och inte utan motstånd visade det sig att det rörde sig om infektion med olika HPV-typer. Nu vet vi att livmoderhalscancer orsakas av vissa s k högrisk HPV-typer och då framförallt HPV-typerna 16 och 18 som tillsammans ansvarar för 70 procent av all livmoderhalscancer. Den första publikationen som påvisade HPV16-virus i livmoderhalscancer kom först 1982. Det faktum att det rörde sig om flera HPV-typer försvårade situationen ganska mycket. Det skulle dröja flera

år innan hela vetenskapssamhället skulle acceptera att HPV faktiskt orsakade livmoderhalscancer. Detta ledde till att Harald zur Hausen fick Nobelpriset 2008.

HUMANT PAPILLOMVIRUS OCH DESS SJUKDOMAR

Nu vet man bestämt att HPV består av olika typer. Fler än 200 HPV-typer har beskrivits hittills. De flesta finns i huden där några orsakar vanliga hudvårtor. Andra HPV-typer finns i slemhinnorna. Av dessa är några så kallade lågrisk HPV-typer som kan ge genitala vårtor eller återkommande larynxpapillom. Andra så kallade högrisk eller potentiell högrisk HPV-typer kan ge upphov till cancer. Mest känt är att HPV förorsakar livmoderhalscancer men samma HPV typer förekommer vid cancer i vulva, vagina, penis och ändtarmen, det vill säga anogenitala tumörer. Nyligen har det alltså visats att HPV också finns i tonsill- och tungbascancer. Dessa tumörer drabbar mest män och har ökat epidemiskt i västvärlden.

HUMANT PAPILLOMVIRUS OCH DESS BESTÅNDSDELAR

De olika HPV-typerna har många likheter och olikheter. De är små dubbelsträngade cirkulära DNA-virus och DNAt kodar för de tidiga proteinerna E1-E8 som bestämmer vilken förmåga de olika HPV-typerna har för att förorsaka sjukdom, vårtor eller cancer. Alla HPV-typers DNA kodar också för två sena proteiner som bildar virusets hölje. Dessa kallas L1 och L2. L1 dominerar och kan under rätta omständigheter i lösningar med rätt pH och salter bilda en viruskapsid som ser precis ut som viruspartikeln. Dessa proteiner tillverkas i industriell skala idag och användas för vaccintillverkning. Det är L1-proteinets förmåga att bilda viruskapsider som gjort det möjligt att framställa dagens ofarliga vaccin mot olika HPV-typer. När man vaccinerar med dessa vacciner så bildas det antikroppar som känner igen de specifika HPV-typerna som vaccinet är riktat mot och neutraliserar infektionen med just dessa.

HPV-VACCIN

Vaccinationer är den främsta medicinska insatsen som har förbättrat folkhälsan och minskat dödlighet globalt. Det första HPV-vaccinet Gardasil som godkändes 2006 av FDA i USA var riktat mot högrisk HPV-typerna HPV16 och 18 som förorsakar 70 procent av all livmoderhalscancer och lågrisk HPV-typerna HPV 6 och 11 som förorsakar de flesta genitala



vårtorna och de flesta återkommande larynxpapillom. Det andra HPV-vaccinet, Cervarix, som godkändes 2007 av FDA var riktad bara mot HPV16 och 18. Sedan 2011 finns det nanovalenta Gardasil-vaccinet, som dessutom är riktad mot högrisk HPV 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58 och lågrisk HPV 6 och 11. I Sverige introducerades subventionerat HPV-vaccin (valfri typ) gradvis 2010 för flickor födda 1999 eller senare. Vaccinet ger bäst skydd innan exponering av viruset, vilket innebär innan sexual debut och det har bäst effekt hos barn under 15 år. Från 2012 erbjuds 10-12 åriga flickor vaccin mot HPV 16, 18, 6 och 11 via det skolbaserade vaccinationsprogrammet. Det finns även möjlighet till uppvaccinering i skolan upp till 18 års ålder och flera regioner erbjuder även vaccinet för unga kvinnor upp till över 20 års ålder.

HPV-VACCIN OCH UNGDOMAR

Vår forskargrupp startade en undersökning på en klinik för 15-23 år gamla ungdomar i Stockholm under perioden 2008-2011 innan HPV-vaccination hade kommit igång, för att få en bild av baslinjefrekvensen. Då var cirka tio procent av ungdomarna vaccinerade enligt "catch-up"-programmet vilket i princip innebär att vaccinet kunde ha givits efter sexual debut. Vi kunde då visa att hos kvinnor som inte var vaccinerade hade 70 procent en HPV-infektion och frekvensen av högrisk HPV-infektioner var runt 60 procent med den allra högsta prevalensen av HPV16 på 31 procent medan prevalensen av HPV18 var tio procent vid ett givet tillfälle.

Vid uppföljningsstudier några år senare då "catch up"-vaccinationsfrekvensen hade stigit till 70 procent hade prevalensen av HPV16 sjunkit till fem procent hos vaccinerade och till 16 procent hos ovaccinerade individer. För HPV 18 hade prevalensen sjunkit från tio procent till 1,5 procent. Det är då känt att om färre än 80 procent av alla flickor vaccineras så skyddas även andra flickor och pojkar i samma åldersgrupper, genom så kallad flockimmunitet (herd immunity).

EFFEKTIVT SKYDD

Vi har följt upp våra studier på ungdomskliniken och funnit att skyddet mot de HPV-typer som finns i vaccinet är mycket effektivt. Vi har också tillsammans med andra studerat attityder till HPV-vaccinet hos ungdomar. Mer än 280 000 miljoner doser har givits världen över sedan år 2006. Vaccinet är mycket säkert och biverkningarna ytterst få och inträffar i regel vid vaccinationsstället. Vi som dessutom forskar på HPV-inducerad tonsill- och tungbascancer tycker att vaccinet skall erbjudas unga pojkar inom det skolbaserade barnvaccinationsprogrammet. De skall inte för sitt eget skydd vara beroende av att flickorna är vaccinerade. Studier visar att skolsköterskor och föräldrar är positiva till att vaccinera både flickor och pojkar mot HPV. Pojkarna själva har också visat sig vara intresserade av att vaccineras mot HPV.

Att vaccinera mot HPV har inte varit problemfritt. Det finns grupper som har varit rädda för att vaccinet kommer att uppmuntra till sexuell promiskuitet och föräldrar har då

Forts. nästa sida 



När aptiten och vikten sviktar ...

... kan RESOURCE® stötta

För patienter med malnutrition eller risk för malnutrition har vi utvecklat RESOURCE®, en omfattande serie av vetenskapligt framtagna produkter som är avsedda att ge näring och energi till patienter med olika behov. Så att de kan må så bra som möjligt.

Livsmedel för speciella medicinska ändamål.
Information till hälso- och sjukvårdspersonal.



NÄR EXTRA KRAFT BEHÖVS

inte önskat vaccinera sina barn. Denna oro har inte kunnat stödjas av studier som utförts av oss i Sverige utan flickans unga ålder och oro för biverkningar är de främsta orsakerna till att föräldrar tackar nej till vaccinet. Beslutet att vaccinera eller inte är även emotionellt och myter och falsk information kan påverka. Det finns artiklar som hävdar att HPV-vaccinet har biverkningar som inte kunnat konfirmeras och andra som påstår att HPV-vaccinet ökar risken att bli smittad. Det finns artiklar på nätet med alla möjliga oegentligheter. Detta kan göra att det plötsligt blir en minskning av antalet flickor som vaccineras och då sjunker flockimmuniteten också. Detta har hänt i vårt grannland Danmark där vaccinationstäckningen hos flickor sjönk till 20 procent en period. Att vaccinera både flickor och pojkar är en förebyggande åtgärd som rekommenderas av WHO, det hjälper alla och räddar liv.

Ser man historiskt på det hela är det ju en helt fantastisk situation att vi idag har möjlighet att vaccinera mot HPV-inducerad cancer. Rent teoretiskt så skulle man kunna utrota vissa HPV-typer och på det sättet också drastiskt minska HPV-inducerad cancer hos mänskligheten. Är inte detta en önskedröm som blir sann?

Det är bra att det finns vaccin men även med detta kommer det ta decennier innan tumörer inducerade av dessa virus försvinner så vi måste parallellt fortsätta med screening för att tidigt upptäcka förstadium till cancer och att hitta bättre terapier för de som drabbas av cancer. •

Valda litteraturreferenser

1. Tommasino M. The human papillomavirus family and its role in carcinogenesis. *Semin Cancer Biol.* 2014 Jun;26:13-21.
2. Ramqvist T, Du J, Lundén M, Åhrlund-Richter S, Ferreira J, Marions L, Sparén P, Andersson S, Dalianis T. Pre-vaccination prevalence of human papillomavirus types in the genital tract of 15-23-year-old women attending a youth health clinic in Stockholm, Sweden. *Scand J Infect Dis.* 2011 Feb;43(2):115-21.
3. Grün N, Åhrlund-Richter A, Franzén J, Mirzaie L, Marions L, Ramqvist T, Dalianis T. Follow-up on oral and cervical human papillomavirus prevalence 2013-2015 in youth at a youth clinic in Stockholm, Sweden. *Infect Dis (Lond).* 2016 Feb;48(2):169-70.
4. Grandahl M, Nevéus T, Dalianis T, Larsson M, Tydén T, Stenhammar C. 'I also want to be vaccinated!' - adolescent boys' awareness and thoughts, perceived benefits, information sources, and intention to be vaccinated against Human papillomavirus (HPV). *Hum Vaccin Immunother.* 2018 Nov 27. [Epub ahead of print]



Kerstin Annerborn, Enhetschef eStöd,
Maria Ungdom, Beroendecentrum Stockholm,
Stockholms läns sjukvårdsområde

Alkohollinjen

– Stöd till förändring

Alkohollinjen är en nationell stödlinje för personer som funderar över sina alkoholvanor eller är oroliga för någon de bryr sig om. Hit är alla välkomna att ringa, också anonymt.

Alkohollinjen startades 2007 med målet att erbjuda stöd till personer med riskbruk av alkohol. Från start har verksamheten tagit emot samtal från personer med riskbruk, men också personer med en högre konsumtion av alkohol och berörda anhöriga. Idag är syftet att erbjuda ett tillgängligt stöd till alla som funderar över sina egna eller någon annans alkoholvanor.

Under 2018 tog rådgivarna på Alkohollinjen emot 3305 samtal. Målsättningen är att erbjuda korta insatser via telefon och hänvisning till ytterligare stöd vid behov. Alkohollinjen drivs av Region Stockholm och har ett nationellt uppdrag. Den har huvudsakligen finansierats av Socialdepartementet via Folkhälsomyndigheten. Verksamheten är idag organiserad inom enheten för eStöd på Beroendecentrum Stockholm.

VAD ERBJUDER ALKOHOLLINJEN?

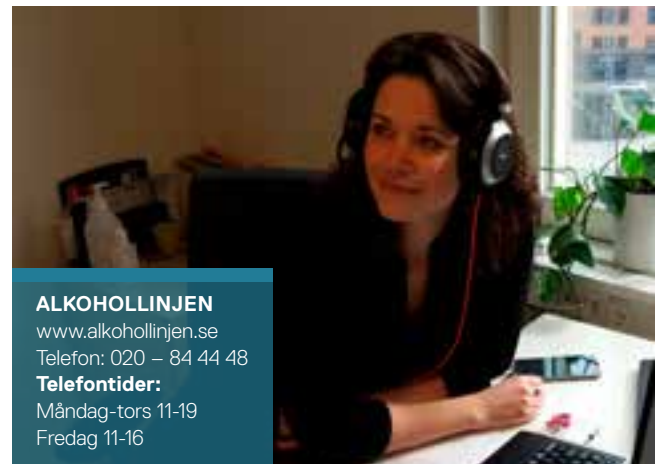
Den som ringer till Alkohollinjen kan vara anonym. Alkohollinjen erbjuder korta interventioner baserat på ett eller några få uppföljande samtal. Den huvudsakliga samtalsmetoden är Motiverande samtal (MI) som syftar till att öka en persons motivation och förmåga att klara av att genomföra en förändring. När personer ringer för egen del börjar samtalet ofta med AUDIT, ett frågeformulär för att identifiera riskfylld eller problematisk alkoholkonsumtion. Det hjälper rådgivaren och personen som ringer att få en gemensam bild av hur alkoholvanorna ser ut och möjligheten att anpassa råden utifrån det. Det finns även självhjälpsmaterial som kan skickas ut. Övningarna i självhjälpsmaterialet bygger på kognitiv beteendeterapi (KBT), en form av terapi som fokuserar på att se sambandet mellan tankar/känslor och beteenden. Efter att personen tagit del av självhjälpsmaterialet kan de få ett uppföljande samtal om de önskar.

VAD HÄNDER NÄR MAN RINGER?

Ett första samtal på Alkohollinjen kan ta upp till cirka 45 minuter. Ett vanligt samtal börjar med att jobba mot att skapa en bra arbetsrelation. Sedan ställer rådgivaren AUDIT-frågorna om personen ringer för egen del. Oftast handlar samtalet en hel del om vilka skäl personen har till förändring, både om det som personen känner är negativt med sitt drickande, men också om de förhoppningar som finns om personen skulle ändra sina alkoholvanor.

–De flesta som ringer har redan många bra tankar om varför de vill eller behöver göra en förändring. Då kan de få stöd i att sortera tankarna och faktiskt reda ut vad de behöver göra för att nå den förändringen, säger Nelleke Heinemans, rådgivare på Alkohollinjen.

Om personen är redo att ta ett beslut, gör rådgivaren och



ALKOHOLLINJEN

www.alkohollinjen.se

Telefon: 020 – 84 44 48

Telefontider:

Måndag-tors 11-19

Fredag 11-16

den som ringer upp en plan för förändring. Då handlar samtalet om vad som kan vara hjälpsamt framöver och förberedelser för risksituationer som kan uppstå. Även om rådgivaren kan komma med förslag är det alltid personen som ringer som avgör vad som är rätt val just nu.

Många av de som ringer till Alkohollinjen är personer som är oroliga för någon annans alkoholvanor. En del vill ha konkreta tips för hur de kan bemöta den person som de känner oro för. Då kan samtalet till exempel handla om kommunikation eller gränssättning. De kan ofta, under en lång period, haft mycket fokus på sin närstående och har gång på gång flyttat på sina gränser för vad som är acceptabelt. En del har tappat tillit till sina egna iakttagelser. Då finns det ofta ett starkt behov att få prata om situationen som varit. Syftet med samtalet blir då att varsamt flytta tillbaka fokus till den anhörige som ringer, att prata om vad hen kan göra för att påverka sin egen situation och sitt välbefinnande.

HUR TAS STÖDET EMOT?

Då och då genomförs studier för att utvärdera den rådgivning som ges. De personer som ringer angående sin egen alkoholkonsumtion har tillfrågats om hur de upplevde kontakten med Alkohollinjen. De har även följts upp när det gäller utvecklingen av deras alkoholvanor och psykiska hälsa. Det som kommer fram är att nästan alla tillfrågade upplever att de blir mycket väl bemötta (95%). De beskriver att de känner sig förstådda och lyssnade på och att rådgivaren visade respekt för deras egna mål och beslut. Många beskriver också att det är ett bra första steg till att söka annan hjälp. Ett år efter den första kontakten med Alkohollinjen har deltagarna också uppnått betydande förbättringar av både sina alkoholvanor och sin hälsa.

Under 2015-2018 gjordes en kontrollerad studie på Alkohollinjen. I den randomiserades inringare till antingen de sedvanliga samtalen via telefon eller ett hemskickat självhjälpsmaterial med uppföljande samtal. Resultatet visade att båda uppläggen hade effekt, personerna som deltog hade minskat sitt drickande när de följdes upp efter sex månader. •



Referenser

1. Heinemans et al. An evaluation of long-term changes in alcohol use and alcohol problems among clients of the Swedish National Alcohol Helpline. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy 2014, 9:22
2. Säfsten. CALLING FOR CHANGE: the effectiveness of helpline counselling and spontaneous change in problematic alcohol use. 2018.

Sluta-Röka-Linjen

Ett livsviktigt stöd och ett centrum för tobaksavvänjning

Sluta-Röka-Linjen är en nationell stödlinje för de som vill sluta med tobak. Sedan starten 1998 har Sluta-Röka-Linjen tagit emot över 150 000 samtal och utvecklats till ett forum för tobaksavvänjning. Verksamheten drivs idag av Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin inom Region Stockholm och finansieras huvudsakligen av Socialdepartementet. Rådgivarna som arbetar med samtalen är kvalificerade tobaksavvänjare och har en bakgrund inom vård-, tandvård, beteendevetenskap, folkhälsovetenskap och hälsopedagogik.



