

# Arvika visar vägen med både kurativ och palliativ

Arvika sjukhus är inte bara småskaligt, lugnt och idylliskt beläget i den fina värmländska naturen. Här finns också en ovanlig och väl-fungerande sjuksköterskeledd verksamhet för regionens cytostatikapatienter – på enheten ges både kurativ och palliativ behandling och de som behöver får även palliativ vård i hemmet av det särskilda teamet som består av läkare, certifierade cytostatikasjuksköterskor och en fysioterapeut.

## SÅ ÄR TEAMET I ARVIKA ORGANISERAT

Sjukhuset i Arvika (SiA) har ett stort geografiskt upptagningsområde och tar emot omkring 45 000 patienter per år.

På sjukhuset finns sedan 80-talet en särskild enhet – Cytostatikamottagningen/palliativa teamet Arvika – som hör till den idag delvis nedlagda kirurgkliniken.

Teamet består av läkare, sex palliativt utbildade och cytostatikacertifierade sjuksköterskor och en fysioterapeut. Enheten som arbetar inom både öppen- och slutenvård erbjuder både kurativ och palliativ vård och har runt 100 inskrivna patienter per år.

Att teamet möter cancerpatienter tidigt i sjukdomsprocessen och vid behov följer dem vidare till palliativ vård borgar för en av patienterna mycket uppskattad kontinuitet i vården.

**D**et korrekta namnet på den låga tegelbyggnaden som ligger på en höjd strax utanför stadens centrum är Sjukhuset i Arvika (SiA). Här tar man emot cirka 45 000 patienter om året, men i likhet med många andra sjukhus i landet har det skett stora förändringar i verksamheten här under senare år. 2018 stängde till exempel stora delar av kirurgkliniken, men man utför fortfarande smärre, planerade operationer där patienten får gå hem samma dag.



# enhet som ger behandling



Susann Plate, kirurg och specialist i palliativ medicin, är medicinskt ledningsansvarig för Cytostatikamottagningen/palliativa teamet där samtliga sjuksköterskor har cytostatikakörkort.

Tack vare att teamet arbetar med alla slags cytotstatikabehandlingar, både kurativa och palliativa, erbjuds cancerpatienter kontinuitet genom hela sjukdomsprocessen.

PALLIATIVA TEAMET

⠏⠗⠇⠊⠊⠊⠋⠗⠑⠗⠑⠍⠊⠎⠑⠗⠑⠗⠑⠗⠑⠗⠑⠗⠑⠗⠑⠗⠑⠗⠑⠗⠑

CYTOSTATIKAMOTT.

⠆⠗⠐⠗⠑⠗⠑⠗⠑⠗⠑⠗⠑⠗⠑⠗⠑⠗⠑⠗⠑⠗⠑⠗⠑⠗⠑⠗⠑⠗⠑



Den speciella enhet vi ska besöka heter cytostatikamottagningen/palliativa teamet Arvika och vi möts i entrén av överläkaren Susann Plate som är dubbelspecialist – kirurg med inriktning på bröstkirurgi och specialist i palliativ medicin.

– Jag har arbetat i Arvika sedan början av 80-talet då jag gjorde min AT-tjänstgöring här, berättar hon. Det som har gjort att jag har stannat kvar så länge är omväxlingen, att man som kirurg på ett litet sjukhus får göra allt från akuta ingrepp till ortopedi och mag-tarmoperationer.

Arbetet som bröstkirurg ledde så småningom till ett stort intresse för palliativ vård. Susann Plate var med i den kull läkare som 2005 gick den första nordiska specialkursen i palliativ medicin.

– Som kirurg såg jag att det fanns ett behov av att fånga upp en stor grupp patienter som ofta ”glömdes bort” efter avslutad kirurgisk vård, så

under 80-talet startade vi som ett projekt ett palliativt team på kirurgkliniken, säger hon och anger ytterligare ett skäl till varför det är så trevligt att arbeta på ett litet sjukhus:

– De korta beslutsvägarna. Det är en enorm fördel om man vill förändra och utveckla något. Vi kunde visa att teamet tillförde mycket och därför blev det snart en permanent enhet under kirurgkliniken.

