



Kreftsykepleie

NR. 1-2012 • ÅRGANG 28

TIDSSKRIFT FOR KREFTSYKEPLEIERE

TEMA **Mat for syke**

- ✓ Ernæringsbehandling
- ✓ Svelgvansker
- ✓ Munnhuleproblemer
- ✓ Mat etter brystkreft

KREFTSYKEPLEIE blir gitt ut av Norsk Sykepleierforbunds faggruppe Forum for Kreftsykepleie, i samarbeid med Sykepleien. ISSN: 0804-0567

ANSVARLIG UTGIVER
NSFs Faggruppe Forum for Kreftsykepleie
v/leder Britt Ingunn Wee Sævig
www.sykepleierforbundet.no /kreftsykepleie

REDAKTØR
Marte Wolden
Tlf 95046121
marte.wolden@gmail.com

REDAKSJONSUTVALG
Marte Wolden, Åse Grøthe og Signe Øverland

MEDEMSANSVARLIG
Synøve Revling Holm
Tlf: 61172386/jobb 45214431
sy-holm@online.no

ANNONSEANSVARLIG
Sissel Hynne Moås
tlf. jobb74098424, mob 90894827
sissel.moaas@hnt.no

**MEDEMSREGISTRERING/
KONTINGENT**
NSFs FKS v/ Vibeche Fahsing
Vuggaveien 30
6510 Kristiansund
Tlf. 92 88 94 34
vibechef@broadpark.no

HJEMMESIDE:
www.sykepleierforbundet.no/
kreftsykepleie

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

DESKJOURNALIST
Johan Alvik
Tlf. 92 60 87 06
johan.alvik@sykepleien.no

LAYOUT
Björg Nordstrand
bjorg.nordstrand@sykepleien.no
Hilde Rebård Evensen
hilde.rebaard.evensen@sykepleien.no
Sissel Hagen Vetter
sissel.vetter@sykepleien.no

TRYKK: Color Print A/S

FORSIDEFOTO: Colourbox

Signerte artikler står for forfatter-
nes egen regning og ansvar.

ANNONSEPRISER

Størrelse	Enkeltann	Årsavtale*
1 1/2 side farge	kr. 12 000	kr. 35 000
1/1 side farge	kr. 8 000	kr. 25 000
1/2 side farge	kr. 6 000	kr. 15 000
1/4 side farge	kr. 4 000	kr. 10 000

* Årsavtale gjelder for 4 utgivelser.
Kontaktperson annonser: Sissel Hynne Moås, e-post: sissel.moaas@hnt.no



■ **8 LETT Å SPISE:** Riktig kosthold når pasienten har svelgsvanser.



■ **16 FOREBYGGENDE:** Kan mat redusere faren for tilbakefall etter brystkreft?

Innhold

NR. 1-2012 • ÅRGANG 28



**«Økt inntak
av frukt og bær
kan forebygge
flere kreft-
typer.»**

Kostråd side 16

4 Nyttig på nett

5 **LEDER:** Britt Ingunn Wee Sævig og Marte Wolden

8 Mat for pasienter med svelgvansker

16 Kostråd etter brystkreftbehandling

22 Munnhuleproblemer ved kreftbehandling

30 Ernæringsbehandling kan hindre vekttap

35 Utdeling av stipend

FASTE SPALTER

6 Smånytt

13 Aktuelle bøker

21 **TILBAKEBLIKK:** Wenche Foss som foreleser

27 På plakaten

30 **MAT FOR LIVET:**
Riktig ernæring hindrer
vekttap.





REDAKTØR: Marte Wolden



LEDER: Britt Ingunn Sævig

Vi skal gjøre vårt beste

Velkommen til første utgave av Kreftsykepleie i 2012. I skrivende stund er det overgang mellom januar og februar, dagene har begynt å bli lengre, og snart aner vi mer varme i luften. FKS har fått nytt hovedstyre, og vi er i startgropen av dette viktige og interessante arbeidet vi har tatt på oss. Vi skal gjøre vårt beste for å ivareta de ulike styrevervene. Ny kontaktinformasjon om de ulike funksjonene i styret finnes både her i bladet og på websiden, og vi vil gjerne at du som medlem tar kontakt med oss og holder oss orientert om det som skjer rundt omkring i landet. FKS har nå cirka 1500 medlemmer og det gjøres mye nyttig, kreativt og godt arbeid av dere alle – både i sykehus og kommuner.

Dette nummeret har fokus på ernæring, og vi håper dere vil finne både inspirasjon og kunnskap som er anvendelig i arbeidshverdagen. Artiklene omhandler kosthold og kreft, ernæringsproblemer og tiltak. Forskning viser at omkring 30 % av kreftpasienter har problemer med underernæring. Både kreftsykdom i seg selv – og kreftbehandling gjør at våre pasienter ofte opplever ernæringsproblemer som appetittløshet, vekttap, kvalme, diaré, munn- og svelgproblemer med mer. I følge «Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring» skal alle pasienter og beboere innenfor primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten jevnlig vurderes for ernæringsmessig risiko. Målet med retningslinjene er at underernærte og personer i risikozonen blir identifisert og får en målrettet ernæringsbehandling. Her har vi fremdeles en jobb å gjøre innenfor vårt fagfelt.

Den nye samhandlingsreformen er i sin spede begynnelse. Det er fortsatt mye som skal formes og tilpasses før reformen kan bidra, slik den er tenkt, til en mer helhetlig pleie og omsorg for pasienter og pårørende. Vi

som er sykepleiere har høy tillit i befolkningen og vi vet at vi har en svært viktig rolle i reformen når det kommer til kvaliteten på helsehjelp og det arbeidet vi utfører. Som kreftsykepleiere skal vi ivareta flere funksjoner. Vi skal følge pasienten gjennom hele pasientforløpet. Vi skal være der og gi informasjon, opplæring, behandling, støtte, råd og veiledning og slik bidra til mestring hos hver enkelt – fra de første bekymringer blir stadfestet til, for noen, avslutningen på livet.

Skal samhandlingsreformen fungere må vi lytte til hverandre fra de forskjellige ståstedene, og det blir enda viktigere enn tidligere å ha forståelse og interesse for ulike områder og nivåer i systemet, slik at vi sikrer gode samarbeidsrutiner. Vi må utveksle kunnskap og kompetanse, være kritiske når nye tiltak foreslås og igangsettes, og sammen verne om og løfte faget vårt til det beste for de som blir syke og deres omgivelser.

FKS er stolt over å være med i et pilotprosjekt i 2012 – der vi i samarbeid med «Sykepleien» vil jobbe for å lage et godt tidsskrift fire ganger i året. Hovedstyret oppfordrer dere alle til å lese bladet og gi tilbakemeldinger. Vi oppfordrer dere også til å bidra med artikler – både fra den kliniske hverdag, fra prosjekter i sykehusavdelinger og i den kommunale helsetjeneste og fra ulik forskning som gjøres rundt i landet.

Vi ønsker også at dere aktivt bruker websiden <https://www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/kreftsykepleiere>. Her finner du handlingsplanen fra 2012 til 2014, og referater fra hovedstyrets møter vil jevnlig bli lagt ut.

Send gjerne inn nyheter om det som skjer på ditt hjemsted og i ditt lokallag!

Med ønske om en fin vår,

Marte Wolden

ANSVARLIG REDAKTØR

Britt Ingunn Sævig

LEDER FKS

140 000 tilbys screening

I Helse Sørøst settes det nå i gang et pilotprogram for screening mot tarmkreft. Rundt 140 000 kvinner og menn mellom 50 og 74 år som er folkeregistrert i Østfold og deler av Buskerud og Akershus får tilbud om å delta i programmet. Hensikten med screeningprogrammet er å oppdage kreft og forstadier til kreft i tarmen på et så tidlig stadium som mulig. To screeningsentre er opprettet ved Moss og Bærum sykehus. Gjennom et fireårig program skal man finne fram til hvordan et nasjonalt screeningprogram bør organiseres. Pilotprogrammet er et forprosjekt for et nasjonalt screeningprogram.

Kilde: Helsedirektoratet

Deprimert av mye jobb

Sannsynligheten for å utvikle alvorlig depresjon dobles dersom en person jobber 11 timer eller mer daglig, sammenlignet med folk som jobber sju eller åtte timer. Det viser ny studie ved Finnish Institute of Occupational Health.

Kilde: Forskning.no

SMÅNYTT

Aldersgrense på solarium

Fra 1. juli i år er det 18-års aldersgrense for bruk av solarium. Internasjonal forskning viser at solari bruk innebærer økt risiko for føflekkreft, særlig når bruken starter i tidlig ungdom og ved langvarig og hyppig bruk. Norge er et av de land i verden som har flest tilfeller av føflekkreft i forhold til befolkningsstørrelsen.

Kilde: Kreftegisteret.no



«Hvordan kan det ha seg at alt jeg liker, fører til kreft hos mus?»

Majolin Pierre

Kreft av bearbeidet kjøtt

Å spise bearbejdede kjøttprodukter som pølse eller leverpostei øker risikoen for kreft i bukspyttkjertelen, ifølge svenske forskere. Jo mer man spiser, desto mer øker kreftfaren, og risikoen øker med nesten 20 prosent for hvert 50. gram bearbejdet kjøtt en person spiser om dagen.



Det er ikke kjøttet i slike produkter i seg selv som øker kreftrisikoen, men de stoffene som tilsettes for å øke holdbarhetstiden.

I 2009 var det 691 mennesker som fikk bukspyttkjertelkreft i Norge, ifølge krefeforeningen.no.

Kilde: Forskning.no

Mange psykisk syke

En ny undersøkelse blant EU-borgere viser at en tredjedel av den europeiske befolkningen antas å rammes av en eller annen form for psykisk lidelse hvert år. Angstlidelser, søvnløshet og depressiv lidelse er blant de hyppigst forekommende lidelsene. Undersøkelsen er utført av en gruppe forskere fra Tyskland. Norge var inkludert i studien.

Kilde: Psyknytt/The Mental Elf

Følg Sykepleien på Twitter



Både Sykepleien og Sykepleien Forskning er nå på Twitter.

På @Sykepleien1, twitter redaksjonens journalister. På @Sforskning, er det forskningsredaktør og redaksjonssekretær som twitter.

For å kunne følge med på Twitter, må du melde den inn på twitter.com.

Kartlegger forskjeller i overlevelse

Krefregisteret skal se nærmere på omfanget av og årsaker til de geografiske forskjeller i kreftoverlevelse som finnes i Norge. Studien vil basere seg på data Krefregisteret har for overlevelse av kreft i hvert fylke. Studien vil også ha et sterkt internasjonalt fokus, idet Krefregisteret vil sammenligne overlevelsen av endetarmskreft i Norge med land i Afrika, Asia og Mellom-Amerika.

Kilde: Krefregisteret.no

Tekst Johan Alvik Foto Colourbox

Dårligere råd etter kreft

De fleste i Norge som overlever kreft, får en lavere inntekt etterpå. I gjennomsnitt blir totalinntekten redusert med sju prosent sammenlignet med jevnaldrende uten kreft. Totalinntekten inkluderer all inntekt personen får, også trygd og andre ytelser fra det offentlige. Forskjellene mellom ulike grupper er store: Mens menn i fortiaårene som har barn, lang utdanning og høy inntekt, ikke hadde noen nedgang i totalinntekten etterpå, opplevde lavt utdannede og barnløse menn på samme alder at inntekten nærmest ble halvert. For kvinner er ikke forskjellene like store. Det viser en artikkel fra forsker Astri Syse ved Krefregisteret og Marianne Tønnessen som ble publisert i Acta Oncologica.

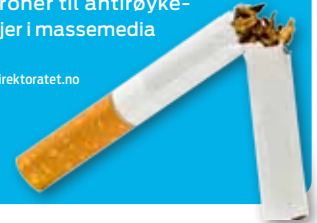
Kilde: Krefregisteret.no



Støtter kampanjer mot røyk

Reklamekampanjer som viser helse-skader som følge av røyking har bred støtte i befolkningen. 77 prosent sier de er for slike kampanjer i en undersøkelse Sentio Research gjorde for Helsedirektoratet i november 2011. Regjeringen har bevilget 19 millioner kroner til antirøyke-kampanjer i massemedia i 2012.

Kilde: Helsedirektoratet.no



Sykehusekspertenes 10 bud

En ekspertgruppe nedsatt av barneombudet har utarbeidet 10 bud for hvordan leger og andre fagpersoner skal snakke med barn på sykehus. Gruppen består av barn som har vært mye på sykehus.

1. Barn vil ha informasjon fra fagpersoner, ikke bare foreldrene sine.
2. Barn skal ha all informasjon, men ikke skrem dem.
3. Gi informasjon som også barnet forstår.
4. Spør, vær interessert og snakk hyggelig.
5. Ikke stress og ikke snakk så fort.
6. Vær positiv, rolig og vennlig.
7. Ikke bruk forkortelser.
8. Snakk kort og greit, men ikke latin.
9. La voksne også få høre det når barna får informasjon (så kanskje de også skjønner).
10. Ikke lov 100 % garanti, for det kan man ikke love.

Kilde: Legeforeningen.no



Hjelp til pasienter m

Svelgevansker kan få alvorlige følger, som underernæring og aspirasjon. Det er derfor viktig å tilrettelegge maten til pasienten.



■ Av Malene Slott, klinisk ernæringsfysiolog, Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken, Oslo universitetssykehus.

Dysfagi betyr svelgevansker og innebærer at en har problem med å føre mat og drikke fra munn til magesekk på grunn av vansker med å tygge og/eller svelge [1]. Forekomsten av svelgevansker blant kreftpasienter varierer med diagnose, stadium og behandling [2], men generelt er dette et problem i forbindelse med kreft i øre-, nese-, halsregionen og i spiserøret. Svelgevansker kan også oppstå i forbindelse hjernemetastaser eller svulster i sentralnervesystemet [3]. Det er vanskelig å tallfeste hvor utbredt svelgevansker er i forbindelse med kreft, men det er vist at 85 % av pasienter med kreft i spiserør har svelgevansker ved diagnose og at problemet øker under behandling [4]. Det er også vist at 22-48 % av pasienter som har fått postoperativ strålebehandling eller strålebehandling kombinert med kjemoterapi i forbindelse med kreft i øre-, nese- og halsregionen, utvikler svelgevansker som en senefekt av behandlingen [5;6]. I tillegg vet en at kreft i stor grad rammer eldre mennesker som på grunn av aldringsprosessen allerede kan ha svelgeproblemer når kreftdiagnosen stilles. Rundt 30 % av eldre hjemmeboende over 80 år har svelgevansker, kanskje først og fremst på grunn av neurodegenerative sykdommer [7]. Med alderen blir tungefunksjonen svakere og svelgesresponsen langsommere [1]. Svikt i selve munn-, tunge- og svelgemuskulatur eller nerveledningen til muskulaturen er de vanligste årsakene til svelgevansker. Hos kreftpasienter kan årsaken også være at svulsten hindrer passasje eller bivirkninger av behandling som nedsatt spyttproduksjon, såre slimhinner og munntørrehet [3].

Konsekvenser av svelgevansker

Når pasienten ikke klarer å svelge mat eller drikke på en tilfredstillende måte, er det stor risiko for aspi-

rasjon [2;3;8]. Dette kan igjen resultere i gjentatte infeksjoner, pneumonier og føre til død. Forekomsten av aspirasjon blant pasienter med kreft i øre-, nese-, hals-regionen er vist å ligge på ca 20 % før behandling og øker til ca 50 % etter behandling [9]. Pasienter med svelgeproblem kan også utvikle underernæring og vekttnap samt forstyrrelser i kroppens vann- og elektrolyttbalanse [8-10]. I tillegg til dette opplever en del pasienter sikling, hosting og surking i forbindelse med måltider som kan være sosialt hemmende, føre til at de isolerer seg hjemme og bidra til redusert livskvalitet [3;11]. Det er derfor viktig at helsepersonell er oppmerksomme på disse problemene, og bidrar til å kartlegge eventuelle svelgevansker hos pasienter som har problem med å få i seg mat. Et tverrfaglig team der sykepleier, ernæringsfysiolog og logoped inngår bør ta del i oppfølging og behandling av pasientgruppen.