Caroline Byh,

Rådgivare och ansvarig för marknadsföring och kommunikation, Sluta-Röka-Linjen, Enheten för hälsofrämjande levnadsvanor, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES), Region Stockholm

Tanken är att det ska vara enkelt och kostnadsfritt att få professionell hjälp att bli rök- och snusfri, utan att behöva ta sig till en mottagning eller boka tid i förväg. Sluta-Röka-Linjen nås via både telefon och chatt. Förutom att erbjuda individbaserat stöd i tobaksavvänjning välkomnar vi också samtal från närstående som vill ha vägledning för att stötta någon som vill sluta. Det kan till exempel vara en vuxen som är orolig för ett barn som börjat röka eller en partner som vill veta hur den bäst stöttar någon som vill sluta. Vi erbjuder även handledning till vårdpersonal.

VÅRT ARBETSSÄTT/METOD

Vi arbetar med kvalificerat rådgivande samtal- tobaksavvänjning. Tillsammans med klienten lägger vi upp en individuell plan för hur rök- och eller snusstoppet kan genomföras. Vi utgår från klientens motivation som är avgörande för att få till en permanent förändring. Vi kan följa klienterna på vägen till ett tobaksfritt liv och erbjuder uppföljning med flera samtal över tid. Tobaksavvänjningsmetoden är baserad på motiverande samtal (MI) och kognitiv beteendeterapi (KBT). Att sluta röka eller snusa är en förändringsprocess som ofta tar lång tid och sker stegvis. Många är ambivalenta, dels är de oroliga för farorna och nackdelarna med tobaksbruket,

dels uppskattar de samtidigt det de upplever som positiva effekter av tobaken. I samtalen får klienten tillsammans med rådgivaren från Sluta-Röka-Linjen utforska motiven som ligger till grund för förändringsviljan och bygga upp strategier för att hantera hindren.

Att sluta röka eller snusa innebär att gå igenom en period på omkring en månad när man kan uppleva kraftigt ökad stress och nedsatt livskvalitet på grund av stora omställningar och nikotinabstinens.

Det gäller att ha stark motivation och arbeta aktivt för att undvika återfall. För många är det ett stort och energikrävande arbete att lära sig hantera livet utan tobak. De flesta behöver flera försök innan de blir tobaksfria för gott.

Sluta-Röka-Linjen är öppen måndag till torsdag 9-19, fredag 9-16. Verksamheten har tre till fyra telefonlinjer öppna under dagtid och en till två på kvällstid.

”Det är viktigt att kunna ha en låg tröskel in till vår verksamhet och erbjuda ett jämlikt stöd för alla som vill sluta med tobak.”

RESULTAT OCH UTVÄRDERING

Sannolikheten att lyckas sluta med tobak ökar med professionell hjälp. Studier visar att tobaksavvänjning är effektivt. Utvärderingar pekar på cirka 35 procent självrapporterad tobaksfrihet efter tolv månader för dem som fått vårt stöd. Telefonbaserad tobaksavvänjning anses också vara en av vårdens mest kostnadseffektiva insatser.

VÅRDEN KAN SE OSS SOM EN RESURS I ARBETET MED TOBAKSAVVÄNJNING

Alla som arbetar i vården har en viktig roll i att stötta och vägleda människor som önskar sluta med tobak. Saknas det kompetens, resurser eller andra möjligheter för att aktivt arbeta med tobaksavvänjning på plats är det alltid möjligt att hänvisa/remittera patienter till Sluta-Röka-Linjen. Under 2018 tog vi emot omkring 350 hänvisningar och remisser från vården. För att hänvisa dina patienter till Sluta-Röka-Linjen, kan du dela ut vårt visittkort och uppmana patienten att själv ringa till oss. Om patienten hellre önskar att vi tar första kontakten så fyller ni i hänvisningsformuläret direkt / eller en hänvisningsblankett att skicka per post, så ringer vi upp patienten inom två veckor. Vårdpersonal i Region Stockholm och Gotland kan istället remittera elektroniskt via journalsystemet TakeCare.

HANDLEDNING

Sluta-Röka-Linjen kan också stötta vårdens arbete med tobaksavvänjning och erbjuder vårdpersonal kostnadsfri handledning i tobaksavvänjning. Årligen får vi runt 150 samtal från tobaksavvänjare i landet som vill ha stöd och inspiration i sitt arbete. Alla som arbetar praktiskt med patienter och med tobaksavvänjning är välkommen att höra av sig till oss för handledning i ett specifikt klientfall, eller någon att prata generellt om tobaksavvänjning med. Handledningssamtalen är kostnadsfria och går att tidsboka via vår hemsida eller ringa direkt till Sluta-Röka-Linjen, när som helst under våra öppettider.

INFORMATIONSMATERIAL

Det går att beställa informationsmaterial om hur man kan nå ett lyckat rökstopp och en faktafolder om snusets skadeverkningar från oss.

SPRÅKSAMTAL REMISS/HÄNVISNING

Den som arbetar i vården kan även remittera eller hänvisa patienter som önskar tobaksavvänjning på annat språk än svenska.

Vi erbjuder tobaksavvänjning med flerspråkiga rådgivare/tolkar på engelska, arabiska, ryska, somaliska, persiska, spanska, turkiska och polska. Dessa samtal bokas i förväg via kontaktformulär på vår hemsida eller skickas som hänvisningar/remisser så tar vi kontakt med klienten per telefon inom två veckor.

RÅDGIVARENS ROLL

Att arbeta med tobaksavvänjning kan för en utomstående kanske te sig monotont men rådgivarna på Sluta-Röka-Linjen ger en annan bild. Även om det finns många likheter i klienters strävan att bli tobaksfri så är alla olika individer och varje rök- / snusstopp unikt i sig. Rådgivarna får inblick i hur svårt de flesta har att bryta sitt beroende, men också att alla kan sluta med tobak, när villkoren är de rätta. Det finns inga så kallade

hopplösa fall. Det är bra att ha gjort flera försök tidigare. Det ger erfarenhet att dra nytta av nästa gång. I rollen som tobaksavvänjare ingår att höja klientens tro på sin förmåga att lyckas, att locka fram viljan till förändring. Det är självfullt att vara en del av en annan människas livsstilsförändring.

VARFÖR SKA MAN KONTAKTA SLUTA-RÖKA-LINJEN?

Ett samtal till Sluta-Röka-Linjen kan vara den där sista puselbiten som behövs för att få bitarna på plats och lyckas med det bästa man som rökare kan göra för sin hälsa - att sluta.

OMVÄRLDSPERSPEKTIV

För att nå FN:s mål om en hållbar global utveckling genom Agenda 2030 behöver tobaksproduktionen fasa ut. Framställningen av tobak är resurskrävande på flera sätt. Tobaksodling sker ofta i länder där undernäring och fattigdom är stora problem och miljoner barnarbetare arbetar på tobaksfälten i stället för att gå i skolan. Odling av tobak orsakar också stora skador på miljön, vilket bland annat innebär att vattendrag förorenas, jorden urlakas och urskogen skövlas. En miljard fimpar slängs varje år på marken i Sverige, trots att fimpar innehåller rester av kemikalier från röken och filtret är gjort av plast som inte är nedbrytbar. I enlighet med WHO:s tobakskonvention har många länder satt som mål att fasa ut tobaksbruket för att minska skadorna på människor och miljö. Sverige har målet att år 2025 ha minskat rökningen till fem procent dagligrökare - en halvering från 2017. Sverige är ett av de länder i världen som har lägst andel rökare, men med landets snusare inkluderat är den totala tobakskonsumtionen hög. Knappt 25 procent av befolkningen i Sverige använder tobak dagligen. Tobaksbruket påverkar både den egna och andras hälsa samt vår miljö. Rökning resulterar i omkring 12000 dödsfall per år i Sverige.

www.slutarokalinjen.se •



SLUTA-RÖKA-LINJEN



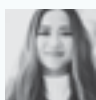
RING 020-84 00 00
www.slutarokalinjen.se

Rapport från Onkologidagarna i Stockholm 19-21 mars 2019

Livsstilsrelaterad CANCER

Onkologidagarna hölls i Stockholm och anordnades av Svensk Onkologisk förening och Sjuksköterskor i Cancervård tillsammans med onkologin i Stockholm. Temat för årets konferens var "Livsstilsrelaterad cancer". Margareta Randén från SOF och Kristina Olausson från Sjuksköterskor i cancervård hälsade välkomna. Över 500 deltagare med olika professioner från hela landet hade samlats för att delta i inspirerande föreläsningar med parallella sessioner, utställningar och postrar.

Det här tog vi med oss



"I mitt nuvarande arbete ger jag mycket rådgivning gällande patientens symtomlindring och livsstilsvanor under pågående cancerbehandling. Därför var årets tema mycket relevant, lärorikt och användbart för mitt yrke. Under Onkologidagarna fanns en tydlig röd tråd, att allt handlar om att ta "lagom". Det vill säga att äta lagom, att sola i "lagom" doser och att till och med träna lagom."

Kaye Edoff,

Leg. sjuksköterska, Bäckencancer MBA, Nya Karolinska Solna



"Utifrån årets tema är det första jag vill ta med mig att mer standardmässigt ta upp levnadsvanor med mina patienter då jag tror att det kan underlätta mycket gällande deras problem. Jag arbetar på en sjuksköterskeledd mottagning som heter BäckencancerRehabiliteringen. Där träffar vi patienter som har behandlats för en cancer i bäckenregionen och där strålning har varit en del av behandling. För våra patienter är det till exempel så att tarmproblem är mycket svårare att få bukt med om patienten röker. Genom att lyfta levnadsvanor vid ett första besök vet mina kollegor och jag vad vi kan förvänta oss gällande våra interventioner om patienten är rökare. Det är även viktigt att ge den kunskapen till patienten."

Lisen Hedén,

Specialistsjuksköterska Onkologi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

HEDERSFÖRELÄSNING: WHAT HAVE WE LEARNED FROM RESEARCH ON CANCER PATIENTS EXPERIENCE OF SYMPTOMS

Alex Molasiotis, Professor, sjuksköterska, gästprofessor KI

Denna en timmes långa föreläsning var höjdpunkten på dagarna inte minst för oss sjuksköterskor. Trots att den var på engelska så var den inte svår att bli engagerad i, inte minst för alla de patientberättelser Alex Molasiotis delade med sig av. Han har under drygt 20 år bedrivit forskning om cancerpatienters upplevelser av symptom men också identifierat behovet av att fastställa de olika symptomens kluster, det vill säga hur de hänger ihop. För de som är särskilt intresserade av denna forskning kan läsning av några av alla de artiklar som Alex Molasiotis är medförfattare till rekommenderas.

Sättet som patienternas symptom påverkade deras livskvalitet gick som en röd tråd genom föreläsningen. Ett exempel är det vanliga symtomet fatigue som vi i vården är skyldiga att legitimera men också behöver ta till oss patientens berättelse om.

Andra viktiga exempel var patienter med head- och

neck-tumörer där inte själva strålbehandlingen var svårast utan istället masken de tvingades bära under strålbehandlingen. Ett annat exempel som Alex Molasiotis relaterade till var en grupp individer med hjärntumörer där det inte alls var de kliniska symtomen som var svårast utan istället det faktum att man inte längre kunde köra bil. Inom sjukvården är vi fokuserade på att leta efter de fysiska symtomen. Vi borde efterfråga fler dimensioner även om vi inte kanske rent konkret kan göra så mycket åt besvären. Men vi vet ju också att själva lyssnandet lindrar lidande. I studier har man kunnat se att hög symptomdistress är kopplat till sämre överlevnad.

Budskapet som jag tog med mig av föreläsningen var; Strukturera gärna patientens symptom genom att använda frågeformulär men häng inte upp dig på siffrorna utan se dem som hjälpmedel för att samtala och ett sätt för oss sjuksköterskor att göra riskbedömningar.

Kicki Klaeson, Redaktionen Cancervården

GENETIK OCH LIVSSTILSRELATERAD CANCER

Fredrik Enlund, Docent i cancergenetik, Kalmar

Cancer är en multifaktoriell sjukdom vilket betyder att det är mycket som spelar in, exempelvis gener, arv och miljö. All cancer orsakas av mutationer på DNA-nivå vilket i sin tur påverkar cellens förmåga att kommunicera normalt. Celldelning i sig är farligt, genom att dela sig så finns det risk för mutationer och att dessa ska ackumulera sig. Tumörer är genetiskt instabila och har ofta många mutationer som orsakar sjukdom. Tumörsjukdom är till 67 procent orsakad av sporadiska händelser, 18 procent beror på ärftliga faktorer, de livsstilsrelaterade faktorerna står för cirka 15 procent av sjukdomsfallen.

Hur ska vi då leva för att förhindra att vi får cancer? Går det att skydda sig mot allt? Fredrik menar att fyra av tio cancerfall går att förhindra, till exempel genom att inte röka, hålla en hälsosam vikt, dricka mindre alkohol, ha hälsosamma solvanor, undvika farliga ämnen i jobbet, äta mycket fibrer,



osv. Han gav också exempel på saker i vår vardag och omgivning som kan bidra till cancerutveckling. Det kan vara från processad mat, kemiska ämnen som utsöndras från plastförpackningar runt vår mat, kemiska ämnen som utsöndras om vi åker i en ny bil eller kemikalier i solskyddsmedel. Gränsen mellan det som är bra och det som är dåligt är hårfint. För mycket av något och i allt för höga koncentrationer är mutagent. Till exempel klarar vi inte för höga koncentrationer av vitaminer, antioxidanter eller alkohol. Man vet idag inte alla genetiska faktorer, men man vet ändå att vissa gener är viktigare än andra för att skydda oss mot mutationer, så kallade tumörsuppressorgener, bland annat p53 och retinoblastomprotein, RB.

Målinriktade cancerterapi kräver genetisk kartläggning innan patienten behandlas eftersom varje tumör är genetiskt unik. Vi kanske längre fram kommer att få ändå mer detaljerade provsvar med exakt vilka genetiska förändringar patientens specifika tumör har och anpassa behandlingarna ytterligare efter det.

Maria Roos, Redaktionen Cancervården

Forts. nästa sida

CANCER OCH ALKOHOL

Lena Sharp, Tillförordnad chef, RCC Stockholm-Gotland



I samband med Onkologidagarna uppdaterade Lena Sharp oss på de senaste rönen om alkoholens påverkan för risken att drabbas av cancer. Alkohol är lika med etanol som är cancerframkallande. Vid nedbrytning av etanol bildas acetaldehyd som i sin tur påverkar DNA och hormonproduktionen. De vanligaste cancerdiagnoserna som är alkoholrelaterade är munhålecancer, pharynx, larynx, esophagus, cancer i levern, bröstet och kolorektal cancer. Fem till tolv procent av alla cancerdiagnoser är relaterade till alkohol och är "dosberoende" alltså relaterat till intag av mängden alkohol. Enligt Andreasson et al (2016) finns det en brist på kunskap om alkoholens effekter för att få en cancerdiagnos.

Lena Sharp menar att det finns ett visst motstånd hos hälso- och sjukvårdspersonal när det gäller alkohol och

cancer, motsvarande det motstånd som tidigare fanns mot fysisk aktivitet och rökning, vilket indikerar att kunskapen och medvetenheten om detta behöver uppdateras.

Alkoholintag, tillsammans med rökning, ökar risken för insjuknande i cancer ytterligare även om rökning i sig är en större riskfaktor än alkohol primärt och sekundärt. Ett av tre sekundära cancerfall är kopplade till rökning och/eller alkohol.

Vilka rekommendationer bör ges för att undvika cancerdiagnos? Som cancerprevention – ingen alkohol! (EU, WHO, IARC och ASCO) I övrigt – låg konsumtion! Kvinnor max ett litet glas vin (147 ml) per dag eller motsvarande och män max två små glas vin per dag eller motsvarande. Aldrig mer än fyra små glas för kvinnor eller fem glas för män eller motsvarande.

Vid sekundär prevention är evidensen begränsad men man vet att alkoholintag ökar risken för komplikation i samband med kirurgi. (Nath et al2010; Oppedal et al2012; Thomsen et al Cochrane 2014) Studier pågår för till exempel blåscancer. I samband med strålbehandling ökar risken för chemotherapy induced nausea and vomiting (CINV) och mucositis om patienten druckit alkohol och det är ökad risk för leverpåverkan i samband med cytostatikabehandling i samband med alkoholintag.

Till sist presenterar Lena Sharp en intervention för att hjälpa patienten till ett minskat alkoholintag kallat ABI Alcohol Brief Intervention – modellen är relativt enkel och är baserad på motiverande samtal om patientens beteende kring alkoholkonsumtion och patienten får feedback och en plan för att minska sitt alkoholintag. Patienten får även stöd vid beteendeförändring, skriftligt material och uppföljning med återbesök och via telefon. WHO (2009)

Sammanfattningsvis behövs ökad kunskap om alkohol och cancer, hela teamet behövs tillsammans med patient och närstående och arbetet måste bedrivas systematiskt, innovativt och evidensbaserat.