#### ERBJUDER KONTINUITET

Sedan något år arbetar hon inte längre som operativ kirurg men är fortfarande en del av det palliativa konsultteamet som finns kvar och har utökats. Idag består teamet av sex palliativt utbildade och cytostatikacertifierade kontaktsjuksköterskor och en fysioterapeut. Enheten leds av en sjuksköterska. Susann Plate har inget behov av att vara administrativ chef, hon är en hands on-person som trivs bäst när

hon får arbeta nära patienterna. Hon är dock medicinskt ledningsansvarig.

– I den här enheten där vi har runt 100 inskrivna patienter per år får alla vara beredda att göra många olika saker, beroende på vad patienten behöver. Vi känner patienterna och de känner oss. Det finns inget ASIH eller hospice i Arvika men genom det palliativa teamet erbjuder vi kontinuitet och ett slags skyddsnät både inom slut- och öppenvården.

– Teamet arbetar bara kontorstid men vi har ett nära samarbete med distriktsjuksköterskorna i våra kommuner. Vi gör hembesök, även på särskilda boenden och gör konsultbesök inom slutenvården. Sedan cirka 15–20 år anordnar vi regelbundet även utbildningar för all personal i palliativ vård i hela vårt distrikt.

Hon tillägger att omkring 85 procent av de patienter som är anslutna till teamet dör hemma om de så önskar, inte på sjukhuset och det är en statistik som hon är nöjd med.

Men det unika med det här teamet är att de inte bara arbetar med palliativ utan även kurativ vård.

– Cancerpatienter som hör till vårt upptagningsområde behöver inte åka in till Karlstad för att få cytostatikabehandling. Alla våra sjuksköterskor är certifierade för att ge cytostatika och samtliga är även utbildade i smärt- och symtomlindring. Vi träffar alltså cancersjuka patienter under olika stadier i sjukdomsprocessen, inte bara i livets slutskede, vilket borgar för kontinuitet och trygghet för patienterna.

#### SAMMANSVETSAT TEAM

Det sammansvetsade teamet arbetar även på ett lite ovanligt sätt med flexibla arbetstider och ingen drar sig för att göra hembesök trots ofta mycket långa avstånd.

– Patientens behov kommer alltid först, betonar Susann Plate. Och vi försöker att anpassa oss efter deras önskemål när det gäller tider för behandlingar och hembesök. Vi vill att de ska vara både hörda och sedda av oss, säger hon. Och vi är glada över att landstinget också har sett och hört oss och varit villiga att ge vår enhet, som egentligen är två enheter i samma lokal, tillräckliga resurser.



– Det verkar som om budskapet att det inte kostar mer att erbjuda kontinuitet har gått fram, säger hon med ett leende och tillägger att hon hoppas att det arbetssätt som skapats här ska inspirera flera att arbeta på samma sätt.

– Vi vet att alla våra cancerpatienter vill ha kontinuitet.

När vi går runt i de ljusa och tysta lokalerna får vi en pratstund med var och en av teammedlemmarna. Först ut är Pernilla Nyrén-Eliasson.

– Jag blev färdig sjuksköterska 1993 och har arbetat här på enheten i fyra år. Jag är utbildad kontaktsjuksköterska, har läst onkologi (7,5 högskolepoäng) och har 30 högskolepoäng i palliativ vård. Och i likhet med alla mina kollegor här har jag cytostatikakörkort. Vi är en liten enhet vilket innebär att vi arbetar både kurativt och palliativt. Fördelen med det är att både patienter och anhöriga känner sig trygga om det

blir aktuellt med inskrivning i det palliativa teamet eftersom samma personer arbetar där. Det känns bra att växla mellan båda typerna av behandling och för mig är det viktigt att jag kan göra skillnad för de patienterna som vårdas på vår enhet.

