

Onkologi ¹ i sverige •

den oberoende
tidningen för
svensk cancervård

En nationell
cancerstrategi

"Viktigt" och
"Värdefullt" i
ASCO:s årsrapport

Svenska
emesisregistret

PALLIATIV VÅRD I ESKILSTUNA:

Glädjefylld vård i livets slutskede

FÖR PATIENTER SOM BEHANDLAS MED KEMOTERAPI

Neulasta®

minskar incidensen
av febril neutropeni
effektivare
än dagligt G-CSF¹
–med **EN** injektion per
kemoterapicykel²

Neulasta® (pegfilgrastim) R. **Indikation:** Reduktion av durationen av neutropeni och incidensen febril neutropeni hos patienter som behandlas med cytotoxisk kemoterapi för malignitet (med undantag för kronisk myeloid leukemi och myelodysplasi).

Dosering: En dos av 6 mg (en förfylld spruta) Neulasta rekommenderas för varje kemoterapicykel, administrerad som en subkutan injektion cirka 24 timmar efter behandlingen med cytotoxisk kemoterapi. För fullständig information vid förskrivning, produktresumé (Amgen 04/2008) och aktuella priser, se www.FASS.se och www.lfn.se



 **Neulasta®**
(pegfilgrastim)

Optimal protection

1 von Minckwitz G, et al. Ann Oncol. 2008;19:292-298

2 Produktresumé Neulasta, Amgen 04/2008, www.fass.se

AMGEN

Oncology

Gustav III:s Boulevard 54

169 27 Solna

08 - 695 11 00

www.amgen.se



Cancerstrategi och arbetsglädje viktigt för alla

I februari lämnade generaldirektör Kerstin Wigzell, i egenskap av regeringens särskilda utredare, utredningen "En nationell cancerstrategi" till regeringen. Vi bad Carsten Rose, verksamhetschef i Lund och expert i utredningen, att beskriva vad man kommit fram till och hur han ser på utvecklingen av en svensk cancerstrategi. Intressant läsning!

Det har förmodligen inte undgått någon att prevention är en viktig väg till framgång och kommer att vara en viktig del i en framtida cancerstrategi. Vi har tittat lite närmare på vilka effekter ett genomtänkt preventivt arbete skulle kunna ha när det gäller att minska antalet cancerfall i framtiden. Om vi hakar på Cancerfondens vision att Sverige ska bli världsmästare i prevention så bör chansen att vi hamnar "på pallen" vara relativt god.

I dessa tider av ständiga rapporter om hur illa ställt det är med den svenska ekonomin och om varslen och uppsägningsbeskeden som följer kan det kanske tyckas naivt att tala om arbetsglädje. Men vi gör det ändå. Anledningen är att det, trots de bistra tiderna, är många – och jag vill tro att det procentuellt är fler i vården – som faktiskt går till jobbet med ganska lätta steg.

En klinik där det utan tvekan är så är Viktoriaenheten på Mälarsjukhuset i Eskilstuna. Vi har besökt den palliativa enheten och möttes av färgglada slipsar och ett positivt engagemang för patienterna. För att ytterligare sprida detta positiva engagemang har vi i detta nummer även en artikel som beskriver hur man på ett systematiskt sätt kan arbeta med mjuka frågor för att känna just arbetsglädje.

Trevlig läsning!

Patrik Gustavsson
chefredaktör

redaktionsråd



Bo Lennernäs
Överläkare, Docent
Jubileumskliniken
Sahlgrenska
Universitetssjukhuset



Sören Lehmann
Bitr. Överläkare
Hematologiskt Centrum
Karolinska Universitets-
sjukhuset, Huddinge



Arne Östman
Professor
Cancer Centrum Karolinska
Inst. för onkologi-patologi
Karolinska Institutet



Pär Stattin
Överläkare, Docent
Urologiska kliniken
Norrlands Universitetssjukhus



Elisabet Lidbrink
Överläkare,
Radiumhemmet
Karolinska Universitets-
sjukhuset



Sverre Sörenson
Överläkare, Docent
Medicinkliniken
Ryhov, Jönköping

Ansvarig utgivare: Patrik Gustavsson
Vd: Niclas Ahlberg
Grafisk form: Förnuft & Känsla AB
Redigering: Lars Ringberg
Tryck/Repro: Trydells Tryckeri, Laholm
Papper inläga: Artic Silk 115 g
Papper omslag: Artic Silk 200 g.
Annonspolicy: Förutom begärda placeringar
placeras annonserna slumpvis.
Adress: Tyra Lundgrens väg 6,
134 40 Gustavsberg,
Telefon 08-570 10 520
e-mail: ois@pharma-industry.se
Hemsida: www.onkologiisverige.se

Onkologi i Sverige kommer ut med sex nummer per år och publiceras av det oberoende förlaget Pharma Industry Publishing AB. Vi har ingen koppling till något annat företag eller organisation inom vare sig privat näringsliv eller offentlig sektor. Citera oss gärna, men ange källan – Onkologi i Sverige. Innehållet i artiklarna överensstämmer inte nödvändigtvis med redaktionens åsikter.
ISSN1653-1582© Pharma Industry Publishing AB 2005



Onkologi i Sverige är TS-kontrollerad

Roche Onkologi



46

RECEPT

Receptutfärdaren intygar genom signum att villkoren för förmån enligt lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. är uppfyllda.

Förmånstyp:

R = Prisnedsatta läkemedel

F = Kostnadsfria läkemedel

P = Medel för födelsekontroll,

Läkemedelsnamn

Dose

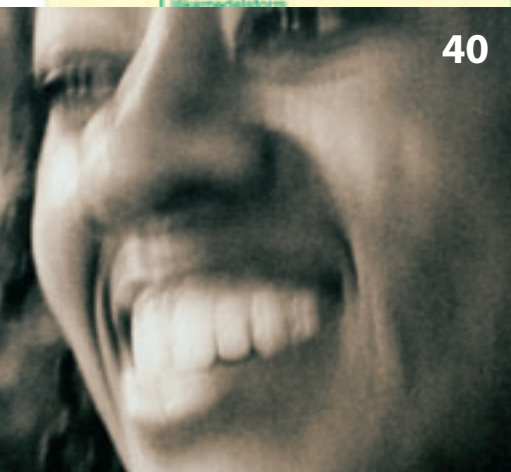
70



58



40



80



56



Illamående

Svenska emesisregistret:
Säkrar kvaliteten i behandlingen av illamående
Susanne Börjesson

14

Forskning

Läkemedelsregistret
– möjlighet till bättre uppföljning
Karina Antonov

46

Reserapport

Tre brasilianska läkare
– tre typer av cancerbehandling
Mef Nilbert

70

Radiologi

Brachyterapi – utveckling under ett sekel
Bo Frankendal

22

Prevention

Världscancerdagen 2009
Patrik Gustavsson

52

Cancerplanen

Nästa steg en nationell cancerplan
Carsten Rose

74

Kliniska framsteg

"Viktigt" och "Värdefullt" i ASCO:s årsrapport
Mef Nilbert

30

Utdrag ur Cancerfondsrapporten

56

Kliniken i fokus

Palliativ vård i Eskilstuna:
Glädjefylld vård i livets slutskede
Jan-Olof Smedberg

58

Nutrition

Nutritionsstöd till patienter med cancer som vårdas i hemmet
Ylva Orrevall

80

Ledarskap

Det systematiska arbetet med glädjen
Ingegerd Lejdström

40

Ledare

3

Notiser

8

Utbildning / Konferens

89

TORISEL – Bevisad förlängd (temsirolimus) medianöverlevnad vid metastaserad njurcancer^{1,2}

Första linjens behandling av patienter med metastaserad njurcancer som har minst tre av sex prognostiska riskfaktorer.

Referenser : 1. Hudes et al. NEJM 2007; 356: 2271-2281 2. www.fass.se

REF Indikationer: Första linjens behandling av patienter med metastaserad njurcancer som har minst tre av sex prognostiska riskfaktorer. För ytterligare information beträffande pris, dosering, kontraindikationer, varningar, försiktighet, biverkningar, hantering och beredningsinstruktioner, se www.fass.se

Senast översyn av produktresumé: 2009-01-07

Ett enkelt blodprov kan avslöja cancer

Ett vanligt blodprov kan i framtiden räcka för att diagnostisera cancer på ett tidigt stadium. Det är vad forskare i Lund kommit fram till i en studie med kvinnor som haft bröstcancer. Med ett enkelt utstryk på en platta som försetts med flera olika antikroppar kan forskarna i bästa fall snabbt se om patienten har cancer och vilken cancer det är. Bland annat kan de förutsäga risken för återfall.

En kombination av signaler från immunsystemet och substanser från cancer i blodet gör att antikropparna på plattan bildar ett karaktäristiskt mönster för olika cancerformer.

– Vi tar ett blodprov och vid första kontrollen efter sex månader ser vi ett mönster av olika komponenter i blodserum och det mönstret är indikativt för om patienten har hög eller låg risk att få återfall, säger Carl Borrebaeck, professor i immunteknologi och forskare vid Lunds universitet. (Källa: TV4-nyheterna)



Zometa som tillägg ger ökat skydd mot återfall i bröstcancer

Behandling med Zometa (zoledronsyra) som tillägg till hormonell behandling minskar risken signifikant för återfall i bröstcancer med 36 procent, utöver det skydd som uppnåddes med enbart hormonell behandling. Det visar den stora oberoende bröstcancerstudien ABCSG-12 som publicerats i New England Journal of Medicine.

Detta är den första stora fas III-studien som visar att Zometa har en skyddande effekt mot återfall i tidig bröstcancer. Laboratiestudier har tidigare pekat på att Zometa kan ha skyddande effekt mot cancer, bland annat genom att bidra till att skydda mot återfall och spridning av cancer till ett mer avancerat stadium. Studien omfattar drygt 1 800 kvinnor med tidig hormonkänslig bröstcancer som inte har passerat klimakteriet.

Studieresultaten som nu publiceras visar att tillägg med Zometa signifikant minskar risken för återfall med ytterligare 36 procent, jämfört med de kvinnor i studien som endast fick skyddande hormonell behandling. (Källa: Novartis)

Nyupptäckt gen viktig för canceruppkomst

Genen p53 skyddar mot cancer och brukar beskrivas som den viktigaste genen inom cancerforskningen. Men forskare vid Karolinska institutet har nu visat att en tidigare okänd gen, Wrap53, styr p53:s aktivitet. Då styrningen sker genom en relativt utforskad mekanism öppnar studien för nya sätt att förstå cancertemat.

P53-genen ser till att celler med skadat DNA antingen reparerar sitt DNA eller begår självmord. Om p53 är skadad, vilket är fallet i ungefär hälften av alla cancertumörer, tillåts celler som är på väg att utvecklas till cancerceller att leva vidare. En stor del av cancerforskningen kretsar kring processer i cellen som p53 ger upphov till.

En forskargrupp vid Karolinska institutet har nu identifierat en ny gen, kallad Wrap53, som reglerar p53:s aktivitet. Studien, som publiceras i tidskriften Molecular Cell, visar att Wrap53 ger upphov till en molekyl, ett så kallat antisense-RNA, vars närvaro är nödvändig för att tillräckliga mängder p53-protein ska produceras vid DNA-skada.

Enligt Marianne Farnebo, en av forskarna bakom studien, indikerar fynden att skador i Wrap53 indirekt kan orsaka cancer. Wrap53 är därför ett nytt tänkbart mål för framtida cancerterapi.

– Mutationer i p53-genen bidrar till cirka hälften av alla cancerfall. I den resterande hälften är p53 sannolikt inaktiverad på andra sätt. Ett sätt skulle kunna vara att skador i Wrap53 har gjort att produktionen av p53-protein har uteblivit, säger hon. (Källa: KI)

Långtidsbehandling med finasterid rekommenderas mot prostatacancer

Friska män över 50 år kan förebygga prostatacancer med långtidsbehandling med finasterid. Den rekommendationen kommer från expertgrupperna American society of clinical oncology och American urological association.

Experterna har utvärderat de data som finns kring finasterid och prostatacancer. Huvudsakligen är det studien Prostate cancer prevention trial från 2003 som ligger till grund för deras rekommendation. PCPT-studien stoppades när det visade sig att män som behandlades med finasterid fick en minskad risk för prostatacancer med 25 procent. Sedan dess har studien varit omdiskuterad. Bland annat fanns en misstanke om att behandlingen också ökade risken för en aggressivare form av prostatacancer.

Men nu drar experterna slutsatsen att det finns en poäng med att använda finasterid i förebyggande syfte. Samtidigt rekommenderar de en individuell bedömning för att väga nytan mot riskerna. Finasterid kan också ge minskad sexlust.

Rekommendationen gäller framförallt friska män över 50 som regelbundet går och undersöker sin prostata. Även män som redan behandlas med finasterid för antingen förstorad prostata eller hårvall bör överväga att fortsätta med en långtidsbehandling. (Källa: Läkemedelsvärlden)

Kampen mot KML går vidare.

Ansökan om marknadsföringsgodkännande för Arzerra inlämnad till EMEA

GlaxoSmithKline och Genmab lämnade i början av februari in en ansökan om marknadsföringsgodkännande för Arzerra (ofatumumab) för behandling av kronisk lymfatisk leukemi (KLL) till den europeiska registreringsmyndigheten EMEA. Ansökan gäller behandling av patienter som inte svarar på standardbehandling. (Källa: GSK)

Bättre tumörkontroll med Tarceva vid lungcancer

Lungcancerpatienter lever längre utan att sjukdomen förvärras när de behandlas med Tarceva som tillägg till Avastin. Resultaten från ATLAS-studien är så positiva att den stoppas i förtid. ATLAS-studien är en fas III-studie på patienter med icke småcellig lungcancer (NSCLC). Eftersom studien har uppnått sitt primära effektmått – signifikant förlängd tid till dess att sjukdomen förvärras – stoppas studien i förtid. (Källa: Roche)

Förändringar i flerfunktionsgener ger cancer hos barn och unga

En avhandling från Sahlgrenska akademien visar att tre gener som i förändrad form ligger bakom en rad elakartade tumörsjukdomar normalt är involverade i flera basala processer i kroppens celler. Detta kan vara anledningen till att tumörerna uppkommer tidigt och framförallt påträffas hos barn och unga vuxna. I avhandlingen har FET-familjen av gener undersökts. Det är en grupp av tre gener som förekommer i förändrad form i flera olika elakartade mjukdelstumörer och leukemier. I sjukdomarna hittas FET-generna som så kallade fusionsgener där delar av två olika gener har smält samman till en. Fusionsgener ger upphov till abnorma fusionsproteiner som ibland kan omvandla normala celler till cancerceller. (Källa: Sahlgrenska akademien)

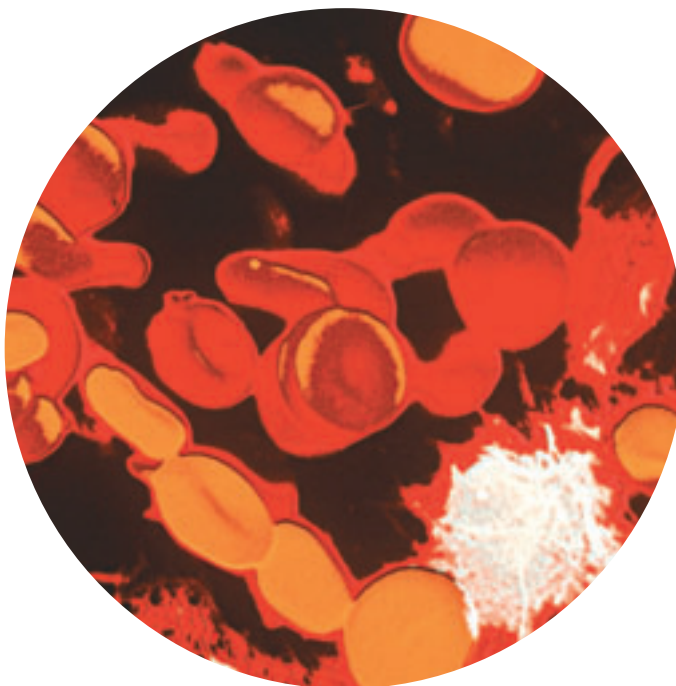


Nytt tarmcancerpris och hemsida

Varje år insjuknar 5 600 människor i tarmcancer. Men trots att tarmcancer är den tredje vanligaste cancersjukdomen i Sverige är den okänd, bara 14 procent av befolkningen känner till den. Ett nytt pris och en ny hemsida vill ändra på det.

För att ytterligare sprida kunskap och kännedom om tarmcancer har Roche i samarbete med Riksförbundet för mag- och tarmsjuka (RMT) i år instiftat Tarmcancerpriset. Priset delas ut i maj och är instiftat för att uppmärksamma en person eller grupp som aktivt agerar för att påverka och förbättra tillvaron för personer med tarmcancer.

Samarbetet innefattar även hemsidan www.tarmcancerinfo.se med information om tarmcancer. Hemsidan är ett samarbete mellan RMT, den medicinska professionen och Roche, och vänder sig till patienter och allmänhet. – Om vi kan förtydliga symtom och tecken på tarmcancer, så kan liv räddas. Detta initiativ med information via hemsidan är ett stort steg i rätt riktning, säger Eva Fernebro, överläkare på Universitetssjukhuset i Lund. (Källa: Roche)

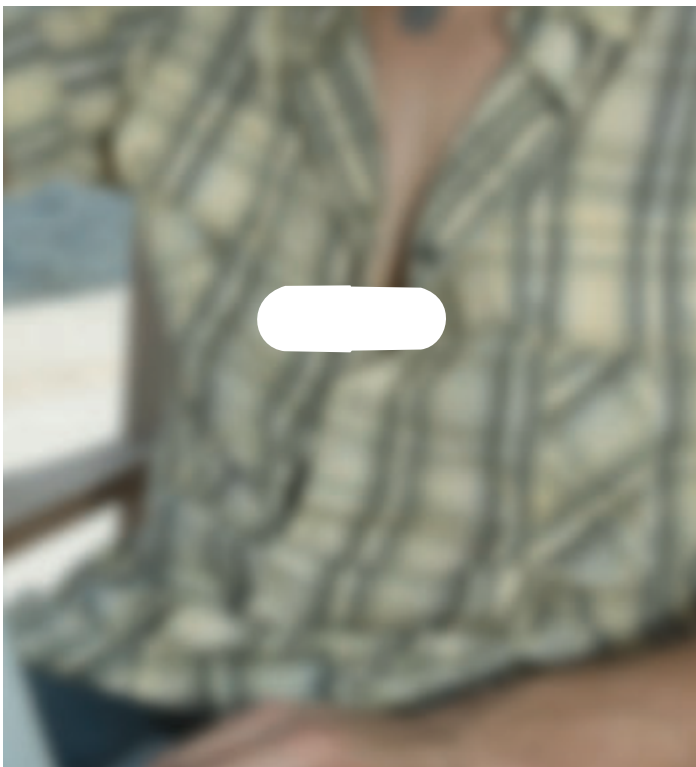


MabThera rekommenderas för behandling av KLL

EMEA rekommenderar nu MabThera (rituximab) som första behandlingsalternativ vid kronisk lymfatisk leukemi, KLL. MabThera kombineras med cytostatika och förlänger tid till återfall i sjukdom med i genomsnitt tio månader. Rekommendationen baseras på den stora tyska CLL8-studien. Där behandlades KLL-patienter som inte tidigare behandlats för sjukdomen. Halva patientgruppen fick MabThera som tillägg till cytostatika vid sex behandlingar och halva gruppen fick bara cytostatika. Efter två år var andelen patienter som inte återfallit i sin sjukdom 77 procent i MabThera-gruppen, jämfört med 62 procent hos dem som bara fick cytostatika. (Källa: Roche)

Efter år av forskning är vår slutsats given:

Ordinera något passande.



Vår andra generations tyrosinkinashämmare – Tasigna (nilotinib) – har en passform som effektivt koncentrerar sig på KML:s huvudorsak – Bcr-Abl.¹ Tack vare att den siktar in sig på målet snarare än att slå brett, är den väl tolererad av patienter och ger liten risk för vätskeretention.^{2,3} Den binder mer effektivt till Bcr-Abl än Glivec (imatinib) och blir därför en kraftfullare blockerare av enzymet.

Tasigna ges till patienter med Ph+KML i kronisk eller accelererad fas som utvecklat resistens eller intolerans mot imatinib.⁴ Den är aktiv mot 32 av 33 Bcr-Abl-mutationer⁵, visar låg korsintolerans⁶ och är därför ett passande nästa steg efter Glivec.



Tasigna är indicerat för behandling av vuxna med Philadelphia-kromosompositiv kronisk myeloid leukemi (KML) i kronisk och accelererad fas, med resistens eller intolerans mot tidigare behandling där imatinib ingått. **Varning och försiktighet:** Tasigna skall användas med försiktighet till patienter som har eller löper signifikant risk att utveckla QTc-förlängning. **Dosering:** Rekommenderad dos av Tasigna är 400 mg två gånger dagligen med ca 12 timmars mellanrum. Mat skall inte intas under 2 timmar närmast före och minst en timme efter dosintag. Kapsel 200 mg, 112 styck blister. Produktresumén uppdaterad 2008-08-04. Rx. F. ATC-kod: LO1XE08. För fullständig information, förmån och priser vg. se www.fass.se

¹ Hantschel O. et al. Leuk Lymphoma 2008; 49: 615-619 ² Kantarjian H. et al. Blood 2008; Vol. 112, Issue 11, Abstract 3238. ASH Annual Meeting Dec 6-9, 2008

³ Le Coutre P. et al. Blood 2008; Vol. 112, Issue 11, Abstract 3229. ASH Annual Meeting Dec 6-9, 2008 ⁴ Tasigna Produktresumé ⁵ Weisberg et al. British Journal of Cancer 2006; 94: 1765-1769

⁶ Jabbour E. et al. Blood 2008; Vol. 112, Issue 11, Abstract 3215. ASH Annual Meeting Dec 6-9, 2008

Nytt hopp för svårbehandlad bröstcancer



Tommy Andersson

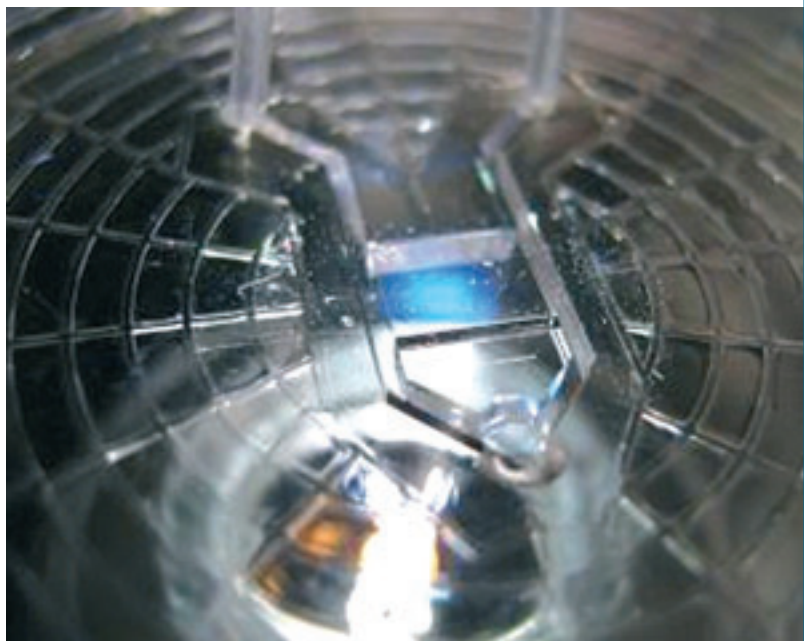
En tredjedel av alla patienter med bröstcancer har så kallade östrogen-negativa tumörer, som inte kan behandlas med effektiva hormonella läkemedel som tamoxifen. Dessa tumörer är också mer aggressiva och har därför en sämre prognos.

En forskargrupp vid Lunds universitet och Universitetssjukhuset MAS har nu funnit en möjlig framtida behandlingsmetod.

Cellerna i östrogen-negativa tumörer saknar den östrogenreceptor som bröstcancerläkemedlet Tamoxifen använder som ingång för att kunna bekämpa tumörcellerna. Malmöforskarna har funnit att tillförsel av ett protein kallat Wnt-5a, eller den lilla peptiden Foxy-5 som hämmar effekten av Wnt-5a, gör att östrogenreceptorn aktiveras även i dessa tumörer. Denna behandling gör dem mottagliga för tamoxifen.

– Vi ser våra resultat som mycket spännande och lovande, säger professor Tommy Andersson och forskaren Caroline Ford vid avdelningen för experimentell patologi.

De hoppas att medlet kan användas inte bara för kvinnor som har östrogen-negativa tumörer, utan också för patienter som först svarat bra på tamoxifen men senare utvecklat resistens mot läkemedlet. De positiva resultaten kommer än så länge från cellstudier och djurförsök. (Källa: Lunds universitet)



Cellodlingskammaren Foto: Sara Thorslund

Litet verktyg för att styra växande blodkärl

Forskare vid Uppsala universitet har utvecklat ett nytt verktyg för att kunna studera de signaler i kroppen som styr blodkärlsbildning. Forskarnas rön, som publicerats i det nya numret av Lab on a Chip, gör det möjligt att bestämma vilka signaler i kroppen som drar till sig eller stöter bort blodkärl – kunskap som är mycket intressant inom tumörforskningen.

Den nya uppfinningen är en liten cellodlingskammare i silikonplast, där man kan odla blodkärlsrika vävnader och samtidigt skapa riktade signaler som instruerar kärlen i vilken riktning de ska växa. Forskarna Irmeli Barkefors och Johan Kreugers forskning syftar till att förstå de signaler som styr både normal och sjuklig angiogenes. (Källa: Uppsala Universitet)

Vidaza godkänt

I mitten av december godkände den europeiska läkemedelsmyndigheten EMEA Vidaza vid tre indikationer för behandling av vuxna patienter som inte är lämpliga för hematopoetisk stamcellstransplantation.

Den första indikationen är myelodysplastiskt syndrom (MDS) som klassificerats som intermediär-2-risk eller högrisk enligt IPSS (International Prognostic Scoring System). Den andra är kronisk myelomonocytär leukemi (CMML) med 10–29 procent benmärgsblaster utan myeloproliferativ sjukdom. Den tredje är akut myeloid leukemi (AML) med 20–30 procent benmärgsblaster och multilinjär dysplasi enligt Världshälsorganisationens (WHO) klassificering. (Källa: Läkemedelsverket)

Gratis
Cancernyheter
veckovis!

Anmäl dig till vårt
nyhetsbrev du med på
www.onkologiisverige.se

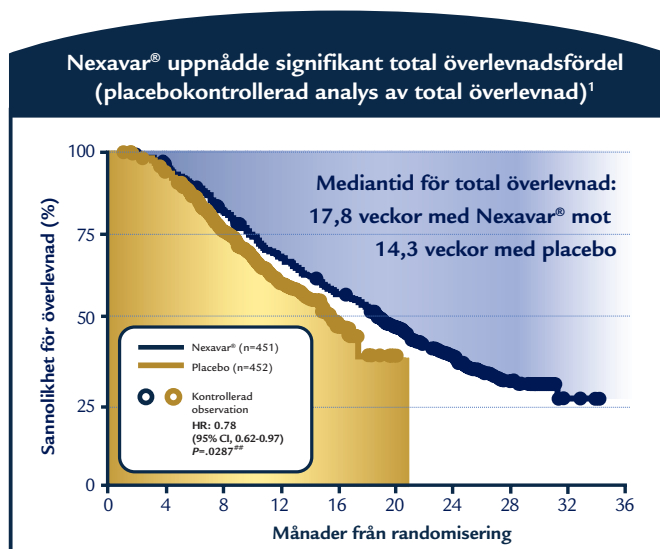
 **Onkologi** i Sverige

Hos patienter med avancerad njurcellscancer (RCC) kan Nexavar® hjälpa till att

förlänga livet



Nexavar® – förlängde signifikant den totala överlevnaden och fördubblade den progressionsfria överlevnaden (PFS)^{1,2,#}



Omarbetad från Bukowski et al.
II TARGET (Treatment Approaches in Renal Cancer Global Evaluation Trial), en internationell, randomiserad, dubbelblind placebokontrollerad multicenterprövning i fas III på patienter med avancerad RCC, vilka hade fått 1 tidigare systemisk behandling (n=903).

Statistiskt signifikant: O'Brien-Flemings gräns för statistisk signifikans $\alpha=0,037$. Förplanerad placebokontrollerad analys

- Nexavar® fördubblade PFS: 24 veckor med Nexavar® (n=384) mot 12 veckor med placebo (n=385) (HR: 0,44; 95% KI, 0,35–0,55; $P<0,000001$)²
 - Detta ledde till att 48% (216/452) av placebopatienterna gick över till Nexavar®-armen¹
- Nexavar®-behandling visade en signifikant total överlevnadsfördel i en förplanerad placebo-kontrollerad analys: 17,8 månader med Nexavar® mot 14,3 månader med placebo¹
- Tolererades i allmänhet väl
 - Avbrott på grund av biverkningar var jämförbara: Nexavar® 10% mot placebo 8%²

Nexavar® (sorafenib). R_x. Filmtdragerad tablett 200 mg. L01XE05. **Indikationer:** Levercellscancer Nexavar är indicerat för behandling av patienter med levercellscancer. Njurcellscancer Nexavar är indicerat för behandling av patienter med avancerad njurcellscancer som sviktat på tidigare interferon-alfa- eller interleukin-2-baserad behandling eller som ej anses lämpliga för sådan behandling. **Kontraindikation:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne. Graviditet och amning. För övrig information, inklusive varningar och pris, se www.fass.se

Materialet granskat november 2008.

Referenser: 1. Bukowski RM, et al. Presentation at ASCO Ann Meet 2007, Chicago, IL. (Abstr 5023) www.asco.org. Accessed April 15, 2008. 2. Escudier B et al. for the TARGET Study Group. Sorafenib in advanced clear-cell renal-cell carcinoma. N Engl J Med 2007;356(2):125-134.

www.lakemedelsverket.se



Bayer AB, Box 606 169 26 Solna. Tel: 08-580 223 00, fax 08-580 223 01.
www.bayerscheringpharma.se



... illamående



SVENSKA EMESIS

Säkrar kvaliteten i behandling av illamående vid kemoterapi



Illamående och kräkningar är två mycket vanliga och besvärande symptom vid kemoterapi. Sedan 2006 finns i Sverige ett nationellt webbaserat system, Svenska Emesisregistret, med praktiskt användbara riktlinjer för antiemetikabehandling vid alla vanligt förekommande cytostatikabehandlingar. Registret innebär att vårdgivarna fått ett kliniskt användbart verktyg för att kunna utvärdera effekten av antiemetikabehandling. Medvetenheten på de deltagande klinikerna om patientens illamående och kräkningar, framförallt under den period patienten inte är på sjukhuset, har ökat, skriver universitetslektor **Susanne Börjeson**, Linköpings universitet.

Illamående och kräkningar är vanliga symtom hos cancerpatienter och kan vara ett resultat av sjukdomen eller den antitumorala behandlingen. Kemoterapi är den behandling som ger störst risk att drabbas av illamående och kräkningar men symptomets svårighetsgrad varierar mycket beroende på vilken typ av kemoterapi patienten får. Även faktorer kopplat till den enskilda individen spelar roll, till exempel kön, ålder och tidigare erfarenhet av illamående och kräkningar¹.

I en nyligen publicerad studie från England visade man att över hälften av patienterna upplevde illamående under de fyra första kemoterapibehandlingarna medan andelen patienter med kräkningar var betydligt lägre². Studien var en kartläggning över hur det fungerar i rutinsjukvård till skillnad från den stora mängd studier som under standardiserade former undersöker effekten av olika antieme-

REGISTRET

"Det Svenska Emesisregistret har ökat de deltagande klinikernas möjlighet att erbjuda evidensbaserad vård och behandling för två mycket vanliga och för patienten mycket besvärande symtom."

tikabehandlingar. De kliniska prövningarna har ofta ett selekterat patientmaterial och följer patienten under en eller ett fåtal behandlingar vilket gör att de inte alltid ger en rättvisande bild av hur det fungerar i den kliniska vardagen.

Under de senaste årtiondena har stora framsteg gjorts för att kartlägga orsaker till kemoterapiutlöst illamående och kräkningar och att finna bästa möjliga behandling för att förebygga och behandla symtomen. Vi vet i dag att illamående och kräkningar är två sepa-

rata symtom som visserligen ofta är tätt sammanlänkade men som kan uppträda var för sig, vilket gör att vi måste mäta symtomen var för sig.

Patofysiologin är relativt väl studerad och vi vet i dag att en mängd substanser och receptorer är involverade i symtomutvecklingen. Det är klarlagt att symtomen uppträder i en akut fas (inom det första dygnet) och en fördröjd fas (från dygn två efter given kemoterapi) men för många patienter går dessa faser in i varandra eftersom kemoterapibehandling över flera dygn är vanligt.

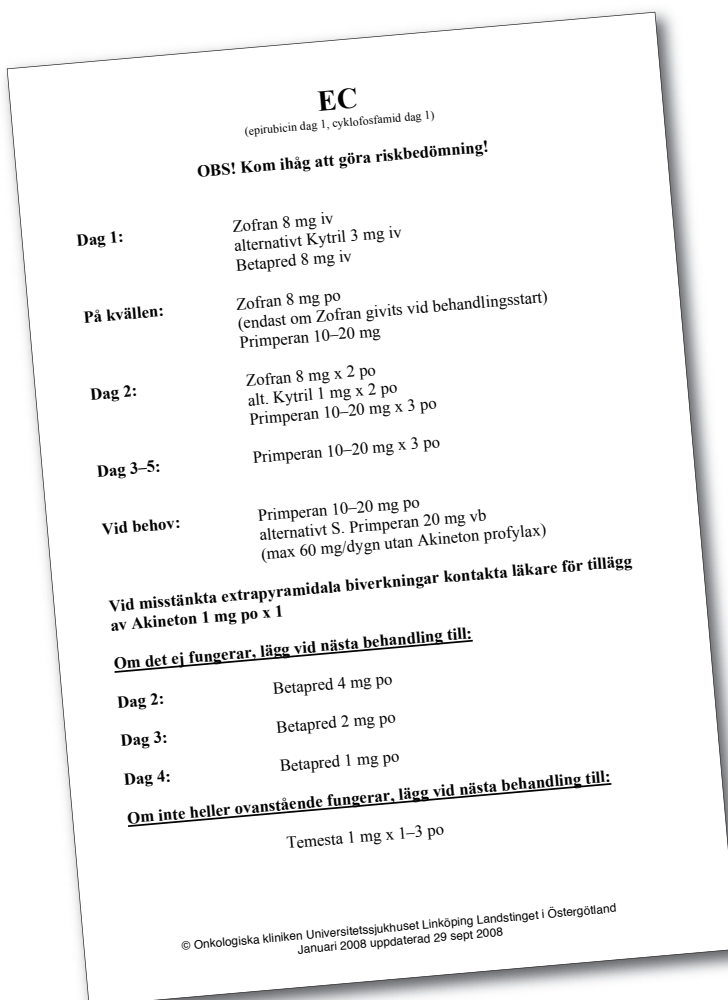
Det fördröjda illamåendet kan sedan pågå under åtskilliga dagar. Mekanismen för de fördröjda symtomen är en annan än vid akuta symtom, vilket leder till olika behandlingsrekommendationer för akut och fördröjt illamående och kräkningar¹.

Ett antal läkemedel kan användas som antiemetika men det var först i början av 1990-talet som de första specifika preparaten lanserades. Först ut var 5-HT₃-receptorantagonisterna som sedan visat sig ha bäst effekt mot akut illamående och kräkningar. Senare tillkom NK₁-receptorantagonisterna som framförallt har effekt på de fördröjda symtomen. Kortisonpreparat har fortfarande en viktig funktion som tillägg både under den akuta och fördröjda fasen³. Under de senaste 25 åren har ett mycket stort antal studier genomförts för att hitta bästa tänkbara behandlingsstrategi för kemoterapiutlöst illamående och kräkningar.

KONSENSUSREKOMMENDATIONER

För den enskilda läkaren eller sjuksköterskan är det en stor utmaning att hänga med i den snabba utvecklingen som sker inom vården. Nya forskningsresultat kommer till dagligen och det kan vara svårt att sortera ut det väsentliga. Inom antiemetikaområdet har forskare uppmärksammat behovet av kunskapssammanställningar och rekommendationer baserade på bästa tillgängliga evidens. Ett flertal riktlinjer har publicerats genom åren och de har inte alltid varit överensstämmande.

Därför tog Multinational Association for Supportive Care in Cancer (MASCC) för några år sedan initiativ till att samla ledande forskare inom området i syfte att skapa gemensamma internationella



Figur 1. Ett exempel på en riktlinje – EC-behandling för bröstcancer.

riktlinjer. Flera så kallade konsensuskonferenser har genomförts, den senaste 2005. Samarbetet har resulterat i riktlinjer som finns publicerade i form av nio artiklar i Supportive Care in Cancer (Volume 13, Issue 2, 2005), översiktsartiklar⁴ och på olika organisationers hemsidor, som till exempel MASCC (www.mascc.org). På den webbsida som drivs av MASCC sker en kontinuerlig uppdatering av riktlinjerna.

UNDERSKATTAR ILLAMÅENDET

Förbättrade möjligheter att förebygga och behandla illamående och kräkningar har medfört att många cytostatikabehandlingar kan ges polikliniskt i stället för som tidigare med patienten inlagd på vårdavdelning. Detta är naturligtvis en önskad utveckling men innebär att patienten tillbringar kort tid på sjukhuset och befinner sig i hemmet när det fördröjda illamåendet och kräkningarna eventuellt kommer.