Karin Wieselblad, Redaktionen Cancervården

SCREENING OCH RISKFAKTORER FÖR CANCER, VARFÖR ÖVERDIAGNOSTIK MÅSTE TAS PÅ ALLVAR

Karsten Juhl Jörgensen, Läkare och chef för Nordic Cochrane Centre, Köpenhamn

Kan cancerscreening vara en riskfaktor för cancer? Många överlever idag sin cancersjukdom och tycker att det är bra att det upptäckts via screeningen, men de patienterna kanske hade överlevt ändå. Som exempel drogs ett patientfall med en 57-årig kvinna som precis diagnosticerades med en tidig bröstcancer. Kvinnans första reaktion var chock, men senare också känslor av oro, nedsatt humör och hon förlorade intresset för det som tidigare gav henne glädje. Hon hade ett stort nätverk av släkt och vänner som kunde ge stöd, men de närstående påverkades naturligtvis också. Bröstet opererades bort genom mastektomi och hon fick därefter adjuvant behandling och strålbehandling. Allt detta påverkade hennes självbild och livskvalitet och även hennes sexliv negativt. Kvinnan återhämtade sig efter operation och behandlingar, men oroade sig för att sjukdomen skulle komma tillbaka och var vaksam på tecken på återfall. När hon sedan dog vid 78-års ålder var det av en helt

annan orsak än cancersjukdomen.

Finns det risk att vi överdiagnostiserar och behandlar patienter som inte har nytta av det? Det är onödigt att få en diagnos med allt vad det innebär om man inte behöver det. En ökad incidens av en sjukdom behöver inte betyda att cancerfallen ökar, utan att man hittar fler sjukdomsfall via screening. Man måste alltså överväga nyttan mot skadan när man screenar. När man exempelvis screenar för prostatacancer med hjälp av PSA-prov diagnosticeras 80 män som får behandling, men endast en av dessa män har någon nytta av det. De flesta av dessa män skulle utan screeningen inte ha upplevt några symtom eller skulle inte ha dött av prostatacancer utan av helt andra orsaker. Dilemmat är alltså om man ska screena eller inte. Man kan inte säkert veta om en person är överdiagnosticerad eller om man har räddat livet på personen genom screeningen.

Maria Roos, Redaktionen Cancervården

HUR HANTERAS SKULD OCH SKAM?

Susanna Rosenqvist, Onkolog och psykiater, Stockholm

Susanna berättar att skuld- och skamkänslor är mycket vanligt hos våra patienter. Allt flera överlever sin cancer och det ger också mer skuld- och skamkänslor, kanske beroende på att man har mer tid att tänka efter. Dessa tankar på skuld och skam kan vara helt irrationella trots att man egentligen vet det. Man tror att man gjort något i livet som kan ha orsakat cancer. Har man sedan gjort allt för att leva ett så bra liv som möjligt med goda levnadsvanor, till exempel ätit bra, tränat, undvikit rökning och alkohol, kan skammen bli ändå större

när man får sin cancerdiagnos.

Lidandet man upplever av sina skuld- och skamkänslor kan minska om man får bli lyssnad på. Det krävs också att man känner en tillit till en person för att kunna prata om sina tankar. Tankar som man egentligen skäms över att man har. Susanna menar att det som personal är viktigt att ibland reflektera över vad man själv har för skuld- och skamkänslor för att kunna vara lyhörd och lyssna.

Maria Roos, Redaktionen Cancervården



”Budskapet är att vara ute så mycket som möjligt, undvika solarier, inte bränna huden, använda hatt/mössa och kläder som skydd mot solen.”

SOLA ELLER INTE?

Håkan Olsson, Professor och onkolog, Lund

Ska vi undvika att sola eller kan det även vara bra att sola? Ökar risken att få malignt melanom när vi solar? Riskfaktorer för att få malignt melanom är bland annat graden av solexponering, konstitution (hårfärg, antal naevi osv) samt ärftliga faktorer. Man har sett att dessa riskfaktorer inte är tillräckligt stora för att utgöra enda orsaken till cancerutvecklingen. Mycket tyder på att det är ytterligare faktorer som är med och påverkar utvecklingen av malignt melanom. Man tittar i forskningen bland annat på melaninet. Det fungerar som en skyddssubstans i huden och lagrar till exempel gifter som vi utsätts för. När man sedan solar kan kanske inlagringen av gifter bli påverkat och eventuellt bidra till att öka cancerrisken och risken att få malignt melanom.

Ska vi då sluta att sola? Solexponering har inte bara risker utan har även en rad positiva effekter och bidrar även till bland annat D-vitaminnivåerna i kroppen. Man har i studier visat på att personer med låga nivåer av D-vitamin i blodet ger en sämre melanom-prognos. Så att undvika solen helt verkar inte vara lösningen för att undvika malignt melanom. Håkan menar att det är lika farligt att inte sola som att röka. Personer som undviker solen har samma dödlighet som personer som röker och har en hög solexponering. Budskapet vi ska ta med oss är att vara ute så mycket som möjligt, undvika solarier (även om vissa studier har visat på ett visst skydd), inte bränna huden och slutligen att använda hatt/mössa och kläder som skydd mot solen.

Maria Roos, Redaktionen Cancervården

Forts. nästa sida

FYSISK AKTIVITET- HUR KAN VI NÅ FLERA PATIENTER? VAD SÄGER SENASTE FORSKNINGEN?

Yvonne Wengström, Onkologisjuksköterska, professor, Stockholm

Det finns bara fördelar och positiva hälsoeffekter med att vara fysiskt aktiv; bättre kondition, starkare skelett och muskler, kroppssammansättningen regleras, man får starkare immunförsvar och det ger en förbättrad livskvalitet. Det som man rekommenderar för våra cancerpatienter är samma som för allmänheten i stort: det vill säga pulshöjande (aerob) fysisk aktivitet minst 150 minuter på måttlig intensitet alternativt 75 min på hög intensitet. Dessutom ska man träna muskelstärkande fysisk aktivitet minst två gånger/vecka. Det finns ett dos-respons samband mellan fysisk aktivitet och hälsa respektive risk. Så ju mindre tid man är stillasittande desto fler hälsovinster gör man. Studier har visat att det är vanligt med fysisk inaktivitet efter en cancerdiagnos. Det är få som då uppnår den rekommenderade dosen, många blir helt inaktiva. Detta medför att patienterna under och efter sin cancerbehandling får en



ökad symtombörda, och får en sämre hälsa och livskvalitet. Patienterna har mycket att vinna på att vara fysiskt aktiva under behandlingsperioden då behandlingen i sig påverkar den fysiska kapaciteten negativt, bland annat genom sämre kondition, lägre lungvolym och viktökning. Även biverkningar från cancerbehandlingen påverkar och ger fatigue, illamående, muskelvärk, andfåddhet, muskelsvaghet, oro, ångest, viktproblem och sömnsvårigheter.

Vilka effekter har träning vid cancersjukdom? Allt fler studier visar att det finns evidens för att fatigue minskar, livskvaliteten förbättras, muskelmassan ökar och den fysiska funktionen blir bättre. Man har även sett att antalet sjukskrivningar minskar om patienterna är fysiskt aktiva under cancerbehandlingen. Detta har man även sett i den svenska OptiTrain studien i Stockholm med bröstcancerkvinnor som genomgår cytostatikabehandling. Resultat från två-årsuppföljning visar positiva resultat för de som tränat. Forskningen säger att vi ska ge stöd till egenvård. Hur stödjer vi då återhämtningen? Man bör se träningen som en del i behandlingen och utbilda både patienter och personal. Man ska fokusera på att den fysiska aktiviteten ska ses som en njutning som stärker. Det ska inte behöva vara komplicerat att vara fysiskt aktiv utan att man försöker få in träningen som en daglig rutin. Man kan underlätta för patienten genom att förskriva FaR, fysisk aktivitet på recept, och man vet genom all forskning att det är säkert att rekommendera patienterna. Yvonne menar avslutningsvis att det är dags att erbjuda fysisk aktivitet till alla patienter med cancersjukdom.

Maria Roos, Redaktionen Cancervården

TEMA - LIVSSTIL, YRKE OCH CANCER

Två föreläsningar hölls under onkologidagarna med detta tema, båda av kvinnliga läkare ansvariga för det norska cancerregistret.

Man räknar med att cirka 3–11 procent av cancerfallen kan relateras till arbetslivet, något lägre risk för kvinnor. Arbetsmaterial innehållande asbests förekommer fortfarande inom olika industrier och arbetsplatser trots stora och väl kända hälsorisker. Likaså ger aluminiumindustrin ökad cancerrisk medan den är något mer osäker när det gäller brandmäns arbetsmiljö.

I Norden bor 27 miljoner människor varav 12 procent är utlandsfödda, men även dessa är viktiga att inkludera i studier då de påverkar statistiken. Tack vare ländernas cancerregister och ett etablerat samarbete har vi idag tillgång till mycket tillförlitlig statistik på området.

Från databasen NORDSCAN redovisades att lung- och rectalcancer är något vanligare hos normän än hos svenskar. Glädjande för hela populationen är att mortaliteten hos människor yngre än 70 år med cancersjukdomar har sjunkit 30–40 procent mellan 1990–2016.

Gällande livsstil och cancer är EPIC-studien, där Norden samarbetar med andra europeiska länder, överlägsen. Ett annat framgångsrikt projekt är ME-CAN där individer med metaboliskt syndrom undersöktes i förhållande till cancerutveckling.

Ett nordiskt samarbete gällande statistik angående yrke i förhållande till cancersjukdomar är NOCCA-studien. Här finns 15 miljoner individer i arbetsför ålder inkluderade från

1960–1990. Med hjälp av andra register har man kunnat fastställa tre miljoner cancerfall. När japanska forskare för några år sedan upptäckte ökad risk för tryckeriarbetare att utveckla gallgångscancer, på grund av ett speciellt toxiskt ämne, kunde man fastställa detta samband med hjälp från NOCCA-studien.

Vidare redovisades en kalkylering som gjorts på hur många cancerfall man hade kunnat undvika de nästkommande 30 åren om tobak blev helt eliminerad. Detta gällde 13 olika cancer typer där man kan förvänta sig 2,2 miljoner cancerfall. Dessa skulle kunna minskas med cirka 20 procent till 1,8 miljoner. Om man istället kunde eliminera fetma och övervikt i de nordiska länderna skulle dessa 13 cancersjukdomar kunna reduceras från 2,1 till 1,9 miljoner, det vill säga cirka tio procent.

Om man istället kalkylerar att effekten av 30 minuters pulshöjande aktivitet dagligen kan reducera cancerincidens, framkommer följande fakta: För livmoder-, tarm- och bröstcancer skulle det kunna vara gynnsamt. Om vi istället vaccinerar alla unga flickor mot HPV-virus har vi om cirka 30 år 64 procent färre fall av cervixcancer.

Att vi i framtiden också måste samarbeta länder emellan är viktigt men det finns många utmaningar inte minst med den nya datalagen. Man måste också vara försiktig när man slår ihop olika studier som använt olika mått i mätningarna. Randomiserade studier är alltid att föredra framför registerstudier.

Kicki Klaeson, Redaktionen Cancervården

HUR PÅVERKAS CANCERSJUKDOM OCH CANCERBEHANDLING AV ANTIOXIDANTER?*Martin Bergö, Professor*

I mitt arbete förekommer ofta frågor om kosttillskott och antioxidanter och jag har alltid rekommenderat patienterna att inte ta dessa tillskott utan egentligt svar om varför. Bergö ger en lätt förståbar förklaring som jag numera kan relatera vidare till mina patienter. Bergö framlägger exempelvis en studie på möss där man påvisat att antioxidant ökade tumörcellernas förmåga att metastasera och gjorde tumörcellerna mer aggressiva. Från Bergös föreläsning tar jag med mig hur viktigt det är att se det som

kanske inte syns i journalen. Att det kan finnas receptfria medel som kan utgöra risk för patienterna och att vi som personal måste ha drivet att söka nya rön och alltid utgå från evidensbaserad kunskap.

*Kaye Edoff, Leg. sjuksköterska,
Bäckencancer MBA, Nya Karolinska Solna*

**EFFECTS OF A STRUCTURED LIFESTYLE PROGRAM FOR INDIVIDUALS WITH HIGH CARDIOVASCULAR RISK***Matthias Lidin, Leg, sjuksköterska, Karolinska Institutet*

Denna programpunkt var mycket uppskattad, inte minst då temat för vår konferens var livsstil och cancer. Matthias visade engagemang och var övertygad om att hans forskningsresultat var överförbart på gruppen onkologiska patienter. I stället för att komma med pekpinna om levnadsvanor ska man som vårdpersonal komma med positiva tillrop; byt ut, kost för att leva längre, osv.

Hans avhandlingsarbete handlar om att utvärdera ett strukturerat livsstilsprogram hos personer med hög kardiovaskulär risk. Programmet startade 2008 där deltagarna kom på remiss både från primärvård och från slutenvård. Programmet karakteriserades av ett multiprofessionellt arbetssätt. Tre individuella besök hos en sjuksköterska; vid start, efter sex månader och efter ett år. I dessa ingick en hälsokontroll och ett samtal baserat på personcentrerad livsstilsrådgivning. Hälsokontrollen innefattade ifyllande av ett frågeformulär, kontroll av puls och blodtryck, midjemått, vikt och längd samt blodprover. Programmet innefattade också fem strukturerade gruppundervisningstillfällen tillsammans med en läkare och en sjuksköterska. I fokus var nikotin, alkohol, fysisk aktivitet, matvanor, stress, sömnvanor och beteendeförändringar. Deltagarens egna erfarenheter av

programmet undersöktes genom semistrukturerade intervjuer och analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

Under åren 2008-2014 inkluderades 100 personer i studien. Drygt hälften var kvinnor, medelåldern 58 år. Efter ett år kunde forskargruppen observera positiva förändringar gällande antalet rökare och minskat alkoholintag, dessutom hade den stillasittande tiden minskat och personerna hade ökat sin motionsnivå.

Deltagarnas matvanor förbättrades med ett ökat intag av grönsaker och frukt, en bättre fettkvalitet och mera fiberrikt bröd samt ett minskat intag av kött och extra kalorier. Livskvaliteten förbättrades. Forskargruppen undersökte även om utbildningsnivå och att bo i socioekonomiskt utsatt bostadsområde var något hinder för förmågan att förändra levnadsvanor, men så var inte fallet. I vissa avseenden sågs till och med mer uttalade förbättringar hos individer med icke universitetsutbildning (minskat midjemått) samt hos dem som bodde i mer utsatta socioekonomiska områden (ökad fysisk aktivitet). Tre olika kategorier av erfarenheter av livsstilsprogrammet framkom under intervjuerna. Viktigt var ett individanpassat besök hos kompetent, respektfull sjukvårdspersonal som gav kontinuerlig feedback till deltagarna.

Kicki Klaeson, Redaktionen Cancervården

EVIDENSBASERADE LIVSSTILSRÅD – Hanne Tønnesen, Professor i klinisk hälsopromotion och kirurg, Lund

Samarbete mellan svensk sjuksköterskeförening och Läkaresällskapet – vilka råd kan vi och bör vi ge? Vad saknas för att kunna arbeta med dessa frågor evidensbaserat? Ska vi ge de livsstilsråd som står i allmänna riktlinjer eller ska vi rekommendera någonting helt annat? Vi har ett kliniskt dilemma när det gäller att ge livsstilsråd; det är skillnad på generella råd till hela befolkningen och de specifika råd vi ger till våra patienter. Utfallet för de olika grupperna är helt olika. För den allmänna befolkningen ges livsstilsråd för att undvika att utveckla sjukdomar, medan fokus för de som redan är sjuka ligger på att få bättre behandlingsresultat eller för att undvika att sjukdomen blir sämre. Det finns mycket evidens för livsstilsråd och det har gjorts många stora studier med signifikanta resultat.

Det som är utmaningen är att råden ofta ger små effekter. Det handlar till exempel om att man minskar antalet rökare med två procent eller att alkoholintaget minskas med två standardglas/vecka. Hur gör man då med råd till de som har ett beroende? Ska de ha samma riktlinjer? Man har sett att enklare övergripande råd (brief interventions) när det gäller till exempel rökning har liten effekt på att sluta röka

och ingen effekt alls på postoperativa komplikationer. Är det kliniskt relevant att ge dessa råd till cancerpatienter inför kirurgi? Räcker dessa råd och är det rätt grupper vi ger råd? Är det bättre att göra något med liten effekt än inget alls? Att däremot införa totalt rökstopp inför komplicerad kirurgi har visat sig ge stor effekt på postoperativa komplikationer. Likaså ger det liten effekt om man ger enklare råd för att få någon att minska sitt alkoholintag inför operation. Om man istället rekommenderar ett totalt stopp för alkohol fyra veckor inför kirurgi har det visat sig ge stor effekt på postoperativa komplikationer. Man måste också fundera på för vems skull man ska göra interventionerna. Det ska naturligtvis vara med patienten i fokus. Det är de som får leva med de biverkningar och komplikationer som olika behandlingar/kirurgi ger. Vad saknas då? Det behövs uppföljning för de olika interventionerna i verkliga livet samt utbildning och träning för personal, patienter och närstående. Det behövs också nya verktyg för implementering och samarbete för att få effektiva och relevanta rekommendationer.

