

Kreftsykepleie



TIDSSKRIFT FOR KREFTSYKEPLEIERE

Sykepleien

TEMA **Alternativ
behandling
og kreft**



**ANSVARLIG UTGIVER**

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

REDAKTØR

Marte Wolden, tlf. 95 04 61 21
marte.wolden@gmail.com
marte.wolden@stolav.no

GJESTEREDAKTØR:

Anita Salamonsen er gjesteredaktør i denne utgaven av Kreftsykepleie. Hun er seniorforsker ved Nasjonalt forskningscenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM).

**REDAKSJONSUTVALG**

Marte Wolden, Åse Grøthe
Elianne Ulsaker og Irene Bjällhag

MEDELSANSVARLIG

Bjørn Arne Holtbråten
holtbraten@hotmail.com
Tlf. 92 81 23 20

ANNONSEANSVARLIG

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

HJEMMESIDE

www.sykepleierforbundet.no/
faggrupper/kreftsykepleiere

**ANSV. REDAKTØR
SYKEPLEIEN**

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

DESKJOURNALISTER

faggruppeblad@sykepleien.no
Johan Alvik
Tlf. 92 60 87 06
Trine-Lise Gjesdal
Tlf. 90 60 87 79

LAYOUT

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

TRYKK:

Sörmlands Grafiska

FORSIDEFOTO:

Colourbox

NESTE UTGAVE:

21. september 2017

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

ANNONSEPRISER

Årsavtale som gjelder for 3 utgivelser:
2/2 sider kr. 45 000
11/2 side kr. 35 000
1/1 side kr. 25 000
1/2 side kr. 15 000
1/4 side kr. 10 000
Moms kommer i tillegg.

Kontaktperson annonser:
Ellen Rosseland Hansen
ellen.rosseland.hansen@halden.kommune.no

Innhold



01 - 2017

- 3 Redaktør:
Marte Wolden
- 4 Bli med i styret
i FKS
- 5 Leder:
Mona Grytten
- 6 Smånytt
- 8 Alternativ
behandling i Norge
- 12 Pasientforløp og
behandlingsbehov
sett fra kreft-
pasienters perspektiv
- 20 Derfor er god
informasjon viktig
- 23 Bruk av alternativ
behandling hos
pasienter med kreft
- 28 Kan akupunktur
reduere bivirkninger?
- 33 Et forskningsprosjekt
om pasientsikkerhet
og kreft
- 38 Samler historier om
sykdomsforløp
- 41 Send inn abstrakter og
posterpresentasjoner
til landskonferansen
- 44 Landskonferansen
i kreftsykepleie



8



20



23



28



FAKTA

**Marte
Wolden**Ansvarlig
redaktør

Alternativ behandling og kreft

I dette nummeret har Anita Salamonsen, seniorforsker ved Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM) fungert som gjesteredaktør, og det har vært et spennende samarbeid å sette sammen dette temanummeret om alternativ behandling og kreft. Tusen takk til Anita Salamonsen – som presenterer artiklene slik:

«Norske sykepleiere og leger har lite eller ingen undervisning om alternativ behandling i sine utdanninger, til tross for at studier viser at ulike former for alternativ behandling brukes av så mange som halvparten av kreftpasienter. Den utstrakte bruken av og mangelen på kunnskap om alternativ behandling var viktige årsaker til at Nasjonalt forskningssenter for komplementær og alternativ behandling (NAFKAM) ble opprettet av myndighetene i år 2000. I dette nummeret av Kreftsyrkepleie skriver ni NAFKAM-ansatte og en studiedeltaker som selv er helsesøster om ulike aspekter ved alternativ behandling som kan ha relevans for kreftsyrkepleiere.

Den første artikkelen av Vinjar Fønnebø tar for seg hvordan alternativ behandling defineres og reguleres i Norge. Den neste artikkelen av Anita Salamonsen med medforfattere beskriver en studie der ni kreftpasienter rekruttert via Universitetssykehuset Nord-Norge ble intervjuet fem ganger i løpet av ett år om sine behandlingsbehov, behandlingsvalg og behandlingserfaringer. Den tredje artikkelen av Ola Lillenes gir en oversikt over viktige og kvalitetssikrede kilder til informasjon om alternativ behandling, mens den fjerde artikkelen av Agnete Kristoffersen og Arne Johan Norheim tar

for seg hva vi vet om bruk av alternativ behandling blant nordmenn som lever med kreft basert på befolkningsdata. Bruk av alternativ behandling kan ha både positive og negative virkninger for kreftpasienter. I den femte artikkelen gjør Terje Alræk en litteraturgjennomgang i forhold til om akupunktur kan lette bivirkninger av nødvendig konvensjonell kreftbehandling. I den neste artikkelen skriver Trine Stub om pasientsikkerhet og kommunikasjon mellom offentlig helsepersonell og alternative behandlere. I den siste artikkelen i dette temanummeret skriver Arne Johan Norheim og Anita Salamonsen om NAFKAMs register som samler inn gode og dårlige pasienterfaringer med alternativ behandling og der vi oppfordrer helsepersonell til å bidra til innsamling av relevant informasjon.

Vi håper at dette temanummeret om alternativ behandling kan bidra med informasjon kreftsyrkepleiere finner nyttig i sin arbeidshverdag, og oppfordrer til å ta kontakt med NAFKAM hvis du som leser har spørsmål eller kommentarer.»

Undertegnede vil til slutt benytte anledningen til å takke for meg som redaktør av tidsskriftet Kreftsyrkepleie. Det har vært fem lærerike år med et veldig spennende, og til tider også krevende arbeid. Redaktørjobben har gitt meg påfyll og inspirasjon, både faglig og sosialt, men det er nå på tide å sende ballen videre til dyktige damer i redaksjonsutvalget.

Tusen takk til alle engasjerte lesere der ute som holder liv i og bringer innhold til faget vårt og omsetter kunnskap til meningsfylt handling hver eneste dag! ■



Vi trenger medlemmer til nytt styre i FKS!

Vil du gjøre en innsats for landets kreftsykepleiere? Styret i FKS trenger nye medlemmer og oppfordrer sykepleiere i kreftomsorgen til å stille som kandidater.

Det skal velges nytt styre i FKS på Den 18. Landskonferansen i Kreftsykepleie. Konferansen blir arrangert i Ålesund den 27. - 29. september i år.

Hva brenner du for og hva er viktig for deg å jobbe med?

- Ønsker du å løfte faget vårt og gjøre det tydelig?
- Ønsker du å påvirke hverdagen både til pasienter og kolleger?
- Ønsker du å utvikle faggruppen vår?

Er du medlem av FKS?

Kan du svar ja på noen av disse spørsmålene har vi en utfordring til deg!

Vil du stille som kandidat til nytt styre i FKS?

Vi ønsker et sammensatt styre med medlemmer som representerer alle deler av helsetjenesten! Det er spennende, utviklende og lærerikt! Du vil knytte gode vennskap og nyttige kontakter.

Tar du UTFORDRINGEN?

Ta kontakt dersom dette ser ut til å passe for deg!

Eva Mari Alvestad Harboe, mail: emh@ous-hf.no tlf 9206 9707

Kristin Bergum, mail: kristin.bergum@tromso.kommune.no tlf 46949029

Britt Ingun Sævig, mail: bis@barne-kreftforeningen.no tlf 99248615



FAKTA

**Mona
Grytten**Leder
FKS

Alle kreftpasienter fortjener en kreftsyekepleier

En av hovedsakene til FKS er å få lovfestet kreftsyekepleier i alle landets kommuner. Vi er en etterspurt faggruppe som gjør en forskjell for kreftpasienten og pårørende i alle deler av sykdomsforløpet. Vi vill at politikere skal lytte til oss fordi vi vet hvor viktig det er for pasientene og pårørende å bli sett, hørt og møtt på de behovene de har under og etter behandling. Alle kreftpasienter og pårørende fortjener en kreftsyekepleier, samme hvor de bor i Norge.

I februar var det samhandlingskonferanse for faggrupeledere og tillitsvalgte i NSF. Tematikken den ene dagen var at befolkningen etterspør sykepleierkompetanse som svar på fremtidige utfordringer i helsetjenesten. Anne-Lise Ryel var til stede og hadde et innlegg om *Kreftomsorg i kommunene – fremtidens utfordringer og kompetansebehov*. Hun snakket varmt om kreftkoordinatorerne og hva de gjør for den enkelte pasient og deres pårørende. Hun har samme budskap som FKS.

Mange søkte stipend

FKS hovedstyre har hatt vårt første styremøte i 2017. Dere kan lese styrereferatet på nettsiden vår, der kan dere følge med på hva styret arbeider med. Det var rekordstor søknad på stipend i år, hele 124 søknader. Det er i år delt ut 30 stipend à kroner 5000 og ett 10 000 kroners stipend.

Bli med på konferanse

27. - 29. september er det tid for årets store happeningkonferanse i Ålesund *I storm og stille*. Det blir en spennende konferanse, som vi gleder oss veldig til. Håper mange av dere får anledning til å delta. Alltid kjekt å møte gamle og nye kollegaer til faglig påfyll og sosialt samvær.

Jeg vil oppfordre alle lokallag til å legge ut invitasjoner til medlemsmøter og andre nyheter på både Facebook og web.

Nyheter og viktige opplysninger blir stadig oppdatert på nettsiden vår: nsf.no/faggruppe/kreftsyekepleier

Vi i sentralstyret er alltid glade for tilbakemeldinger og innspill. ■



Hacker utstyr



Hacking av medisinsk utstyr kan true pasientenes sikkerhet når utstyret i økende grad koples opp mot internett. For eksempel har dagens pacemakere og implanterte hjertestartere trådløs kommunikasjon. Interne systemer rammes også. Flere sykehus i utlandet har opplevd at virus har satt datasystemer for håndtering av pasientinformasjon ut av spill i en slik grad at avdelinger måtte stenges ned, skriver Marie Moe, forsker ved Sintef Digital.

Kilde: gemini.no

Fastlegen svikter



Oppfølgingen av pasienter ved livets slutt svikter ofte når pasienten sendes hjem fra sykehuset og ansvaret flyttes til fastlegen, viser en undersøkelse gjort av Sintef.

– I undersøkelsen vi har gjort, er det et stort spenn mellom noen fastleger som følger opp og drar på hjemmebesøk til den døende – mens andre er helt fraværende. De fleste vi intervjuet sier at fastlegene må trekkes mer inn i palliativt arbeid, sier Line Melby ved Sintef.

Kilde: gemini.no

«Livet kan bare forstås baklengs, men det må leves forlengs» Søren Kierkegaard

Unngå grubling

Å lære seg å gruble mindre, har stor effekt for pasienter med depressive symptomer, viser ny forskning på behandlingsformen metakognitiv terapi (MCT). Terapien handler om å minske selve grubleprosessen.

– Man trenger ikke å bekymre seg og gruble. Å innse dette, er en befrielse for mange, sier førsteamanuensis Roger Hagen ved Institutt for psykologi, NTNU til forskning.no.

Hagen har publisert en fagartikkel om behandlingen av depresjon ved hjelp av MCT. Pasientene i studien ble behandlet over ti uker. Etter seks måneder hadde 80 prosent blitt helt friske fra sin depresjonsdiagnose.

Kilde: Forskning.no



Bra å ha ansvar

Ledere som gir medarbeiderne sine ansvar og myndighet til selv å bestemme hvordan oppgavene skal løses, får mer produktive medarbeidere. Det viser tre nye studier, gjennomført av førsteamanuensis Stein Amundsen ved Høgskolen Lillehammer og professor Øyvind L. Martinsen ved Handelshøgskolen BI. Nærmere 2000 ledere og medarbeidere i privat, offentlig og frivillig sektor har deltatt i studiene. I tillegg til at de ansatte presterer bedre, blir de dyktigere til å lede seg selv, viser studiene.

Kilde: Forskning.no

Blant de beste

Norge er blant de europeiske landene med den laveste dødeligheten etter hjerneslag, hjerteinfarkt og ulike kreftformer, men vi henger etter på områder som røykerelaterte lungesykdommer og noen smittsomme sykdommer. Det viser Folkehelseinstituttets kommentarrapport til OECDs rapport «Health at a Glance» som sammenligner europeiske land.



Kan redde millioner

Millioner av dødsfall i verden kunne vært unngått hvert år, hvis folk hadde spist mer frukt og grønt, viser en studie.

– Jo mer frukt og grønt folk spiste, jo lavere var risikoen for hjertesykdom, slag, kreft og tidlig død, sier Dagfinn Aune ved NTNU som har ledet studien, til forskning.no. Funnene viser blant annet at risikoen for hjerte- og karsykdom ble redusert med omtrent en fjerdedel for dem som spiste 800 gram frukt og grønnsaker hver dag.



Kilde forskning.no

Lærer for lite om eldre

De som skal jobbe i helsevesenet lærer for lite om eldres helse. Det er konklusjonen til forsker Kariann Krohne ved Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. Hun har kartlagt hvor synlig aldring og helse er på utdanningene til sykepleiere, sosionomer, vernepleiere, ergo- og fysioterapeuter på 54 norske studiesteder. Sykepleierutdanningene ligger best an av alle utdanningene i kartleggingen. På emnenivå er temaet viet tydeligst plass. I de 20 sykepleierutdanningene ble til sammen 25 relevante emner registrert, som «geriatrisk sykepleie» og «praksisstudier – sykehjem».

Kilde: Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse/forskning.no



Apparat som kan stille diagnoser

Et håndholdt apparat som overvåker din helse og sier ifra om farer for sykdommer, har til nå tilhørt science fiction-verdener. Men et slikt apparat, en såkalt tricorder, kan snart se dagens lys. En internasjonal konkurranse, Qualcomm Tricorder X Prize lover nesten 10 millioner dollar til det laget som går av med seieren. Vinneren skal kåres til sommeren.

Apparat skal gjøre det mulig for vanlige forbrukere å diagnostisere sykdommer som diabetes, lungebetennelse og rytmeforstyrrelser i hjertet.

Kilde: videnskab.dk





Alternativ behandling i Norge

Mellom 20–50 prosent av norske kreftpasienter bruker alternativ behandling.

Tekst **Vinjar Fønnebo**, Direktør, Nasjonalt forskningscenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM)

Fra tidenes morgen har menneskeheden forholdsvis seg til at noen opplevelser i livet ikke ligger innenfor det «normale». Noen av disse opplevelsene ble karakterisert som sykdom, og mennesker ble karakterisert som «syke». I kjølvannet av å definere noe som sykdom og uønsket, var det trolig kort vei til at man prøvde å finne en kur eller behandling for det som var «uønsket». Noen hjelpere ble ansett som spesielt flinke, ble ofte bedt om å hjelpe, og fikk dermed status som «behandlere» i landsbyen, området eller regionen. Denne form for behandling av syke blir oftest kalt folkemedisin, men etnomedisin er et synonymt begrep.

Profesjonaliseringen av «behandlerne» skjedde gradvis, i Norge ble Legeforeningen etablert så sent som i 1886, og sykepleieforbundet i 1912. Men lenge før denne organiseringen, i 1619, ble det utstedt en forordning som ga leger enerett til å behandle «innvortes sykdommer». Dette var den første forløperen til skillet mellom det vi i dag kaller «skolemedisin» og «alternativ behandling». Dette skillet har forflyttet seg i de følgende århundrer, den siste store forskyvningen skjedde i 1988 da kiropraktorer fikk status som autorisert helsepersonell.

Siden alternative behandlere i Norge

ikke er regulert som helsepersonell finnes det ingen oversikt over hvor mange som praktiserer, og heller ikke hvor mange årsverk som legges ned i denne bransjen. I en rapport sendt til

«Denne form for behandling av syke blir oftest kalt folkemedisin.»

helsemyndighetene fra NAFKAM 31. desember 2015 ble det anslått at det finnes over 6700 organiserte alternative behandlere i Norge. Disse var tilsluttet 46 organisasjoner.

