

Nummer 4 • 2014

# CANCERVÅRDEN



SJUKSKÖTERS KOR I CANCERVÅRD

Dr. Lena Sharp,  
leg sjuksköterska,  
enhetschef RCC  
Stockholm-Gotland

Ledarskap

---

Bröstcancer

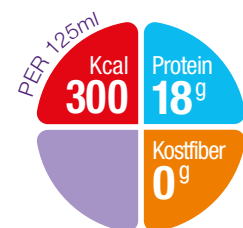
# Mest protein i minst flaska



**Fortimel Compact Protein** är Sveriges mest proteinrika näringsdryck\*.

De senaste nordiska näringsrekommendationerna rekommenderar ett högre proteinintag för äldre >65 år.<sup>1</sup> Flertalet studier har funnit samband mellan ett högre proteinintag, bättre fysisk funktion och bevarande av muskelmassa.<sup>2,3,4</sup>

Den lilla 125 ml-flaskan med  
sina 300 kcal och 18 gram protein  
bidrar till ökad compliance.



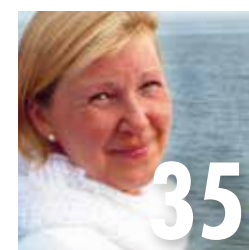
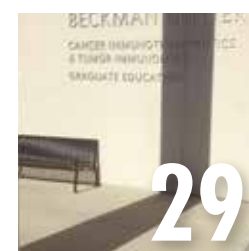
1. NNR 2012
2. Beasley et al JAGS 2013; 61: 1863-1871
3. Burd et al Ex Sport Sci 2013 Rev 41 No 3
4. Koopman et al J Nutr 2009; 139: 1707-1713

\* 14,4 g protein/100 ml

**NUTRICIA**  
**Fortimel**  
Compact Protein



**INNEHÅLL NR 4 2014**



|                                                                                           |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Ledaren                                                                                   | 4  |
| Redaktören har ordet                                                                      | 6  |
| Porträttet: Lena Sharp, enhetschef RCC Stockholm-Gotland                                  | 7  |
| Årets kvinnliga ledare inom vården: Ditte Pehrsson-Lindell                                | 11 |
| Framgångsrikt ledarskap                                                                   | 14 |
| Fem frågor till tre ledare inom sjukvården                                                | 16 |
| Betydelser av bröstcancer i ett livssammanhang                                            | 18 |
| En berg- och dalbana av känslor och förnuft                                               | 20 |
| Barn och kemoterapi: Omedelbart behov av information och stöd efter en bröstcancerdiagnos | 23 |
| Regiondagarna — tema bröstcancer i Sundsvall                                              | 26 |
| Snart är det dags för "Höstens rosa pärla" State of the Art Bröstcancer 1-3 oktober       | 28 |
| Oncology nursing societys kongress i Anaheim, USA                                         | 29 |
| Rapport från EBCC 9 19-21 mars 2014, Glasgow                                              | 32 |
| Bröstcancerföreningarnas Riksorganisation ordnar möten för kvinnor med spridd bröstcancer | 35 |
| Aktuell omvårdnadsforskning                                                               | 36 |
| Krönika: Stefan Arbratt, Ledarskap är relationer                                          | 39 |
| Konsten att samtala om det svåra                                                          | 40 |
| Cancerplanen och RCCs arbete kring kvalitet och patientsäkerhet                           | 42 |
| Nytt inom onkologi                                                                        | 44 |
| Medlemssidorna                                                                            | 44 |

**Har du frågor om Fortimel Compact Protein?**  
Kontakta Nutricia Direkt – vår dietist svarar på dina frågor  
Vardagar 9-15. Tel: 08-24 15 30  
E-post: [info@nutricia.se](mailto:info@nutricia.se)  
[www.nutricia.se](http://www.nutricia.se)



## Planeringen för Onkologidagarna Umeå 2015 i full gång

Vilken fantastisk sommar vi har haft sol, sol och åter sol. Hoppas ni alla har haft en fin sommar och en vil-sam semester och att ni nu är tillbaka på jobbet fylld av energi och lust till förändring och vidareutveckling. Själv tillbringade jag några av mina semesterveckor uppe i Norrland hos min pappa. Där fick jag åter igen uppleva min barndoms sommardagar och de norr-ländska nätterna, de som aldrig tar slut. Det är totalt avstressande för en stockholmare som mig att kunna ligga och sola efter att man ätit middag. Begreppet tid på dygnet liksom bara försvinner, helt fantastiskt. Men under sommaren har jag också följt debatten om bristen på vårdplatser och en barnonkologi som tvingas skicka sjuka barn och deras familjer mil-tals för att kunna ge vård. Jag undrar när våra beslutfattare skall lyssna på oss, cancer tar inte semester.

I maj hade vi utbildningsdag och årsmöte och ett 40-tal medlemmar deltog. Ett spännande program där vi fick höra om evidens, forskningens möjligheter och inte minst om att söka medel. Stort tack vill jag rikta till våra mycket duktiga fördragshållare för en inspirerande eftermiddag. Under det efterföljande årsmötet ville vi i styrelsen få veta vad ni hade för önskemål för det kommande konferensprogrammet till "Onkologidagarna Umeå 2015". Frågan som ställdes var: "Vad vill du höra på onkologidagarna?" Årsmötet delas in i små arbetsgrupper och sedan skulle det "brainstormas". Oj vad ni är kreativa, släpp lös 40 onkologisjuksköterskor och det kan inte bli fel. Vi fick många bra förslag som vi nu använder som arbetsmaterial i konferenskommitén. Jag tänkte här presentera ett axplock av resultatet för er.

- Cancer och funktionshindrade
- Unga forskare
- Bjuda in patientföreningar
- Debattämne /aktuellt - Är cancer en kronisk sjuk-

dom? Jämlig vård!? Hur får vi ssk/läkare etc att stanna kvar inom onkologin?

- RCC's funktion i cancervården
- Personcentrerad vård
- Sex och cancer
- Patientsäkerhet/Avvikelsehantering
- Multiprofessionella projekt inom onkologin
- Hur är vården rustad för att möta de nya cancer-rehabiliteringsbehoven? Sena biverkningar
- Hypo- och hyperfraktionering - hur är läget idag, biverkningar

Sedan vill jag sist men inte minst gratulera årets sjuk-sköterska i cancervård, Carin Lundgren från Gävle. Hon berättade att stipendiet från Roche kommer att användas till deltagande i Eons konferens i Istanbul. Jag vill tacka alla för ett fantastiskt årsmöte. Det gav mig mycket energi, glädje och en fingervisning om vilka områden som ni vill att styrelsen skall arbeta med. TACK!

Inför hösten kommer vi i styrelsen att jobba mycket med de kommande Onkologidagarna i Umeå, men också med att uppdatera vår kompetens-beskrivning. Har ni idéer angående detta tveka inte att kontakta oss.



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



## Väntan är över.

Till patienter med lymfom kan MabThera nu ges som en subkutan injektion - på bara 5 minuter, med en fast dos till alla patienter. Snabbt - enkelt - effektivt.



MabThera® (rituximab) injektionsvätska, lösning för subkutan injektion.  
Monoklonal antikropp L01XC02 (Rx, F).

#### Indikationer MabThera injektionsvätska, lösning för subkutan injektion (MabThera SC):

Lymfom: MabThera SC är indicerat för behandling av tidigare obehandlade patienter med stadium III-IV follikulära lymfom i kombination med kemoterapi. Underhållsbehandling med MabThera SC är indicerat för behandling av patienter med follikulära lymfom som svarat på induktionsbehandling. MabThera SC är indicerat för behandling av patienter med CD20-positiva diffusa storcelliga B-cells non-Hodgkinlymfom i kombination med CHOP.

**Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne eller mot murina proteiner, aktiva svåra infektioner eller allvarig nedsättning av immunförsvaret. MabThera SC är dessutom kontraindicerat till patienter som är överkänsliga mot hyaluronidas.

**Förpackningar:** Injektionsvätska 1400 mg (11,7 ml), lösning för subkutan injektion.

För priser och fullständig information se [www.fass.se](http://www.fass.se). Roche AB, Tel 08-726 1200 Datum för senaste översyn: mars 2014. Läs alltid bipacksedeln. Senaste produktresumé uppdaterad 2014-03-21

SE.MHE.1404.02

**MabThera® SC**  
Rituximab Subkutant



**Nadja Rystedt**

Chefredaktör, Cancervården  
E-mail: nadja.rystedt@vll.se

## ”Tack för oerhört roliga och utvecklande år i redaktionen”

Kära läsare!

Jag förstår om ni sitter lite undrande och inte riktigt känner igen Cancervårdens utseende. Tidningen genomgår flera förändringar just nu. Bland annat kommer jag, på grund av ny tjänst, att lämna ifrån mig redaktörskapet till Ulrika Persson. Ulrika är med i redaktionskommittén sen tidigare och bor och arbetar i Stockholm. Mer om henne i nästa nummer.

Ulrika och hennes kollegor i redaktionskommittén kommer i höst att arbeta hårt för att Ni under 2015 skall få en intressant och trevlig tidning med spännande teman! Vi har precis haft redaktionsmöte och listan med temaförslag är längre än antalet nummer så det bådar gott framöver. Nu när tidningen ska få en nystart har du alla möjligheter att påverka. Skicka gärna dina tips och åsikter till [ulrika.persson@karolinska.se](mailto:ulrika.persson@karolinska.se). Vad vill du att framtidens Cancervården ska innehålla?

I detta nummer har vi temat ledarskap samt bröstcancer. Det är riktigt roligt att få porträttera vår tidigare ordförande och forna redaktionsmedlem, Lena Sharp, och läsa om hennes erfarenheter kring ledarskap. Vi har också en komprimerad variant med 5 snabba frågor till 3 andra starka ledare.

Under temat bröstcancer har vi fokuserat på den psykosociala biten av att drabbas av en bröstcancer. Vilken förmån vi har som kan arbeta multiprofessionellt för att se patientens olika behov. Mer om multiprofessionella team i nästa nummer!

Ni får också ta del av kollegors rapporter från internationella konferenserna EBCC-9 i Glasgow och amerikanska onkologisjuksköterskekongressen i Anaheim. Fortsätt med er omvärldsspaning och skriv till oss när ni deltagit i något intressant, vi vill gärna bidra till att sprida nya erfarenheter.

Sist men inte minst vill jag tacka er alla för dessa år jag varit med i redaktionsarbetet. Det har varit oerhört roligt och utvecklande och jag ser fram emot att få läsa kommande nummer av Cancervården.

Jag passar på att önska er alla en fortsatt skön höst!

Nadja



Lena Sharp, enhetschef  
RCC Stockholm-Gotland:

## ”Kan vi lösa knutarna och förbättra vårdprocesserna är vinsterna stora. Ineffektiv sjukvård är mycket kostsam.”

Cancervården bjuder i detta nummer, med tema ledarskap, på en porträttintervju med en sjuksköterska med en mångårig erfarenhet som ledare och chef inom olika delar av cancersjukvården. En chef med ett verkligt intresse för att utveckla vården för cancerpatienterna. Lena Sharp, leg. sjuksköterska, specialistsjuksköterska inom onkologi och medicine doktor, har nyligen tillträtt tjänsten som enhetschef på RCC Stockholm-Gotland. Vi träffar henne på cancercentrumets lokaler på Söder i Stockholm. Efter 34 års arbete i vården arbetar inte Lena längre på sjukhus. Hur känns det?



**Eva Gärdsmo Pettersson**  
frilansjournalist  
tidningen Cancervården

– Att lämna det kliniska och ta steget till RCC var stort för mig. Hedrande och spännande förstås men ändå inte självklart. Projekten här är viktiga och har en enorm potential att bidra till att klara de utmaningar cancervården står inför. Men de får absolut inte bli liggande som hyllvärmare. Då är det meningslöst, konstaterar hon.

– Det handlar om att lyckas väl med att involvera representanter från såväl vården som patienter och närstående i RCC-

projekten. Och ett sådant brett perspektiv och en bra organisation för det finns det här med stark patient- och multiprofessionellt involvering. Därför vågade jag ta klivet.

Det hela började alltså för Lena för 34 år sedan (1981) med att hon började arbeta som undersköterska i Stockholm som 17-åring. Hon hade gått ut tvåårig vårdlinje på gymnasiet, packat sina väskor och flyttat från familj och vänner i Ljusne i Hälsingland. Eftersom hon bara var 17 år fick hon till och med söka dispens för att få jobba kvällar och helger. Efter två år som usk började hon läsa till sjuksköterska. Hennes mål var att bli barnmorska. Men ödet ville annat. När hon tilldelades första praktikplatsen blev det nämligen

på onkologen hon hamnade. Och lika arg som hon var över att behöva praktisera där innan hon började, lika glad var hon över platsen när praktiken var klar. Det blev helt rätt. Det var inom onkologin hon ville jobba, där omvårdnaden om patienten stod ut och hade kommit så mycket längre än inom andra områden hon kände till.

Några år senare, 88-89 gick hon den allra första uppdragsutbildningen för att bli specialistsjuksköterska inom strålbehandling. Vidareutbildningen tog henne från vårdavdelningen till strålbehandlingen men väckte också en känsla av att det var spännande att kunna vara med och utveckla vården.

>>



Lena läste in både en kandidat- och magisterexamen och blev så småningom uppmanad att också söka doktorandutbildning, att verkligen göra något av viljan att utveckla vården. Så det gjorde hon och disputerade 2006 med avhandlingen Aspects of nursing care for patients with head and neck cancer receiving radiation therapy. Head and neck-cancerpatienter ligger henne fortfarande varmt om hjärtat, berättar hon.

En månad innan disputationen 2006 blev Lena chefssjuksköterska för Strålbehandlingen på SÖS, en position hon hade under fem år. Parallellt med det arbetet engagerade hon sig i föreningen Sjuksköterskor i cancervårds styrelse och var dess ordförande 2008-2011. Det engagemanget väckte intresse också för de internationella samarbeten som finns mellan sjuksköterskor inom cancervård genom EONS (European Oncology Nursing Society). Idag sitter hon som ordförande för den av EONS fyra arbetsgrupper som arbetar med utbildningsfrågor.

Lena har genom åren arbetat med en mängd kliniska forskningsprojekt som direkt kommit omvårdnaden och patienterna till del. Hon ser det som en stor styrka idag att hon har erfarenhet av att arbeta med vårdprojekt ute i den kliniska verkligheten.

2010 fick hon axla en ny roll. Hon blev områdeschef Vård, eller vårdchef som



*”Att ta tillvara och utveckla resurserna inom vården, inkluderar att ta vara på sjuksköterskors kompetens fullt ut.”*

det kallas i mer dagligt tal, på Onkologiska kliniken på Karolinska Universitetssjukhuset. Efter att i så många år arbetat med strålbehandling blev Lena nu istället ansvarig för hela klinikkens onkologiska öppen- och slutenvård.

– Det var mycket spännande och lärorikt. Utmaningen med krav på ökad effektivitet och ytterligare högre kvalitet i vården var förstås påtagligare i den positionen. Men vi hade ett fantastiskt givande samarbete i chefsgruppen, något jag alltid kommer att ha stor nytta av.

Och så i våras blev hon alltså erbjuden och tackade ja till ansvaret som enhetschef och verksamhetsutvecklare för vårdprocesser på RCC Stockholm-Gotland.

#### Ett processorienterat arbetssätt

Arbetet på RCC handlar om att, utifrån den regionala cancerplanen, leda arbetet i regionen med utvecklingen av ett processorienterat arbetssätt. Kommunikation och patientsäkerhet som var viktiga delar i arbetet på Karolinska Universitetssjukhuset, är även nu centrala delar i Lenas ansvarsområden på RCC.

För att försäkra sig om direktkontakten med vården, arbetar ett 35-tal personer deltid med vårdprocessprojekt på RCC och deltid kvar på sina positioner inom den kliniska vården. Därutöver är en mängd övriga representanter från vården, liksom patienter och anhöriga involverade i de många olika pågående projekten. Det är precis så Lena anser att det måste utvecklas – i samarbete med dem som ska få det att fungera i verkligheten.

– Jag tror dessutom att sjuksköterskor på höga chefsbefattningar, förutom att ingå i styrelser etcetera, måste behålla dialogen

med sjuksköterskorna i den direkta kliniska vården. Det är inte alla som håller med mig där. De menar att det riskerar att underminera mellanchefernas position. Men jag menar att man, för att kunna göra verklig skillnad, måste jobba tillsammans i de olika leden, säger hon och fortsätter:

– På framgångsrika cancerkliniker i USA träffar Nurse Directors personalen på vårdavdelningarna varje vecka genom s k walk arounds. De har funnit att det leder till både bättre patientsäkerhet och mindre stress bland personalen. Det beror på att personalen ute på avdelningarna uppfattar att ledningen har respekt för det kliniska arbetet de utför och för de förutsättningar de har, även om alla problem inte går att åtgärda direkt. De får också på ett tidigt stadium ta del av hur ledningen tänker sig lösningar på olika problem. Det blir en fungerande och vital kommunikation.

#### Några aktuella projekt

Lena berättade om några av de många projekt som hon nu arbetar med på RCC Stockholm-Gotland för att kunna utveckla och förbättra vårdprocesserna inom cancervården.

– Vi driver flera intressanta IT-stödsprojekt. Här finns egentligen hur mycket som helst att göra för att förbättra vårdprocesserna. Ett sådant är ett system ska göra det möjligt att data från kvalitetsregister ska kunna plockas automatiskt. Idag sker det alltid manuellt, ofta av sjukvårdspersonal. Ett annat projekt ser över möjligheten att förenkla processerna vid multidisciplinära konferenser. En enorm mängd underlag hämtas idag manuellt från olika system och allt dubbeldokumenteras. Det tar mycket tid och stora resurser i anspråk. Arbetet kan relativt enkelt effektiviseras med rätt IT-stöd som kan samla information per automatik både till konferensen och för dokumentationen. Dessutom kan informationen automatiskt hämtas till en individuellt anpassad vårdplan till patienten.

Ett annat spännande projekt, som Lena ville nämna och som hon tror kommer att få stor betydelse, är ett tvåårigt landstingsfinansierat men RCC-drivet projekt

med samordnande kontaktsjuksköterskor. Tio sådana kommer, inom ramen för projektet, att anställas i regionen inom tumörområden där man identifierat svaga länkar i vårdprocesserna för patienterna; prostata och PSA-provtagning, hematologi, head and neck, gynekologisk cancer samt gastrointestinal cancer. Det är områden där kontaktsjuksköterskor finns men där helheten i vårdkedjan saknas.

– Att ta tillvara och utveckla resurserna inom vården på bästa sätt, inkluderar i allra högsta grad att ta vara på sjuksköterskors kompetens fullt ut. Det gör vi anser jag bäst genom att skapa förutsättningar för kompetensutveckling och karriärmöjligheter, berättade Lena Sharp.

Hon berättade om den kompetensstege hon tillsammans med en grupp andra sjuksköterskor och chefssjuksköterskor på onkologiska kliniken på Karolinska Universitetssjukhuset tagit fram för sjuksköterskor på kliniken. Den är hon riktigt stolt över och hoppas den kan få en vidare spridning.

Kompetensstegen består av åtta steg som vart och ett beskriver de krav på formell behörighet och reell kompetens som kliniken kräver av sjuksköterskor på respektive nivå. Den innefattar de tre uppdragen; klinisk vård, utbildning och forskning. Till varje kompetenssteg är det kopplat ett mål om hur många kliniken

#### Onkologiska klinikkens kompetensstege för sjuksköterskor (Karolinska)

**Steg 8** Sjuksköterska, professor (Mål: Ska finnas)

**Steg 7** Sjuksköterska, docent (Mål: Ska finnas)

**Steg 6** (A4) Sjuksköterska med licentiat eller doktorsexamen (Mål: Ska finnas)

**Steg 5** (A2-A3) Sjuksköterska med magister/masterutbildning (Mål: 15% av de 70% i Steg 4)

**Steg 4** (A1) Specialistsjuksköterska (Mål: 70% av klinikkens sjuksköterskor)

**Steg 3** (G2) Erfaren sjuksköterska (Mål: 15% av klinikkens sjuksköterskor)

**Steg 2** (G2) Sjuksköterskor som arbetar självständigt (Mål: 10% av klinikkens sjuksköterskor)

**Steg 1** (G1) Nyanställd sjuksköterska (Mål: 5% av klinikkens sjuksköterskor)

bör ha för att bäst utnyttja kompetensen.

