



Kreftsykepleie

NR. 3-2014 • ÅRGANG 30

TIDSSKRIFT FOR KREFTSYKEPLEIERE



TEMA Smertes og smerte-
behandling

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, Rådgiver FoU, Seksjon for fag og utdanning, Haukeland universitetssykehus
britt.ingunn.sevig@helse-bergen.no

REDAKTØR

Marte Wolden, Tlf 95 04 61 21
marthe.wolden@gmail.com
marthe.wolden@stolav.no

REDAKSJONSUTVALG

Marte Wolden, Åse Grøthe og Tanja Alme

MEDELEMSANSVARLIG

Synøve Revling Holm
tlf: 61 17 23 86/jobb 45 21 44 31
sy-holm@online.no

ANNONSEANSVARLIG

Ellen Rosseland Hansen
Tlf: 41 61 17 93
ellen.rosseland.hansen@halden.kommune.no/elrh@halden.net

HJEMMESIDE

www.sykepleierforbundet.no/fag-grupper/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
Astrid Svalastog
Tlf. 97 67 12 62
astrid.svalastog@sykepleien.no

LAYOUT

Hilde Rebaard Evensen
hilde.rebaard.evensen@sykepleien.no
Monica Hilsen
monica.hilsen@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.moaaas@hnt.no



«God smertelindring er ikke bare et – men en rettighet.» *Marte Wolden, side 9*



■ 30 PASIENT: Forekomst av smerter.

Innhold

NR. 3-2014



18 PÅ NETT: Nye muligheter med Eir.

mål

4 Styremedlemmer og lokallagsledere

5 LEDER: Britt Ingunn Wee Sævig

6 Smånytt

8 Søk stipend

9 REDAKTØR: Marte Wolden

10 Smertevurdering hos pasienter med demens

18 Web-basert kommunikasjon

26 EONS fyller 30 år

29 Aktuelle bøker

30 Forekomst av smerte og gjennombruddssmerte

36 Kartlegging av smerter

36 SKJEMA: Beskriver smerten i ESAS-r.



Lokallagsledere i Forum for Kreftsykepleie

TROMS

Evelyn Karlsen
eve-karl@online.no
T: 91 80 21 90

NORDLAND

Trude Kristiansen
trude.merete.kristiansen@
norlandssykehuset.no,
tru - kri2@online.no
T: arbeid 75534460/
mobil 95170759

MØRE OG ROMSDAL

Sunnmøre
Tanja Yvonne Alme
Hjemmesykepleien
Sula kommune
alme@sula.kommune.no

SØR-TRØNDELAG

Ingrid Krokan Strømsnes
Kreftavdelingen, St.Olav hospital
ingrid.stromsnes@gmail.com

NORD-TRØNDELAG

Anne Lise Olsen
olsen-dama@hotmail.com
fks-nordtrondelag@hotmail.no
T: 90 54 32 36

MØRE OG ROMSDAL

Kristiansund
Laila Merethe Andersen
laila.m.andersen@gmail.com
T: arbeid 71 12 22 87/
mobil 99 26 00 71

ROGALAND

Marit Klævold
marit-lerkeskogen36@
hotmail.com, klma@sus.no
T: arbeid 51 51 87 05/
mobil 92 08 47 41
privat 51 59 56 93

HORDALAND

Anne Britt Hauge
annebritt.hauge@
bergen.kommune.no/
britthaug@online.no
T: 55 56 17 45
mobil 41 44 99 46

VESTFOLD

Karin Sjøe
Sykehuset Vestfold
karin.sjue@siv.no
T: 48 04 20 34

TELEMARK

Anne Torill Tuftte
Palliativt enhet
Sykehuset Telemark
anne.torill.tuftte@sthf.no

AGDER

Pia Sætra
pia.satra@sshf.no/
piasaetra@gmail.com
T: 91 88 19 64

OPPLAND OG HEDMARK

Gerd Ida Akeren Røste
Kreftenheten Sykehuset
Innlandet Hamar
gerd.ida.roste@gmail.com
T: 93 88 44 72

SOGN OG FJORDANE

Berit Ullebust
Førde kommune
berit.ullebust@forde.
kommune.no
T: 90 64 17 04

ØSTFOLD

Kine Torgersen
Senter for lindrende behandling,
sykehuset i Østfold
kintor@online.no
T: arbeid 69 86 12 08/69 86 12 11
privat 69 32 88 87/99 47 59 76

OSLO OG AKERSHUS

Eva Mari Alvestad Harboe
Radiumhospitalet
evamariavestad@hotmail.com
T: 22 93 53 37/
mobil 92 06 97 07

SIG-stamcelle-/ benmargstransplantasjon

Julia Vogel
Radiumhospitalet
julia.vogel@radium-
hospitalet.no
T: arbeid 22 93 43 37/
mobil 93 40 56 55

SIG-barn og ungdom

Britt Ingunn Wee Sævig
Kreftforeningen
Distriktskontor Vestlandet
britt.ingunn.sevig@
helse-bergen.no
T: 99 24 86 15

Styremedlemmer i Forum for Kreftsykepleie

LEDER

Britt Ingunn Wee Sævig
Johannes Bruns gt 6, 5008 Bergen
T: 99 24 86 15
britt.ingunn.sevig@
helse-bergen.no

NESTLEDER, NORDISK/ INTERNASJONAL KONTAKT OG STIPENDANSVARLIG

Lillian Rolfsen Grønsvund
Lyngvn 16, 4400 Flekkefjord
T: 41 69 58 92
lillian@norgespost.no
Jobbadr: Onkologisk enhet, Sørland-
det Sykehus, 4400 Flekkefjord

KASSERER

Mona Grytten
Eilert Sundtsgt 7, 0259 Oslo
T: 98 80 72 56/arbeid 22 93 40 27
monagrytten@gmail.com
mog@OUS-hf.no
Jobbadr: OUS, Poliklinikken 1.etasje
Montebello, 0310 Oslo

SEKRETÆR

Signe Øverland
Gauselkneiken 43, 4032 Stavanger
T: 48 10 59 96
signeoverland@gmail.com
Jobbadr: Poliklinikk for
blod- og kreftsykdommer,
Stavanger Universitetssykehus

REDAKTØR TIDSSKRIFT

Marte Wolden
Biskop Sigurds gt 6, 7042 Trondheim
T: 95 04 61 21
marte.wolden@gmail.com
Marte.Wolden@stolav.no
Ønsker å få all mailkorrespondanse
tilsendt til begge adresser
Jobbadr: Avd. for undervisning og
forskning, Kreftklinikken, Kunn-
skapssenteret, St.Olavs hospital,
7006 Trondheim

LOKALLAGSKONTAKT

Kristin Bergum
Losveien 7, 9014 Tromsø
T: 46 94 90 29
Kristin.bergum@tromso.
kommune.no
Jobbadr: Ørneveien 6, 9016 Tromsø

REDAKSJONSUTVALG

ØG LOKALLAGSKONTAKT
Åse Grøthe
Ø. Stadionv 76, 5161 Laksevåg
T: 99 29 53 18/arbeid 55 97 94 00
abjg@haraldsplass.no
friskren@online.no

Ønsker å få all mailkorrespondanse
tilsendt til begge adresser
Jobbadr: Sunniva senter for
lindrende behandling, Ulriksdal 8c,
5009 Bergen

WEB ANSVARLIG

OG MEDLEMSLISTEANSVARLIG

Synøve Revling Holm
Skonhovdvn 275, 2827 Hunndalen
T: 61 17 23 86/45 21 44 31/
arbeid 61 15 78 36
sy-holm@online.no
Jobbadr: Palliativt team SIHF
Gjøvik, Kyrrer Gregpsgt 11, 2815 Gjøvik

VARAMEDLEM

OG ANNONSEANSVARLIG

Ellen Rosseland Hansen
Stenrødveien 2B, 1784 Halden
T: 41 61 17 93
ellen.rosseland.hansen@halden.
kommune
elrh@halden.net
Ønsker å få all mailkorrespondanse
tilsendt til begge adresser
Jobbadr: Halden Sykehjem,
Kjærlighetsstien 28, Halden

VARAMEDLEM,

REDAKSJONSUTVALG

OG FACEBOOKANSVARLIG

Tanja Yvonne Alme
Bulegane 21, 6030 Langevåg
T: 95 16 06 42/arbeid: 70 19 82 14/
90 70 97 85
tanja.alme@sula.kommune.no
tanja.alme@gmail.com
Jobbadr: Sula kommune,
Stadnesvegen 23, 6030 Langevåg

VARAMEDLEM, KURS OG

KONFERANSEKONTAKT

Kari Tveit Haugland
5892 Storebø
T: 95 83 88 69
kari.haugland@auustevoll.
kommune.no
Jobbadr: Austevoll kommune,
5392 Storebø

LEDER:
Britt Ingunn Wee Sævig



Ny behandling krever ny kunnskap

«**Nårvitar** pynt og masker av og lander i livet, så oppdager vi at sånn er livet med flekker og feil, med svakhet og styrke, med avmakt og håp, med krise og seire. Sånn er det nakne livet.» (Per Fugelli)

Sommeren 2014 er over og vi går inn i høsten med minner etter måneder med varme og strålende vær for alle i landet vårt. Jeg håper dere alle fikk noen fine feriedager med påfyll av gode opplevelser, gleder og krefter. Det er så vel fortjent og så viktig i det arbeidet dere alle står i. Så er det jo slik i vår hverdag at ikke alle dager er like gode, ferietid kan også være tid for refleksjon og ettertanke over livet vi lever, noen opplever ensomhet og andres lykke som påminnelser over egne liv hvor ikke alt har gått etter den planen som var tenkt. Noen har denne sommeren opplevd sykdom som har vellet alle planer og har måttet tilbringe varme soldager på et sykehus eller hjemme, enten som pasient eller pårørende og av den grunn opplevd sommervarmen som en byrde. Når dette tidsskriftet leses er høsten i gang for fullt, hverdagen har innhentet oss og opplevelsene fra den sommeren som var, er for lengst plassert i minneboken. Vi bærer med oss både de gode og dårlige opplevelsene og bevisst eller ubevisst er de med på å forme oss til den vi er som familie, kollega eller venn. Jeg tror vi alle har godt av å stoppe opp i hverdagen og stille oss spørsmål om hvem vi er og hvem vi ønsker å være i møte med andre mennesker. Noen ganger er det jeg som gir av mitt overskudd til andre og andre ganger er det jeg som trenger å bli sett. Det å få være en del av et fellesskap gir styrke og mulighet til å dele våre erfaringer på godt og ondt.

Det er gledelig å følge med på nyhetene og lese om fremragende forskning innen kreftbehandling. Personlig tilpasset behandling gir håp om skreddersydd behandling og større overlevelse for kreftformer som tidligere var vanskelig å behandle. Det er en lang vei å gå, men gledelig at flere pasienter med sjeldne kreftformer kan få tilbud om bedre behandling i fremtiden. Det skal bli spennende å følge utviklingen innen dette området framover og om Norge er i stand til å imøtekomme de kravene ny og dyr behandling vil kreve av ressurser. Endringer i helse og omsorgssektoren skaper nye forventninger til sykepleieutdanningen, noe NSF også utdyper i

sin politiske plattform 2013 – 2016, om sykepleieutdanning. Det vises til St.meld.nr. 29, hvor det understrekes at det er en nødvendig forutsetning for å realisere visjonen om et bedre tjenestetilbud at andelen med personell med høyere utdanning skal økes. Innen kreftområdet vil nyere behandling kreve høy kunnskap til sykepleiere både i spesialist og kommunehelsetjenesten.

I en annen melding til Stortinget, som omhandler utdanning for velferd og samspill i praksis, blir fokuset på hva som kreves i de ulike utdanningene i fremtiden. Hva trengs om 10 til 15 år av personellressurser og fagutdanninger? Meldingen legger vekt på evne til tverrprofesjonelt samarbeid og utvikling av kommunikasjons- og samarbeidskompetanse på tvers av tjenester og forvaltningsnivå. I dette ligger også drøfting av utvikling av mellommenneskelig kompetanse og evne til etisk refleksjon og profesjonell skjønnsutøvelse, og oppøving av veiledningskompetanse, der veilederrollen utvikles som en del av det å utøve eget fag og egen rolle. Meldingen har som et mål å skape større faglig bredde i omsorgstjenestene, med flere faggrupper involvert og økt vekt på tverrfaglig samhandling. (*Stortingsmelding 13, 4.2*)

I ty av dette vil vi i hovedstyret i FKS fortsette med å ha fokus på videreutdanning av kreftsykepleiere og utvikling innen dette området. Vårt mål må hele tiden være at pasienter og pårørende skal bli møtt med høyt faglig nivå som innehar både faglig sykepleie og det å utføre den på den rette måten. I NSF sitt hefte om faglig forsvarlighet fremholdes viktigheten av den holdning som ivaretar respekten for den enkelte, både se, høre og anerkjenne pasienten og pårørende i den situasjonen de er i, og i forhold til de preferanser de har. (NSF Faglig forsvarlighet side 8. 3. utgave)

I dette tidsskriftet er I. invitasjon til FKS konferanse høsten 2015 klar med tittelen «Underveis». Sett av datoene allerede nå og husk å søke om stipend til konferansen.

Britt Ingunn Wee Sævig

LEDER FKS

Multer mot kreft

«Viddas gull» kan bli gull verdt for kreftbehandling. Det er stor sannsynlighet for at antioksidanten ellaginsyre som finnes i bæret kan bremse, og i beste fall forhindre utviklingen av kreft, viser tester utført av Anne-Marja Pajari og forskerteamet ved Universitetet i Helsinki i Finland. Det er ekstrakt fra multebæret som er testet ut på mus.

Kilde: Eye on the Arctic / www.nrk.no



Fant forstadier til kreft

En privat klinikk i Oslo fant forstadier til kreftsvulst hos 79 av de 234 pasientene som er undersøkt siden våren 2012. Volvat Medicinske Senter i Oslo startet tarmundersøkelser av folk over 50 år våren 2012. Siden da har 234 pasienter blitt screenet. Volvat benytter koloskopi som metode for å undersøke hele tykktarmen.

Kilde: www.aftenposten.no/NTB



SMÅNYTT

En enkel pille

Antall tilfeller av tykktarmskreft kan reduseres med 35 prosent hvis friske voksne tar en acetylsalisylsyre-pille daglig i ti år.

- Vi har vært på leting etter medikamenter som kan hindre kreftutvikling i befolkningen. Kanskje kan en av løsningene være så enkel som en daglig dose smertestillende tablett med acetylsalisylsyre, sier strategidirektør i Helsedirektoratet, Kjell Magne Tveit. En ny undersøkelse er publisert i tidsskriftet *Annals of Oncology*.

Kilde: www.aftenposten.no



«Den viktigste livsvisdom må vi oppdage med våre egne øyne.»

Fridtjof Nansen

Liten effekt

Kvinner med brystkreft har svært lite å hente på å fjerne det friske brystet, viser en studie som har sett på brystkreft i stadium I og II, som er tidlig brystkreft uten fjernspredning.

- Nyere data viser at pasienter med tidlig brystkreft har enda mindre risiko for å få kreft i det andre brystet enn de beregningene som er lagt til grunn i studien, sier seksjonsoverlege Ellen Schlichting ved Seksjon for bryst- og endokrinkirurgi, Oslo universitetssykehus Ullevål.

Kilde: dagensmedisin.no



Snus-trend bekymrer

Snustrend blant unge kvinner bekymrer. Like farlig for fosteret om mor røyker eller snuser. Helse- og sosialdepartementet er bekymret for det økte snusbruket blant de unge. - For fostre er det like skadelig at den gravide kvinnen snuser som at hun røyker. Nikotinet gir økt risiko for lav fødselsvekt, spontantabort og dødfødsel, sier Skjvellstad.

Kilde: Aftenposten/Hegnar.no



Bier skal bekjempe kreft

Bienes gift skal kunne hindre spredningen av kreft. Amerikanske forskere har nå utviklet en metode for å frakte gifstoffet direkte til de farlige kreftcellene og skåne de friske cellene. Gift fra slanger, bier og skorpioner inneholder peptider og proteiner som kan binde seg fast til membranen i kreftcellene. Forskerne mener at dette kan stanse utviklingen og spredningen av kreftceller.

Kilde: Dagbladet.no



Kreftframkallende fiskefor

Tonnevis av oppdrettslaks har fått fiskemjøl med for høye verdier av det kreftframkallende middelet HCB. Mattilsynet meiner fiskemjøl fra Peru aldri skulle blitt brukt til fôr.

–Høg konsentrasjon kan gje kreft og påvirke sentralnervesystemet, seier Mette Kristin Lorentzen, seniorinspektør i Mattilsynet. Mattilsynet vil nekte bruk av foret som vart forbode i EU i 1981, men Ewos i Florø og to andre produsentar har engasjert advokatar for å få lov.

Kilde: www.nrk.no



Tekst Astrid Svalastog Foto Colorbox

Vil bygge ny klinikk

Leder av Radiumhospitalets legater, professor Jan Vincents Johannessen, har planer om å bygge nytt på Radiumhospitalet i Oslo – og han mener det blir billig:

– Radiumhospitalet er hundgammelt og holder på å ramle ned. Ifølge beregninger fra Oslo universitetssykehus koster det halvannen milliard å reparere det, men det koster bare to milliarder å sette opp et nytt sykehus, sier Johannessen, som var administrerende direktør ved Radiumhospitalet fra 1983 til 2005.

Kilde: www.dagensmedisin.no



Sultne celler takler kjemoterapi

Nye funn tyder på at et par dagers fastekur kan beskytte friske celler mot kjemoterapien – mens kreftcellene ødelegges. Isteden for å fokusere på å ødelegge kreftcellene, undersøkte Valter Longo ved University of Southern California og hans kolleger hvordan de kunne beskytte resten av kroppen mot cellegiften. De oppdaget at en kort faste gjør friske celler mer motstandsdyktige mot medikamentene, mens kreftcellene fortsatt er sårbare.

Kilde: Forskning.no



Søk stipend

Ønsker du å fordype deg faglig?

I så fall kan du være heldig å få stipend av NSF's FKS i 2015

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 2014

Stipend inntil å kr 5 000

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.
- Utbetaling av dette stipendet skjer fortløp-ende etter at kvittering for innbetalt beløp er mottatt.

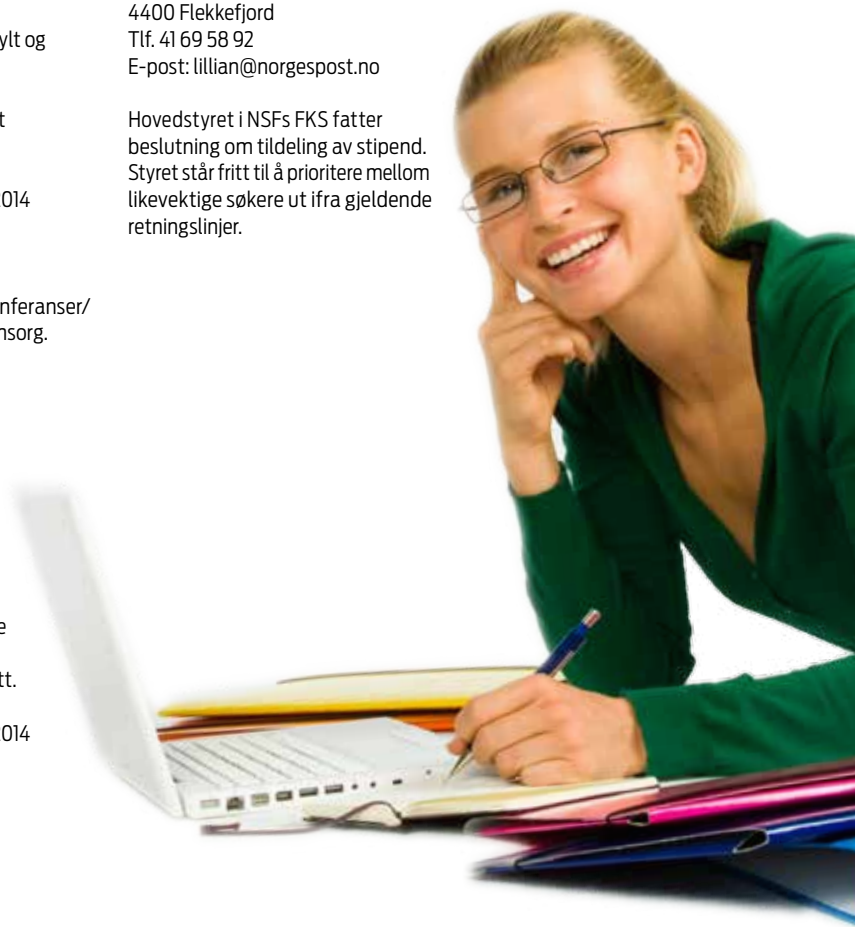
Søknadsfrist 15. desember 2014

Slik søker du:

Søknadsskjema hentes på <https://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 ifra gjeldende retningslinjer.