Det innebär också att personalen i allt högre utsträckning är hänvisade till patientens beskrivning av olika besvär vid nästa behandlingstillfälle. Studier

har visat att vårdpersonal kraftigt underskattar patientens illamående och kräkningar, framförallt de fördröjda symtomen⁵. En utmaning är att skapa effektiva vägar för kommunikation så att patientens symtom tidigt kan upptäckas och att vi får reda på hur patienterna mår. Detta kan ske till exempel med hjälp av dagböcker där patienten beskriver sina symtom⁶.

Kemoterapibehandlingen tenderar att bli allt mer komplex vilket ökar risken för biverkningar som illamående och kräkningar. Behandlande läkare och sjuksköterska bör ha god kunskap om utlösande mekanismer, riskfaktorer och tillgängliga behandlingsmetoder. I en tid av brist på specialister och stor personalomsättning ställer det krav på en effektiv organisation med rutiner anpassade för att i alla lägen garantera patienten en likvärdig och evidensbaserad vård.

SVENSKA EMESISREGISTRET

Vid onkologiska kliniken i Linköping utvecklades i början av 2000-talet ett kvalitetssäkringssystem, kallat LINES

för att säkerställa att kemoterapibehandlade patienter fick evidensbaserad profylax mot illamående och kräkningar och för att utvärdera effekterna av given behandling på individ- och gruppnivå. LINES väckte ett nationellt intresse och övergick under 2006 till ett nationellt webbaserat system kallat Svenska Emesisregistret.

Svenska Emesisregistret innehåller enkla och praktiskt användbara riktlinjer för antiemetikabehandling vid alla vanligt förekommande cytostatikabehandlingar (onkologi, gynonkologi, hematologi). Ett exempel på hur det kan se ut för den vanliga kemoterapiregimen EC vid bröstcancer visas i figur 1.

Riktlinjerna baseras på de internationella konsensusrekommendationerna från MASCC och är uppbyggda i tre nivåer med en basrekommendation och en första och andra tilläggsbehandling om inte basen räcker.

Innan kemoterapien påbörjas görs en individuell bedömning av patientens risk för att må illa under behandlingen (figur 2). Oro, tidigare illamående vid exempelvis åksjuka och graviditet och om patienten

RISKBEDÖMNING
inför ordination av antiemetika

RISKFaktor	JA	NEJ
Patienter yngre än 50 år		
Kvinna		
Tidigare graviditetsillamående		
Åksjuka		
Illamående vid tidigare cytostatikabehandling		
Illamående vid narkos		
Patienten förväntar sig illamående		
Ängest/oro		
Dåligt allmäntillstånd		
Stor tumörbörda framförallt i buken		
Samtidig strålbehandling mot bukfält		

Om patienten har flera av ovanstående riskfaktorer (JA-svar) – fundera över om patienten redan från behandlingsstart bör få nästa steg i antiemetikaschemat, dvs ge standardbehandling och komplettera med ytterligare antiemetika.

Figur 2. Schema för individuell riskbedömning.



TRÄFFA OSS PÅ
ONKOLOGIDAGARNA
18-20/3!
www.onkologi.org

CYTODOS

TRYGGARE BEHANDLING FÖR CANCERPATIENTER

Cytostatikabehandling är en känslig procedur som kräver stor noggrannhet! IT-stödet Cytodos säkerställer rätt behandling till rätt patient!

Kvalitetssäkrad cytostatikabehandling i alla led ger trygghet, både för patienten och för vårdpersonalen! Dessutom blir arbetsprocessen, inte bara kvalitetssäkrande, utan även tidsbesparande och effektiv tack vare det moderna flödet.

Kommer du att besöka Onkologidagarna 18-20 mars i Uppsala är du välkommen till vår monter där vi gärna berättar mer. Har du frågor redan nu är du välkommen att kontakta Lena Midhav, 0730-49 74 52.

DAGBOKSSIDA PATIENTENS SKATTNING AV ILLAMÅENDE

Dagbok

Regim: _____

Cykel: _____ Adjuvant: ☐ Ja ☐ Nej Datum dag 1: _____

Emesis Registret

Datum	Illamående	Illamående				Kräkning		Hur upplever Du ditt välbefinnande just nu?	Välbefinnande			
		Inget illamående	Lätt illamående	Medelsvårt illamående	Svårt illamående	Ja	Nej		Mycket bra	Bra	Dåligt	Mycket dåligt
	Morgon	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Morgon	☐	☐	☐	☐
	Kväll	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kväll	☐	☐	☐	☐
	Morgon	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Morgon	☐	☐	☐	☐
	Kväll	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kväll	☐	☐	☐	☐
	Morgon	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Morgon	☐	☐	☐	☐
	Kväll	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kväll	☐	☐	☐	☐
	Morgon	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Morgon	☐	☐	☐	☐
	Kväll	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kväll	☐	☐	☐	☐
	Morgon	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Morgon	☐	☐	☐	☐
	Kväll	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kväll	☐	☐	☐	☐
	Morgon	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Morgon	☐	☐	☐	☐
	Kväll	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kväll	☐	☐	☐	☐
	Morgon	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Morgon	☐	☐	☐	☐
	Kväll	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kväll	☐	☐	☐	☐
	Morgon	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Morgon	☐	☐	☐	☐
	Kväll	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kväll	☐	☐	☐	☐
	Morgon	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Morgon	☐	☐	☐	☐
	Kväll	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kväll	☐	☐	☐	☐
	Morgon	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Morgon	☐	☐	☐	☐
	Kväll	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kväll	☐	☐	☐	☐

Egna anteckningar: _____

Figur 3. Dagbokens sida för skattning av illamående, kräkning och välbefinnande.

ten förväntar sig att må illa ökar risken. Yngre patienter och kvinnor har också ökad risk för att bli illamående. Efter riskbedömningen får patienten antiemetikaprofylax enligt riktlinjerna.

ENKELT FORMULERAD DAGBOK

Patienten får via en dagbok som täcker minst tio dagar efter given kemoterapi registrera sitt eventuella illamående, kräkningar och sitt välbefinnande (figur 3 och 4). Dagboken innehåller också den ordination på antiemetika som patienten ska ta hemma och vid behov. Dagboken är enkelt formulerad för att säkerställa att patienten ska orka fylla i den dagligen och under alla sina behandlingar med kemoterapi. Den innehåller den mängd data som är realistiskt att hantera i daglig klinisk rutinsjukvård.

Vid kommande behandling går ansvarig sjuksköterska igenom dagboken tillsammans med patienten för att få en bild av hur patienten har mått under de dagar som gått sedan förra behandlingen och för att få kunskap om vilka antiemetika hon eller han har tagit. Ofta skriver patienterna också ned andra symptom eller biverkningar som hon eller han har haft.

Vid behov revideras antiemetikabehandlingen och sedan matas resultaten från dagboken in i den nationella databasen. Patienten får en ny dagbok med sig hem. Vid onkologiska kliniken i Linköping har sjuksköterskorna på kliniken huvudansvaret för att patienten får antiemetika enligt riktlinjerna, att eventuella revideringar i ordinationen följer riktlinjerna och att patienten får en dagbok. Om avsteg från riktlinjer behöver göras eller om tveksamheter finns kontaktas ansvarig läkare.

All ny personal får en tre timmars basutbildning för att vara behöriga att utföra de arbetsuppgifter som är förknippade med klinikkens rutiner för antiemetikabehandling.

DATABAS UNDERLÄTTAR

Information om given antiemetika och patientens skattningar från dagboken lagras i en databas. De kliniker som ingår i registret kan med några enkla knapptryckningar få fram tydliga grafer över hur grupper av patienter eller enskilda individer mår vilket underlättar beslut om eventuella revideringar av riktlinjerna. Klinikens data kan enkelt jämföras med de andra klinikernas sam-

lade data, dock kan inte enskilda kliniker jämföras. I februari 2008 innehåller databasen över 12 000 dagböcker. Figur 5 visar resultatet från patienter som behandlats med bröstcancer. De yngre patienterna (yngre än 40 år) har större problem med illamående än de äldre (äldre än 60 år). Detta är välkänt sedan tidigare och visar validiteten i databasens material.

Resultaten från databasen redovisas regelbundet på kliniken och ligger sedan till grund för en eventuell revidering av riktlinjerna, vilket görs efter genomgång av litteratur och i samarbete med diagnosansvarig läkare. I Linköping har en Antiemetikagrupp ansvaret för att sammanställa resultat som redovisas på klinikköten och utbildningsdagar.

KLINIKEN ÄGER SINA EGNA DATA

Användningen av Emesisregistret regleras i avtal mellan styrgruppen för Svenska Emesisregistret och respektive landsting. Data ägs av den inmatande kliniken och registret leds av en styrgrupp med deltagare från varje klinik. Registret är i första hand ett kvalitetssäkringsinstrument i rutinsjukvården. Det kan förhoppningsvis användas för att förbättra

Mina mediciner för att förebygga illamående

Emesis Registret

Regim: _____

Cykel: _____

Adjuvant: ☐ Ja ☐ Nej

Datum dag 1: _____

Datum	Preparat	kl. 8	Tagit medicin kl. 14	Tagit medicin kl. 20	vid behov kl.
		☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	

Min medicin vid behov: _____



Opioider tar bort smärtan...

...men ger ofta förstoppning

RELISTOR®

metylnaltrexonbromid
subkutan injektion

OPIOIDANTAGONIST SOM ENBART VERKAR PERIFERT¹

INGÅR I
SUBVENTIONS-
SYSTEMET²

Nu finns RELISTOR – opioidantagonisten för behandling av opioidinducerad förstoppning. RELISTOR blockerar opioidens negativa effekter på magtarmkanalen, men inte dess smärt-
lindrande egenskaper.^{1,3}

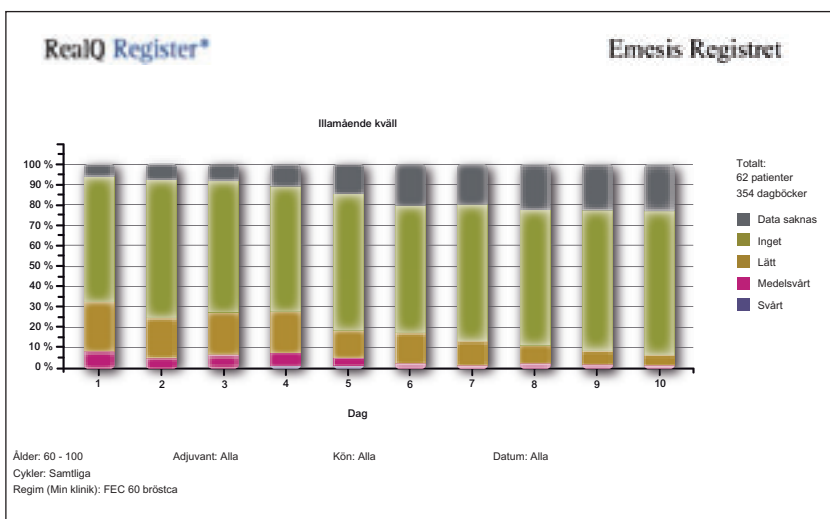
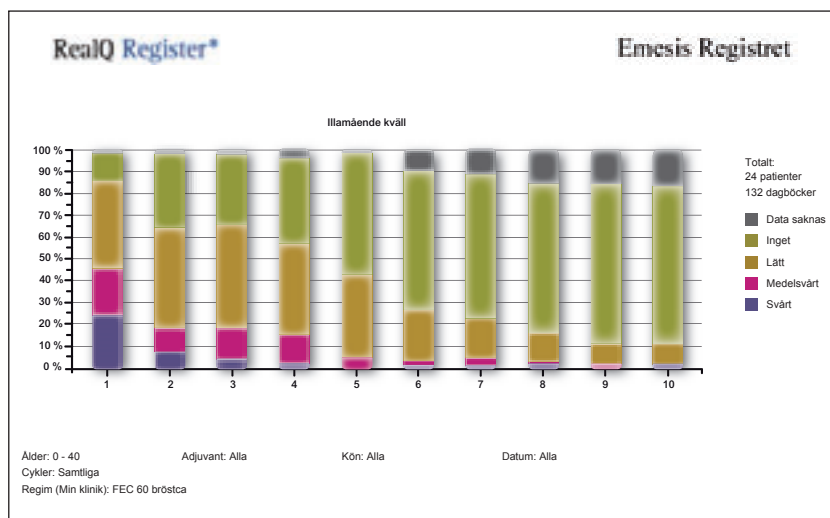
Nu ingår RELISTOR i subventionssystemet.

INDIKATION: Behandling av opioidframkallad förstoppning hos vuxna patienter med avancerad sjukdom som erhåller palliativ behandling då effekten av vanliga laxermedel varit otillräcklig.

Referenser: 1. Produktresumé RELISTOR. www.fass.se. 2. www.tlv.se. 3. Thomas J, et al. NEJM 2008; 358: 2332-43. **Förpackningar och styrkor:** Rx. Ingår i subventionssystemet. 1 st injektionsflaska med injektionsvätska (lösning 12 mg/0,6 ml), 7 st injektionsflaskor med injektionsvätska (lösning 12 mg/0,6 ml) + 7 st sterila 1 ml-injektionssprutor med kanyl som förs in i sprutan efter användning + 14 spritkompresser. Senaste översynen av informationen 2008-07-02. För priser och övrig information, se www.fass.se. ATC-kod: A06AH01.

ORIONLABOR SV ELJÖR

EXEMPEL UR EMESISREGISTRET



Figur 5. Illamående hos patienter med bröstcancer behandlade med FEC/CEF. Under 40 år respektive över 60 år.

ra klinikens rutiner men också på enskild patientnivå genom möjligheten att snabbt få tillgång till data från tidigare givna behandlingar och cykler. Det kan också möjliggöra forsknings- och utvecklingsprojekt efter godkännande av styrgruppen.

De kliniker som hittills anslutit sig till registret är onkologiklinikerna i Linköping, Jönköping, Borås och Sundsvall, hematologiska klinikerna i Linköping och Karolinska universitetssjukhuset i Stockholm, kirurgiska kliniken i Kalmar och barnonkologiska kliniken vid Lunds universitetssjukhus.

Kliniker som är på väg att ansluta sig är onkologiska klinikerna vid Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg och Karolinska universitetssjukhuset i Stockholm.

VINSTER MED EMESISREGISTRET

Det Svenska Emesisregistret har ökat de deltagande klinikernas möjlighet att erbjuda evidensbaserad vård och behandling för två mycket vanliga och för patienten mycket besvärande symtom. Registret innebär att vårdgivarna fått ett kliniskt användbart verktyg för att kunna utvärdera effekten av given antieme-

tikabehandling. Registret ger också möjlighet att prioritera resurser till dem som bäst behöver, kostnaden för vissa antiemetika är hög och användandet kan begränsas till de med svårast symtom.

Vårdpersonal från de deltagande klinikerna vittnar om att medvetenheten om patientens illamående och kräkningar, framförallt under den period patienten inte är på sjukhuset har ökat. De allra flesta patienter uppskattar också möjligheten att med hjälp av dagboken kunna beskriva sina symtom.

Referenser

1. Hesketh PJ. Chemotherapy-induced nausea and vomiting. N Engl J Med. 2008;358(23):2482-94.
2. Molassiotis A, Saunders MP, Valle J, Wilson G, Lorigan P, Wardley A, Levine E, Cowan R, Loncaster J, Rittenberg C. A prospective observational study of chemotherapy-related nausea and vomiting in routine practice in a UK cancer centre. Support Care Cancer. 2008 Feb;16(2):201-8. Epub 2007 Oct 10.
3. Grunberg SM. Antiemetic activity of corticosteroids in patients receiving cancer chemotherapy: dosing, efficacy, and tolerability analysis. Ann Oncol. 2007;18(2):233-40. Epub 2006 Nov 15.
4. Roila F, Hesketh PJ, Herrstedt J; Antiemetic Subcommittee of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer. Prevention of chemotherapy- and radiotherapy-induced emesis: results of the 2004 Perugia International Antiemetic Consensus Conference. Ann Oncol. 2006 17 (1):20-8.
5. Grunberg SM, Deuson RR, Mavros P, Gelling O, Hansen M, Cruciani G, Daniele B, De Pouvourville G, Rubenstein EB, Daugaard G. Incidence of chemotherapy-induced nausea and emesis after modern antiemetics. Cancer. 2004;100(10):2261-8.
6. Molassiotis A, Börjeson S. Nausea and vomiting. In Kearney N, Richardson (eds). Nursing patients with cancer: principles and practice, Elsevier Science, 2006.



FRÅN OLIDLIG SMÄRTA TILL EFFEKTIV SMÄRTLINDRING PÅ NÅGRA MINUTER

SNABB ABSORPTION,¹ KORTVARIG EFFEKT²



NYHET FÖR GENOMBROTTSMÄRTA VID CANCER

AbstralTM
SUBLINGUAL FENTANYL RESORIBLETT

Löses upp på några sekunder.³
Verkar på några minuter¹

AbstralTM Förkortad förskrivningsinformation

Produktbeskrivning: AbstralTM (resoriblett, sublingual) 100 mikrogram fentanyl, 200 mikrogram fentanyl, 300 mikrogram fentanyl, 400 mikrogram fentanyl, 600 mikrogram fentanyl och 800 mikrogram fentanyl

N02AB03



Indikationer: Behandling av genombrottsmärtor hos patienter som redan behandlas med opioider som underhållsbehandling vid långvarig cancersmärta.

Dosering: Abstral skall endast administreras till patienter som betraktas som toleranta mot den opioidbehandling de får mot sin ihållande cancersmärta. Abstral sublinguala resoribletter skall administreras direkt under tungan och skall lösas upp helt och hållet utan att sväljas eller tuggas.

Initialt bör en Abstral-dos på 100 mikrogram användas, och därefter titreras upp efter behov med de olika tillgängliga dosstyrkorna. Patienterna skall övervakas noggrant tills en optimal dos erhålls, d.v.s. en dos som ger adekvat analgesi med acceptabla biverkningar för varje episod av genombrottsmärtor.

När optimal dos har fastställts, eventuellt omfattande mer än en tablett, skall patienten underhållsbehandlas med denna dos, dock begränsad till maximalt fyra doseringstillfällen med Abstral per dag.

Användning till äldre samt speciella patientgrupper: Dostitreringen måste ske med särskild omsorg vid behandling av äldre samt patienter med nedsatt njur- och leverfunktion.

Kontraindikationer: Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne.

Abstral är kontraindicerat till opioidnaiva patienter på grund av risken för livshotande andningsdepression. Uttalad andningsdepression eller grava obstruktiva lungsjukdomar.

Samtidig administrering av MAO-hämmare eller inom 14 dagar efter utsättande av MAO-hämmare.

Samtidig användning av blandade agonister/antagonister. Patienter under 18 år.

Varningar och försiktighet: Innan behandling med Abstral påbörjas är det viktigt att den behandling med långverkande opioid som patienten får för att kontrollera den ihållande smärtan har stabiliserats.

Efter upprepad administrering av opioider kan beroende utvecklas. Liksom med alla opioider finns det en risk för kliniskt signifikant andningsdepression associerad med användning av Abstral. Särskild försiktighet bör iaktas under dostitrering av Abstral hos patienter med kronisk obstruktiv lungsjukdom eller andra medicinska tillstånd som predisponerar för andningsdepression. Abstral skall endast administreras med yttersta försiktighet till patienter som kan vara särskilt utsatta för intrakraniella effekter av hyperkapni. Hos patienter med huvudskador kan det kliniska förloppet maskeras vid användning av opioider.

Försiktighet bör iaktas vid behandling av patienter med bradykardi, hypovolemisk hypotension, munsår eller mukositt.

Interaktioner: Fentanyl metaboliseras av CYP3A4. Läkemedel som hämmar CYP3A4-aktivitet, som makrolidantibiotika (t.ex. erytromycin), antimykotika av azoltyp (t.ex. ketokonazol, itraconazol) eller vissa proteashämmare (t.ex. ritonavir) kan öka biotillgängligheten för fentanyl genom att minska dess systemiska

clearance, och därigenom potentiellt förstärka eller förlänga opioideffekterna. Det är även känt att grapefruktjuice hämmar CYP3A4. Fentanyl bör därför ges med försiktighet om det administreras samtidigt med CYP3A4-hämmare. Samtidig användning av andra CNS-depressiva medel, såsom andra morfinderivat (analogika och hostdämpande), narkosmedel, skelettmuskelrelaxerande medel, sederande antidepressiva, sederande H1-antihistaminer, barbiturater, anxiolytika (d.v.s. bensodiazepiner), hypnotika, antipsykotika, klonidin och närbesläktade substanser kan framkalla en ökning av de CNS-deprimerande effekterna. Andningsdepression, hypotension och djup sedering kan uppträda.

Alkohol potentierar den sederande effekten hos morfinbaserade analgetika; därför rekommenderas ej samtidig administrering av alkoholhaltiga drycker eller läkemedel och Abstral.

Graviditet: Säkerheten hos fentanyl vid användning under graviditet har ej fastställts. Fentanyl skall endast användas under graviditet i de fall det är absolut nödvändigt.

Fentanyl bör ej användas under värkarbete och förlösning (inklusive kejsarsnitt), eftersom fentanyl passerar över placenta och kan orsaka andningsdepression hos fostret eller det nyfödda barnet.

Amning: Fentanyl utsöndras i bröstmjölk och bör endast användas till ammande kvinnor om nyttan tydligt uppväger de potentiella riskerna för både moder och barn.

Trafik: Fentanyl kan nedsätta den mentala eller fysiska förmågan att utföra potentiellt farliga uppgifter som att framföra fordon eller använda maskiner. Patienter bör avrådas från att framföra fordon eller använda maskiner om de drabbas av yrsel eller dåsigheit eller upplever dubbelseende eller dimsyn medan de tar Abstral.

Biverkningar: De biverkningar som är typiska för opioider kan förväntas med Abstral. De allvarligaste biverkningarna är andningsdepression, hypotension och chock. Övriga mycket vanliga rapporterade biverkningar innefattar: Illamående, kräkningar, förstoppning, huvudvärk, somnolens/trötthet och yrsel. Se SPC-text för detaljer om dessa och andra biverkningar.

Förpackningar

Resoriblett, sublingual 100 mikrogram, 30 st i blister	Resoriblett, sublingual 400 mikrogram, 30 st i blister
Resoriblett, sublingual 200 mikrogram, 30 st i blister	Resoriblett, sublingual 600 mikrogram, 30 st i blister
Resoriblett, sublingual 300 mikrogram, 30 st i blister	Resoriblett, sublingual 800 mikrogram, 30 st i blister

För ytterligare information se: www.fass.se

Referenser

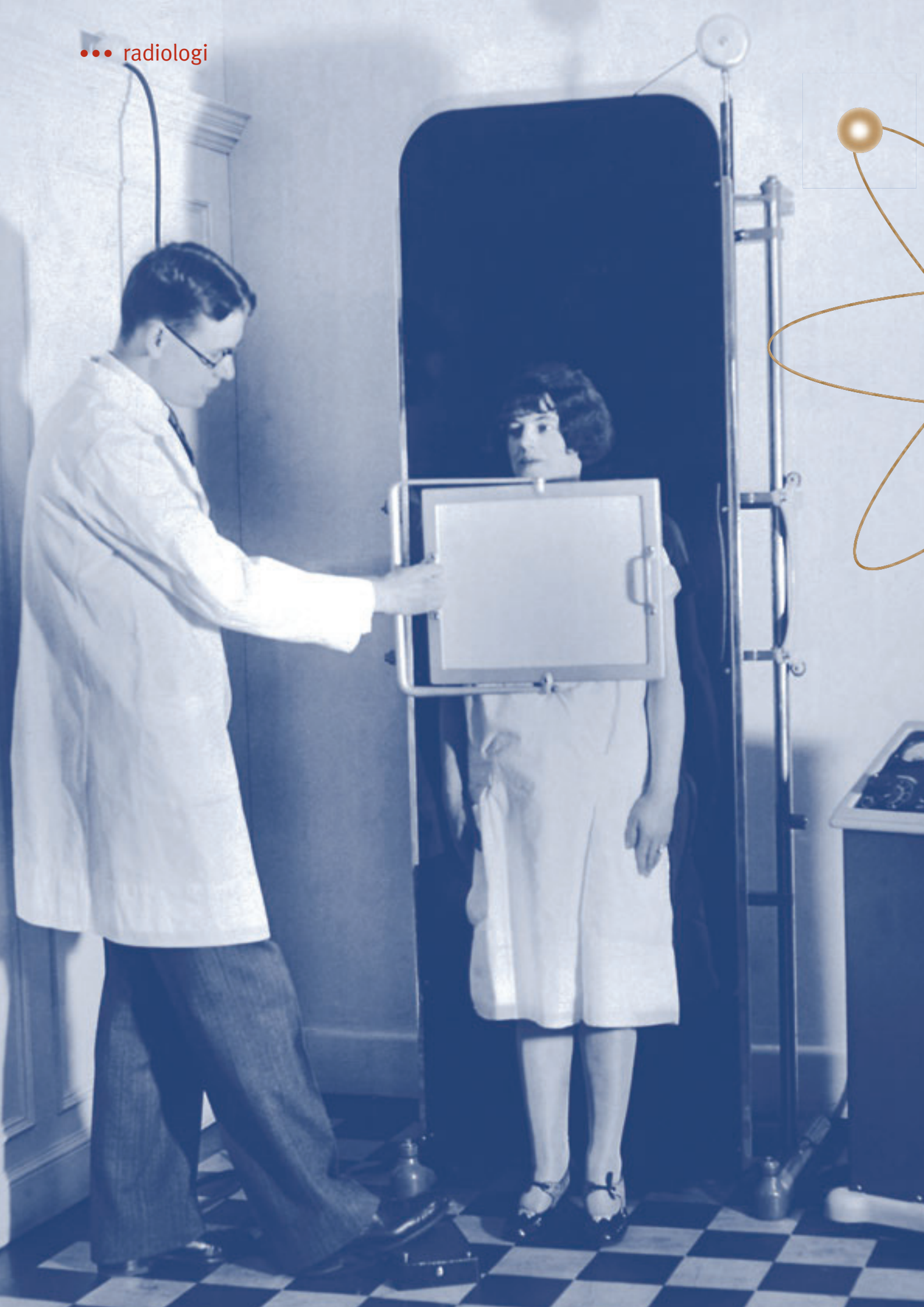
1. Data on file – Study SuF-002.
2. Lennernäs B *et al.* Br J Clin Pharmacol 2005; **59**(2): 249-253.
3. Bredenberg S *et al.* Eur J Pharm Sci 2003; **20**: 327-334.

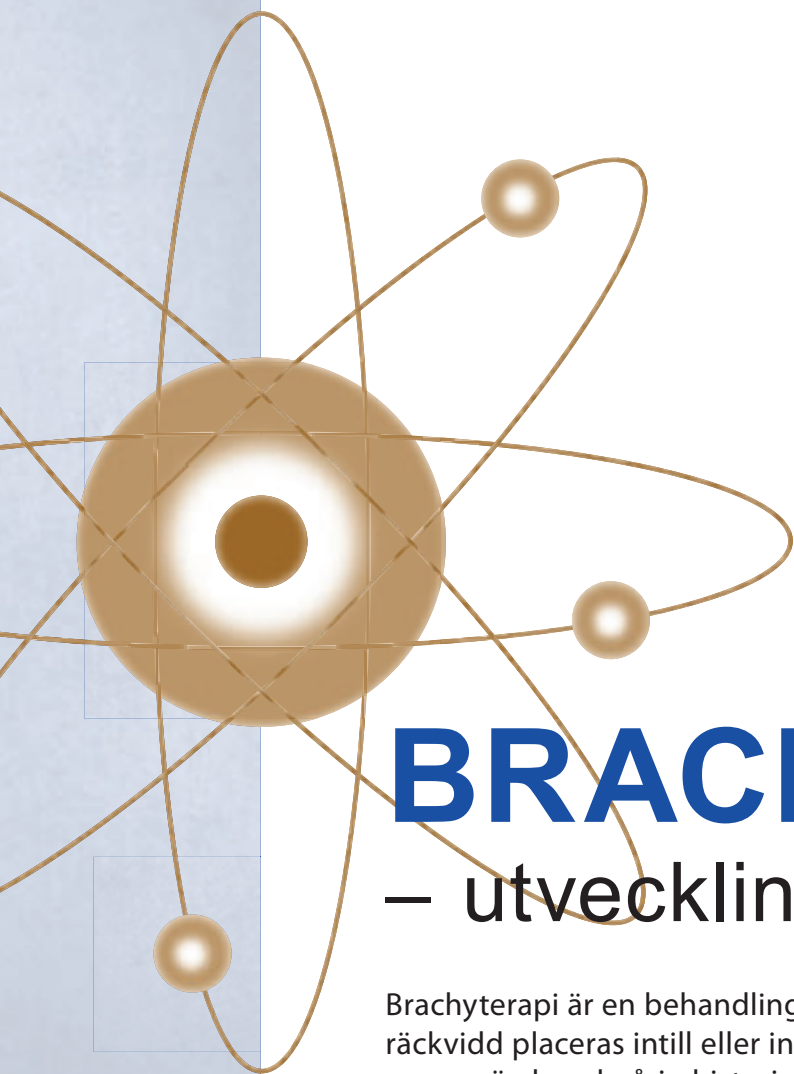
Datum för sammanställning: Augusti 2008

ProStrakan AB
Geijersgatan 2, 216 18 Malmö
Tel: 040-15 45 70

ProStrakan
www.prostrakan.se

... radiologi





BRACHYTERAPI

– utveckling under ett sekel

Brachyterapi är en behandlingsmetod där radioaktiva isotoper med kort räckvidd placeras intill eller inuti den tumör som ska bestrålas. Metoden har en mer än hundraårig historia. Än i dag är den en väletablerad behandling av exempel prostatacancer, gynekologiska tumörer och huvud-halstumörer. **Bo Frankendal**, pensionerad klinikchef och docent i gynekologisk onkologi tecknar här brachyterapiens historia.



Bild 1. Antoine-Henri Becquerel.

Det började med att Röntgen publicerade sin upptäckt 1895. Denna väckte stor sensation bland naturvetenskapliga forskare. En av dessa var Henri Becquerel (bild 1), fysikprofessor i Paris, som forskade på fluorescens. Han började undersöka om ämnen som fluorescerade, det vill säga utsände synligt ljus när de bestrålades med solljus, samtidigt kunde sända ut osynlig strålning av samma natur som Röntgen framställt med katodstrålerör.

En dag förberedde han ett experiment med ett mineral som innehöll uran. Han virade in en fotografisk film i svart papper så att inget solljus skulle kunna påverka filmen och planerade att lägga mineralen intill filmen. Becquerel blev försenad, det blev dags för lunch, så han avbröt sitt experiment och stoppade in mineralen och den inlindade filmen i en låda som han läste.

Eftersom det rörde sig om en äkta fransk lunch återvände den gode professorn först dagen efter till sitt laboratorium. Av oklar anledning framkallade han filmen trots att mineralen inte hade legat i solsken och kunnat fluorescera. Nu visade det sig att filmen hade blivit svärtad och Becquerel kunde visa

att mineralen med uran utsände en osynlig strålning med egenskaper liknande Röntgens strålar.

Det första steget mot kunskap om radioaktiv strålning hade tagits.

MARIE CURIES VÄG TILL PARIS

Den fortsatta utvecklingen skulle ledas av en av vår tids allra största forskare. Under senare hälften av 1800-talet växte i Warszawa en flicka upp vid namn Maria Sklodowska med anmärkningsvärd studiebegåvning, kunskapsörst och arbetsförmåga. Trots att hon avlagt skol-examen som kursetta kunde hon inte fortsätta med akademiska studier, eftersom universiteten i Polen var stängda för kvinnor vid denna tid. Det fanns dock en möjlighet för henne att studera vidare i Paris.



Bild 2. Marie och Pierre Curie.

skap. Hon talade knagglig franska och hennes kunskaper från den inte alltför avancerade flickskolan i Polen var ojämna. Trots det kunde hon två år senare avlägga en examen motsvarande vår licentiatexamen som överlägset bästa elev. Efter denna examen läste hon också in en liknande examen i matematik.

Därefter var det dags för Maria att börja forska. Hon hade nu ändrat sitt namn till det mer franskklingande Marie. Hon ville undersöka om det fanns fler ämnen i naturen än uran som sände ut den mystiska strålningen och kontaktade därför en av Frankrikes främsta specialister på mineraler vid namn Pierre Curie. Han ställde upp som hennes handledare.

Han kunde också hjälpa Marie på ett annat sätt. Tillsammans med sin bror hade han uppfunnit en elektrometer som gjorde det möjligt att snabbt mäta den joniserande strålningen från radioaktiva ämnen. Denna metod var helt överlägsen tekniken att notera svärtning av fotografisk film. Pierre engagerade sig alltmer i Maries forskning och övergav sitt eget projekt som handlade om magnetism. De började forska ihop och gifte sig (bild 2). Äktenskapet skulle så småningom välsignas med två döttrar.

Makarna fann snart ett egendomligt fenomen. I gruvor som nu ligger i södra Tjeckien utvann man pechblände som innehöll uran. Detta uran använde man i färgämnen för bland annat glas- och porslinsmålning. De som köper målat porslin från denna tid får alltså mer för

pengarna än vad de kanske räknat med. Emellertid visade sig strålningen från resterande pechblände vara mycket starkare än från det uran som man utvann.

Makarna satte nu igång att undersöka det svarta illaluktande pechbländet. Deras arbete ledde till upptäckten av två nya radioaktiva grundämnen som de döpte till polonium och radium. Detta skedde 1898 bara två år efter Becquerels upptäckt. Ändå påpekade Pierre att deras arbete skulle ha kunnat ske mycket snabbare om de bara haft bättre ekonomiska förutsättning.

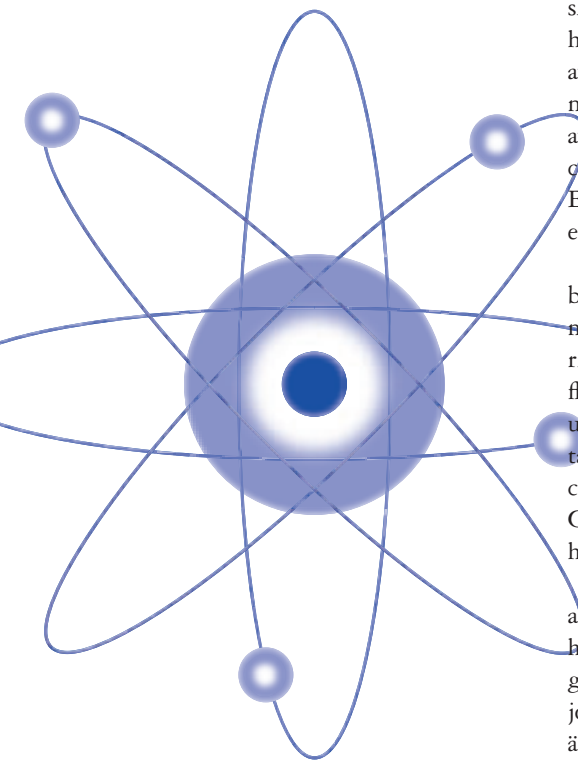
NOBELPRIS, HÄLSA OCH NÖJE

Ganska snabbt märkte läkarna att radium hade biologiska egenskaper och kunde användas för att bland annat bota maligna tumörer. 1903 rapporterade två läkare från Sankt Petersburg att de hade lyckats läka en basalcancers cancer med radium. Då ska man veta att redan 1899 hade de svenska läkarna Thor Stenbeck och Tage Sjögren kunnat läka en basalcancers cancer med röntgenstrålar.

Intresset för radium blev enormt och 1903 tilldelades makarna Curie Nobelpriset tillsammans med Becquerel. Pierre ville inte resa till Stockholm för att ta emot priset och då var det omöjligt för Marie att resa. Under sommaren året efter för emellertid makarna till Sverige och Pierre höll sin Nobelföreläsning medan Marie inte fick hålla någon föreläsning alls. Sådan var genusuppfattningen i Sverige i början av 1900-talet.

Naturligtvis var det många framstående forskare som bidrog till att kunskaperna om ämnen med radioaktiva egenskaper snabbt ökade. Ernest Rutherford beskrev alfa- och betastrålningen 1899 och införde begreppet halveringstider. Han fick Nobelpriset 1908, adlades 1914 till Sir Ernest och 1931 till Lord Rutherford. År 1900 upptäckte Paul Villard gammastrålarna.

Givetvis skulle många personer med låga eller inga krav på vetenskaplig bevisning utnyttja de nya upptäckterna. Man behandlade alla tänkbara tillstånd med radioaktiva preparat och rapporterade stora framgångar när det gällde att banta överviktiga personer och få senila människor att återgå till sitt normaltillstånd. Fantasin och uppfinningsriksdomen kände knappt några gränser när det gällde att distribuera radioaktiva sub-



Tyvärr fanns det inte tillräckligt med pengar i familjen för att bekosta studier i Paris men Maria gjorde en överenskommelse med sin några år äldre syster Bronia. Först skulle Bronia åka till Paris för att utbilda sig till läkare. Under tiden skulle Maria arbeta som informator hemma i Polen och skicka det hon tjänade till systemen. När Bronia kunde försörja sig som läkare var det Marias tur att åka till Paris och Bronia skulle betala hennes studier.

