



Kreftsykepleie

NR. 2-2012 • ÅRGANG 28

TIDSSKRIFT FOR KREFTSYKEPLEIERE



TEMA Lindrende behandling i livets slutfase

- ✓ Hva er lindrende behandling? ✓ Fysioterapi til nytte og glede ✓ Gode råd om munnstell
- ✓ Individuell plan i palliativ fase ✓ Behandling av pasienter med dyspné

Sykepleien

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/
faggrupper/kreftsykepleiere

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

REDAKSJONSUTVALG
Marte Wolden, Åse Grøthe og Signe Øverland

MEDLEMSANSVARLIG
Synøve Revling Holm
tlf: 61172386/jobb 45214431
sy-holm@online.no

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

HJEMMESIDE:
www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/kreftsykepleiere

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
Bjørn Nordstrand
bjorn.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



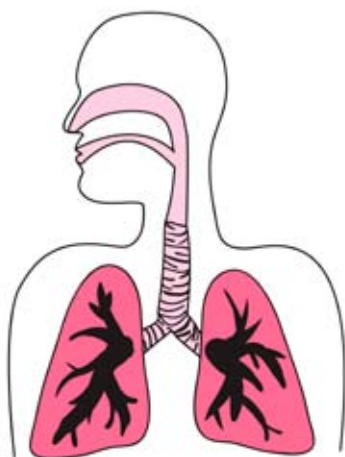
■ **22** GODE RÅD om
munnstell.



■ **16** FYSIOTERAPI
til glede og nytte.

Innhold

NR. 2-2012 • ÅRGANG 28



38 BEHANDLING av pasienter med pustebesvær.



30 INDIVIDUELL PLAN i palliativ fase.

4 Styremedlemmer i Forum for kreftsykepleie

5 **LEDER:** Marte Wolden

7 **LEDER:** Britt Ingunn Wee Sævig

10 Hva er lindrende behandling?

16 Fysioterapi kan gi økt livskvalitet

20 Lokallagsledere

22 Munnstell til palliative pasienter

25 Søk stipend

27 Matnyttig samarbeid

30 Individuell plan i palliativ fase

34 Årets kreftsykepleier

37 Skriv en artikkel - og vinn 1000 kroner

38 Behandling av pasienter med dyspné

FASTE SPALTER

8 Smånytt

15 På plakaten

26 Bokomtaler

43 **TILBAKEBLIKK:** Bergljot Larsson fikk Ridderkorset

LES PÅ NETT

På Sykepleien.no kan du lese denne og tidligere utgaver av *Kreftsykepleie*, samt flere andre faggruppeblad. Du finner dem under Faggruppeblad arkiv.

NYHET



Janssen introduserer ZYTIGA®, den første selektive androgen biosyntesehemmeren...

...Ved metastasert kastrasjonsresistent prostatakref (mCRPC) kan selv lave konsentrasjoner av androgener øke tumorvekst. 1-6

Zytiga - Janssen CYP17-hemmer. TABLETT 250 mg. Hver tablett innh. Abirateroneacetat 250 mg, leksele 189 mg, netum 4,8 mg, hjelpestoffer. Indikasjon: Redusert sammen med prednison eller prednisolon...

Janssen-Cilag AS Postboks 144, NO-1325 Lysaker, Norway T: +47 24 12 65 00, Fax +47 24 12 65 10, www.janssen-cilag.no



STYRET

Styremedlemmer i Forum for kreftsykepleie

LEDER Britt Ingunn Wee Sævig Bøneshøien 130, 5154 Bønnes T: 99 24 86 15 britt.ingunn.saevig@krefteforeningen.no

Kristin.bergum@tromso.kommune.no Jobbadr: Ørneveien 6, 9016 Tromsø

NESTLEDER OG STIPENDANSVARLIG Lillian Rolfsen Grønsund Lyngvn 16, 4400 Flekkefjord T: 41 69 58 92 lillian@norgespost.no

REDAKSJONSUTVALG OG LOKALLAGSKONTAKT Åse Grøthe Ø. stadionv 76, 5161 Laksevåg T: 99 29 53 18 / J: 55 97 93 89 abjg@haraldsplass.no

KASSERER Mona Grytten Ulternkammen 16, 0380 Oslo T: 98 80 72 56 / J: 22 93 40 27 monagrytten@gmail.com

WEBANSVARLIG OG MEDLEMSLISTEANSVARLIG Synøve Revling Holm Skonhovdvn 275, 2827 Hundedalen T: 61 17 23 86 / J: 45 21 44 31 sy-holm@online.no

SEKRETÆR OG ANNONSEANSVARLIG Sissel Hynne Moås Holanvn 3, 7620 Skogn T: 90 89 48 27 / J: 74 09 84 24 sissel.moas@ntebb.no

VAREMEDLEM: Nordisk kontakt og annonsemedansvarlig Ellen Rosseland Hansen Stenørveien 2B, 1784 Halden T: 41 61 17 93 ellen.rosseland.hansen@halden.kommune

REDAKTØR TIDSSKRIFT Marte Wolden Biskop Sigurdsgt 6, 7042 Trondheim T: 95 04 61 21 marte.wolden@stolav.no

VAREMEDLEM OG REDAKSJONSUTVALG Signe Øverland Gauselkneien 43, 4032 Stavanger T: 48 10 59 96 signeoverland@gmail.com

LOKALLAGSKONTAKT Kristin Bergum Losveien 7, 9014 Tromsø T: 46 94 90 29

VAREMEDLEM, KURS OG KONFERANSEKONTAKT Bente Aasheim Heidsalsveien 2688, 2676 Heidal T: 99 77 86 47 baasheim@hotmail.com



REDAKTØR: Marte Wolden

Mye nyttig lesestoff

I skrivende stund regner og sludder det hunder og katter her i Trøndelag, men når du leser dette har vi passert 1. mai – og bildet som møter meg utenfor kontorvinduet mitt da vil forhåpentligvis gå mer i blå- og grønnfarger enn i dagens grånyanser.

Sånn er det å bo i denne landsdelen, store værsvingninger, ikke bare mellom de ulike årstidene, men også fra morgen til kveld, på en og samme dag. Tar du på deg småsko om morgenen kan du være sikker på at du burde hatt støvler når du skal gå hjem fra jobb. Eller omvendt – paraplyen du gjemte deg under i morgengryet skulle vært byttet ut med solbriller til lunsj.

Uforutsigbart og egentlig ganske spennende, som livet og hverdagen for øvrig – ikke minst arbeidsdagen til sykepleiere i kreftomsorgen.

I forrige nummer av Kreftsyrkepleie hadde vi fokus på kreft og ernæringsproblemer. Flere tilbakemeldinger på dette viser at det er et tema som berører og engasjerer mange. I dette nummeret følger vi opp med et lite innspill fra en viktig medspiller i et helsevesen i endring: pasienthotellet. Les om et «matnyttig» samarbeid mellom Kreftforeningen og St Svithun pasienthotell og se om det kanskje kan være noen idéer å hente.

Hovedtema i tidsskriftet du nå holder i hånden er lindrende (palliativ) behandling og sykepleie – et stort og omfattende fagfelt – som utfordrer oss på så mange områder: organisering og samhandling, symptomlindring, familie-, pårørende- og nettverksarbeid, tverrfaglig samarbeid, nære møter med alvorlig syke og døende mennesker, informasjon og kommunikasjon og det å se, respektere og ivareta enkeltmenneskets behov

når håpet om å bli kurert for sykdom ikke lenger eksisterer. Hvordan kan sykepleiere bidra til at den palliative pasienten og hans pårørende har det best mulig? Eller hvordan skape «levetid framfor ventetid» som en av artikkelforfatterne i dette nummeret uttrykker det.

I 2010 kom Helsedirektoratet med et revidert nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. Dette legger en del føringer for hvordan vi skal organisere og prioritere innenfor fagfeltet. I Norge er det palliative helsetilbudet organisert med regionale kompetansesenter og palliative enheter på flere nivå, helt ned til enkeltssenger på en sykehjemsavdeling.

Redaksjonsutvalget i Kreftsyrkepleie utfordret deler av det palliative fagmiljøet i Helse Vest til å bidra med artikler til dette temanummeret, og den utfordringen tok de. Her deler de erfaringer og kunnskap over et vidt spenn, for eksempel nytten og viktigheten av fysioterapi og aktivisering i den palliative fasen og bruk av «Individuell plan» hos den palliative pasienten. Jeg håper og tror at det er mye nyttig og inspirerende lesestoff for mange.

Bak alle tallene om hvor mange som blir berørt av sykdom hvert år finnes enkeltmennesker, de som selv rammes og de som blir vitne til at et familiemedlem, en venn eller kollega blir syk. Midt oppe i alle retningslinjer og føringer i helsevesenet må vi ta oss tid til å lytte til hva disse menneskene selv har å si. For det er pasientene vi er her for, og det er pasientenes og pårørendes behov som til enhver tid må styre våre prioriteringer og handlinger.

Jeg er glad i og leser mye poesi. I mars fikk Lina Undrum Mariussen Tarjei Vesaas debutantpris for diktsamlingen «Finne deg der inne og hente deg ut» (Forlaget Oktober). Hun skriver om sorgen ved en søsters langvarige og uforutsigbare sykdom. Dikt som berører og utvider forståelsen av hvor skremmende, usikkert, smertefullt og fremmed alle ting blir når sykdom rammer en familie. Samtidig er boka vakker og sterk, og jeg vil gjerne anbefale den som en annerledes bok om det å bli rammet av alvorlig sykdom.

*det modnes så fort, lukter åker og gråt
jeg tresker og presser gråten sammen
i store hvite baller på jordet
og jeg tenker på hvordan denne
sommere begynte
hvordan du gikk med langsomme
skritt
tett inntil veggen
du kunne stanse midt i rommet, stå
og se deg rundt
til slutt var du framme ved sofaen
eller sto ved klærne på badet
en dag var det for langt til kjøkkenet,
da henta jeg maten
og så på hendene dine mens du åt
jeg så på hendene mine
da jeg satte skoa dine i skapet
og jeg forstår ikke hvordan det bare
kan skje
at du ligger i senga og ser opp i taket
at ingen av oss tør å sette oss ned
og se på deg lenge av gangen*

Lina Undrum Mariussen

Marte Wolden

ANSVARLIG REDAKTØR

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





LEDER:
Britt Ingunn Wee Sævig

Viktig med lindrende behandling

Vi er nå kommet godt inn i 2012 og lyse dager og vår har for alvor begynt å sette sitt preg på hverdagen. Når dette leses, har gjerne noen av dere allerede opplevd varme soldager og ser frem til en sommerferie om ikke så lenge. Og det er viktig å ha noe å se frem til - dager med late morgener, kanskje en reise eller flere, familie og venner samlet eller det å oppleve gode dager i eget selskap. Vi er forskjellige og vi har alle våre ønsker og drømmer, og jeg håper dere alle får gjennomført noe av det dere gleder dere til.

Noen av dem vi møter på vår vei har det helt motsatt og har gjerne symptomer og en uro i seg som tilsier at noe er galt. Noen ser tilbake på en tøff periode med sykdom og noen har opplevd å miste en som var kjær. Jeg har selv opplevd denne våren å være nær pårørende, en av mine beste venner døde etter bare noen måneders sykdomstid. Han var så optimistisk, sto på og holdt fast ved rutiner og aktiviteter så lenge han overhodet orket, og han gav oss andre i venneflokket mot og håp underveis. Bare noen dager før han døde samlet han oss til bursdagsfeiring sammen med nærmeste familie og det ble en kveld med feiring av livet. Det var vondt å si adjø den kvelden for vi skjønte vel alle at det var siste gang vi så ham. Håpet vårt var da at han skulle slippe store smerter den tiden han hadde igjen. Og han fikk hjelp, han møtte fagpersoner som kunne gi han den rette behandling og det betyr mye for oss som er igjen å vite at han fikk dø under rolige omgivelser.

Så viktig det er med lindrende behandling og så godt at de finnes der ute, alle disse fagpersonene som kan dette og som selv med omorganiseringsprosesser og krav om kostnadseffektivitet bruker sin kunnskap på pasi-

enten både i sykehus og i kommunene. Der er vi sykepleiere viktige nøkkelspillere. Vårt kliniske blikk og vår kunnskap til å gi helhetlig omsorg blir uvurderlig i vårt møte med hver enkelt pasient.

Kunnskap om palliasjon må deles og det er en av grunnene til at vi i år har prioritert stipend til de som har søkt midler til den store palliative konferansen til høsten. Det er og en glede å kunne bidra til at to av våre medlemmer fikk reise på den 1. nasjonale konferansen i palliasjon hos barn i april.

2012 er året da NSF fyller 100 år og som medlem i FKS er vi en del av jubileet. Vi er en av 33 faggrupper i NSF, og med 1500 medlemmer er vi en av de største. Som leder er jeg heldig og får møte de ulike lederne i Sentralt fagforum noen ganger i året. Vi deler våre ulike erfaringer med hverandre, og i år har vi et ekstra fokus på jubileet i september. Her skal vi bidra som faggruppe fra vårt faglige ståsted og jeg oppfordre dere alle til å komme med forslag og innspill til hvordan DU mener kreftsykepleiefaget kan løftes og formidles under kongressen som blir kalt «Sykepleie for fremtiden – erfaring gjennom 100 år».

Du kan lese mer om selve kongressen på: https://www.sykepleierforbundet.no/kongressen?p_dimension_id=650659

På vegne av alle i hovedstyret vil jeg få ønske dere en velfortjent ferie.

Britt Ingunn Wee Sævig

LEDER FKS

Underrapporterer bivirkninger

Helsemyndighetene vil i år iverksette tiltak for å få sykehusene til å øke rapporteringen av bivirkninger barn får av medisiner. Grunnen er at en undersøkelse viser at sykehusene trolig gjør seg skyld i en betydelig underrapportering av bivirkninger fra barneavdelinger, framgår det av bivirkningsrapporten for 2011 fra Statens legemiddelverk.

Kilde: Forskning.no

Bedre for barn på OUS

Oslo universitetssykehus har opprettet et overordnet råd for barn som pårørende. Rådet skal sikre et felles fokus på ivaretagelsen av barn som pårørende på tvers av klinikkene. Det vil ha en koordinerende funksjon, bidra til kompetanseheving, veiledning og oppfølging av de barneansvarlige ved sykehusets enheter. Rådet har en representant fra hver klinikk. Representant fra Kreft, kirurgi og transplantasjonsklinikken er Berit Hofset Larsen.

Kilde: oslo-universitetssykehus.no

SMÅNYTT



Mange har syke foreldre

Flere enn 34 000 barn og unge under 18 år i Norge, og nærmere 31 000 unge voksne mellom 19 og 25 år har en forelder som har eller har hatt kreft. Det har forsker Astri Syse ved Kreftregisteret kartlagt.

Rundt 700 barn og unge under 18 år vil miste en forelder av kreft i løpet av ett år, og det er mer vanlig å miste en far enn en mor. Antallet unge voksne som mister en mor eller en far i løpet av et år er rundt 800.

Kilde: Kreftregisteret.no

«Et godt smil kommer sjelden alene.» *Dag Evjenth, forfatter*

Gratis røykeplaster hjelper ikke

Ekstra veiledning og gratis røykeplaster hjelper ikke folk til å slutte å røyke, viser en britisk studie som har fulgt 2500 røykere i et år. Slik røykeslutthjelp ga ingen ekstra effekt, utover det myndighetene allerede gir av råd og støtte.

I Storbritannia er standard røykesluttpakke fra myndighetene råd i brevform og gjennom e-post og SMS, og også tilgang til en hjelpetelefon.

Forskerne ville sjekke om gratis nikotinplastre og mer målrettet rådgivning bidro til at flere sluttet med uvanen, men det viste seg altså at omtrent like mange klarte å legge fra seg sigaretten, uavhengig av hvilken hjelp de fikk. Det britiske helsedepartementet har nå bestemt seg for å ikke innføre noen nye tiltak ut over den hjelpen som allerede tilbys, melder BBC.

Kilde: Forskning.no



Gi femtiøringene til kreftsaken

Kreftforeningen vil veldig gjerne ha folks 50-øring, når mynten utgår som betalingsmiddel 1. mai i år. Kreftforeningen har derfor inngått samarbeid med DNB, Sparebank 1, Sparebanken Pluss og Sparebanken Øst. Rett før og etter 1. mai kan folk levere inn 50-øring til disse bankene, for å støtte foreningen. Pengene blir da kostnadsfritt satt inn på Kreftforeningens konto. Myntene kan også leveres til Kreftforeningens kontorer i Oslo, Bergen, Trondheim, Tromsø, Tønsberg, Kristiansand og Hamar. Det finnes 180 millioner kroner i 50-øring i Norge. Hvis hver nordmann hadde gitt tre 50-øring hver, ville det gitt 7,5 millioner til kreftsaken, ifølge Kreftforeningen.

Nytt Vardesenter

Vardesenteret i Tromsø ble offisielt åpnet 30. januar i år. Det er lokalisert i Universitetssykehuset Nord-Norge sine lokaler i Breivika i Tromsø. Fra før finnes et Vardesenter på Radiumhospitalet. Vardesenteret skal være et sted å møtes til uformell prat over en kopp kaffe eller til en samtale med fagpersoner eller andre kreftrammede. Målsettingen er å bidra til at kreftrammede opplever størst mulig grad av mestring til et aktivt hverdagsliv med eller etter kreftsykdom og kreftbehandling.

Kilde: Vardesenteret.no

Røykeforbud i Canada

Det er nå ulovlig å fyre opp en røyk på uterestaurant eller i parker i den canadiske hovedstaden Ottawa. Foreløpig får folk som bryter forbudet bare en advarsel, men fra juli vil de bli bøtelagt. Byens mål er delvis å beskytte ikke-røykere, delvis å gjøre det så vanskelig for røykerne at flere stumper røyken. Ottawa forbød innendørs røyking på barer og restauranter i 2001.

Kilde: Tidens krav/ottawacitizen.com



Tekst Johan Alvik Foto Colourbox

Nyttig språkhjelp

Sykehuset Østfold har utviklet en kommunikasjonsperm som skal brukes i møte med pasienter som ikke snakker norsk. Permen er lagt ut på nett. Hyppig stilte spørsmål, beskjeder og informasjon til pasienten er oversatt og illustrert med enkle symboler og bilder, slik at pasient og pleier kan kommunisere ved å peke. Permen inneholder rundt 40 spørsmål og er oversatt til 14 språk.

Du finner den på: www.sykehuset-ostfold.no/fagfolk/Sider/kommunikasjonsperm.aspx



Tretthet lenge etter kreft

Ved Oslo universitetssykehus pågår to prosjekter der seineffekter hos langtidsoverlevende av lymfekreft og leukemi i barnealder studeres. Ett av resultatene så langt, viser at 27 prosent av deltakerne har problemer med kronisk tretthet (fatigue) gjennomsnittlig 20 år seinere. Forskerne er foreløpig usikre på hva dette skyldes. Fatigue kan oppstå i kjølvannet av mange kreftformer. Mye tyder på at faktorer i immunsystemet spiller en rolle.

Kilde: Sammen mot kreft/Kreftforeningen

Hva er lindrende behandling?

Palliasjon er behandling, pleie og omsorg for pasienter med en uheldredelig sykdom. Målet er å gi pasienten best mulig livskvalitet.



Av Grethe Skorpen Iversen, prosjektsykepleier/LCP-kontakt, Kompetansesenter i lindrende behandling, Helseregion Vest og Sunniva senter for lindrende behandling, Haraldsplass Diakonale Sykehus.

V i har alle møtt pasienter som forteller at «all behandling er avsluttet». Med det mener de ofte at kreftbehandlingen er avsluttet – og legger til at det «ikke er mer å gjøre», fordi sykdommen ikke lenger responderer på tumorrettet behandling. For mange pasienter vil dette være tidspunktet da palliativ behandling starter; når sykdommen ikke lenger kan helbredes og levetiden er forventet å være kort. Dessverre er det fortsatt en utbredt misforståelse at palliasjon bare er noe vi tyr til når alt annet har sviktet. Palliasjon er tvert imot svært aktiv behandling, som handler om mye mer enn det rent medisinske. Heldigvis er det alltid noe å gjøre, selv om tiltakene ikke lenger retter seg mot å «bli frisk». Like viktig er det å ha det så godt som mulig når man lever med en uheldredelig sykdom. Det er faktisk utrolig mye vi som helsepersonell kan være til hjelp og støtte med i en vanskelig tid for både pasient og pårørende, for å skape «levetid fremfor ventetid».

Hva er palliasjon?