Maria Roos, Redaktionen Cancervården

”FÅGELBOET”- MEDICINSK FORSKNING OCH VÅRDFORSKNING, AVHANDLINGAR UNDER 2018**”On a journey for survival: Everyday life during radiation therapy from the perspectives of women with breast cancer and their families.” - Annette Holst Hansson, Lund.**

Annette har i sin avhandling tittat på hur kvinnor med bröstcancer upplever det dagliga livet under deras strålbehandlingsperiod, både ur hennes och hennes familjs perspektiv samt tittat på familjens upplevelse av att delta i korta hälsostödjande familjesamtal. Detta har gjort med intervjuer både individuella och familjeintervjuer. Sammanfattningsvis kom det fram genom intervjuerna att kvinnorna upplevde att de gick i det okända för att sedan återfå kontrollen. Det var en balans mellan hopp och förtvivlan och de upplevde det som att leva i en delad värld. Kvinnorna upplevde också att de behövde stöd från vårdpersonalen under behandlingsperioden.

”Adolescent and young cancer survivors- body image and sexual health” - Maria Olsson, Göteborg.

Maria har i sin avhandling tittat på tonåringar och unga vuxna efter cancer och på deras kroppsuppfattning och sexuella funktion. Det gjordes fokusgruppsintervjuer, och liknande resultat sågs i de olika grupperna och i olika åldrar. Man önskade ett personligt professionellt bemötande och det var viktigt att bli sedd som den individ man var och inte som patient. De upplevde att de saknade en åldersanpassad miljö. Man ville också ha kunskap och information om bland annat fertilitet och sexualitet. Slutsatsen var att ungdomar och unga vuxna har behov som de inte fått tillgodosedda under sin cancerbehandling. Unga canceröverlevare känner sig mindre attraktiva på grund av de ärr de fått. Det framkom också att de inte är nöjda med sin sexuella förmåga.

”Neurotoxic side effects and impact on daily life in patients with colorectal cancer with adjuvant oxaliplatin-based chemotherapy” - Jenny Drott.

Hon baserar sina fyra studier på 46 individer som innan de fick sin behandling inte hade någon tidigare rapporterad

neurotoxicitet. Samtliga av dessa hade i projektet behandlats med läkemedlet oxaliplatin efter kirurgi. Jenny startade med att ta fram ett mobilt skattningsinstrument som användes av patienterna under tiden de gick på behandling. Dessa låg senare till grund för hennes intervjuer som gjorde vid tre, sex och tolv månader efter avslutad behandling.

Samtliga 46 deltagare hade neurotoxiska biverkningar under pågående cytostatikabehandling. Av dessa var det nio patienter som rapporterade neurotoxiska biverkningar ett år efter avslutad behandling. De symtom deltagarna skattade var domningar och stickningar i benen, som påverkade deras dagliga aktiviteter. Två av studierna kunde visa att tio av deltagarnas liv var påverkat inte minst socialt. I början levde deltagarna efter devisen att problemen kommer att försvinna, man anpassade sig och hade strategier för att minimera biverkningarna till exempel. avstå vissa aktiviteter. Ett år efter avslutad behandling hade deltagarna lärt sig leva med biverkningarna. Under intervjuerna framkom en sorg och besvikelse hos deltagarna eftersom de trott besvären skulle försvinna. Efteråt hade de svårt att veta vem de skulle kontakta för att få hjälp med biverkningarna. Jenny har i sin forskning också identifierat behov av att förbättra elektroniska journalsystem för möjlighet till mer strukturerade mätningar. För oss som arbetar med denna patientgrupp och oxaliplatinbaserade behandlingar är det en utmaning att redan tidigt informera, identifiera och dokumentera våra patienters besvär då risken finns att utveckla långvariga och kroniska neurotoxiska symtom.

Maria Roos & Kicki Klaesson, Redaktionen Cancervården

**AVSLUTANDE DELTAGARREFLEKTION:**

Hanne Tønnesen, Professor i klinisk hälsopromotion och kirurg, Lund

”Vi inom sjukvården behöver bli ännu bättre på att lyssna på vad våra patienter egentligen försöker säga till oss”

Hederföreläsningen av Alex Molasiotis med titeln “What have we learned from research on cancer patients experience of symptoms and Maria Olssons föreläsning med titeln “Adolescent and young adult cancer survivors - body image and sexual health” tog upp ämnet som för mig är så återkommande inom sjukvården. Vi vårdpersonal tror att vi vet vilka symtom eller vad som besväras våra patienter mest. När vi ställer frågan till våra patienter eller när de verkligen uttrycker sina behov har vi ofta fel. Det som inverkar väldigt starkt på de patienter Maria Olsson hade intervjuat, var ärr på kroppen och dess påverkan på kroppsuppfattning och förändrad kropp. Vilket jag inte tror att vårdpersonal alls hade tänkt på.

Ett av patientfallen som Alex tog upp beskriver också detta väldigt målande. En 15 årig kille med sarkom i bäckenet, där sjukdom och behandling lett till förlamning.

Killen besvärades av svår smärtproblematik med VAS 9 av 10 trots försökt med nervblockad och höga doser Fentanylplåster. Alex fick till sig när han gick på sitt pass och skulle vårda patienten att smärtlindring var patientens stora behov. Vid mötet med patienten uppgav den 15 åriga killen att han var medveten om att han snart skulle dö. Smärtan klarade han av att härda ut men hans största önskan var att få komma hem och han ville ha hjälp att påverka sina föräldrar gällande det. Utifrån patientens önskan blev det samtal med föräldrarna som till en början inte alls ansåg det samma men senare samma kväll tog de hem killen som fick dö hemma efter bara några dagar. Detta visar verkligen att vi inom sjukvården behöver bli ännu bättre på att lyssna på vad våra patienter egentligen försöker säga till oss. Patientens önskan i första hand, i den utsträckning det går att tillgodose och våra tankar om patientens behov i andra hand.

Lisen Hedén, Specialistsjuksköterska Onkologi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset •



NAVELBINE® Oral
vinorelbine

Icke småcellig lungcancer. Som monoterapi till patienter med lokalt avancerad eller metastaserad bröstcancer där behandling med antracyklin- och taxaninnehållande kemoterapi ej givit önskad effekt eller ej är lämplig.

Navelbine® (Vinorelbine) Rx, F, ATC-kod: L01CA04

Behandlingstid: Behandlingen ska pågå tills den inte längre har någon positiv effekt eller oacceptabel toxicitet uppträder.

Beredningsform: Mjuk kapsel å 20, 30 och 80 mg. Navelbine mjuk kapsel är ett alternativ till behandling med Navelbine koncentrat till infusionsvätska, när intravenös administration ger upphov till praktiska eller psykologiska problem. **Verksamma beståndsdelar:** vinorelbine. **Indikation:** Icke småcellig lungcancer. Som monoterapi till patienter med lokalt avancerad eller metastaserad bröstcancer där behandling med antracyklin- och taxaninnehållande kemoterapi ej givit önskad effekt eller ej är lämplig. **Varningar och försiktighet:** Navelbine skall ges under överinseende av en läkare med erfarenhet av cytostatikabehandling. Liksom för alla läkemedel kan detta läkemedel orsaka biverkningar men alla användare behöver inte få dem. För fullständig förskrivarinformation och pris, se fass.se. Produktresuméns senaste översyn 2018-10-29.

Om du vill rapportera en biverkan eller oönskad händelse, kontakta biverkningsenheten på Pierre-Fabre Pharma Norden AB. Telefon: 08-625 33 50. Postadress: Karlavägen 108, 115 26 Stockholm, Sweden. vigilancenorden@pierre-fabre.com. För fullständig förskrivarinformation och pris, se fass.se.

1. www.fass.se

SE/NAV/02/19/0003



Pierre Fabre



Barbro Holm Ivarsson,

Leg psykolog, konsult. Barbro är expert på MI och på tobaksavvänjning.

Motiverande samtal MI

Motiverande samtal (eng. Motivational Interviewing, MI) är en empatisk och evidensbaserad rådgivningsmetod för att öka en persons motivation till förändring.

Vetenskapliga studier ger stöd för en positiv effekt av MI-samtal om till exempel levnadsvanor, egenvård vid kroniska sjukdomar och följsamhet till behandling. Korta MI-samtal på 10-15 minuter kan ha effekt även om längre samtal, liksom fler samtal, ökar sannolikheten för förändring.

Här presenteras metoden kort utifrån MI-samtalets fyra processer:

PROCESS 1 – ENGAGERA PATIENTEN

Inledningsvis försöker rådgivaren skapa ett gott samarbetsklimat. Förhållningssättet och det reflektiva lyssnandet är grunden i MI.

MI:s förhållningssätt

I MI lyssnar rådgivaren, försöker förstå och erbjuder sig att samarbeta med patienten för att personen ska finna de vägar till förändring hen själv anser bäst. Rådgivaren inväntar patientens egna beslut och lösningar. I den mån patienten behöver det erbjuder rådgivaren information, råd och stöd. När patienten blir bemött med acceptans, medkänsla och respekt av en person som har positiva förväntningar hittar hen lättare sin egen inre motivation.

Reflektivt lyssnande

Reflektivt lyssnande innebär att *öppna frågor* varvas med reflektioner, sammanfattningar och bekräftelse. Öppna frågor inleds med orden berätta, vad, hur eller på vilket sätt, och ökar chansen att rådgivaren får reda på det som verkligen är väsentligt. Genom *reflektioner och sammanfattningar* återspeglar rådgivaren med egna ord vad patienten har sagt. På så sätt får patienten ett kvitto på att rådgivaren verkligen har lyssnat och kan också rätta rådgivaren om hen missuppfattat något. Patienten förstår sig själv bättre när hen får återspeglat vad hen själv har sagt och det stimulerar att berätta mer. Reflektivt lyssnande används också för att locka fram och förstärka så kallat "förändringsprat", mer om det nedan. Slutligen *bekräftar* rådgivaren att hen ser och uppskattar patientens goda egenskaper, kompetens och ansträngningar.



Foto: Mats Lundqvist

EXEMPEL:

Åsa samtalar med sin läkare.

Läkaren: En sak vi alltid tar upp med våra patienter är rökning. Röker du?

Åsa: Ja.

PROCESS 2 – FOKUSERA PÅ ÄMNET

I den andra processen fokuserar rådgivaren på det beteende där en förändring är önskvärd.

Läkaren: Kan vi prata lite om det [rökningen]?

Åsa: Ja det kan vi göra.

PROCESS 3 – FRAMKALLA FÖRÄNDRINGSPRAT OCH STÄRK SJÄLVTILLITEN

Den tredje processen är vad som gör samtalet till ett MI-samtal – att rådgivaren lockar fram så kallat *förändringsprat*. Patienten bjuds in att prata om sina tankar kring saken, i detta fall rökningen. Det kan handla om behov och skäl för att röka respektive för att sluta, och om farhågor. Rådgivaren förstärker det "prat" som går i riktning mot förändring, alltså mot att sluta röka, genom reflektioner och sammanfattningar. När patienten blir medveten om att det hen gör (röker) inte överensstämmer med det hen själv tycker att hen borde göra (sluta röka när hen har fått cancer) uppstår en otillfredsställelse som vanligen leder till att personen försöker ändra sitt beteende.

Information i dialog

Information är ofta mycket verksamt för att uppmärksamma patienten på att det finns ett problem. Att få veta varför det är viktigt att sluta röka och information om bra metoder för att sluta av en professionell person kan vara avgörande för att patienten ska ta steget. I MI ges information och råd i dialog med patienten och rådgivaren börjar med att be om lov, till exempel "Kan jag berätta?" eller "Vill du höra?". Om patienten har tackat ja till information är chansen större att hen lyssnar och tar till sig informationen. Rådgivaren utforskar vad patienten redan vet, fyller i med den information som behövs och låter patienten dra egna slutsatser.

Läkaren: Vad känner du till om hur rökning påverkar vid operation och strålning?

Åsa: Ingenting. Jag tänker bara att det säkert inte är bra att jag röker nu när jag har fått cancer.

Läkaren: Nej det har du rätt i. Jag kan berätta vad vi vet om det idag, om det är okej?

Åsa: Ja, absolut.

Läkaren: [ger information]. Vad tänker du när du hör det här?

Åsa: Nu när du säger det här så vill jag ju sluta. Det är så svårt, bara.

Läkaren: Du vill sluta. Har du försökt sluta?

Åsa: Ja, flera gånger, men jag har trillat dit varje gång.

Läkaren: Du kan få stöd att sluta här hos oss. Om du vill kan jag berätta vad jag vet om hur man kan göra för att sluta röka på bästa sätt.

Åsa: Ja.

Läkaren: Men först undrar jag vad du själv tänker? Du vet säkert mycket om det.

Åsa: Jag vet ju att man kan använda nikotintuggummi och sånt, det har jag provat, men jag rökte ju ändå efter ett tag. När jag slutade en annan gång höll jag igång väldigt mycket så jag inte skulle tänka så mycket på det.

Läkaren: Så bra att du har slutat flera gånger. Du har fått viktiga erfarenheter. Hur länge har du klarat att hålla upp?

Åsa: Bara ... ja ... ett par veckor är det väl som längst.

Läkaren: Vad bra gjort! Två veckor! Det är lång tid. Det folk gör mer som hjälper är att de sätter ett stoppdatum och förbereder sig. Och när stoppdagen kommer så slänger de allt som har med rökning att göra.

Åsa: Det låter ju bra.

Läkaren: Och sedan finns det flera läkemedel som fungerar bra, om man tar dem enligt bruksanvisningen [ger information om läkemedel].

Åsa: Jaha, det visste jag inte. Det där receptbelagda låter bra.

Läkaren: Det är också viktigt att äta regelbundet när man slutar röka så man håller blodsockret i balans, annars får man sug som kan upplevas som röksug.

Åsa: Vilka bra tips!

Läkaren: Du tycker det låter bra. Du blir intresserad.

Stärk patientens självtillit

För att kunna genomföra en förändring har det stor betydelse att ha tilltro till att kunna klara det. När rådgivaren visar att hen tror på patientens förmåga stärks patientens självtillit.

Läkaren: Vilka är din starkaste sida som du kan använda dig av för att sluta?

Åsa: Hmm ... jag kan vara väldigt envis när jag sätter den sidan till... och det tänker jag göra nu!

Läkaren: Du kan vara stark när du bestämmer dig och nu vill du hjälpa din kropp allt du kan.

PROCESS 4 – PLANERA

Slutligen försöker rådgivaren locka fram ett beslut och ett åtagande till förändring. Om möjligt hjälper rådgivaren även till med en *handlingsplan*. Fråga om det finns problem och risk-situationer och hur patienten kan hantera dem. Åtagande och planering kommer man dock inte alltid till i ett MI-samtal, det är inte säkert att patienten är motiverad till en förändring.

Läkaren: Så hur kommer du att göra?

Åsa: Jag tänker sluta.

Läkaren: Klokt. Vill du att jag skriver ut [det receptbelagda läkemedlet]?

Åsa: Ja.

Läkaren: När blir stoppdatumet? Du ska börja med läkemedlet 14 dagar innan du slutar.

Åsa: Ja, då blir det om 14 dagar. Jag får sätta mig med almanackan.

Läkaren: Finns det något som kan sätta käppar i hjulet för dig?

Åsa: Ja ... att jag kan vara så impulsiv om jag ser nån kompis röka, det är så jag brukar trilla dit.

Läkaren: Du behöver en plan för sådana situationer. Känner du till Sluta Röka-linjen?

Åsa: Nej.

Läkaren: Dom hjälper människor på telefon att lägga upp en plan för att sluta röka och fundera igenom vilka knep som passar just dig, och hur du kan hantera risksituationer och så. Det är gratis.

Åsa: Jaha, då ringer jag dom.

Läkaren: Så du sätter ett stoppdatum om cirka två veckor och så ringer du Sluta-Röka-linjen och får hjälp att lägga upp en handlingsplan. När ringer du dem?

Åsa: Det kan jag ju göra idag, så kommer jag igång.

UPPFÖLJNING

Rådgivaren bör helst följa upp ett MI-samtal. Vid dessa kontakter är det viktigt att ge bekräftelse för alla ansträngningar och framsteg. Definiera bakslag, återfall och "misslyckanden" som naturliga steg på vägen till framgång. Hjälps patienten att hitta lösningar på svårigheter. •



Referenser

1. Holm Ivarsson. B. MI motiverande samtal. Praktisk handbok för hälso- och sjukvården. Gothia Fortbildning.
2. Holm Ivarsson. B. Firpa dig fri. Patientbroschyr. Gothia Fortbildning.
3. Holm Ivarsson B (red), Hjalmarsen A & Pantzar M. Stödja patienter att sluta röka och snusa. Studentlitteratur.
4. Miller, W.R. & Rollnick, S. Motiverande samtal: att hjälpa människor till förändring. Natur & Kultur.