LEDER:
Marte Wolden



Smerte er et subjektivt symptom

Smerteser er et av de mest fryktede symptomer ved kreftsykdom, og til tross for forskning og økt kunnskap om smerter og smertebehandling, vet en at smerteforekomsten blant kreftpasienter fortsatt er høy. Smerter kan oppleves svært forskjellig, og hos kreftpasienter kan smertene skyldes sykdommen i seg selv, være en konsekvens av behandlingen, eller oppstå og forsterkes av urolige tanker omkring sykdom, behandling og framtid. Mange pasienter uttaler at noe av det de frykter mest i forbindelse med utvikling av kreftsykdommen er mangel på tilstrekkelig smertelindring.

Smerte er et subjektivt symptom, og det er derfor helt avgjørende at helsepersonell kartlegger og vurderer smertene i nært samarbeid med pasienten selv. I artikkelen «Eir. Web-basert kommunikasjon og symptomhåndtering» kan du lese og lære om noe av «det siste nye» innenfor smertekartleggingsverktøy – en «nettbrett-app» – som er under utvikling ved European Palliative Care Research Centre (PRC), Institutt for kreftforskning og molekylær medisin ved NTNU i Trondheim.

Opioider er de viktigste smertestillende medikamenter for behandling av kreftsmertesmerter. På WHO's smertetrapp for behandling av smerter ved malign sykdom er opioider plassert på 2. og 3. trinn. Det er graden av pasientens smerte, sammen med bivirkningene av medikamentet, som avgjør den terapeutiske dosen for pasienten. Det finnes i realiteten ikke noe «tak» på hvor høy dose som er «tillatt», men fortsatt eksisterer det dessverre en del fordommer og feiloppfatninger omkring bruk, «misbruk» og avhengighet av morfin, både blant pasienter og helsepersonell. Dette kan i mange tilfeller bidra til å forhindre effektiv smertelindring. Her har kreftsykepleiere en viktig funksjon gjennom å informere og spre kunnskap om god og helhetlig smertebehandling.

Ifølge både Verdens helseorganisasjon og «FNs erklæring om døendes rettigheter», er god smertelindring ikke bare et mål – men en rettighet pasientene har

– på verdensbasis. Likevel vet en at i mange land er tilgang og tilgjengelighet til morfin mangelfull. I vår verdensdel gjelder dette spesielt enkelte fattige land i Øst-Europa. Manglende tilgang til morfin kan skyldes ulike ting, for eksempel kulturelle, sosiale, religiøse, ressursmessige og politiske holdninger og restriksjoner/regelverk. «The Opioid Policy Group» i European Society for Medical Oncology (ESMO) og European Association of Palliative Care (EAPC) har engasjert seg i arbeidet med å fremme konkrete reformer, regulativer og anbefalinger som skal sikre alle kreftpasienter i Europa tilgang til medisiner som er nødvendig for tilfredsstillende smertelindring. Dette er et svært viktig arbeid som også vi i FKS ønsker å sette fokus på. Du kan lese mer om dette arbeidet blant annet her: <http://annonc.oxfordjournals.org/content/21/3/615.full>.

Samarbeid mellom helsepersonell på tvers av landegrensene er nødvendig for utveksling av forskning, kunnskap og erfaring – som igjen kommer kreftpasienter og deres pårørende til gode. Kreftsykepleiere i Europa har sin egen organisasjon: European Oncology Nursing Society (EONS). I anledning organisasjonens 30 årsjubileum – har vi invitert tidligere president i EONS, Birgitte Grube, til å presentere organisasjonens historie, hovedoppgaver og aktiviteter i tidsskriftet.

Vi håper du som leser finner tidsskriftet inspirerende og lærerikt! Vi i redaksjonen jobber kontinuerlig med å gjøre tidsskriftet mest mulig interessant, relevant og nyttig for FKS's medlemmer, og vi er alltid åpen for innspill fra dere lesere.

Jeg ønsker dere alle en finfin høst med – med rom for det meste: Arbeid, fritid, farger, lys, kveldsmørke, refleksjon, samtaler, litteratur, lyd ogstillhet.

Marte Wolden

ANSVARLIG REDAKTØR

Smertevurdering hos pasienter med demens

Mennesker med demens har ofte vansker med å forklare seg om egen smerte. Da kan et verktøy som baserer seg på observasjon av adferd være nyttig å bruke for dem som behandler pasienten.



Forekomst av demens i befolkningen

Verdens befolkning er i endring. Mindre barnekull i kombinasjon med bedre levekår og mer effektiv sykdomsbekjempelse er noen av årsakene til en kraftig økning av personer over 65 år. Med alderen øker også forekomsten av aldersrelaterte lidelser, deriblant forekomsten av demens (1). Det knytter seg stor usikkerhet til estimert antall av demente personer både på verdensbasis og nasjonalt. Tall fra 2010 angir 36 millioner på verdensbasis, med en forventet mer enn tredobling av demens innen 2050 (2). Nyere tall fra Verdens helseorganisasjon (WHO) angir en forekomst av demens på 6–9 % blant personer over 60 år, et høyere estimat enn tidligere (3).

Av Sandvik, Reidun K., RN, msc, ph.d., Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB, Senter for alders- og sykehjemsmedisin, UiB, Institutt for sykepleiefag, HiB



Av Husebø, Bettina S., MD, ph.d., Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB, Senter for eldremedisin og samhandling, Stavanger Universitetssykehus

Sammendrag: Antall personer eldre enn 65 år øker kraftig, også i Norge. Det gjør også forekomsten av aldersrelaterte lidelser, deriblant økt forekomst av demens. Diagnosen demens er i seg selv hovedårsaken til innleggelse på sykehjem, og rammer om lag 80 % av dem som bor på en norsk institusjon. Med økende alder øker også andre kroniske tilstander, flere er knyttet mot smerte, særlig fra muskel og skjelett, men også kreft og nevropatiske smerter. I sykehjem er komorbiditet hyppig, der flere har multiple smerterelaterte diagnoser.

«Gullstandard» for smertevurdering er egenrapport, der vedkommende selv forklarer seg om egen smerte.

Ved moderat til alvorlig grad av demens kan personen selv ikke rapportere egne behov, med fare for uoppdagete og dermed

ikke behandlede smerter. For å hindre dette må pleiepersonalet bruke et verktøy som baserer seg på observasjon av atferd, og som er testet i denne pasientgruppen. Mobilisation-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia-2 smerteskala (MOBID-2 smerteskala) er ett slikt. Dette verktøyet består av to deler som kartlegger smerte fra muskel og skjelettsystemet, indre organer, hode og hud. Det understrekes at kartlegging med et smertekartleggingsverktøy ikke er en fullverdig smerteundersøkelse. Videre oppfølging og behandling bør gjennomføres i et team med flere yrkesgrupper, hvor legen må ta et særlig ansvar.

ikke behandlede smerter. For å hindre dette må pleiepersonalet bruke et verktøy som baserer seg på observasjon av atferd, og som er testet i denne pasientgruppen. Mobilisation-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia-2 smerteskala (MOBID-2 smerteskala) er ett slikt. Dette verktøyet består av to deler som kartlegger smerte fra muskel og skjelettsystemet, indre organer, hode og hud. Det understrekes at kartlegging med et smertekartleggingsverktøy ikke er en fullverdig smerteundersøkelse. Videre oppfølging og behandling bør gjennomføres i et team med flere yrkesgrupper, hvor legen må ta et særlig ansvar.

Søkeord: smerte, smertekartlegging, smertebehandling, demens, sykehjem



FYSISKE OG PSYKISKE SMERTER: Det antas at om lag 60 prosent av dem som bor på sykehjem har smerter. Av dem som har demens sliter mer enn 80 prosent også med depresjon, irritabilitet, agitasjon, vrangforestillinger eller apati. Illustrasjonsfoto Colourbox

Årsaken til tapte leveår i Norge har endret seg fra ulykker og infeksjoner til psykiatri, livsstilssykdommer og demens. Diagnosen demens er hovedårsaken til innleggelse på sykehjem, om lag 80 % av dem som bor på en norsk institusjon har en kognitiv svikt.

Diagnosen demens

Ifølge diagnosekriteriene for demens medfører demens svekkete kognitive evner som dømmekraft, personlighet, hukommelse og vurderings-evne. Minst to av disse symptomene må være til stede lenger enn seks måneder før diagnosen kan avgjøres. En demenstilstand påvirker ikke bare kognitive evner, men fører også til økt avhengighet i dagliglivets aktiviteter (ADL) som å forflytte seg, bade og kle på seg. Av dem som har demens og som bor på et sykehjem er over 80 % også rammet av nevropsykiatriske symptomer som irritabilitet, agitasjon, depresjon, vrangforestillinger og/eller apati (8). Hvilke symptomer og utfall den enkelt har, avhenger av årsaken til demenstilstanden som klassifiseres i degenerative hjernesykdommer som for eksempel Alzheimers sykdom og demens med Lewy-legemer (ca. 60 %), vaskulær demens i forbindelse med hjerneslag eller hjerteinfarkt (ca. 30 %) og sekundær demens som alkoholdemens, metastaser til hjernen eller infeksjoner (9). De fleste sykehjemspasienter har med all sannsynlighet en kombinasjon av Alzheimers og vaskulær demens.

Smerte

Den internasjonale foreningen for smertestudier (IASP) definerer smerte som «en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med faktisk eller potensiell vevsskade, eller er beskrevet som slik skade»(9). Også forekomsten av vedvarende smerte øker med alderen (10). Hos eldre er oftest etiologien eller årsaken til smerte nociceptiv somatisk, altså fra muskel og skjelettsystemet, som artrose, osteoporose, og nye eller gamle brudd (11). Den kan også være nociceptiv visceral fra indre organer som ved

«Demens er hovedårsaken til innleggelse på sykehjem.»

angina smerter, urinveier eller mage. Perifere eller sentrale nerveskader i forbindelse med for eksempel diabetes eller hjerneslag er også hyppige og krevende å diagnostisere (13, 14).

Tall for forekomst av smerte hos pasienter med demens varierer avhengig av målemetode og studie design. Det antas at om lag 60 % av dem som bor på sykehjem har smerter (15,16). En studie fra Nederland viser at 13 % av sykehjemspasienter har utholdelige smerter, og 40 % har smerte når de sitter eller endrer posisjon (17). Man antar at personer med demens har de samme smertefulle diagnosene og smerteintensiteten sammenliknet med andre uten kognitiv svikt. Samtidig observeres det en forandret

smertetoleranse, altså at vedkommende sin reaksjonstid på et smertestimulus øker (18,19).

Smerte og symptomer hos kreftpasienter med demens

Kreftpasienter som også har en kognitiv svikt eller demenssykdom befinner seg i en veldig spesiell situasjon. På nåværende tidspunkt vet vi lite om forekomst, symptomer og behov hos sykehjems-pasienter som oppfyller begge kriterier. I en oversiktsartikkel beskriver Drageset J. og kolleger kreftrelaterte problemer hos sykehjems-pasienter med og uten demens. Det ble funnet 11 studier på verdensbasis som undersøker smerte og symptomer hos kreftpasienter på sykehjem. Kun én studie inkluderte kreftpasienter med demens. Denne studien viste høy forekomst av smerte og symptomer som kvalme, oppkast og dyspne. Det ble ikke funnet noen studier som omhandlet nyoppdaget kreft blant sykehjemsbeboerne. Dette er tankevekkende, fordi forekomst av kreft og demens er økende på sykehjem. Klinisk sett er en person med kognitiv svikt ikke lenger i stand til å beskrive kreftrelaterte smerter og symptomer eller effekten av symptomlindrende tiltak, samt eventuelle bivirkninger i forbindelse med behandlingen (22).

Konsekvenser av vedvarende smerte hos demente

Ikke diagnostiserte og behandlede smerter har negative konsekvenser for personen som opplever dette, hennes pårørende og personale. Forskning viser at tilstanden kan føre til økning av atferdsproblemer, søvnforstyrrelser, redusert matinntak og sosiale aktiviteter (23,24). Det antas at også depresjon og apati kan forverres (25). I verste fall fører dette til at en pasient får beroligende medikamenter eller antidepressiva i stedet for smertebehandling (26). Pasienter med kognitiv svikt

fysiske sykdommer og/eller medikamenter antas å ha betydning.

I en omfattende klynge randomisert studie (RCT) som inkluderte 352 pasienter med demens og nevropsykiatriske atferdsproblemer fra 18 sykehjem på Vestlandet, fikk pasienter randomisert til intervensjonsgruppen en trinnvis og individuell smertebehandling. Smertebehandlingen ble utført med paracetamol, morfin, buprenorphin og/eller pregabalin. Etter åtte ukers behandling var deltakerne mindre urolig og agitert (24) og mindre deprimerede og apatiske (25). Analyser viste også at pasienter som ble behandlet med paracetamol viste en forbedret fysisk funksjon (ADL) (30).

Smertekartlegging

Egenrapport fra vedkommende som føler ubehag eller forklarer hvor vondt det gjør er «gullstandard» ved smertevurdering. En slik egenvurdering av smerte inkluderer smerte-lokalisasjon, – intensitet, – kvalitet og – varighet. Fysiologiske tegn som blodtrykk og puls og de reelle konsekvenser av smertestillstanden i hverdagen (for eksempel arbeidsliv, familieliv og andre aktiviteter) er også relevant informasjon. Personer uten kognitiv svikt og med mild demens kan evaluere smerteintensiteten ved bruk av en numerisk rating skala (NRS), en 11-punkts skala fra 0 (ikke smerte), til 10 (verst tenkelig smerte). Ett kroppskart kan visualisere flere smerteområder.

Kartlegging ved moderat til alvorlig grad av demens

Når personer med moderat og alvorlig grad av demens ikke lenger er i stand til å gi valid selvrapport må personalet være spesielt oppmerksom på personen sin atferd som kan være et tegn for ubehandlet smerte. Pleiepersonalet må vurdere om typisk smerteatferd (smertelyder, ansiktsuttrykk eller avvergereaksjoner) og psykiatrisk atferd (agitasjon, uro eller depresjon) skyldes smerte eller demens. Vurderingen må gjøres systematisk med et instrument som kan skille mellom typisk smerteatferd og atferd relatert til demens (23).

For pasienter uten kjente smertefulle sykdommer er en regelmessig smertevurdering minst to ganger i året, å anbefale. Pasienter med smertefulle sykdommer må følges opp oftere, ikke minst før smertebehandlingen settes i gang, og regelmessig videre for å fange opp behandlingseffekten.

De siste årene er det utviklet og testet flere observasjonsskjema for smerteatferd for personer

«Smerte i indre organer, hode og hud er vanskeligere å vurdere.»

som er utsatt for langvarig smerte holder seg ofte i ro for å unngå smertefull mobilisering (27). En pasient med demens som for eksempel har pådratt seg et akutt hoftebrudd kan prøve å belaste foten ubevisst, fordi hun verken husker bruddet eller forventer smertefulle opplevelser.

Det er uklart hvorfor pasienter med demens endrer atferd, døgnrytme eller utvikler depressive symptomer. Endringer i signalstoffer i hjernen,

■ MOBID 2

MOBID-2 del 1 fanger opp smerte relatert til muskel – og skjelettsystemet

Aktiv mobilisering under morgenstell

Pleiepersonalet som kjenner pasienten registrerer hennes/hans smerteatferd under fem standardiserte aktive mobiliseringer under morgenstellet, hvor pasienten ledes til å:

1. Åpne og lukke begge hender – hver for seg
2. Strekke og senke armene mot hodet – hver for seg
3. Bøye og strekke ankler, knær og hofter – hver for seg
4. Snu seg i sengen til høyre og venstre side (husk sengehest for å unngå at pasienten blir engstelig for å falle ut av sengen)
5. Sette seg opp på sengekanten

Mobiliseringen avsluttes umiddelbart dersom man observerer atferd som kan være forbundet med smerte.

Smerteatferd

Pleiepersonen vurderer fortløpende pasientens respons i forhold til observerbar smerteatferd. Etter hver fullført bevegelse krysses det av for følgende observasjoner:

- a. Lyder («Au!») stønner, ynker seg, gisper, skriker)
- b. Ansiktsuttrykk (lager grimaser, rynker pannen, strammer munnen, lukker øynene)
- c. Avvergereaksjon (stivner, beskytter seg, skyver fra seg, holder pusten, krymper seg)

Smerteintensitet

Smerteatferd under mobilisering tolkes deretter som smerteintensitet på en 0–10 punkts skala. En skåring på 0 betyr ingen smerte og 10 er verst tenkelige smerte.

MOBID-2 del 2 fanger opp smerte relatert til inder organer, hode og hud

Smerte oppstår pga. av sykdom, infeksjon, sår og ulykke. Observasjoner fra i dag/siste uke inkluderes i vurderingen. Bruk **kroppsskissen** for å lokalisere observert smerteatferd.

Ut fra observert smerteatferd og ytre deytreetegn blir hvert kroppsområde tolket til **smerteintensitet** på en skala fra 0–10 (0–er ingen smerte, 10 verst tenkelige smerte) med gjennomgang av smerte:

6. Hode, munn og hals
7. Bryst, lunge og hjerte
8. Øvre del av mage
9. Bekken, nedre del av mage
10. Hud, infeksjon, sår

Når alle elementer (1–10) er skåret gis avslutningsvis en helhetlig vurdering av pasientens smerteintensitet, igjen på en smerteintensitetsskala fra 0–10 i form av en **totalskår**.

med demens. Tre instrumenter er også oversatt og testet på Norsk: Doloplus-2 (31), Checklist of Non-verbal Pain Indicators (CNPI) (32), og Mobilisation-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia-2 (MOBID-2 smerteskala) (33–35). MOBID-2 smerteskala har i særlig grad vist høy validitet og reliabilitet i forskjellige testsituasjoner. I tillegg ble MOBID-2 testet på responsivitet dvs. instrumentet er i stand til å fange opp forandring etter gitt smertebehandling (30,36).

Bruk av MOBID-2 smerteskala

MOBID-2 smerteskala registrerer personaletsobservasjoner relatert til pasientens smerteatferd under morgenstell; gjennomføringen tar ca. fem minutter. Ved bruk av MOBID-2 kartlegges og dokumenteres

- pasientens
- smerteatferd
- smerteintensitet
- lokalisasjon av smerte

MOBID-2 del 1 fanger opp smerte relatert til muskel- og skjelettsystemet under aktiv mobilisering i forbindelse med morgenstell. Pleiepersonalet

som kjenner pasienten registrerer smerteatferden under fem standardiserte aktive mobiliseringer. Mobiliseringen avsluttes umiddelbart dersom man observerer atferd som kan være forbundet med smerte.

MOBID-2 del 2 oppfordrer pleiepersonalet til å være oppmerksom på tegn ved pasientens atferd som kan skyldes smerte fra indre organer, hode og hud. Smerte kan oppstå på grunn av sykdom, sår, infeksjon eller ulykke. Observasjoner fra i dag og de siste dagene (siste uke) skal inkluderes i vurderingen. Skjemet har en *kroppsskisse* som brukes for å lokalisere observert smerteatferd systematisk ved avkryssing.