Karin Porath är kontaktsjuksköterska, cytostatikacertifierad och utbildad i palliativ vård.

– Jag har arbetat här i 14 år, tidigare arbetade jag på kirurgkliniken. Jag har gått den långa vägen och har nu även en vidareutbildning som distriktsjuksköterska. Onkologi har alltid intresserat mig och här arbetar vi på ett ovanligt sätt eftersom vi behandlar patienter i olika stadier, både de som beräknas bli botade och de som sedan eventuellt går vidare till palliativ vård. Alla har fått sina diagnoser innan de kommer till oss. Jobbet är väldigt roligt och stimulerande och det känns bra att kunna skapa trygghet för

patienterna som vet att vi bara är ett telefonsamtal bort.

#### LÄR KÄNNA ÄVEN ANHÖRIGA

Även kontaktsjuksköterskan Maria Carlstedt har arbetat här i 14 år och även hon har en bred yrkeserfarenhet bakom sig.

– Jag har arbetat på både BVC och vårdcentral under de 40 år jag varit anställd av landstinget. Det har tagit tid att lära sig att bli självgående och jag är mycket nöjd med vårt arbete här på enheten, det utpräglade palliativa tänket som genomsyrar verksamheten. Skillnaden mot när jag började för 14 år sedan är att patienterna kan leva längre med sin sjukdom idag tack vare nya läkemedel. Och eftersom vi både ger cytostatika och är ett palliativt team kan vi träffa samma patient från diagnos, genom flera behandlingar och ända in i döden. Vi får på så sätt tid att lära kän-



Till vänster: Sjuksköterskan Pernilla Nyrén-Eliasson trivs med att växla mellan kurativ och palliativ behandling.

Ovan: Karin Porath, som är kontaktsjuksköterska och utbildad i palliativ vård, anser att det ovanliga arbetssättet på enheten skapar trygghet för patienterna.

Till höger: Kontaktsjuksköterskan Maria Carlstedt, som har arbetat 40 år inom landstinget, uppskattar det palliativa tänket som genomsyrar verksamheten.



## ••• kliniken i fokus

na dem och deras anhöriga, på ett personligt plan, vilket ger trygghet och minskar oron.

– Jag upplever att många inom vården idag är rädda för att knyta an till patienten. Jag tror själv tvärtom och tycker att man idag borde prata mycket mer om anknytning inom vården. För patientens, de anhörigas OCH även för personalens skull. Arbetet blir roligare och jag har större möjlighet att göra patientens sjukdomstid så trygg och bra som möjligt. Det här jobbet ger verkligen mycket mer än det tar, men nu har jag snart vårdat färdigt, jag går i pension i år.

Ingmarie Hedlund har bara arbetat här i ett drygt år.

– Jag sökte mig hit från medicinmottagningen och akuten. Att snabbt efter jobbstart få gå utbildningen till cytostatikacertifiering var en förmån och jag lockades också hit av det ovanliga arbetssättet. Tack vare att vi arbetar med olika patientgrupper får vi verkligen använda hela vår kompetens.



Till höger: Ingmarie Hedlund har arbetat i teamet i ett år och uppskattar det ovanliga arbetssättet där man kan skapa långa nära relationer med patienterna.

Nedan: Sjuksköterskan Maria Norén-Eriksson har varit enhetens avdelningschef sedan 2004 och är mycket nöjd med teamets höga kompetens och det öppna arbetsklimatet.

Cytostatika-  
mottagning

Palliativa team





Jag har ansvar för och följer mina patienter hela vägen från inskrivning till eventuell palliativ vård. Många patienter som får cytostatika blir friska och/eller går till strålning/operation. Jag trivs också med att få lägga upp arbetsdagarna själv. Detta arbetssätt är så totalt olikt arbetet på akuten där det bara handlar om att springa, springa... Här skapar vi långa, nära relationer med patienterna som alla har ett direktnummer till oss. Hembesöken är så viktiga när det gäller att lära känna dem och

det är viktigt att vara medveten om att helt andra spelregler gäller när vi befinner oss i patienternas hem. Som gammal chef har jag redan en gedigen utbildning i samtalsmetodik och vet att information är A och O för en bra vård.