Sagt och gjort, när det blev Marias tur startade hon studier i naturveten-

Denna symbol står för effektivitet



OxyContin® (oxikodon) är en stark opioid för effektiv behandling av långvarig svår opioidkänslig smärta såsom smärta vid cancer.¹ Experimentella studier visar att oxikodon kan ha bättre effekt än morfin på visceral smärta.^{2,3}

Indikation: Långvarig svår opioidkänslig smärta såsom smärta vid cancer. Narkotiskt analgetikum, NO2A A05. ♦ Beroendeframkallande medel. Iakttag största försiktighet vid förskrivning av detta läkemedel. Vid behandling med OxyContin® (oxikodon) kan reaktionsförmågan nedsättas. Detta bör beaktas då skärpt uppmärksamhet krävs, t ex vid bilkörning. OxyContin® depottabletter 5 mg, 28 st, 10 mg, 20 mg, 40 mg och 80 mg, 28, 50 och 98 st. R_x, F. Texten är baserad på produktresumé: 2003-07-04. ©: OxyContin är ett registrerat varumärke. För pris och mer info se www.fass.se OxyContin® depottabletter ska sväljas hela, får ej tuggas, delas eller krossas.

Ref: 1. Mucci-LoRusso P et al. Eur J Pain. 1998; 2:239-49. 2. Staahl C et al. Pain. 2006; 123:28-36. 3. Staahl C et al. Scand J Gastroenterol. 2007; 42:383-90.



Mundipharma AB • Mölndalsvägen 26 • 412 63 Göteborg
Telefon 031-773 75 30 • www.mundipharma.se

OxyContin®
oxikodon 

stanser. Gasen radon utnyttjades för inandning och en anordning gjorde att man samtidigt kunde bada i radonhaltigt vatten (bild 3).

Givetvis stannade man inte vid att endast behandla sjukdomstillstånd. Genom att dagligen dricka radonhaltigt vatten fick man löfte om bevarad hälsa och ökad vitalitet. Reklammakarna talade om den sprudlande dryckens frigjorda styrka och de hälsovibrationer som den tillförde kroppen.

Speciellt för kvinnliga konsumenter fanns en ansiktskräm som uppgavs vara bra mot rynkor och generande hårväxt. Denna kräm som innehöll radioaktivt torium fanns att köpa så sent som 1962. I ärlighetens namn så skiljer sig inte broschyrerna så värst mycket från dagens reklam för diverse skönhetspreparat. Även nöjesindustrin hakade på med en kabaret 1915 som lockade med titlar som "My Radium Girl" och dansmusiken "Radium Two-Step".

Pierre Curie omkom 1906 i en trafikolycka och Marie Curie blev änka vid 39 års ålder. Hon fortsatte att forska och lyckades renframställa metalliskt radium. För detta tilldelades hon Nobelpriset i kemi 1911 och denna gång for hon till Stockholm, tog emot priset och höll sin Nobelföreläsning.

Även i fortsättningen av sitt liv skulle Marie göra viktiga insatser. Under Första världskriget såg hon till att ett hundratal bilar (les petites Curies) utrus-

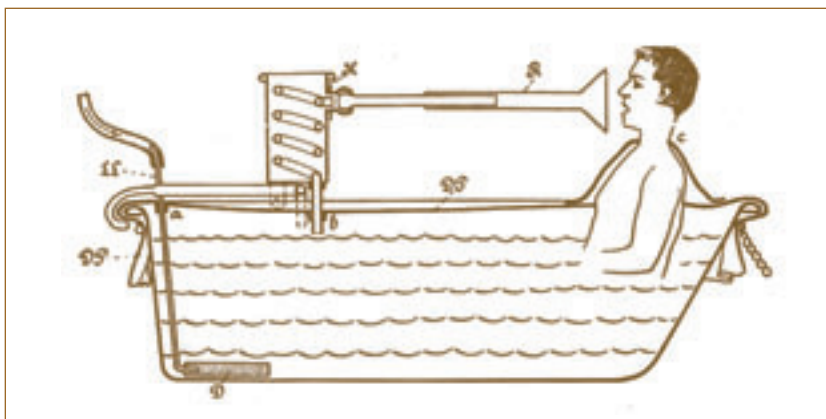


Bild 3. Radoninhalation och radonbad.

tades med genomlysningssutrustning som kördes fram till fronten och kunde användas för att lokalisera kulor och skrot i kroppen på skadade människor och därmed förbättra de kirurgiska ingreppen.

Den tidigaste studien avseende radiumskador kom 1925. Man hade utnyttjat att radiumsalter tillsammans med zinksulfid var självlysande och kunde ses i mörker. I fabriker arbetade framförallt kvinnor med att måla urtavlor och instrumentvisare med denna självlysande färg. De anställda spetsade sina målarpenslar med läpparna och fick då i sig radioaktivt material. Av 800 undersökta kvinnliga fabriksarbetare fick 48 "radiumkäke" (bennekros) och 18 dog (bild 4). Vid denna tid uppgavs 4 000 kvinnor arbeta med radiumhaltiga ämnen.

RADIUMHEMMET KOM TILL

Ordet brachyterapi lanserades av Gösta Forsell (bild 5) och står för behandling från en strålkälla placerad intill tumören. Behandlingen kan ges genom att lägga strålkällan direkt på tumörytan, intrakavitärt i kroppshåligheter eller interstitiellt via nålar införda i tumörområdet.

Den intrakavitära behandlingen har alltså stor betydelse vid livmoderhalscancer. Denna cancer var vanlig i början av 1900-talet och trots omfattande kirurgiska insatser var behandlingsresultaten usla. Man jagade efter bättre behandlingsmetoder och när radiumbehandlingarna kom, togs de emot med entusiasm efter en kort inledande fas av motstånd.

I Sverige hade Forsell med medel från svenska kungahuset inköpt radium i Paris och tillsammans med kirurgen John

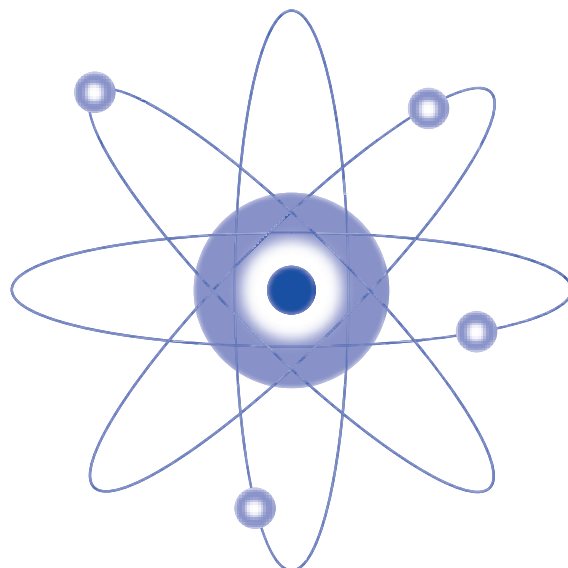


Bild 5. Gösta Forsell (1876-1950).

Berg 1910 startades Radiumhemmet i Stockholm. Forsell blev chef och knöt två läkare till verksamheten, Elis Berven och gynekologen James Heyman (bild



Bild 4. Varning för självlysande radiumfärger.



Retacrit® är ett nytt erythropoietin läkemedel

– Hospiras första biosimilar



retacrit
epoetin zeta

Retacrit är ett rekombinant humant erythropoietin läkemedel.

Sortiment

Retacrit 1000 IE/0,3 ml injektionsvätska, lösning i förfylld spruta, Retacrit 2000 IE/0,6 ml injektionsvätska, lösning i förfylld spruta, Retacrit 3000 IE/0,9 ml injektionsvätska, lösning i förfylld spruta, Retacrit 4000 IE/0,4 ml injektionsvätska, lösning i förfylld spruta, Retacrit 5000 IE/0,5 ml injektionsvätska, lösning i förfylld spruta, Retacrit 6000 IE/0,6 ml injektionsvätska, lösning i förfylld spruta, Retacrit 8000 IE/0,8 ml injektionsvätska, lösning i förfylld spruta, Retacrit 10000 IE/1,0 ml injektionsvätska, lösning i förfylld spruta, Retacrit 20000 IE/0,5 ml injektionsvätska, lösning i förfylld spruta, (finns tillgänglig fr. o m. nov 2008), Retacrit 30000 IE/0,75 ml injektionsvätska, lösning i förfylld spruta, (finns tillgänglig fr. o m. nov 2008), Retacrit 40000 IE/1,0 ml injektionsvätska, lösning i förfylld spruta

Indikationer

- Behandling av anemi vid kronisk njursvikt hos vuxna och pediatrika patienter i hemodialys samt vuxna patienter i peritoneal dialys.
- Behandling av svår anemi av renalt ursprung åtföljt av kliniska symptom hos vuxna patienter med njurinsufficiens som ännu ej påbörjat dialys.
- Behandling av anemi och reducering av transfusionsbehovet hos vuxna patienter som genomgår kemoterapi för solida tumörer, malignt lymfom eller multipelt myelom och som bedöms löpa risk för behov av transfusion utifrån allmäntillståndet (t.ex. hjärt-/kärlstatus eller anemistillstånd före kemoterapis början).
- Retacrit kan användas för att öka uttaget av eget (autologt) blod hos patienter vid förbehandling inför donation. Sådan användning måste vägas mot den rapporterade risken för tromboembolier. Behandling bör endast ges till patienter med måttlig anemi (hemoglobin (Hb) 10-13g/dl [6,2-8,1 mmol/l], utan järnbrist) och då blodsparande åtgärder ej finns tillgängliga eller anses otillräckliga inför planerad större elektiv kirurgi som bedöms kräva stor mängd blod (4 eller fler enheter blod för kvinnor och 5 eller fler enheter för män).

För ytterligare information se: www.fass.se



Bild 6. James Heyman.

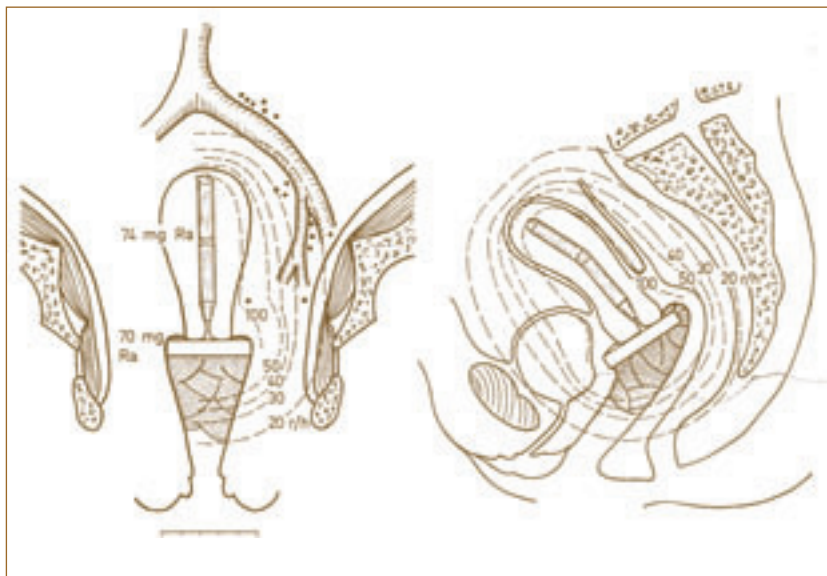


Bild 7. Stockholmsmetoden. Radiumhylsor inlagda i livmoder och slidtopp. Gasbinda har packats i slidan så vaginala hylsan hålls på plats. Streckade linjer motsvarar isodoslinjer kring strålkällorna i bäckenet.

6). Det var Heyman som efter Forsells riktlinjer från 1914 och framåt utvecklade tekniken för behandling av livmoderhalscancer som fått namnet Stockholmsmetoden (bild 7).

Heymans metod byggde på att man placerade en hylsa med radium i livmoderkaviteten och en platta med radium i slidans övre del. Denna platta fixerades genom att man tryckte in gasbinda distalt om den i slidan. Man gav två eller tre behandlingar av cirka 20 timmars längd vardera med två veckors intervaller.

Omkring år 1920 utvecklades en likartad brachybehandling benämnd Parismetoden där man gav en enda behandling under 120 timmar. Manchestermetoden kom 1938 med två applikationer på vardera cirka 65 timmar. Att ge behandlingsmetoderna namn efter de städer där de arbetats fram, ansågs helt acceptabelt. Vid denna tid var chauvinism inte något fult.

Heyman skulle också utveckla en brachyteknik för behandling av livmoderkroppscancer, döpt till Heymans packningsmetod, där man införde upp till 15 hylsor med radium i livmoderkaviteten. På detta vis trycktes livmoderväggen med tumören ut och blev tunnare så att dosfördelningen blev mer effektiv (bild 8).

Både Stockholmsmetoden och Parismetoden innebar att intrakavitär brachybestrålning kombinerades med extern bestrålning. I regel använde man rek-

tangulära eller kvadratiske fram- och bakfält. För att inte den sammanlagda stråldosen från brachybestrålningen och den externa bestrålningen skulle bli för hög mot urinblåsa och rektum förde man in en avskärmande blykloss i den nedre delen av fälten. Senare skulle man införa fyrfältsteknik med fram-, bak- och sidfält. Fältens form har också ändrats så att dosfördelningen bättre anpassas till det område som man ville bestråla.

VIKTIGT ATT MÄTA DOSEN

Ett problem gällde dosmätning och dosfördelning som är betydelsefullt för att kunna jämföra behandlingsresultat och

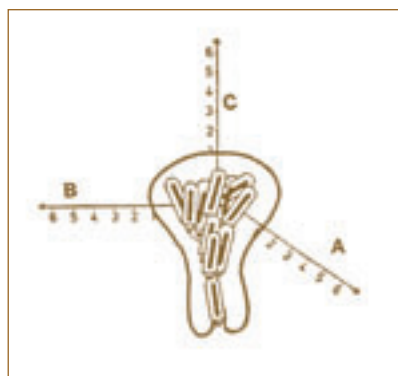


Bild 8. Heymans packningsmetod. Ett antal hylsor med radium pressas in i livmoderkaviteten så att livmoderväggen trycks ut och blir tunnare. På detta vis kan man åstadkomma en adekvat stråldos även i den yttre delen av väggen.



Bild 9. Semikonduktormeter. En kadmiumsulfidkristall i spetsen på katetern, vilken införs i blåsa och rektum

strålbiverkningar. Från början använde man begreppet milligramtimmar, det vill säga man multiplicerade antal gram i de inlagda strålkällorna med behandlingstiden. Detta mått sa ju inget om dosfördelningen men elaka radiofysiker ansåg att måttet var användbart, eftersom det var tillräckligt enkelt för att begripas av de behandlande läkarna.

Dosmätningar i urinblåsa och rektum gjordes med en semikonduktormeter (bild 9). Denna metod hade flera nackdelar, bland annat kunde den behandlande läkaren genom att vicka på instrumentet minska eller öka avståndet till strålkällan och därmed också den uppmätta stråldosen. Med Manchestermetoden infördes dosberäkning i några anatomiska punkter vilket innebar en klar förbättring jämfört med milligramtimmar men också en viss förvirring kring dessa punkters exakta läge. Det medförde många uppfrysande och hetsiga gräl.

Heyman var en drivande kraft bakom att stadiindelning av maligna tumörer infördes 1929. Han startade också en publikation, "Annual report", där kliniker från hela världen rapporterade om sina behandlingsmetoder och resultat i form av överlevnadssiffror. Tyvärr fick man inte med några rapporter om strålbiverkningar. Under åren har ett flertal olika system utarbetats för klassificering av strålbiverkningar men inget system har hittills blivit internationellt accepterat.

Det fanns flera nackdelar med radium. Strålningen sträckte sig över ett brett spektrum av energier och det var nödvändigt att filtrera bort all mjuk strålning. Det kunde man klara genom att kapsla in radium i en platinumhylsa. Vid sönderfallet bildades den radioaktiva gasen radon som inte fick komma ut i rummet. Platinumhylsan måste göras lufttät och i sin tur omges av en likaledes lufttät hylsa av rostfritt stål som tålde tvättning av kapseln.

Ett ytterligare problem gällde handhavandet av radiumpreparaten då personalen fick en hel del strålning på sig. De manliga läkarna brukade visa att de inte hade något hår kvar på handryggarna som ett tecken på att de var erfarna radiumdoktorer. Man använde olika blyskydd för att skydda sig men att helt undvika bestrålning var omöjligt.

Tidigt hade tanken väckts att använda efterladdningsteknik. Tysken Herman Strebel 1903 och amerikanen Robert Abbé 1906 förslög tekniken att förvara strålkällor i blylådor placerade intill behandlingsborden i strålskyddade rum. Man placerade metallkatetrar i patienterna intill tumörerna, katetrarna kopplades ihop med blylådorna via gummislangar och strålkällorna i form av cylindrar eller kulor fördes på mekanisk väg därefter från boxarna in i katetrarna. Personalen vistades under behandlingarna utanför behandlingsrummet och slapp därmed att utsättas för bestrålning.

STEGET BORT FRÅN RADIUM

Det kanske viktigaste steget bort från radium togs emellertid av Pierre och Marie Curies dotter och svärson. Det var Irène och Frédéric Joliot-Curie som fann



Bild 10. Efterladdningsapparater: behållare med strålkällor.

en metod att artificiellt skapa radioaktiva isotoper. För detta fick de Nobelpriset 1935, året efter Marie Curie hade gått bort. Därmed öppnade sig möjligheten att använda ett antal radioaktiva substanser som cesium, kobolt och iridium. I dag är det framförallt efterladdningsapparater med iridium som dominerar marknaden (bild 10). Strålkällorna kan göras små, vilket ger möjlighet att bättre än tidigare anpassa fördelningen av stråldoserna till de anatomiska förutsättningarna och till tumörutbredningen.

Under 1900-talet har de kirurgiska behandlingsmetoderna utvecklats alltmer. I många fall har det medfört kombinerad behandling av brachybestrålning och kirurgi. I flera fall har kirurgin delvis konkurrerat ut brachybehandling. Man har försökt jämföra metoderna både med hänsyn till överlevnadssiffror och till biverkningar. Helt rättvisa jämförelser har varit svårt att göra. Inom sjukvården har rutiner inarbetats med klara indikationer när den ena eller andra metoden ska användas så det verkar inte längre meningsfullt att försöka göra ytterligare jämförelser.

I vår tid har utvecklingen mot tredimensionell dosplanering med hjälp av datortomografi och magnetkamera fått en allt viktigare roll. Samtidigt pågår

mycket arbete med målet att förbättra behandlingsresultaten genom att kombinera brachyterapi med extern strålbehandling, cytostatikabehandling och kirurgi.

En utveckling mot intensitetsmodulerad extern bestrålning är på gång, vilket kanske ytterligare kan förbättra behandlingsresultaten och minska biverkningarna. Nu provas också vacciner mot tumörframkallande grupper av humant papillomvirus i försök att förhindra utveckling av livmoderhalscancer. Gradvis har behandlingsresultaten förbättrats och biverkningarna minskats.

Brachyterapiens hundraåriga historia handlar inte bara om förändringar i största allmänhet utan om en fascinerande och mödosam utveckling med många aktörer mot ständigt bättre behandlingsresultat.

Referenser

Gerbaulet, Alain, Pötter, Richard and Haie-Meder, Christine: Cervix cancer. In: The GEC ESTRO Handbook of Brachytherapy, Gerbaulet, Alain et al. eds., Leuven, 2002, s. 301-363.

Giroud, Françoise: Une femme honorable, Librairie Arthème Fayard, 1981.

Kjellgren, Olle: The development of gynecological radiotherapy/oncology in Sweden, Acta Oncologica, vol. 34, no. 8, 1995, s. 1017-1022.

Larsson, Lars-Gunnar: Organization of radiotherapy and clinical oncology in Sweden, Acta Oncologica, vol. 34, no. 8, 1995, s. 1011-1015.

Mould, Richard: Radium History Mosaic, Warszawa, 2007.

Sorbe, Bengt: Cervixcancer. in: Gynekologisk onkologi, Sorbe, Bengt och Frankendal, Bo, eds., Studentlitteratur, 2000, s. 232-258.

Walstam, Rune: Hänt – men kanske mindre känt – om strålbehandling, Kista 2002, s. 36-40.





i ASCO:s årsrapport

Dags att summera 2008 års onkologiska framgångar. ASCO:s årsrapportpanel har valt ut och sammanställt de viktigaste fynden under året. Som vanligt är det rekommenderad läsning för alla. Ta trettio minuter till artikeln och du är uppdaterad på de viktigaste framgångarna inom medicinsk onkologi, uppmanar **Mef Nilbert**, som sammanfattat rapporten.

I förordet till 2008 års ASCO-rapport konstateras att det snart är 40 år sedan president Nixon undertecknade "the National Cancer Act" där han manade till nationell samling i kampen mot cancer. Denna lag har lett till förbättrad prevention och behandling och till ökad överlevnad. I dag lever två av tre cancerpatienter mer än fem år efter diagnosen – det är dubbelt så många som 1970. Det innebär att det i USA i dag finns tolv miljoner canceröverlevare. I Sverige räknar vi med att siffran är cirka 400 000.

Satsningen på forskning har gett god kunskap om hur cancer utvecklas och under de senaste åren har allt fler läkemedel riktade mot cancercellens olika signalkedjor introducerats. Men stora utmaningar återstår. Varje år drabbas 1,4 miljoner amerikaner och mer än 50 000 svenskar av cancer. Många cancerformer upptäcks först i avancerade stadier och för flera former saknas effektiv behandling.

Rapporten tar också upp problemen med att en ökande andel av den kliniska forskningen bedrivs utanför USA och att det är svårt att rekrytera och behålla unga läkare i onkologi i en tid när andra specialiteter uppfattas som mer attraktiva. Rapporten tar också, liksom tidigare, upp de ökade behandlingsskostnaderna för cancer och ojämlikheter i tillgång till behandling, med onödigt lidande och död som följd.

Från svensk horisont brottas vi med samma problem. När vi föreslår strategier för att stärka den kliniska forskningen, öka antalet onkologer och kunna

erbjuda jämlik och modern behandling borde vi därför i ökande grad blicka utanför Sverige och se hur andra länder valt att arbeta med dessa frågor. Sverige är för litet för att finna egna lösningar på dessa internationella problem.

FRAMGÅNGARNA 2008

Framgångarna inom onkologi under 2008 har av författarna indelats i sex huvudområden; svårbehandlade tumörer, nya läkemedel, färre återfall, individualiserad behandling, riskfaktorer och tillgången till vård och behandling.

1. Svårbehandlade tumörer En stor randomiserad studie visade att tillägg av EGFR-hämmaren cetuximab till kemoterapi vid lungcancer ökade totalöverlevnaden med upp till 21 procent hos patienter med avancerad icke-småcellig lungcancer. Gemcitabin visar effekt vid pancreascancer i en stor randomiserad studie där patienter som genomgått radikal kirurgi behandlades sex månader adjuvant, vilket fördubblade den metastasfria överlevnaden och ökade totalöverlevnaden.

2. Nya läkemedel Nya läkemedel har under året godkänts av den amerikanska läkemedelsmyndigheten FDA för kronisk lymfatisk leukemi, KLL, (bendamustin) och för metastaserande bröstcancer (bevacizumab). Bendamustin har visats leda till remission av KLL hos 30 procent av patienterna, jämfört med två procent med den tidigare standardbe-

handlingen, klorambucil. Bevacizumab har som första linjens behandling vid icke HER2-positiv bröstcancer visats fördubbla sjukdomsfri överlevnad och öka responsen.

3. Färre återfall Flera strategier har under året visats minska risken för sjukdomsåterfall. Exempel på det är långtids-hormonbehandling vid bröstcancer. Kvinnor som avslutat fem års standardbehandling med tamoxifen efter bröstcancer visades ytterligare kunna sänka risken för återfall genom fortsatt antihormonell behandling med aromatasinhibitorer eller tamoxifen. Zolendronatbehandling vid bröstcancer används primärt för att stärka skelettet, men har visat sig kunna minska risken för återfall med ytterligare en tredjedel hos kvinnor som behandlades med tamoxifen eller aromatasinhibitorer. Vid melanom har en stor randomiserad studie visat att ett års behandling med pegylerat interferon minskar risken för återfall med 18 procent.

4. Individualiserad behandling KRAS-mutation har identifierats som en negativ prediktor för svar på EGFR-inhiberande behandling vid kolorektalcancer. Fyndet är ett viktigt steg för att målrikta behandling vid kolorektalcancer och är det första exemplet på hur en molekyl i signalkedjan nedanför den punkt som hämmas av behandlingen påverkar effekten.

5. Riskfaktorer En omfattande analys av 45 epidemiologiska studier visade en skyddande effekt av p-piller för utveckling av ovarialcancer. Risken minskade med 20 procent för varje femårsperiod som kvinnorna använt p-piller.

Humant papillomvirus (HPV) associeras med cancer i munhålan. En stor översikt har visat att incidensen i munhålecancer som är relaterad till HPV ökade med 0,8 procent per år under en

30-årsperiod samtidigt som incidensen icke HPV-relaterade tumörer var konstant. Författarna drog slutsatsen att förändrade sexualvanor, med ökad oralsex, kunde vara orsak till ökningen, vilket indikerar att HPV-vaccin (som är godkänt för prevention av cervixcancer) kanske kan bidra också till en minskad risk för munhåleccancer.

6. Tillgång till vård och behandling

Brist på onkologer är ett problem inom såväl den amerikanska som den europeiska cancervården. En amerikansk undersökning beräknar att antalet cancerpatienter ökar med 55 procent till år 2020, medan antalet onkologer inte ökar i samma omfattning. I USA räknar man med att sakna 4 000 onkologer år 2020.

Med största sannolikhet står Sverige inför en liknande utveckling, vilket det nu är hög tid att aktivt bemöta. 1 av 700 vuxna är barncanceröverlevare och gruppen ökar tack vare framgångarna inom barnonkologin. Denna grupp har ett långsiktigt behov av hälso- och sjukvård. Dessa individer visar sig, jämfört med syskonen, ha 5–10 gånger ökad risk för hjärt-kärlsjukdom 30 år efter behandlingen. Observationer understryker behovet av att följa dessa patienter och om möjligt intervensera för att minska risken för sena hjärt-kärlbiverkningar.

I dag ingår endast cirka fem procent av cancerpatienterna i kliniska prövningar, trots att detta är motorn för utveckling av nya behandlingsprinciper. Att underlätta och stimulera deltagande i studier är centralt då den låga andelen leder till långsam progress, vilket i sin tur innebär att många individer missar viktiga möjligheter till förbättrade behandlingar. I USA rekommenderas förändringar i försäkringssystemet, full ersättning till deltagande kliniker och åtgärder för att ge fler grupper möjlighet till deltagande och därmed bättre spegla och undersöka skillnader inom befolkningen.

DIAGNOSGRUPP HEMATOLOGI

viktigt • Bendamustin är effektivt mot KLL. Läkemedlet användes redan för 30 år sedan i Europa, men effekten på KLL har nu visats i en internationell fas III-studie där 30 procent av patienterna gick i komplett remission (jämfört med 2 procent med klorambucil). Den progres-

sionsfria överlevnaden ökade från 9,3 till 21,7 månader och fynden stöder användning av bendamustin som första linjens KLL-behandling.

värdefullt • I en fas I-studie visade sig antikroppen SGN-35, som binder till cellyteproteinet CD30, vara effektiv vid behandling av recidiv vid behandlingsrefraktära Hodgkinlymfom.

DIAGNOSGRUPP BRÖSTCANCER

viktigt • Förlängd hormonbehandling med tamoxifen utöver de rutinmässigt rekommenderade fem åren har i två studier (ATLAS och aTTom) indikerat sänkt risk för återfall. Dessa fynd behöver dock konfirmeras innan längre behandlingstid generellt kan rekommenderas. Studierna visade sex respektive tretton procent vinst efter tio års behandling, men uppföljningstiden är ännu i underkant, varför säkrare data väntas inom de närmaste åren. Dessa fynd kan dock komma att ändra behandlingsprinciperna då häften av återfallen och majoriteten av dödsfallen i bröstcancer inträffar efter fem år.

• Zolendronat används för behandling av skelettmetastaser, men har nu i en studie visat sig minska risken för återfall vid bröstcancer med 36 procent jämfört med patienter som endast behandlades med hormonterapi. Läkemedlet används också vid behandling av myelom, lungcancer och prostatacancer och har tidigare visats minska skelettrelaterade komplikationer hos kvinnor med skelettmetastaserad bröstcancer. Dessa fynd behöver också konfirmeras, men kan utvidga indikationen för behandling med zolendronat.

• Den angiogeneshämmande antikroppen bevacizumab, som riktas mot VEGF, godkändes under året av FDA för första linjens behandling av metastaserande bröstcancer i kombination med paklitaxel. Två studier har visat förlängd progressionsfri överlevnad vid denna kombinationsbehandling jämfört med enbart paklitaxel.

värdefullt • Ixabepilon godkändes av FDA under 2008 för behandling av metastaserande bröstcancer som inte svarat på annan behandling. Läkemedlet har i kombination med capecitabin visats förlänga tiden till progression (från 4,2 till 5,8 månader) med fördubblad responsfrekvens.

• Vitamin D-brist har i en kanadensisk studie visats påverka risk för metastasutveckling och därmed risk för död. Endast en av fyra patienter hade tillräcklig nivå av vitamin D vid diagnos och nivåerna kunde också kopplas till tumörernas aggressivitet. Konfirmerande och prospektiva data behövs dock innan eventuella dietrekommendationer kan bli aktuella.

DIAGNOSGRUPP CNS TUMÖRER

värdefullt • Angiogeneshämmaren bevacizumab i kombination med irinotecan har visats öka den progressionsfria överlevnaden vid glioblastom och ökade responserna med 13 procent. Detta fynd väntas leda till att bevacizumab registreras som behandling vid de svårbehandlade hjärntumörerna.

DIAGNOSGRUPP GASTROINTESTINAL CANCER

viktigt • KRAS-mutationer styr svaret på EGFR-behandling vid kolorektalcancer. Patienter med muterad KRAS hade ingen nytta av tillägg av EGFR-antikroppar till kemoterapi, medan patienter med normal KRAS hade nytta av antikroppstillägget med tumörminskning hos 59 procent jämfört med 43 procent. Mutationer finns i cirka 40 procent av tumörerna och mutationstestet har snabbt kommit i kliniskt bruk, också i Sverige.

• Gemcitabin förlänger överlevnaden hos patienter med inoperabel pankreascancer och hos patienter som opererats visades sex månaders behandling med gemcitabin fördubbla den sjukdomsfria överlevnaden (från 6,9 till 13,4 månader), medan totalöverlevnaden ökade med 2,6 månader. Också patienter med lokalt avancerade pankreascancer som inte kunde opereras hade nytta av gemcitabin, i kombination med strålbehandling, vilket visades som två månaders ökad överlevnad.

värdefullt • Patienter med kolorektal cancer med defekt DNA-reparation svarar sämre på 5-fluorouracilbaserad cytostatikabehandling, vilket visats i en sammanställning av flera randomiserade prövningar. Dessa fynd innebär att påvisad DNA-reparationsdefekt nog måste betraktas som en faktor att ta hänsyn till vid behandlingsbeslut.

DIAGNOSGRUPP UROGENITAL CANCER

värdefullt • Med tiden blir de flesta prostatacancer hormonrefraktära och därmed behandlingsresistenta. Två studier har under 2008 identifierat nya läkemedel som kan vara av värde för denna patientgrupp. I en fas I-studie visades behandling med abirateronacetat minska PSA-nivåerna med upp till 90 procent hos män med hormonrefraktär prostatacancer med effekter som bestod mellan några månader och två år. Abirateron hämmar enzymet CYP17 som inverkar på hormonproduktionen, bland annat testosteron. En annan studie visade att antisensnukleotiden OGX-11 i kombination med docetaxel och kortison också ledde till minskade PSA-värden och gav symtomlindring.

DIAGNOSGRUPP GYNEKOLOGISK CANCER

viktigt • Samlad analys av data från 45 epidemiologiska studier visade på 20 procent minskad risk för ovarialcancer för vart femte år man använt p-piller.

Riskminskningen kvarstod mer än 30 år efter användning, men minskade över tiden. Den teoretiska bakgrunden är minskad ovulation. Fynder är inte nytt, men den aktuella studien är den största med mer än 110 000 kvinnor. Baserat på dessa data beräknar man att p-piller förhindrat 200 000 ovarialcancer och 100 000 dödsfall i världen.

DIAGNOSGRUPP HUVUD-HALSCANCER

viktigt • En ökande incidens av HPV-relaterade cancer i huvud-halsregionen har noterats i USA mellan 1973 och 2004. Samtidigt har inte de tumörer som inte associerats till incidens ökat, utan snarare minskat under de senaste 25 åren. Förändrade sexualvanor, i form av ökad oralsex, har föreslagits ligga bakom denna ökning av HPV-associerade cancer. En möjlighet i detta sammanhang är att HPV-vaccin, som är godkänt för prevention av cervixcancer, också kan påverka incidensen av huvud-halscancer.

värdefullt • Målriktad behandling med sorafenib har i en fas II-studie visat

partiell respons hos 23 procent och stabil sjukdom hos ytterligare 53 procent av patienter med metastaserad, behandlingsresistent tyroideacancer. I en annan fas II-studie visades axitinib inducera respons hos 30 procent av patienterna och resulterade i en progressionsfri medianöverlevnad på 18 månader. En tredje studie i progredierande patienter visade respons på behandling med motesanib hos 14 procent av patienterna och progressionsfri överlevnad på 40 veckor.

Nya behandlingar behövs för denna patientgrupp. Såväl sorafenib som axitinib och motesanib är perorala läkemedel med angiogena effekter och fynden indikerar nya framtida behandlingsmöjligheter vid tyroideacancer.

DIAGNOSGRUPP LUNGCANCER

viktigt • Första linjens behandling med cetuximab har i en fas III-studie i kombination med cisplatin/vinorelbin visats ha effekt vid icke-småcellig lungcancer med 21 procent ökning av totalöverlevnaden hos patienter med avancerade tumörer.

PhaSeal®
Protects those who care™

NYHET

Säkert – helt enkelt

Vi kan inte göra det mer säkert men vi kan göra det enklare att använda. Nu lanserar vi en ny uppgraderad Injector.

Injector Luer Lock med ErgoMotion™ underlättar användningen utan att kompromissa med din säkerhet.

Kontakta oss i dag om du vill veta mer om det nya, lättanvända PhaSeal-systemet.



värdefullt • En icke-invasiv metod för genotypning har utvecklats genom påvisande av EGFR-mutationer i cirkulerande tumörceller. Metoden har stor potential för att kunna förutse behandlingseffekt av erlotinib och gefitinib, också hos patienter där tumörvävnad inte finns att tillgå. Man visade också att antalet tumörceller med EGFR-mutationer korrelerade med tumörprogression och att minskad andel tumörceller korrelerade med tumörminskning.

DIAGNOSGRUPP BARNCANCER OCH LÅNGTIDSEFFEKTER EFTER CANCER-BEHANDLING

viktigt • Barncanceröverlevare har i en ny rapport visats ha 5–10 gånger ökad risk för hjärtsjukdom, jämfört med sina syskon. Efter 30 års uppföljning var de absoluta talen låga med 1–4 procent ateroskleros, hjärtsvikt, hjärtinfarkt eller klaffsjukdom. Fynden understryker behovet av att uppmärksamma riskerna för sen hjärtbiverkan och långtidsuppföljning av barncanceröverlevare.

värdefullt • En gen som orsakar hereditärt neuroblastom har lokaliserats till kromosom 2p. Ärftligt neuroblastom är ovanligt, men associeras med aggressiva tumörer och dålig prognos. Fynden har betydelse för klinisk genetisk diagnostik. Genen har tidigare associerats med anaplastisk thyroideacancer, varför behandlingsstrategier potentiellt kan vara effektiva i båda dessa tumörtyper.

• Att exponering för cancerläkemedel som barn ökar risken för sekundärleukemi har tidigare beskrivits. En ny studie visar nu att behandling med platinum och etoposid förknippas med 3–6 gånger ökad risk för utveckling av myelodysplasi och akut myeloisk leukemi.

• Minimal residual disease (MRD) används för att monitorera behandlingsrespons och mäts till exempel vid akut lymfatisk leukemi (ALL) hos barn. En ny studie visar nu att MRD-analys är biomarkör som kan användas i långtidsuppföljning av dessa patienter och i kliniska studier.

DIAGNOSGRUPP SARKOM OCH GIST

värdefullt • En fas I-studie med antikroppen CP-751871 riktad mot insulin-

like growth factor receptor I (IGF-1) visade minskad eller stabil tumörsjukdom hos en tredjedel av patienterna. Ewings-arkom identifierades som en särskilt lovande undergrupp för denna behandling.

• En fas II-studie av refraktär GIST visade effekt av behandling med sorafenib med sjukdomskontroll hos 71 procent av patienter som var resistent mot imatinib och sunitinib. Dessa data visar alltså en lovande tredje linjens behandling för GIST-patienter med en mediantid till progress på 5,3 månader och en medianöverlevnad på 13 månader.

DIAGNOSGRUPP HUDETUMÖRER

viktigt • En randomiserad fas III-studie av patienter med stadium III malignt melanom visade att ett års behandling med pegylerat interferon minskade risken för recidiv med 18 procent. Skillnaden i fyraårsöverlevnad var 39 procent jämfört med 46 procent för de behandlade.

värdefullt • Vid metastaserat malignt melanom visar sig sorafenib i kombination med dakarbazin i en fas III-studie förbättra den progressionsfria överlevnaden med 34 procent vid kombinationsbehandling, vilket innebar en mediantid till progress på 21 jämfört med 12 veckor. Fynden behöver bekräftas, men indikerar att sorafenib kan komma att utgöra en del i behandlingsarsenalen vid melanom.

värdefullt • Dermoskopi, en icke-invasiv direktmikroskopisk undersökningsteknik visade sig vara bättre än okulär besiktning vid undersökning av pigmenterade hudförändringar.