Definisjoner

Det finnes en rekke definisjoner av alternativ behandling både i Norge og globalt. Verdens helseorganisasjon definerer det slik:

«Traditional medicine is the sum total of the knowledge, skills, and practices based on the theories, beliefs, and experiences indigenous to different cultures, whether explicable or not, used in the maintenance of health as well as in the prevention, diagnosis,

improvement or treatment of physical and mental illness. The terms 'complementary medicine' or 'alternative medicine' are used interchangeably with traditional medicine in some countries. They refer to a broad set of health care practices that are not part of that country's own tradition and are not integrated into the dominant health care system.»

Det er verdt å legge merke til at Verdens helseorganisasjon definerer alternativ behandling i tilslutning til sin definisjon av tradisjonell medisin. Tradisjonell medisin, slik det er definert her, vil for mange være synonymt med det som tidligere er blitt kalt folkemedisin/etnomedisin.

I Norge er begrepet alternativ behandling definert i «Lov om Alternativ behandling av sykdom mv.»:

«Med alternativ behandling menes helserelatert behandling som utøves utenfor helse- og omsorgstjenesten, og som ikke utøves av autorisert helsepersonell. Behandling som utøves i helse- og omsorgstjenesten eller av autorisert helsepersonell, omfattes likevel av begrepet alternativ behandling når det brukes metoder som i all vesentlighet anvendes utenfor helse- og omsorgstjenesten.»

Denne norske definisjonen er uvanlig



NÅLER: Akupunktur er en av flere former for behandling som norske pasienter benytter seg av. Illustrasjonsfoto: Colourbox

ved at den identifiserer at behandling gitt av helsepersonell i helsevesenet også kan karakteriseres som alternativ.

Lovgivning

I tillegg til definisjon, setter «Lov om Alternativ behandling av sykdom mv.» rammene for slik behandlingsvirksomhet. Sentrale punkter her er:

Lovbestemt taushetsplikt: Alternative behandlere i Norge har samme taushetsplikt som autorisert helsepersonell.

Adgang til å melde seg inn i et frivillig register over alternative «utøvere»: Det er i Brønnøysundregistrene opprettet et register over alternative utøvere. Betingelsene for å kunne registrere seg er hovedsakelig administrative forhold med betydning for relasjonen mellom pasient og behandler. Det er verdt å legge merke til at registrering i dette registeret gir behandleren en beskyttet tittel. Ingen andre har lov å kalle seg «registrert» akupunktør, homøopat osv. Registrering i dette registeret gir

også behandleren momsfrifakt på de tjenestene som ytes.

Begrensninger i hva de kan gjøre og hvilke tilstander de kan behandle: Alternative behandlere kan ikke utføre «medisinske inngrep eller behandling som kan medføre alvorlig helsefare for pasienter». De har heller ikke adgang til å behandle allmennfarlige

«Det er altså ikke et absolutt fobud mot at kreftpasienter og alternative behandlere kan møtes.»

smittsomme sykdommer og andre alvorlige sykdommer og lidelser. Det finnes imidlertid noen unntaksbestemmelser. For kreftsykepleiere er

det spesielt viktig å vite at alternative behandlere likevel kan gi behandling «som utelukkende har til hensikt å lindre eller dempe symptomer på eller følger av sykdommen eller lidelsen eller bivirkninger av gitt behandling, eller som har som formål å styrke kroppens immunforsvar eller evne til selvhelbredelse». Det er altså ikke et absolutt forbud mot at kreftpasienter og alternative behandlere kan møtes.

Begrensning i markedsføring

Det er i egen forskrift gitt rammer for markedsføring av alternativ behandling. Forskriften sier at den som tilbyr alternativ behandling:

- kan i sin markedsføring kun gi en nøktern og saklig beskrivelse av virksomhetens art.
- kan i sin markedsføring ikke benytte påstander om at en behandlingsform har virkning mot konkrete sykdommer eller lidelser eller på andre måter utforme markedsføringen slik at den gir dette inntrykk.



- kan ikke markedsføre behandlingsformer eller behandling av sykdommer eller lidelser som vedkommende etter § 5 – § 7 i lov om alternativ behandling av sykdom mv. eller annen lov, ikke har lov til å utøve eller behandle. Disse begrensningene i markedsføring følges opp av Forbrukerombudet, og det har vært en rekke saker hvor behandlere er pålagt å tilpasse sin markedsføring. I de aller fleste sakene innretter behandleren seg raskt til pålegget.

Bruk

I utformingen av sin egen helsetjeneste inkluderer vesentlige deler av den norske befolkning alternativ behandling i en eller annen form. Det nasjonale forskningscenteret innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM) har utført flere befolkningsundersøkelser, og de siste tallene fra 2016 viser at 36 prosent av voksne har enten oppsøkt alternativ behandler, brukt

natur/urtemedisin eller gjennomgått egenbehandling med tai chi/qi gong/ yoga eller liknende de foregående 12 måneder. Prosentandelen er høyere hos kvinner enn menn, men for begge kjønn er andelen noe lavere enn to år tidligere. De behandlerne de fleste rapporterer å ha oppsøkt er massører

«Kreftpasienter tar gjerne imot råd, også råd som strider med hva de kanskje har ønsket å høre.»

og akupunktører. Bruksmønsteret i Norge er svært likt det som er rapportert fra de fleste andre vestlige land både

i Europa, Nord-Amerika og Australia/ New Zealand.

Andelen kreftpasienter som oppsøker alternativ behandler eller bruker andre former for alternativ behandling er rapportert til å ligge i området 20-50 prosent. I tillegg til geografisk variasjon, er det også forskjellige måter å måle bruk av alternativ behandling på som kan forklare deler av variasjonen. Andel som har forsøkt dette er uansett såpass høyt at en kreftsykepleier ikke vil unngå å få spørsmål, og foreta samtaler, innen temaet. Både nasjonale og internasjonale undersøkelser viser at pasientene ikke forventer at du alltid skal være støttende til deres bruk. Det de dog forventer er at sykepleieren, og andre helsearbeidere, skal kunne samtale om slik bruk med respekt. Kreftpasienter tar gjerne imot råd, også råd som strider med hva de kanskje har ønsket å høre, så lenge man er trygg på at rådgiveren lytter og er villig til å gå inn i en god dialog omkring temaet. ■



HOMEOPATI: Naturmedisin kommer i mange former, blant annet som homeopatiske medisiner. Illustrasjonsfoto: Colourbox

KREFTREHABILITERING - VEIEN VIDERE



Veien videre er et tilbud for personer som har gjennomgått en eller flere former for kreft-behandling og som opplever et behov for rehabilitering.

Oppholdet varer i 3 uker (15 virkedager). Pluss en ukes oppfølging.

Vi legger vekt på ressurser og muligheter hos den enkelte med det som mål at de skal komme tilbake til en ønsket hverdag, både psykisk og fysisk så snart som mulig.

INNHold

I vårt rehabiliteringstilbud fokuserer vi på:

- Ernæring, trening, undervisning, mestring og eventuelt tilbake til arbeid.
- Gruppeterapi/samtaler og individuelle samtaler.

AKTIVITETER

Det legges opp til trening som du kan klare ut fra dine forutsetninger. Det legges også vekt på å finne en god balanse mellom aktivitet og hvile i hverdagen.

INNTAKSKRITERIER

Avsluttet eventuell strålebehandling.

HENVISNINGSRUTINER

Ta kontakt med fastlege, spesialist eller sykehus for å bli henvist til tilbudet.

LURER DU PÅ NOE?

Finn mer informasjon på vår hjemmeside: <http://www.kurbadet.no>





Pasientforløp og behandlingsbehov sett fra pasienters perspektiv

Mange kreftpasienter trenger hjelp til mer enn å behandle selve sykdommen, men deres behov blir i liten grad møtt. Det er en viktig årsak til at mange bruker alternativ behandling.

FAKTA

Av Anita Salamonsen,
Seniorforsker NAFKAM

Solveig Rostøl Bakken,
Studiedeltaker og
helsesøster

Gro K.R. Berntsen,
Seniorforsker NAFKAM

Frank Hansen,
Stipendiat NAFKAM

Møte med en kreftdiagnose har mange behov for hjelp til langt mer enn å behandle selve sykdommen. Det viser en undersøkelse der pasienter som ble behandlet for endetarmkreft ved Universitetssykehuset Nord-Norge i Tromsø ble intervjuet over en lengre periode i sine pasientforløp. De fleste pasientene i undersøkelsen opplevde behandlingen av selve kreftsykdommen på sykehuset som effektiv og god. Deres behov for psykisk omsorg, kostholdsveiledning, samlivsveiledning, avlastning og pårørendes behov ble imidlertid i liten grad kartlagt eller møtt. Dette er en viktig årsak til at mange kreftpasienter – inkludert halvparten av de som deltok i denne studien – velger å bruke og selv betale for ulike former for alternativ behandling. Studier av pasientforløp og behandlingsbehov sett fra pasientperspektivet kan bidra til å kvalitetssikre «pasientens helsetjeneste» i kreftomsorgen.

Bakgrunn

Norge ligger på verdenstoppen i forekomst av tykktarmskreft og endetarmkreft. 4 166 kvinner og

seg fra rundt 30 % på 1970-tallet til rundt 60 % i dag (1-3). Denne positive utviklingen innebærer at mange lever med senplager etter behandling av disse kreftformene over lang tid, og studier viser at det rapporteres helseplager og svekket livskvalitet som følge av faktorer som stomi, fatigue, fordøyelsesproblemer og redsel for tilbakefall (4-7).

Pasientforløp kan defineres forskjellig

Begrepet «pasientforløp», eller på engelsk «patient pathways», er i kreftomsorgen vanligvis forstått som standardiserte pakkeforløp ut fra gjeldende retningslinjer for behandling. Helsedirektoratet definerer pasientforløp generelt som «en helhetlig, sammenhengende beskrivelse av en eller flere pasienters kontakter med ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode» (8). En slik forståelse av pasientforløp kan være med på å kvalitetssikre god og lik behandling for kreftpasienter, og er et viktig redskap for å oppnå gode behandlingsresultater for pasientene (9-11). Imidlertid avgrenser denne forståelsen pasientforløpet til pasientens møter med helsetjenesten. I PATH (Patients' Accounts of Trajectories to Healing)-studien studerer vi «pasientforløp» forstått som individuelle og kulturelt avhengige forløp, slik de beskrives og forstås av kreftpasienter selv. Deltakerne ble bedt om å beskrive det de oppfattet som viktige helsetjenestehendelser og livshendelser i forhold til eget pasientforløp. Begrepet «helsetjenestehendelser» inkluderer i denne studien både møter mellom en offentlig helsearbeider og pasienten, pasientens erfaringer med symp-

«Fire av de ni deltakerne i PATH-studien valgte å prøve ut alternative behandlingsformer.»

menn i Norge fikk disse kreftformene i 2014. De fleste pasientene er over 60 år. Samtidig med økt forekomst har fem års relativ overlevelse fordoblet



FLERE BEHOV:
Pasientene kan oppleve at de ikke får all den hjelpen de ønsker og trenger. Illustrasjonsfoto: Colourbox

tommer og eventuelle bivirkninger, og egeninnsats som kostholdsendringer og mosjon. Begrepet «livshendelser» inkluderer hendelser som pasientene selv definerte som viktige i deres liv og for deres livskvalitet og helse underveis i pasientforløpet. Slike livshendelser kan, men behøver ikke, være knyttet til kreftdiagnose og kreftbehandling.

Forskningsspørsmål, mål og finansiering

Studien er finansiert av Kreftforeningen og Helse Nord RHF. I den delen av studien som beskrives mest i denne artikkelen var forskningsspørsmålene:

- Hva beskrev deltakerne som de viktigste helse-tjenestehendelsene og livshendelsene i forhold til hva som påvirket deres pasientforløp?
- Hvordan illustrerte deltakerne sine individuelle pasientforløp?
- Hvilke erfaringer hadde deltakerne fra det offentlige helsevesenet? (12)

PATH-studiens overordnede mål er å bidra til støttende og treffsikker kreftbehandling. Med

«Pasientenes perspektiv på hva som definerer et pasientforløp er ny og viktig informasjon.»

«støttende» behandling menes her behandling som bidrar til å bedre pasientens helsetilstand og livskvalitet. Å kartlegge og forstå ulike typer individuelle pasientforløp kan bidra til at offentlig helsepersonell, beslutningstakere og forskere får en utvidet forståelse av pasienters helserelaterte behov, behandlingspreferanser og beslutningsprosesser.

Materiale og metode

Deltakere

Tjue potensielle deltakere ble høsten 2011 identifisert via elektronisk pasientjournal og invitert til å delta i studien via Universitetssykehuset Nord-Norge. Deltakere skulle være mellom 18 og 70 år, og diagnostisert med endetarmskreft Tumor-Node-Metastasis stadium I-III i løpet av siste år. Deltakerne skulle bo mindre enn 50 mil fra sykehuset og være ferdige med nødvendige operasjoner. Ti pasienter

samtykket til deltakelse, hvorav en trakk seg etter det innledende intervjuet. Ni deltakere mellom 54 og 68 år gjennomførte studien.

Datainnsamling

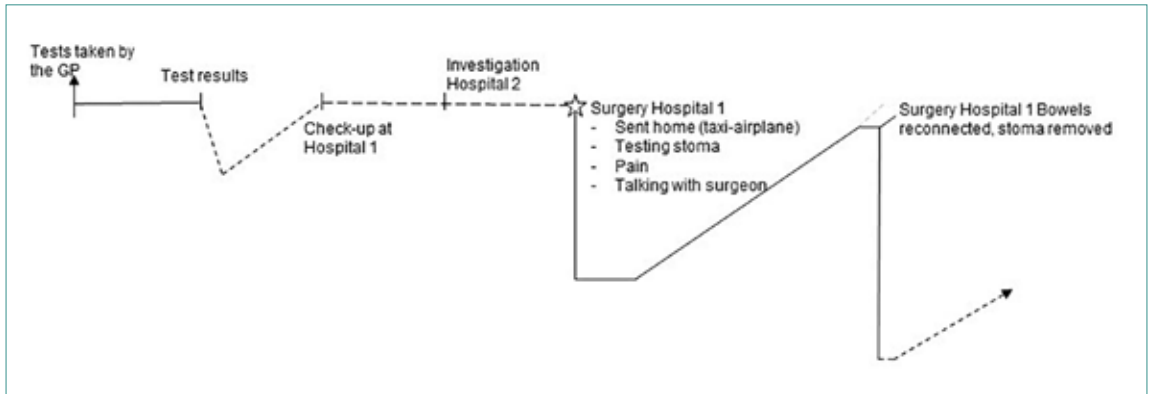
PATH-studien er meldt til Regional etisk komite for medisinsk og helsefaglig forskning (REK Nord) og NSD Personvernombudet for forskning. Deltakerne har skriftlig samtykket til deltakelse, og de er anonymisert bortsett fra en deltaker som ønsket å stå frem med gjenkjennbare data. Denne deltakeren har undertegnet et utvidet samtykke fordi hun i samråd med sin nærmeste familie ønsker at opplysningene som gjengis (navn, datoer og andre gjenkjennbare fakta) skal være mest mulig autentiske.