Hemsidor

- Internationell MI-sajt med bl.a. vetenskapliga referenser, <http://www.motivationalinterviewing.org/>
- Psykologer mot Tobaks specialsjajt om tobaksavvänjning med bl.a. informationsblad om att sluta med tobak för utskrift, <http://www.tobaksstopp.nu/>
- Sluta Röka-linjen, <http://slutarokalinjen.se/>



Eva Gärdsmo Petersson
Frlansskribent

I huvudet på en forskare

Yvonne Wengström, Karolinska Institutet/Nya Karolinska (NKS)

En professor bland patienterna

– det kliniska arbetet ger trovärdighet åt forskningen

Yvonne Wengström blev unik när hon 2015 fick sin professur. Hon var, så vitt vi känner till, den första sjuksköterskan i Sverige som fick en professorstjänst som varvas med kliniskt arbete. Hon arbetade då halva sin tid som professor på Karolinska Institutet och halva tiden som sjuksköterska på Bröst- och sarcommottagningen på Tema Cancer på Nya Karolinska. Sedan dess delar hon det kliniska arbetet med att också vara Omvårdnadsansvarig för hela Tema Cancer.

–JAG ÄR MYCKET STOLT och glad över min kombinerade professorstjänst. Vi sjuksköterskor behöver få samma villkor och möjligheter som andra professioner att forska och utveckla vården samtidigt som vi arbetar kliniskt. Idag är vi två sjuksköterskor på Karolinska institutet som har en sådan här kombinerad professorstjänst. Det vore fantastiskt bra om det kunde sprida sig och om kombinerade forsknings- och klinikertjänster också kunde gälla lektorer och docenter, säger hon.

Yvonne är sedan två år också omvårdnadsansvarig för hela Tema Cancer vid Karolinska universitetssjukhuset. I det strategiska vårdutvecklingsarbetet ger hennes kliniska arbete en nödvändig trovärdighet och tyngd. Den kliniska förankringen är också, menar hon, en förutsättning för att kunna vara framgångsrik som forskare. Dessutom älskar hon sina dagar med patienterna.

–Det är fortfarande ofta de bästa dagarna. Så har jag känt sedan första praktiken på sjuksköterskeskolan. Jag har sedan länge konstaterat att jag är en "people person", en som vill möta människor. Det var också det som gjorde att jag föll direkt för onkologin. På praktiken på Radiumhemmet, kändes alla möten med patienterna meningsfulla, ärliga och på riktigt.

Parallellt med det kliniska arbetet med patienterna har Yvonne sedan grundutbildningen vetat att hon ville forska. Hon har alltid velat vara med och påverka utvecklingen av cancervården. Och forskning blev det. Under många år var Yvonne knuten till den så kallade Borgmästarvillan på Karolinska i Solna.



Det var länge en plantskola för forskare inom omvårdnad. Under en period var hon chef för Kl:s sektion för omvårdnad och hon engagerade sig även i cancerforskning på europeisk nivå. Det ledde till nästa steg i yrkesutvecklingen, en professorstjänst i Skottland.

– Det var en väldigt bra erfarenhet för mig. I Skottland har man länge kombinerat forskning och klinisk verksamhet och de förstod tidigt vikten av att involvera patienterna i arbetet, berättar hon.

EGEN FORSKARGRUPP

Nu har hon byggt upp en forskargrupp på Karolinska Institutet som studerar människors risk för ohälsa både ur ett förebyggande perspektiv och vid sjukdom. Ett sådant konkret och spännande område som Yvonne och hennes grupp lagt väldigt mycket tid på de senaste åren, är träningens betydelse vid cancersjukdom, OptiTrain-studien.

Passande nog stämde Yvonne träff för vår intervju högst upp i ett av Nya Karolinskas byggnader där Rörelseglädjes träningslokal ligger. Normalt råder full verksamhet här men just nu är träningsmaskinerna stilla och vi har den fantastiska utsikten över Nya Karolinskas och Stockholms kust för oss själva. När det blir varmare, berättar Yvonne, planeras det att starta yogagrupper utomhus på terrassen som man når direkt från lokalen.

OPTITRAIN-STUDIEN

Just denna dag har resultaten av 2-årsuppföljningen av OptiTrain-studien publicerades och arbetet med 5-årsuppföljningen pågår som bäst. Resultaten är tydliga. De kvinnor med bröstcancer som tränar under sin cytostatikabehandling mår bättre på både kort och lång sikt. Fysisk aktivitet minskar alltså inte bara risken att få cancer, utan har även positiva effekter för den som redan har drabbats.

–Hälsoeffekterna av träningen är tydliga. Det går att slå fast att kvinnorna känner sig starkare, får en förbättrad livskvalitet och färre symptom av behandlingen, till exempel minskar problemen med fatigue. Träningen innebär också att kvinnorna lättare kan bibehålla sin vikt och de får en ökad muskelstyrka. Det är viktigt eftersom denna påverkas negativt av cytostatikan, säger Yvonne.

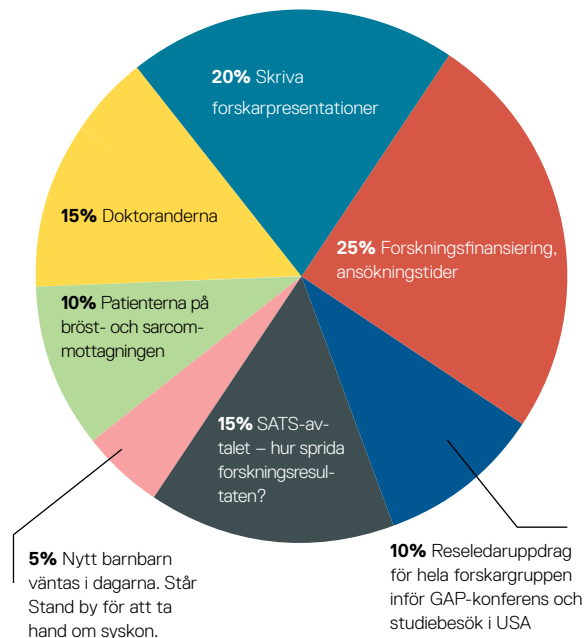
–Dessutom, berättar hon, kommer fler snabbare tillbaka till ett "vanligt" liv efter behandling. 30 procent av kvinnorna i kontrollgruppen som inte tränat under sin cytostatikabehandling var fortfarande sjukskrivna ett år efter behandlingen. För kvinnorna i träningsgruppen var motsvarande siffra sju procent och tre procent efter två år.

–Det är en oerhörd vinst för i första hand dessa kvinnor och deras närstående men självfallet även för samhället.

Totalt deltar 240 kvinnor i studien som startade 2013. De fick alla ett personligt träningsprogram och tränade i gym på onkologiskt rehabcenter på Karolinska Universitetssjukhuset. Patienterna bokade själva in sig två gånger i veckan under den 16 veckor långa behandlingstiden.

–Det är viktigt att betona att man alltid måste börja där

I HUVUDET PÅ YVONNE WENGSTRÖM JUST NU



patienten är. Alla är olika. En del har tränat massor innan sin sjukdom, andra inget alls. Det spelar ingen roll för resultaten. Det viktiga är att, utifrån sina egna förutsättningar, träna cirka 150 minuter per vecka, fördelat på två till tre konditions- eller styrkepass. Och att passen ska vara pulshöjande, säger Yvonne.

För att kunna erbjuda deltagarna i studien ett fortsatt stöd efter studien har forskningsgruppen provat samarbete med olika externa gymföretag. Yvonne berättar att man i dagarna startat ett samarbete med träningskoncernen SATS som finns över hela landet. Deras personliga tränare kommer att utbildas i vilken typ av träningshjälp denna grupp människor behöver. Genom SATS kan forskningsresultaten också få en bra spridningshjälp.

–Vi vet idag att träning under cancerbehandling fungerar. Det visar vår studie liksom många andra. Det är fantastiskt att ha varit med om att faktiskt konkret nu ha hittat enkla verktyg för symtomlindring. Det ska vara en självklarhet att alla får hjälp av vården att vara fysiskt aktiva. Träning för alla är bara en tidsfråga. Det kommer att erbjudas nationellt. Det måste det. Det är en fråga om att kunna erbjuda en jämlik vård, konstaterar Yvonne.

EU-PROJEKTET PREFERABLES

Tillsammans med medarbetare från fem europeiska länder och Australien har Yvonne nu fått ett stort EU-anslag för att undersöka om träning kan hjälpa kvinnor även med avancerad bröstcancer att må bättre. Ett 50-tal kvinnor i Stockholmsområdet kommer att ingå i den internationella studien. Förutom fatigue och livskvalitet kommer forskarna titta till exempel på symptom relaterade till bröstcancerbehandlingen, smärta, ångest, sömnstörningar.

Forts. nästa sida

PREVENTION OCH RISK

Prevention och risk är ett annat forskningsområde som intresserar Yvonne och hennes forskargrupp. Tillsammans med professor Per Hall, som genom Sveriges största mamмоgrafistudie (Karma) kunnat identifiera kvinnor med hög risk för bröstcancer, är Yvonne Wengströms grupp nu delaktig i del två av den studien. I den vill man titta på möjligheten att minska risken för att drabbas av bröstcancer med förebyggande behandling utan att det ger besvärliga biverkningar. Man vet att antihormonet Tamoxifen framgångsrikt kan hindra återfall och sannolikt bidra till att minska uppkomst av bröstcancer. Problemet är att det i den dos som hittills givits varit förknippat med besvärliga biverkningar i form av svettningar, vallningar, trötthet och depression.

–Det finns fortfarande för lite dialog om prevention och risk kring bröstcancer i Sverige, trots att vi idag vet att det finns många faktorer som påverkar den. Framför allt talar man om livsstil, ärftlighet och brösttätthet som riskfaktorer. Vi hoppas att denna studie ska bidra till att ändra på detta och framförallt att vi ska kunna förhindra att många kvinnor drabbas av bröstcancer.

En annan studie inom området prevention håller på att avslutas, *Screening of Swedish Colons* (SCREESCO).

Där har en doktorand som Yvonne huvudhandleder tittat på upplevelser av deltagande och icke-deltagande i screeningprogrammet samt hur personer resonerar kring sitt beslut. Aspekter som undersöks är hur beslutet om deltagande/ icke-deltagande fattas och i vilken utsträckning kunskap, värderingar och att involvera omgivningen spelar in. Oro/ ångest samt förmågan att läsa, förstå och förhålla sig till information, studeras också.

–Syftet med screening för kolorektalcancer är att upptäcka sjukdomen i ett tidigt och botbart skede, innan kliniska symtom, för att på så sätt minska dödligheten i sjukdomen. Screening är gratis. Varför väljer en del att inte delta? Det finns väldigt lite kunskap om vilka faktorer som styr beslutet. Vi behöver veta mer för att kunna bli mer innovativa i vårt sätt att nå de som annars inte deltar, konstaterar Yvonne.

Det har blivit hög tid att avsluta intervjun. Så många andra plikter kallar vår intervjuperson. Det är ganska intensiva dagar, erkänner hon, men värt det. Alla underbara kollegor och patienter gör det fantastiskt roligt. Dessutom bottnar allt engagemang i att det faktiskt innebär att hon kan vara med och förbättra cancervården på ett ganska konkret sätt. Det ger energi. •

Den 18 mars 2019, Stockholm

Nationella kontakt-sjuksköterskedagen



Ulrika Midelund,
Kontaktssjuksköterska, Bröstmottagningen,
Verksamhetsområde Kirurgi, Helsingborgs lasarett

Den 18 mars genomfördes Sjuksköterskor i cancervårds nationella kontakt-sjuksköterskedag på Nalen i Stockholm. Cirka 180 kontaktssjuksköterskor från söder till norr deltog. Dagen genomfördes i anslutning till Onkologidagarna 19-21 mars. Syftet med dagen var att sprida kunskap samt ge inspiration och möjlighet att nätverka. Det lyckades arrangörerna och föreläsarna väldigt bra med. Jag kan varmt rekommendera kontaktssjuksköterskor att delta på kommande nationella kontaktssjuksköterskedagar.

Jag fick möjligheten att delta tack vare ekonomiskt stöd i form av stipendium från Sjuksköterskor i cancervård, vilket jag är mycket tacksam för.

Föreläsningarna under dagen innehöll bland annat cancerrehabilitering, digitalisering av Min Vårdplan, patientinformation i regimbiblioteket, aktiva överlämningar, kontaktssjuksköterskans roll vid MDK, kontaktssjuksköterskans kompetens om hälsosamma levnadsvanor, uppföljningsmodell för rehabilitering i nationella vårdprogram samt hur vi samverkar med primärvården.

Jag har valt att kort beskriva innehållet i några av föreläsningarna om cancerrehabilitering och Min Vårdplan.

Darcy Burbage, Survivorship Nurse Navigator and Palliative Care Nurse från Philadelphia, USA, "Overview of Nurse Navigation: The Role of the Contact Nurse in Cancer Care" Darcy inledde dagen med en föreläsning om hur viktig kontaktssjuksköterskans roll är för patienten och vad som ingår i rollen. I rollen som kontaktssjuksköterska ingår många ansvarsområden.

Lena Söderqvist, Processledare och samordnande kontaktsjuksköterska för kolorektalcancer, RCC Stockholm-Gotland föreläste om "Standardiserat rehabiliteringsförlopp vid rektalcancer" som är ett pilotprojekt. Behandlingarna vid rektalcancer kan leda till besvärade biverkningar på bäckenorganen och kan därmed påverka tarmfunktion, urinvägar och sexuell hälsa. Syftet med standardiserat rehabiliteringsförlopp är att ha ett förebyggande förhållningssätt till rehabilitering, bra information till patienten och råd om egenvård. Detta kan leda till att patienten bättre kan hantera biverkningarna under och efter behandling samt minska framtida besvär. Det kan också förbättra funktionen och nöjdheten hos patienten. Detta är en rehabiliteringsmodell som planeras redan före start av behandling. "Pre rehabilitering" är enligt min åsikt något vi kan arbeta med i alla cancerprocesser.

Linda Åkerflo, Specialistsjuksköterska i onkologi, doktorand doktorand, BäckencancerRehabiliteringen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, föreläste om "Symtomhantering vid bäckencancer". Bäckencancer-Rehabiliteringen har en sjuksköterskeledd mottagning och ingår i Enheten för cancerrehabilitering för utredning och behandling. Hit kan man komma på remiss. Patienter med cancer i bäckenregionen som fått besvärande biverkningar av behandling, till exempel vid radioterapi, kan här få professionell hjälp med symtomhantering. Patienterna får fylla i ett hälsoformulär före första besöket för att kartlägga besvären. En sjuksköterska ger information, egenvårdsråd, remiss till specialist, till exempel uroterapeut eller lymfterapeut, stöd och uppföljningssamtal. De hänvisar även till hemsidan: eftercancer.se där man kan läsa mer om egenvårdsråd vid olika symtom.

Agneta Hagren och Ulrika Fyrhag, Kontaktsjuksköterskor huvud-halscancer, Skånes Universitetssjukhus, föreläste om "Sjuksköterskans roll vid cancerrehabilitering". De belyste bland annat vad som ingår i kontaktsjuksköterskans uppdrag: Namngiven person, ta fram Min Vårdplan, tillgänglig dagtid, ge stöd vid normala krisreaktioner och förmedla kontakter med andra yrkesgrupper, göra evidensbaserade bedömningar av patientens behov, informera om kommande steg, ansvara för cancerrehabilitering, delta i multidisciplinära konferenser samt ansvara för aktiva överlämningar med mera.

De har tagit fram en skrift som är Min vårdplan och Min cancerrehabiliteringsplan vid huvud-halscancer. De har



arbetat fram en bättre struktur då läkare och kontaktsjuksköterskor numera har gemensamma återbesök, patienten fick även fylla i hälsokattningsformulär för cancerrehabilitering och fick en Min cancerrehabiliteringsplan med mål, egenvård, vilken professionell hjälp som behövs samt en plan för uppföljning.

Det diskuterades att cancerrehabilitering är väldigt ojämnlik i landet och att implementeringen tar lång tid. För att driva arbetet med cancerrehabilitering framåt krävs det att cheferna är med i denna process.

Anna-Lena Engvall och Astrid Isoz, Specialistsjuksköterskor i onkologi HHNH, Karolinska Universitetssjukhuset, föreläste om "Erfarenheter från att arbeta med digitallösning av Min vårdplan". I samarbete med RCC är patienter tillfrågade att delta i ett projekt om att få sin Min Vårdplan via nätet. Patienten loggar in via 1177 med e-legitimation och går in på plattform Stöd och behandling. Den digitala versionen är utarbetad efter material från Min vårdplan i patientpärm. Cirka 20 procent av de som tillfrågats har tackat ja sedan juni 2018.