DIAGNOSGRUPP MOLEKYLÄRGENETIK

värdefullt • Finasterid används för behandling av benign prostatahypertrofi och har föreslagits ha potential att förebygga prostatacancer. Läkemedlet hämmar 5-alfareduktas som omvandlar testosteron till dihydrotestosteron. PCPT-studien (prostate cancer prevention trial) utvärderade fem mg finasterid dagligen, vilket visade sig minska risken för prostatacancer från 24 procent till 18 procent. Män i finasteridgruppen visade sig dock utveckla något fler högrgradiga cancer, vilket krävde mer data. Komplet-

terande undersökningar under förra året visade att effekten kunde hänföras till minskad prostatavolym och därmed ökad möjlighet att detektera högrgradig cancer. Finasteridgruppen visade sig nu också ha mindre utbredda högmaligna tumörer.

ÖKANDE ANTAL PATIENTER

Tillgång till cancervård är centralt. Samtidigt pekar beräkningar på ökande patientantal, brist på onkologer och fortsatt ökade kostnader för cancerbehandling. En kartläggning av utvecklingen inom onkologi mellan 1998 och 2003 ledde fram till en förutsedd brist på onkologer år 2020, samtidigt som antalet cancerpatienter väntas öka med 55 procent (till 18 miljoner i USA år 2020). En åldrande befolkning och flera canceröverlevare är de viktigaste orsakerna. Under året har flera studier presenterat data på kostnadsökningar och undersökt hur det amerikanska försäkringssystemet påverkar patienters val av screening.

En studie av akupunktur visade att den var mer effektiv än sedvanlig behandling för att lindra smärta och muntorrhet efter kirurgi för huvud-halscancer.

Fortfarande ingår endast fem procent av cancerpatienterna i en klinisk prövning. ASCO-rapporten tar därför med rekommendationer för hur deltagande kan stimuleras och underlättas:

• Full kostnadstäckning för patienter i kliniska studier.

• Arbete med att förändra det offentligt finansierade amerikanska sjukförsäkringssystemet Medicares möjligheter och ersättningar för deltagande i kliniska studier.

• Erbjudande deltagande i studier också för patienter som behandlas utanför onkologiska kliniker, till exempel genom att involvera kommunal sjukvård och hemsjukvård.

• Öka deltagandet från underrepresenterade grupper, till exempel vissa etniska grupper och äldre patienter. Ökad kunskap om behandlingseffekter i dessa grupper skulle underlätta behandlingsbeslut i den kliniska vardagen.

• Öka kunskapen om kliniska studier genom att översätta studieinformation till andra språk.

MEF NILBERT, PROFESSOR, ONKOLOGISKA KLINIKEN, UNIVERSITETSSJUKHUSET I LUND OCH LUNDS UNIVERSITET OCH KLINISKT FORSKNINGSCENTER, HVIDOVRE HOSPITAL, KÖPENHAMNS UNIVERSITET, MEF.NILBERT@MED.LU.SE

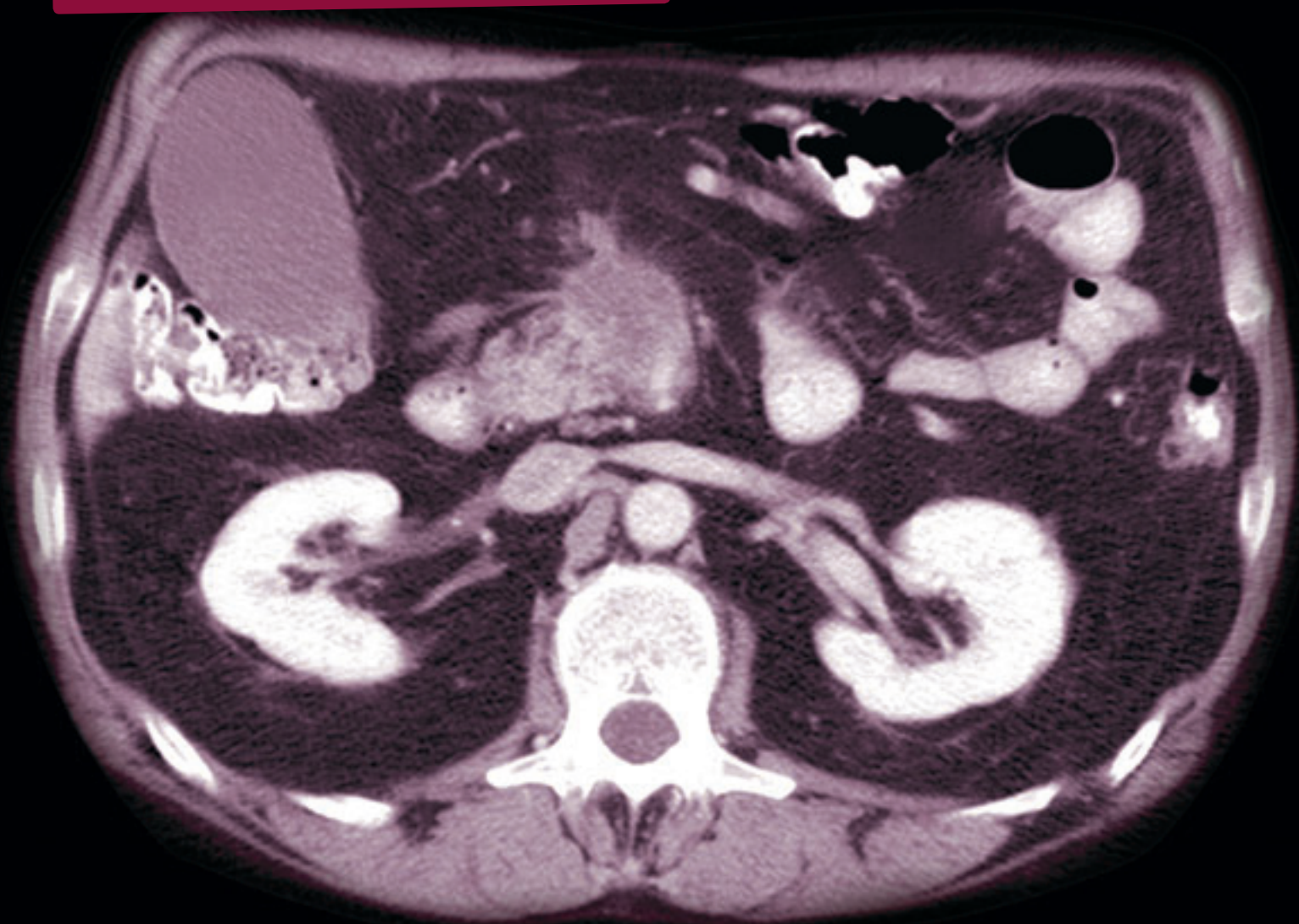


Länken till hela rapporten är: <http://jco.ascopubs.org/cgi/content/abstract/27/5/812>

Diagnos: **AVANCERAD PANKREASCANCER**

Ettårsöverlevnad med Tarceva plus gemcitabin: **23,8%**^{1,2}

Ettårsöverlevnad med enbart gemcitabin: **19,4%**^{1,2}



SVART PÅ VITT. DEN HÄR PATIENTEN KAN LEVA LÄNGRE MED TARCEVA.

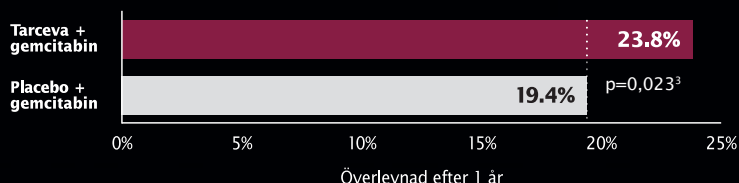
Tarceva är ett framsteg inom förstahandsbehandling av pankreascancer. Den patient som fått diagnosen avancerad pankreascancer kan leva längre med Tarceva.

Tarceva är det första läkemedlet som i kliniska studier visat en förbättrad överlevnad jämfört med enbart gemcitabin i den här patientgruppen.

Kliniska studier visade att ettårsöverlevnaden med Tarceva plus gemcitabin var 23,8 %, jämfört

med 19,4 % med placebo plus gemcitabin.^{1,2}

Förskriv Tarceva och ge patienter med diagnosen avancerad pankreascancer chansen att leva längre.



1. Tarceva® (Erlotinib) produktresumé, F. Hoffmann-La Roche Ltd. 2. Data on file, OSI Pharmaceuticals, Inc. 3. Malcolm Moore et al. JCO 25:1960-66 (2007).

Tarceva® (Erlotinib) EGFR-tyrosinkinashämmare L01XE03 (Rx, F).

Produktresumé uppdaterad 18 januari 2008. Indikationer: *Icke-småcellig lungcancer:* Tarceva är indicerat för behandling av patienter med lokalt avancerad eller metastaserad icke-småcellig lungcancer som har sviktat på minst en tidigare kemoterapibehandling. När Tarceva förskrivs bör hänsyn tas till faktorer som är förknippade med förlängd överlevnad. Någon överlevnadsfördel eller andra kliniskt relevanta effekter av behandlingen har inte påvisats hos patienter med EGFR-negativa tumörer. *Pankreascancer:* Tarceva i kombination med gemcitabin är indicerat för behandling av patienter med metastaserad pankreascancer. När Tarceva förskrivs bör hänsyn tas till faktorer som är förknippade med förlängd överlevnad. Beakta risken för dehydrering vid långvariga diarréer och kräkningar. Samtidig annan medicinering och fortsatt rökning kan påverka upptaget och metabolismen av Tarceva. Patienter som plötsligt utvecklar lungsymtom såsom andnöd, hosta och feber, ska behandling med Tarceva avbrytas under diagnostisk utredning. **För förpackningar och priser samt övrig information se www.fass.se. Roche AB, Tel 08-726 12 00.**

Roche AB: 08-726 12 00. För läkare med medicinska frågor: 020-76 24 32. www.tarceva.se

 **Tarceva®**
erlotinib

HEMATOLOGI

BRÖSTCANCER

CNS TUMÖRER

VIKTIGT

Bendamustin är effektivt mot KLL. Läkemedlet användes redan för 30 år sedan i Europa, men effekten på KLL har nu visats i en internationell fas III-studie där 30 procent av patienterna gick i komplett remission (jämfört med 2 procent med klorambucil). Den progressionsfria överlevnaden ökade från 9,3 till 21,7 månader och fynden stöder användning av bendamustin som första linjens KLL-behandling.

Förlängd hormonbehandling med tamoxifen utöver de rutinmässigt rekommenderade fem åren har i två studier (ATLAS och aTTom) indikerat sänkt risk för återfall. Dessa fynd behöver dock konfirmeras innan längre behandlingstid generellt kan rekommenderas. Studierna visade sex respektive tretton procent vinst efter tio års behandling, men uppföljningstiden är ännu i underkant, varför säkrare data väntas inom de närmaste åren. Dessa fynd kan dock komma att ändra behandlingsprinciperna då häften av återfallen och majoriteten av dödsfallen i bröstcancer inträffar efter fem år.

Zolendronat används för behandling av skelettmetastaser, men har nu i en studie visat sig minska risken för återfall vid bröstcancer med 36 procent jämfört med patienter som endast behandlades med hormonterapi. Läkemedlet används också vid behandling av myelom, lungcancer och prostatacancer och har tidigare visats minska skelettrelaterade komplikationer hos kvinnor med skelettmetastaserad bröstcancer. Dessa fynd behöver också konfirmeras, men kan utvidga indikationen för behandling med zolendronat.

Den angiogeneshämmande antikroppen bevacizumab, som riktar sig mot VEGF, godkändes under året av FDA för första linjens behandling av metastaserande bröstcancer i kombination med paklitaxel. Två studier har visat förlängd progressionsfri överlevnad vid denna kombinationsbehandling jämfört med enbart paklitaxel.

I en fas I-studie visade sig antikroppen SGN-35, som binder till cellyteproteinet CD30, vara effektiv vid behandling av recidiv vid behandlingsrefraktära Hodgkinlymfom.

Ixabepilon godkändes av FDA under 2008 för behandling av metastaserande bröstcancer som inte svarat på annan behandling. Läkemedlet har i kombination med capecitabin visats förlänga tiden till progression (från 4,2 till 5,8 månader) med fördubblad responsfrekvens.

Vitamin D-brist har i en kanadensisk studie visats påverka risk för metastasutveckling och därmed risk för död. Endast en av fyra patienter hade tillräcklig nivå av vitamin D vid diagnos och nivåerna kunde också kopplas till tumörernas aggressivitet. Konfirmerande och prospektiva data behövs dock innan eventuella dietrekommendationer kan bli aktuella.

Angiogeneshämmaren bevacizumab i kombination med irinotekan har visats öka den progressionsfria överlevnaden vid glioblastom och ökade responserna med 13 procent. Detta fynd väntas leda till att bevacizumab registreras som behandling vid de svårbehandlade hjärntumörerna.

VÄRDEFULLT

GASTROINTESTINAL CANCER

UROGENITAL CANCER

GYNEKOLOGISK CANCER

KRAS-mutationer styr svaret på EGFR-behandling vid kolorektalcancer. Patienter med muterad KRAS hade ingen nytta av tillägg av EGFR-antikroppar till kemoterapi, medan patienter med normal KRAS hade nytta av antikroppstillägget med tumörminskning hos 59 procent jämfört med 43 procent. Mutationer finns i cirka 40 procent av tumörerna och mutationstestet har snabbt kommit i kliniskt bruk, också i Sverige.

Gemcitabin förlänger överlevnaden hos patienter med inoperabel pankreascancer och hos patienter som opererats visades sex månaders behandling med gemcitabin fördubbla den sjukdomsfria överlevnaden (från 6,9 till 13,4 månader), medan totalöverlevnaden ökade med 2,6 månader. Också patienter med lokalt avancerade pankreascancer som inte kunde opereras hade nytta av gemcitabin, i kombination med strålbehandling, vilket visades som två månaders ökad överlevnad.

Samlad analys av data från 45 epidemiologiska studier visade på 20 procent minskad risk för ovarialcancer för vart femte år man använt p-piller. Riskminskningen kvarstod mer än 30 år efter användning, men minskade över tiden. Den teoretiska bakgrunden är minskad ovulation. Fyndet är inte nytt, men den aktuella studien är den största med mer än 110 000 kvinnor. Baserat på dessa data beräknar man att p-piller förhindrat 200 000 ovarialcancer och 100 000 dödsfall i världen.

Patienter med kolorektal cancer med defekt DNA-reparation svarar sämre på 5-fluorouracilbaserad cytostatikabehandling, vilket visats i en sammanställning av flera randomiserade prövningar. Dessa fynd innebär att påvisad DNA-reparationsdefekt nog måste betraktas som en faktor att ta hänsyn till vid behandlingsbeslut.

Med tiden blir de flesta prostatacancer hormonrefraktära och därmed behandlingsresistenta. Två studier har under 2008 identifierat nya läkemedel som kan vara av värde för denna patientgrupp. I en fas I-studie visades behandling med abirateronacetat minska PSA-nivåerna med upp till 90 procent hos män med hormonrefraktär prostatacancer med effekter som bestod mellan några månader och två år. Abirateron hämmar enzymet CYP17 som inverkar på hormonproduktionen, bland annat testosteron. En annan studie visade att antisensnukleotiden OGX-11 i kombination med docetaxel och kortison också ledde till minskade PSA-värden och gav symtomlindring.

HUVUD-HALSCANCER

LUNGCANCER

BARNCANCER och
långtidseffekter efter
cancerbehandling

VIKTIGT

En ökande incidens av HPV-relaterade cancrar i huvud-halsregionen har noterats i USA mellan 1973 och 2004. Samtidigt har inte de tumörer som inte associerats till incidens ökat, utan snarare minskat under de senaste 25 åren. Förändrade sexualvanor, i form av ökad oralsex, har föreslagits ligga bakom denna ökning av HPV-associerade cancer. En möjlighet i detta sammanhang är att HPV-vaccin, som är godkänt för prevention av cervixcancer, också kan påverka incidensen av huvud-halscancer.

Första linjens behandling med cetuximab har i en fas III-studie i kombination med cisplatin/vinorelbin visats ha effekt vid icke-småcellig lungcancer med 21 procent ökning av totalöverlevnaden hos patienter med avancerade tumörer.

Barncanceröverlevare har i en ny rapport visats ha 5–10 gånger ökad risk för hjärtsjukdom, jämfört med sina syskon. Efter 30 års uppföljning var de absoluta talen låga med 1–4 procent ateroskleros, hjärtsvikt, hjärtinfarkt eller klaffsjukdom. Fynden understryker behovet av att uppmärksamma riskerna för sen hjärtbiverkan och långtidsuppföljning av barncanceröverlevare.

VÄRDEFULLT

Målriktad behandling med sorafenib har i en fas II-studie visat partiell respons hos 23 procent och stabil sjukdom hos ytterligare 53 procent av patienter med metastaserad, behandlingsresistent tyroideacancer. I en annan fas II-studie visades axitinib inducera respons hos 30 procent av patienterna och resulterade i en progressionsfri medianöverlevnad på 18 månader. En tredje studie i progredierande patienter visade respons på behandling med motesanib hos 14 procent av patienterna och progressionsfri överlevnad på 40 veckor.

Nya behandlingar behövs för denna patientgrupp. Såväl sorafenib som axitinib och motesanib är perorala läkemedel med angiogena effekter och fynden indikerar nya framtida behandlingsmöjligheter vid tyroideacancer.

En icke-invasiv metod för genotypning har utvecklats genom påvisande av EGFR-mutationer i cirkulerande tumörceller. Metoden har stor potential för att kunna förutse behandlingseffekt av erlotinib och gefitinib, också hos patienter där tumörvävnad inte finns att tillgå. Man visade också att antalet tumörceller med EGFR-mutationer korrelerade med tumörprogression och att minskad andel tumörceller korrelerade med tumörminskning.

En gen som orsakar hereditärt neuroblastom har lokaliserats till kromosom 2p. Ärftligt neuroblastom är ovanligt, men associeras med aggressiva tumörer och dålig prognos. Fynden har betydelse för klinisk genetisk diagnostik. Genen har tidigare associerats med anaplastisk tyroideacancer, varför behandlingsstrategier potentiellt kan vara effektiva i båda dessa tumörtyper.

Att exponering för cancerläkemedel som barn ökar risken för sekundärleukemi har tidigare beskrivits. En ny studie visar nu att behandling med platinum och etoposid förknippas med 3–6 gånger ökad risk för utveckling av myelodysplasi och akut myeloisk leukemi.

Minimal residual disease (MRD) används för att monitorera behandlingsrespons och mäts till exempel vid akut lymfatisk leukemi (ALL) hos barn. En ny studie visar nu att MRD-analys är biomarkör som kan användas i långtidsuppföljning av dessa patienter och i kliniska studier.

En randomiserad fas III-studie av patienter med stadium III malignt melanom visade att ett års behandling med pegylerat interferon minskade risken för recidiv med 18 procent. Skillnaden i fyraårsöverlevnad var 39 procent jämfört med 46 procent för de behandlade.

En fas I-studie med antikroppen CP-751871 riktad mot insulin-like growth factor receptor I (IGF-1) visade minskad eller stabil tumörsjukdom hos en tredjedel av patienterna. Ewingsarkom identifierades som en särskilt lovande undergrupp för denna behandling.

En fas II-studie av refraktär GIST visade effekt av behandling med sorafenib med sjukdomskontroll hos 71 procent av patienter som var resistent mot imatinib och sunitinib. Dessa data visar alltså en lovande tredje linjens behandling för GIST-patienter med en mediantid till progress på 5,3 månader och en medianöverlevnad på 13 månader.

Vid metastaserat malignt melanom visar sig sorafenib i kombination med dakarbazin i en fas III-studie förbättra den progressionsfria överlevnaden med 34 procent vid kombinationsbehandling, vilket innebar en mediantid till progress på 21 jämfört med 12 veckor. Fynden behöver konfirmeras, men indikerar att sorafenib kan komma att utgöra en del i behandlingsarsenalen vid melanom.

Dermoskopi, en icke-invasiv direktmikroskopisk undersökningsteknik visade sig vara bättre än okulär besiktning vid undersökning av pigmenterade hudförändringar.

Finasterid används för behandling av benign prostatahypertrofi och har föreslagits ha potential att förebygga prostatacancer. Läke-medlet hämmar 5-alfareduktas som omvandlar testosteron till dihydrotestosteron. PCPT-studien (prostate cancer prevention trial) utvärderade fem mg finasterid dagligen, vilket visade sig minska risken för prostatacancer från 24 procent till 18 procent. Män i finasteridgruppen visade sig dock utveckla något fler höggradiga cancer, vilket krävde mer data. Kompletterande undersökningar under förra året visade att effekten kunde hänföras till minskad prostatavolym och därmed ökad möjlighet att detektera höggradig cancer. Finasteridgruppen visade sig nu också ha mindre utbredda högmaligna tumörer.

... ledarskap

”Arbetsglädje är
ett tillstånd som
man uppnår när
man känner sig
duktig, viktig
och omtyckt.”

DET SYSTEMATISKA





ARBETET MED GLÄDJEN

Det skall vara lika roligt att gå till jobbet, som att gå hem. Att känna sig sedd och uppskattad och att ha en bra kommunikation i organisationen är de viktigaste faktorerna för att man skall kunna uppnå både arbetsglädje och hög prestation. Men så är det långt ifrån på alla arbetsplatser i dag. Arbetsglädjekonsulten **Ingegerd Lejdström** skriver om hur man kan jobba systematiskt med mjuka frågor för att känna glädje i jobbet och kunna förverkliga den framgångsrika arbetsplatsen.

Myt nr 1

“Humor på jobbet löser alla problem!”

Arbetsglädje är ett ord som ofta förknippas med humor och skratt. Men går man ut och frågar människor vad som skapar arbetsglädje får man inte alls det svaret. Utan svaren handlar om att man vill känna sig sedd och uppskattad, att man vill ha roliga och meningsfulla arbetsuppgifter, att det finns tydlighet och avgränsningar i arbetet, att man kan påverka och utvecklas och att man känner sig trygg. Arbetsglädje handlar inte i första hand om humor och skratt, det handlar om grundläggande mänskliga behov.

vi börja med att skapa den medmänskliga arbetsplatsen.

Men har inte humor och skratt någon betydelse alls? Jo, visst. Vi vet att skratt påverkar både kroppen och knoppen på ett positivt sätt. Rent fysiskt kan man likna skrattet vid en sorts inre joggning. Vi uppnår ungefär samma positiva effekter i kroppen som vid fysisk träning. Blodcirkulationen ökar, blodtrycket normaliseras och efteråt slappnar vi av på ett naturligt sätt.

Jag har till och med sett en uppgift om att 100 skratt kan ge samma effekt på kroppen som 30 minuters träning på ett gym! Ja, inte muskelmässigt kanske, men det är ändå en tilltalande tanke, då jag personligen hellre skulle skratta hjärtligt åt en rolig film än slita i tunga

Myt nr 2

“Man måste alltid vara positiv”

Alla sorts känslor måste få uttryckas på en arbetsplats. Att allt skall vara positivt får inte bli dimridåer för problem som ”sopas under mattan”. Ständiga förändringar tar kraft. Bemanningen och resurserna är många gånger för små och det kan finnas konflikter och andra problem. Vi måste kunna få visa arbetsilcka och till och med arbetssorg ibland. Men det viktiga är att det finns kommunikationskanaler som möjliggör en dialog även när det gäller problem. Att det är ”högt i tak”, att negativ kritik tas till vara och att problemen verkligen åtgärdas. Problem förstoras snabbt om de tillåts stanna som gnäll i våra pausrum.

För några år sedan var jag på besök på en arbetsplats där man jobbade med telefonförsäljning inom resebranschen. Medarbetarna satt bakom varsin skärm med headset och blicken fäst i dataskärmen. Tempot var högt och man hade sällan tid att ta paus tillsammans eller hjälpa varandra. Man talade med kunder i telefonen, men nästan aldrig med varandra.

Jag ställer mig frågan: om arbetsglädje skapas ur situationer där vi ser och uppskattar varandra, hur skall den glädjerika arbetsplatsen kunna förverkligas om vi inte talar med varandra? Om var och en både bildligt och bokstavligt talar ”sitter på sin egen kammare”? Om vi aldrig kan ta oss tid att träffas, inte ens för en kort fikapaus?

Förutsättningen för att man skall kunna känna sig duktig, viktig och omtyckt är mänsklig interaktion! Vi får inte tappa de mänskliga mötena på våra arbetsplatser. Vi måste skapa utrymme för mer dialog! Det handlar lika mycket om små informella möten i pausrum och korridorer som arbetsplatsträffar, informationsmöten med mera. Innebörden av begreppet ”hälsa på arbetsplatsen” kanske egentligen betyder att vi måste börja hälsa på varandra på arbetsplatsen.

Bosse Angelöw, docent och socialpsykolog, gjorde kring millennieskiftet en kartläggning och analys av 200 olika arbetsplatser i Sverige som hade lyckats väl med att förebygga ohälsa och främja hälsa för de anställda.

KONKRETA TIPS FÖR DEN GLÄDJERIKA ARBETSPLATSEN

För chefen:

1. Se till att få en egen dräglig arbetssituation. Kräv att få det stöd du behöver och använd de stödfunktioner som finns.
2. Var tydlig mot dig själv och dina medarbetare om vad som är uppdraget och delegera uppgifter till dina medarbetare med både ansvar och befogenheter.
3. Var engagerad. Man kan aldrig entusiasmera sina medarbetare om man inte själv känner ett engagemang.
4. Var synlig och tillgänglig så mycket som möjligt. Var öppen för diskussion och kritik och ha en positiv attityd till att lösa problem. Ta tillvara korta och informella möten.
5. Följ alltid upp det som händer och ge återkoppling.

För medarbetaren:

1. Våga be om det du behöver i form av stöd, resurser, utbildning m m.
2. Ta hjälp med att prioritera i ditt arbete så att du kan fokusera på rätt saker.
3. Ta dig tid att bry dig om dina arbetskamrater. Hjälp och uppmuntra varandra.
4. Ta initiativ till att fika och äta lunch tillsammans.
5. Ta på ”humorglasögonen” ibland och ha roligt tillsammans!

Arbetsglädje är ett tillstånd som man uppnår när arbetsplatsen är utformad så att man känner trivsel, gemenskap och arbetstillfredsställelse. När man känner sig duktig, viktig och omtyckt! Det inträffar när man får använda sin fulla potential, när arbetsinsatsen är värdefull både för organisationen och en själv och när man känner att man är ”en i gänget”. Min erfarenhet är att innan vi kan skapa vare sig den hälsosamma, glädjerika eller framgångsrika arbetsplatsen, behöver

styrkemaskiner i en svettig träningslokal.

Mängden av våra ”må bra”-hormoner, som oxytocin och endorfin, ökar. Så gör även halten av signalsubstansen dopamin, som också brukar kallas kroppens glädjemolekyl. Så skrattet kan också ses som en psykisk storstädning. Välbefindandet ökar och vi känner att vi mår bra!

Ett exempel är Postcenter Väster i Växjö där man uppnådde en mycket hög arbetsglädje och blev en hälsosam, effektiv och framgångsrik organisation. Här startade man med att utbilda alla chefer och därefter delegera ansvarsområden till alla anställda för att skapa delaktighet. Alla fick det stöd och de befogenheter som krävdes. Man fokuserade på möjligheter, firade framgångar och genomförde en rad andra åtgärder för att stärka arbetsglädjen.

Efter drygt tre års arbete blev resultatet att ett VIP-index som mäter trivseln på arbetsplatsen hade fördubblats, övertiden hade minskat med 70 procent, arbetskostnaderna sjunkit med 23 procent och korttidssjukfrånvaron minskat med 58 procent. Besparingarna i form av minskad övertid, ökad produktivitet och lägre korttidssjukfrånvaro beräknades till cirka 3,3 miljoner kronor. Givetvis kostade hela projektet pengar, men i slutänden visade det sig att varje satsad krona gav sex kronor tillbaka.

Myt nr 3

"Det är chefens ansvar att skapa en bra arbetsmiljö"

Som jag ser det, är chefens främsta uppgift att ge förutsättningar så att medarbetarna tycker att det är roligt att gå till jobbet! Cheferna behöver vara tydliga i sitt ledarskap. De behöver vara synliga och tillgängliga och delegera uppgifter så att medarbetarna blir mera delaktiga. De måste också bli tydliga med vad uppdraget är och var uppdraget börjar och slutar, så att varje medarbetare kan se sin roll och därmed sin uppgift. Vi är inga gränslösa resurser. Det viktigaste är inte att vi gör saker rätt utan att vi gör rätt saker. Fokus ger energi! Otydligheter skapar otrygghet och tar energi.

Men cheferna måste också få stöd. Det får inte vara så att chefen går på utbildning och får nya impulser, för att sedan återvända till en verklighet där ledningen ständigt ändrar förutsättningarna och ger ansvar men lite befogenheter.

Chefen har ett stort ansvar och enligt lagstiftning även det yttersta ansvaret för arbetsmiljön. Men vi har också ett gemensamt ansvar mot varandra. Vi är varandras arbetsmiljö! Vad vi tycker,

tänker och hur vi agerar på våra arbetsplatser har betydelse.

Om en arbetsgrupp skall bli ett team räcker det inte med en årlig femkamp, personalfest och konferensresor. Ett team måste hämta kraft ur någonting. Det handlar inte bara om gemensamma mål och aktiviteter, utan om vad som gör att man samlats just på den här arbetsplat-

"Arbetet med arbetsglädje får inte bara ske som punktinsatser där man lite då och då tar in en föreläsare, åker på en konferensresa, erbjuder en utbildning eller liknande."

sen. Man måste ställa sig frågor som: Varför är vi här? Vad har vi gemensamt? Vad tror vi på? Vad står vi för? Vad förenar oss? Hur skall vi förhålla oss till varandra? I grunden handlar det om värderingar och attityder och om att ha ett gemensamt fokus. Vi behöver jobba mer med att skapa gemensamma värdegrunder.

Många organisationer skriver några fina ord på ett papper och skickar ut till sina medarbetare för att visa organisationens värdegrund. Ett arbete där ansatsen är god men resultatet ofta klen. Nej, orden och dess innebörd måste implementeras på alla nivåer i organisationen. Den viktigaste frågan är inte vilka orden är, utan hur de skall omsättas i praktiken i den dagliga verksamheten. Medarbetarna måste bli delaktiga i den processen. Då uppstår teamkänsla!

Bernt Junger på Fiskexporten i Varberg är en vd som tänker med hjärtat. Här är personalen den viktigaste resursen. För Bernt Junger är det inte bara ännu en floskel utan fullast allvar. På Fiskexporten har man lyckats skapa en arbetsplats där människor trivs och känner sig trygga. Nycklarna till framgång ligger i att man skapat en gemensam kultur inifrån och ut och där man jobbat fram gemensamma regler. Dialogen är viktig och på Fiskexporten inleds dagen med en gemensam frukostbuffé. Då småpratats det om allt, både jobb och fritid. Det är som en kickoff, en positiv start på dagen.

En annan organisation som har lyckats bra med sitt värdegrundsarbete är

Viaskolan i Nynäshamn. Viaskolan, som består av tre skolenheter från årskurs 1–9, är ett av flera rektorsområden inom Nynäshamns kommun. Här har man i drygt tio år jobbat med ett gediget värdegrundsarbete som varje år följs upp och utvärderas. All personal på skolan har varit delaktig i att ta fram en vision som tydligt visar uppdraget och de spel-

regler som skall gälla. Man utvärderar arbetet tillsammans och sätter upp nya gemensamma mål en gång per år. Sedan är det upp till varje skolenhet att själva fatta beslut om hur målen skall nås.

Men värdegrundsarbetet gäller även eleverna. Vid varje läsårsstart arbetar man enligt en modell som man kallar Smart start, ett arbetssätt som genererar värdegrund och struktur och som skapar trygghet och arbetsro i klassrummet. Hela skolan är engagerad, trivseln är hög och eleverna uppvisar studieresultat som ligger betydligt högre än förväntat.

TITTA EFTER TIDIGA TECKEN

Hur vet man att arbetsglädjen är på väg att försvinna? Medarbetarundersökningar är ett sätt att mäta arbetsglädjen, men de genomförs många gånger inte tillräckligt ofta. Andra sätt som är enklare och som ger tidiga signaler på att arbetsglädjen är på väg att minska, är att vara vaksam på hur människor betar sig. När arbetssituationen blir tuff av olika anledningar, så har vi alla en tendens att dra oss inom vårt eget skal. En naturlig reaktion. Men konsekvensen är att vi blir mer individfokuserade och slutar att se varandra. Vi tappar teamkänslan.

Därför kan det vara värt att hålla ögonen på följande beteenden:

1. Fikakulturen. När man plötsligt slutar fika ihop. När man hellre tar med sig sin kaffekopp in på rummet. När samtal i fikarummen mest består av klagomål och gnäll.

2. Möteskulturen. När fler och fler börjar prioritera ner gemensamma möten. När man ofta kommer för sent eller avviker för tidigt från möten. När fokus under mötena hamnar på problem.

3. "Hjälpa varandra"-kulturen. När man slutar att se och hjälpa varandra. När alla har så mycket att göra med sitt eget att man slutar att bry sig om hur arbetskamraterna har det.

"Företag där de anställda känner sig delaktiga och är rekryterade inom företaget har mindre sjukfrånvaro bland de anställda", skriver Helena Wahlund på www.arbetsmiljoupplysningen.se i mars 2008. Slutsatsen bygger på en ny studie från Stockholms centrum för folkhälsa, Karolinska institutet och Uppsala universitet. Studien visar att företag som värderar social kompetens hos sina chefer och som arbetar systematiskt med internkommunikation och arbetsmiljö är tre gånger friskare än företag som inte arbetar med de frågorna. Man kunde också se att det i de friska företagen fanns ett tydligare ledarskap och bättre stöd för cheferna.

Arbetet med arbetsglädje får inte bara ske som punktinsatser där man lite då och då tar in en föreläsare, åker på en konferensresa, erbjuder en utbildning eller liknande. Hög arbetsglädje är ett resultat av ett systematiskt arbete med mjuka frågor. På samma sätt som vi arbetar med systematiskt arbetsmiljö, SAM, behöver vi arbeta systematiskt med arbetsglädjen i ett sorts glädje-SAM. Ett glädjesamt arbete gör att medarbetarna mår bättre, trivs bättre,

samarbetar bättre och uppnår bättre resultat. Det leder till ökad friskhet, större kreativitet, högre effektivitet, bättre nyttjande av resurser och i slutänden större lönsamhet.

MODELL FÖR ARBETSGLÄDJE

Många arbetsgivare som jag stöter på har stora ambitioner och vill jobba med mjuka frågor. Men man upplever ofta att det saknas både tid, metoder och personella resurser. Men arbetet med arbetsglädje behöver inte alls vara vare sig tidsödande eller komplicerat. Många gånger är lösningarna enklare än vad man tror.

Här är en modell som visar hur man kan arbeta systematiskt med arbetsglädjen och nå bra resultat:

1. Börja med att göra en analys av läget för att få bättre överblick över situationen. Analysen skall ge svar på vad som fungerar bra och vad som fungerar mindre bra, så att det blir lättare att se vägarna till framgång. Det finns både enkla och snabba metoder att tillgå.

2. Ge stöd åt cheferna så att de kan bli tryggare och tydligare i sitt ledarskap. En del chefer behöver kanske en mentor, andra ett nätverk att vända sig till eller en utbildning. Behoven kan variera.

3. Skapa en gemensam värdegrund tillsammans. Våga ta tag i frågor som berör värderingar, attityder och roller. Skapa visioner och spelregler för hur den glädjrika arbetsplatsen skall se ut hos er. Arbeta

vidare på hur detta skall kunna förverkligas i den dagliga verksamheten. Ta hjälp om det känns svårt att arbeta med den här typen av frågor. Som chef kan man hamna i dubbla roller.

4. Främja dialogen. Se till att det finns kommunikationskanaler för alla typer av frågor. Låt korta möten med småprat få lika stort värde som arbetsplatsträffar, medarbetarsamtal och informationsmöten. Fika och åt lunch tillsammans.

5. Följ upp och återkoppla allt arbete som görs både när det gäller själva verksamheten och arbetsglädjen. Ha alltid arbetsglädjen som en stående punkt på agendan vid arbetsplatsträffar.

Det skall vara lika roligt att gå till jobbet, som att gå hem! Enligt Casten von Otter, tidigare professor vid Arbetslivsinstitutet, är det bara några få procent av alla anställda som tycker att det är roligt att gå till jobbet. Är det ett sådant arbetsliv vi vill ha? Johnny Johnson, företagsläkare på Stora Enso i Fors, skriver i sin bok "Långtidsfrisk" att hög motivation hos medarbetarna och en bra kommunikation i organisationen är de viktigaste faktorerna för att man skall kunna uppnå både god hälsa och hög prestation. Det är inte resurserna som betyder mest, utan att varje medarbetare får möjlighet att känna sig duktig, viktig och omtyckt. Att arbeta systematiskt med att höja arbetsglädjen och skapa medmänskliga och glädjrika arbetsplatser är därför alltid framgångsrikt och dessutom roligt.

INGEGERD LEJDSTRÖM, ARBETSGLÄDJEKONSULT INGEGERD@MEMOFUTURA.SE





Campto vid avancerad kolorektalcancer.

- Effektivt
- Hanterbara och icke kumulativa biverkningar
- Enbart Campto är rekommenderat tillsammans med bevacizumab i första linjens behandling och cetuximab i andra linjens behandling av metastaserande kolorektalcancer.