Normal svelging

For friske personer er svelging en selvfølgelighet som skjer nærmest ubevist [12]. I virkeligheten er svelging en kompleks fysiologisk prosess for å transportere spytt, mat og drikke fra munnhulen til magesekken. Svelging består av flere nevro-muskulære prosesser stimulert av sensoriske reseptorer i munnhulen. Mer enn 25 forskjellige muskler i munnhule, svelg, strupehode og spiserør er involvert i svelgeprosessen som er koordinert fra hjernen. Selve prosessen er en kombinasjon av viljestyrte bevegelser og reflekser.

Når vi spiser, bearbeides maten i munnen og formes til en klump og vi opplever matens smak, konsistens og temperatur [13]. Ved hjelp av tungen føres maten bakover mot svelget. Bakerst i munnen utløses svelgereflexen slik at den bløte gane og stru-

ed svelgevansker

pehodet løftes, og strupelokket lukker luftveiene. Maten blir rytmisk presset ned i det muskulære spiserøret og derfra ned i magesekken. Normal svelging fra munnhulen til magesekken tar ca. 10 sekunder. Forstyrrelser i en av fasene i svelgingen kan resultere i svelgevansker [12].

Utredning av svelgevansker

Tidlige tegn på svelgevansker er irritasjon i halsen etter et måltid, gjentatte luftveisinfeksjoner, dårlig ånde som følge av at matrester samler seg i munn og grøtete stemme [8]. Andre vanlige tegn på svelgevansker er sikling og problem med å svelge eget spytt, hosting og harking i forbindelse med måltider samt følelse av at maten sitter fast i halsen. Dersom en har svelgevansker fører det ofte til at spisingen tar betydelig lenger tid enn normalt og mange opplever at de blir slitne før de får spist seg mette. Tabell 1 gir en oversikt over typiske tegn på svelgevansker.

I utredningen av svelgevansker inngår en gjennomgang av sykehistorie og symptomer [14;15]. Dernext foretas en oral undersøkelse, herunder

LETTSPIST: Det er viktig at pasienter som har problemer med å spise vanlig mat, får næringsrike måltider som de klarer å spise uten stort besvær. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

en undersøkelse av ansikts-/ munnmotorikk. For å vurdere svelgefunktjonen gjøres en svelgetest. Om nødvendig foretas en tilleggsundersøkelse av svelgefunktjonen med videofluoroskopi (røntgenfilming med digitalt videoopptak av svelgeprosessen med kontrast). Undersøkelse av svelgefunktjonen

løsning kan derfor være å bytte brødskeer med ulike typer grøt. Til middag kan en tilby mat som lar seg mose og ekstra saus. Det bør også nevnes at munnstell og god tannhygiene er svært viktig ved munntørrethet for å unngå tannrøte. Munnen bør reingjøres etter hvert måltid og det bør brukes fluor skyllevann eller tabletter. Tabell 2 oppsummerer kostrådene.

«Det er viktig at en kartlegger svelgevansker før kreftbehandling starter.»

bør utføres av en logoped eller annen faglig kyndig person. Svelgevansker kan deles inn i ulike grader: normale, minimale, lette, lette til moderate, moderate og alvorlige. Det er viktig at en kartlegger svelgevansker før kreftbehandling starter og at de pasienter som har svelgevansker får en vurdering av svelgefunktjonen etter primærbehandlingen [16].

Kostråd ved munntørrethet

I forbindelse med munntørrethet kan en forsøke å stimulere spyttsekresjonen ved hjelp av usøtete drops, sukkerfri tyggegummi, suge på isbiter (evt. laget av fruktjuice), tygge på frosne bær eller drikke vann med litt presset sitron [17;18]. Hyppig skylking av munnen med lunkent saltvann gir god spytterstatning. Saltvannsopløsningen kan en lage selv ved å løse opp en teskje koksalt i en liter vann. Det er først og fremst brødmat som kan bli ubehagelig å spise når munnen føles tørr. En

Kostråd ved såre slimhinner i munn, svelg eller spiserør

Sårhet i slimhinnene kan være smertefullt. Så vel munnhulen, gommene, svelget og spiserøret kan være berørt. Mat og drikke kan irritere en allerede sår slimhinne og vanskeliggjøre både tygging og svelging. Tilpassing av matens konsistens er viktig, men også det å velge matvarer og ingredienser som er skånsomme mot en irritert slimhinne har betydning for å lindre og redusere plagene [17;18]. Matens konsistens må individualiseres ut fra hvor sår slimhinnen er. Konsistensen kan enten være findelt, moset eller flytende. Graden av findeling må tilpasses den enkelte. For noen pasienter kan det være tilstrekkelig at maten er så myk at den kan moses med gaffel, for andre må maten være fint delt opp. Det er stor risiko for at pasienter med såre slimhinner reduserer matinntaket som følge av disse plager. Små hyppige måltider med energi- og proteinrik kost er derfor nødvendig for å dekke energibehovet. Maten bør berikes med ekstra kremfløte, olje eller smør, og med berikingspulver (f.eks. Resource energipulver, Nutrison powder m.m.) fra apotek/bandagist. Næringsdrikker, unntatt de syrlige saftbaserte variantene, kan også øke energiinntaket. Tabell 3 oppsummerer kostrådene.



TABELL 1. Oversikt over typiske tegn og symptomer ved svelgevansker [8;13;15]

Sikling
Problemer med å svelge eget spytt
Munntørrethet
Økt slimproduksjon
Hosting og harking før/under/etter svelgingen
Forlenget tid fra pasienten slutter å tygge til svelgingen begynner
- Væske over tre sekunder
- Fast føde over 10 sekunder
Følelsen av at maten sitter fast i halsen
Smertes i brystregionen under eller etter måltidet
Gjentatte luftveisinfeksjoner eller lungebetennelser

TABELL 2. Oversikt over kostråd ved munntørrethet [17;18]

Rikelig med drikke og alltid drikke til maten, minimum 2 liter væske daglig.
- Forslag til drikke: sure melketyper (kefir, Cultura, Biola, drikke yoghurt), vann med sitron, ripsaft, juice av sitrusfrukter og andre tropiske frukter, grønnsaksjuice, sportsdrikker, buljong og te med sitron.
Mat med bløt eller myk konsistens som grøter og eggeretter. Middagsmat kan blandes med mye saus, rømme, kraft eller lignende. Salater blandes med mye dressing.
Hermetisk frukt kan være lettere å spise enn frisk frukt
Sukkerfri tyggegummi eller sukkerfrie pastiller, syrlige drops, isbiter eller ananasbiter og frosne bær stimulerer spyttsekresjonen.
Hyppig tannpuss og fukting av munnen med vann.



Kostråd ved svelgevansker

Målet med ernæringsbehandlingen når pasienten har svelgevansker, er å hindre aspirasjon og underernæring samt å bidra til at måltidet blir en god opplevelse for pasienten. I denne forbindelse er det viktig å sørge for at mat og drikke får riktig konsistens og dermed bidra til økt energiinntak og forebygge underernæring [19]. Konsistensen på maten må tilpasses individuelt og avhenger av svelgeproblemet noe som i praksis betyr at den kan være alt fra findelt til bortimot flytende [8]. Generelt kan en imidlertid si at pasienter som ofte hoster eller får pustevansker når de spiser bør slippe å få mat som smuler eller inneholder væske med klumper som cornflakes med melk eller kjøttsuppe. Andre generelle råd er ikke å blande mat og drikke i samme munnfull og å svelge en gang ekstra for å unngå at matrester samler seg i munnhulen og setter seg fast. I det hele tatt er det viktig å tygge godt og bruke god tid på måltider. Det kan være nødvendig å ha tilsyn mens en spiser, spesielt ved uttalte symptomer. Det er viktig å ha ro rundt måltidet, god sittestilling og sitte oppreist i stolen med hodet lett framoverbøyd [13;15].

Riktig konsistens

I mange tilfeller er det nok å påse at maten er myk nok til å bli moset med gaffel. Mye saus mykner opp maten og gjør den lettere å findele eller mose. Mat som smuler, for eksempel ris, råkost og rundstykker, er problematisk for enkelte [13]. Kokte poteter smuler også og kan derfor være en utfordring. I de tilfeller biter av mat blir liggende igjen midt på tungen eller i ganen, bør maten få en kvernet eller



ENKELT Å SPISE: Konsistensen på maten på tilpasses pasientens behov, ut fra hvor godt personen kan svelge. En puré av grønnsaker kan være et godt alternativ til kokte grønnsaker. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

moset konsistens. Denne konsistensen er også egnet dersom maten ofte setter seg fast i halsen [20].

Om en tilsetter fortykningsmiddel til moset mat, blir konsistensen bløt men samtidig fast og sammenhengende. Konsistensen minner om havregrøt og en kaller det ofte geleringskost. Gelatin og potetmel egner seg som fortykningsmiddel, men en kan også få kjøpt spesialprodukter på apoteket (Thickenup, Nutilis). Geleringskost kan være riktig konsistens for pasienter som kremter og hoster mye før eller under

TABELL 3. Oversikt over kostråd ved såre slimhinner i munn, svelg eller spiserør [17;18]



En munnfull kremfløte med lokalbedøvende middel før måltidet lindrer smerter ved matinntaket. En munnfull kremfløte flere ganger om dagen kan lindre sårhet.

Kald eller romtemperert mat og drikke. Bruke sugerør til å drikke med.

Mat som er findelt, moset eller flytende.

Middagsmat blandet med smør, kraft eller saus slik at den blir lett å svelge.

Mildt krydret mat. Mat tilbredd uten salt slik at den som skal spise kan salte selv.

Brødskiver uten skorpe eller grøt og suppe i stedet for brød.

Mat som ikke irriterer og er lett å svelge; banan, hermetiske pære, fromasj, pudding, iskrem, kesam, cottage cheese, ost, eggerøre, omelett, potetmos og makaroni.

Mat som ofte irriterer; sitrusfrukter og annen syrlig frukt, tomat, syltet agurk og mat med harde kanter (knekkebrød, ristet brød, potetgull), kullsyre, alkohol.

Hyppig munnskylling med vann eller fysiologisk saltvann for å fjerne matrester og bakterier og for å fremme helingen av slimhinnen.

svelging av tyntflytende føde. Pasienter som sliter med problemer med å bevege tungen og treg svelging på grunn av redusert muskelstyrke og nedsatt rørlighet i spiserør bør også få geleringskost.

Hos pasienter med passasjehinder i spiserør må matens konsistens ofte gradvis tilpasses endringer i passasjehinderets størrelse. Ofte endres konsistensen gradvis fra findelt mat til moset mat og videre til flytende kost. Flytende kost er mat som er moset i hurtigmikser slik at den får en konsistens som en tykk, glatt saus og kanskje tilsatt ekstra væske.

For mange med svelgevansker kan flytende kost lett gå i «vrangstrupen», og føre til pusteproblemer og aspirasjon. Dette er typisk for pasienter med nevrologiske påvirkning [20]. På lik linje med flytende kost kan drikke være vanskelig å svelge. For å hindre aspirasjon bør en benytte fortykningsmiddel til en oppnår en tykkelse som den enklete synes det er greit å svelge. I forbindelse med drikke deler en ofte inn i nektar, honning eller pudding konsistens[19].



Illustrasjonsfoto: Colourbox

MUNNTØRRHET:

Pasienter som er plaget av munntørrhet bør ha tilgang til friskt vann.

Dekke energibehovet

Personer som benytter ulike grader av konsistensbearbeidet mat kan få problem med å få nok energi eller kalorier [8]. Når maten får puré konsistens eller blir flytende, øker væskeinnholdet og dette

tynner ut næringsinnholdet. Økt væskeinnhold fører til økt volum noe som igjen gjør at mange blir mett lenge før energibehovet er dekket. De fleste med svelgeproblemer har derfor behov for energiberikning. Energi finnes i konsentrert form i fett og sukker. Jevnede supper kan berikes med en skvett kremfløte og eventuelt tørrmelk. Næringsdrikker i tillegg til maten en spiser, kan bidra med ekstra energi, vitaminer og mineraler. En person med svelgevansker bør også innta kun små mengder mat og drikke om gangen, og heller spise flere små måltider om dagen for å øke energi- og væskeinntaket [8;19]. For personer med uttalte svelgeproblemer eller fistler kan det være nødvendig å få lagt ned en ernæringssonde fordi det krever for mye å få dekket energibehovet gjennom maten. ■

Kilder:

- Clave P, Rofes L, Arreola V, Almirall J, Cabre M, Campins L, Garcia-Peris P, Speyer R (2011) Diagnosis and management of oropharyngeal dysphagia and its nutritional and respiratory complications in the elderly. *Gastroenterology Research and Practice*, 2011 Article Number: 818979.
- Platteaux N, Dirix P, Dejaeger E, Nuyts S (2010) Dysphagia in Head and Neck Cancer Patients Treated with Chemoradiotherapy. *Dysphagia* 25:139-152.
- Lister R (2006) Oropharyngeal dysphagia and nutritional management. *Current Opinion in Gastroenterology* 22:341-346.
- Jatoi A, Foster N, Johnson P, Klee G, Quevedo JF, Morton RF, Nair S, Kardinal CG, Mailliard JA (2004) Investigating four "myths" surrounding dysphagia in patients with metastatic esophageal cancer. A multi-institutional study from the North Central Cancer Treatment Group*. *Diseases of the Esophagus* 17:292-296.
- Nguyen NP, Moltz CC, Frank C, Karlsson U, Nguyen PD, Vos P, Smith HJ, Dutta S, Nguyen LM, Lemanski C, Chan W, Sallah S (2006) Dysphagia severity following chemoradiation and postoperative radiation for head and neck cancer. *European Journal of Radiology* 59:453-459.
- Caudell JJ, Schaner PE, Meredith RF, Locher JL, Nabell LM, Carroll WR, Magnuson JS, Spencer SA, Bonner JA (2009) Factors Associated With Long-Term Dysphagia After Definitive Radiotherapy for Locally Advanced Head-and-Neck Cancer. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics* 73:410-415.
- Serra-Prat M, Hinojosa G, Lopez D, Juan M, Fabre E, Voss DS, Calvo M, Marta V, Ribo L, Palomera E, Arreola V, Clave P (2011) Prevalence of oropharyngeal dysphagia and impaired safety and efficacy of swallow in independently living older persons. *Journal of the American Geriatrics Society* 59:186-187.
- Kemp S (2001) Restoring pleasure: nutritional management of dysphagia. *British journal of community nursing* 6:284-289.

- Nguyen NP, Frank C, Moltz CC, Vos P, Smith HJ, Bhamidipati PV, Karlsson U, Nguyen PD, Alfieri A, Nguyen LM, Lemanski C, Chan W, Rose S, Sallah S (2006) Aspiration rate following chemoradiation for head and neck cancer: An underreported occurrence. *Radiotherapy and Oncology* 80:302-306.
- Kubrak C, Olson K, Jha N, Jensen L, McCargar L, Seikaly H, Harris J, Scrimger R, Parliament M, Baracos VE (2010) Nutrition impact symptoms: Key determinants of reduced dietary intake, weight loss, and reduced functional capacity of patients with head and neck cancer before treatment. *Head and Neck* 32:290-300.
- Nguyen NP, Frank C, Moltz CC, Vos P, Smith HJ, Karlsson U, Dutta S, Midyett A, Barloon J, Sallah S (2005) Impact of dysphagia on quality of life after treatment of head-and-neck cancer. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics* 61:772-778.
- Ickenstein GW (2011) Diagnosis and treatment of neurogenic dysphagia. *Uni-Med Science*.
- Oslo universitetssykehus. Dysfagi, spise- og svelgevansker. 2012.
- Sunnaas sykehus HF. Dysfagi-hva er det? 1-1-2012. 23-1-2012: Online Source
- Herland, Grethe, Herland, Grethe, and Olsen, Cecilie. Dysfagi. Kartlegging og tilrettelegging. 2008: Online Source
- Nedrebo T, Vaagbo G (2011) Behandling av svelgevansker etter strålebehandling. *Tidsskrift for den Norske Laegeforening* 131:443-444
- Kreftforeningen. Kostråd til kreftpasienter. 2006: Online Source
- Kræftens Bekæmpelse. Gode råd ved mund- og synkeproblemer. 2011: Online Source.
- Germain I, Dufresne T, Gray-Donald K (2006) A novel dysphagia diet improves the nutrient intake of institutionalized elders. *Journal of the American Dietetic Association* 106:1614-1623
- Utne L, Stensvold H (1999) Dysfagi. Ad notam Gyldendal, Oslo

Aktuelle bøker



Tekst: Johan Alvik Omslagsfoto: Forlagene

BOKOMTALE

Fortellinger om hiv



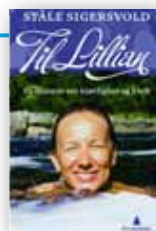
Bakgrunnen for boken er hva hiv-positive pasienter har fortalt om sine møter med helsevesenet. Historier og erfaringer som har gjort forfatteren sikker på at helsearbeidere har behov for mer informasjon om behandling av denne gruppen pasienter.