Lindrende behandling eller palliasjon defineres på følgende måte:

«Aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med en uheldredelig sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er å gi pasienten og familien best mulig livskvalitet. Mye av modellen for behandling, pleie og omsorg er også anvendbar tidligere i sykdomsforløpet, samtidig som det gis kurativ eller livsforlengende behandling.» (WHO og European Association for Palliative Care, EAPC)

Ordet palliasjon kommer av det greske ordet pallium, som betyr kappe, i overført betydning å legge en beskyttende kappe rundt den som trenger det. Begrepet hospice knyttes til palliasjon, der hospice i middelalderen var et hvilested for reisende, inspirert av fortellingen om den barmhjertige samaritan. På 1960-tallet oppsto den moderne hospicebevegelsen da legen Cicely Saunders opprettet St. Christopher's Hospice i London. Fra den tid har begrepet hospice vært knyttet til behandling, pleie og omsorg for alvorlig syke og døende mennesker, og hospicefi-

OVERSIKT OVER KOMPETANSESENTRENE I LINDRENDE BEHANDLING I NORGE:

Kompetansesenter for lindrende behandling, Helseregion Nord «Lindring i Nord»
Universitetssykehuset Nord-Norge
Tlf. 77 62 60 74
Faks. 77 62 67 79
Reg.klb@unn.no

Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion vest
Haukeland universitetssykehus
Tlf. 55 97 58 24
Faks 55 97 58 25
lindrende.behandling@helse-bergen.no

Kompetansesenter for lindrende behandling Helseregion Sør-Øst,
Oslo universitetssykehus, Ullevål
Tlf. 23 02 66 84
kslb@ous-hf.no

Kompetansesenter i lindrende behandling, Midt-Norge,
St. Olavs Hospital
Tlf. 72 82 61 26
Faks. 72 82 60 28
lars.o.ofstad@ntnu.no

PallReg: Nasjonalt register over palliative virksomheter. www.pallreg.no

I PallReg er det mulig å søke opp og se på informasjon om palliative virksomheter i Norge. Registeret er åpent for alle. Søket kan begrenses ut

losofien, slik den er formulert i definisjonen over, er grunnlaget for det palliative arbeidet også i dag.

Palliasjon er ikke et nytt fag. I tidligere tider var det meste av medisinsk behandling lindring. Etter fremveksten av moderne kreftbehandling i forrige århundre måtte denne delen av medisinen «gjenoppdages» og videreutvikles til et eget medisinsk fagområde. Det innebærer at palliativ medisin er en egen medisinsk og sykepleiefaglig spesialitet i mange land, og at det drives utstrakt forskningsvirksomhet. I Norge har fagområdet vokst frem siden 1970-tallet, men først i 2011 fikk norske leger mulighet til å søke om formell anerkjennelse av sin kompetanse, gjennom forsøksordningen Kompetanseområde palliativ medisin. Flere høyskoler rundt i landet tilbyr tverrfaglige videreutdanninger i palliativ omsorg, og det er blant annet mulig å ta masterstudium i palliasjon ved Høgskolen i Buskerud. For leger finnes et nordisk spesialistkurs i palliativ medisin.

Grunnleggende palliativ kompetanse

Uansett hvor vi arbeider, vil vi møte pasienter med behov for god lindrende behandling. Det er derfor viktig å understreke at palliasjon ikke er noe kun få utvalgte kan bidra med. Vi trenger alle å ha en grunnleggende kompetanse på området, samtidig som det også er nødvendig med spesialiserte palliative tilbud for de pasientene som måtte ha behov for det. Alle norske helseforetak, unntatt ett, har i dag palliative team, teamene har rådgivende funksjon overfor sykehusets avdelinger og kommunene i nedslagsfeltet. Flere steder er det også egne palliative sengeenheter for pasientene med de meste komplekse behovene, og det er også noen dagavdelinger i spesialisthelsetjenesten. Flere kommuner har sykehjem med palliative enheter eller øremerkede senger til pasienter med palliative behov.

Helsedirektoratet har sammen med det palliative fagmiljøet i Norge utgitt Nasjonalt hand-

lingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen, heretter kalt handlingsprogrammet (1). Handlingsprogrammet inneholder generell informasjon om palliasjon, retningslinjer for symptomlindring, samt anbefalinger for organisering og kompetanse innen feltet. Kravene til grunnleggende palliasjon gjelder alt helsepersonell som arbeider med kreftpasienter eller andre som trenger lindrende behandling, og omfatter blant annet følgende:

- Kartlegging og behandling av symptomer og plager
- Informasjon til pasienter og pårørende
- Ivaretagelse av pårørende
- Terminal pleie
- Sorg- og etterlattearbeid

Tverrfaglig tilnærming

En helhetlig tilnærming til pasienten, hvor en forsøker å favne de fysiske, psykiske, åndelige/eksistensielle og sosiale problemer og behov for hjelp, er et kjennetegn ved palliasjon. Tanken bak en slik tilnærming er at problemstillingene ofte er sammensatte og derved påvirker totalsituasjonen. Av den grunn trengs en tverrfaglig tilnærming til pasientens situasjon, der ulike yrkesgrupper arbeider sammen i integrerte team. Et palliativt team består tradisjonelt av sykepleiere, lege, fysioterapeut, sosionom og prest. Flere steder er teamet også supplert med psykolog og ernæringsfysiolog. Et godt tilbud om behandling og oppfølging krever også ofte et tett samarbeid mellom ulike medisinske fagområder, og behovet for koordinering og samhandling mellom ulike tjenester og nivåer er i høy grad til stede.

Den palliative fasen

Den palliative fase er definert til å gjelde fra sykdommen ikke lenger kan helbredes, og inntil død, noen steder beskrevet som forventet/antatt levetid inntil 9-12 mnd. En del pasienter

fra helseregion, fylke eller kommune, og viser da virksomheter i både kommune- og spesialisthelsetjenesten. Disse kan sorteres ved å velge enten «kommunehelsetjeneste» eller «sykehus». Søket kan også begrenses ut fra et helseforetak, og vil da

bare vise tiltak i spesialisthelsetjenesten.

For hver virksomhet er følgende informasjon registrert: Navn på virksomheten, lokalisering, type virksomhet, oppstartsår og antall årsverk. For palliative sengeenheter er

antall senger registrert. Det er oppført antall av ressurs-sykepleiere i den enkelte kommune, hvor mange av disse som er kreftsykepleiere, samt antall kreftsykepleiere i kommunen utenfor kompetansenettverk.

Type virksomhet er

registrert i henhold til betegnelsene i Standard for palliasjon. Regionalt palliativt senter omfatter palliativt team og palliativ enhet ved regionsykehus, samt regionalt kompetansesenter i lindrende behandling.



RETNINGSLINJER: Helsedirektoratet har utarbeidet Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. Du kan laste det ned på helsedirektoratet.no.

lever kortere, og andre lengre, og de vil kanskje ha behov for lindrende behandling gjennom år med kronisk sykdom. Dette understreker at palliasjon ikke er forbeholdt spesielle pasientgrupper, men at god lindrende behandling både gjelder kreftpasienter og pasienter med andre diagnoser, for eksempel hjerte-/lungesyke og pasienter med ulike nevrologiske sykdommer.

Handlingsprogrammet beskriver at det palliative forløpet ofte kjennetegnes ved:

- Komplekse symptombilder
- Hyppige og raske endringer i symptombildet

- Akutte tilstander og komplikasjoner
- Tap av fysisk funksjon og økende pleie- og hjelpebehov
- Sviktende organfunksjoner
- Polyfarmasi

Dette betyr at det må foreligge gode og forutseende planer for tiden fremover, både med tanke på medikamenter og utstyr og på nødvendig informasjon til pasient og pårørende, samt av hensyn til deres ønsker og behov. Tilsvarende gjelder også for å skape og sikre trygge overganger og godt

Enkel registrering av symptomer

ESAS-skjemaet brukes til å registrere smerte, kvalme og andre symptomer, for å kunne gi best mulig lindring.

ESAS, Edmonton Symptom Assessment System, er et kartleggingsverktøy for å registrere vanlige symptomer hos pasienter med palliative behov, på en effektiv og standardisert måte. ESAS ble utviklet ved Edmonton General Hospital i Edmonton, Canada, på begynnelsen av 1990-tallet, og oversatt til norsk ved Seksjon lindrende behandling på St. Olavs Hospital, Trondheim. ESAS er i dag anbefalt som standard kartleggings-skjema i palliasjon i Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. Bruk av ESAS er også et krav ved henvisning til palliative team og enheter og for å kunne utløse DRG-takst for palliativ behandling i sykehus. Siden ESAS kan benyttes uavhengig av hvor pasientene oppholder seg, gir ESAS også oss helsearbeidere et viktig felles språk og en referanseramme på tvers av behandlingsnivåene.

Ny versjon av ESAS

I 2010 reviderte og videreutviklet det

palliative miljøet i Edmonton ESAS-skjemaet på bakgrunn av funn fra flere studier. Det viste seg at skjemaet eksisterte i en rekke ulike varianter, noe som gjorde det vanskelig å kommunisere resultater og bruke ESAS i forskningsrelaterte oppgaver. I tillegg til å være et nytt, felles skjema har den nye versjonen forklaring på en del av symptomene, og er lettere å forstå for pasientene. Den nye versjonen, ESAS-revidert eller ESAS-r, er nå lansert internasjonalt og er også oversatt til norsk. Den er anbefalt som ny standard i Norge og vil erstatte de mange, gamle versjonene (1).

Knyttet til ESAS-skjemaet finnes det også et forløpsskjema, hvor symptombyrden over tid kan fremstilles grafisk. Det gir et enkelt, visuelt bilde, som blant annet er nyttig for å evaluere effekten av behandling for ulike plager. Mange steder finnes dette forløpsskjemaet i elektronisk pasientjournal, og på den måten er ESAS med

på å kvalitetssikre arbeidet og dokumentasjonen.

Hvordan bruke ESAS?

ESAS er et enkelt kartleggingsverktøy til å registrere vanlige symptomer: smerte, slapphet, døsigheit, kvalme, matlyst, tung pust, angst og depresjon. Det er også mulig å synliggjøre andre plager, som obstipasjon eller munntørhet. Nederst på skjemaet er det også en linje til å angi hvordan pasienten samlet sett vurderer dagens situasjon. Graden av symptom markeres ved å sette ring rundt det tallet mellom 0 og 10 som best beskriver den aktuelle situasjon. 0 er ingen plage og 10 er verst tenkelig plage, unntatt for matlyst, hvor 0 tilsvarer normal matlyst og 10 verst tenkelig nedsatt matlyst. Dersom pasienten scorer mer enn 3 på et symptom, anbefales nærmere kartlegging og videre tiltak.

Det oppfordres til at pasienten selv fyller ut skjemaet, sett ut fra hvordan han eller hun har det her og nå. Dersom

samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Et felles ansvar

God palliasjon er noe vi alle kan være med og bidra med, fordi lindrende behandling trengs der mennesker lever og dør. Det bekreftes også gjennom WHO-definisjonen, som utdyper lindrende behandling på følgende måte:

- Bekrefter livet og innser at døden er en normal prosess.
- Verken fremskynder eller forkorter livet.

- Prøver å lindre smerter og andre plagsomme symptomer.
- Integrerer de psykologiske og eksistensielle aspektene i omsorgen for pasienten.
- Tilbyr et støttesystem for å hjelpe pasienten til å leve så aktivt som mulig frem til døden.
- Tilbyr et støttesystem for å hjelpe familien under pasienten sin sykdom og gjennom sorgarbeidet.

Referanse:

1. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2007; revidert utgave 2010. <http://www.helsebiblioteket.no/Retningslinjer/Palliasjon/Forord> (28.03.2012)

med ESAS

pasienten ikke selv er i stand til å gjøre det, kan pårørende eller helsepersonell hjelpe til. Det skal i så tilfelle markeres på skjemaet, for å tydeliggjøre at det kanskje ikke lenger er en ren subjektiv utfylling. Dette er viktig, siden det kun er pasienten selv som vet i hvilken grad de ulike symptomer oppleves, og hvordan de samlet påvirker totalsituasjonen. Hvor hyppig ESAS bør utfylles, avhenger litt av hva problemstillingene består i, og om det kan være av interesse å se på variasjon gjennom døgnet.

ESAS er oversatt til en rekke språk, og de ulike skjemaene er tilgjengelige via internett. Enn så lenge er det nødvendig å være oppmerksom på at ikke alle oversettelsene er revidert i tråd med ESAS-r, og at innholdet og rekkefølgen i skjemaet derfor kan være annerledes. I praksis er dette et lite problem, da engelsk oversettelse er gjengitt på skjemaene.

Når ESAS ikke kan brukes

Det finnes også et sekundærobserva-

sjonsskjema som helsepersonell kan benytte for å kartlegge symptomer hos pasienter som ikke selv er i stand til å sette ord på sin situasjon. Det kan være pasienter som er for syke til å fylle ut skjemaet og som heller ikke klarer å medvirke til intervju, eller pasienter som er uten språk. Erfaringsmessig avtar evnen til å fylle ut ESAS i pasientens siste leveuker.

Kartlegging er viktig

Hovedformålet med å kartlegge symptomer ved hjelp av ESAS, er verken å utløse DRG-poeng eller å oppfylle andre krav, men å oppnå best mulig symptomlindring for den enkelte pasient. Det er viktig og nødvendig å lytte til pasientene selv. Utfylling av skjemaet bør suppleres med en samtale i etterkant. Slike samtaler kan ofte være gyldne anledninger for å avdekke andre problemstillinger av betydning for det samlede symptombildet. Det kan også

The image shows a printed form titled "Edmonton Symptom Assessment System (revidert versjon) (ESAS-r)". The form is designed for a caregiver to rate how well the patient describes their condition. It consists of several rows, each representing a different symptom. Each row has a scale from 0 to 10, with 0 being "Ingen" (None) and 10 being "Verst tenkelig" (Worst imaginable). The symptoms listed are: Ingen smerte, Ingen slapphet (slapphet = utregnet på kvelder), Ingen døslighet (døslighet = å føle seg avværgt), Ingen kvalme, Ikke nedslatt mattyst, Ingen tung pust, Ingen depresjon (depresjon = å føle seg nedsluttet), Ingen angst (angst = å føle seg utro), Best tenkelig velvære (velvære = hvordan du føler deg, alt tatt i betraktning), and Ingen Annet problem (f.eks. forstoppelse). At the bottom, there are fields for "Pasientens navn:", "Dato:", and "Tidspunkt:". To the right of these fields, there is a section titled "Fyll ut av (sett ett kryss):" with checkboxes for "Pasient", "Pårørende", "Helsepersonell", and "Pasient med hjelp fra pårørende eller helsepersonell".

NYTTIG SKEJMA: I skjemaet ESAS-r markeres graden av symptom ved å sette ring rundt et tall. Dersom pasienten scorer mer enn tre på et symptom, anbefales nærmere kartlegging.

være nødvendig å oppklare eventuelle misforståelser under utfyllingen.

Dersom vi ikke tar pasientenes symptomer og plager på alvor, mister vi deres tillit og tro på hjelp, og vi kan gå glipp av viktige opplysninger til å gi best mulig lindring og livskvalitet.



Når livet går mot slutten

Et medikamentskrin og en anerkjent tiltaksplan er to gode hjelpemidler i arbeidet med mennesker som er døende.

Av Grethe Skorpen Iversen

Selv om døden er en naturlig del av livet, kan helsepersonell oppleve pasientens død som et nedslag – vi strakk ikke til og maktet ikke å få pasienten frisk. Jeg ønsker heller å tenke omvendt – at dersom vi ikke også legger forholdene godt til rette ved forventede dødsfall, ja, så frarøver vi faktisk den døende pasienten og de pårørende en viktig siste tid sammen. Mange har erfart at den siste tiden på tross av omstendighetene og utgangen kan oppleves god og verdifull. Og vi har bare én mulighet for å gjøre vårt beste for den døende og familien, noe som krever både planlegging, forberedelse og god tilrettelegging. Eller, for å si det med Cicely Saunders' ord:

«Hvordan mennesker dør, forblir som viktige minner hos dem som lever videre. Både av hensyn til dem og til pasienten, er det vår oppgave å kjenne til hva som forårsaker smerte og plager, og hvordan vi kan behandle disse plagene effektivt. Det som skjer de siste timene før et menneske dør, kan lege mange tidligere sår, eller forbli som uutholdelige erindringer som forhindrer veien gjennom sorg.»

Her følger omtale av to hjelpemidler til å ivareta døende:

Medikamentskrin

Smerter er et vanlig symptom hos døende, anslagsvis hos 75 prosent. Mange er også plaget med tung pust, kvalme, uro eller surkling i luftveiene. De fleste døende har vansker med å svelge, det være seg mat, væske eller tabletter. I tillegg har mange svekket

bevissthet. Det betyr at vi både må ha medikamenter i beredskap dersom symptomer skulle oppstå, og andre måter enn peroral tilførsel å administrere medikamentene på. Det er enighet om at subkutan administrasjon er mest egnet til døende pasienter. Alle som ivaretar døende, må derfor kunne gi aktuelle lindrende medikamenter subkutan.

På bakgrunn av internasjonale erfaringer med å ha tilgjengelig en «Just in case box», er det i samarbeid mellom Sunniva senter for lindrende behandling, Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest og Sjukehusapoteket i Bergen utarbeidet et medikamentskrin for symptomlindring i livets slutfase. (2) Skrinet inneholder medikamenter til å lindre de vanligste symptomer hos døende: smerte, kvalme, dyspnø, uro/angst og surkling i luftveier. Alle medikamentene kan gis subkutan, hver for seg eller sammen i en sprøytepumpe. I skrinet ligger også veiledende behandlingsalgoritmer, til hjelp for ordinerende lege. Denne ordningen betyr at disse medikamentene kan være tilgjengelige uavhengig av hvor den døende pasienten er, så lenge behandlingsansvarlig lege har ordinert medikamentene og sykepleier på vakt kan administrere dem dersom behov oppstår.

Tiltaksplan

Liverpool Care Pathway (LCP) er en internasjonalt anerkjent tiltaksplan for å ivareta døende pasienter og

deres pårørende. LCP kan brukes ved alle forventede dødsfall, uavhengig av diagnose og oppholdssted. Den gir mulighet for å gi et tilnærmedesvis likt tilbud til alle døende pasienter; omsorgen og behandlingen blir derved systematisk og planmessig og mindre personavhengig. LCP gir evidensbasert veiledning i forhold til de ulike aspektene ved terminalomsorg, så som pleietiltak, forutseende forskrivning av behovsmedikasjon og seponering av unødvendige medikamenter, psykisk støtte, åndelig omsorg og ivaretagelse av pårørende.

LCP er i dag innført på i alt 127 steder i Norge, i 13 av 19 fylker. Planen brukes i sykehjem, i hjemmesykepleien, i palliativ enhet og på sykehusavdelinger. Det er stor interesse for dette kvalitetsverktøyet, og stadig nye brukersteder melder seg. For å ta i bruk planen, må institusjonen eller virksomheten registreres hos Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest. Kompetansesenteret er behjelpelig med støttmateriell ved innføring av tiltaksplanen og til å evaluere bruken av LCP. Mer informasjon finnes på www.helse-bergen.no/palliasjon, velg Liverpool Care Pathway i menyen. ■

Referanser:

- Bergh I, Aass N, Haugen D, Kaasa S, Hjermsstad M.J. Symptomkartlegging i palliativ medisin. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132:18-9.
- Symptomlindring i livets slutfase. <http://www.helse-bergen.no/omoss/avdelinger/klb/Sider/medikamentskrin.aspx>

HJELPEMIDLER: KLB har i samarbeid med Sunniva senter for lindrende behandling utarbeidet medikamentskrin for symptomlindring i livets slutfase. Foto: Helse Bergen.

Finn kurs

Det er til en hver tid annon-
sert relevante kurstilbud på
hjemmesidene til de regio-
nale kompetansesentrene
for lindrende behandling.
Gå inn på www.palliasjon.no og skaff deg opplys-
ninger om disse.

Markering av jubileet

Norsk Sykepleierforbund 100 år

24.9.1912 ble Norsk Sykepleierforbund stiftet. 24. september 2012 – skal jubileet markeres på Den Norske Opera & Ballett i Oslo. I tillegg blir det gjennom hele 2012 markeringer rundt om i landet:

- Region Nord feirer i Tromsø 11.mai 2012 - Radisson Blu
- Region Midt feirer i Trondheim 17.august 2012 - Radisson Blu
- Region Øst feirer i Oslo 3.september 2012 - Teknisk museum
- Region Sør Feirer i Kristiansand 7. september 2012 - Radisson Blu Caledonien
- Region Vest ferier i Bergen 22. september 2012 - Radisson Blue Bryggen

En oppdatert oversikt finner du på: www.sykepleierforbundet.no/100-aarsjubileet

Følg også med på Facebook: <http://www.facebook.com/nsf100aargosykepleierkongressen>

Hotel Radisson Blu Holberg, Oslo, 19. – 21. september

Å bygge broer - den 12. landskonferanse om utfordringer ved livets slutt.