Campto® (irinotecan-hydroklorid-trihydrat) Rx: Campto 20 mg/ml koncentrat till infusionsvätska, lösning. **Indikation:** Campto är indicerat för behandling av patienter med avancerad kolorektal cancer. I kombination med 5-fluorouracil (5-FU) och folinsyra till patienter utan tidigare kemoterapi för avancerad sjukdom. Som monoterapi till patienter som har sviktat på etablerad 5-fluorouracilbaserad behandlingsregim. Campto i kombination med cetuximab är indicerat för behandling av patienter med metastaserande kolorektalcancer efter svikt av irinotekaninnehållande cytostatikabehandling om tumören uttrycker epidermal tillväxtfaktor (EGFR). Campto i kombination med 5-fluorouracil (5-FU), folinsyra och bevacizumab är indicerat som första linjebehandling av patienter med metastaserande kolorektalcancer. Campto ingår i läkemedelsförmånen. **Förpackningar:** Koncentrat till infusionsvätska finns i 2ml respektive 5 ml. **Pris:** 2 ml; 837,50 SEK, 5 ml; 2005,50 SEK. Datum för senaste översynen av produktresumén var 2007-03-16. För mer information se www.fass.se

Referenser: Tournigand et al. J Clin Oncol. 2004; 22:229-237. Köhne CH et al. J Clin Oncol 2005;23 (22):4856-65. Hurwitz H et al. N Engl J Med 2004; 350:2335-42. Hedrick EE et al. J Clin Oncol 2004; 22:145:3517. Cunningham D et al. N Engl J Med 2004;351(4):337-345.

Användning av Campto bör endast ske vid enheter som är specialiserade på administrering av cytostatika och läkemedlet bör endast administreras under överinseende av läkare med specialistkompetens inom onkologi.

... forskning

LÄKEMEDELS



REGISTRET – möjlighet till bättre uppföljning

Statistiken i Läkemedelsregistret erbjuder tillsammans med övriga Hälso-dataregister en potential för att positionera Sverige som ett föregångsland för uppföljningsstudier. Men mycket återstår innan vi till fullo utnyttjar de unika möjligheter som våra personnummer och den höga datoriseringsgraden inom sjukvården ger. Det pågår ett arbete med att se över vilka möjligheter som finns att få en effektivare hantering av informationen i framtiden, skriver **Karolina Antonov**, Läkemedelsindustriföreningen, LIF.

I Sverige finns det en lång tradition av att samla in data kring läkemedelsförsäljningen på nationell nivå. Redan under sextio- och sjuttitalen började uppgifter om grossisternas inleveranser till apoteken samlas och de utgör fortfarande en grund för den svenska läkemedelsstatistiken.

Apoteksbolaget började sammanställa utförsäljningsdata i och med att apoteken datoriserades under 1980-talet. Initialt samlades vart 288:e recept in vilket utökades till vart 25:e recept när datoriseringen var klar. Därefter följde insamlingen av rekvisitionsförsäljningen till slutenvård och egenvårdsförsäljningen skattades som en differens mellan inleveranserna och försäljningen på recept och rekvisition. I och med läkemedelsreformen 1997, då landstingen övertog kostnadsansvaret för läkemedel, fanns ett behov av att ta in samtliga transaktioner från apoteken för faktureringen. Det medförde att den svenska utförsäljningsstatistiken blev heltäckande.

Innehållsmässigt skiljer sig inleverans- och utförsäljningsstatistiken åt genom att den senare omfattar information som skapas i försäljningsögonblicket. Exempel på det är information om försäljningssättet det vill säga om läkemedlet såldes på recept, rekvisition eller i egenvård. Vidare innehåller den förmånsinformation, till exempel om läkemedlet sålts inom eller utom förmånen, och förmåns- och egenavgiftsbeloppet. Viss information finns även om patienten, näm-

ligen ålder och kön och var patienten är bosatt, och om förskrivarens yrkestillhörighet.

Tack vare det svenska apoteksmonopolet har vi i Sverige under lång tid haft möjlighet att följa läkemedelsförsäljningen detaljerat på aggregerad nivå. Man har kunnat följa olika läkemedelsgruppers utveckling och skatta läkemedelsanvändningen i befolkningen.

Problemet med aggregerad statistik är att den inte kan belysa individers användning av läkemedel, som till exempel antalet användare, hur många läkemedel personer i en viss åldersgrupp använder eller vilka läkemedelskombinationer som är vanliga. Det går inte heller att följa i vilken omfattning patienten fullföljer sin behandling eller hur läkemedelsterapier utvecklas över tid. För det krävs individbaserade data med personnummer som möjliggör koppling till andra datakällor. Sådana data avidentifieras för den vidare analysen och presentationen får inte ske så att enskilda personer kan identifieras indirekt.

INDIVIDBASERADE UNDERSÖKNINGAR

Även inom området individbaserade populationsstudier var Sverige tidigt ute. Under 1970-talet initierades två studier i Sverige.

Jämtlandsstudien omfattade ett urval av befolkningen i Jämtlands län bestående av de personer som var födda vissa datum varje månad. Alla läkemedel som dessa individer köpte på recept på apo-

teket i Jämtland registrerades inom Apoteket AB. Data från Jämtlandsstudien har använts i vetenskapliga studier och avhandlingar. Materialet har även använts för att presentera prevalens och incidensdata för olika läkemedelsgrupper i Apotekets årsstatistik och vid simulering av olika konstruktioner för läkemedelsförmånen.

Tierpsstudien drivs av Uppsala universitet och omfattar samtliga personer bosatta i Tierps kommun i Norduppland. Informationen omfattar läkemedel köpta på recept, besök vid vårdcentralen i Tierp och uppgifter från socialtjänsten. Även Tierpsstudien har använts i en mängd vetenskapliga avhandlingar och studier. Årsstatistik för läkemedel finns publicerat för åren 1994–1998 på www.uu.se/epidemiologi.

HÄLSODATAREGISTREN I SVERIGE

Epidemiologiskt centrum (EpC) är den avdelning på Socialstyrelsen som bland annat ansvarar för Hälso-dataregistren i Sverige. Hälso-dataregistren styrs av speciell lagstiftning som reglerar rätten att samla in data och för vilka ändamål som data i registren får användas.

På EpC finns förutom Läkemedelsregistret även Cancerregistret, Dödsorsaksregistret, Medicinska födelseregistret och övervakning av fosterskador, Patientregistret och det nya Tandhälsoregistret. Registren beskrivs på Socialstyrelsens hemsida www.socialstyrelsen.se. En kort beskrivning ges här.

RECEPT		Patient (födelseid och namn)	
Receptutfärdaren intygar genom signum att villkoren för förmån enligt lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. är uppfyllda.			
Förmånstyp: R = Prisnedsatta läkemedel F = Kostnadsfria läkemedel P = Medel för födelsekontroll,		Doseringsanvisning på språket	
1 Läkemedelsnamn		Provfrp. Sign.	Sign.
läkemedelsform	stycka	mängd/behandlingstid	Förmånstyp R F P
LÄKEMEDELSREGISTRET Registret innehåller uppgifter om läkemedel, förbrukningsartiklar och livsmedel som expedierats mot recept eller motsvarande på apotek sedan 1999, cirka 90 miljoner transaktioner per år. Läkemedel som beställs till klinik ingår därför inte i registret. Under 2007 motsvarade det att 6,2 miljoner personer i Sverige (68,3 procent av befolkningen) hämtade ut läkemedel på recept minst en gång. Registret uppdateras med nya uppgifter från Apoteket AB varje månad. Registret innehåller uppgifter om den expedierade varan (identitet, mängd, pris) och datum för expedition. Uppgift finns också sedan i oktober 2002 om utbyte till generiskt eller parallellimporterat läkemedel har gjorts på apoteket. Patientens kön, ålder och folkbokföringsort (län, kommun, församling) finns i registret och från juli 2005 även personnummer. När det gäller kostnader finns uppgifter om totalkostnad, kostnad för läkemedelsförmånerna och patientens egenavgift. Det finns uppgifter om förskrivarens yrke (läkare, tandläkare, etc.) och specialistutbildning, liksom om vissa egenskaper hos den arbetsplats från vilken förskrivningen har skett (ägarform, vårdform, verksamhetsinriktning). Ingen identifiering av förskrivare eller arbetsplats kan göras. Uppgift om dosering finns men i en form som för närvarande inte medger statistisk bearbetning. Alla expedieringar på apotek registreras men när receptförsäljningen fördelas på kön, ålder eller folkbokföringsort uppkommer ett bortfall beroende på ofullständig eller felaktig registrering av uppgifter. Bortfallet av personnummer är cirka 0,3 procent och folkbokföringsort cirka 0,6 procent.			Prissättning
Receptutfärdarens namnförtydligande, yrke, adress, tel.nr. Sjukvårdsinrättning, klinik.			Förmånstyp R F P
000000014010211000 Sahlgrenska Sjukhuset Medicin S			Prissättning
Ort	Datum		et bilagor
Receptutfärdarens namnteckning			RFV a andel R F P
Gäller mån. från detta datum.			Kundens andel R P
Receptet gäller 1 år från utfärdandet om ej annat anges.			S.a.

Om endast ett läkemedel skrivs
snedstreckas ruta 1

SoSB 373 21
Fastställt 1984-06-08

WILTERBRUK TRYCKERI

CANCERREGISTRET startade 1958 och Sverige var då det sista landet i Norden att inrätta ett nationellt cancerregister. Registret uppdateras årligen med ungefär 50 000 nya maligna cancerfall (ungefär 32 000 personer). Cancerregistret innehåller bland annat uppgifter om personnummer, kön, hemort vid diagnos, anmälade sjukhus och klinik, diagnosdatum, såväl klinisk som morfologisk diagnos, tumörutbredning, dödsdatum och underliggande dödsorsak.

DÖDSORSAKSREGISTRET omfattar samtliga avlidna under ett kalenderår som vid tidpunkten för dödsfallet var folkbokförda i Sverige. Dödsorsaksregistret innehåller data från 1952 och uppdateras årligen. För de senaste årgångarna omfattar registret cirka 90 000–95 000 avlidna per år. Det finns även uppgifter särskilt om hjärtinfarkter i dödsorsaksregistret som omfattar samtliga personer som haft en akut hjärtinfarkt enligt rapporteringen till patient- eller dödsorsaksregistret.

MEDICINSKA FÖDELSEREGISTERET omfattar uppgifter om graviditeter, förlossningarna och nyfödda barn i Sverige sedan 1973. Antalet födda har under åren varierat mellan 86 000 och drygt 120 000. Registret innehåller individrelaterade uppgifter från de journaler som används inom mödrahälsovård, förlossningsvård och nyföddhetsvård. Övervakningen av fosterskador startades 1964 med anledning av Neu-

”Socialstyrelsen lyder under en skärpt sekretesslagstiftning som medför att data för ett enskilt läkemedel inte kan lämnas ut utan marknadsförande företagets samtycke.”

I Socialstyrelsens skrift ”Hälsodataregister räddar liv och förbättrar livskvalitet” beskrivs hur dessa register använts för att studera läkemedelsrelaterade frågeställningar. Studierna bygger framför allt på Medicinska födelseregistret som innehåller information om de läkemedel som modern, vid besök på mödravårdscentralen, uppgett sig använda. I en studie samkördes Medicinska födelseregistret med cancerregistret för att undersöka om K-vitamin till nyfödda ökar risken för cancer. Inget sådant samband framkom. I en annan studie undersöktes om det är säkert för gravida att använda Pulmicort. Genom att använda Medicinska födelseregistret kunde man visa att det inte fanns någon skillnad mellan kvinnor som använt läkemedlet och de som inte gjort det vad avser graviditetslängd, födelsevikt och födelselängd. I ytterligare en studie undersöktes risk för missbildningar vid användning av Clarityn under graviditet. En viss överrisk för hypospadi kunde ses.

rosedynkatastrofen under namnet ”Missbildningsregistret”. Sedan 1973 är övervakningen av fosterskador en del av det medicinska födelseregistret, sedan 2007 under begreppet ”Övervakning av fosterskador”. Information samlas om fosterskador och kromosomavvikelse som rapporterats inom sex månader efter födelsen, samt hjärtfel före ett års ålder, drygt 2 000 rapporter per år.

PATIENTREGISTRET omfattar sedan 1987 årligen uppdaterade uppgifter om vårdutnyttjande för alla avslutade vårdtillfällen i slutenvård vid offentligt drivna sjukhus och sedan 1998 även privata vårdgivare. Läkarpbesök med kirurgisk åtgärd började rapporteras år

1997 och övriga läkarpbesök i specialiserad öppenvård rapporteras sedan år 2001 men är fortfarande ofullständig. De mest centrala variablerna är diagnoser, operationer, yttre orsaker till skador, kön, ålder, hemort, sjukhus, specialitet och in- och utskrivningssätt.

MÖJLIGHETER MED REGISTRET

I och med att Läkemedelsregistret från juli 2005 innehåller individbaserade uppgifter med personnummer finns det helt nya möjligheter att mer detaljerat än tidigare följa läkemedelsanvändningen i Sverige. Data från Läkemedelsregistret kan via personnummer kopplas till andra datakällor.

Läkemedelsregistret innehåller exakt samma information som receptstatistiken på Apoteket men tillgången till personnummer gör det möjligt att följa läkemedelsanvändningen ur ett individperspektiv i avidentifierad form. Den mest basala informationen man nu kan få är faktiska mått på antalet användare av ett läkemedel (prevalens) och antalet personer som för första gången börjar använda ett läkemedel (incidens). Tidigare har dessa uppgifter skattats utifrån antalet försälda definierade dygnsdoser (DDD) per 1 000 invånare och dag.

I Socialstyrelsens rapport ”Läkemedel – statistik för år 2007” kan man till exempel utläsa att 724 563 personer någon gång under 2007 använt ett läkemedel ur gruppen A02B (Medel vid magsår och gastroesofageal reflux). Av dessa var 294 881 män och 429 682 kvinnor. De flesta användarna, 257 095 personer, var 45–64 år gamla. Liknande statistik finns även per län på Socialstyrelsens hemsida.

Via Läkemedelsregistret kan man även få statistik om samtidig användning av olika läkemedel. Man kan få fram hur stor andel av dem som använder ett visst läkemedel som även använder ett annat läkemedel, i syfte att studera följsamhet till riktlinjer eller att identifiera potentiella risksituationer. I ett bredare samhällsperspektiv kan samma uppgifter användas för att kartlägga förekomst av multimedcinering i befolkningen.

I LIF:s rapport om följsamhet till riktlinjer inom hjärt- och kärlområdet finns uppgifter från Läkemedelsregistret som visar att 315 000 personer i Sverige

hämtade ut ett diabetesläkemedel under 2006. Av dessa hämtade 46 procent även ut ett lipidsänkande läkemedel och 59 procent hämtade även ut ett blodtrycks-sänkande läkemedel.

I dagsläget innehåller Läkemedelsregistret tre års data med personuppgifter, från juli 2005 till juli 2008. Registret kan därmed börja användas för att studera hur läkemedelsterapier utvecklas över tid. Exempel på sådan statistik är hur stor andel av dem som använder en viss grupp läkemedel som tidigare provat läkemedel ur en annan grupp eller hur stor andel av dem som använder en viss typ av läkemedel som byter till en annan behandling.

Man kan även studera patienternas följsamhet genom uthämtningsmönstren. Eftersom ett läkemedel i Sverige oftast förskrivs för tre månaders behandling per uttag kan man förvänta sig att en patient som hämtat ut läkemedlet fyra gånger under ett år står på kontinuerlig behandling. Man kan även göra mer detaljerade analyser över hur många dagar det går mellan uttagen.

Genom att använda personnumret kan man koppla uppgifter från Läkemedelsregistret till andra datakällor, till exempel de övriga hälsodataregistren på EpC, för att besvara mer komplexa frågeställningar. I LIF:s rapport om följsamhet till riktlinjer inom hjärt- och kärlområdet finns uppgifter från Läkemedelsregistret och Patientregistret som visar att av de personer som diagnostiserades med hjärtsvikt i slutenvården mellan 1 juli 2005 och 30 juni 2006 hämtade 34 procent ut en ACE-hämmare och 12 procent en ARB under samma period. Andelen i samma grupp som har hämtat ut en betablockerare var 53 procent. Läkemedelsregistret kan även kopplas till data från de nationella Kvalitetsregistren eller till egna data från studier eller journalmaterial. Teoretiskt

”Det pågår ett arbete med att se över vilka möjligheter som finns att få en effektivare hantering av informationen i framtiden.”

ger detta oändliga möjligheter för läkemedelsepidemiologiska studier men praktiken skiljer sig från teorin i några avseenden.

BEGRÄNSNINGAR FÖR ANVÄNDANDE

Trots att det finns stora mängder data om den svenska vården på EpC så är informationen inte heltäckande. Det finns ingen information om sjukvårdsutnyttjande i primärvården på nationell nivå och rapporteringen av sjukhusbaserade öppenvårdsbesök är bristfällig. Det är därför svårt att mer i detalj studera läkemedel vars huvudsakliga användning sker inom den öppna vården. Vidare omfattar Patientregistret främst information om sjukvårdsutnyttjande och väldigt lite information om faktiska utfall av läkemedelsbehandling.

Individbaserade data saknas helt i de nationella registren för de läkemedel som administrerats på sjukhus och för egenvårdsläkemedel. Det är i detta sammanhang intressant att fler och fler landsting går över till gemensamma elektroniska journalsystem för både primärvård och sjukhusvård. Förhoppningen är att dessa datajournaler ska kunna tjäna som primära datakällor i framtiden.

De flesta hälsodataregistren på EpC uppdateras årligen medan Läkemedelsregistret uppdateras varje månad. Den årliga uppdateringen dröjer i många fall

långt in på det nästföljande året och för Dödsorsaksregistret tar uppdateringen mer än ett år. Det gör att det var först under 2007 som Läkemedelsregistret i praktiken kunde börja länkas till de andra Hälsodataregistren.

Det finns en väl etablerad samsyn på tillgänglighet till data inom läkemedelsområdet i Sverige via de riktlinjer Apoteket och Sveriges landsting utarbetat för den aggregerade läkemedelsstatistiken. Socialstyrelsen lyder under en skärpt sekretesslagstiftning som medför att data för ett enskilt läkemedel inte kan lämnas ut utan det marknadsförande företags samtycke.

Detta medför att de data som i dag kan lämnas ut endast omfattar grupper av läkemedel om det inte finns tillstånd från det berörda företaget. Ett enskilt företag kan givetvis få information om sina egna produkter men det kan vara svårt att få relevant jämförande information. Basal statistik som prevalens och incidens på substansnivå kan i dagsläget inte tillhandahållas på ett effektivt sätt. Det pågår ett arbete med att se över vilka möjligheter som finns att få en effektivare hantering av informationen i framtiden.

BÖRJA ANVÄNDA DATA

Mycket återstår innan vi i Sverige till fullo utnyttjar de unika möjligheter som våra personnummer och den höga datoriseringsgraden inom sjukvården ger. Utvecklingen kommer att behöva ske stegvis och vi kan alla bidra till utvecklingen genom att lära känna och utnyttja de data som finns. Tillsammans kan vi förverkliga den potential som finns för att positionera Sverige som ett föregångsland för uppföljningsstudier.

På Socialstyrelsens hemsida (www.socialstyrelsen.se) finns information om registeransvariga och hur man går tillväga för att beställa data.

KAROLINA ANTONOV, LÄKEMEDELSINDUSTRIFÖRENINGEN, LIF
KAROLINA ANTONOV, LÄKEMEDELSINDUSTRIFÖRENINGEN, LIF, KAROLINA.ANTONOV@LIF.SE



Resultaten från ATAC-studien*
har analyserats vid 100 månaders
medianuppföljning och visar

Fortsatt goda nyheter

Arimidex är statistiskt signifikant bättre än tamoxifen
vad gäller:

- minskad risk för alla typer av återfall med **24%**
(absoluta tal 4,8 % HR 0.76 (0,67–0,87), $p=0.0001$)
- ökad sjukdomsfri överlevnad med **15%**
(absoluta tal 4,1% HR 0.85 (CI 0,76–0,94), $p=0.003$)
- minskad risk för kontralateral bröstcancer med **40%**
(absoluta tal 1,7% HR 0.60 (0,42–0,85), $p=0.004$)
- minskad risk för fjärrmetastaser **16%**
(absoluta tal 2,4% HR 0.84 (0,72–0,97), $p=0.022$)

Vinsterna med Arimidex kvarstår och ökar även efter
lång tids uppföljning. Det läkemedelsval du gör från
start har betydelse de kommande nio åren.



Arimidex® R_x (F) (anastrozol) SPC 2007-10-11. Aromatashämmare. Tablett 1 mg.
Indikation: Bröstcancer. Adjuvant behandling av östrogenreceptorpositiv bröstcancer
hos postmenopausala kvinnor. Behandling av hormonberoende avancerad bröstcancer
hos postmenopausala kvinnor. Anastrozol rekommenderas inte till patienter med
östrogenreceptornegativa tumörer. **För information om kontraindikationer, försiktig-
het, biverkningar, pris och dosering se www.fass.se**

*Referens: ATAC Trialists' Group, Published Online December 15, 2007
DOI:10.1016/S1470-2045(07)70385-6

AstraZeneca Sverige AB • Terapiområde onkologi • 151 85 Södertälje
Telefon 08-553 260 00 • www.cancer.nu





Världscancerdagen 2009 **SVERIGE SKA BLI VÄRLDSMÄSTARE I PREVENTION**

Med anledning av Världscancerdagen 2009 och problemet med det ökande antalet nya cancerfall i världen bjöd Cancerfonden in till ett presseminarium med fokus på prevention. Det finns stora vinster i förlängda och friskare liv om det skulle satsas mer och kraftigare på förebyggande insatser. Cancerfonden vill att Sverige blir världsmästare i prevention.

Den 4 februari firades Världscancerdagen i ett fyrtiotal länder världen runt. Syftet med dagen är att sprida information och utbyta kunskap för att bekämpa cancer. Temat för årets Världscancerdag var "Cancer berör alla". År 2020 räknar WHO med att 17 miljoner människor i världen riskerar att insjukna i cancer, om det inte satsas på förebyggande åtgärder. I Sverige räknar man med att cirka en fjärdedel av alla framtida cancerfall är relaterade till vår livsstil vilket innebär att vi med förebyggande

insatser kan minska risken att dessa uppstår (se fakta från Cancerfondsrapporten 2006).

Bakom Världscancerdagen står UICC, Internationella cancerunionen, i Genève. UICC är världens största oberoende, ideella, icke-statliga sammanslutning av organisationer som bekämpar cancer. Unionen består av cirka 270 medlemsorganisationer i över 80 länder. UICC vill främja samarbete och kunskapsutbyte mellan alla som på olika sätt arbetar med att bekämpa cancer – forskare,

sjukvårdspersonal, patienter, regeringar, företag och medier. UICC:s vision är en värld där cancer inte längre räknas till de största livshotande sjukdomarna.

Bredvid presseminariet i Stockholm arrangerades minneshögtider och föreläsningar i Göteborgs och Lunds domkyrkor och S:t Lars kyrka i Linköping.

OLIKA BAKGRUND I OLIKA LÄNDER

Förste talare på Världscancerdagen var Lars Holmberg, professor i cancerepidemiologi vid King's College, London

School of Medicine som presenterade ett internationellt perspektiv på cancersjukdomarnas utveckling. I dag insjuknar cirka 11 miljoner människor i cancer varje år. 7 miljoner dör och det finns cirka 30 miljoner canceröverlevare.

Bakgrundsfaktorerna till dödsfallen ser olika ut i länder med stora respektive små resurser. I länder med stora resurser svarar tobaksrökning för en tredjedel av dödsfallen. Lungcancer är den tredje största orsaken till alla dödsfall. Det har även visats att övervikt ger en ökande risk, liksom överdrivet intag av alkohol. I länder med små resurser svarar infektioner (hepatit, helicobacter pylori och herpesvirus) för 25 procent av dödsfallen.

I länder med stora resurser är de vanligast förekommande cancerformerna lung-, bröst-, prostata-, grov- och ändtarmscancer. I länder med moderata eller små resurser är de vanligast förekommande cancerformerna magsäcks-, lung-, lever-, munhåle-, bröst- och livmoderhalscancer.

Dödsfall relaterat till tobaksrökning

År 2000: ett dödsfall var 9:e sekund.

År 2020: ett dödsfall var 3:e sekund*.

* År 2020 70 procent av dessa i länder med små resurser.

År 2020 kommer 27 miljoner människor att diagnosticeras med cancer i världen. 17 miljoner kommer att dö och det kommer att finnas 75 miljoner canceröverlevare! Detta kommer att ställa ökande krav på behandling av återfall samtidigt som andelen äldre med cancer och andra åldersrelaterade sjukdomar ökar. Över 70 procent av cancerfallen kommer att finnas i länder med små resurser vilket ställer nya krav på världssamfundet.

Inom EU är i dag omkring 5 procent av all cancer relaterad till övervikt men varierar med cancertyp: från cirka 30 procent i livmodercancer till omkring 8–9 procent för bröstcancer. Kost och övervikt kan stå för 20–30 procent av all dödlighet i cancer om fem till tio år.

Överdrivet bruk av alkohol medför en klar riskökning för cancer i munhåla, svalg och matstrupe. Det finns en svag riskökning för bröstcancer. Alkohol står för 3 procent av cancerdödligheten i Eu-

ropa. Med ett måttligt alkoholbruk torde 30 procent av dessa dödsfall kunna undvikas.

GENOMTÄNKT PREVENTIVT ARBETE

Vad kan då göras i preventivt syfte för att om möjligt minska antalet människor som kommer att drabbas av cancer i framtiden? Med ett genomtänkt preventivt arbete är det enligt Lars Holmberg möjligt att minska antalet fall av cancer i lunga, magsäck, lever, munhåla och livmoder. Genom screening och andra metoder för att tidigt upptäcka cancer har vi en möjlighet att minska antalet dödsfall. Detta gäller troligen framförallt bröst-, grovtarms- och livmoderhalscancer. Möjligen också prostatacancer.

Lars Holmberg listade följande preventiva åtgärder som möjliga för att minska antalet fall och dödsfall i cancer:

- Motverka tobaksrökning.
- Vaccination mot hepatit, HPV virus (vilka effekter uppnås?)
- Ökat intag av färska grönsaker och frukt.
- Förhindra helicobacter pylori-infektion.
- Förhindra epidemi av övervikt.
- Måttligt alkoholintag.
- Tidigt upptäckt.
- Förbättrad behandling tillgänglig för alla.
- Bättre livsmedelshygien.

KRAM FÖR PREVENTION

Nästa talare var Carsten Rose, klinikchef, Onkologkliniken, Universitetssjukhuset i Lund, som talade under titeln "Prevention, kostnadsbesparande för samhället."

Han menar att de resurser vi har i princip inte är för små men vi fördelar dem på ett sätt som inte är optimalt för våra patienter. Detta är ett politiskt problem enligt Carsten Rose. Prevention och tidig upptäckt är centralt. Med optimal prevention skulle cancerincidensen kunna minskas med 25–30 procent, vilket är i linje med det Lars Holmberg nämnde. Carsten Rose presenterade en modell, KRAM, för hur detta kan gå till i praktiken.

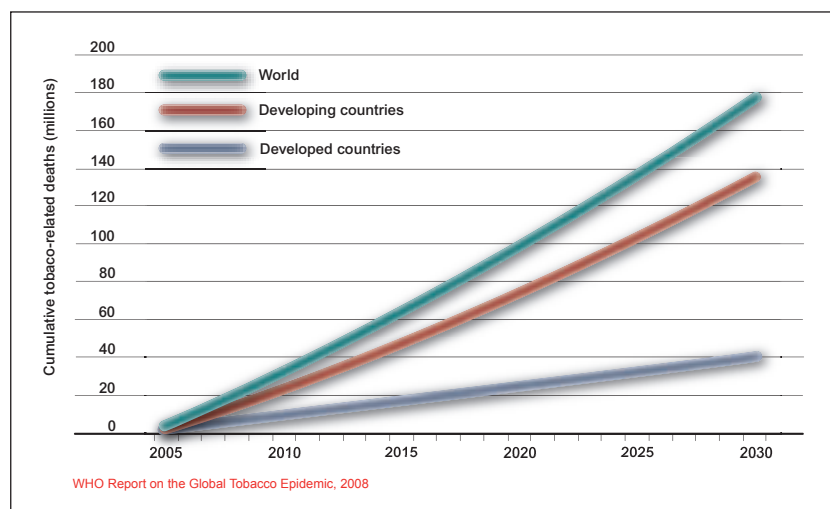
KRAM står för kaloriintag, rökning, alkohol och motion.

Kaloriintag: I dag äter vi för mycket. Om vi kunde minska kaloriintaget med 10–15 procent skulle antalet cancerfall minska rejält.

Rökning: Vi ser ett ökat antal fall av unga kvinnor med lungcancer. Carsten Rose förespråkar att vi ska titta på det framgångsrika arbetet mot rökning som bedrivits i Kalifornien där man med en aggressiv kampanj har fått goda effekter på relativt kort tid.

Alkohol: Ett måttligare drickande får positiva effekter. Köp en (1) flaska vin för 80–90 kronor i stället för tre för 30–40 kronor.

TOBAK DÖDAR 175 MILJONER MÄNNISKOR FRAM TILL 2030



Figur 1. WHO uppskattar att tobak kommer att vara orsaken till att mer än 175 miljoner människor dör mellan 2005 och 2030.

Motion: Återinför motion i skolan minst en timme om dagen. Det är bevisat att antalet fall av koloncancer skulle minska och troligen även antalet bröst- och prostatacancerfall.

Med dessa KRAM-åtgärder skulle incidensen kunna minskas i följande grad:

Kost	5–8 procent
Rökning	20 procent
Alkohol	5–10 procent (möjligen lite högt)
Motion	5 procent
Totalt	20–30 procent

Ulrik Lindgren, politiskt sakkunnig för minister Maria Larsson började sitt anförande med att säga att den som är utbildad gör klokare val. Till exempel röker man mindre! Detta medför att utbildning är det viktigaste politiken kan ägna sig åt. Han presenterade därefter fakta om den folkhälsopolitiska propositionen för 2008–2010 på 260 miljoner kronor per år, varav bland annat 50 miljoner kronor till lokalt hälsobefrämjande arbete i sex kommuner.

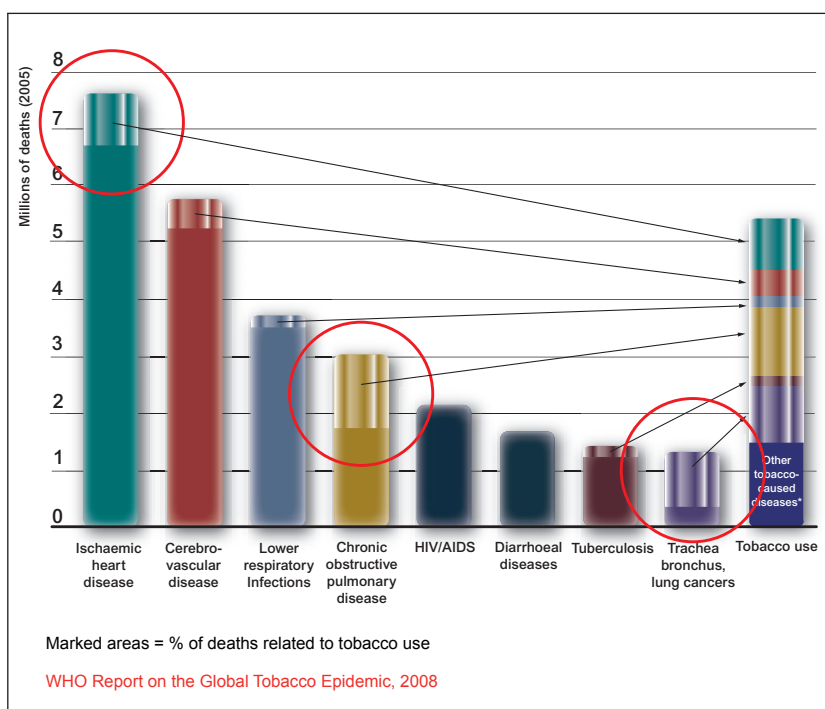
Han menade vidare att det tobakspreventiva arbete som bedrivits sedan början av 1980-talet har varit framgångsrikt och att det i dag finns en miljon rökare jämfört med två miljoner 1980. Ett problem som Ulrik Lindgren lyfte upp var att nyrekryteringen är lika stor i dag som tidigare och möjligen högre.

Innevarande period satsar regeringen extra pengar på förebyggande insatser via Folkhälsoinstitutet. Av dessa går 13 miljoner kronor till rökavvänjning, 10 miljoner till tillsyn av att 18-årsgränsen för försäljning efterlevs och en miljon som stöd till frivilligorganisationer.

HUR BLIR VI VÄRLDSMÄSTARE?

Sammanfattningsvis kan man konstatera att det finns mycket att göra när det

TOBAKEN SOM RISKFAKTOR I VANLIGA DÖDSORSAKER I VÄRLDEN



Figur 2. Tobak är en riskfaktor för sex av de åtta största orsakerna till dödsfall i världen. Inget läkemedel kommer i närheten av den potential som finns i att minska rökningens effekter.

gäller cancerprevention. WHO uppskattar att tobak kommer att vara orsaken till att mer än 175 miljoner människor dör mellan 2005 och 2030 (figur 1). Analysen av vad som bör göras först och där vinsterna med en lyckad satsning blir störst är självklar – se till att antalet rökare minskar drastiskt. Figur 2 ur WHO's rapport "the Global Tobacco Epidemic" från 2008 visar att tobak är en riskfaktor för sex av de åtta största orsakerna till dödsfall i världen. Inget läkemedel oavsett hur bra effekt det än har kommer i närheten av den potential som finns i att minska rökningens effekter.

En av uppgifterna där det med relativt små medel, främst inom primärvården, skulle gå att göra en stor insats är i det tobaksförebyggande arbetet med att erbjuda rådgivning och tobaksavvänjning. Hälften av landets vårdcentraler

saknar i dag tobaksavvänjare. Undersökningar visar att endast hälften av alla rökare i Sverige någon gång i sin kontakt med hälso- och sjukvården blivit tillfrågade om sina rökvanor eller uppmuntrats att sluta röka. Det bör vara lätt att öka det antalet som ett steg på vägen mot att vi blir världsmästare i prevention. Ett annat sätt att komma tillrätta med rökningens baksidor är förstås att införa ett försäljningsförbud för tobak.

Den regering som gör det kommer att ha mitt helhjärtade stöd.

Referenser:

Cancerfondsrapporten 2006 och 2008. Presentationer på Världscancerdagen 2009-02. WHO Report on the global Tobacco Epidemic, 2008.

PATRIK GUSTAVSSON, CHEFREDAKTÖR



Betydelsefull *nyhet* om behandling av järnbristanemi.

Ferinject® (järnkarboxymaltos) är ett nytt unikt järnkomplex, utvecklat för att undvika de begränsningar som traditionellt är förknippade med intravenöst järn. Det ges som infusion i engångsdos på upp till 1000 mg järn och som i.v. injektion upp till 200 mg järn. Infusionen tar inte mer än 15 minuter för 1000 mg.

Med Ferinject behövs ingen testdos.



Gardera med kryss för S-Ferritin vid minsta misstanke om järnbristanemi.
Läs mer på www.ferinject.nu.



FYLLER JÄRNDEPÅERNA
PÅ NYTT ENKELT SÄTT.

Utdrag ur CANCERFONDSRAPPORTEN 2006

Trots framgångar inom behandlingen av cancerpatienter utgör preventionen i dag den tydligaste möjligheten att minska cancersjukdomarna. Tobaksprevention har bedrivits framgångsrikt i Sverige sedan 1980-talet och andelen rökare har halverats på 25 år. Den största minskningen har skett i grupper med goda sociala och ekonomiska förutsättningar. Inom andra grupper är minskningen inte lika påtaglig. I dag röker 16 procent av Sveriges vuxna befolkning.

Olika livsstilsfaktorer ligger bakom uppkomsten av de flesta cancerfall. Det innebär att det är möjligt att minska risken för sjukdom genom att undvika att människor utsätts för olika typer av riskfaktorer. Genom epidemiologiska undersökningar har man kunnat kartlägga en del av de faktorer som är kopplade till ökad risk för cancer. Eftersom många riskfaktorer fortfarande är okända och människor aldrig kommer att följa alla livsstilsråd till punkt och pricka, kan man inte räkna med att helt förebygga livsstilsrelaterad cancer.

Det bedöms dock som realistiskt att med effektiv cancerprevention kunna

minska dödligheten i cancer med 30 procent inom en 20-årsperiod.

De främsta kända riskfaktorerna för cancer är rökning, fetma, fysisk inaktivitet och ohälsosam kost. I Cancerfondens utredning om cancerprevention framgår att tobaksrökning står för 20–25 procent av den totala cancerdödligheten. Kost och fetma orsakar tillsammans 30 procent av den totala dödligheten i cancer. Det framgår också i utredningen att 65 procent av den tobaksrelaterade cancerdödligheten skulle kunna reduceras till år 2020.

Därför är den största insatsen man kan göra för att minska risken för cancer att få människor att sluta röka. Ytterligare cancerfall skulle kunna förhindras om människor var försiktigare i solen, och inte utsatte sig för överdriven alkoholkonsumtion. Trots effektivare diagnostik och behandlingsmetoder är ledande cancerforskare eniga om att en påtaglig minskning av cancerdödligheten i framtiden i första hand kommer att kunna uppnås med prevention. En förutsättning är dock att den ges högre prioritet än i dag.

RÖKNINGEN ORSAKAR 10 000 FALL

Att tobaksrökning orsakar cancer är vetenskapligt klarlagt. Rökning är den största enskilda riskfaktorn för uppkomst av cancer. Rökning är orsak till omkring 80–90 procent av alla lungcancerfall, en av de cancerformer som har högst dödlighet i Sverige. Cigarettröken ökar dessutom risken för cancer i flera andra organ: munhåla, svalg, matstrupe, magsäck, bukspottkörtel, tjocktarm, njurar, urinblåsa och livmoderhals. Varje år insjuknar cirka 10 000 människor i cancer till följd av rökning, vilket motsvarar 20 procent av alla cancerfall.