For å møte behovet presenterer forfatteren Åse Haugstvedt her faktakunnskap om hiv- infeksjon, og illustrerer faktakunnskapen med fortellinger fra fem hiv-positive pasienter. Boken kommer på markedet i mai.

Hiv for helsepersonell, Universitetsforlaget

BOKOMTALE

Kona fikk kreft



I godt voksen alder treffer Ståle en kvinne som heter Lillian. De gifter seg. En dag får Lillian kreft i bukspyttkjertelen. Sammen skal de likevel takle veien videre. De får hunden Lykke, planter et rosentre og tilbringer en fantastisk sommer på hytta. De holder fast ved livet. Helt til døden skiller dem.

Til Lillian er en bok om kjærlighet, respekt, ærlighet og empati. Og det er en bok om kreft, og ikke minst om hvordan man som pårørende skal og må takle en sykdom med dødelig utgang.

Til Lillian, Gyldendal

BOKOMTALE

Lær om mindfulness



Boken gir en historisk, psykologisk og praktisk innføring i oppmerksomhetstrening – også kjent som mindfulness. Metoden er i dag en etablert teknikk for stressmestring og egenutvikling. Denne boken er for deg som ønsker å vite mer om mindfulness; dens opprinnelse og relevans i dagens samfunn. Psykolog Svein Gran introduserer oss for oppmerksomhetstrening ved å knytte an til moderne psykologi og medisin. Religionshistoriker Kåre A. Lie knytter oppmerksomhetstrening til de grunnleggende tekstene og viser oss røttene til Buddhas lære. Andries Kroese, professor i kirurgi og erfaren kursholder, forteller om sine personlige erfaringer og møter med de ulike retningene innenfor mindfulnessstradisjonen.

Oppmerksomhetstrening, Gyldendal

BOKOMTALE

Om å leve med sorg



Gunnhild Corwin mistet barnet sitt. I 2005 skrev hun boken «Idas dans» om datteren som fikk leukemi og døde bare 19 år gammel. I «Etter dansen» forteller Corwin om livet etter Idas død. Hun erkjenner at det finnes ingen oppskrift på hvordan vi skal leve våre liv eller sørge vår sorg. Ingen sørger bedre eller dårligere enn andre. Bare forskjellig. Men er det mulig å bli helt lykkelig igjen etter å ha mistet barnet sitt? Kan man klare å bli ferdig med sorgen? Eller går det rett og slett an å leve et meningsfylt liv sammen med sorgen?

«Etter dansen» er en bok om å velge livet - om å leve med sorg som en naturlig følgesvenn. Og om å leve det livet man har, ikke det livet man kunne hatt.

Etter dansen, Aschehoug

Lokallagsledere i Forum for kreftsykepleie

TROMS

Evelyn Karlsen
eve-karl@online.no
Tlf. 91802190

NORDLAND

avd. Bodø/Salten

Gry Hege Bech
Gry-hege.bech@inlsh.no
Tlf. 47312142

NORDLAND

avd. Helgeland

Sølvi Hall
Helgelandssykehuset Rana
solvi.hall@rasyk.no
Tlf. 75 12 52 96/ 75 12 53 93

Sør-Trøndelag

Marte Wolden
St. Olav Hospital, kreftavdeling
Tlf. 95046121

Nord-Trøndelag

Bjørn Jenssen
Levanger sykehus
bjorn.jenssen@cl21.net
Tlf arbeid. 74.098216/
privat.74.099824

MØRE OG ROMSDAL, Sunnmøre

Tanja Yvonne Alme
Hjemmesykepleien Sula kommune
loevg@online.no

MØRE OG ROMSDAL, avd. Kristiansund

Laila Merethe Andersen
Medisinsk sengepost, Møre og Romsdal
helseforetak, Kristiansund
Laila.andersen@neasonline.no
Tlf. 71122287/91992607

Hordaland

Grethe Skorpen Iversen
Sunniva klinikk for lindrende behandling
Grethe.Skorpen.Iversen@haraldsplass.no
Tlf. arbeid: 55979400

Sogn og Fjordane

Torill Tyssse Sælén
Helse Førde HF, kreftpoliklinikken
torill.tyssse.selen@helse-forde.no
Tlf. arbeid: 57 83 93 24/ privat. 57 82
26 67 og 99205057

Rogaland

Else Beth Baardsen
Eigersund kommune
else.beth.baardsen@eigersund.kommune.no
Tlf. arbeid. 51464280/ Mobil 93452864

Agder

Karin Møllestad Nilsen
Sørlandet sykehus,
Senter for kreftbehandling
karin.mollestad.nilsen@sssh.no
Tlf. arbeid: 38146625/ privat 38015735

Vestfold

Karin Sjøe
Sykehuset Vestfold, Tønsberg
Karin.sjoe@slv.no
Tlf. 48042034

Telemark

Nina Odberg
Sykehuset Telemark
Nina.odberg@stshf.no
Tlf. 35004798

Buskerud

Dora Hafnor
Austjord behandlingssenter
dora.hafnor@ringerike.kommune.no
Tlf. 41456634

Oppland og Hedmark

Grethe Hvitthammer
grhvitv@hotmail.com
Tlf. 92457364

Oslo og Akershus

Ellen Sejersted
Lindrende enhet
Bråset bo- og omsorgssenter, Røyken
ellen_sejersted@hotmail.com
Mob. 98813870

Østfold

Lisbeth Nesse Brenna
Sykehuset Østfold
lisbethbrenna@hotmail.com
Tlf. arbeid: 69860880/ privat
69324830 / mobil: 99019534

SIG-stamcelle-/ benmargstransplantasjon

Julia Vogel
Radiumhospitalet
julia.vogel@radiumhospitalet.no
Tlf. arbeid: 22934337/
93405655 (mobil)

SIG-Barn og Ungdom

Britt Ingunn Sævig
Kreftforeningen
Britt.Ingunn.Saevig@kreftforeningen.no
Tlf. 992 48615

A INSTANYL «NYCOMED PHARMA» OPIOIDANALGETIKUM

ATC-NR.: N02A B03

T NESSEPRAY, oppløsning 50 µg/dose, 100 µg/dose og 200 µg/dose: 1 ml innh.: Fentanylisitat tilsv. fentanyl 500 µg, resp. 1000 µg og 2000 µg, natriumdihydrogenfosfatdihydrat, dinatriumfosfatdihydrat, renset vann. Indikasjoner: Behandling av gjennombruddssmerter hos voksne som allerede får vedlikeholdsbehandling med opioider for kroniske cancersmerter. Gjennombruddssmerter er en kortvarig forverring av smerte som oppstår hvor en ellers vedvarende smerte er kontrollert. Pasienter som får vedlikeholdsbehandling med opioider defineres som de som får enten minst 60 mg morfin oralt daglig, minst 25 mikrogram/time fentanyl transdermalt, minst 30 mg oksykodon daglig, minst 8 mg hydromorfon oralt daglig eller ekvivalentisk dose av andre opioider i én uke eller lenger. Dosering: Behandling skal initieres og gjennomføres under oppsyn av lege med erfaring i opioidbehandling av kreftpasienter. Dosen skal titreres og pasienten følges nøye under titreringsprosessen. Det anbefales at pasienten sitter eller står oppreist ved administrering. **Dosetitrering:** Før titrering bør den bakenforliggende vedvarende smerten være kontrollert med opioidbehandling, og gjennombruddssmerterepisodene ikke overskrider 4 pr. dag. Startdose: 50 µg i ett nesebor, titreres oppover om nødvendig. Ved utilstrekkelig smertelindring, kan tilsvarende dose gis i det andre neseboret, tidligst etter 10 minutter. Vær titering (dosestyrke) bør vurderes ved flere episoder. Vedlikeholdsdose: Når dosen er fastslått, skal pasienten fortsette med denne dosen. Dersom smertelindringen er utilstrekkelig kan en ny dose med samme styrke tas tidligst etter 10 minutter. Maks. daglig dose: Høyst 2 doser med 10 minutter mellomrom ved inntil 4 episoder. Det bør være minst 4 timer mellom behandling av en ny episode, både under dosetitrering og vedlikeholdsbehandling. **Dosejustering:** Ved flere etterfølgende episoder med gjennombruddssmerter, kan krever > 1 dose, bør vedlikeholdsdozen økes. Dosejustering av en ny dose med samme styrke bør vurderes dersom pasienten stadig har > 4 episoder pr. døg. Dersom bivirkningene ikke er tolererbare eller er vedvarende, skal styrken reduseres eller behandling erstattes med andre analgetika. **Seponering:** Dersom pasienten ikke lenger opplever episoder med gjennombruddssmerter, bør behandlingen seponeres umiddelbart. Bakenforliggende smertebeløsting beholderes som forskrevet. Seponering av all opioidbehandling skal alltid skje gradvis for å unngå abstinensproblemer. **Barn og ungdom < 18 år:** Ikke anbefalt pga. utilstrekkelige data. **Eldre:** Forsiktighet utvises da eldre ofte trenger titrering til en lavere effektiv dose enn pasienter < 65 år. **Spesielle pasientgrupper:** Gis med forsiktighet til pasienter med moderat til alvorlig nedsatt lever- og nyrefunksjon. **Kontraindikasjoner:** Kjent overfølsomhet for noen av innholdstoffene. Bruk hos opioidnaive pasienter. Alvorlig respirasjonsdepresjon eller alvorlige obstruktive lungesykdommer. Tidligere radioterapi i ansiktet. Tilbakevendende episoder med neseløsing. **Forsiktighetsregler:** Respirasjonsdepresjon kan forekomme. Pasienten må observeres for slike effekter. Ved kronisk opioidbehandling utvikles toleranse og risikoen for respirasjonsdepresjon er derfor redusert. Ved kronisk obstruktiv lungesykdom kan fentanyl redusere respirasjonskraften og øke lufteveistandsten. Skal gis med forsiktighet ved moderat til alvorlig nedsatt lever- eller nyrefunksjon. Skal brukes med forsiktighet ved tegn på økt intrakraniell trykk, nedsatt bevissthet, koma, cerebrel tumor eller hodeskade. Kan forårsake bradykardi og skal derfor gis med forsiktighet til pasienter med bradykardi. Opioider kan forårsake hypotoni, særlig hos pasienter med hypovolem og skal derfor brukes med forsiktighet. Dersom tilbakevendende episoder med neseløsing eller ubehag i nesen forekommer, skal alternativt behandlingsform overveies. Toleranse og avhengighet kan utvikles ved gjentatt bruk. Litrogen avhengighet ved terapeutisk bruk er imidlertid sjelden ved behandling av kreftsmerte. **Seponeringssymptomer** kan behandles ved å gi legemidler med opioid antagonistaktivitet eller analgetika som er blandet agonist/antagonist. Ved oppstart med Instanyl, skal det vurderes alternative administreringsformer for andre intranasale legemidler som gis samtidig. **Interaksjoner:** Anbefales ikke til pasienter som har fått MAO-hemmere de siste 14 dagene fordi alvorlig og uforutsigbar potensiering av MAO-hemmere er rapportert. Metaboliseres hovedsakelig via CYP 3A4. Samtidig bruk av kraftige CYP 3A4-hemmere (f.eks. ritonavir, ketokonazol, itraconazol, troleandomycin, klaritromycin og neflavinivir) eller moderate CYP 3A4-hemmere (f.eks. amprenavir, aprepitant, diltiazem, erytromycin, flukonazol, fosamprenavir og verapamil), kan potensiere forårsake fatal respirasjonsdepresjon. Pasienter som samtidig får moderate eller kraftige CYP 3A4-hemmere, skal følges nøye i en lengre tidsperiode. Doseøkning skal gjøres med forsiktighet. Samtidig bruk av oksymetazolin intranasalt reduserer maks. plasmakonsentrasjon av fentanyl med ca. 50 %, mens tid til C_{max} (T_{max}) er doblet. Samtidig bruk av slimhinneavsvellende midler bør unngås. Samtidig bruk av andre CNS-depressiver, inkl. andre opioider, sedativa eller hypnotika, generelle anestetika, fentiaziner, beroligende midler, muskelrelaksantia, sederende antihistaminer og alkohol, kan gi additiv depresjonseffekt. Samtidig bruk av partielle opioidagonist/-antagonister (f.eks. buprenorfin, nalbupin, pentazon) anbefales ikke. (I: N02A B03 fentanyl) **Graviditet/Amning: Overgang i placenta:** Utilstrekkelige data ved bruk hos gravide. Skal ikke brukes under graviditet, hvis ikke strengt nødvendig. **Overgang i morsmelk:** Utvikles i morsmelk og kan forårsake sedasjon og respirasjonsdepresjon hos det diende barnet. Fentanyl skal bare brukes av ammende dersom nytten oppveier den potensielle risikoen både for mor og barn. **Bivirkninger:** Typiske opioide bivirkninger kan forventes. De alvorligste bivirkningene er respirasjonsdepresjon (som kan føre til apné eller respirasjonstans), sirkulasjonsdepresjon, hypotensjon og sjokk. **Vanlige (*1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Kvalme, brekninger. Hjerter/kar: Rødme, hestetokter. Hud: Hyperhidrose. Luftveier: Irritasjon i svelget. Neurologiske: Døsighet, svimmelhet, hodepine. Øre: Vertigo. **Mindre vanlige (*1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Obstpasjon, stomatitt, munntørhet. Hjerter/kar: Hypotensjon. Hud: Smarter i huden, pruritus. Luftveier: Respirasjonsdepresjon, epistaksis, sår i nesen, rhinoré. Neurologiske: Sedasjon, myoklonus, parese, dysestesi, dysgeusi. Psykiske: Avhengighet, insomni. Øre: Reisesyke. Øvrige: Feber. **Overdosering/Forgiftning: Symptomer:** Respirasjonsdepresjon er mest alvorlig. Andre symptomer kan være hypotermi, nedsatt muskeltonus, bradykardi og hypotoni. Hovedsymptomene på intoksikasjon er dyp sedasjon, ataksi, miose, kramp og respirasjonsdepresjon. **Behandling:** Stimuler pasienten. Antidot er spesifikke opioidantagonister som naloxon. Effekten av overdoseringer kan være lengre enn effekten av antidoten. Gjentagende injeksjoner kan være nødvendig. Se Giftninformasjonsen anbefalinger N02A B03 side d. **Egenskaper: Klassifisering:** Opioidanalgetikum. Fentylpiperidinderivat. **Virkningsmekanisme:** Interagerer primært med den opioide µ-reseptoren, som en ren agonist med lav affinitet for α- og κ-opioide reseptorer. **Absorpsjon:** Fentanyl er i høy grad lipofilt. Absorberes svært raskt gjennom neselminnen. **Biotilgjengelighet** er ca. 89 %. Maks. serumkonsentrasjon (0,35-1,2 ng/ml) nås ca. 12-15 minutter etter administrering av enkelt doser på 50-200 mg/dose til opioidtolerante cancerpasienter. **Proteinbinding:** Ca. 80 %. **Fordeling:** Distribueres raskt til hjerne, hjerte, lunger, nyrer og milt, fulgt av en langsommere redistribusjon til muskler og fett. **Halveringstid:** Ca. 3-4 timer hos cancerpasienter. **Metabolisme:** Primært i leveren via CYP 3A4. **Utskillelse:** Ca. 75 % utskilles i urinen, mest som inaktive metabolitter, <10% uforandret. Ca. 9 % gjennfinnes i feces, primært som metabolitter. **Pakninger og priser pr. 14.02.2011 (glassflaske m/dosepumpe):** 50 µg/dose: 10 doser kr 746,60. 20 doser kr 1 445,70. 40 doser kr 2 843,90. 100 µg/dose: 10 doser kr 858,10. 20 doser kr 1 668,60. 40 doser kr 3 289,70. 200 µg/dose: 10 doser kr 866,80. 20 doser kr 1 686,20. 40 doser kr 3 324,80.