Siden prosjektet tok utgangspunkt i pasientenes erfaringer og en hittil ubelyst problemstilling, ble det valgt en i hovedsak kvalitativ metodisk tilnærming (13-14). Deltakerne deltok i kvalitative intervjuer fem ganger i løpet av ett år. Intervjuene ved start og slutt ble gjennomført ansikt til ansikt, mens de kvartalsvise intervjuene mellom disse ble gjennomført per telefon. Mellom de kvartalsvise intervjuene skrev noen av deltakerne dagbok, som ble sendt inn i forkant av intervjuene og dannet grunnlag for disse. De deltakerne som ikke hadde kapasitet til å skrive dagbok, ble i de kvartalsvise intervjuene spurt om å fortelle om de viktigste helsetjenestehendelsene og livshendelsene i sitt pasientforløp siden forrige intervju. Deltakerne besvarte også spørreskjema om livskvalitet og deres medisinske journaler utgjorde også en del av datagrunnlaget. Cirka ti måneder etter at intervjuene var avsluttet ble de ni deltakerne invitert til å delta i en workshop sammen med forskerne i prosjektet. Fem hadde anledning til å delta, og bidro blant annet med illustrasjoner av egne pasientforløp. Empirien i prosjektet er i hovedsak blitt analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse basert på en induktiv tilnærming (15).

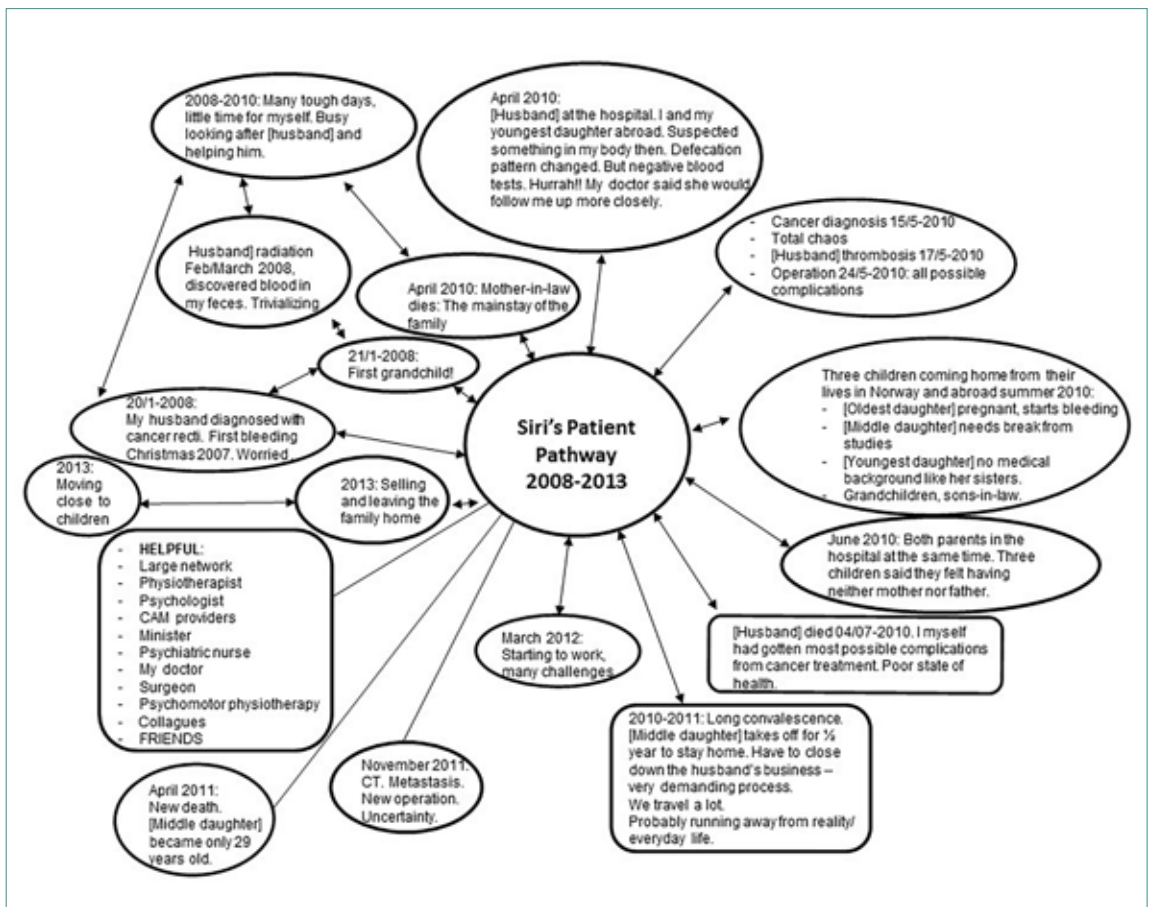
Brukermedvirkning

Pasienterfaringer og brukermedvirkning var sentralt i PATH-prosjektet. Pasientenes perspektiv på hva som definerer et pasientforløp er ny og viktig informasjon som vi mener kan bidra til å utvikle en personsentrert kreftomsorg. Deltakerne har deltatt i åpne intervjuer og noen har deltatt i workshop. De har fått tilsendt utkast til

FIGUR 1²: Salamonsen A et al. «My cancer is not my deepest concern»: Life course disruption influencing patient pathways and health care needs among persons living with colorectal cancer. Patient Preference and Adherence 2016; 1591 – 1600.



FIGUR 2²: Salamonsen A et al. «My cancer is not my deepest concern»: Life course disruption influencing patient pathways and health care needs among persons living with colorectal cancer. Patient Preference and Adherence 2016; 1591 – 1600.



vitenskapelige arbeider der deres illustrasjoner og sitater inngår, og der deres kommentarer er tatt til følge i publisert versjon. Noen har deltatt i møter og bidrar til presentasjoner av prosjektets resultater på konferanser og i fagartikler. Via brukermid-

«Alle disse individuelle hendelsene påvirket pasientforløpene negativt.»

virkning ønsker vi å kvalitetssikre og videreutvikle vår forskning på og formidling av kreftpasienters perspektiver på helsetjenester og livet med kreft (16).

Resultater

Illustrasjoner av pasientforløp

De mest markante forskjellene i pasientenes illustrasjoner av sine individuelle pasientforløp ser vi i forhold til om deltakerne inkluderer livshendel-

ser i pasientforløpet, eller om de kun fokuserer på helserelaterte hendelser. Den siste fremstillingsmåten er i tråd med det som ofte er helsepersonells forståelse av et pasientforløp. Et eksempel på en slik illustrasjon er laget av deltakeren «Hannah» (figur 1). Hun illustrerte pasientforløpet sitt lineært. Det starter med det første besøket hos fastlegen på grunn av symptomer som senere ble knyttet til kreftsykdom, og avsluttes med operasjonen der tarmen legges tilbake:

Selv om denne figuren tilsynelatende følger forløpet av helsetjenester, forteller den også, i all sin enkelhet, noe om hvordan «Hannah» hadde det underveis i kreftforløpet på grunn av kurven som svinger opp og ned. Det er interessant å se at to markante nedturer følger etter perioder med sykehusinnleggelse. Det er også interessant å se at «Hannah» faktisk var på et lavere nivå enn noen gang da hun deltok i workshopen, hadde fått tarmen lagt tilbake og ble ansett som ferdigbehandlet for sin kreft utover kommende rutinekontroller. «Hannah» forklarte at den svingende kurven illus-



HJELP: Noen kreftpasienter benytter seg av alternative behandlingsformer for å føle seg bedre. Illustrasjonsfoto: Colourbox

trerte hennes mentale helse og livskvalitet, og at hun ikke syntes at hun fikk nødvendig oppfølging etter de tøffe årene som kreftpasient.

Andre deltakere, inkludert medforfatter Solveig R. Bakken («Siri»), tegnet sine pasientforløp som komplekse og sirkulære figurer (figur 2):

Solveig/ «Siri» plasserte seg selv i midten av en mengde ulike helsetjenestehendelser og livshendelser. Hun inkluderte hendelser og endringer så langt tilbake som to år før hun selv fikk kreft som svært viktige i sitt pasientforløp og i forhold til udekkede behov for hjelp og støtte i forløpet. Hennes pasientforløp startet i hennes forståelse allerede i 2008, da hennes mann fikk kreft med dødelig utgang. To år senere fikk Solveig/ «Siri» selv samme kreftdiagnose, og hadde da fulgt sin mann gjennom hans pasientforløp. Dette påvirket hennes eget pasientforløp både fordi hun visste om alt som kunne vente henne, og fordi hun var sliten etter krevende år som nærmeste pårørende og bindeledd til barn, familie og venner til en alvorlig syk kreftpasient. I figur 2 finner vi hendelser både i helsetjenesten og livet for øvrig som virket positivt og negativt inn på pasientforløpet – sett fra Solveig/ «Siris» pasientperspektiv.

Tabell 1 oppsummerer helsetjenestehendelser og livshendelser underveis i de ni pasientforløpene vi studerte. Deltakerne mente at disse hendelsene sterkt påvirket deres pasientforløp og behov for behandling/støtte på ulike stadier av forløpene.

«Å ha kreft er ikke mitt største problem»

Deltakerne beskrev sjokk og traumatiske hendelser knyttet til sykdom og dødsfall i nær familie, i tillegg til usikkerhet og engstelse knyttet til behandling og utfall av egen kreftsykdom. Hovedfunnet i denne studien er at deltakerne opplevde behandlingen av selve kreftsykdommen på sykehuset som effektiv og god, men at de største bekymringene deres i pasientforløpet ofte var knyttet til andre forhold enn egen sykdom. Det handlet ofte om omsorgsoppgaver for barn, partner og foreldre som de ikke lenger hadde kapasitet til å ivareta, som for eksempel hjemmeboende voksne barn med sykdom som gjorde at de ikke var i stand til å sørge for seg selv verken økonomisk eller sosialt. Som en av deltakerne beskriver det: «Kanskje ville den beste helsebehandlingen jeg kunne fått, når alt var kaos og frykt, vært at noen i det offentlige helsevesenet tok seg av sønnen min.

TABELL 1²: The most important disruptive health- and life events affecting the patient pathway in a sample of colorectal cancer patients.

DISRUPTIVE EVENTS RELATED TO THE CANCER DIAGNOSIS AND LIFE WITH CANCER	WHY DISRUPTIVE?
Before diagnosis: The illness and death of significant others	Emotional burdens: Loss, grief and mourning, shock, anxiety, anger, uncertainty, guilt, unwanted changes, less able to care for other family members, depression Practical burdens: Economy, job combined with home care and hospital visits, housekeeping, moving
At point of cancer diagnosis	Shock, trauma, anxiety, uncertainty, grief over «the lost, expected life»
After diagnosis: Disruptive health events	Uncertainty, lack of food, lack of care, bad prognosis, difficult visits to the hospital Diarrhea and stoma disrupt social life, work life and sex life Fatigue, depression, anxiety
After diagnosis: Being an ill parent and partner	Uncertainty, guilt, grief, depression Negative change in sexual identity Practical and emotional issues related to the stoma Guilt Grief for the disrupted marriage and sexual relationship
After diagnosis: Not being able to work	Grief for the loss of network and identity

¹² Salomonsen A et al. «My cancer is not my deepest concern»: Life course disruption influencing patient pathways and health care needs among persons living with colorectal cancer. Patient Preference and Adherence 2016; 1591 – 1600. Table 2.

«Noen opplevde å komme hjem til tomt hus.»

Jeg følte ikke at jeg fikk konsentrere meg om min egen sykdomsbehandling, og jeg bekymrer meg fortsatt for hva som vil skje med sønnen min om jeg ender opp med å dø av kreft.»

Deltakerne opplevde at den offentlige helsetjenesten i stor grad hadde sitt fokus på standardisert



kreftbehandling, og at deres individuelle behov ikke ble kartlagt av leger, sykepleiere eller kreftsykepleiere. Noen opplevde å komme hjem til tomt hus med pleiebehov knyttet til stomi etc. uten at primærhelsetjenesten var på plass, mens andre opplevde en uholdbar hjemmesituasjon fordi de ikke fikk nødvendig avlastning i forhold til sine ofte betydelige omsorgsoppgaver. Atter andre hadde opplevd sykdom og dødsfall i nær familie i tiden før de fikk kreft, og trengte hjelp til å bearbeide dette. Alle disse individuelle hendelsene påvirket

behov, for eksempel i forhold til kostholdsveiledning og psykiske plager. Andre tok kontakt med prest, psykolog, fysioterapeut og Kreftforeningen.

NAV og fastlege har, sett fra deltakernes ståsted, muligheter til å manøvrere pasienten på en langt mer smidig måte enn hva pasienten nødvendigvis selv har, og det er svært viktig at begge instanser er på tilbudssiden som en del av behandlingsforløpet og ikke noe pasienten må oppsøke på egenhånd. Solveig/ «Siri» fortalte at hun opplevde å ha en nær venninne som fungerte som los for henne gjennom forløpet. Vedkommende sin funksjon ble forsterket av at hun er helsepersonell og hadde en sterk tilknytning til sykehuset. Empowerment ligger ikke i å overta pasientens funksjoner, men i å finne ressurser hos pasienten som kan brukes og styrkes i en krisesituasjon og forløpet som venter. Sett fra deltakernes ståsted bør det være en del av behandlingsforløpet at helsepersonell gjør seg kjent med den enkelte pasients individuelle historie og slik identifiserer ressursene som er tilgjengelige. Enkelte kreftpasienter kan oppleve situasjonen så håpløs at de trenger en bevisstgjøring på hva

«Det er kun vedkommende som er ekspert på seg selv.»

pasientforløpene negativt ved at de medførte for eksempel stress, en uforutsigbar hverdag, usikkerhet, smerter, for lite tid til egenomsorg, dårlig ernæring og depresjon. Fire av de ni deltakerne i PATH-studien valgte å prøve ut alternative behandlingsformer (17) for å møte noen av sine udekkede



FORNØYD: Kreftpasienter kan være godt fornøyd med kreftbehandlingen, selv om de ikke får dekket alle sine behandlingsbehov av den offentlige helse-tjenesten. Illustrasjonsfoto: Colourbox

de har klart tidligere og en identifisering av disse erfaringene kan kun gjøres gjennom å bli kjent med pasienten. Brukermedvirkningen må ses på som den mest essensielle delen av behandlingen foruten det rent medisinske; det er kun vedkommende som er ekspert på seg selv.

PATH-deltakerne mente at spesielt utdannede kreftsykepleiere og stomisykepleiere på sykehus og i kommunene, samt alternative behandlere, kan være de best egnede til å møte sammensatte følelsesmessige og praktiske behov hos sårbare kreftpasienter.