– Jag menar att kompetensstegen definitivt bidragit till att förbättra och utveckla verksamheterna vid kliniken vad gäller sjuksköterskornas arbetsfält. Dessutom fungerar den som stöd för bemanningsplaneringen, i utvecklings- och lönesättningsamtalen samt i rekryteringsprocessen. En liknande stege har gjorts också för undersköterskorna på kliniken.

#### Behov tänka mer långsiktigt

Vården behöver, menade Lena, tänka större vad gäller sjuksköterskor än att kortsiktigt lösa ett bemanningsproblem. Vid de onkologiska klinikerna finns normalt ett stort behov av kontinuerlig kompetensutveckling för sjuksköterskor Lena anser till exempel att det är bra på sikt att unga sjuksköterskor kräver högre lön. Yrket har förändrats och kraven är verkligen inte orimliga med hänsyn taget till det, sa hon.

– Det kostar ännu mer med en hög personalomsättning och med inhyrd personal från bemanningsföretag. Som ledare behöver vi ibland tänka mer långsiktigt.

På Onkologiska kliniken på Karolinska hade vi till exempel vid ett tillfälle fem sjuksköterskor som ville gå specialistutbildning samtidigt som det saknades 4-5 tjänster. Att tillåta dem att gå utbildningen var på kort sikt inget enkelt beslut att

fatta, men med facit i hand blev det helt rätt. Vi lyckades knäpa ihop en kortsiktig lösning och på längre sikt fick vi tillbaka fem lojala, duktiga, drivna och specialistutbildade sjuksköterskor.

Frågan om specialistsjuksköterskor är en stor och viktig utmaning för sjukvården. RCC arbetar på olika sätt för att påverka landsting, kliniker och lärosäten. Bland annat pågår nu ett arbete med att ta fram en specialistutbildning för sjuksköterskor som arbetar inom hematologin, där det finns en stor efterfråga från vården.

– Allt hänger ihop; kompetensutveckling, bemanning, patientsäkerhet, patientdelaktighet, vårdmiljöer. Vårdprocesserna ska fungera i hela regionen och i förlängningen i många fall också nationellt. Det finns en bra struktur för samverkan mellan regionerna. Med alla vårdaktörer som finns idag är det en utmaning. På 80-talet fanns det bara landstinget. Idag är det 16 vårdaktörer bara inom den palliativa vården i Stockholmsregionen plus primärvården som alla ska samarbeta kring en vårdprocess. Men kan vi lösa knutarna och förbättra vårdprocesserna är vinsterna stora. Ineffektiv sjukvård är mycket kostsam, avslutar Lena.

Vi tackar för pratstunden och önskar henne lycka till på det nya jobbet. Det är ingen tvekan om att cancervården behöver bra vårdprocesser! ●





MEDICAL BREAKTHROUGHS MAY COME OUT OF THE LAB.  
BUT THE BEGIN IN THE HEART.

For more than 150 years, a very special passion has driven the people of MSD. Our goal is to develop medicines, vaccines, consumer care and animal health innovations that will improve the lives of millions. Still, we know there is much more to be done. And we're doing it, with a long-standing commitment to research and development. We're just as committed to expanding access to healthcare and working with others who share our passion to create a healthier world. Together, we'll meet that challenge. With all our heart.



Årets kvinnliga ledare inom vården

## Ditte Pehrsson-Lindell

Ditte Pehrsson-Lindell blev utsedd till Årets kvinnliga ledare i vården 2014, en utmärkelse som delas ut av Sjukvårdens ledarskapsakademi. Ditte är i botten läkare med gynekologi och förlossningsvård som specialitet. Sedan drygt tio år är hon centrumchef på Barn- och kvinnocentrumet i Landstinget i Östergötland, dit bland annat Barnavdelning för onkologi neurokirurgi och diabetes (BOND) hör. Enligt motiveringen har Ditte uppnått såväl medicinska som forskningsmässiga och ekonomiska resultat i toppklass år efter år och både medarbetare och chefer/uppdragsgivare har ett stort förtroende för henne. Cancervården gratulerar och passade på att ställa några frågor till en erkänt duktig ledare.



**Eva Gärdsmo Pettersson**  
frilansjournalist  
tidningen Cancervården

**Att bli utnämnd till Årets kvinnliga ledare inom vården är hedrande. Hur har utnämningen tagits emot?**

– Det var naturligtvis jätteroligt och mycket hedrande för mig personligen. Jag har blivit gratulerad från alla möjliga håll såväl inom som utan-

för landstinget i Östergötland. Dessutom var det extra glädjande eftersom Marie Blomberg, docent och universitetsöverläkare vid kvinnokliniken här på Universitetssjukhuset i Linköping, samtidigt fick utmärkelsen Årets banbrytare.

– Som chef värderas man utifrån de resultat man visar och det är något vi i allra högsta grad jobbar fram gemensamt. Så utnämningen delar jag med alla som arbetar på Barn- och kvinnocentrum.

**I motiveringen stod det bland annat att du visar goda resultat för de verksamheter du är ansvarig tack vare ett samverkans-**



### inriktat och värdestyrt ledarskap. Vad innebär det konkret för dig?

– Ett värdestyrt ledarskap innebär för mig att det är viktigt att i en organisation arbeta utifrån gemensamma och tydliga värderingar. Organisationen för Barn- och kvinnocentrum var helt ny när jag blev chef över den. Vi i ledningsgruppen kunde forma den värdegrund vi själva kände var viktigast. De utgår på ett generellt plan från tre områden: Alltid ha patienten i centrum, ständig utveckling och förbättring av verksamheten samt hög etik. Därutöver har varje klinik arbetat med sina egna värderingar vilka styr deras målsättningar. Det är väsentligt att värderingsarbetet hålls levande.

– Och i en verksamhet som hälso- och sjukvård är samverkan och teamarbete runt patienten självfallet helt väsentligt. Det är dessutom ett roligare sätt att arbeta. Det bygger på delaktighet. Men det måste vara samverkan på riktigt, att verkligen utnyttja varandras olika kompetenser i teamet även om det inte alltid är konfliktfritt, för att det ska fungera. Ju starkare teamarbete, desto bättre resultat. Det är min erfarenhet.

### Vilka variabler är viktigast för att balansera sjukvårdens utmaningar; knappa resurser och god vårdkvalitet?

– Alla inom hälso- och sjukvården brottas ständigt med detta och kommer sannolikt alltid behöva göra det. Min grundläggande inställning är att det som kostar allra mest inom sjukvården är kvalitetsbrister; felbehandlingar och vårdköer, etcetera. Allt sådant är mycket kostsamt. Kan man upprätthålla god kvalitet och göra rätt från början, så lönar det sig alltid. Kanske inte på kort sikt för den egna kliniken. Men alltid totalt på längre sikt och för samhället i stort.

### När Cancervården intervjuade Ditte Pehrsson-Lindell, hade Dagens Nyheter nyligen skrivit om den lilla

### cancersjuka flickan Lilly som på grund av personalbrist på barnonkologen i Stockholm tillsammans med sina föräldrar tvingades resa till Linköping för behandling under sommaren. Hur ville hon kommentera detta?

– Jag tror att samarbete mellan avdelningar, kliniker och mellan landsting, kommer att bli allt viktigare i framtiden, kanske särskilt när det gäller högspecialiserad vård. Så har det fungerat länge inom till exempel neonatalvården i Sverige. Det kan vara många olika omständigheter som gör att det behovet växer. Utöver att den högspecialiserade vården i sig inte kan ges överallt, så kommer det att uppstå situationer där vi måste hjälpa varandra. I fallet med flickan Lilly var det flera olika omständigheter som sam-

”Det som kostar allra mest inom sjukvården är kvalitetsbrister.”

verkade. Just nu är barnkullarna mycket stora, vilket i sig innebär en utmaning att räkna till inom alla områden. Därtill kom en viss personalbrist och semestertider. Jag är glad att vi kunde hjälpa till och erbjuda Lilly behandling, att samarbetet fungerar. Nästa gång är det kanske vi som behöver den hjälpen. ●

### VIKTIGA KVALITETSRÅD FÖR DITTE PEHRSSON-LINDELL

- Fokusera på patienterna. Det ska bli rätt från början.
- Var intresserad av och ha koll på resultat. Var nyfiken och prestigelös. Lär från andra, på andra kliniker, i andra landsting. Det finns många goda idéer och lösningar på såväl medicinska problem som organisatoriska.
- Arbeta med teamarbete och delaktighet. Gemensam kunskap är alltid större.
- Jobba på själva ledarskapet. Ledningen är viktig på alla nivåer.
- Möjliggör en hög patientdelaktighet. Patienterna kan i framtiden kanske göra fler kontroller hemma själva tack vare en bra organisation och ett utvecklat IT-stöd som stöder det.

### FAKTA: SJUKVÅRDENS LEDARSKAPSAKADEMI

Sjukvårdens ledarskapsakademi verkar på flera sätt för att stärka ledarskapet i sjukvården och inom den kliniska forskningen. Man menar att det är nödvändigt att få fler skickliga ledare inom den komplexa sjukvården för att kunna hantera de utmaningar som hälso- och sjukvården står inför. Sjukvårdens ledare måste kunna hantera kraven på resultat och effektivitet och samtidigt leda den medicinska verksamheten där förmågan till prioriteringar och etiska avvägningar ständigt provas.

Akademien är ett initiativ av Boston Consulting Group och tidningen Dagens Medicin. Partner till initiativet är Capio, Karolinska universitetssjukhuset, Landstinget i Kalmar län, Landstinget Sörmland, Pfizer, Region Skåne, Sahlgrenska universitetssjukhuset och Västerbottens läns landsting. Akademien startade i juni 2011.

## Ny, unik behandlingsregim vid HER2-positiv bröstcancer!

# MÅLSTYRD BIOLOGISK EFFEKT SELEKTIV CYTOSTATIKA- BEHANDLING<sup>1, 2</sup>

Kadcyla (trastuzumab emtansin) är det första antikropp-läkemedelskonjugatet för andra linjens behandling av metastaserad HER2-positiv bröstcancer<sup>1</sup>. Med sin unika verkningsmekanism direkt målstyrd till HER2-positiva tumörer förlänger Kadcyla medianöverlevnaden med 5,8 månader jämfört med lapatinib och Xeloda. Biverkningarna blir dessutom färre när cytostatikumet frisätts direkt i cancercellerna.<sup>2</sup>

Om målet med behandlingen är förlängd överlevnad i kombination med mindre systemisk påverkan är Kadcyla vägen dit<sup>2</sup>. Utan kompromisser.



#### Referenser:

1. Kadcyla produktresumé 2013-11-15.
2. Verma S et al; EMILIA Study Group. N Engl J Med 2012;367:1783–91 (including Supplementary Appendix). [Published correction appears in: N Engl J Med 2013;368:2442].

**Kadcyla® (trastuzumab emtansin)**, L01XC14, 100 mg och 160 mg koncentrat till infusionsvätska, lösning, Rx, EF. **Farmakoterapeutisk grupp:** Cytostatiska/cytotoxiska medel, övriga cytostatiska/cytotoxiska medel, monoklonala antikroppar. **Indikation:** Kadcyla, som monoterapi, är indicerat för behandling av vuxna patienter med HER2 positiv icke-resektabel lokalt avancerad eller metastaserad bröstcancer som tidigare fått trastuzumab och en taxan, separat eller i kombination. Patienter ska antingen fått tidigare behandling för lokalt avancerad eller metastaserad sjukdom eller utvecklat sjukdomsrecidiv under eller inom sex månader efter adjuvant behandling. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne. **Varningar och försiktighet:** För ingående beskrivning av varningar och försiktigheter se www.fass.se. **Dosering:** Rekommenderad dos av trastuzumab emtansin är 3,6 mg/kg kroppsvikt administrerad som en intravenös infusion var tredje vecka. Startdosen ska administreras som en 90 minuters intravenös infusion. Om den tidigare infusionen tolererades väl kan efterföljande doser av trastuzumab emtansin administreras som 30 minuters infusioner. **Innehavare av marknadsföringstillstånd:** Roche AB, Liljeholmsstranden 5, 100 74 Stockholm, 08-7261200, www.roche.se. För fullständig produktinformation och pris, se www.fass.se. **Senaste produktresumén:** November 2013.

▼ 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.



Roche AB · Box 47327 · 100 74 Stockholm · 08-726 12 00 · www.roche.se

# Framgångsrikt ledarskap

Ett bra ledarskap är kanske det allra viktigaste för att skapa en framgångsrik organisation. För sjukvårdens del handlar det om en verksamhet som sätter patienten och dennes välbefinnande i första rummet. Att ständigt ställa sig frågan – vem är vi till för – är viktigt.



**Ingrid Tollgerdt-Andersson,**  
fil.dr, forskare, författare  
och debattör

**För att patienten** ska vara i centrum krävs en bra organisation och ett gott ledarskap. Ett ledarskap som kan engagera och motivera medarbetarna på ett sätt så att lusten och intresset för jobbet stimuleras. Varje medarbetare måste bli sedd och känna att just hans eller hennes insats inte bara är viktig, utan har en avgörande betydelse för att en patient ska nå maximalt välbefinnande och hälsa.

Vilket ledarskap är det då som behövs och vad är ett framgångsrikt ledarskap?

Det finns ett otal olika teorier om framgångsrikt ledarskap. Drömmen har varit, och är fortfarande, att finna ett instrument med vars hjälp man skulle kunna förutsäga framgångsrikt ledarskap – ”säl-la agnarna från vetet”. Låt oss genast slå fast att ännu så länge finns vare sig den teorin eller det testet.

Vad är det som kännetecknar ett framgångsrikt ledarskap som håller i längden? Ledare som skapar engagemang, trygghet och välbefinnande på avdelningen, vilket i sin tur ger trygghet till patienterna.

Det går inte att finna några enkla förklaringsmodeller, men forskningen har kommit en bit på vägen när det gäller att förstå vad som är ett gott ledarskap. I min forskning har jag framförallt lagt fokus på

ledarskap kopplat till attityder, värderingar och kravställande.

I doktorsavhandlingen studerades 24 stora svenska börsbolag. Högsta ledningen intervjuades och toppledarna fick även besvara en enkät som bland annat handlade om vilka egenskaper och beteenden de såg som viktiga för ett framgångsrikt ledarskap i ett långsiktigt perspektiv. Samma instrument har jag använt i mitt arbete som konsult, vilket innebär att fram till dags dato har gissningsvis fler än 1000 svenska chefer besvarat de 62 frågeställningarna.

## Grupp A och Grupp B chefer

Chefer i ekonomiskt sett lönsamma verksamheter ställer inte enbart högre krav utan de betonar också delvis annorlunda egenskaper och beteenden som viktiga för ett framgångsrikt ledarskap. Jag kallar dem grupp A och grupp B chefer.

Grupp A chefen betonade en psykiskt stark och mogen individ med god självkänsla och humor, som är entusiastisk och kan få med sig människor, är tydlig och har hög energinivå.

Grupp B chefen betonade social anpassning, noggrannhet, kontroll och punktlighet.

Skillnaden mellan grupptillhörighet och ekonomiskt resultat var statistiskt signifikant, det vill säga inte slumpmässig. Vilka som var framgångscheferna är väl inte särskilt svårt att gissa? Det var naturligtvis Grupp A cheferna.

Sedan disputationen har jag forskat mycket kring ledarskap, publicerat åtskilliga böcker och artiklar. Studerat ledarskap nationellt inom både näringsliv och offentlig sektor och även i ett internationellt perspektiv. En av de senare studierna, som publicerades 2012, handlar om ledarskap inom hälso- och sjukvård i nio olika länder.

Energinivå, självkänsla, passion och tydlighet är några aspekter som framstår som alltmer centrala för ett bra ledarskap som håller. I vått och torrt. Att leda i utveckling och goda tider är många gånger enklare än att leda i motgång. Den framgångsrike ledaren klarar båda delar.

## Passion, nyckeln till framgång

För ett par år sedan togs ett nytt steg när det gäller forskning kring hållbara och framgångsrika ledare. Jag var nyfiken på att se om det finns några gemensamma nämnare bakom framgång, oavsett kön, ålder eller profession. Det blev upptakten till Passion, nyckeln till framgång, en populärvetenskaplig studie kring framgång.

Tio välkända personer intervjuas och i boken får man följa dem från tidig barndom fram till nuläge. Framgång i detta sammanhang var att de skulle vara välkända inom sina respektive områden och sedan lång tid tillbaka.

Det var välkända ledare som Mats Paulsson (Peab), Carl Bennet (Getinge) som intervjuades men också personer som Gunde Svan, Amelia Adamo, Björn Hellberg, Kjerstin Dellert och flera andra. Spännande är att oavsett profession, kön

eller ålder så var de tio personerna förvånansvärt lika. Resultatet visade att det finns elva gemensamma nycklar bakom framgång i ett långsiktigt perspektiv. Den äldsta av de medverkande var 96 år och den yngste drygt 40 år – inga dagslendor precis.

## Vilka var då de gemensamma nycklarna bakom framgång i ett långsiktigt perspektiv?

1. Entreprenörskapet – samtliga är personer som vill skapa nytt. Kjerstin Dellert som startat rörelseprogram för äldre eller Mats Paulsson som nu bland annat satsar på att utveckla Hälso- och sjukvård i Ångermanland.
2. Viljan till ständig utveckling – hela tiden nyskapande.
3. Engagemanget och den höga energinivån. Ingen av dem tycks ha något större behov av sömn.
4. Modet, att aldrig vara rädd och ha tilltron till att allt går, allt är möjligt.
5. God självkänsla är en av de viktigaste aspekterna bakom framgång.
6. Emotionell intelligens – som bra och hållbar ledare måste man ha förmåga att sätta sig in i och förstå andra människor.
7. Gå sin egen väg. Teamet är viktigt, men en ledare måste våga ta täten och fatta beslut som är bra för verksamheten.
8. Karisma – personer med en viss utstrålning har lättare att få med sig människor – nog så viktigt i ledarskapet.
9. Tävlingsinstinkt – det var inte enbart Gunde Svan som gav prov på lusten att vara bäst utan alla intervjuade drevs av ambitionen att ständigt bli bättre, inte slå sig till ro!
10. Ett bra nätverk – ensam är inte stark.
11. Lusten och passionen

Lust + Passion + Självkänsla  
= Hållbart ledarskap

Utan lust och passion är det omöjligt att på sikt utöva ett bra ledarskap. Du måste själv tro på det som görs – annars kommer ingen annan heller att tro på det.

## Självkänslan viktig för ett hållbart ledarskap

Efter att under många år arbetat med chefer, men också mött människor av alla slag, har jag blivit mer och mer varse om att den kanske allra viktigaste grunden för att bra och hållbart ledarskap är en god självkänsla. Självkänslan är naturligtvis inte central enbart för chefer utan för alla människors välbefinnande. Att må bra längst inne i sig själv. Brukar ofta under föreläsningar säga att det finns bara en enda person som du aldrig kan separera ifrån, som är med dig hela livet. Vem? Ja, du själv så klart. Att tycka om sig själv, acceptera styrkor och svagheter, ha en god självkänsla och våga gå sin egen väg genom livet.

Varför är då självkänslan så viktig för ett hållbart ledarskap? Ledare som har en god självkänsla är medvetna om vad de är bra på, men också var de behöver komplettera sin kompetens. Därför vågar de anställa olikheter och skapa en mångfacetterad arbetsgrupp. En människa med

bra självkänsla är trygg i sig själv, vilket innebär att prestige och revirtänkande inte ges utrymme och de får också andra att känna sig trygga och må bra.

Tydligheten är en annan faktor som jag gärna vill lyfta fram. I de internationella jämförande studier som gjorts visar sig vissa intressanta skillnader mellan å ena sidan det svenska ledarskapet och å andra sidan sättet att leda i andra länder. Det finns naturligtvis många positiva aspekter i det svenska ledarskapet, men en svag länk är bristen på tydlighet och svårigheten att fatta beslut. En bra chef abdikerar inte från sitt ledarskap och han eller hon vågar fatta beslut.