Refusjon:

Refusjonsberettiget bruk: Palliativ behandling i livets sluttfase. (ICPC/ICD)		
Kode -90	Tekst Palliativ behandling i livets sluttfase	Vilkår 136
Vilkår: 136	Refusjon ytes selv om legemidlet skal brukes i mindre enn tre måneder	

Referanser:

1. Costantino HR et al. Int J Pharm. 2007;337(1-2):1-24.
2. Dale O et al. Acta Anaesthesiol Scand. 2002;46:759-70.

Sist endret: 01.02.2011

R111430-1/10358



Fordelene med intranasal administrasjon av fentanyl



- ▶ Rask absorpsjon gjennom slimhinnen i nesen^{1,2}
- ▶ Unngår førstepassasje metabolisme¹
- ▶ Lett å bruke^{1,2}
- ▶ Også for pasienter med munntørret

Kostråd etter brystkreftbehandling

Nylig ble det gjennomført to store studier for å belyse om endringer i kostholdet etter brystkreftbehandling kan redusere forekomsten av tilbakefall. Studiene gir ulike svar.



Av Lene Thoresen
klinisk ernæringsfysiolog,
og Referansegruppe i
ernæring innen
onkologi (REO).

Brystkraft er den vanligste kreftformen blant kvinner, og hver 10. - 11. kvinne vil utvikle brystkreft i løpet av livet (1). I underkant av tre tusen kvinner i Norge blir rammet av brystkreft hvert år. Prognosen er avhengig av i hvilket stadium sykdommen blir oppdaget. Ved begrenset sykdom er 5-års-overlevelsen over 90 prosent.

For mange er det naturlig å tenke tanker som; hvorfor rammet sykdommen akkurat meg, hva har jeg gjort eller ikke gjort for å få kreft? Har jeg spist noe som har påvirket utviklingen av sykdommen, eller er det noe jeg ikke har spist nok av? Spørsmålene kan bli mange og svarene kan være vanskelig å finne. Og ofte må man leve med en erkjennelse av at det kanskje forholder seg slik eller slik, men det er usikkert.

I «Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer», publisert av Nasjonalt råd for ernæring i 2011, oppsummeres det at alkoholholdig drikke og overvekt er en overbevisende årsak for brystkreft. Bukfedme og vektøkning hos voksne er en sannsynlig årsak, mens totalt fettinntak graderes som en mulig årsak til brystkreft (2).

Under behandling for brystkreften er det mange som opplever at de øker i vekt.

Opp til 22 kilo vektøkning er beskrevet. Det er videre vist en sammenheng mellom vektøkning og redusert overlevelse, redusert livskvalitet og økt risiko for komorbiditeter (3).

To store studier

Kosthold er mest undersøkt i forhold til å forbygge kreftsykdom og under kreftbehandling. Nylig er det gjennomført to store studier for å belyse om endringer i kostholdet etter brystkreftbehandling kan redusere forekomsten av tilbakefall. Studiene omtales som WINS og WHEL og faller inn under det som kalles sekundærforebygging av kreftsykdom.

WINS står for Womens Intervention Nutrition Study og omfattet 2437 kvinner i alderen 48 – 79 år (4). Kvinnene hadde fått vanlig kreftbehandlingen med kirurgi, strålebehandling, hormonbehandling og/eller kjemoterapi. Ved inklusjon ble kvinnene randomisert til enten intervensjon med veiledning om fettreduksjon eller kontrollgruppe uten veiledning og fulgt opp i fem år. Intervensjonsgruppen reduserte fettinntaket sitt med 24 gram per dag, og etter fem år var de gjennomsnittlig 2,7 kg lettere enn kontrollgruppen. I oppfølgingsperioden var det 277 tilfeller av tilbakefall, 9,8 prosent i intervensjonsgruppen og 12,4 prosent i kontrollgruppen. Reduksjonen i risiko for tilbakefall var 24 prosent for intervensjon sammenliknet med kontrollene, og analysert ut fra hormonreseptorstatus var effekten av kostomlegging størst for den gruppen av kvinner som hadde østrogenreseptor negativ status. De oppnådde 42 prosent reduksjon i risikoen for tilbakefall.

WHEL, som står for Women Healthy Eating Living, er en randomisert studie med 3088 kvinner i alderen 18 – 70 år som i likhet med pasientene



SUNN MIDDAG:
Fisk bør stå på menyen to til tre dager i uken. Foto: Colourbox



GRØNT OG GODT: En studie tyder på at et høyt inntak av brokkoli og andre grønnsaker i korsblomstfamilien er bra å spise for kvinner som har hatt brystkreft. Foto: Colourbox.

i WINS har gjennomgått primær kreftbehandling (5). Intervensjonsgruppen fikk anbefalinger om å øke inntaket av grønnsaker, frukt, grønnsaksjuice og fiber, og i tillegg holde fettinntaket mellom 15-20 prosent av energiinntaket. Kvinnene er fulgt opp i sju år. Intervensjonsgruppen endret kostholdet sitt signifikant og hadde høyere grønnsaksforbruk, spiste mer frukt, hadde høyere inntak av fiber og lavere fettinntak gjennom oppfølgingsperioden. Kostendringene førte ikke til endringer i kroppsvekt. Forskjellen i kroppsvekt mellom gruppene var etter sju år 0,4 kg og energiinntaket var også likt mellom gruppene. Gjennomsnitt fettinntak var 28,9 prosent i intervensjonsgruppen og 32,4 prosent i kontrollgruppen etter sju år. Intervensjonsgruppen reduserte fettinntaket sitt til 21,2 prosent etter seks måneder, men deretter økte fettinntaket suksessivt i begge gruppene. Gjennom studieperioden fikk 518 kvinner tilbakefall, 16,7 prosent i intervensjonsgruppen og 16,9 % i kontrollgruppen. Hovedkonklusjonen av studien var at omlegging til et kosthold med mye grønnsaker, frukt og fiber og lavt fettinntak ikke reduserte tilbakefall eller dødelighet over en periode på sju år.

Ulike resultat

WHEL-studien ga ikke like resultater som WINS-studien, og man kan spørre hvorfor. En mulig forklaring er at intervensjonsgruppen ikke reduserte fettinntaket tilstrekkelig. Målet var å redusere fettinntaket ned til 15-20 prosent, men etter sju år lå intervensjonsgruppen i gjennomsnitt på 28,9 prosent. Fett er det næringsstoffet som gir mest energi i kostholdet, og når fettinntaket ikke reduseres i særlig grad så vil sannsynligvis også energiinntaket være upåvirket. Forskjellen i kroppsvekt var bare 0,4 kg mellom gruppene etter sju år og det kan derfor se ut til at energiinntaket har vært på samme nivå i begge gruppene. I WINS oppnådde de 2,7 kg forskjell mellom intervensjon og kontrollgruppen, noe som tyder på at intervensjonsgruppen reduserte fettinntaket som igjen gav lavere energiinntak og vektreduksjon. Dette oppnådde man ikke i WHEL-studien. Dataene fra WHEL-studien er også undersøkt for effekt på tilbakefall av grader av grønnsaksinntak og spesielt for inntaket av korsblomst-



VANN ER BEST: Velg vann når du er tørst – ikke brus eller saft som inneholder sukker. Foto: Colourbox.

grønnsakene blant kvinner som er behandlet med Tamoxifen eller ikke (6). Risikoen for tilbakefall ble redusert med økende inntak av grønnsaker, og lavest risiko hadde kvinner som ble behandlet med Tamoxifen og tilhørte den gruppen som hadde det tredje høyeste inntak. I denne gruppen var risikoen redusert med 44 prosent. Aller best utfall fikk den gruppen som både spiste mye grønnsaker og hadde høyt inntak av grønnsaker fra korsblomstfamilien. Her var reduksjonen i risiko for tilbakefall hele 52 prosent. De vanligste grønnsakene i korsblomstfamilien er alle kåltypene og brokkoli. Korsblomstfamilien omfatter over 3700 arter hvor de fleste er urter. Navnet kommer av den karakteristiske blomsterformen med fire kronblad i korsform. Vi kjenner arter som kål, sennep, nepe, reddik, pepperrøt og ruccola. Innen kålslekten er har vi mange arter å velge i; kålrot, grønnkål, hodekål, blomkål, brokkoli, knutekål, rosekål, rødkål, savoykål og kina-kål for å nevne de vanligste. Andre arter er karse, skjorbuksurt, strandkål, gyldenlakk, vårpengurt og wasabi som mange kjenner fra tilbehøret til sushi. Ekte wasabi er imidlertid svært dyrt, og det blir som regel servert etterlikninger basert på pepperrøt, sennep og fargetilsetning (7).

Hvilke råd skal vi gi pasientene?

Det er grunnlag for å sette fokus på kroppsvekt og forebygge vektøkning både under og etter brystkreftbehandling. En måte å endre energibalansen på er å spare litt på de store energikildene i kostholdet, nemlig fett (9 kcal per gram) og alkohol (7 kcal per gram). Fysisk aktivitet hjelper til å opprettholde muskelmasse og forbruke mer kalorier. Grønnsaker, frukt og bær gir farge og variasjon i kostholdet. Økt inntak



TRIM BORT FETTET: God balanse mellom inntak og forbruk av kalorier er viktig. Foto: Colourbox.

av frukt og bær kan forebygge flere krefttyper og andre kroniske sykdommer som koronar hjertesykdom, hjerneslag og høyt blodtrykk.

Helsedirektoratets Nøkkelråd for et sunt kosthold er et flott fyrtårn å navigere etter.

- Spis minst fem porsjoner grønnsaker, frukt og bær hver dag.
- Spis grove kornprodukter hver dag.
- La magre meieriprodukter være en del av det daglige kostholdet.
- Spis fisk til middag to til tre ganger i uken. Bruk også gjerne fisk som pålegg.
- Velg magert kjøtt og magre kjøttprodukter. Begrens mengden bearbeidet kjøtt og rødt kjøtt.
- Velg matoljer, flytende margarin og myk margarin, fremfor hard margarin og smør.
- Velg matvarer med lite salt og begrens bruken av salt i matlaging og på maten.
- Unngå mat og drikke med mye sukker til hverdags.
- Velg vann som tørstedrikk.
- Ha en god balanse mellom hvor mye energi du får i deg gjennom mat og drikke, og hvor mye du forbruker gjennom aktivitet.

Referansegruppe i ernæring innen onkologi (REO) har følgende medlemmer: Asta Bye, Laila Dufseth, Torunn Knudsen, Mari Helene Kårstad, Kristine Møller, Jorunn S Nesbakken, Nima Rao, Malene Slott, Guro Berge Smedshaug, Synnøve Strandenæs, Kine Tangen, Lene Thoresen, Hege Thorsrud. ■

Referanser

1. Blåboka. www.nbcg.no
2. Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer. Metodologi og vitenskapelig kunnskapsgrunnlag. Nasjonalt råd for ernæring, 2011.
3. Demark-Wahnefried W, Rimer BK, Winer E Weight gain in women diagnosed with breast cancer. J Am Diet Assoc, 1997; 97: 519-526, 529
4. Chlebowski RT, Blackburn GL, Thomson CA, et al. Dietary fat reduction and breast cancer outcome: interim efficacy results from the Women's Intervention Nutrition Study. J Natl Cancer Inst. 2006; 98:1767-76
5. Pierce JP, Natarajan L, Caan B et al. Influence of a diet very high in vegetables, fruit and fiber and low in fat on prognosis following treatment for breast cancer: The women's healthy eating and living (WHEL) randomized trial. JAMA. 2007; 298:289-298
6. Thomsen CA, Rock CL, Thompson PA et al. Vegetable intake is associated with reduced breast cancer recurrence in tamoxifen users: a secondary analysis from the women's healthy eating and living study. Breast Cancer Res Treat. 2011;125:519-27
7. Wikipedia

Repadina® plus

- Den naturlige løsningen mot vaginal tørrhet



ANNONSE

NYHET!

Har du vaginal tørrhet vil du sikkert gjenkjenne én eller flere av disse symptomene:

- Tørrhet eller ømhet i vagina
- Kløe og irritasjon i vagina
- Smerter ved samleie
- Ubehag ved å ha på seg stramme klær

Prøv Repadina Plus og erfar effekten!

- Repadina Plus inneholder kroppens eget hyaluronsyre som bidrar til å bygge opp celler, derfor hjelper Repadina Plus deg mot vaginal tørrhet
- Repadina Plus er det eneste hormonfrie produkt som medvirker til gjenoppbyggingen av slimhinnene i vagina

Repadina Plus er reseptfri, uten hormoner, parfyme og parabener.
- Tilgjengelig på alle apotek!

Repadina Plus 5-pakning kan bestilles direkte fra leverandør kr 700,- (inkl. mva og frakt).
Telefon: 21 55 59 90 - Faks.: 21 55 59 94
Mail: info.no@azanta.com

Azanta

Azanta AS, Postboks 39, Tveita, 0617 Oslo

God smak er Alfa og Omega.

- For kreftpasienter og underernærte

NYHET!

Nutrifriend 1100
Medisinsk ernæring
tilgjengelig på apotek
og hos bandasjist.

Ta kontakt for
smaksprøver!



Nutrifriend 1100

- Juicebasert næringsdrikk med god og frisk smak som gir 200 Kcal per 200 ml.
- Inneholder EPA og DHA, vitamin D3, høyverdige proteiner og naturlige antioksidanter.
- Omega-3 (DHA og EPA) sammen med vitamin D3 og fiber fra pektin har dokumenterte effekter for kreft pasienter.
- Eldre og syke som spiser lite har stor nytte av EPA og DHA og mange kan oppnå økt livskvalitet med tilpasset ernæring som inneholder omega-3.
- Er den eneste medisinske næringsdrikken med høyt innhold av omega-3 som også kan forskrives på blå resept.
- Basert på ferske marine oljer (EPA og DHA) i juice emulsjon som tilfører cellene næringsstoffer uten uønskede oksidasjonsprodukter.
- God smak og dokumentert compliance
 - *Smaken er Alfa. Innholdet er Omega.*

SMARTFISH®
You will understand

Les mer om studier og referanser på
www.smartfish.no/kliniske-studier
Nutrifriend 600/1100 distribueres av:
VitaFlo Scandinavia AB NUF
Tel: +47 67 11 25 45 E-post info@vitaflo.net
www.vitaflo.no


VITAFLO
Part of the Navamedic Group





WENCHE FOSS VAR GJESTEFORLESER ved Aker sykepleierskole den 3. september 1976. Temaet var brystkreft. I Aftenpostens bildetekst fra den gang står det: «Wenche Foss hadde ingen problemer med å fengsle forsamlingen.»

Wenche Foss døde 28. mars 2011, 93

år gammel. I løpet av sitt lange liv hadde hun gjort mye for kreftsaken. På Kreftforeningens hjemmeside uttalte generalsekretær Anne Lise Ryel følgende i forbindelse med dødsfallet: «Wenche Foss var åpen om sin brystkreft på slutten av 70-tallet. Som en av de første kvinnene satte hun ord på sykdommen

og på kreftsaken generelt. Hun var åpen og uredde som person. Hun turte å fronte saker som var tabubelagte, som homofili og psykisk utviklingshemning, og hun stilte opp for enkeltmennesket. Hun har betydd mye for Kreftforeningen og stilt opp for oss ved flere anledninger. Hun har rørt ved hjertene til mange.»