#### **PALLIATIVA OMBUD I GLESBYGD**

Sedan 2004 är sjuksköterskan Maria Norén-Eriksson enhetens avdelningschef på halvtid.

– De andra 50 procenten arbetar jag

med annat, bland annat i det palliativa rådet. De palliativa ombuden i vår glesbygdsregion blir allt fler vilket är glädjande. Jag tycker att vår arbetsgrupp fungerar utmärkt, den samlade kompetensen är mycket hög och arbetsklimatet är öppet. Min uppgift som chef är att sälja in oss till ledningen, att se till att vi får tillräckliga resurser till vår heltäckande vård där patienten alltid är central. Det är också mitt ansvar att vid behov ordna handledning till personalen.



## ••• kliniken i fokus

Fysioterapeuten Regin Dahl som har arbetat på enheten i snart åtta år tycker att arbetssättet här är mycket spännande och utvecklande.

– Eftersom vårt team träffar cancerpatienter i både kurativ och palliativ fas kommer vi in tidigt i sjukdomsprocessen vilket innebär att man kan förebygga symtom och förbereda patienten på bästa sätt. Vi har skapat två egna modeller för rehabilitering – en för under och efter cytostatikabehandling med fokus på träning och fatigue, och en modell för palliativ vård med fokus på funktionell träning i hemmet, till exempel fallprevention.

– Forskning har visat att fysisk aktivitet är bra för cancerpatienter, oavsett vilken fas de befinner sig i, fortsätter han. Och här i Arvika har vi lyckats omsätta forskningen i praktiken.

– Patienterna mår bättre under cytostatikabehandlingen om de erbjuds fysioterapi och rehabilitering tidigt i processen och det blir samtidigt mycket lättare att behålla patientens aktivitetsnivå och motivera dem att träna för att lindra symtomen.

– Det ovanliga med vårt arbetssätt är att vi erbjuder ett initialt samtal om förebyggande träning till alla när behandlingen startar. Inte så många vet

hur man måste träna för att få maximal hälsoeffekt och god symtomlindring. När patienten klarar av rekommenderad aktivitetsnivå blir hjärntröttheten/kroppströttheten hanterbar eller obefintlig. Olika symtom i fötterna som

stickningar, kuddkänsla, svullnader och dålig balans blir lindrigare eller försvinner helt.

Detta innebär att både patienten och familjen mår mycket bättre under och efter behandlingen, säger Regin Dahl.



Fysioterapeuten Regin Dahl erbjuder förebyggande, symtomlindrande träning till alla cytostatikapatienter och arbetar även med rehabilitering för patienter i palliativ vård.

EVELYN PESIKAN



FOTO: JOHANNA SVENSSON



In relapsed or refractory (r/r) Hodgkin lymphoma (HL) and r/r systemic anaplastic large cell lymphoma (sALCL), as demonstrated in two phase 2, single-arm, open-label trials (N=102 for HL and N=58 for sALCL)<sup>1,2,3</sup>

A phase III, international, multicentre, double-blind, randomised trial comparing Adcetris+ best supportive care (BSC) vs placebo + BSC (Adcetris N 165 vs Placebo 164= 329)<sup>5,6</sup>

In R/R HL Post ASCT Consolidation<sup>5,6</sup>:

**5** years  
**59%**

estimated PFS rate with Adcetris vs 41% with placebo. (Adcetris 95% CI 51-66, placebo 95% CI 33-49)

In r/r HL post-ASCT<sup>1,2</sup>:

**75%**  
ORR

**33%**  
CR

**5** years  
**41%**

estimated OS rate (95% CI: [31%, 51%])  
40.5 months median OS (95% CI: [28.7, 61.9], median observation time of 35.1 months)<sup>2</sup>