Avslutningsvis skulle jag vilja karakterisera det hållbara och framgångsrika ledarskapet på följande sätt: Det är en trygg ledare med god självkänsla, som har förmåga att engagera och entusiasmera med humor och en viss distans till sig själv. Vidare är det ett tydligt ledarskap, vilket skapar trygghet. Medarbetarna vet vad som förväntas av dem och deras prestationer följs upp regelbundet. Sist men inte minst är det en person som brinner för det som görs och passionen smittar av sig till omgivningen. ●

## LÄSTIPS:

Tollgerdt-Andersson, I. *Passion, Nyckeln till framgång*, 2010

Tollgerdt-Andersson, I. *Attraktion & Kemi*, 2011

Tollgerdt-Andersson, I. *Duktig flicka, snara runt halsen eller vägen till framgång?* 2012

Tollgerdt-Andersson, I. *Kärlekens Koder* 2014

## FAKTA:

Ingrid Tollgerdt-Andersson, doktor i ekonomisk psykologi, forskare, författare och konsult, disputerade vid Handelshögskolan i Stockholm med en uppmärksam avhandling om framgångsrikt ledarskap. Hon har skrivit flera böcker om ledarskap och forskat om hur det är att leda i näringslivet och i den politiskt styrda organisationen, nationellt och internationellt. Ingrid har även gett ut ett antal populärvetenskapliga böcker som rönt stort intresse i media. För mer information: se [www.tollgerdt.se](http://www.tollgerdt.se)



# 5 frågor till tre ledare inom sjukvården



**Kristina Granewåg,**  
verksamhetschef Onkologikliniken,  
Sjukhuset i Gävle

## Vilka är de tre viktigaste egenskaperna man bör ha som chef?

– Tålmod, mod och prestiglöshet.

## Vad gör du för att din arbetsplats ska ses som en attraktiv arbetsplats?

En av mina största arbetsuppgifter är att stötta och uppmuntra mina vårdenhetschefer. Om de upplever god arbetsmiljö, tillit och eget ansvar kan de i sin tur leverera detsamma till sina medarbetare som då får växa!

Men det är inte bara det, förstås. Vi är en klinik med gott rykte sedan länge och det är av största vikt att fortsätta vara en attraktiv arbetsplats dit sjuksköterskor och läkare söker sig. Det gäller att kunna erbjuda många möjligheter. Vill man ar

ta på avdelning, strålbehandling, mottagning, dagsjukvård eller inom palliativ vård? Vi måste påvisa att det finns karriärvägar inom kliniken och ta hand om de som vill vidare. Om inte så söker de sig till andra sjukhus eller kanske andra områden inom sjukhuset.

## Hur ser du på utmaningen; knappa resurser och hög kvalitet?

Det är ett stort dilemma inom onkologin idag. Vi kan göra allt mer för allt fler patienter, men det medföljer också en högre kostnad. Vi behöver få politiken att förstå att avancerad onkologisk behandling med god kvalitet kostar så oerhört mycket mer idag än för bara några år sedan. Patienterna utnyttjar dessutom möjligheten till Second opinion i allt högre utsträckning idag. Det har de all rätt att göra, men det bidrar också till ökad ekonomisk belastning för hemma kliniken. Utmaningen i det hela är ju att på ett bra sätt presentera för politiken vad vi gör och vad det kostar – men det är lång väg från golvet till besluten, tyvärr.

## Vad gör du för att uppmuntra och visa uppskattning?

Jag är den jag är och jag har alltid haft ett genuint intresse för människor. Det har gjort att jag gärna vill hålla mig a'jour med vad medarbetarna står inför och hur

de hanterar det. Jag har aldrig haft svårt för att tala om för dem när jag tycker att de gjort något bra, men tror också att jag kan stötta och lyssna när saker inte riktigt gick som de tänkt sig. Det är svårt att peka exakt på vad man gör, men som chef använder man sig ofta av det som finns i sin egen verktygslåda och för mig är det en blandning av min personlighet och min erfarenhet och det har fungerat för mig.

## Vad gör du för att motivera dina medarbetare?

Jag behöver ha:

- 1: Energi och aktivitetsnivå över genomsnittet. Det krävs en stor mängd inre energi för att ge andra motivation.
- 2: En viss intelligens och intellektuell kapacitet för att få överblick över den egna situationen och visa på riktning i en komplex miljö.
- 3: Mental och emotionell hälsa för att utveckla förmågan att samverka och skapa relationer
- 4: Integritet. Flertalet följer i regel inte personer som de anser brister i integritet – vara personlig, men inte privat. Jag har en förhoppning att kunna leva upp till ovan, men kan inte säga att jag har dessa förmågor varje dag... man är ju trots allt bara en vanlig människa med fel och brister – även om man titulerar sig som chef.

Foto: Hannes Ljunghall



**Christophe Pedroletti,**  
verksamhetschef, Pediatrik,  
Akademiska Barnsjukhuset

## Vilka är de tre viktigaste egenskaperna man bör ha som chef?

– Jag vill betona att jag inte ser på ledarskap som ”kokbokskunskap”, rätt eller fel. Allt beror på samspelet mellan aktuell verksamhet och omvärlden. Men de tre viktiga egenskaper är:

1. Förmågan att formulera en tydlig vision för verksamheten.
2. Förmågan att skapa delaktighet så att medarbetarnas förmågor och engagemang tas till vara. Utan dem kommer man aldrig att nå verksamhetens mål.
3. Förmågan att etablera en ”förbättringskultur” där verksamheten ständigt utvecklas genom ett systematiskt förbättringsarbete, drivet av medarbetarna.



**Marie Lindh,**  
Verksamhetschef vo onkologi,  
Sahlgrenska universitetssjukhuset

## Vilka är de tre viktigaste egenskaperna man bör ha som chef?

– Jag tycker tre viktiga egenskaper som chef är; att ha en kommunikativ förmåga, att se helhet samt att kunna fatta beslut.

## Vad gör du för att din arbetsplats ska ses som en attraktiv arbetsplats?

– En attraktiv arbetsplats är något som både medarbetare och chefer vill ha. I tider när det är svårt att rekrytera är det

## Vad gör du för att din arbetsplats ska ses som en attraktiv arbetsplats?

– Våra medarbetare är de viktigaste ambassadörerna för vår verksamhet. Om vi vill skapa en attraktiv arbetsplats är det vad de vittnar om som kommer att avgöra arbetsplatsens attraktionskraft. Om de berättar om ett spännande och meningsfullt verksamhetsinnehåll, möjlighet till professionell utveckling, en god sammanhållning och inflytande över vårdens utveckling kommer arbetsplatsen att uppfattas som attraktiv och människor kommer att vilja arbeta där. Även lönerna måste vara konkurrenskraftiga.

## Hur ser du på utmaningen; knappa resurser och hög kvalitet?

– Det är min övertygelse att vi alltid kan utveckla vårt sätt att arbeta för en bättre kvalitet oavsett hur stora eller små resurserna är. Förbättringsförmågan i organisationen handlar mer om kultur och attityder än om ekonomiska resurser. Om större steg ska tas inom delar av sjukvården måste självfallet strategiska medel allokteras till den verksamheten. Sådana satsningar är både en lednings- och en politisk (=demokratisk) fråga.

## Vad gör du för att uppmuntra och visa uppskattning?

viktigt både ur aspekten att behålla medarbetare men också ur rekryteringssynpunkt. Varje medarbetare måste känna att deras arbetsinsatser och engagemang syns, uppskattas, betyder något samt att det finns en utvecklingsmöjlighet/plan för varje individ. Det är också viktigt att det på varje enhet finns ett klimat som är tillåtande och som förväntar ett engagemang från medarbetarna.

## Hur ser du på utmaningen; knappa resurser och hög kvalitet?

– Vägen mot hög kvalitet kommer att se annorlunda ut i framtiden jämfört med idag av just anledningen knappa resurser. Det är ett gemensamt ansvar för alla i vården att bidra och se nya möjligheter. En väg kan vara att patienten blir en än mer aktiv part i vården samt så måste vi fortsätta det pågående arbetet med att se över vem som gör vad i vårdkejan. Förbättringar/förenklningar i våra IT-system kommer förhoppningsvis också att spara tid – just nu tar de tid.

– Jag försöker se varje medarbetare och ge konkret feedback när jag kan. Inte bara av typen ”du gör ett fantastiskt jobb” utan mera beskriva vilken specifik handling som var bra och vad den innebar för en eller flera patienter, en eller flera medarbetare eller för vårt varumärke. Ibland räcker det dock med väldigt lite. En medarbetare berättade för hennes närmaste chef att jag hade gått förbi henne på stan och hejat. Hon blev så positivt överrumplad över detta att ”det gjorde hennes dag”. Om ett hej på stan från VCn betyder så mycket är det verkligen det minsta jag kan göra.

## Vad gör du för att motivera dina medarbetare?

– Jag försöker ständigt påminna dem om att de kan göra skillnad och att de kan nå nästan hur långt som helst om de bara vill. Då ska jag göra vad jag kan för att ge dem det utrymme de behöver för att nå sina mål. Målen bör dock inte bara handla om personlig vinning. Vårt fokus måste vara patientens bästa och våra medarbeters/kollegors arbetsglädje. För detta kommer medarbetaren belönas med personlig vinning, till exempel god löne- och karriärutveckling. Men det ska komma i rätt ordning.

## Vad gör du för att uppmuntra och visa uppskattning och vad gör du för att motivera dina medarbetare?

– Mina närmsta medarbetare är vårdenhetschefer, sektionschefer och verksamhetsutvecklare. På frågan hur jag uppmuntrar och uppskattar medarbetarna blir svaret att jag försöker arbeta nära cheferna. Att jag ser, följer och återkopplar deras arbete så att de förhoppningsvis känner att vi gemensamt tar oss framåt i olika frågor.

– Det är också viktigt att delegera och intressera sig för hur det går i de olika frågorna. Att skapa utrymme för återkoppling är av stor vikt. Har man som medarbetare lagt ner tid och energi på ett område ska det också finnas tid för återkoppling. Att uppmuntra och visa uppskattning kan alltid utvecklas och min tanke just nu är att jag nog behöver tänka mer på det i den ibland stressiga vardagen.

# Betydelser av bröstcancer i ett livssammanhang

Att drabbas av bröstcancer innebär utsatthet och förluster men kan också ge nya perspektiv på livet. Sjukdomserfarenheten upplevs och hanteras olika och beror på vem man är, livssituationen i stort och behandlingsbiverkningarna. Sara Lilliehorn har i sin avhandling studerat hur kvinnor själva upplever att livet och vardagen påverkas över tid. Från tiden i behandling, då sjukvården spelar en central roll, till upp till sex år senare.



**Sara Lilliehorn**, specialistkurator, fil dr, Cancercentrum, Norrlands universitetssjukhus, Umeå.  
E-post: sara.lilliehorn@vll.se

**Förbättrade behandlingsmöjligheter** förlänger överlevnaden för många kvinnor med bröstcancer men innebär längre behandlingstider, mer omfattande biverkningar och ett ökat behov av stödjande insatser. Detta är samstämt med flera andra cancersjukdomar och samhället står inför att rehabilitera allt fler patienter. Rehabiliteringsarbetet har stora brister och mer insatser behövs, dock saknas kunskap om människors behov i återgången till ett vardagsliv.

Detta kunskapsglapp är vad som motiverat avhandlingsarbetet som syftar till att ge kunskap om hur kvinnor med bröstcancer själva upplever att deras liv och vardag påverkas under och efter behandling. Studien bygger på upprepade intervjuer med 71 kvinnor, ej äldre än 60 år vid inklusion, som genomgått behandling för primär bröstcancer. Från strålbehandlingens avslut intervjuades kvinnorna fyra till fem gånger under fyra till sex år. Femtionio kvinnor deltog under hela studieperioden och totalt genomfördes 303 intervjuer.

## En hjälpande plan

I avhandlingens första delstudie låg fokus på vilka psykosociala behov kvinnor med bröstcancer har i kontakt med sjukvården. Situationer eller händelser i vården som fått särskild betydelse för kvinnorna i antingen positiv eller negativ mening ana-

lyserades och resultaten sammanfördes i en modell av psykosociala behov. Modellen består av fyra kategorier (behov) och en kärnkategori (övergripande behov).

Kärnkategorin, ”att vara upptagen i en hjälpande plan”, innebär att det är väsentligt att sjukvården fungerar som ett hjälpande system som förmedlar en väl genomtänkt plan för behandling och bemötande. De fyra kategorier som ”en hjälpande plan” utgörs av är, var för sig, välbekanta dimensioner av patientcenterad vård. I modellen överlappar de varandra och smälter samman i upplevelsen av ”en hjälpande plan”.

*Tillgänglighet* speglar behov av ett snabbt inträde i vården, en tydlig kontaktväg till vården samt att få tid och utrymme i möten med personal. *Information* är en mycket uppmärksammas fråga i cancervård. Resultaten i studien visar tydligt att information så väl kan underlätta som försvåra beroende på hur den levereras, om den anpassas till kvinnans aktuella situation eller ej samt att informationskontinuitet är väsentligt.

Psykosociala behov som rör *behandling* visar på vikten av kontinuitet – att kvinnorna så ofta som möjligt möter samma personal och kompetens hos så väl personal som sjukvården som sammantaget system.

Den i särklass största kategorin, *bemötande*, speglar behov av bli bemött med respekt och ärlighet men framför allt av vikten att känna personalens engagemang och omtanke. Sammanfattningsvis behöver patienter uppleva att sjukvården

är tillgänglig för dem, få pålitlig vård som är skickligt utförd och förmedlad i en anda av närvaro och engagemang.

En cancerdiagnos ändrar dramatiskt förutsättningarna i livet och medför stora psykologiska utmaningar. Intellectuellt vet vi att olycka eller sjukdom kan drabba oss men räknar inte med att det ska ske, snarare skjuter vi sannolikheten framför eller ifrån oss själva. Det kan synas naivt men förser oss med den trygghet och tillit till att tillvaron är relativt förutsägbart som vi behöver för att fungera i dagligt liv. Cancerdiagnosen avkamouflerar ”illusionen av osårbarhet” och kan lämna rum för kaos och stor utsatthet.

Om sjukvården agerar som en ”hjelpande plan” fungerar det som en motvikt till situationens utsatthet. I hotfulla situationer söker vi instinktivt kontakt och närhet till vad i anknytningsteori kallas för en ”säker hamn” – en person/instans som kan ge trygghet och beskydd. Vid en cancersjukdom är sjukvården med sin kompetens, expertis och kapacitet att behandla, vad som står mellan den sjuka och döden. ”En hjälpande plan” kan därför förstås som den sjukas inre upplevelse av sjukvården som en ”säker hamn”, en hjälpande instans, att knyta an till. Den formas av kvinnans sammanlagda erfarenhet av sjukvården – personliga möten med all typ av vårdpersonal så väl som av skriftlig information och fysisk miljö. Är den sammanlagda upplevelsen tillräckligt positiv kan ”en hjälpande plan” framträda vilket skapar trygghet och lugn. Om inte tillräckligt positiv ökar ofta graden av otrygghet och utsatthet.

## Vardagens återtagande

I de tre följande delstudierna studerades kvinnornas vardagsliv efter avslutad strålbehandling med fokus på vad som motiverar respektive försvårar arbetsåtergång, upplevelser av kroppen respektive hur livet levdes och värderades på lång sikt.

Successivt försköts kvinnornas fokus från att först och främst överleva till att återgå till en mer vanlig vardag. Att återfå rutiner och struktur för vardagen liknande de man haft innan bröstcancer visade sig vara läkande. Det gav trygghet och att tillvaron, trots allt, var sig någorlunda lik. För många var dock vägen dit många gånger svår och komplex. Tacksamhet över att leva och nya perspektiv på livet varvades med långvariga biverkningar och oro för återfall.

Resultaten visar vikten av att adressera och lindra behandlingsbiverkningar under lång tid. Initialt värderades biverkningar och kroppförändringar i relation till överlevnad och kroppen uppfattades då som närmast försumbar. Allt eftersom hotet avlägsnade sig blev dock kvarstående biverkningar allt mer belastande och förändringar till förluster. Detta var särskilt tydligt hos kvinnor som drogs med biverkningar av hormonell behandling. Kroppen hindrade dem att fungera i vardagen och upplevdes som skör och opålitlig. Detta skapade dissonans i självbild- en vilket fick många kvinnor att därför distansera sig från sina kroppar till dess att biverkningarna klingade av. För ett fåtal kvinnor blev dock kroppen dem så främmande att de vid studiens slut inte längre såg den som sin kropp.

## Sjukskriven eller arbeta?

Sociala sammanhang har stor betydelse i svåra livssituationer. I studien framträdde arbetsplatsen och sjukvården som två bärande sammanhang. Många beskrev sjukvården som en trygg och omhändertagande plats (”en hjälpande plan”) som gjorde dem gott att vara i, ofta kontrasterad mot en problematisk arbetssituation. För andra var det arbetet som underlättade att skapa ordning i kaos. Det var en arena där livet var sig mer likt och de prioriterade, ibland trots svåra biverkningar, att arbeta under behandling eller återgick snarast.

Oavsett tidig eller sen återgång var arbete för kvinnorna förknippat med normalitet och friskhet och var ett betydande steg vidare i livet. Tillvaron blev mer bekant och förutsägbart vilket var helande. Resultaten kring arbetsåtergång visar att arbetets betydelse fluktuerar över tid och beror av livsomständigheter som exempelvis arbetssituation, typ av arbete och familjesituation. När det är meningsfullt att återgå i arbete är därför högst individuellt och det krävs flexibilitet hos försäkringskassa, sjukvård och arbetsgivare i återgångsprocessen.

## Livet på lång sikt

Fyra till sex år efter avslutad strålbehandling värderade kvinnorna livet och bröstcancerens betydelse på olika sätt. En grupp kvinnor menade att livet blivit *bättre*. De hade innan bröstcancer haft en otillfredsställande eller ohållbar livssituation och sjukdomen hade fått en positiv betydelse i det att den förändrat livet, hjälpt dem förändra sin situation och gett nya perspektiv på livet.

En större grupp, främst yngre kvinnor som genomgått mer systemisk behandling, värderade livet som *sämre*. Kroppsliga förändringar och besvär försvårade livet och många bar på en stor oro för återfall.

Andra menade att livet var *annorlunda*, både till det bättre och det sämre och att man fann en slags balans mellan positiva och negativa konsekvenser av bröstcancer.

En grupp kvinnor, i regel något äldre och ej systemiskt behandlade, menade att bröstcancer på lång sikt inte gjort någon märkbar skillnad i livet. Erfarenheten sågs närmast som en *parentes* och lades till en av andra livserfarenheter.

Vilken påverkan bröstcancer får i en kvinnas liv är sammanfattningsvis en fråga om livsomständigheter som arbetssituation, familjesituation, typ av kontakt med sjukvården och mängden biverkningar. Vad som är till hjälp under och efter behandling är därför individuellt och beror till stor del på vem hon är och hur hon lever sitt liv. ●



Hela avhandlingen finns att hämta på: <http://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?searchId=1&pid=diva2:664212>



Psykosociala konsekvenser hos kvinnor som deltar i bröstcancerscreening

# En berg- och dalbana av känslor och förnuft

Anetta Bolejko sammanfattar här på uppdrag av Cancervården sin avhandling "Psychosocial consequences of false-positive mammography among women attending breast cancer screening". Avhandlingen försvarades vid Lunds Universitet i februari 2014.



**Anetta Bolejko**, leg. röntgensjuksköterska, Msc. PhD, forskningssjuksköterska/koordinator vid verksamhetsområde Bild och Funktion, Skånes Universitetssjukhus Malmö.

**Mammografiska hälsokontroller rekommenderas** för tidig diagnostik av bröstcancer och snar behandling för att sänka dödligheten i sjukdomen i populationen. Hälsokontroller medför dock även risker, till exempel behov av kompletterande bröstundersökning(ar) till följd av fynd i samband med hälsokontrollen för att slutligen fria kvinnan från misstankar om bröstcancer, det vill säga falskt positivt mammografiskt hälsokontroll. Det har uppskattats att bland 1000 kvinnor som deltar i 10 mammografiska hälsokontroller kommer 200 att erfara falskt positivt hälsokontroll. Det avser generellt friska kvinnor, som dock kan uppleva oro, rädsla eller ångest som följd av kompletterande undersökningar.