Norsk Forening for palliativ medisin og Norsk Palliativ Forening inviterer til konferansen «Å bygge broer». Målgruppen er alle som er engasjert i det palliative feltet i Norge.

Konferansen har som mål å bidra til økt kompetanse på fagområdet. Arrangørene har sikret seg ledende fagfolk til å dele av sin kunnskap. Blant foredragsholderne er professor Irene Higginson fra Kings College i London, og Leder i ACT - Association for Children's Palliative Care UK - Katrina McNamara-Goodger. Helsedirektøren kommer også.

Blant temaene som blir tatt opp på konferansen er omsorg til pasienter med minoritetsbakgrunn, kreftkoordinatorrollen og eldre kreftpasienters spesielle behov - for å nevne noe.

Som deltaker får du mulighet til å bidra med posterpresentasjon eller muntlige presentasjon av noe du brenner for.

Program, påmelding og priser finner du på www.kongress.no

Spre informasjonen!

Kontaktperson:

Anne Grev

Tlf.: Jobb 61 18 98 73, mobil: 90 20 69 01

E-post: anne.grev@gjovik.kommune

Oslo Spektrum, 25. - 26. september

Sykepleierkongressen

I september arrangerer Norsk Sykepleierforbund Den 9. Sykepleierkongressen. Tema er: Sykepleie for fremtiden – erfaring gjennom 100 år.

Det faglige programmet bygges opp rundt hovedtemaene «Profesjon og identitet» og «Faget og omgivelsene» og viser at kompetanse, kvalitet og kontinuitet er avgjørende for god sykepleie.

Sykepleierkongressen gir mulighet til å høre fremtredende nasjonale og internasjonale foredragsholdere. Programmet avspeiler helsetjenestens kompleksitet og sesjonene belyser fremtidig utvikling i:

- Profesjonen
- Kunnskapsgrunnlaget
- Helsetjenesten
- Organisasjonen

I tillegg til foredragene i plenum og i de parallelle sesjonene, viser posterutstillingen forsknings- og fagutviklingsprosjekter fra hele landet og fra ulike felt innen sykepleiefaget.

Les mer på: www.sykepleierforbundet.no

Barbican Centre, London, 5. - 8. oktober

SIOP - internasjonal konferanse om kreft hos barn og unge.

Den 44. kongressen til International Society of Paediatric Oncology finner sted i London i oktober. I løpet av de fem dagene konferansen pågår vil deltakerne få anledning til å være med på en rekke interessante arrangement. Spesialister på kreft hos barn og unge vil dele kunnskap om forskning og behandling av alle typer kreft, inkludert leukemi og hjerne-
svulst hos barn og unge mennesker. Det er ventet mange tusen deltakere og forelesere fra hele verden. På konferansens hjemmeside er det lagt ut fullstendig program, priser og påmeldingsskjema.

Les mer på www.sio2012.org/

Trondheim, 7. – 9. juni

7. th World Reseach 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 deltagere 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/

Fysioterapi kan gi økt livskvalitet

De sammensatte utfordringene i livets slutfase krever en tverrfaglig tilnærming. Mange pasienter har glede og nytte av fysioterapi i denne fasen.



Av **Tone-Lise Frantzen**, spesialist i onkologisk fysioterapi, Sunniva senter for lindrende behandling Haraldsplass Diakonale Sykehus og Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest.

Noe av kjernen i palliasjon er et helhetlig menneskesyn. Cicely Saunders introduserte som kjent begrepet «total pain» som et uttrykk for at smerte er et sammensatt fenomen. Smerteopplevelsen kan ha fysiske, psykiske, åndelige og sosiale aspekter og må dermed møtes på en helhetlig måte av fagpersoner med ulik kompetanse. De store og sammensatte utfordringene i livets slutfase krever derfor en tverrfaglig tilnærming. Dette er også nedfelt i Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (1). Et behandlingstilbud med et tverrfaglig palliativt team er også en forutsetning for å kunne bruke palliativ DRG-takst i sykehus.

Fysioterapeuter har hatt sin plass i den palliative omsorgen helt fra starten, og fysioterapeut defineres i Nasjonalt handlingsprogram som en del av kjerne-teamet. Betydningen av rehabilitering og av fysisk aktivitet er også beskrevet i handlingsprogrammet. Flere og flere fysioterapeuter jobber med palliative pasienter både i 1. og 2. linjetjenesten, og mange er knyttet til palliative enheter.

Fysioterapeuter har fokus på pasientens egne ressurser, på bevegelse og på mestring. Dette er dimensjoner som kan bidra til å skape håp og opplevelse av mening. En kroppslig innfallsvinkel til følelsesmessige belastninger og smerte kan erfaringsmessig bidra til gode prosesser og til lindring. Som fysioterapeut tilknyttet en palliativ avdeling gjennom mange år, er min erfaring at mange pasienter har glede og nytte av fysioterapi i denne fasen.

Mange er nok usikre på hva fysioterapeuter kan bidra med til pasienter i en palliativ fase. Jeg vil i det følgende se nærmere på dette. Jeg vil beskrive mål og aktuelle tiltak og til slutt komme med noen refleksjoner om betydningen av tverrfaglig samarbeid i palliasjon, spesielt i relasjon til fysioterapi.

Mål og tiltak som beskrives, er til dels erfaringsbasert kunnskap, men er også i tråd med tilgjengelig forskningsbasert kunnskap og norsk og internasjonal litteratur på området (2,3,4,5,6,7).

Aktuelle mål

Målet for all palliasjon er best mulig livskvalitet. Fysioterapi til palliative pasienter må også ha dette som hovedmål, og alle tiltak må vurderes ut fra det. Livskvalitet er subjektivt og vil være ulikt for ulike personer og i ulike faser. Med dette som utgangspunkt må vi derfor sette delmål i hvert enkelt tilfelle, i samarbeid med både pasienten og det tverrfaglige teamet. Vi må ha en god kommunikasjon om hva som er realistiske mål, slik at pasienten kan ta sine valg på et reelt grunnlag.

• Ivareta størst mulig grad av selvstendighet og funksjon.

Dette har erfaringsmessig høy prioritet hos mange pasienter. Studier viser også at dette er en viktig faktor for livskvalitet for mange (8). I perioder kan det være potensiale for bedring av funksjonsnivået, men ofte er målet å begrense/forsinke funksjonstapet slik at man kan være selvhjulpen lengst mulig.

• Forebygge komplikasjoner som følge av immobilitet.

Hvor stort fokus man skal ha på dette, vil blant annet avhenge av hvilken fase pasienten er i, og hva pasienten selv er opptatt av. I en langt kommet fase blir det for eksempel viktigere å bidra til gode og lindrende liggestillinger enn å forebygge kontrakturer.

• Fremme viktige kroppsfunksjoner.

Hos immobiliserte pasienter kan bevegelse bidra til å



fremme viktige kroppsfunksjoner som for eksempel sirkulasjon, fordøyelse, pust og muskulær funksjon. Dette er funksjoner som i utgangspunktet påvirkes negativt av sykdom og behandling, og som forverres ytterligere av immobilisering.

- **Forebygge og lindre smerte og andre symptomer.**

Palliative pasienter har oftest mange plagsomme symptomer. Smerter er ofte det mest fremtredende, men andre symptomer som blant annet dyspne, kvalme, depresjon og uttalt fatigue kan også være svært plagsomme. Flere av disse kan lindres og forebygges av fysioterapitiltak.

- **Bidra til bedre kroppsoppfatning og kroppskontakt.**

Det skjer mange negative endringer med kroppen, og i tillegg får mange mindre fysisk kontakt enn før. Mange opplever derfor en fremmedgjøring i forhold til egen kropp, og ens kroppsoppfatning kan bli negativt påvirket. Et mer positivt kroppsbilde og en bedre kroppskontakt vil ofte være en tilleggseffekt av fysioterapibehandlingen, men kan også være et mål i seg selv.

- **Fremme psykisk og fysisk velvære.**

Angst, depresjon og nedstemthet er forholdsvis hyppige symptomer hos pasienter i en palliativ fase. Dette kan også gi seg kroppslige utslag, blant annet i form av muskulære spenninger. Forskning viser at fysisk aktivitet til kreftpasienter kan bidra til å motvirke depresjon, angst og fatigue, i tillegg til å redusere muskelspenninger (9). Andre fysioterapitiltak kan også ha en slik effekt.

- **Gi gode opplevelser og stimuli**

I en hverdag som kan være tung og preget av smerte, angst og andre plager, kan fysioterapibehandlingen gi meningsinnhold, gode opplevelser og bidra til håp og livskvalitet. En medvirkende faktor til dette er at vi spiller på lag med pasienten og hans iboende ressurser. Siden målet i palliasjon er livskvalitet og en verdig og god livsavslutning, er dette fullverdige mål for fysioterapibehandlingen.

Hvilke tiltak er aktuelle?

Vi bruker et stort register av fysioterapitiltak til de palliative pasientene, men vi må hele tiden tilpasse tiltakene til den enkelte pasient og den aktuelle situasjonen. Alt vi gjør, må være ønsket av pasienten og oppleves positivt, og det positive må oppveie eventuelle ulemper ved behandlingen. En ulempe kan være bruk av tid og krefter når dette er begrensede ressurser. Vi må ha stor respekt for at det må være pasientens egen avgjørelse hva han/hun velger å bruke sin dyrebare og tilmålte tid til. Min erfaring er imidlertid at mange opplever fysioterapien som positiv, meningsfull og lindrende.

Hva kan så fysioterapeuten bidra med? Jeg vil gi noen eksempler på aktuelle tiltak, basert på egen erfaring og aktuell litteratur. Dette vil forhåpentligvis gi en økt forståelse for hva fysioterapeuter kan bidra med til pasienter i denne fasen, men er ikke en fullstendig gjennomgang av aktuelle tiltak.

- **Når pasienten er sengeliggende.**

For mange pasienter oppleves det godt å få hjelp til å

LETT TRENING:

Trening gir glede og livskvalitet. Mange studier viser positiv effekt av trening på blant annet fysikk, fatigue, søvn, angst og depresjon. Foto: Tone-Lise Frantzen.

trene eller bli beveget når man ikke lenger klarer det på egen hånd. For noen har trening og bevegelse vært en viktig del av livet, og det er godt å få fortsette med dette på en tilrettelagt måte ut fra det nivået de er på. Det kan innebære alt fra aktiv trening med motstand eller med apparater og bruk av hjelpemidler som manualer, strikk og lignende, til ledete aktive eller passive bevegelser og tøyninger. For mange immobiliserte pasienter er det for eksempel en nytelse å få tatt ut full hoftefleksjon og dorsalfleksjon i ankel. Noen har glede av å få bruke de «friske delene», for eksempel armer, dersom bena ikke lenger fungerer. For andre er det godt å få stimuli i form av massasje når man ikke får brukt muskulaturen. Hos helt immobiliserte pasienter, gjerne i langt kommet fase, oppleves det erfaringsmessig positivt med en kombinasjon av passive eller ledete aktive bevegelser, tøyninger og massasje, og noen ønsker denne type behandling helt til de dør.

• Bevegelse og fysisk aktivitet

Alle palliative pasienter vil få en gradvis redusert fysisk funksjon, og noe av dette vil skyldes immobilisering (1). Det kan derfor i perioder være potensiale for en reell bedring, og man kan da legge til rette for trening etter vanlige treningsprinsipper. Mange studier for kreftpasienter viser positiv effekt av trening på faktorer som fysiske funksjonsmål, fatigue, søvn, angst/depresjon, livskvalitet med mer (9). Studier på palliative pasienter viser stort sett samme funn (10,11,12). Både gruppe- og bassengtrening med mulighet for individuell tilpasning er gode tilbud for palliative pasienter.

Nyere studier viser at det er en betydelig økt fallrisiko hos palliative pasienter i forhold til andre pasienter (13), så trening og tiltak bør derfor også ha fokus på dette.

Det er ellers aktuelt med trening på ulike nivå og i ulike former, alt etter hvilken fase pasienten er i, og hvilken motivasjon han/hun har. Dette gjelder både når pasienten er sengeliggende (ref. forrige punkt) og når han/hun er oppgående. Mange er utrygge på hva de kan gjøre, og trenger veiledning. Noen er motiverte for å trene på egen hånd og ønsker øvelsesprogram.

Som fysioterapeuter opplever vi av og til at det knyttes urealistiske forventninger til hva man kan oppnå. Det er viktig med en ærlig kommunikasjon og hjelp til å finne nye og realistiske mål. Vi ser også noen pasienter som så gjerne vil trene, men ikke orker når det kommer til stykket. Det er en kunst å vite når vi skal oppmuntre og når vi må bremse pasienten.

En positiv og oppmuntrende tilnærming fra fysioterapeut kan av og til bidra til økt livskvalitet i siste livsfase. Andre ganger må vi hjelpe pasienten å senke sine ambisjoner og tillate seg å ta det med ro. Det må uansett alltid være pasientens valg. Fysisk aktivitet er sjelden kontraindisert, men vi må selvfølgelig unngå å trette pasienten ut i for stor grad, og vi må være obs på eventuelle kontraindikasjoner og forsiktighetsregler, som for eksempel ved skjelettmetastaser. Det er også viktig med en felles målsetting i teamet, slik at man har en lik tilnærming til pasienten. Sykepleierne har en svært viktig rolle når det gjelder å legge til rette for aktivitet og for å unngå unødvendig immobilisering.

• Smertelindrende tiltak

Etter mitt skjønn er det viktig å prøve ikke-medikamentelle, smertelindrende tiltak i størst mulig grad, og her har fysioterapeuter et stort spekter å spille på. Massasje, avspenning og trening har dokumentert effekt på kroppens egne smertestillende mekanismer (14). Termoterapi, ulike former for massasje, avspenningsmetoder, bevegelser og tøyninger for å forebygge stivhet og smerter, hjelp til å finne gode hvilestillinger, TENS (transkutan elektrisk nervestimulering) og avlastende hjelpemidler er alle aktuelle tiltak. Noen massasjeformer vil spesielt fremme avspenning og bevisstgjøring, som for eksempel lette strykninger, fotmassasje, ansiktsmassasje og ulike metoder som basal kroppskjenning og psykomotorisk behandling. Ulike former for massasje kan også gi kjærkomne stimuli til muskulatur som ikke brukes. Mange har økt stivhet og smerter i muskulaturen, blant annet på grunn av angst og spenning knyttet til sykdom eller på grunn av uvante bevegelsesmønstre som følge av sykdom, og vanlige massasjeteknikker kan brukes. TENS er spesielt aktuelt ved nevrologiske smerter, men kan også prøves ved andre typer smerter. I en sen fase kan det være viktig å finne gode hvilestillinger i seng eller stol, gjerne med bruk av puter eller spesialstøtteputer. En god stol og seng med tilstrekkelig trykkavlastning er viktig i denne fasen. Bevegelser for å forebygge stivhet og smerter, bevegelsesveiledning ved for eksempel smertefulle skjelettmetastaser, samt tekniske og ortopediske hjelpemidler for å avlaste belastningen på skjelettet, kan også bidra til å lindre og forebygge smerter. Innlæring av avspenningsteknikker kan være et godt hjelpemiddel og en god mestringsstrategi for noen pasienter.

• Andre tiltak

En stor andel av de palliative pasientene er plaget av

dyspne, noe som kan begrense deres funksjonsnivå betraktelig, skape utrygghet og dermed redusere livskvaliteten. Fysioterapeuter har god kompetanse på ikke-medikamentelle tiltak ved dyspne og kan bidra til å skape mest mulig trygghet og opplevelse av mestring (15). Slimløsende tiltak er også aktuelle, men må avsluttes i rett tid i samarbeid med lege og sykepleier. Det er ikke hensiktsmessig å fortsette med slimløsende tiltak når pasienten ikke lenger har kraft til å få slimet opp. Det kan likevel være aktuelt å gi andre tiltak, for eksempel avspennende karakter.

Lymfødem ses ganske ofte i langt kommet fase hos kreftpasienter, og ødemet kan bli svært omfattende. En tilpasset lymfødembehandling kan være et svært godt lindrende tiltak.

Andre aktuelle indikasjoner for fysioterapi er ulike neurologiske symptomer, for eksempel ved tumor i hjernen og nervesystem, ved truende tverrsnittslesjoner og hos pasienter med polyneuropatier som bivirkninger av kreftbehandling. Det kan også være aktuelt med tiltak for andre symptomer og tilstander, som for eksempel obstipasjon, DVT, eller komplikasjoner knyttet til skjelettmetastaser.

I palliasjon har vi en vid ramme for hva vi kan gjøre, og vi er mer på tilbudssiden enn hos de fleste andre pasientgrupper. Det å kjøre pasienten ut i solen i rullestol, kan være et viktig tiltak. Det er egentlig bare fantasien som setter grenser.

Avsluttende betraktninger

Det tverrfaglige teamarbeidet er helt sentralt i palliasjon. De ulike faggruppene har ulike perspektiver og kunnskaper og ser med ulike «briller». For at de ulike faggruppene skal kunne gi et koordinert og helhetlig tilbud til de palliative pasientene, er det helt avgjørende at det tverrfaglige teamet har felles møtepunkt hvor alle faggruppenes perspektiv blir ivaretatt. På den måten kan vi få en felles forståelse av pasientens situasjon og sette felles mål. Noen ganger kan fysioterapeuten trenge å bli «realitetsorientert» av sykepleiere og leger i forhold til pasientens sykdomsfasen, mens andre ganger kan fysioterapeutens fokus på å tilrettelegge og oppmuntre til bevegelse være riktig. Når vi har en felles forståelse og har satt felles mål, kan vi samordne tiltakene våre og sammen arbeide mot dette målet.

Det stilles av og til spørsmål om når fysioterapi til palliative pasienter bør avsluttes. Dette vil selvfølgelig være individuelt. Tiltakene må alltid tilpasses sykdomsfasen og pasientens ønsker, og mål og

tiltak vil endres hele tiden. Min erfaring er at noen pasienter ønsker behandling helt til slutt, mens i andre tilfeller er det naturlig å slutte av tidligere. Det tverrfaglige teamet vil være viktige medspillere i denne avgjørelsen, men det vil til syvende og sist være fysioterapeuten som best kan avgjøre dette i samarbeid med pasienten og evt. pårørende.

Fysioterapeuter følger ofte pasientene over lang tid og får ofte nær kontakt med dem. Det er derfor viktig at fysioterapeuten får avslutte behandlingen på en god måte, at han eller hun får tilstrekkelig informasjon og blir tatt med ved for eksempel debriefing/oppsummering i teamet. Mange fysioterapeuter føler seg nok mindre forberedt til å møte pasienter i denne fasen enn sykepleiere gjør. Vi trenger å stå sammen, anerkjenne hverandre og støtte hverandre for å kunne gjøre en god jobb for de palliative pasientene og for å kunne bli stående i dette viktige arbeidet. ■

Referanser

1. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2007, revidert 2010. <http://www.helsebiblioteket.no/Retningslinjer/Palliasjon/Forord> (28.03.2012)
2. Helbostad JL, Paltiel H, Frantzen TL. Fysioterapi. I: Kaasa S red. Palliasjon. Nordisk lærebok. Oslo: Gyldendal Akademisk 2007; 631-49.
3. Retningslinjer for fysioterapi til pasienter i palliativ fase. Haukeland universitetssjukehus, Haraldsplass Diakonale Sykehus og Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest 2009. <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer>
4. Dahlin Y, Heiwe S. Patients' experiences of physical therapy within palliative cancer care. *J Palliat Care* 2009; 25:12-20.
5. Senthil PK et al. Physical therapy in palliative care: from symptom control to quality of life: a critical review. *Indian J Palliat Care* 2010; 16:138-46.
6. Haugen K. Fysioterapi ved livets slutt. *Fysioterapeuten* 2003, nr.7:26-28.
7. Santiago-Palma J, Payne R. Palliative care and rehabilitation. *Cancer* 2001; 92(4 Suppl):1049-52.
8. Cohen SR, Leis A. What determines the quality of life of terminally ill cancer patients from their own perspective? *J Palliat Care* 2002; 18: 48-58.
9. Aktivitetshåndboken. Oslo: Helsedirektoratet 2009.
10. Oldervoll LM, Loge JH, Lydersen S et al. Physical exercise for cancer patients with advanced disease: a randomized controlled trial. *Oncologist* 2011; 16:1649-57.
11. Oldervoll LM, Loge JH, Paltiel H et al. The effect of a physical exercise program in palliative care: A phase II study. *J Pain Symptom Manage* 2006; 31:421-30.
12. Lowe SS, Watanabe SM, Courneya KS. Physical activity as a supportive care intervention in palliative care patients: a systematic review. *J Support Oncol* 2009; 7:27-34.
13. Stone C, Lawlor PG, Nolan B et al. A prospective study of the incidence of falls in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage* 2011; 42:535-40.
14. Post-White J, Kinney ME, Savik K et al. Therapeutic massage and healing touch improve symptoms in cancer. *Integr Cancer Ther* 2003; 2:332-44.
15. Syrett E, Taylor J. Non-pharmacological management of breathlessness: a collaborative nurse-physiotherapist approach. *Int J Palliat Nurs* 2003; 9:150-6.