RÖKNINGENS SAMHÄLLSKOSTNAD – 26 MILJARDER KRONOR ÄRLIGEN

Tobaksrökningen medför stora allmänna kostnader. Tobakens samhällskostnad beräknas till 26 miljarder kronor årligen, samtidigt som tobaksskatten inbringar mellan 8 och 9 miljarder kronor. Att rökarna själva skulle bekosta belastningen på samhällsekonomin genom tobaksskatten stämmer inte.

I beräkningarna av rökningens samhällskostnad ingår 2,2 miljarder kronor

CANCERDÖDLIGHET OCH MÖJLIG REDUKTION TILL ÅR 2020

RISKFAKTORER	ANDEL AV TOTAL CANCERDÖDLIGHET, %	MÖJLIG REDUKTION TILL ÅR 2020, %*
Tobaksrökning	20–25	65
Alkohol	3	30
Ohälsosam kost, övervikt/fetma	30	25
Fysisk inaktivitet	3	5
Strålning	2	10
Luftföroreningar	2	25

* Siffran avser den möjliga reduktionen av den del av cancerdödligheten som kan relateras till respektive riskfaktor.

Källa: Cancerfondens preventionsutredning

för sjukvårdskostnader (öppenvård, slutenvård och läkemedel), 6 miljarder kronor för produktionsbortfall i form av förtida dödsfall och förtidspensioner och 18 miljarder för extra sjukskrivningar av rökare. Rökare har i genomsnitt åtta dagars längre sjukskrivningstid per år än icke-rökare. Totalt kostar varje rökare landets arbetsgivare 27 000–36 000 kronor per år extra i form av sjukfrånvaro och rökpauser.

En enskild rökare kostar under sin livstid samhället i genomsnitt 1,2 miljarder kronor mer än icke-rökaren i nettotgifter för sjukvård, sjukpenning, förtidspensionering och äldreomsorg. Inom sjukvården beräknas rökningen medföra 73 000 extra vårdtillfällen och 570 000 vård dagar om året i slutet sjukhusvård.

FYRA MÅL FÖR MINSKAT TOBAKSBRUK

Världshälsoorganisationen WHO och EU har definierat mål och riktlinjer för att minska tobaksbruket som ett led i kampen mot cancer. I april 2003 beslutade Sveriges riksdag om ett antal övergripande nationella folkhälsomål i syfte att skapa förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen.

Fyra av dessa mål handlar om minskat tobaksbruk fram till år 2014:

1. En tobaksfri livsstart från år 2014.
2. En halvering till år 2014 av antalet ungdomar under 18 år som börjar röka eller snusa.
3. En halvering till år 2014 av de grupper som röker mest.
4. Ingen ska ofrivilligt utsättas för rök i sin omgivning.

Under 1990-talet satsade staten i genomsnitt 12–14 miljarder kronor årligen på tobakspreventivt arbete. 2001 beslutade regeringen att det tobaksförebyg-

gande arbetet skulle intensifieras. Statens folkhälsoinstitut fick i uppdrag att arbeta fram ett förslag till åtgärdsprogram, vilket ledde till ett anslag på 90 miljoner kronor fördelat över tre år.

Under det så kallade tobaksuppdragets treårsperiod 2002–2004 genomfördes en rad satsningar inom främst tre områden: barn- och ungdomsarbete, tobaksavvänjning för vuxna och förberedelsearbete för genomförande av rökfria serveringar. Under dessa tre år genomfördes den i Sverige hittills största statligt finansierade satsningen för att minska rökningen.

HÄLFTEN SÅ MÅNGA RÖKARE

Det svenska tobaksförebyggande arbetet är framgångsrikt vid en internationell jämförelse. Attityderna till rökning har förändrats radikalt de senaste decennierna och rökningen har minskat i alla grupper i befolkningen. Totalt sett har rökningen halverats sedan år 1980. Störst är minskningen bland män där andelen rökare i dag är 15 procent, medan andelen rökande kvinnor är 17 procent.

I och med införandet av lagen om rökfria serveringar den 1 juni 2005 uppnådde regeringen målet om att ingen ofrivilligt ska utsättas för rök på sin arbetsplats. Framsteg har också gjorts inom de övriga tobaksmålen som definierades år 2003. Rökningen har gått

ner bland ungdomar, gravida och småbarnsföräldrar.

STORA SKILLNADER MELLAN SOCIALGRUPPER

Rökandet fördelas mycket ojämnt i befolkningen. Inom de mindre gynnade socialgrupperna har minskningen varit mindre eller mycket mindre än hos befolkningen i genomsnitt. Personerna i dessa grupper utgör i dag den stora majoriteten av rökarna i Sverige. Det handlar bland annat om lågutbildade, långtidsarbetslösa, förtidspensionerade, invandrare, psykiskt sjuka och missbrukare. Rökningen i dessa grupper ligger fortfarande mellan 20 och 30 procent. Bland högre tjänstemän är andelen rökare bara åtta procent. I de allra sämst ekonomiskt ställda grupperna röker var tredje person.

Sverige har via sina mödra- och barnvårdscentraler ett unikt och heltäckande system för registrering av rökvanor bland gravida och småbarnsföräldrar. Av statistiken framgår att skillnaderna i rökvanor är stora bland blivande och nyblivna mammor. Lägst andel gravida rökare finns i Sveriges mest välmående kommuner som exempelvis Danderyd och Täby, där endast en respektive två procent rökte år 2003. I kommuner med låg ekonomisk standard rökte 25 procent av de gravida kvinnorna.

TOBAKSPREVENTIONENS MILSTOLPAR

1977: Varningstexter på cigarettpaketen.

1979: Varningstexter på tobaksreklamen.

1993: Rökfria arbetsplatser och offentliga lokaler.

1994: Reklamförbud och rökförbud på skolgårdar.

1997: 18-årsgräns för tobaksinköp.

2003: Förbud mot indirekt tobaksreklam.

2005: Rökfria serveringar.

PALLIATIV VÅRD I ESKILSTUNA

Glädjefyllad vård

Vid Mälarsjukhuset i Eskilstuna har man med nytänkande och förändringsvillig personal skapat den nya Viktoriaenheten för onkologi, hematologi, patienter med hjärntumörer, palliativ vård och avancerad vård i hemmet. Här är högt i tak, personalen cirkulerar, alla hjälper alla, överläkaren bär grälla slipsar och glädjen att kunna hjälpa människor i en svår situation skapar en stämning med plats för skratt.

Kan glädje och sorg gå hand i hand? Kan skratt och död finnas sida vid sida? Kan livs-glädje existera i väntan på livets slut?

Svaret på dessa frågor kan vara: Ja! Åtminstone på Viktoriaenhetens palliativa avdelning vid Mälarsjukhuset i Eskilstuna. Vård i livets slutskede är annars ingenting en utomstående skulle förknippa med glädje. Men det samstämmiga vittnesbördet från både personal och patienter vid Viktoriaenheten är att vården innehåller många glädjefylla ögonblick, i kombination med patienternas upplevelse av trygghet och ibland behov av tröst. Givetvis parallellt med svåra stunder.

– Det låter konstigt, säger Jan-Erik Westlin, överläkare för palliativa vården, men det här är det roligaste jag har arbetat med som läkare. Det finns så många positiva upplevelser och möten med patienter och anhöriga som trots situationen utstrålar glädje.

– Jag har aldrig varit med om att personalen kan gå glatt visslande på avdelningen, som här. Det finns en öppen och positiv stämning.

Den strida strömmen av Dagens Ros i Eskilstunakuriren till vårdteamet på Viktoriaenheten talar sitt tydliga språk.

DEN NYA VIKTORIAENHETEN

En möjlig grundorsak till den goda stämningen är att planeringen och uppbyggnaden av den nya Viktoriaenheten gjordes på personalnivå. Utredningen SVEA om den palliativa vården i Södermanland utfördes till stor del av vårdande personal. Den tidigare palliativa avdelningen vid sjukhuset stängdes i september 2006 på grund av läkarbrist och organisatoriska problem.

– Det fanns många gamla nedärvda rutiner som satt i väggarna här och stoppade upp en förnyelse, berättar Jan-Erik Westlin.

Men med nya friska tag öppnades det som kom att kallas Viktoriaenheten i september 2007. Namnet har varken med någon kronprinsessa eller annan känd person att göra, det bara blev så.

– Inom vården känner jag inte till någon annan verksamhet någonstans som har byggts "nerifrån och upp" och där



Jan-Erik Westlin

personalen har fått styra förändringsarbetet, säger Jan-Erik Westlin.

Viktoriaenheten upptar ett våningsplan i en av huskropparna på Mälarsjukhuset. Den utgör en gemensam vårdenheter för onkologi, hematologi, patienter med hjärntumörer, specialiserad palliativ vård och avancerad sjukvård i hemmet, ASIH.

Totalt finns det 32 vårdplatser, varav 22 i en sektion för onkologi och hematologi och 10 platser i den andra sektionen för palliativ vård. Dessutom finns det 30 hemvårdsplatser på ASIH.

i livets slutskede





Medicinskt sorterar Viktoriaenheten under onkologen, med undantag för hematologin som står under medicinkliniken, men personellt hör enheten till Mälarsjukhusets Vårdplatsenhet.

Totalt arbetar här fem läkare, 42 sjuksköterskor och 15 undersköterskor.

Man arbetar i team med kurator och sjukgymnaster och arbetsterapeuter.

Pehr Lind, docent vid Karolinska institutet, är chef för Onkologkliniken Sörmland vid Mälarsjukhuset. Han har det medicinska ansvaret för driften av de onkologiska och palliativa delarna vid Viktoriaenheten.

– Jag anser att vi har fått en mycket bra lösning i Eskilstuna där onkologen har ansvaret för den avancerade hemsjukvården. På andra ställen i landet är

ansvaret för ASIH knutet till geriatriken eller primärvården. Här kan vi onkologer följa patienten hela vägen genom sjukdomens faser på ett optimalt sätt. Den palliativa vården är en mycket värdefull del av verksamheten vid Onkologkliniken Sörmland.

DRAGSPEL OCH CIRKULATION

En viktig förändring i samband med bildandet av Viktoriaenheten var att länets hematologipatienter bereddes plats att få vård på Mälarsjukhuset, i stället för att vårdas inom regionsjukvården. Detta har minskat landstingets kostnader för utomlänsvård. Så politikerna förefaller lika nöjda som patienter och personal med den nya enheten.

En annan nyhet är skapandet av ett vårdprogram för omhändertagande av hjärntumörpatienter i Södermanland.

– Tidigare kunde patienter med hjärntumör hamna litet "mellan stolarna", men i och med det nya vårdprogrammet har de fått ett mycket bättre omhändertagande, säger Jan-Erik Westlin.

Så fort en patient på akutmottagningen får diagnosen misstänkt hjärntumör skrivs denne in på Viktoriaenheten. Här finns två vårdplatser avsatta för detta. Med denna rutin får patienten direkt komma till rätt vårdenheter, arbetet på akuten underlättas och man undviker att patienter med hjärntumör beläggs på andra slutenvårdsplatser.

– Patienterna skrivs in direkt på ASIH efter att röntgen visat på misstänkt hjärn-



tumör. Det medför bland annat att de anhöriga får professionellt stöd från allra första stund, berättar Jan-Erik Westlin.

– Inget annat landsting har, så vitt jag vet, ett liknande vårdprogram för omhändertagande av hjärntumörpatienter.

När det gäller de totalt 32 vårdplatserna på Viktoriaenheten tillämpas "dragspelsprincipen", det vill säga att de två sektionerna är fria att samarbeta om platserna och hjälpa varandra vid tillfälliga överbeläggningar. Viktoriaenheten är sin egen lilla värld på sjukhuset. Förutsättningen för att vårdenheten skall kunna ta hand om de aktuella patientgrupperna är att endast patienter med dessa specifika diagnoser placeras här. Viktoriaenhetens platser skall inte redo-

visas på listan över tillgängliga vårdplatser på Mälarsjukhuset.

När Onkologi i Sverige år 2005 skrev om själva onkologikliniken, stod det våningsplan som nu utgör Viktoriaenheten precis färdigt. Ljusa och fräscha lokaler på sjunde våningen, där särskild omtanke visats de palliativa patienterna. På personalens förslag hade patientrummens fönster förlängts ända ner till golvet så att man från sängen kan se ut till marknivån. Rummen är stora nog att kunna rymma en säng för en anhörig. I ett duschrum finns bubbelkar.

En central del i förändringsarbetet på Viktoriaenheten är att personalen cirkulerar mellan den palliativa sektionen med ASIH och vårdsektionen för onkologi- och hematologipatienter. Många fram-

håller cirkulationen som en förklaring till den omvittnat goda stämningen på enheten. Som grundprincip arbetar varje sköterska fem veckor på annan plats än basplaceringen, vid två skilda tillfällen per år. Den som normalt arbetar inom ASIH går in på avdelningen och tvärtom. Den som är basplacerad på sektion 1 för onkologi- och hematologi cirkulerar till den palliativa sektion 2, och vice versa. Dock beordras ingen att gå ut i hem-sjukvården, det sker frivilligt.

– Cirkulationen medför enorma vinster på flera olika sätt, konstaterar Annika Randberg som är enhetschef på Viktoriaenheten, inklusive ASIH. Det blir lättare att planera vården, personalen ökar sin kompetens och får bättre förståelse för kollegornas arbete.

... kliniken i fokus

– Ekonomiskt är det också en fördel eftersom vi genom enkla omplaceringar av personal sällan behöver ta in timanställda.

VIKTORIAKULTUR

Inför öppnandet av Viktoriaenheten nyanställdes hela fjorton sjuksköterskor.

– Att slå ihop de här två sektionerna till en enhet var ett jätteprojekt, berättar Annika Randberg. Men det har lyckats över förväntan. Det har skapats en egen viktoriakultur där den gamla personaluppdelningen med ett "vi och ni"-tänkande är borta. Det finns ett öppet och tillåtande klimat där det märks att man tycker om varandra.

Annika har i princip utfärdat order om att alla skall titta in i fikarummet direkt på morgonen och delta i småpratet.

– Det är viktigt för sammanhållningen. Datorer och rapporteringar får komma sedan.

Förutom god stämning drar patienterna fördel av cirkulationen genom att omvårdnadsrutinerna blir enhetliga på de bägge sektionerna och därmed håller hög och jämn kvalitet.

Men det finns en viktig skillnad mellan sektion 1, på den ena sidan hisshallen, och sektion 2 på den andra: på onkologi- och hematologisidan styr vårdrutinerna patienternas dag med provtagningar och behandlingar, medan patienterna själva på den palliativa sidan bestämmer dagsprogrammet. Vill man sova länge och äta frukost vid 10-tiden gör man det. Vill man ha middagen senare än vanligt får man det. Det är patienternas önskningar och behov som styr dagen.

– Patienterna är oerhört nöjda, säger Annika Randberg. De är ju som våra kunder och skall ha bästa möjliga service. Det krävs inte så mycket extra för att de skall uppleva trygghet och värme.

Även Annika kommer in på glädjen.

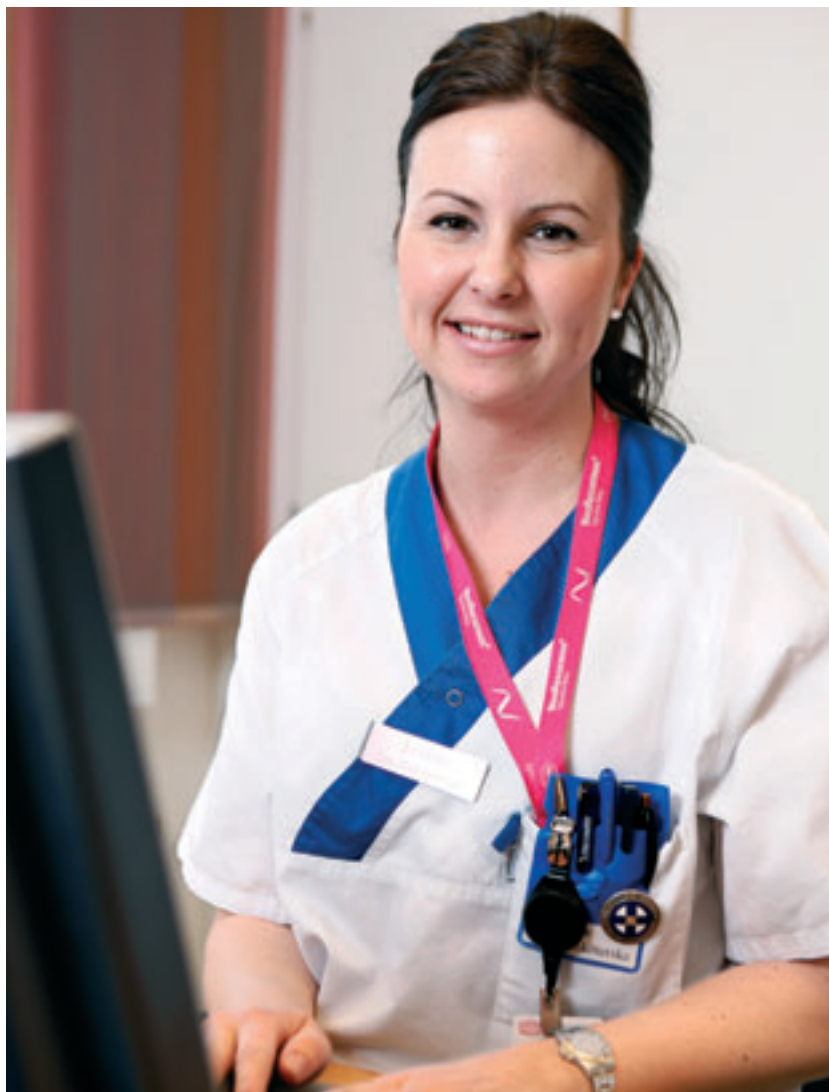
– Det är mycket skrott här, hur konstigt det än verkar. Det är mycket populärt bland vårdstudenter att praktisera hos oss. De förvånas över den goda stämningen trots allvaret i vårdsituationen.

Som ytterligare ett tecken på den positiva kulturen på Viktoriaenheten nämner hon att ännu har ingen ur personalen slutat.

Louise Alhällen



Marianne Ericsson och Yvonne Martin



**EMEND ingår från och med
19 december 2008
i läkemedelsförmånerna**

**För patienter med högemetogen
cisplatinbaserad cytostatikabehandling eller
medelemetogen cytostatikabehandling**

EMEND[®]
(aprepitant, MSD)

Den Första och Enda Neurokinin-1 (NK1) Receptor Antagonisten

Förebygger akut och fördröjt cytostatikainducerat illamående och kräkningar
EMEND ges som en del av kombinationsterapi*
1 gång dagligen i 3 dagar

FÖRSKRIV EMEND DAG 1, CYKEL 1

*Inkluderande en kortikosteroid och en 5HT3-antagonist

EMEND (aprepitant) Antiemetikum efter kemoterapi – substans P-antagonist (Rx; F; SPC 2008-11-11) hård kapsel 80 mg, 125 mg, 80 mg + 125 mg. Indikationer: Profylax mot tidigt och sent illamående och kräkningar vid högemetogen cisplatinbaserad cytostatikabehandling vid cancer hos vuxna. Profylax mot illamående och kräkningar i samband med måttligt emetogen cytostatikabehandling vid cancer hos vuxna. EMEND ges som en del av kombinationsterapi. Kontraindikationer: Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot ingående hjälpämnen. EMEND skall ej administreras samtidigt med pimoizid, terfenadin, astemizol eller cisaprid. Aprepitants hämning av cytokrom P450 isoenzym 3A4 (CYP 3A4) kan resultera i förhöjda plasmakoncentrationer av dessa läkemedel, vilket eventuellt kan orsaka livshotande reaktioner. Graviditet och Amning: (B:2 och IVa) EMEND skall användas under graviditet endast då det är absolut nödvändigt. De potentiella effekterna på reproduktion av förändringar av neurokininregleringen är okänd. Det är ej känt om aprepitant utsöndras i modersmjölken hos människor. Amning rekommenderas därför inte under behandling med EMEND. Vid förskrivning och för aktuell information om villkor i förmånssystemet, förpackningar och priser se www.fass.se.

EMEND är ett registrerat varumärke av Merck & Co., Inc. Whitehouse station, NJ, USA. MSD, Box 7125, 192 07 SOLLENTUNA.



Charlotte Bergdahl

– Men det är ett speciellt släkte som kan arbeta med döende patienter. Ingen dag ser ut som den andra.

INGA SPEGLINGAR

Den givna frågan är förstås hur man känslomässigt klarar av ett så tufft jobb. I synnerhet i hemsjukvården kommer man både patienter och anhöriga nära på ett personligt sätt.

– Visst finns det känslor, men vi måste vara professionella, säger Marianne Ericsson som är sektionschef på den palliativa sidan.

Men det är en smal gräns mellan att visa empati och engagemang och att inte bli personligt berörd och ta med sig tragiken hem.

På Viktoriaenheten har man vanan att prata av sig i fikarummet. På många andra håll är det tabu att prata patienter under rasterna.

– Här får vi utlopp för känslorna och får det ur oss direkt, säger sjuksköterskan Louise Alhällen. Det är ovanligt högt i tak.

På enheten har man försökt ha så kallade speglingar, där en handledare i

organiserad form samtalar med personalen, men det har inte fungerat.

– Ibland var det handledaren som började gråta, kommenterar Annika Randberg.

En skillnad mellan kurativ vård och palliativ är ju att i den förstnämnda blir ett dödsfall i princip ett misslyckande, i den senare är tillfrisknande inte vårdmålet, utan döden är förväntad.

– Jag upplever inte jobbet som tufft, säger Yvonne Martin, sjuksköterska som arbetat på onkologen sedan 2000 och palliativt på Mälarsjukhuset sedan 2007. Vi ger patienterna en möjlighet att få dö i lugn och ro och kan ge de anhöriga bra stöd. Man får inte bli för personligt engagerad, men man är ju bara människa.

– Vi följer patienterna länge och får sällan vara med om oväntade dödsfall, säger Louise Alhällen.

På den palliativa sektionen av Viktoriaenheten är nästan enbart cancerpatienter inskrivna. Detta gäller även ASIH. Någon gång kan det röra sig om patienter med ALS.

AVANCERAD VÅRD HEMMA

Avancerad sjukvård i hemmet, ASIH, innebär att palliativa patienter i sin egen hemmiljö får smärtlindring, blodtransfusioner, hjälp med läkemedelspumpar och annan vård som kräver läkar- eller sjuksköterskekompetens.

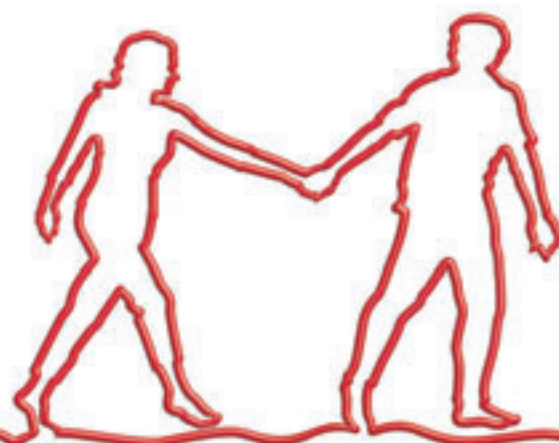
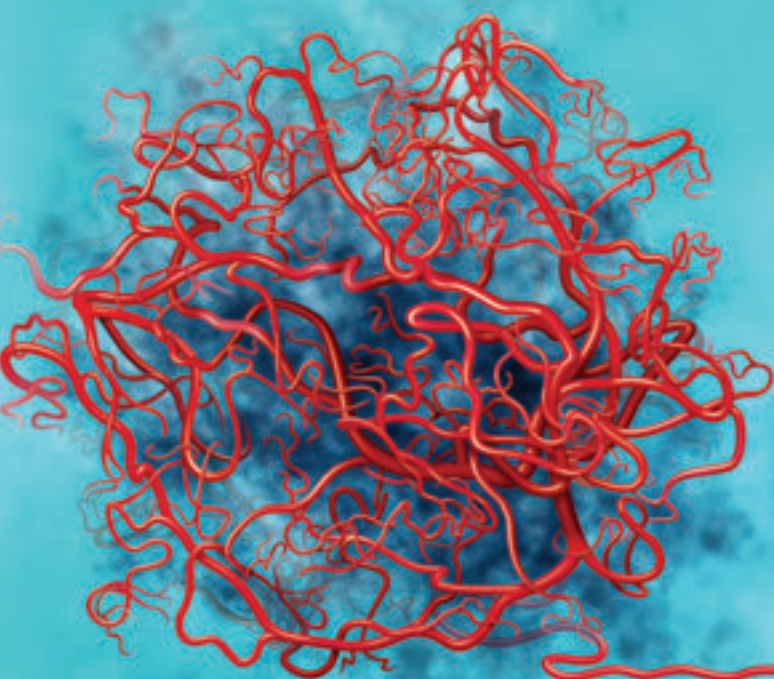
På Viktoriaenheten finns tio vårdplatser på palliativa sektionen. Av dessa står två i beredskap för hemvårdade patienter som vill få komma in på avdelning. Inom maximalt ett dygn, oftast snabbare, kan en ASIH-patient få plats på avdelningen.

ASIH har 30 platser för hemvård. Nio sjuksköterskor är basplacerade här.

Den första som kommer i kontakt med en ASIH-patient är vårdsamordnaren på palliativa sektionen, Anne-Louise Kruse.

– Jag ser till att så snabbt som möjligt ha ett förmöte hemma hos patienten där jag med patient och anhöriga stämmer av behovet. Detta delger jag direkt till en läkare. Inga remisser blir liggande stilla här. Vi har fått en bra organisation och effektiva rutiner.

Ta kontroll över angiogenesen



Låt livet ta plats

Specifik VEGF-hämning med Avastin

Godkänt som kombinationsbehandling i första linjen vid metastaserad: kolorektalcancer, lungcancer, bröstcancer och njurcancer.

Avastin® (bevacizumab)

Indikationer: Som första linjens behandling av patienter med metastaserad: Kolorektalcancer – Avastin i kombination med fluoropyrimidin-baserad kemoterapi. Bröstcancer – Avastin i kombination med paklitaxel.

Njurcancer – Avastin i kombination med interferon alfa-2a.

Icke-småcellig lungcancer – Avastin i tillägg till platinabaserad kemoterapi, undantaget histologi som domineras av skivepitelcancer.

Dosering: 5, 7.5, 10 eller 15 mg/kg i.v. var 2–3:e vecka beroende på indikation.

Beredningsform och förpackningar: Koncentrat till infusionsvätska, lösning 25 mg/ml, 4 ml och 16 ml.

Varningar och försiktighet: GI-perforation, fistlar, sårhäkning, hypertension, proteinuri, tromboemboli, blödning.

Kontraindikationer: Obehandlade CNS-metastaser och graviditet.

För pris och mer information: www.fass.se.

Produktresumé uppdaterad 2008-08-29. (L01XC07.R, EF).

AVASTIN[®]
bevacizumab
Leading angiogenesis
inhibition



Annika Randberg

Ann-Louise Kruse började som samordnare i juni 2008. Sin mesta tid tillbringar hon på avdelningen där hon har koll på vad alla skall göra, var behoven finns och hur arbetet bäst fördelas. Jan-Erik Westlin ser samordnarens roll som oerhört viktig för det goda samarbetet på enheten.

– Det krävs en person som Anne-Louise som kan ha många bollar i luften, framhåller han.

Vanan att vara arbetsledare fick hon vid sitt tidigare arbete som verksamhetschef inom ambulansen.

– Det gav också en vana att vara i patienternas hemmiljö, vilket jag har glädje av i dag.

Just hemmiljön och att arbeta mycket nära med patientens anhöriga är det mest utmärkande för ASIH.

– Jag tycker det är fantastiskt att patienterna bjuder in oss i sina hem, säger Yvonne Martin. Precis som en barnmorska får vara med om en stor händelse i en familjs liv så får vi vid livets slutskede det stora förtroendet att vara delaktiga.

– Det kan bli väldigt personligt ibland, berättar Louise Alhällen. Om vi kommer dit mitt i familjemiddagen kan det hända att vi trugas att sitta ner. Det går ju inte att dra upp patienten från måltiden för att spola en kateter!

Arbetet inom ASIH handlar inte bara om direkta vårdinsatser.

– Ibland kan vi hjälpa patienterna att göra dagarna litet lättare med så enkla medel som att uppmuntra dem att köpa hem en liten blombukett eller att göra middagen litet extra mysig.

Arbetet för sköterskorna inom ASIH är mycket självständigt.

– Vi får lära oss ta många beslut själva. Läkarna får ibland rollen som "konsulter" på distans när vi är ute hos patienterna, säger Yvonne Martin.

Både Louise Alhällen och Yvonne Martin gillar personalcirkulationen, att de i omgångar får jobba inne på avdelningen.

– För mig blir det ett bra sätt att behålla och öka kompetensen inom vård på avdelning, säger Louise.

– Det blir omväxlande att få vara på olika arbetsplatser. Jag har lärt mig mycket inom onkologi inne på avdelningen som jag sedan har nytta av i hemvården, kommenterar Yvonne.

Initialt fanns det ett visst motstånd eller tveksamhet mot jobbcirkulationen.

– Men nu känner de flesta varandra på de olika ställena och det fungerar bra. Flera i personalen har bett att få förlänga cirkulationsplaceringen från fem till tio veckor, säger enhetschefen Marianne Ericsson.

– Cirkulationen gör det lättare för oss att ha rätt kompetens på rätt ställe vid rätt tillfälle.

Sammantaget har cirkulationen gjort att alla talar om hela Viktoriaenheten som "sin" arbetsplats, snarare än en viss avdelning.

– Det har blivit ett föredömligt lagarbete inom Viktoria, konstaterar Jan-Erik Westlin. Alla jobbar i riktning mot samma mål.

Själv håller han alltid sin dörr öppen så att såväl personal som patienter och anhöriga kan titta in. En och annan kanske tittar in bara för att se vilken av sina färgstarka slipsar överläkaren har på sig.

– Det spontana skitpratet är ofta det viktiga, säger han, för dagen iförd en Coca-Cola-slips.

Han, liksom övriga chefer, jobbar minst 40 procent av sin tid ute i patientvården.

Intrycket efter samtalen med olika personer på Viktoriaenheten är att man jobbar gränslöst och prestigelöst, att det är viktigare att stötta varandra så att pa-





Anne-Louise Kruse och Anette Gustafsson

tienterna får det bästa, än att bevaka något revir. Exempelvis får sjuksköterskorna ibland göra mycket av det som normalt räknas som undersköterskornas sysslor.

– Det är viktigt att även sjuksköterskorna får vara med i det som kallas omhändertagandet, att duscha, mata, bädda, med mera, säger Marianne Ericsson.

UTBILDNING OCH FÖRBÄTTRING

Det som är bra kan naturligtvis bli ännu bättre. På Viktoriaenheten kommer man att satsa en hel del på utbildningar, kurser och studiecirkel framöver.

En aktuell studiecirkel kallas Vad är palliativ vård? och omfattar fem kurstillfällen för tio deltagare.

En cytostatikaskola kommer att erbjudas och man har utbildning i hjärt- och lungräddning, vilket mest kommer till nytta för besökande anhöriga eller andra i personalens närhet.

Internatkursen Att möta döden, som ges på Liljeholmens folkhögskola, bekostas av stipendium från Cancerfonden vilket personalen uppmuntras att söka.

– Om jag talar bara om ASIH så finns det några saker vi ser att vi behöver förbättra här, berättar Anne-Louise Kruse. Det gäller exempelvis efterlevandesamtal. I rapporteringen finns också brister i dag, men i vår kommer vi att få ett enhetligt datoriserat rapporteringssystem som skall göra det bättre.

I samverkan med andra vårdenheter i länet kommer man att satsa på gemensamma utbildningar och att ta del av varandras erfarenheter på olika sätt.

Det finns ett utvecklat samarbete i Sörmland med ASIH i Strängnäs och Katrineholm och i Nyköping pågår arbete med att starta ett ASIH. Samordnarna i länet har skapat en nätverksgrupp.

– Vi kommer även att satsa på ett utökat samarbete med olika högskolor i regionen för forskning och utveckling, säger Pehr Lind.

En kurs som man inte behöver satsa på vid Viktoriaenheten är skatt-terapi. Glädjen finns redan där, mitt i livets slutskeden.

TEXT: JAN-OLOF SMEDBERG, SMEDBERGS SKRIFVERI



FOTO: JEANETTE HÄGGLUND



FEMAR minskar hennes risk för fjärrmetastaser.^{1*}

Tänk framåt.



NOVARTIS
ONCOLOGY

Novartis Läkemedel, Box 1150, 183 11 TÄBY, Tel 08-732 32 00, Fax 08-732 32 01 www.novartis.se

Femar **minskar signifikant** den livshotande risken för **fjärrmetastaser** jämfört med tamoxifen hos patienter med tidig östrogenreceptorpositiv bröstcancer.

19%

FEMAR minskar den totala relativa risken för återfall med 19% ($P=0,003$)^{1,2}

27%

FEMAR minskar den totala relativa risken för fjärrmetastaser med 27% ($P=0,001$)^{1,2}

Eftersom bröstcancer inte alltid slutar vid brösten.

Femar
(letrozol)

* Fjärrmetastasfri överlevnad (DDFS) är en sekundär endpoint i BIG 1-98 studien. Primär endpoint i studien är sjukdomsfri överlevnad (DFS). Godkännandet för tidig adjuvant behandling är baserat på en median-uppföljning på 26 månader.

Femar tolererades i allmänhet väl vid adjuvant behandling av tidig bröstcancer. Upp till 70-75% av de patienter som erhöll adjuvant behandling fick biverkningar av mild eller medelsvår natur. De vanligaste biverkningarna med Femar var blodvallningar, nattliga svettningar, artralgi, viktökning och illamående. Av dessa inträffade endast artralgi signifikant oftare vid Femarbehandling jämfört med tamoxifen (20% mot 13% för tamoxifen). Femarbehandling var associerad med högre risk för osteoporos (2,2% mot 1,2% för tamoxifen). Följande biverkningar inträffade efter randomisering, oberoende av orsak, i Femar- respektive tamoxi-

fengruppen: tromboemboliska biverkningar (1,5% mot 3,2%, $p<0,001$), angina pectoris (0,8% mot 0,8%), hjärtinfarkt (0,7% mot 0,4%) och hjärtsvikt (0,9% mot 0,4%, $p=0,0006$).

FEMAR® (letrozol, aromatashämmare) Indikation: Adjuvant behandling av postmenopausala kvinnor med tidig östrogenreceptorpositiv bröstcancer. Förlängd adjuvant behandling vid hormonberoende tidig bröstcancer hos postmenopausala kvinnor som tidigare behandlats med standard adjuvant tamoxifenbehandling i 5 år. Vid avancerad östrogenreceptorpositiv bröstcancer hos postmenopausala kvinnor. Effekt har

inte påvisats hos patienter med negativ östrogenreceptorstatus. Beredningsform och styrka: Tablett 2,5 mg en gång om dagen. Förmån, förpackning och pris: Rx, F. Tablett 2,5 mg: 30 styck blister, 1178,50 kr, 100 styck blister, 3546,50 kr. Produktresumén uppdaterad 2007-03-26. ATC-kod L02BG04. För fullständig information se: www.fass.se

Referenser: 1. A Comparison of Letrozole and Tamoxifen in Postmenopausal Woman with Early Breast Cancer. The BIG 1-98 Collaborative group. N Engl J Med 2005; 353:2747-57. 2. Produktresumé 2006. **FEM 0703:02**



Dr Gothardo, Dr Ormando och Dr Nelson

TRE BRASILIANSKA LÄKARE – TRE TYPER AV CANCERBEHANDLING

Ojämlighet råder i den brasilianska cancervården, men rik såväl som fattig måste utrusta sig med tålamod. 20 procent av befolkningen har tillgång till privat sjukvård via försäkringar. Men inte ens det garanterar att man kan få den behandling doktorn rekommenderar. Det avgör försäkringsbolagen. Resten av befolkningen omfattas av den statligt finansierade offentliga sjukvården, Sistema Único de Saúde. Inom den kan man överhuvudtaget inte räkna med biologisk behandling – om man inte har turen att komma med i ett forskningsprojekt. Ändå möts man av ständiga leenden.

Professor **Mef Nilbert** rapporterar från cytostatikakliniker och cancercenter i regionen Ceara vid nordkusten.

Brasilien – fuktig värme, röd jord, musik, småpojkar i gathörnen, svagt ljus från favelorna och många, många leenden. Jag har varit i Brasilien för att föreläsa om nya behandlingar och träffa onkologer. Det är en komplex bild som träder fram när man besöker cancerkliniker och cancersjukhus här.

Man möter läkare som tjänar stora pengar på att sälja cytostatika och antikroppar till sina privatpatienter. Man möter läkare som kämpar mot en långsam och komplicerad handläggning av sjukförsäkringar. Men också läkare som hängivet arbetar för cancerpatienternas bästa. Det är en värld där det är självklart att rättvisa inte råder.

Brasilien är stort. Jättestort. Och förhållandena kan säkert se olika ut på olika håll. Den här rapporten kommer från norra kustregionen, kring tvåmiljonerstaden Fortaleza. Tjugo procent av befolkningen i landet har privata försäkringar som täcker cancerbehandling. Men det är ändå inte så enkelt.