Munnhuleproblemer

Smertefulle sår i munnhulen, nekroser og munntørrehet er noen av tilleggsplagene kreftpasienter kan oppleve. Sykepleiere spiller en viktig rolle i forebyggingsarbeidet.



Av Lise Thorsen, tannpleier ved Tannhelsetjenesten i Hordaland Fylkeskommune og Helse Bergen.

Pasienter som behandles for kreft kan få problemer med munnhule og tannhelse både i løpet av kreftbehandlingen og i tiden etterpå. De orale bivirkningene kan variere i omfang, fra ubehag til problemer som kan ha betydning for kreftbehandlingen og pasientens generelle helse. Det finnes tiltak som kan forhindre eller redusere bivirkningene av behandlingen. Denne artikkelen bygger på erfaringer fra behandling av kreftpasienter ved Kjevekirurgisk poliklinikk, Haukeland universitetssjukehus og på tilgjengelig faglitteratur. Økt kunnskap hos de som har ansvar for pasientens behandling og pleie kan gjøre det lettere for pasientene å gjennomføre kreftbehandlingen og redusere risikoen for senskader i munnhulen. (1)

Økt risiko for nekroser

Munnhuleproblemer i forbindelse med kreftbehandling kan inndeles i akutte og kroniske. De akutte problemene oppstår i forbindelse med kreftbehandlingen og går tilbake etterpå. Hyppigst er sår i slimhinner og

munntørrehet. De kroniske problemene oppstår også i behandlingsperioden, men går ikke tilbake etter endt behandling. Eksempel på dette kan være munntørrehet hos pasienter som har fått strålebehandling mot hode/halsområdet. Strålereaksjonene i slimhinner og hud går stort sett tilbake, mens munntørreheten ofte vedvarer og påvirker tannhelsen negativt. Mange behøver ekstra tiltak resten av livet for å kunne opprettholde en akseptabel tannhelse.

Stråling mot kjevene kan også gi økt risiko for nekroser i beinet på grunn av at blodtilførselen reduseres. Dette er særlig aktuelt for underkjeven. Tannekstraksjoner og annen kirurgi i det bestrålte området må ikke gjøres uten etter konsultasjon med oralkirurgisk avdeling ved behandlingsstedet.

Behandling av kreft i hode/halsområdet innebærer oftest kirurgi i tillegg til strålebehandling. Pasienter som er operert for kreft i munnhule, svelg eller strupe vil ofte ha endret funksjon som kan påvirke utseende, tale, tygging og svelging.

Smertefulle sår

De fleste munnhuleplager relatert til annen kreftsykdom enn hode/halskreft oppstår i behandlingsperioden og går tilbake etterpå.

Munntørreheten som oppstår ved cellegiftbehandling er vanligvis reversibel og slimhinnesårene som oppstår ved noen former for cellegift vil gå tilbake etter endt kreftbehandling. Det kan imidlertid synes som om pasienter som har gjennomgått langvarig kreftbehandling har en større karieserfaring sam-

TANNHELSE RÅD VED KREFTBEHANDLING

- God munnhygiene
- Ekstra tilskudd av fluor
- Stimulering av salivasekresjonen
- Tannlege-/tannpleiertilsyn før start av kreftbehandling

ved kreftbehandling

menlignet med normalbefolkningen. (2) Vansker med tannpuss på grunn av smertefulle sår i slimhinnene, munntørrehet og kvalme er nærliggende årsaker. Mange har heller ikke fått informasjon om at munnhuleproblemer kan lindres og tildels forebygges. En annen årsak kan være at pasientene i store deler av sykdoms- og behandlingsperioden har vært avhengige av hjelp fra andre for å få ivaretatt egen tannhelse. Det viser viktigheten av at helsepersonellet som tar seg av pasientene gjennom kreftbehandlingen har kunnskap om, og engasjerer seg i, pasientenes munnhuleproblemer.

Kreft i munnhule og tilgrensende vev

Kreftbehandling i munnhulen og tilgrensende vev omtales spesielt siden disse kreftformene gir de mest omfattende munnhuleproblemer. Ifølge Kreftregisteret er det i Norge



Illustrasjonsfoto: Colourbox

omtrent 700 nye tilfeller av kreft i hode/halsområdet årlig. Totalantallet nye krefttilfeller i Norge årlig er omtrent 28000, noe som viser at kreft i hode/halsområdet er en relativt sjelden sykdom.

Behandling av kreft i hode/halsområdet består vanligvis av operasjon, stråling og cellegift, alene eller i kombinasjon. Etter operasjon må noen av pasientene få tilpasset spesialproteser for å kunne snakke og spise. Under strålebehandlingen vil det oppstå akutte reaksjoner, hvorav mucositt og munntørrehet er hyppigst forekommende. Stråleindusert mucositt er smertefulle, tidvis ulcererende områder i slimhinnene i strålefeltet. Sårheten sees vanligvis etter omtrent ti strålebehandlinger, og øker gradvis i intensitet mot slutten av strålebehandlingen. Strålereaksjonene vil så avta i ukene etter avsluttet strålebehandling.

Kan lindres

Slimhinnereaksjonene kan ikke

unngås, men kan reduseres og lindres ved at pasientene har gode munnhygienerutiner. I sluttfasen av strålebehandlingen klarer mange pasienter ikke å gjennomføre tannpuss selv. Da er det viktig at pleiepersonellet yter praktisk hjelp.

Disse pasientene har mye smerter i munn og svelg, og er veldig takknemlige for hjelp. Ved Kjevekirurgisk avdeling på Haukeland universitetssjukehus har vi i over 20 år hatt et spesielt oppfølgingsprogram for pasienter som får stråling i hode/halsområdet. Vi får stadig høre fra pasientene at munnstellet hos tannpleier etter hver strålebehandling er dagens høydepunkt.

Kreft i andre deler av kroppen

Ved kreftformer hvor cellegift blir gitt som hovedbehandling, skjer det endringer i blodverdiene som også har innvirkning på munn- og tannhelsen.

Avstøtning av slimhinneepitel etter noen dagers

«Disse pasientene har mye smerter i munn og svelg, og er veldig takknemlige for hjelp.»

behandling fører til at barrieren mot infeksjon nedsettes. Trombocytopeni manifesterer seg i munnhulen ved at gingiva blir lettblødende. Man blir forsiktig med, eller unngår helt, tannpuss. Det fører til opphopning av munnhulebakterier og sopp, noe som bidrar til infeksjonsfare i munnhule og svelg. Spytsekresjonen kan reduseres på grunn av medisinerbruken og dette fører til dårligere buffring av syre fra munnhulebakterier. Kariesaktiviteten kan derfor øke. Allerede etablert tannkjøttbetennelse, gingivitt eller periodontitt, kan

blusse kraftig opp når kroppens forsvar mot infeksjon svekkes. I tillegg er det vist oppvekst av spesielt hissig mikroorganismer i munnhulen når immunforsvaret er svakt på grunn av leukocytopeni. (3)

Supermyke tannbørster

I denne situasjonen er det spesielt viktig å hemme bakterieveksten ved hjelp av god munnhygiene. Blir det vanskelig å pusse med en vanlig

myk tannbørste, finnes det supermyke børster å få tak i på apotekene. Vi har god erfaring med bruk av disse børstene når pasienter har perioder med lave blodverdier. Enkelt sagt skal det færre munnhulebakterier til for at det oppstår en infeksjon når man er påvirket av sykdom og immunsuppressiv behandling enn under normale forhold. I tillegg til tannpuss med børste anbefales det også for disse pasientgruppene milde munnskyllevæsker, ekstra tilskudd av fluor og stimulering av salivproduksjonen. (Se faktabokser)

Milde rensmidler

God munnhygiene er essensielt. Tannbørste er det enkleste og mest effektive redskapet til å rengjøre tenner og tunge (4). Ved normale forhold er munnslimhinnene stort sett selvrensende på grunn av bevegelse av ansikts- og kjevemuskulaturen samt salivas stadige fukting og smøring av overflatene. Når det er mindre tunge- og muskelbevegelser samt mindre mengde, og ofte seigere saliva, øker opphopningen av plakk. Det krever at munnhygiene intensiveres. Pleiepersonell må gå aktivt inn og utføre munnstell, slik at slimhinner blir renset i tillegg til tenner og tunge. Låsbar pinsett og tufpere er gode hjelpemidler.

Valg av midler til rensing og smøring av munnhulen baserer seg i stor grad på empiri og med noe støtte i den litteraturen som foreligger. En grundig gjennomgang av tilgjengelig litteratur på området gir ikke grunnlag for å hevde at en spesiell behandling er evidensbasert slik en gjerne skulle ønske. Det er altså behov for forskning på området. (5) Midlene som anbefales må ha en ønsket effekt samtidig som de ikke har påviselige negative effekter i den konsentrasjonen de brukes.

Munnskyllevæsker til denne pasientgruppen bør ikke inneholde alkohol og sterke smakstilsetninger. Det vil irritere slimhinnene ytterligere, og tolereres dårlig av pasientene. Sterke løsninger av klorhexidin (2 %) er eksempel på dette selv om den antibakterielle effekten er veldokumentert. (6)

Man bør bruke milde rensmidler, helst også med slimløsende effekt. Mild hydrogenperoksid-løsning (0,5 %) eller fysiologisk saltvann (0,9 %) fungerer godt, er lett tilgjengelig og billig.

Munntørhet

Xerostomi er den subjektive oppfatningen av å føle seg tørr i munnen. Den korresponderer ikke alltid med hyposalivasjon som er lav salivproduksjon.



Det regnes som hyposalivasjon når hvilesekresjon er mindre enn 0,1 ml/min og stimulert sekresjon er mindre enn 0,7 ml/min. Den viktigste naturlige beskyttelsen mot hull i tennene er saliva. Økt kariesforekomst kan være følgetilstander av langvarig munntørrehet. Karies utvikles ved at det i prosesser med munnhulebakterier og karbohydrater dannes syrer som demineraliserer tannemaljen. Syre blir buffret av saliva, og emaljen remineraliseres av kalkinnholdet i saliva. Hos friske voksne med normal salivaproduksjon, gode hygiene- og spisevaner skjer det derfor liten eller ingen kariessskade. Ved sykdom, når man ikke selv klarer å ivareta daglig munnhygiene, kan det på kort tid utvikles store kariesangrep. Pasienter som trenger tilførsel av karbohydrater bør få dette i forbindelse med måltider, men det er viktig at det ikke er konstant sukkertilførsel i form av saft, leskedrikk, melk om natten etc. Det må være tider hvor det kan foregå remineralisering av tennene.

Munntørrehet i kortere eller lengre perioder oppleves hos flesteparten av kreftpasientene. (7)

Nedsatt blodgjennomstrømning i spyttkjertelvevet som følge av strålebehandling gir lavere salivaproduksjon.

Normalt blir slimhinnene uavbrutt rensed og smurt av saliva. Når spyttmengden reduseres, og slimhinnene ikke får den kontinuerlige fuktingen, blir slimhinnene mer ømfintlige. Slimhinner, gingiva, tunge og lepper hos munntørre vil da være mer utsatt for mekanisk skade fra skarpe tann- og fyllingskanter. Det oppstår oftere gnagsår fra tannproteser, og soppinfeksjoner oppstår lettere. (8) Lepene hos munntørre pasienter er ofte sprukne og såre. De kan under kreftbehandling være så sarte at de knapt tåler berøringen fra tennene. Det er derfor viktig med god leppepleie.

Fukting og smøring

Stimulering av salivproduksjonen kan stort sett skje ved at man tygger eller suger på noe som er sukkerfritt. Medikamentell stimulering i form av pilokarpin (Salagen®) har vært forsøkt, men bivirkningene er oftest for plagsomme til at dette brukes i noen utstrekning i Norge. Det finnes både salivastimulerende midler og salivaerstatningsmidler. Personlig smak og grad av munntørrehet er muligens det som avgjør hva som foretrekkes. Pasienter som har betydelig grad av munntørrehet trenger fukting og smøring nesten kontinuerlig. Da er det godt å kunne veksle mellom forskjellige midler. (9)

Råd ved munntørrehet

- God munnhygiene
- Bruk tannkrem med nøytral såpe, for eksempel Biotene®, Sensodyne®, Solidox mild® eller Zendium®
- Ekstra tilskudd av fluor.
- Stimuler spyttsekresjonen.
- Regelmessige måltid, unngå sukker innimellom

Salivastimulerende og smørende produkter

GUM dry mouth® gel eller spray, Biotene oral balance® gel eller Zendium saliva® gel fukter og smører slimhinner. Gelen kan også brukes inni tannproteser for bedre feste.

Glycerol 85 % blandes: 1 del glycerol + 4 deler vann + 1 dråpe Vademecum eller lignende for bedre smak. Annen olje som jordnøtt- eller rapsolje kan også brukes ved behov for smøring. Praktisk å fylle på en liten sprayflaske.

Salivaerstatningsprodukter

Brukes ved ekstrem munntørrehet hvor man ikke oppnår noe ved stimulering. Saliva Orthana® spray basert på animalske muciner eller Saliva Natura® basert på vegetabiliske muciner er bra produkter.

Fluor

Fluor er et godt og veldokumentert hjelpemiddel for å redusere kariesforekomsten. (10) Under normale forhold er det tilstrekkelig at fluor tilføres gjennom tannkremen. I perioder med sykdom, og spesielt ved munntørrehet, anbefales ekstra tilskudd av fluor i form av sugetabletter eller skyllevæske. (11) (Se egen faktaboks)

Fluorholdige produkter

Spyttutskillelsen stimuleres ved å suge eller tygge. Derfor anbefaler vi Flux® sugetabletter eller Flux® tygggummi framfor fluorholdig skyllevæske. Ved

«Mange behøver ekstra tiltak resten av livet.»

ekstrem munntørrehet kan fluorholdig skyllevæske være et alternativ. Xerodent® sugetabletter er et kombinasjonsprodukt med fluor som også inneholder nøytralisert epletsyre som virker spyttstimulerende.

Dosering av fluor for munntørre pasienter over 12 år: Inntil 12 stk. enheter à 0,25 mg daglig. Dosen fordeles jevnt utover dagen



STRÅLE-REAKSJONER: Pasienten har ondartet svulst på høyre side av underleppen. Han har fått strålebehandling. Strålefeltet har god margin rundt tumor. Sårheten som ses er strålereaksjoner.

Munnhule og ernæring

Mange kreftpasienter sliter med dårlig matlyst. Munnstell, eller bare munnskylling, før måltid fjerner seigt slim og kan bidra til å øke appetitten. Mange har hyppige inntak av sukkerholdig drikke mot kvalme, dårlig appetitt og munntørret. Det kan øke risikoen for karies. Rene tenner og fuktete slimhinner kan være det som skal til for at en pasient med kvalme og appetittløshet klarer å spise.

Viktig sykepleieroppgave

Kreft og kreftbehandling kan gi munnhuleproblemer som infeksjon, munntørret, karies og økt periodontal sykdom. Med god munnhygiene kan plagene lindres og tildels forebygges. Det vil være positivt for pasientene å unngå ytterligere skader som følge av kreft og kreftbehandling.