Lokallagsledere i Forum for kreftsykepleie

TROMS

Evelyn Karlsen
eve-kar@online.no
Tlf. 91 80 21 90

NORDLAND avd. Bodø/Salten

Gry Hege Bech
Gry-hege.bech@nlsh.no
Tlf. 47 31 21 42

NORDLAND avd. Helgeland

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

MØRE OG ROMSDAL Sunnmøre

Tanja Yvonne Alme
Hjemmesykepleien Sula kommune
loevg@online.no

SØR-TRØNDELAG

Marte Wolden
Kreftavdelingen, St.Olav hospital
marte.wolden@gmail.com
Tlf. 95 04 61 21

NORD-TRØNDELAG

Anne Lise Olsen
Olsen-dama@hotmail.com
Tlf. 90 54 32 36

MØRE OG ROMSDAL

Kristiansund
Laila Merethe Andersen
Laila.andersen@neasonline.no
Tlf. 71 12 22 87 / 99260071

ROGALAND

Elise Beth Baardsen
elise.beth.baardsen@eiger-
sund.kommune.no
Tlf. arbeid 51464280 / mobil 93452864

HORDALAND

Grethe Skorpen Iversen
Sunniva senter for lindrende behandling
GretheSkorpen.Iversen@haraldsplass.no
Tlf. arbeid 55 97 94 00

VESTFOLD

Karin Sjøe
Sykehuset Vestfold
Karin.sjoe@sliv.no
Tlf. 48 04 20 34

TELEMARK

Nina Odberg
Sykehuset Telemark
nina.o@sthf.no
Tlf. 35 00 47 98

AGDER

Pia Sætra
Pia.satra@sshf.no

BUSKERUD

Dora Hafnor
Austjord Behandlingscenter
dora.hafnor@ringerike.kommune.no
Tlf. 41 45 66 34

OPPLAND OG HEDMARK

Grete Nyeggen Leonardsen
Krefteneheten SI Gjøvik
Grete.leonardsen@sykehuset-innlandet.no

SOGN OG FJORDANE

Torill Tyssse Sælen
Kreftpoliklinikken
torill.tyssse.selen@helse-forde.no
Tlf. arbeid 57 83 93 24 / privat 57 82 26 67 og
99 20 50 57

ØSTFOLD

Asborg Dammen
Kreftkoordinator Moss kommune
Asborg.Dammen@moss.kommune.no
Tlf. arbeid 95 07 83 24 / privat 91 56 61 73

OSLO OG AKERSHUS

Eva Mari Alvestad Harboe
Radiumhospitalet
evamariaalvestad@hotmail.com
Tlf. 22 93 53 37 / mobil 92 06 97 07

SIG-stamcelle-/ benmargstransplantasjon

Julia Vogel
Radiumhospitalet
julia.vogel@radiumhospitalet.no
Tlf. arbeid 22 93 43 37 / mobil 93 40 56 55

SIG-barn og ungdom

Britt Ingunn Wee Sævig
Kreftforeningen
Distriktavdeling Vestlandet
Strandgaten 62
5004 Bergen
Britt.Ingunn.Saevig@kreftforeningen.no
Tlf. 99 24 86 15

A INSTANYL «NYCOMED PHARMA» OPIOIDANALGETIKUM

ATC-NR.: N02A B03

T NESESPRAY, oppløsning 50 µg/dose, 100 µg/dose og 200 µg/dose: 1 ml inneh.: Fentanylisratr 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 transdermal, minst 30 mg oksykodon daglig, minst 8 mg hydromorfon oralt daglig eller ekvivalentetisk 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 opprøst ved administrering. **Dosetitrering:** Før titrering bør den bakenforliggende vedvarende smerten være kontrollert med opioidbehandling, og gjennombruddssmerterepisodene ikke overskride 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. Hver titrering (dosestykke) 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 minutters 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, som krever 2-3 doser, bør vedlikeholdsdosen økes. Dosejustering av den bakenforliggende opioidbehandling kan være nødvendig dersom pasienten stadig har >4 episoder pr. dag. 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 smertebehandling beholdes 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. **Contraindikasjoner:** Kjent overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Bruk hos opioidavhengige pasienter. Alvorlig respirasjonsdepresjon eller alvorlige obstruktive lungesykekommer. Tidligere radioterapi i ansiktet. Tilbakevendende episoder med neseblødning. **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 lungesykekommer kan fentanyl redusere respirasjonskraften og øke luftveismotstanden. Skal gis med forsiktighet ved moderat til alvorlig nedsatt lever- og nyrefunksjon. Skal brukes med forsiktighet ved tegn på økt intrakranielt 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 neseblødning eller ubehag i neseforrommer, skal alternativt behandlingsform overveies. Toleranse og avhengighet kan utvikles ved gjentatt bruk. **Iatrogen 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, troleanandomycin, klaritromycin og neflinavir) eller moderate CYP 3A4-hemmere (f.eks. amprenavir, aprepitant, diltiazem, erytromycin, flukonazol, fosamprenavir og verapamil), kan potensielt 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 simintheavsvellende 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 opioidagonister-/antagonister (f.eks. buprenorfin, nalbupin, pentazoic) 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:** Utskilles 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 respirasjonsstans), sirkulasjonsdepresjon, hypotensjon og sjokk. **Vanlige (*1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Kvalme, brekninger. Hjerter/kar: Rødme, hetetokter. Hud: Hyperhidrose. Biotilgjengelighet er ca. 89 %. **Uvanlige:** Irritasjon i svelget. Neurologiske: Døsighet, svimmelhet, hodepine. Øre: Vertigo. **Mindre vanlige (*1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Obstipasjon, stomattitt, munntørhet. Hjerter/kar: Hypotensjon. Hud: Smerte i huden, pruritus. **Luftveier:** Respirasjonsdepresjon, epistaksis, sår i nesen, rhinoré. **Neurologiske:** Sedasjon, myoklonus, paresesti, 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, krampor og respirasjonsdepresjon. **Behandling:** Stimuler pasienten. Antidot er spesifikke opioidantagonister som naloxon. Effekten av overdoseringen kan være lengre enn effekten av antidoten. Gjentagende injeksjoner kan være nødvendig. Se Giftinformasjonsenheten anbefalinger N02A B03 side 6. **Egenskaper: Klassifisering:** Opioidanalgetikum. Fenylypiperidinderivat. **Virkningsmekanisme:** Interagerer primært med den opioide µ-reseptoren, som er en ren agonist med lav affinitet for δ- og κ-opioide reseptorer. **Absorpsjon:** Fentanyl er i høy grad lipofilt. Absorberes svært raskt gjennom neselinnenhinnen. 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 µg/dose til opioidtolerante cancerpasienter. **Proteinbinding:** Ca. 80 %. **Fordeling:** Distribueres raskt til hjerne, hjerte, lunger, nyrer og miltt, 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 % gjenfinnes i feces, primært som metabolitter. **Pakninger og priser pr. 14.02.2011 (glassflaske ml/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	Vilkår
Vilkår: 136	Refusjon ytes selv om legemidlet skal brukes i mindre enn tre måneder	136

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



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 munntørighet



Munnstell til palliative pasienter

Godt munnstell har stor betydning når det gjelder forebygging og lindring av plager hos palliative pasienter.



Av Anne Watne Størkson, kreftsykepleier, fagutviklingssykepleier, palliativt team, seksjon for smertebehandling og palliasjon, Kirurgisk serviceklinikk, Haukeland universitetssjukehus og Kompetansesenter i lindrende behandling.

Vi er fire sykepleiere og en tannpleier som har laget en evidensbasert munnstellprosedyre for pleiepersonell. Gruppen ble opprettet i forbindelse med et kurs for utarbeidelse av fagprosedyrer i november 2010, arrangert av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

God munnhelse er viktig for god livskvalitet hos pasienter i palliativ fase. Å hjelpe pasienten til å ivareta sin munnhygiene er en grunnleggende sykepleieoppgave. Vår erfaring gjennom mange års klinisk arbeid som tannpleier og kreftsykepleiere er at munnstellet gjerne er det siste som utføres når pasienten får hjelp med personlig hygiene, og er ofte det første som utelates i en travel hverdag.

Palliative pasienter rapporterer ulike munnhel-seproblemer (1,2):

- Xerostomi (subjektiv følelse av munntørrehet)
- Sårhet og smerter i munnhulen
- Smaksforstyrrelser
- Dårlig ånde (halitosis)
- Tale- og svelgvansker
- Ulike infeksjoner
- Tannproblemer
- Belegg på tungen

Når god munnhygiene opprettholdes, er det med på å bidra til at pasienten kan opprettholde sosiale relasjoner, evner å kommunisere med sine nærmeste, har tilstrekkelig inntak av mat og drikke og kan glede seg over måltidene. Alt i alt kan god munnhygiene bidra til bedre fysisk og psykisk velvære og dermed bedre pasientens livskvalitet, som er hovedmålet for palliasjon.

Metode

Systematisk søk ble gjennomført på grunnlag av gruppens PICO (et rammeverk til hjelp i å stille

eksplisitte og fokuserte spørsmål), med følgende søkeord: pasient i palliativ fase, munnstell, munnrensemidler, lindre munntørrehet og smerte, forebygge infeksjon (munntørrehet, smerte, infeksjon).

Søk ble gjort i Best Practice, Helsebibliotekets retningslinjedatabase, G-I-N Guidelines International Network, Cochrane Library, Ovid og PubMed.

Søket ble gjennomført i prioritert rekkefølge i henhold til «Prosedyre for systematiske litteratursøk ved utarbeidelse av kliniske fagprosedyrer» (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten).

I tillegg er oppdatert og relevant faglitteratur innen fagfeltet palliasjon benyttet. Pasienterfaringer og -synspunkt er ivare tatt gjennom tilbakemeldinger fra pasienter. Formulering og utvelgelse av anbefalinger er oppnådd ved konsensus i gruppen på bakgrunn av litteratur, erfaring og pasientenes tilbakemeldinger.

Resultat

I det følgende vil hovedpunktene fra prosedyren bli presentert.

Formål

Formålet med munnstellet er så langt mulig (3,5):

- å holde lepper og munnslimhinner rene, myke og intakte.
- å forebygge/lindre dårlig ånde og tannråte ved å fjerne plakk og matrester (debris).
- forebygge infeksjoner.
- øke oralt inntak.
- fremme velvære og livskvalitet.

Kartlegging

Rutinemessig undersøkelse av munn og svelg og kartlegging av symptomer fra munnhulen er viktig for å

fremme kvalitet og standardisert munnpleie (1,4,5).

Vi har ikke funnet evidens for at bruk av ett spesielt kartleggingsverktøy er bedre enn noe annet. For å sikre en systematisert kartlegging av munnhule og tenner, anbefaler vi likevel bruk av screeningsredskapet ROAG ; Mouth assessment record (4,5), oversatt fra svensk. Det er et enkelt kartleggingsverktøy som kan hjelpe sykepleieren i kartlegging og vurdering av status for munnhule.

Munnstell

Et munnstell består av å:

Fjerne bakterier, slim og matrester fra tenner, slimhinner og tannproteser. Fukte og smøre slimhinner.

Hyppighet:

Pasienter med mye slim som størkner fort på grunn av munntørret og munnpusting, trenger både rensing og smøring ofte.

Pasienter som er mest plaget av munntørret og ikke noe særlig av slim, trenger smøring og fukting. Som hovedregel x 2, oftere hvis nødvendig.

Utstyr:

Myk tannbørste, låsbar pinsett, tupfere, pussbekken, håndkle/papir.

Vi anbefaler bruk av tupfere og låsbar pinsett ved rensing og smøring av slimhinner. Det gir god pasientsikkerhet ved at man unngår løse tupfere i svelget.

Aktuelle produkter:

Hvit vaselin eller vannbasert leppesalve (2,3).
Tannkrem med nøytralt såpestoff (1,11).

Aktuelle skyllemidler:

Hydrogenperoksid 3 % 15 ml blandes med 75 ml vann, gir en bruksløsning på 0,5 % (3).
Fysiologisk saltvann 0,9 % (1,2).
Natriumhydrogenkarbonat (1,3).

Gjennomføring av munnstell

- Start og avslutt alltid et munnstell med å smøre leppene.
- Tannbørste er det beste redskap til å fjerne bakteriebelegg fra tannoverflatene (1,3).
- Har pasienten egne tenner, puss disse med en myk tannbørste med lite hode eller en elektrisk tannbørste (1,5,7). Sett børsten opp mot tannkjøttkanten og bruk korte bevegelser. Arbeid systematisk.
- Husk å rengjøre oversiden av tungen. Bruk liten

Sammendrag

Bakgrunn: Munntørret og andre munnproblemer er svært hyppige hos palliative pasienter. En gruppe som arbeidet med munnhelseproblemer hos denne pasientgruppen, ble invitert inn i et samarbeid med Kunnskaps-senteret.

Hensikt: Vi ønsket å lage en felles, kunnskapsbasert prosedyre.

Metode: Litteratursøk kombinert med egne erfaringer fra lang klinisk praksis, samt tilbagemelding fra pasienter.

Resultat: Utarbeidelse av en kunnskapsbasert prosedyre med konkrete forslag til munnpleiemidler.

Konklusjon: Det er liten evidens for at ett munnpleie-middel er bedre enn et annet, men vi har funnet at godt munnstell har stor betydning mht. til forebygging og lindring av plager hos denne pasientgruppen.

Arbeidsgruppens medlemmer

Lise Thorsen, tannpleier, Kjevekirurgisk avdeling, Haukeland universitetssjukehus. Har arbeidet daglig med denne pasientgruppen i 25 år.

Ragnhild Helgesen, intensivsykepleier med mellomfag i sykepleievitenskap, undervisningssykepleier Kompetansesenter i lindrende behandling, Helseregion Vest, Haukeland universitetssjukehus.

Anne Watne Størkson, kreftsykepleier, fagutviklings-sykepleier Palliativt team, Haukeland universitetssjukehus og Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest.

Kjersti Solvåg, kreftsykepleier, fagsykepleier, Sunniva senter for lindrende behandling, Haraldsplass Diakonale Sykehus.

Ragna Renne, kreftsykepleier, fagsykepleier, Kreftavdelinga, Helse Førde og Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest.

Sykepleierne i gruppen har alle 15-25 års klinisk erfaring. De har også gjennomført 15 studiepoengs videreutdanning i kunnskapsbasert praksis ved Høgskolen i Bergen.

- mengde tannkrem. Deretter skal slimhinner renses.
- Til rensing brukes skyllemidlene som er anbefalt over. (Natriumbikarbonat brukes bl.a. i USA, kan kjøpes på apotek).
 - Sett tupferen fast i pinsetten slik at spissen er dekket.
 - Pinsetten holdes med et pennegrep. Tupferen dypes i skyllemiddelet man har valgt. Vri av overflødig væske. Bruk penslende bevegelser slik at slim og lignende vaskes fram og ut av munnen. Pass på å komme helt ned i overgangsfolden. Vær forsiktig bakerst i munnen for å unngå brekninger.
 - Etter at slimhinner og tenner er renses for mikro-



DRIKKE: Vann hjelper mot munntørret. Foto: Colourbox.



VANN I MUNNEN: Syrlige frukter stimulerer spyttproduksjonen. Foto: Colourbox.

organismer, matrester og slim, smører man hele munnhulen for å beskytte slimhinnene og hindre uttørring. Dette er spesielt viktig hos munntørre pasienter og hos munnpuistere. Som smøremiddel brukes et middel som ligner salivas smørendevirkning. Det kan være glyserol eller matolje blandet med vann (6). Man kan også bruke fuktende gel (3,6).

- Protoser pusses med protesebørste og flytende såpe.

Tiltak og midler ved munntørhet

Godt munnstell:

Vurder individuelt hva som gir best lindring.

Fuktende tiltak:

- Små slurker med vann (1,2)
- Drikke lunken fruktte (1)
- Sukkerfri drikke (2)
- Munnskyll, fysiologisk saltvann (1,2)
- Munnskyll med natriumhydrogenkarbonat (1,3)

Spyttstimulerende tiltak:

- Sukkerfri tyggegummi (1,2)
- Sukkerfrie pastiller (1,2)
- Biter av syrlig frukt, ananas (1,4)
- Suge på isterninger (1)

Fluorholdige produkter:

- Fluorholdige sugetabletter, for eks. Flux® (1)
- Fluorholdig tyggegummi (1)
- Evt. fluorholdig skyllevæske (1)
- Xerodent® sugetabletter, er et kombinasjonsprodukt med fluor som inneholder nøytralisert epletsyre som virker spyttstimulerende. Dosering (voksne over 12 år): inntil 12 sugetabletter a 0,25 mg jevnt fordelt over et døgn.

Spytterstatningsmidler:

- Spray basert på animalske muciner (f.eks. Saliva Orthana®) (1,3,7).
- Spray basert på vegetabiliske muciner (f.eks. Saliva Natura®) (1,3,7).

Smørende midler:

- Gum dry mouth® gel eller spray (3,6)
- Oral balance® gel (3,6)
- Zendum saliva® gel (kan også brukes inni tannprotoser for bedre feste) (3,6)
- Glyserol 85 %, 10 ml i 40 ml vann, evt. tilsatt 1 dråpe Vademecum® (gir 17 % konsentrasjon) (3,8,12)
- Jordnøtt eller rapsolje, 100 ml olje evt. tilsatt 4-5 dråper peppermynteolje (6)

Konklusjon

Ut fra søkestrategien har vi søkt litteratur på beste evidensnivå. Etter grundig gjennomgang av valgt litteratur finner vi liten evidens for at ett munnpleiemiddel er bedre enn et annet. Vi har valgt munnpleiemidler til prosedyren ut fra vår kliniske erfaring i tillegg til det vi har funnet i de utvalgte artiklene. Tilgjengelighet, bruksvennlighet og pris har også hatt betydning for våre valg.

Artiklene ga mange forskjellige råd angående munnpleiemidler, noen var motstridende. Flere av artiklene fremhever at det å gjøre tiltak, gjør den store forskjellen, både for å forebygge og lindre plager fra munnen (9).

Det blir fremhevet at det er bra med tverrfaglig samarbeid (3). ■

Referanser

1. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, revidert utgave 2010. Publikasjon IS-1529.
2. Palliative cancer care - oral problems. Clinical Knowledge Summaries, reliable source of evidence-based information, commissioned by National Institute for Health and Clinical Excellence 2007. www.cks.nhs.uk/palliative_cancer_care_oral/evidence/references# (05.11.2010).
3. Conno DC, Martini C, Sbanotto A, Ripamonti C, Ventafridda V. Mouth care. I: Hanks G, Cherny NI, Christakis NA, Fallon M, Kaasa S, Portenoy RK, red. Oxford Textbook of Palliative Medicine, 4. utg. Oxford: Oxford University Press, 2010: 996-1014.
4. Hewett J. Mouth care. I: Cooper J red. Stepping into palliative care. Oxford: Radcliffe Publishing, 2006: 89-102. (Bd. 2 i serien: Cooper J, red. Stepping into palliative care.)
5. Borchersen J, Falk-Sørensen JB, Petersen K, Rimmer C, Skattum M, Stenz L, Andreassen S. Klinisk retningslinje til identifikasjon af behov for mundpleje og udførelse af tandbørstning hos voksne hospitalindlagte patienter. Århus: Center for Kliniske Retningslinjer, Afdeling for Sygepleievidenskab, 2010.
6. Dahlin CM, Cohen AK, Goldsmith T. Dysphagia, Xerostomia, and Hiccups. I: Ferrell BR, Coyle N, red. Oxford Textbook of Palliative Nursing, 3. utg. Oxford: Oxford University Press, 2010: 239-67.
7. Joanna Briggs Best Practice. Oral hygiene care for adults with dementia in residential aged care facilities. Best Practice 2004; nr.4: 1-6.
8. Alvarez-Núñez FA, Medina C. Glycerin. I: Rowe RC, Sheskey PJ, Quinn ME, red. Handbook of Pharmaceutical Excipients. London - Chicago: Pharmaceutical Press, 2009: 283-87.
9. Samson H, Berven L, Strand GV. Long-term effect of an oral healthcare programme on oral hygiene in a nursing home. European Journal of Oral Sciences 2009; 117: 575-79.
10. Wiseman M. The Treatment of Oral Problems in the Palliative Patient. Can Dent Assoc 2006; 72: 453-58.
11. Herlofson BB. Sodium lauryl sulfate: clinical and biological effects of a toothpaste detergent. Doktoravhandling. Oslo: Department of Oral Surgery and Oral Medicine, Department of Oral Biology, Dental Faculty, Universitetet i Oslo, 1996.
12. Nieuw Amerongen AV, Veerman ECI. Current therapies for xerostomia and salivary gland hypofunction associated with cancer therapies. Support Care Cancer 2003; 11: 226-31.