Skälen för de som tackat nej var: De önskar en handfast pärm som de även kan skriva i. De vill att närstående ska kunna ta del av pärmen. Har inte e-legitimation. Ingen datorvana. Ingen skillnad på kön eller ålder på de som tackade ja/nej. Fler hade nog tackat ja om de fått Min Vårdplan både i pärm och digitalt.

Kontaktsjuksköterskans upplevelse av Min vårdplan via nätet är att den är lätt att skapa, känns mer proffsig att kunna erbjuda digitalt, de upplever att patienterna mest använder den att läsa i och inte för att föra dagbok eller fylla i hälsokattning, med mera.

Alla föreläsningar under dagen var mycket intressanta och givande. I min rapport kom bara ett axplock med från dagen.

Två nya broschyrer om hälsosamma levnadsvanor finns utgivna av Svensk sjuksköterskeförening: *Samtal om hälsofrämjande levnadsvanor vid cancer*, vilket är ett kunskapsunderlag för teamet samt *Hälsosamma levnadsvanor för dig som har eller haft cancer*, riktad till patienten.

På den enhet jag arbetar kommer vi att dela ut den senare till alla som får diagnosbesked.

Tack arrangörer, moderatorer, föreläsare och deltagande kontaktsjuksköterskor för en mycket givande dag.

Föreläsningpresentationerna finns som pdf:er på www.cancervard.se •



Karin Wieselblad,
Redaktionen Cancervården

Världscancerdagen 2019

Varje år arrangerar Nätverket Mot Cancer Världscancerdagen och årets tema var "Bemötande och omhändertagande i världsklass". Ordförande Margareta Haag hälsade välkommen och presenterade nätverket och det arbete som genomförs.

Nätverket består av mer än tio patientorganisationer som har gått samman till Sveriges största påverkanskraft för en bättre cancervård och har idag mer än 10 000 medlemmar. Nätverket anser att cancerpatienten har rätt till ett bemötande och omhändertagande i världsklass och att det handlar om tillgänglighet från det att patienten är under utredning till behandling som ska vara den bästa tänkbara oavsett på vilket sjukhus patienten vårdas. Nätverket menar också att det ska vara enkelt för den som har kronisk cancer eller är botad från cancer att få hjälp när det behövs. Det innebär att det måste finnas vårdcentraler där personalen har kunskap om cancer. Nätverket har som mål att det ska finnas cancercertifierade vårdcentraler som kan ge cancerpatienten vård till livets slut. En annan viktig fråga för nätverket är att cancerpatienten kan ha fysiska och psykiska biverkningar och skador och spår av sin cancerbehandling och dessa problem kräver rehabilitering. I nuläget är det bara en bråkdel av dessa patienter som erhåller detta trots att alla cancerpatienter ska erbjudas rehabilitering.

Nätverket har tre huvudkrav: Rättvis cancervård, cancerprevention och stärkta patienträttigheter. Bostadsort och landstingstillhörighet skall inte vara avgörande för patientens behandling. Det är olika hur snabbt ett landsting inför en ny behandling eller om det alls används eller om det finns kompetent personal för aktuell diagnos. Nätverket anser att det ska finnas tvingande nationella riktlinjer. Vidare ska även pojkar vaccinerats mot HP relaterat virus. Kunskapsspridning är oerhört viktigt som prevention för övervikt, solning, alkoholinlag, rökning och stillasittande. Cancerpatientens ställning måste stärkas, nätverket anser att den nya patientlagen som infördes 2015 inte har haft genomslag och att det ska vara möjligt att utfärda sanktioner eller böter mot landsting, primärvård eller annan vårdform när cancerpatienten inte får den vård som patienten har rätt till.



Samtliga foton: Pelle T Nilsson

Nätverkets vision är ett samhälle fritt från cancer och där alla erbjuds samma möjlighet till prevention, tidig upptäckt, effektiv behandling, rehabilitering och palliativ vård. Cancer ska ses som en akut-sjukdom! Det tar för lång tid från diagnos till behandling. Begreppet kronisk cancer ska införas i stället för palliativt skede och har redan nu börjat användas även inom primärvården och ska jämföras med andra kroniska sjukdomar som diabetes och reumatism. Enligt den nationella cancerstrategin har alla cancerpatienter rätt till en rehabiliteringsplan och vid en undersökning



Socialminister Lena Hallengren



med rätt åtgärd. Deltagarna i debatten är helt överens om att solning i solarium ska förbjudas för alla under 18 år och helst förbjudas över huvud taget. Nätverket har infört "Solskolan" där information finns för säker solning och man vill skapa en solapp för att sprida kunskap om hur man ska sola säkert. Det är också oerhört viktigt att personalen på vårdcentralen har tillräcklig kunskap för tidig upptäckt av symtom på hudcancer. Fokus under debatten var solning men även rökning diskuterades och man är överens om att informationen och



med 2000 svarande patienter visade det sig att endast fyra procent av patienterna hade tillgång till detta!

INLEDNING: SOCIALMINISTER LENA HALLENGREN

Dagens moderator var K-G Bergström som presenterade socialminister Lena Hallengren som höll inledningstalet. Hon berättade att hon med ödmjukhet och entusiasm ser fram emot sitt uppdrag att strukturera och leda sjukvården. Hon betonade vikten av att den så viktiga obrutna vårdkedjan för patienten och att cancervården måste



Ordförande Margareta Haag,
Nätverket Mot Cancer

samordnas nationellt med standardiserade vårdförlopp som grund för tillgänglighet. Hon betonade också att de olika framsteg som sker inom cancervården ger hopp för fortsatt arbete.

DEBATT: CANCERPREVENTION

Nästa punkt på agendan var en debatt om cancerprevention. Medverkande var: Margareta Haag - ordförande Nätverket mot Cancer, Cecilia Halle - gruppchef på enheten för folkhälsa och sjukvård på Socialdepartementet, Anna Bessö - avdelningschef för avdelningen för Livsvillkor och levnadsvillkor, Folkhälsomyndigheten, Helene Asp - enhetschef för miljöövervakning på Strålsäkerhetsmyndigheten, och Ada Garnita, överläkare och ansvarig för hudtumör enheten, Karolinska Universitets-sjukhuset.

Debatten utgick från perspektivet att solning och tobak är två faktorer som påverkar risken för cancer. I Sverige finns ett stort antal svenskar som reser till solen och det behövs fler tydliga kampanjer för förtydliga behovet av solskydd, merckelcellscarcinom ökar med 100 procent vilket är ett tydligt tecken för att solskyddet är otillräckligt. En tredjedel av all cancer går att förebygga

"Det är oerhört viktigt att primärvården får resurser för att upptäcka tidig cancer."

det förebyggande arbetet kommit längre för solning men långt ifrån tillräckligt. Målet bör vara totalt rökförbud vilket också deltagarna på Världscancerdagen röstade igenom.

HETA STOLEN: TIDIG UPPTÄCKT

K-G Bergström hade en snabb utfrågning i "Heta stolen" med; Emma Spak - samordnare för nära vård SKL, Anna Nergårdh - särskild utredare för "God och nära vård" regeringskansliet, Marcela Ewing - specialistläkare onkologi och Hanna Bylund - blodcancerförbundet. Svaren från denna utfrågning pekade åt samma håll: Det är oerhört viktigt att primärvården får resurser för att upptäcka tidig cancer.

DEBATT: KRONISK CANCER

Efter rundvandring hos utställarna var det debatt om det relativt nya begreppet kronisk cancer. De medverkande var; Leif Olsson- njurcancerpatient, Ulrika Harmenberg - onkolog NKS och processledare RCC, Acko Ankarberg Johansson (KD) - ordförande för socialutskottet och Marie Morell (M) - vice ordförande SKLs sjukvårdsdelegation. En diskussionsfråga var Nya behandlingar ger hopp men hur når kunskapen ut till alla patienter? Diskussionen visade att ett ökat antal patienter överlever sin cancer genom förbättrade behandlingsmetoder men att det finns en risk att behandlingen inte ges på samma sätt över hela landet. Ett väldigt viktigt mål är att skapa nationella gemensamma riktlinjer för att vården ska bli så effektiv som möjligt oavsett var i landet patienten

Forts. nästa sida



Världscancerdagen avslutades med presentation av årets hedersutmärkelse som detta år gick till professor Peter Strang.

bor. Den palliativa vården behöver också förbättras, likaväl som metoderna för strålbehandling. Eftersom antalet patienter med kronisk cancer fortsätter att öka så menade forumet att kompetensen nationellt måste förbättras genom kontinuerlig utbildning. Det är viktigt att definiera vad som menas med jämlik vård.

HETA STOLEN: DIGITALISERING

Efter detta återkom "Heta stolen" med temat digitalisering. Patienter delar gärna data för att främja forskningen och vården och det har talats om digitalisering i nära ett decennium. Digitaliseringen är inte effektiv och det behövs ny lagstiftning för att säkerställa patientens behov och säkerhet, motsvarande problem finns inom vården. När kan all rapportering faktiskt leda till förbättringar för patienterna och vara till nytta för forskning och vård? Deltagare var: Patrik Sundström - programansvarig för E-hälsa, Susanne Nordling (MP) - SKL:s sjukvårdsdelegation, Jenni Nordberg - chef för regeringens life sciencekontor, Daniel Forslund (L) - innovations- och utvecklingsråd samt Bo Wilhelm Carlsson - Nätverket mot cancer.

Panelen menade att digitalisering förenklar för patienten men kan också skapa utanförskap då patienten inte kan ta del av tekniken. Det finns olika digitala system i Sverige och det behövs en nationell styrning. Panelen är ense om att 1177 –



vårdguiden är en välbesökt plattform som kan utvecklas ytterligare och att det är viktigt att Min Vårdplan digitaliseras.

DEBATT: INSTIFTA EN RÄTTIGHETSLAG – FRÅN BÖR TILL SKA

En av de sista punkterna, denna intensiva dag, var en debatt om att instifta en rättighetslag för patienten. En sådan skulle ge vården ansvar och utgå från patientens behov. Patienten ska vara en resurs i vården och ha stort inflytande över sin egen vård och ska ingå i ett partnerskap med vårdgivaren och det multiprofessionella teamet. Anne Carlsson -ILCO, Lise-Lott Carlsson - ordförande blodcancerförbundet, Dag Larsson (S) - socialutskottet och Jean-Luc af Geijerstam - direktör för Vårdanalys, deltog i debatten.

VAD STÅR HÖGST PÅ AGENDAN NÄRMASTE FEM ÅREN?

Näst sista punkten blev ett samtal om vad som står högst upp på agendan för nätverket de närmaste fem åren. I samtalet fanns representanter från Regionalt cancercentrum i samverkan, Nätverket mot cancer, Fysioterapeuterna, Sjuksköterskor i cancervård, SWEDPOS, Svenska läkareförbundet och Vårdförbundet. Gruppen kom gemensamt fram till att det som står på högst upp på agendan är nationellt ansvar, fortbildning, forskning, stärkta patienträttigheter, nationella vårdprogram, teamet, nationell specialistutbildning, formell utbildning för kontaktsjuksköterskan, mer resurser för omvårdnadsforskning, tillgång till cancerrehabilitering, specialisläkare inom onkologi, kunskap om nya behandlingsmetoder, rätt kompetens och prevention. •



Charlotta Frestadius,
Kontaktsjuksköterska/psykosocialsjuksköterska, Bröstkirurgen Södersjukhuset

Workshop om cancerrehabilitering för kontaktsjuksköterskor

Den 19 mars deltog cirka 50 kontaktsjuksköterskor från hela landet i en workshop med fokus på cancerrehabilitering. Dagen startade med en föreläsning av Darcy Burbage, som är Survivorship Nurse Navigator och Palliative care nurse från Philadelphia USA.

Föreläsningen handlade om den cancerrehabilitering som görs på sjukhuset där Burbage arbetar. Sammanfattningsvis förmedlade Burbage att rehabilitering startar redan vid diagnos, så kallad "prehabilitation". Då cancer idag många gånger behandlas som en kronisk sjukdom, kan besvär efter behandling även komma många år senare. Rehabilitering kan inte heller ses som en linjär linje, utan behoven måste utvärderas personcentrerat. Burbage påpekade också vikten av utbildning i egenvård för patienten och möjligheten att själv kunna rapportera in sina symtom till behandlande vårdinstans.

Inför workshopen delades vi in i grupper om sju personer där vi fick dela erfarenheter och svara på frågor om cancerrehabilitering.

Frågorna vi diskuterade var bland annat:

- Hur definierar vi cancerrehabilitering?
- Vad kan jag som kontaktsjuksköterska göra för att underlätta patientens rehabilitering?
- Vilka hinder ser jag?
- Hur skulle cancerrehabiliteringen kunna se ut om vi fick önska fritt?

Många var överens om att vi inte alltid ser vårt eget jobb som rehabilitering, utan att vi och även patienten ofta tänker att rehabilitering handlar om är att träffa en sjukgymnast eller att åka iväg på cancerrehabilitering. Därför är det viktigt att på sin egen enhet definiera vad rehabilitering innebär för oss, vad vi redan gör idag men även vad vi kan utveckla.

Prehabilitation kändes som ett viktigt begrepp att ta till, just att rehabiliteringen startar redan vid diagnos. Och att de råd och den förberedande information vi ger,

Hälsoskattning för cancerrehabilitering (1/2)

Datum: Namn:

Personnummer: Diagnos:

Har din cancersjukdom påverkat nedanstående områden? Din beskrivning kan underlätta att du får rätt rehabilitering. Sätt kryss i den ruta som bäst motsvarar din upplevelse.

	Inget problem	Litet problem	Besvärande problem	Mycket besvärande problem	Kommentar
Trötthet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sömnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Smärta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Minne/koncentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nedstämdhet/depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Oro/ångest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Äta/dricka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Illamående	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stickningar i händer/fötter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avföring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Vänd - flera frågor på nästa sida

HMC © 2016. O-Neuro/Arkabo, UFG/ISO, Box 1324, 301 13 Örebro. All rights reserved

vara ett sätt för patienten att ha lite kontroll då brist av kontroll ofta är ett vanligt tillstånd under en cancerbehandling.

Som vårdpersonal är det inte ovanligt att ha förutfattade tankar om vad en patient behöver, vilket inte behöver överensstämma med verkligheten. Med skattningsskalorna skulle dessa missförstånd inte uppstå utan patientens behov blir tydliga från början. Skattningsskalorna visar även patientens förväntningar och en diskussion kring vad som är rimliga förväntningar kan tas upp på ett tidigt stadium.

HINDER OCH FÖRUTSÄTTNINGAR

Olika hinder som kom upp var främst en brist av resurser och tid. Stuprörorganisationer försvårade möjligheten till flexibilitet i arbetet runt patienten. Bättre samarbete med vårdcentraler i rehabiliteringsprocessen önskades. Dock viktigt att förtydliga vem som har vilket ansvar för att samarbetet ska bli så bra som möjligt. Förslag om cancersjuksköterska på vårdcentral kom upp på samma sätt som det idag finns diabetessjuksköterskor, etc.

Aktiva överlämningar mellan olika kliniker ansågs nödvändigt för att rehabiliteringen ska flyta på smidigt, vilket brister på flera platser.

Den samordnande kontaktsjuksköterskan ansågs viktig och nödvändig i arbetet med all utveckling kring kontaktsjuksköterskans roll.

Inspiration från olika verksamheter gavs om bland annat patientgruppträffar inför operation som varit väldigt uppskattade.

Dagen var fylld av energi och det var tydligt hur viktigt det är för oss kontaktsjuksköterskor att träffa andra i samma arbete och utbyta kunskaper och diskutera både svårigheter och möjligheter. •

"Prehabilitation kändes som ett viktigt begrepp att ta till, just att rehabiliteringen startar redan vid diagnos"

till exempel innan operation, är en del av prehabilitation.

