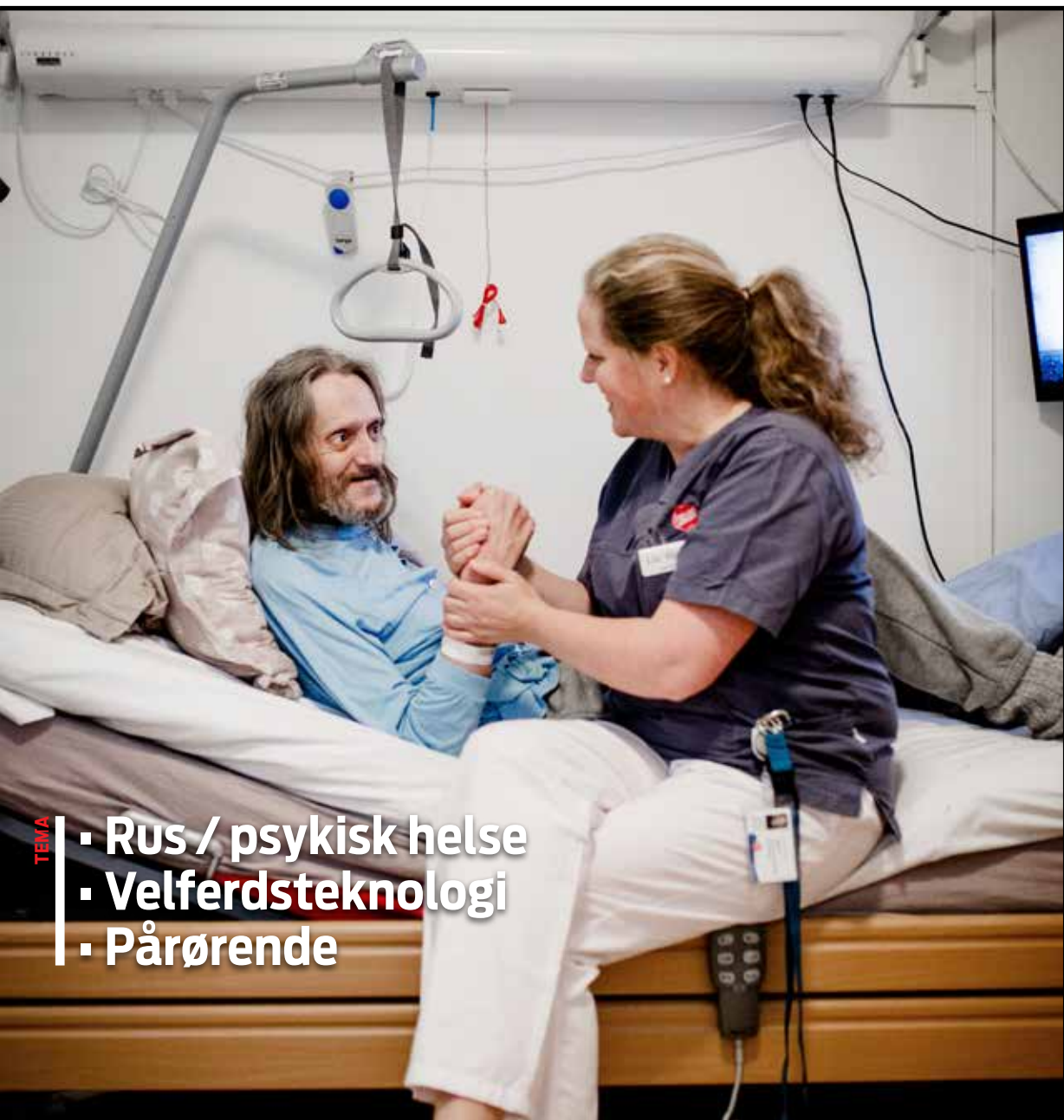


Kreftsykepleie



TIDSSKRIFT FOR KREFTSYKEPLEIERE

Sykepleien



- TEMA
- Rus / psykisk helse
 - Velferdsteknologi
 - Pårørende

**ANSVARLIG UTGIVER**

NSFs Faggruppe Forum
for Kreftsykepleie
v/leder Mona Grytten
Tlf. 98 80 72 56
monagrytten@gmail.com

REDAKTØR

Marit Klævold, tlf. 92 08 47 41
marit-lerkeskogen36@hotmail.com

REDAKSJONSUTVALG

Anne-Lene Bull, Marit Klævold og
Merete Kløvning

MEDLEMSANSVARLIG

Evelyn Karlsen, tlf. 91 80 21 90
eve-karl@online.no

ANNONSEANSVARLIG

Ellen Rosseland Hansen
Tlf. 47 47 59 70
ellen.rosseland.hansen@halden.
kommune.no/elrh@halden.net

HJEMMESIDE

www.sykepleierforbundet.no/
faggrupper/kreftsykepleiere

**ANSV. REDAKTØR
SYKEPLEIEN**

Barth Tholens
Tlf. 22 04 33 50 / 40 85 21 79
barth.tholens@sykepleien.no

DESKJOURNALISTER

faggruppeblad@sykepleien.no

Johan Alvik
Tlf. 92 60 87 06

Trine-Lise Gjesdal
Tlf. 90 60 87 79

Eivind Solfjell
Tlf. 93 61 81 12

LAYOUT

Hilde Rebård Evensen
Nina E.H. Hauge
Sissel Hagen Vetter
Monica Hilsen

TRYKK: Printall

FORSIDEFOTO: Krigsropet

Signerte artikler står for
forfatternes egen regning og
ansvar.

ANNONSEPRISER

Årsavtale som gjelder for 2 utgivelser:
2/2 sider kr. 45 000
11/2 side kr. 35 000
1/1 side kr. 25 000
1/2 side kr. 15 000
1/4 side kr. 10 000
Moms kommer i tillegg.

Kontaktperson annonser:

Ellen Rosseland Hansen
ellen.rosseland.hansen@halden.
kommune.no

Innhold



02 - 2018

- 3 Redaktør: Marit Klævold
- 4 Leder: Mona Grytten
- 6 Smånytt
- 8 Bedre sykepleie til kreftpasienter med ruslidelse eller psykisk lidelse
- 14 Gode kunnskaper om smertelindring
- 20 Tilbakeblikk
- 22 Gatehospitalet
- 24 Søk stipend
- 25 Barn som pårørende
- 27 De viktige pårørende
- 28 Tre på gangen
- 30 Landskonferansen
- 32 Smertebehandling hos kreftpasienter i legemiddelassistert rehabilitering
- 38 En tydelig aktør i pårørendeomsorgen
- 42 Oppfølging etter kreftbehandling
- 45 Vervekampanje
- 46 Film om fagprosydyre
- 48 Et nytt midtpunkt i stua



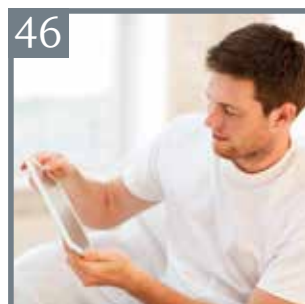
27



32



38



46



FAKTA

Marit KlævoldAnsvarlig
redaktør

Det er viktig at vi bryr oss

Da er det på tid med eit nytt tidskrift av «Kreftsykepleie».

Denne gongen har vi valt å ha to hovudtema: Pårørende og kreftpasienten med rusproblem/psykiske vanskar. Vi tek og med litt om velferdsteknologi, som vi ynskjer å dele med dykk.

Eigentleg skulle dette vere det siste nummeret av «Kreftsykepleie» i papirformat, men vi i hovudstyret har valt å trykke det i papir og for 2019.

Rusproblem og psykiske vanskar

Etter å ha lese dette bladet, håpar vi at du er betre rusta til å møte kreftpasienten med rusproblem/psykiske vanskar. Ofte har ikkje desse pasientane så mange pårørende. Ein del har også vanskelege relasjonar til dei næraste. Desto viktigare blir det at vi som kreftsjukepleiarar bryr oss ekstra om denne pasientgruppa.

Pasientar med alvorlege psykiske vanskar, lever i gjennomsnitt 20 år kortare enn normalbefolkninga. Dette er ganske høge tal, og kreft er ei av årsakene. Dette vil du kunne lese meir om i bladet.

For ei tid attende, hadde eg ein kreftpasient som var LAR-brukar. Da han kom til time på poliklinikken, hadde han med personale frå ROP-teamet (tverrfagleg team innan rus og psykiatri). Korkje legen eller eg, hadde høyrte om dette før. Det var tydeleg at pasienten sette pris på at personale

frå ROP-teamet var med. Han hadde mor si som næraste pårørende.

Denne pasienten hadde diverre uhelbredeleg kreft og kort forventa levetid. Han hadde smerter og CT bileta viste tydeleg utbreidd sjukdom. I dette tilfellet kontakta legen vår ein erfaren lege frå smerteteamet, då det var viktig at pasienten vart sett på rett dose med opioider utfrå LAR-medisineringa. Denne pasienten fekk døy på ei lindrande einheit i ein kommune.

Å vere pårørende er ikkje enkelt

Det andre temaet vi har sett ekstra fokus på i dette nummeret, er pårørende. Av og til føler eg at vi brukar vel så mykje tid på pårørende som på pasienten. Det er ekstra utfordrande når born under 18 år er nære pårørende. Det er viktig at vi bryr oss. Vi som kreftsjukepleiarar tek del i ein sårbar fase i livet deira, og det skal vi vise respekt for. Å vere pårørende er ikkje alltid så enkelt. Ein skal følgje opp den sjuke, halde styr på born og skule- og fritidsaktivitetar. I tillegg stelle mat og hus, pluss jobb.

Den 22. september vart den nasjonale pårørande-dagen markert. Den hadde som mål å sette søkelyset på pårørende. Her veit eg at nokre medlemmer av FKS var på ulike senter og markerte dagen.

Stor takk til Anne- Lene Bull og Merete Kløvning i redaksjonutvalet. Eg hadde ikkje klart meg utan dykk. ■



FAKTA

**Mona
Grytten**Leder
FKS

Vi har et utfordrende yrke

Når du leser dette tidsskriftet, er en fantastisk sommer over. Nå er det høst i luften, eller kanskje vinteren har meldt sin ankomst.

Dagene blir kortere og kortere, morgenerne er friske og kjølige. Selv liker jeg høsten godt med ullpledd, levende lys og gjerne en god bok.

Litt vanskeligere å komme seg ut av den gode varme senga om morgenen, men jeg er samtidig glad for at jeg har en meningsfull jobb å gå til.

Viktig jobb

Vi som arbeider innenfor kreftomsorgen har et meningsfylt virke. Enten det er ved en travel poliklinikk, sengepost eller andre arbeidssteder der vi utøver vår kompetanse på mange ulike måter. Hovedstyret har denne høsten vært på Landskonferansen i palliasjon i Bodø, lys i mørket. Det var en fantastisk flott konferanse med faglig og sosialt påfyll. Det var veldig kjekt å møte mange av dere på konferansen. FKS hadde egen stand som ble flittig besøkt, ikke bare av sykepleiere men også andre yrkesgrupper.

Nye faglige råd

Under landskonferansen i palliasjon ble nye faglige råd for lindrende behandling ved livet sluttfase publisert. Disse nasjonale faglige rådene omhandler lindrende behandling i livets sluttfase til personer over 18 år, uavhengig av diagnose.

Med livets sluttfase menes her de siste uker, dager og timer. De faglige rådene belyser også involvering av og støtte til pårørende i denne fasen.

Du finner rådene her: <https://helsedirektoratet.no/palliasjon/nasjonale-faglige-rad-forlindrende-behandling-i-livets-sluttfase#innledning>

FKS har hatt med en representant i arbeidsgruppen som har utarbeidet rådene. Gruppen har jobbet aktivt med rådene i to år. I de nasjonale rådene blir palliativ plan nevnt som et nyttig verktøy som skal følge pasienten gjennom hele det palliative forløpet. Planen må oppdateres ved endring i pasientens situasjon. Under konferansen ble det opplyst om at prosjektgruppa palliativ plan Møre og Romsdal fikk utdelt omsorgsprisen 2018 i Møre og Romsdal. Arbeidet er ledet av nestleder i FKS og en av våre varastyrede medlemmer sitter i arbeidsgruppen.

For dem som ønsker å lese mer om dette. www.helse-mr.no/palliativplan

Mange oppgaver

Vi i hovedstyret har nå jobbet sammen i snart et år, vi har nå blitt bedre kjent med hvilke oppgaver og utfordringer vi står ovenfor. Den største utfordringen er å få definert de viktigste oppgavene og få innpass og muligheter til å bli hørt.

Hovedstyret arbeider kontinuerlig med saker som vi blir invitert til å uttale oss om. I høst har vi deltatt på rådslag om «pakkeforløp hjem» for

kreftpasienter. Der deltok to flinke medlemmer av FKS både i paneldebatten og med eget innlegg.

Vi har kommet med ulike innspill til Regionale utviklingsplaner for Helse Nord, Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst.

Bokasin

FKS har blitt invitert med i et samarbeid med tidsskriftet Sykepleien om en bokasin utgivelse nå i høst. Tema denne gangen er seneffekter etter kreftbehandling. Medlemmer av FKS har bidratt på forskjellige måter, noen med artikler og andre har funnet intervjuobjekter.

Seminar

Direktoratet for e-helse har gitt en anbefaling om at International Classification for Nursing Practice (ICNP) skal brukes i kombinasjon med SNOMED CT som terminologi for sykepleiepraksis, se vedlagt lenke: <https://ehelse.no/nyheter/anbefaling-terminologi-innensykepleiepraksis> I den forbindelse vil to representanter fra FKS delta på et to dagers seminar. Det er Fag- og helsepolitisk avdeling og Sentralt fagforum i NSF som inviterer og arrangerer seminaret.

Nyheter på nett

FKS er fremdeles medlem av EONS, European Oncology Nursing Society. Om du ønsker å vite mer om EONS kan du gå inn på <http://www.cancernurse.eu/> Her kan du følge med på internasjonale konferanser og oppdateringer innen faget vårt. I mai publiserte EONS en Cancer Nursing Education Framework som er nøyte gjennomtenkt, den finner dere her <http://www.cancernurse.eu/education/cancernursingeducationframework.html>

«Alle sykepleiere i kreftomsorgen har en krevende jobb.»

«Alle sykepleiere i kreftomsorgen har en krevende jobb.»

I 2019 vil vår egen Landskonferanse være i Sarpsborg, datoen er 11. – 13. september. Sett av datoen allerede nå. Tidlig på nyåret vil det være mulig å melde seg på konferansen.

Jeg vil minne dere om søknadsfristen for stipend for 2019, som er 1. desember 2018.

Jeg vet at alle sykepleiere i kreftomsorgen har en krevende jobb, og at hverdagens er travle. Jeg håper alle får noen fine fridager i løpet av julen, hvor både sjel og kropp får et lite pustevaldrom fra de utfordrerne situasjoner vi ofte står i på jobb. ■

Ønsker dere en gledelig jul og et fredfylt nytt år.



Ikke økt risiko

Det er ikke funnen noen økt risiko for autoimmune sykdommer blant jenter som har fått vaksine mot livmorhalskreft. Dette slår canadiske forskere fast, og bekrefter med dette at vaksinen er trygg på enda et område.



Kilde: Forskning.no

Flere velger digitalt

Stadig flere pasienter benytter seg av de digitale løsningene for kontakt og dialog med sykehusene på vestlandet, ifølge Helse-vest.no. Siden de første digitale løsningene ble tatt i bruk i 2014, er det registrert over ti millioner kontakter på nett. Pasientene kan på nett sjekke status for henvisningen sin, endre sykehustimen, slå opp i den elektroniske journalen og sende elektronisk melding til sykehuset.



«Man elsker ikke et menneske på grunn av dets styrke, men på grunn av dets svakheter.» *Tilla Durieu*

Bare av og til

Det blir ikke færre av-og-til-røykere i Norge. Andelen har ligget stabilt på om lag ti prosent av befolkningen de siste tretti årene. Det viser rapporten Tobakk i Norge fra Folkehelseinstituttet.

– Av-og-til-røykerne er annerledes enn dagligrøykerne på flere måter; de er yngre, mer urbane og har høyere utdanning. I tillegg røyker de mindre, sjeldent alene og de tenker de har kontroll over egen røyking, sier Marianne Lund, forsker ved Folkehelseinstituttet til Fhi.no. Lund tror det kan være lettere å definere seg som av-og-til-røyker enn dagligrøyker, i et samfunn hvor det er sterke normer om røykfrihet.

Kilde: Fhi.no



Stor hjerne, større risiko

Det er en sammenheng mellom størrelsen på hjernen og risiko for hjernesvulst, viser forskning fra NTNU. Det er første gang at noen har studert sammenhengen mellom størrelsen på hjernen og risiko for kreft hos voksne. Det viser seg at jo større hjernen er, dess større er risikoen for å utvikle hjernesvulst.

– En stor hjerne betyr flere hjerneceller. Og jo flere celler man har, desto flere celledelinger kan gå galt. Dette kan skape mutasjoner som fører til kreft, sier lege og forsker Even Hovig Fyllingen ved NTNU i en artikkel i Gemini.no.

Kilde: Gemini.no

Gen dreper kreft

Elefanter er nesten immune mot kreft, selv om de bærer på flere hundre ganger så mange potensielle kreftceller som det mennesker gjør. Årsaken til at elefanter likevel ikke så ofte får kreft, er at de har et aktivt gen som er dødt hos andre pattedyr. Dette genet dreper kreftceller svært effektivt, viser en amerikansk studie, publisert i tidsskriftet Cell Reports.



Kilde: Abc nyheter

Flere tar vaksine

Flere ansatte i helsesektoren vaksinerer seg mot influensa. Forrige influensasessong tok 28 prosent av helsepersonell vaksinen. Det er en økning på 11 prosentpoeng fra året før. Vanligvis blir mellom 5 og 10 prosent av den norske befolkningen smittet i løpet av perioden influensaepidemien varer.



Kilde: Forskning.no

Diabetes øker kreftrisikoen

En studie viser at diabetes har opp til en firedel større sjans for å få kreft. Spesielt utsatt er kvinner. Analysen inkluderer 121 studier og mer enn 19 millioner mennesker, og konkluderer med at diabetes er en risikofaktor for alle former for kreft. John Cooper, overlege ved Stavanger universitetssykehus, understreker overfor Dagbladet at den ferske studien er en observasjonsstudie, og at man derfor ikke kan trekke slutningen om at diabetes alene er årsak til kreft.

– Det kan være andre faktorer som røyking og overvekt som gir høyere risiko for kreft, sier Cooper.

Kilde: NTB



Like barn leker best

Det er en sammenheng mellom hvor mye smerte folk tåler og hvilke venner de har, viser en studie som forskere fra Universitetet i Oslo og Universitetet i Tromsø står bak. De har undersøkt relasjoner mellom smertetoleranse og sosialt miljø og funnet ut at folk har liknende smertetoleranse som sine venner. Dataene er hentet fra «Tromsøstudien: Fit Futures» og forskningen er publisert i forskningstidsskriftet Scandinavian Journal of Pain.

Kilde: UIO





Bedre sykepleie til kreftpasienter med ruslidelse eller psykisk lidelse

God kunnskap om psykisk lidelse, avhengighet og smertebehandling kan gi kreftpasienter bedre pleie. Godt samarbeid mellom behandlere er også viktig.

FAKTA

Av **Anne Bech**,
Psykiatrisk sykepleier,
Stipendiat, Nasjonal
kompetansetjeneste for
samtidig rusmisbruk og
psykisk lidelse, Sykehuset
Innlandet HF

Artikkelen er først
publisert på sykepleien.no
DOI-NUMMER: 10.4220/
Sykepleienf.2018.72336

Pasienter med ruslidelse og/eller psykisk lidelse lever opptil 25 år kortere enn normalbefolkningen, og kreft er en av årsakene til denne overdødeligheten (1). Andre årsaker til tidlig død blant pasienter med ruslidelse og psykisk lidelse er overdoser, selvmord og somatiske sykdommer som hjerte- og karlidelser, leverlidelser, lungelidelser og infeksjoner (2, 3).

Selv om antall nye krefttilfeller (insidensen) ikke ser ut til å være høyere hos personer med ruslidelse og psykisk lidelse, er dødeligheten på grunn av kreft høyere hos denne pasientgruppen sammenliknet med normalbefolkningen (4, 5).

I 2016 døde over 32 000 personer av kreft i Norge. De vanligste krefttypene er prostatakreft, brystkreft, lungekreft og tykktarmskreft (6).

Mellom 16 og 22 prosent av befolkningen i

angst og depresjon. Alvorlige psykiske lidelser som psykose og bipolar lidelse, er mer sjeldne, med en livstidsforekomst på mellom 0,2 og 3,9 prosent (6).

Når det gjelder ruslidelser, har åtte prosent menn og tre prosent kvinner i Norge skadelig bruk eller avhengighet av alkohol, mens det mest brukte illegale rusmiddelet er cannabis, som fire prosent av befolkningen bruker i løpet av et år (6).

Sykepleiere møter pasienter med ruslidelse og/eller psykisk lidelse i alle deler av helsevesenet. Kreftsykepleiere har en sentral rolle i beslutningsprosesser underveis i behandlingen, og når det gjelder pasientvurderinger og pasientundervisning. Både psykisk lidelse og avhengighet kan komplisere sykepleie til kreftpasienter (7, 8).

Formålet med artikkelen er å beskrive eksisterende kunnskap om sammenhenger mellom psykisk helse, rusmiddelbruk og kreft, og å diskutere noen av utfordringene sykepleiere i kreftomsorgen kan oppleve i møte med denne uensartede pasientgruppen. Artikkelen er basert på klinisk erfaring, kjent litteratur og ustrukturerte litteratursøk. Litteraturen skiller ikke alltid tydelig mellom psykisk lidelse og ruslidelser, og i enkelte studier er ruslidelser inkludert i definisjonen av psykisk lidelse.

Risikofaktorer for kreft

Risikoen for kreft hos pasienter med rus- og/eller

«Opptil 84 prosent av personer i rusbehandling røyker.»

Norge har en psykisk lidelse i løpet av et år. De vanligste psykiske lidelsene blant voksne er angstlidelser, depresjon og ruslidelser. Det er vanlig å ha flere lidelser samtidig, og spesielt vanlig er kombinasjonen psykisk lidelse og ruslidelse, og



psykisk lidelse er i stor grad knyttet til kjente livsstilsfaktorer, som røyking, rusmiddelbruk, infeksjoner og overvekt (1).

I Norge bruker omtrent 30 prosent av befolkningen tobakk i en eller annen form. Røyking er den vanligste risikofaktoren for kreft, og da spesielt lungekreft, men røyking øker også risiko for kreft i andre organer. I tillegg fører røyking til økt dødelighet på grunn av hjerte- og karlidelser og kronisk obstruktiv lungesykdom (9). Vi vet ennå ikke så mye om langtidseffekten av snus, men det ser ut til at snus gir mindre risiko for kreft enn røyking. De krefttypene som er assosiert med snusbruk, er blant annet kreft i munnhule/tunge, spiserør og bukspyttkjertel (9).