Søk stipend

Ønsker du å fordype deg faglig?

I så fall kan du være heldig å få stipend av NSF's FKS i 2013.

Stipend/prosjektmidler å kr. 10 000

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

Vilkår:

- NSF's FKS medlem i 2 år.
- Prosjektbeskrivelse.
- Søknad er fullstendig utfylt og postlagt innen tidsfrist.
- Sluttrapport.
- Presentasjon i tidsskriftet «Kreftsykepleie».

Søknadsfrist 15. desember 2012

Stipend å kr. 4000

Stipend til deltakelse på konferanser/seminar innen tema kreftomsorg.

Vilkår:

- NSF's FKS medlem i 2 år.
- Ikke mottatt NSF's FKS stipend ved de siste 2 års tildelinger.
- Søknad er fullstendig utfylt og postlagt innen tidsfrist.
- En kort oppsummering i etterkant av konferanse/seminar sendes styret v/ stipendansvarlig.

Søknadsfrist 15. desember 2012

Slik søker du:

Søknadsskjema hentes på www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/kreftsykepleiere

Søknad sendes stipendansvarlig i NSF's FKS:
Lillian Grønsund
Sørlandet Sykehus Flekkefjord/Onkologisk enhet, 4400 Flekkefjord
Tlf. 41 69 58 92
E-post: lillian@norgespost.no

Hovedstyret i NSF's FKS fatter beslutning om tildeling av stipend. Styret står fritt til å prioritere mellom likevektige søkere ut i fra gjeldende retningslinjer. NSF's FKSs landskonferanse i kreftsykepleie prioriteres.



Aktuelle bøker



Tekst Johan Alvik Omslagsfoto Forlagene

BOKOMTALE



Lær å leve med sykdom

Over en million nordmenn lever med livsvarig sykdom og antallet er økende. Mange har fått flere kroniske diagnoser. «Frisk nok» er en positiv selvhjelpsbok som handler om livet som kroniker - om å takle utfordringer, skape fremgang og feire livets små seire. Boken tar opp temaer som hvordan man får det beste ut av helsevesenet, øvelser for utvikling av glede og hvordan familie og venner kan bidra.

Forfatteren, Yngvar Christophersen, er selv kroniker. Han har hatt type 1 diabetes i over 40 år og skriver ut fra egne erfaringer.

Frisk nok, Aschehoug

BOKOMTALE



Livet etter kreften

De som lever lenge etter kreft, er nå blitt mange. Omtrent 60 prosent av de som får kreft, er i live etter fem år. Forskningen viser at det å bli reddet fra kreftsykdommen har sin pris.

Denne boka omhandler blant andre disse temaene:

- Hvordan er det å være kreftoverlever?
- Hvordan er det å overleve kreft i barndommen?
- Hvilke trygdeytelser og sosial støtteordninger er aktuelle?

Kreftoverlevende, Gyldendal Akademisk

BOKOMTALE



Bok for de yngre

Dette er en bok for barn og ungdom som opplever sykdom i familien. Barna kan lese om hvordan andre barn og ungdommer har hatt det, samt skrive ned egne tanker, tegne eller lime inn bilder. Boka skal være en hjelp for barn og ungdom til å bearbeide den situasjonen de står i som pårørende, både under og etter sykdommen eller sykehusoppholdet. Oslo Universitetssykehus tok initiativet til utgivelsen.

Meg også, Universitetsforlaget

BOKOMTALE



Kamp mot kreft

Vinteren 2000 merker Knut Syrstad for første gang at noe er galt. Han er 30 år og topp trent, men kroppen spiller ikke på lag lenger. Han går til lege, men får konstatert at han er helt frisk. Han føler seg imidlertid langt fra frisk, men det tar ett år før han kommer seg til lege igjen. Denne gangen får han vite at han har kreft.

Dette er historien om Knut Syrstad sin kamp mot kreften gjennom ti år.

Dør jeg nå? Aschehoug



INSPIRERENDE BOK: Kokeboken På bedringens vei inspirerte personalet ved St. Svithun hotell til å arrangere temakveld.

Matnyttig samarbeid

Pasienthotellet St. Svithun har i samarbeid med Kreftforeningen arrangert et temamøte om ernæring for kreftpasienter.

Tekst **Elin Bøe Grinde**, kvalitetsleder, St. Svithun Hotell, Stavanger
Foto **St. Svithun og Gyldendal**

Så langt som mulig ønsker vi ved St. Svithun Hotell i Stavanger å bidra til at maten skal være en kilde til helse og trivsel og at måltidet kan bli et høydepunkt på dagen. Suksesskriteriet er at vi er i dialog med pasientgjesten og at vi kan utvikle vårt mattilbud gjennom samhandling med helsepersonell, fagkompetanser i andre eller tilsvarende ledd i pasientforløpet, og ulike matfaglige miljøer.

Da vi ble gjort kjent med at Kreftforeningen skulle gi ut boken «På bedringens vei. Inspirasjonskokebok for kreftpasienter», som er en nyskaping i sitt slag, så tenkte vi at her har vi en gyllen anledning til både å lære og bidra. Våre ansatte kan lære mer om kreftpasienten og hva som skal til for å skape den gode matopplevelsen for den enkelte, og vi kan bidra til at det blir arrangert et temamøte om ernæring for kreftpasienter, pårørende og helsepersonell i Stavanger. Som tenkt så gjort. St. Svithun Hotell tok kontakt med Kreftforeningen og avtaler ble gjort. Resultatet var åtti fornøyde tilhørere på hotellet, en lys vårkveld i april.

Fikk inspirasjon

Deltakerne på temamøtet fikk med seg matnyttig informasjon fra foredragsleder Eli Svarstad, spesialsykepleier og rådgiver i Kreftforeningen. Vi fikk høre om de vanligste bivirkningene som kan oppstå under kreftbehandling, og hvordan kokeboken kan veilede og gi



GOD MAT: Kjøkkensjef Stine Østli lager deilige retter. Hotellens matfilosofi er at det skal være lett å velge sunt.

ny kunnskap i matlagingen når matlysten svikter. Det ble gitt tips til nye kombinasjoner av matvarer og nye metoder for tilberedning av enkle retter. Smaksprøver ble produsert, presentert og servert av de to kokkene Hanne Frosta, idèmaker av kokeboken og eier av det nyskapende spisestedet «Hanne på Høyden» i Bergen, og Stine Østli, hotellets kjøkkensjef. Synkront, som i et «mat-tablå», ble foodprosessorene fylt opp av kyndige hender, og det ble tryllet frem de mest fargerike vitamindrikker på løpende bånd. Stor underholdningsverdi og helse i hver dråpe.

Når deltakerne kommer og strekker frem hånden og takker for arrangementet, kunnskapen og opplevelsen de har hatt, da tenker vi: Vi er på rett vei!

Om hotellet

St. Svithun Hotell har vært i virksom-

het som Stavanger Universitetssykehus sitt pasienthotell i fem år. Hotellet har 137 rom, café og konferanseavdeling som er åpen for alle. Sykehuset har daglig disposisjonsrett til 80 rom. Det er de mest funksjonsfriske pasientene som overføres til hotellet. Like fullt, de er under behandling og det er mange som står ovenfor en alvorlig kreftdiagnose.

Vår visjon er å gjøre dagen litt lysere for våre pasientgjester. Det betyr at vi så langt som mulig ønsker å imøtekomme den enkelte gjest sitt behov, skape trygghet og stimulere til livslyst og glede. Hotellets årlige gjesteundersøkelse bekrefter at pasientene føler seg trygge og er svært tilfreds med å bo på hotellet. «Det oppleves godt å kunne oppholde seg i friske omgivelser men likevel ha nærhet til behandlingsapparatet,» er tilbakemeldingen vi får. ■

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 inneh.: Oksykodondihydroklorid tils. oksykodon 4,5 mg, resp. 9 mg, 18 mg og 36 mg, naloksonhydrokloriddihydrat tils. 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: Brijantblått 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 dosetringering ved oppstart av opioidbehandling og individuell dosejustering. Maks. døgn dose er 80 mg/40 mg oksykodondihydroklorid/naloksonhydroklorid. Ved behov for høyere doser bør det i tillegg gis oksykodondepot til samme tidspunkt. Maks. døgn dose 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 frisetting som akuttmedisin mot gjennombruddssmerter, kan derfor oppstå. En enkelt dose akuttmedisin bør tilsvare en sjettedel av den ekvivalente døgn dosen av oksykodondihydroklorid. Behov for akuttmedisin >2 ganger daglig er vanligvis en indikasjon på at dosen bør økes. Doseøkning bør foretas hver eller annen hver dag, med 5 mg/2,5 mg, eller ved behov 10 mg/5 mg oksykodondihydroklorid/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 smertemønster 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 frisetting av virkestoffene og absorpsjon av en potensielt dødelig oksykodondose.

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 parenteralt, intranasalt eller oralt misbruk hos individer som er avhengige av opioidagonister, som heroin, morfin eller metadon, forventes uttalte abstinenssymptomer, pga. av naloksons opioidreseptorantagonistegenskaper. Ethvert misbruk hos stoffmisbrukere frarådes på det sterkeste. Det foreligger ingen klinisk erfaring hos pasienter med kreft relatert til peritoneal karsinomatose eller med subokklusiv syndrom ved farskredne 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 lungfunksjon, myoksdem, 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 krampet, 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 kirurgitype 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 depottablettmiksen kan sees i avføring. Kan gi positive resultater til 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, sovemedisinering, 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/Amming: 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 nytt oppveier mulig risiko for barnet. **Overgang i morsmelk:** Oksykodon går over, nalokson ukjent. Amming bør avbrytes under behandling.

Bivirkninger: Vanlige $\geq 1/100$ til $< 1/10$: Gastrointestinale: Magesmerter, forstoppelse, diaré, munntørrhet, dyspepsi, oppkast, kvalme, flatulens. Hjerte/kar: Blodtrykksfall. Hud: Kløe, hudreaksjoner, svetting. Lever/galle: Økte leverenzymene. Neurologiske: Svimmelhet, hodepine. Psykiske: Rastløshet. Stoffskifte/ernæring: Nedsatt/tap av appetitt. Øre: Vertigo. Øvrige: Abstinenssyndrom, kulde- og varmfølelse, frynsninger, astenitilstander. **Mindre vanlige $\geq 1/1000$ til $< 1/100$:** Gastrointestinale: Oppblåsthet, oppstøt. Hjerte/kar: Angina pectoris ved koronar- sykdom i anamnesen, palpitasjoner, blodtrykksøkning. Immunsystemet: Overfølsomhet. Kjønnsorganer/bryst: Erektildysfunksjon. Lever/galle: Galleveiskolikk. Luftveier: Dyspné, rhinoré, hoste. Muskel-skjelettsystemet: Muskelspasmer, muskeltrekninger, 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: Brystmerter, sykdomsfølelse, smerter, perifert ødem, vektapp, ulykkeskader. **Sjeldne $\geq 1/10000$ til $< 1/1000$:** Gastrointestinale: Tannsykdom. Hjerte/kar: Takykardi. Luftveier: Gjesping. Neurologiske: Krampet (spesielt ved epileptisk sykdom eller disposisjon for krampet), sedasjon, synkope. Nyre/urinveier: Urinretensjon. Psykiske: Mareritt. Øvrige: Vektøkning. **Svært sjeldne $< 1/10000$, ukjent:** Luftveier: Respirasjonsdepresjon. Bivirkninger av oksykodondihydroklorid alene: **Vanlige $\geq 1/100$ til $< 1/10$:** Gastrointestinale: Hikke. Nyre/urinveier: Dysuri. Psykiske: Endret stemningsleie og personlighetsforandring, nedsatt aktivitet, psykomotorisk hyperaktivitet, uro. **Mindre vanlige $\geq 1/1000$ til $< 1/100$:**

Gastrointestinale: Munnsår, stomatitt. Hjerte/kar: Vasodilatasjon. Luftveier: Dysfoni. Neurologiske: Svekket konsentrasjon, migrene, dysgeusi, hypertoni, ufrivillige muskelsammmentrekninger, hypoestesi, koordinasjonsforstyrrelser. Psykiske: Persepsjonsforstyrrelser (f.eks. derealisasjon), nedsatt libido. Øre: Nedsatt hørsel. Øvrige: Ødem. **Sjeldne $\geq 1/10000$ til $< 1/1000$:** Gastrointestinale: Melena, tannkjøttblødning, dysfagi. Hud: Tørr hud. Infeksiøse: Herpes simplex. Kjønnsorganer/bryst: Amenoré. Stoffskifte/ernæring: Dehydrering, økt appetitt. Øvrige: Tørste. **Svært sjeldne $< 1/10000$, ukjent:** Gastrointestinale: Ileus. Hud: Urticaria. Immunsystemet: Anafylaktisk reaksjon. Luftveier: Respirasjonsdepresjon, bronkialspasme, undertrykket hosterefleks. Psykiske: Legemiddelhengighet. Øye: Miose. Øvrige: Legemiddeltoleranse, spasmer i glatt muskulatur.

Overdosering/Forgiftning: **Symptomer:** Oksykodon kan gi miøse, respirasjonsdepresjon, søvnløshet til apati, slapphet i skjelettmuskulatur, bradykardi, hypotensjon, i alvorligere tilfeller koma, ikke-kardiogen lungeødem 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 tidligere bolusdoser og pasientens respons. Ventrikkelømming kan vurderes. Støttetiltak (kunstig åndedrett, oksygen, karkotragerende midler og væskeinfusjoner) ved behov, for å håndtere sirkulatorisk sjokk. Hjertestans eller arytmier kan kreve hjertemassasje eller defibrillering. Se Giftinformasjonens anbefalinger for oksykodon N02A A05 side d.

Egenskaper: **Klassifisering:** Naturlig opiumsalikoid kombinert med middel mot forgiftning (opioidreseptorantagonist). **Virkningsmekanisme:** Oksykodon og nalokson har affinitet til opioide kapp- μ , ν og δ deltareseptorer i hjerne, ryggmarg 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 opioidreseptormediert 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 i livets sluttfase.

Refusjonskode: 90 (ICPC og ICD)

Vilkår 136: Refusjon ytes selv om legemiddel 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.

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



Individuell plan

– hjelp til å skape orden i en kaotisk hverdag

Individuell plan brukes sjelden til palliative pasienter, selv om det er et nyttig verktøy for pasienter og pårørende.



Av **Ragnhild Helgesen**, undervisningssykepleier ved Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest (KLB).

Symptomlindring og tilrettelegging i livets slutfase må være individuelt tilpasset og kan innebære at mange tjenesteytere er involvert. Individuell plan (IP) er en lovfestet rettighet for pasienter med langvarige og koordinerte tjenester. Planen skal bidra til oversikt, realistiske mål, ansvarsavklaring og koordinering av tjenestene (1). IP anbefales brukt også til palliative pasienter (2). Erfaringer viser imidlertid at IP fortsatt er lite brukt til denne pasientgruppen.

Forfatterne av denne artikkelen har på ulike måter vært involvert i bruk av IP til palliative pasienter. Ragnhild Helgesen er undervisningssykepleier ved Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest (KLB). Dette senteret har i flere år hatt IP til palliative pasienter som et satsingsområde. I den forbindelse tok KLB initiativ til et samarbeidsprosjekt med Betanien diakonale høgskole i Bergen, der Marie Kvamme Mæland er førstelektor. Prosjektet handlet om opplæring i bruk av IP til studenter i videreutdanning i kreftsykepleie. Sølvi Eide Lunde er psykiatrisk sykepleier og kreftsykepleier og har lang erfaring med bruk av IP også til palliative pasienter fra sitt arbeid som sykepleier i Etne kommune. I forbindelse med sin mastergrad i mestring og myndiggjøring gjorde hun en studie av pårørendes erfaringer med bruk av IP i palliativ fase.

I denne artikkelen vil vi bruke resultatene fra aktuelle studier, egne erfaringer og tilgjengelig litteratur for å belyse bruken av IP som et verktøy for

å skape forutsigbarhet og trygghet i livets slutfase.

Lovgrunnlaget for IP

Ordningen med IP ble innført som et virkemiddel for å kunne gi et bedre tilbud til tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosialtjenester. Planen skal være et verktøy og en metode for samarbeid mellom de ulike tjenesteyterne. Den skal bidra til at brukeren og hans/hennes pårørende får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud (1).

Tjenestemottakerens rett til å få utarbeidet IP, og tjenestenes plikt til å utarbeide IP, er hjemlet i ulike lover og forskrifter (3,4,5,6,7,8). IP kom inn i regelverket i 2001. I 2002 ga Sosial- og helsedirektoratet ut den første Veileder til forskrift om individuell plan. Veilederen er et hjelpemiddel i arbeidet med IP og gir nærmere utdyping av praksis. Den kom ut i ny utgave i 2010. I forbindelse med nytt og revidert lovverk blir veilederen nå revidert på nytt (9).

I forbindelse med Samhandlingsreformen trådte ny Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven) i kraft 01.01.2011. I denne loven tillegges kommunene et større systemansvar for implementering av IP ved at de får hovedansvaret for at pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester får utarbeidet en slik plan. Kommunen skal også ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet som skal ha overordnet ansvar for arbeidet med IP og for opp-



Av **Marie Kvamme Mæland**, førstelektor ved Betanien diakonale høgskole.



Av **Sølvi Eide Lunde**, psykiatrisk sykepleier og kreftsykepleier. Høgskolelektor, høgskolen Stord/Haugesund.

nevning, opplæring og veiledning av koordinatorene (4). Helseforetakene skal på sin side så snart som mulig varsle kommunens koordinerende enhet når de ser at det er behov for en IP som omfatter tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen, og skal i slike tilfeller medvirke i kommunens arbeid med IP (9).

I Veileder til forskrift om individuell plan slås det fast at IP er et verktøy for å skaffe tilgjengelighet og støtte til tjenestemottakerens omgivelser. I tillegg viser forskning og brukererfaring at utarbeidelse av IP kan være en viktig metode for å sikre at tjenestemottakeren blir lyttet til, møtt med respekt, tillit og oppmuntring, og ikke minst får hjelp til å se muligheter. Opplevelsen av forutsigbarhet og trygghet i møte med offentlige etater er det også mange som fremhever (1).

Trenger palliative pasienter IP?

Sykdomsbildet i palliativ fase er ofte komplekst, med et raskt svingende forløp. Dette krever umiddelbare vurderinger og tiltak. Pasientene trenger kvalifisert pleie, omsorg og behandling for lindring av ulike symptomer og plager den siste levetiden. Mange pasienter har andre sykdommer i tillegg til kreftsykdommen, noe som gjør behandlingen og omsorgen mer komplisert. Dette krever god kartlegging, planlegging og tilrettelegging med tanke på komplikasjoner som kan oppstå (2).

Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (2010) understreker behovet for styrket samhandling og koordinering i palliativ fase og understreker at IP er et viktig verktøy som bør brukes mer. I handlingsprogrammet blir det fremhevet at IP for palliative pasienter skal inneholde:

- Pasientens skriftlige samtykke.
- En koordinator, for eksempel hjemmesykepleier.
- Pasientens mål.
- En ansvarlig tjenesteyter for hvert tjenesteområde.
- Kontaktoversikt og ansvarsfordeling, inkludert kveld, natt og helg.
- Avtalt oppfølging.
- Klare retningslinjer for hvor og hvordan eventuell innleggelse skal ordnes. Dersom åpen retur-begrepet brukes, skal dette være klart definert (2).

Det er utarbeidet flere maler for IP til palliative pasienter. Felles for disse er at de har en egen side med kontaktoversikt, med ansvarsfordeling inkludert kveld, natt og helg. På nettsidene til Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest finnes en enkel og oversiktlig mal som brukes mange steder (10).