Olika försäkringar täcker olika behandlingar och än mer frustrerande – det tar minst en månad att få svar på om behandlingen godkänns. Dessutom återkommer försäkringsbolaget i ökande omfattning med ett annat behandlingsalternativ. Detta upplever läkarna, helt förståeligt, som enormt frustrerande och flera onkologer uttrycker det märkliga i att försäkringsläkarna skall styra cancerbehandlingen.

80 procent av befolkningen har ingen försäkring utan får offentlig sjukvård. Där ingår vissa cytostatika, men inga biologiska behandlingar.

TRE NIVÅER AV CANCERVÅRD

De olika systemen får speglas av tre läkare; den äldre välrenommerade dr Gothardo, den medelålders vetenskapligt intresserade och driftige dr Ormando och den yngre, dedikerade dr Nelson.

Dr Gothardo driver sedan många år en fin kemoterapiklinik. Hans bror är en ledande politiker. Gothardo har lång erfarenhet, är känd och får de kända patienterna till sin klinik. I hans kylskåp ligger antikroppsbehandlingarna prydligt på rad, redo att användas.

– Jag kan inte ta emot de oförsäkrade och de som har försäkringsbolag som tjafsar. På min klinik behandlar vi dem vars bolag samarbetar och de som själva betalar.

Dr Ormando har nyligen startat en privat kemoterapiklinik i anslutning till ett sjukhus, vilket gör att han kan köpa in praktisk hjälp med provtagning, röntgenundersökning, EKG etc. precis intill kliniken. Han jobbar för att etablera sig och för att öka klientantalet. Han slåss med byråkratin, vill behandla med trastuzumab, mabthera, bevacizumab och cetuximab, men får inte alltid ja från försäkringsbolagen. Alla hans patienter har en sjukförsäkring, men av olika typer. Kliniken är fin med modern utrustning, men det är trångt. Han visar stolt omkring, men det är svårt att mötas i korridoren. Dr Ormando skrattar.

– Här behandlar vi med kärlek. Jag försöker hålla mig uppdaterad, men ad-



Cancersjukhuset Instituto do Câncer do Ceará i Fortaleza, ett referenscenter för cancerdiagnostik och behandling i regionen Ceará i norra Brasilien.

ministrationen kring de nya behandlingarna är trötande. Alla dessa debatter med försäkringsbolagen...

Dr Nelson arbetar på ett cancercenter, Instituto do Cancer do Ceara. Han är fångad av sitt arbete och delar veckan mellan privata och icke-försäkrade patienter. I praktiken betyder det att han vissa dagar jobbar i en del av sjukhuset och andra dagar i en annan. För att inte blanda rollerna håller man på de olika dagarnas uppgifter. Men dr Nelson har dessutom lyckats bygga upp en klinisk prövningsenhet. Rummet är litet och fyllt av höga arkivskåp. Han har genomfört fjorton studier, har tretton pågående och planerar starta ytterligare fjorton studier under det kommande året. Endast icke-försäkrade patienter väljs ut. Varför, frågar jag?

– Varför skall jag prioritera dem som redan får en bra behandling. Detta är mitt sätt att hjälpa de oförsäkrade.

Jag är imponerad. Han driver klinisk forskning, jobbar långa dagar i sitt lilla rum, klarar byråkratin och ser till att så många patienter som möjligt utan försäkring får bästa behandling.

EN PRIVAT DEL, EN OFFENTLIG

Instituto do Cancer do Ceara är referenssjukhus för den norra regionen, vilket betyder att patienter från fiskebyarna vid kusten och kringliggande städer kommer hit. Sjukhuset har två delar. En nybyggd privat del, med ett vattenfall i entrén, polerade stengolv och luftkonditionering. Den offentliga delen är tio år gammal men ter sig äldre. Patienterna väntar i långa rader på träbänkar, klin-



Dr Nelson Belarmino, ansvarig för den kliniska prövningsenheten vid Instituto do Cancer, prioriterar de oförsäkrade patienterna till sina studier och har i ett land med omfattande byråkrati framgångsrikt etablerat klinisk forskning



I ett litet rum just utanför cytostatikamottagningen arbetar dr Nelson (i mitten) tillsammans med två kollegor på sin lilla kliniska prövningsenhet. Prioritering av de oförsäkrade patienterna är alldeles självklart för honom.

kergolven är slitna och det finns ingen luftkonditionering.

I bottenvåningen ligger centralapoteket. Hit levereras alla mediciner som sedan distribueras ut i huset. På privatavdelningen blandar man cytostatika i tre rum med varsin dragbänk och har flera kylskåp med prydlig ordning. På den offentliga avdelningen finns ett rum med en dragbänk och läkemedlen står på öppna hyllor med viss oreda. Samma personal kan arbeta på båda ställena. Samma glada skratt på båda. Inne i den allmänna cytostatikaberedningen ser jag påsarna med studiebehandlingar; bevacizumab, panitumumab etc.

Jag blir kallad till sjukhuschefen. Han sitter bakom ett stort skrivbord, har två olika slipsar ovanpå varandra, en blå underst och en gul utanpå. Något sådant har jag aldrig sett förr. Han presenterar nyckeltal; 20 000 besök per månad och 150 cytostatikabehandlingar dagligen. Han vill gärna visa mig runt på sjukhuset. På ytan är det rent, men jag ser exempelvis ingen handsprit.

Sekretess tycks inte existera. Utanför de öppna behandlingsrummen med tolv fåtöljer för kemoterapibehandling sitter de väntande patienterna på en lång rad. Alla ser vad som pågår. Några läser, några äter, många pratar, barn leker. Jag blir lite bekymrad över att så många fortfarande väntar på behandling fastän klockan är efter lunch. Jag frågar när de kommer att vara klara.

– Vid åtta-niotiden brukar vi koppla ifrån de sista. Sedan måste personalen hem och vila.

Vi går in genom en halvöppen dörr. Alla fönster står öppna och det blåser en varm vind genom rummet. Här ligger sex patienter, fyra av dem intuberade. Det verkar osannolikt, men han bekräftar vad jag anade:

– Det här är vår intensivvårdsavdelning.

Jag är civilklädd. Han likaså, med sina två slipsar. Jag frågar om de har problem med resistent bakterier, som stafylokocker.

– Nej, inte alls.

Däremot ser jag en varningsskylt för denguefeber, men den smittar väl inte

mellan patienter annat än vid transfusion, funderar jag?

BEUNDRANSVÄRDA MÄNNISKOR

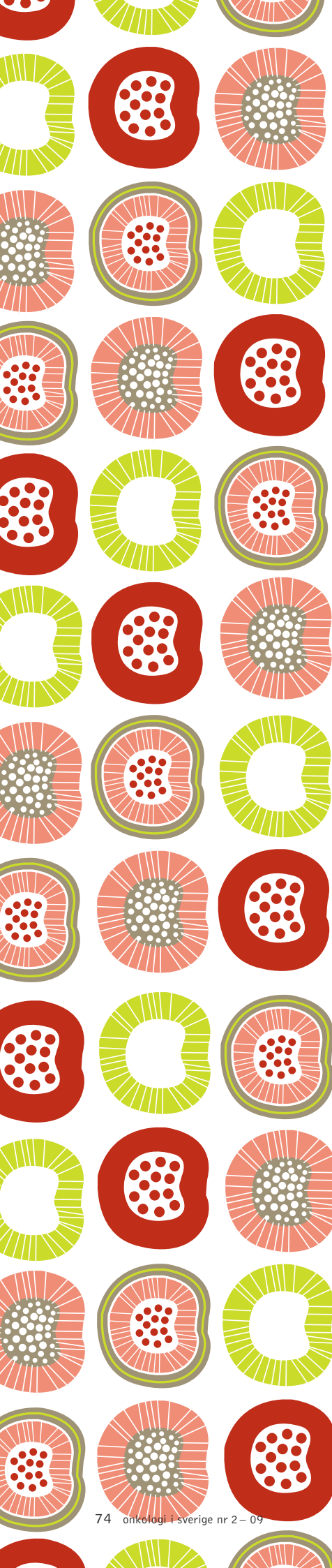
Visst är det märkligt. Långa väntetider, vare sig man är försäkrad eller inte. Olika system. Olika doktorer. Visst är det också märkligt att patienterna och personalen på båda sidorna om innergården verkar glada.

Särskilt beundrar jag dr Nelson som kämpar för sina kliniska prövningar och oförsäkrade patienter.

MEF NILBERT, PROFESSOR, ÖVERLÄKARE, RIGSHOSPITALET
OCH KÖPENHAMNS UNIVERSITET, MEF.NILBERT@MED.LU.SE



De oförsäkrade väntar på långa bänkar på sin tur till cytostatikabehandling. Några äter, några pratar, några läser, barnen leker och genom hela byggnaden blåser en varm vind.



Nästa steg

EN NATIONELL CANCERPLAN

Utredningen "En nationell cancerstrategi" har lämnats till regeringen. Därmed finns möjligheten att börja bygga en nationell cancerplan som den i Danmark. "Om vi vill, kan strategin, om den omsätts till en ambitiös preventiv plan, medföra en reell reduktion av incidens av cancer på i storleksordningen 30 procent och en förbättrad överlevnad på absoluta 5 procent över 10–15 år", skriver **Carsten Rose**, verksamhetschef vid onkologiska kliniken, Universitetssjukhuset i Lund, som också varit med och utformat strategin.

Den 23 februari 2009 lämnade generaldirektör Kerstin Wigzell, i egenskap av regeringens särskilda utredare, utredningen "En nationell cancerstrategi" till statsrådet och chefen för socialdepartementet. Därmed avslutades ett arbete som pågått sedan regeringen i juli 2007 beslutade att tillsätta en utredning med uppgift att lämna ett samlat förslag till en nationell cancerstrategi.

Veckan efter hade jag ett långt samtal med hustrun till en yngre man som avled 2008 av en svår metastaserande cancer. Hennes berättelse gjorde ont. Det var en berättelse om svek efter svek av en cancersjukvård, som internationellt sett står stark när det gäller överlevnadssiffror.

Hennes berättelse dokumenterar odramatiskt men med stor sorg ett patientförlopp där i stort sett allt som kunde gå fel gick fel.

Först blev samtliga symtom bagateliserade och misstolkade. Därefter blev diagnosen fördröjd. Den bilddiagnostiska utredningen skedde osammanhängande och med alldeles för långa ledtider. De inkompetenta tolkningarna ledde till en inkompetent primärdiagnostik.

Sedan fördröjdes tolkningen av biopsimaterialet och även om den onkologiska behandlingen tekniskt sett var optimal gavs den utan helhetssyn och med en brist på förståelse för patientens och

hans anhörigas behov av insikt och stöd.

Det palliativa förloppet var delvis vällyckat men tyvärr med en bristfällig smärtbehandling som aldrig riktigt förmodade att stilla den djupa smärtan från de multipla skelettmetastaserna.

Denna unga kvinna kom för att få inte en utan talrika förklaringar till hur detta kan ske i Sverige i dag, där den bästa sjukvården kan misstolka, fördröja och fragmentera ett sjukdomsförlopp som i bästa fall kan karakteriseras som katastrofalt för patienten och hans familj. Utöver att beklaga förloppet och be om ursäkt å min professions vägnar kunde jag inte göra så mycket för henne.

För mig däremot blev den unga kvinnans berättelse en klar illustration till och en betoning av behovet av en cancerstrategi som tar ett samlat grepp om cancersjukvården baserat på patienternas erfarenheter och upplevelser.

ÄNNU INTE CANCERPLAN

Den överlämnade utredningen är inte en svensk cancerplan – med regelverk, tidsplan och ekonomiska ramar. Utredningen har helt medvetet försökt ge en nationell cancerstrategi för framtiden och har lämnat en ram för framtidens cancersjukvård till allmänheten och våra politiker – med förhoppning om att denna

nationella strategi inom 20 år kan minska risken för att få cancer.

Det är också en förhoppning att strategin leder till förbättrad kvalitet i omhändertagandet av patienterna och att behandling och forskning så småningom kan medverka till att förlänga överlevnadstiden och förbättra livskvaliteten hos kommande cancerpatienter. Minskning av regionala skillnader i överlevnadstid hos cancerpatienter är önskvärd liksom minskade skillnader i incidens och överlevnadstid mellan olika befolkningsgrupper.

Utredningen ser det som väsentligt att Socialstyrelsen fastlägger en utgångspunkt för en jämförelse med kommande års resultat, en utgångspunkt som ska utgå från jämförbara länder och med vad man kan förvänta sig mot bakgrund av nya forskningsresultat.

Regeringens direktiv var ganska tydligt. Utredningens huvuduppdrag var att ta fram ett förslag till en nationell cancerstrategi för framtiden. Utredning-

en har således utgått från och fått acceptera det svenska hälso- och sjukvårdssystemet, det vill säga att ansvaret för finansieringen och tillhandahållandet av vården är decentraliserad till landsting/regioner/kommuner.

För att strategin ska kunna omsättas till en egentlig cancerplan blir det därför en förutsättning att sjukvårdshuvudmännen och staten kommer överens, inte enbart om det fortsatta arbetet utan framför allt om den framtida finansieringen.

Det är sålunda väsentligt att understryka att den föreslagna cancerstrategin inte medför någon förändring i ansvarsförhållandet mellan stat och sjukvårdshuvudmän och att den inte föreslår någon ny lagstiftning.

Ett av strategins huvudsyften är att hantera den framtida utvecklingen och strategin baseras därför i stor utsträckning på en ny prognos över den framtida cancerprevalensen i Sverige fram till år 2030, utvecklingen inom läkemedelsområdet och medicintekniken, analys av

”Det är sålunda väsentligt att understryka att den föreslagna cancerstrategin inte medför någon förändring i ansvarsförhållandet mellan stat och sjukvårdshuvudmän och att den inte föreslår någon ny lagstiftning.”

multiferon[®]

human leukocyte interferon-alpha

Six α -subtypes in play

- Sex interferon α -subtyper: $\alpha 1$, $\alpha 2$, $\alpha 8$, $\alpha 10$, $\alpha 14$, $\alpha 21$ ¹
- Potential för synergier mellan flera subtyper^{2,3}
- Låg risk för resistensutveckling^{3,4}
- Nu som förfylld spruta med reducerad nåldiameter och specialslipning för optimal hudpenetration och minskad smärta

Multiferon[®] humant leukocyt interferon-alfa.

Indikationer: Malignt melanom: Adjuvant behandling av högriskpatienter med kutant melanom, stadium IIb-III, efter initialt 2 cykler av dacarbacin (DTIC). Andra indikationer: Behandling av patienter, som initialt svarat på behandling med rekombinant interferon-alfa men uppvisar terapivikt, sannolikt orsakad av neutraliserande antikroppar.

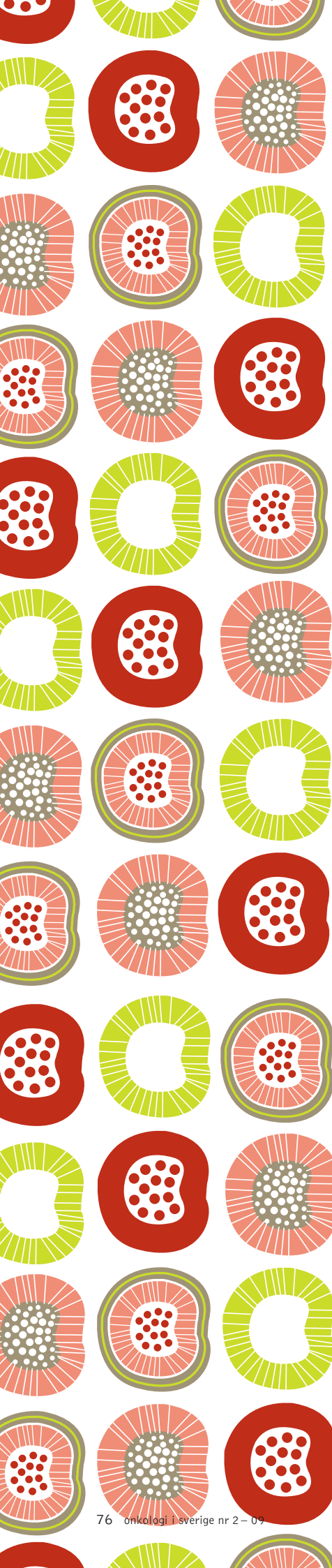
För fullständig information samt priser och förpackningsstorlekar se www.fass.se. Senaste översynen av informationen 2008-01-30.

Referenser: 1. Stadler, R., et al. Acta Oncologica 2006;45:389-399. 2. Yamamoto, S., et al. Hepatology Research. 2002;24:99-106. 3. Ruuth et al, Anticancer research 2007;27:2109-2114. 4. Santantonio T et al. Journal of Hepatology 2006;45:758-761.



SWEDISH ORPHAN
INTERNATIONAL

Drottninggatan 98, 111 60 STOCKHOLM
Tel: 08-412 98 00, www.swedishorphan.com



tillgång och brist på personal inom cancersjukvården samt en analys av icke-medicinska faktorer inom samhället i sin helhet och inom sjukvården i synnerhet som kommer att påverka utvecklingen inom cancerområdet.

Det har också varit väsentligt för utredningen att understryka att en nationell strategi för cancer även kan vara användbar för insatsen kring övriga livsstilssjukdomar.

KONTAKTPERSON FÖR PATIENTEN

Mot bakgrund av cancersjukligheten i Sverige och Europa går utredningen igenom väsentliga områden inom primärpreventionen som är centrala för att minska incidensen av cancer. Den nuvarande cancervårdsorganisationen, kunskapsbildning och kompetensförsörjning leder till en analys av patientens ställning och en analys av en rad internationella rekommendationer och cancerplaner från en rad länder i Europa.

Analysen leder fram till en rad förslag som bara delvis kan prissättas och varav några är klart mer väsentliga än andra, sett ur ett strikt professionellt perspektiv. Utredningen understryker som sitt kanske mest väsentliga förslag att varje kommande cancerpatient får en fast kontaktperson inom ramen för ett multidisciplinärt vård- och behandlingsteam. Kontaktpersonen ansvarar för att diagnos fastställs inom en rimlig och på förhand stipulerad tid och att behandlingen, baserad på en individuell vårdplan för varje patient, påbörjas så snabbt som möjligt.

I praktiken kan detta betyda att man följer den danska modellen och fastställer riktlinjer för ungefär 25 olika cancerformer där diagnos och behandling beskrivs i ett väldefinierat förlopp med angivande av ledtider och kvalitetsparametrar. Dessa ledtider och kvalitetsdata ska regelbundet sammanställas och redovisas offentligt och medföra att en tjänst

Underlag som utredningen beställt

Framtida cancerprevalens i Sverige. Prognoser 2006–2030.
Framtida cancerincidens i Sverige. Prognoser 2006–2030.
Socialstyrelsen, Epidemiologiskt Centrum.

Future scan for Swedish National Cancer Strategy

Medical Management Centre, Karolinska Institutet.

Cancerprevention

Docent Cecilia Magnusson.

Läkemedel och medicinteknik inom den framtida cancervården

Läkemedelsverkets svar på frågor med anledning av arbetet med en nationell cancerstrategi, Läkemedelsverket.
Läkemedelsutvecklingen inom cancerområdet, Läkemedelsindustriföreningen.
Medicinteknik och cancerbehandling i ett framtidsperspektiv, Swedish Medtech.

Tillgång på personal och flexibel personalanvändning inom cancervården

Flexibel personalanvändning i cancervården.
Tillgång på personal inom cancervården.
Socialstyrelsen.

Palliativ cancervård

Docent Carl Johan Fürst.

Socioekonomiska skillnader och cancerinsjuknande och överlevnad

Docent Magdalena Lagerlund.

Kompendierna finns att ladda ner på: www.regeringen.se/social/cancerstrategi

vårdkoordinator med specifik uppgift att bevaka patientflöden och ledtider blir betydelsefull.

Som något nytt föreslås att patientföretagare deltar i planering och utformning av cancervården. För att ytterligare utveckla en sådan patientfokuserad vårdkedja föreslås redan per den 1 januari 2010 en försöksverksamhet i utvalda landsting/regioner med avrapportering till svenska regeringen år 2013.

INGEN NY INFÖRANDEMODELL

Genom de senaste åren har det offentligt debatterats om nya cancerläkemedel har blivit introducerade på ett rättvist sätt inom de olika landstingen/regionerna. Som det är nu kan Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) inte villkora bedömningen av ett nytt läkemedel inför introduktion.

Många hade hoppats på att utredningen skulle ange en modell för en införandeprocess för nya läkemedel. Detta

har inte skett och en av orsakerna kan vara att Sveriges kommuner och landsting har tagit initiativ till en ny grupp, Landstingens beredningsgrupp, för nya läkemedelsterapier, som ska utarbeta riktlinjer för kommande introduktion och uppföljning. Utredningen föreslår istället att introduktionen ska stödjas med en av TLV genomförd hälsoekonomisk bedömning av rekvisitonsläkemedel. Dessutom är det av avgörande betydelse att sjukvårdshuvudmännen får etablera ett strukturerat införande av dessa nya läkemedel och att en nationell modell skapas med syfte att uppnå en effektivitets- och toxicitetsuppföljning under de första 2–3 åren efter introduktionen av nya läkemedel.

Även Sverige behöver vidta omfattande och offensiva åtgärder för att kunna möta en ökande incidens, prevalensökning och snabb utveckling inom cancersjukvården. Även i Sverige måste man erkänna att spetskompetensen inom den

molekylärbiologiska forskningen och cancerdisciplinerna är begränsad, att endast multifunktionella universitetssjukhus har den nödvändiga kompetensen för att ge den stadigt mera högspecialiserade vård som krävs inom cancersjukvården.

Att tung utrustning av ekonomiska skäl begränsas till ett mindre antal center är självklart. En utökad samverkan mellan preklinisk, klinik och den translationella, patientnära forskningen är utomordentligt väsentlig om inte Sverige ska tappa ytterligare mark i den internationella konkurrensen.

Utredningen föreslår därför etablering av ett fåtal universitetsanknutna regionala cancercenter för att ta ett samlat grepp om diagnostik, behandling, prevention, forskning och utbildning inom hela cancerområdet. Cancercentren ska således ha det övergripande ansvaret för både behandling, forskning och utveckling baserat på ett processtänkande

ERBITUX®
CETUXIMAB

Blocks EGFR – opens new options



Prolonged survival for patients with recurrent and/or metastatic SCCN

Erbitux + platinum-based chemotherapy increases overall survival compared with chemotherapy alone.¹

Merck Serono Oncology | *Combination is key*

ERBITUX® (cetuximab) (L01XC06) Rx, EF är en monoklonal antikropp mot EGFR (Epidermal Growth Factor Receptor). Produktresumé uppdaterad november 2008.

Indikation: Erbitux är indicerat för behandling av patienter med epidermal tillväxtfaktor (EGFR)-uttryckande, KRAS vildtyp metastaserande kolorektalcancer i kombination med kemoterapi, som monoterapi till patienter som inte svarat på oxaliplatin- och irinotekanbaserad terapi och som är intoleranta mot irinotekan. Erbitux är indicerat för behandling av patienter med skivepitelcancer i huvud och hals i kombination med strålbehandling för lokalt avancerad sjukdom, i kombination med platinabaserad kemoterapi för recidiverande och/eller metastaserande sjukdom.

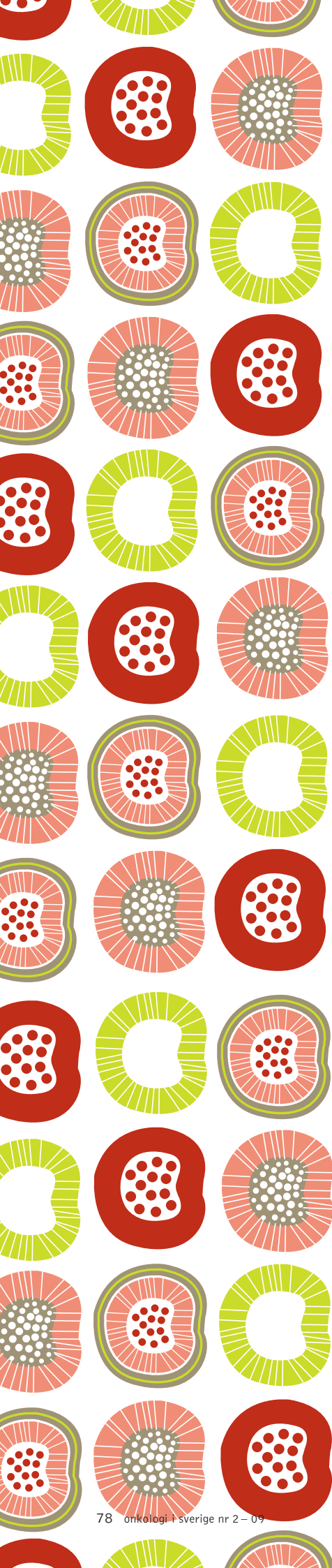
Beredningsform och förpackningar: Erbitux 5 mg/ml infusionsvätska, lösning. En ml infusionsvätska, lösning innehåller 5 mg cetuximab. En injektionsflaska innehåller 20 ml (100 mg) eller 100 ml (500 mg) cetuximab. **Dosering:** Erbitux ges en gång per vecka vid alla indikationer. Den första dosen är 400 mg cetuximab per m² kroppsyta. Samtliga påföljande veckodoser är 250 mg/m².

Varningar och försiktighet: Före den första infusionen måste patienten premedicineras med ett antihistamin och en kortikosteroid. Denna premedicinering rekommenderas före alla påföljande infusioner. E. Merck AB, 195 87, Stockholm, Sverige, Telefon 08-562 445 00, www.merck.se, www.erbitux.com, www.tarmcancer.nu

För ytterligare information och aktuellt pris: www.fass.se

¹ Jan B. Vermorken et al. N Engl J M 2008;359:1116 till 27





kring patienten med multidisciplinära team som omfattar både diagnostik, kirurgisk verksamhet, onkologisk behandling, palliativ sjukvård och rehabilitering.

För att fullt ut kunna stödja den kommande kunskapsutvecklingen inom cancerområdet ska regionala cancercenter också inkorporera de nuvarande så kallade regionala onkologiska centren (tumörregistren). Det torde vara en fördel om staten har ett visst ansvar för finansiering och styrning av dessa regionala cancercenter och det skulle inte vara något hinder om varje sjukvårdsregion har en regional strategisk plan för ansvarsfördelning inom cancersjukvården.

Utredningen definierar klart uppgifterna för detta fåtal universitetsanknutna regionala cancercenter, som omfattar både primär och sekundär prevention. Dessa regionala center ska också ta hand om specialiserad diagnostik, utveckling av vårdprogram baserad på processtänkande och multidisciplinära team samt forskning, etablering av biobanker, utveckling och utbildning inom den samlade cancersjukvården. Dessutom ska cancercentren ansvara för uppföljning och utvärdering av regionens cancersjukvård med löpande redovisning av uppnådda mål.

Att centren ska delta i internationellt samarbete inom samtliga sina ansvarsområden är självklart. Utredningen förutser att ett statligt engagemang kommer att medföra att ett fåtal av dessa center successivt kan utvecklas till så

kallade Comprehensive cancer centers med ackreditering i enlighet med The Stockholm Declaration.

PRIMÄR OCH SEKUNDÄR PREVENTION

Utredningens betoning av de preventiva åtgärdernas betydelse kommer sannolikt att bli mer och mer uppskattad i den löpande utvärderingen av den nationella cancerstrategins betydelse. Kanske den mest väsentliga bilagan i utredningen är den om cancerprevention som är författad av docent Cecilia Magnusson.

I en översiktlig men solid sammanfattning av kunskapen om primär och sekundär prevention av cancer ger Cecilia Magnusson utredningen möjlighet att understryka behovet av en aggressiv antirökningspolitik, en rekommendation av ett fast grepp kring fetma, brist på fysisk aktivitet och alkoholförbrukning.

En rad andra faktorer som ultraviolett strålning och D-vitaminets betydelse har också framhävts och det understryks i utredningen att den preventiva potentialen är stor, i storleksordningen 25–30 procent inom de närmaste 20 åren, om allmänheten och politikerna önskar det. Att den preventiva potentialen är så stor betyder också att utredningen kan vara ganska precis i sina förslag till både primär och sekundär prevention.

Utredningen för en nationell cancerstrategi för framtiden har tillkommit med hjälp av ett stort antal experter. Som en av dessa experter är jag övergripande tillfreds med utredningen och jag

UTREDNINGSGRUPPEN

Särskild utredare: Generaldirektören Kerstin Wigzell.

Experter: professor Mats Brommels, ordföranden Ingrid Kössler, avdelningschefen Bo Lindblom, regiondirektören Sören Olofsson, verksamhetschefen Carsten Rose, direktören Måns Rosén, docent Kerstin Sandelin, handläggaren Kerstin Sjöberg, generaldirektören Ann-Christin Tauberman, professor Bengt Westermarck och direktören Christina Kärvinge.

Sakkunniga: ämnesrådet Charlotte Hall, departementssekreteraren Åsa Schedin, departementssekreteraren Maria Wästfelt och ämnesrådet Mats Nilsson.

Huvudsekreterare: kanslirådet Cecilia Halle.

Sekreterare: informatören Johanna Hällén, hälsosystemforskaren Pia Maria Jonsson, professor Bo Lindblom samt hälsoekonomen Michael Högborg.

Assistent: kanslisekreteraren Elisabeth Franzén.

är speciellt tillfreds med utredningens klara betoning av patientperspektivet och reorganiseringen av vårdkedjan.

Med de multidisciplinära teamen som nav och med ständig tillgång till högklassig internationellt konkurrenskraftig cancerforskning som utnyttjar det bästa i den svenska cancersjukvården, nämligen populationsbaserade register och möjligheten till fulltäckande biobanker, är jag övertygad om klara förbättringar.

Strategin redovisar så klart också förhoppningar för den palliativa sjukvården som har ett stort behov av utveckling. Sett i ljuset av en betydande prevalensökning på 100 procent fram till år 2030 är det en brist att rehabiliteringsproblematiken inte har analyserats. Detta hindrar dock inte att denna cancerstrategi kan utvecklas till en egentlig cancerplan om det finns politisk vilja och en realis-

tisk framförhållning till behovet av de nödvändiga ekonomiska resurserna.

AMBITIÖS PLAN – OM VI VILL

Om vi vill, skulle jag som onkolog i framtiden inte behöva skämmas över sjukhistorier som handlar om stora mänskliga och professionella svek, som den unga kvinnan genom sin berättelse beskrev.

Om vi vill, skulle jag som medborgare återigen i framtiden kunna känna mig stolt över Sveriges ledande position inom den medicinska forskningen, kompetenta utveckling och innovativa utbildning av väsentliga personalkategorier inom sjukvården.

Om vi vill, kan strategin, om den omsätts till en ambitiös preventiv plan, medföra en reell reduktion av incidens av cancer på i storleksordningen 30 pro-

cent och en förbättrad överlevnad på absoluta 5 procent över 10–15 år.

Som Darwin skrev: "It is not the strongest of the species which survive, nor the most intelligent, but the ones most responsive to change."

Av det har även vi i Sverige något att lära!

Pressrelease

<http://www.dietandcancerreport.org/docs/PolicyReportGlobalPressReleaseFINAL.doc>

Referenser

Länk till Socialdepartementet för att ladda ner hela utredningen: <http://www.regeringen.se/sb/d/11223/a/120976>

CARSTEN ROSE, ÖVERLÄKARE, VERKSAMHETSCHEF VID ONKOLOGISKA KLINIKEN, UNIVERSITETSSJUKHUSET I LUND, CARSTEN.ROSE@SKANE.SE



ERBITUX®
CETUXIMAB

Blocks EGFR – opens new options

A new era in therapy for mCRC

ERBITUX – Now approved for 1st line

Merck Serono Oncology | *Combination is key*

ERBITUX® (cetuximab) (L01XC06) Rx, EF är en monoklonal antikropp mot EGFR (Epidermal Growth Factor Receptor). Produktresumé uppdaterad november 2008.

Indikation: Erbitux är indicerat för behandling av patienter med epidermal tillväxtfaktor (EGFR)-uttryckande, KRAS vildtyp metastaserande kolorektalcancer i kombination med kemoterapi, som monoterapi till patienter som inte svarat på oxaliplatin- och irinotekanbaserad terapi och som är intoleranta mot irinotekan. Erbitux är indicerat för behandling av patienter med skivepitelcancer i huvud och hals i kombination med strålbehandling för lokalt avancerad sjukdom, i kombination med platinabaserad kemoterapi för recidiverande och/eller metastaserande sjukdom.

Beredningsform och förpackningar: Erbitux 5 mg/ml infusionsvätska, lösning. En ml infusionsvätska, lösning innehåller 5 mg cetuximab. En injektionsflaska innehåller 20 ml (100 mg) eller 100 ml (500 mg) cetuximab. **Dosering:** Erbitux ges en gång per vecka vid alla indikationer. Den första dosen är 400 mg cetuximab per m² kroppsyta. Samtliga påföljande veckodoser är 250 mg/m².

Varningar och försiktighet: Före den första infusionen måste patienten premedicineras med ett antihistamin och en kortikosteroid. Denna premedicinering rekommenderas före alla påföljande infusioner. E. Merck AB, 195 87, Stockholm, Sverige, Telefon 08-562 445 00, www.merck.se, www.erbitux.com, www.tarmcancer.nu

För ytterligare information och aktuellt pris: www.fass.se

SCT09.01.02

ERBITUX® is a trademark of ImClone Systems Inc. used under license by Merck KGaA, Darmstadt, Germany.

MERCK
SERONO

NUTRITIONSSTÖD TILL

”Restriktioner i familjelivet och sociala kontakter beskrev som den mest framträdande negativa aspekten av näringsdropp i hemmet.”



PATIENTER MED CANCER SOM VÅRDAS I HEMMET



Palliativt nutritionsstöd diskuteras ofta först när patienten är i senare del av det palliativa skedet. Vården borde dock alltid erbjuda bästa möjliga förutsättningar till ett optimalt näringsintag även för riskpatienter i tidigt palliativ skede. Det är en av slutsatserna i legitimerade dietisten Ylva Orrevall avhandling "Nutritional support among cancer patients enrolled in palliative home care services.", som lades fram i december förra året och som här presenteras av författaren.

Trots att nutritionsproblem och viktnedgång är vanliga hos patienter med cancer i palliativt skede är nutritionstöd till denna patientgrupp ett outforskat område med många obesvarade frågor¹. I avhandlingen har nutritionsstöd till cancerpatienter som är inskrivna i palliativ hemsjukvård studerats. Data härrör från patienter och deras anhöriga.

Avhandlingen har två övergripande syften. Det första är att studera patienters och de anhörigas erfarenheter av nutritionsproblematik och nutritionsstöd i hemmet med speciellt fokus på näringsdropp i hemmet, så kallad hemparenteral nutrition (HPN). Det andra syftet är att studera förekomsten av nutritionell risk och förekomsten och användningen av nutritionsstöd till patienter med cancersjukdom som är inskrivna i palliativ hemsjukvård.

ORSAKER TILL UNDERNÄRING

Cancersjukdom och antitumoral behandling kan orsaka en mängd problem som påverkar patientens nutritionsstatus negativt. Förekomsten av undernäring varierar beroende på tumörtyp, lokalisation, sjukdomsstadium och behandling². Det finns i sin tur en mängd orsaker som kan resultera i att cancerpatienter drabbas av undernäring. Dessa orsaker brukar indelas i primär och sekundär kakexi. Det är också troligt att psykosociala faktorer kan inverka, vilket dock inte är undersökt.

En vedertagen definition av primär kakexi har länge saknats, men i december i fjol publicerade Evans et al denna konsensusdefinition från en kakexikon-sensukonferens 2006³:

"Kakexi, är ett komplext metaboliskt syndrom förenat med underliggande sjukdom som karaktäriseras av förlust av muskelmassa med eller utan förlust av fettmassa. Det utmärkande kliniska uttrycket för kakexi är vikt-förlust hos vuxna (korrigerat för vätskeretention) eller tillväxthämning hos barn (exkluderat endokrina sjukdomar). Anorexi, inflammation och insulinresistens och ökad muskelproteinbrytning är ofta förenat med kakexi. Kakexi särskiljer sig från svält, åldersrelaterad förlust av muskelmassa, primär depression, malabsorption och hypertyreoidism och är förenat med ökad sjuklighet".

Källa: Evans et al (översättning Dietisternas riksförbunds arbetsgrupp för terminologi).

Det finns ingen ännu ingen evidens för att ett ökat näringsintag – om det används som enda behandlingsmetod – är en effektiv metod för att behandla kakexi. Det effektivaste sättet att motverka kakexi är behandling av den underliggande sjukdomen^{3,4}. Vissa positiva resultat har dock kunnat uppnås genom att kombinera nutritionsinterventioner med farmakologisk behandling för att på så sätt motverka både hypermetabolismen och det minskade matintaget och därigenom förbättra överlevnad, funktion och livskvalitet⁴.

Primär kakexi skiljer sig från svält på så sätt att även om patienten ges näring kan inte svälten hävas utan det behövs även farmakologiska insatser för att patienten ska kunna tillgodogöra sig näringen.

Cytostatika, strålning och kirurgisk behandling kan också medföra nutritions-svårigheter, vilket kan bidra till vikt-nedgång och utarmning av kroppens näringsdepåer. Även tumörens placering kan orsaka mekaniska problem som försvårar eller omöjliggör matintag till exempel vid huvud-halstumörer, oesophagus-cancer och övriga gastrointestinala och gynekologiska tumörer som påverkar mag-tarmkanalen.

Dessa orsaker brukar benämnas sekundär kakexi.

NUTRITIONSSTÖD I TIDIGT SKEDE

I kliniska nutritionsriktlinjer och policydokument^{5,6} råder stor samstämmighet om att nutritionsstöd till patienter med nutritions-svårigheter bör initieras i ett så tidigt skede som möjligt. Anledningen är att stödet då anses kunna vara av större värde för patienten och även vara mer ekonomiskt fördelaktigt för sjukvården. Det är därför väsentligt att inte bara identifiera patienter som redan är undernärda, utan även patienter som löper risk för att bli undernärda, det vill säga som är nutritionella riskpatienter.