Munnstell ansees som en viktig sykepleieroppgave. Likevel unnlater mange å gi denne formen for nødvendig hjelp. Sykepleiere føler seg ofte usikre

ved å skulle arbeide i munnhulen. (12) Undersøkelse av tannstatus før behandlingsstart bør etableres for de som skal starte kreftbehandling. Det bør inkludere sanering av infeksjonsfoci, opplæring i gode munnhygienerutiner og informasjon om forebygging og lindring av tannhelseproblem. (13) Godt samarbeid mellom helse- og tannhelsepersonell er viktig for god oppfølging av kreftpasienter og for at lindring, forebygging og behandling av deres munnhuleproblemer skal ha høy faglig kvalitet. (12)

Kan ha rett til trygdeytelser

Pasienter som får tannskader eller taper tenner som følge av kreft, eller behandlingen av kreft, kan få dekket store deler av behandlingen via trygdeytelser. Tannlegen som gjør behandlingen kan sende deler av regningen til HELFO. (14)

Det kan være greit for pasienten å ha en legeattest som sier noe om hvilken kreftbehandling pasienten har fått. ■

Referanser:

- Hong CH, Napenas JJ, Hodgson BD, Stokman MA, Mathers-Stauffer V, Elting LS, Spijkervet FK, Brennan MT. A systematic review of dental disease in patients undergoing cancertherapy. *Support Cancer Care* 2010;18(8):1007-21
- Skår R, Løes IM, Thorsen L, Afnan S, Løes S. Cytostatika og oral helse. *Nor Tannlegeforen Tidende* 2010;120(14):968-73
- Maschmeyer G, Haas A. The epidemiology and treatment of infections in cancer patients. *International Journal Antimicrob Agents*. 2008; 31(3):193-7.
- Pearson LS, Hutton JL. A controlled trial to compare the ability of foam swabs and toothbrushes to remove dental plaque. *Journal Advanced Nursing*. 39(5):480-89.
- Rubenstein EB, Peterson DE, Schubert M, Keefe D, McGuire D, Epstein J, Elting LS, Fox PC, Cooksley C, Sonis ST. Clinical practice guidelines for the prevention and treatment of cancer therapy-induced oral and gastrointestinal mucositis. *Cancer* 2004;100(S9):2026-46.
- Keefe DM, Schubert MM, Elting LS, Sonis ST, Epstein JB, Raber-Durlacher JE, Migliorati CA, McGuire DB, Hutchins RD, Peterson DE. Updated clinical practice guidelines for the prevention and treatment of mucositis. *Cancer* 2007;109(5):820-31.
- Jensen SB, Pedersen AM, Vissink A, Andersen E, Brown CG, Davies AN, Dutilh J, Fulton JS, Jankovic L, Lopes NN, Mello AL, Muniz LV, Murdoch-Kinch CA, Nair RG, Napenas JJ, Nogueira-Rodrigues A, Saunders D, Stirling B, von Bultzingsløyen I, Weikel DS, Elting LS, Spijkervet FK, Brennan MT. A systemic review of salivary gland hypofunction and xerostomia induced by cancer therapies: prevalence, severity and impact on quality of life. *Support Cancer Care* 2010;18(8):1039-60.
- Lalla RV, Latortue MC, Hong CH, Ariyawardana A, D'Amato-Palumbo S, Fischer DJ, Martof A, Nicolatou-Galitis O, Patton LL, Elting LS, Spijkervet FK, Brennan MT. A systematic review of oral fungal infections in patients receiving cancer therapy. *Support Cancer Care* 2010;18(8):985-92
- Nieuw Amerongen AV, Veerman ECI. Current therapies for xerostomia and salivary gland hypofunction associated with cancer therapies. *Support Cancer Care* 2003;11(4):226-31.
- Rølla G, Vik AV, Øgaard B. Om fluoridens virkningsmekanismer. *Nor Tannlegeforen Tidende* 2011;121(6):366-70
- Statens Helsetilsyn. Retningslinjer for bruk av fluor i det kariesforebyggende arbeidet. 1996. Rundskriv IK-16/96(4)
- Øhrn K. Oral health and experiences of oral care among cancer patients during radio- or chemotherapy. (Doktoravhandling) Acta Universitatis Upsaliensis 2001
- Schiødt M, Hermund NU. Management of oral disease prior to radiation therapy. *Support Cancer Care* 2002;10(1):40-3
- Det Kgl.Helsedept;Veileder. Folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannbehandling for 2011. Rundskriv I-3/2010

Spre informasjonen!

Kontaktperson: Anne Grev
Telefon: Jobb 61 18 98 73, mobil 90 20 69 01
E-post: anne.grev@gjovik.kommune

Finn kurs

Det er til en hver tid annonsert relevante kurstilbud på hjemmesidene til de regionale kompetansesentrene for lindrende behandling.
 Gå inn på www.palliasjon.no og skaff deg opplysninger om disse.

Montebello-Senteret Mesnali

16–17. april 2012

Avansert kurs C nivå – lindrende behandling.

Kurset heter Kompetent og trygg i egen rolle. Arrangør er Kompetansesenteret for lindrende behandling helseregion sør-øst, Oslo universitetssykehus Ullevål

Målgruppen er sykepleiere i region sør-øst med godkjent videreutdanning og som arbeider i fagfeltet lindrende behandling og pleie. Arbeidsplass kan være palliative senter i sykehus, annen avdeling som har palliative pasienter, lindrende enheter på sykehjem eller i kommunehelsetjenesten for øvrig. Sykepleieren kan også ha fagutvikling/undervisning innen palliasjon som sitt arbeidsområde.

Hensikten er at spesialsykepleier med høy kompetanse innen palliasjon skal få mulighet til ferdypning gjennom:

- undervisning på høyere nivå.
- møte sykepleiere på samme nivå med mulighet for å diskutere og dele erfaringer.
- å få kunnskap om nyheter for å vite hva som rører seg innen fagfeltet.

Oppdatert program og opplysninger ellers legges ut på www.palliasjon.no

Praha

30. mai –2. juni 2013

European Association for palliativ Care

Den 13. kongressen i regi av European Association for palliativ Care finner sted i Tsjekkiyas hovedstad Praha neste år. Les mer på www.eapc-2013.org/

Trondheim

7.–9. juni 2012

7. th World Research Congress of EAPC

European Association for Palliative Care (EAPC) arrangerer annethvert år en internasjonal forskningskongress med fokus på lindrende behandling. Fra 7. til 9. juni blir denne arrangert i Trondheim i samarbeid med Avdeling for palliasjon ved St. Olavs Hospital og det palliative forskningsmiljøet ved Det medisinske fakultet, NTNU. Til kongressen ventes 1400 deltakere fra hele verden, noe som gjør den til en av tungvektene innen palliativ medisin. Hensikten med årets kongress er å reflektere over hvor palliative cares forskning står i dag, og å være en verdensarena for ledende forskning i fagfeltet.

Mer informasjon på: www.eapcnet.eu/research2012/

Hotel Radisson Blu Holberg, Oslo

19.–21. september 2012

12. landskonferanse om utfordringer ved livets slutt.

Kompetansesenter for lindrende behandling, helseregion sør-øst, er vertskap for den 12. landskonferansen som går av stabelen høsten 2012. Målgruppen er alle som er engasjert i det palliative feltet i Norge.

Skriv – og vinn 1000 kroner



For å stimulere deg til å sende ditt bidrag til Kreftsykepleie, har styret i NSFs faggruppe FKS besluttet at alle som publiserer i Kreftsykepleie, deltar i trekningen av et gavekort på kr. 1000 pr. forfatter.

Det trekkes ett gavekort i året.

A TARGINIQ «mundipharma» Analgetikum ved sterke smerter.

ATC-nr.: N02A A55

DEPOTTABLETTER 5 mg/2,5 mg, 10 mg/5 mg, 20 mg/10 mg og 40 mg/20 mg: Hver tablett inneholder oksykodonhydroklorid tilsv. oksykodon 4,5 mg, resp. 9 mg, 18 mg og 36 mg, naloksonhydrokloriddihydrat tilsv. nalokson 2,25 mg, resp. 4,5 mg, 9 mg og 18 mg, laktosemonohydrat 71,8 mg, resp. 64,3 mg, 54,5 mg og 109 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: 5 mg/2,5 mg: Brilljantblått FCF [E 133], titandioksid [E 171]. 10 mg/5 mg: Titandioksid [E 171]. 20 mg/10 mg og 40 mg/20 mg: Jernoksid [E 172], titandioksid [E 171].

Indikasjoner: Sterke smerter som kun kan behandles tilfredsstillende med opioide analgetika. Opioidantagonisten nalokson er tilsatt for å forhindre opioidindusert obstruksjon ved å blokkere oksykodons virkning på opioidreseptorer lokalt i tarmen.

Dosering: Tilpasses smerteintensitet og pasientens følsomhet. **Voksne:** Den analgetiske effekten er ekvivalent med depotformuleringer av oksykodon. Vanlig startdose ved første gangs bruk av opioider er 10 mg/5 mg hver 12. time. Pasienter som allerede får opioider kan starte med en høyere dose, avhengig av tidligere erfaring med opioider. 5 mg/2,5 mg er tiltenkt dosetilretning ved oppstart av opioidbehandling og individuell dosejustering. Maks. døgndose er 80 mg/40 mg oksykodonhydroklorid/naloksonhydroklorid. Ved behov for høyere doser bør det i tillegg gis oksykodondepot til samme tidspunkt. Maks. døgndose er 400 mg oksykodondepot. Naloksons gunstige effekt på tarmfunksjonen kan da reduseres. Etter full seponering med påfølgende bytte til et annet opioid, kan forverring av tarmfunksjon forventes. Preparatet er ikke tiltenkt behandling av gjennombruddssmerter. Behov for analgetika med umiddelbar frisetning som akuttmedisin mot gjennombruddssmerter, kan derfor oppstå. En enkeltdose akuttmedisin bør tilsvare en sjettedel av den ekvivalente døgndosen av oksykodonhydroklorid. Behov for akuttmedisin >2 ganger daglig er vanligvis en indikasjon på at dosen bør økes. Doseøkning bør foretas hver eller annenhver dag, med 5 mg/2,5 mg, eller ved behov 10 mg/5 mg oksykodonhydroklorid/naloksonhydroklorid 2 ganger daglig, til en stabil dose nås. Målet er dosering hver 12. time som kan opprettholde adekvat analgesi, med bruk av så lite akuttmedisin som mulig. Hos enkelte pasienter kan asymmetrisk dosering tilpasset smertemønsteret være gunstig. Skal ikke brukes lengre enn absolutt nødvendig. Behov for langtids smertebehandling krever grundig og regelmessig revurdering. Når pasienten ikke lenger har behov for opioidbehandling anbefales det at dosen nedtrappes gradvis. **Barn og ungdom <18 år:** Preparatet anbefales ikke pga. manglende sikkerhets- og effektdata. **Administrering:** Kan tas med eller uten mat med tilstrekkelig væske. Tablettene skal svelges hele og ikke deles, tygges eller knuses, da dette medfører raskere frisetning av virkestoffene og absorpsjon av en potensielt delvis oksykodondepot.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene, enhver situasjon hvor opioider er kontraindisert, alvorlig respirasjonsdepresjon med hypoksi og/eller hyperkapni, alvorlig kronisk obstruktiv lungesykdom, cor pulmonale, alvorlig bronkialastma, ikke-opioidindusert paralytisk ileus, moderat til alvorlig nedsatt leverfunksjon.

Forsiktighetsregler: Ikke egnet til behandling av abstinenssymptomer. Ved parenteral, intranasal eller oral misbruk hos individer som er avhengige av opioidagonister, som heroin, morfin eller metadon, forventes uttalte abstinenssymptomer, pga. av naloksons opioidreseptorantagonistegenskaper. Ethvert misbruk hos stoffmisbrukere forårsakes på det sterkeste. Det foreligger ingen klinisk erfaring hos pasienter med kreft relatert til peritoneal karsinomatose eller med subakutvisitt syndrom ved fremskredne stadier av gastrointestinal kreft og bekkenkreft. Bruk i denne pasientgruppen er derfor ikke anbefalt. Største risiko ved opioider er respirasjonsdepresjon. Det bør utvises forsiktighet hos eldre eller svake pasienter, ved opioidindusert paralytisk ileus, alvorlig nedsatt lungefunksjon, myksødem, hypotyreose, Addisons sykdom (binyrebarkinsuffisiens), toksisk psykose, gallestein, prostatahypertrofi, alkoholisme, delirium

tremens, pankreatitt, hypotensjon, hypertensjon, underliggende hjerte- eller karsykdom, hodeskader (pga. fare for økt intrakranielt trykk), epileptisk sykdom/disposisjon for krampes, ved bruk av MAO-hemmere og ved lett nedsatt lever- eller nyrefunksjon. Grundig medisinsk overvåking er spesielt nødvendig ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon. Diaré kan anses som en mulig bivirkning av nalokson. Etter langtidsbehandling med høye opioiddoser kan overgang til Targiniq innledningsvis utløse abstinenssymptomer som kan kreve spesifikk oppfølging. Ved langtidsbruk kan det utvikles toleranse som krever høyere doser for å opprettholde ønsket analgetisk effekt. Kronisk bruk kan medføre fysisk avhengighet. Det er fare for utvikling av psykologisk avhengighet overfor opioidanalgetika. Bør brukes med spesiell forsiktighet hos pasienter med alkohol- og legemiddelmisbruk i anamnesen. Oksykodon har en misbruksprofil tilsvarende andre sterke opioidagonister. Abstinenssymptomer kan oppstå ved brå seponering. Anbefales ikke til preoperativ bruk eller de første 12-24 timer postoperativt. Avhengig av kirurgtype og -omfang, anestesiprosedyre, annen samtidig medisinering og pasientens tilstand, er nøyaktig tid for oppstart av postoperativ behandling avhengig av en grundig individuell nytte-risikovurdering. Den tomme depottabletmatriksen kan sees i avfæringen. Kan gi positive resultater i dopingkontroller. Bruk som dopingmiddel kan medføre helsefare. Kan påvirke evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner, spesielt ved behandlingsstart, etter doseøkning eller bytte av legemiddel og i kombinasjon med andre CNS-hemmende midler.

Interaksjoner: Substanser med CNS-hemmende effekt (f.eks. alkohol, andre opioider, sedativa, hypnotika, antidepressiver, sovemedisiner, fentiaziner, antipsykotika, antihistaminer og antiemetika) kan gi økt CNS-hemmende effekt (f.eks. respirasjonsdepresjon). Klinisk relevante endringer i INR kan forekomme ved samtidig bruk av kumarinantikoagulantia.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Oksykodon og nalokson passerer placenta. Langtidsbruk av oksykodon under graviditet kan gi abstinenssymptomer hos nyfødte. Gitt under fødsel kan oksykodon utløse respirasjonshemming hos nyfødte. Skal kun brukes under graviditet hvis nytte oppveier mulig risiko for barnet. **Overgang i morsmelk:** Oksykodon går over, nalokson ukjent. Amning bør avbrytes under behandling.