Blir IP brukt til palliative pasienter?

En kartlegging i landets kommuner i 2011 hadde fokus på antall IP i den enkelte kommune, organisering av tjenesten og koordinatorrollen. Kartleggingen viste store fylkesvise forskjeller på antall planer. Tjenestene knyttet til planene var i hovedsak knyttet til psykisk helsetjeneste, helsestasjon, fysioterapi og skole/barnehageetat. De fleste koordinatorene arbeidet i psykisk helsetjeneste og hjemmetjenesten, etterfulgt av helsestasjonen (11).

I denne kartleggingen ble det ikke undersøkt hvilke brukergrupper som hadde IP, og undersøkelsen kan derfor ikke gi svar på i hvilken grad IP blir brukt til palliative pasienter nasjonalt.

Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest er med på å drifte et nettverk av ressurs-sykepleiere i kreftomsorg og lindrende behandling. Sykepleierne i nettverket arbeider i sykehjem, i hjemmesykepleie og på aktuelle sykehusavdelinger i hele Helseregion Vest. I alt er cirka 400 ressurs-sykepleiere med i nettverket. Det er innført årlig rapportering fra ressurs-sykepleierne hvor det blant annet rapporteres på bruk av IP. Rapporteringen viser at i underkant av halvparten av ressurs-sykepleierne medvirket til utarbeidelse av minst en IP i løpet av 2011.

I 2011 gjennomførte Sølvi Eide Lunde en kvalitativ studie med fokus på pårørendes erfaring med bruk av IP i palliativ fase. Datainnsamlingsmetoden var to flerstegs fokusgrupper i Helseregion Vest. I rekrutteringen til studien viste det seg vanskelig å finne pårørende som hadde erfaring med IP fra palliativ fase. Dette kan indikere at det er for få palliative pasienter som får tilbud om IP. Gjennom intervjuene virket det også som om det ikke var systematikk i informasjonen om rett til IP. Inntrykket fra studien var at initiativet til å få opprettet IP for palliative pasienter kom fra ildsjeler i helsevesenet. (12)

Opplæring gir trygghet

I Veileder til forskrift om individuell plan vises det til at veiledning av koordinatorene er svært viktig for at de skal kunne stå i rollen over tid, og for den enkeltes fagpersonlige utvikling (1). Flere prosjekt har gitt kunnskap om og erfaring med bruk av IP til kreft- og palliative pasienter (13, 14).

I 2005 gjennomførte Skien kommune og Sykehuset Telemark et prosjekt om bruk av IP og opplæring av kontaktsykepleiere i koordinatorrollen. Prosjektet gikk over ett år, og omfattet opplæring, veiledningsgrupper og erfaringsseminar. Deltakerne i dette prosjektet ga uttrykk for at det var helt nødvendig med refleksjon



INDIVIDUELL PLAN: På www.helse-bergen.no finnes en enkel og oversiktlig Individuell plan, som her er vist et utsnitt av. Gå inn på nettstedet og søk på individuell plan. På samme side finnes rettleiding for hvordan planen skal fylles ut.

og veiledning for å bli trygg i koordineringsarbeidet (13).

Videreutdanningen i kreftsykepleie ved Betanien diakonale høyskole i Bergen gjennomførte i perioden januar 2008- juni 2010 et prosjekt om opplæring i bruk av IP. Prosjektet var et samarbeidsprosjekt mellom høgskolen, Sunniva klinikk for lindrende behandling (nå: Sunniva senter for lindrende behandling) ved Haraldsplass Diakonale Sykehus og Kompetansesenter for lindrende behandling Helseregion Vest. Kartlegging i forkant av opplæringen viste at halvparten av studentene ikke hadde noe kjennskap til IP i forkant av undervisningen, mens resten hadde noe kjennskap til IP. I prosjektet fikk studenter som hadde praksis på Sunniva klinikk, praktisk erfaring med bruk av IP, mens resten av klassen utelukkende fikk teoretisk opplæring. I evalueringen av prosjektet så man på om opplæringen hadde ført til økt fokus på bruk av IP etter endt utdanning. Resultatene viste at studentene som hadde fått praktisk erfaring med IP, i større grad hadde fokus på IP i etterkant av studiet (14).

Tilbud om IP kommer for sent

Et viktig innspill fra informantene i Lundes undersøkelse var at helsepersonell må informere og legge til rette for IP tidlig i en palliativ fase. I denne studien var planene utarbeidet fra fire måneder til en uke før dødsfallet. De pårørende ga uttrykk for at de hadde fått informasjonen om IP for sent i sykdomsforløpet. Når den syke allerede har reduserte krefter, hemmer dette prosessen og nytteverdien av planarbeidet. Flere av de pårørende mente at tilbudet om IP burde komme når man får beskjed om at en er alvorlig syk av kreft, eller når palliativ fase er erkjent. Da kan planen medvirke til å skape struktur og rammer rundt de pårørende og bidra til at en uforutsigbar situasjon blir mer forståelig og håndterlig (12).

Koordinatorrollen er sentral

Alle informantene i studien til Lunde beskrev den palliative fasen som en svært krevende og sårbar tid hvor mye var uforutsigbart. Dersom de måtte kjempe for å sikre at den syke skulle få det vedkommende hadde krav på fra helsetjenesten, opplevdes dette som en tilleggsbelastning til sorgen over situasjonen. Flere av informantene beskrev at utformingen av IP bidro til at ansvar ble plassert, og at man fikk færre personer å forholde seg til. I tillegg opplevde de en mer sammenhengende helsetjeneste ved at de ulike tjenesteyterne var bedre informert og oppdatert. Dette var med på å gi

økt tillit og trygghet og opplevelse av mestring. I Stortingsmelding nr. 16, Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) blir det understreket at det å ha et stabilt forhold til helsepersonell over tid, er viktig for helse og mestring. Stabilitet kan redusere behovet for øyeblikkelig hjelp-tjenester og innleggelse i sykehus(15).

Koordinatorrollen er styrket i det nye lovverket. Deltakerne i Lunde sin undersøkelse fremhevet betydningen av å ha en konkret, navngitt fagperson til å spørre om hjelp, formidle kontakt eller gi svar på det man lurte på. Å få noen å dele ansvaret med, var viktig, og opplevdes som en støtte og avlastning for flere – at noen visste «hva det gjaldt» og hadde oversikt i en kaotisk hverdag hvor alt «hang i lause lufta». Det var godt med en koordinator og en gruppe rundt den syke, istedenfor at de pårørende selv måtte ringe og ordne opp alene. Dette skapte økt trygghet både for den syke og familien (12). Erfaringen fra prosjektet i Telemark konkluderte tilsvarende med at bruk av IP og navngitt kontaktsykepleierkoordinator ga et bedre tilbud til pasient og pårørende (13).

I tillegg til betydningen av koordinator ble fastlegens rolle fremhevet av informantene i Lunde sin undersøkelse. Det var viktig at fastlegen ble inkludert i utarbeidelsen av IP (12).

IP som bidrag til håp og mestring

I heftet «Gjør det så enkelt som mulig» utgitt av Helsedirektoratet, fremheves det at det er prosessen rundt IP som er viktigst, ikke planen i seg selv (16). Uttalelser fra informantene i Lundes undersøkelse bekrefter at dette også er viktig i palliasjon. De pårørende ga uttrykk for at utformingen av IP betydde mer for den syke og dem selv enn selve dokumentet. Flere beskrev at prosessen rundt planen bidro til at de følte seg sett og forstått. «Det var en plan for et verdig liv» – slik formulerte en pårørende opplevelsen av å få ny giv og motivasjon gjennom prosessen rundt IP. I planen ble det satt opp ønsker og mål for både den syke og de pårørende. Det bidro til at den aktuelle perioden ble en tid med planlagte aktiviteter, og ikke bare en passiv ventetid. Planen ga ikke en forventning om å bli frisk, men noe å strekke seg etter. Å sette mål ga håp. Ved at helsepersonell satte seg sammen med de pårørende og den syke og drøftet og avklarte ønsker og mål for begge parter, opplevde de at håp og verdighet ble ivarett. De pårørende og den syke ble møtt som mennesker som sammen kunne legge planer for resten av livet. De opplevde verdien av at helsevesenet fortsatt prioriterte deres ønsker og behov (12).

Konklusjon

Til tross for at IP siden 2001 har vært en rettighet for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester, er verktøyet fortsatt ikke tilstrekkelig implementert. Nytt lovverk med tydeligere ansvarsplasing gir håp om at flere palliative pasienter kan få tilbud om IP.

Erfaringene fra pårørende gir sterke utsagn om at en IP bidrar til støtte og avlastning for pårørende og at planen kan medvirke til å skape håp og mestring i livets sluttfase. ■

Referanser

1. Individuell plan – veileder til forskriften. Oslo: Helsedirektoratet, 2007. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/individuell-plan-veileder-til-forskriften/Sider/default.aspx>
2. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. Oslo: Helsedirektoratet, 2007, revidert 2010. <http://www.helsebiblioteket.no/Retningslinjer/Palliasjon/Forord>
3. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-063.html>
4. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) <http://www.lovdatab.no/all/nl-20110624-030.html>
5. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m (spesialisthelsetjenesteloven). <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-061.html>
6. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven). <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-062.html>
7. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-064.html>
8. Forskrift om habilitering og rehabilitering <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/ldles?ltdoc=/for/ff-20010628-0765.html>
9. Individuell plan og koordinator. Helsedirektoratet 01.12.2011 <http://helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/habilitering-rehabilitering/individuell-plan/Sider/default.aspx>
10. Individuell plan. Kompetansesenter i lindrende behandling Helse-region Vest <http://www.helse-bergen.no/omoss/avdelinger/klb/Sider/individuell-plan.aspx>
11. Kartlegging av individuelle planer i landets kommuner 2011. Oslo: Helsedirektoratet, 2011. <http://helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/habilitering-rehabilitering/individuell-plan/Documents/kartlegging-av-individuelle-planer-i-landets-kommuner.pdf>
12. Lunde SAE. Individuell plan i palliativ fase, - ein plan for eit verdig liv. Masteroppgave i helse- og sosialfag, Høgskulen i Volda, 2011.
13. Skarholt S. Koordinert hjelp til palliative kreftpasienter. Bli tilbedt bedre? Kreftsyrkepleie 2006; nr 4: 24-26
14. Hauken M. Individuell plan til palliative pasienter: Et samarbeidsprosjekt mellom Betanien diakonale høgskole, Sunniva klinikk for lindrende behandling og Kompetansesenter i lindrende behandling Helse-region Vest. Betanien Diakonale Høgskole, rapport 1-2010.
15. St. meld. nr 16 (2010-2011). Nasjonal helse- og omsorgsplan. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011.html?id=639794>
16. «Gjør det så enkelt som mulig». Tipshefte om Individuell plan. Oslo: Helsedirektoratet, 2008. [http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/gjor-det-s%c3%a5-enkelt-som-mulig-tipshefte-om-individuell-plan.pdf](http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/gjor-det-sa-enkelt-som-mulig-tipshefte-om-individuell-plan/Publikasjoner/gjor-det-s%c3%a5-enkelt-som-mulig-tipshefte-om-individuell-plan.pdf)

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

Tok imot prisen med et smil

Kreftsykepleier Irene Hoven Edna ble tildelt prisen Årets sykepleier i kreftomsorg for 2011. Tekst og foto Sissel Mourn

Det var under NSF's FKS landskonferanse i oktober 2011 at tildelingen av prisen ble kunngjort. Daværende nestleder i faggruppen, Elin Bruland ga følgende karakteristikkk av prisvinneren: Hun har eit spesielt engasjement for barn og unge. Mange har fått «den gode samtalen» med ho. Ho

har blikket og den gode handa som må til for å gje hjelp og støtte. I samspelet med sine kollegaer blir ho beskrevet som fleksibel, kunnskapsrik, ein stor arbeidskapasitet, læremester og ein humørspreddar. Ikkje ei utfordring er for stor. Prisen «Årets sjukepleiar i kreftomsorgen for 2011» vert tildelt

kreftsykepleiar Irene Hoven Edna.

Dermed brøt jubelen og applausen løs, og det var en meget overrasket og beveget prisvinner som entret scenen. Der ble hun overrakt diplom og blomster. Etter å ha fått summet seg takket en tydelig stolt prisvinner for tildelingen.



STOLT VINNER: Irene Hoven Edna med diplom som er et bevis på at hun har gjort en god jobb som kreftsykepleier.

Lang karriere

Prisvinneren ble uteksaminert som sykepleier i 1978 ved Innherred Sykepleierskole og jobbet deretter ved kirurgisk avdeling ved Innherred Sykehus. Hun videreutdannet seg ved Radiumhospitalet og gikk i 1982 ut som elev fra det første kullet innen kreftsykepleie i Norge. I 1992 ble det ved Innherred Sykehus opprettet 50 prosent stilling som kreftsykepleier og Irene ble ansatt. Med det begynte opprettelsen av en kreftpoliklinikk. Fra den spede begynnelse med kreftbehandling for pasienter med kreft i mage/tarm til i dag der moderne kreftbehandling blir gitt til pasienter med alle ulike kreftformer. Irene har arbeidet tålmodig år etter år for å få bygd opp et fagmiljø med flere kreftsykepleiere og onkologer rundt seg, samt opprettelse av palliativt team. I sin søknad sier Irenes kolleger «Irene har gjort en formidabel innsats med å jobbe for kreftpasientene og gi et godt tilbud til de som får kreft og deres pårørende». Prisvinneren svar til dette er at hun har et meget meningsfullt arbeid og at det er en jobb som gir mye tilbake.

Hun vil ikke svare på hva som gjør at hun fortjener prisen, men hun legger vekt på sine fokusområ-

der i arbeidet. «Jeg har valgt å la pasient- og pårørendefokuset stå fremst. Det blir feil å si hva jeg gjør bedre enn andre, for det er ikke en riktig måte å se det på,» sier hun. «Irene har hjerte for alle med sin omsorg, men kanskje det som fyller hjertet aller mest er barn og unge som pårørende,» skriver kollegene i sin søknad. De beskriver også Irenes høye faglige dyktighet, og hennes velvilje til å dele sine kunnskaper med både pasienter, pårørende og kolleger.

Intervju i lokalpressen

I lokalmiljøet ble det ganske raskt kjent at Irene hadde fått prisen. Det ble flere blomsterbuketter som prydet stua hjemme, mange hyggelige telefoner, sms-meldinger og intervju i lokalpressen. Det var tydelig at mange synes dette

var fortjent. Prisvinneren selv synes det et flott at mindre lokalsamfunn og deres lokalsykehus blir satt på kartet nettopp ved at en slik pris oppnås.

«Jeg trives veldig godt i et givende yrke. Jeg har jobbet med dette lenge, men har aldri gruet meg til å dra på jobb. Hvis det hadde vært slik at jeg kunne velge på nytt, hadde jeg valgt akkurat det samme,» sier en yrkesstolt kreftsykepleier. Hun berømmer det gode arbeidsmiljøet hun er en del av: «Miljøet og atmosfæren på kreftpoliklinikken på Sykehuset Levanger gjør at man ikke jobber i motbakke. Det er veldig viktig».

Irene setter stor pris på utmerkelsen og sier at hun er veldig glad og taknemlig for å bli kåret til Årets sykepleier i kreftomsorg. Vi ønsker henne lykke til videre i sitt viktige arbeid. ■

SEND INN FORSLAG

Årets sykepleier i kreftomsorgen Norsk pris 2012

Forum for kreftsykepleie (FKS) deler årlig ut pris til en sykepleier som utmerker seg spesielt i kreftomsorgen. FKS oppfordrer sine medlemmer og lesere av tidsskriftet Kreftsykepleie til å sende inn forslag på en sykepleier som har gjort en spesiell innsats innenfor fagfeltet.

Hvem kan bli nominert:

- Vedkommende arbeider innen klinisk sykepleie, fagutvikling eller forskning.
- Vedkommende gjør en innsats som utmerker seg - overfor pasienter med kreftsykdom, pårørende eller overfor kollegaer.

Send kandidatens navn, arbeidssted, telefonnummer samt begrunnelse for nomineringen til:

FKS NSF's Faggruppe
v/ Lillian Rolfsen Grønsund
Lyngvn 16,
4400 Flekkefjord

Tlf: 41 69 58 92

E-post: lillian@norgespost.no

Frist 1. september 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



Vi ønsker flere sykepleiere fra det kliniske feltet!

Montebellosenteret skal etablere gode faglige team til de ulike kursene.

Fagteam ved de enkelte kurs skal bestå av egne ansatte og eksterne fagpersoner med aktuell spisskompetanse. Vi ønsker derfor å knytte til oss sykepleiere for engasjement til kursuker ved senteret. Engasjement ønskes for minimum 1-2 kurs pr år.

Faglig innhold på kursene er knyttet til utfordringer kursdeltakere har når kreft blir en del av tilværelsen. Til alle kurs vil engasjement for sykepleiere gjelde fra søndag tom torsdag. Opplæring vil bli gitt etter nærmere avtale.

Ønsker du å bli en del av vårt faglige team?

Ta kontakt med Montebellosenteret ved Silje Højlund for nærmere avtale. Send en e-post til silje.hojlund@montebello-senteret.no eller ring tlf 62 35 11 00



Skann QR-koden for mer info om stillingen

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



c Emend MSD og Ivemend MSD

Antiemetikum.

ATC-nr.: A04A D12

KAPSLE, harde 80 mg og 125 mg: Emend: Hver kapsel inneholder 80 mg, resp. 125 mg, sukrose 80 mg, resp. 125 mg, fargestoff: 80 mg: Sort jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). 125 mg: Gult, rødt og sort jernoksid (E 172), titandioksid (E 171)
PULVER TIL INFUSJONSVÆSKE, oppløsning 150 mg: Ivemend: Hvert hetteglass inneholder: Fosaprepitantdimerglumin tilsv. fosaprepitant 150 mg, dinatriumedetat, polysorbit 80, vannfri laktose, natriumhydroksid, fornyttent saltsyre. **Indikasjoner:** Forebygging av akutt og forsinket kvalme og oppkast i forbindelse med sterkt emetogen cisplatinbasert cancer kjemoterapi hos voksne. Forebygging av kvalme og oppkast i forbindelse med moderat emetogen cancer kjemoterapi hos voksne. Gis som del av en kombinasjonsbehandling. **Dosering: Emend: Kapsler:** Gis i 3 dager som del av et regime som inkl. et kortikosteroid og en 5-HT₃-antagonist. Anbefalt dose er 125 mg gitt peroralt 1 gang daglig 1 time før kjemoterapibehandling på dag 1, og 80 mg gitt peroralt 1 gang daglig på dag 2 og 3. I studier er følgende regime benyttet:

Sterkt emetogent kjemoterapi regime:

	Dag 1	Dag 2	Dag 3	Dag 4
Aprepitant (oralt)	125 mg	80 mg	80 mg	ingen
Deksametason (oralt)	12 mg	8 mg	8 mg	8 mg
Ondansetron (i.v.)	32 mg	ingen	ingen	ingen

Moderat emetogent kjemoterapi regime:

	Dag 1	Dag 2	Dag 3
Aprepitant (oralt)	125 mg	80 mg	80 mg
Deksametason (oralt)	12 mg	ingen	ingen
Ondansetron (oralt)	2 x 8 mg	ingen	ingen

Kan tas med eller uten mat. **Kapslene skal svelges hele. Ivemend 150 mg: Infusjonsvæske:** Gis som uavbrutt i.v. infusjon over 20-30 minutter, kun på dag 1. Igangsettes ca. 30 minutter før kjemoterapi. Må ikke gis som bolusinjeksjon eller utfornytt oppløsning. Tilberedning (volum til fornyttent), infusjonshastighet og doser avviker fra Ivemend 115 mg. Aprepitant administreres ikke oralt i kombinasjon med Ivemend 150 mg. Anbefalt dose deksametason sammen med Ivemend 150 mg avviker fra anbefalt dose deksametason sammen med Ivemend 115 mg på dag 3 og 4. Gis sammen med et kortikosteroid og en 5-HT₃-antagonist, se tabellene nedenfor. Regime ved sterkt emetogen kjemoterapi:

	Dag 1	Dag 2	Dag 3	Dag 4
Ivemend (i.v.)	150 mg	ingen	ingen	ingen
Deksametason (oralt)	12 mg	8 mg	8 mg x 2	8 mg x 2
Ondansetron (i.v.)	32 mg	ingen	ingen	ingen