SKATTNINGSSKALOR

För att tydligare se vilka behov en patient har diskuterades olika skattningsskalor som man tidigt kan använda sig av, bland annat Örebros skattningsskala. Det påpekades också att patienten har den yttersta rollen i sin egen rehabilitering men att det inte kan göras utan vår information. Detta kan även

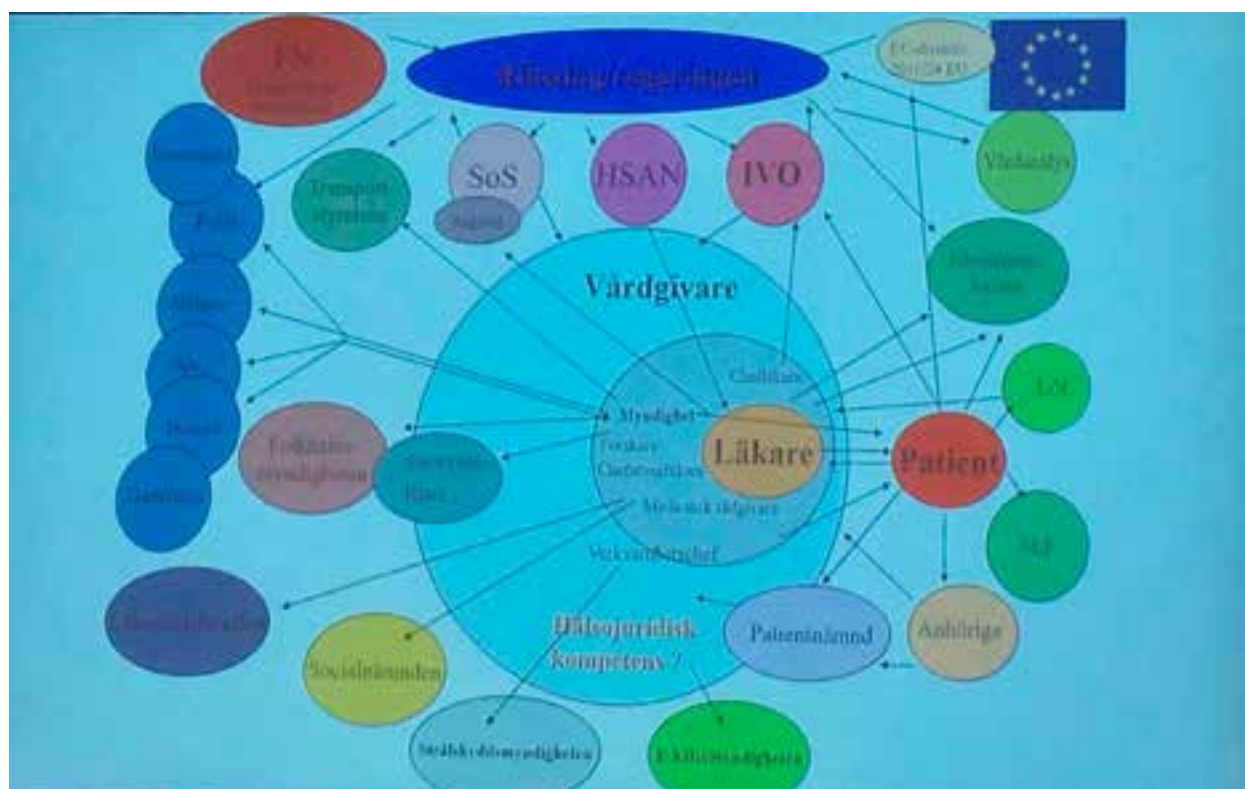
CANCERDAGEN 2018

En ganska kylig tisdag i slutet av november var jag en av cirka 100 deltagare som lockats till Cancerdagen 2018 som anordnades av Dagens Medicin. Det är ett tag sedan nu men dagen är definitivt värd ett referat. Den gick av stapeln på konferensanläggningen Bygget i centrala Stockholm. Hur ska patientens rättigheter bli reella? Vilka strategier måste till för en bättre cancervård och hur ska framtidens cancervård hanteras inom primärvården? Och hur kan allmänläkare i primärvården spela en stor nyckelroll för tidig upptäckt av cancer? Här kommer en sammanfattning från dagen.



Ulrika Persson,

Chefredaktör Cancervården, styrelseledamot Sjuksköterskor i cancervård



HUR SKA PATIENTENS RÄTTIGHETER BLI REELLA?

Göran Edbom, Överläkare vid Norrlands Universitetssjukhus och RCC Norr.

Vårdgivaren har ett organisatoriskt ansvar och ska planera, leda och kontrollera verksamheten så att den lever upp till kravet på god vård. Men vem ansvarar för patientens rättigheter när man inte får god och säker vård? Det blir svårt när ansvaret inte finns på tjänstemannanivå. Patientens ställning bli helt plötsligt väldigt svag.

Vad behöver man då göra för att patientens rättigheter ska bli reella? Inställningen hos vårdgivaren måste förändras, vilket man inte gör över en natt. Det måste komma mer resurser till vården, både för kompetensutveckling och till personalkostnader. Ekonomin måste bli bättre och jämnare hos vårdgivaren. Lagstiftningen kring konsekvenser och ansvar måste bli tydligare och med det stärks patientens

rättsliga ställning. Socialutskottet ställningstagande syftar till att stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Socialutskottet föreslår även att regeringen bör ta fram en ny cancerstrategi.

Det finns flera bra åtgärder att göra för att skapa bättre patienträttigheter. Vårdgivaren ska anmäla brott mot patienträttslagen till IVO, Inspektionen för Vård och Omsorg. De ska även anmäla och bistå patienten vid vårdskada till LÖF, Landstingens Ömsidiga Försäkringsbolag, och läkemedelsförsäkringen. Patientnämnden bör få ökade möjligheter till granskning av sjukvården. Kanske genom att chefläkaruppdragen kopplas till och blir underställda IVO och Patientnämnden, det vill säga fungera som deras förlängda arm i vården.

PANELDEBATT KRING PATIENTPERSPEKTIVET

Lise-Lotte Eriksson Blodcancerförbundet, *Calle Waller* Prostatacancerförbundet, *Carl M Hamilton* PALEMA och *Ulrika Årehed-Kågström* från Cancerfonden.

Samtalet kretsade mycket runt patientperspektivet. De tyckte att cancervården måste ta till sig det bättre och att patientsamverkan är en förutsättning för att det ska bli bra. De framhöll att patienter behöver och har rätt till att få information om sina rättigheter. Många patienter tror att de vet hur vården är organiserad och hur den fungerar. Men att det inte alltid stämmer var de rörande överens om. Att förstå sig på vården kan jag hålla med om att det inte är helt enkelt. Särskilt inte med tanke på att det skiljer sig över landet. Panelen pratade om makt och vem som har den. De tyckte att många frågor saknar ägare. De var överens om att cancervården borde få en hårdare statlig styrning. All cancervård skulle styras under en och samma hatt med ett tydligt uppdrag. En ny cancerstrategi är önskvärt och kanske till och med ett måste. Men det gör inte arbetet på detaljnivå mindre viktigt.

De sammanfattade sina åsikter med fyra punkter:

- Varje fråga måste ägas av någon.
- Varje patient ska få vård i världsklass.
- Sverige måste titta utomlands och lära av det.
- Man måste gå från ord till handling. Det måste hända något inom cancervården.

**VILKEN STRATEGI BEHÖVS FÖR EN BÄTTRE
CANCERVÅRD**

Beatrice Melin, Avgående cancersamordnare SKL.

Att cancerstrategiarbetet är jätteviktigt är vi nog överens om. Beatrice menade att det finns fyra viktiga nycklar i detta arbete. Människorna, digitaliseringen, kompetens och kvalitet samt långsiktighet. RCC gör väldigt mycket, men det räcker inte riktigt. Navet är alla engagerade medarbetare. För att komma framåt behöver RCC kommunicera på flera olika nivåer med politiker, linjechefer, professionen och patienterna. Digitaliseringen av cancervården är en viktig nyckelfaktor där många saker är under utveckling. Det sker saker både nationellt, regionalt och lokalt. Som till exempel att min vårdplan digitaliseras, nationell MultiDisciplinär-Konferens-mall, regionala MDK:er, nya journalsystem och målbilder för nära vård inom varje diagnos.

Viktiga områden att arbeta med är:

- Prevention
- Screening
- Standardiserade vårdförlopp, SVF
- Kompetensförsörjning

I preventionsarbetet ingår många aktörer. Därför är det viktigt att identifiera alla roller för att få bästa utväxling av arbetet. Gällande den sekundära preventionen bör det finnas nationell information.

Screening är som alla vet organiserade insatser för att upptäcka cancer tidigt. Idag är det screening av bröst och livmoderhalscancer som är nationell. Angående tjocktarmscancer rekommenderas en start av screening under 2019. Lungcancerscreening har just börjat som projekt i Stockholm. Att en prostatascreening borde finnas är alla landsting eniga om. Men då för ärftliga och familjära former enligt ett särskilt program.

SVF har hållit på sedan 2015, hittills har 64 procent av alla cancerpatienter inkluderats. Men till målet att 80 procent skall starta behandling inom max ledtiden är det en bra bit. Hur kommer vi tid? En viktig faktor är att rätt utredning är nyckeln till rätt behandling.

Kompetensförsörjning är en central fråga för sjukvården. Viktiga komponenter för att behålla kompetens är att hela tiden arbeta med kompetensförsörjningen. Det behövs tydliga karriärvägar och tydliga roller. Ledarskapet är väldigt viktigt. Det måste vara tydligt och rättvist. Arbetsmiljön måste vara bra på arbetsplatsen. Kontinuitet i arbetet är också viktigt. Sen skall rätt person utföra rätt arbete, rätt utnyttjande av kompetensen. Uppgifterna skall kännas meningsfulla.

Efter en pilotstudie 2017 finns nu Min Vårdplan, e-MVP tillgänglig för införande. Hittills har cirka 20 kliniker inför den. Min Vårdplan, som finns tillgänglig för patienten på 1177.se, är interaktiv och innehåller information om patientens utredning, behandling, rehabilitering och uppföljning. Den kan också överlämnas mellan vårdgivare med patientens samtycke. Under 2018 pågår ett nationellt projekt mellan RCC i samverkan, SKL och Inera för att stötta verksamheterna i att införa e-MVP.

Att standardisera uppföljning och cancerrehabiliteringen, men ändå skraddarsytt just för denna patient, är en framgångsfaktor. Det bör införas mer tydliga rekommendationer kring uppföljning och rehabilitering i vårdprogrammet och i Min Vårdplan. Just nu pågår projekt inom Bäckencancer-rehabilitering.

Budskapet som Beatrice skickade med oss deltagare var "Ingen kan göra allt, men alla kan göra något." Det tror jag alla kan skriva under på.

NATIONELLT HELHETSGREPP OM CANCERVÅRDEN

Johan Strömblad, Projektledare på Vårdanalys och *Mattias Fredriksson*, Enhetschef för nationella riktlinjer Socialstyrelsen.

Johan började prata om vad Vårdanalys är. Det är en statlig myndighet under Socialdepartementet som följer upp och analyserar hälso- och sjukvården, tandvården samt omsorgen. Det är en oberoende och renodlad analysmyndighet, det vill säga fristående i förhållande till politikens och lagstiftningens implementering och uttolkning. Fokus ligger på funktionssätt och styrning. Alla deras analyser utgår från ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv. De genomför både egeninitierade analyser och regeringsuppdrag. Vårdanalys har fått ett uppdrag om analys av digitala stöd vid cancer. Antalet cancerpatienter kommer att öka de kommande åren. En generell trend för befolkningen är att de når en allt högre grad av digital mognad och med det ställs ett ökat krav på digitalt stöd och teknik. Vårdanalys uppdrag är att bidra med en analys av och rekommendationer om hur digitalt stöd och teknik kan bidra till en positiv utveckling i cancervården. Regeringen efterfrågar en ökad kunskap om digitalt stöd och teknik inom cancervården. Vårdanalys skall bidra med kunskap om hur detta kan bidra till mer jämlik, effektiv och tillgänglig cancervård med ökad delaktighet från patienten. Målet är att det ska utmynna i en rapport med en översikt över nuläget och behovet av digitalt stöd och teknik. En analys av hur olika typer av digitala stöd gynnar cancer-vården. Samt en rekommendation om hur verksamheten kan bedrivas framåt på olika plan för att de möjligheter som finns ska tas tillvara på bästa sätt. Ingången i uppdraget är

Forts. nästa sida 



behov i vårdprocessen. En analys genomförs av patientens och professionens behov av digitala stöd under vårdprocessen. Sen tittar de på typer av digitala lösningar och infrastrukturer som krävs för att sådana stöd ska kunna tillhandahållas. Sist också hur styrningen bör utformas för att dessa behov ska kunna tillgodoses. I fyra delstudier analyseras potentialen och hur den kan uppnås. Senast den 30 september 2019 skall rapporten presenteras för regeringskansliet.

SOCIALSTYRELSENS ARBETE MED SCREENING

Mattias Fredriksson fortsatte att prata om Socialstyrelsens arbete med screening, hur det ser ut idag och om uppdraget att utveckla cancerscreeningen. Socialstyrelsen tar fram rekommendationer om nationella screeningprogram. Det gör enligt en modell med tre delar. Bedömningskriterier, vetenskapliga och organisatoriska. Organisation, experter för framtagande av underlag, sakkunnig grupp och nationellt screeningråd. Samt arbetsprocess, stegvis processflöde. För att en sjukdom skall screenas ska tillståndet vara ett viktigt hälsoproblem samt ha en symtomfri fas som går att upptäcka. Det ska finnas åtgärder som ger bättre effekt tidigt i skedet än vid kliniks upptäckt. Screeningprogrammet ska minska dödlighet, sjuklighet eller funktionsnedsättning som är förknippat med tillståndet. Hälsovinster ska överväga de negativa effekterna av screeningprogrammet.

Idag rekommenderar socialstyrelsen screening av bröstcancer, tjock- och ändtarmscancer samt livmoderhalscancer. Nyligen bedömde de att det just nu inte finns förutsättningar att rekommendera screening för prostatacancer.

Socialstyrelsen har sedan i maj 2018 haft ett uppdrag att genomföra framtidsinriktad omvärldsanalys om förändringar och utvecklingstrender inom cancerscreening. Genom aktiv bevakning av pågående forskning och dialog med landsting och profession ökar förutsättningarna för snabbare initiering av bedömningar och ett samlat införande av nya screeningprogram. De gör en framtidsinriktad omvärldsanalys om förändringar och utvecklingstendenser inom cancerscreening. De utvecklar former för närmare dialog med landsting och regioner om deras arbete med cancerscreening. Samt att de uppdatera den generella modellen för bedömning, införande och uppföljning av screeningprogram. Detta uppdrag ska slutrapporteras 15 april 2019.

FRAMTIDENS CANCERVÅRD, HUR SKA DEN HANTERAS I PRIMÄRVÅRDEN?

Emma Spak, Samordnare Nära Vård SKL.

Vad är då Nära Vård? Det kan vara mycket, till exempel primärvård, digital mottagning, ASIH, mobila team, kommunal omsorg och socialtjänst m.fl. Målbilden för Nära vård är att en god och nära vård utgår från individuella förutsättningar och behov. En god och nära vård bygger på relationer, är hälsofrämjande, förebyggande och proaktiv. En god och nära vård bidrar till jämlik hälsa, trygghet och självständighet och grundas i gemensamt ansvarstagande och tillit.

För att nå målbilden bör varje åtgärd utgå från patientens/brukarens individuella förutsättningar och behov. Den ska utgå från att hälsofrämjande, förebyggande och proaktiva insatser uppströms är det mest rationella arbetssättet. Att utgå från att relationer är centralt för kvalitet och effektivitet. Att bidra till jämlik vård för jämlik hälsa. Samt att bidra till trygghet och självständighet. Allt detta skapas tillsammans med gemensamt ansvarstagande och tillit.

Primärvårdens och den nära vårdens roll i framtidens cancervård. Den ska arbeta förebyggande och hälsofrämjande. Den ska stå för tidig upptäckt och diagnostik i nära samverkan. Den ska vara den sammanhållande under utredning och behandling. Den ska stå för rehabilitering. Den ska stötta patienten i livet som canceröverlevare och i sena komplikationer. Den ska även stå för den palliativ vården. Nära vård är en kulturförändring där relationer är viktigare än kontinuitet.

TIDIGA TECKEN - SÅ KAN CANCER UPPTÄCKAS TIDIGARE

Marcela Ewing, Specialistläkare i allmänmedicin och onkologi Region Väst

Syftet med hennes avhandling var att ta reda på hur allmänläkarna känner igen tecken på de vanligaste cancersjukdomarna. Att ta reda på om cancer kan upptäckas i ett tidigt skede. Samt att utarbeta ett riskbedömningsinstrument för tjock- och ändtarmscancer. Hon gjorde fyra fall-kontroll studier med 4562 cancerpatienter och 17 979 patienter utan cancer. Det var vuxna patienter som alla hade besökt primärvården.

STUDIE 1 syftade till att se skillnader i besöksmönster och symtom/sjukdomsfynd mellan cancerpatienter och patienter utan cancer. Cancerpatienternas besöksfrekvens började stiga 50-100 dagar innan cancerdiagnosdatum. Hos patienter med bröst och gynekologisk cancer steg frekvensen 50 dagar innan diagnos och vid tjock-och ändtarms-och lungcancer 100 dagar innan diagnos.

STUDIE 2 syftade till att studera gruppen cancerpatienter med många besök i primärvården och vad som utmärkte dem. > 50 procent av cancerpatienterna besökte allmänläkare ≥ 4 ggr året innan cancerdiagnosdatum. Merparten av kliniska kännetecken associerade med cancer var registrerade vid 4:e eller senare besöket och var alarmsymtom för cancer. Ett av sex kliniska fynd/symptom som var associerade med cancer, förevisades redan vid det första eller andra besöket. Dessa kliniska tecken kom från en bestämd del av kroppen och hade registrerats med koder för godartade tillstånd.