Konklusjon

PATH-studien viser at norske kreftpasienters pasientforløp er forskjellige og at behandlingsbehov kan være individuelle og sammensatte. Vi mener at PATH-studien bidrar med viktige funn for å utvikle den offentlige kreftomsorgen til en personsentrert og treffsikker tjeneste, som både inkluderer medisinsk definerte behandlingsbehov og behov for støtte definert av pasientene selv. Denne tilnærmingen til å forstå pasientforløp i kreftomsorgen inkluderer pasienterfaringer og brukermedvirkning

i forskning og formidling av forskningsresultater. Tilnærmingen kan etter vårt syn bidra med viktig kunnskap for å kunne iverksette og kvalitetssikre «pasientens helsetjeneste», som norske helsemyndigheter løfter frem som et bærende prinsipp

«Vi mener at PATH-studien bidrar med viktige funn for å utvikle den offentlige kreftomsorgen.»

i morgendagens helsetjeneste (18). For å videreutvikle helsegevinsten som ligger i utviklingen av «best practice» pakkeforløp i kreftomsorgen trengs det etter vårt syn flere personsentrerte studier som PATH, som forstår pasientforløp som individuelle forløp (19-23). ■

Referanser

1. Cancer Registry of Norway. Cancer in Norway 2014 - Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway. Oslo: Cancer Registry of Norway; 2016.
2. Larsen IK, Bray F. Trends in colorectal cancer incidence in Norway 1962-2006: An interpretation of the temporal patterns by anatomic subsite. *Int J Cancer*. 2010;126(3):721-732.
3. Ouakrim DA, Pizot C, Boniol M, Malvezzi M, Boniol M, Negri E, Bota M, Jenkins MA, Bleiberg H, Autier P. Trends in colorectal cancer mortality in Europe: retrospective analysis of the WHO mortality database. *BMJ* 2015;351:h4970.
4. Brown H, Randle J. Living with a stoma: a review of the literature. *J Clin Nurs*. 2005;14:74-81.
5. Camilleri-Brennan J, Steele RJC. Prospective analysis of quality of life after reversal of a defunctioning loop ileostomy. *Colorectal Disease*. 2002;4(3):167-171.
6. Gray NM, Hall SJ, Browne S, Johnston M, Lee AJ, Macleod U, Mitchell ED, Samuel L, Campbell NC. Predictors of anxiety and depression in people with colorectal cancer. *Supp Care Canc*. 2014;doi:10.1007/s00520-013-1963-8
7. Hubbard G, Kidd L, Kearney N. Disrupted lives and threats to identity: The experience of people with colorectal cancer within the first year of diagnosis. *Health*. 2010;14:131.
8. HelseDirektoratet. Veileder om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator: Pasientforløp i habilitering og rehabilitering. 31.01.2017
9. Brown CR. Where are the patients in the quality of health care? *Int J Qual Health Care*. 2007;19(3):125-126.
10. Rotter T, Kinsman L, James E, Machotta A, Gothe H, Willis J, Snow P, Kugler J. Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010; doi:10.1002/14651858.CD006632.pub2.
11. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Havnes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996;312(7023):71-72.
12. Salamonsen A, Kiil MA, Kristoffersen AE, Stub T, Berntsen GKR. «My cancer is not my deepest concern»: life course disruption influencing patient pathways and health care needs among persons living with colorectal cancer. *Patient Preference and Adherence*. 2016;10:1591-1600.
13. Minichiello V, Aroni R, Timewell E, Alexander L. In-depth interviewing. *Researching people*. 1990; Melbourne: Longman Cheshire.
14. Kvale S. Interviews. An introduction to qualitative research interviewing. Thousand Oaks, California: Sage; 1996.
15. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res*. 2005;15(9):1277-1288.
16. Thompson J, Bissell P, Cooper L, Armitage C, Barber R. Exploring the impact of patient and public involvement in a cancer setting. *Qual Health Res*. 2014;24(1):46-54.
17. Salamonsen A. Use of complementary and alternative medicine in patients with cancer or multiple sclerosis: Possible public health implications. *European Journal of Public Health* 2016;26(2): 225-229.
18. Report to the Storting 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg [Future Care]. Oslo: The Norwegian Ministry of Health and Care Services; 2013.
19. Coulter A, Entwistle VA, Eccles A, Ryan S, Shepperd S, Perera R. Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions. *Cochr Database Syst Rev*. 2015; doi:10.1002/14651858.CD010523.pub2
20. May C, Montori VM, Mair FS. We need minimally disruptive medicine. *BMJ*. 2009;339: b2803-.
21. Coulter A, Ellins J. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *BMJ*. 2007;335(7609):24.
22. Wensing M, Wollersheim H, Grol R. Organizational interventions to implement improvements in patient care: a structured review of reviews. *Impl Sci*. 2006;1(1):2.
23. Paparella G. Person-centred care in Europe: a cross-country comparison of health system performance, strategies and structures. Oxford: Picker Institute Europe; 2016.



Derfor er god informasjon viktig

På nettstedene nifab.no og cam-cancer.org får helsepersonell og pasienter tilgang til noen av verdens beste informasjonskilder når det gjelder kreft og alternativ behandling. Det er til god hjelp i jungelen av informasjon.

Tekst **Ola Lillenes**, informasjonssjef Nasjonalt Forskningscenter innen Komplementær og Alternativ Medisin (NAFKAM – UiT Norges Arktiske Universitet)

Kreftpasienter har ofte forskjellige og sammensatte sykdomsbilder, blant annet avhengig av hvilken type kreft de har. Selve kreftsykdommen gir ofte ulike plager. Det er også vanlig at det kan oppstå bivirkninger

«Internett flommer over av markedsføring av alle typer alternativ behandling.»

som følge av den konvensjonelle kreftbehandlingen. For noen pasienter er utsiktene til å bli frisk dårlige. Dette kan være noe av for-

klaringen på hvorfor kreftpasienter er overrepresentert i bruksstatistikkene på alternativ behandling.

Både ifølge Kreftlinjen, NAFKAMs publikumssenter NIFAB (Nasjonalt informasjonssenter for alternativ behandling) og studier som er gjort, sier overraskende mange kreftpasienter at de har gjort bruk av alternativ behandling i løpet av sitt sykdomsforløp. Fra forskningen vet vi også at kreftpasienters bruksmåter og terapeutiske mål med slik behandling varierer stort:

Alvorlig syke som bruker alternativ behandling mener ofte at bruk av slik behandling er en viktig måte for dem å være mer aktive og deltakende, og ta sterkere grep om sin sykdom og sin livssituasjon. De opplever dermed å leve bedre med sin sykdom. Bare et fåtall fravelger medisinsk kreftbehandling til fordel for alternativ behandling. Langt de fleste kombinerer medisinsk og alternativ behandling for ulike hensikter; fra å lindre symptomer av

kreftsykdommen eller den medisinske kreftbehandlingen, styrke immunforsvaret eller kroppens evne til selvhelbredelse, eller at de håper at den alternative behandlingen skal styrke den medisinske behandlingen slik at de blir friske.

På kanten juridisk

Kreftpasient Hvermannsen har også blitt mer aktiv på egen hånd enn tidligere. Internett flommer over av markedsføring av alle typer alternativ behandling – norsk som utenlandsk. Det er dietter, kostholdsråd og detox. Vi vet også at det tilbys flere alternative behandlinger på det norske markedet som beveger seg på kanten rent juridisk, ved at de bygger på alternative teorier om hva kreft er og skyldes:

En terapi som for eksempel tar utgangspunkt i at kreft skyldes svikt i immunforsvaret, og samtidig har som mål å styrke nettopp dette, vil være vanskelig å presentere overfor søkende pasienter som å ikke ha kurativ hensikt og evne. I det siste har vi dessuten sett medieoppslag om alternative behandlere uten noen som helst helsefaglig bakgrunn, men med glassklare lovnader og utsagn: De oppsøker aktivt alvorlig syke med sine tjenester og hevder at deres behandlingstilbud kan kurere kreften

PÅ NETT: Både helsepersonell og pasienter kan finne nyttig informasjon på nettstedene til Nasjonalt forskningscenter innen komplementær og alternativ medisin. Illustrasjonsfoto: Colourbox





GODE RÅD: Sykepleiere bør kunne gi tydelig og god informasjon til pasienter om alternativ behandling. Illustrasjon: Colourbox

- forutsatt at pasienten avstår fra medisinsk kreftbehandling. Av disse grunner stemples hele bransjen jevnlig i media og samfunnsdebatten som «svindlere og sjarlataner».

Men det er for enkelt å avfeie det hele av de grunner. Fra forskningen vet vi at en for unyansert kritikk kan bidra til at alvorlig syke som vurderer å benytte alternativ behandling provoseres og

«Bare et fåtall fravelger medisinsk kreftbehandling.»

«glipper» ut av både helsevesenets anbefalte behandling og oppfølgingsregime. Noen få frasier seg kurerende konvensjonell kreftbehandling og viktig medisinsk oppfølging. Pasient Hvermannsen som er på jakt etter kur eller lindring, kan like fort føle seg fremmedgjort som frelst. Til syvende og sist er det alltid

han som tar behandlingsvalgene - i tråd med eller i strid med gode råd fra fagfolket. Det er altså en viss risiko for at den unyanserte kritiker kan aktivt ha bidratt til lavere pasientsikkerhet.

Godinformasjonskilder

I 2014 viste en undersøkelse vi gjorde blant norsk helsepersonell, at nesten halvparten fikk spørsmål fra kreftpasienter om alternativ behandling noen ganger i måneden. Undersøkelsen vår viser også at helsepersonell synes at pasientene ikke er tilstrekkelig opptatt av bivirkninger og risiko for interaksjoner ved slik behandling. Det er i dette landskapet at NAFKAMs nettsteder nifab.no og cam-cancer.org har sin nytte. Der gir vi både helsepersonell og pasienten selv tilgang til noen av verdens beste informasjonskilder når det gjelder kreft og alternativ behandling:

Vårt nettsted www.nifab.no er spesielt myntet på pasient Hvermannsen. Nettstedet har en egen temaseksjon om kreft, som er utviklet i samarbeid med Kreftforeningen. Her får hun/han

FAKTA

Hva gjør NAFKAM?

NAFKAM er opprettet av og finansieres av helsemyndighetene, for å undersøke om, og eventuelt hvordan, alternativ behandling kan bidra til helse og helbred.

NAFKAM skal verken hemme eller fremme befolkningens bruk av alternativ behandling, men bidra til økt pasientsikkerhet ved å utvikle og formidle upartiske, forskningsbaserte fakta om slik behandlings effekt og sikkerhet.

NAFKAM ligger ved Det helsevitenskapelige fakultetet på UIT Norges Arktiske Universitet

NAFKAM driver nettstedet www.cam-cancer.org som inneholder egenoppsummert forskning, myntet på helsepersonell som behandler kreftpasienter.

NAFKAM driver også det statlige nettstedet www.nifab.no, som skal gi befolkningen et bedre beslutningsgrunnlag dersom de vurderer bruk av alternativ behandling

På oppdrag fra Helsedirektoratet overvåker også NAFKAM utviklingen i det alternative behandlingsmarkedet, og varsler helsemyndighetene hvis de oppdager nye trender som kan true pasientsikkerheten.

NAFKAM driver også en svar-tjeneste pr epost og telefon, for pasienter, pårørende og helsepersonell som har spørsmål om alternativ behandling. Telefon: 77 64 91 90, e-post: nafkam@helsefak.uit.no

NAFKAM driver Register for eksep-sjonelle sykdomsforløp (RESF), som registrerer gode og dårlige forløp av kreft og andre lidelser som pasientene knytter til sin bruk av alternativ behandling.



ikke bare informasjon om behandlingen «virker» og er trygg å bruke, men også hva behandlingene faktisk innebærer og hvordan utøverne tenker. I tillegg vil Hvermannsen finne nyttig informasjon om lover, regler og forskningsnytt på feltet. Hensikten er å bidra til økt pasientsikkerhet, ved at pasienten kan finne upartiske forskningsfakta som grunnlag for sine behandlings-

«Pasienten vil trolig også være lydhør for advarsler.»

valg. Nifab.no baserer informasjonen sin på oppsummert forskning fra uavhengige biblioteker som Cochrane Library og Natural Medicines.

Også for helsepersonell har NAFKAM utviklet egne sider om kreft og alternativ behandling. På www.cam-cancer.org oppsummerer vi forskning på et syttitalls mye brukte alternative kreftbehandlinger. Her vil helsepersonell raskt kunne finne ut hva som skjuler seg bak en behandlings navn, om den virker, og om den er trygg å bruke. All informasjon er alltid ferskere enn 24 måneder, og alle referanser er oppgitt.

Snakk med pasienten din om alternativ behandling

De fleste pasienter vil ikke føle seg provosert eller avvist selv om helsepersonell er tydelige på at den alternative behandlingen ikke vil påvirke kreftsykdommen direkte, dersom informasjonen du gir er basert på solid forskning på effekt og sikkerhet. Pasienten vil trolig også være lydhør for advarsler dersom behandlingen medfører kjent risiko.

Har du ikke anledning eller ønske om selv å konsultere forskningen på vegne av pasienten, kan pasienten henvises til nettstedet www.nifab.no. Er det noe du som helsepersonell ikke finner på våre nettsteder, kan du også kontakte oss med konkrete spørsmål. ■



Kreftpasienter er veldig forskjellige

Noen trenger å snakke om kreften. Andre trenger pause fra den. Vardesenteret er et friareal for kreftpasienter og pårørende. Der er det treningsmuligheter, kostholdsekspert, likepersoner – eller bare veldig god kaffe.

Det finnes Vardesentere i Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger, Bodø og Tromsø. Se Vardesenteret.no

Koppen din står klar.



VARDESENTERET

Et senter for kreftrammede og pårørende

Hvem bruker alternativ behandling?

I undersøkelsen som er omtalt i denne artikkelen, rapporterer en tredjedel av kreftpasientene at de har brukt alternativ behandling. Flere kvinner enn menn velger slik behandling.

Alternativ behandling er helserelatert behandling som utøves utenfor helsetjenesten og som ikke utøves av helsepersonell. Behandling som utøves av helsepersonell i helsetjenesten omfattes likevel av begrepet alternativ behandling om behandlingen i all hovedsak utøves utenfor helsetjenesten [1]. De mest brukte alternative behandlingsformene i Norge er massasje, akupunktur, naprapati, soneterapi, healing og homeopati [2].

Bruk av alternativ behandling (AB) blant kreftpasienter har i mange år vært økende [3-5], og rapportert bruk varierer mellom 7 [6] til 95 % [7]. Dette store spennet skyldes i hovedsak ulik definisjon av alternativ behandling [8, 9] og ulikheter i tidsperioden den alternativ behandlingen er målt [10].

Alternativ behandling er mest brukt blant unge, velutdannede kvinner [11-13]. Det er også hyppig brukt blant pasienter med plagsomme symptomer knyttet til kreften, pasienter som bare mottar palliativ behandling, pasienter med metastaser og pasienter som har hatt kreft lenge [14]. Mange bruker også alternativ behandling som en mestringsstrategi til å håndtere sykdommen [15].

Hva som kjennetegner folk som bruker alternativ behandling er godt kjent hva kvinnelige kreftpasienter angår, men lite dokumentert for mannlige kreftpasienter med unntak av menn med prostatakreft [16]. Siden kvinnelige kreftpasienter bruker andre typer alternative behandlingsformer enn menn [17] og at kjennetegnene for bruk av alternativ behandling er annerledes hos menn enn hos kvinner [18], er det viktig å gjøre slike undersøkelser kjønnsesifikke.

Formålet med denne studien er derfor å beskrive bruk av alternativ behandling hos folk med kreft, og å undersøke hvorvidt det er andre faktorer som kjen-

netegner mannlige kreftpasienters bruk av alternativ behandling enn kvinnelige kreftpasienters bruk.

Materiale og metode

Tromsundersøkelsen (1-6) er en prospektiv, populasjonsbasert helseundersøkelse blant voksne bosatt i Tromsø kommune [19]. Tromsøs befolkning reflekterer Norges befolkning hva kjønn og inntekt angår, men er noe yngre [20] og høyere utdannet enn landsgjennomsnittet [21]. Tromsundersøkelsen gjennomføres med jevne mellomrom og hele alderskohorter, så vel som randomiserte utvalg inviteres til å delta.

Denne artikkelen er basert på den sjette Tromsundersøkelsen gjennomført i 2007 og 2008 der 12982 personer deltok, 6053 menn og 6939 kvinner mellom 30 og 87 år. Av disse var 800 personer registret med kreft i Kreftregisteret. 170 personer ble ekskludert da de ikke hadde svart på spørsmålene om bruk av alternativ behandling i de to spørreskjemaene som inngikk i undersøkelsen. Bruk av alternativ behandling var et

FAKTA

Av Agnete Egilsdatter Kristoffersen,
Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM), UiT Norges arktiske universitet

Arne Johan Norheim,
Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM), UiT Norges arktiske universitet



MEST BRUKT:
Naturlegemidler er den formen for alternativ behandling som de fleste i undersøkelsen brukte. Illustrasjonsfoto: Colourbox



generelt spørsmål i undersøkelsen og var ikke knyttet opp til kreftdiagnosen.