Deksametason gis 30 minutter før kjemoterapibehandling på dag 1, om morgenen på dag 2 og morgnen og kveld på dag 3 og 4. Dosen er valgt med hensyn på virkestoffinteraksjoner. Ondansetron gis i.v. 30 minutter før kjemoterapibehandling på dag 1. Regime ved moderat emetogen kjemoterapi:

	Dag 1
Ivemend (i.v.)	150 mg
Deksametason (oralt)	12 mg
Ondansetron (oralt)	8 mg x 2

Deksametason gis 30 minutter før kjemoterapibehandling på dag 1. Dosen er valgt med hensyn på virkestoffinteraksjoner. En 8 mg kapsel ondansetron gis 30-60 minutter før kjemoterapibehandling og 8 timer etter 1. dose på dag 1. Effektdata for kombinasjon med andre kortikosteroider og 5-HT₃-antagonister er begrenset. Brukes med forsiktighet ved moderat eller alvorlig redusert leverfunksjon. **Barn og ungdom <18 år:** Sikkerhet og effekt av Ivemend/Emend er ikke fastslått for denne aldersgruppen. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Skal ikke gis samtidig med pimozid, terfenadin, astemizol eller cisaprid. Hemming av CYP 3A4 forårsaker av aprepitant kan føre til økte plasmakonsentrasjoner av disse legemidlene og potensielt forårsake livstruende redusert leverfunksjon. Må gis med forsiktighet ved samtidig behandling med oralt administrerte virkestoffer som primært metaboliseres via CYP 3A4, og som har smalt terapeutisk vindu (se Interaksjoner). Effekten av Emend på farmakokinetikken til CYP 3A4-substrater gitt oralt, er kraftigere enn effekten når de blir gitt intravenøst (se Interaksjoner). Kjemoterapeutika som metaboliseres via CYP 3A4 (f.eks. etoposid, vinorelin), bør brukes med forsiktighet. Samtidig behandling med irinotecan kan resultere i økt toksisitet og må utøves med spesiell forsiktighet. Samtidig administrering av derivater av skelealkaloider (CYP 3A4-substrater) kan føre til økte plasmakonsentrasjoner av disse virkestoffene. Forsiktighet anbefales pga. potensiell risiko for sekuleralteret toksisitet. Samtidig behandling med sterke CYP 3A4-indusere (f.eks. rifampicin, fenitoin, karbamazepin, fenobarbital), resulterer i reduserte plasmakonsentrasjoner av aprepitant og må unngås. Samtidig administrering av aprepitant eller fosaprepitant og utrepreparater som inneholder johannesurt (*Hypericum perforatum*) anbefales ikke. Samtidig behandling med CYP 3A4-inhibitorer (f.eks. ketokonazol, itraconazol, vorikonazol, posakonazol, klaritromycin, telitromycin, nefazodon og proteasehemmere) er forventet å resultere i økte plasmakonsentrasjoner av aprepitant og bør utøves med forsiktighet. Samtidig administrering med warfarin fører til nedsatt protrombintid (INR). Ved kronisk behandling med warfarin, må INR overvåkes nøye i løpet av behandlingen og i 2 uker etter avsluttet behandling med fosaprepitant eller hver 3-dagers kur med aprepitant. Effekten av hormonelle antikonsepsjonsmidler kan reduseres under bruk og i 28 dager etter avsluttet bruk av fosaprepitant eller aprepitant. Alternativt prevensjon bør benyttes under behandling og i 2 måneder etter siste dose med aprepitant eller fosaprepitant. Aprepitant kapsler må ikke brukes ved fruktoseintoleranse, glukose-galaktosemaldabsorpsjon eller sukkrase-isomaltasemangel. Ivemend skal ikke gis som bolusinjeksjon, men skal fornyttent og gis som langsom i.v. infusjon. Skal ikke gis i.m. eller s.c. Mild trombose på injeksjonsstedet er sett ved høyere doser. Dersom det oppstår tegn eller symptomer på lokal irritasjon, skal infusjonen avsluttes og startes opp igjen i en annen vene. **Interaksjoner:** Fosaprepitant omdannes raskt til aprepitant når det gis i.v. Det er sannsynlig at virkestoffer som interagerer med aprepitant gitt oralt også vil interagere med fosaprepitant. Aprepitant (125 mg/80 mg) er substrat, moderat hemmer og induser av CYP 3A4 og CYP 2C9-induser. I løpet av behandlingen hemmes CYP 3A4, og plasmakonsentrasjonen av virkestoffer som metaboliseres via enzymet kan økes. Fosaprepitant 150 mg, gitt som enkeltdose, er en svak hemmer av CYP 3A4. Fosaprepitant eller aprepitant ser ikke ut til å interagere med P-glykoproteintransportøren (manglende interaksjon mellom oralt aprepitant og digoksin). Fosaprepitant antas å forårsake mindre eller lik induksjon av CYP 2C9, CYP 3A4 og glukuronisering enn oralt aprepitant. Dokumentasjon mangler vedr. effekt på CYP 2C8 og CYP 2C19. Total eksponering for oralt administrerte CYP 3A4-substrater kan bli opp til ca. 3 ganger høyere i løpet av en 3-dagers behandling og opp til 2 ganger høyere på dag 1 og 2 etter samtidig behandling med en enkeltdose fosaprepitant. Effekten på intravenøst administrerte CYP 3A4-substrater antas å være mindre. Fosaprepitant må ikke brukes samtidig med pimozid, terfenadin, astemizol eller cisaprid. CYP 3A4-hemming forårsaker av aprepitant eller fosaprepitant kan føre til økte plasmakonsentrasjoner av disse virkestoffene, og potensielt forårsake alvorlige eller livstruende reaksjoner. Forsiktighet anbefales ved samtidig behandling med CYP 3A4-substrater og oralt administrerte virkestoffer som primært metaboliseres via CYP 3A4 og som har smalt terapeutisk vindu, som ciklosporin, takrolimus, sirolimus, everolimus, alfentanil, diergotamin, ergotamin, fenitoin og kinidin. Etter behandlingslutt forårsaker aprepitant en forbigående moderat induksjon av CYP 2C9 og en forbigående mild induksjon av CYP 3A4 og glukuronisering. Ved samtidig bruk med aprepitant eller fosaprepitant må vanlig oral deksametasondose

reduseres med ca. 50%, vanlig i.v. metylprednisolon dose med ca. 25% og vanlig oral metylprednisolon dose med ca. 50%. En enkeltdose fosaprepitant 150 mg i.v. på dag 1 sammen med 8 mg deksametason oralt dag 1, 2 og 3 økte AUC_{0-24 timer} for deksametason med 100% på dag 1, 86% på dag 2 og 18% på dag 3. Under konvulsi behandling med metylprednisolon kan AUC for metylprednisolon reduseres i løpet av de 2 første uker etter doseringsstart av aprepitant. Interaksjon med oralt administrerte kjemoterapeutiske legemidler som metaboliseres primært eller delvis via CYP 3A4 (f.eks. etoposid, vinorelin), kan ikke utelukkes. Det anbefales forsiktighet og nøye overvåking av pasienter som får slike legemidler. I løpet av 3-dagers behandlingen ved kvalme- og oppkast-fremkallende kjemoterapi, er det forventet forbigående moderat økning, etterfulgt av mild nedgang, i eksponeringen av immunosuppressiver som metaboliseres via CYP 3A4 (f.eks. ciklosporin, takrolimus, everolimus og sirolimus). Reduksjon i dosen av immunosuppressiver er likevel ikke anbefalt. Potensielle effekter av økte plasmakonsentrasjoner av midazolam eller andre benzodiazepiner metabolisert via CYP 3A4 (alprazolam, triazolam), må vurderes når disse gis sammen med aprepitant. Fosaprepitant 150 mg er en svak CYP 3A4-hemmer ved enkeltdose på dag 1, men det er ikke bekreftet hemming eller induksjon av CYP 3A4 på dag 4. En enkeltdose i.v. fosaprepitant 150 mg på dag 1 økte AUC_{0-24 timer} for midazolam med 77% på dag 1 og hadde ingen effekt på dag 4 når 2 mg midazolam ble gitt samtidig med en enkeltdose på dag 1 og 4. Infusjon av 100 mg fosaprepitant over 15 minutter sammen med diltiazem 120 mg 3 ganger daglig hos pasienter med mild til moderat hypertensjon, ga 1,4 ganger økt AUC for diltiazem og liten reduksjon i blodtrykk. Som mild induser av CYP 2C9, CYP 3A4 og glukuronisering, kan aprepitant redusere plasmakonsentrasjonen av substrater som elimineres av disse innen 2 uker etter behandlingsstart. Effekten er klinisk ubetydelig 2 uker etter avsluttet behandling. Mild induksjon av glukuronisering er sett når aprepitant 80 mg gis oralt i 7 dager. Fosaprepitant antas å gi mindre eller lik induksjon av CYP 2C9, CYP 3A4 og glukuronisering enn et 3 dagers regime med oralt aprepitant. Forsiktighet anbefales når warfarin, acenocumarol, tolbutamid, fenitoin eller andre virkestoffer som metaboliseres via CYP 2C9, gis i løpet av denne perioden. Det foreligger ingen bekræftelse på interaksjoner med Ivemend 150 mg og 5-HT₃-agonister. **Graviditet/Amming: Overgang i placenta:** Skal ikke brukes under graviditet med mindre det er helt nødvendig. Muligheten for reproduksjonstoksiske effekter er ikke klarlagt. Mulige effekter på reproduksjon pga. endringer i nevrokininreguleringen er ukjent. **Overgang i morsmelk:** Ukjent. Utskilles i melk hos diende tuer. Amming anbefales ikke. **Bivirkninger: Vanlige (≥1/100 til <1/100):** Gastrointestinale: Forstoppelse, dyspepsi. Luftveier: Hikke. Nevrologiske: Hodepine. Stofskifte/ernæring: Redusert appetitt. Undersøkelser: Økning i ALAT. Øvrige: Fatigue. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Blod/lymfe: Febril nøyotropi, anemi. Gastrointestinale: Erukstasjon, kvalme, oppkast, gastroesofageal refluksykdom, magesmerter, tørr munn, flatulens. Hjerte/kar: Palpasjoner, tetotekter. Hud: Utslett, akne. Nevrologiske: Svimmelhet, søvnighet. Nyre/urinveier: Dysuri. Psykiske: Engstelse. Undersøkelser: Økning i ASAT, økning i alkalisk fosfatase, hematuri, reduksjon av natrium i blodet. Øvrige: Asteni, malaise. **Sjeldne (≥1/10000 til <1/10000):** Gastrointestinale: Forferende duodenalår, stomatitt, abdominal distensjon, hard avføring, nøyotropen kolitt. Hjerte/kar: Bradykardi, kardiovaskulær sykdom. Hud: Fotosensitivitetsreaksjoner, hyperhidrose, seboré, kløende utslett, Stevens-Johnsons syndrom. Infeksjoner: Candidose, stafylokokkinfeksjon. Luftveier: Oralfaryngeal smerte, nysing, hoste, postnasal drypp, hallisritasjon. Muskel-skjelettsystemet: Muskelsvakhet, muskelspasmer. Nevrologiske: Kognitive lidelser, letargi, dysoseusis. Nyre/urinveier: Pollakisuri. Psykiske: Desorientering, euforisk sinnstemning. Stofskifte/ernæring: Polydipsi. Undersøkelser: Vekttap, redusert antall nøytrofiler, glukosuri, økt urinmengde. Øre: Tinnitus. Øvrige: Ødem, ubehag i brystet, gangforstyrrelse. Øye: Konjunktivitt. Ukjent: Hud: Pruritus, urticaria. Immunsystemet: Hypersensitivitetsreaksjoner inkl. anafylaktiske reaksjoner. Ytterligere bivirkninger ble observert hyppigere hos pasienter som ble behandlet med aprepitant mot postoperativ kvalme og oppkast, enn hos pasienter som ble behandlet med ondansetron: Smerte i øvre del av buken, unormale tarmlyder, forstoppelse, dysartri, dyspné, hypoestesi, insomni, miøse, kvalme, sansforstyrrelse, maugeubehag, subileus, redusert synskarphet, hvesing. Følgende er i tillegg sett ved behandling med fosaprepitant: **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Hjerte/kar: Rødme, tromboflebit (fremtredende, tromboflebit på infusjonsstedet). Hud: Erytem. Undersøkelser: Økt blodtrykk. Øvrige: Erytem på infusjonsstedet, smerte på infusjonsstedet, kløe på infusjonsstedet. **Sjeldne (≥1/1000 til <1/10000):** Øvrige: Hardhet på infusjonsstedet. Ukjent: Øvrige: Umiddelbare hypersensitivitetsreaksjoner inkl. rødme, erytem, dyspné. **Overdosering/Forgiftning:** Enkeltdose opp til 200 mg fosaprepitant er generelt godt tolerert hos friske personer. Ved ev. overdose må aprepitant søponeres og generell støttebehandling og overvåking iverksettes. Pga. aprepitants antiemetiske virkning kan det hende at legemiddelindusert brekning ikke er effektiv. Aprepitant kan ikke fjernes ved hemodialyse. Se Giftinformasjonen anbefalinger A04A D12. **Egenskaper: Klassifisering:** Antiemetikum. **Virkningsmekanisme:** Fosaprepitant er prodreg og omdannes raskt til aprepitant når det gis i.v. Aprepitant er selektiv høyaffinitetsantagonist for human substans P nevrokinin 1 (NK1)-reseptor. **Absorpsjon:** Gjennomsnittlig absolutt oral biotilgjengelighet: 67% for 80 mg og 59% for 125 mg. t_{max} ca. 4 timer. Ikke-lineær farmakokinetikk i det kliniske doseringsintervallet. Aprepitant etter administrering av fosaprepitant: AUC₀₋₂₄ etter en enkelt i.v. dose fosaprepitant 150 mg over 20 minutter: 35 µg×timer/ml, gjennomsnittlig maks. konsentrasjon 4,01 µg/ml. **Proteinbinding:** Sterk, gjennomsnittlig 97%. **Fordeling:** Distribusjonsvolum: Geometrisk gjennomsnitt for tilsynelatende distribusjonsvolum ved steady state (V_d), er ca. 66 liter. **Halveringstid:** Plasmaclæreance: Doseavhengig, reduseres med økende dose, ca. 60-72 ml/minutt i det terapeutiske doseområdet. Terminal halveringstid: Ca. 9-13 timer. **Metabolisme:** Fosaprepitant omdannes til aprepitant i løpet av 30 minutter etter avsluttet infusjon. Aprepitant gjennomgår utstrakt metabolisme. 12 svakt aktive metabolitter er identifisert i human plasma. Metaboliseres hovedsakelig via CYP 3A4 og potensielt med et minimalt bidrag via CYP 1A2 og CYP 2C19. **Utskillelse:** Som metabolitter i urin og via galle i feces. **Oppbevaring og holdbarhet: Ivemend infusjonsvæske:** Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Etter rekonstitusjon og fornyttent, er kjemisk og fysisk holdbarhet ved bruk vist i 24 timer ved 25°C. Fra et mikrobiologisk synspunkt bør preparatet brukes umiddelbart. **Andre opplysninger:** Tilberedning av infusjonsvæske: Se pakningsvedlegg. Må ikke blandes med andre legemidler enn de som er nevnt i pakningsvedlegget. Må ikke rekonstitueres eller blandes med oppløsninger med ukjent fysisk og kjemisk forlidelighet. Ivemend er uforlikelig med enhver oppløsning som inneholder divalente kationer (f.eks. Ca²⁺, Mg²⁺), inkl. Hartmans og Ringerlansninger med laktat. **Pakninger og priser: Emend: Kapsler, harde:** Startpakn.: 1 tab. 125 mg + 2 tab. 80 mg (endose) kr 644,90. **80 mg:** 2 stk. (blister) kr 441,30. **125 mg:** 5 stk. (endose) kr 1066,20. **Ivemend: Pulver til infusjonsvæske, oppløsning: 150 mg:** 1 stk. (hettegl.) kr 752,00. **Sist endret:** 22.12.2011

Refusjon, A04A D12.1 Aprepitant

Refusjonsberettiget bruk: Forebygging av akutt og forsinket kvalme og oppkast i forbindelse med sterkt emetogen cisplatinbasert cancer kjemoterapi. Forebygging av kvalme og oppkast i forbindelse med moderat emetogen cancer kjemoterapi.

Refusjonskode:

ICPC	Vilkår nr
-53	Kvalme, forstoppelse eller diaré ved kreftsykdom
ICD	Vilkår nr
-53	Kvalme, forstoppelse eller diaré ved kreftsykdom

Vilkår:

9 Behandlingen skal være instituert i sykehus, sykehuspoliklinikk eller av spesialist i vedkommende disiplin.



MSD (Norge) AS, Pb. 458 Brakerøya, 3002 Drammen, telefon 32 20 73 00, telefaks 32 20 73 10, www.msd.no.

Copyright © 2012 Merck Sharp & Dohme Corp., et datterselskap av Merck & Co., Inc. All rights reserved. ONCO-1033149-0000 (mars 2012)

Skriv – og vinn 1000 kroner

Skriv en artikkel

For å stimulere deg til å sende inn bidrag til tidsskriftet Kreftsykepleie, har Styret i NSF's Faggruppe FKS besluttet at alle som publiserer i Kreftsykepleie, deltar i trekningen av et gavekort på kr. 1000 pr. forfatter.

Vi mottar gjerne artikler, fortellinger og erfaringer fra hverdagsituasjoner i din kliniske praksis, og beskrivelser fra prosjekt og utviklingsarbeid på din arbeidsplass. Publikasjonen kan gjerne være fra forskning eller fra prosjekter, eller fra erfaringer og nyvinninger på områder som kan ha betydning for sykepleiere som arbeider innenfor kreftomsorgen. Det kan også være sammendrag av oppgaver som er skrevet.

Det trekkes ett gavekort i året. Alle som har publisert i Kreftsykepleie dette året, deltar i trekningen ved neste årsskifte. Vinneren blir tilskrevet eller oppringt – og vinner av trekningen blir også kunngjort i tidsskriftet.



Og vinneren er...

Trekning av gavekort 2011

På styremøtet i mars 2012 trakk hovedstyret i FKS følgende vinner: *Frøydis Stubhaug* – med artikkelen «Sammen» (nr. 1- 2011).

Artikkelen er en presentasjon av prosjektet og undervisningsfilmen «Sammen» som handler om organisering av lindrende

omsorg i kommunen, og tilbudet til pasienter i den palliative livsfase og deres pårørende. Hensikten med filmen er ønsket om å medvirke til å heve kompetansen innen dette fagfeltet. Frøydis Stubhaug arbeider som koordinator innenfor lindrende omsorg i Grimstad kommune.

«Dette var da en veldig fin og overraskende beskjed å få på telefonen nå rett før helga!» var reaksjonen til vinneren da vi ringte henne opp en fredag ettermiddag. Vi gratulerer!

Styret i FKS lar stafettpinnen gå videre, og oppfordrer alle lesere til å bidra med artikkelstoff til tidsskriftet.



Bidra til å forebygge cytostatikainduisert kvalme og oppkast^{(*)CINV} før det starter

– med EMEND® som en del
av kombinasjonsregimet

* CINV = Chemotherapy Induced Nausea and Vomiting

Før forskrivning av EMEND®, se preparatomtalen

EMEND® (aprepitant, MSD) **IVEMEND®** (fosaprepitant dimeglumine, MSD)

Bedre beskyttelse fra starten



MSD (Norge) AS, Pb. 458 Brakerøya, 3002 Drammen,
telefon 32 20 73 00, telefaks 32 20 73 10, www.msd.no.

GOD HJELP: Det er viktig å hjelpe pasienten til god sittestilling, både når hun trenger pustehjelp og når hun trenger hvile. Foto: Colourbox.

Behandling av pasienter med dyspné

Pasienter med pustebesvær kan få hjelp både med medikamentell og ikke-medikamentell behandling. Hva som er best, avhenger av flere faktorer.



Av **Cathrine Kjeilen Nygaard**, veileder og kreftsykepleier ved Sunnivasenter for lindrende behandling, Haraldsplass Diakonale Sykehus. Leder i Hordaland NSF FLU, NSF faggruppe for lungesykepleiere.

Dyspné er et av de hyppigst forekommende symptomer ved langtkommen kreftsykdom. Hos pasienter med avansert lungekreft eller spredning til lunger, er dyspné sammen med hoste hovedsymptomet. Dyspné defineres som «subjektiv opplevelse av pustebesvær hos pasienter med sykdom i lunger og/eller andre organer som påvirker respirasjonssystemet»(1). Dyspné er et av de symptomene som er mest stressende for pasienter, og noe av det som er vanskeligst å behandle (2).