Hovedbudskap

Pasienter med ruslidelse og/eller psykisk lidelse lever opptil 25 år kortere enn normalbefolkningen, og kreft er en av årsakene. Formålet med artikkelen er å beskrive eksisterende kunnskap om sammenhenger mellom psykisk helse, rusmiddelbruk og kreft, og diskutere noen av utfordringene kreftsykepleiere kan oppleve i møte med denne uensartede pasientgruppen. God kunnskap om psykisk lidelse, avhengighet og smertebehandling og godt samarbeid kan legge til rette for bedre pasientforløp og terminal pleie.

Røyking er ikke jevnt fordelt i befolkningen, og er mer utbredt blant personer med ruslidelse og psykisk lidelse (10). Studier viser at rundt 50 prosent av personer med alvorlig psykisk lidelse røyker, og tallet er enda høyere hos personer med en schizofrenidiagnose (1). Opptil 84 prosent av personer i rusbehandling røyker (11), og forekomsten er aller høyest blant personer i substitusjonsbehandling for opioidavhengighet, hvor opptil 94 prosent røyker (11, 12). At mange røyker, stemmer godt overens med erfaringer fra klinikk.

Alkohol er kreftfremkallende, og øker risiko for flere krefttyper, blant annet brystkreft, tykktarm- og endetarmskreft, og kreft i lever, munnhule, svelg, strupe og spiserør (1).

Kreftrisiko hos personer som bruker illegale rusmidler er i stor grad knyttet til kjente risikofaktorer som røyking, alkoholbruk og virusinfeksjoner. Blant personer som injiserer rusmidler, er virusinfeksjoner som Hepatitt C (og B) vanlig, noe som gir økt risiko for blant annet leverkreft (13).

Hiv kan også gi økt risiko for kreft (13, 14), men Hiv er ikke utbredt blant norske rusmiddelbrukere. I tillegg kan rusmiddelbruk føre til risikofylt seksuell aktivitet. Det gir økt risiko for HPV-infeksjon, som kan gi anogenital kreft (13, 14).

Det er også en klar sammenheng mellom overvekt og kreft. Hos pasienter med psykisk lidelse kan inaktivitet og dårlig kosthold bidra til overvekt.

**TETT OPPFØL-
GING:** Pasienter som skal ta medisiner hjemme, kan trenge oppfølging av sykepleier. Illustrasjonsfoto: Mostphotos



Enkelte antipsykotiske legemidler kan også ha vektøkning som bivirkning (1).

Årsaker til økt kreftdødelighet

I tillegg til at pasienter med ruslidelse og/eller psykisk lidelse ofte har flere risikofaktorer for kreft, kan både forhold ved pasienten og helsevesenet påvirke diagnostisering og behandling av kreft (15).

En forklaring er at den økte kreftdødeligheten reflekterer ulikheter i behandlingskvalitet (5, 15, 16). Pasienters bekymringer rundt somatisk helse tas ikke alltid alvorlig av leger og helsepersonell, fordi symptomer tillegges den psykiske lidelsen (1, 4, 16, 17).

Rusmiddelbruk kan også maskere symptomer, slik at verken pasient eller helsepersonell legger

«God informasjon og medvirkning kan bidra til å trygge pasientene.»

merke til eller tar på alvor symptomer som smerter, hoste, sykdomsfølelse, tretthet og vekttap. Når det gjelder psykisk lidelse og kvalitet på kreftbehandling viser enkelte studier at pasienter med psykisk lidelse og kreft har lavere sannsynlighet for å få kirurgisk behandling, strålebehandling og kjemoterapi (5, 15).

Pasienter med rus- og/eller psykisk lidelse møter i mindre grad til screeningundersøkelser som mammografi og livmorhalsprøve (4, 16, 18). Dette gjelder spesielt personer med alvorlig psykisk lidelse, og de med samtidig psykisk lidelse og ruslidelse (4). Manglende screening og forsinket legevurdering kan være årsaker til at kreft oppdages senere hos denne pasientgruppen, og de har oftere metastaser når kreften oppdages (4, 16).

En forklaring på lav screeningrate kan være at pasientene er mindre hjelpesøkende. Andre barrierer som beskrives i litteraturen, er transportproblemer, skam, dårlige erfaringer, frykt for smerter, manglende påminnelser og lang ventetid for undersøkelse og svar på screening (4, 16, 18).

Pasienter med alvorlig psykisk lidelse kan ha problemer med å navigere i komplekse helsesystemer, be om og akseptere medisinsk hjelp, og stole på helsepersonell (8). For enkelte kan lite nettverk

MANGERØYKER:

Studier viser at rundt 50 prosent av personer med alvorlig psykisk lidelse røyker, og at opptil 84 prosent av personer i rusbehandling røyker. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

og sosial støtte, kognitiv svikt, problemer med å kommunisere, og vansker med å følge opp og fullføre intensiv behandling være en utfordring under kreftbehandling (15).

Generelt har helsepersonell negative holdninger til pasienter med rus- og psykisk lidelse, og mest negative er de til pasienter som er avhengig av alkohol, bruker illegale rusmidler eller er i aktiv rus (10, 17). Stigmatisering kan gjøre samarbeidet med pasienten vanskeligere, og forverre behandlingsutfallet (17).

Grundig kartlegging og vurdering

For å kunne yte helhetlig sykepleie og behandling bør sykepleiere i kreftomsorgen gjøre en grundig kartlegging og vurdering av pasientens situasjon. Områder som bør kartlegges, er blant annet somatiske sykdommer, medisiner, eventuell rusmiddelbruk, inkludert alkohol og tobakk, psykisk helsetilstand, bosituasjon, økonomi, nettverk og pårørende. Nasjonale veiledere som ROP-retningslinjen og LAR-retningslinjen (19, 20), og nettressurser som ROP.no og snakkomrus.no, kan være til hjelp.

Momenter i kartlegging kan være nåværende rusmiddelbruk, ulike inntaksmåter av rusmiddel, siste inntak, tidligere behandling, depresjon, angst og eventuelle suicidforsøk. Er pasienten i aktiv rus bør sykepleiere åpent og fordomsfritt drøfte hvordan rusmiddelbruk kan påvirke kreftbehandlingen (7).

For pasientene med dårligst fungering vil målet ofte være å stabilisere pasientens situasjon så mye som mulig, slik at pasienten klarer å følge opp en krevende kreftbehandling. Har pasienten stabil og god rusmestring bør sykepleieren kartlegge hvor lenge, hvilken livssituasjon pasienten har, nettverk og eventuell kontakt med behandlingsapparatet (7). Pasienter med god rusmestring kan være engstelige for at smerter og bruk av opioider i kreftbehandling kan føre til tilbakefall til rus (21). God informasjon og medvirkning kan bidra til å trygge pasientene.

Oversikt over medikamenter, doser og hvordan disse administreres er viktig både for å sikre riktig medisiner og ha oversikt over eventuelle interaksjoner. Står pasienten på antipsykotika bør denne ikke seponeres under kreftbehandlingen, da det kan forverre psykoselidelsen (4). Enkelte medikamenter som brukes i kreftbehandling, kan interagere med psykofarmaka, og gi økt risiko for

potensielt alvorlige bivirkninger. For nærmere beskrivelse av mulige interaksjoner og behandlingsmessige utfordringer vises det til litteraturen (4).

Smertebehandling ved opioidavhengighet

Sykepleieres kunnskap, atferd og holdninger påvirker kvaliteten på smertebehandlingen (22). Sykepleiere tilbringer mer tid sammen med pasienter enn annet helsepersonell, og er derfor ofte den som identifiserer smerte og evaluerer effekten av smertestillende (23). Smerter som ikke behandles adekvat, forårsaker unødvendig lidelse, gir dårligere egenomsorgsevne, lavere livskvalitet (22) og kan også føre til selvmedisinering og tilbakefall til rus (21).

I en nylig publisert studie fant Utne og medar-

«Pasienter må ha tillit til at helsepersonell stoler på deres smerterapportering.»

beidere (23) at sykepleiere i kreftomsorgen i Norge har relativt høyt kunnskapsnivå og gode holdninger til smerte og smertebehandling sammenliknet med sykepleiere i kreftomsorgen i andre land. Samtidig hadde sykepleierne forbedringspotensial når det gjaldt virkning og bivirkninger av opioider, og de hadde manglende kunnskap om opioidavhengighet. Dette er i tråd med funn i tidligere studier (23). Kreftsykepleiere har lite om rus og avhengighet i utdanningen, og kan være dårlig forberedt på hvordan de skal gi god omsorg til pasienter med rusavhengighet og kreft (7).

Smertebehandling til pasienter med opioidavhengighet er en kompleks oppgave, og krever høy kompetanse. I Norge ble legemiddellassistert rehabilitering [LAR] nasjonalt tilgjengelig fra 1998. LAR er en del av tverrfaglig spesialisert (rus)behandling [TSB], et tredje spesialistområde opprettet i 2004. Grunnlaget for å sette i gang LAR er opioidavhengighet etter diagnosekriterier gitt i klassifikasjonssystemene ICD-10 og DSM-IV (20).

Illegalt bruk av opioider som heroin, erstattes med daglig, peroralt inntak av de langtidsvirkende opioide legemidlene metadon eller buprenorfin. Legemidlene bidrar til stabil opioideffekt, og ved riktig dosering skal pasienten verken være absti-

nent eller ruspåvirket (24). På slutten av 2017 var 7622 pasienter i LAR (25).

Er pasienten i LAR, bør behandlingen koordineres med forskrivende lege og utleverende instans. Utlevering av LAR-medikamenter er strengt regulert for å sikre at ikke medikamentene kommer på avveie (20), og utlevering av LAR-medikamenter en eller flere ganger i uken er vanlig.

Det kan også være naturlig å drøfte smertebehandling og doseøkning med LAR-lege eller spesialist i rus- og avhengighetsmedisin. Det er ikke alltid realistisk at pasienten blir helt smertefri, så fokus bør være på god lindring (26) og funksjon (21). For nærmere beskrivelse av smertebehandling anbefales artikkelen «Smertebehandling hos kreftpasienter i legemiddelasistert rehabilitering» av Olav Magnus Fredheim (26).

Tro på pasientens smertevurdering

I Utne og medarbeideres studie svarte nesten alle sykepleierne korrekt på at det er pasienten som er den som best kan vurdere hvor store smertene er. Samtidig var det mer enn en fjerdedel som i en pasienthistorie vurderte at pasientens smerteintensitet var en annen enn det pasienten oppga (23).

Det er altså ikke bare pasienter med ruslidelser som opplever å ikke bli trodd når de blir spurt om hvor vondt de har det. Litteraturen er likevel samstemt i at pasienter med opioidavhengighet, mer enn andre pasienter, opplever at leger og syke-

tillit til at helsepersonell stoler på deres smertedokumentering, og sykepleiere må stole på at pasienten vil følge opp behandlingsplanen (21).

Tettere oppfølging

Administrerer pasienten opioider hjemme, bør kreftsykepleiere evaluere effekt, aktivitet, bivirkninger og eventuell avvikende hendelser ved hver avtale. Tett og regelmessig oppfølging kan være nødvendig. For noen pasienter kan smertedagbok være til hjelp for lettere å huske effekt og eventuelle endringer i medisiner. Klare avtaler kan gjøres med pasienten om fornyelse av resepter, hvordan tapte doser håndteres, og om urinprøver for rusmiddeltesting er aktuelt. Antall tabletter bør begrenses til det pasienten trenger mellom hver avtale (21). Daglig utlevering av medisiner ved hjelp av kommunens helsetjenester kan være aktuelt for noen.

Samarbeid og koordinering

Det er store lokale variasjoner i hvordan tilbudet til pasienter med ruslidelse og psykisk lidelse er organisert. Mange pasienter har ansvarsgruppe, hvor pasient, fastlege, kommunale instanser og eventuelt spesialisthelsetjenesten deltar hvis pasienten har oppfølging derfra. Pasienter som har behov for langvarig og koordinerte tjenester, har rett på individuell plan (10, 19, 20).

I mange tilfeller kjenner kommunens helse- og sosialtjeneste pasienten godt, og vil kunne bistå pasienten med påminnelse om timer på sykehus, eller følge dem som har vansker med å komme seg til sykehuset alene. Nye pakkeforløp i psykisk helsevern og rusbehandling, inkludert et eget pakkeforløp for fysisk helse og levevaner, vil bli publisert og implementert fra høsten 2018 (28). Det vil forhåpentligvis bidra til økt fokus på pasientenes somatiske helsetilstand, på alle nivåer av helsetjenesten.

Godt samarbeid med fastlege, apotek og kommunale instanser kan sikre helhetlig behandling, bidra til tryggere forskrivning av medikamenter og bedre oppfølging av pasienten. Jo dårligere pasienten fungerer, jo viktigere blir samarbeidet og koordinering mellom onkologiske enheter og andre instanser. Pasienten bør oppmuntres til tettere kontakt med andre hjelpeinstanser som er involvert (21).

Pårørende, uavhengig av om det er familien, en

«Pasienten bør oppmuntres til tettere kontakt med andre hjelpeinstanser som er involvert.»

pleiere har liten tillit til deres smerteformidling (22, 27), og pasientene blir fort vurdert å være «russøkende» (21). Hvor godt sykepleiere kjenner til at pasienter med opioidavhengighet har økt toleranse for opioider og økt følsomhet for smerte (hyperalgesi) varierer (22, 27). Manglende kunnskap om toleranse og hyperalgesi kan medføre underbehandling av smerter. Det kan forsterke atferd som gjør at pasienten oppfattes som «russøkende», som at pasienten ber om sterkere opioider, høyere doser enn vanlig eller hyppigere dosering.

Gjensidig tillit er nødvendig. Pasienter må ha

venn eller en annen nærstående person, kan også være en kunnskapskilde og en ressurs (10), og bør involveres i behandlingen i den grad pasient og pårørende ønsker.

Implikasjoner for praksis

For å kunne yte god sykepleie bør sykepleiere i kreftomsorgen ha god kunnskap om psykisk lidelse og avhengighet, virkning og bivirkninger av

opioider, og gode holdninger til hvordan pasienter opplever smerter. Godt samarbeid og koordinering mellom kreftavdelinger, psykisk helsevern/tverrfaglig spesialisert rusbehandling og kommune kan legge til rette for bedre pasientforløp og terminal pleie til denne pasientgruppen. ■

Takk til redaktør og redaksjonsutvalg i Tidsskrift for kreftsykepleiere for samarbeid og innspill.

Referanser

1. Muirhead L. Cancer risk factors among adults with serious mental illness. *American journal of preventive medicine*. 2014;46(3):98–103.
2. Degenhardt L, Bucello C, Mathers B, Briegleb C, Ali H, Hickman M, et al. Mortality among regular or dependent users of heroin and other opioids: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Addiction*. 2011;106(1):32–51.
3. Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry*. 2015;72(4):334–41.
4. Howard LM, Barley EA, Davies E, Rigg A, Lempp H, Rose D, et al. Cancer diagnosis in people with severe mental illness: practical and ethical issues. *The Lancet Oncology*. 2010;11(8):797–804.
5. Kisely S, Crowe E, Lawrence D. Cancer-related mortality in people with mental illness. *JAMA psychiatry*. 2013;70(2):209–17.
6. Folkehelseinstituttet. Folkehelse rapporten–Helse tilstanden i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2014. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/> (nedlastet 02.07.18).
7. Compton P, Chang YP. Substance Abuse and Addiction: Implications for pain management in patients with cancer. *Clin J Oncol Nurs*. 2017;21(2):203–9.
8. Thomson K, Henry B. Oncology clinical challenges: caring for patients with preexisting psychiatric illness. *Clin J Oncol Nurs*. 2012;16(5):471–80.
9. Grøtvedt L, Lund KE, Vedøy TF, Aarø LE, Skjærven R, Vollset SE. Røyking og snusbruk [internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2014 [oppdatert 14.05.18; sitert 02.07.18]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/royking-og-snusbruk-i-noreg/>
10. Helsedirektoratet. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne: Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten. «Sammen om mestring» [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2014 [oppdatert 01.03.14; sitert 01.09.18]. Tilgjengelig fra: <https://helse-direktoratet.no/retningslinjer/sammen-om-mestring-veileder-...>
11. Guaydish J, Passalacqua E, Pagano A, Martínez C, Le T, Chun J, et al. An International Systematic Review of Smoking Prevalence in Addiction Treatment. *Addiction*. 2016;111(2):220–30.
12. Ziraqzadeh A, Shuman C, Stauter E, Hays JT, Ebbert JO. Cigarette smoking in methadone maintained patients: an up-to-date review. *Curr Drug Abuse Rev*. 2013;6(1):77–84.
13. Randall D, Degenhardt L, Vajdic CM, Burns L, Hall WD, Law M, et al. Increasing cancer mortality among opioid-dependent persons in Australia: a new public health challenge for a disadvantaged population. *Aust N Z J Public Health*. 2011;35(3):220–5.
14. Swart A, Burns L, Mao L, Grulich AE, Amin J, O'Connell DL, et al. The importance of blood-borne viruses in elevated cancer risk among opioid-dependent people: a population-based cohort study. *BMJ Open*. 2012;2(5).
15. Manderbacka K, Arffman M, Suvisaari J, Ahlgren-Rimpilainen A, Lumme S, Keskimäki I, et al. Effect of stage, comorbidities and treatment on survival among cancer patients with or without mental illness. *Br J Psychiatry*. 2017;211(5):304–9.
16. Mitchell AJ, Pereira IE, Yadegarfar M, Pepercke S, Mugadza V, Stubbs B. Breast cancer screening in women with mental illness: comparative meta-analysis of mammography uptake. *Br J Psychiatry*. 2014;205(6):428–35.
17. van Boekel LC, Brouwers EP, van Weeghel J, Garretsen HF. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. *Drug Alcohol Depend*. 2013;131(1–2):23–35.
18. Aggarwal A, Pandurangi A, Smith W. Disparities in breast and cervical cancer screening in women with mental illness: a systematic literature review. *Am J Prev Med*. 2013;44(4):392–8.
19. Helsedirektoratet. ROP-retningslinjen. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse-ROPlidelse Oslo: Helsedirektoratet; 2012. Tilgjengelig fra: <http://www.helsebibliotek.no/Retningslinjer/ROP/Forside> (nedlastet 15.02.15).
20. Helsedirektoratet. Nasjonal retningslinje for legemiddelasistert rehabilitering ved opioidavhengighet [internett]. 2010 [oppdatert 22.09.14; sitert 19.01.15]. Tilgjengelig fra: <https://helse-direktoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-retningslinje-for-...>
21. Pillet S, Eschiti V. Managing chronic pain in patients with cancer who have a history of substance abuse. *Clin J Oncol Nurs*. 2008;12(4):663–7.
22. Krokmyrdal KA, Andenaes R. Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study. *Nurse Educ Today*. 2015;35(6):789–94.
23. Utne I, Småstuen MC, Nyblin U. Pain knowledge and attitudes among nurses in cancer care in Norway. *J Cancer Educ*. 2018.
24. World Health Organization. Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence: WHO; 2009. Tilgjengelig fra: http://www.who.int/substance_abuse/activities/treatment_opioid_dependenc... (nedlastet 08.05.15).
25. Waal H, Bussesund K, Clausen T, Lillevold P, Skeie I. LAR Statusrapport 2017. LAR 20 år. Status, vurderinger og perspektiver. Oslo: Universitetet i Oslo og Oslo universitetssykehus; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapp...> (nedlastet 26.08.18).
26. Fredheim OM. Smertebehandling hos kreftpasienter i legemiddelasistert rehabilitering. *Tidsskriftet Den norske legeforening*. 2018;138(2):144–7.
27. Li R, Andenaes R, Undall E, Nåden D. Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus. *Sykepleien Forskning*. 2012;7(3):253–60.
28. Helsedirektoratet. Pakkeforløp i psykisk helsevern og rus [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2018 [oppdatert 31.08.2018; sitert 01.09.2018]. Tilgjengelig fra: <https://helse-direktoratet.no/folkhelse/psykisk-helse-og-rus/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus>



Kreftsykepleiere har gode kunnskaper om smertelindring

En nettbasert spørreundersøkelse blant medlemmer i Forum for kreftsykepleiere har kartlagt kunnskap om og holdninger til smerte og smertelindring blant kreftsykepleiere i Norge.

FAKTA

Av Ulla Østerdahl Nyblin, kreftsykepleier, Kirurgisk avdeling, Drammen sykehus

Inger Utne, førsteamanuensis, Avdeling for helsevitenskap, OsloMet – storbyuniversitet

I juni 2017 ble samtlige 1704 medlemmer i Forum for kreftsykepleie (FKS) invitert til å delta i en nettbasert spørreundersøkelse utført som en masteroppgave ved OsloMet – Storbyuniversitetet. 18 prosent av medlemmene deltok.

Kunnskaper om og holdninger til smerter og smertelindring ble kartlagt ved hjelp av den norske versjonen av spørreskjemaet Nurses' knowledge and attitudes survey regarding pain (NKAS) (1). Spørreskjemaet er oppdatert i tråd med ny forskning og baserer seg på McCafferys definisjon av smerte som en subjektiv opplevelse og på anerkjente standarder for smertebehandling (1).

Skjemaet består av 41 spørsmål; 22 har svaralternativene sant eller usant, 15 er flervalgsspør-

mentell- og ikke-medikamentell smertebehandling samt holdninger til smerte.

Bredt spekter

312 medlemmer av FKS svarte på undersøkelsen. Dette utgjør 18 prosent av medlemsmassen. Selv om antallet kan synes lite, er svarprosenten vår høyere enn det andre nettbaserte studier blant kreftsykepleiere rapporterer (3, 4). Med unntak av fem menn, var det kvinner som svarte på undersøkelsen, og de arbeider i alle landets 19 fylker.

Femten sykepleiere hadde kun bachelorutdanning, 254 var kreftsykepleiere og 24 hadde tilleggsutdanning i smerte (minimum 10 studiepoeng). Av de 312 sykepleierne, arbeidet 185 i spesialisthelsetjenesten og 117 i primærhelsetjenesten. I gjennomsnitt hadde sykepleierne arbeidet med kreftpasienter i 15 år, men det varierte fra ett til 40 år.

Det er positivt at sykepleiere fra alle landets fylker har svart på undersøkelsen, og at sykepleierne jobber innen ulike deler av kreftomsorgen. I tillegg har de som har svart stor spredning i alder og arbeidserfaring. Sykepleiere som har svart representerer et bredt spekter av medlemsmassen. Se tabell side 17.