Med enteral nutrition avses näring som ges via sond (till exempel nasogastrisk sond, PEG, eller jejunostomi) direkt in i magsäck eller tarm.

Det kan vara svårt att utvärdera effekterna av nutritionsstöd till patienter i palliativt skede då det är svårt att särskilja effekten av nutritionsstödet från patientens sjukdom.

AVANCERAD HEMSJUKVÅRD

Under de senaste decennierna har den palliativa hemsjukvården byggts ut i Sverige. Det finns en mängd olika be-

"Den mest framträdande upplevelsen av att få näringsdropp i hemmet beskrevs som en känsla av lättnad och trygghet över att patientens näringsbehov nu var tillfredställda."

Nutritionscreening bör vara en enkel och snabb process i syfte att identifiera nutritionella riskpatienter⁷. Om patienten bedöms ha en nutritionell risk ska en mer omfattande utredning göras och lämpliga åtgärder vidtas⁸.

Det finns flera metoder för att ge nutritionsstöd:

Oralt nutritionsstöd Oralt nutritionsstöd är det näringsstöd som patienten äter eller dricker. I de studier som presenteras här har framför allt användandet av näringsdrycker (även kallat kosttillskott) undersökts.

Artificiellt nutritionsstöd Artificiellt nutritionsstöd avser näringsstöd som inte intas genom munnen, det vill säga enteral (sondmatning) och parenteral (näringsdropp) nutrition.

Vid parenteral nutrition ges näring intravenöst direkt in i blodbanan. Den kan bestå av olika kompositioner av energigivande näringsämnen. Total parenteral nutrition innebär att patienten får hela sitt näringsbehov via dropp. I avhandlingens studier avgränsas parenteral nutrition till att avse behandling med en blandning av kolhydrater, fetter och aminosyror i så kallad storpåse.

nämningar på team som bedriver specialiserad palliativ hemsjukvård. I Stockholmsområdet är benämningen "Avancerad hemsjukvård i hemmet" (ASIH) vanligt. Denna förkortning har därför valts i denna artikel.

Den vård som dessa team bedriver skiljer sig från så kallad basal hemsjukvård. ASIH-teamen är specialiserade på medicinskt avancerad palliativ vård som inte kan utföras av patienten och dennes familj. Teamen är läkarledda och kan kontaktas dygnet runt ASIH-teamens verksamhet liknas ofta vid att ha en sjukhussäng i patientens hem. Dock ingår inte någon form av hjälp med mat och måltider i ASIH-teamens åtaganden, så som det gör vid en sjukhusvistelse.

Om patienten är i behov av hjälp med inköp, matlagning/matlåda eller matning kan kommunen erbjuda äldre och funktionshindrade att efter behov få hjälp med detta.

Mat utgör en stor del av vår vardag och är intimt förknippad med det sociala livet. Hos patienter med cancer är besvär som kan påverka matintaget vanligt⁸. Dessa problem kan leda till vikt-nedgång som kan resultera i undernäring.

I och med att vården i allt större omfattning sker i hemmet⁹ behövs kunskap om hur patientens nutritionsproblem påverkar inte bara patientens fysiska nutritionsstatus utan också patientens och familjens sociala liv. Trots att många studier har rapporterat förekomsten av vikt-nedgång och anorexi vid cancer är det få studier som har försökt undersöka i vilken utsträckning dessa symtom är bekymmersamma för patienten och hur det påverkar familjelivet¹⁰.

NÄRINGSDROPPI I HEMMET (HPN)

I en första datainsamling intervjuades tretton patienter och elva av deras anhöriga^{11,12}. Patienter rekryterades från de palliativa hemsjukvårdsteamerna i Stockholms läns landsting. Vid intervjutillfället hade patienterna erfarenhet av att få näringsdropp i hemmet (HPN) i mellan tio dagar och över ett år. Samtliga patienter var inskrivna i ett avancerat hemsjukvårdsteam och administreringen av droppet sköttes av teamets personal.

Samtliga intervjuade patienter och anhöriga beskrev att patienten hade haft en period av vikt-nedgång före HPN-start. Till att börja med och före cancerdiagnosen sågs detta som något positivt. I takt med att sjukdomen fortskred kom både patienter och anhöriga att betrakta vikt-nedgången som ett hot och de uttryckte en rädsla för att patienten skulle dö av svält.

Patienterna uttryckte att de var medvetna om betydelsen av ett tillräckligt matintag. De uttryckte att de ville äta men var oförmögna till detta på grund av illamående och aptitlöshet. Måltiderna sågs inte längre som trevliga sociala händelser utan beskrevs som en källa till oro och ofta förtvivlan. Mat beskrevs huvudsakligen som något som patienten behövde för sin överlevnad. Anhöriga beskrev att de upplevde att de hade huvudansvaret för patientens näringssituation i hemmet.

Både patienter och anhöriga uttryckte att de flesta läkare inte frågade om vikt-förändring och inte alltid reagerade på rapporterad vikt-förlust. De intervjuade berättade att de läkare som frågade om matintaget vanligtvis inte gav några råd om hur patienten skulle hantera sitt matintag mer än generell uppmuntran om vikten av att äta. Flera patienter och anhöriga uttryckte att de ansåg att sjuk-

husets rutiner, matutbud och matdistributionssystem bidrog till patientens undernäringssituation.

De flesta patienter hade haft kontakt med dietist vid något tillfälle under sjukdomen. Patienten beskrev ofta dietisten som en tillfällig konsult som inte följde patienten under sjukdomstiden. Alla intervjuade patienter hade provat näringsdrycker under sin sjukdomstid. Både anhöriga och patienten beskrev att de varit positiva till att prova dessa, men patienterna upplevde att de hade svårt att klara dryckernas smak och lukt.

Detta beskrevs som en besvikelse då man hade hoppats att dryckerna skulle bidra till att lösa problemet.

De intervjuade rapporterade att HPN vanligtvis hade föreslagits av ASIH-teamets personal snarare än sjukvårdspersonalen och dem själva. Patienten och de anhöriga beskrev hur de gradvis förstått att de var oförmögna att själva lösa nutritionssituationen inom familjen. De beskrev att de oftast inte kände till något annat sätt att få i sig näring innan ASIH-teamet blev involverad i vården.

HPN beskrevs av både patienter och anhöriga som en nödvändighet för patientens överlevnad. Både patienter och anhöriga upplevde det som en lättnad

tillfredsställda. Både patienter och anhöriga beskrev att detta hade en positiv effekt på deras välbefinnande. De beskrev också att näringsdroppet minskade pressen att äta mat och att äta för att inte "försvinna".

De flesta patienter såg näringsdroppet som ett komplement till det orala intaget. Både patienter och anhöriga betonade att patienten föredrog att äta och också hade ambitionen att få mesta möjliga näring genom att äta mat. Näringsdropp beskrevs inte som en anledning för patienten att hoppa över måltider. De anhöriga beskrev att de fortsatte att laga och servera energi- och näringsrik mat. De anhöriga beskrev dock att de nu hade lättare att acceptera att patienten bara åt så mycket som de klarade utan att pressa sig. Detta bidrog till att måltiderna upplevdes som trevligare och med mindre spänningar.

Det fanns ingen samstämmighet i hur patienterna upplevde att deras aptit påverkades av näringsdropp. Vissa patienter beskrev en ökad aptit medan andra inte upplevde någon skillnad eller mindre aptit. Patienter som rapporterade ökad aptit berättade ofta att de nu drack näringsdrycker som de tidigare inte uppfattat som smakliga.

"Vinsterna av att tidigt identifiera riskpatienter kan bli stora, då det i ett tidigt palliativt skede finns bättre möjligheter att motverka undernäring och förlust av muskelmassa."

efter att de accepterat erbjudandet om HPN. De intervjuade uttryckte att ASIH-personalen erbjöd HPN som ett sätt för patienten att kunna uppfylla sina egna mål som att till exempel bli starkare, mer aktiv och för att kunna få möjlighet att göra vissa saker.

ERFARENHETER AV ATT FÅ HPN

Den mest framträdande upplevelsen av att få näringsdropp i hemmet beskrevs som en känsla av lättnad och trygghet över att patientens näringsbehov nu var

HPN beskrevs ha en positiv effekt på patientens vikt och ge en ökad känsla av energi och styrka, vilket i sin tur beskrevs leda till ökad aktivitet. Detta upplevdes dock i mycket varierande grad av olika patienter.

Restriktioner i familjelivet och sociala kontakter beskrevs som den mest framträdande negativa aspekten av att få näringsdropp i hemmet. Patienterna sa att de föredrog att få näringsdroppet nattetid trots att både patienter och anhöriga upplevde att det påverkade söm-

nen. Bundenheten vid droppställningen beskrevs också som ett hinder för familjeaktiviteter då dessa måste planeras i förhållande till droppetiderna. Därför ansågs det viktigt att minimera antalet nätter per vecka med HPN.

Positiva uttalanden om HPN var ofta sammankopplade till de fördelar som upplevdes med att vara ansluten till ett ASIH-team. Patienterna beskrev att det var svårt att urskilja när fördelar och problem var relaterade till droppet och när det var relaterat till sjukdom och behandling.

Få patienter beskrev biverkningar av HPN. De biverkningar som beskrevs relaterades ofta till att näringslösningen hade getts för snabbt eller i för stor mängd. De anhöriga beskrev lättnad över att ansvaret för patientens vård, inklusive nutritionsomhändertagandet, nu var delat med ASIH-teamet. Både patienter och anhöriga uttryckte att de inte ville ha ansvaret för HPN-administreringen.

Fördelarna med näringsdropp i hemmet sågs generellt uppväga nackdelarna. Trots att både patienter och anhöriga beskrev tillfredsställelse och lättnad över droppet så var det tydligt att patienterna inte var helt tillfreds med sin situation. Även om näringsdropp i hemmet beskrevs som ett sätt att kunna hjälpa patienten att lösa dess näringsmässiga problematik så kvarstod längtan efter den glädje och njutning som mat och måltider kunde ge.

NUTRITIONELLT STÖD OCH RISK

I en andra datainsamling intervjuades 621 patienter med cancer som var inskrivna i något av de 21 ASIH-teamen som då fanns i Stockholms läns landsting^{13,14}. Intervjun innehöll både öppna och slutna frågor om nutritionsstatus, ätproblematik och matpreferenser, oralt, enteral och parenteralt nutritionsstöd samt dietistkontakt.

68 procent av de intervjuade patienterna bedömdes vara nutritionella riskpatienter (det vill säga undernärda eller med risk för att bli undernärda). 89 procent av patienterna rapporterade att de haft problem eller obehag som påverkat deras matintag under sjukdomstiden och 56 procent rapporterade att de hade haft problem eller obehag relaterat till matintag under senaste veckan.

NUTRITIONSSTÖD VECKAN FÖRE INTERVJU

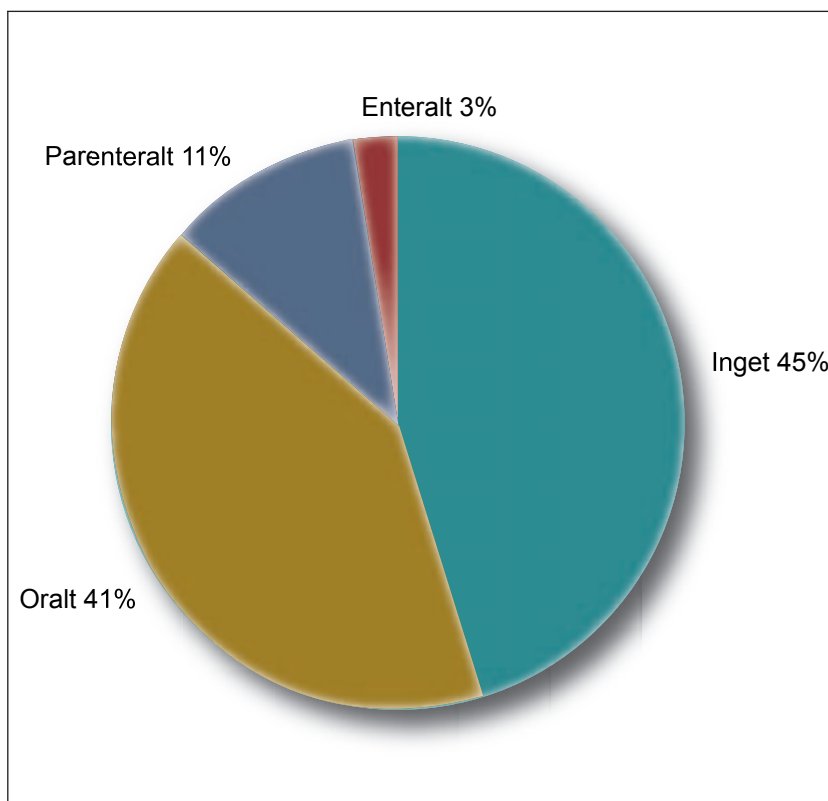


Bild 1. Mer än hälften av patienterna rapporterade att de använt någon form av nutritionsstöd under veckan före intervjun. Oralt nutritionsstöd var vanligast. Mer än en tredjedel av patienterna rapporterade att de enbart använt näringsdrycker.

Medelvärde för BMI (body mass index) var 22 och lika mellan könen. 71 procent av patienterna hade ett BMI mer än eller lika med 20, det vill säga ett BMI som räknas som normalt. Hälften av patienterna rapporterade en vikt-förlust mer än 10 procent under sjukdomstiden. Nutritionell risk var associerat till lågt BMI före diagnos, högt BMI före diagnos samt prostatacancer, gynekologisk och gastrointestinal malignitet.

Mer än hälften av patienterna rapporterade att de använt någon form av nutritionsstöd under veckan före intervjun (bild 1). Oralt nutritionsstöd var vanligast. Mer än en tredjedel av patienterna rapporterade att de enbart använt näringsdrycker. Användandet av oralt och enteral nutritionsstöd varierade inte i relation till patientens överlevnadstid efter intervjun.

Däremot använde patienter som levde mindre än en månad efter intervjun signifikant oftare nutritionsstöd än patienter som levde mer än en månad efter in-

tervjun. Hälften av patienterna som bedömdes ha en nutritionell risk rapporterade att de haft dietistkontakt inom de senaste sex månaderna, vilket var signifikant oftare än patienter utan nutritionell risk.

Nutritionsstöd var associerat till BMI mindre än 18,5, mer än 20 procent vikt-förlust från före diagnos, problem eller obehag som påverkat matintag under veckan före, dietistkontakt inom sex månad före intervjun och ingen dietist i ASIH-teamet.

ARTIFICIELL NUTRITION

I delarbetet om artificiell nutrition är data från 620 patienter analyserade¹⁴. Gastrointestinal malignitet var den vanligast förekommande diagnosen bland de 11 procent av patienterna som hade HPN. Hos de 3 procent av patienterna som fick sondmatning i hemmet (HEN) var oesophagus-cancer och huvud-hals-cancer vanligast. Mer än två tredjedelar av patienterna med artificiell nutrition



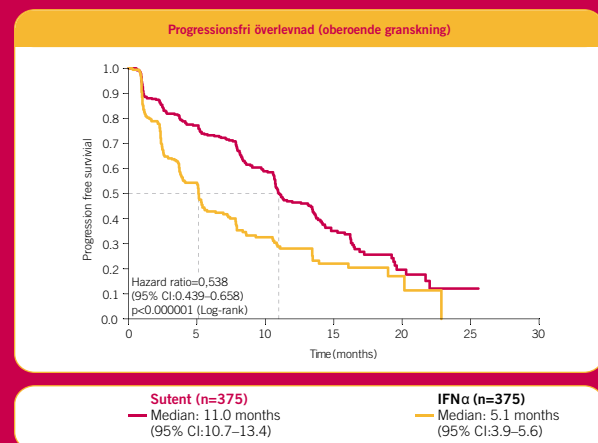
Svenska nationella riktlinjer för behandling av njurcancer

Sutent® är den perorala tyrosinkinashämmaren som rekommenderas av såväl EAU som den svenska vårdprogramsguppen i monoterapi vid första linjens behandling av spridd njurcancer med god/intermediär prognos¹

Studiedesign²:

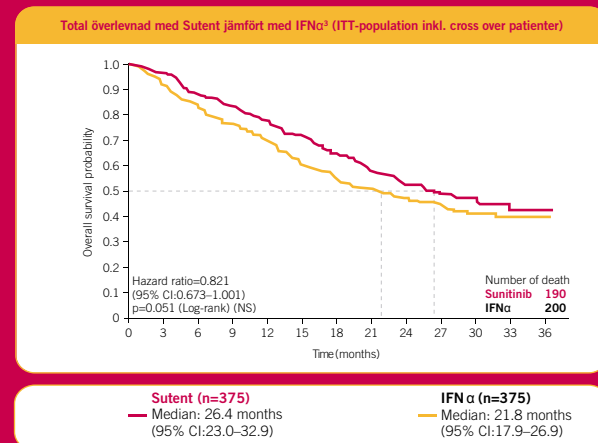
- En randomiserad, jämförande, internationell multicenterprövning i fas III på tidigare obehandlade patienter med histologiskt bekräftad mRCC. Första linjens behandling med Sutent 50mg (oralt) en gång om dagen (4/2 Schema) v.s. IFN α 3 x per vecka (subkutant) Vecka 1: 3 ME, vecka 2: 6 ME, vecka 3 och vidare: 9 ME. (n. 750)
- Behandlingssvar bedömt av en oberoende central granskningskommitté

Primär endpoint: progressionsfri överlevnad



- Sutent ökar den progressionsfria överlevnaden jämfört med interferon alfa vid metastatisk klarcellig njurcancer hos patienter som är obehandlade och med god/intermediär prognos (11 månader, mot 5 månader för interferon alfa $p<0.001$).¹
- Livskvaliteten i sutentgruppen avseende skalorna FCSI, FACT-G rapporterades också som högre än livskvaliteten i IFN α gruppen ($p<0.001$).²

Sekundär endpoint: total överlevnad



- Överlevnadsanalysen inkluderar patienter som randomiserades till IFN α och som efter progredierande sjukdom bytte till Sutent enligt studieprotokollets anvisningar.³
- Patienter som fick Sutent i första linjen hade en median total överlevnad på 26,4 månader.³

Referenser: 1) Svenska nationella riktlinjerna för njurcancer samt EAU riktlinjer. 2) Motzer RJ, Hutson TE, Tomczak P, et al. Sunitinib versus interferon alfa in metastatic renal-cell carcinoma. N Engl J Med 2007;356:115-24. 3) Hutson et al. Sunitinib (SUTENT) for the treatment of metastatic renal cell carcinoma. Expert Rev. Anticancer Ther. 8(11), 1723-1731 (2008).
Sutent (sunitinibmalat). Rx. Ingår i läkemedelsförmåner. Metastaserad njurcellscancer (mRCC): "SUTENT är indicerat för behandling av avancerad och/eller metastaserad njurcellscancer (mRCC)". Gastrointestinal stromacellstumör (GIST): "SUTENT är indicerat för behandling av ej resektabel och/eller metastaserad malign gastrointestinal stromacellstumör (GIST) efter terapivikt med imatinibmesylat på grund av resistens eller intolerans". Förpackningar: 12,5 mg kapslar 30 st/blister 28 st, 25 mg kapslar 30 st/blister 28 st, 50 mg kapslar 30 st/blister 28 st.
 För mer information se www.fass.se. November 2007.



”Både för lite och för mycket nutritionsstöd kan skapa onödigt lidande för patienten och även för familj och närstående och är därmed inte förenligt med god palliativ vård.”

bedömdes ha en nutritionell risk, men kraftig viktnedgång och nutritionell risk var vanligare hos patienter med HPN.

Två tredjedelar av de 68 patienterna som fick näringsdropp i hemmet levde mer än fyra månader efter första behandlingen. Tre patienter fick sin första HPN-behandling mindre än en månad före död. Hälften av patienterna med näringsdropp i hemmet rapporterade att ASIH-personalen hade initierat den nu-

varande behandlingen. 67 av de 68 patienterna med näringsdropp i hemmet fick hjälp av ASIH-personalen med administreringen. Behandlingen gavs oftast nattetid.

Det var stor variation i antalet behandlingar som patienten hade fått under veckan före intervjun. Sex patienter rapporterade att de upplevt problem eller besvär som de relaterade till näringsdroppet. Det vanligast problem som

nämndes var illamående, vilket rapporterades av fem patienter.

Sexton patienter använde sondmatning i hemmet (HEN). HEN hade vanligtvis introducerats av sjukhuspersonal. Majoriteten av patienterna med sondmatning levde mer än fyra månader efter första HEN-behandling. Sondmatningen administrerades vanligen dagtid och av patienten själv och/eller av annan person i patientens hushåll.

Samtliga patienter med sondmatning i hemmet hade använt det dagligen under veckan före intervjun. Fyra patienter rapporterade att de haft besvär som de relaterade till näringslösningen.

Patienter med näringsdropp i hemmet tillfrågades om anledningen till behandlingen och varje patient kunde uppges flera anledningar. Två tredjedelar av patienterna uppgav anledningar som kategoriserades som "bekymrad över näringsintaget". En tredjedel nämnde ut-sagor som kategoriserades som "bekymrad över kroppsvikt". Elva patienter nämnde problem som relaterades till mag-tarmkanalen som anledning till HPN-behandlingen och tre av dessa patienter nämnde specifikt gastrointestinalt hinder. Tio patienters svar om anledningen till näringsdropp i hemmet kategoriserades som "generellt välbefinnande".

De flesta patienter som använde näringsdropp i hemmet rapporterade att de också hade ett oralt intag och mer än hälften rapporterade att de druckit näringsdrycker under föregående vecka. Hälften av de 52 patienter med näringsdropp i hemmet som rapporterade att de ätit fast mat rapporterade att droppet inte hade vare sig positiv eller negativ inverkan på aptiten medan en fjärdedel rapporterade ökad aptit som de relaterade till näringsdroppet.

Näringsdropp i hemmet var associerat till alla grader av viktförlust från och med diagnos, problem som påverkat matintag under senaste veckan, yngre än 65 år, gynekologisk och gastrointestinal malignitet samt ätsvårigheter, illamående/kräkningar och fatigue.

KLINISKA IMPLIKATIONER

Resultaten av avhandlingen pekar på ett antal områden som har kliniska implikationer för palliativ vård både på sjukhus och i hemsjukvården. Då mer än två tredjedelar av patienterna i ASIH-teamen bedömdes ha en nutritionell risk och hälften av patienterna rapporterade att de minskat mer än 10 procent i vikt visar detta på behovet av att tidigt i det palliativa skedet identifiera patienter i behov av nutritionstöd.

Frågor om ofrivillig viktförlust och ätsvårigheter bör därför ställas vid alla vårdkontakter, både på sjukhus, i öppenvård och i hemsjukvård. Vinsterna av att

tidigt identifiera riskpatienter kan bli stora, då det i ett tidigt palliativt skede finns bättre möjligheter att motverka undernäring och förlust av muskelmassa.

Mat och näring är ett komplext område och därför bör både medicinska, nutritionella och sociala aspekter inkluderas i nutritionsutredningen och beaktas i de åtgärder som erbjuds patienten och familjen. Det kan vara svårt att utvärdera nutritionstöd till patienter som successivt också förväntas försämrats i sin grundsjukdom.

I palliativ vård är det patientens upplevelse som bör väga tyngst i utvärderingen av behandlingen. I många nutritioninterventioner har det primära utfallet varit förlängd överlevnad. Detta är säkerligen av största vikt för patienten, men resultaten från avhandlingens studier tyder på att det finns andra faktorer som också är viktiga för patienten och som bör beaktas när målsättningen med nutritionstödet är att lindra besvär och öka patientens välbefinnande.

Utifrån resultaten i avhandlingen har följande områden identifierats som skulle kunna inkluderas i utvärdering av nutritionstöd i palliativ vård:

Vilken inverkan har nutritionstödet på:

- patientens uppfattning av sitt näringsintag och sin kroppsvikt?
- patientens upplevelse av aptit och mättnad?
- relationen mellan patient och anhörig kring frågor som rör mat och måltider?
- patientens upplevelse av illamående, kräkningar och andra problem relaterade till magtarmkanalen.
- patientens upplevelse av energi, ork och styrka?
- patientens upplevelse av delaktighet i familjeaktiviteter och sociala aktiviteter, känsla av autonomi och välbefinnande?
- patientens och anhörigas sömn?
- patientens upplevelse av att uppnå egna definierade mål?

MER FORSKNING BEHÖVS

Nutritionsforskning har till stor del skett på sjukhus, men i dag vårdas allt fler svårt sjuka i hemmet. Det finns därför behov av att vidare studera vilka nutritioninsatser som behövs för att hjälpa svårt sjuka att klara sin nutritionssituation i hemmet.

Ett forskningsfält som nästan är helt outforskat är att studera och utvärdera dietistens insatser i palliativ vård. I dag har vi till exempel liten forskningskunskap om vilka kostråd som ger bästa resultat vid vanliga åtrelaterade problem som aptitlöshet, smak- och luktförändringar, tidig mättnadskänsla och illamående.

Bristande kunskap finns också om hur kostråd ska presenteras för patienten för att leda till en förändring i patientens beteende, till exempel förändring i måltiden och berikning av mat, konsumtion av näringsdrycker och acceptans av enteral och parenteral nutrition.

När etiska aspekter kring palliativ nutritionstöd diskuteras ligger fokus ofta på de patienter som är i livets slutskede. Det borde dock vara lika etiskt problematiskt att vården inte alltid erbjuder bästa möjliga förutsättningar till ett optimalt näringsintag för riskpatienter i tidigt palliativ skede, som exempelvis att nutritionstöd inte alltid avslutas i rätt tid.

Både för lite och för mycket nutritionstöd kan skapa onödigt lidande för patienten och även för familj och närstående och är därmed inte förenligt med god palliativ vård.

Palliativ nutrition har en utmaning i att avgöra rätt nivå på åtgärderna beroende på var i det palliativa skedet patienten befinner sig. Detta sker genom att dels identifiera riskpatienter som befinner sig i tidigare skede av sjukdomen och där åtgärder som syftar till att öka näringsintaget är motiverade och dels identifiera de patienter som är i livets slutskede och där ett fullgott näringsintag inte längre är relevant. I de fallet bör i stället fokus vara att anpassa mat och måltider utifrån patientens och familjens behov och önskningsar.



BOKTIPS

”Råd och recept vid cancersjukdom” (Gothia förlag), en kokbok av Marie Esbjörnsson och Ylva Orrevall. Boken vänder sig till patienter och anhöriga vid cancersjukdom. I första delen ges råd vid olika besvär som illamående, tugg- och sväljproblem och lukt- och smakerändringar. Den andra delen består av energirika recept; mat för att få kraft och för att motverka viktning.



Referenser

- Good P, Cavenagh J, Mather M, Ravenscroft P. Medically assisted nutrition for palliative care in adult patients. Cochrane Database Syst Rev. 2008(4):CD006274.
- Shike M. Nutrition therapy for the cancer patient. Hematol Oncol Clin North Am. 1996 Feb;10(1):221-34.
- Evans WJ, Morley JE, Argiles J, Bales C, Baracos V, Guttridge D, et al. Cachexia: a new definition. Clin Nutr. 2008 Dec;27(6):793-9.
- Bosaeus I. Nutritional support in multimodal therapy for cancer cachexia. Support Care Cancer. 2008 May;16(5):447-51.
- Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. Clin Nutr. 2003 Aug;22(4):415-21.
- National Institute for Clinical Excellence. Nutritional Support for Adults, Oral Nutrition Support, Enteral Tube Feeding and Parenteral Nutrition. Methods, Evidence and Guidance. London: National Collaborating Centre for Acute Care;2006. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/cg032fullguideline.pdf> (Acc. 2007-04-11).
- Charney P. Nutrition screening vs nutrition assessment: how do they differ? Nutr Clin Pract. 2008 Aug-Sep;23(4):366-72.
- Strasser F. Eating-related disorders in patients with advanced cancer. Support Care Cancer. 2003 Jan;11(1):11-20.
- Socialstyrelsen. Vård i livets slutskede. Socialstyrelsens bedömning av utveckling i landsting och kommuner; 2006. <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/90635F0E-32C6-4662-9A84-0808D353D673/6685/200610391.pdf> (Acc.2008-03-04).
- Poole K, Froggatt K. Loss of weight and loss of appetite in advanced cancer: a problem for the patient, the carer, or the health professional? Palliat Med. 2002 Nov;16(6):499-506.
- Orrevall Y, Tishelman C, Herrington MK, Permert J. The path from oral nutrition to home parenteral nutrition: a qualitative interview study of the experiences of advanced cancer patients and their families. Clin Nutr. 2004 Dec;23(6):1280-7.
- Orrevall Y, Tishelman C, Permert J. Home parenteral nutrition: a qualitative interview study of the experiences of advanced cancer patients and their families. Clin Nutr. 2005 Dec;24(6):961-70.
- Orrevall Y, Tishelman C, Permert J, Cederholm T. Nutritional support and risk status among cancer patients in palliative home care services. Support Care Cancer. 2009 Feb;17(2):153-61.
- Orrevall Y, Tishelman C, Permert J, Cederholm T. The use of artificial nutrition among cancer patients enrolled in palliative home care services. Inskickad till tidskrift.

YLVA ORREVAL, LEG DIETIST, MED DR, INSTITUTIONEN FÖR KLINISK VETENSKAP, INTERVENTION OCH TEKNIK, KAROLINSKA INSTITUTET OCH PALLIATIVT CENTRUM, STOCKHOLMS SJUKHEM, YLVA.ORREVAL@KI.SE



Nordic
HER2
- STATE OF
THE ART

STOCKHOLM
3 SEPTEMBER 2009

More information about the meeting
will be presented shortly

Karolinska Hematology Seminar VII

27 – 28 augusti 2009, Johannebergs Slott

Hematologiskt Centrum vid Karolinska Universitetssjukhuset arrangerar för sjunde året, med stöd av Roche AB, ett tvådagars hematologiseminarium. Årets seminarium kommer som vanligt att innehålla State-of-the-art föreläsningar och ge tillfälle till många fördjupade diskussioner och utbyten av erfarenheter.

Teman för i år är ITP, PNH, mantelcellslymfom, ALL /Burkitts' lymfom och ALL hos barn. Även årets seminarium kommer att innehålla ett avsnitt där kommunikation av svåra besked till patienter och anhöriga behandlas.

De inbjudna föreläsarna är internationellt ledande inom respektive område:
Föreläsarna är Adrian Newland, England, Anita Hill, England, Olivier Hermine, Frankrike, Steve Johnson, England, Dieter Hoelzer, Tyskland, Andrea Biondi, Italien och Ralf Bargou, Tyskland.

Det sjunde Karolinska Hematology Seminar äger rum **27 – 28 augusti 2008 på Johannebergs slott i Rimbo**. Kostnaden för deltagande är 2200 kr, varav 1000 kr avser seminarieavgift och 1200 kr avser 50 % av kost och logi. Sista anmälningssdag är **30 april**. Anmälningssblanketter och detaljerat program har skickats till huvudman, vars godkännande krävs för deltagande.

Magnus Björkholm
magnus.bjorkholm@karolinska.se

Lotta Humble
lotta.humble@roche.com



IPULS har granskat och godkänt denna utbildning.
Fullständig utbildningsbeskrivning finns på www.ipuls.se
IPULS nr 20080395

Startdos
100 mg
En gång om dagen

Till patienter med KML i kronisk fas med resistens
eller intolerans mot imatinib

I was
resistant or intolerant

I am

starting with SPRYCEL®
100 mg once daily

- Förbättrad biverkningsprofil med likvärdig effekt¹
- Varaktiga hematologiska och cytogenetiska responser¹
- Enkel och lätthanterlig dosering¹

SPRYCEL®
dasatinib

Sprycel® (dasatinib). Cytostatikum, proteinkinashämmare

Indikationer: Sprycel är indicerat för behandling av vuxna med kronisk myeloisk leukemi (KML) i kronisk fas, accelererad fas eller blastkris, med resistens eller intolerans mot tidigare behandling inklusive imatinib mesylat. Sprycel är också indicerat för behandling av vuxna med Philadelphia-kromosom-positiv (Ph+) akut lymfatisk leukemi (ALL) och lymfoid blastisk KML med resistens eller intolerans mot tidigare behandling. **Varningar/försiktighet:** Behandling ska inledas av läkare med erfarenhet av att diagnostisera och behandla patienter med leukemi. Dosminskning kan behövas i vissa fall av påverkan på blodbildningen eller vid svår vätskeretention. Sprycel kan interagera med läkemedel som metaboliseras av CYP3A4.

Styrkor och förpackningar: 20 mg, 50 mg och 70 mg. 60 filmdragerade tabletter/förp. **Ytterligare information:** Sprycel är receptbelagt och förmånsberättigat. För fullständig information och pris, se www.fass.se. Texten är baserad på produktresumé: November 2008

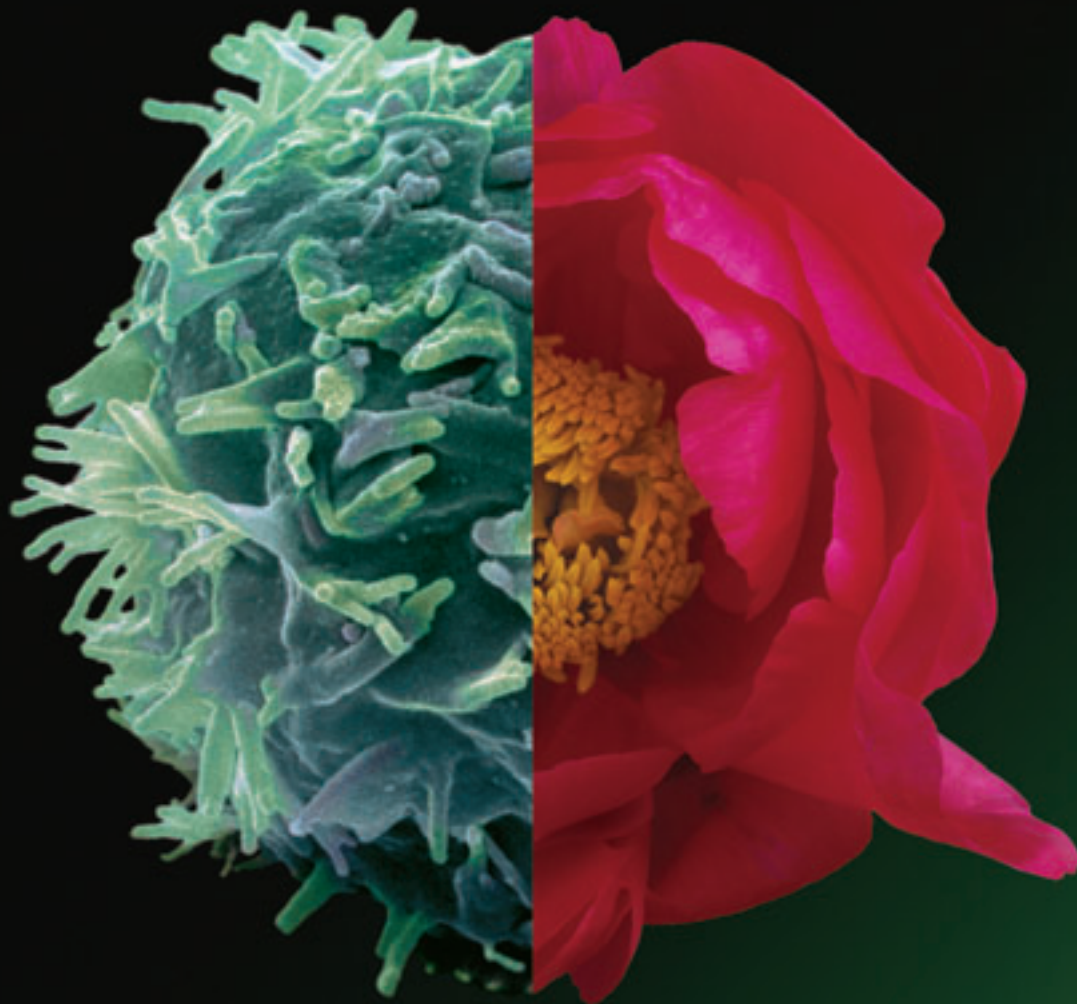


Bristol-Myers Squibb

Tel 08 – 704 71 00 www.bms.se

Nytt läkemedel för
metastaserande ErbB2 (HER2)-
positiv bröstcancer.

Tyverb[®]
lapatinib



Att blockera signalvägar på insidan ger hopp om livet på utsidan

Tyverb i kombination med capecitabin erbjuder en ny behandlingsmöjlighet för ErbB2 (HER2)-positiv avancerad eller metastaserande bröstcancer, där patienten tidigare fått antracyklin och taxan samt trastuzumab behandling vid metastaserad sjukdom.

Tyverb (lapatinib) R_x, EF

Indikation: Tyverb i kombination med capecitabin är indicerat för behandling av patienter med avancerad eller metastaserad bröstcancer, vars tumörer överuttrycker ErbB2 (HER2). Patienterna skall ha progredierat i sin sjukdom efter tidigare behandling som måste ha innehållit antracyklin, taxan och behandling med trastuzumab vid metastaserad sjukdom.

Dosering: 5 tabletter per dag kontinuerligt till progress.

Styrka och förpackning: 250mg per tablett, 70 tabletter per förpackning. Texten är från produktresumén 080610.

För fullständig information om varningar, föreskrifter och aktuellt pris var god se: www.fass.se

Referens:

Tyverb produktresumé, SPC 2008