Deltakerne ble regnet som brukere av alternativ behandling ved å svare JA på et eller flere av følgende spørsmål:

1. Har du i løpet av de siste 12 måneder vært hos annen behandler (homøopat, akupunktør, fotsoneterapeut, naturmedisiner, håndspålegger, healer, synsk e.l.)
2. Har du i løpet av de siste 12 måneder brukt urtemedisin, naturmidler eller naturlegemidler?
3. Har du i løpet av de siste 12 måneder brukt meditasjon, yoga, qi gong eller thai chi som egenbehandling?

«Menn med kreft brukte alternativ behandling noe hyppigere enn menn uten kreft.»

Deltakere som hadde svart NEI på alle disse spørsmålene ble klassifisert som ikke-brukere av alternativ behandling.

Resultater

Deltakerne

Deltakerne i denne studien består av 325 kvinner og 305 menn. De fleste kvinnene led av brystkreft (38 %) mens flest menn led av prostatakreft (35 %). Gjennomsnittlig tid siden første kreftdiagnose var 12 år for

kvinner og 9 år for menn. Bare 30 deltakere hadde fått sin kreftdiagnose for mindre enn et år siden. De fleste menn (85 %) og om lag halvparten av kvinnene (57 %) hadde samboer eller ektefelle og halvparten av deltakerne opplevde å ha god helse (53 %). Få av deltakerne rapporterte dårlig helse (9 %) til tross for en kreftdiagnose og en forholdsvis høy gjennomsnittsalder på 66 år.

Bruk av alternativ behandling

En tredjedel av deltakerne (34 %) rapporterte å ha brukt en eller annen form for alternativ behandling, flere kvinner (39 %) enn menn (28 %). Naturlegemidler var mest brukt (25 %) mens meditasjon/yoga/qi gong/thai chi var minst brukt (5%). Alternativ behandler var oppsøkt av 13 % av deltakerne, 16 % av kvinnene og 9 % av mennene (tabell 1).

Vi fant ikke høyere bruk av alternativ behandling blant kvinner med kreft sammenlignet med kvinner uten kreft. Menn med kreft derimot brukte alternativ behandling noe hyppigere (28 %) enn menn uten kreft (22 %).

Faktorer som indikerer bruk av alternativ behandling

Vi fant ikke forskjeller mellom kreftpasienter som brukte alternativ behandling og kreftpasienter som ikke brukte alternativ behandling hva alder, utdanning, inntekt, selvrapportert helse, tid fra første diagnose og metastaser angikk. Sjansen for å bruke alternativ behandling økte derimot med å være kvinne og å ha brystkreft.

Når kvinner og menn ble analysert hver for seg fant vi at bruk av alternativ behandling var assosiert med høyere utdanning hos kvinner og lavere inntekt hos menn.

Diskusjon

Denne studien har vist at kvinner bruker mer alternativ behandling enn menn og at assosiasjonene for slik bruk er annerledes for kvinner enn for menn.

Bruk av alternativ behandling

Vi fant noe høyere bruk av alternativ behandling i denne undersøkelsen enn det vi fant i den forrige Tromsøundersøkelsen (Tromsø 5 utført i 2001 og 2002) [22]. Grunnen til dette kan være lovendringen som kom i 2004 da Kvakksalverloven ble erstattet av Lov om alternativ behandling ved sykdom mv som var mindre restriktiv med hensyn til alternativ behandling av pasi-

TABELL 1: Bruk av alternativ behandling

	Totalt (n=630)	Kvinner (n=325)	Menn (n=305)	p-verdi
Har du i løpet av de siste 12 måneder vært hos annen behandler (homøopat, akupunktør, fotsoneterapeut, naturmedisiner, håndspålegger, healer, synsk e.l.)	(n=79) 13 %	(n=51) 16 %	(n=28) 9 %	0.01
Har du i løpet av de siste 12 måneder brukt urtemedisin, naturmidler eller naturlegemidler?	(n=155) 25 %	(n=93) 29 %	(n=62) 20 %	0.02
Har du i løpet av de siste 12 måneder brukt meditasjon, yoga, qi gong eller thai chi som egenbehandling?	(n=29) 5 %	(n=23) 7 %	(n=6) 2 %	<0.01
Samlet bruk av alternative behandling	(n=213) 34 %	(n=128) 39 %	(n=85) 28 %	<0.01



enter med kreft. I Nord-Trøndelag (HUNT) derimot, fant de høyere bruk av alternativ behandling enn det vi fant [18]. De fant også i motsetning til oss, høyere bruk av alternativ behandling i befolkningen med kreft enn i befolkningen uten kreft. Den noe høyere bruken i Nord-Trøndelag kan skyldes at de også definerte kiropraktor som alternativ behandler. Når vi inkluderer kiropraktor i våre analyser er bruken like høy i Tromsø som i Nord-Trøndelag.

En annen norsk studie som undersøkte alternativ behandling blant kreftpasienter med middels til dårlig prognose ved diagnosetidspunkt, fant også høyere bruk av alternativ behandling (41%) enn det vi fant [15]. Den noe høyere bruken i denne studien kan skyldes en dårligere prognose blant deltakerne, samt at bruk av alternativ behandling ble målt siden de fikk sin kreftdiagnose (minimum fem år) og ikke begrenset til siste 12 måneder.

BEHANDLING:

Massasje er en av flere former for alternativ behandling som norske kreftpasienter bruker. Illustrasjonsfoto: Colourbox



Funnene i denne studien ligger innenfor den variasjonen vi finner i bruk av alternativ behandling blant kreftpasienter internasjonalt. En nylig publisert oppsummeringsartikkel viser at bruk av alternativ behandling blant kreftpasienter i 15 land varierer mellom 10 og 76 % mens bruk av en alternativ behandler varierer mellom 2 og 49 % [23]. En annen oppsummeringsstu-

die fant ingen sammenheng mellom utdanning og bruk av alternativ behandling blant menn i vår studie. Dette er i tråd med hva også andre har funnet. [34, 36, 37]. Dette kan skyldes at bruk av alternativ behandling ikke lenger er forbeholdt de med høy utdanning og høy inntekt [34]. Dette ser ut til å gjelde for våre mannlige kreftpasienter, men ikke for kvinnene. Denne forskjellen kan skyldes et generelt høyere utdanningsnivå hos våre mannlige deltakere.

«Faktorer som predikerer bruk av alternativ behandling er forskjellig hos kvinner og menn.»

die fant at 40 % av kreftpasientene brukte alternativ behandling. Denne oppsummeringen hentet data fra 152 studier fordelt på 18 land og 65000 kreftpasienter. Når bare Europa ble analysert, fant de at 34 % av kreftpasientene brukte alternativ behandling som er identisk med vårt funn i Tromsøundersøkelsen [26].

Faktorer som indikerer bruk av alternativ behandling

Våre funn av høyest bruk av alternativ behandling blant kvinner med brystkreft er i tråd med hva som er funnet i andre studier [11, 24-27]. Grunnen til at kvinner bruker mer alternativ behandling enn menn kan være fordi kvinner bruker helsetjenester generelt hyppigere enn menn. Den hyppige bruken av alternativ behandling blant brystkreftpasienter kan skyldes at mange overlever brystkreft samtidig som mange sliter med bivirkninger av behandlingen de har mottatt. Også det faktum at mange av disse kvinnene er relativt unge kan gjøre at de i større grad enn andre kreftpasienter opplever sin fremtid truet ikke minst med hensyn til omsorg for barn [11].

Mange finner i likhet med oss at kvinnelige brukere av alternativ behandling har høyere utdanning enn de som ikke bruker det. Dette kan skyldes at kvinner med høyere utdanning kan ha lettere for å finne relevant informasjon om alternativ behandling. I motsetning til hva vi fant, finner mange at yngre kvinner [28-31] med høy inntekt [29, 30] oftere bruker alternativ behandling. Grunnen til at vi

ikke finner dette i vår studie kan være fordi vi har en sterk tradisjon for bruk av tradisjonelle helbredere blant eldre i nord, og at denne behandlingen klassifiseres som alternativ behandling i vår studie.

Heller ikke vårt funn av lavere inntekt blant mannlige brukere av alternativ behandling er i tråd med andre studier [32-36]. Grunnen til dette kan være at flere av de mannlige brukerne av alternativ behandling i vår studie har nådd pensjonsalder enn de som ikke oppgir å ha brukt alternativ behandling, og at dette kan prege inntektsnivået i de to gruppene.

Vi fant ingen sammenheng mellom alder og bruk av alternativ behandling hos menn. Dette er i samsvar med enkelte studier [37, 38]. Andre studier igjen fant at mannlige brukere av alternativ behandling var yngre enn ikke-brukerne [33, 36]. Inkludering av både tradisjonelle helbredere som er hyppig brukt blant eldre og moderne former for alternativ behandling som oftere brukes av de yngre kan forklare mangelen på aldersforskjeller i vår studie.

Våre funn av ulike assosiasjoner for bruk av alternativ behandling hos menn og kvinner er viktig både for forskere og de som arbeider i klinisk praksis, da det generelle inntrykket av brukere av alternativ behandling er basert på studier der kvinnelige brukere av alternativ behandling er i flertall. Dette kan gi et feilaktig inntrykk av mannlige brukere av alternativ behandling.

Konklusjon

Funnene i denne studien viser at faktorer som predikerer bruk av alternativ behandling er forskjellig hos kvinner og menn. Dette viser at kjønnsspesifikk forskning er viktig for å sikre valide svar fra fremtidige spørreundersøkelser om



TRIM: Yoga kan man trene hjemme eller sammen med andre. Illustrasjonsfoto: Colourbox

bruk av alternativ behandling blant kreftpasienter.

Denne artikkelen bygger på artikkelen Gender and CAM use in cancer patients. Prevalence and associations in a large population study publisert i Evidence Based Complementary and Alternativ Medicine 28. Mars 2013. Doi: 10.1155/2013/318781. ■

Referanser

1. Lov om alternativ behandling ved sykdom mv. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2003-06-27-64]
2. NAFKAM-undersøkelsen 2014, Bruk av alternativ behandling i Norge [The nafkam survey 2014. Use of complementary and alternativ medicin in Norway] [http://nifab.no/hva_er_alternativ_behandling/tall_og_fakta/nafkam_unders...]
3. Cassileth BR, Schraub S, Robinson E, Vickers A: Alternativ medicine use worldwide: the International Union Against Cancer survey. *Cancer* 2001, 91(7):1390-1393.
4. Ben-Arye E, Frenkel M, Margalit RS: Approaching complementary and alternativ medicine use in patients with cancer: questions and challenges. *J Ambul Care Manage* 2004, 27(1):53-62.
5. Boon HS, Olatunde F, Zick SM: Trends in complementary/alternativ medicine use by breast cancer survivors: comparing survey data from 1998 and 2005. *BMC Womens Health* 2007, 7:4.
6. Eidinger RN, Schapira DV: Cancer patients: insight into their treatment, prognosis, and unconventional therapies. *Cancer* 1984, 53(12):2736-2740.
7. Yates JS, Mustian KM, Morrow GR, Gillies LJ, Padmanaban D, Atkins JN, Issell B, Kirshner JJ, Colman LK: Prevalence of complementary and alternativ medicine use in cancer patients during treatment. *Support Care Cancer* 2005, 13(10):806-811.
8. Ernst E, Cassileth BR: The prevalence of complementary/alternativ medicine in cancer: a systematic review. *Cancer* 1998, 83(4):777-782.
9. Cassileth BR, Vickers AJ: High Prevalence of Complementary and Alternativ Medicine Use Among Cancer Patients: Implications for Research and Clinical Care. *J Clin Oncol* 2005.
10. Risberg T, Lund E, Wist E, Kaasa S, Wilsgaard T: Cancer patients use of nonproven therapy: a 5-year follow-up study. *J Clin Oncol* 1998, 16(1):6-12.
11. Verhoef MJ, Balneaves LG, Boon HS, Vroegindewey A: Reasons for and characteristics associated with complementary and alternativ medicine use among adult cancer patients: a systematic review. *Integr Cancer Ther* 2005, 4(4):274-286.
12. Risberg T, Lund E, Wist E, Dahl O, Sundstrom S, Andersen OK, Kaasa S: The use of non-proven therapy among patients treated in Norwegian oncological departments. A cross-sectional national multicentre study. *Eur J Cancer* 1995, 31A(11):1785-1789.
13. Cassileth BR, Vickers AJ: High prevalence of complementary and alternativ medicine use among cancer patients: implications for research and clinical care. *J Clin Oncol* 2005, 23(12):2590-2592.
14. Risberg T, Vickers A, Bremnes RM, Wist EA, Kaasa S, Cassileth BR: Does use of alternativ medicine predict survival from cancer? *Eur J Cancer* 2003, 39(3):372-377.
15. Sollner W, Maislinger S, DeVries A, Steixner E, Rumpold G, Lukas P: Use of complementary and alternativ medicine by cancer patients is not associated with perceived distress or poor compliance with standard treatment but with active coping behavior: a survey. *Cancer* 2000, 89(4):873-880.
16. Klafke N, Elliott JA, Wittert GA, Olver IN: Prevalence and predictors of complementary and alternativ medicine (CAM) use by men in Australian cancer outpatient services. *Ann Oncol* 2011.
17. Kristoffersen AE, Norheim AJ, Fonnebo VM: Any difference? Use of a CAM provider among cancer patients, coronary heart disease (CHD) patients and individuals with no cancer/CHD. *BMC Complement Altern Med* 2012, 12:1.
18. Steinsbekk A, Rise MB, Johnsen R: Changes among male and female visitors to practitioners of complementary and alternativ medicine in a large adult Norwegian population from 1997 to 2008 (The HUNT studies). *BMC Complement Altern Med* 2011, 11:61.
19. Jacobsen BK, Eggen AE, Mathiesen EB, Wilsgaard T, Njølstad I: Cohort profile: The Tromsø Study. *Int J Epidemiol* 2011.
20. Emaus A, Degerstrom J, Wilsgaard T, Hansen BH, Dieli-Conwright CM, Furberg AS, Petterson SA, Andersen LB, Eggen AE, Bernstein L et al: Does a variation in self-reported physical activity reflect variation in objectively measured physical activity, resting heart rate, and physical fitness? Results from the Tromsø study. *Scand J Public Health* 2010, 38(5 Suppl):105-118.
21. Befolkningens utdanningsnivå, 1. oktober 2015 [http://www.ssb.no/utdanning/statistikker/utniv/aar/2016-06-20?fanetabell&sortnummer&tabell=270239]
22. Kristoffersen AE, Norheim AJ, Fonnebo VM: Any difference? Use of a CAM provider among cancer patients, coronary heart disease (CHD) patients and individuals with no cancer/CHD. *BMC Complement Altern Med* 2012, 12(1):1.
23. Harris PE, Cooper KL, Rellton C, Thomas KJ: Prevalence of complementary and alternativ medicine (CAM) use by the general population: a systematic review and update. *Int J Clin Pract* 2012, 66(10):924-939.
24. Gansler T, Kaw C, Crammer C, Smith T: A population-based study of prevalence of complementary methods use by cancer survivors: a report from the American Cancer Society's studies of cancer survivors. *Cancer* 2008, 113(5):1048-1057.
25. Mao JJ, Palmer SC, Straton JB, Cronholm PF, Keddem S, Knott K, Bowman MA, Barg FK: Cancer survivors with unmet needs were more likely to use complementary and alternativ medicine. *J Cancer Surviv* 2008, 2(2):116-124.
26. Molassiotis A, Fernandez-Ortega P, Pud D, Ozden G, Scott JA, Panteli V, Margulies A, Browall M, Magri M, Selvekerova S et al: Use of complementary and alternativ medicine in cancer patients: a European survey. *Ann Oncol* 2005, 16(4):655-663.
27. Morris KT, Johnson N, Homer L, Walts D: A comparison of complementary therapy use between breast cancer patients and patients with other primary tumor sites. *Am J Surg* 2000, 179(5):407-411.
28. Rees RW, Feigel I, Vickers A, Zollman C, McGurk R, Smith C: Prevalence of complementary therapy use by women with breast cancer. A population-based survey. *Eur J Cancer* 2000, 36(11):1359-1364.
29. Boon H, Stewart M, Kennard MA, Gray R, Sawka C, Brown JB, McWilliam C, Gavin A, Baron RA, Aaron D et al: Use of complementary/alternativ medicine by breast cancer survivors in Ontario: prevalence and perceptions. *J Clin Oncol* 2000, 18(13):2515-2521.
30. Lee ML, S, Wrench M, Adler S, Eisenberg, D Alternativ Therapies Used by Women With Breast Cancer in Four Ethnic Populations. *Journal of the National Cancer Institute* 2000, 92(1).
31. Buettner C, Kroenke CH, Phillips RS, Davis RB, Eisenberg DM, Holmes MD: Correlates of use of different types of complementary and alternativ medicine by breast cancer survivors in the nurses' health study. *Breast Cancer Res Treat* 2006, 100(2):219-227.
32. Kao GD, Devine P: Use of complementary health practices by prostate carcinoma patients undergoing radiation therapy. *Cancer* 2000, 88(3):615-619.
33. Wilkinson S, Gomella LG, Smith JA, Brawer MK, Dawson NA, Wajzman Z, Dai L, Chodak GW: Attitudes and use of complementary medicine in men with prostate cancer. *J Urol* 2002, 168(6):2505-2509.
34. Boon H, Westlake K, Stewart M, Gray R, Fleschner N, Gavin A, Brown JB, Goel V: Use of complementary/alternativ medicine by men diagnosed with prostate cancer: prevalence and characteristics. *Urology* 2003, 62(5):849-853.
35. Stegling SK, Occhipinti S, Gardiner RA, Yaxley J, Heathcote P: Prospective study of men's psychological and decision-related adjustment after treatment for localized prostate cancer. *Urology* 2004, 63(4):751-756.
36. Wilkinson S, Farrelly S, Low J, Chakraborty A, Williams R: The use of complementary therapy by men with prostate cancer in the UK. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2008, 17(5):492-499.
37. Stegling SK, Occhipinti S, Gardiner RA, Yaxley J, Heathcote P: A prospective study of the use of alternativ therapies by men with localized prostate cancer. *Patient Educ Couns* 2004, 55(1):70-77.
38. Nam RK, Fleschner N, Rakovitch E, Klotz L, Trachtenberg J, Choo R, Morton G, Danjoux C: Prevalence and patterns of the use of complementary therapies among prostate cancer patients: an epidemiological analysis. *J Urol* 1999, 161(5):1521-1524.