Ut fra observert smerteatferd og ytre deytreetegn blir hvert kroppsområde (hode, munn og hals; bryst, lunge og hjerte; øvre del av mage; bekken, nedre del av mage; hud, infeksjon, sår) tolket til **smerteintensitet** på en skala fra 0–10 (0–er ingen, 10 er verst tenkelig smerte).

Observasjon av smerteatferd under standardiserte bevegelser gir et godt grunnlag for å anslå smerteintensitet relatert til muskel- og skjelettsys-

«Det er usikkert om den riktige pasienten får den riktige medisinen til riktig tidspunkt.»

temet. Smerte i indre organer, hode og hud forekommer hyppig, men er vanskeligere å vurdere.

Når har en pasient smerte?

Når totalskår på *MOBID-2 smerteskalaer* = 3 bør den ansvarlige legen kontaktes for ytterlige smertevurdering og -behandling. Legen vurderer personalets observasjon med supplerende kliniske undersøkelser og tar stilling til behandling. Tverrfaglig samarbeid som inkluderer pleiepersonalet, fysioterapeut, ergoterapeut og miljøterapeut er ønskelig.

Prinsipielle anbefalinger for smertebehandling

Enhver behandling starter med kompetent behandling av underliggende fysiske sykdommer som for eksempel urinveisinfeksjon, tannpine eller magesår må iverksettes. Når behandling av underliggende årsak er garantert, tenk på andre hensiktsmessige tiltak. Dette kan være en behandlingsplan som inkluderer kommunikasjon, massasje, musikkterapi

og tilrettelegging av hjelpemidler. Effekt av disse tiltakene er begrenset. Det er likevel viktig å vurdere om enkelte pasienter kan ha nytte av dem.

Avhengig av pågående medisinsk behandling, bruk trinnvis protokoll for smertesmerbehandling. Start med paracetamol tabletter (maks. dose 3 g/dag). Når det ikke er tilstrekkelig, administrer morfin tabletter (maks. 20 mg/dag). Pasienter med svelgevansker bør heller få buprenorfin plaster (maks. 10µg/time). Ved mistanke om nevropatisk smerte er et antiepileptika indisert, f. eks. balin (start med 25mg/dag; maks. 300mg/dag).

Prinsipielle hensyn:

- Begynn med laveste dosering og langsom økning («start low and go slow»). Mange sykehjemspasienter har usynlig lever- eller nyresvikt. Mange eldre kan oppnå god effekt med lavere doser enn yngre, friske mennesker.
- Ordinasjon av smertebehandling observeres nøye av den ansvarlige legen.
- Behandlingseffekten vurderes regelmessig av pleiepersonalet.
- Unngå bruk av antiflogistika (NSAID) lengre enn sju dager sammenhengende. NSAIDs har god smertelindrende effekt, men kan lett føre til mage- og tarm bivirkninger og hjerte- og nyresykdommer.

For mye medisiner – prinsipielle refleksjoner

Studier viser at man bruker mye smertemedisin på sykehjem (27) – og sannsynligvis i Norge. Men det er usikkert om den «riktige pasienten» får den riktige medisinen til riktig tidspunkt. Også for smertemedikamenter bør man ha en plan for prøveseponering når en pasient skårer 0-1 i t-talskår på *MOBID-2 smerteskala*.

Det er ingen løsning at alle får paracetamol tre ganger daglig resten av livet.

Implementering av *MOBID-2 smerteskala*

Anbefalinger for vurdering og behandling av smerte hos demente pasienter er oppsummert i en oversiktsartikkel (23). Systematisk opplæring av personalet og implementering av *MOBID-2* på



PILLER: Smerter som ikke blir behandlet kan føre til at depresjon forverres. I verste fall fører dette til at en pasient får antidepressiva i stedet for smertebehandling. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

sykehjemmet er en sentral forutsetning. Senter for alders og sykehjemsmedisin (SEFAS) ved Universitetet i Bergen har i samarbeid med Mundipharma utviklet et undervisningsprogram. Ved spørsmål eller kommentarer vennligst ta kontakt med SEFAS www.uib.no/sefas. ■

Referanser:

- Reitz C, Mayeux R. Alzheimer disease: epidemiology, diagnostic criteria, risk factors and biomarkers. *Biochemical pharmacology*. 2014;88(4):640-51.
- International AsD. World Alzheimer report 2013 2013 [16.07.2014]. Available from: www.alz.co.uk/research/world-report-2013.
- Organization WH. World Health Statistics 2012. Available from: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/.
- Folkhelseinstituttet. Demens-faktaark. Available from: <http://www.fhi.no/tema/eldres-helse/demens>.
- Ott A, Breteler MM, van Harskamp F, Claus JJ, van der Cammen TJ, Grobbee DE, et al. Prevalence of Alzheimer's disease and vascular dementia: association with education. The Rotterdam study. *BMJ*. 1995;310(6985):970-3.
- Wergeland JN, Selbaek G, Hogset LD, Soderhamn U, Kirkevold O. Dementia, neuropsychiatric symptoms, and the use of psychotropic drugs among older people who receive domiciliary care: a cross-sectional study. *Int Psychogeriatr*. 2014;26(3):383-91.
- McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H, Hyman BT, et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*. 2011;7(3):263-269.
- Zuidema S, Koopmans R, Verhey F. Prevalence and predictors of neuropsychiatric symptoms in cognitively impaired nursing home patients. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*. 2007;20(1):41-9.
- Kalaria RN, Maestre GE, Arizaga R, Friedland RP, Galasko D, Hall K, et al. Alzheimer's disease and vascular dementia in developing countries: prevalence, management, and risk factors. *Lancet neurology*. 2008;7(9):812-26. 10. Pain IAftSo. IASP Taxonomy.
- Blyth FM, March LM, Brnabic AJ, Jorm LR, Williamson M, Cousins MJ. Chronic pain in Australia: a prevalence study. *Pain*. 2001;89(2-3):127-34.
- Hoy DG, Smith E, Cross M, Sanchez-Riera L, Blyth FM, Buchbinder R, et al. Reflecting on the global burden of musculoskeletal conditions: lessons learnt from the Global Burden of Disease 2010 Study and the next steps forward. *Annals of the rheumatic diseases*. 2014.
- Coups EJ, Geller AC, Weinstock MA, Heckman CJ, Manne SL. Prevalence and correlates of skin cancer screening among middle-aged and older white adults in the United States. *The American journal of medicine*. 2010;123(5):439-45.
- Schmader KE, Baron R, Haanpaa ML, Mayer J, O'Connor AB, Rice AS, et al. Treatment considerations for elderly and frail patients with neuropathic pain. *Mayo Clinic proceedings*. 2010;85(3 Suppl):S26-32.
- Scherder EJ, Plooij B. Assessment and management of pain, with particular emphasis on central neuropathic pain, in moderate to severe dementia. *Drugs & aging*. 2012;29(9):701-6.
- Achterberg WP, Gambassi G, Finne-Soveri H, Liperoti R, Noro A, Frijters DH, et al. Pain in European long-term care facilities: cross-national study in Finland, Italy and The Netherlands. *Pain*. 2010;148(1):70-4.
- Husebo BS, Strand LI, Moe-Nilssen R, Husebo SB, et al. Who Suffers most? Dementia and pain in nursing home patients: a cross-sectional study. *J Am Med Dir Assoc* 2008;9:427-433.
- Smalbrugge M, Jongenelis LK, Pot AM, Beekman AT, Eefsting JA. Pain among nursing home patients in the Netherlands: prevalence, course, clinical correlates, recognition and analgesic treatment--an observational cohort study. *BMC geriatrics*. 2007;7:3.
- Scherder EJ, Sergeant JA, Swaab DF. Pain processing in dementia and its relation to neuropathology. *Lancet neurology*. 2003;2(11):677-86.
- Benedetti F, Arduino C, Costa S, Vighetti S, Tarenzi L, Rainero I, et al. Loss of expectation-related mechanisms in Alzheimer's disease makes analgesic therapies less effective. *Pain*. 2006;121(1-2):133-44.
- Cole LJ, Farrell MJ, Duff EP, Barber JB, et al. Pain sensitivity and fMRI pain-related brain activity in Alzheimer's disease. *Brain*. 2006;129(11):2957-2965.
- Monroe TB, Gore JC, Chen LM, Mion LC et al. Pain in people with Alzheimer Disease: potential applications for psychophysical and neurophysiological research. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2012;25(4):240-255.
- Drageset J, Corbett A, Selbaek G, Husebo BS. Cancer-Related Pain and Symptoms Among Nursing Home Residents: A Systematic Review. *J Pain Symptom Manage*. 2014.
- Achterberg WP, Pieper MJ, van Dalen-Kok AH, de Waal MW, Husebo BS, Lautenbacher S, et al. Pain management in patients with dementia. *Clinical interventions in aging*. 2013;8:1471-82.
- Husebo BS, Ballard C, Sandvik R, Nilsen OB, Aarsland D. Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. *BMJ*. 2011;343:d4065.
- Husebo BS, Ballard C, Fritze F, Sandvik RK, Aarsland D. Efficacy of pain treatment on mood syndrome in patients with dementia: a randomized clinical trial. *International journal of geriatric psychiatry*. 2014;29(8):828-36.
- Ballard C, Smith J, Husebo B, Aarsland D, et al. The role of pain treatment in managing the behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD). *Int J Palliat Nurs*. 2011;17(9):420,422,424.
- Corbett A, Husebo B, Malcangio M, Staniland A, et al. Assessment and treatment of pain in people with dementia. *Nat Rev Neurol*. 2012; (5):264-274.
- Soldato M, Liperoti R, Landi F, Finne-Soveri H, Carpenter I, Fialova D, et al. Non malignant daily pain and risk of disability among older adults in home care in Europe. *Pain*. 2007;129(3):304-10.
- Leveille SG, Jones RN, Kiely DK, Hausdorff JM, Shmerling RH, Guralnik JM, et al. Chronic musculoskeletal pain and the occurrence of falls in an older population. *JAMA*. 2009;302(20):2214-21.
- Sandvik RK, Selbaek G, Seifert R, Aarsland D, Ballard C, Corbett A, et al. Impact of a stepwise protocol for treating pain on pain intensity in nursing home patients with dementia: A cluster randomized trial. *European journal of pain*. 2014. May 13. doi:10.1002/ejp.523.
- Holen JC, Saltvedt I, Fayers PM, et al. The Norwegian Doloplus-2, a tool for behavioural pain assessment: translation and pilot validation in nursing home patients with cognitive impairment. *Palliat Med*. 2005;19:1-7.
- Nygaard HA, Jaarland M. Vurdering av smerteproblemer hos personer med demens. *Demens*. 2004;4:5-7.
- Husebo BS, Strand LI, Moe-Nilssen R, Husebo SB, Snow AL, Ljunggren AE. Mobilization-Observation-Behavior-Intensity-Dementia Pain Scale (MOBID): development and validation of a nurse-administered pain assessment tool for use in dementia. *J Pain Symptom Manage*. 2007;34(1):67-80.
- Husebo BS, Strand LI, Moe-Nilssen R, Husebo SB, Ljunggren AE. Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia (MOBID-2) Pain Scale in a clinical setting. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2010;24(2):380-91.
- Husebo BS, Strand LI, Moe-Nilssen R, Husebo SB, Ljunggren AE. Pain behaviour and pain intensity in older persons with severe dementia: reliability of the MOBID Pain Scale by video uptake. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2009;23(1):180-9.
- Husebo BS, Ostelo R, Strand LI. The MOBID-2 pain scale: Reliability and responsiveness to pain in patients with dementia. *European journal of pain*. 2014.

Overvekt gir økt kreftrisiko

Overvektige har økt risiko for å få en rekke vanlige kreftformer, viser en ny undersøkelse.

Britiske forskere konkluderer med at overvekt har skyld i 12 000 krefttilfeller i året i Storbritannia, og flere kommer det til å bli hvis britene fortsetter å legge på seg.

– Dersom dagens utvikling fortsetter vil resultatet bli 3500 flere krefttilfeller i året, konstaterer forskerne ved London School of Hygiene and Tropical Medicine, som presenterer sine funn i siste utgave av legetidsskriftet The Lancet.

Forskerne har tatt utgangspunkt i folks kroppsmasseindeks (BMI), som er forholdet mellom høyde og vekt. BMI på 25 til 29,9 regnes som overvekt, mens BMI på over 30 regnes som ekstrem overvekt. Ved å sammenholde BMI med pasientjournaler har forskerne fastslått hvor mye risikoen for kreft øker når man er overvektig. Dersom BMI øker med 5, øker risikoen for livmorkreft med hele 62 prosent. Risikoen for kreft i galleblæren øker med 31 prosent, mens risikoen for kreft i nyre øker med 25 prosent.

Også risikoen for andre vanlige kreftformer øker, om enn noe mindre, viser undersøkelsen.

Kilde: Kreftskyklepe



Instanyl "Takeda Nycomed"

Opioidanalgetikum.

ATC-nr.: N02A B03

NESESPRAY, oppløsning 50 µg/dose, 100 µg/dose og 200 µg/dose: Hver dose inneholder 50 µg fentanyl i 1 ml. Fentanyl 50 µg, resp. 100 µg og 200 µg, natriumdihydrogenfosfatdihydrat, dimatriumfosfatdihydrat, renset vann. **Indikasjoner:** Behandling av gjennombruddssmerter hos voksne som allerede får vedlikeholdsbehandling med opioider for kroniske cancersmerter. Gjennombruddssmerter er en kortvarig forverring av smerte som oppstår hvor en ellers vedvarende smerte er kontrollert. Pasienter som får vedlikeholdsbehandling med opioider defineres som de som får enten minst 60 mg morfin oralt daglig, minst 25 mikrogram/time fentanyl transdermalt, minst 30 mg oksykodon daglig, minst 8 mg hydromorfon oralt daglig eller ekvivalent 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. **Voksne: Dosejustering:** Før titrering bør den bakenforliggende vedvarende smerten være kontrollert med opioidbehandling, og gjennombruddssmerteepisodene 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 (dosestyrke) bør vurderes ved flere episoder. Vedlikeholdsdose: Når dosen er fastslått, skal pasienten fortsette med denne dosen. Dersom smertelindringen er utilstrekkelig kan en ny dose med samme styrke tas tidligst etter 10 minutter. Maks. daglig dose: Høyst 2 doser med 10 minutters mellomrom ved inntil 4 episoder. Det bør være minst 4 timer mellom behandling av en ny episode, både under dosejustering og vedlikeholdsbehandling. **Dosejustering:** Ved flere etterfølgende episoder med gjennombruddssmerter, som krever >1 dose, bør vedlikeholdsdosen økes. Dosejustering av den bakenforliggende opioidbehandlingen kan være nødvendig dersom pasienten stadig har >4 episoder pr. døgn. 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:** Sikkerhet og effekt ikke fastslått pga. utilstrekkelige data. **Eldre:** Forsiktighet utvises da eldre ofte trenger titrering til en lavere effektiv dose enn pasienter <65 år. **Spesielle pasientgrupper: Nedsatt lever- og nyrefunksjon:** Gis med forsiktighet ved moderat til alvorlig nedsatt lever- og nyrefunksjon. **Administrering:** Nasal bruk. Det anbefales at pasientens hode holdes rett opp ved administrering. **Kontraindikasjoner:** Kjent overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Pasienter uten vedlikeholdsterapi med opioider, da det er økt risiko for respirasjonsdepresjon. Behandling av andre akutte smerter enn gjennombruddssmerter. Alvorlig respirasjonsdepresjon eller alvorlige obstruktive lungesykdommer. 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 lungesykdom kan fentanyl redusere respirasjonskraften og øke luftveismotstanden. Skal gis med forsiktighet ved moderat til alvorlig nedsatt lever- eller nyrefunksjon. Skal brukes med forsiktighet ved tegn på økt intrakranielt trykk, nedsatt bevissthet, koma, cerebrale tumor eller hodeskade. Kan forårsake bradykardi og skal derfor gis med forsiktighet hos pasienter med tidligere eller eksisterende bradykardi. Opioider kan forårsake hypotoni, særlig hos pasienter med hypovolem og skal derfor brukes med forsiktighet. Utvikling av serotoninerg syndrom kan oppstå ved samtidig bruk av serotoninerge legemidler som SSRIer og SNRIer, samt legemidler som nedsetter serotoninmetabolismen (inkl. MAO-hemmere). Ved mistanke om serotoninerg syndrom skal fentanyl seponeres. Dersom tilbakevendende episoder med neseblødning eller ubehag i nesen forekommer, skal alternativt behandlingsform overveies. Toleranse og avhengighet kan utvikles ved gjentatt bruk. I tillegg 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:** Samtidig bruk av fentanyl med et serotoninerg legemiddel, som SSRI, SNRI eller MAO-hemmer, kan øke risikoen for serotoninerg syndrom. Anbefales ikke til pasienter som har fått MAO-hemmer de siste 14 dagene før og utoritrigbar potensiøsning av MAO-hemmer er rapportert. Metaboliseres hovedsakelig via CYP 3A4. Samtidig bruk av kraftige CYP 3A4-hemmere (f.eks. ritonavir, ketokonazol, itraconazol, troleanandomycin, klaritromycin og neflavinir) 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 slimhinneavsvellende midler bør unngås. Samtidig bruk av andre CNS-depressiver, inkl. andre opioider, sedativa eller hypnotika, generelle anestetika, fentiaziner, beroligende midler, muskelrelaksantia, sederende antihistaminer og alkohol, kan gi additiv depresjons effekt. Samtidig bruk av partielle opioidagonister-/antagonister (f.eks. buprenorfin, nalbuphin, pentazocin) anbefales ikke. **Graviditet, amning og fertilitet: Graviditet:** Utilstrekkelige data ved bruk hos gravide. Skal ikke brukes under graviditet, hvis ikke strengt nødvendig. **Amning:** Utskilles i morsmelk og kan forårsake sedasjon og respirasjonsdepresjon hos det dende barnet. Skal ikke brukes av ammende, og amming skal ikke gjenopptas før minst 48 timer etter siste administrering av fentanyl. **Fertilitet:** I dyrestudier nedsattes fertilitet hos både hanner og hunner ved samtidig doser. **Bivirkninger:** Typiske opioide bivirkninger kan forventes. De alvorligste bivirkningene er respirasjonsdepresjon (som kan føre til åpné eller respirasjonsstans), sirkulasjonsdepresjon, hypotensjon og sjokk. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Kvalme, brøkinger. **Hjerte/kar:** Rødme, hetetokter. **Hud:** Hyperhidrose. **Luftveier:** Irritasjon i svelget. **Nevrologiske:** Døsighet, svimmelhet, hodepine. **Øre:** Vertigo. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Obstipasjon, stomattitt, munntørhet. **Hjerte/kar:** Hypotensjon. **Hud:** Smerter i huden, pruritus. **Luftveier:** Respirasjonsdepresjon, epistaksis, sår i nesens, rhinoré. **Nevrologiske:** Sedasjon, myoklonus, parestesi, dysestesi, dysgeusi. **Psykiske:** Avhengighet, insomni. **Øre:** Reisesyke. **Øvrige:** Feber. **Ukjent:** Gastrointestinale: Diaré. **Nevrologiske:** Krampor. **Luftveier:** Perforasjon av neseseptum. **Psykiske:** Hallusinasjon. **Øvrige:** Tretthet, utilpasshet, ødem, fall. **Overdosering/Forgiftning: Symptomer:** Respirasjonsdepresjon er mest alvorlig. Andre symptomer kan være hypotermi, nedsatt muskeltonus, bradykardi og hypotoni. Hovedsymptomene på intoksikasjon er dyp sedasjon, ataksi, miøse, 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 Giftinformasjonens anbefalinger. **N02A B03. Egenskaper:** **Klassifisering:** Opioidanalgetikum. **Fenylpiperindderivat. Virkningsmekanisme:** Interagerer primært med den opioide µ-reseptoren, som en ren agonist med lav affinitet for δ- og κ-opioider reseptorer. **Absorpsjon:** Fentanyl er i høy grad lipofilt. Absorberes svært raskt gjennom neseslimhinnen. 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 milt, fulgt av en langsommere redistribusjon til muskler og fett. **Halveringstid:** Ca. 3-4 timer hos cancerpasienter. **Metabolisme:** Primært 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: 50 µg/dose:** 6 doser (endosebeholder m/spraypumpe) kr 465,10. 10 doser (glassflaske m/dosepumpe) kr 739,30. 20 doser (glassflaske m/dosepumpe) kr 1424,80. 40 doser (glassflaske m/dosepumpe) kr 2796,00. **100 µg/dose:** 6 doser (endosebeholder m/spraypumpe) kr 494,70. 10 doser (glassflaske m/dosepumpe) kr 788,60. 20 doser (glassflaske m/dosepumpe) kr 1523,50. 40 doser (glassflaske m/dosepumpe) kr 2993,20. **200 µg/dose:** 6 doser (endosebeholder m/spraypumpe) kr 494,70. 10 doser (glassflaske m/dosepumpe) kr 788,60. 20 doser (glassflaske m/dosepumpe) kr 1523,50. 40 doser (glassflaske m/dosepumpe) kr 2993,20. **Refusjon:** Se N02A B03_1 side e i Refusjonslisten.