Høyere skår

Som vist i tabellen, var gjennomsnittlig NKAS' totalskår for hele utvalget 31 poeng (75 prosent) med

«Sykepleierne overestimerer faren for at pasientene kan utvikle respirasjonsdepresjon.»

mål med tre til fem svaralternativ, og 4 er knyttet til til pasienthistorier. Hvert riktig svar gir ett poeng og totalskåren er på 41. Skjemaet måler ulike aspekter ved smertekartlegging, medika-

en variasjon mellom 21 og 40 (51–97 prosent). Sammenlignet med sykepleiere i kreftomsorgen fra andre land er nivået på kunnskaper og holdninger i Norge godt. Tyrkia rapporterer om den laveste totalskåren (35 prosent) (5). Og to studier fra USA er blant de høyeste på cirka 80 prosent (6, 7). Disse forskjellene i kunnskapsnivå kan muligens forklares med ulikt nivå på utdanningen mellom landene.

Sykepleierne i vår studie hadde i gjennomsnitt fire prosentpoeng høyere totalskår, målt med samme instrument, enn sykepleiere ved kirurgisk avdeling i Norge (8). Ti prosent av sykepleierne ved de kirurgiske avdelingene hadde videreutdanning, mens i vår studie hadde nesten alle en videreutdanning.

Forskjellen mellom funnene i disse to norske studiene kan indikere at sykepleiere med videreutdanning har høyere kunnskapsnivå innen smerte og smertelindring enn sykepleiere uten videreutdanning. Sammenhengen mellom utdanningsnivå og økt kunnskapsnivå er også sett internasjonalt (6, 7).

Forbedringspotensial

Ifølge utviklerne av instrumentet, må sykepleiere ha minst 80 prosent riktige svar for å kunne utøve kompetent smertebehandling (9). I vår studie oppnådde kun 36 prosent dette. Dette indikerer at sykepleiere i kreftomsorgen har forbedringspotensial på enkelte områder. Sju spørsmål ble besvart riktig av mindre enn 50 prosent (spørsmål 5, 16, 28, 33, 35, 37 og 38b).

Det ble oftest svart feil på spørsmål som omhandlet virkning og bivirkninger av medikamenter. For eksempel var det mer enn ti personer som unnlot å svare på spørsmålene 22, 26, 28 og 37. I likhet med funn i tidligere studier er forbedringspotensialet størst når det gjelder kunnskaper om virkning og bivirkning av medikamenter (5, 10–15).

Tatt i betraktning at smertestillende medikamenter er fundamentet i behandlingen av kreftsmarter (16), og at opioider er hyppig anvendt, er det interessant å legge merke til at noen av spørsmålene som omhandler virkning av medikamenter (spørsmål 5, 16 og 35) og bivirkninger av disse (spørsmål 22, 28 og 37), er de spørsmålene sykepleierne oftest svarer feil på eller avstår fra å svare på. Sykepleierne overestimerer faren for at pasientene kan utvikle respirasjonsdepresjon.

Den lave andelen riktige svar og det høye antallet manglende svar kan tyde på at dette er et område hvor sykepleierne opplever stor



VURDERING AV

SMERTE: Nesten samtlige sykepleiere som deltok i undersøkelsen mener at pasienten selv er den som mest korrekt kan vurdere sin smerteintensitet. Illustrasjonsfoto: Mostphotos



usikkerhet. Denne typen kunnskap er for eksempel svært viktig for sykepleiere som administrerer opioider ved gjennombruddssmerter. Dersom sykepleieren ikke vet at det er under én prosent sjanse for at en kreftpasient som behandles med opioider, skal utvikle respirasjonsdepresjon (9), kan det medføre at sykepleieren ikke gir optimal smertelindring til pasienten.

Kunnskap om medikamenter

At kreftsykepleiere i Norge har behov for mer kunnskaper om medikamenter gjenfinnes i en studie som omhandler gjennombruddssmerter (17). I den studien kommer det frem at 25 prosent ikke vet at det finnes egne medikamenter mot gjennombruddssmerter og at like mange ikke føler seg kompetent til å håndtere denne type smerteproblematikk. Det relativt lave kunnskapsnivået rundt medikamenter i vår studie, kan skyldes at utvalget vårt er bredt sammensatt.

Vi kan anta at en del av sykepleierne ikke administrerer medikamenter daglig. Det kan likevel stilles spørsmål ved om ikke alle sykepleiere i kreftomsorgen nettopp bør ha kunnskap om smertestillende medikamenter. Særlig tatt i betraktning at smerter forekommer gjennom hele sykdomsforløpet (18), og at sykepleiere møter pasienten i alle disse fasene.

Nesten samtlige sykepleiere mener at pasienten selv er den som mest korrekt kan vurderer sin smerteintensitet (spørsmål 31), men samtidig er det mer enn en fjerdedel som i en pasienthistorie vurderer

sier de gjør og hva de faktisk gjør, kan indikere at teoretisk kunnskap ikke er tilstrekkelig for å endre praksis fordi den også påvirkes av våre holdninger som er vanskelige å endre (22).

Redsel for opioidavhengighet

Resultatene våre viser også at sykepleierne i større grad er villige til å gi adekvate doser smertestillende medikamenter til en pasient som uttrykker smerte ved grimaser enn til en som smiler (spørsmål 38b, 39b). Ifølge McCaffery og medarbeidere er pasientens selvrapportering den mest pålitelige indikatoren for smerteintensitet, og derfor skal ikke atferd og vitale tegn danne grunnlag for måling av smerte (23).

I vårt flerkulturelle samfunn er det særlig viktig å stole på pasientens egenrapportering ettersom kreftsmerte uttrykkes forskjellig i ulike kulturer (24). Konsekvensen av at sykepleiere tviler både på pasientens smerteintensitet og behov for analgetika, kan være at pasienten ikke får tilstrekkelig smertelindring (23).

Kreftpasienters redsel for opioidavhengighet er den største pasientrelaterte barrieren mot smertebehandling (25). Dersom sykepleiere skal bidra til bedre smertelindring, må de ha kunnskaper og uttrykke holdninger som kan være med på å avdramatisere denne frykten. I likhet med tidligere studier (5, 11, 13, 20) finner også vi at sykepleierne har mangelfulle kunnskaper om opioidavhengighet.

I vår studie gjenkjenner nærmere 80 prosent tegn på psykisk avhengighet (spørsmål 20) og 60 prosent tegn på fysisk avhengighet (spørsmål 36). Problematikken rundt opioidavhengighet har den senere tid blitt mer nyansert. Selv om få kreftpasienter med smerte får et problem med opioidavhengighet (26), har temaet blitt aktualisert, ikke minst ved at unge kreftoverlevende med kroniske smerter kan være en spesielt utsatt gruppe (27). Sykepleiere i kreftomsorgen må være forberedt på å møte denne kompleksiteten.

Takk til styret i FKS

Vi vil gjerne få rette en stor takk til styret i FKS og spesielt til leder Mona Grytten som bidro til at det var mulig å gjennomføre dette prosjektet. Takk også til alle medlemmene i FKS som tok seg tid til å svare på undersøkelsen. Vi håper at resultatene fra denne studien kan bidra til at medlemmene i FKS tenker gjennom hvorvidt de selv kan ha behov for mer kompetanse.

På generell basis kan man si at denne typen nettbaserte studier kan gi nyttig informasjon om

«Det er en avstand mellom det sykepleiere sier og gjør innen smertebehandling.»

pasientens smerteintensitet til å være en annen enn det pasienten selv uttrykker (spørsmål 38a). Uoverensstemmelsen mellom hva sykepleiere sier og hva de gjør er mindre enn det som er rapportert fra andre land (2, 5, 10, 11, 19, 20).

Det er en avstand mellom det sykepleiere sier og gjør innen smertebehandling ifølge en kvalitativ studie blant sykepleiere ved kirurgiske avdelinger i Norge (21). Disse sykepleierne hevder at de kartlegger og evaluerer smerte i samråd med pasienten, men observasjon av de samme sykepleierne avdekker at de ikke gjør det. Gapet mellom hva sykepleiere

TABELL 1: Resultat av enkeltspørsmål og totalskår for «Sykepleieres kunnskaper om og holdninger til smerter»

Spørsmål	Kor- rekt svar	Antall riktige svar n (%)	Mangler svar (n)
1. Vitale tegn (som respirasjonsfrekvens, puls, blodtrykk) er alltid pålitelige indikatorer på pasientens smerteintensitet.	Usant	243 (78)	2
2. Barn under 2 år har nedsatt smertefølsomhet og begrenset hukommelse for smertefulle opplevelser fordi nervesystemet deres ikke er ferdig utviklet.	Usant	270 (87)	2
3. Pasienter som kan avledes fra smerter, har vanligvis ikke sterke smerter.	Usant	285 (91)	0
4. Pasienter kan sove til tross for sterke smerter.	Sant	211 (68)	0
5. NSAIDs (ikke-steroider antiinflammatoriske midler) som for eksempel Ibuprofen, er ikke effektive som smertestillende ved smertefulle skjelettmetastaser.	Usant	133(43)	6
6. Respirasjonsdepresjon forekommer sjelden hos pasienter som har fått stabile doser med opioider over en periode på flere måneder.	Sant	281 (91)	3
7. En kombinasjon av smertestillende medikamenter med ulik virkningsmekanisme (for eksempel å kombinere et opioid og et NSAID), kan gi bedre smertekontroll og færre bivirkninger enn bruk av ett enkelt smertestillende medikament.	Sant	290 (93)	1
8. Den smertestillende effekten av Morfin 1–2 mg IV er vanligvis 5–6 timer.	Usant	272 (88)	3
9. Opioider skal ikke brukes på pasienter som har en historie med rusmisbruk.	Usant	293 (94)	2
10. Eldre pasienter tåler ikke opioider som smertelindring.	Usant	312 (100)	0
11. Pasienter skal oppmuntres til å tåle så mye smerter som mulig før man bruker et opioid.	Usant	312 (100)	0
12. Barn under 11 år kan ikke rapportere smerter pålitelig. Derfor bør sykepleiere kun stole på foreldrenes vurdering av barnets smerteintensitet.	Usant	301 (97)	1
13. Pasienters åndelige overbevisning kan lede dem til å tro at smerte og lidelse er nødvendig.	Sant	276 (89)	3
14. Etter at den første dosen med et opioid er gitt, bør påfølgende doser justeres i samsvar med den enkelte pasients respons.	Sant	288 (93)	3
15. Å gi pasienter injeksjon med sterilt vann (placebo), er en nyttig test for å avgjøre om smerten er reell.	Usant	298 (96)	2
16. Paralgin Forte (kodeinfosfat 30 mg + paracetamol 400 mg) tablett har omtrent samme smertestillende effekt som 5 mg morfin tablett.	Sant	144 (47)	3
17. Hvis årsaken til pasientens smerter er ukjent, skal ikke opioider brukes i evalueringsperioden, fordi dette kan maskere muligheten til å diagnostisere årsaken til smerten.	Usant	228 (74)	5
18. Antiepileptika som gabapentin (Neurontin) gir optimal smertelindring etter én enkelt dose.	Usant	297 (96)	2
19. Benzodiazepiner er ikke effektive som smertestillende, og blir sjelden anbefalt som del av et smertebehandlingsregime.	Sant	165 (53)	3
20. Narkotika-/opioid-avhengighet er definert som en kronisk neurobiologisk sykdom karakterisert ved én eller flere av følgende typer atferd: Manglende kontroll over medikamentbruk, tvangsmessig bruk, fortsatt bruk til tross for skadelige konsekvenser og et sykkelig behov for medikamentet.	Sant	235 (78)	9
21. Begrepet «ekvianalgetisk» betyr tilnærmet lik smertelindring og blir brukt når det refereres til doser av ulike smertestillende legemidler som gir tilnærmet lik smertelindring.	Sant	275 (91)	9
22. Vurdering av sedasjon er anbefalt ved smertebehandling med opioider fordi over-sedasjon opptrer før opioid-indusert respirasjonsdepresjon.	Sant	156 (52)	13
23. Den anbefalte administrasjonsmåten for opioider til pasienter med langvarige, vedvarende kreftrelaterte smerter, er:	Per- oralt	218 (70)	1





Spørsmål	Korrekt svar	Antall riktige svar n (%)	Mangler svar (n)
24. Den anbefalte administrasjonsmåten for opioider til pasienter med kortvarige, sterke smerter med akutt start, som ved traume eller postoperative smerter, er:	Intravenøs	273 (88)	1
25. Hvilket av de følgende smertestillende medikamentene blir betraktet som førstevalg i behandlingen av langvarige, moderate til sterke smerter hos kreftpasienter?	Morfin	277 (90)	3
26. Hvilken av de følgende intravenøse dosene med morfin tilsvarer effekten av en tablett med Morfin 30 mg?	10 mg	207 (69)	13
27. Smertestillende medikamenter for postoperative smerter bør innledningsvis gis:	Til faste tider	264 (85)	0
28. En pasient med kontinuerlige, langvarige kreftsmerter har fått opioider daglig i 2 måneder. I går fikk pasienten Morfin 200 mg/time intravenøst. I dag har han fått 250 mg/time IV. Sannsynligheten for at pasienten skal utvikle respirasjonsdepresjon av klinisk betydning, uten at det har oppstått ny sykdom, er:	Under 1 %	83 (28)	12
29. Den mest sannsynlige forklaringen på hvorfor en pasient med smerter ber om økte doser av smertestillende medikamenter er:	Opplever økte smerter	302 (97)	0
30. Hvilke av de følgende medikamentene er nyttige i behandlingen av kreftsmerter? (Ibuprofen, Morfin og Gabapentin)	Alle tre	216 (69)	1
31. Den mest korrekte til å bedømme pasientens smerteintensitet er:	Pasienten selv	309 (99)	1
32. Hvilket av de følgende utsagn beskriver den beste tilnærmingen, for å ta hensyn til kulturelle forhold, i omsorgen for en pasient med smerter:	Pasienten bør vurder. individuelt	296 (95)	2
33. Hvor sannsynlig er det at pasienter som utvikler smerter allerede har problemer med alkohol- eller stoffmisbruk?	5-15 %	75 (24)	3
34. Tiden det tar for å oppnå maksimal smertestillende effekt av Morfin gitt IV er:	15 min.	285 (91)	0
35. Tiden det tar for å oppnå maksimal smertestillende effekt av en Morfin tablett er:	1,5-2 timer	151 (48)	0
36. Etter en plutselig seponering i behandlingen med et opioid, vil fysisk avhengighet vise seg på følgende måte:	Svetteing, gjesping, diare, irritasjon	183 (60)	5
37. Hvilken påstand er sann når det gjelder opioid-indusert respirasjonsdepresjon?	Obstruktiv søvnapné er en risikofaktor	85 (30)	27
38. Pasient A: Anders er 25 år gammel, og dette er hans første dag etter operasjonen. I det du kommer inn på rommet smiler han til deg og fortsetter å snakke og spøke med den som er på besøk. Dine observasjoner viser følgende: BT = 120/80 Puls = 80 Respirasjonsfrekvens = 18 På en skala fra 0-10 (0 = ingen smerte eller ubehag, 10 = verst tenkelig smerte/ubehag), angir han sin smerte til 8. A. I pasientens kurve skal du markere hans grad av smerter på skalaen under. Sett kryss i den boksen som representerer din vurdering av Anders' smerter:	8	227 (73)	0
B. Den vurderingen du ga over, ble gjort to timer etter at han fikk 2 mg morfin IV. Etterfulgt av denne injeksjonen, har hans smertevurderinger variert fra 6 til 8 hver halve time. Han har ikke hatt noen klinisk betydelig respirasjonsdepresjon, ikke vært neddopet eller hatt andre ubehagelige bivirkninger. Han har selv angitt 2 av 10 som et akseptabelt smertenivå. Legens ordinasjon for smertestillende er «Morfin 1-3 mg IV ved behov hver time, inntil smertelindring». Hvilket tiltak vil du iverksette på dette tidspunktet?	Gi morfin 3 mg IV nå.	149 (48)	0
39. Pasient B: Robert er 25 år gammel, og dette er hans første dag etter operasjonen. I det du kommer inn på rommet hans, ligger han rolig i sengen og lager en grimase i det han snur seg i sengen. Dine observasjoner viser følgende: BT=120/80 Puls=80 Respirasjonsfrekvens=18 På en skala fra 0-10 (0 = ingen smerte eller ubehag, 10 = verst tenkelig smerte/ ubehag), angir han sin smerte til 8. * A. I pasientens kurve skal du markere hans grad av smerter på skalaen under. Sett kryss i boksen som representerer din vurdering av Roberts smerter:	8	271 (87)	0
B. Den vurderingen du ga over, ble gjort to timer etter at han fikk 2 mg morfin IV. Etterfulgt av denne injeksjonen, har hans smertevurderinger variert fra 6 til 8 hver halve time. Han har ikke hatt noen klinisk betydelig respirasjonsdepresjon, ikke vært neddopet eller hatt andre ubehagelige bivirkninger. Han har selv angitt 2 av 10 som et akseptabelt smertenivå. Legens ordinasjon for smertestillende er «Morfin 1-3 mg IV ved behov hver time, inntil smertelindring». Hvilket tiltak vil du iverksette på dette tidspunktet?	Gi morfin 3 mg IV nå.	188 (60)	0
Totalskår		31 (75)	

medlemmene, og da selvsagt i anonymisert form. Ved å bidra i denne og liknende undersøkelser, kan medlemmene aktivt være med på å rette søkelyset mot områder der kompetanseheving er ønskelig.

Hvis du ønsker å lese mer inngående om denne studien samt å lese om sammenheng mellom demografiske variabler og kunnskapsnivå kan du lese: Utne I, Småstuen MC, Nyblin U. (2018). Pain Knowledge and Attitudes Among Nurses in Cancer Care in Norway. *Journal of Cancer Education*, 1–8. doi: 10.1007/s13187-018-1355-3. ■

USIKKERHET: Spørsmålene sykepleierne oftest svarer feil på eller avstår fra å svare på er spørsmål som omhandler virkning av medikamenter og bivirkninger. Illustrasjonsfoto: Mostphotos



Referanser

1. Ferrell B, McCaffery M. Knowledge and attitudes survey regarding pain. 2014. Tilgjengelig fra: [https://prc.coh.org/Knowledge%20%20%20%20Attitude%20Survey%207-14%20\(1\).pdf](https://prc.coh.org/Knowledge%20%20%20%20Attitude%20Survey%207-14%20(1).pdf) (nedlastet 20.09.18).
2. Yaakup H, Eng TC, Shah SA. Does clinical experience help oncology nursing staff to deal with patient pain better than nurses from other disciplines? Knowledge and attitudes survey amongst nurses in a tertiary care in Malaysia. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014;15(12):4885–91.
3. van Veen MR, Hoedjes M, Versteegen JJ, van de Meulengraaf-Wilhelm N, Kampman E, Beijer S. Improving Oncology Nurses' Knowledge About Nutrition and Physical Activity for Cancer Survivors. *Oncol Nurs Forum*. 2017;44(4):488–96.
4. Cannon CA, Watson LK, Roth MT, LaVergne S. Assessing the Learning Needs of Oncology Nurses. *Clin J Oncol Nurs*. 2013;18(5):577–80.
5. Yildirim YK, Cicek F, Uyar M. Knowledge and attitudes of Turkish oncology nurses about cancer pain management. *Pain Manag Nurs*. 2008;9(1):17–25.
6. Rushton P, Eggett D, Sutherland CW. Knowledge and attitudes about cancer pain management: a comparison of oncology and nononcology nurses. *Oncol Nurs Forum*. 2003;30(5):849–55.
7. Beck SL, Brant JM, Donohue R, Smith EM, Towsley G, Berry PH, et al. Oncology Nursing Certification: Relation to Nurses' Knowledge and Attitudes About Pain, Patient-Reported Pain Care Quality, and Pain Outcomes. *Oncol Nurs Forum*. 2016;43(1):67–76.
8. Granheim TH, Raaum K, Christophersen KA, Dihle A. Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne. *Sykepleien Forskning*. 2015(4):326–34.
9. McCaffery M, Robinson ES. Your patient is in pain: here's how you respond. (nurse survey)(Cover Story). *Nursing*. 2002;32(10):36–47.
10. Alqahtani M, Jones LK. Quantitative study of oncology nurses' knowledge and attitudes towards pain management in Saudi Arabian hospitals. *Eur J Oncol Nurs*. 2015;19(1):44–9.
11. Bernardi M, Catania G, Lambert A, Tridello G, Luzzani M. Knowledge and attitudes about cancer pain management: a national survey of Italian oncology nurses. *Eur J Oncol Nurs*. 2007;11(3):272–9.
12. Bernardi M, Catania G, Tridello G. Knowledge and attitudes about cancer pain management: a national survey of Italian hospice nurses. *Cancer Nurs*. 2007;30(2):E20–6.
13. Rushton P, Eggett D, Sutherland CW. Knowledge and attitudes about cancer pain management: a comparison of oncology and nononcology nurses. *Oncol Nurs Forum*. 2003;30(5):849–55.
14. Shahriary S, Shiryazdi SM, Shiryazdi SA, Arjomandi A, Haghghi F, Vakili FM, et al. Oncology Nurses Knowledge and Attitudes Regarding Cancer Pain Management. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2015;16(17):7501–6.
15. Yaakup H, Eng TC, Shah SA. Does clinical experience help oncology nursing staff to deal with patient pain better than nurses from other disciplines? Knowledge and attitudes survey amongst nurses in a tertiary care in Malaysia. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014;15(12):4885–91.
16. Paice JA, Ferrell B. The management of cancer pain. *CA Cancer J Clin*. 2011;61(3):157–82.
17. Wengstrom Y, Rundstrom C, Geerling J, Pappa T, Weisse I, Williams SC, et al. The management of breakthrough cancer pain—educational needs a European nursing survey. *Eur J Cancer Care*. 2014;23(1):121–8.
18. van den Beuken-van Everdingen MH, Hochstenbach LM, Joosten EA, Tjan-Heijnen VC, Janssen DJ. Update on Prevalence of Pain in Patients With Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pain Symptom Manage*. 2016;51(6):1070–90.
19. Gustafsson M, Borglin G. Can a theory-based educational intervention change nurses' knowledge and attitudes concerning cancer pain management? A quasi-experimental design. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:328.
20. Patiraki EI, Papatthanassoglou ED, Tafas C, Akarepi V, Katsaragakis SG, Kampitsi A et al. A randomized controlled trial of an educational intervention on Hellenic nursing staff's knowledge and attitudes on cancer pain management. *Eur J Oncol Nurs*. 2006;10(5):337–52.
21. Dihle A, Bjølseth G, Helseth S. The gap between saying and doing in postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing*. 2006;15(4):469–79.
22. Bartoszyk DA, Gilbertson-White S. Interventions for Nurse-Related Barriers in Cancer Pain Management. *Oncol Nurs Forum*. 2015;42(6):634–41.
23. McCaffery M, Ferrell BR, Pasero C. Nurses' personal opinions about patients' pain and their effect on recorded assessments and titration of opioid doses. *Pain Manag Nurs*. 2000;1(3):79–87.
24. Im E-O, Chee W, Guevara E, Liu Y, Lim H-J, Tsai H-M, et al. Gender and Ethnic Differences in Cancer Pain Experience: A Multiethnic Survey in the United States. *Nursing Research*. 2007;56(5):296–306.
25. Gunnarsdottir S, Sigurdardottir V, Kloke M, Radbruch L, Sabatowski R, Kaasa S et al. A multicenter study of attitudinal barriers to cancer pain management. *Support Care Cancer*. 2017;25(11):3595–602.
26. Starr TD, Rogak LJ, Passik SD. Substance abuse in cancer pain. *Curr Pain Headache Rep*. 2010;14(4):268–75.
27. Pinkerton R, Hardy JR. Opioid addiction and misuse in adult and adolescent patients with cancer. *Intern Med J*. 2017;47(6):632–6.