Kan akupunktur redusere bivirkninger?

Artikkelen tar for seg studier knyttet til kreft, der akupunktur er gitt for å redusere kvalme og oppkast, smerter, hetetokter og fatigue under eller etter den nødvendige kreftbehandlingen.

FAKTA

Av Terje Alræk,
seniorforsker NAFKAM
og professor Høyskolen
Kristiania

Akupunktur er en behandlingsform som har sin opprinnelse i Kina. Den er en viktig del av et medisinsk system som benevnes som tradisjonell kinesisk medisin (TKM) eller bare kinesisk medisin (KM). TKM består av mange andre behandlingsformer som f.eks. urtemedisin, qigong, kopping og en massasje form - tuina. Den mest brukte behandlingsformen i Kina er kinesisk urtemedisin, som i Kina står for ca 80 % av den tradisjonelle medisinen. Kinesisk urtemedisin kan ikke sammenliknes med å drikke en kopp urte-te i ny og ne. Kinesisk medisin er utbredt i Kina; mer enn 440 000 institusjoner, primært sykehus, tilbyr kinesisk medisin, antall sengeplasser er godt over 500 000, og i 1994 behandlet de 250 millioner mennesker poliklinisk. For å kunne praktisere kinesisk

kinesisk urtemedisin – spesielt viktig for kreftpasienter (1). I Norge er det spesielt akupunktur som har funnet sin plass både i og utenfor det offentlige helsevesenet. Norske sykehus tilbyr akupunktur mest for behandling av smerter under fødsel og ved kroniske smertetilstander (2).

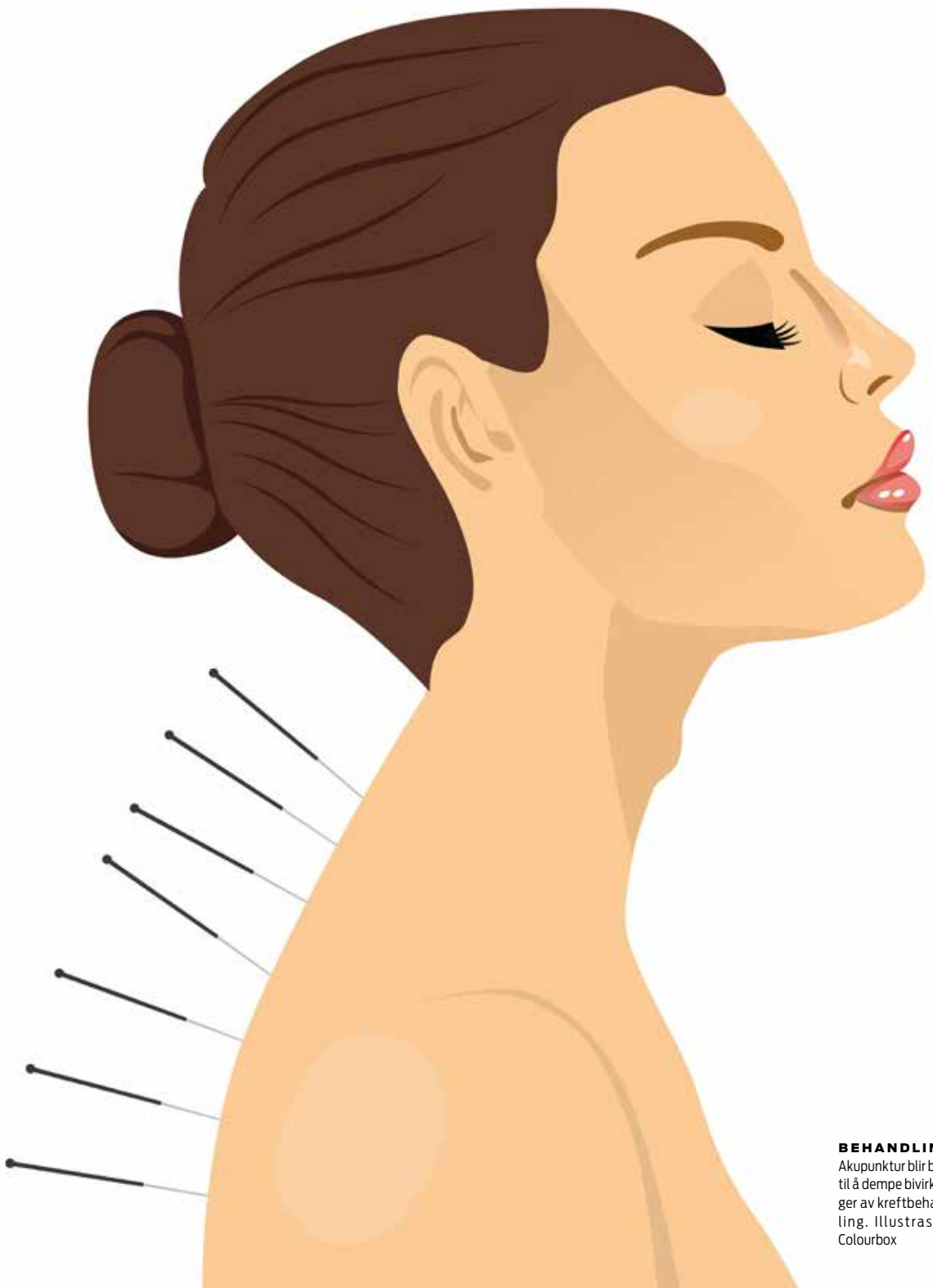
Bruk av akupunktur blant kreftpasienter

Akupunktur er, i vår del av verden, en av behandlingsformene som kommer inn under betegnelsen komplementær og alternativ medisin (KAM). Det innebærer at behandlingsformene er gitt som et tillegg til for eksempel standard vestlig medisinsk kreftbehandling. KAM har så langt ikke kunne dokumentere noen effekt på kreft per se, men blir brukt for å behandle en rekke symptomer knyttet til det å ha kreft eller bivirkninger fra nødvendige kreftmedisiner. Vi vet mye om bruk av KAM blant kreftpasienter både internasjonalt (3,4) og nasjonalt (5). Bruken av KAM blant kreftpasienter i Norge varierer også mellom kjønnene (6); grunner for dette har også blitt diskutert (7). I Rossi sin studie fra 2015 (3) blir det referert til ulike KAM-behandlinger som ble gitt ved 47 kreftsentre, de fleste i Italia. Akupunktur sto for 55,3 % av behandlingene gitt på disse sentrene. Primærmålet for behandlingene var å redusere bivirkninger fra kjemoterapi og stråleterapi, spesielt relatert til kvalme og oppkast. I tillegg ble akupunktur brukt

«Norske sykehus tilbyr akupunktur mest for behandling av smerter.»

medisin i dagens Kina er minimumskravet en fem års bachelorutdannelse.

Norske helsemyndigheter har utarbeidet tiltak for import og bruk av kinesisk urtemedisin. Strengt tiltak er nødvendig, ut ifra et pasient- og sikkerhetsperspektiv, fordi vi vet per i dag lite om interaksjoner mellom vestlig medikamentell behandling og



BEHANDLING:
Akupunktur blir brukt
til å dempe bivirkning-
er av kreftbehand-
ling. Illustrasjon:
Colourbox

som behandling ved kreftsmarter, iatrogen men-
opausesymptomer (spesielt de vasomotoriske),
munntørhet og angst (3). Å gi en oversikt over
akupunktur brukt ved ulike kreftsymptomer blir
for omfattende, i denne artikkelen vil jeg gjen-
nomgå studier knyttet til kreft der akupunktur
er gitt for å redusere kvalme og oppkast, smerter,
hetetokter og fatigue under pågående- eller etter
avsluttet kreftbehandling.

Akupunktur for kjemoterapeutisk indusert kvalme og oppkast

På et generelt nivå er akupunktur dokumentert for
kvalme forårsaket av bivirkninger fra kjemo- og
stråleterapi (8, 9, 10, 11, 12, 13). Noen retningslinjer
anbefaler også å forsøke akupunktur for å redusere
bivirkninger fra nødvendig kreftbehandling (14).
Akupunktur gitt alene som behandling er ikke all-
tid nok til å redusere kvalme og oppkast, derfor gis
behandling ofte i kombinasjon med medikamentell
behandling, sistnevnte forsøksvis i reduserte doser.

Akupunktur for kreftsmarter

Perifer nevropatisk smerte er fremtredende symp-
tom hos kreftpasienter generelt og spesielt etter
kjemoterapi (15). Å gi akupunkturbehandling som
en tilleggsbehandling til medikamentell behandling
ved perifere nevropatiske smerter er beskrevet som
et positivt tiltak (16, 17) og bekrefter det overordnede
budskap i min artikkel at akupunktur er gitt som en

vasomotoriske plager, hetetokter. Denne type
plager er livsforringende, da de ofte går utover
søvnkvaliteten og kan dermed være med på å
forsterke fatigue, som også er et symptom fra det
å være kreftsyk eller kreftbehandling. En norsk
studie konkluderer med at akupunktur kan være
en egnet behandlingsform ved hetetokter hos
brystkreftpasienter (18). Nyere forskning gir ikke
et entydig bilde av akupunktur som behandling
for hetetokter hos kvinner med brystkreft, men
anbefaler videre forskning (21). Hetetokter fore-
kommer og som en velkjent bivirkning av medika-
mentell behandling hos menn med prostatakreft
og akupunktur har også for denne pasientgruppen
blitt foreslått som en potensiell behandling (22).

Akupunktur ved fatigue/trøtthet hos kreftpasienter

Pasienterfaringer med akupunktur for kreftrela-
tert fatigue er positive (23); Forskningen tegner
ikke et så entydig bilde, og en artikkel beskri-
ver også en del metodologiske utfordringer ved
akupunkturforskning og trøtthet relatert til kreft
(24). Den amerikanske legeföreningen for kliniske
onkologer nevner i sine retningslinjer at akup-
unktur er en potensiell behandling for å behandle
kronisk tretthet hos kreft overlevende (25).

Er akupunktur en trygg behandling?

Akupunktur er en behandling forbundet med få
bivirkninger, de fleste av forbigående karakter
(26,27). Alvorlige bivirkninger kan forekomme
av indirekte årsaker, det vil si at det er utøveren
som forårsaker de, ikke akupunktoren per se.
På et generelt grunnlag er akupunktur en trygg
behandling gitt at den utføres av terapeuter med
adekvat utdannelse. Ved nedsatt immunitet hos
kreftpasienter bør en ha strengere prosedyrer
knyttet til akupunkturbehandling (28).

Metodologiske problemer

knyttet til akupunkturforskning

Kvaliteten varierer på de publiserte studiene rela-
tert til akupunktur (24). Dette kan for eksem-
pel være relatert til for få deltakere i studien og
mangelfull styrkeberegning. I tillegg blir ofte
beskrivelsen av selve intervensjonen akupunktur
utilstrekkelig beskrevet. Er akupunktur nålene
stimulert etter de ble satt inn? Er behandlingen
gitt etter en teoretisk referanseramme, eksempl-

«Akupunktur er en behandling forbundet med få bivirkninger.»


komplementær behandling for enkelte symptomer i
tillegg til nødvendig kreftbehandling. Leddsmerter
er en vanlig bivirkning ved aromatasebehandling
for brystkreftoverlevende, men bivirkningen er plag-
somme og kan gå utover compliance. Noen slutter
med medisinen og det gir ingen god prognose. Noen
studier beskriver at akupunktur demper leddsmer-
tene tilstrekkelig slik at kvinnene forsetter på denne
livsnødvendige medisinen.