Sist endret: 04.04.2014

Referanser:

1. Zepetella G. Successful management of Breakthrough Pain in Cancer Patients, Pocket guide, Evolving Medicine Ltd, 2011
2. Valeberg BT et al. Clin J Pain. 2008;24:627-36.
3. Du Pen S et al. J Clin Oncol. 1999;17:361-70.
4. Instanyl preparatomtale.

HVA ER DET KREFT- PASIENTEN IKKE VIL FORTELLE DEG?

Opptil 9 av 10 pasienter med kreft smerter rammes av episoder med svært smertefulle og invalidiserende gjennombruddssmerter.¹ Men studier viser at mange kreftpasienter vegrer seg for å snakke med legen sin om smerte, fordi de er redd for konsekvensene.^{2,3}

Instanyl er skreddersydd for gjennombruddssmerter og gir effektiv smertelindring innen 10 minutter, når smertene er på sitt verste.⁴



Nycomed: a Takeda Company

Intranasal fentanyl SPRAY
INSTANYL[®]

skreddersydd for gjennombruddssmerter¹

Web-basert kommunikasjon og symptomhåndtering

Dataprogrammet Eir skaper nye muligheter til kommunikasjon mellom pasient og helsevesen. Pasienten kan bruke programmet omtrent hvor han vil og informasjonen blir overført til helsepersonalets pc, iPad eller telefon.



Av **Kari Sand**, post.doc., European Palliative Care Research Centre (PRC), Institutt for kreftforskning og molekylær medisin, NTNU



Av **Stein Kaasa**, professor, European Palliative Care Research Centre (PRC), Institutt for kreftforskning og molekylær medisin, NTNU og viseadministrerende direktør, St. Olavs Hospital

Alle kreftpasienter opplever symptomer som fatigue, tungpustethet, smerter, angst, depresjon og redusert matlyst [1], på grunn av sykdommen, behandlingen eller bivirkninger i løpet av sykdomsforløpet. Hvilke symptomer, når de opptrer og hvor intense de oppleves, varierer, men felles er at symptomene har en negativ innvirkning på pasientenes funksjonsnivå og livskvalitet. Pasienter med langtkommet sykdom opplever flere symptomer på samme tid [1-3]. Studier har vist at symptomhåndteringen innen generell onkologi ikke er tilstrekkelig [4-9], og at symptomer blir underrapportert i konsultasjoner. Dette skyldes blant annet at systematisk symptomkartlegging ikke er implementert i klinisk praksis [10 11].

Forskningsgruppe for smerte og palliasjon, senere European Palliative Care Research Centre (PRC), ved NTNU og St. Olavs Hospital under ledelse av professor Stein Kaasa, har i mange år forsket på symptomkartlegging, symptommålinger og retningslinjer for behandling, bl.a. i det EU-finansierte samarbeidet European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC) (2006-2010)[12]. En del av arbeidet i forskningsgruppa og i PRC har vært å teste ut symptomkartlegging vha. digitale verktøy, for eksempel iPad. Moderne teknologi skaper nye muligheter for kommunikasjon mellom pasient og helsevesen. Eir er et dataprogram som utvikles slik at pasienten skal kunne bruke det på sykehuset, hjemme, på sykehjem eller andre steder der han ønsker det. Informasjonen blir overført til helsepersonells PC, iPad eller telefon. Lege, sykepleier eller andre kan der få en oversikt over pasientens plager og i tillegg få beslutningsråd basert

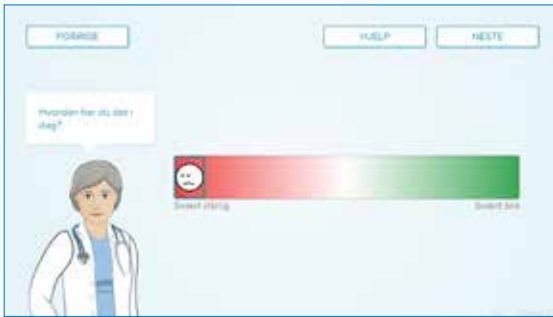
på internasjonale retningslinjer for symptombehandling. Eir er ikke laget for å erstatte muntlig interaksjon mellom pasient og helsevesen, men tvert imot ment å være en støtte. For en lege kan for eksempel det å se på en symptomoversikt rett før en konsultasjon gi ham/henne et raskt bilde av hva som plager pasienten akkurat nå, og dermed indikere hvilke tema som bør adresseres i konsultasjonen. Stadig færre kreftpasienter er inneliggende på sykehuset, etter som de fleste nå behandles på poliklinikken. Dette innebærer at mulighetene for interaksjonen mellom pasient og lege/sykepleier er langt mer begrenset enn tidligere, og det er viktig å utnytte den korte tiden i en konsultasjon mest mulig effektivt.

Studier gjort innen forskningsgruppe for smerte og palliasjon ved NTNU og St. Olavs Hospital har vist at pasienter med langtkommet kreft godt klarer å bruke dataverktøy til symptomregistrering. Over halvparten av deltakerne i studien foretrakk dataverktøyet foran tradisjonell papir- og blyantskjema uavhengig av hvilken erfaring de hadde med bruk av dataverktøy fra før. På den annen side viste også studien at jo eldre pasientene er, og jo lavere funksjonsnivå de har, jo mer behov hadde de for hjelp til utfyllingen [13 14].

Eir er en webbasert kommunikasjonsplattform som utvikles for klinisk bruk innen flere områder, i første omgang for kreft. Eir utvikles av PRC sammen med NTNU Technology Transfer AS, og i tett samarbeid med Kreftklinikken ved St. Olavs Hospital [15]. Foreløpig er ikke verktøyet implementert i klinisk praksis, men er under utvikling og blir jevnlig testet av både pasienter og helsepersonell.

ENKEL KOMMUNIKASJON: Pasienten kan svare på spørsmål om sin helse i dataprogrammet Eir. Han kan gjøre dette hjemme eller andre steder, og dele informasjonen med helsepersonalet. Illustrasjonsbilde: Colourbox.





FIGUR 1.



FIGUR 2.



FIGUR 3.



FIGUR 4.

Eir for pasienten på poliklinikken: Symptomkartlegging

Eir består av flere moduler, for både pasient og lege. I modulen for pasienter på poliklinikken fyller pasienten inn informasjon om seg selv på en iPad. Denne informasjonen blir umiddelbart tilgjengelig for lege eller annet helsepersonell. Dette kan for eksempel brukes til å danne seg et raskt bilde av hvordan pasienten har det før en konsultasjon. Helsepersonell kan også lett se på data fra pasientens tidligere utfyllinger for å se på ev. endringer.

Når pasienten åpner Eir, for eksempel på en iPad på poliklinikken, møter han Eirin på skjermen. Hun er en lege som stiller pasienten spørsmål. Innledningsvis stiller Eirin et spørsmål som er gjenkjennelig fra ulike typer samtaler, både hverdagslige og profesjonelle, nemlig «Hvordan har du det i dag?». Se figur 1.

I Eir ønsker vi å imitere interaksjon mellom pasient og helsepersonell, ikke bare å overføre et spørreskjema overført til skjerm, og dette er grunnen til at nettopp dette er valgt om innledende spørsmål i pasientmodulen. Samtidig er dette en omformulering av symptomet «wellbeing» som vi kjenner fra både Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) [16] og det nye European Association for Palliative Care (EAPC) Basic Dataset [17].

Symptomkartlegging i Eir

I Eir får pasienten spørsmål om hvilke symptomer han har opplevd i den siste uka. Til sammen vurderes 19 symptomer: Smerte, nummenhet i fingre eller tær, tungpustethet, døsighet, trøtthet, søvnløshet, bekymringer og uro (dvs. angst), nedstemthet (dvs. depresjon), kvalme, oppkast, diaré, forstoppelse, redusert matlyst, munnsår, tørr munn, endret smakssans, endret luktesans, problemer med å svelge, og problemer med å bli for mett når man spiser.

Symptomene som er inkludert i Eir er hentet fra EAPC Basic Dataset [17], Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) [18], samt at ytterligere to symptomer relatert til bivirkninger av kjemoterapi også er tatt med.

Symptomkartlegging i Eir foregår på flere nivå, og verktøyet er laget slik at man ikke skal behøve å svare på spørsmål om symptomer man ikke har. Dette løses ved en innledende symptomscreening som ser ut som i figur 2.

Her har pasienten haket av for fire symptomer, og da får han videre spørsmål kun om disse fire. Det første spørsmålet pasienten får om hvert symptom, gjelder intensitet.

Intensitet måles vha. en skal fra 0-10, slik det også gjøres i andre måleverktøy (som ESAS og EAPC Basic Dataset). På skjermen se skalaen ut som vist i figur 3.

Tidsperspektivet på én uke er valgt fordi Eir er ment å være et screeningverktøy. Det er mulig å endre dette til for eksempel «siste 24 timer» dersom det er mer relevant for en spesifikk pasientgruppe.

For en del av symptomene, for eksempel trøtthet, her er

spørsmålet om intensitet det eneste spørsmålet pasienten får, mens for andre symptomer er det flere. Men oppfølgings spørsmål får man kun dersom man svarer over en viss terskelverdi på skalaen ovenfor.

Smertekartlegging i Eir

Dersom pasienten haker av for smerte i den innledende screeningen, får han potensielt sett en god del flere spørsmål om smertens lokalisasjon og kjennetegn. Det første spørsmålet gjelder intensitet, som for alle de andre symptomene. Spørsmålet om smerteintensitet er basert på en ekspertkonsensus om smertemåling som fant sted i Italia i 2009 [19], og det ser ut som vist i figur 4.

De som svarer over terskelverdien på dette spørsmålet, kommer inn i Eir smerteseksjon, som også består av flere nivå, dvs. at ikke alle trenger å få alle spørsmål i denne seksjonen.

Smerteseksjonen i Eir består av følgende deler:

- Smertelokalisasjon
- Nevropatisk smerte
- Gjennombruddssmerte

Smertelokalisasjon måles vha. et digitalt kroppskart:

Se figur 5.

Man kan også markere smerte på ryggen ved å snu figuren. Etter å ha markert hvor man har vondt, blir man også bedt om å vise smerteintensiteten i dette punktet vha. samme type intensitetsskala som vist i figur 4.

Hvorvidt pasienten viser indikasjoner på å ha nevropatisk smerte, måles slik som figur 6 viser.

Som vist på illustrasjonen i figur 6, er dette spørsmålet tydelig relatert til akkurat det smertepunktet pasienten nettopp markerte i korsryggen. Svaralternativene til dette spørsmålet er basert på eksisterende arbeid om screening av nevropatisk smerte [20-24].

Når det gjelder gjennombruddssmerte, har vi i Eir gått bort fra å forklare pasienten hva dette begrepet betyr, slik det for eksempel foreslås gjort i verktøyet Alberta Breakthrough Pain Assessment Tool for Cancer Patients [25]. I den versjonen av Eir som foreligger pr. august 2014 brukes i stedet dette som innledende spørsmål om gjennombruddssmerte «Opplever du at denne smerten forverrer seg kraftig i korte perioder (smertetopper) ?». Se figur 7.

Som figur 7 viser, er også dette spørsmålet knyttet direkte til det smertepunktet som pasienten nettopp har markert på kroppskartet. Dersom pasienten velger alternativ «Nei» på dette spørsmålet, får han ingen flere spørsmål om smertetopper/gjennombruddssmerte. Dersom han velger alternativ «Ja», får han spørsmål om intensiteten til smertetoppene og utløsende årsaker. Se figur 8 og figur 9.

Svaralternativene i spørsmålet om utløsende årsaker er bl.a hentet fra data innsamlet i en tidligere studie der det ble benyttet elektronisk symptomkartlegging (13).



FIGUR 5.



FIGUR 6.



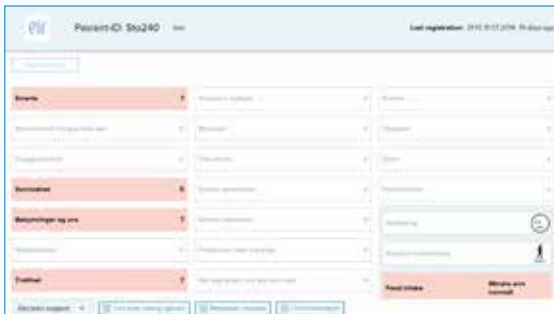
FIGUR 7.



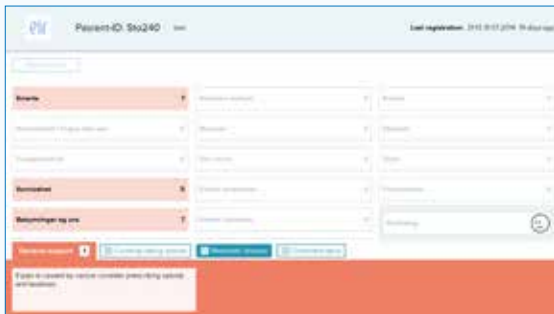
FIGUR 8.



FIGUR 9.



FIGUR 10.



FIGUR 11.

«I Eir ønsker vi å imitere interaksjon mellom pasient og helsepersonell.»

Til slutt i smerteseksjonen får pasienten spørsmål om hvorvidt han har vondt andre steder. Hvis han velger «Ja» på dette spørsmålet, så blir han tatt tilbake til starten av smerteseksjonen (kroppskartet), og går igjennom de samme spørsmålene for neste smertepunkt. Dersom han velger alternativ «Nei», blir han tatt videre til spørsmål som angår det neste symptomet han haket av for i den innledende screeningen.

Eir for helsepersonell: Beslutningsstøtte

Når helsepersonell åpner Eir på sin pc eller iPad, eller den digitale enhet han foretrekker, så får han først en oversikt over hvilke symptomer pasienten har hatt siste uke, og intensiteten til disse. De symptomene pasienten har haket av for, har en fargemarkering, mens alle andre symptomer ikke har det. Listen med symptomer er ikke helt lik den som pasienten møtte på sin skjerm, men rekkefølgen symptomene står i på skjermen vil alltid være den samme for helsepersonellet. På den måten kan de etter å ha brukt Eir bare noen få ganger, vite hvilke symptomer som er markert bare ved å se og ikke behøve å lese.

Se figur 10.

Dersom helsepersonellet har tid, er det mulig å få se flere detaljer fra pasientens svar ved å klikke på boksen til selve symptomet. Man kan også enkelt få tilgang til pasientens tidligere besvarelser.

Nederst på skjermen indikeres det hvorvidt Eir har generert noen beslutningsstøtteråd (decision support) basert på det pasienten har svart. Rådene er laget av klinikere og basert på internasjonale retningslinjer for symptomhåndtering. Rådene er også avhengig av de tre avkryssingsboksene nederst på skjermen, der helsepersonell kan legge inn tilleggsinformasjon om pasienten. Dersom det hakes av for metastatisk sykdom, så vil skjermbildet gi en tydelig indikasjon på at det er et beslutningsstøtteråd tilgjengelig. Helsepersonell kan velge å klikke nederst på skjermen for å se rådet, som eksempelvis kan se slik ut som i figur 11.

Mer effektiv kommunikasjon for bedre pasientbehandling

Flere pasienter ved Kreftklinikken, St. Olavs Hospital har testet Eir på iPad både i 2013 og 2014. Testene viser at systemet er meget brukervennlig, og at pasientene ikke har noen motforestillinger mot å fylle inn informasjon om seg selv på en digital enhet. Målet med utviklingen er at Eir skal bli et verktøy som implementeres i klinisk praksis, ikke bare på poliklinikker, men også i primærhelsetjenesten. Vi utvikler også en egen modul av Eir tilpasses til hjemmebruk. Her vil pasientene både kunne registrere symptomer og intensitet, og i tillegg få tilgang til kvalitetssikret informasjon om sin egen sykdom, skrive egne notater og mulighet



til å sende beskjeder til sykehuset. Eir utvikles også slik at alle data skal kunne lagres i elektronisk pasientjournal så fremt journalsystemet gir muligheter for dette. Alt dette er aspekter som vi håper vil forbedre symptomhåndteringen og dermed gi pasienter bedre behandling for sine kreftrelaterte symptomer. ■

Referanser:

1. Laugsand EA, Kaasa S, de Conno F, et al. Intensity and treatment of symptoms in 3,030 palliative care patients: a cross-sectional survey of the EAPC Research Network. *Journal of opioid management* 2009;5(1):11-21
2. Meuser T, Pietruck C, Radbruch L, et al. Symptoms during cancer pain treatment following WHO-guidelines: a longitudinal follow-up study of symptom prevalence, severity and etiology. *Pain* 2001;93(3):247-57
3. Hickok JT, Morrow GR, Roscoe JA, et al. Occurrence, severity, and longitudinal course of twelve common symptoms in 1129 consecutive patients during radiotherapy for cancer. *Journal of pain and symptom management* 2005;30(5):433-42 doi: 10.1016/j.jpainsymman.2005.04.012[published Online First: Epub Date].
4. van den Beuken-van Everdingen MH, de Rijke JM, Kessels AG, et al. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Ann Oncol* 2007;18(9):1437-49 doi: 10.1093/annonc/mdm056[published Online First: Epub Date].
5. Fearon K. Cancer cachexia: developing multimodal therapy for a multidimensional problem. *Eur J Cancer* 2008;44(8):1124-32 doi: 10.1016/j.ejca.2008.02.033[published Online First: Epub Date].
6. Stiefel F, Die Trill M, Berney A, et al. Depression in palliative care: a pragmatic report from the Expert Working Group of the European Association for Palliative Care. *Support Care Cancer* 2001;9(7):477-88
7. Deandrea S, Montanari M, Moja L, et al. Prevalence of undertreatment in cancer pain. A review of published literature. *Ann Oncol* 2008;19(12):1985-91 doi: 10.1093/annonc/mdn419[published Online First: Epub Date].
8. Holtan A, Aass N, Nordoy T, et al. Prevalence of pain in hospitalised cancer patients in Norway: a national survey. *Palliat Med* 2007;21(1):7-13 doi: 10.1177/0269216306073127[published Online First: Epub Date].
9. Sharpe M, Strong V, Allen K, et al. Major depression in outpatients attending a regional cancer centre: screening and unmet treatment needs. *Br J Cancer* 2004;90(2):314-20 doi: 10.1038/sj.bjc.6601578[published Online First: Epub Date].
10. Zikos E, Ghislain I, Coens C, et al. Health-related quality of life in small-cell lung cancer: a systematic review on reporting of methods and clinical issues in randomised controlled trials. *The lancet oncology* 2014;15(2):e78-89 doi: 10.1016/S1470-2045(13)70493-5[published Online First: Epub Date].
11. Gravis G, Marino P, Joly F, et al. Patients' self-assessment versus investigators' evaluation in a phase III trial in non-castrate metastatic prostate cancer (GETUG-AFU15). *Eur J Cancer* 2014 doi: 10.1016/j.ejca.2013.11.034[published Online First: Epub Date].
12. www.eprc.org. The European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC) website. Secondary The European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC) website. www.eprc.org.
13. Hjermstad MJ, Lie HC, Caraceni A, et al. Computer-based symptom assessment is feasible in patients with advanced cancer: results from an international multicenter study, the EPCRC-CSA. *Journal of pain and symptom management* 2012;44(5):639-54 doi: 10.1016/j.jpainsymman.2011.10.025[published Online First: Epub Date].
14. Fyllingen EH, Oldervoll LM, Loge JH, et al. Computer-based assessment of symptoms and mobility in palliative care: feasibility and challenges. *Journal of pain and symptom management* 2009;38(6):827-36 doi: 10.1016/j.jpainsymman.2009.05.015[published Online First: Epub Date].
15. www.eirhealth.com.
16. Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, et al. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *Journal of palliative care* 1991;7(2):6-9

17. Sigurdardottir KR, Kaasa S, Rosland JH, et al. The European Association for Palliative Care basic dataset to describe a palliative care cancer population: Results from an international Delphi process. *Palliative medicine* 2014 doi: 10.1177/0269216314521264 [published Online First: Epub Date].
18. Bauer J, Capra S, Ferguson M. Use of the scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) as a nutrition assessment tool in patients with cancer. *European journal of clinical nutrition* 2002;56(8):779-85 doi: 10.1038/sj.ejcn.1601412 [published Online First: Epub Date].
19. Kaasa S, Apolone G, Klepstad P, et al. Expert conference on cancer pain assessment and classification—the need for international consensus: working proposals on international standards. *BMJ Supportive & Palliative Care* 2011;3:281-87
20. Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain* 2005;114(1-2):29-36 doi: 10.1016/j.pain.2004.12.010 [published Online First: Epub Date].
21. Bennett M. The LANSS Pain Scale: the Leeds assessment of neuropathic symptoms and signs. *Pain* 2001;92(1-2):147-57
22. Freynhagen R, Baron R, Gockel U, et al. painDETECT: a new screening questionnaire to identify neuropathic components in patients with back pain. *Current medical research and opinion* 2006;22(10):1911-20 doi: 10.1185/030079906X132488 [published Online First: Epub Date].
23. Portenoy R. Development and testing of a neuropathic pain screening questionnaire: ID Pain. *Current medical research and opinion* 2006;22(8):1555-65 doi: 10.1185/030079906X115702 [published Online First: Epub Date].
24. Backonja MM, Krause SJ. Neuropathic pain questionnaire--short form. *The Clinical journal of pain* 2003;19(5):315-6
25. Hagen NA, Stiles C, Nekolaichuk C, et al. The Alberta Breakthrough Pain Assessment Tool for cancer patients: a validation study using a delphi process and patient think-aloud interviews. *J Pain Symptom Manage* 2008;35(2):136-52 doi: 10.1016/j.jpainsymman.2007.03.016 [published Online First: Epub Date].