Ett flertal studier har undersökt detta och visar på förekomst av kortsiktiga psykosociala konsekvenser. Det är däremot mer oklart hur kvinnor påverkas på sikt eftersom befintliga studier visat motstridiga resultat. I avhandlingen undersöktes psykosociala konsekvenser av falskt positivt mammografiskt hälsokontroll i Sverige med hjälp av ett frågeformulär Consequences of Screening – Breast Cancer (COS-BC), som testades avseende dess tillförlitlighet (validitet och reliabilitet), samt hur kvinnor hanterar att erhålla falskt positivt mammografi.

Resultaten visade att merparten av frågorna i en svensk version av COS-BC ansågs relevanta och

heltäckande avseende konsekvenser av falskt positivt mammografiskt hälsokontroll. Utvärdering av mättegenskaperna för COS-BC visade på god giltighet (validitet) och acceptabelt mätfel (reliabilitet) i fem domäner (nedstämdhet, ångest, beteende, sömn och existentiella aspekter). Dessa domäner användes därför hos drygt 800 kvinnor för att undersöka förekomsten och långtidsutvecklingen av psykosociala konsekvenser av falskt positivt mammografiskt hälsokontroll och dess potentiella bidragande orsaker.

Resultaten bekräftade tidigare resultat för kortsiktiga konsekvenser i anslutning till kompletterande bröstundersökningar. Dessutom sågs betydande konsekvenser inom samtliga fem domäner 6 respektive 12 månader efter avslutad utredning. Runt en tredjedel av kvinnor med falskt positivt mammografi upplevde alltså långsiktiga konsekvenser. Sannolikheten att uppleva dessa konsekvenser var mer än två gånger så hög hos kvinnor med falskt positivt mammografi jämfört med kvinnor med negativ (normal) mammografiskt hälsokontroll.

## Flera psykosociala konsekvenser

Att kontrolleras efter falskt positivt mammografi med tätare intervall än ordinarie hälsokontroll var den största bidragande orsaken till att uppleva långsiktiga konsekvenser av falskt positivt mammografiskt hälsokontroll (>3 gånger högre sannolikhet). Andra bidragande orsaker avseende beteende, sömn, upplevelser av nedstämdhet och ångest samt tankar om existentiella aspekter var kvinnornas kulturella bakgrund, missnöje med informationen i samband med kompletterande bröstundersökningar och brist på socialt stöd.

Intervjuer med 13 kvinnor som upplevde konsekvenser av falskt positivt mammografiskt hälsokontroll visade att deras hantering av dessa konsekvenser upplevts som en berg- och dalbana av känslor och förnuft. Kvinnor beskrev å ena sidan att de befarade det värsta och levde i osäkerhet medan de väntade på diagnosen. Dessa upplevelser förekom till följd av känslor att vara hotad av en dödlig sjukdom. Å andra sidan upplevde kvinnorna trygghet hos familjen och genom att vara professionellt omhändertagna, vilket tillsammans med upplevelsen av systerskap och självuppmuntran frambringade styrka och hopp. Att vara medveten om ansvaret för familjen kom fram som en viktig aspekt. Erfarenheten av falskt positivt mammografiskt hälsokontroll gav känslor av tacksamhet att vara noggrant undersökt, även om oron kvarstod. Vunnen insikt avseende mammografiska hälsokontroller och aspekter som är viktiga att värdesätta i livet kom också fram i intervjuerna.

En intervjuad kvinna säger "egentligen vill jag inte gå på mammografi mer, men mitt

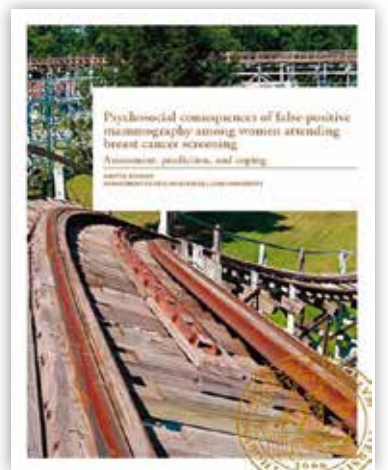
förnuft säger att det är klart att jag ska göra det, men egentligen vill jag inte, rent känslomässigt skulle det varit skönast att slippa, jag har alltid tänkt innan att bröstcancer tror jag inte jag får, men sen när jag fick det här, det kan ju hända, förnuftet säger någonting annat såklart"

## Stödåtgärder behövs

Mammografiska hälsokontroller innebär ett ansvar hos beslutsfattare och vårdgivare avseende kontinuerlig granskning och utvärdering av såväl fördelar som risker. Studiens resultat ger ny och fördjupad kunskap om en av riskerna med hälsokontrollerna; förekomst och långtidsutveckling av psykosociala konsekvenser av falskt positivt mammografi.

Detta skapar även förutsättningar för stödåtgärder med potential att förebygga utveckling av psykosociala konsekvenser hos kvinnor med falskt positivt mammografiskt hälsokontroll. Ett exempel kan vara att erbjuda personlig information, i synnerhet till riskgrupper (exempelvis utrikes födda kvinnor) vilket utöver potentiell minskning av psykosociala

konsekvenser även kan vara till gagn i ett längre perspektiv genom exempelvis ökad medvetenhet om bröstcancerscreeningen. Visserligen kan informationen om nackdelar med hälsokontrollerna potentiellt minska kvinnors deltagande i hälsokontrollerna, men denna typ av åtgärd beaktar kvinnornas integritet och rättighet till informerat samtycke att medverka i hälsokontrollerna. ●



**TEVADAPTOR®**  
When Safety and Simplicity Click

**Säkerhet  
för dig,  
miljön och  
läkemedlet!**



Genom att använda Tevadaptor:

- Skyddar du dig själv, andra och omgivningen från exponering av toxiska läkemedel
- Elimineras du risken för stickskador
- Skyddar du läkemedlet från eventuell kontaminering

Läs mer på [www.tevadaptor.com](http://www.tevadaptor.com)

Referenser: Minimizing Health Care Professional's Exposure to Hazardous Drug Species. Analyst Research Lab. Feb 2007. | A new drug handling device for preventing hazardous drug exposure. M. Gremlad, EJHP Practice 2010;16(5):45-47. | Spill and Leakage Using a Drug Preparation System Based on Double-Filter Technology. O Nygren et al, Ann. Occup. Hyg., pp. 1-4, 2008. | Bacterial Aerosol Challenge of Tevadaptor. Ensuring Sterility and Drug Safety. Nelson Laboratories, Salt Lake City, Utah, USA, June 2009. | Tevadaptor Preserves Long-Term Sterility After Bacterial Challenge. Performed by Hy-Labs Research Laboratories, Israel, June 2007.

TEVA

Scandinavia

Teva Sweden AB

Järnväggsgatan 11 | Box 1070 | 251 10 Helsingborg  
Tel 042 12 11 00 | Fax 042 12 11 08 | [www.teva.se](http://www.teva.se)

SW/TEV/13/0001

# Aloxi® (palonosetron)

## – även som kapsel<sup>1</sup>

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

Aloxi, kapsel 0.5 mg, finns tillgänglig och skall ges ungefär en (1) timme innan kemoterapi påbörjas<sup>1</sup>

En engångsdos av Aloxi kapsel har jämförbar antiemetisk effekt med en engångsdos intravenös Aloxi och effekten varar upp till 5 dagar<sup>2</sup>



[www.cancerillamaende.se](http://www.cancerillamaende.se)

Referenser: 1. Aloxi produktresumé 2014-04. 2. Boccia et al Supportive Care Cancer 2013;21:1453-1460.

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

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

Uppdatering av produktresumén 2014-04. För fullständig information vid förskrivning se fass.se 005ALO-SE-2014

**Aloxi®**  
palonosetron HCl soft capsules

**sobi**  
Swedish Orphan Biovitrum AB  
112 76 Stockholm  
Telefon: 08 697 20 00  
[www.sobi.com](http://www.sobi.com)

## Omedelbart behov av information och stöd efter en bröstcancerdiagnos

Bröstcancer är den vanligaste cancerformen som drabbar kvinnor i västvärlden. Behandlingen utgörs av kirurgi, strålning och/eller medicinering med kemoterapi och i många fall endokrinbehandling. Idag kan alltså den medicinska tekniken behandla bröstcancersjukdomar med god framgång, men det är inte enbart en fråga om att överleva, utan också en fråga om hur man mår som överlevare. Behandlingen kan orsaka biverkningar som inte bara kan påverka kvinnorna svårt, utan även påverka dem under lång tid. Livskvalitet är därför en fråga som får allt mer uppmärksamhet då antalet långtidsöverlevande bröstcancerpatienter bli allt fler.



**Karin Stinesen Kollberg, Ph.D.,**  
Klinisk Cancerepidemiologi, Institutionen för Kliniska vetenskaper, Avdelningen för onkologi, Göteborgs Universitet, [karin.stinesen@oc.gu.se](mailto:karin.stinesen@oc.gu.se)

**Mot bakgrund av** detta är livskvalitet idag ett välstuderat fenomen bland kvinnor med bröstcancer. Trots detta är kliniker som arbetar med de psykosociala frågorna fortsatt osäkra på hur den psykosociala vården bör optimeras, i vilket skede den ska ges, i vilken omfattning och huruvida de eventuella effekterna av psykosociala stödinterventioner kan urskiljas på gruppnivå i ett både kortare och längre perspektiv. Delvis beror denna kunskapslucka på att vi inte riktigt har insikt i vad kvinnorna själva upplever att de har för behov.

I min avhandling *Psychosocial support needs after a breast cancer diagnosis* har jag haft som mål att med epidemiologiska metoder ge bröstcancerbehandlade kvinnor en röst om deras upplevda livskvalitet och behov av insatser för att med den informationen bättre kunna bemöta deras psykosociala behandlingsbehov inom bröstcancervården.

Jag har arbetat efter en metod som utvecklats av

professor Gunnar Steineck vid enheten Klinisk Cancerepidemiologi, Göteborgs Universitet. Ett projekt påbörjas genom ett antal djupintervjuer där kvinnornas egna ord kommer fram. Baserat på det innehåll och tema som framkommer av denna kvalitativa studie, utvecklas därefter en detaljerad studiespecifik enkät med frågor som var och en avser att mäta ett enda fenomen eller symptom, det vill säga att frågorna är så «rena» som möjligt. I denna studie djupintervjuades femton kvinnor som behandlats för bröstcancer ett år tidigare. Frågorna i enkäten validerades därefter tillsammans med tio kvinnor som även de diagnosticerats med bröstcancer ett år tidigare. I studien inkluderades alla svensktalande, levande kvinnor som opererats för primär bröstcancer på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg mellan 1 augusti 2008 och 31 juli 2009.

Av de 434 kvinnor som inkluderades i studien svarade 313 (72 %) på enkäten. Det första delarbetet handlade om lågt psykologiskt välbefinnande. Av de faktorer jag bedömde som möjliga att associera med lågt välbefinnande påvisades att oro för de egna barnen var den faktor med starkast association. En trend påvisades även där åldern på yngsta barnet var negativt korrelerad till mammans upplevda behov av psykosocial intervention. I det





andra delarbetet fann jag att den största andelen av de bröstcanceropererade mödrarna hade behov av att få samtala om oron kring sina barn direkt efter diagnos, innan operation. De faktorer som identifierades som starkast associerade med oro för barnen var kemoterapi behandling, rädsla för att dö av bröstcancer och oro över partnerrelationen. I det tredje delarbetet framkom att kvinnorna ett år efter diagnos gjorde värderingen att de hade velat få basal information om kemoterapi och eventuella bieffekter omedelbart efter diagnos oavsett om de behandlades med kemoterapi eller inte.

I det fjärde delarbetet sökte vi identifiera en demografisk och behandlingsrelaterad profil hos de kvinnor som hade samtalskontakt samt hos de som önskade att de haft samtalskontakt under året. Resultatet visade att de som antingen önskade att de haft samtal med en professionell och de som faktiskt hade samtal i högre utsträckning än de som inte önskade samtal delade samma demografiska profil: de var mödrar med barn som bodde hemma, de hade genomgått kemoterapi-behandling och de hade upplevt nedsatt psykologiskt välbefinnande någon gång under året. Ett annat fynd var att en inte obetydlig andel av kvinnorna rapporterade en önskan om att få samtalsbehandling tillsammans med sin partner.

#### Oron för de egna barnen störst

Det första av de två viktigaste resultaten från avhandlingsarbetet är att av ett 20-tal olika psyko-

sociala faktorer är det oron för de egna barnen som är den största oroskällan för bröstcancerbehandlade mödrar. Denna oro är väl dokumenterad i den kvalitativa litteraturen, men har inte visats i någon studie på gruppnivå. Det är viktigt att också se vilka faktorer som på gruppnivå inte visade sig vara direkt associerade med lågt psykologiskt välbefinnande. Orsaken till varför oron för barnen föll ut som den starkaste oroskällan kan efter genomgång av litteraturen och klinisk erfarenhet förklaras av en känsla av hot mot sitt eget jag, en känsla av skam över att på kortare och på längre sikt «överge» sitt barn samt på det sätt som bröstcancern «stör» i det vardagliga livet.

#### Behov av tidig intervention

Det andra resultatet från avhandlingen är att ett år efter diagnos gjorde kvinnorna värderingen att de hade velat få basal information om kemoterapi och dess bieffekter omedelbart efter diagnos, oavsett om de under året hade behandlats med kemoterapi eller inte. Detta fynd kan förklaras genom de indirekta bevis som finns då den cancerskräck som råder i samhället i stort idag är associerad med kemoterapibehandling, vilket i sin tur är väldigt skrämmande. Det är rimligt att det omedelbara behovet som kvinnorna get uttryck för i denna studie reflekterar en önskan om att kunna bli förberedd för det som komma skall, oavsett om man vet om man kommer att behöva genomgå kemoterapi eller inte.

I stort visar resultaten att bröstcancerbehandla-

de kvinnor kämpar för att, i den utsträckning det är möjligt för dem, bibehålla så mycket känsla av kontroll som möjligt i en situation där kontrollen i realiteten är minimerad. Den omedelbara önskan om stöd och information kring oron för de egna barnen och om cellgiftsbehandling ser jag som ett tydligt tecken på att kvinnorna gör allt de kan för att vara proaktiva och därmed göra sig förberedda på det som kan hända. Behovet av att förbereda sig har tidigare funnits vara associerat till känsla av kontroll och en tro på att man kommer att klara detta (vad det än är). Jag tror därför att det är viktigt att i en randomiserad interventionsstudie testa i vilken mån psykosocial behandling kan göra skillnad för kvinnorna om vi hjälper dem förbereda sig bättre, dels för behandlingen, dels för att återgå till det «vanliga» livet igen.

#### Vad behöver vi göra för att komma framåt i detta fält?

En förekommande uppfattning bland kliniker inom detta fält är att psykosociala insatser inte kan studeras för att de inte skulle gå att mätas. Min avhandling visar att det går att göra «mjuka» frågor «hårda» genom att studera dem på gruppnivå. I framtiden är det därför viktigt att psykosocial forskning tar fram evidens som på ett konkret sätt visar huruvida dessa typer av insatser faktiskt gör den nytta vi tror att de gör. Mot bakgrund av en allt tuffare konkurrens om resurser i kombination med ökade krav på en evidensbaserad verksamhet, kommer de medel som avsätts för psykosocial behandling inom den onkologiska vården ytterligare minskas om inte flera forskare som delar mitt intresse får möjligheten att ta fram den evidens som beslutsfattarna behöver när de prioriterar tillgängliga resurser.

För att komma framåt inom detta fält är det viktigt att stärka evidensbasen inom fältet genom storskaliga, och framför allt välplanerade, randomiserade interventionsstudier som kan testa i vilken mån psykosocial behandling kan göra skillnad för kvinnorna och som faktiskt ger en mätbar effekt. Som en förlängning av avhandlingen kommer rollen av att vara bättre förberedd för eventuell behandling och för att återgå till det «vanliga» livet igen att ingå som en av flera större interventionsstudier som adresserar «prohabilitering» i det framtida forskningsprogrammet vid Klinisk Cancerepidemiologi, avdelningen för onkologi, Göteborgs Universitet.

Om kunskapen från avhandlingen används kan den med andra ord bidra till en förbättrad bröstcancervård för de kvinnor som i morgon tvingas möta den grymma verklighet som en bröstcancerdiagnos innebär. ●

# VIDARKLINIKEN

## HELHETSSYN SOM GER LIVSKVALITET

### VÅRD OCH REHABILITERING

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

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

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

[www.vidarkliniken.se/sjukhus](http://www.vidarkliniken.se/sjukhus)

### PATIENTERNAS UPPLEVELSE AV VÅRDEN PÅ VIDARKLINIKEN ENLIGT SENASTE PATIENTENKÄT:

- **”För mig en helt unik vårdupplevelse”**
- **”Att ha blivit bemött och behandlad som individ”**
- **”För mig är helhetsperspektivet viktigt”**

**Så gott som alla patientenkäter visar att mest betydelsefullt har varit att bli sedd, lyssnad på och tagen på allvar som människa.**

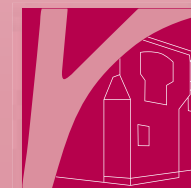
**Hjärtligt välkommen!**



#### Kontakta oss gärna för mer information

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

**info@vidarkliniken.se**  
**www.vidarkliniken.se**



**VIDARKLINIKEN**  
EN UNIK KOMBINATION AV SKOLMEDICIN  
OCH ANTROPOSOFISK LÄKEKONST



# Regiondagarna

## – tema bröstcancer i Sundsvall

Den 6-7 februari var det Regiondagar, tema bröstcancer, i Sundsvall. Lotta Wadsten hälsade de cirka 80 mötesdeltagarna från Sunderbyn, Umeå, Östersund och Sundsvall välkommen och inledde med att betona att det aldrig är svårt att hitta ämnen att tala om vad gäller bröstcancer utan det är svårt att få tiden att räcka till för att få in allt vi vill få med på mötestimmarna!



**Ann Torstensson,**  
kontaktsjuksköterska, bröst,  
Sundsvall

**Första talare var** Yvonne Brandberg, psykolog och professor i vårdvetenskap inom onkologi. Hon talade under rubriken "Att leva med bröstcancer" Psykiska reaktioner och livskvalitet vid bröstcancer.

Åhörarna fick en genomgång av krisförloppet vid bröstcancer.

Yvonne menar att en bröstcancerdiagnos innebär upprepade besked och en kvinna kan vara i olika faser av kris relaterade till olika besked. Alla in-

divider reagerar olika och en del känner inte igen sig i krisförloppet alls. Det finns inget sätt att reagera på som är mer rätt än ett annat. Under första tiden av behandlingen tenderar ångest och nedstämdhet minska, man har en behandlingsplan, täta kontroller av sjukdomen.

**Sexuella problem;** olika behandlingar påverkar olika och det har visat sig att 20-30 procent av alla patienter har sexuella problem främst med lusten, det är mycket vanligt och det upplevs som svårt att prata om. Det vi som vårdpersonal kan göra är att ta hjälp av expertis och uppmuntra patienten att tala med sin partner om hur paret kan hjälpas åt och hur de ska göra under sjukdomstiden. I nuläget finns inga läkemedel att ge för att stimulera lust.

Efter behandlingen:

De största problemen upplevs vara bristen på kontakt med sjukvården, patienten får ansvar för de kroppsliga symtomen, det sker en återgång till normalt liv där anhöriga, barn och vänner inte orkar mer. Patienten undrar varför de inte är glada, samt kan uppleva att de har svårt att lita på kroppen.

**Vad kan man göra?**

Tillståndet liknar sorg och det kan ta lång tid att komma tillbaka mentalt. Patienterna upplever kognitiva störningar så som till exempel koncentrationssvårigheter, minnesstörningar, visuella – motoriska svårigheter, störd rumsuppfattning, inlärningssvårigheter och problem med språket vilket kan orsakas av östrogenbrist. Den stora orsaken anses vara en central effekt av cytostatikabehandlingen,

och den upplevda kognitiva nedsattheten är reversibel.

**Trygghet:** Det är viktigt med relationer i sjukvården såsom kontaktsjuksköterskor, och att dessa är lättillgängliga samt att patienterna upplever att de kan lita på sjukvården.