ØVELSESPOST: Slik så det ut på den nyåpnede sykepleierskolen til Vor frue Hospital i 1964. Studentene fikk øve seg på forskjellige praktiske oppgaver, som stell av spedbarn og hvordan man skal re opp en sykeseng. Skolen ble startet av katolske nonner. St. Josephsøstrene hadde drevet hjemmesykepleie i Oslo siden 1879. I 1883 leide de en trevilla på Hammersborg, og grunnla dermed Oslos første katolske sykehus siden reformasjonen. Kilde: Sykepleien, NTB Scanpix og Wikipedia





Gatehospitalet: Et palliativt tilbud for mennesker med rusmiddelavhengighet

I hjertet av Oslo, midt mellom Grønland og Tøyen, ligger Gatehospitalet. Gatehospitalet er et somatisk heldøgns helsetilbud til mennesker med alvorlig rusmiddelavhengighet.

Tekst **Liv Bente Nilsson**, daglig leder, Frelsesarmeen

Foto **Krigsropet**

Frelsesarmeens rusomsorg i Norge driver Gatehospitalet på oppdrag av Helsedirektoratet. Gatehospitalet startet i 2004 og har suksessivt vokst fra én avdeling i 2004 til to avdelinger i 2008 og sist i 2016 til tre avdelinger. Vi har totalt 24 sengeplasser fordelt på ni senger i herreevdelingen, åtte senger i dameavdelingen og en mikset dame-/herreevdeling med sju senger hvor tre er øremerket palliasjon.

Bred kompetanse

Engasjerte sykepleiere og vernepleiere jobber i turnus på Gatehospitalet. Etter over 14 års arbeid har vi opparbeidet oss en bred og god kompetanse på nettopp denne pasientgruppens livssituasjon, deres somatiske helse og det brede spekteret av rusmidler som er i bruk. Vår «kompetansebank», i tillegg til erfaring, baserer seg på videreutdanninger i rusproblematikk, psykisk helse, palliasjon, kreft, diakoni med mer. De ansatte får tilbud om veiledning jevnlig og fagdager 2–3 ganger i halvåret.

Med god bemanning og tilgang på lege alle hverdager med telefonbakvakt kvelder og helger prøver vi å møte den

enkeltes behov og utfordringer på en helhetlig og individuell måte med «omsorg for hele mennesket».

Vurderer alle søknader

Pasientene må søkes inn, og vårt inn-taksteam må vurdere alle søknader og prioritere inntak ut ifra prinsippet «sykest inn først». Søknadene kommer fra fastleger, spesialisthelsetjenesten, feltpleien, ruskonsulenter og andre rustiltak og samarbeidspartnere i pasientens nettverk. Er man usikker på om en pasient kvalifiserer seg for et opphold ved Gatehospitalet, er det bare å ringe oss for mer informasjon. Vi kan drøfte saken nærmere.

Innleggelsesårsaker kan være alt fra sår/abscesser, DVT, fysisk og psykisk utmattelse, under- og feilernæring, ned-

«Oppholdet er normalt på 2–3 uker.»

satt allmenntilstand og helseutredning til infeksjoner, nyresvikt, dialyse, kreft og så videre.

Oppholdet er normalt på 2–3 uker men kan, ut ifra hjelpebehov og helse-tilstand, vare i flere måneder. Alle pasienter har egne rom med seng og TV.

Dette er et frivillig tilbud, og det er ikke lov å ruse seg under oppholdet. Vi tilbyr substitusjonsbehandling og annen nødvendig medisinerings under oppholdet på en faglig og god måte. Vi ønsker å hjelpe «mennesket bak rusfasaden». Det er flotte mennesker som har både ressurser og kunnskaper som ikke alltid er så synlige bak rusfasaden.

Palliativt tilbud

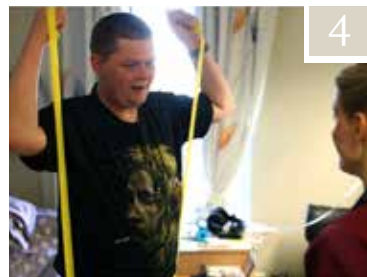
Vi har de siste årene tydelig sett at våre pasienter lever lengre, blir eldre men også sykere. Rus skjuler sykdom. Dette gjenspeiler seg også i diagnostiseringen av alvorlig sykdom. Sykdom oppdages sent, og ofte kommer vi for sent inn i bildet med hensyn til kurativ behandling. Pasientene beskriver å oppleve stigma og helsepersonells holdninger settes ofte på prøve – noe som er spesielt synlig i caser der det er behov for smertelindring.

Derfor valgte vi å søke Helsedirektoratet om å få starte opp et øremerket



- 1. SPISER SAMMEN:** Måltidene er en viktig del av vårt arbeid.
- 2. ÅPNING:** Helseminister Bent Høie åpner ny sengeavdeling med palliative plasser 1. september 2016 ved å klippe over en bandasje.
- 3. SÅRSTELL:** 80 prosent av pasientene har sårproblematikk.
- 4. TILRETTELLEGGER TRENING:** Fysioterapitilbud tilrettelagt for den enkelte.

«Mange er ensomme.»



palliativt tilbud for alvorlig syke med rusmiddelavhengighet. I 2016 fikk vi tilskudd, og høsten 2016 åpnet vi altså opp Norges første palliative tilbud for mennesker med rusmiddelavhengighet.

Løsninger for hver og én

Vi ønsker – sammen med pasientene – å kartlegge behovene og finne gode individuelle løsninger for å skape kvalitetstid med fokus på god symptomlindring. Vi

må være fleksible. Samtidig må vi sette grenser i møte med pasienten og vedkommendes behov. Fokus på helhetlig omsorg – «omsorg for hele mennesket» er nødvendig, og da må vi benytte oss av ulike kartleggingsverktøy ut ifra fysiske-, psykiske-, sosiale- og eksistensielle behov. Ensomhetsproblematikken er stor, men der vi kan jobbe med pårørende eller nærstående gjør vi det mer enn gjerne. Men ofte blir vi nok for mange av våre

pasienter deres «nærmeste pårørende» – helt til livets slutt.

Vil dere vite mer om vårt palliative tilbud, vår erfaring med denne pasientgruppen og deres utfordringer er dere velkommen å ta kontakt med oss på mail: gatehospitalet@frelsesarmeen.no eller på telefon 22083670. ■

For mer informasjon – besøk hjemmesiden vår på www.frelsesarmeen.no/gatehospitalet



Søk stipend

Ønsker du å fordype deg faglig? I så fall kan du være heldig å få stipend av faggruppen Kreftsykepleie (FKS) i 2019.

Stipend/prosjektmidler à kr 10 000

Stipendet er øremerket faglig fordypning eller utvikling/gjennomføring av prosjekt som skal utvikle kreftomsorgen. Gjelder ikke støtte til dekning av utgifter i forbindelse med studier.

Vilkår:

- FKS medlem i 2 år.
- Prosjektbeskrivelse.
- Søknad er fullstendig utfylt og sendt på mail innen tidsfrist.
- Sluttrapport.
- Presentasjon i tidsskriftet «Kreftsykepleie».

Søknadsfrist 1. desember 2018

Stipend inntil à kr 5000

Stipend til deltakelse på konferanser/seminar innen tema kreftomsorg.

Vilkår:

- FKS medlem i 2 år.
- Ikke mottatt FKS stipend ved de siste 2 års tildelinger.
- N.B Søknad er fullstendig utfylt og sendt på mail innen tidsfrist.
- Stipendsøknader til vår egen landskonferanse i kreftsykepleie vil bli prioritert i 2019.

Utbetaling av dette stipendet skjer fortløpende etter at kvittering for innbetalt beløp er mottatt. NB: utbetalingen må gå personlig og ikke via arbeidsgiver.

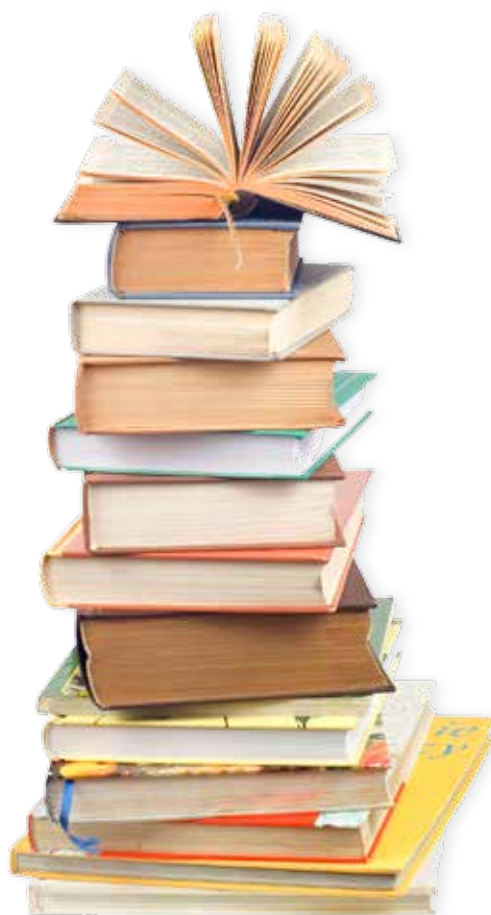
Søknadsfrist 1. desember 2018

Slik søker du:

Søknadsskjema hentes på <https://www.nsf.no/faggrupper/kreftsykepleiere>

Søknad sendes på mail til stipendansvarlig i FKS: Eli Bente Lote Henden
E-mail: eli.bente.lote.henden@eid.kommune.no
Telefon: 970 76 651

Lykke til! ■





Barn som pårørende – en naturlig del av helsehjelpen

BarnsBeste er et nasjonalt kompetansenettverk og en ledende aktør innen fagfeltet barn som pårørende.

Tekst **Siri Gjesdahl**, leder, Nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende, BarnsBeste



BarnsBeste arbeider for at barn og unge (0–18 år) som opplever sykdom eller død i familien skal få den informasjonen og oppfølgingen de har behov for. Målgruppen er helsepersonell, institusjoner og organisasjoner, kompetansemiljøer, fagpersoner og myndigheter innen helse og oppvekst.

Å være et kompetansenettverk, innebærer at BarnsBeste arbeider gjennom formelle og uformelle nettverk som består av ressurspersoner og aktuelle aktører. Blant dem er Kreftforeningen.

Nettverksarbeidet består av innhenting av forskningsbasert- og erfaringsbasert kunnskap samt brukerkunnskap, innspill og høringer, diskusjoner og samarbeid. Målet er å omsette og formidle kunnskap i et system som tar vare på barn og unge som pårørende.

Tidlig og helhetlig innsats er avgjørende faktorer for å ivareta barn som opplever helseproblemer i familien.

Kreft påvirker hele familien

Barn og unge påvirkes av helseproblemer eller død i familien. Familier er knyttet sammen på godt og vondt. Når noe skjer med den ene, påvirkes de andre. Foreldre eller søskens kreftsykdom eller død

påvirker barn og unges tanker, følelser og hverdagsliv.

Den som har kreft er opptatt av barnas situasjon, og rollen som foreldre og søsken. Dette kan virke inn på personens helsetilstand og behandling. Andre voksne i familien kan oppleve at de både skal ivareta barna og den som er syk. Dette er en utfordrende dobbeltrolle. Helseproblemer håndteres best når hele familien deltar for å finne ut hvordan de kan mestre situasjonen.

Barn og unges behov

Barn og unge som er pårørende har selvstendige behov. Behovene varierer som

«**Tidlig og helhetlig innsats er avgjørende faktorer.**»

følge av personlighet, alder og situasjonen de er i. Noen behov går imidlertid igjen.

Informasjon

Barn ønsker å forstå hva som har skjedd og skjer med den som har kreft, med seg selv og familien, og med livet i hver-

dagen. Det samme ønsker barn som er etterlatte. Barn og unge bruker informasjon for å skape forståelsen de trenger for å mestre situasjonen.

Deltakelse og anerkjennelse

Barn ønsker oftest å delta i det som skjer. De vil være med når informasjon gis, beslutninger tas eller oppgaver gjøres. Deltakelse gir barn og unge mulighet til å bidra i familien på deres premisser.

Praktisk bistand

Mange barn og unge tar vesentlig mer omsorgsoppgaver og husarbeid enn vanlig når noen i familien blir alvorlig syk. De bruker mye tid på det og opplever stress og belastning på grunn av det.

BarnsBeste arbeider for at disse behovene skal bli sett og hørt og være en naturlig del av helsehjelpen som gis. Målet er å gi den enkelte familie et helhetlig tilbud. Vi vet at avklaring, informasjon og oppfølging av barn som pårørende varierer og er tilfeldig. Tilbudet må bli konsekvent og helhetlig.

BarnsBeste samarbeider derfor med en rekke aktører for systematisk og sikre at familier skal få erfaring med å mestre livet til tross for sykdom, eller sorg i familien. ■



FORUM FOR KREFTSYKEPLEIE
NSFs FAGGRUPPE

Faggruppen har som formål:

- Spre **kunnskap**
- Øke **kompetanse**
- Fokus på **tverrfaglig samhandling**
- Bidra til en **bedre hverdag**

TYDELIG
MODIG
STOLT



LES MER PÅ

www.sykepleierforbundet.no

www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/kreftsykepleiere



De viktige pårørende

Kreft berører langt flere enn den som får diagnosen. Rundt står familie og venner som vil og må hjelpe. Nå undersøkes det hvordan helsepersonell kan involvere pårørende til kreftpasienter på best mulig måte.

Tekst **Ingrid Aukland**, journalist, Stavanger universitetssjukehus

følge Helse- og omsorgsdepartementet står pårørende for nesten halvparten av den samlede innsatsen i helse- og omsorgssektoren. Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, og er dermed ikke noe helsepersonell kan velge å forholde seg til eller ikke.

– Pårørende er gjerne involvert i alle deler av kreftforløpet. De er ofte gode samarbeidspartnere for pasienten og for helsepersonellet, samtidig har helsepersonell stor betydning for hvordan pårørende mestrer sin situasjon, sier Inger Johanne Bergerød.

Verktøy for pårørendeinvolvering

Bergerød er selv kreftsykepleier, og har hatt ulike stillinger ved kreftavdelingen ved Stavanger universitetssjukehus (SUS) gjennom mange år. Hun er nå ansatt i stipendiatstilling ved forskningsavdelingen på SUS, i tillegg til å arbeide som fagutviklingssykepleier ved kreftavdelingen.

I sitt doktorgradsprosjekt har hun intervjuet 32 leger, sykepleiere, kreftsykepleiere og ledere ved to universitetssjukehus. Planen er å utvikle et verktøy for pårørendeinvolvering for helsepersonell.

Lite systematikk

Studien viser at det er et nært samarbeid

mellom pasient, nærmeste familie og helsepersonell. Men til tross for at helsepersonell jobber så tett med pårørende, er det få strukturerte metoder for hvordan man involvere pårørende.

– Det er overraskende å oppdage at sykehusene ikke er mer bevisst på det totale bildet til de pårørende. De har lite oversikt over hva, hvordan eller hvor ofte pårørende bidrar, sier Bergerød. Paradokset er jo at mange pårørende har en rolle i både behandling og pleie. På mange måter er de en mer eller mindre usynlig part av teamet rundt pasienten, men oppgavene de har, er ikke klare og definerte, legger hun til.

Mangler veiledning

Bergerød understreker at pårørende i dag oftest blir involvert på en god måte. Men det gjøres ulikt, og det er gjerne basert på den enkelte behandler eller sykepleiers initiativ og erfaringer.

Helsepersonell i kreftomsorgen beskriver at de er avhengig av pårørendesamarbeid, og de ønsker å involvere de pårørende best mulig, men mange mener de mangler god veiledning på hvordan man bør involvere.

– Hvis vi kan bidra til å finne ut hvordan pårørende best kan involveres, og gi

kunnskapsbaserte råd om dette, håper vi at det er mulig å redusere den store omsorgs-



«Vi håper å kunne redusere

den store omsorgsbyrden.»

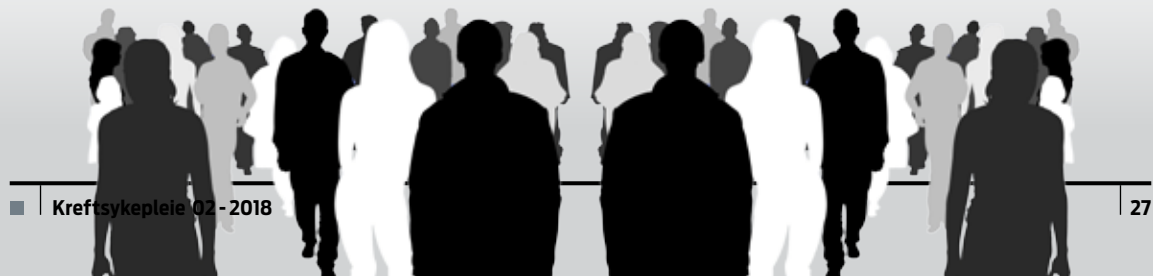
Inger Johanne Bergerød

byrden mange pårørende har i dag og ikke minst bidra til at det blir mer trygt og sikkert å være pasient, sier Bergerød.

Om studien

Doktorgradsprosjektet «Improving the quality and safety of cancer care: a study of next-of-kin involvement» skal være ferdig i 2021. Prosjektet er finansiert av Helse Stavanger HF. Veileder er Siri Wiig ved Universitetet i Stavanger. Biveiledere er Geir Sverre Braut og Bjørnar Gilje ved Stavanger universitetssjukehus.

Spørsmål knyttet til prosjektet? Kontakt gjerne Inger Johanne Bergerød inger.johanne.bergerod@sus.no ■



Pasienter og pårørende

Vi har spurt to kreftsykepleiere om hvordan de opplever møte med pårørende og en kreftsykepleier om hva som er utfordrende med å jobbe med rusavhengige kreftpasienter.



Navn: Ragnhild Lilleidet Seest

Alder: 46

Arbeidssted: Stavanger universitetssjukehus, Medisinsk lunge

Utdanning: Onkologisk sykepleier

– Møter du mange pårørende i din arbeidshverdag?

– Jeg arbeider på en poliklinikk hvor vi behandler lungekreft. Her møter vi barn og unge som pårørende, eldre barn, ektefeller, foreldre, venner og kollegaer som pårørende. De fleste pasienter møter til behandling sammen med en pårørende.

– Har ditt arbeidssted systematisk oppfølging av pårørende?

– Vi har ikke systematisk oppfølging av pårørende. Vi er oppmerksomme på de pårørende. Å støtte og hjelpe pasienten på best mulig måte, er også å inkludere den pårørende.

På min tidligere arbeidsplass hadde vi systematisk oppfølging av pårørende. Vi vil kunne avdekke pårørendes behov for hjelp og støtte hvis det er systematisk oppfølging. Det vil da ikke være tilfeldig hvem

Det vanskelige er å møte pårørende som i lang tid har følt seg oversett. Andre kan være i situasjoner når all aktiv tumorbehandling er avsluttet. Dette gjelder spesielt om pårørende ikke ser hvor i sykdomsforløpet deres kjære er.

– Hvilke hjelpe- og omsorgsbehov har pårørende du møter?

– Det er individuelt hva de pårørende etterspør. Noen fikser alt mens andre skal støttes en del. De etterspør sjeldent noe til seg selv, og setter ofte sine egne behov på sidelinjen. Jeg hører ofte fra pasienter som forteller at «sykdommen tar mye mer på mine pårørende enn meg». Det er tall som viser at pårørende til alvorlig syke har økt risiko for selv å bli alvorlig syk. Skal vi kunne få til et godt behandlingsforløp er det viktig å støtte de pårørende samtidig.

Ved alvorlig sykdom blir de pårørendes hverdag snudd på hodet og ofte blir deres roller endret. De har behov for at vi anerkjenner deres nye livssituasjon og støtter dem i at de skal prøve å opprettholde en så normal hverdag som mulig.

Mange har behov for at vi er tydelige med prognose og framtidsutsikter. Noen etterspør planer og hvilke behandlingsmuligheter som finnes. Syke foreldre etterspør hvordan de kan snakke med sine barn om den alvorlige diagnosen.

Pårørende har behov for å få kunnskap om hvor de kan få veiledning og støtte. De har behov for redskaper til å kunne fungere i pasientens sykdomsforløp. Noen pårørende har ikke behov for å gå i støttegrupper, mens andre har god hjelp av å snakke med andre i samme situasjon.

Det er viktig at vi som helsepersonell er på tilbudssiden og opplyser de pårørende om hvor de finner den hjelp de har behov for. Dette tenker jeg er en del av rehabiliteringen og palliasjonen til hele familien når en i familien eller omgangskretsen blir alvorlig syk. ■

«Mange har behov for at vi er tydelige med prognose og framtidsutsikter.»

som får den støtten og hjelpen de har behov for.

Jeg vet at det er interesse for at det arbeides med å få til noe liknende der jeg jobber i dag.

– Hvordan opplever du som kreftsykepleier møte med pårørende?

– Det er både lett og vanskelig å møte pårørende. Det er lett å lytte og vise at man prøver å forstå, det gir som regel ro for de pårørende å bli møtt i nuet. Å vise de pårørende at man er til stede, og spørre hvordan de har det.



Navn: Pia Gjørsvik Kvernevik

Alder: 30 år

Arbeidssted: Hjemmetjenesten i Vågsøy og prosjektleder for NORPAL i Nordfjord

Utdanning: Kreftsyekepleier

– Møter du mange pårørende i din arbeidshverdag?

– I min arbeidshverdag i hjemmesyekepleien så møter jeg daglig pårørende i voksen alder. Men jeg opplever også tidvis å møte barn som pårørende. Jeg er veldig glad for at vi i Nordfjord kommunene har fått på plass en egen retningslinje for ivaretagelse av barn som pårørende, i samarbeid med helsesøstrene.

– Har ditt arbeidssted systematisk oppfølging av pårørende?