In r/r sALCL<sup>1,4</sup>:

**86%**  
ORR

**59%**  
CR

**5** years  
**60%**

estimated OS rate (95% CI: [47%, 73%])  
(median observation time of 71.4 months from first dose (range 0.8-82.4))

CD30 TARGETED

## • CTCL

Adcetris är indicerat för behandling av vuxna patienter med CD30+ CTCL efter minst 1 tidigare systemisk behandling<sup>1</sup>

## • Konsolidering för Hodgkins Lymfom

Adcetris är indicerat för behandling av vuxna patienter med CD30+ HL och ökad risk för återfall eller progression efter ASCT<sup>1,5,6</sup>

### Referenser:

1. ADCETRIS [summary of product characteristics], www.fass.se.

2. Chen R et al. Blood 2016; 128(12): 1562-1566.

3. Pro B et al. Poster and abstract no. 3095 presented at ASH, Dec 2014, San Francisco, CA, USA.

4. Pro B et al. Poster and abstract no 4144 presented at ASH Dec 2016, San Diego, CA, USA

5. Moskowitz CH et al. Lancet 2015; 385(9980): 1852-1862

6. Moskowitz CH et al. Blood First Edition Paper, prepublished online September 28, 2018;

DOI 10.1182/blood-2018-07-861641

Adcetris® (brentuximab vedotin) är ett antikropps-konjugat (ADC) bestående av en monoklonal antikropp riktad mot CD30. Antikroppen är kovalent bunden till den antimikrotubulära substansen monomethylauristatin E (MMAE). ATC-kod L01XC12, RX, F

Adcetris® är indicerat för vuxna patienter med tidigare obehandlad CD30+ Hodgkins lymfom (HL) i stadium IV i kombination med doxorubicin, vinblastin och dakarbazin (AVD)

Adcetris® är indicerat för behandling av vuxna patienter med CD30+ HL och ökad risk för återfall eller progression efter autolog stamcellstransplantation (ASCT)

Adcetris® är indicerat för behandling av vuxna patienter med återfall av eller refraktärt CD30+ Hodgkins lymfom (HL):

1. efter ASCT eller
2. efter minst två tidigare terapier och när ASCT eller kombinerad kemoterapi inte är ett behandlingsalternativ.

Adcetris® är indicerat för behandling av vuxna patienter med återfall av eller refraktärt systemiskt storcelligt anaplastiskt lymfom (sALCL)

Adcetris® är indicerat för behandling av vuxna patienter med CD30+ kutant T-cellslymfom (CTCL) efter minst 1 tidigare systemisk behandling

**Varningar och försiktighet:** Adcetris® (brentuximab vedotin) ska administreras under överinseende av läkare med erfarenhet av användning av läkemedel mot cancer. Leverfunktionen ska undersökas innan behandlingen initieras och regelbundet monitoreras hos patienter som får brentuximab vedotin. ▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning. **Kontraindikationer:** Kombinerad användning av bleomycin och brentuximab vedotin orsakar pulmonell toxicitet. Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne. **Dosering:** Den rekommenderade dosen är 1,8 mg/kg administrerat som en intravenös infusion under 30 min var 3:e vecka eller 1,2 mg/kg i kombination med kemoterapi (doxorubicin [A], vinblastin [V] och dakarbazin [D] [AVD]) administrerad som intravenös infusion under 30 minuter dag 1 och 15 i varje 28-dagarscykel. **Styrkor och förpackning:** 50 mg pulver till koncentrat till infusionsvätska, lösning. Förpackning om 1 injektionsflaska. **TLV subvention med begränsning:** Subventioneras som förbehandling för patienter som ska genomgå en allogen stamcellstransplantation om patienten förväntas behöva högst 6 behandlingscykler, samt vid monoterapi.

För fullständig information om pris, säkerhetsföreskrifter, kontraindikation, biverkningar och dosering se www.fass.se. Datum för översyn av produktresumé: 6 februari 2019