Bivirkninger: Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Magesmerter, forstoppelse, diaré, munntørhet, dyspepsi, oppkast, kvalme, flatulens. Hjerte/kar: Blodtrykksfall. Hud: Kløe, hudreaksjoner, svetting. Lever/galle: Økte leverenzymmer. Neurologiske: Svimmelhet, hodepine. Psykiske: Rastløshet. Stoffskifte/ernæring: Nedsatt/lap av appetitt. Øre: Vertigo. Øvrige: Abstinenssyndrom, kulde- og varmfølelse, frysninger, astenitilstander. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Oppblåsthet, oppstøt. Hjerte/kar: Angina pectoris ved koronar-sykdom i anamnesen, palpitasjoner, blodtrykksøkning. Immunsystemet: Overfølsomhet. Kjønnsganer/bryst: Erektildysfunksjon. Lever/galle: Galleveiskolikk. Luftveier: Dyspné, rhinoré, hoste. Muskel-skjelettsystemet: Muskelspasmer, muskelrykninger, myalgi. Neurologiske: Oppmerksomhetsforstyrrelser, parestesi, søvnløshet, taleforstyrrelser, tremor. Nyre/urinveier: Akutt vannlatingsbehov. Psykiske: Unormal tankegang, angst, forvirring, depresjon, euforisk humør, hallusinasjoner, søvnløshet, nervøsitet. Øye: Synsforstyrrelser. Øvrige: Brystsmerter, sykdomsfølelse, smerter, periferet ødem, vektapp, ulykkeskader. **Sjeldne (≥1/10000 til <1/1000):** Gastrointestinale: Tannsykdom. Hjerte/kar: Takykardi. Luftveier: Gjesping. Neurologiske: Krampes (spesielt ved epileptisk sykdom eller disposisjon for krampes), sedasjon, synkope. Nyre/urinveier: Urinretensjon. Psykiske: Mareritt. Øvrige: Vektøkning. **Svært sjeldne (<1/10000), ukjent:** Luftveier: Respirasjonsdepresjon. Bivirkninger av oksykodonhydroklorid alene: **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Hikke. Nyre/urinveier: Dysuri. Psykiske: Endret stemningsleie og personlighetsforandring, nedsatt aktivitet, psykomotorisk hyperaktivitet, ure. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):**

Gastrointestinale: Munnår, stomatitt. Hjerte/kar: Vasodilatasjon. Luftveier: Dysfoni. Neurologiske: Svakket konsentrasjon, migrene, dysgeusi, hypertoni, ufrivillige muskelsammentrekninger, hypoestesi, koordinasjonsforstyrrelser. Psykiske: Persepsjonsforstyrrelser (f.eks. derealisasjon), nedsatt libido. Øre: Nedsatt hørsel. Øvrige: Ødem. **Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):** Gastrointestinale: Melena, tannkjøttblødning, dysfagi. Hud: Tørr hud. Infeksiøse: Herpes simplex. Kjønnsganer/bryst: Amenoré. Stoffskifte/ernæring: Dehydrering, økt appetitt. Øvrige: Tørste. **Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent:** Gastrointestinale: Ileus. Hud: Urticaria. Immunsystemet: Anafylaktisk reaksjon. Luftveier: Respirasjonsdepresjon, bronkialspasmer, undertrykket hosterefleks. Psykiske: Legemiddelavhengighet. Øye: Miose. Øvrige: Legemiddeltoleranse, spasmer i glatt muskulatur.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Oksykodon kan gi miose, respirasjonsdepresjon, søvnløshet til apati, slapphet i skjelettmuskulatur, bradykardi, hypotensjon, i alvorligere tilfeller koma, ikke-kardiofunt lungødem og sirkulasjonssvikt, ev. med et fatalt utfall. **Behandling:** Opioidantagonister (f.eks. naloksonhydroklorid 0,4-2 mg i.v.) med 2-3 minutters mellomrom, etter behov, ev. infusjon med 2 mg naloksonhydroklorid i 500 ml 0,9% natriumklorid eller 5% dekstrose [0,004 mg/ml nalokson] med en hastighet tilpasset tidlige bolusdoser og pasientens respons. Ventrikkeltømming kan vurderes. Støttetiltak (kunstig åndedrett, oksygen, karkontraherende midler og væskeinfusjoner) ved behov, for å håndtere sirkulatorisk sjokk. Hjerterestase eller arytmier kan kreve hjertemassasje eller defibrillering. Se Giftinformasjonens anbefalinger for oksykodon N02A A05 side d.

Egenskaper: Klassifisering: Naturlig opiumsalkaloid kombinert med middel mot forgiftning (opioidreseptorantagonist). **Virkningsmekanisme:** Oksykodon og nalokson har affinitet til opioide kappa-, mu- og deltareseptorer i hjernen, ryggmar og perifere organer (f.eks. tarm). Opioidreseptorantagonisten oksykodon gir smertelindring ved binding til endogene opioidreseptorer i CNS. Nalokson er en ren antagonist som virker på alle typer opioidreseptorer. Grunnet uttalt first pass-metabolisme etter oral administrering er en klinisk relevant systemisk effekt av nalokson lite sannsynlig. Ved lokal kompetitiv antagonisme av den opioidreseptormederte oksykodoneffekten i tarm reduserer nalokson opioidinduserte tarmfunksjonsforstyrrelser. **Absorpsjon:** Biotilgjengelighet 87%, nalokson <3%. **Proteinbinding:** Ca. 45%. **Fordeling:** Distribueres i hele kroppen. **Metabolisme:** I tarm og lever. **Utskillelse:** I urin og feces.

Pakninger og priser:

5 mg/2,5 mg:

28 stk. [endose] 130,90.
98 stk. [endose] 341,80.

10 mg/5 mg:

28 stk. [endose] 221,80.
98 stk. [endose] 636,10.

20 mg/10 mg:

28 stk. [endose] 401,00.
98 stk. [endose] 1.224,70.

40 mg/20 mg:

28 stk. [endose] 754,50.
98 stk. [endose] 2.401,90.

Refusjonsberettiget bruk:

Palliativ behandling til livets sluttfase.

Refusjonskode: 90 (ICPC og ICD)

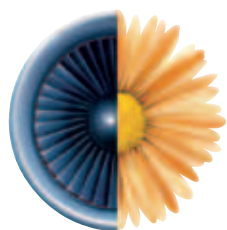
Vilkår 136: Refusjon utvis selv om legemiddel skal brukes i mindre enn tre måneder.

Vilkår 194: Refusjon utvis kun til pasienter som først har benyttet langtidsvirkende opioid med tilstrekkelige mengder av forebyggende laksantia, og som fortsatt har opioidindusert forstoppelse.

Sist endret: 12.01.2012

Referanse:

1. Simpson et al.
Curr Med Res Opin 2008;24(12):3503-3512



TARGINIQ[®]

oksykodon/nalokson

NÅ PÅ BLÅ RESEPT!

Refusjonsberettiget bruk:

Palliativ behandling i livets slutfase.

Refusjonskode: 90 (ICPC og ICD)

Vilkår 136: Refusjon ytes selv om legemidlet skal brukes i mindre enn tre måneder.

Vilkår 194: Refusjon ytes kun til pasienter som først har benyttet langtidsvirkende opioid med tilstrekkelige mengder av forebyggende laksantia, og som fortsatt har opioidindusert forstoppelse.

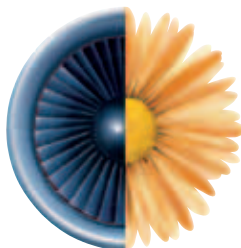


FOR PASIENTENS SKYLD!

Dette er TARGINIQ[®]

- Et opioid mot sterke smerter som kun kan behandles tilfredsstillende med opioide analgetika
- Nalokson er tilsatt for å forhindre opioidindusert obstipasjon ved å blokkere oksykodons virkning lokalt i tarmen

EFFEKTIV MOT STERKE SMERTER¹



motvirker opioidindusert
obstipasjon¹

www.targiniq.no



Ernæringsbehandling

Kvalme, dårlig appetitt, passasjehinder og smerter gjør at kreftpasienter står i fare for å miste vekt. Dette bør forebygges med gode kostholdsråd som følges opp jevnlig.

Av Malene Slott, klinisk ernæringsfysiolog, Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken, Oslo universitetssykehus.

Ole Berg, klinisk ernæringsfysiolog, Varde-senteret, Kreftforeningen

Anne Høidalen, klinisk ernæringsfysiolog, Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken, Oslo universitetssykehus.

Henriette Walaas Lindvig, klinisk ernæringsfysiolog, Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken, Oslo universitetssykehus.

Hege Thorsrud, klinisk ernæringsfysiolog, Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken, Oslo universitetssykehus.

Rune Blomhoff, professor i ernæring, Avdeling for ernæringsvitenskap, UiO og Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken, Oslo universitetssykehus.

Kreftsykdom og bivirkninger av kreftbehandlingen kan gi ernæringsproblemer som kvalme, dårlig appetitt, diaré, sår munn m.m. En del kreftpasienter vil allerede ha ernæringsproblemer før diagnosetidspunkt. Andre vil få problemer med ernæring under og/eller etter kreftbehandling. I hvilken grad pasienten har ernæringsproblemer avhenger av kreftdiagnose, kreftbehandling (operasjon, cellegiftbehandling, strålebehandling, hormonbehandling) og sykdomsstadium. Ernæringsproblemene manifesteres blant annet ved vekttap og gir økt risiko for underernæring (1).

Kreftpasienter er en av de pasientgrupper som har særlig risiko for underernæring (2). Omkring 30 prosent av alle kreftpasienter er underernærte (2-5). Ved langtkommen kreftsykdom er appetittløshet og vekttap svært vanlig uansett hvilken kreftdiagnose det gjelder (6).

Unngå slanking

Ut fra forskningsresultater vet vi nå mye om hva man bør spise for å forebygge kreft (7-9). Det er imidlertid forsket lite på hva man bør spise ved etablert kreftsykdom. Det finnes derfor ikke egne anbefalinger til pasienter som har kreft når det gjelder matvarevalg, måltidstidssammensetning, energibehov, behov for makronæringsstoffer (fett, protein og karbohydrater) eller behov for vitaminer, mineraler og sporstoffer.

Noen kreftpasienter vil ikke oppleve ernæringsproblemer gjennom kreftbehandlingen. Til disse og til dem som holder en stabil vekt gjennom kreftbehandlingen, anbefales kostrådene fra Helsedirektoratet; «Nøkkelråd for et sunt kosthold». Rådene er basert på rapporten «Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer» fra Nasjonalt råd for ernæring (8-9), se egen ramme. Dette gjelder også kreftpasienter som opplever vektoppgang under kreftbehandling.

■ KOSTRÅD

Kostråd til pasienter som ikke opplever ernæringsproblemer og som har stabil eller stigende vekt under kreftbehandling (9).

- Spis minst fem porsjoner grønnsaker, frukt og bær hver dag
- Spis grove kornprodukter hver dag
- La magre meieriprodukter være en del av det daglige kostholdet
- Spis fisk til middag to til tre ganger i uken. Bruk også gjerne fisk som pålegg
- Velg magert kjøtt og magre kjøttprodukter. Begrens mengden bearbeidet kjøtt og rødt kjøtt
- Velg matoljer, flytende margarin og myk margarin, fremfor hard margarin og smør
- Velg matvarer med lite salt og begrens bruken av salt i matlaging og på maten
- Unngå mat og drikke med mye sukker til hverdags
- Velg vann som tørstedrikk
- Ha en god balanse mellom hvor mye energi du får i dag gjennom mat og drikke, og hvor mye du forbruket gjennom aktivitet

Slanking bør unngås under kreftbehandling. Det vil alltid medføre muskeltap. Konsekvensene vil derfor være de samme som for ufrivillig vektuttap.

Energibehov

For å bestemme energibehovet til kreftpasienter tar en utgangspunkt i beregningene av energibehovet som gjelder for friske normalvektige, og følger deretter vektutviklingen (10).

Dette er en tommelfingerregel for beregning av energibehov (10):

- Oppgående pasienter: 30–35 kcal/kg/døgn
- Sengeliggende: 20–25 kcal/kg/døgn

kan hindre vekttap



SUNN: Siden det ikke er forsket så mye på kosthold for kreftpasienter, bør man følge generelle kostholdsråd, blant annet ha fisk to til tre ganger i uken. Foto: Colourbox.

For underernærte er behovet større (40 kcal/kg/døgn, ifølge retningslinjer) og for alvorlig overvektige er behovet mindre (10). For sistnevnte gruppe kan en ta utgangspunkt i idealvekten ved energiberegningen (11).

Må vurdere risiko

Forskning viser at vekttap og underernæring hos kreftpasienter er forbundet med redusert immunforsvar, terapitoleranse, livskvalitet og funksjonsstatus samt økt terapitoksitet (4,12-14).

Minimum ett av følgende kriterier må være til stede for definisjon av underernæring (14):

- Vekttap > 10 % siste 3–6 mnd eller > 5 % siste 2 mnd

- KMI < 18,5 kg/m² (> 70 år: KMI < 20 kg/m²)
- KMI < 20 kg/m² (> 70 år: KMI < 22 kg/m²) og samtidig vekttap > 5 % siste 6 mnd
- Matinntak < 50 % av beregnet behov siste uke

Dersom vekttapet skyldes for lite matinntak, vil ernæringsbehandling bidra til å opprettholde eller forbedre ernæringsstatus (10,15). Det er derfor viktig å fange opp pasienter som er underernærte eller er i fare for å bli underernærte tidlig (10). Allerede ved første legekonsultasjon eller tilsvarende møte med helsepersonell, bør ernæringsstilstanden til pasienten kartlegges. Dette kan gjøres ved såkalt ernæringscreening. På den måte kan en forebygge fremfor å behandle vekttap (10).

Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging

og behandling av underernæring sier at alle pasienter i spesialisthelsetjenesten skal vurderes for risiko for underernæring ved innleggelse, og deretter ukentlig. I primærhelsetjenesten skal beboere ved sykehjem/institusjon og personer innskrevet i hjemmesykepleieren vurderes for risiko for underernæring ved innleggelse/vedtak, og deretter månedlig. Fastlegen skal vurdere hjemmeboende pasienter som tilhører en risikogruppe (eldre, kronisk syke osv.) regelmessig (14).

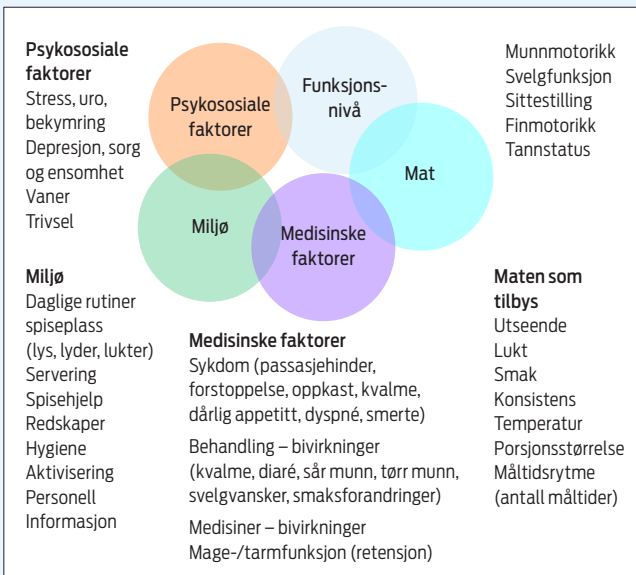
De faglige retningslinjer anbefaler forskjellige screeningsverktøy for å kunne vurdere risikoen for underernæring (14).

Mange årsaker

Det er mange forhold som påvirker matinntaket og ernæringstilstanden. Vanligvis er det en kombinasjon av medisinske faktorer, funksjonsnivå, psykososiale faktorer, miljøfaktorer og selve mattilbudet, (se figur 1).

Hos kreftpasienter kan kreftsykdommen i seg selv (smerter, passasjehinder, oppkast, diaré, forstoppelse, dårlig appetitt, kvalme) og bivirkninger av behandlingen påvirke matinntaket og ernæringstilstanden. En bred kartlegging og vurderinger av aktuelle årsaksfaktorer, må alltid ligge til grunn før iverksetting av tiltak. Spesielt for kreftpasienter er det viktig å sørge for god kvalmelindring og/eller smertelindring for å kunne optimalisere kostholdet.

Figur 1. Faktorer som kan påvirke matinntaket.

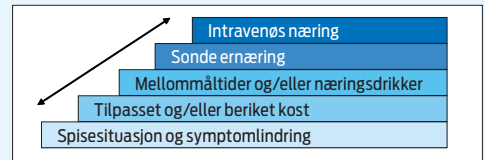


Ernæringsbehandling

Hvilken ernæringsbehandling som skal iverksettes bestemmes ut fra kartleggingen av ernæringstilstanden og ut fra ernæringsproblemene. Ernæringsbehandlingen bør vurderes i prioritert rekkefølge, (se figur 2). Det kan i noen tilfeller være riktig å begynne på et høyere trinn eller å hoppe over noen trinn i ernæringstrappen (14).

Tidlige og enkle tiltak, som for eksempel tilrettelegging av spisesituasjon og berikning av kosten, kan forhindre eller forebygge bruk av fordyrende behandling som for eksempel sonde ernæring og intravenøs ernæring (14).

Figur 2. Ernæringsbehandling (14).



Spisesituasjon og symptomlindring

Delikat mat i et hyggelig måltidsmiljø betyr mye for trivsel og god appetitt. Mat har som kjent en viktig sosial, psykologisk og kulturell betydning i tillegg til den ernæringsmessige. Mat bør inntas i fellesskap og i egen spisetue/oppholdsrom. Hvis dette ikke er mulig, bør maten inntas i en god sittestilling i stol ved et bord.