Gjennom flere år som kreftsykepleier i spesialisthelsetjenesten har jeg møtt mange pasienter med dyspné. Min erfaring er at pustebesvær kan medføre betydelig angst, og påvirker livskvalitet og mulighet til livsutfoldelse. Dette gjelder både hos pasient og hos pårørende. For å lindre symptomer, bidra til

mestring og bedre livskvalitet, er det ofte nødvendig med sammensatte tiltak. Som sykepleier kan det være utfordrende og krevende å «stå i situasjonen» sammen med den dyspneiske pasient og pårørende. Det er svært viktig å identifisere og behandle plagene så tidlig som mulig, for å minimalisere pustebeværets påvirkning på pasientens funksjon og livskvalitet (3).

Tverrfaglig tilnærming

Denne artikkelen er skrevet med den sykepleiefaglige tilnærmingen som hovedfokus, men den presenterer også viktigheten av tverrfaglighet.

I fagfeltet palliasjon er tverrfaglig tilnærming sentralt. Dette gjelder også for pasienter som plages med dyspné. Samarbeid med psykolog, prest og

sosionom, er viktig. I tillegg er et tett samarbeid og koordinering mellom yrkesgruppene lege, fysioterapeut og sykepleier, essensielt.

Møte med pasienten

I møtet med pasienten er det viktig å gi pasienten en opplevelse av å bli sett, å bli lyttet til og å være tatt på alvor. Noen pasienter oppsøker helsevesen for første gang på grunn av dyspné. Andre er i kontakt igjen etter lengre tid i vårt helseystem. Kari Martinsen mener at sykepleierens kompetanse er kombinasjon av teori og praktisk erfaring. Vi skal utøve sykepleie med faglig skjønn. Dette innebærer å bruke praktisk moralsk handlingsklokskap og tyding. Praktisk moralsk handlingsklokskap er å bruke sin faglige kunnskap som gjør at pasienten føler seg ivaretatt. (4). Å bli møtt med kompetanse og kunnskap, kan dermed styrke møtet med pasienten, pårørende og sykepleieren som en likeverdig relasjon.

Jeg har god erfaring med å kartlegge pasientens symptomer ved hjelp av ESAS (Edmonton Symptom Assessment System), hvor symptom graderes fra ingen plage 0, til verst tenkelige plage 10. Dette er godt egnet verktøy til å få rask oversikt over pasientens egen opplevelse av sin situasjon. Elsayem (2) beskriver ESAS registrering ved innleggelse og etter noen dager. Han fant bedring i symptomer som smerte, fatigue, kvalme og depresjon, mens dyspné ikke ble bedre.

Vi bruker ESAS ved første møte med pasient i poliklinikk eller ved hjemmebesøk, på dagavdeling og under innleggelse. For pasienter med dyspné, er det nyttig også å kartlegge hvordan pusten påvirker hverdag og familieliv. Sammen med min erfaring og kunnskap som sykepleier, vil dette gi meg nyttige innspill, blant annet til tanker om tilrettelegging i hjemmet og praktiske hjelpemidler for pasienten.

Dyspné

Dyspné er en subjektiv opplevelse og pasienten har ikke nødvendigvis oksygenmangel, hypoksi (5). Alvorlighetsgraden av pustebesværet kan variere mye, fra aktivitetsutløst - til hviledyspné og mer akutttilstander med frykt for eller reell fare for kvelning. Symptomets alvorlighetsgrad vil styre behovet for tiltak.

Både Frølund et al (6) og McCannon et al (3) deler behandling av dyspné for lungekreftpasienter, inn i to hovedområder: farmakologisk og ikke-

farmakologisk. Fürst et al (5) deler behandling av dyspné inn i fire områder: onkologisk, oksygen, symptomlindrende medisiner og ikke-farmakologiske intervensjoner. Jeg vil kort nevne ulike tiltak innen områdene, men hovedfokus vil være på ikke-farmakologiske tiltak.

Som sykepleier har jeg viktige oppgaver i kartleggingen og observasjoner ved pustebsvær

- Respirasjons frekvens, dybde, rytme, lyder (stridor)
- Bruk av hjelpemuskulatur
- Cyanose, sirkulasjon
- Bevissthetsnivå
- Hoste og ekspektorat

Det er viktig å behandle underliggende årsak til dyspné. Kan det være en emboli, infeksjon, kreftutvikling, pleuravæske og trenger pasienten akutt tilsyn? Akutt dyspné har akutt behandlingsbehov. Legen vil vurdere om invasiv behandling er mulig, og opplysninger om observasjoner og kartlegging,

«I min praksis bruker vi opiater som førstevalg ved tungpust.»

i tillegg til ulike typer utredning, kan gi svar på om pasient kan ha nytte av ulike typer symptomlindrende behandling:

- Strålebehandling, eksternt eller endokavitært
- Stenting / laserbehandling / brachyterapi
- Cellegiftbehandling, spesielt i fht SCLC, som kan gi rask respons
- Pleuratapping

For enkelte pasienter er dette akutt livreddende behandling som kan lindre dyspné. Jeg har opplevd pasienter som har fått fantastisk god effekt av eksempelvis innleggelse av stent. Livskvaliteten har økt, og pasientene har gjerne hatt noen gode uker uten ekstrem dyspné.

Oksygen

Oksygenbehandling betraktes som et medikament og det kreves en klar indikasjon for bruk. (1). I palliativ sammenheng, er det enkelt å bruke et pulsoksymeter for rask og enkel måling av SaO₂ i, i stedet for å ta syre/base (5). Dette er et lite apparat hvor man måler pO₂, via en klype på finger. Effekten av oksygenbehandling er dårlig dokumentert ved langtkommen kreft. Oksygen kan derimot gi symp-

tomlindring av tungpust for pasienter med avansert kreftsykdom som har lavt pO₂ nivå, det vil si pO₂ < 7,3. For lungekreftpasientene som ikke er hypoksisk, er det lite evidens for at O₂ vil være fordelaktig, selv under dyspné anfall (1). Mål for den palliative pasient, er best mulig lindring, og helst SaO₂ > 90 prosent (5).

Frølund et al (6) har og sammenlignet studier i forhold til oksygen og luftbehandling. I enkelte studier har behandling med O₂ eller med luft, vist like god effekt for pasienter med hypoksi. Det indikerer at pasienter kan ha en placeboeffekt på pasientens subjektive opplevelse av pustebesvær. Andre studier viser signifikant bedring i tungpust ved oksygen i forhold til luft. Måling av pasientens oksygenmetning, kan gi oss en pekepinn på hva som er mest hensiktsmessig for pasienten.

Oksygentilførsel kan gi god symptomlindring ved akutt dyspné, men behandlingen bør avsluttes så snart det er kontroll over situasjonen (1).

Symptomlindrende behandling

Opioider

I følge Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (1) er det god dokumentasjon for effekt av systemisk opioidbehandling. Opioider demper det subjektive pustebesværet, reduserer oksygenbehovet og bedrer respirasjonsmønsteret. Toleranse for forhøyet karbondioksid, hypercapni og for lavt oksygenbehov, hypoksi øker.

Vi opplever gjerne at pasienter og pårørende er engstelig for at opioider skal gå ut over respirasjonen, og dermed vegrer seg for å starte behandling. Som sykepleier er det min oppgave å administrere farmakologiske tiltak som legen har ordinert. Tilstrekkelig kunnskap om administrering og virkningsmekanismer er viktig for å kunne gi god behandling og informasjon til pasient og pårørende.

Studier viser at det er liten evidens for at fast opioidbruk forårsaker livsfarlig respirasjonsdepresjon hos eldre pasienter med avansert kreft, eller hos opioidnaive pasienter med avansert kreft (3).

Effekt av Morfin po til lindring av dyspné, er undersøkt i randomisert klinisk kontrollert studie. Pasientene ble randomisert til enten å få 25 prosent eller 50 prosent av deres normal dose, hver fjerde time. Studiet viste at intensitet og respirasjonsfrekvens falt signifikant i begge gruppene, etter å ha tatt Morfin. Dette samsvarer med

tidligere metaanalyser, og det er evidens for bruk av Morfin (6).

Benzodiazepiner

I min praksis bruker vi opiater som førstevalg ved tungpust. Ved opplevelse av uro og engstelse hos pasienten, legges det til benzodiazepiner. Dette er forankret i Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (1), samt Nordisk lærebok i palliasjon (5).

Mange pasienter med dyspné, har også angst. Dyspné kan både utløse og forsterke angst. Man får panikk, og dette øker respirasjonsarbeidet. Pusten blir tyngre og man får gjerne en forsterket angst. Man kommer inn i en ond sirkel med tungpust - angst - øket respirasjonsarbeid - angst - tungpusthet. Benzodiazepiner reduserer angst og stress og bidrar til bedre respirasjonsmønster og fører til redusert respirasjonsarbeid (5)

I Oxford Textbook of Palliativ nursing, beskrives en randomisert single-blindstudie utført av Ventafrida et al fra 1990. Pasientene fikk Morfin hver 4. time, og Midazolam ved behov, vs rutine Midazolam med Morfin ved behov, eller rutine med både Morfin og Midazolam. Det viste seg at etter 24 timer hadde sistnevnte gruppe signifikant mindre dyspné, og ingen større grad av sedasjon (7).

Steroider

Stokes krage, vena cava superior-syndrom, kan gi akutt dyspné. Steroider er viktig i slik akutt behandling. Kortikosteroider kan redusere bronkial ødem og dermed obstruktivt besvær (1).

I praksis har vi gode erfaring med steroider gitt i kur over en til to uker, som lindring av kvalme, redusert matlyst, og som kan gi pasienten en opplevelse av å få mer energi. I palliativ fase, kan det oppleves godt.

Bronkolytika brukes for lindring av slimproblemer hvis pasienten i tillegg har KOLS. Det er viktig for lungekreftpasienten å få behandlet eventuelle andre tilleggs sykdommer. Det er ingen evidens for at bronkolytika har generell nytte for lungekreftpasienter. Saltvanninhalasjoner har heller ingen sikker evidens for kreftpasienter (1).

Ikke-farmakologisk behandling til lindring av dyspné

Vårt engasjement uttrykkes gjennom det praktiske håndlaget. Vi er det vi gjør og håndlaget sier noe om vi konsentrerer oss og interesserer

oss for den syke eller ei. Erfaring, personlige kvaliteter og forståelse gjennom det praktiske arbeid er essensielt. Tyding sier noe om taus kunnskap, observasjon og intuisjon (4). Jeg ser dette som viktige egenskaper for sykepleier i møte med pasienten med tungpust.

Hvilestillinger

Å se pasienten, er også å hjelpe ham til et godt leie, god sitte eller hvilestilling. De fleste pasienter med stort pustebevis, vil finne hvile med halvhøyt eller høyt ryggleie, med store puter under armene og knekk i knærne på sengen, Fowlers leie (8). Mange pasienter finner god hvilestilling i å sitte foroverlent, og støtte albuen på puter, eller et bord med pute på. Dette antar man er på grunn av at pasienten får et endret strekk i diafragma, noe som gir en mer effektiv respirasjon (7).

I oppreist stilling, kan man støtte kroppen mot en vegg, og dermed lettere slappe av i skuldre, rygg, nakke og armer.

Pusteøvelser/ledet pust

Undervisning, støtte, samtale og instruksjon i respirasjons- og avslappingsøvelser, er alle eksempler på ikke-farmakologiske tiltak som kan være med å lindre dyspné (6). Der beskrives studier hvor ukentlig samtale, støtte, undervisning og instruksjon i puste- og avslappingsøvelser, har effekt på lindring av dyspné. Jeg har tidligere erfaring fra KOLS rehabilitering, hvor pasienter opplevde bedring av opplevelse av tungpust og fysisk kapasitet. Dudgeon beskriver flere studier hvor sykepleielede øvelser i pustetrening, avslapping og læring av strategier for håndtering av tungpust, har god effekt på opplevelsen av dyspné og påvirkning av livskvalitet (7).

Pasienten instrueres i leppepusting, som innebærer at pasienten puster inn gjennom nesen og puster langsomt ut gjennom en smal åpning mellom leppene. I studier om KOLS pasienter som praktiserer leppepusting, er det rapportert om hele 50 prosent reduksjon i dyspné (7).

Jeg har god erfaring med å lede pasientens pust inn i rolig rytme, ved hjelp av rolig stryking nedover rygg, og hvor man sier «pust rolig», med trygg og rolig stemme. På denne måten kan man dirigere og roe pusten. Påførende kan også instrueres i dette, slik at de kan bruke det i hjemmet. Mange opplever det godt å kunne være med å gjøre noe for pasienten. Avledning med å fokusere opp-



merksomheten på andre stimuli, kan og være til hjelp for pasienten.

Det tverrfaglige teamet med fysioterapeuter har en viktig funksjon med avspenningsøvelser og massasje for avslapping og velvære for pasienten.

Som sykepleier kan jeg hjelpe pasienten i aktiviteter som kan utløse eller forsterke pustebevis: Det er viktig å tilpasse og avpasse aktivitet. Trenger pasienten hjelp i stell? Rolig tempo og god planlegging, kan være med å forhindre ytterligere eskalering av pusten.

Hjelpemidler kan være med på å avlaste respirasjonsarbeid. Det er studier på bruk av rullator og staver for KOLS pasienter. Enkelte av dem har vist signifikant bedring i dyspné, ved bruk av rullator (9). I praksis, ser vi gjerne pasienter som vegrer seg for å ta i bruk hjelpemidler. Samtale rundt barriere for bruk, informasjon og støtte, kan gjerne være med på at pasienten tar i bruk hensiktsmessige hjelpemidler.

Frisk luft

Opplevelsen av frisk, kjølig luft har ofte markant god virkning på pasienter med dyspné, og man ser ofte at pasienten velger å sitte nært åpent vindu eller i trekken (7). Varm tørr luft, kan oppleves som en ekstra belastning.

Vifte

Videre er det studier som viser at elektrisk bordvifte har effekt på opplevelse av dyspné. I praksis viser det seg at selv en håndholdt minivifte "Syden vifte", har god effekt på følelsen av å få mer luft, og at denne foretrekkes (1). Den håndholdte viften er svært enkel i bruk, rimelig i innkjøp, og lett å bruke hjemme. Studier har vist signifikant reduksjon i pustebeviset, når pasienten brukte håndholdt vifte (9).

Hoste

Hoste kan skyldes produksjon av pleuravæske, som

ENKELT HJELPEMIDDEL: En vifte kan redusere pasientens pustebevis. Foto: Colourbox.

må vurderes for pleuratapping, eventuelt installering av pleurodesebehandling hvis det er et residerende problem (1). Andre årsaker kan være slimdannelse og evt infeksjon. Hvis pasienten har vansker med å hoste opp slim, kan sykepleier banke med flat, litt bøyet hånd. Det fører ofte til at slim mobiliseres i lungene. Når pasienten så føler hostetrang, kan sykepleier vibrere over lungene, og dermed gi hos-

«Det er viktig med veiledning og kollegastøtte.»

testøtte slik at slim kommer opp. Tverrfaglig arbeid med fysioterapeut er viktig.

Livskvalitet

I vår kliniske hverdag møter vi mange pasienter som plages med dyspné. Vi erfarer at dette for mange gir betydelig angst og påvirker livskvalitet og mulighet til livsutfoldelse. McCannon et al (3), referer til flere studier der de har vurdert livskvalitet for pasienten med lungekreft. Disse rapporterer at flesteparten av pasientene får svekket livskvalitet på grunn av dyspné.

Angst

Mange av de lungekreftpasienter jeg har møtt, uttrykker redsel for ikke å få puste, og for kvelning ved livets slutt. Å være tilstede hos pasienten, berolige og trygge pasient på muligheter for behandling av dyspné, kan være med å dempe bekymring og angst.

Formidle trygghet og skape mestring

Kontinuerlig tilstedeværelse av kompetent helsepersonell, gir pasienten trygghet, slik at kontroll kan gjenvinnes (5). God informasjon til pasienten, oppleves som god omsorg (10). Å ha samtaler om vanskelige situasjoner, og finne strategier for å takle det, kan ha stor verdi (1). Som sykepleier kan jeg bidra til å åpne opp for samtale og våge å ta opp sykdom og tanken om fremtiden. Vi ser og stor nytte av familiesamtale, hvor lege og sykepleier deltar fra vårt tverrfaglige team. Her tar man opp situasjonen nå, etterspør ønsker og behov hos pasient og pårørende, gir informasjon og råd, støtte til pasienten og familien, samt samtaler om tiden framover. Vi får gode tilbakemeldinger på nytteverdien av åpenhet og mulighet for å snakke sammen, fra pasient og pårørende.

Det er sagt at det er to grunnregler i kommunikasjon: Det er umulig å ikke-kommunisere, og all adferd er kommunikasjon. Jeg bruker aktivt non-verbal kommunikasjon som ansiktsuttrykk og en støttende hånd på skulder eller hånd, som støtte i situasjonen.

Pårørende

Min erfaring viser også at god omsorg for pårørende, oppleves som god omsorg for pasienten. Å vite hvor man kan henvende seg, å vite at man kan få hjelp og støtte i situasjonen, gir trygghet til å stå i store utfordringer som pårørende.

Dokumentasjon

Grundig kartlegging av pasientens symptomer, livssituasjon og innsikt i egen situasjon, fører til at vi kan sette inn ulike tiltak som kan lindre pasientens grad av tungpust.

Det må utarbeides behandlingsplan for pasienten i for hold til hans dyspné. Dette er viktig for å sikre kontinuitet og gi pasienten trygghet for at den hjelpen han får ikke er avhengig av hvem som er på vakt.

Sykepleier i møte med tungpust

Det kan være vanskelig å se på pasientens lidelse, og man kan få en følelse av hjelpsløshet. Det er derfor viktig med veiledning og kollegastøtte

Martinsen vektlegger det å sanse; lytte, føle og se. Det å kunne leve seg inn i den andres situasjon, er viktige forutsetninger for å kunne utøve god omsorg (4). ■

Referanser:

1. Helsedirektoratet. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. Oslo, 2010.
2. Elsayem A. Respiratory symptoms in advanced lung cancer: A persistent challenge. *J Support Oncol* 2012;10:12-13.
3. McCannon J, Temel J. Comprehensive management for respiratory symptoms in patients with advanced lung cancer. *J Support Oncol* 2012;10:1-9.
4. Martinsen K, Wærness K. Pleie uten omsorg?. 2. utg. Pax Forlag 1991.
5. Fürst CJ, Starlander J. Pustebeviser. Kap 31 i Kaasa S (red). Nordisk lærebok i palliasjon. 2. utg. 2007.
6. Frølund JC, Pedersen PU. Dyspné hos uhelbredelig syge og døende kreftpasienter. *Vård i Norden* 2011, Publ.No 99, Vol 21, No 1: pp10-15.
7. Dudgeon D. Dyspnea, Death Rattle, and Cough. Kap 14 i Ferrell BR, Coyle N. Oxford Textbook of Nursing. 3rd ed. 2010.
8. Holst IJ. Respirasjon. Kap 15 i Holter IM, Mekki TE. Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1. 4 utg. 2011.
9. Bausewein C et al. Non-pharmacological interventions for breathlessness in advanced stages of malignant and non-malignant diseases. *The Cochrane Library* 2011, Issue 3, The Cochrane Collaboration, Wiley.
10. Kvåle K. Den omsorgsfulle sykepleier – slik pasienter ser det. *Vård i Norden* 2006, 26 (1), s. 15-19



LARSSON FÅR RIDDERKORSET. Året er 1962 og Norsk Sykepleierforbunds grunnlegger, Bergljot Larsson, blir gjort ære på.

Original bildetekst fra den gang Aftenposten hadde saken på trykk er som følger: «Bergljot Larsson, stifteren av Norsk Sykepleierforbund, som i disse dager feirer sitt 50-årsjubileum, ble tildelt St. Olavs orden, Ridderkorset

av 1.klasse, for fortjenstfull innsats for norsk sykepleie.»

Larsson levde fra 1883-1968. Hun stiftet Norsk Sykepleierforbund den 24. september 1912. Den gang ba hun 44 utvalgte søstre om å bli medlem i det som het Norsk Sykepleierskeforbund. Det var kun ugifte søstre som kunne bli medlem. Larsson var leder i NSF fra

1912 til 1935 og redaktør av Sykepleien fra 1912 til 1947.

Det er gått 50 år siden bildet ble tatt, og i år feirer NSF 100 år. Jubileets budskap er å bruke historien til å se fremover, til å skape nye diskusjoner og ikke minst handlinger. Gjennom hele 2012 – og over hele landet – feires jubileet.

Kilde: Norsk Sykepleierforbund Kilden og Scanpix

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/faggrupper/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