Det er i alle kurs mulig å ha med seg samlivspartner/nærstående

«Livet kan få nye perspektiv og gis nye muligheter»



Tilbudet er landsdekkende og det søkes direkte til MBS.

Montebellosenteret tilbyr unikt opphold for de som har eller har hatt kreft.

Alle kursopphold handler om å få faglig kunnskap, dele erfaringer og oppleve fellesskap med andre mennesker i samme situasjon.

«Kreft - hva nå?» kurs er diagnoserelatert og hovedmålsettingen er «Lær å leve med endringer som følge av kreft». **Temakurs** har fokus på tema knyttet til utfordringene videre i livet. Fokus i **familiekurs** er barns behov, mestring og støtte fra andre barn og unge i samme situasjon.

Mer informasjon finner du på www.montebellosenteret.no eller kontakt oss på e-post eller telefon.

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



www.deltet.no Foto: Olin Hveem



Underveis

**17. Landskonferanse
i Kreftsykepleie i Stavanger**

24.-26. september 2015
Clarion Hotel Energy



FORUM FOR KREFTSYKEPLEIE
NSFs FAGGRUPPE



EONS fylder 30 år

European Oncology Nursing Society (EONS) har i dag 30.000 medlemmer fra 32 land. Medlemmene er kræftsygepleiere, nationale kræftsygepleiere, nasjonale sygepleierforeninger innen kreftområdet, institusjoner og organisasjoner.



Tekst **Birgitte Grube**, EONS Past Præsident

European Oncology Nursing Society blev grundlagt i 1984, baseret på et behov for at kræftsygepleje skulle anerkendes som en specialiseret profession. Der var et behov for at udvikle uddannelsesprogrammer med krav om kompetencer og et specialiseret indhold, og et krav om at kræftsygeplejersker i Europa kunne få en platform hvor vores stemme kun-

- Communication
- Advocacy
- Research
- Education

Hvis du får lyst til at deltage, eller blot orientere dig, er du velkommen til at besøge hjemmesiden www.cancernurse.eu.

En vigtig del af EONS målsætning er at hjælpe sygeplejersker i hele Europa

«Målsætning er at hjælpe sygeplejersker at udvikle deres faglige viden.»

ne blive hørt i politiske sammenhænge. Mange af de nationale kræftsygeplejeselskaber er grundlagt på nogenlunde samme tid, og under de samme principper.

EONS består af en bestyrelse på 9 medlemmer fra hele Europa, og et sekretariat, der har hovedsæde i London. EONS har 4 arbejdsgrupper, som det er muligt for alle medlemmer at blive en del af. En rigtig god ide, hvis man gerne vil vide lidt mere om EONS aktiviteter, og man måske overvejer at blive en del af bestyrelsen en dag.

De 4 arbejdsgrupper har overskriften CARE:

med at udvikle deres faglige viden. Det arbejdes der med på flere planer og det væsentligt er at uddannelse og projekter er baseret på erfarings- og vidensudveksling på tværs af lande, afdelinger, og specialer.

Akkreditering

Hvert år, akkrediterer EONS en række kurser, seminarer, konferencer og E-learning programmer. EONS har udviklet en speciel guide (Facet), der beskriver rammerne for en aktivitet kan blive godkendt, og dermed akkrediteret.

Ved at udfylde et ansøgningsskema med kursusmateriale, navne på oplægholdere, referencer, læringsudbytte, vil

man kunne få vurderet sit kursus, og få gode råd til hvordan det eventuelt kan forbedres.

EONS forsøger med denne akkreditering at sikre at kvaliteten af de uddannelsesmuligheder, der stilles til rådighed for kræftsygeplejersker i hele Europa, har en vis standard og niveau. Processen giver EONS et godt overblik hvad angår indhold og behov for uddannelser og kurser i Europa.

I 2010 blev EONS akkrediteringsprocedure opdateret i overensstemmelse med EU's Bologna-aftale.

Curriculum

EONS har stået i spidsen for udviklingen af Post-basis Curriculum i Cancer Nursing siden 1991. Overordnet indeholder det anbefalinger i forhold til viden, færdigheder og kompetencer, der bør kræves af en sygeplejerske, for at hun kan levere kvalitet i plejen og behandlingen af kræftpatienterne. Programmet er revideret et par gange og det sidste program fra 2013, havde specielt fokus på de krav der stilles i forhold til om evidensbaseret pleje, og udviklingen af standarder.

For at imødekomme nationale behov er programmet fleksibelt opbygget og kan derfor tilpasses de enkelte landes egne uddannelsesprogrammer. I Dan-



mark er onkologisk efteruddannelse og Specialuddannelsen i kræftsygepleje udviklet ud fra EONS Post-basis Curriculum.

EONS har i 2006, udviklet et curriculum med fokus på ældre mennesker med kræft, med anbefalinger til de specielle færdigheder og viden der bør være i plejen til denne gruppe mennesker.

EONS er i øjeblikket ved at udvikle et curriculum der fokuserer på børn med kræft, og deres behov for speciel pleje og behandling.

Uddannelse

EONS har udviklet flere forskellige variationer af uddannelsesprogrammer. De fleste som konventionelle kurser og nu også flere udviklet E-learningbaseret.

Alle kurserne er udformet og organiseret således at det enkelte land, som regel det Nationale Selskab for

Kræftsygeplejersker, i samarbejde med eksperter, kan tilpasse programmet så det passer til lokale forhold. Et meget relevant og aktuelt kursus er Target.

Target

Den hurtige udvikling inden for medicinsk kræftbehandling påvirker vores daglige kliniske praksis. Uanset hvor man arbejder, hvad enten det er større universitetshospitaler eller mindre sygehuse, anvendes de nye og mere målrettede behandlinger på en række kræftformer.

Antallet af disse behandlinger har været eksponentielt stigende i de seneste år, og ikke sjældent er de nyere behandlingsregimer, en kombination af et nyt stof og konventionel kemoterapi.

Formålet med Target kurset er at give sygeplejersker en større forståelse for videnskaben bag de targeterede(mål-

rettede) behandlinger, og en generel og specifik forståelse for brugen og effekten af disse behandlinger.

Indhold

- Tumorbibliologi
- Definition på targeteret behandling
- Anvendelse af targeteret behandling i klinisk praksis
- Bivirkninger, pleje og behandling af disse
- Information og behov for støtte til patienterne og pårørende

Hvordan får man kurset til Norge

Det nationale kræftsygeplejerske selskab skal blot kontakte EONS. Kursus materiale er komplet med kompendium, undervisningsmateriale med powerpoint, og opgave og testkriterier. Kurset er på nuværende tidspunkt over-

sat til engelsk, tysk, fransk, svensk og hollandsk. Det er muligt at søge støtte via EONS til en norsk oversættelse.

I de lande hvor kurset er gennemført flere gange, arbejder en fast gruppe bestående af folk fra det faglige selskab og eksperter indenfor området. I Holland har de således afviklet kurset 2 gange om året i 6 år, placeret flere steder i landet.

Da der hele tiden sker ny udvikling indenfor dette område, revideres kurset minimum x 1 årligt. Du kan læse meget mere om kurset, og de andre kurser på EONS hjemmeside:

<http://www.cancernurse.eu/education/target.html>

Ledelse af kræftsygepleje

Gennem sine 30 år har en af EONS' hovedmissioner været at understøtte at enhver kræftsygeplejerske er leder af egen sygepleje; hvad enten de arbejder på hospital, i ambulatorium, i hjemme-sygeplejen, på hospice, i uddannelses-sektoren, i industrien eller er aktive i en organisation eller et selskab, som for eksempel EONS.

Nogen vil måske sige at kræftsygeplejersker i Europa, og i eget land, godt kunne være mere synlige, og i hvert fald i større antal, deltage mere aktivt, hvor beslutningerne tages. EONS deltager i flere arbejdsgrupper under EU kommissionen, og gennem de sidste 5-10 år, har

tid, kan åbnes mulighed for at mange flere sygeplejersker kan deltage i EU Kommissionens arbejde. I dag er det ofte således at én, måske to, sygeplejersker skal dække et helt speciale, hvor lægerne ofte er repræsenteret med mange. Dette er ikke rimeligt, da patienten, ofte er i kontakt med den kirurgiske -, den medicinske -, ambulatoriesygeplejersken, og med hjemmesygeplejersken.

Sygeplejersker har altid haft en stærk tradition for at tale på vegne af patienterne og deres pårørende, og arbejdet for ens og lige behandling af mennesker med for eksempel kræft. Selvom kræftsygeplejersker i dag, reagerer og blander sig i mere i debatter og i beslutningsprocesser indenfor kræftområdet, end blot for nogle år siden, er der brug for at vi ser på hvilke roller og positioner sygeplejerskerne bør have i fremtidens kræftområdet.

Politiske debatter

Selvom vores grunduddannelse forbereder os på at vi er fortalere for patienter og deres pårørende, og kunne se hele patientens situation, så forbereder uddannelsen os ikke på den type af argumentation og myndighed, der kræves i dag i selskaber nationalt og internationalt, eller i politiske debatter i offentligheden, eller sidst men ikke mindst på arbejdspladsen.

mentere i grupper af 10-12 læger, eller i politiske sammenhænge kunne argumentere sagligt for et synspunkt.

Historisk set har sygeplejersker ikke været ordentlig forberedt til at varetage sådanne myndige roller, og derfor er det let at forstå hvorfor vi nogen gange har svært ved at påtage os et sådant ansvar. Men sygeplejersker har altid kunne tilegne sig de færdigheder, der er nødvendige for at kunne tale patienter og pårørende sag, og ikke mindst for professionens skyld.

Hele grundlaget for sygepleje er jo netop at værne om, og med integritet og empati, tale sine patienters sag. Men hvor kan sygeplejersker bedst gøre deres stemme gældende, når det drejer sig om afgørende politiske beslutninger for patienterne og for faget sygepleje.

Politisk indflydelse

I litteraturen taler man om 3 områder, eller sfærer, hvor sygeplejersker bør spille en rolle og have politisk indflydelse.

1. Arbejdspladsen
2. Politik – Regering – EU-kommissionen
3. Organisation – selskaber – interessegrupper (EONS, Norsk kræftsygepleje selskab)

Så selvom man ikke er en del af en europæisk bestyrelse som EONS, eller et nationalt selskab, så har man stadig en forpligtelse til at blande sig og gøre sin stemme gældende for sit fag og dermed for patienterne.

EONS afholder EONS 9 i Istanbul den 18. og 19. september 2014. Jeg håber at se jer på denne konference, og også på fremtidige konferencer eller temadage. Jeg håber vi kan diskutere kræftsygepleje, og hvordan I som norske sygeplejersker kan gøre jeres indflydelse gældende i EONS.

Jeg er altid villig til at svare på spørgsmål omkring EONS (European Oncology Nursing Society). ■

«Man har en forpligtelse til å gøre sin stemme gældende for sit fag.»

sygeplejersker indenfor kræftområdet fået mere og mere indflydelse i disse grupper, og også nationalt, har man kunne se denne udvikling. I Danmark er der for eksempel næsten altid en sygeplejersker fra kræftområdet repræsenteret i Sundhedsstyrelsens referencegrupper for kræftplanerne og andre relevante grupper.

EONS håber at der, i nær frem-

Kræftsygeplejersker skal, ligesom alle andre sygeplejersker, være uddannet og forberedt på at tale om deres patienters behov, præsentere data og udsagn, som er evidensbaseret, have viden om økonomiske konsekvenser i forhold til patienternes problemstillinger. Kræftsygeplejer skal have viden om forskning og forskningsforståelse, besidde mod og myndighed til at argu-

Aktuelle bøker



Tekst Johan Alvik Omslagsfoto Forlagene

BOKOMTALE

Kropp og sinn

I boken beskriver klinikere vanlige psykiske reaksjoner hos somatisk syke mennesker og gjør rede for hvordan helsepersonell kan tilby dem integrerte tjenester.

Boken består av fire deler:

- Modeller og utredning
- Psykiske lidelser og symptombilder
- Behandlingsformer
- Spesielle psykiske reaksjoner ved viktige somatiske sykdommer

Redaktører er Alv A. Dahl, Trond F. Aarre og Jon Håvard Loge.

Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom, Cappelen Damm Akademisk



BOKOMTALE

Dødsbudskap

I denne boken forteller pårørende om hva som var viktig for dem da de fikk dødsbudskapet, og i samtalen som fulgte. Fagfolk deler erfaringer fra de vanskeligste samtalen gjennom situasjonsbilder og eksempler. Vi møter politiets innsatsleder, ambulansens paramedic, sykepleieren ved akuttmottaket, fødselslegen, politiets etterforsker og etikkprofessoren. I tillegg møter vi forfatteren som fikk i oppdrag å skrive for de etterlatte og for nasjonen etter terroren 22. juli 2011.

Bud bærer, samtaler ved plutselig død, Gyldendal Akademisk



BOKOMTALE

Utfordringer og muligheter

Digitale medier brukes i økende grad for å innhente eller formidle informasjon om helse. Boken handler om de utfordringer og muligheter dette fører til for brukere og ytere av helsetjenester. Pasienter og brukerorganisasjoner finner både kunnskap og hverandre på internett. Det legger til rette for større grad av selvbestemmelse. Samtidig fører økt teknologikompetanse hos brukere av helsetjenester til nye krav til helsepersonells fagkunnskap og kommunikasjonsferdigheter.

Helsekommunikasjon og digitale medier, Gyldendal Akademisk



BOKOMTALE

Feil på jobb

Forfatteren retter søkelyset på helsearbeiderne og deres opplevelser. De moralske og personlige kostnadene kan være store for helsearbeidere som er involvert når noe går galt med pasienten. Forfatterens hensikt er å bidra til en profesjonsetikk som ivaretar berørte helsearbeidere så vel som pasienter og pårørende. Boken bygger på intervjuer med leger, psykologer og sykepleiere. Begreper som skyld, skam og ansvar står sentralt i deres fortellinger.

Når noe går galt, Cappelen Damm Akademisk



Forekomst av smerte og gjennombruddssmerte

Alle kreftpasienter bør screenes for smerte. Hvis de har vondt, bør de diagnostiseres nøye før tiltak blir anbefalt. Det viser denne studien om forekomst av smerte blant polikliniske pasienter på en kreftavdeling.



Av Cinzia Marini,
Forskningssykepleier St
Olavs Hospital

Systematisk kunnskap om prevalens og effekt av behandling på kreftmerter hos polikliniske kreftpasienter er begrenset. Målet med denne studien Målet med denne studien, som ble gjennomført i regi av PRC i samarbeid med Kreftklinikken St. Olavs Hospital, var å undersøke smerteprevalens var å undersøke smerteprevalens i en stor representativ kohort (gruppe)pasienter på en kreftpoliklinikk. Dette for å finne et grunnlag for videre screening av smerte, smerteklassifisering og smertebehandling. Studien viste at 22 % av pasientene på kreftpoliklinikken rapporterte klinisk signifikant smerte. Funnene indikerer at alle pasienter bør screenes for smerte, og hvis smerte rapporteres, burde den bli diagnostisert nøyere før noen tiltak blir anbefalt.

I studien deltok 305 polikliniske pasienter med histologisk påvist kreft. Pasientene var over 18 år og hadde ingen kirurgisk behandling de siste 24 timene.

Innledning

I de siste 20 år har onkologisk behandling utviklet seg fra overveiende sengbasert til poliklinisk.

Onkologiske konsultasjoner har krympet ned til 20–30 minutter, og hovedfokus er behandling av selve kreften, mens symptomer som for eksempel smerte får mindre oppmerksomhet i diagnose og behandling.

De publiserte data om smerteprevalens er

inkonsistente og varierer fra 18–62 %, sannsynligvis på grunn av variasjoner i utvalget og/eller fordi man har brukt flere forskjellige måleverktøy. (1–3)

BTP (Breakthrough pain = gjennombruddssmerte) blir definert som «en kortvarig forverring av smerte til sterkere intensitet enn moderat, som er en forverring av en grunnleggende smerte av moderat intensitet eller mindre, hos kreftpasienter behandlet med opioider» (6). Denne typen smerte kan imidlertid oppleves av alle pasienter, også de som ikke bruker opioider. Derfor kan man også bruke begrepet «episodisk smerte». Pasienter med BTP rapporterer nedsatt livskvalitet. Tidligere data om BTP hos polikliniske kreftpasienter er utilstrekkelige, men peker i retning av en prevalens på 33–37 %. (8,9)

Man trenger ikke bare å identifisere pasienter med klinisk signifikant smerte, men også å diagnostisere/klassifisere smerten i tillegg til smerteintensiteten. Før man gjør det, er det nødvendig å få et nøyaktig bilde av smerteprevalensen. Følgende forskningsspørsmål ble stilt:

1. Hva er smerteprevalens i en uselektert, representativ kohort (gruppe) av polikliniske kreftpasienter?
2. Er smerteintensiteten assosiert med demografi, BTP og med andre klinisks relevante, kreftrelaterte variable som for eksempel diagnose, komorbiditet, behandlingsintensjon hos polikliniske kreftpasienter som har smerter?