– Vi i Nordfjord har fått innført gode retningslinjer for ivaretagelse av pårørende i palliasjon, gjennom prosjekt «NORPAL». Det er blitt utarbeidet en «heimemappe» med en palliativ plan. Pårørende har en egen kolonne hvor det etterspørres behov og avtalte tiltak. I tillegg får de et eget tilbud om pårørendesamtale. Er det barn under 18 år som er pårørende, følger vi retningslinjen til ivaretagelse av barn som pårørende med et eget flytskjema.

– Hvordan opplever du som kreftsyekepleier møte med pårørende?

– Det er en svært viktig del av jobben min. Pårørende er de viktigste støttespillerne til den kreftsyeke og det er viktig at vi støtter dem i det dem står i. De pårørende opple-

ver ofte å måtte ha kontakt med mange ulike aktører i helsevesenet. Som kreftsyekepleier i hjemmesyekepleien opplever jeg at relasjonsbygging er en viktig faktor for å kunne møte de pårørende «der de er». Pårørende har ulike behov. Det kan til tider være vanskelig å imøtekomme behov og avtale tiltak, når det er ulikheter og uenighet blant de pårørende. Da er det viktig å ha et tett samarbeid med fastlege, slik at en sammen kan gi støtte og veiledning.

– Hvilke hjelpe og omsorgsbehov har pårørende du møter?

– I hjemmesyekepleien opplever jeg at pårørende har svært ulike hjelpe og omsorgsbehov, ofte ut ifra hva slags ressurser som er i familien. Noen pårørende tar på seg mye ansvar og spør lite etter hjelp, mens andre er mer utrygge og søker hjelp. Det jeg opplever at pårørende oftest etterspør, er informasjon om sykdommen til den kreftsyeke. Mange pårørende gir uttrykk for en fragmentert og oppstykket informasjonsflyt fra helsevesenet. Å gi nok informasjon og trygge de pårørende i prosessen er uvurderlig, for at dem skal klare å stå i det. Visst vi ikke klarer å støtte de som er de nærmeste «støttene» til den kreftsyeke, så vil ikke omsorgen som ytes værees like bærekraftig. ■



Navn: Gro Kiil Larsen

Alder: 41 år

Arbeidssted: Konstituert avdelingsleder, Lindrende avdeling på Helsehuset i Tromsø

Utdanning: Onkologisk sykepleier

– Hva er mest utfordrende med å jobbe med rusavhengige kreftpasienter og tidligere rusavhengige?

– Det kan jo noen ganger være meg selv og mine tanker om hvordan sykepleie skal utøves.

Man må minne seg selv på at dette er mennesker som er like forskjellige som alle andre. De har ressurser, men kan hende du må lete med andre briller på, og hente frem dine kreative sider for å ivareta pasienten godt. Det er lett å invadere disse pasientene, for de stiller sjelden krav og har kanskje ingen nære pårørende. I tillegg blir de kanskje fratatt rusmiddelet sitt og får en sprøyte tiamin i baken i bytte. Hvem ville ikke blitt fortvilet da!

– Hva er mest givende med å jobbe med denne pasientgruppen?

– For meg har det vært å lære at takknemlighet har mange fasetter, og ikke nødvendigvis alltid kommer i den formen du er vant til! Gylne øyeblikk glitrer ekstra inne på disse rommene. Mange har også veldig godt humor! Kommer du litt på innsiden hos pasienten, kan du virkelig kjenne at du betyr noe. Jeg tenker også at dette kunne vært meg.

– Hvilke hjelpe- og omsorgsbehov har rusavhengige kreftpasienter?

– De har ofte utfordringer med å sette ord på smerte og gi uttrykk for sine behov. Det krever at sykepleieren har kunnskaper om kreftforløpet, og interesse for og kunnskap om verbal og nonverbal kommunikasjon.

Mange rusavhengige kan også kjenne på utfordringer knyttet til døgnrytme, sykdomsinnsikt, hygiene, ernæring, tannstatus, samarbeid med folk som skal bestemme og kanskje også i forhold til relasjoner og kommunikasjon – og mange er redd for sykehus. Men igjen, alle er forskjellige, og den viktigste grunnverdien er å lete etter personen bak diagnosen og å være ydmyke over at vi sykepleiere heller ikke alltid vet best på vegne av andre.

Aller mest ved å være interessert i pasienten og ønske å finne ut hva han egentlig trenger! Tid, tålmodighet og litt tull. Ikke vær redd for å bruke humor, de beste replikkene har jeg hørt fra disse rommene!

Ikke stå alene med utfordringene. Kall sammen til tverrfaglige møter, involver legen, lederen din og andre kollegaer så du får veiledning. ■



Forum for kreftsykepleie i Østfold arrangerer den
 19. landskonferansen i kreftsykepleie 11.–13. september 2019.
 Konferansen skal holdes på Quality hotell i Sarpsborg. Sarpsborg er byen
 i Østfold hvor Glomma renner gjennom og som kalles for «solbyen».
 Sarpsborg er faktisk byen i Norge med flest soldager!

Vi har valgt «Hele mennesket – hele veien» som tittel på konferansen. Det å bli rammet av kreft kan medføre ulike utfordringer gjennom behandlingsforløpet. Det å få diagnosen vil ofte være et sjokk for den som rammes. Behandlingsfasen kan være lang og krevende, og selv om en blir frisk av kreftsykdommen kan mange oppleve senskader som preger hverdagen. For mange blir det fokus på rehabilitering etter behandlingen, mens noen opplever tilbakefall og etter hvert en palliativ fase.

I alle stadier skal vi som hjelpere møte både den syke og pasientens nærmeste. Under temaet «Hele mennesket, hele veien» vil vi ta for oss spennende temaer som omhandler fysiske, psykiske, åndelige og sosiale aspekter for pasient og pårørende og for oss som hjelpere.

I forbindelse med konferansen ønsker vi å invitere til innsendelse av abstrakter/sammendrag til muntlig foredrag og/eller posterpresentasjoner.

DETTE KAN DU BIDRA MED

Foredrag:

For å vise bredden innen kreftsykepleie inviterer vi i komiteen deg til å holde muntlige foredrag på 20 minutt. Foredragene vil bli en del av parallellsesjonene torsdag 12/09-2019 og må omhandle ett av følgende temaer:

- Kreftbehandling og fagutvikling
- Palliasjon
- Symptomlindring
- Barn og unge med kreft
- Å leve med kreft
- Flerkulturelle kreftpasienter
- Rehabilitering
- Mestring belyst fra ulike perspektiver; både pasient, pårørende og helsepersonell
- Veiledning, etikk og refleksjon
- Ivaretagelse av helsepersonell i møte med alvorlig syke og døende
- Å være pårørende/etterlatte
- Barn som pårørende

Posterpresentasjon:

Komiteen ønsker også å invitere til presentasjon av prosjekter/fagutvikling som foregår på nettopp ditt arbeidssted. Presenter dere på posters som vil bli utstilt på konferansen. Det vil bli kåring av beste poster.

DETTE MÅ DU GJØRE

Send oss et sammendrag/abstrakt.

Det kan inneholde max 250 ord. Forfatter, tittel og arbeidssted kommer utenom dette.

Abstraktet skal inneholde en kort presentasjon av bakgrunn, formålet med prosjektet, problemstilling, metode, funn/resultater samt en kort konklusjon.

Det vil bli lagt ut utfyllende informasjon om hvordan man skriver abstrakter/lager posters på FKS sin hjemmeside.

Tilbakemelding vil bli gitt til alle så fort som mulig etter fristen. Husk at du må være påmeldt til konferansen.

Abstrakter/sammendrag til muntlige foredrag og posterpresentasjoner sendes til:

Ann Karin Helgesen, ann.k.helgesen@hiof.no

Frist for innsendelse: 1. mars 2019

LYKKE TIL!



Smertebehandling hos kreftpasienter i legemiddelassistert rehabilitering

Et stadig høyere antall pasienter i legemiddelassistert rehabilitering dør av somatiske sykdommer, inkludert kreftsykdom. I det palliative sykdomsforløpet er særlig smertebehandlingen utfordrende.



RAUSERE MED OPIOIDER: Jo lenger ut i det palliative forløpet pasienten er, desto mer taler for at man heller skal være raus enn restriktiv med opioider dersom man er i tvil, skriver artikkelforfatteren. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

Målet er todelt: å oppnå god smertelindring og å unngå iatrogen rus. Jo kortere forventet levetid pasienten har, desto høyere bør god smertelindring prioriteres, selv om det kan innebære iatrogen rus.

Ved utgangen av 2015 var knapt 7 500 pasienter i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) (1). Av disse var 22 % fra 51 til 60 år og 3 % fra 61 år og oppover. Dødsstatistikken for pasienter i LAR-behandling for 2015 viste at 53 av 90 dødsfall var på grunn av somatisk sykdom, inkludert kreft. De resterende dødsfallene var overdoser, drap, selvmord og ulykker. Fordi alderen på LAR-pasienter er økende, vil antallet som dør av somatiske sykdommer, også øke. I den nasjonale retningslinjen for LAR-behandling gir man retningslinjer for behandlingen, men den inneholder ikke konkrete anbefalinger for behandling av kreftsmarter hos LAR-pasienter (2).

Kunnskapsgrunnlag

Det palliative sykdomsforløpet strekker seg fra påvisning av ikke-kurabel kreftsykdom til død og kan også innebære palliativ eller livsforlengende onkologisk eller kirurgisk behandling.

I en fersk systematisk oversiktsartikkel konkluderte forskere med at det var svært lite kunnskapsgrunnlag fra kliniske studier på hvordan smerte bør lindres hos LAR-pasienter i palliativ fase, men noe dokumentasjon som støtter bruk av metadon til både substitusjonsbehandling og smertelindring (3). Imidlertid presenterte ikke forskerne i artikkelen konkrete råd for bruk av smertestillende legemidler i de ulike fasene av det palliative sykdomsforløpet.

I denne artikkelen supplerer jeg den forskningsbaserte kunnskapen om behandling av smerte hos palliative LAR-pasienter med kunnskap fra akutt- og postoperativ smertebehandling hos pasientgruppen, kunnskap om egenskapene til de ulike opioidene som brukes i LAR-behandling, generell kunnskap om smertelindring til palliative pasienter og personlig erfaring. Utvalget av artikler om generell smertebehandling til palliative pasienter og om lindring av andre typer smerte hos LAR-pasienter er basert på kjennskap til litteraturen og ikke-systematiske litteratursøk.

Metadon og buprenorfin

Metadon og buprenorfin er de to legemidlene som i Norge brukes til substitusjonsbehandling i LAR-be-

handling, og buprenorfin er anbefalt som førstevalg (2). Metadon er et syntetisk opioid som hovedsakelig brukes i LAR-behandling, men i noen grad også i smertebehandling. Metadon har en uforutsigbar og variabel farmakokinetikk. Halveringstiden er vanligvis 6 til 65 timer og oral biotilgjengelighet ofte 70–80 %, men den kan være betydelig lavere hos enkelte pasienter (4). Disse forholdene gjør både dosering og konvertering mellom ulike administrasjonsformer av metadon og til/fra andre opioider komplisert.

Vanlig dosering i LAR-behandling er 80 til 120 mg metadon som mikstur en gang i døgnet (1). Ved bruk av metadon i smertebehandling er det vanligvis nødvendig å dele døgndosen på 2–4 doser (5). Data på konverteringsratioer mellom metadon og morfin finnes i hovedsak fra to typer studier: administrasjon av enkeltdoser ved akutt smerte og fra studier av konvertering fra andre opioider til metadon under langvarig opioidbehandling.

Mens intravenøst morfin og metadon angis å være omtrent like potent ved dosering av enkeltdoser, er bildet et annet ved langtidsdosering. På grunn av den lange halveringstiden til metadon vil man, når man er i farmakologisk likevekt etter gjentatt dosering, få høyere effekt av metadon enn samme døgndose morfin. I studier av konvertering fra langvarig behandling med morfin til metadon, synes konverteringsratioen å være avhengig av opioiddo-

«Faren for å blokkere effekten av andre opioider er antakelig doseavhengig.»

sen pasienten har brukt frem til konverteringen til metadon, og det angis faktorer fra 1:4 til 1:12 (6). Imidlertid foreligger det ikke data på konvertering fra langtids metadonbehandling til morfin. Metadon metaboliseres via CYP 3A4 og har en rekke interaksjoner, blant annet med mange antibiotika og antipsykotika (7).

Buprenorfin brukes i LAR-behandling som sublingualtabletter i to ulike varianter, enten alene eller sammen med nalokson. Vanlig dosering er 8 til 24 mg én gang i døgnet (1). Buprenorfin har en høy reseptoraffinitet og dessuten partiell antagonistisk effekt på opioidreseptorene. Kort tid etter inntak av høye doser buprenorfin er det bundet buprenorfin



Av **Olav Magnus Fredheim**, Overlege og professor i anestesioologi/smertemedisin. Palliativ senter, Akershus universitetssykehus og Nasjonal kompetansetjeneste for sammensatte lidelser og Institutt for sirkulasjon og billediagnostikk, NTNU



til en høy andel av opioidreseptorer (8). Derfor er det vanskelig å vite hvilke doser pasienten behøver dersom man under substitusjonsbehandling med buprenorfin skal gi et annet opioid mot smerte. Basert på klinisk erfaring vil man i enkelte tilfeller ikke få smertelindrende effekt av å gi andre opioider til pasienter som får substitusjonsbehandling med buprenorfin. Trolig skyldes dette at alle opioidreseptorene i praksis er okkupert av buprenorfin. Faren for å blokkere effekten av andre opioider er antakelig doseavhengig, og ifølge en nyere Cochrane-oppsummering er buprenorfin

«Det kan være vanskeligere å oppnå tilfredsstillende smertebehandling med opioider for LAR-pasienter.»

ikke blant førstevalgene for lindring av kreftsmerte (9). Derfor vil en føre var-tilnærming innebære ikke å bruke buprenorfin til smertelindring hos LAR-pasienter med kreft, og å konvertere substitusjonsbehandlingen fra buprenorfin til metadon tidlig i det palliative forløpet. I den videre drøftingen forutsettes konvertering fra buprenorfin når den palliative pasienten får eller forventes å få smerte. Slik konvertering må gjøres i samarbeid med LAR-tjenesten.

I spesielle tilfeller med kontraindikasjoner mot metadon eller buprenorfin, problemer med interaksjoner eller dersom man forventer en rask progrediering av sykdommen, kan det være aktuelt å konvertere både substitusjons- og smertebehandlingen til morfin, eventuelt oksykodon, allerede tidlig i det palliative forløpet.

Smertevurdering

Smarter hos den palliative pasienten må alltid vurderes helhetlig, der man vektlegger både den somatiske,

sosiale, psykiske og åndelig/eksistensielle smerten. I samtale med pasienten om smertebehandlingen er det viktig å formidle at målet med smertebehandlingen ikke er smertefrihet, men å oppnå en god lindring.

Det er viktig å skille mellom nyoppståtte smerter knyttet til kreftsykdommen, og smerter som er uavhengige av kreftsykdommen. Det kan da være til hjelp å markere smertene på et kroppskart og systematisk vurdere hver av smertene. Smerter som ikke skyldes kreftsykdommen, bør frem til de siste leveukene behandles etter vanlige prinsipper for langvarig, ikke-malign smerte, hovedsakelig med ikke-medikamentelle tiltak med søkelys på smertemestring.

Smertebehandling ved kirurgi

Som vist i tabell 1 er hjørnesteinen i postoperativ smertebehandling hos LAR-pasienter, som hos andre, multimodal smertebehandling med paracetamol, ikke-steroid antiinflammatoriske legemidler (NSAID), glukokortikoider og lokalanestesi i operasjonssåret dersom det ikke er kontraindikasjoner (10).

Hvis pasienten bruker buprenorfin til substitusjonsbehandling, bør man vurdere å konvertere til metadon. Dersom ikke-opioide systemiske analgetika er utilstrekkelig, bør man postoperativt ha lav terskel for å bruke perifere nerveblokader eller epidural smertebehandling til LAR-pasienter. I tillegg til basissmertelindringen bør LAR-pasienter – i likhet med andre pasienter som er inneliggende etter større kirurgiske inngrep – få injeksjoner av opioider ved behov de første døgnene.

Etter keisersnitt er det vist at LAR-pasienter behøver omtrent 70 % høyere dose morfin mot postoperativ smerte enn andre pasienter (11). Derfor må det forordnes høyere ved behov-doser enn hos andre pasienter. Uansett type smertebehandling er det viktig at pasienten får substitusjonsdose av opioid gjennom hele det perioperative forløpet. Ved opioidkrevende smerter ved utskrivning kan døgndosen metadon økes med 20–30 %. I samarbeid med LAR-tjenesten må det lages en konkret plan for nedtrapping.

Smertebehandling under progredierende kreftsykdom

De fleste pasienter med progredierende kreftsykdom opplever smerter fra sykdommen (12). Som hos andre kreftpasienter, bør man hos LAR-pasienter



utnytte ikke-opioide analgetika som paracetamol og NSAID-preparater ved milde til moderate smerter (tab 1). Dersom det er kliniske holdepunkter for en vesentlig nevropatisk komponent, bør man supplere med gabapentinoider og trisykliske antidepressiver (TCA).

Kodeinpreparater forskrives hyppig for smertelindring av LAR-pasienter (13), men de er for svake til å gi effektiv smertelindring og bør derfor ikke brukes. Ved kreftsmerte som ikke lindres tilstrekkelig med ikke-opioide analgetika, bør man derfor hos LAR-pasienter gå direkte til bruk av sterke opioider. Ved moderate til sterke smerter som ikke lindres av ikke-opioider, bør døgndosen av metadon økes, i første omgang med 20 til 30 %, og deretter titreres til bakgrunnsmerter er godt lindret. Dersom pasienten har hatt noe lindring av ikke-opioide analgetika, er det rimelig å anta at disse vil ha en opioidsparende effekt, og de bør da kontinuieres ved oppstart av opioidbehandling mot kreftsmerten.

De fleste pasienter opplever også gjennombruddssmerter. En studie har vist at metadon på grunn av kort anslagstid kan brukes mot gjennombruddssmerter (14), men på grunn av den lange halveringstiden som fører til akkumulasjon, er ikke metadon egnet mot gjennombruddssmerter som oppstår flere ganger daglig. Hovedalternativene ved gjennombruddssmerter er hurtigvirkende morfin eller oksykodon som tabletter/kapsler/mikstur, eller fentanyl neseppray. Basert på data fra postoperativ smertebehandling (11) bør oppstartsdosen være det dobbelte av hos andre kreftpasienter, og dosen må deretter titreres videre til effekt.

Erfaringsmessig kan det være vanskeligere å oppnå tilfredsstillende smertebehandling med opioider for LAR-pasienter enn for andre pasientgrupper. Det bør derfor være lav terskel for å benytte teknikker for invasiv smertebehandling, særlig i form av nevrolytisk blokkade av plexus coeliacus ved kreft i bukspyttkjertel eller lever, eller tunnelert langtids intratekalkateter med opioid og lokalanestesimiddel (tab 1). Som hos andre pasientgrupper må det vurderes om palliativ stråling kan gi smertelindring.

Dersom pasientens smerter ikke kan lindres tilstrekkelig med perorale analgetika til tross for opptrapping av opioider, vil det være aktuelt å konvertere behandlingen til subkutan eller intravenøs smertepumpe, vanligvis med morfin. Smertepumpe kan brukes både hjemme og i sykehjem. I denne situasjonen er det erfaringsmessig hensiktsmessig at også substitusjonsdosen konverteres til morfin, slik at både substitusjonsbehandling og smertebehand-

TABELL 1: Anbefalinger for smertebehandlingen i ulike faser av det palliative sykdomsforløpet

Sykdomsfasen	Smertebehandling
Kirurgisk behandling	Vurdere å konvertere substitusjonsbehandling fra buprenorfin til metadon dersom forventet behov for opioider mot smerte. Vanlig multimodal behandling med paracetamol, NSAID-preparater, glukokortikoider og lokalanestesi i operasjons-såret. Lavere terskel for epidural og perifere nerveblokkader enn hos andre pasienter. Morfininjeksjon ved behov.
Progredierende kreftsykdom	Konvertere substitusjonsbehandling fra buprenorfin til metadon. Paracetamol. Øke døgndose med metadon. Vurdere indikasjon for koanalgetika mot nevropatisk smerte. Oralt morfin eller oksykodon mot gjennombruddssmerter, eventuelt nasalt fentanyl.
Sterke smerter og lite effekt av orale opioider	Lavere terskel for intratekalt smertekateter eller blokkade av plexus coeliacus enn hos andre pasienter. Eventuelt overgang fra oralt metadon til morfin på subkutan eller intravenøs smertepumpe med basisinfusjon og mulighet for bolus.
Terminalfase	Subkutane enkeltinjeksjoner av morfin 10–20 mg (unntaksvis 40 mg) titreres til effekt. Eventuelt oppstart av smertepumpe med basisinfusjon og bolusdoser ved langvarig terminalfase.

ling gis som kombinasjon av kontinuerlig infusjon og pasientstyrte bolusdoser fra smertepumpen. Ved forventet levetid utover noen måneder, bør man – for å unngå at iatrogen rus skaper problemer for pasienten – vurdere de invasive teknikkene før man starter med intravenøs eller subkutan smertepumpe.

Smertebehandling i terminalfase

De siste levedagene vil pasienter vanligvis ikke kunne ta til seg perorale medikamenter. Dersom pasienten har brukt metadon frem til terminalfasen, vil metadon på grunn av sin lange halveringstid bli eliminert sakte. Det finnes en rekke teoretiske alternativer for administrasjon av opioider i denne fasen, men alle har sine ulemper. Metadon mikstur kan gis rektalt i samme doser som oralt, men virker lokalirriterende, og gjentatt dosering er derfor vanskelig. Fentanyl kan gis transdermalt fra depotplaster, men transdermalt opptak er ofte redusert og uforutsigbart hos kakektiske kreftpasienter (15).

De fleste opioider, inkludert metadon, kan gis som intravenøse injeksjoner, men det er erfaringsmessig ofte vanskelig å etablere perifer venetilgang på pasienter som tidligere har injisert rusmidler. Metadon





kan administreres subkutan som injeksjoner eller infusjon (tab 1), men vil ofte være lokalirriterende over tid. Morfin og oksykodon kan gis som subkutane injeksjoner, men det er vanskelig å beregne ekvipotent dose til metadondosen. Subkutan administrasjon av morfin vil erfaringsmessig være det enkleste alternativet dersom pasienten ikke har fått etablert en permanent sentral venetilgang. Fordi det er uforutsigbart hvilken morfindose pasienten behøver, må man titrere til effekt. De første dosene bør være på 10 mg, og ny dose gis etter 15–20 minutter. Dersom gjentatte doser på 10 mg kun har hatt liten effekt, bør man øke ved behov-dosen til 20 mg og titrere videre. Enkelte pasienter vil trenge ved behov-doser på 40 mg. Etter at morfin er titrert til effekt, bør man fortløpende og minimum med to timers intervaller vurdere behovet for ytterligere doser. Dersom terminalfasen trekker i langdrag, kan man, når

ringen, kan man vurdere å supplere med lavdose infusjon med ketamin (1–2 mg/kg/døgn av race-misk blanding) for smertelindring.