Ved spisetid er det viktig å stille lukkede eller ledende spørsmål som for eksempel; «Vil du ha kyllinggryte eller suppe til middag?» fremfor åpne spørsmål som for eksempel «Hva vil du ha å spise?». Sistnevnte vil i mange tilfeller bli besvart med «ingenting». I noen tilfelle kan det å bruke ordet «smake» fremfor ordet «spise» være avgjørende for om pasienten vil ta til seg det aktuelle måltidet eller ikke. Måltidsporsjonene bør være små, og det bør være mulighet for flere serveringer. Serveres små porsjoner på store tallerkener, vil porsjonsstørrelsen synes mindre og dermed mer overkommelig.

Aktivisering og frisk luft er viktig for å øke appetitten og lindre kvalme. I tillegg er god symptomlindring viktig for å kunne spise tilstrekkelig, enten det dreier seg om behandling av smerte, kvalme, diaré, obstipasjon eller annet. Praktiske kostråd om ernæringsproblemer hos kreftpasienter finnes i brosjyren «Kostråd til kreftpasienter», utgitt av Kreftforeningen (16). De fleste praktiske kostråd er nødvendigvis ikke evidensbaserte, men erfaringsbaserte.

Tilpasset og beriket kost

Pasienter som er underernærte eller som står i fare for å bli det, bør få mat med høyt energi- og proteininnhold. Ved alvorlig vekttap og underernæring anbefales også et daglig multivitamintilskudd og tilskudd av omega-3 fettsyrer (tran) (11). I tillegg bør maten berikes med energirike matvarer (kremfløte, h-melk, egg, olje, smør, ost, rømmer, malte nøtter) og berikningspulver fra apotek. For å utnytte berikningspulver optimalt bør det brukes i all drikke og flytende/halvflytende mat. Hensikten med berikningen er å øke energi- og næringsinnholdet uten at pasienten trenger å spise mer mat.

Tygge- og svelgevansker krever at matens konsistens tilpasses individuelt (myk mat – moset mat – flytende kost) (11). Passasjehinder i midtre og nedre av mage- og tarmkanalen krever lettfordøyelig kost (11). Hvis det oppstår diaré i forbindelse med stråle-/cellegiftbehandling bør maten være laktose- og fettredusert – graden av dette bør vurderes individuelt (11).

Mellommåltider og næringsdrikker

Ekstra mellommåltider anbefales til underernærte pasienter og pasienter som står i fare for å bli det, men også til pasienter som er plaget med kvalme, forstoppelse eller diaré. Hyppigere måltider vil medføre at energi- og næringsbehovet dekkes, og sikre en god fordøyelse.

En god tommelfingerregel er å begynne med det første måltidet en time etter at pasienten har våknet. Dette kan for eksempel være litt kjeks eller litt frukt som ligger klart på nattbordet. Derved brytes den nattlige fasten og stoffskiftet er dermed i en oppbyggende fase fremfor i en nedbrytende fase. De resterende måltider utover dagen bør inntas med 2–3 timers mellomrom. Sammen med pasienten bør det lages en plan for måltidsrytmen (frokost – mellommåltid – middag – mellommåltid – kvelds – senkvelds). Det siste måltidet for dagen bør ikke inntas for tidlig, idet den nattlige fasten ikke bør være lengre enn elleve timer (11). Det er helsepersonells ansvar til hvert av disse måltider å tilby mat eller minne pasienter på å spise.

For noen kan det være enklere å drikke mer fremfor å spise mer. Næringsdrikker kan være hjemmelagde eller kjøpes på apoteket/bandagist. Hjemmelagde næringsdrikker med berikningspulver kan lages av eggedosis eller smoothies, se oppskriftshefte på for eksempel melk.no. Næringsdrikker kan bru-



kes som mellommåltid, som drikke til maten, eller tilsettes i hjemmelagde næringsdrikker for å øke energitettheten. Industriefremstilte næringsdrikker kan deles opp i to eller tre shots i løpet av dagen for lettere å få det i seg.

Kreftpasienter kan få næringsdrikk og andre medisinske næringsmidler fra apotek på blå resept etter § 6 i Blåreseptforskriften. Dette krever godkjenning fra HELFO. Det finnes nå over åtti forskjellige næringsdrikker med varierende næringsinnhold og ulike smaker. Det skal derfor være mulig å finne en smak som likes. I figur 3 (neste side) ser en effekten av hyppige måltider, energi- og proteinrik kost, bruk av næringsdrikker og berikningspulver på energiinntaket.

LETTSPISST:

Smoothie inneholder mye næring og er et sunt lite måltid. Foto: Colourbox.

Figur 3. Eksempel på effekt av ernærings tiltak.

Pasient, 50 kg og 69 år. Dagsmeny med og uten mellommåltider. Estimert energibehov for å opprettholde vekt er 1500 kcal/dag			
Dagsmeny		Dagsmeny med mellommåltid og beriking	
Frokost:		Frokost:	
½ brødskeiv m/ ost og kaffe	100 kcal	½ brødskeiv m/ ost og kaffe	100 kcal
		Lunch: 1/2 næringsdrikk	200 kcal
Middag:		Middag:	
½ porsjon middag m/ 2 glass saft	350 kcal	½ porsjon middag m/ 2 glass saft	350 kcal
Kaffe:		Kaffe:	
½ hvetebolle, vann og kaffe	100 kcal	½ hvetebolle, vann og kaffe	100 kcal
		Mellommåltid: 1/2 næringsdrikk	200 kcal
Kveldsmat		Kveldsmat	
1 brødskeiv m/ost og te	200 kcal	1 brødskeiv m/ost og te	200 kcal
		1/2 dl energipulver i te og kaffe og litt smør på brød, bolle og potet	100 kcal
Tilsammen	750 kcal	Tilsammen	1550 kcal

Sonde og intravenøs ernæring

Dersom de ovennevnte tiltak ikke fører til forbedringer i ernærings tilstanden, skal sonde eller intravenøs ernæring igangsettes. Dette gjelder også pasienter som av ulike årsaker ikke kan ta til seg mat gjennom munnen. Sondeernæring er førstevalget framfor intravenøs ernæring dersom mage- og tarmkanalen er fungerende og tilgjengelig. Sondeernæring gis oftest via nasogastrisk sonde eller perkutan endoskopisk gastrostomi (PEG). Intravenøs ernæring brukes som tilskudd når matinntak og sonde ernæring til sammen ikke dekker næringsbehovet (14).

Pasienter som er underernærte eller i fare for å bli det, skal ifølge nasjonale faglige retningslinjer ha en individuell ernæringsplan med dokumentasjon om ernæringsstatus, behov, inntak og tiltak (14).

Alternativ og komplementær behandling

Det finnes mange alternative dietter som hevdes å kunne ha kurerende effekt. Felles for disse er at de inneholder matvarer som er lite energitette, samt at de ofte utelater store og viktige matvaregrupper. Dette bidrar til et mangelfullt kosthold som ofte gjør det enda vanskeligere for pasienten å opprettholde en god ernæringsstatus. Det er manglende dokumentasjon for å kunne anbefale en spesiell diett ved kreftsykdom. I tillegg får mange også råd om å bruke spesielle matvarer og kosttilskudd, også her er dokumentasjonen mangelfull (17). ■

Referanser

- Dewys et al. Prognostic effect of weight loss prior to chemotherapy in cancer patients. *Am J Med* (1980); 69:491-497.
- Stratton et al. Disease-related malnutrition: an evidence-based approach to treatment. CABI Publishing 2003.
- Statens ernæringsråd. Ernæringsbehandling og kostrådgivning til kreftpasienter. 1997. Nr 4/1997.
- Sørensen et al. EuroOOPS: An international, multicentre study to implement nutritional risk screening and evaluate clinical outcome. *Clinical Nutrition* 2008;27:2340-349.
- Mariani et al. Weight loss in cancer patients: a plea for a better awareness of the issue. *Support Care Cancer* (2012); 20:301-309.
- Thoresen et al. Nutritional status of patients with advanced cancer: the value of using the subjective global assessment of nutritional status as a screening tool. *Palliat Med* 2002;16:33-42.
- Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective, World cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research 2007.
- Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer. Metodologi og vitenskapelig kunnskapsgrunnlag. Nasjonalt råd for ernæring 2011.
- Nøkkeleråd for et sunt kosthold. Helsedirektoratet 2011.
- Arends et al. ESPEN Guidelines on enteral nutrition: Non-surgical oncology. *Clinical Nutrition* 2006;25:245-259.
- Statens ernæringsråd's retningslinjer for kostholdet i helseinstitusjoner. Universitetsforlaget 1995.
- Andreyev et al. Why do patients with weight loss have a worse outcome when undergoing Chemotherapy for gastrointestinal malignancies? *European Journal of Cancer* 1998;34(4): 503-509.
- Ross et al. Do patients with weight loss have a worse outcome when undergoing chemotherapy for lung cancers? *British Journal of Cancer* 2004;90:1905-1911.
- Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Helsedirektoratet 2009.
- Baldwin & Weekes, Dietary advice for illness-related malnutrition in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(2).
- Kostråd til kreftpasienter, Kreftforeningen 2006.
- Komplementær og alternativ behandling for pasienter med kreft. Systematisk oversikt. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 12-2011.

FKS stipend 2012

NSFs FKS Faggruppe har fordelt 16 stipend á kr. 4000.

Marianne S. Bentsen – Krefthspl. Palliativ team/Smerteklinikken Haukeland Universitetssykehus. Den 1. norske barnepalliative konferansen, Kristiansand 12.-13./4. 2012

Hege Birketvedt Eklund – Krefthspl./prosjektleder/konsulent, Vestre Slidre kommune. 12. Landskonferanse om utfordringer ved livets slutt, Oslo 19.-21./9. 2012

Grethe Skorpen Iversen – Prosjektspil., Kompetansesenter i Lindrende beh. Helseregion Vest/Sunniva senter for Lindrende beh. 12. Landskonferanse om utfordringer ved livets slutt, Oslo 19.-21./9. 2012

Anne Mette Lindhjem Jacobsen – Fagutv.spl. OUS/Radiumhospitalet. 17. International Conference on Cancer Nursing, Praha 9.-13./9. 2012

Grethe Johannessen – Spl., Lindrende enh. Sørlandet sykehus Kristiansand. 12. Landskonferanse om utfordringer ved livets slutt, Oslo 19.-21./9. 2012

Liv Sylvi Meyer – Krefthspl./ressurspl., Krefthpol.kl. Haukeland Universitetssykehus. 12. Landskonferanse om utfordringer ved livets slutt, Oslo 19.-21./9. 2012

May Morken – Spl., Pol.kl. for barn, AHUS. Den 1. norske barnepalliative konferansen, Kristiansand 12.-13./4. 2012

Tone Nikøy – Krefthspl. Krefthavd. Haukeland Universitetssykehus. Onkologisk Forum, Trondheim 22.-23./11. 2012

Cathrine Kjeilen Nygaard – Krefthspl., Sunniva Senter for lindrende beh. 12. Landskonferanse om utfordringer ved livets slutt, Oslo 19.-21./9. 2012

Monica Selle Rustad – Krefthspl., Krefthavd., Haukeland Universitetssykehus. 12. Landskonferanse om utfordringer ved livets slutt, Oslo 19.-21./9. 2012

Bente Sælen – Krefthspl., Krefthpol.kl. Haukeland Universitetssykehus. 12. Landskonferanse om utfordringer ved livets slutt, Oslo 19.-21./9. 2012

ransen om utfordringer ved livets slutt, Oslo 19.-21./9. 2012

Torill Tysse Sælen – Krefthspl., Krefthavd. Førde Sentralsykehus/KLB, Helseregion Vest. 12. Landskonferanse i utfordringer ved livets slutt, Oslo 19.-21./9. 2012

Tore Kr. Schjølberg – Høgskolelektor, Vide-reutd. i krefthspl. HIOA. 17. International Conference on Cancer Nursing, Praha 9.-13./9. 2012

Ingrid Jevne Schmidt – Krefthspl., Lindrende avd. Braarudåsen senter, Horten. 12. Landskonferanse om utfordringer ved livets slutt, Oslo 19.-21./9. 2012

Sønneve Teigen – Prosjektleder LCP, Utvikl. senter for sykehjem og hjemmetj. i Hordaland. 12. Landskonferanse om utfordringer ved livets slutt, Oslo 19.-21./9. 2012

Jorid Torgvær – Krefthspl./fagutv.spl. Øksnes kommune. 12. Landskonferanse om utfordringer ved livets slutt, Oslo 19.-21./9. 2012

Montebellosenteret er en helseinstitusjon som har sitt faglige utgangspunkt i Radiumhospitalet og er organisert som en selvstendig non-profit stiftelse. Senteret ligger i flotte omgivelser like overfor Lillehammer, er nylig opprustet og utvidet og framstår med god hotellstandard uten institusjonspreg.



”
Kreftsykdom handler om mer enn fysiske plager. Det handler om livet videre.
Montebellosenteret



Kreft kan snu livet opp ned

Det som tidligere var en selvfølge kan plustelig føles som en utfordring.

Montebellosenteret tilbyr kursopphold for de som har, eller har hatt kreft, alene eller sammen med en nær pårørende. Formålet er å gi hjelp til livet videre med de endringene som kreft og kreftbehandling har medført. Alle kursene er tilrettelagt med et faglig innhold. Kursplan for 2012 tilbyr mange spennende og interessante kurs.

Montebello ønsker å styrke samarbeidet med det kliniske felt.

Fagteam ved de enkelte kurs skal bestå av egne ansatte og eksterne fagpersoner med aktuell spisskompetanse. Vi kan tilby deg nye utfordringer og verdifull kompetanse i et spennende kollegialt miljø!

Mer informasjon på www.montebello-senteret.no/for-helsepersonell, tlf 62 35 11 00, eller ta kontakt med Torill Ensbj: torill.ensby@montebello-senteret.no eller Silje Højlund: silje.hojlund@montebello-senteret.no

Montebellosenteret

Kurstedvegen 5, 2610 Mesnali. Tlf 62 35 11 00
post@montebello-senteret.no www.montebello-senteret.no



www.oblectura foto: Houde, Knut Brynill

Avsender
Sykepleien
Postboks 456 Sentrum
NO-0104 Oslo



Bli medlem i Forum for kreftsykepleie

Forum for kreftsykepleie er en av Norsk Sykepleierforbunds faggrupper, og har som formål å spre kunnskap om utviklingen av kreftsykepleie til sykepleiere. Forum for kreftsykepleie har 19 lokalgrupper spredt over hele landet og samarbeider med nasjonale og internasjonale organisasjoner. Les mer om oss på www.sykepleierforbundet.no, under faggrupper velger du kreftsykepleiere.

Medlemsfordeler

- Du vil kunne søke stipendmidler som tildeles kreftsykepleiere fra interne og eksterne fond for deltakelse på seminarer og konferanser.
- Du vil få rabatt på Norsk konferanse i kreftsykepleie som FKS arrangerer hvert 2. år.
- Deltakelse i lokalgruppe av FKS.
- Du får tilsendt «Kreftsykepleie».

Kontingenter

- Individuelt medlemskap kr 252,- per år (kun for medlemmer av NSF).
- Individuelt abonnement: Ikke medlemmer av NSF kr 300,- per år. Pensjonister kr 150,- per år.
- Høgskoler og helseinstitusjoner kr 500,- pr år
- Firma kr 800,- per år.

Hvem kan bli medlem?

- Sykepleiere som arbeider med kreftpasienter, eller som er interessert i kreftsykepleie og er medlemmer av NSF.
- Medlemskap oppnås ved å betale kontingent.
- Sykepleiere som ikke er medlemmer av NSF kan tegne abonnement på tidsskriftet Kreftsykepleie.
- Sykepleierhøgskoler, helseinstitusjoner og firma kan også tegne abonnement på tidsskriftet «Kreftsykepleie».

Send din påmelding til:
FKSblimedlem@gmail.com