3. Hva er prevalensen av BTP hos polikliniske kreftpasienter, og er den assosiert med høyere påvirkning av smerte på livskvalitet?

Pasienter og metode: Man brukte et deskriptivt tverrsnittstudiedesign. Studien ble gjennomført i slutten av 2008 på poliklinikken ved Kreftklinikken, St.Olavs Hospital i Trondheim. Pasientene ble inkludert over en 4 ukers periode med utvalgte dager for inklusjon og representerte en uselektet kohorte av pasienter som skulle ha legekonsultasjon eller kreftbehandling samme dag som inklusjon.

Inklusjonskriterier:

- Histologisk verifisert malign sykdom.
- Minst 18 år gamle.
- Kognitivt adekvate.
- Ingen kirurgi de siste 24 t.

Pasientene fylte ut Brief Pain Inventory (BPI) og Alberta Breakthrough Pain Assessment Tool for kreftpasienter (ABPAT).

Resultater

Demografi:

- Totalt ble 419 pasienter screenet og 305 inkludert.
- Gjennomsnittsalder var 60 år.
- 20 % var 70 år eller eldre.

- De fleste (31 %) hadde brystkreft, deretter kolorectal kreft, lymfom og prostata.
- 63 % hadde ikke metastatisk sykdom og god fysisk funksjon (WHO 0-1).

Smertetyper:

- 22 % rapporterte klinisk signifikant smerte i de siste 24 timer.
- 11 % rapporterte klinisk signifikant smerte akkurat der og da.
- 21 % rapporterte BTP.
- Gjennomsnitt på BTP var 6.1 for 39 % var BTP en forverring av grunnleggende smerte for 31 % en annen type smerte
- 30 % var usikre

Assosiasjon med andre kreftrelaterte variabler:

- Av dem som hadde smerte (n=147) kunne man se en assosiasjon med: alder (over 71 år), BTP, komorbiditet, palliativ behandling, cancerstadie.
- Pasienter med BTP har et signifikant høyere forekomst av humørforstyrrelser og søvnforstyrrelser.

Diskusjon

Smerteprevalensen og prevalens av BTP i denne studien er lavere sammenliknet med de fleste andre studier, hvor den varierer mellom 18–77 %.

En forklaring kan være at inklusjonskriteriene



OPPFØLGING: Polikliniske pasienter med kreft burde følges opp med en standardisert metode, for å identifisere pasienter med neuropatisk smerte, psykologiske plager og søvnforstyrrelser. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

er forskjellige. I denne studien ble en uselektert pasientkohort inkludert, uten noe krav til bruk av smertestillende eller opioider.

En annen mulig forklaring ligger kanskje i måten kreftpoliklinikken er organisert på, med en integrert tilnærming som innebærer at pasientene kan undersøkes både av spesialister i palliativ medisin og av onkologer. Denne integrerte tilnærmingen kan øke oppmerksomheten ikke bare mot tumorbehandling, men også om behandling av symptomer. I tillegg har man i mange år hos oss understreket viktigheten av smertevurdering

«Dette kan bedre livskvalitet for polikliniske kreftpasienter.»

og smertebehandling, og dette kan ha bidratt til lavere smerte- og BTP prevalens i denne studien.

Den viktigste variabelen assosiert med gjennomsnittlig smerteintensitet er søvn, dessuten BTP, komorbiditet, alder og behandlingsintensjon. Dette er konsistent med tidligere forskning. Man trenger å forske videre på sammenhengen mellom smerte og søvn,

også for å kunne si noe om årsak/virkningsforhold.

Komorbiditet var også signifikant assosiert med gjennomsnittlig smerteintensitet. Komorbiditet ble kanskje litt enkelt definert i denne studien, men en nøyaktig definisjon ville vært utenfor målet med studien. For å belyse bedre komorbiditets innvirkning på smerte trenger man videre forskning.

Vi vet fra EPOS og EPCRS-CSA studiene, mest på inneliggende, palliative pasienter, at de rapporterte en smerteintensitet på minst 4 på en 0–11 skala. Dette støtter funnene i denne studien og peker i retning at man anbefaler rutinemessig smertescreening av polikliniske pasienter.

Man kan stille spørsmål ved ekstern validitet på grunn av det relativt begrensede antall pasienter i denne studien. Siden alle kreftpasienter i regionen som trenger behandling blir henvist denne kreftpoliklinikken mener vi likevel at den eksterne validiteten er akseptabel.

Man hadde tidsbegrensninger i gjennomføring av denne studien, både for pasientene og for legene. Spørreskjemaene inneholdt nødvendigvis kun et begrenset antall spørsmål. Men hvis man

hadde tillatt å fylle ut spørreskjemaene hjemme ville man antakelig fått en lavere inklusjonsrate.

Konklusjon og anbefalinger for smertescreening

Omtrent 25 % av alle polikliniske kreftpasienter kan ha signifikant smerte. I tillegg kan en signifikant del av disse pasientene, de med lokalavansert kreft, ha klinisk relevant smerte. For å identifisere disse pasientene burde en form for screening bli brukt rutinemessig. Man burde følge opp denne undergruppen med en standardisert metode for å identifisere pasienter med neuropatisk smerte, psykologiske plager og søvnforstyrrelser. (25) Man trenger en systematisk tilnærming til å vurdere denne problematikken og til å kommunisere funn internasjonalt, helst basert på internasjonal konsensus. Dette kan bidra til en mer målrettet smertebehandling og bedre livskvalitet for polikliniske kreftpasienter. ■

Denne artikkelen er en oppsummering av en artikkel presentert i fulltekst i Supportiv Care Cancer Volume 22, Issue 7, July 2014: «A cross sectional study on prevalence of pain and breakthrough pain among an unselected group of outpatients in a tertiary cancer clinic» v. Sunil X.Raj, Morten Thronæs, Cinzia Brunelli, Marianne J. Hjermstad, Pål Klepstad, Stein Kaasa. Referanselisten viser til fulltekstartikkelen.

Cinzia Marini er forskningssykepleier ved St Olavs Hospital - og har skrevet dette sammendraget av artikkelen på bestilling fra tidsskriftet.

Referanser:

1. Barbera L, Seow H, Howell D, Sutradhar R, Earle C, Liu Y, Stitt A, Husain A, Sussman J, Dudgeon D (2010) Symptom burden and performance status in a population-based cohort of ambulatory cancer patients. *Cancer* 116:5767–5776
2. Cleeland CS (1989) Measurement of pain by subjective report. In: Chapman CR, Loeser JD (eds) *Advances in pain research and therapy*. Raven, New York, pp 391–403
3. O'Connor M, Weir J, Butcher I, Kleiboer A, Murray G, Sharma N, Thekkumpurath P, Walker J, Fallon M, Storey DJ, Sharpe M (2011) Pain in patients attending a specialist cancer service: prevalence and association with emotional distress. *J Pain Symptom Manage* 43(1): 29–38
4. Mercadante S, Radbruch L, Caraceni A, Cherny N, Kaasa S, Nauck F, Ripamonti C, De Conno F (2002) Episodic (breakthrough) pain: Consensus Conference of an Expert Working Group of the European Association for Palliative Care. *Cancer* 94:832–839
5. Zeppetella G, O'Doherty CA, Collins S (2000) Prevalence and characteristics of breakthrough pain in cancer patients admitted to a hospice. *J Pain Symptom Manage* 20:87–92
6. Portenoy RK, Hagen NA (1990) Breakthrough pain: definition, prevalence and characteristics. *Pain* 41:273–281
7. Payne R (2007) Recognition and diagnosis of breakthrough pain. *Pain Med* 8(Suppl 1):S3–S7
8. Portenoy RK, Bruns D, Shoemaker B, Shoemaker SA (2010) Breakthrough pain in community-dwelling patients with cancer pain and noncancer pain, part 1: prevalence and characteristics. *J Opioid Manag* 6:97–108
9. Valeberg BT, Miasowski C, Hanestad BR, Bjordal K, Moum T, Rustoen T (2008) Prevalence rates for and predictors of self-reported adherence of oncology outpatients with analgesic medications. *Clin J Pain* 24:627–636
10. Fainsinger RL, Nekolaichuk C, Lawlor P, Hagen N, Bercovitch M, Fisch M, Galloway L, Kaye G, Landman W, Spruyt O, Zhukovsky D, Bruera E, Hanson J (2010) An international multicentre validation study of a pain classification system for cancer patients. *Eur J Cancer* 46:2896–2904
11. Knudsen AK, Brunelli C, Kaasa S, Apolone G, Corli O, Montanari M, Fainsinger R, Aass N, Fayers P, Caraceni A, Klepstad P, European Palliative Care Research Collaborative, European Pharmacogenetic Study (2011) Which variables are associated with pain intensity and treatment response in advanced cancer patients? Implications for a future classification system for cancer pain. *Eur J Pain* 15:320–327
12. Cleeland CS (1991) *Pain assessment in cancer*. CRC Press, Boca Raton
13. Daut RL, Cleeland CS, Flanery RC (1983) Development of the Wisconsin Brief Pain Questionnaire to assess pain in cancer and other diseases. *Pain* 17:197–210
14. Hagen N, Stiles C, Nekolaichuk C, Biondo P, Carlson L, Fisher K, Fainsinger R (2008) The Alberta Breakthrough Pain Assessment Tool for Cancer Patients: a validation study using a Delphi process and patient think-aloud interviews. *J Pain Symptom Manage* 17:136–152
15. Klepstad P, Loge JH, Borchgrevink PC, Mendoza TR, Cleeland CS, Kaasa S (2002) The Norwegian Brief Pain Inventory Questionnaire: translation and validation in cancer pain patients. *J Pain Symptom Manage* 24:517–525
16. Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, Edmonson JH, Blum RH, Stewart JA, Pandya KJ (1994) Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *N Engl J Med* 330:592–596
17. Shvartzman P, Friger M, Shani A, Barak F, Yoram C, Singer Y (2003) Pain control in ambulatory cancer patients—can we do better? *J Pain Symptom Manage* 26:716–722
18. Davies A, Zeppetella G, Andersen S, Damkier A, Vejlgård T, Nauck F, Radbruch L, Sjølund KF, Stenberg M, Buchanan A (2011) Multicentre European study of breakthrough cancer pain: pain characteristics and patient perceptions of current and potential management strategies. *Eur J Pain* 15:756–763
19. Portenoy RK, Payne D, Jacobsen P (1999) Breakthrough pain: characteristics and impact in patients with cancer pain. *Pain* 81:129–134
20. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR (1987) A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis* 40:373–383
21. Groll DL, To T, Bombardier C, Wright JG (2005) The development of a comorbidity index with physical function as the outcome. *J Clin Epidemiol* 58:595–602
22. Klepstad P, Fladvad T, Skorpen F, Bjordal K, Caraceni A, Dale O, Davies A, Kloke M, Lundström S, Maltoni M, Radbruch L, Sabatowski R, Sigurdardottir V, Strasser F, Fayers PM, Kaasa S (2011) Influence from genetic variability on opioid use for cancer pain: a European genetic association study of 2294 cancer pain patients. *Pain* 152:1139–1145
23. Hjermstad MJ, Lie HC, Caraceni A, Currow DC, Fainsinger RL, Gundersen OE, Haugen DF, Heitzer E, Radbruch L, Stone PC, Strasser F, Kaasa S, Loge JH (2012) Computer-based symptom assessment is feasible in patients with advanced cancer: results from an international multicenter study, the EPCRC-CSA. *J Pain Symptom Manage* 44:639–654
24. Fainsinger RL, Nekolaichuk CL (2008) A "TNM" classification system for cancer pain: the Edmonton Classification System for Cancer Pain (ECS-CP). *Support Care Cancer* 16:547–555
25. Knudsen AK, Brunelli C, Klepstad P, Aass N, Apolone G, Corli O, Montanari M, Caraceni A, Kaasa S (2012) Which domains should be included in a cancer pain classification system? Analyses of longitudinal data. *Pain* 153:696–703

E-sigaretter – farlige eller livreddende?

Verdens helseorganisasjon vil ha strengere regler for e-sigaretter. Men flere forskere mener vi bør oppmuntre bruken fordi de er langt mindre skadelige enn vanlig tobakk.

En e-sigaretterbruker inhalerer damp fra en væske, i stedet for røyken fra tobakk. Noen væsker inneholder nikotin, andre ikke. E-sigarettene utgjør en alvorlig trussel mot barn og fostre, mener Verdens helseorganisasjon (WHO), ifølge NTB. I en rapport tar organisasjonen til orde for et forbud mot salg til mindreårige, og å forby røyking av e-sigaretter i offentlige bygninger.

Kilde: forskning.no



Afinitor «Novartis» Proteinkinasehemmer.