STUDIE 3 syftade till att identifiera kliniska tecken på icke spridd tjock- och ändtarmscancer och att utarbeta ett riskbedömningsinstrument. Fem symtom/ kliniska fynd var för sig associerade med icke spridd tjock-och ändtarmscancer. Det var blödning från tarmen, anemi, ändrade avföringsvanor, buksmärta samt viktnedgång. Hon utarbetade också ett riskbedömningsinstrument som visade att blödning och buksmärta samt blödning och ändrade avföringsvanor var de största riskfaktorerna.

STUDIE 4 syftade till att identifiera kliniska tecken på icke spridd lungcancer. Tillstånd med högst risk för att ha icke spridd lungcancer var pernicios anemi (B12-brist, anemi), andnöd samt kronisk luftrörskatarr. Men det var för få patienter för att kunna hävda att icke spridd lungcancer kan diagnostiseras utifrån symtom.

Budskap till primärvårdsläkare är att vid upprepade

besök-tänk cancer. Vid upprepade besök även för sådant som ter sig godartat-tänk cancer. Vid blödning från tarmen och även noterat diarré, förstoppning, ändrade avföringsvanor eller buksmärter under de senaste månaderna-tänk cancer. Använd riskvärderingsinstrumentet för icke spridd tjock-och ändtarmscancer. Samt vid pernicios anemi, andnöd och kronisk luftrörskatarr, tänk brett. ...det skulle kunna vara cancer.

Marcelas budskap var att både kliniskt skickliga primärvårdsläkare och tillgång till snabb diagnostik av patienter med förhöjd cancerrisk behövs för en ännu bättre cancervård!

KUNSKAPSTEAM CANCER I PRIMÄRVÅRDEN, CAPRIM

Eliya Syed, koordinator och vårdutvecklingsledare vid CaPrim samt specialistläkare i allmänmedicin

Kunskapsteamet inom cancer i primärvården är ett samarbete mellan RCC Stockholm-Gotland och Akademiskt primärvårdscentrum (APC), som organiserar de åtta akademiska vårdcentralerna. Till teamet rekryterade man vårdutvecklingsledare, allmänläkare och distriktssköterskor – en för varje APC-område. Motsvarande roller finns på Gotland. Uppdraget var att stötta vårdcentralerna i införande av och att ge information om SVF i primärvården. De skulle göra en probleminventering samt etablera nätverk. Genom att samverka med aktörer inom cancer vården och primärvården har CaPrim lyckats skapa strukturer för kunskapsspridning. Teamet har bland annat anordnat nätverksträffar med representanter för olika SVF-förlopp. Man har också arbetat med att förbättra remisshanteringen och tagit fram en särskild SVF-remiss, där läkaren direkt kan fylla i kriterier för välgrundad misstanke. Ett pilotprojekt med beslutsstöd i journalen pågår, en bra mycket bra hjälp för allmänläkarna. CaPrim har en hel del fortbildningsaktiviteter för personal på vårdcentralerna. De har interaktivt seminarium, interprofessionella cancerdagar, distriktsläkarfortbildning, ST-utbildning samt fortbildning för distriktssköterskor. CaPrim har nu fått



Forts. nästa sida

uppdraget att skapa förutsättningar och fortbildningsaktiviteter för primärvården gällande cancerrehabilitering. De har börjat med multidisciplinära intervjuer för kartläggning av rehabiliteringsaktörer samt sett över fortbildningsbehovet.

FRAMTIDEN-SELEKTERAD, INDIVIDUALISERAD, MÅLSTYRT ELLER BRETT OCH ALLMÄNT?

Jacob Eberhard, Docent och överläkare vid onkologiska kliniken i Lund

Nya behandlingar har kommit fram genom randomiserade fas III studier. Man har jämfört standardbehandling med ny behandling. Man har kunnat visa för hela grupper av patienter om en hypotes stämmer eller inte. En studie kan gömma undergrupper med potentiell nytta eller skada av behandling oberoende om den är negativ eller positiv, så kallade dimensioneringsproblem. Troligen så både över- och underbehandlar vi våra patienter hela tiden. En utmaning man stöter på är bland annat prediktion för behandling. Men även utveckling av terapier mot specifika targets i tumörer samt att förbättra och optimera kombinationerna. Ett stort problem är ekonomi. Det är kostsamt att individualisera och målstyra! Sen kommer frågan när ska implementering av våra successiva framsteg göras och hur ska det göras? Det är ett problem att de finns små överlevnadsvinster som gör att det ej motiverar användande till stora grupper. Man måste alltså lägga tid och energi på att hitta de patienter som har nytta av behandlingen. Sen har vi en stor utmaning i att optimera kombinationer och sekvenser av behandlingar. Framtiden är att ha en dialog med patienten om behandlingsupplägg. Det måste individanpassas. Investera i tid och låt patienten få betänketid.

PANELDEBATT - HUR KAN VI INDIVIDANPASSA CANCERBEHANDLINGAR?

Eskil Degsell, Ordförande Svenska Hjärntumörföreningen, *Roger Henriksson*, Ordförande expertrådet för cancersjukdomar, SLL Läke-medelskommitté och *Dag Larsson*, LIF.

Det var en spännande och tidvis ganska hätsk diskussion. Det som kom fram väldigt tydligt var att sjukvården måste se patienten som en resurs och inkludera patienten redan från start. Det är alltid patienten som vet bäst. Sjukvården måste informera patienten om biverkningar och sidoeffekter av behandlingen. Patienten ska aldrig få en behandling som den inte har nytta av. Det ska vara rätt behandling och en rättvis behandling. Sjukvården får aldrig tala över patientens huvud utan inkludera patienten och utvärdera behandlingen med patienten.

EFFEKTIVISERING AV KLINISK PATOLOGI GENOM DIGITALA TEKNIKER

Anna Boden, Biträdande verksamhetschef och överläkare vid Klinisk Patologi Region Östergötland

Hon började med att gå igenom vad patologi, diagnostik av vävnad, faktiskt är. Vägen från patientens möte med en läkare som misstänker en förändring fram till att den förändringen är ett färgat vävnadssnitt som är redo för bedömning. Anna berättade om hur de har gjort för att implementera digitala tekniker i Linköping sedan 2011. Fördelarna med digital teknik är många, men framför allt att patientsäkerheten, tidsbesparing och resursbesparing ökar samt att tillgänglighet

och flexibilitet ökar. Exempel på effektivisering är att glas behöver inte plockas fram vid MDK, granskningar kan göras på distans och man kan ha samregionala projekt. Det här är en utveckling som kommer att underlätta och effektivisera mycket i framtiden. Ska bli spännande att följa.

DEN HÖGSPECIALISERADE VÅRDEN-VAD HÄNDER FRAMÅT?

Gunilla Gunnarsson, Handläggare cancerstrategi och fd ordförande RCC i samverkan

Gunilla var sista talare ut. Hon pratade om "Regionalt cancercentrum i samverkan leder arbetet med nivåstrukturer av cancer vården. Hur kommer det att se ut framöver, och hur tar man den vidare? Har vi lärt oss något av detta arbete och vad tar vi med oss in i framtiden?"

Vi har lärt oss att alla, det vill säga politiker, tjänstemannaedlingar och professionen, måste vara med om vi ska lyckas. Att nya arbetssätt kräver en annan typ av utveckling har blivit tydligt. Nya IT-stöd behövs, till exempel för att göra nationella MDK möjligt. Prissättningen måste vara nationell och samma regler måste gälla för patient och närstående var man än bor i landet.

En nationell nivåstrukturer förutsätter att det finns en regional nivåstrukturer.

En stor utmaning är att koncentrera sig på alla vårdområden. Man måste se sambanden mellan dem. För att kunna fördela vårduppdragen krävs en samordning av till exempel gemensam utrusning på varje sjukhus. Kommunikation och utbyte av information över landstingsgränserna måste bli bättre. Beslutstiden för sakkunnigarbete måste kortas så att det inte riskerar att bli inaktuellt. Allt detta är ett gigantiskt arbete, men om alla engagerar sig och kliver på tåget ska det förhoppningsvis gå.

En mycket bra dag avslutades och summerades av Christina Kennedy. Jag tror att alla var väldigt nöjda med dagen och gick hem med både en och två tankar om framtidens cancer vård. Det jag hoppas att alla tog med sig är att "Ingen kan göra allt, men alla kan göra något!" samt att "Se patienten som en resurs och inkludera dem i planering, behandling och utvärdering!" •



NATIONELL UTBILDNINGSDAG I CANCERRELATERAT ILLAMÅENDE GÖTEBORG DEN 9 OKTOBER 2019

NÄTVERKET för cancerrelaterat illamående, ett nätverk inom Sjuksköterskor i cancervård, bjuder in läkare och sjuksköterskor som är verksamma inom cancervården till utbildning. Nätverket verkar för ett nationellt evidensbaserat arbetssätt kring cancerrelaterat illamående och kräkningar. Heldagsutbildningen har ett brett fokus i ämnesområdet. Föreläsningarna kommer att hållas av välrenommerade personer med stor klinisk erfarenhet och kunskap i ämnet.



För program och anmälan:

www.cancervard.se/natverket-for-cancerrelaterat-illamaende
Välkomna!

RÄTTELSE

I Cancervården nr 1 2019 berättade vi på sidan 12 att Jenny Rundgren och Jennie Jackson fått EONS fina pris *Novice Research Dissemination Award*. Tyvärr gav vi då deras studie fel namn. Korrekt namn på deras prisbelönta studie är *Patients tolkningar och upplevelser av delaktighet i cancervården*.

Anslag för stipendium 2019

- Medlemsstipendier 3 st á 2 500 kr, sista ansökningsdatum 15 sep 2019.
- Kirurgveckan 19–24 aug, Norrköping. 2 st á 2 500 kr. Sista ansökningsdag 1 juni 2019.
- Urologidagarna 2–4 okt, Västerås. 2 st á 2 500 kr, sista ansökningsdag 1 aug 2019.
- Utbildningsdagar för hematologisjuksköterskor 2–4 okt, Varberg. 2 st á 2 500 kr, sista ansökningsdag 1 aug 2019.

För mer info om ansökan, se www.cancervard.se

Kontaktperson Anna-Karin Ax,
anna-karin.ax@regionostergotland.se

DISPUTATION

ANNA NORDENSKJÖLD

"To predict results of breast cancer therapy"

Disputationen ägde rum den 28/3 2019, Institutionen för kliniska vetenskaper, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet.

TINA GUSTAVELL

"Person-centered care supported by an interactive app for patients with pancreatic cancer following surgery"

Disputation den 10/5 2019, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, Sektionen för omvårdnad, Karolinska Institutet.



Hjälp oss att utveckla
svensk cancervård

Utbilda dig till
specialistsjuksköterska
i onkologisk vård

www.uu.se/utbildning

HÄR FINNS NÄRHETEN
VI BRYR OSS OM DIG SOM GÖR SKILLNAD FÖR ANDRA

Sahlgrenska Universitetssjukhuset söker: SJUKSKÖTERSKA

Vi söker dig som är legitimerad sjuksköterska eller röntgensjuksköterska med specifik onkologisk omvårdnad med inriktning på strålbehandling. Vi ser fram emot din ansökan!

Onkologi, Strålbehandling
Referensnummer: 2019/2405
Sista ansökningsdag: 2019-05-24

Mer info och fler lediga tjänster hittar du på:
vgregion.se/jobb

VI SKA BLI SVERIGES
BÄSTA OFFENTLIGA ARBETSGIVARE



VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN

För patienter med malignt melanom

Varje återfallsfri dag räknas!

Tafinlar i kombination med Mekinist leder till förlängd återfallsfri överlevnad jämfört med placebo vid adjuvant behandling*²

- + 88% återfallsfri överlevnad efter 12 månaders aktiv behandling*¹
- + Målinriktad behandling till BRAF-muterat stadium III melanom²
- + Enkel tablettbehandling²

*HR 0,47 (95% CI 0,39-0,58); p-värde 1,53×10⁻¹⁴

Referenser: 1. Long GV et al, N Engl J Med 2017; 377: 1813-33. 2. Tafinlar produktresumé 2019-02-20, Mekinist produktresumé 2019-02-14, www.fass.se.

Tafinlar® (dabrafenib) Rx, F, ATC-kod: L01XE23

Behandlingstid: Behandlingen ska pågå tills den inte längre har någon positiv effekt eller oacceptabel toxicitet uppträder. Vid adjuvant behandling av melanom, ska patienterna behandlas under en period av 12 månader om det inte finns sjukdomsåterfall eller oacceptabla biverkningar.

Beredningsform: Kapslar å 50 mg eller 75 mg. **Verksamma beståndsdelar:** dabrafenib. **Indikation:** Dabrafenib som monoterapi eller i kombination med trametinib är avsett för behandling av vuxna patienter med icke-resektabel eller metastaserat melanom med en BRAF V600-mutation och som kombination för behandling av vuxna patienter med melanom i Stadie III med en BRAF V600-mutation, efter fullständig resektion och vuxna patienter med avancerad icke-småcellig lungcancer med en BRAF V600-mutation. Innan patienterna tar dabrafenib måste ett validerat test utförts som bekräftar att tumören har en mutation i BRAF V600. **Varningar och försiktighet:** Ta alltid Tafinlar enligt läkarens anvisningar. Liksom för alla läkemedel kan detta läkemedel orsaka biverkningar men alla användare behöver inte få dem. **Varningar och försiktighet:** Ta alltid Mekinist enligt läkarens anvisningar. Liksom för alla läkemedel kan detta läkemedel orsaka biverkningar men alla användare behöver inte få dem. Mekinist kan i kombination med Tafinlar ge pyrexia (feber) av olika grad och frekvens. Om patientens feber stiger över eller är lika med 38,5 grader skall behandlingen tillfälligt stoppas. Febern kontrolleras med hjälp av febernedsättande läkemedel. För fullständig förskrivarinformation och pris, se fass.se. Produktresuméns senaste översyn 2019-02-20. SE1904669265.

Mekinist® (trametinib) Rx, F, ATC-kod: L01XE25

Behandlingstid: Behandlingen ska pågå tills den inte längre har någon positiv effekt eller oacceptabel toxicitet uppträder. Vid adjuvant behandling av melanom, ska patienterna behandlas under en period av 12 månader om det inte finns sjukdomsåterfall eller oacceptabla biverkningar.

Beredningsform: Tabletter å 0,5 mg eller 2 mg. **Verksamma beståndsdelar:** trametinib. **Indikation:** Trametinib som monoterapi eller i kombination med dabrafenib är avsett för behandling av vuxna patienter med icke-resektabel eller metastaserat melanom med en BRAF V600-mutation och som kombination för behandling av vuxna patienter med melanom i Stadie III med en BRAF V600-mutation, efter fullständig resektion och vuxna patienter med avancerad icke-småcellig lungcancer med en BRAF V600-mutation. Innan patienterna tar trametinib måste ett validerat test utförts som bekräftar att tumören har en mutation i BRAF V600. **Varningar och försiktighet:** Ta alltid Mekinist enligt läkarens anvisningar. Liksom för alla läkemedel kan detta läkemedel orsaka biverkningar men alla användare behöver inte få dem. Mekinist kan i kombination med Tafinlar ge pyrexia (feber) av olika grad och frekvens. Vänligen se Tafinlar SPC avseende dosmodifikationer. För fullständig förskrivarinformation och pris, se fass.se. Produktresuméns senaste översyn 2019-02-14. SE1904669265.

Om du vill rapportera en biverkan eller oönskad händelse, kontakta biverkningsenheten på Novartis.
Telefon: 08-732 32 00. Postadress: Biverkningsenheten, Novartis, Box 1218, SE-164 28 Kista, Sweden.

Novartis Sverige AB, Box 1218, 164 28 Kista, tel 08-732 32 00, www.novartis.se

Akynzeo[®]

netupitant/palonosetron



Akynzeo ingår
i läkemedels-
förmånen

En oral dos¹
5 dagars CINV* prevention¹
Dubbelverkande antiemetika¹

Referens: 1. Akynzeo SPC

*CINV=chemotherapy-induced nausea and vomiting

Akynzeo (netupitant/palonosetron), (A04AA55). ▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning. Detta kommer att göra det möjligt att snabbt identifiera ny säkerhetsinformation. Hälso- och sjukvårdspersonal uppmanas att rapportera varje misstänkt biverkning. Blisterförpackning innehållande en 300 mg/0,5 mg (netupitant/palonosetron) kapsel ges oralt cirka 1 timme före start av varje kemoterapicykel. Indikation: Akynzeo är avsett för vuxna som profylax mot akut och fördröjt illamående och kräkningar i samband med högemetogen cisplatinbaserad kemoterapi vid cancer och som profylax mot akut och fördröjt illamående och kräkningar i samband med måttligt emetogen kemoterapi mot cancer. Kontraindikation: Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne. Varning och försiktighet: Förstoppning, Serotoninsyndrom, QT-förlängning. Rx. F. Uppdatering av produktresumén 2017-08. För fullständig information vid förskrivning, se www.fass.se. www.sobi.com PP-5058