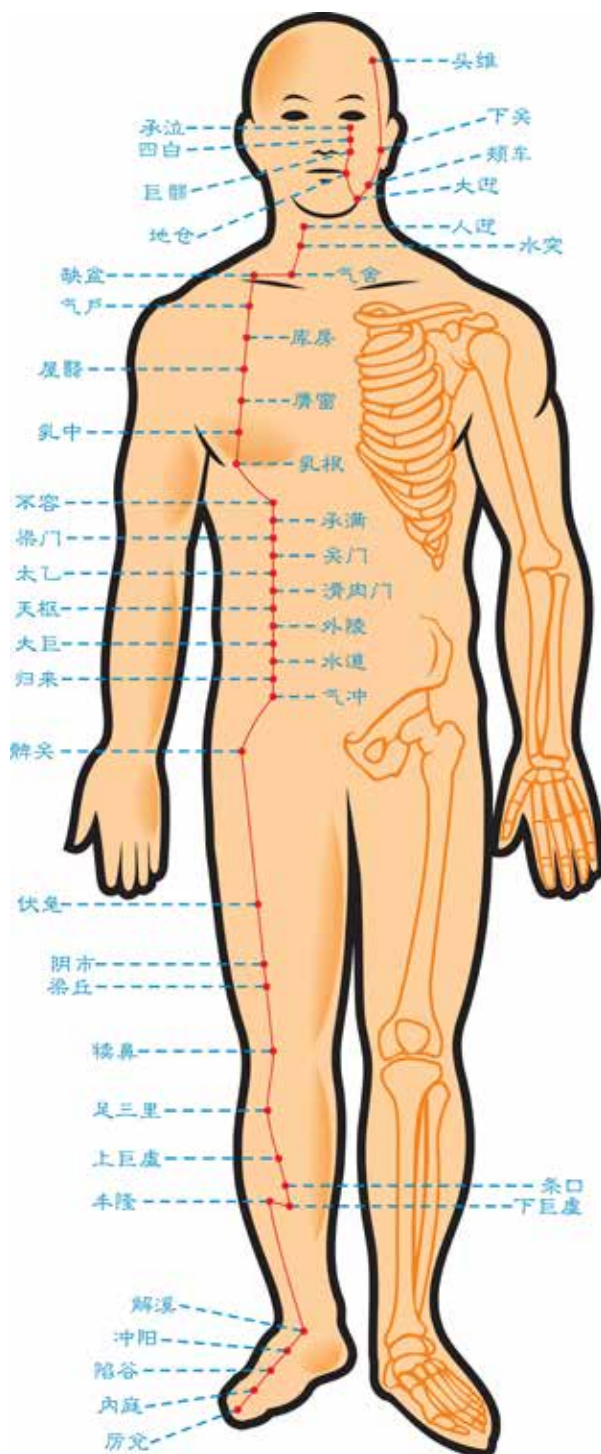
Akupunktur og iatrogene hetetokter hos kreft pasienter

En av de vanligste bivirkninger fra antiøstrogen
behandling knyttet til brystkreftbehandling er

vis TKM (29) eller vestlig medisinsk akupunktur (30)? På hvilken bakgrunn har en valgt å bruke de ulike akupunkturpunktene? For å hjelpe på dette problemet har forskere publisert retningslinjer for hvordan en skal rapportere akupunkturintervensjonen i vitenskapelige studier (31). Et annet problem knyttet til akupunkturforskning er valg av en relevant kontrollgruppe, spesielt i placebo-kontrollerte studier. Også innenfor forskning på kreftsymptomer og bruk av akupunktur konkluderer man med at det er liten forskjell mellom ekte akupunktur og placeboakupunktur, ofte beskrevet som narreakupunktur/sham. Men problemet er at i de randomiserte, placebokontrollerte akupunkturstudiene har det vist seg at narreakupunkturen ikke er inert/uvirksom (32, 33), noe som regnes som nødvendig når en skal forske på placeboeffekter og responser. På bakgrunn av dette kan en si lite om placeboeffekter og responser, for å svare på de spørsmålene må studiene gjennomføres med en annen design (34). Flere internasjonale akupunkturforskere tar nå til orde for at man avviker bruken av narreakupunktur i akupunkturstudier.

Konklusjon

Flere enkeltstudier viser altså at akupunktur kan ha effekt på symptomer knyttet til ulike kreftsykdommer eller til bivirkninger som stammer fra kreftbehandlingen. Oversiktsartikler som for eksempel Cochrane er ikke så positive til akupunktur, men behandlingen blir ikke avskrevet. Konklusjonen er at det trengs mer og bedre forskning. Nettsiden Cam Cancer (<http://www.cam-cancer.org>) er også i tråd med Cochrane sine oversiktsartikler. Informasjonen på nettsidene nevner også at det er liten forskjell mellom ekte akupunktur og narreakupunktur, uten å gå i detaljer om hva de metodologiske problemer knyttet til dette kan medføre. Selv om evidensen ikke er entydig bruker flere store kreftsentre i USA akupunktur som en del av behandlingstilbudet, eksempelvis Dana Farber Cancer Institute, The University of Texas M.D. Anderson Cancer Center og Memorial Sloan Kettering Cancer Center. De rapporterte pasienterfaringene med akupunkturbehandlingene derfra er gjennomgående positive (35, 36). Bak denne reelle, opplevde positive akupunkturreffekten ligger 



KINESISK: Akupunktur kommer fra Kina, der den blir brukt i behandling av en rekke plager. Illustrasjon: Colourbox

det også placeboeffekter og responser, gode pasient – terapeut relasjoner og forventninger; alle viktige delaspesker i enhver form for medisinsk behandling. ■

Referanser

- McLay J, S, Stewart D, George J, Rore C, and Heys S. D., «Complementary and alternative medicines use by Scottish women with breast cancer. What, why and the potential for drug interactions?» *European Journal of Clinical Pharmacology*, vol. 68, no. 5, pp. 811–819, 2012.
- Jacobsen R, Førne VM, Foss N, Kristoffersen AE. Use of complementary and alternative medicine within Norwegian hospitals. *BMC Complement Altern Med*. 2015 Aug 13;15:275
- Rossi E, Vita A, Baccetti S, Di Stefano M, Voller F, Zanobini A. Complementary and alternative medicine for cancer patients: results of the EPAAC survey on integrative oncology centres in Europe. *Support Care Cancer*. 2015 Jun;23(6):1795-806.
- Horneber M, Bueschel G, Dennert D, Less, and E. Ritter, "How many cancer patients use complementary and alternative medicine: a systematic review and metaanalysis," *Integrative Cancer Therapies*, no. 113, pp. 187–203, 2012
- Steinsbekk A, Adams J, Sibbritt D, and Johnsen R. «Complementary and alternative medicine practitioner consultations among those who have or have had cancer in a Norwegian total population (Nord-Trøndelag Health Study): prevalence, socio-demographics and health perceptions.» *European Journal of Cancer Care*, vol. 19, no. 3, pp. 346–351, 2010.
- Kristoffersen AE, Stub T, Salamonsen A, Musial F, Hamberg K. Gender differences in prevalence and associations for use of CAM in a large population study. *BMC Complement Altern Med*. 2014 Dec 3;14:463
- Salamonsen A, Kruse T, Eriksen SH: Modes of embodiment in breast cancer patients using complementary and alternative medicine. *Qual Health Res*. 2012, 22 (11): 1497-1512.
- Chien TJ, Liu CY, Hsu CH. Integrating acupuncture into cancer care. *J Tradit Complement Med*. 2013 Oct;3(4):234-9. Review
- Garcia MK, McQuade J, Haddad R, Patel S, Lee R, Yang P, Palmer JL, Cohen L. Systematic review of acupuncture in cancer care: a synthesis of the evidence. *J Clin Oncol*. 2013 Mar 1;31(7):952-60.
- Towler P, Molassiotis A, Brearley SG. What is the evidence for the use of acupuncture as an intervention for symptom management in cancer supportive and palliative care: an integrative overview of reviews. *Support Care Cancer*. 2013 Oct;21(10). Review
- O'Regan D, Filshie J. Acupuncture and cancer. *Auton Neurosci*. 2010 Oct 28;157(1-2):96-100. Review
- Chao LF, Zhang AL, Liu HE, Cheng MH, Lam HB, Lo SK. The efficacy of acupoint stimulation for the management of therapy-related adverse events in patients with breast cancer: a systematic review. *Breast Cancer Res Treat*. 2009 Nov;118(2):255-67.
- Deng G, Vickers A, Simon Yeung K, Cassileth BR. Acupuncture: integration into cancer care. *J Soc Integr Oncol*. 2006 Spring;4(2):86-92. Review.
- Greenlee H, Balneaves LG, Carlson LE, Cohen M, Deng G, Hershman D, Mumber M, Perlmutter J, Seely D, Sen A, Zick SM, Tripathy D; Society for Integrative Oncology. Clinical practice guidelines on the use of integrative therapies as supportive care in patients treated for breast cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2014 Nov;2014(50):346-58.
- O'Connor AB, Dworkin RH. Treatment of neuro-pathic pain: an overview of recent guidelines. *Am J Med* 2009; 122 (suppl): S22 – 32.
- Zhou Y, Garcia MK, Chang DZ, Chiang J, Lu J, Yi Q, Romaguera J, Delasalle K, Guo Y, Forman A, Fang W, Wang M. Multiple myeloma, painful neuropathy, acupuncture? *Am J Clin Oncol*. 2009 Jun;32(3):319-25.
- Han X, Wang L, Shi H, Zheng G, He J, Wu W, Shi J, Wei G, Zheng W, Sun J, Huang H, Cai Z. Acupuncture combined with methylcobalamin for the treatment of chemotherapy-induced peripheral neuropathy in patients with multiple myeloma. *BMC Cancer*. 2017 Jan 9;17(1)
- Yang GS, Kim HJ, Griffith KA, Zhu S, Dorsey SG, Renn CL. Interventions for the Treatment of Aromatase Inhibitor-Associated Arthralgia in Breast Cancer Survivors: A Systematic Review and Meta-analysis. *Cancer Nurs*. 2016 Jun 21
- Bae K, Yoo HS, Lamoury G, Boyle F, Rosenthal DS, Oh B. Acupuncture for Aromatase Inhibitor-Induced Arthralgia: A Systematic Review. *Integr Cancer Ther*. 2015 Nov;14(6):496-502
- Hervik J, Mjåland O. Acupuncture for the treatment of hot flashes in breast cancer patients, a randomized, controlled trial. *Breast Cancer Res Treat*. 2009 Jul;116(2):311-6
- Chen YP, Liu T, Peng YY, Wang YP, Chen H, Fan YF, Zhang L. Acupuncture for hot flashes in women with breast cancer: A systematic review. *J Cancer Res Ther*. 2016 Apr-Jun;12(2):535-42
- Frisk JW, Hammar ML, Ingvar M, Spetz Holm AC. How long do the effects of acupuncture on hot flashes persist in cancer patients? *Support Care Cancer*. 2014 May;22(5):1409-15
- Garcia MK, McQuade J, Lee R, Haddad R, Spano M, Cohen L. Acupuncture for symptom management in cancer care: an update. *Curr Oncol Rep*. 2014 Dec;16(12):418. Review.
- Grant SJ, Smith CA, de Silva N, Su C. Defining the quality of acupuncture: the case of acupuncture for cancer-related fatigue. *Integr Cancer Ther*. 2015 May;14(3):258-70.
- Bower JE, Bak K, Berger A, Breitbart W, Escalante CP, Ganz PA, Schnipper HH, Lacchetti C, Ligoibel JA, Lyman GH, O'gaily MS, Pirl WF, Jacobsen PB. American Society of Clinical Oncology. Screening, assessment, and management of fatigue in adult survivors of cancer: an American Society of Clinical oncology clinical practice guideline adaptation. *J Clin Oncol*. 2014 Jun 10;32(17):1840-50.
- MacPherson H, Thomas K, Walters S, Fitter M. A prospective survey of adverse events and treatment reactions following 34,000 consultations with professional acupuncturists. *Acupunct Med*. 2001 Dec;19(2):93-102.
- Witt CM, Pach D, Reinhold T, Wruck K, Brinkhaus B, Mank S, Willich SN. Treatment of the adverse effects from acupuncture and their economic impact: a prospective study in 73,406 patients with low back or neck pain. *Eur J Pain*. 2011 Feb;15(2):193-7
- Filshie J, Hester J. Guidelines for providing acupuncture treatment for cancer patients—a peer-reviewed sample policy document. *Acupunct Med*. 2006 Dec;24(4):172-82.
- Alraek T. Designing clinical studies that take into account traditional East Asian medicines systems and methods - with focus on pattern identification. *Chin J Integr Med*. 2014 May;20(5):332-5.
- Cheng KJ. Neurobiological mechanisms of acupuncture for some common illnesses: a clinician's perspective. *J Acupunct Meridian Stud*. 2014 Jun;7(3):105-14
- MacPherson H, Altman DG, Hammerschlag R, Youping L, Taixiang W, White A, Moher D; STRICTA Revision Group. Revised Standards for Reporting Interventions in Clinical Trials of Acupuncture (STRICTA): Extending the CONSORT statement. *J Evid Based Med*. 2010 Aug;3(3):140-55
- Lund J, Näslund J, Lundeberg T. Minimal acupuncture is not a valid placebo control in randomised controlled trials of acupuncture: a physiologists' perspective. *Chin Med*. 2009 Jan 30;4:1.
- Birch S. A review and analysis of placebo treatments, placebo effects, and placebo controls in trials of medical procedures when sham is not inert. *J Altern Complement Med*. 2006 Apr;12(3):303-10. Review.
- Birch S, Alraek T, Kim KH, Lee MS. Placebo-Controlled Trials in Acupuncture: Problems and Solutions. I: Leung S, Hao H, red. Evidence-based Research Methods for Chinese Medicine. Singapore: Springer; 2016: 55-64.
- Garcia MK, Cohen L, Spano M, Spelman A, Hashmi Y, Chaoul A, Wei Q, Lopez G. Inpatient Acupuncture at a Major Cancer Center. *Integr Cancer Ther*. 2016 Dec
- Javdan B, Cassileth B. Acupuncture Research at Memorial Sloan Kettering Cancer Center. *J Acupunct Meridian Stud*. 2015 Jun;8(3):115-21.

Et forskningsprosjekt om pasientsikkerhet og kreft

Mange kreftpasienter bruker alternativ behandling.
Helsepersonell tar ofte ikke opp temaet med sine pasienter.

Kreftpasienter som bruker alternativ behandling ønsker ofte å diskutere det med kreftlege eller sykepleier, men helsepersonell tar ofte ikke opp temaet. Samtidig vet man lite om hvordan alternativ behandlere kommuniserer med sine kreftpasienter om å kombinere alternativ og konvensjonell behandling i sitt sykdomsforløp. Dette er ofte utfordrende for alle involverte, og er med på å opprettholde en kommunikasjonskløft mellom profesjonene – med pasienten i midten.

Bakgrunn

Forskning viser at halvparten av kreftpasienter i Norge bruker en eller annen form for alternativ behandling i løpet av sitt sykdomsforløp (1). Mange av disse pasientene ønsker å diskutere bruken av alternativ behandling med sin fastlege eller kreftlege/sykepleier.

Pasienter setter pris på helsepersonells vurderinger av og kunnskap om alternativ behandling, og vil gjerne høre deres mening (2). En samtale om alternativ behandling vil styrke forholdet mellom pasient og behandler. En slik samtale bør helsepersonell ta initiativ til. Vi vet at mellom 38 % og 60 % av pasienter ikke informerer helsepersonell om bruk av alternativ behandling (3). Hvorfor tar ikke pasientene bladet fra munnen og reiser temaet? Forskning viser at pasienter vegrer seg for å ta opp dette da de er redde for legens eventuelle negative reaksjon (4).

På den annen side viser forskning at helsepersonell ikke ønsker å diskutere alternativ behandling med sine pasienter, ofte på grunn av mangel på kunnskap om

dette. Mange synes også det er vanskelig å anbefale behandlingsformer med mangelfull vitenskapelig dokumentasjon på effekt (5). I en travel hverdag kan det også være utfordrende å sette av tid til en slik samtale.

Kommunikasjon

Samtidig viser studier at velfungerende kommunikasjon er forbundet med tillit til helsevesenet (6). En åpen og likeverdig dialog mellom behandler og pasient gir positive behandlingsresultater, reduserer risikoen for feil behandling og reduserer bivirkninger som kan oppstå (7). Pasienter som velger å utsette eller avvise konvensjonell behandling vurderer fordelene og ulemper ved bruk av alternativ behandling vesentlig forskjellig fra helsepersonell. De har også vesentlig forskjellige perspektiver for legitimiteten av alternativ behandling og forståelsen av kreft generelt.