60 procent av bröstcancerpatienterna klarar sig bra med sitt nätverk och med den vanliga sjukvården. Även positiva, psykiska konsekvenser av en bröstcancersjukdom rapporteras så som att patienterna upplever ökad uppskattning av livet, man gör en omvärdering av livet och prioriterar om, man kan få en ökad närhet till familj och vänner, bättre självförtroende och andlig förändring. Yvonne talade också om livskvalitetsmätning samt gjorde reklam för de stödfunktioner som finns att tillgå så som cancerfondens stödlinje och sjukhuskyrkan.

**Anne-Therese Luvrup,** plastikkirurg i Umeå talade om direktrekonstruktioner, att alla patienter bör bli erbjudna detta när det är möjligt, så som vid DCIS och efter patienten önskemål. Kontraindikationer är - diabetiker, tidigare strålade och rökare. Implantaten som används är permanenta implantat och expander implantat och det finns också möjlighet att göra lambåer och den europeiska standarden är för närvarande DIEP teknik. De komplikationer som kan uppkomma är hematoma, infektion, hudnekros, kapselkontraktur, punktering, malposition, asymmetri och skrynklighet. Dränage rekommenderas upp till fyra veckor efter operation.

**Maria Sandström och Jeanette Karlsson** presenterade en litteraturgenomgång de har gjort gällande sårinfektioner vid bröstkirurgi som visade att på kirurgiskt centrum i Umeå är det få postoperativa infektioner och det finns i dagsläget ingen anledning till antibiotikaprofylax.

**Malin Sund** talade om tumörmarkörer vid bröstcancer. Den evidens som finns i nuläget är att vid metastatisk bröstcancer kan tumörmarkören CA 15-3 användas för att utvärdera given behandling speciellt om det är svårt att utvärdera med imaging, till exempel om det existerar pleuravätska, skelettmetastaser eller ascites. Det man nu avvaktar är SWOG SO500 som beräknas klart 2015.

**Gustav Silander,** onkolog i Umeå, arbetar en dag i veckan på cancergenetisk mottagning. Gustav berättade om vad som görs när man har en patient med muterad BRCA. Man har årlig kontakt med kvinnor i åldern 25-74 år, kvinnorna gör mammografi årligen samt MR upp till 55

år. De får också information om möjligheten att genomgå mastektomi. Vad det gäller familjär bröstcancer som ej har en BRCA mutering har de en livstidsrisk på > 20 procent. Vid konstaterad cancer ska gällande vårdprogram efterföljas på dessa patienter. Att genomgå en profylaktisk mastektomi reducerar risken med 90 procent. På RCCs hemsida finns länkar att tillgå för remisshantering och indikation och information till patienter som remitteras till cancergenetisk mottagning.

**Niklas Loman** talade slutligen om preoperativ kemoterapi vid operabel bröstcancer. Varför ska man tänka denna tanke oftare? Jo, för att öka chanserna till bröstbevarande kirurgi, men är det bättre? Niklas berättade att om den preoperativa behandlingen ges behöver färre patienter genomgå mastektomi. Bieffekterna är mindre om behandlingen är given före operation främst vad gäller infektioner. Vid (complete response) CR ses en 50-procentig reduktionsrisk för död och återfall, det vill säga även prog-

nostisk information. PCR har olika definitioner:

Höjproliferation bör i högre grad nå (partiell respons) PCR jämfört med de lågproliferativa.

Non PCR är det då dåliga nyheter? Nja, det ger en prognostisk information menar Niklas. Det är viktigt att ge rätt behandling till rätt person till exempel HER 2 positiv bröstcancer nodnegativ vid kirurgi kan i framtiden erbjudas Herceptin+Pertuzumab+ Taxotere. Till trippelnegativ bröstcancer föreslås kemo vid stadium 2 preoperativt.

På kvällen blev mötesdeltagarna bjudna på middag och trevliga, nya och gamla kollegor kunde utbyta erfarenheter med varandra.

Bröstsjuksköterskorna hade ett eget möte där vi gick igenom ifyllnad av blanketterna till INCA, diskuterade samordning av informationsmaterial till våra patienter. ●

**One Solution. Unlimited Possibilities.**

The convergence of conventional radiotherapy with advanced stereotactic precision.

[www.VersaHD.com](http://www.VersaHD.com)

**ELEKTA**

4513 371 1124 01:13 Versa HD is not available for sale or distribution in all markets. Please contact your Elekta representative for details.



Snart är det dags för "Höstens rosa pärla" 1-3 oktober.

## State of the Art Bröstcancer och denna gång ses vi i Stockholm.

State of the Art  
Bröstcancer (SOTA)  
Stockholm 2014

**Maria Sandberg och Jeanette Bäcklund**, kontaktsjuksköterskor, Norrlands Universitetssjukhus

**För oss som** arbetar inom området bröstcancer är det dessa dagar vi ser fram mot i höstens mörker.

Programmet startar onsdag eftermiddag i Aula Medica, Karolinska institutet, med fokus på omvårdnad. Sara Lillehorn börjar eftermiddagen utifrån sin avhandling att beskriva bröstcancer i ett livssammanhang- sjukvårdens betydelse och sjukdomens långsiktiga påverkan på vardagen. Matilda Appelgren berättar därefter om kirurgins inverkan på kvinnors kroppsuppfattning. Pernilla Arvidsson tar upp ämnet om barn som anhöriga i cancer-

vården och eftermiddagen avslutas med Lena- Marie Pettersson som beskriver "PROM" patientrelaterade utfallsmått, aktuellt för kvalitetsregistret för bröstcancer.

Torsdag startar det medicinska programmet med mammografisk täthet. Vad bör kliniken och mammografidoktorn veta och vilka tekniker kan vi använda oss av? Eftermiddagen handlar om neoadjuvant terapi- framtiden eller kejsarens nya kläder? Dagen avslutas med Onkoplastik-kirurgi och axillkirurgi. Vilka riktlinjer finns och vilken kunskap har vi om dessa områden idag?

**Därefter umgås vi på konferensmiddag, Solliden.**

Fredag inleds av gästföreläsare från Italien, Alessandra Graziottin, Sexualitet

och bröstcancer. Därefter får vi ta del av viktiga nya onkologiska läkemedel och dagen avslutas med en beskrivning av prognostik och terapiprediktiva faktorer. Behovet att öka kunskapen om detta område är stort då vi behöver fortsätta att utveckla den skraddarsydda behandlingen för våra patienter.

SOTA-dagarna ger olika yrkeskategorier möjlighet att träffas för att inhämta ny kunskap och dela erfarenheter vilket är en viktig grundsten i fortsatt utveckling av multidisciplinärt arbete inom bröstcervården i Sverige. Visst kommer du?

Anmälan:  
<http://akademikonferens.ki.se/sota2014/>

## Vårdar du patienter med cancer?

Vill du gå på kurs, studiebesök eller konferens?

Välkommen att söka stipendium hos Cancerfonden.

Läs mer och gör din ansökan på [cancerfonden.se/stipendier](http://cancerfonden.se/stipendier)

## Oncology nursing societys kongress i Anaheim, USA

Den 1-4 maj var vi två sjuksköterskor från onkologen i Sundsvall som deltog i ONS (Oncology Nursing Society) 39th Annual Congress i Anaheim i Kalifornien. Vi, det är Annelie Fahlen enhetschef på onkologmottagningen och Ulrika Rönningås forskningssjuksköterska. För att kunna åka på kongressen sökte vi och fick fondmedel från Henry Kjellens fond för Cancerforskning i Medelpad.



**Annelie Fahlen** enhetschef på onkologmottagningen och **Ulrika Rönningås** forskningssjuksköterska. Onkologen i Sundsvall

**Det var 35** grader varmt ute men behagligt svalt i kongresshallen. Inför öppningsceremonin skulle vi internationella deltagare samlas och fick då landsflaggor, det visade sig att det bara var vi som kom från Sverige! Vi internationella deltagare fick sedan tåga in i parad viftande på flaggor framför våra amerikanska kollegor.

Det fanns ett digert program med föreläsningar och presentationer att välja bland, samt ett stort posterutbud att titta på.

Något som dök upp på flera presentationer och postrar var "compassion fatigue". Det saknas en bra svensk term för det men meningen är; en fysisk, emotionell och spirituell utmattning orsakad av vård av patienter och bevitnande av smärta och lidande, ofta sammankopplat med en känsla av att inte kunna ge en medkännande (compassionate) vård. Det är viktigt att som vårdpersonal ha verktyg för att inte bli avtrubbad. De menade på att det är en större risk för utmattningssyndrom om man får compassion fatigue och att det är viktigt att sätta en gräns. En studie visade att när personal fick vara med vid beslut kring patienten samt fick större påverkan på sin arbetsmiljö så minskade deras compassion fatigue. I en annan studie hade ett antal sjuksköterskor intervjuats om hur det tyckte det var bäst att hantera en jobbig situation med patienter. En del ville samtala i grupp medan andra hellre ville ha enskilda samtal. Konklusionen var att arbetsgivaren måste vara öppen för olika alternativ.



### Cancersjukhuset City of hope

Vi internationella deltagare fick erbjudande om att besöka ett stort cancersjukhus "City of Hope" som låg i norra Los Angeles. Vi var ca 50 personer som nappade på erbjudandet och åkte iväg på fredag morgonen. Vi blev väl mottagna och fick en rundtur. Det första de visade var ett önsketråd där anhöriga kunde skriva hälsningar och önskningar. De har själva sjukhuset i mitten och forskningsinstitutionerna runt omkring så att "patienterna ser att det pågår aktiv forskning om deras sjukdomar". Sjuksköterskorna arbetar tolvtimmarpass, de behandlade ca 65-80 patienter per dag på dagvården och de hade ett 40 tal kliniska provningar pågående. Detta jättesjukhus hade även telefonstöttning dygnet runt, sju dagar i veckan för sina patienter.

Det som var annorlunda mot hur vi arbetar, var bland annat att de byggt en vacker trädgård för personal och patienter att utnyttja samt att de hade ett vilorum med "tea for soul" för personalen. Sjukhuset har en nedskriven policy för hur de ska ta hand om sjuksköterskornas känslomässiga hälsa, detta för att undvika compassion fatigue.

Det var fantastiskt att vara på en kongress som bara riktar sig till sjuksköterskor, vi pratade med många sjuksköterskor från andra länder och hörde hur de arbetar och vilka problem de möter.

Vi har efter kongressen rapporterat för våra kollegor och det som det blev mest diskussion kring var "compassion fatigue". Vilket är det bästa sättet att undvika det? Vi har handledning en gång i månaden samt att vi diskuterar mycket med varandra. Vi kom även fram till att det är viktigt att lyfta problemet, att prata om det och fundera på hur vi kan förbättra vår känslomässiga arbetsmiljö. ●



- Fördröjer progressen av avancerad njurcellscancer



**Votrient är godkänt som första linjens behandling av avancerad njurcellscancer<sup>1</sup>**

Nationellt Vårdprogram – Njurcancer 2013<sup>2</sup>

**Behandlingsrekommendationer för avancerad njurcancer gällande Votrient**

- Votrient rekommenderas som primärbehandling vid metastaserad njurcancer med god/intermediär prognos (grad A rekommendation).
- Votrient kan övervägas efter svikt på primär immunmodulerande behandling vid metastatisk njurcancer med god/intermediär prognos (grad A rekommendation).

**Votrient® (pazopanib) F, Rx**

**Beredningsform:** Tabletter á 200 mg eller 400 mg **Verksamma beståndsdelar:** pazopanib **Användningsområde:** Votrient är avsett som första linjens behandling av avancerad njurcellscancer (RCC) för vuxna och till patienter som tidigare erhållit cytokinbehandling för avancerad sjukdom. Votrient är avsett för behandling av vuxna patienter med specifika undergrupper av avancerat mjukdelssarkom (STS) som tidigare erhållit kemoterapi för metastaserande sjukdom eller för vilka sjukdomen har progredierat inom 12 månader efter (neo) adjuvant behandling. För pris, varningar och begränsningar se [www.fass.se](http://www.fass.se) Produktresuméns senaste översyn December 2013

Votrient är kontraindicerat vid överkänslighet mot den aktiva substansen (pazopanib) eller mot något hjälpämne som anges under Innehåll i produktresumén. Fall av leversvikt har rapporterats under behandling med pazopanib. Administrering av pazopanib till patienter med lindrigt till måttligt nedsatt leverfunktion ska göras med försiktighet och under noggrann övervakning. I kliniska studier med pazopanib har fall av hypertoni inträffat, inklusive nyligen diagnostiserade symtomatiska episoder av förhöjt blodtryck (hypertensiv kris). De vanligaste biverkningarna som förekommer vid behandling med Votrient är fatigue, hand-fot syndrom, smakförändringar och hudutslag.

**Ref.:** 1. Produktresumé, December 2013. 2. Utdrag ur Nationellt vårdprogram Njurcancer 2013, ISBN: 978-91-85947-37-9, Mars 2013.

**Om du vill rapportera en biverkan eller oönskad händelse, kontakta biverkningsenheten på GlaxoSmithKline:**  
**Telefon: 08-638 93 00. Postadress: Biverkningsenheten, GlaxoSmithKline, Box 516, 169 29 Solna.**

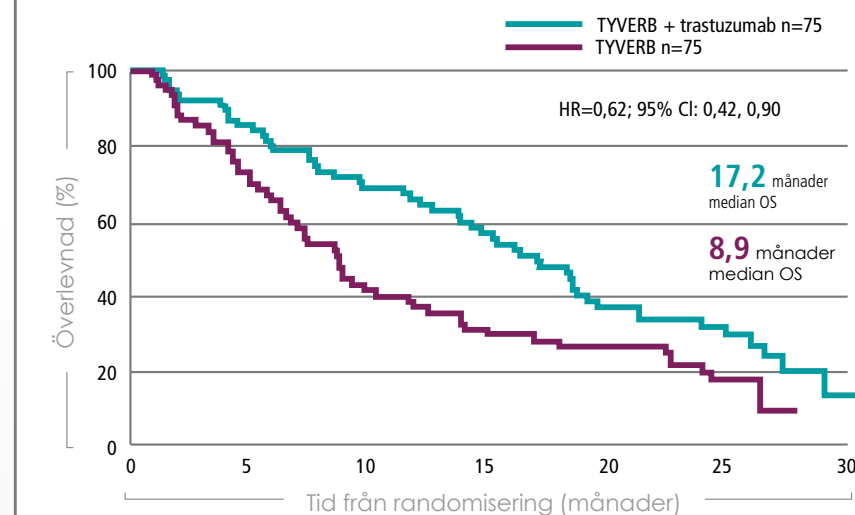
**Tyverb<sup>®</sup>**  
lapatinib



- I kombination med trastuzumab

**Nu godkänd för HER2<sup>+</sup>/HR<sup>-</sup> bröstcancer<sup>1</sup>**

**Kliniskt relevant 17,2 månaders överlevnad (OS) hos HR<sup>-</sup> patienter**



- TYVERB i kombination med trastuzumab resulterade i 17,2-månaders överlevnad (OS) (vs 8,9 månader för endast lapatinib; HR=0,62; 95% CI: 0,42 - 0,90) hos HR<sup>-</sup> patienter<sup>2</sup>

**Kombinationen av TYVERB och trastuzumab:**

- Ger kliniskt relevant förlängd överlevnad (OS)<sup>2</sup>
- Är en kemofri behandling utan oväntade biverkningar<sup>1,2</sup>
- Omnämns redan i internationella guidelines (NCCN)<sup>3</sup>

**Tyverb® (lapatinib) EF, Rx**

**Beredningsform:** Tabletter á 250mg **Verksamma beståndsdelar:** lapatinib. **Användningsområde:** Tyverb är indicerat för behandling av vuxna patienter med bröstcancer, vars tumörer överuttrycker HER2 (ErbB2); i kombination med capecitabin för patienter med avancerad eller metastaserad sjukdom som progredierat efter tidigare behandling vilken måste ha omfattat antracyklin och taxan och behandling med trastuzumab vid metastaserad sjukdom. I kombination med trastuzumab för patienter med hormonreceptornegativ metastaserad sjukdom som har progredierat på tidigare behandling med trastuzumab i kombination med kemoterapi. I kombination med en aromatashämmare för postmenopausala kvinnor med hormonreceptorpositiv metastatisk sjukdom som för närvarande inte är avsedd att behandlas med kemoterapi. För varningar och begränsningar se [www.fass.se](http://www.fass.se) Produktresuméns översyn 2013-07-25.

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning.

Som med andra terapier för HER2 - överuttryck, har TYVERB förknippats med rapporter om reducerad ejektionsfraktion från vänster kammare. Försiktighet bör iakttas om TYVERB administreras till patienter med gravt nedsatt leverfunktion på grund av ökad systemisk exponering för läkemedlet. De vanligaste biverkningarna under behandling med kombinationen av TYVERB och trastuzumab var diarré, illamående, hudutslag, trötthet och kräkningar.

**Referenser:** 1. Produktresumé, 2013-07-25. 2. European Medicines Agency. Assessment report: Tyverb. [http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/EPAR\\_-\\_Assessment\\_Report\\_-\\_Variation/human/000795/WC500147870.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Assessment_Report_-_Variation/human/000795/WC500147870.pdf). 3. National Comprehensive Cancer Network. NCCN clinical practice guidelines in oncology™. Breast cancer, v.3.2013. [http://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/breast.pdf](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/breast.pdf). Accessed September 15, 2013.



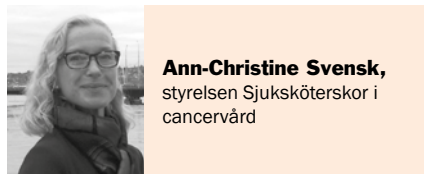
GlaxoSmithKline AB  
Box 516 169 29 SOLNA  
Telefon 08-638 93 00,  
Telefax 08-638 94 60  
[www.glaxosmithkline.se](http://www.glaxosmithkline.se)  
[info.produkt@gsk.com](mailto:info.produkt@gsk.com)



# Rapport från EBCC 9

## 19-21 mars 2014, Glasgow

Jag har sagt det förr och vidhåller att detta är en fantastisk konferens, just för att den är så multidisciplinär. Jag riktar ett stort tack till BRO för stipendiet som gjorde det möjligt för mig att delta. Vi var 3200 deltagare som nog alla åker hem nöjda med den nya kunskap vi fått med oss och den energi som det gett att möta alla dessa engagerade människor som tillsammans bidrar till att förbättra vård, omhändertagande, rehabilitering och behandling av kvinnor med bröstcancer. Ett tack vill jag också rikta till de kvinnor som delat med sig av sina erfarenheter av att leva med en bröstcancerdiagnos. Vem vet bättre vad som är betydelsefullt i den livssituationen än de som lever i den?



**Ann-Christine Svensk,**  
styrelsen Sjuksköterskor i  
cancervård

**Jag vill med** den här rapporten framhålla föreläsningar som beskriver livet med en bröstcancerdiagnos. Jag bestämde mig för det när The 2014 EBCC Arts and Humanities Prize delades ut till Orla Kaminska för hennes «Plurabelle Paddlers Mosaic». Plurabelle Paddlers är det första tävlande laget i drakbåt som består av kvinnor som alla behandlats för bröstcancer. Orla har skapat mosaiken som pryder båten. Den paddlande rörelsen ska ha en positiv effekt för att motverka lymfödem.

*J. Notter* från Nederländerna beskriver hur behandling av en bröstcancer kan påverka intimitet och sex. Kvinnor beskriver det som en lång resa tillbaka, att lära känna en ny kropp där viktökning, en annan lukt från huden, sköra slemhinnor, håglöshet och illamående är vanliga bieffekter av behandlingen. Detta gäller inte minst sexualitet i palliativ vård. Hur medvetna är vi som vårdpersonal om hur mediciner kan påverka lust och förmåga

till orgasm? Det finns bevis för att dopamin och serotoninnivåer minskar vid cytostatikabehandling men vi har inte som rutin att kontrollera dessa prover. Listan med läkemedel som kan påverka lust är lång. Förutom de som hör till cancerbehandling hör även betablockare, digoxin och antihistamin dit. I många kulturer skulle det för kvinnan vara otänkbart att ta upp frågor kring intimitet och sex med sin onkolog.