Jo lenger ut i det palliative forløpet pasienten er, desto mer taler for at man heller skal være raus enn restriktiv med opioider dersom man er i tvil. Man må i hele det palliative forløpet huske at LAR-pasientene ikke har noen analgetisk effekt av substitusjonsdosen og at de har utviklet toleranse. Derfor vil smertebehandling hos LAR-pasienter alltid kreve høyere opioiddoser enn hos andre pasientgrupper. ■

Artikkelen er tidligere trykket i Tidsskrift for Den norske legeförening og er gjengitt med tillatelse fra redaksjonen og artikkelforfatteren.

Referanser

1. Waal H, Bussesund K, Clausen T et al. Statusrapport 2015. Mot grensene for vekst og nytte. SERAF rapport 1/2016. Oslo: SERAF, 2016.
2. Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet. Oslo: Helsedirektoratet, 2010.
3. Taveros MC, Chuang EJ. Pain management strategies for patients on methadone maintenance therapy: a systematic review of the literature. *BMJ Support Palliat Care* 2016; bmjspcare-2016-001126.
4. Eap CB, Buclin T, Baumann P. Interindividual variability of the clinical pharmacokinetics of methadone: implications for the treatment of opioid dependence. *Clin Pharmacokinet* 2002; 41: 1153 - 93.
5. Fredheim OM, Moksnes K, Borchgrevink PC et al. Clinical pharmacology of methadone for pain. *Acta Anaesthesiol Scand* 2008; 52: 879 - 89.
6. Moksnes K, Dale O, Rosland JH et al. How to switch from morphine or oxycodone to methadone in cancer patients? a randomised clinical phase II trial. *Eur J Cancer* 2011; 47: 2463 - 70.
7. Ferrari A, Coccia CP, Bertolini A et al. Methadone—metabolism, pharmacokinetics and interactions. *Pharmacol Res* 2004; 50: 551 - 9. [PubMed] [CrossRef]
8. Greenwald MK, Comer SD, Fiellin DA. Buprenorphine maintenance and mu-opioid receptor availability in the treatment of opioid use disorder: implications for clinical use and policy. *Drug Alcohol Depend* 2014; 144: 1 - 11.
9. Schmidt-Hansen M, Bromham N, Taubert M et al. Buprenorphine for treating cancer pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 3 CD009596.
10. Fredheim OM, Nøstdahl T, Nordstrand B et al. Behandling av akutte smerter under legemiddelassistert rehabilitering. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2010; 130: 738 - 40.
11. Meyer M, Wagner K, Benvenuto A et al. Intrapartum and postpartum analgesia for women maintained on methadone during pregnancy. *Obstet Gynecol* 2007; 110: 261 - 6.
12. van den Beuken-van Everdingen MH, Hochstenbach LM, Joosten EA et al. Update on prevalence of pain in patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *J Pain Symptom Manage* 2016; 51: 1070 - 1090.e9.
13. Fredheim OM, Borchgrevink PC, Nordstrand B et al. Prescription of analgesics to patients in opioid maintenance therapy: a pharmacoepidemiological study. *Drug Alcohol Depend* 2011; 116: 158 - 62.
14. Fisher K, Stiles C, Hagen NA. Characterization of the early pharmacodynamic profile of oral methadone for cancer-related breakthrough pain: a pilot study. *J Pain Symptom Manage* 2004; 28: 619 - 25.
15. Heiskanen T, Mätzke S, Haakana S et al. Transdermal fentanyl in cachectic cancer patients. *Pain* 2009; 144: 218 - 22.

«Smertebehandling hos LAR-pasienter vil alltid kreve høyere opioiddoser.»

man har inntrykk av hvilken døgn dose pasienten behøver (ofte etter et halvt til døgn), konvertere behandlingen til en smertepumpe med kombinasjon av kontinuerlig infusjon og bolusdoser.

Fordi metadon elimineres over flere dager, vil det ofte være behov for å titrere opp morfidosene over flere dager. Dersom det er vanskelig å lindre pasienten til tross for titrering av morfin, bør man vurdere om pasienten også plages av andre symptomer. Man kan da forsøke å supplere med midazolam i doser på 1–2 mg injeksjon ved behov for å dempe angst og uro, eventuelt haloperidol

i doser på 0,5–1 mg injeksjon mot delir. Dersom man, tross titrering av opioider og lindring av angst/uro/delir, ikke kommer i mål med smertelind-





**Lurer du på noe
om kreft?**

**Treffer du pasienter
som har mye på
hjertet?**

Kreftlinjen er åpen for alle – pasienter, pårørende, helsepersonell, arbeidsgivere og andre. Her kan du snakke med andre fagpersoner eller henvise andre som har spørsmål om kreft og kreftrelaterte emner som

- Hvordan man snakker med barn om kreft
- Nav, rettigheter og sykepenger
- Kreftkoordinator i kommunene
- Ny kreftbehandling

Kreftlinjen har mer enn 30 års erfaring og bred kompetanse innen kreftomsorg. Hos oss treffer du sykepleiere, sosionomer og jurister med taushetsplikt og tid til å lytte. Tjenesten er gratis fra fasttelefon og har vanlig takst fra mobil.

Åpningstider: mandag–fredag: 0900–1500. Vi snakker norsk og engelsk.

Ring 21 49 49 21 eller chat med oss på kreftforeningen.no



KREFTFORENINGEN



Kreftkoordinator – en tydelig aktør i pårørendeomsorgen

I dag skal jeg snakke med et barn om at moren snart skal dø. Da jeg søkte jobben som kreftkoordinator, visste jeg ikke hvilket mot som kreves for å utøve yrket.

Tekst **Merete Brungot Kløvning**, Kreftkoordinator/rådgiver, Ålesund kommune

Jeg tenker på det av og til ... blant annet i dag. Jeg tenker på det som ikke sto i utlysningsteksten til kreftkoordinatorstillingen, men som burde stått der. «Modig» burde det stått, under ønskede kvalifikasjoner. For modig, det må vi ofte være. For eksempel i dag. En biltur med klump i magen, spent på hva som møter meg. Jeg vet at dette blir vanskelig, og er så redd for å si noe feil, noe som gjør det enda verre ... Ei lubben hånd, et forsiktig håndtrykk. I dag skal vi snakke om at nå er mamma blitt sykere, at nå skal hun snart dø. Sånn rett før jul, tror vi. Sier ikke det om julen, men tenker det. Og lurer på hva barnet tenker, om dette mennesket som kommer og forteller at mamma snart skal dø.

Nytt yrke

Enkelte kommuner har hatt kreftkoordinator i mange år, men stillingene er fortsatt relativt nye på landsbasis. Den store økningen i antall kreftkoordinatorer kom i 2012, da Kreftforeningen lyste ut prosjektmidler til opprettelse av slike stillinger. Det ble en periode med mye nybrottsarbeid, der stillingene skulle finne sin form og funksjon i det kommunale apparatet. Ofte med et noe svevende mandat for jobbutførelsen. I dag har stillingene en klarere struktur, samtidig som det ligger en naturlig fleksibilitet i utformingen. Etter hvert har flere kommuner kommet til, en så et behov og en nytteverdi. Det er

nå rundt 240 kommuner og bydeler som har kreftkoordinator.

Mange arbeidsoppgaver

Kreftkoordinatorstillingen kan favne mye. Ansvarsområde og oppgaver utformes forskjellig ut fra kommunestørrelse og organisering, men det er også mye som er likt. Alle jobber pasient- og pårørenderettet med råd, veiledning, planlegging og tilrettelegging av hverdagen og tiden fremover. De fleste kreftkoordinatorer jobber også på systemnivå med utviklingsarbeid i kommunen, utarbeiding av rutiner og planverktøy i kreftomsorgen. Dette er viktig, også i et pårørendeperspektiv. Når kommunene skal utarbeide nye omsorgsplaner, pårørendestrategier og liknende er kreftkoordinator med i arbeidsgruppen, eller som informant og gir innspill.

«Det er viktig å stoppe opp og tenke høyt sammen.»

Et sentralt mål er at kreftomsorgen skal oppleves lik uansett hvor i kommunen pasienten befinner seg, og uavhengig av om pasienten er i hjemmet eller på institusjon. Pårørende skal også være like godt ivare tatt uansett hvor den syke er. Det at

stillingen i stor grad er utadrettet gjør at kreftkoordinator har god oversikt og vet hvor skoen trykker. Dette er verdifullt å ta med seg inn i arbeidet på systemnivå i kommunene.

Veiledning og refleksjon

Kunnskap og kompetanse hos helsepersonell i kommunehelsetjenesten må være av god kvalitet for å møte den enkeltes behov. Undervisning, veiledning og etisk refleksjon er derfor en sentral arbeidsoppgave som ligger i kreftkoordinatorfunksjonene. Erfaringsmessig er ulike problemstillinger rundt ivaretagelse av pårørende hyppige temaer i veiledningssamtaler og refleksjonsgrupper. Omsorg for pårørende vektlegges, men utfordrer også i mange situasjoner. Når pårørende er uenige seg imellom, når pasient og pårørende har ulik forståelse av situasjonen, når helsepersonell og pårørende er uenige om veien videre. Det er viktig å stoppe opp og tenke høyt sammen om det en opplever som helsepersonell i møte med den syke og hans nærmeste, viktig med faglig påfyll for å stå i krevende situasjoner.

Folkeopplysning

En del av arbeidshverdagen omhandler også utadrettede tiltak innenfor folkeopplysning og forebyggende arbeid. Stillingen gir anledning til å sette søkelys på ulike områder, blant annet pårørendes situasjon

FAKTA

Hva gjør en kreftkoordinator?

Noen vanlige arbeidsoppgaver er:

- Koordinere og tilrettelegge hverdagen for kreftsyke og pårørende.
- Samordne tilbud og tjenester rundt kreftpasientene i kommunen.
- Være tilgjengelig for pasienter og pårørende.
- Bidra til gode rutiner og systemer for kreftomsorg i kommunene.



TRØST: Kreftkoordinatorer er en støttespiller for pasienter og pårørende, og en del av jobben er å dele triste budskap. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

og behov. Dette gjøres gjennom avisinnlegg og andre medieinnslag, samarbeid med pasientorganisasjoner, informasjon til politikere i kommunen eller i skolen og på ulike arbeidsplasser.

Kreft er en diagnose som tar mye plass i mediebildet og samfunnsdebatten, og noen synes kanskje det tar for stor plass. Samtidig er kreft en av de største diagnosene i samfunnet, og noe av det spesielle med kreft er at den rammer hele aldersspekteret. Toåringen kan få kreft, og 90-åringen kan få kreft. Den unge kreftpasienten har helt andre utfordringer enn den eldre. Pårørende sine utfordringer er også uløselig knyttet til alder og livssituasjon. Den eldre pårørende har kanskje egne helseplager, mens den yngre pårørende står i en hverdag med jobb og omsorg for små barn.

Støttesamtaler


Støttesamtaler til pasienter og pårørende

rundt ulike utfordringer utgjør en stor del av arbeidshverdagen. Kreftkoordinatorer møter pårørende i alle aldersgrupper og forskjellige livssituasjoner. For noen pårørende er det tilstrekkelig med en enkeltsamtale, en får hjelp til å rydde i et tankekaos, hjelp til å strukturere informasjon og støtte til å stå i situasjonen. Andre har behov for faste møtepunkter over lengre

«Kreftkoordinator blir et ankerfeste, en som har kunnskap og er trygg.»

tid. Kreftkoordinator blir da et ankerfeste, en som har kunnskap og er trygg.

Problemstillingene i støttesamtalene vil være forskjellige, men felles er at alle

pårørende har et behov for å bli sett og anerkjent. Tidligere hadde ofte pårørende hovedansvaret for den syke. «Doktoren kom først når noen var død», uttalte en eldre mann. Pleie og omsorg for syke var noe familien tok seg av. Slik mintes han episoder rundt sykdom og helseplager fra sin barndom. Etter hvert som helsevesenet kom i kraftig vekst ble nok pårørende satt mer på sidelinjen. Helsevesenet behandlet syke, og pårørenderollen var uklar. I senere år har forståelsen for pårørendes egne behov heldigvis vært sterkt økende. Vi finner igjen anerkjennelse for pårørendes rettigheter og behov i lovverk og offentlige føringer. Ikke minst i Pårørendeveilederen fra Helsedirektoratet som tydeliggjør plikter både helseforetak og kommuner må ta inn over seg. Mange kreftkoordinatorer sier de opplever en dreining mot at en følger flere pårørende enn pasienter i jobbhverdagen. Dette kan nok svinge noe, men at 



pårørende i økende grad tar kontakt for egen del er tydelig.

I felles møter med pasient og pårørende skjærer begge parter ofte hverandre, de mest alvorlige spørsmålene og tankene holdes tilbake. I samtale en-til-en er det ingen å ta hensyn til, ingen som må skånes. Da kommer gjerne bekymringstankene frem. Mange pårørende har et stort behov for å sette ord på egne følelser. Det kan være tanker rundt liv og død, men også hvordan livet er her og nå; slitenhet, tomhet eller ambivalente følelser. Noen ganger er det pårørende til kreftoverleveren som trenger samtale. Tiden etter kreftsykdom og behandling kan være krevende, nye og ukjente problemstillinger dukker opp. Det kan være vanskelig for pårørende å skjønne hvordan fatiuge og andre senskader virker inn på hverdagslivet og livskvaliteten for mange.

Som kreftkoordinator ser vi mange pårørende legger ned et stort arbeid og yter omfattende omsorgsoppgaver, noen ganger over flere år. Pårørendes bekymringer kan også handle om økonomiske utfordringer eller praktiske vansker i hverdagen. Kognitive verktøy og råd om avspenningsteknikker er nyttig å bruke i disse samtaler. Likeså tilnærming gjennom mindfulness eller oppmerksomt nærvær. Andre ganger handler det mest om å lytte, gi den andre tid og rom til å sette ord på egne følelser og tanker. På den måten opplever den pårørende seg sett og hørt. Det er ikke alltid så mye som skal til, den ene samtalen kan gjøre at en får sortert i tankespinn og «landet» bekymringer. Det kan også dreie seg om praktiske råd eller henvisninger til andre instanser. Noen ønsker hjelp til å komme i kontakt med prest, sosionom eller andre fagpersoner som kan bistå i ulike problemstillinger.

Gruppetilbud

De fleste pårørende føler støtte i å møte andre som er i en sammenliknbar situasjon, og mange etterspør lavterskel gruppetilbud. Kreftkoordinatorer står bak

ulike typer gruppetilbud for pårørende i kommunene. Dette kan være grupper for barn og unge, eller for voksne. Ofte drives lavterskelgrupper i samarbeid med andre aktører, slik som interesseorganisasjoner, frivilligsentral eller liknende.

Pårørendegrupper for barn inneholder gjerne både aktiviteter, lek og samtale. Gjennom enkle verktøy, spill, filmer osv. får barna hjelp til å sette ord på følelser og tanker. Enkelte kommuner har egne sorggrupper for barn og unge som har mistet en nærstående. For noen barn kan det være en terskel å melde seg på, og i konkurranse med andre fritidsaktiviteter er det ikke alltid lett å vite hva en skal prioritere. Men de som først melder seg på pårørendegrupper gir tilbakemeldinger på at de trives. «Jeg skal gå her til jeg blir 80 år», sa en ung gutt. Ganske overraskende for foreldrene, da han hadde protestert

«Samlingene kan gi nye venner som følger en videre på ferden.»

heftig i forkant. Mange barn sier det er godt å møte andre som er i en sammenliknbar situasjon. Samlingene kan også gi nye venner som følger en videre på ferden.

Gruppetilbud for voksne kan være samtalegrupper, mestringskurs, turgrupper eller temakafeer. Temakafeene som arrangeres av kreftkoordinatorer retter seg vanligvis både mot kreftrammede og pårørende. De ulike temaene som tas opp gjennom året kommer etter innspill fra deltakerne selv. Det kan eksempelvis omhandle privatøkonomi ved langvarig sykdom, rettigheter og støtteordninger, bruk av humor som mestring, fysisk aktivitet, kosthold og ernæring. Hvordan det er å være pårørende er også et hyppig etterspurt tema, kafeen organiseres da gjerne med innlegg fra noen som er

eller har vært pårørende. Sorggrupper og etterlattekurs er også noe stadig flere kommuner har tilbud om. Enten i regi av kreftkoordinator alene, eller i samarbeid med andre aktører.

Pårørendepreis

Min kommune; Ålesund, ble kåret til Årets pårørendekommune i 2017. Hederen ble nok ikke gitt på bakgrunn av en komplett pårørendesorg, men fordi kommunen har hatt en klar satsing på området over tid. Dette gjelder både innenfor rusomsorgen, psykisk helse og somatikk. Pårørendeopplæring, kurs, grupper, lavterskeltilbud, oppretting av barneansvarlige i alle virksomheter er noe av arbeidet som er gjort. En har hatt bredt fokus på egne opplegg, og i tillegg samarbeidet tett med nabokommuner, likepersoner og frivillige organisasjoner. I sum har kommunen tilbud som favner mange. Dette gir ingen grunn til å hvile i tilfredshet, men det gir god inspirasjon til videre satsing. Det jobbes nå med en egen pårørendestrategi for kommunen, som skal legge klarere linjer for fremtiden. Det blir spennende å følge dette arbeidet videre. Og at dette er et så sterkt fokus er gledelig i seg selv, det viser en anerkjennelse av pårørende som både ressurs og individ med egne behov for hjelp og støtte.

Barneansvarlige

En av de største satsingene i dette har vært å opprette barneansvarlige i alle virksomheter i kommunen. Rollen som barneansvarlig hviler på et felles grunnlag, men utformes noe ulikt etter hvor i kommunen en jobber. Barneansvarlige skal ha et «sørge for» ansvar på arbeidsplassen. I dette ligger å holde fokuset på barn som pårørende varmt i hele personalgruppen, bistå kolleger som møter barn som pårørende, veilede og undervise. Gjennom fire til fem møter årlig har alle barneansvarlige et felles møtested for faglig påfyll og erfaringsdeling.

Som kreftkoordinator ble jeg natur-

lig en av de barneansvarlige, barn som pårørende var et viktig arbeidsområde også før satsingen. Rollen er ganske vid, og etterspørres i økende grad. Ofte er det skoler eller barnehager som tar kontakt, i situasjoner der barn har en mamma eller pappa som er syk. Oppgaven blir da å gi råd og veilede personalet i hvordan best mulig ivareta barnet i hverdagen. Noen ganger kan det være å møte en skoleklasse sammen med helsesøster, snakke om kreftsykdom og behandling, eller hvordan det er å ha en i nær familie som er syk. Det kan også være å gi råd og veilede foresatte om hvordan samtale med barna underveis i sykdomsforløpet. Ikke sjelden er det også besteforeldre som tar kontakt. Besteforeldre kan ha en stor omsorgsrolle i familien når mor eller far er i en palliativ

fase. En annen oppgave som barneansvarlig er å ha samtale med barn som pårørende sammen med behandlende lege på sykehuset. Samarbeid mellom kommune og helseforetak er ofte avgjørende for å skape en helhetlig tjeneste også for pårørende. Satsingen i kommunen har ført til mer struktur i arbeidet, men mange kreftkoordinatorer jobber på liknende måte også uten at kommunen har opprettet barneansvarlige.

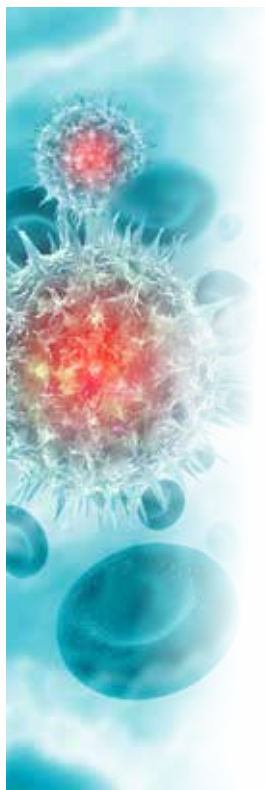
Kreftkoordinatorrollen er vid og mangfoldig, og kan dermed i ganske stor grad tilpasses den enkeltes behov, uansett alder og bakgrunn. Mens den tradisjonelle kommunale helse og omsorgstjenesten ofte er stramt avgrenset kan en her i langt større grad bruke kreativitet. Med stillingene gir kommunene et tilbud til grupper en ikke

nådde før. Gjennom det brede spekteret av oppgaver og ansvarsområder er kreftkoordinator en tydelig aktør i den kommunale pårørendeomsorgen. Samtidig blir det aldri gode tjenester uten samarbeid. I fellesskap med andre aktører i kommunehelsetjenesten, helseforetak, interesseorganisasjoner og andre må vi alle arbeide for en best mulig pårørendeomsorg.

Møtet med gutten

Jeg puster ut i bilen på vei hjem. Det ble et godt møte tross alt. Gutten var åpen og vi fikk snakket, forhåpentligvis kunne jeg gi ham noen gode svar. Og han har en stor og god familie rundt seg, heldigvis. Men dette blir aldri en vane, føler meg helt tom på vei hjem... Og i ettertid vet jeg at jeg fikk rett i det med julen. ■

ANNONSE



EN ANIMASJON OM MYELOMATOSE (BENMARGSKREFT)

Denne animasjonen om myelomatose gir deg mer kunnskap om:

- hvordan myelomatose oppstår
- hvor hyppig myelomatose er
- hvilke symptomer som er vanlig forekommende ved myelomatose
- hvordan man utreder myelomatose

På youtube.com, søk på:

"Det du trenger å vite om Myelomatose (Benmargskreft)"

Du kan også scanne denne QR-koden:



Takeda AS • Postboks 205 • 1372 Asker • Tlf. 800 800 30 • www.takeda.no
NOJIXZ/1017/0038b/12325


ONCOLOGY



Oppfølging etter kreftbehandling – på tide å tenke nytt?

Dagens rutinekontroll av kvinner som er behandlet for gynekologisk kreft, er nødvendigvis ikke den beste måten å følge dem opp. Webbasert teknologi kan være en bedre løsning.

FAKTA

Av Ingvild Vistad, overlege, Sørlandet sykehus

En aldrende befolkning samt bedre diagnostikk og behandlingsstrategier, gjør at flere overlever, eller lever lenger med kreft (1). Det har ført til økt fokus på oppfølging, behandling og omsorg når det gjelder fysiske plager og psykososial helse etter avsluttet kreftbehandling (2).