C1 **TABLETTEN 2,5 mg, 5 mg og 10 mg:** Hver tablett inneholder everolimus 2,5 mg, resp. 5 mg og 10 mg, butylhydroksytoluen (E 321), laktose, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Behandling av avansert hormonnorsoposittiv, HER2/neu-negativ brystkreft, i kombinasjon med eksemestan, hos postmenopausale kvinner uten symptomatisk visceral sykdom, etter tilbakefall eller progresjon med en ikke-steroid aromatasehemmer. Behandling av ikke-operable eller metastatiske, veldifferensierte eller moderat differensierte, pankreatiske neuroendokrine tumorer hos voksne med progressiv sykdom. Behandling av langkommet nyrecellekarsinom der sykdommen har progrediert under eller etter VEGF-rettet behandling. **Dosering:** Behandling bør initieres og følges opp av lege med erfaring i bruk av legemidler for behandling av kreftpasienter. **Anbefalt dose:** 10 mg 1 gang daglig til samme tid hver dag. Behandling bør pågå så lenge man ser klinisk nytte eller til det oppstår uakseptabel toksisitet. **Dosejustering ved bivirkninger:** Gradering basert på NCI-kriterier. **Ikke-infeksiøs pneumonitt:** Grad 2: Vurder å avbryte behandlingen inntil symptomene forbedres til grad ≤ 1 . Start opp igjen behandlingen med 5 mg daglig. Seponer behandlingen ved manglende forbedring innen 4 uker. Grad 3: Avbryt behandlingen inntil symptomene forbedres til grad ≤ 1 . Vurder å starte opp igjen med 5 mg daglig. Dersom toksisiteten er grad 3 gjenopstår, vurder seponering. Grad 4: Seponer. **Stomatitt:** Grad 2: Avbryt behandlingen til forbedring til grad ≤ 1 . Start opp igjen med samme dose. Hvis stomatitt går tilbake til grad 2, avbryt behandlingen til forbedring til grad ≤ 1 . Start opp igjen med 5 mg daglig. Grad 3: Avbryt behandlingen til forbedring til grad ≤ 1 . Start opp igjen med 5 mg daglig. Grad 4: Seponer. **Andre ikke-hematologiske toksisiteter (unntatt metabolske hendelser):** Grad 2: Hvis toksisiteten er tolererbar er ingen dosejustering nødvendig. Hvis toksisiteten blir utolerbar, avbryt behandlingen til forbedring til grad ≤ 1 . Start opp igjen med samme dose. Hvis toksisiteten går tilbake til grad 2, avbryt behandlingen til forbedring til grad ≤ 1 . Start opp igjen med 5 mg daglig. Grad 3: Avbryt dosen midlertidig til forbedring til grad ≤ 1 . Vurder å starte opp igjen med 5 mg daglig. Dersom toksisiteten er grad 3 gjenopstår, må seponering vurderes. Grad 4: Seponer. **Metabolske hendelser (f.eks. hyperglykemi, dyslipidemi):** Grad 2: Ingen dosejustering er nødvendig. Grad 3: Avbryt behandlingen midlertidig. Start opp igjen med 5 mg daglig. Grad 4: Seponer. **Trombocytopeni:** Grad 2 (≤ 75 – 50×10^9 /liter): Avbryt behandlingen til forbedring til grad ≤ 1 ($\geq 75 \times 10^9$ /liter). Start opp igjen med samme dose. Grad 3 og 4 ($\leq 50 \times 10^9$ /liter): Avbryt behandlingen til forbedring til grad ≤ 1 . Start opp igjen med 5 mg daglig. **Nøytropeni:** Grad 2 ($\geq 1 \times 10^9$ /liter): Ingen dosejustering er nødvendig. Grad 3 (< 1 , $\geq 0,5 \times 10^9$ /liter): Avbryt behandlingen til forbedring til grad ≤ 2 . Start opp igjen med samme dose. Grad 4 ($< 0,5 \times 10^9$ /liter): Avbryt behandlingen til forbedring til grad ≤ 2 . Start opp igjen med 5 mg daglig. **Febril nøytropeni:** Grad 3: Avbryt behandlingen til forbedring til grad ≤ 2 ($\geq 1,25 \times 10^9$ /liter) og ingen feber. Start opp igjen med 5 mg daglig. Grad 4: Seponer. **Spesielle pasientgrupper:** **Nedsatt leverfunksjon:** Lett nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» klasse A): Anbefalt dose er 7,5 mg daglig. Moderat nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» klasse B): Anbefalt dose er 5 mg daglig. Alvorlig nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» klasse C): Kun anbefalt dersom ønsket nytteverdi er større enn risikoen. Dosen skal ikke overskride 2,5 mg. Dosejustering dersom levertilstanden endres under behandling. **Nedsatt nyrefunksjon:** Dosejustering ikke nødvendig. **Barn:** Sikkerhet og effekt er ikke dokumentert. **Elde- ≥ 65 år:** Dosejustering ikke nødvendig. **Administrering:** Skal tas konsekvent med eller uten mat. Skal svelges hele med et glass vann. Ikke knuses. Skal ikke kveles. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene eller andre rapamcyinderivater. **Forsiktighetsregler:** Tilfeller av ikke-infeksiøs pneumonitt (inkl. interstiell lungesykdom) er observert. Noen alvorlige og i sjeldne tilfeller med fatal utfall. Diagnosen ikke-infeksiøs pneumonitt bør vurderes ved uspesifiske respiratoriske symptomer som hypoksi, pleural effusjon, hoste eller dyspné, og der infeksjoner av neoplastiske eller andre ikke-medisinske årsaker er ekskludert. Ved utvikling av radiologiske endringer som tyder på ikke-infeksiøs pneumonitt og få eller ingen symptomer, kan behandling fortsette uten dosejustering. Ved moderate (grad 2) eller alvorlige (grad 3) kan bruk av kortikosteroider være indisert inntil kliniske symptomer forbedres. Everolimus kan predisponere for bakterie-, sopp- eller protozoainfeksjoner, inkl. infeksjoner med opportunistiske patogener. Lokale og systemiske infeksjoner, inkl. pneumoni, andre bakterielle infeksjoner, invasive soppinfeksjoner som aspergilløse eller candida og virusinfeksjoner inkl. reaktivering av hepatitt B-virus er sett. Noen infeksjoner har vært alvorlige og noen har ført til fatale. Ved diagnose av en infeksjon må utvalgte behandling i gangsettes før eller samtidig med seponering av everolimusbehandlingen vurderes. Følgende infeksjoner bør være grundig behandlet for everolimusbehandling igangsettes. Dersom invasiv systemisk soppinfeksjon diagnostiseres, bør everolimus umiddelbart seponeres permanent, og eventuel angitt behandling gis. Hypersensitivitetsreaksjoner er observert. Munnsår, stomatitt og oral mukositt er sett ved everolimusbehandling. Topikal behandling er da anbefalt. Munnsvinn som inneholder alkohol, peroksid, jod og tiaminderivat bør unngås da disse kan forverre tilstanden. Antifungale midler bør ikke brukes med mindre soppinfeksjon er diagnostisert. Økning av serumkreatinin, vanligvis svak, og proteinuri er rapportert. Måling av nyrefunksjon, inkl. måling av blod-urea-nitrogen (BUN), protein i urinen eller serumkreatinin anbefales før oppstart av behandling og deretter periodisk. Tilfeller av nyresvikt (inkl. akutt nyresvikt), noen med fatal utfall, er observert. Nyrefunksjonen bør monitoreres, spesielt ved tilleggsfaktorer som øker risikoen for ytterligere nedsatt nyrefunksjon. Hyperglykemi er rapportert. Måling av fastende serumglukose anbefales før oppstart og regelmessig under behandling. Hyperglykemi må anbefales med samtidig behandling med antidiabetika. **Interaksjoner:** Everolimus er CYP 3A4-substrat og substrat og moderat hemmer av P-glykoprotein (P-gp). Absorpsjon og eliminasjon kan bli påvirket av substanser som påvirker CYP 3A4 og/eller P-gp. Samtidig behandling med everolimus og potente CYP 3A4- eller P-gp-hemmere anbefales ikke. Forsiktighet må utvises når samtidig behandling med moderate CYP 3A4- eller P-gp-hemmere ikke kan unngås. Doseringer til 5 mg eller 2,5 mg kan vurderes, men det foreligger ingen kliniske data med denne dosejusteringen. Nye monitorering av bivirkninger er anbefalt. Hvis den moderate hemmer seponeres, skal en utvaskingsperiode på minst 2-3 dager vurderes, for everolimusdosen endres tilbake til nivå før initiering av den moderate hemmer. Kombinasjon med grapefruktjuice eller annen mat som påvirker CYP 3A4 eller P-gp bør unngås. Samtidig bruk av potente CYP 3A4-induktorer bør unngås. Dersom samtidig administrering av everolimus og en potent CYP 3A4-induktor er nødvendig, bør doseøkning fra 10 mg daglig til 20 mg daglig vurderes med økning på ≤ 5 mg av gangen. Økningen bør skje på dag 4 og dag 8 etter initiering av induktor. Denne dosen er ventet å justere AUC til det området som er observert uten induktor. Det er imidlertid ingen kliniske data for denne dosejusteringen. Dersom behandling med induktor avsluttes, skal en utvaskingsperiode på minst 3-5 dager (rimelig tid for signifikant enzym de-induksjon) vurderes, før everolimusdosen endres tilbake til nivå før initiering av behandling med CYP 3A4-induktor. Preparer som inneholder jodnærsatt (prøkneprenium) bør ikke brukes under everolimusbehandling. Everolimus hemmer antageligvis interstiell CYP 3A4 og dermed biotilgjengeligheten av samtidig administrerte orale CYP 3A4- og/eller P-gp-substrater. Forsiktighet bør utvises ved samtidig oral administrering av CYP 3A4-substrater med smalt terapeutisk vindu. En klinisk relevant effekt på eksponering av systemisk administrerte CYP 3A4-substrater forventes imidlertid ikke. Samtidig bruk med ACE-hemmere kan gi økt risiko for angioedem (f.eks. opphovning i luftveier eller tunge, med eller uten pustevæsker). Bruk av levende vaksiner bør unngås. **Graviditet, amning og fertilitet:** Graviditet: Ikke anbefalt under graviditet. Sikkerhet ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Dyrestudier har vist reproduksjonstoksiske effekter, inkl. embryotoksitet og fototoksitet. Kvinner i fertil alder må bruke svært effektiv prevensjon under behandling, og i inntil 8 uker etter avsluttet behandling. Månlige pasienter skal ikke forby å forsøke å gjøre en kvinne gravid. **Amning:** Overgang i morsmelk er ukjent. Utskilles i melk hos rotter. Skal ikke brukes under amning. **Fertilitet:** Ukjent om everolimus kan forårsake sterilitet. Amenoré (sekundær amenoré og andre menstruasjonsforstyrrelser) og assosiert ubalansert LH/FSH er observert hos kvinnelige pasienter. Basert på ikke-kliniske funn kan manning og kvinnelig fertilitet vurderes ved everolimusbehandling. **Bivirkninger:** Svært vanlige ($\geq 1/10$): Blod/lymf: Anemi. Gastrointestinale: Stomatitt, diaré, kvalme, oppkast. Hud: Utslett, pruritus. Infeksiøs: Infeksjoner. Luftveier: Pneumonitt, epistakse. Neurologiske: Dysgeusi, hodepine. Stofskifte/ernæring: Nedsatt appetitt, hyperglykemi, hyperkolesterolemi. Undersøkelser: Vektreduksjon. Øvrige: Utmattelse (fatigue), perifer ødem, asteni. **Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$):** Blod/lymf: Trombocytopeni, nøytropeni, leukopeni, lymfopeni. Gastrointestinale: Munntørrhet, magesmerter, inflammasjon i slimhinne, smerter i munnen, dyspepsi, dysfagi. Hjerte/kar: Hypertensjon, blødninger. Hud: Tørr hud, neglsykdommer, mild alopeci, akne, erytem, onychoclasis, hånd- fot-syndrom, hudavskalling, hudlesjoner. Lever/galle: Økt ALAT, økt ASAT. Luftveier: Hoste, dyspné. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi. Nyre/urinveier: Proteinuri, økt blodkreatinin, nyresvikt. Psykiske: Insomni. Stofskifte/ernæring: Hypertriglyseridemi, hypofosfatemi, diabetes mellitus, hyperlipidemi, hypokalemi, dehydrering, hypokalsemi. Øye: Hevelse i øyelokket. Øvrige: Fyreski. **Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$):** Blod/lymf: Pancytopeni. Hjerte/kar: Konseptiv hypertensjon, radme, dyp venetrombose. Immunsystemet: Hypersensitivitet. Kjønnssykdommer: Menstruasjonsforstyrrelser. Luftveier: Hemoptyse, lungeemboli. Neurologiske: Agresi. Nyre/urinveier: Økt urinering på dagtid, akutt nyresvikt. Øye: Konjunktivitt. Øvrige: Ikke-kardiale brystsmertor. **Sjeldne ($\geq 1/10000$ til $< 1/1000$):** Blod/lymf: Erytroplasi. Hud: Angioedem. Kjønnssorganer/bryst: Amenoré. Luftveier: Akutt lungesykdom. Øvrige: Svakert sårtilheling. **Overdosering/Forgiftning:** Begrensede data tilgjengelig. Støttende tiltak bør igangsettes. Se Giftinformasjonens anbefalinger for Everolimus L04A A18. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Proteinkinasehemmer. **Virkningsmekanisme:** Bindes til det intracellulære proteinet FKBP-12 og danner et kompleks som hemmer aktiviteten av mTOR-kompleks-1 (mTORC1). Dette reduserer aktiviteten til S6 ribosomal proteinkinase (S6K1) og eukaryot elongeringsfaktor 4E-bindingsprotein (4EBP-1), og påvirker dermed translasjon av proteiner involvert i cellesykling, angiogenese og glykolyse. S6K1 antas å fosforylere «activation function domain 1» på østrogenreseptorer, som er ansvarlig for liganduavhengig reseptoraktivering. Nivået av vaskulær endothelial vekstfaktor (VEGF) som potensienser angiogenese prosesser i tumorer reduseres. **Utskillelse:** Maks. plasmakonsentrasjon: 400 ng/ml. Halveringstid: 20 timer. Steady state nås innen 2 uker. Fettrikt måltid reduserer ALAT og C_{max} med hhv. 22% og 54%. Lette fettmåltider reduserer AUC med 32% og C_{max} med 42%. **Proteinbinding:** Ca. 74%. **Fordeling:** Blod/plasma-ratio er konsentrasjonshengig og varierer fra 17-73% i doseringsområdet 5-5000 ng/ml. Distribusjonsvolum: 191 liter i sentralt kompartiment og 517 liter i perifer kompartiment. **Halveringstid:** Ca. 30 timer. **Metabolisme:** Everolimus er substrat for CYP 3A4 og P-gp. Men metabolittene bidrar tilleggs ikke signifikant til den totale farmakologiske aktiviteten. **Utskillelse:** 80% via feces, 5% via urin. **Pakninger og priser:** 2,5 mg: 30 stk. (blister) kr 14702,70. 5 mg: 30 stk. (blister) kr 24007,30. 10 mg: 30 stk. (blister) kr 33366,10.

Sist endret: 26.06.2014 (SPC 16.05.2014)

15 måneders utsettelse til progresjon

– ved behandling med Afinitor rett etter første progresjon på NSA1*

Se solnedgangen 198 ganger

Drikke 1327 kopper kaffe

Spise 43 søndagsmiddager

Sende 995 SMS til mannen

Kjenne sola varme 72 ettermiddager

Snakke med barnebarna 84 ganger

[1434.1] artell.no

Foto: Bård Ek

NO1409239513

Afinitor benyttes etter tilbakefall eller progresjon med en ikke-steroid aromatasehemmer.¹
Tidlig behandlingsstart kan gi dine brystkreftpasienter med spredning færre bivirkninger²
– og mer tid til gode opplevelser.

Afinitor er nå inkludert i det nasjonale Handlingsprogram for brystkreft[#], så vel som NCCG sine retningslinjer ved metastatisk brystkreft[†]

* Afinitor median 15,24 måneder PFS versus 4,21 måneders PFS med eksemestan

[#] Helsedirektoratet.no

[†] NCCGs anbefalte retningslinjer ved endokrin behandling av metastaser, gjeldende fra 1. september 2013. http://www.nbcg.no/nbcg.meta_endokrin.html

Referanser:

1. Afinitor SPC, www.legemiddelverket.no (sist oppdatert 16.05.2014).
2. Lüftner et al. Result of the first interim analysis of the non-interventional trial BRAWO. Presented at: 2014 ASCO Annual Meeting; Chicago, Illinois. Poster nr. 578.

AFINITOR[®]
(everolimus) Tabletter

Kartlegging kan gi bedre lindring

Skjemaet ESAS-r benyttes til kartlegging av smerter og andre symptomer. I skjemaet krysser pasienten av for hvordan han opplever smerten og det hjelper pleiepersonalet til å kvalitetssikre og evaluere lindringen.



Av **Tanja Yvonne Alme**, kreftkoordinator/prosjektleder Sula kommune

Smerter er en subjektiv opplevelse. Det som oppleves som svært vondt for noen kan være mindre vondt for andre. For at vi skal kunne hjelpe pasienten med god smertelindring er det svært viktig at pasienten selv får beskrive smerten og graden av denne. Mange av oss har kanskje opplevd å få rapport på vaktrommet «Herr Olsen har svært vondt i dag». Neste sykepleier på vakt observere kanskje at han ikke har fult så vondt. Hva sier dette oss egentlig? Litt vondt, noe vondt, svært vondt, uutholdelige smerter... Vi trenger en felles referanse for kartlegging av symptomer. Med en felles referanse vil det være lettere å samarbeide om lindringen. Min erfaring er at det er svært viktig for oss helsepersonell å ha god kompetanse på lindring og kartlegging av symptom.

Som kreftkoordinator er en del av min jobb å legge til rette for god kreftomsorg i kommunen. Dette kan være via direkte pasientkontakt eller opplæring av helsepersonell og bidra med gode rutiner og prosedyrer. Ofte har jeg undervisning eller leder refleksjonsstunder der bruk av kartleggingskjema er temaet. Å bruke verktøyene ESAS-r samt å ha en plan for lindring er gode hjelpemiddel for å sikre helhetlig og god omsorg. Flere av mine kollegaer opplever at de kan gi en bedre og mer helhetlig omsorg som følge av disse rutinene.

Å kombinere undervisning og refleksjon har vist seg å være nyttig i innføring av nye rutiner, kompetanseheving og fagutvikling.

Skjema for smertekartlegging

ESAS-r, Edmont Symptom Assessment System Revised, kan benyttes til kartlegging av smerter og andre aktuelle symptomer. Skjemaet er i utgangspunktet utviklet for bruk innen palliasjon, men egner seg også for andre pasientgrupper. Bruk av ESAS-r skal få frem pasienten sin egen opplevelse av for eksempel smerten og det hjelper oss til å kvalitetssikre og evaluere lindringen.

ESAS ble utviklet i Canada ved Edmonton General Hospital i Edmonton, i begynnelsen av 1990 tallet. Seksjon lindrende behandling ved St Olav Hospital oversatte skjemaet slik at det ble lettere å bruke her i Norge. Skjemaet ble revidert i 2010. ESAS-r er en forbedret versjon av ESAS, som er utviklet i tett dialog med de aktuelle pasientgrupper. De fire regionale kompetansesentrene for lindrende behandling anbefaler å bruke ESAS-r som standard for kartlegging. Skjema og informasjon om hvordan man bruker det finner en på kompetansesentrenes nettsider.

Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen understreker at palliative pasienter bør følges regelmessig med symptomregistrering ved hjelp av ESAS. Skjemaet kan benyttes både i primær og sekundærhelsetjenesten. Igjen, samarbeide om å hjelpe pasienten med god lindring vil bedres ved å ha ett felles referansepunkt.

Min erfaring er at skjemaet fint kan brukes til pasienter som ikke er i palliativ setting. Det kan



NYTTIGSKJEMA: Skjemate ESAS-r får fram pasienten sin egen opplevelse av smerte, og det hjelper pleieren å vurdere hva som må gjøres for å lindre smerten. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

være kroniske smertepasienter, pasienter med andre alvorlige sammensatte sykdommer eller det kan brukes for pasienter som plages med ulike symptomer etter cytostatika behandling, operasjoner eller stråling.

Hvordan bruke skjemaet

ESAS-r er i utgangspunktet et selvrapporteringsskjema der pasienten selv kan krysse av for hvordan han har det. Skjemaet består av åtte av de vanligste symptomene palliative kreftpasienter kan oppleve: Smerter, slapphet, døsighet, kvalme, nedsatt matlyst, tungpust, depresjon og angst, samt et spørsmål om alt i alt tatt i betraktning (velvære, hvordan har du det i dag) og der er også et åpent spørsmål om andre plager. Mange bruker dette til å si noe om hvordan magen fungerer (obstipasjon). Pasienten skal på en skala fra 0–10 score på de ulike symptomene. 0 er alt helt i orden, for eksempel ingen smerter, mens 10 er verst tenkelige.

Pasienten kan krysse av på skjema selv, det kan være greit å sitte sammen med ham første gangen dette skal gjøres. Etter hvert som pasienten blir kjent med skjemaet, kan man legge igjen skjemaet hos pasienten og hente det senere. Dette for at pasienten skal få sitte i fred og ro, uten forstyrrelser og stress.

Noen pasienter orker ikke å krysse selv, det blir rett og slett for slitsomt. Da er det greit at helsepersonell eller pårørende krysser av for pasienten. Her er det viktig at vi ikke går i fellen og krysser av for det

vi eller pårørende synes. Det er pasientens opplevelse her og nå som gjelder.

Etter at pasienten har krysset av på skjemaet føres scoringene over på et forløpsskjema. Dette bruker jeg ofte å sende med pasienten til legetime, poliklinikk i møte med palliativt team osv., eller ha foran meg om jeg skal drøfte lindringstiltak med for eksempel lege over telefon.

Skjemaet skal gi oss en pekepinn på om tiltak som er satt i verk har god nok effekt. Dersom pasienten scorer over tre på for eksempel smerter, bør det gjøres

«De kan gi en bedre omsorg som følge av disse rutinene.»

noe. I plan for lindringen må der stå noe om hva pasienten kan ta ved eventuelle gjennombruddssmerter, og en eventuell plan for endring av lindring.

Jeg bruker også å gå igjennom skjemaet og svarene sammen med pasienten. Dette for å forsikre meg om at der ikke er misforståelser, samt at denne gjennomgangen kan gi meg viktig og utfyllende informasjon og kanskje å avdekke ytterligere plager.

På baksiden av skjema er der et kroppskart hvor pasienten selv kan skravere og krysse hvor han har vondt. Her kan det også skrives ned om smertene er brennende, stikkende, murrende, konstante osv. Dette vil være nyttig for valg av smertelindring. Jeg opplever at mange pasienter lettere får frem dette



TA DEG TID: Pleieren må ha god tid til å informere om skjemaet, hjelpe å fylle det ut og å samtale med pasienten i etterkant hvis det dukker opp noe som pasienten trenger å snakke om. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

når de får skravere eller vise på kroppskartet slik at en annen kan skravere.

Det er anbefalt at skjemaet fylles ut regelmessig. Men hva er regelmessig? Her må en ta individuelle hensyn. Hos en pasient som er godt lindret er det kanskje nok å fylle ut skjema 1–2 ganger i uken. Intensivere ved økende scoringer. I oppstart med lindende tiltak vil det være naturlig å fylle ut skjema flere ganger per døgn.

Ikke bare nok et skjema

Min erfaring er at dess tidligere i et forløp vi introduserer pasienter for bruk av ESAS, dess lettere vil det være å bruke det senere i forløpet når pasienten kanskje er mye sykere.

Mange alvorlige syke opplever et «skjemavelde» uten like. Det kan være helse relatert eller praktisk i forbindelse med endret arbeidssituasjon o.l. Så kommer vi med nok et skjema. En sykepleier i en refleksjonsstund hadde denne opplevelsen: «Da jeg kom for å be «Ola» om å fylle ut ESAS ble han sint. Jeg orker ikke flere skjema, svarte han. Jeg er kvalm og har vondt. La meg bare få være i fred».

Det er svært viktig med god informasjon i forkant av ESAS. Vi må forsikre oss om at pasienten forstår hensikten med «nok et skjema». I refleksjonsgruppene kan vi øve på hvordan gi denne informasjonen på en god måte. Vi må også sjekke ut om pasienten har skjønt.

«Dette skjema ønsker vi å bruke for at du selv skal få si hvordan du har det, og du selv skal få sette tall på for eksempel hvor vondt du har eller slapp du kjenner deg. Vi

braker dette skjemaet for å sørge for at du får god symp- tomlindring. Vi fører svarerne dine inn på et samleskjema (forløpsskjema) slik at legen din kan se om smertelind- ringen har hjulpet. Dette skjemaet bruker de også på sykehuset. Hva tenker du om dette?»

Så må vi også huske på å holde det vi lover. Dersom pasienten venner seg til å bruke skjemaet så må vi også «ta affære» dersom han for eksempel har hyppige høye scoringer. «Jeg ser at du to dager på rad har scoret 5 på smerter. Er det slik at du har mere smerter jevnt nå eller var det noe spesielt som gjorde at du hadde mere smerter når du fylte det ut? Hvordan er smertene nå, kan du sette et tall fra 0-10?»

Dersom pasienten har score på 3–4 på smerter, kan dette tyde på at smertelindringen ikke er god nok og at vi må endre tiltak.

Utfordringer

I refleksjon sammen med sykepleiere kommer det ofte fram ulike utfordringer ved bruk av skjemaet. Jeg kan kjenne meg igjen i det fleste.

Tid - tidspress: Det er viktig å ha god tid når en skal informere og eventuelt hjelpe til med å fylle ut skjemaet. En må også være bevisst på at ESAS noen ganger åpner for videre samtale, vi må ha tid og mot til å følge pasienten i det som kommer frem. Noe kan oppleve at nettopp tid kan være en utfordring. I en travel arbeidshverdag med mangt og mye å rekke over, kan det kanskje oppleves som at «dette har vi bare ikke tid til». Jeg mener at vi må ta oss tid til dette og at en grundig kartlegging kan på lang sikt være tidsbesparende.

Her og nå: For enkelte pasienter kan det være vanskelig å svare akkurat slik de har det når de fyller ut skjemaet. Dette fordi symptomene kanskje varierer

mye i løpet av et døgn. Kanskje hadde han 5 på smerter hele natten, men akkurat nå har smertelindringen virket og smertene er på 1. Det er viktig at vi forsikrer pasienten om at vi registrerer dette for eksempel ved å føre det i dokumentasjonssystem. Ofte bruker jeg å spørre hvordan det er nå og hvordan det er når det er på det verste.

Vanskelig å sette et tall på hvordan en har det: Å finne et tall som skal beskrive hvordan en har det kan for mange kjennes veldig vanskelig. Noen scorer kanskje lavere enn de egentlig kan tenke seg fordi de ikke vil klage eller de vil virke bedre enn de faktisk er. Det er viktig å forsikre pasienten om at det ikke finnes rette eller gale svar. Det er helt opp til pasienten å bestemme. Det er også viktig å vise forståelse for at dette kan kjennes vanskelig.