Lesbiska kvinnor kan fortfarande ha svårt att tala om sin sexualitet med sjukvården och det kan bli väldigt fel. En kvinna beskriver att det uppfattats som att hon inte hade någon familj till stöd när hon tagit med sig sin väninna vid ett sjukhusbesök för sin bröstcancer.

Jag tror att vi känner igen förtvivlade kvinnor som efter genomgången cytostatikabehandling beskriver att de blivit "trögtänkta" och har svårt att komma ihåg saker. Det kan kanske vara lättare att hantera problemet om man får en tänkbar förklaring till varför detta har uppstått. En studie av De Jong et al. visar att 15-50 procent av kvinnor som behandlats med cytostatika för en bröstcancer faktiskt har nedsatt kognitiv funktion.



Plurabelle Paddlers. Den paddlande rörelsen ska ha en positiv effekt för att motverka lymfödem.



Listan med läkemedel som kan påverka lust är lång.

Olga Del Val Munos  
(Onkolog Gävle) och Lena  
Persson (Forsknings-  
sjuksköterska Gävle)  
Utanför kongresscentret i  
Glasgow.



Susanne Hellerstedt-  
Börjesson Vid sin  
poster.

*Nicki Snuggs*, UK: Kvinnor som drabbats av bröstcancer beskriver tillfälliga och permanenta funktionsnedsättningar av sin sjukdom samt påfrestningen av att leva med rädsla för återfall och död. Även känslomässiga svårigheter är vanligt förekommande. Problem med arbetssituationen och ekonomin till följd av sjukdomen är en ytterligare belastning. Kvinnorna kan känna en bristande relation till sjukvården och behov av socialt stöd. Här har cancerrehabiliteringen en viktig uppgift i att möta dessa behov. S.Erdem et al. visar med sin poster "Giving a voice to women with advanced breast cancer" att det hos kvinnor som lever med en avancerad bröstcancer kan finnas en känsla av utanförskap.

### Hur påverkar livsstilen risken för återfall?

Hur ska kvinnor leva för att minska risken att insjukna i bröstcancer och risken för att drabbas av återfall av sjukdomen. Allt större uppmärksamhet riktas mot hur livsstilen kan påverka detta. En tredjedel av alla bröstcancerfall skulle kunna undvikas om vi ändrade vår livsstil (Y.Wengström). Vi får höra att övervikt, fett, låg fysisk aktivitet och alkohol ökar

risken för bröstcancer men det finns en föreläsare som jag vill framhålla som beskriver det lite djupare och med olika perspektiv. *Dr. Tony Howell* från Manchester beskriver att till nyckelfaktorerna för att undvika återfall av bröstcancer hör rätt sinnesstämning, rätt diet, rätt fysisk aktivitet och rätt vikt. Man kan tro att det allvarsamma med att få diagnosen bröstcancer och information om hur livsstilen kan påverka risken för återfall, skulle ha den effekten att man faktiskt ändrar sin livsstil. Howell berättar om studier som undersökt om kvinnor som fått diagnosen bröstcancer ändrar sin livsstil jämfört med en kontrollgrupp och så är inte fallet. Hur kan vi som vårdpersonal hjälpa patienter att ändra och bibehålla en mer hälsosam livsstil? Det är en utmaning för oss alla att arbeta vidare med.

Howell fortsätter: Vad är rätt diet? Alkohol i måttlig mängd har visat sig kunna ha positiva effekter när det gäller hjärt- och kärlsjukdomar men kan ha negativa effekter för bröstcancer. Resultat presenteras för hur alkohol påverkar risken av återfall för pre- och postmenopausala kvinnor. I den premenopausala gruppen fann man ingen ökad risk, men en viss i den postmenopausala. Det har heller inte visat sig att man minskar risken för återfall med fettreducerad kost och mer frukt och grönt, om man inte samtidigt går ner i vikt. Budskapet är att vikt och fysisk aktivitet totalt sett är de viktigaste komponenterna för att minska risken för återfall av bröstcancer. Många studier visar ökad risk för återfall om man är överviktig men det är inte BMI som är den mest avgörande faktorn utan mängden buk fett. Många kvinnor drabbas av viktökning i samband med cytostatikabehandling och endokrin terapi. Det finns flera pågående

studier som blir intressanta att bevaka när det gäller vikt förlust och minskad risk för återfall, B-AHEAD-1 study (vikt nedgång redan innan start av behandling), SUCCESS (retrospektiv) och Diana-5.

Howell höjer ett litet varnande finger för kosttillskott. Detta på grund av att det finns så lite data publicerat inom området. Soja vet man kan minska effekten av Tamoxifen och Aromatashämmare, men det är i mängden av den storleken vi vanligtvis inte äter. En studie gjord på 9514 kvinnor visar att man i kombination med Tamoxifen kan äta 10-15g soja/dag och 40g/dag när det gäller Aromatashämmare, utan att det utgör någon ökad risk.

Intressant är förhållningssättet till kosttillskott hos läkare där det visat sig finnas stora variationer. Data som insamlats mellan 2003-2010 av Intergroup phase III breast cancer chemotherapy trial (50221) visade att en tredjedel av läkarna hade rekommenderat patienterna att börja ta kosttillskott, 10 procent hade rekommenderat patienterna att sluta ta tillskott, 7 procent hade rekommenderat att inget annat tillskott än multivitaminer skulle användas och 51 procent hade inte gett någon rekommendation. Detta talar för ett behov av fler vetenskapliga studier inom området.

Behandling av en bröstcancer pågår under lång tid och kvinnor med en HER2 positiv cancer fortsätter ofta, efter avslutad strålbehandling med Herceptin-behandling. 488 kvinnors inställning till subkutan administrering av Herceptin jämfört med intravenös infusion har undersökts. X.Pivot meddelar att kvinnor med bröstcancer av två huvudsakliga anledningar, tidsåtgång och mindre obehag,



Buddah: Rätt sinnesstämning påverkar.





## Rapport från EBCC från Amgenstipendiater

Vi var en liten grupp på sju personer som åkte tillsammans med företaget Amgen till EBCC och vackra Glasgow. Vår grupp bestod av onkologer, kirurger och sjuksköterskor. Vi mellanlandade på Heathrow i London och det var kort tid innan planet till Glasgow skulle lyfta, så de flesta av våra väskor saknades när vi landade, men det rättade till sig framåt kvällen.

**Lena Persson**, Forskningsjuk-sköterska Onkologkliniken Gävle och **Pia Stenberg**, Bröstsjuksköterska Onkologkliniken Gävle

Det var stimulerande dagar där nyheter förmedlades och diskussioner genomfördes. De främsta inom bröstcancerområdet hade olika sessioner. Extra roligt att se var att vår region (Uppsala /Örebro regionen) har anammat nyheterna och redan implementerat dem i årets vårdprogram. Nya posters utställdes varje dag. Några fick hedersplats och fick sitta uppe under hela kongressen, bland annat Susanne Hellerstedt - Börjesons poster, om kvinnors upplevda smärta efter given docetaxel/epirubicin behandling. Susanne är sjuksköterska och doktorand och arbetar på kirurgkliniken i Falun. Hennes studie visar att de flesta kvinnorna hade bestående smärta efter behandlingen och att

detta har stor betydelse i det dagliga livet. Man såg en brist i informationen till dessa kvinnor om att bestående smärta kunde förekomma. Forskaren vill gå vidare och se om man med bättre information och att bättre involvera patienten i planeringen av behandlingen, kan göra att man hanterar den bestående smärtan bättre. Intressant att följa framåt!

Det var intensiva men väldigt stimulerande dagar. Vi var ju en liten grupp som åkte tillsammans, men vi fick också lära känna nya trevliga personer.

EBCC nr 10 är i Amsterdam 9/3-11/3 2016.

Stort tack till Amgen, speciellt Pia Crona och Marie Söderström som gjorde det möjligt för oss att delta på kongressen. Resan var perfekt arrangerad.

föredrar subkutan administrering. Där- emot är inte dosen enligt Pivot på samma sätt som vid intravenös administrering anpassad till kroppsvikten. Dr. Berg spekulerar kring om det skulle kunna vara mer hjärttoxiskt för smala patienter.

### Skräddarsydd strålbehandling

Jag som huvudsakligen arbetar med strålbehandling vill lägga till en för mig mycket intressant session i ämnet. *J. Yarnold*, UK talar om skräddarsydd strålbehandling. I UK har accelererad hypofraktionerad strålbehandling varit standard sedan 2009 och han menar att det inte är troligt att fraktionsdosen 2,67 Gy är gränsen för hypofraktionering. Nu pågår UK FAST forward trial där 4000 kvinnor är inkluderade. 5 x 5,4 Gy jämförs med 15 x 2,67 Gy. Resultatet från den studien ser jag fram emot att ta del av.

Sessionerna jag deltagit i som handlade om endokrin terapi, cytostatikabehandling och behandling med monoklonala antikroppar ger budskapet att vi går mot en allt mer skräddarsydd behandling av en bröstcancer. Biologisk information från tumören verkar också komma att spela en allt större roll. En av de största utmaningarna för dagens bröstcancer-vård är att veta vilken adjuvant behandling vilken patient har nytta av.

Den 15 oktober hålls Breast Health Day. Materialet till kampanjen för en livsstil som minskar risken för att drabbas av bröstcancer är utformat av Europa Donna. De betonar vikten av att nå ut till unga människor. Materialet kan ni ta del av genom länken nedan.

[www.breasthealthday.org](http://www.breasthealthday.org) ●

# Bröstcancerföreningarnas Riksorganisation – BRO ordnar möten för kvinnor med spridd bröstcancer

Den glömda gruppen – så kallas kvinnor som lever med spridd bröstcancer. Man vet att cirka 1500 kvinnor får diagnosen kronisk eller spridd bröstcancer varje år. Däremot vet man inte vad som händer därefter, hur de lever eller hur länge, vilken behandling de får och hur de mår.



**Paula Asarnej**  
Bröstcancerföreningarnas  
Riksorganisation

**En person som** vet mer än de flesta är Carolina Welin, kursledare och terapeut som sedan 2010 leder samtalsgrupper med kvinnor vars bröstcancer har spritt sig. Det är en grupp som lever under helt andra villkor än övriga bröstcancerdrabbade eftersom de aldrig blir botade. Många av dem kommer att dö i sjukdomen och den vetskapen är svår att hantera. I mötet med andra kvinnor i samma situation får de det stöd och den tröst de saknar i vardagen.

Carolina Welin fick själv bröstcancer men ”en lindrig variant”, hon slapp både cellgifter och strålning. På väg hem från en rehabiliteringsresa till USA fick hon ingivelsen att starta en verksamhet för att stötta andra bröstcancerdrabbade att komma tillbaka till livet.

Mötet med Stockholms bröstcancerförening Amazona var inte lika entusiastiskt till en början; ”Det går inte, ingen kommer att komma! De är för sjuka och orkar inte”, hette det. Men farhågorna kom på skam. Fem år senare är LEVA-grupperna ett permanent inslag i Amazonas kursutbud och finansieras via medel från Bröstcancerfonden kopplad till BRO. Ett dus-

sintal personer sammanstrålar under två timmar var tredje vecka för att prata med varandra och utbyta erfarenheter.

Andra kurstillfällen som exempelvis ”Må-bra-helger” för kroniker ordnas på andra platser i landet, cirka 6-9 kurser erbjuds om året genom BRO.

– Det handlar mycket om att stärka dig som människa, säger Carolina Welin. Men det kan också vara en hel del praktiskt utbyte kring sjukdomen, bemötande i vården och var man kan få den bästa vården.

### Mötet med andra det viktigaste

Det viktiga för deltagarna är just det faktum att alla i gruppen lever under liknande villkor. Att hantera en kroniskt dödlig sjukdom är svårt och alla i gruppen delar den erfarenheten.

– När man lever nära sin smärta vill man inte bli iakttagen, objektifierad. Under våra träffar behöver du inte möta frågor eller leva upp till något du inte är, stämningen präglas av kravlöshet och accepterande med fokus på att stötta och stärka.

Andra viktiga faktorer för gruppen är regelbundenheten. Till LEVA-grupperna köper man klippkort om sex tillfällen som man använder när det passar.

– För en kroniker är hälsa ett heltidsjobb. Grupperna är som ditt måndagsmöte med

kollegorna. Du checkar av din och andras väg fram genom livet. Att ta emot och ingjuta hopp är en annan viktig ingrediens. När en kvinna kommer och berättar att hennes metastaser har tillbakabildats, så smittas gruppen av hennes glädje. Det sker under, alltså kan jag fortsätta hoppas!

– Att leva med en livshotande sjukdom väcker frågan ”Hur står man ut”? Men när alternativet inte finns så finns bara en sak att göra – försöka göra varje dag så levande och bra som möjligt. Fokus ligger inte på det sjuka i första hand utan på att hitta strategier för att leva med din sjukdom, avslutar Carolina Welin. ●



Carolina Welin håller kurser för kvinnor som lever med spridd bröstcancer genom BRO.



# Självständighet och sexualitet hos unga människor behandlade för cancer under barndomen

**Anna Jervaeus**, leg. sjuksköterska, med.dr, Karolinska Institutet

**Jag heter Anna** Jervaeus och är sjuksköterska sedan 2003. Jag har främst arbetat inom cancervård sedan jag blev färdig och då med hematologiska maligniteter.

Under tiden jag gick min magisterutbildning i global hälsa blev jag intresserad av forskning och sökte till ett forskningsprojekt i Nationella forskarskolan i vårdvetenskap och blev antagen! Den 23 maj i år disputerade jag med avhandlingen: Being young with a cancer experience Health-related quality of life with special focus on independence and sexuality.

Jag har bedrivit min forskarutbildning vid Karolinska Institutet, institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, sektionen för omvårdnad. Det har varit fyra spännande och otroligt lärorika år, jag har fått förmånen att arbeta med lite olika forskningsmetoder och jag har varit delaktig i två datainsamlingar. Forskarutbildningstiden har också inneburit många spännande konferenser och resor, undervisning och författande av bokkapitel.

Medicinska framsteg har inneburit att samhället har en växande grupp av unga människor som genomgått behandling för cancer i barndomen. Detta innebär i sin tur att fler yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården kommer att möta dem. Hälsa är en viktig del av en individs nuvarande och totala livssituation, en integrerad del av livet och den viktigaste aspekten att ta i beaktande inom hälso- och sjukvården. Mot bakgrund av detta är det viktigt att undersöka dessa unga människors upplevelser av sin livssituation, innefattande hälsorelaterad livskvalitet, självständighet och sexualitet, där de två senare områdena är viktiga

för unga människor, på väg ut i livet.

Det övergripande syftet med denna avhandling var därför att undersöka självrapporterad hälsorelaterad livskvalitet med speciellt fokus på självständighet och sexualitet hos unga människor behandlade för cancer under barndomen.

Avhandlingen består av fyra delarbeten. Delstudie I-III i avhandlingen baseras på data från en svensk kohort av unga personer som behandlats för cancer under barndomen (n=63; 11-22 år gamla). Totalt samlades data in vid fyra datainsamlingstillfällen, från tiden vid diagnos fram till 4-6 år efter diagnos. Vid sista tillfället ingick också en jämförelsegrupp som bestod av ungdomar i samma åldersspann men utan cancererfarenhet (n=257). Studie IV baseras på data från en annan datainsamling, genomförd med en större grupp ungdomar som hade genomgått cancerbehandling under barndomen eller ungdomsåren (n=133; 16-25 år).

I studie I testades mätgenskaperna och användbarheten hos frågeformuläret (KIDSCREEN-27) i gruppen barn och ungdomar som behandlats för cancer med hjälp av modern testteori, så kallad Rasch-analys. KIDSCREEN-27 består av fem områden som mäter hälsorelaterad livskvalitet avseende fysiskt välbefinnande, psykologiskt välbefinnande, autonomi och föräldrelationer, socialt liv samt skolmiljö. Formuläret utvärderades också utifrån om de olika frågorna fungerade olika för de som haft cancer och de utan cancererfarenhet.

I studie II jämfördes intervjuresultat med självskattningar av hälsorelaterad livskvalitet utifrån frågeformuläret (KIDSCREEN-27) i gruppen barn och ungdomar som haft cancer, 4-6 år efter diagnos. Skattningar avseende livskvalitet jämfördes också mellan de som haft cancer och jämförelsegruppen, där variablerna kön och ålder togs i beaktande.

I studie III mättes deltagarnas självständighet med ett annat livskvalitetsinstrument (DISABKIDS Chronic Generic Module, DCGM-37). Resultat jämfördes mellan tiden vid diagnos och 4-6 år efter diagnos samt med skattningar från jämförelsegruppen.

I studie IV genomfördes fokusgrupper online, i skriven form, och fokus var kring sexualitet och sexuella erfarenheter. Deltagarna chattade i smågrupper med en eller två moderatorer som ställde frågor.

**Behov av extra stöd – för en mindre grupp**  
Resultaten visade att KIDSCREEN-27 till stora delar, förutom dimensionen autonomi och föräldrelationer, är användbart i en grupp av barn och ungdomar, behandlade för cancer (studie I). Vidare visade resultaten (studie II och III) att majoriteten av de unga som behandlats för cancer mår väl, enligt deras självskattningar av sin hälsorelaterade livskvalitet (fyra av de fem KIDSCREEN-27 dimensionerna samt självständighet) samt från resultatet av de semistrukturerade intervjuerna. Resultaten visade även att nivån av självständighet steg från tiden vid diagnos fram till 4-6 år efter diagnos samt att den då var högre än hos jämförelsegruppen. En mindre grupp av de som behandlats för cancer uttryckte dock att de kände sig annorlunda och skattade sin hälsorelaterade livskvalitet lägre än övriga. Generellt skattade äldre deltagare (17-23 år) samt kvinnor sin hälsorelaterade livskvalitet lägre.

Fokusgrupperna (studie IV), genomförda online, gav ett rikt material där ungdomarna, som genomgått cancerbehandling under barndomen eller ungdomsåren, diskuterade, interagerade och delgav sina tankar och erfarenheter rörande sexualitet och sexuella erfarenheter. Mestadels beskrev de sexualitet och sexuella erfarenheter i positiva ordalag men de delgav även blygsel, begränsade

erfarenheter, rädsla för att hamna efter kompisar samt fysiska problem/åkommor såsom torra slemhinnor och erektionssvårigheter.

Sammanfattningsvis visade resultaten att majoriteten av unga människor med en cancererfarenhet från barndomen mår ganska bra med avseende på självskattad hälsorelaterad livskvalitet och med speciellt fokus på självständighet och sexualitet. En mindre grupp verkar vara i behov av ytterligare stöd, vilket visade sig i lägre

skattningar av hälsorelaterad livskvalitet samt avseende sexuella aspekter såsom psykologiska och fysiska bekymmer. I framtiden är det viktigt att fortsätta följa dessa unga människor då det är väl känt att långtidseffekter av behandlingen kan ge hälsoproblem av olika slag på längre sikt. Vidare är det viktigt att fortsätta studera sexualitet och sexuella problem då kunskap inom området är begränsad. Här kan sjuksköterskor spela en viktig roll, både i omvårdnadsarbetet såväl inom forskningen.

Nästa steg blir att belysa mer specifikt vad deltagarna i fokusgrupperna har för informationsbehov vad gäller sexualitet.

För den som är intresserad av att läsa mer finns avhandlingen på följande adress: <http://hdl.handle.net/10616/41976>

Kontakta mig gärna vid frågor: anna.jervaeus@ki.se, 08- 524 839 11

## Dilemman i samband med palliativ cytostatikabehandling när livets slut nalkas

**Ulla Näppe**, Department of Radiation Sciences and Department of Nursing, Umeå University

**Bakgrund** Cytostatikabehandling som ges vid obotlig cancersjukdom kan minska tumörbörda och besvärande symtom som t ex smärta. Behandlingen ökar livskvalitet och överlevnadstid i många fall och bör därför erbjudas alla patienter som kan ha nytta av den. Dock är cytostatika potentia läkemedel som kan ge besvärliga biverkningar. Diskussionen i många studier pekar på att den förväntade överlevnaden bör överstiga en månad för att behandlingen ska kunna ha avsedd effekt.