Dagens svakheter

Etter avsluttet kreftbehandling blir de fleste pasienter rutinemessig fulgt opp med regelmessige kontroller hos sykehuslege gjennom flere år. Det gjelder også kvinner som er behandlet for gynekologisk kreft. Hensikten med etterkontrollene er å finne ut om pasientene har fått senplager av kreftsykdommen og/eller behandlingen, og for å oppdage tilbakefall av kreften. Vi vet imidlertid ikke om dette er den beste måten å følge opp kvinner med gynekologisk kreft (3). Studier har vist at dagens kontrollopplegg ikke bedrer overlevelsen fordi de fleste tilbakefallene oppdages av kvinnene selv mellom etterkontrollene og ikke av lege på sykehuset.

«Mange kreftgrupper har spesielle problemstillinger som best håndteres av dem som kjenner dem.»

Varselsymptomer

I en norsk studie på første tilbakefall av gynekologisk kreft viste vi at de aller fleste har symptomer når de får sitt tilbakefall, men bare halvparten

oppsøkte lege tidligere tross symptomer (4). Det tyder på at bedre informasjon om varselsymptomer er viktig. Forskning viser dessuten at mange som overlever kreft ikke får hjelp til å håndtere fysiske plager og psykososial helse etter at behandlingen er avsluttet (5).

Mange kvinner synes også det kan være vanskelig å snakke om sine bekymringer med legen på etterkontrollen fordi legen er så travel. Tidsbegrensning er sannsynligvis årsaken til at mange leger fokuserer mer på selve undersøkelsen enn pasientens fysiske og psykososiale helse. En kommunal kreftkoordinator vil kunne hjelpe kreftpasienter med psykososiale problemstillinger, men ordningen fungerer ofte dårlig fordi mange kommuner ikke har prioritert slike stillinger. Dessuten har mange kreftgrupper spesielle problemstillinger som best håndteres av dem som kjenner dem.

Livsstilsendring

Mange tar til orde for at det bør satses mer på livsstilsendringer hos dem som er behandlet for kreft, fordi vektkontroll og fysisk aktivitet har potensial til å forbedre resultatene av kreftbehandling (5). Flere studier på brystkreftpasienter har vist at moderat fysisk aktivitet fører til redusert risiko for død av brystkreft, tilbakefall, progresjon, eller ny primær kreft (6) samt bedre prognose (7). Likevel vet vi at mange kreftpasienter blir mer passive etter at de har fått en kreftsykdom (8).

Det å opprettholde eller øke sin fysiske aktivitet etter kreftbehandling kan derfor ha en gunstig effekt på livskvaliteten og kanskje også selve



BRUK AV APP: Vi ønsker å integrere bruk av smarttelefon-app i rutineoppfølging av gynekologiske kreftpasienter, skriver Ingvild Vistad (avbildet). Foto: Anette Strømsbo Gjørv

kreftsykdommen. Det er imidlertid viktig at et slikt tilbud er gjennomførbart og motiverende for kreftoverleverne.

App til bruk i oppfølging

Webbasert teknologi kan være en effektiv måte for pasientene å holde seg oppdatert, for helsepersonell å gi individualisert informasjon, og for å integrere

elektronisk pasient rapportert utfall (ePRO) for å monitorere symptomer. I en randomisert studie på oppfølging av avansert lungekreft kunne forfatterne vise til banebrytende resultater (50 prosent økning i overlevelse) ved bruk av elektronisk oppfølgings-system der pasientene via en app rapporterte sine symptomer regelmessige via ePRO til behandlende sykehus (9).





FLERE FUNKSJONER: I appen kan kvinnene finne informasjon om sin kreftsykdom, mulige seneffekter av behandlingen, tegn på tilbakefall og råd om bedre livsstil. Illustrasjon: Anette Strømsbo Gjørsv

Varsel på telefonen

Vi ønsker å integrere bruk av smart-telefonapp i rutineoppfølging av gynekologiske kreftpasienter. Pasientene skal komme til sykepleier som er kurset i coaching-teknikk på annenhver sykehuskontroll. Mens gynekologen fortsatt fokuserer på den gynekologiske undersøkelsen, vil sykepleier kartlegge pasientens psykososiale helse, sette gjennomførbare mål om livsstilsendring og lære opp pasienten i bruk av appen. I appen kan kvinnene finne informasjon om sin kreftsykdom, mulige seneffekter av behandlingen, tegn på tilbakefall og råd om bedre livsstil.

«Dersom det blir en forverring i symptomene vil dette bli fanget opp.»

I tillegg inneholder appen ePRO spørsmål som skal fange opp et eventuelt tilbakefall og plagsomme seneffekter. Via dette kan pasientene regelmessig rapportere sine symptomer til

behandlende sykehusavdeling. Dersom det blir en forverring i symptomene vil dette bli fanget opp. Pasienten får et varsel på telefonen sin med beskjed om å ringe rett til gynekologisk poliklinikk. Der får de snakke med ansvarlig sykepleier som vurderer om kvinnen trenger en snarlig undersøkelse.

Norsk mulitsenterstudie

Appen er utviklet av USIT (IT-seksjonen på Universitetet i Oslo) og piloten testes på Sørlandet sykehus Kristiansand i løpet av 2018. Vi samarbeider også med Universitet i Agder. Deretter planlegger vi en norsk multisenterstudie. Appen er en viktig del av forskningsintervensjonen der hovedmålet er å styrke pasientens egenkontroll etter behandling, og oppdage et eventuelt tilbakefall tidligere.

Denne oppfølgingen vil gi økt mestringsstyrke, økt livskvalitet, økt pasienttilfredshet, og potensielt økt overlevelse ved at pasienter agerer raskere på symptomer og får en sunnere livsstil. Vi tror dette vil føre tryggere pasienter og bedre kvalitet på etterkontrollene uten at kostnadene økes. Dessuten er håpet at dette oppfølgingsopplegget kan overføres til andre kreftformer. ■

Referanser

1. Kreftregisteret. Kreftstatistikk. Oslo; 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.kreftregisteret.no/Registrene/Kreftstatistikk/> (nedlastet 20.09.18).
2. Helse- og omsorgsdepartementet. Leve med kreft. Nasjonal kreftstrategi (2018–2022). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2018. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/266bf1ec38940888a589ec86d79da20/regjeringens_kreftstrategi_180418.pdf (nedlastet 20.09.18).
3. Lajer H, Jensen MB, Kilsmark J, Albæk J, Svane D, Mirza MR, et al. The value of gynecologic cancer follow-up: evidence-based ignorance? *Int J Gynecol Cancer*. 2010;20(8):1307–1320.
4. Vistad I, Bjørge L, Solheim O, Fiane B, Sachse K, Tjugum J, et al. A national, prospective observational study of first recurrence after primary treatment for gynecological cancer in Norway. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2017.
5. van Broekhoven MECL, de Rooij BH, Pijnenborg JMA, Vos MC, Boll D, Kruittwagen RF, et al. Illness perceptions and changes in lifestyle following a

gynecological cancer diagnosis: A longitudinal analysis. *Gynecol Oncol*. 2017.

6. Friedenreich CM, Gregory J, Kopciuk KA, Mackey JR, Courneya KS. Prospective cohort study of lifetime physical activity and breast cancer survival. *International journal of cancer*. 2009;124(8):1954–62.
7. Irwin ML, Smith AW, McTiernan A, Ballard-Barbash R, Cronin K, Gilliland FD, et al. Influence of pre- and postdiagnosis physical activity on mortality in breast cancer survivors: the health, eating, activity, and lifestyle study. *J Clin Oncol*. 2008;26(24):3958–64.
8. Fassier P, Zelek L, Partula V, Srour B, Bachmann P, Touillaud M, et al. Variations of physical activity and sedentary behavior between before and after cancer diagnosis: Results from the prospective population-based NutriNet-Sante cohort. *Medicine*. 2016;95(40):e4629.
9. Denis F, Yossi S, Septans AL, Charron A, Voog E, Dupuis O, et al. Improving Survival in Patients Treated for a Lung Cancer Using Self-Evaluated Symptoms Reported Through a Web Application. *American journal of clinical oncology*. 2017;40(5):464–469.



Vervekampanje

Vi oppfordrer våre medlemmer til å verve nye medlemmer. Vi ser at flere sykepleiere innen kreftomsorg kan ha nytte av å være med i vår faggruppe. For å være medlem i faggruppen må en være medlem i NSF: <https://www.nsf.no/faggrupper/kreftsykepleiere>.

De som har vervet mer enn fem medlemmer vil være med i trekning om å få dekket konferanseavgift til vår 19. landskonferanse i kreftsykepleie. Konferansen holdes i Sarpsborg, september 2019. Vi har reservert plass til den heldige vinneren.

«Jeg har vervet 5 medlemmer eller mer»
Send epost til tanja.alme@sula.kommune.no
Fortell hvor mange og hvem du har vervet.

Du kan verve ved å gå inn på ditt medlemskap på NSF/FKS sin web side:
<https://mittmedlemskap.nsf.no/Modules/MittMedlemskap/VervNyttMedlem.aspx>
Her kan du verve og få registrert hvor mange du har vervet.

Vervekampanjen varer fra september 2018 til mai 2019. Trekning vil bli lagt ut på vår facebook-side: Forum For Kreftsykepleie. NSF 's faggruppe.

For de som vil melde seg inn selv, følg lenken under: Send din påmelding til: medlems-tjenester@sykepleierforbundet.no

<https://mittmedlemskap.nsf.no/Modules/MittMedlemskap/NyttFaggruppemedlemskap.aspx>

Lykke til! ■



NSF's FAGGRUPPE
FORUM FOR KREFTSYKEPLEIE





Film skal gjøre det lettere å lære fagprosedyre

Det er laget ny fagprosedyre om tunnelert spinal- og epiduralkateter til smertebehandling hos palliative pasienter. Som et pedagogisk hjelpemiddel er det utviklet seks korte filmer som illustrerer ulike deler av prosedyren.

FAKTA

Av Kjersti Solvåg, kreftsykepleier, Medisin 1, Sunniva senter for lindrende behandling, Haraldsplass Diakonale Sykehus

Sebastian von Hofacker, seksjonsoverlege, Medisin 1, Sunniva avdeling for lindrende behandling, Haraldsplass Diakonale Sykehus, kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest

Kreftrelaterte smerter lindres i de fleste tilfeller godt med vanlige, smertestillende medikamenter, gitt på riktig måte og med god oppfølging. Hos noen pasienter der systemisk smertebehandling ikke strekker til eller gir uakseptable bivirkninger, kan smertebehandling via spinal- eller epiduralkateter gi stabil og effektiv lindring. Felles for smertebehandling med spinal- og epiduralkateter er at et lokalanestetikum og et opioid (vanligvis i blanding) eller andre medikamenter infunderes via et kateter nær inn mot ryggmargen. Kateteret tunneleres under huden, enten langs ryggen eller ut i flanken og frem på abdomen, og festes med suturer ved utstikkstedet (1). Til kateteret koples et filter. Kontinuerlig infusjon av medikament skjer via en programmerbar pumpe som er godkjent for formålet.

Smertebehandling med spinal- og epiduralkateter er avansert behandling som krever gode prosedyrer og tilstrekkelig kompetanse hos helsepersonellet som skal håndtere dette (2-5). For å sikre at pasientene får faglig forsvarlig pleie og behandling i tråd med beste tilgjengelige kunnskap, og redusere uønsket variasjon i praksis, er utarbeidelse av kunnskapsbaserte fagprosedyrer et viktig bidrag. Etter initiativ fra Nasjonalt nettverk for kunnskapsbaserte fagprosedyrer har en tverrfaglig arbeidsgruppe fra Haraldsplass Diakonale Sykehus og Haukeland universitetssjukehus utarbeidet en ny prosedyre for håndtering av tunnelert spinal- (intratekal-) og epiduralkateter til smertebehandling hos palliative pasienter (6).

Metode

Prosedyrer er utviklet etter metode og minstekrav for utarbeidelse av kunnskapsbaserte fag-

prosedyrer (7), som bygger på det internasjonale verktøyet The Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE) (8). Arbeidsgruppen har vært tverrfaglig sammensatt av kreftsykepleiere og anestesileger med lang erfaring med spinal- og epiduralkateter til smertebehandling. Hygienesykepleier har deltatt i deler av arbeidet. Systematiske litteratursøk er gjennomført av bibliotekar, og arbeidsgruppen har gjennomgått og vurdert kunnskapsgrunnlaget.

Til tross for et stort og omfattende litteratursøk fant vi for enkelte av spørsmålene begrenset med forskning og dermed få konkrete svar. Noen av anbefalingene bygger derfor på konsensus i arbeidsgruppen med bakgrunn i tilgjengelig litteratur og gruppens erfaring. Vi har redegjort for de konsensusbaserte anbefalingene i prosedyren. Før godkjenning og publisering ble det gjennomført en omfattende høringsrunde i det palliative fagmiljøet. Detaljer om arbeidsprosessen er dokumentert i PICO-skjema, dokumentasjon av litteratursøk og metoderapport, tilgjengelig som vedlegg til prosedyren (6).

Resultat

En kunnskapsbasert fagprosedyre som bygger på beste tilgjengelige, forskningsbaserte kunnskap, konsensus i gruppen og en omfattende høringsprosess er utviklet. Håndtering av tunnelerte spinal- og epiduralkateter har mye til felles og vi har derfor valgt å beskrive disse i samme prosedyre.

Prosedyrer har fire hovedkapitler:

- viktige generelle momenter
- observasjoner av komplikasjoner og bivirkninger

FAKTA

Fikk støtte fra FKS

Norsk Sykepleierforbund sin faggruppe Forum for kreftsykepleie (FKS) har gitt støtte til å lage de seks filmene som er omtalt i artikkelen.



PÅ NETT: Det er publisert seks filmer på nett som viser hvordan tunnelert spinal- og epiduralkateter skal brukes. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

- stell og bruk av spinal- og epiduralkateter
- planlegging av utreise

Observasjoner deles i overvåking etter innleggelse, observasjoner i stabil fase og observasjoner etter seponering. I kapittelet om stell og bruk av kateteret beskrives stell av innstikk- og utstikksted, filterskift og håndtering av utilsiktet frakopling. Siste kapittel omhandler planlegging og nødvendige forberedelser når pasienter skal skrives ut med smertebehandling med tunnelert spinal- eller epiduralkateter.

Prosedyren er supplert med et observasjonsskjema for dokumentasjon, samt informasjon om bivirkninger, komplikasjoner og tiltak. Observasjonsskjemaet inneholder også plass for nødvendig kontaktinformasjon 24/7. Som et pedagogisk hjelpemiddel er det utviklet seks korte filmer som illustrerer ulike deler av prosedyren. Filmene finner du på <https://helse-bergen.no/kompetansesenter-i-lindrande-behandling/palliasjon-verktoy-for-helsepersonell/tunnelert-spinal-eller-epiduralkateter>

Betydning for praksis

Fagprosedyren kan bidra til å sikre mer enhetlig og kunnskapsbasert håndtering av tunnelert spinal- og epiduralkateter til smertebehandling hos pasienter i palliativ fase, og gi økt trygghet for helsepersonell som har ansvar for behandling og oppfølging.

Vi håper at filmene kan være et godt supplement til prosedyren ved opplæring av helsepersonell. Dokumenter og filmer er tilgjengelige på nettsidene til Kompetansesenter i lindrande behandling Helseregion Vest (9), og prosedyren er delt via Fagprosedyrer på Helsebiblioteket (10). For

at du som helsepersonell skal kunne bruke prosedyren, må den være godkjent i ditt helseforetak (10).

Takk

Takk til arbeidsgruppens medlemmer og kolleger som har bidratt med viktige innspill underveis i arbeidet og i den formelle høringsprosessen. Takk for midler til fagutviklingstiltak fra Forum for kreftsykepleie, Norsk Sykepleierforbund, til produksjon av filmene. ■

Referanser

1. Fredheim OMS, Borchgrevink PC. Smertebehandling via intratekal- eller epiduralkateter og med nerveblokade. I: Kaasa S, Loge JH, red. Palliasjon: nordisk lærebok. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademiske; 2016. s. 440-50.
2. Myers J, Chan V, Jarvis V, Walker-Dilks C. Intraspinal techniques for pain management in cancer patients. Toronto; 2009. Evidence-Based Series 18-1.
3. Lov. 2.juli 1999 nr. 64 om helsepersonell (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (nedlastet 29.08.2018).
4. Camp-Sorrell D, editor. Access Device Guidelines: Recommendations for Nursing Practice and Education. 3. utg. Pittsburg: Oncology Nursing Society; 2010.
5. Chumbley G, Thomas S. Care of the patient receiving epidural analgesia. Nursing standard. 2010;25(9):35-40.
6. Solvåg K, Rosland JH, von Hofacker S, Størkson AW, Hevrøy O, Hunskaar I, m.fl. Tunnelert spinal (intratekal)- og epiduralkateter til smertebehandling hos palliative pasienter. Haraldsplass Diagonale Sykehus; 2017. Tilgjengelig fra: <http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/tunnelerte-spinal-o-...> (nedlastet 29.08.2018).
7. Helsebiblioteket. Metode og minstekrav for utarbeidelse av kunnskapsbaserte fagprosedyrer. Tilgjengelig fra: <http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/lage-og-oppdatere-fagprosed...> (nedlastet 29.08.2018).
8. AGREE Next Steps Consortium. The AGREE II Instrument 2009. Tilgjengelig fra: <https://www.agreetrust.org/> (nedlastet 29.08.2018).
9. Helse Bergen. Kompetansesenter i lindrande behandling. Tilgjengelig fra: <https://helse-bergen.no/kompetansesenter-i-lindrande-behandling> (nedlastet 29.08.2018).
10. Helsebiblioteket. Fagprosedyrer. Tilgjengelig fra: <http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer> (nedlastet 29.08.2018).



Et nytt midtpunkt i stua

Mange eldre opplever at hjemmetelefonen ikke ringer like ofte som før. Uten smarttelefon og nettbrett kan hverdagen være ensom. En ny norsk oppfinnelse kan gjøre en dårlig dag til en god – med én knapp.

Tekst **Cathrine Eide**, Kreftforeningen

Fra godstolen i stua på Nesodden kan 82 år gamle Lisbeth Randers-Pehrson strekke ut hånden og åpne verden. For ved siden av henne står en skjerm som ligner en gammel TV, og det første hun gjør om morgenen er å vri én knapp 90 grader på skjermen kalt KOMP. Da får hun innblikk i hverdagen til sine tre barn og fire barnebarn.

– Det er jo en gavepakke å skru den på. Barnebarnet mitt Nikolai jobber i Nederland og jeg får ofte fine bilder av kanalen i Amsterdam. Jeg fikk også masse bilder da han var på reise i Afrika og da familien sto på ski i vinterferien. Med KOMP får jeg vært med på opplevelsene uten å være der, forteller hun begeistret.

Maskinen er laget for at eldre uten smarttelefon kan ta del i familie og venners hverdag på en helt ny måte. Via en applikasjon kan nære og kjære bestemme hva som dukker opp på skjermen. Eldre kan få tilsendt bilder og meldinger som går i loop i en gitt periode, samt motta innkommende videosamtaler når skjermen er påskrudd.

– KOMP har uten tvil økt livskvaliteten min. Den beriker kontakten jeg har med familien min, og det kunne jo ikke vært gjort enklere, sier 82-åringen.

Sto ikke på ønskelisten

Barnebarnet Nikolai Aasen jobber i

selskapet No Isolation som har utviklet KOMP. Selskapet spesialiserer seg på å lage produkter som bekjemper ensomhet. Mormor Lisbeth hadde derfor hørt om maskinen før hun fikk den hjem i egen stue.

– Jeg er enslig, men ikke ensom, så da jeg hørte om KOMP tenkte jeg ikke at det var noe jeg trengte. På julaften stusset jeg over at det ble så lite pakker på meg. Jeg satt der og fikk bare noen småting helt til den siste og største gaven var til meg, sier hun og ler godt før hun fortsetter:

– Jeg ble veldig overrasket da jeg åpnet den og så at det var en Komp. Det var jo ikke akkurat noe jeg hadde ønsket meg, men det tok bare et døgn før jeg forsto hvor mye maskinen kom til å bety.

Kreft og ensomhet

I Norge er det 26 000 eldre som kun har kontakt med familie og slekt én gang i måneden eller sjeldnere. Yngre genera-

sjoner kommuniserer i en rasende fart, men bruker telefonen sjeldnere og sjeldnere til å ringe. Da er det mange eldre som faller utenfor.

Kreft kan føre til økt ensomhet (1). Faktisk er tre av ti over 80 år ensomme. Får de kreft rammer ensomheten enda flere. I takt med at vi stadig lever lenger får flere eldre kreft, og forskning viser at ensomhet kan få alvorlige konsekvenser for kreftbehandling. Det øker risikoen for at eldre ikke møter opp til behandling, ikke tar medisinen som de skal og motsetter seg livsviktig behandling.

Derfor inngikk Kreftforeningen et samarbeid med No Isolation for å utvikle KOMP. I 2017 ble maskinen testet i flere familier hvor en del av brukerne hadde en kreftdiagnose og var ufrivillig sosialt isolert.

Ideen om KOMP er bygget på postkortets konsept. Uten å være tilgjengelig eller pålogget til enhver tid skal eldre kunne holde seg oppdaterte og føle seg inkludert i familiens liv.

Kreftforeningen har 80 KOMPer tilgjengelig som kan lånes ut til eldre personer som alle har hatt kreft og som kan ha nytte av den til å opprettholde kontakten med sine nærmeste.

Familiealbum

I applikasjonen har alle familiemedlem-

«Kreftforeningen har 80 KOMPer som kan lånes ut til eldre personer.»



EN BERIKELSE: Det er helt fantastisk at barna og barnebarna mine plutselig dukker opp på skjermen i stua mi. Det er et eventyr faktisk, sier Lisbeth Randers-Pehrson. Foto: Tine Svae

«Det mest euforiske har vært å motta video-samtaler.»

mene oversikt over hva de andre sender av bilder og meldinger til 82-åringens KOMP. Det gjør at ikke bare Lisbeth, men også de andre blir godt oppdatert på hverandres liv.

– Her om dagen fikk jeg en telefon fra mamma som lurte på hvor i verden jeg var etter at jeg hadde sendt et bilde til mormors KOMP fra Wales i England, sier Nikolai Aasen og ler.

Én ting er å føle at man er tilstede på reiser og større begivenheter, men vel så viktig har det vært for Lisbeth å få bilde av noe så enkelt som en nyinnkjøpt sykkel. Det gjør at hun har mer å snakke med familien om når de har en samtale eller møtes. Men det mest euforiske har vært å motta videosamtaler.