Når pasienten har begrensninger: En pasient med dårlig hørsel kan ha problemer med å få med seg informasjonen som vi gir. Kanskje har de nedsatt syn og har problemer med å fylle ut skjemaet selv. Dette kan gjelde på en del eldre pasienter. *«Jeg har prøvd å forklare Olga hvordan vi skal bruke skjemaet. Hun misforstår det jeg sier, og jeg tror ikke hun skjønner hvordan hun skal svare på det eller fylle det ut på grunn av dette. I tillegg ser hun dårlig.»* Dersom en opplever at skjema ikke blir brukt rett eller at det blir en belastning og byrde for pasienten heller en til nytte, må en vurdere om det er rett å gjøre det.

Pasienter med ulik grad av kognitiv svikt eller forvirring kan også ha problemer med å svare på ESAS. Noen velger her å bruke sekundær skjema, der våre observasjoner registreres. Eksempelvis om pasienten har mye fysisk uro, ansiktsuttrykk osv.

Hos svært dårlige pasienter eller pasienter som er utmattet og sliten kan det også være vanskelig med ESAS. Noen ganger kan det være nok å spørre om en score på akkurat det symptomet som er mest aktuelt. Jeg har selv opplevd dårlige terminale pasienter som har uttrykt behov for mere smertestillende ved å si at de nå kjenner smerte på 5 o.l. Dette er pasienter som har brukt skjema over lang tid og som har blitt fortrolig med denne måten å beskrive symptomene på. Å starte opp med bruk av ESAS i en terminalfase når en ikke har brukt det før, vil ikke være spesielt gunstig.

Noen kan også oppleve at pasienter har motvilje mot å svare. Det må vi også respektere. Det er viktig at vi i personalgruppen reflekterer og drøfter hvordan vi kartlegger i møte med disse begrensningene og støtte hverandre i avgjørelser om når en skal eller ikke skal bruke det. Fastlege bør også være involvert i dette.

En annen begrensning kan være språk. For pasienter som forstår dårlig norsk kan det være en utfordring å

forklare skjemaet godt nok. Dessverre blir tolk kanskje litt for lite brukt.

Når vi som helsepersonell eller pårørende sine observasjoner ikke stemmer overens med pasienten sin score:

Flere har nok opplevd at pasienten scorer lavt, men vi observerer at det kan se ut som om pasienten har vondt. I refleksjonsgruppene er dette ofte et tema. Hva gjør vi med dette?

«Per virket svært smertepåvirket, kan klarte knapt reise seg fra stolen, han orket ikke besøk av sitt barnebarn som han er så glad i. Han virket spent og knytt, klam i ansikt og rynker i pannen. Likevel scorer han bare 2 på smerter.»

Det er uansett viktig at det er pasienten sin score som gjelder. Vi får heller dokumenter våre observasjoner og på en respektfull og fin måte ta opp med pasienten det vi observerer. Noen ganger kan det også være ektefeller som ikke er enige i scoringen til pasienten: *«Det stemmer ikke at du har bare 5 i smerter skriv 7»*. Dette kan være fordi de ser pasienten hele døgnet og kanskje glemmer at det de skal skrive ned handler om slik det er her og nå. Vi må på en varsom måte forklare pårørende at det er pasienten selv som skal bestemme hvilket tall han vil sette.

For lite kunnskap om bruk av ESAS: Det er svært viktig med kompetanse og kunnskap om bruk av ESAS. Palliativt team bruker ESAS i møte med alle pasienter, dette fordi de mener at det er nyttig, men de må også bruke det for å utløse DRG-refusjon for palliativ behandling. De jobber aktivt for å dele erfaring og kunnskap til kommuner, blant annet via ressursnettverk og i samarbeid om pasienter. I min kommune skal alt helsepersonell bruke skjema, eller kunne å gi informasjon om skjemaet. Vi har undervisning om ESAS for nyansatte samt en ordning for konsolidering av kompetanse. Vi har en palliativ ressursgruppe som har ansvaret for at bla ESAS er en del av vår rutiner i møte med palliative pasienter. ESAS inngår i en palliativ sjekklister som alle tilsette skal fylle ut en gang pr år (her spør de om de har god nok kunnskap om temaet eller om de trenger mere undervisning/opplæring).

«Tid kan være en utfordring.»

Vi som har erfaring med bruk av ESAS må sørge for å dele denne kompetansen med andre. Dessverre er det fortsatt mange kommuner og sykehusavdelinger som ikke vet hva ESAS er og som ikke bruker dette. Vi må hjelpe hverandre å dele kunnskap slik at dette kommer flere pasienter til gode. ■

Botox kurerer kreft

Botox kan bli en ny kreftmedisin. Middelet har allerede kurert magekreft hos mus, og skal nå testes ut på mennesker.



Botox-behandling på kreftsvulster i magen på mus er testet ut av forskere på NTNU i Trondheim, og nervegiftstoffet viste seg å ha enorm effekt. Kreftsvulstene skrumpet nesten helt inn.

Nå skal det forskes på hva botox kan gjøre for kreftpasienter i fremtiden. De lovende resultatene fra studien med

forsøk på mus har ført til oppstart av en klinisk studie for pasienter med magekreft i Norge.

– Vi har fått godkjent et pilotprosjekt hvor botox-behandling skal testes ut på pasienter som har magekreft, men som ikke kan opereres og hvor all annen behandling er utprøvd uten effekt, sier Gøran T. Andersen, lege i gastrokirurgi på St. Olavs Hospital.

I dette prosjektet skal botox injiseres i og rundt svulsten i magesekken ved hjelp av gastroskopi.

Pilotstudien er godkjent med tanke på ti pasienter, og vil gjennomføres ved gastrokirurgisk avdeling på St. Olavs Hospital i samarbeid med kreftavdelingen ved samme sykehus.

Kilde: Forskning.no



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

– med EMEND® som en del av kombinasjonsregimet

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

Bedre beskyttelse fra starten

* CINV = Chemotherapy Induced Nausea and Vomiting

Før forskrivning av EMEND®, se preparatomtalen





Røyker under svangerskapet

En av fire kvinner i Europa fortsetter å røyke under svangerskapet.

Det viser en omfattende, internasjonal studie som Folkehelseinstituttet har bidratt til. I Norge er andelen mindre, men røyking i svangerskapet utgjør likevel en betydelig helse- og risikofaktor også her til lands.

Av 8344 kvinner inkludert i studien, rapporterte 2944 (35,3 %) at de røykte før svangerskapet, enten fast eller av og En av fire kvinner i Europa fortsetter å røyke under svangerskapet. til. Av de 2944 kvinnene som røykte oppga 771 (26,2 %) at de fortsatte å røyke under svangerskapet. Blant disse røykte 88 kvinner (11,4%) mer enn 10 sigaretter per dag.

Det var stor variasjon blant de 15 europeiske landene i forekomst av røyking før og under svangerskapet. I Sverige røykte 25,0 % og i Kroatia 50,0 % av kvinnene før svangerskapet. Andelen kvinner som røykte underveis i svangerskapet variert fra 4,2 % i Island til 18,9 % i Kroatia.

I Norge oppga 33,6 % å røyke enten fast eller av og til før svangerskapet, mot 6,8 % i svangerskapet.

De kvinnene som hadde størst sannsynlighet for å fortsette å røyke under svangerskapet var i følge disse tallene de som levde i Øst- eller Vest-Europa, uten ektefelle/partner, med et lavt utdanningsnivå, og med lav evne til å forstå helseinformasjon. Dessuten var de oftest hjemmeværende, hadde barn fra før, med ikke-planlagt graviditet, og de tok ikke folsyre. Kvinner som røykte mer enn ti sigaretter per dag i løpet av svangerskapet var mest sannsynlig bosatt i Øst-Europa og hadde et lavt utdanningsnivå.

Kilde: Folkehelseinstituttet/thi.no

Jakavi «Novartis»

ATC-nr.: L01X E18

Antineoplastisk middel, proteinkinasehemmer.

TABLETTER 5 mg, 15 mg og 20 mg: Hver tablett inneholder: Ruxolitinib 5 mg, resp. 15 mg og 20 mg, laktose, hjelpestoffer.

Indikasjoner: Behandling av sykdomsrelatert splenomegali eller symptomer hos voksne med primær myelofibrose (også kjent som kronisk idiopatiske myelofibrose), post-polycytemi vera myelofibrose eller post-essensiell trombocytemi myelofibrose. **Dosering:** Legningssettet av lege med erfaring i bruk av legemidler mot kreft. Fullstendig blodcelletelling, inkl. differensialtelling av hvite blodceller, må utføres før behandling startes, og kontrolleres hver 2.-4. uke til dosering er stabilisert, og deretter etter klinisk behov. **Voksne:** Startdose: 15 mg 2 ganger daglig ved blodplattelatt 100 000-200 000/mm³; 20 mg 2 ganger daglig ved blodplattelatt >200 000/mm³. Høyeste anbefalte startdose er 5 mg 2 ganger daglig ved blodplattelatt 50 000-100 000/mm³. Disse pasientene bør titreres med forsiktighet. **Dosering:** Dosene kan titreres ut i fra sikkerhet og effekt. Behandlingen bør avbrytes ved blodplattelatt <50 000/mm³ eller absolutt nøytrofiltall <500/mm³. Når blodplattelatt og nøytrofiler er gjenopprettet til over disse nivåene, kan doseringen gjenopptas med 5 mg 2 ganger daglig, og økes gradvis basert på nøye monitoring med fullstendig blodcelletelling, inkl. differensialtelling av hvite blodceller. Dosereduksjon bør vurderes dersom antallet blodplatter synker til <100 000/mm³, for å unngå doseringsavbrudd pga. trombocytopeni. Dersom effekten vurderes å være utilstrekkelig og antallet blodplatter og nøytrofiler er adekvate, kan dosene økes med maks. 5 mg 2 ganger daglig. Startdosen bør ikke økes i løpet av de 4 første ukene med behandling, og deretter ikke oftere enn hver 2. uke. Maks. dose er 25 mg 2 ganger daglig. **Barn <18 år:** Sikkerhet og effekt er ikke klarlagt. Ingen tilgjengelige data. **Eldre >65 år:** Ingen tilleggsjusteringer i dose er anbefalt. **Spesielle pasientgrupper: Nedsatt leverfunksjon:** Anbefalt startdose basert på antall blodplatter ved enhver form for nedsatt leverfunksjon bør reduseres med ca. 50%, og administrering bør skje 2 ganger daglig. Videre endringer i dosering bør gjøres under nøye overvåking av sikkerhet og effekt. Pasienter som diagnostiseres med nedsatt leverfunksjon under behandlingen bør få utført en fullstendig blodcelletelling, inkl. differensialtelling av hvite blodceller, kontrollert minst hver uke til annen hver uke i løpet av de 6 første ukene etter oppstart av behandling, og deretter etter klinisk behov etter at leverfunksjon og antall blodceller er stabilisert. Dosen kan titreres for å redusere risikoen for cytopeni. **Nedsatt nyrefunksjon:** Startdosen ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon bør være redusert. Startdosen ved nyresykdom i sluttsen hos pasienter som har hemodialyse bør baseres på antall blodplatter. Påfølgende doser (enkeltdosering) bør gis hemodialyседagen, etter dialysen. Videre endringer i dosering bør gjøres under nøye overvåking av sikkerhet og effekt.

Administrering: Kan tas med eller uten mat. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdstoffene. Graviditet og amming. **Forsiktighetsregler: Myelosuppresjon:** Kan føre til hematologiske bivirkninger, inkl. trombocytopeni, anemi og leukopeni. Pasienter som har fullstendig blodplattelatt (<200 000/mm³) ved behandlingsoppstart er mer utsatt for trombocytopeni. Trombocytopeni er generelt reversibelt og kan vanligvis kontrolleres ved dosereduksjon eller midlertidig seponering. Transfusjon av blodplatter kan være klinisk indisert. Anemi kan gi behov for transfusjon. **Dosering:** Kan også vurderes ved anemi. Hyppigere overvåking av hematologiparametre, kliniske symptomer og behandlingsregime bør utføres. Det er uklart om brå seponering bidro til disse hendelsene. Dersom brå seponering ikke er nødvendig, bør gradvis nedtrapping av dosen vurderes, selv om nyten av nedtrappingen ikke er påvist. **Hjelpestoffer:** Bør ikke brukes ved sjeldne arvelige former for galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. **Interaksjoner:** Interaksjonsstudier er kun utført med voksne. Ruxolitinib elimineres via CYP 2C9 og CYP 3A4. Interaksjoner med andre CYP-enzymene kan derfor gi økt ruxolitinibeksponering. Sterke CYP 3A4-hemmere (f.eks. boceprevir, klaritromycin, indinavir, itraconazol, ketokonazol, lopinavir/ritonavir, ritonavir, mibefradil, nefazodon, nefinavir, posakonazol, sakonavir, telaprevir, telitromycin, vorikonazol). Når ruxolitinib gis samtidig med en sterk CYP 3A4-hemmer, bør delvis reduseres med ca. 50%. Gitt 2 ganger daglig. Pasienten bør kontrolleres nøye (f.eks. 2 ganger i uken) for cytopenier, og dosetitreres basert på sikkerhet og effekt. På bakgrunn av in vitro-modellering bør en dosereduksjon på 14% tas i betraktning samtidig bruk av kombinerte CYP3A4- og CYP 2C9-hemmere (f.eks. flukonazol). Ved kombinasjon med CYP 3A4-induktorer, som f.eks. avasimib, karbamazepin, fenobarbital, fenytoin, rifabutin, rifampicin, johannesurt (Hypericum perforatum), bør pasienten følges nøye og dosetitreres basert på sikkerhet og effekt. Økt ruxolitinibdose er muligens nødvendig ved behandlingsoppstart med en sterk enzyminduktør, slik som rifampicin, rifabutin, rifapicin, rifaximin, rosvastatin og meprobamat. Ved moderate CYP 3A4-hemmere, f.eks. ciprofloksacin, erytromycin, amprenavir, atazanavir, diltiazem, cimetidin. Pasienten bør imidlertid kontrolleres nøye for cytopenier når behandling med moderat CYP 3A4-hemmer startes. Det kan ikke utelukkes at ruxolitinib hemmer CYP 3A4 i tarmen. Økt systemisk eksponering kan oppstå for substanser som metaboliseres av CYP 3A4, og spesielt de som gjennomgår betydelig tarmmetabolisering. Sikkerhetsovervåking av oralt administrerte substanser metabolsert av CYP 3A4 anbefales ved kombinasjon med ruxolitinib. Interaksjonen vil sannsynlig minimeres dersom tidsintervallet mellom administreringene holdes så langt som mulig. Ruxolitinib kan hemme P-glykoprotein (P-gp) og brystkreftresistensprotein (BCRP) i tarmen, og kan gi økt systemisk eksponering for substrater for disse transportørene, slik som risperidon, risperidon, ciklosporin, rosvastatin og meprobamat. **Terapeutisk legemiddelovervåking eller klinisk overvåking av berørt substans anbefales.** Det er mulig at potensiell hemning av P-gp og BCRP i tarmen kan minimeres dersom tidsintervallet mellom administreringene holdes så langt som mulig. **Graviditet, amming og fertilitet: Graviditet:** Kontraindusert. Kvinner som kan bli gravide må bruke sikret prevensjon under behandlingen. Ved graviditet under behandlingen bør dosering av ruxolitinib utføres på individuelt basis med grundig rådgivning med tanke på potensielt risiko for fosteret. **Amming:** Skal ikke brukes. Amning bør avbrytes når behandling starter. **Bivirkninger: Svært vanlige (>1/10):** Blod/lymfe: Anemi, trombocytopeni, nøytropeni, blåmerker og annen blødning (inkl. neseblødning, postoperativ blødning og hematuria). Infeksjoner: Urveinsinfeksjoner. Levergalle: Forhøyet alaninaminotransferase, forhøyet aspartataminotransferase. Nevrologiske: Svimmelhet, hodepine. Stofskifte/ernæring: Vektøkning, hyperkolesterolemi. **Vanlige (>1/100 til <1/10):** Blod/lymfe: Intrakraniell blødning, gastrointestinal blødning. Gastrointestinale: Flatulens. Infeksjoner: Herpes zoster. **Overdosering/forgiftning: Symptomer:** Enkeltdoser opp til 200 mg er gitt med akseptabel akutt toleranse. Gjentatt dosering med høyere doser enn anbefalt er forbundet med økt myelosuppresjon inkl. trombocytopeni og immundefunksjon. Myelofibrose er en myeloproliferativ neoplasie. Adekvat støttende behandling bør gis. Hemodialyse antas ikke å øke ruxolitinibutskillelsen. **Eksamener: Klassifisering:** Antineoplastisk middel, proteinkinasehemmer. **Virkningsmekanisme:** Selektiv hemmer av JAK1 og JAK2 (Janus-kinaser, IC₅₀-verdier på 3,3 nM og 2,8 nM for hhv. JAK1- og JAK2-enzymene). Disse medierer signaleringen av en rekke cytokiner og vekstfaktorer, som er viktig for hematopoiesis og immundefunksjon. Myelofibrose er en myeloproliferativ neoplasie assosiert med dysregulering av JAK1- og JAK2-signalering. Ruxolitinib hemmer JAK-STAT-signalering og celledeling av cytokinavhengige cellulære modeller av hematologiske kreftformer, så vel som av BaF3-celler som er cytokinavhengige ved å uttrykke JAK2V617F-mutert protein, med IC₅₀ i intervallet fra 80-320 nM. **Absorpsjon:** Rask, >95%. **T_{1/2}:** Ca. 1 time. Gjennomsnittlig C_{max} og AUC øker proporsjonalt med doserintervall fra 5-200 mg. **Proteinbinding:** 37%. **Hovedsakelig utskilt i urinen. Fordeling:** Tilsynelatende distribusjonsvolum ved steady state er 53-65 liter hos myelofibrosepasienter. **Halveringstid:** Eliminasjonshalveringstid ca. 3 timer. **Metabolisme:** Hovedsakelig ved CYP 3A4 (>50%), og noe CYP 2C9. **Utskillelse:** Hovedsakelig ved metabolisering, ca. 74% utskilles i urinen og 22% i feces. Uforandret modersubstans <1%. **Pakninger og priser:** 5 mg: 56 stk. (blister), kr 19070. 15 mg: 60 stk. (boks), kr 20420. 20 mg: 20 stk. (blister), kr 37884. 15 mg: 60 stk. (boks), kr 40587. 20 mg: 56 stk. (blister), kr 37884. 10 mg: 60 stk. (boks), kr 40587.10.

Sist endret: 17.11.2013 (SPC 27.06.2013)

Referanser:

- Harrison C, Kiladjan J-J, Al-Ali HK, et al. JAK inhibition with ruxolitinib versus best available therapy for myelofibrosis. N Engl J Med. 2012;366(9):787-798.
- Verstovsek S, Mesa RA, Gotlib J, et al. A double-blind, placebo-controlled trial of ruxolitinib for myelofibrosis. N Engl J Med. 2012;366(9):799-807.
- Cervantes F, et al. Blood 2012. Abstract No. 801, ASH 2012.
- Verstovsek S, et al. Blood 2012. Abstract No. 800, ASH 2012.
- Harrison C, et al. N Engl J Med. 2012;366(9):787-98.



Om ti minutter

skal jeg gi en svært syk pasient en god nyhet

Tenk deg et liv med ekstrem nattesvette, forstørret milt, skjelettsmerter og utmattelse.^{1,2} Og tenk deg et liv med betydelig reduserte plager.^{1,2}

Jakavi er et viktig fremskritt i behandlingen av myelofibrose. Jakavi reduserer de alvorlige symptomene og gir økt overlevelse for pasienter med myelofibrose.^{1,2,3,4,5}



 **JAKAVI**TM

En ny mulighet



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 17 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 300,- 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».

Evt. spørsmål sendes til: FKSblimedlem@gmail.com
Send din påmelding til: medlemstjenester@sykepleierforbundet.no
Tlf. 02409 (be om medlemstjenester)