Då cytostatikabehandling vid obotlig cancersjukdom inte kan bota patienten är det alltid en tidsfråga innan nyttan med behandlingen avtar för att till sist helt upphöra. Fortsatt behandling med cytostatika innebär då risk för enbart negativa effekter i form av ökad trötthet, nedsatt immunförsvar och till och med livsförkortning. Möjligheterna att klara av fortsatt cytostatikabehandling bedöms inför varje behandling med blodprover och klinisk bedömning. På sjukhus utan tjänstgörande onkologspecialist träffar patienten sjuksköterskan som ger behandlingen. Ansvarig läkare kontaktas

när provsvar eller något i patientens tillstånd avviker från det vanliga.

När sjukdomen framskrider och patientens allmänstillstånd börjar svikta, bör syftet med behandlingen utvärderas och överväganden göras huruvida den ska fortsätta, regimen förändras eller avslutas. Min erfarenhet, ur ett sjuksköterskeperspektiv, av palliativ vård och cytostatikabehandlingar givna till patienter med obotlig cancersjukdom, fick mig att vilja undersöka hur många patienter som behandlas i livets slutskede. Jag ville också ta reda på hur bedömningen av patienten inför behandlingen gick till och om den kunde förbättras, samt hur sjuksköterskan upplevde att ge cytostatikabehandlingar i sent sjukdomsskede.

**Syften** I. Att utforska andelen patienter med obotlig cancer som behandlas med palliativ cytostatika under sista levnads-månaden samt att finna utmärkande karaktistika för denna grupp patienter.

II. Att utveckla och psykometriskt testa en kortfattad enkät utformad för bedömning av patientens allmänstillstånd vid palliativ cytostatikabehandling.

III. Att identifiera situationer som sjuksköterskor kan uppleva som utmanande vid cytostatikabehandling av pallia-

tiva patienter med cancer. IV. Att undersöka om rutinmässig användning av enkäten utvecklad i studie II påverkat andelen patienter som behandlas med palliativ cytostatika under sista levnads-månaden, andel sjukhusinläggningar, dokumentation av allmänstillstånd, dokumentation av avslutande av behandling i journal och/eller dödsplats.

Metod Alla inkluderade patienter i studierna hade cytostatikabehandlats med anledning av obotlig, epitelial cancer (utgående från organens slemhinne-celler) och var 20 år eller äldre. Deltagande sjuksköterskor arbetade på cytostatikabehandlingsmottagningar/avdelningar. Både patienter och sjuksköterskor kom från Jämtland, Västerbotten och/eller Norrbotten. I studie I jämfördes journal-data från avlidna patienter som cytostatikabehandlats under sista levnads-månaden med dem som avslutat behandlingarna tidigare. I studie II erbjöds patienter att delta i utvecklingen av en enkät som tagits fram för att mäta allmänstillståndet före cytostatikabehandling. I studie III intervjuades sjuksköterskor som arbetar med att ge cytostatika och deras berättelser analyserades med narrativ metod. I studie IV jämfördes journaldata för avlidna patienter som använt enkäten från studie II med matchade kontroller och i tillämpliga frågor data från studie I.

Resultat Studie I visade att 23 % av alla patienter som cytostatikabehandlats någon gång under sista året före sin död även fick cytostatikabehandling under sista levnadsmånaden. Studien visade också en samvariation mellan behandling sista levnadsmånaden och fler sjukhusvister inom en månad efter sista behandling, färre dokumenterade beslut att avsluta behandlingen samt att färre patienter från denna grupp avled i hemmet.

I Studie II konstaterades att den utformade enkäten uppvisade tecken på såväl reliabilitet, validitet som förmåga att detektera när patientens allmäntillstånd försämrades.

Studie III visade att palliativa cytostatika kan upplevas som potenta och oförutsägbara läkemedel, som kan skapa dilemman för de sjuksköterskor som genomför behandlingarna när de ges till patienter som är försvagade av sin cancersjukdom.

Sjuksköterskorna upplevde att de ibland stod mitt emellan läkare, patienter och närstående inför behandlingsbeslut.

Studie IV visade ingen statistiskt säkerställd effekt av rutinmässig monitorering av allmäntillståndet med det i studie II framtagna formuläret. Varken behandling under sista månaden i livet, sjukhusvister, dokumenterade beslut att avsluta behandling eller dödsplats påverkades. Däremot rapporterade sjuksköterskorna att formuläret gav dem värdefull information om patientens allmäntillstånd inför behandling.

Slutsatser Behandling med palliativ cytostatika nära livets slutskede kan skapa situationer som upplevs som dilemman, både för patienten och för vårdpersonalen. I studierna behandlades 23-25 % av patienterna med cytostatika under sista levnadsmånaden. Dessa patienter vårdades oftare på sjukhus och färre av dem

dog i hemmet. Sjuksköterskorna beskrev att de i vissa fall upplevde sig vara ”mitt i mellan” i beslutsprocessen om cytostatikabehandling skulle ges eller inte.

Cytostatikabehandlingens oförutsägbarhet visade sig vara ett genomgående tema i avhandlingen. Oförutsägbarheten leder till att individanpassning för varje enskild patient är av största vikt. Försöket till formulärutveckling skulle kunna öka möjligheten att mer objektivt använda allmäntillstånd som en parameter inför behandlingsbeslut när patienten nalkas livets slut. Formuläret visade sig ge sjuksköterskorna värdefull information om patienternas upplevda allmäntillstånd även om denna studie inte visade statistiskt säkerställda skillnader mellan de som använde formuläret och kontrollgruppens patienter. För att ytterligare optimera beslutsfattandet vid palliativ cytostatikabehandling när livets slutskede nalkas krävs fortsatt forskning.

## Sexualitet hos patienter som behandlas för maligna blodsjukdomar – problem och behov av stöd ur patienters och sjuksköterskors perspektiv

**Cecilia Olsson,**  
Faculty of Health, Science and Technology,  
Nursing Studies, Karlstad University

**Syfte:** Det övergripande syftet med avhandlingen var att beskriva och undersöka hur sexualitet, kroppsuppfattning och hälsorelaterad livskvalitet var påverkad hos patienter behandlade för maligna blodsjukdomar och deras behov av stöd. Vidare var syftet att beskriva sjuksköterskors uppfattningar av samtal om sexualitet.

**Metod:** En konvergent parallell design användes (II-IV). I studie I intervjuades tio sjuksköterskor inom cancervård vid ett tillfälle. I studie II intervjuades 12 patienter vid två tillfällen efter behandlingen. Data analyserades med fenomenografi (I-II). I den longitudinella studien

(III-IV) besvarade patienter (≥45 år) enkäter vid baseline (n=32), en månad (n=25, III-IV) och sex månader (n=20, IV) efter behandling. Instrumenten SAQ-S, BIS och EORTC QLQ-C30 ingick och data analyserades statistiskt.

**Resultat:** Sjuksköterskorna (I) var medvetna om att de borde samtala om sexualitet med cancerpatienter, men samtalade vanligtvis inte p.g.a. egna attityder, bristande kunskap i ämnet, bristande färdighet i samtalsmetodik och hinder i vårdmiljön. Patienterna (II) upplevde negativ påverkan på sexuell funktion och sexuell relation på grund av minskad ork, minskad sexuell lust och påverkad kroppsuppfattning. När sjukdomen och biverkningar upplevdes som svåra överskuggades intresset för sex, och behovet av stöd avseende sexualitet uppfattades som litet (I-II). En månad efter behandlingen var patienternas

sexualitet avseende intresse, funktion, tillfredsställelse och relation påverkad. Samtidigt var den hälsorelaterade livskvaliteten förbättrad jämfört med baseline och kroppsuppfattningen var i liten grad påverkad (III-IV). Efter sex månader rapporterade patienterna förbättringar inom samtliga områden, med undantag för fortsatt påverkad sexuell relation (IV). Sexualitet och kroppsuppfattning tycktes påverka förändringar i HRQoL hos män (IV).

**Slutsats:** Patienter 45 år och äldre som behandlats för maligna blodsjukdomar upplevde problem avseende sexualitet, kroppsuppfattning och hälsorelaterad livskvalitet. Eftersom sexualitet visade sig vara av låg prioritet bör stödet anpassas individuellt till patients behov. Patientcentrerad vård föreslås där patienterna kontinuerligt träffar en sjuksköterska som ger holistisk omvårdnad.

## KRÖNIKA

STEFAN ARBRATT,  
LEDARSKAPSUTVECKLARE, FÖRFATTARE

# Ledarskap är relationer

Jag var 25 år och nyutexaminerad socialsekreterare när jag för första gången klev över tröskeln på Jubileumskliniken i Göteborg. Idag, snart tio år senare, kommer jag fortfarande ihåg mina första intryck. Lite lätt slitet och operonligt. Idag vet jag att en verksamhets framgång inte sitter i nymålade väggar och ekparketter. Framgången sitter hos den enskilde av kött och blod som kommer till arbetet varje dag och gör skillnad. Skillnad fastän tvivel finns om det sker. Jag är den förste att erkänna att jag tvivlat och tvekat på mina förmågor och inför uppdraget att skriva den här krönikan så kom tvivlen igen. Vem sjutton är jag att skriva och veta något om ledarskap? Jag har sökt i litteraturen för att få svar på att jag är något på spåret när jag tänkt att ledarskap inte handlar om att vara smartast.

Ledarskap är relationer. Relationer ger förtroende. Förtroende skapar ledarskap. Ledarskap påverkar. Först då kan

*När gjorde jag  
skillnad? När betydde jag  
något för den enskilde?  
I början kan det vara svårt,  
men när vi vågar känna  
efter kommer det ena  
härliga och goda  
exemplet efter varandra.*

du känna huvudet mot din axel och tårarna mot din kind. Först då kan du känna värmen från handen som kramar din hand. Den enda övning med post-it lappar som jag använder mig av på mina

personalmöten är när vi tvingar oss själva att stanna upp och svara på frågan: När gjorde jag skillnad? När betydde jag något för den enskilde? I början kan det vara svårt, men när vi vågar känna efter kommer det ena härliga och goda exemplet efter varandra. Det är då jag vill resa mig från stolen och ställa mig på bordet och skandera: FAN VAD BRA VI ÄR! Och visst finns det stöd i litteraturen. I boken Ledarskapets sanningar så skriver författarna att forskningsresultaten sett liknade ut sedan 1980-talet när det gäller de 5-i topp egenskaper hos beundrade ledare. 1-Ärlig, 2-Framsynt, 3-Inspirerande, 4-Kompetent, 5-Intelligent. Ha, intelligens först på femte plats. Jag visste det!

En av de vanligaste frågorna som jag brukar få i samband med att jag är ute och föreläser om ledarskap är hur vissa specifika situationer ska hanteras. Som om det fanns ett facit. Det gör det väldigt sällan oavsett hur många rutiner vi stoppar in i rutinpärmerna. Jag ska erkänna en sak. Jag dör en smula inombords varje gång vi ska upprätta en ny rutin som är lösningen på alla våra problem. För att inte tala om alla dessa statistikuppgifter som gud och hans moster efterfrågar från oss som är närmast de som vi ska hjälpa och stötta. När jag klev över den där tröskeln för att träffa Inger 64 år, med cancer i magen så fick jag utgå från mig själv och inte stelt försöka tänka efter vad som stod bakom flik sju i rutinpärmerna. Inger dog några månader senare. Ständigt tryckande på sitt trygghetslarm. Ångest, oro och en vilja att inte vilja dö.

Efter några år som socialsekreterare fick jag mitt första chefsuppdrag. Jag började ganska tidigt skriva ned mina erfaren-

heter, vilket senare mynnade ut och blev till min bok, Ny som chef inom vård och omsorg. Den största anledningen var att jag ville dela med mig av mina erfarenheter. Jag vill inte se nya chefer göra samma misstag som jag hade gjort och jag vill att vi tar tillvara på medarbetarnas kompetens och inte fjättrar fast den i prestige och meningslösheter. Det är min ledarskapsmission.

Nu är jag som 34-åring etablerad på arbetsmarknaden. Jag står inte utanför. Jag tänker på de livsöden jag mött sedan dess. Jag tänker på Inger. En människa jag fick förmånen att påverka och lära känna. Livsöden berör. Livsöden gör mig mer ödmjuk, även om min sambo inte alltid tycker det verkar så. Det sägs att saker kan försvinna om du blundar tillräckligt hårt. Hos mig är det tvärtom. Det är när jag blundar som jag minns och ser personerna framför mig. För någonstans är det kanske så hos oss alla att vi längtar efter en gemenskap. Till en känsla av sammanhang. Att få betyda något.

För någon.

Det vi gör varje dag i våra verksamheter. Förmodligen är det precis så som en svensk författare svarade i ett mejl till mig efter jag kommenterat en bok av honom. ”Längtan finns. Det är bara att se på den enorma insamlingslustan i samband med tsunamin. Under kylan finns värme men den vet inte vart den ska ta vägen.”

Fram till dess kan du fortsätta göra skillnad. Om det så bara är att hålla den där handen. Oavsett om handens ägare heter Inger, Gunnar eller Ahmed. Det är ledarskap.





# Konsten att samtala om det svåra

Hur möter man de stora frågorna om livet, sjukdom, lidande och död? När vi möter de svåra samtalen kan vi få tankar som: Tänk om jag inte säger rätt saker? Tänk om jag ställer fel frågor? Det kan göra att vi börjar prata om något annat eller helt enkelt flyr undan.

**Cecilia Hellqvist och Malin Reffel**

I 20 års tid har Liljeholmens folkhögskola i Rimforsa i södra Östergötland hållit kurser i samtalskonst inom vården. Från början gjordes de på uppdrag av olika vårdgivare. Några av de tidigare kunderna var ASIH i Stockholm, LAH i Norrköping och Linköping - i huvudsak palliativa vårdenheter. Idag kommer deltagarna från olika arbetsplatser från Skellefteå i norr till Malmö i söder och också från onkolog-, kirurg- och hematologkliniker samt kommunernas hemsjukvård. Många arbetsgivare har skickat alla sina medarbetare.

Till kurserna, som är på fem dagar, kommer all typ av vårdpersonal - sjuksköterskor, undersköterskor, läkare, kuratorer med flera - för att få verktyg att bemöta och våga ge sig in i det svåra samtalet.

## Hjälper det verkligen att prata?

Vad är det vi behöver när vi drabbas av sjukdom, lidande och död? Som personal i vården kan det vara svårt att veta hur man bäst stöder och samtalat med patienter i svåra situationer och hur man hanterar egna och andras känslor.

En person som tydliggjort vårt behov av att få prata om det svåra är Kristian Gidlund, musiker och journalist, som avled i cancer vid 29 års ålder.

Hans Sommarprogram är ett av de mest lyssnade någonsin, och han har även bloggat och skrivit en bok om sin sjukdom, "I kroppen min".

Att berätta om det allra svåraste har betydelse i sig, även om det inte finns något man som lyssnare kan göra. Ibland kan vår närvaro vara det enda vi har att erbjuda, att vara den som orkar ta emot och dela bördan en stund. Samtidigt kan inte allt handla om det mörka. När livet är som svårast kan man även behöva hjälp att hitta vägar för att behålla livsglädje och mening. Att få dela med sig av sin livsberättelse och sammanfatta livet kan ha terapeutiskt värde.

Två frågor som kan vara till nytta i det svåra samtalet är: *Vad är du mest rädd för? och Vad är viktigast för dig just nu?* De kan öppna upp för att uttrycka de svåra känslorna och hjälpa den som är sjuk att tänka över vad som är mest angeläget att hinna med.

## Stort behov inom vårdsektorn

Behovet av samtalskonstutbildning är stort inom hela vårdsektorn. Man kan tycka att det borde vara självklart att all vårdpersonal får utbildning i hur man talar med och stöder patienter i svåra situationer. Därför har Liljeholmen breddat kursen så att all vårdpersonal, samt andra personer som på olika sätt jobbar med de svåra frågorna om livet, sjukdom, lidande och död, ska kunna söka utbildningen. Skolan hjälper gärna till att utarbeta en plan för utbildning av hela vårdlag.

I kursinnehållet finns rubriker som "Samtalets olika nivåer", "Vanliga fallgropar i samtalet", "Att hantera egna och andras känslor", "Hur orkar jag som hjälpare?" och "Självmedvetenhet/assertivt förhållningssätt". I kurserna ingår övningssamtal, gruppssamtal och analys.

Kurserna ges i två steg. Steg II-kursen vänder sig till den som tidigare genomgått Steg I. Teori och praktik varvas och möjlighet ges till videoinspelning av samtalsituationer. I kursen ingår bland annat självkännedom, gränssättning och handledning i samtalskonst med utgångspunkt från deltagarnas egna ärenden.

## Stipendier från Cancerfonden

För många år sedan började enskilda personer söka stipendier från Cancerfonden för att utbilda sig i samtalskonst. Sedan dess har Cancerfonden beviljat ett mycket stort antal stipendier till kurserna.

– Att fonden fortsätter att bevilja nya sti-

pendier varje år sporrar oss givetvis att hela tiden utveckla verksamheten. Hos några uppdragsgivare är kursen obligatorisk utbildning/vidareutbildning, säger Bibbi Sjögren som tillsammans med Birgitta Lundborg är kursansvarig. Bibbi är sjuksköterska med stor erfarenhet av palliativ vård. Birgitta är beteendevetare och ansvarar även för andra korta kurser som "Hur mår ditt arbetslag?" och "Hur bemöter vi psykisk ohälsa bland ungdomar?". Båda har grundläggande utbildning i psykoterapi och jobbar som kuratorer på Liljeholmens folkhögskola.

Liljeholmen arrangerar fem kurser per år och mellan 80 och 100 personer genomgår utbildningen varje år.

För att anmäla sig till kursen kontaktar man [info@liljeholmen.nu](mailto:info@liljeholmen.nu) eller ringar 0494-797 00. För att söka stipendium från Cancerfonden går man in på [www.cancerfonden.se](http://www.cancerfonden.se) och söker vidare på forskare & vårdpersonal. ●

## Några röster om "Samtalskonst"

**Eva Allehed**, sjuksköterska i ett palliativt team inom Landstinget i Falun:

– Jag har förstått hur lite kan betyda så mycket. Kroppsspråk och närvaron i samtalet kan göra en stor skillnad. Jag har även fått större förståelse för olika roller i ett arbetslag och hur man kan skapa ett bra och sunt klimat. Det som gör denna kurs så bra är att den är så rakt på. Det som är viktigt sägs på en gång och det sägs koncentrerat.

**Cecilia Hellqvist**, biträdande avdelningschef på Onkologkliniken på Gryta Palliativa Vårdenhet i Västerås:

– Jag har gått både Samtalskonst steg I och II. Jag känner mig säkrare i olika situationer och svårigheter som kan uppstå i svåra samtal. Jag har lärt mig att det viktigaste av allting är att våga stanna kvar. Vi har som mål på vår arbetsplats att alla skall gå minst Samtalskonst steg 1. Alla som jobbar inom vården borde gå den här kursen eftersom vi alla kommer att hamna i svåra samtal med patienter, anhöriga och medarbetare.

**Malin Reffel**, sjuksköterska inom kommunens hemsjukvård i Mönsterås:

– Jag har lärt mig att jag ska försöka att inte vara så snabb med att lösa patientens problem. Vi är så vana vid att patienter kommer med problem och tänker att vi måste lösa det, men jag tror vi behöver mer av en process. En process där patienten själv kommer till insikt och där den själv hittar lösningar. Kursen var över förväntan. Kombination av teori och praktik är väldigt bra. I Mönsterås har man beslutat att all personal ska gå kursen.

# Cancerplanen och RCCs arbete kring kvalitet och patientsäkerhet

En tisdagsmorgon i slutet av mars träffade jag Kjell Bergfeldt på Regionalt CancerCentrum (RCC)-Stockholm Gotland för att prata om deras arbete kring kvalitet och patientsäkerhet, ett mycket intressant och aktuellt ämne. Vi halkar snabbt in på Cancerplanen då Kjell tycker att den ska ses som ett säkerhetsverktyg inom cancer vården. Jag är beredd att hålla med. Tänk om alla inom onkologin skulle se den som ett arbetsverktyg och inte en dammsamlade pappersprodukt. Då tror jag att vi kommit en bra bit på väg mot högre patientsäkerhet.