– Det er helt fantastisk at barna og barnebarna mine plutselig dukker opp på skjermen i stua mi. Det er et eventyr faktisk. De har jo hektiske liv alle sammen så det å prate med dem der de befinner seg er helt unikt. Det gjør samtalen livlige, uformelle og innholdsrike. Videosamtaler er bedre enn telefonsamtaler fordi da kan jeg få komplimenter som «så fin du er på håret» når jeg akkurat har vært og

klippet meg. Sånt liker jeg, sier hun og smiler. ■

Referanser

1. SSB. 2009. Hvem er de ensomme? <https://www.ssb.no/soziale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/hvem-er-de-ensomme>

FAKTA

Tilgjengelig for utlån

Kreftforeningen har 80 KOMPPer tilgjengelig som kan lånes ut til eldre personer som har eller har hatt kreft, og som kan ha nytte av den til å opprettholde kontakten med sine nærmeste.

For mer informasjon:
Kreftforeningen.no/komp

▼ Dette legemidlet er underlagt særlig overvåking for å oppdage ny sikkerhetsinformasjon så raskt som mulig. Helsepersonell oppfordres til å melde enhver mistenkt bivirkning.

Keytruda «MSD»

Antineoplastisk middel.

ATC-nr.: L01X C18

C KONSENTRAT TIL INFUSJONSVÆSKE, oppløsning 25 mg/ml: Hvert hetteglass inneh.: Pembrolizumab 100 mg, L-histidin, L-histidinhydrokloridmonohydrat, sukrose, polysorb 80, vann til injeksjonsvæsker til 4 ml. **PULVER TIL KONSENTRAT TIL INFUSJONSVÆSKE, oppløsning 50 mg:** Hvert hetteglass inneh.: Pembrolizumab 50 mg, L-histidin, L-histidinhydrokloridmonohydrat, sukrose, polysorb 80. **Indikasjoner:** Melanom: Behandling av avansert (inoperabel eller metastatisk) melanom hos voksne. *Ikke-småceller lungekreft (NSCLC):* Førstelinjebehandling av metastatisk NSCLC hos voksne med tumor som uttrykker PD-L1 med $\geq 50\%$ «tumour proportion score» (TPS) uten EGFR- eller ALK-positiv mutasjoner i tumor. Behandling av lokalavansert eller metastatisk NSCLC hos voksne med tumor som uttrykker PD-L1 med $\geq 1\%$ TPS og som tidligere er behandlet med minst et kjemoterapiregime. Pasienter med EGFR- eller ALK-positiv mutasjoner i tumor skal også få måltrettet behandling for behandling kan starte. *Klassisk Hodgkins lymfom (cHL):* Behandling av voksne pasienter med residiverende eller refraktær cHL der behandling med autolog stamcelletransplantasjon (ASCT) og brentuximab vedotin (BV) har vært mislykket, eller som ikke er kvalifisert til transplantasjon og har hatt behandlingssvikt med BV. *Urothelial karsinom:* Behandling av lokalavansert eller metastatisk urothelial karsinom hos voksne som tidligere er behandlet med platinabasert kjemoterapi. Behandling av lokalavansert eller metastatisk urothelial karsinom hos voksne som ikke kan behandles med cisplatinbasert kjemoterapi og som har tumor som uttrykker PD-L1 med «combined positive score» (CPS) ≥ 10 . **Dosering:** Behandling må initieres og overvåkes av lege med erfaring i kreftbehandling. Behandling av pasienter med NSCLC eller tidligere ubehandlet urothelial karsinom skal baseres på uttrykk av PD-L1 i tumor, bekreftet med en validert test. **Voksne inkl. eldre:** Skal administreres som i.v. infusjon over 30 minutter hver 3. uke. Anbefalt dose er 200 mg. Pasienten bør behandles inntil sykdomsprogressjon eller til uakseptabel toksisitet. Atypiske responser er sett (f.eks. initial, forbigående vekst av tumor eller små nye lesjoner innen de første månedene, etterfulgt av at tumor krymper). For klinisk stabile pasienter med initiale tegn på sykdomsprogressjon, anbefales det å fortsette med behandling inntil sykdomsprogressjonen er bekreftet. *Tilbakeholdelse av doser eller permanent seponering:* Behandling av immunrelaterte bivirkninger som pneumonitt, kolitt, hepatitt, nefritt og endokrinopati, kan kreve utetalelse av en dose eller permanent seponering og innføring av systemisk høydosebehandling med kortikosteroider, eller i noen tilfeller, annen immunsuppressiv behandling. Behandling av hudreaksjoner kan kreve utetalelse av en dose eller permanent seponering. Behandling av andre immunrelaterte bivirkninger kan kreve utetalelse av en dose eller permanent seponering. For retningsslinjer for tilbakeholdelse eller permanent seponering, se SPC. **Spesielle pasientgrupper: Nedsatt leverfunksjon:** Ingen dosejustering ved lett nedsatt leverfunksjon. Studier ved moderat eller alvorlig nedsatt leverfunksjon mangler. **Nedsatt nyrefunksjon:** Ingen dosejustering ved lett til moderat nedsatt nyrefunksjon. Studier ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon mangler. **Barn og ungdom <18 år:** Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. Data mangler. Skal ikke brukes. **Okulært melanom:** Begrenset mengde data mht. sikkerhet og effekt ved okulært melanom. **Tilberedning/Håndtering:** Kan fortynnes i natriumkloridoppløsning 9 mg/ml (0,9%) eller glukoseoppløsning 50 mg/ml (5%), til en sluttkonsentrasjon på 1-10 mg/ml. For opplysninger om rekonstitusjon og tilberedning av infusjon, se pakningsvedlegg. Kun til engangsbruk. Hetteglass og/eller infusjonsposse tempereres til romtemperatur før bruk. Ubrukt legemiddel skal kastes i overensstemmelse med lokale krav. **Administrering:** Skal gis som i.v. infusjon over 30 minutter. Skal ikke gis som en i.v. trykk- eller bolusinjeksjon. Andre legemidler skal ikke gis samtidig i samme infusjonslinje. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Viktig at det benyttes en vel-validert og robust metodikk ved vurdering av PD-L1-status av tumor for å minimere falske negative eller falske positive påvisninger. Immunrelaterte bivirkninger er vanligst. De fleste, inkl. alvorlige reaksjoner, er reversible etter initiering av hensiktsmessig medisinsk behandling eller seponering. Bivirkninger etter siste dose har forekommet. Immunrelaterte bivirkninger som påvirker mer enn et kroppssystem kan forekomme samtidig. Ved mistanke om immunrelaterte bivirkninger må det gjøres en adekvat undersøkelse for å bekrefte etiologi eller ekskludere andre årsaker. Pasienten må overvåkes for tegn og symptomer på pneumonitt, kolitt, hepatitt, nefritt og endokrinopati. Avhengig av alvorlighetsgraden må pembrolizumab tilbakeholdes og kortikosteroid initieres. Når immunrelaterte bivirkninger ikke kan kontrolleres med kortikosteroider, kan andre systemiske immunsuppressiver vurderes. Behandlingen kan gjenopptas innen 12 uker etter siste dose dersom bedring av bivirkning til grad ≤ 1 vedvarer, og dosen med kortikosteroid er redusert til ≤ 10 mg prednison eller tilsv. pr. dag. Pembrolizumab må seponeres permanent ved enhver tilbakevendende immunrelatert bivirkning av grad 3 og for enhver immunrelatert bivirkning (toksisitet) av grad 4, med unntak av immunrelaterte endokrinopati som kontrolleres med hormonsubstitusjon eller ved hematologisk toksisitet (kun hos pasienter med cHL), der pembrolizumab tilbakeholdes inntil bivirkningene går tilbake til grad 0-1. Ved mistanke om alvorlige immunrelaterte hudreaksjoner må pasienten overvåkes og andre årsaker utelukkes. Avhengig av alvorlighetsgrad skal pembrolizumab tilbakeholdes eller seponeres permanent. Ved tegn eller symptomer på SJS eller TEN skal pembrolizumab tilbakeholdes, og pasienten henvises til spesialavdeling for vurdering og behandling. Ved bekreftet SJS eller TEN seponeres preparatet permanent. Forsiktighet utvises hos pasient med tidligere alvorlig eller livstruende hudbivirkning, tidligere behandlet med andre immunstimulerende kreftlegemidler. Risiko for transplantatavstøtning hos mottakere av solide organer kan øke og fordel/risiko bør vurderes hos disse pasientene. **Komplikasjoner av allogen hematopoetisk stamcelletransplantasjon (HSCT):** Pga. manglende data bør grundige vurderinger av potensiell nytte av HSCT og mulig økt risiko for transplantasjonsrelaterte komplikasjoner gjøres i hvert enkelt tilfelle hos pasienter med cHL som gjennomgår allogen HSCT. Vurder nytten av behandling med pembrolizumab og risiko for mulig GVHD hos pasienter med tidligere allogen HSCT. **Infusjonsrelaterte reaksjoner:** Ved alvorlige infusjonsreaksjoner skal infusjonen avsluttes og pembrolizumab seponeres permanent. Ved milde eller mo-

derate infusjonsreaksjoner kan behandlingen fortsette under tett overvåking. Premedisinering med antipyretika og antihistamin bør vurderes. **Sykdoms spesifikk forholdsregler:** Pasienter med urothelial karsinom som tidligere er behandlet med platinabasert kjemoterapi: Vurder pembrolizumabs forsinkede effekt for oppstart hos pasienter med dårligere prognostiske faktorer og/eller aggressiv sykdom. Pasienter med urothelial karsinom som ikke kan behandles med cisplatinbasert kjemoterapi og som har tumor som uttrykker PD-L1 med CPS ≥ 10 : Pga. manglende data og høy pasienter (f.eks. ECOG-status 3) bør fordel/risiko vurderes i hvert enkelt tilfelle. For spesifikke retningsslinjer for håndtering av bivirkninger, se SPC. **Biljøring og bruk av maskiner:** Pembrolizumab kan ha en liten påvirkning på evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Tilfeller av fatigue er rapportert. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon fra Legemiddelverket om relevante interaksjoner, se L01X C18. Ingen farmakokinetiske interaksjonsstudier er utført. Ingen metabolske legemiddelinteraksjoner er forventet siden pembrolizumab fjernes fra sirkulasjonen ved katabolisering. Bruk av systemiske kortikosteroider eller immunosuppressiver for oppstart av pembrolizumab bør unngås pga. potensiell interferens med farmakodynamisk aktivitet og effekten av pembrolizumab. Systemiske kortikosteroider eller andre immunosuppressiver kan imidlertid brukes etter oppstart for å behandle immunrelaterte bivirkninger. **Graviditet, amming og fertilitet:** **Graviditet:** Fertile kvinner må bruke sikker prevensjon under behandling og i minst 4 måneder etter siste dose. Ingen data på bruk hos gravide. Det er ikke utført dyrestudier mht. reproduksjonstoksicitet. Dyrestudier har vist at blokkade av PD-L1-signalet forstyrrer toleransen til fosteret og gir økt fosterdødd. Det er derfor en potensiell risiko for å skade fosteret, inkl. økt forekomst av abort og dødsfødsler. Humant IgG, krysser placentabarrieren. Anbefales ikke under graviditet, hvis ikke kvinnens kliniske tilstand nødvendigvis krever behandling. **Amming:** Overgang i morsmelk er ukjent. Antistoffer utskilles i morsmelk hos mennesker, og risiko for nyfødte/spedbarn kan derfor ikke utelukkes. Det må tas en beslutning om amming skal opphøre eller om behandlingen skal avsluttes/avstås fra, basert på nytte-/risikovurdering. **Fertilitet:** Kliniske data mangler. **Bivirkninger: Svært vanlige ($\geq 1/10$):** Gastrointestinale: Diaré, kvalme. Hud: Utslett¹, kløe¹, øyregne: Fatigue. **Vanlige ($\geq 1/100$ til $<1/10$):** Blod/lymfe: Anemi. Endokrine: Hypertyreose, hypotyreose¹. Gastrointestinale: Kollitt¹, oppkast, abdominalmøkk¹, forstoppelse, munntørrhet. Hud: Alvorlige hudreaksjoner¹, villigilo¹, tørr hud, erytem. Immunsystemet: Infusjonsrelatert reaksjon¹. Lufteveier: Pneumonitt¹, dyspné, hoste. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi, myositt¹, muskel- og skjelettsmerter¹, artritt¹, smerter i ekstremitetene. Neurologiske: Hodepine, svimmelhet, dysgeusi, øktskifte/er-næring: Nedsatt appetitt. Undersøkelser: Økt ALAT, økt ASAT, økt alkalisk fosfatase i blod, økt kreatinin i blod. Øvrige: Asteni, ødem¹, pyreksi, influensalignende sykdom, frysninger. **Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $<1/100$):** Blod/lymfe: Hypotroponi, trombocytopeni, leukopeni, lymfopeni, eosinofili. Endokrine: Hypofysitt¹, binyrebarksvikt, tyreoiditt. Gastrointestinale: Pankreatitt¹. Hjerter/kar: Myokarditt, perikarditt, perikarddefusjon, hypertensjon. Hud: Lichenoid keratose¹, psoriasis, alopeci, dermatitt, akneiform dermatitt, eksem, endret hårfarge, papel. Infeksjoner: Pneumoni. Lever/galle: Hepattitt¹. Muskel-skjelettsystemet: Seneskjedebetennelse¹. Neurologiske: Epilepsi, letargi, perifer neuropati. Nyre/urineveier: Nefritt¹. Psykiske: Insomni. Stoffskifte/ernæring: Diabetes mellitus type 1¹, hyponatremi, hypokalemi, hypokalsemi. Undersøkelser: Økt bilirubin i blod, økt amylase, hyperkalsemi. Øye: Uveitt¹, tørre øyne. **Sjeldne ($\geq 1/10000$ til $<1/10000$):** Blod/lymfe: Immun trombocytopenisk purpura, hemolytisk anemi. Gastrointestinale: Tynnarmperforasjon. Hud: Toksik epidermal nekrolyse, Stevens-Johnsons syndrom, erythema nodosum. Immunsystemet: Sarkoidose. Neurologiske: Guillain-Barrés syndrom, myastenisk syndrom¹, meningitt (aseptisk), encefalitt. **Ukjent frekvens:** Immunsystemet: Transplantatavstøtning av solide organer.

¹Termene representerer en gruppe av relaterte hendelser som beskriver en medisinsk tilstand fremfor en enkelthendelse.

Overdosering/Forgiftning: Data mangler. **Behandling:** Ved overdosering skal pasienten overvåkes nøye mht. tegn og symptomer på bivirkninger og adekvat symptomatisk behandling igangsettes. Se *Giftnormasjonens anbefalinger*: L01X C. **Egenskaper: Klassifisering:** Humanisert monoklonalt antiprogrammet celledod-1 (PD-1) antistoff (IgG₁/kappa isotype med en alternerende stabiliserende sekvens i Fc-regionen). **Virkningsmekanisme:** Bindes til programmet celledod-1 (PD-1)-reseptoren og blokkerer interaksjonen med ligandene PD-L1 og PD-L2. PD-1-reseptoren er en negativ regulator av T-celle-aktivitet, som er vist å være involvert i kontroll av T-cellenes immunrespons. Pembrolizumab forsterker T-celleresponsen (inkl. anti-tumorsresponsen) ved å blokkere bindingen av PD-1 til PD-L1 og PD-L2, som er uttrykt i antigenpresenterende celler, og mulig uttrykt i tumorceller eller andre celler i tumorens mikromiljø. **Absorpsjon:** C_{max} eller AUC eller doseproposjonalt innenfor doseringsintervallet for effekt. **Proteinbinding:** Bindes ikke på en spesifikk måte til plasmaprotein, som forventet for et antistoff. **Fordeling:** Vd_{ss}: Ca. 7,5 liter med koefisientvariasjon (KV%) på 20%. **Halveringstid:** Terminal t_{1/2}: Ca. 25 dager med KV% på 38%. C_{ss} ble nesten nådd ved 18 uker. Systemisk clearance: Ca. 0,2 liter/dag med KV% på 37%. Ved gjentatt dosering er clearance uavhengig av tid, og systemisk akkumulasjon er ca. 2,1 ganger ved administrering hver 3. uke. **Terapeutisk serumkonsentrasjon:** Median C_{min} ved 18 uker er ca. 21 µg/ml ved en dose på 2 mg/kg hver 3. uke og 28 µg/ml ved en dose på 200 mg hver 3. uke. **Oppbevaring og holdbarhet: Konsentrat til infusjonsvæske: For fortyning:** Oppbevares ved 2-8°C. Skal ikke fryses. Oppbevares i originalpakningen for å beskytte mot lys. **Etter fortyning:** Bør fra et mikrobiologisk synspunkt brukes umiddelbart. Skal ikke fryses. Skal ikke oppbevares >24 timer. Disse 24 timene kan inkludere opptil 6 timer ved romtemperatur ($\leq 25^{\circ}\text{C}$), oppbevaring i tillegg til dette må være ved 2-8°C. **Pulver til konsentrat til infusjonsvæske: For rekonstitusjon:** Oppbevares ved 2-8°C. Kan oppbevares utenfor kjøleskap ($\leq 25^{\circ}\text{C}$) i opptil 24 timer. **Etter rekonstitusjon:** Bør fra et mikrobiologisk synspunkt brukes umiddelbart. Skal ikke fryses. Skal ikke oppbevares >24 timer. Disse 24 timene kan inkludere opptil 6 timer ved romtemperatur ($\leq 25^{\circ}\text{C}$), oppbevaring i tillegg til dette må være ved 2-8°C. **Pakninger og priser: KONSENTRAT TIL INFUSJONSVÆSKE, oppløsning: 25 mg/ml 100 mg (hettegl.) kr. 38061,70. PULVER TIL KONSENTRAT TIL INFUSJONSVÆSKE, oppløsning: 50 mg 1 stk. (hettegl.) kr. 19153,60. Sist endret: 22.08.2018**

Referanser: 1. KEYTRUDA SPC august 2018, avsnitt 4.1, 4.2, 5.1. 2. Bellmunt J, de Wit R, Vaughn DJ, et al, for the KEYNOTE-045 Investigators. Pembrolizumab as second-line therapy for advanced urothelial carcinoma. N Engl J Med. 2017;376(11):1015-1026



MSD (Norge) AS, Pb. 458 Brakerøya, 3002 Drammen, tlf. 32 20 73 00, faks 32 20 73 10.

Indikasjoner for Keytruda® (pembrolizumab) innen urotelialkreft:



KEYTRUDA som monoterapi er indisert til behandling av lokalavansert eller metastatisk urotelialt karsinom hos voksne som tidligere er behandlet med platinabasert kjemoterapi.¹



KEYTRUDA som monoterapi er indisert til behandling av lokalavansert eller metastatisk urotelialt karsinom hos voksne som ikke kan behandles med cisplatinbasert kjemoterapi og som har tumor som uttrykker PD-L1 med "Combined Positive Score" (CPS) ≥ 10 .¹

Kaplan-Meier Estimates of Overall Survival

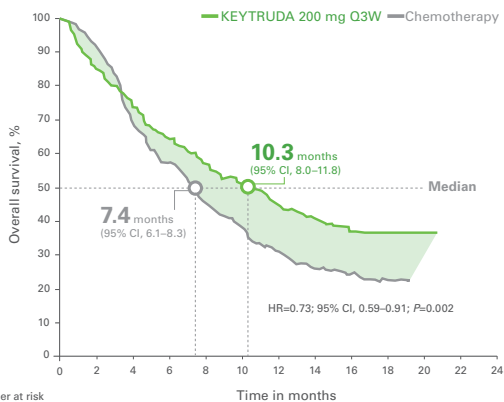
KEYNOTE-045 Phase 3 Trial:

KEYTRUDA® (pembrolizumab) Demonstrated Superior OS vs Chemotherapy^{1,2}

Study design: In this open-label, international, phase 3 trial, 542 patients with advanced urothelial cancer that recurred or progressed after platinum-based chemotherapy were randomly assigned to receive pembrolizumab at a dose of 200 mg every 3 weeks or the investigator's choice of chemotherapy with paclitaxel, docetaxel, or vinflunine. The coprimary end points were overall survival and progression-free survival.

Results: The median overall survival in the total population was 10.3 months (95% confidence interval [CI], 8.0 to 11.8) in the pembrolizumab group, as compared with 7.4 months (95% CI, 6.1 to 8.3) in the chemotherapy group (hazard ratio for death, 0.73; 95% CI, 0.59 to 0.91; $P = 0.002$). There was no significant between-group difference in the duration of progression-free survival in the total population (hazard ratio for death or disease progression, 0.98; 95% CI, 0.81 to 1.19; $P = 0.42$) or among patients who had a tumor PD-L1 combined positive score of 10% or more (hazard ratio, 0.89; 95% CI, 0.61 to 1.28; $P = 0.24$).

Graph adapted with permission from Bellmunt J de Wit R, Vaughn DJ et al. Pembrolizumab as Second-Line Therapy for Advanced Urothelial Carcinoma. *N Engl J Med.* 2017;376(11):1015–1026.



DOSERING OG ADMINISTRASJON: Anbefalt dose av KEYTRUDA til pasienter med urotelialt karsinom er 200 mg. KEYTRUDA skal administreres som intravenøs infusjon over 30 minutter hver 3. uke.¹

Utvalgt sikkerhetsinformasjon for KEYTRUDA® (Pembrolizumab)

KONTRAINDIKASJONER: Overfølsomhet overfor virkestoffet (pembrolizumab) eller overfor noen av hjelpestoffene (L-histidin, L-histidinhydroklorid monohydrat, sukrose, polysorbat 80).

FORSIKTIGHET UTVIKES VED: Immunrelaterte bivirkninger: pneumonitt, kolitt, hepatitt, nefritt, hypotyreose, hypertyreose, tyreoiditt, hypofysitt, type 1 diabetes mellitus, diabetisk ketoacidose, uveitt, artritt, myositt, myokarditt, pankreatitt, alvorlige hudreaksjoner inkludert SJS eller TEN, Guillain-Barrès syndrom, myastenisk syndrom, hemolytisk anemi, sarkoidose og encefalitt og alvorlig infusjonsrelaterte reaksjoner.

VIKTIGE INTERAKSJONER: Bruk av systemiske kortikosteroider eller immunsuppressiver før oppstart av pembrolizumab bør unngås på grunn av deres potensielle interferens med den farmakodynamiske aktiviteten og effekten til pembrolizumab. Systemiske kortikosteroider eller andre immunsuppressiver kan imidlertid brukes etter oppstart av behandling med pembrolizumab for å behandle immunrelaterte bivirkninger.

Før forskrivning av KEYTRUDA® les preparatomtalen.



MSD Oncology

MSD (Norge) AS, Pb. 458 Brakerøya, 3002 Drammen, tlf. 32 20 73 00, faks 32 20 73 10.

Copyright © 2018 Merck Sharp & Dohme Corp., a subsidiary of Merck & Co., Inc., Kenilworth, NJ, USA.

All rights reserved. ONCO-1258201-0001 09/18



19. landskonferansen i kreftsykepleie i Østfold

11.–13. september 2019

Quality hotel, Sarpsborg



NSF's FAGGRUPPE
FORUM FOR KREFTSYKEPLEIE