Ulrika Persson, redaktionen  
Cancer vården

**Inom onkologin måste** vi ha ett processtänkande. Patientens väg genom vården skal bygga på helhetstänkande och formas så att patientsäkerheten kan hållas hög. Säkerhet är starkt förknipat med arbetsmiljö. Har vi en bra arbetsmiljö har vi bättre förutsättningar för bra patientsäkerhet. Samtidigt ger en hög patientsäkerhet bättre arbetsmiljö. Det är både jag och Kjell helt övertygade om.

RCCs uppgift är att driva både egna processer och stötta andras. Det ska nå ut till vården och dess verksamheter, vilket bland annat görs genom att skapa vårdprogram, insamla in evidens samt upprätthålla kvalitetsregister. RCC bidrar också till kunskap och kan påverka både beställare och verksamhet. Där finns ett antal processledare anställda vars huvuduppgift är att skapa optimala vårdprocesser med patienten i fokus i det arbete som genomförs. Processledarna är kunniga och intresserade personer från onkologisk verksamhet.

RCC förutsätts ha ett omfattande nätverkssamarbete även utanför regionen med andra regionala cancercentra vad det gäller forskning, utbildning, kvalitetskontroll och uppföljning av cancer vården. I ett framtidsperspektiv bedöms RCC också ha ett väl utvecklat samarbete med motsvarande strukturer i andra länder, framför allt inom EU.

## Den regionala cancerplanen

RCC har arbetat fram en regional cancerstrategi gemensamt med en tvärvetenskaplig och tvärprofessionell grupp bestående av representanter från vårdens olika delar. Cancerplanen fokuserar på tre huvudsakliga områden; patientens perspektiv i en jämlik och effektiv vård, utbildning och kunskapsstyrning samt väl sammanhållna vårdkedjor. Cancerplanen kommer att vara en del av framtidens hälso- och sjukvård (FHS) som ska säkerställa att de utvecklingsområden som den regionala och nationella cancerstrategin identifierat åtgärdas. Planen ska innehålla tydliga mål och mått som regelbundet följs upp.

Syftet med planen är att utarbeta riktlinjer för framtidens cancervård inom region Stockholm och Gotland. I den beskrivs konkreta åtgärder för att uppnå en vård som utformas utifrån patientens perspektiv och de mål som fastställts i den

regionala cancerstrategin. Cancerplanen ska tydliggöra hur cancer vården kan vidareutvecklas för att erhålla en processorienterad, samlad, effektiv och högkvalitativ cancervård. Detta omfattar hur cancer vården bedrivs; från prevention och tidig upptäckt till palliation och vidare i vårdprocessen. Detta innefattar även utvecklande av en modell för hur styrningen av cancer vården ska utformas.

Cancerplanen innehåller generiska/övergripande multidisciplinära och multiprofessionella aspekter som inte är unika för varje cancerprocess. Cancerplanen skall möjliggöra att krav ställda i tidigare styrande strategiska dokument, uppfylls för cancersjuk vården i regionen.

Genom att delta i framtagandet av nationella och regionala vårdprogram har RCC en central funktion för kunskapsstyrning av cancer vården i regionen. Vårdprogrammen svarar på frågan vad som ska göras, medan kvalitetsregistren svarar på huruvida det är utfört. Inom ramen för RCC:s arbete ingår ett uppföljningsansvar via kvalitetsregistret. RCC ska mäta och följa upp ledtider i cancer vårdens processer, ett arbete som anpassas till Socialstyrelsens rekommendationer och det nationella riktlinjearbetet. INCA (informationsnätverket för cancer vården) är en nationell IT-plattform för hantering av kvalitetsregister inom vård och forskning som drivs gemensamt av landets samtliga RCC. Det innehåller för närvarande 33 register och har varit i drift sedan 2007. RCC Stockholm Gotland är stödjande registercentrum för 6 av dem. Det är en styrka att alla kvalitetsregister inom cancerområdet använder samma nationella plattform.

RCC ger stöd till registerhållare, styrgrupper och vårdprogramgrupper. Det innefattar hjälp med statistik, registreringskonstitution, monitorering, uttag av data samt stöd kring legala aspekter. RCC har ansvar för att ta fram nya arbetsformer, stödja implementering av riktlinjer, samt presentera rapporter baserade på nationellt insamlat data.

Arbetsgrupper för kvalitetsregister och INCA, bildades på initiativ från RCC Stockholm-Gotland med representanter från samtliga RCC. Gruppen har i uppdrag att arbeta för utveckling av kvalitetsregistren för cancersjukdomar, exempelvis genom

att göra det möjligt att följa patientprocessen genom data ur kvalitetsregistren. En annan uppgift är att skapa förutsättningar för att återrapportera data till sjuk vården och patienter på ett bättre sätt än vad som sker idag. Ett sätt att komma åt det är att stärka samarbetet med regionens QvalitetsRegisterCentrum, QRC. Patientrapporterade mått saknas tyvärr i många register och det är en brist.

Under 2012 fick RCC ett nationellt uppdrag att ta fram förslag på individuella vårdplaner. RCC:s uppdrag utgick från ett patientperspektiv på cancer vården. En del av detta perspektiv är att vården ska vara trygg och säker. Den nya patientsäkerhetslagen har lyft kravet att varje vårdgivare ska ha en fungerande organisation för att hantera patientsäkerhetsfrågor. Lagen ställer också krav på att vårdens aktörer ska göra patienterna delaktiga i patientsäkerhets arbete. I den regionala cancerstrategin som RCC utarbetat finns föreskrivet att individuella skriftliga vårdplaner ska finnas för alla patienter. RCC arbetar för att följsamhet ska finnas för varje patient genom hela vårdprocessen. Informationen ger oss mer välinformerade patienter som blir mer delaktiga i vården. Det bidrar starkt till ökad patientsäkerhet. Patienten och dess anhöriga kan då bidra till ökad säkerhet och en

sorts kvalitetskontroll av vården genom att bevaka fullföljandet av planen.

RCC brottas med att komma ut i de onkologiska verksamheterna. Jag tror att det kan bero på någon form av misstroende och rädsla för RCC. Känslan kan vara att där vården inte lyckat fullt ut och där tar RCC vid. Jag tror att okunskapen om vad RCC är och vad de jobbar med är stor. Det kan skapa skepsis hos verksamheterna. Det skulle vara mycket bra om RCC såg som en samarbetspartner för att nå nya mål och resultat. I de bästa av världar skulle Cancerplanen vara ett arbetsverktyg som användes som en manual hur vi inom onkologin ska nå högsta kvalitet och patientsäkerhet.

Kjell tycker att den största utmaningen just nu är att fånga upp det som ramlar mellan stolarna. Att få bort tron på att någon annan tar tag i problemen. Det är ett samlat ansvar att få processerna att hänga ihop. Var hittar vi de lägst sittande frukterna och vad gör vi åt dem? Var hittar vi vår lägsta nivå? Vi måste få igång ett processtänkande och skapa en helhet kring detta. Det är förutsättningen för en säker vård. Vi är en bra bit på väg, men än det ganska lång väg kvar. Men skam den som ger sig! ●

Regionalt Cancercentrum Stockholm Gotland ska säkerställa att målen i den nationella cancerstrategin och de hälso- och sjukvårdspolitiska målen i SLL och RG förverkligas. I arbetet ingår att:

- Verka för likvärdig god vård för alla cancerpatienter
- Verka för att vårdens processer utvecklas med ett tydligt patientperspektiv
- Verka för att vårdens processer effektiviseras och att resurser samordnas genom ändamålsenlig arbetsfördelning mellan olika enheter
- Verka för att det finns en långsiktig plan för kompetensförsörjning och att denna förverkligas i resursorganisationen
- Bidra till att öka kunskapen om hur cancer vården fungerar och möjligheterna att förbättra vården såväl när det gäller struktur som process
- Bidra till att öka kunskapen om cancersjuklighet, orsaker till cancersjukdomar och cancersjukdomens konsekvenser för individ och samhälle
- Främja förebyggande arbete
- Främja cancerforskning och stödja det ömsesidiga utbytet av information mellan klinisk verksamhet och forskning.

Kjell Bergfeldt, Verksamhetsutvecklare  
generiska processer RCC Stockholm-Gotland





## Ny karriärväg för sjuksköterskor

Karolinska Universitetssjukhuset inför nu en ny modell för sjuksköterskors karriär- och kompetensutveckling. Tanken med modellen är att erfarna sjuksköterskor med hög kompetens ska stanna kvar och utvecklas där de behövs allra mest, i slutenvården för de sjukaste patienterna. I den nya kompetensmodellen ingår införandet av befattningar med benämningen universitets-sjuksköterska, för de allra mest kvalificerade. Det övergripande syftet med Karolinskas kompetensmodell är att ta bättre vara på den enskilda sjuksköterskans unika kombination av kunskaper och färdigheter, så att varje verksamhet har just den blandning av medarbetare som behövs för att ge patienterna den bästa omvårdnaden. Kompetensmodellen innehåller sex klart definierade nivåer för sjuksköterskor och barnmorskor, från nyutexaminerade till de mycket erfarna och disputerade. Kompetensmodellen har utvecklats inom Karolinska Universitetssjukhuset och kommer att införas inom samtliga verksamheter.

Källa: Karolinska Universitetssjukhuset

## Ny nordisk undersökning kartlägger den vanligaste typen av cancer bland män

Undersökningen är världens största som mäter livskvaliteten hos prostatacancerpatienter i Norden och presenterades under september, den internationella prostatacancermånaden.

Prostatacancer är den vanligaste cancerformen. En ny undersökning bland nästan 7 000 nordiska män drabbade av sjukdomen ger oss nu en unik insikt i hur det är att leva med prostatacancer. Varje år diagnostiseras 22 000 män inom Norden med prostatacancer och under samma tid förlorar 5 461 nordiska män kampen mot cancer. I undersökningen, som är den största i sitt slag i världen, kartläggs männens egna upplevelser av att leva med sjukdomen utifrån diagnos, behandling, biverkningar, sexliv samt påverkan på livskvaliteten. Den är genomförd i samarbete med patientföreningar för prostatacancer i Sverige, Norge, Finland och Danmark samt ledande medicinska experter inom området i Norden. Undersökningen ger en värdefull inblick i hur det är att leva med prostatacancer. Det är ett unikt tillfälle att lära hur man kan förbättra förutsättningarna för dessa patienter.

Källa: Prostatacancerförbundet

## Hårdare kvalitetskrav på klinisk forskning – nytt ALF-avtal klart

Kvaliteten på den kliniska forskningen ska spela större roll för hur mycket statliga forskningsmedel landstingen får. Bristande kvalitet ska kunna innebära att landsting kan förlora möjligheten att bedriva universitetssjukvård. Det är innebörden i det nya avtal som tecknats mellan staten och landstingen.

Samarbetet mellan staten och vissa landsting kring utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården regleras i ett särskilt avtal – det så kallade ALF-avtalet. ALF-avtalen tecknas på flera år, det innevarande sades upp av staten 2009 och förhandlingar om ett nytt har pågått mellan aktörerna. En överenskommelse om ett nytt avtal undertecknades den 11 september.

Källa: Utbildningsdepartementet

## Välkommen till redaktionen Maria Roos!



Sedan början av sommaren är jag ny medarbetare i redaktionen för tidningen. Jag arbetar som sjuksköterska på onkologikliniken på Universitetssjukhuset i Örebro sedan sju år tillbaka. Har under tiden läst till specialistsjuksköterska inom onkologi, och arbetar nu på vår strålbehandlingsavdelning och även med vår brachyverksamhet för patienter med prostata-, cervix- och bröstcancer. Innan dess har jag även arbetat på vår vårdavdelning och vår behandlingsenhet för cytostatika.

Jag och min kollega skrev tillsammans vår D-uppsats om bröstcancerpatienter och fysisk aktivitet under cytostatikabehandlingen. Det arbetet blev lite större än det var tänkt och blev en studie som vi fortfarande håller på med. Allt mer forskning tyder ju på att bra levnadsvanor har betydelse för våra cancerpatienter, däribland att det är viktigt att vara fysiskt aktiv även under behandling. Vi har redan nu i vår studie sett resultat som pekar på att livskvaliteten och det psykiska välbefinnandet blir bättre, och att biverkningarna av cytostatikabehandlingen kan upplevas mindre om patienterna är fysiskt aktiva.

Det ska bli spännande att få vara med i redaktionsarbetet då jag tror att tidningen är ett bra forum för våra onkologisjuksköterskor att få reda på vad som händer; dels på våra kliniker runt om i landet, dels vad gäller nya rön och forskning runt om i världen.

## Kalendarium 2014

**Sota dagarna** 2-3 oktober 2014

**34th ESSO Congress in partnership with BASO 2014**, 29-31 October 2014 Liverpool

**26th EORTC-NCI-AACR Symposium on Molecular Targets and Cancer Therapeutics**, 18-21 November 2014 Barcelona

**Sjuksköterskedagarna 2014 19 -20 November Stockholm**

# 3 sätt att visa omtanke

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



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

Proxident  
care



## Rehab för livet

Rehab hos oss på Bräcke diakoni handlar om att växa, utvecklas och skapa något nytt.

På Rehabcenter Mösseberg i Falköping och Rehabcenter Sfären i Stockholm skraddarsyr vi program utifrån varje persons behov och förutsättningar. Med allt från yoga och stavgång till föreläsningar om t ex mindfulness, kost och stress. Här träffar man andra i liknande situation och får tid för återhämtning och reflektion.

Men viktigast av allt – man får värdefull kunskap och verktyg med sig hem. För livet.

[www.brackediakoni.se/mosseberg](http://www.brackediakoni.se/mosseberg)  
[www.brackediakoni.se/sfaren](http://www.brackediakoni.se/sfaren)



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

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

**SEKRETERARE****Gail Dunberger**

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

**KASSÖR****Tina Bondesson**

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

**LEDAMÖTER****Kristina Finnillä**

Regionalt cancercentrum Stockholm – Gotland  
Tel: 070-0907174.  
Mail: kristina.finnilla@sil.se

**Patientföreningar****Bröstcancerföreningarnas riksorganisation/BRO**

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

**Cancer- och Trafikskadades Riksförbund/CTRF**

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

**Cancerfonden-Riksföreningen mot cancer**

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

**Stödföreningen för Cancerpatienter**

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

**Sveriges Cancersjukas Riksförbund/SCR**

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

**Gynsam, Gyncancerföreningarnas****Nationella Samarbetsorganisation**

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

**Lungcancerföreningen Stödet**

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

**Svenska Laryngförbundet/SLF**

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

**Per Lindblom**

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

**Cecilia Olsson**

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

**Katarina Sjövall**

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

**Ann-Christine Svensk**

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

**roLiv, Patientförening för prostatacancersjuka**

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

**Blodcancerförbundet Blodcancerfonden**

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

**Carpa – För patienter med tumörsjukdomar i hormonproducerande organ**

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

**Sipples Patientförening**

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

**Svenska Hjärntumörföreningen**

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

**Ung Cancer**

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

**Nätverket mot cancer**

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

**Nätverket Mot Gynecologisk Cancer**

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

**ILCO Riksförbundet för stomi- och reservoareropererade**

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

Många av dessa patientföreningar delar också ut stipendier till vårdpersonal.

**CANCERVÅRDEN**

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

**CHEFREDAKTÖR**

Nadja Rystedt  
Mail: nadja.rystedt@vll.se

**ANSVARIG UTGIVARE**

Camilla Hultberg  
Mail: camilla.hultberg@karolinska.se

**PRODUKTION**

JLD & Kompani | Box 86, 193 22 Sigtuna

**ANNONSER**

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

**FORM**

Grafish  
info@grafish.se

**TRYCK**

Trydells Tryckeri

**PRENUMERATION**

6 nummer per år/250 kronor.

**MEDLEMSAVGIFT**

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

**RIKSFÖRENINGENS HEMSIDA**

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

**REDAKTION****Nadja Rystedt**

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

**Maria Roos**

Strålbehandlingen Örebro,  
Mail: maria.roos2@orebroll.se

**Annette Holst-Hansson**

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

**Ulrika Persson**

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

**Karin Wieselblad**

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

**Eva Gärdsmo Pettersson**

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

**Utgivningsplan 2014 #5**

Tema: Akut onkologi

Minitema: Multiprofessionella team

Annon 10/10

Utg. 2/11

# KEMOTERAPI OCH ILLAMÅENDE. VILKEN STERIOD GER DU DIN PATIENT?

**NYHET****DEXAMETASON ABCUR**

- Den enda glukokortikoidtabletten i Sverige med indikationen "profylax mot kräkning inducerat av kemoterapi med emetisk effekt".
- För profylax och terapi av cytostatikainducerad kräkning ges 8 mg oralt dagen före planerad cyto-statikabehandling\* vilket motsvarar 2 tabletter Dexametason Abcur 4 mg.
- 8 mg dexametason motsvarar 8 mg betametason.

**H02AB02 (dexametason) Rx,F. Subventioneras endast när andra kortikosteroider inte kan användas.** Glukokortikoid. Namn: Dexametason Abcur Tablett 1mg, 4mg. Indikation: Tillstånd där kortikosteroidernas antiinflammatoriska och immunosuppressiva effekt är önskvärd. Framför allt för intensiv behandling under kortare tid. Hjärnödem eller ökat intrakraniellt tryck till följd av hjärntumör. Vid behandling av bröstcancer, cancer i äggstockar, prostata eller testiklar när kortikosteroidernas effekt är önskvärd. Profylax mot kräkning inducerat av kemoterapi med emetisk effekt. Diagnos-tiskt test av hypofys och binjurebarkfunktionen. Produktresuméns senaste översyn 2013-10-07.

\* För fullständig information angående dosering var god se [www.fass.se](http://www.fass.se).  
För fullständig information och pris, se [www.fass.se](http://www.fass.se). **[www.abcur.se](http://www.abcur.se)**

**ABCUR**

CANCERVÅRDEN #4 2014

**47**



Rekommenderat  
av NLT-gruppen  
(Nya Läkemedels  
Terapier)

**Erivedge**  
vismodegib

Hedgehog-hämmaren Erivedge (vismodegib)  
vid avancerad basalcellscancer.

- Effektiv tumörkrympning för patienter som  
inte är lämpade för kirurgi eller strålning.

**90 %** fick tumörkrympning och **32 %** komplett respons.  
**54 %** blev histopatologiskt fria från BCC efter 6 månaders behandling.  
Oral behandling med en kapsel, en gång dagligen.

**Erivedge® (vismodegib)**

**Indikationer:** Vismodegib är indicerat för behandling av vuxna patienter med:

- Symptomatiskt, metastaserat basalcellscarcinom.
- Lokalt avancerat basalcellscarcinom som inte är lämpat för behandling med kirurgi eller strålning

**Dosering:** Den rekommenderade dosen Erivedge är en kapsel en gång dagligen.

**Beredningsform och förpackningar:** Hårda kapslar à 150 mg vismodegib i burkar om 28 kapslar.

**Varningar och försiktighet:** Erivedge kan orsaka embryo-/fosterdöd eller allvarliga missbildningar då det ges till en gravid kvinna. Erivedge får inte användas under graviditet. Rekommenderade preventivmetoder måste användas av både manliga och kvinnliga patienter. Patienterna får ej lämna blod eller sperma under behandlingen eller inom 24 mån efter avslutad behandling.

**Kontraindikationer:** Överkänslighet mot aktiva substansen eller mot något ingående hjälpämne. Kvinnor som är gravida eller ammar. Fertila kvinnor som inte följer Erivedge graviditetsförebyggande program. Samtidig administrering av Johannesört.

**För mer information:** [www.fass.se](http://www.fass.se).

Produktsammanfattning uppdaterad maj 2014. (L01XX43, Rx, EF). Roche AB, 08-726 12 00, [www.roche.se](http://www.roche.se)

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

Referenser: 1. Erivedge produktsammanfattning. 2. Sekulic et al. N Engl J Med. 2012;366:2171-2179. 3. Sekulic et al. Poster 9013, ASCO 2014. 4. NLT-gruppen. Rekommendation, september 2014. <http://www.ski.se/halsasjukvard/lakemedel/nyalakemedel/nyalakemedelsterapien/ltgruppen/rekommendationer.626.html>



Roche AB, 08-726 12 00, [www.roche.se](http://www.roche.se)  
SE.ERI.1409.01