«En samtale om alternativ behandling vil styrke forholdet mellom pasient og behandler.»

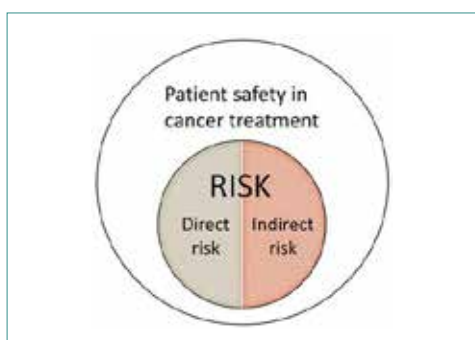
Det at mange kreftpasienter ikke forteller helsepersonell om sin bruk av alternativ behandling er forbundet med risiko. I helseforskning er det hensiktsmessig å dele risiko inn i direkte og indirekte risiko (8). Direkte risiko er knyttet til bivirkninger av selve behandlingen. Det kan være en allergisk reaksjon etter inntak av en

FAKTA

Av Trine Stub, postdoktor, Nasjonalt forskningscenter innen komplementær og alternativ medisin – NAFKAM, Institutt for Samfunnsmedisin, UiT Norges arktiske universitet

urt; tretthet, ubehag etter en akupunkturbehandling; eller bivirkning fra antidepressivt medikament som kvalme og hodepine. Indirekte risiko er knyttet til praksis. For eksempel en behandler med mangelfull medisinsk kunnskap som hindrer pasienten fra å motta den best mulige behandlingen som er relevant for hennes eller hans helsebehov (doctor delay contact). Forskning viser at den største risikoen forbundet med alternativ behandling er indirekte risiko (9, 10). (Figur 1)

FIGUR 1: Pasientsikkerhet i kreftomsorgen.



Flere studier viser at det kan være risikofylt for pasienter å kombinere alternativ behandling og cellegift (11-13). Urter som for eksempel Ginseng og Johannesurt skal ikke brukes samtidig med konvensjonell kreftbehandling (6). Studier viser også at 30 % av urter og kosttilskudd fra Midtøsten samt Ajurvedisk medisin kjøpt på Internett har høye verdier av bly, kvikksølv og arsenikk (direkte risiko) (14, 15). Denne informasjonen bør kommuniseres til pasienter slik at de kan inkludere dette når de skal ta behandlingsvalg. Det er derfor viktig at helsepersonell spør pasientene om bruk av alternativ behandling, på en åpen og fordomsfri måte, og at de inkluderer slike opplysninger i pasientjournalen.

Ulik forståelse

Erfaringer fra klinisk praksis viser at alternativbehandlere og helsepersonell har ulik forståelse av medisinske begreper, behandlingsfilosofi og diagnostiske prosedyrer. Helsepersonell bruker medisinsk terminologi, men alternativbehandlerne bruker begreper som energi (QI), chakra og vital kraften (vital force). Dette kan være utfordrende for alle involverte og kan være med på å opprettholde kommunikasjonskløften mellom profesjonene. Alternativbehandlere vil ofte jobbe ut fra en forståelse av å behandle hele individet

uavhengig av medisinsk diagnose, der helsepersonell jobber ut fra spesifikke sykdomsmodeller og forståelser. En akupunktør kan diagnostisere «tom hete», der helsepersonell vil se tegn på stress.

Videre er det uklart hva alternativbehandlere har av medisinsk fagkunnskap. Det å evaluere pasientenes symptomer og å sende pasientene videre til konvensjonell behandling når det er nødvendig, fordrer at utøveren har basiskunnskaper i medisin. Mangel på slik fagkunnskap kan være forbundet med risiko for pasientene. Videre viser forskning at helsepersonell anbefaler alternative behandlingsformer som er i tråd med deres oppfatning om holistisk omsorg og vestlig medisinske forståelse (16). For eksempel kreftsykepleiere som anbefaler healing/håndspåleggelse og leger som anbefaler akupunktur.

Formålet med forskningsprosjektet

I dette prosjektet ønsker vi å undersøke hvordan helsepersonell og alternativbehandlere kommuniserer med sine kreftpasienter om deres bruk av alternativ behandling, og hvordan de vurderer risiko for kreftpasienter som ønsker å kombinere alternativ og konvensjonell behandling i sitt sykdomsforløp (17).

Dette vil vi undersøke på følgende tre måter:

1. Designe og utvikle et spørreskjema for å vurdere og kartlegge kommunikasjon og risikooppfatninger, kliniske erfaringer med direkte og indirekte risikosituasjoner for pasienter som kombinerer alternativ og konvensjonell behandling. Målgruppen er fastleger, kreftleger og kreftsykepleiere, samt alternative behandlere i Norge. Følgende alternativbehandlere vil bli inkludert: massører, akupunktører, healere og refleksologer/zoneterapeuter samt leger med en tilleggsutdanning i alternativ behandling.
2. Sende spørreskjemaet til kreftleger og kreftsykepleiere, fastleger og alternativbehandlere. Vi vil først gjøre en pilotundersøkelse, deretter en større nasjonal undersøkelse.
3. Basert på resultatene fra undersøkelsen vil vi designe og utvikle en betaversjon av et web-verktøy (Shared Decision Making Tool) som helsepersonell og alternativbehandlere kan bruke for å veilede pasienter til å ta trygge valg om alternativ behandling som er i tråd med deres helsemål. Verktøyet kan også brukes av pasienter og deres pårørende. I dette arbeidet vil vi hente informasjon fra nifab.no og CAM-cancer.org. Prosjektet er nå inne i fase 3, der pilotundersøkelsen og den nasjonale undersøkelsen er avsluttet. Vi skriver

nå på materialet og foreløpig er det publisert to artikler i prosjektet (17, 18)

Konklusjon

For å sikre en trygg og velfungerende kreftomsorg er det viktig å oppfordre behandlere og pasienter til å samtale om bruken og av alternativ behandling. I den forbindelse er det viktig at behandlerne spør pasientene om de bruker alternativ behandling og at pasientene informerer helsepersonell om denne bruken. Bruken av alternativ behandling bør også skrives inn i pasienten sin journal. ■

Denne artikkelen ble publisert i medlemsbladet for onkologisk forening i 2016, årgang 14.

Referanser:

1. Kristoffersen AE, Norheim AJ, Fonnebo VM. Complementary and alternative medicine use among Norwegian cancer survivors: gender-specific prevalence and associations for use. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2013;2013:318781.
2. Verhoef MJ, Trojan L, Armitage GD, Carlson L, Hillsden RJ. Complementary therapies for cancer patients: Assessing information use and needs. *Chronic Disease in Canada.* 2009;29(2).
3. Navo MA, Phan J, Vaughan C, Palmer JL, Michaud L, Jones KL, et al. An Assessment of the Utilization of Complementary and Alternative Medication in Women With Gynecologic or Breast Malignancies. *Journal of Clinical Oncology.* 2004;22(4):671-7.
4. Tovey P, Broom A. Oncologists and specialist cancer nurses' approaches to complementary and alternative medicine and their impact on patient action. *Soc Sci Med.* 2007;64(12):2550-64.
5. Maha N, Shaw A. Academic doctors' views of complementary and alternative medicine (CAM) and its role within the NHS: An exploratory qualitative study. *BMC Complement Altern Med.* 2007;7(17):1-11.
6. Salamonsen A. Doctor-patient communication and cancer patients' choice of alternative therapies as supplement or alternative to conventional care. *Scand J Caring Sci.* 2013;27(1):70-6.
7. Broom A, Adams J. Oncology clinicians' accounts of discussing complementary and alternative medicine with their patients. *Health: An interdisciplinary Journal for the Study of Health, Illness and Medicine.* 2009;13:317-36.
8. Stub T, Salamonsen A, Kristoffersen A, Musial F. How to Handle Worsening of Condition during Treatment - Risk Assessment in Homeopathic Practice. *Forschende Komplementärmedizin / Research in Complementary Medicine.* 2015;22(1):30-5.
9. Stub T. Safety of Treatment Provided by Homeopaths - Homeopathic Aggravations, Adverse effects and Risk Assessment. [PhD thesis]. Tromsø: UIT The Arctic University of Norway, Tromsø 2013.
10. Fisher P, Dantas F, Rampes H. The safety of homeopathic products J R Soc Med. 2002;95(9):474-6.
11. Weiger W, Smith M, Boon H, Richardson MA, Kaptchuk TJ, Eisenberg DM. Advising patients Who Seek Complementary and Alternative Medicine Therapies for Cancer. *Annals of Internal Medicine.* 2002;137(11).
12. Cassileth BR, Deng GE, Gomez JE, Johnstone PAS, Kumar N, Vickers A. Complementary Therapies and Integrative Oncology in Lung Cancer. *ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (2nd Edition).* CHEST. 2007;132(3):340-54.
13. Deng GE, Frenkel M, Cohen L, Cassileth BR, Abrams DL, Capodice JL. Evidence-Based Clinical Practice Guidelines for Integrative Oncology: Complementary Therapies and Botanicals. *Journal of the Society for Integrative Oncology.* 2009;7:85-120.
14. Ben-Arye E, Ali-Shtayeh MS, Nejmi M, Schiff E, Hassan E, Mutafoglu K, et al. Integrative oncology research in the Middle East: Weaving traditional and complementary medicine in supportive care. *Support Care Cancer.* 2012;20(3):557-64.
15. Saper RB, Phillips RS, Sehgal A, Khouri N, Davis RB, Paquin J, et al. Lead, Mercury, and Arsenic in US- and Indian-Manufactured Ayurvedic Medicines Sold via the Internet. *Am Med Assoc.* 2008;300(8):915-23.
16. Richardson P. Assessment and Implementation of Spirituality and Religiosity in Cancer Care. *Clin J Oncol Nurs.* 2012;16(4):E150-5.
17. Stub T, Musial F, Quandt SA, Arcury TA, Salamonsen A, Kristoffersen A, et al. Mapping the risk perception and communication gap between different professions of healthcare providers in cancer care: a cross-sectional protocol. *BMJ open.* 2015;5(9).
18. Stub T, Quandt SA, Arcury TA, Sandberg JC, Kristoffersen AE, Musial F, et al. Perception of risk and communication among conventional and complementary health care providers involving cancer patients' use of complementary therapies: a literature review. *BMC Complementary and Alternative Medicine.* 2016;16(1):1-14.



ALTERNATIV BEHANDLING: Halvparten av kreftpasientene i Norge bruker alternativ behandling i løpet av sykdomsforløpet. Illustrasjonsfoto: Colourbox

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

Xtandi® (enzalutamid). Androgenreseptorantagonist. ATC-nr.: L02B B04. **KAPLSER, myke 40 mg:** hver kapsel inneh.: enzalutamid 40 mg, sorbitol, hjelpestoffer. Fargestoff: sort jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). **Indikasjoner:** til behandling av voksne menn med metastatisk kastrasjonsresistent prostatakreft som er asymptomatiske eller mildt symptomatiske etter svikt av androgen deprivasjonsbehandling, der kjemoterapi ennå ikke er klinisk indisert. Til behandling av voksne menn med metastatisk kastrasjonsresistent prostatakreft med sykdomsprogresjon under eller etter behandling med docetaxel. **Dosering: anbefalt dose:** 160 mg (4 kapsler à 40 mg) som 1 enkelt dose daglig. Medisinsk kastrasjon med en LHRH-analog skal fortsettes under behandling av pasienter som ikke er kirurgisk kastrert. Ved toksisitet \geq grad 3 eller utolerbar bivirkning, bør behandlingen stanses i 1 uke eller til symptombedring til \leq grad 2, og deretter gjenoppas med samme eller lavere dose (120 mg eller 80 mg) hvis tilrådelig. **Samtidig bruk av sterke CYP2C8-hemmere:** samtidig bruk bør om mulig unngås. Dersom pasienten må bruke en sterk CYP2C8-hemmer, bør enzalutamiddosen reduseres til 80 mg 1 gang daglig. Avbrytes behandlingen med CYP2C8-hemmeren, bør enzalutamiddosen endres tilbake til dosen som ble brukt før initiering av sterk CYP2C8-hemmer. **Uteglemt dose:** dersom pasienten glemmer å ta kapslene til vanlig tidspunkt, skal forskrevet dose tas så tidlig som mulig etter dette. Ved uteglemt dagsdose, skal behandlingen gjenoppas neste dag med vanlig daglig dose. **Spesielle pasientgrupper: nedsatt leverfunksjon:** ingen dosejustering nødvendig ved lett, moderat eller alvorlig nedsatt leverfunksjon (hhv. Child-Pugh A, B eller C). Det er imidlertid observert forlenget halveringstid ved alvorlig nedsatt leverfunksjon. **Nedsatt nyrefunksjon:** ingen dosejustering nødvendig ved lett eller moderat nedsatt nyrefunksjon. Forsiktighet bør utvises ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon eller terminal nyresykdom. **Barn og ungdom:** ikke indisert. **Eldre:** ingen dosejustering nødvendig. **Administrering:** dosen bør tas til samme tid hver dag. Kan tas med eller uten mat. Skal svelges hele med vann. Skal ikke tygges. Skal ikke åpnes eller løses opp. **Kontraindikasjoner:** overfølsomhet for innholdsstoffene. Kvinner som er gravide eller som kan bli gravide. **Forsiktighetsregler: risiko for krampeanfoll:** forsiktighet bør utvises ved administrering til pasienter som tidligere har hatt krampeanfoll, eller som har andre predisponerende faktorer, iberegnet, men ikke begrenset til, underliggende hjerneskade, slag, primære hjernetumorer eller hjernemetastaser, eller alkoholisme. Risikoen for krampeanfoll kan i tillegg være økt ved samtidig behandling med legemidler som senker terskelen for krampeanfoll. Sjeldne tilfeller av posterior reversibelt encefalopati-syndrom (PRES) er rapportert. Seponering anbefales ved utvikling av PRES. **Bruk samtidig med andre legemidler:** enzalutamid er en potent enzyminduktor og kan gi redusert effekt av mange legemidler. Ved behandlingsoppstart med enzalutamid bør det foretas en gjennomgang av legemidler som brukes samtidig. Samtidig bruk med warfarin- og kumarinlignende antikoagulantia bør unngås. Dersom enzalutamid brukes samtidig med antikoagulant som metaboliseres via CYP2C9 (som warfarin eller acenocumarol), bør INR overvåkes ekstra nøye. Se Interaksjoner og Dosering. **Nedsatt lever- og nyrefunksjon:** se Dosering. **Nylig kardiovaskulær sykdom:** kliniske studier utelukket pasienter med nylig myokardinfarkt (i løpet av de siste 6 månedene) eller ustabil angina (i de siste 3 månedene), hjertesvikt NYHA-klasse III eller IV, unntatt ved venstre ventrikkels ekkjeksjonsfraksjon (LVEF) på \geq 45 %, lang QT, QTcF $>$ 470 ms, bradykardi eller ukontrollert hypertensjon. Dette bør tas med i betraktningen ved forskrivning. **Androgen deprivasjonssterapi kan forlenge QT-intervallet:** ved tidligere historie med eller risikofaktorer for QT-forlengelse, skal nytte-/risikoforholdet, inkl. potensiale for torsades de pointes, vurderes for oppstart av behandling. **Bruk sammen med kjemoterapi:** sikkerhet og effekt ved bruk av enzalutamid sammen med kjemoterapi er ikke fastslått. Samtidig administrering av enzalutamid har ingen klinisk relevant effekt på farmakokinetikken for i.v. docetaxel, men en økning i forekomsten av docetaxelindusert nøytropeni kan ikke utelukkes. **Hjelpestoffer:** inneholder sorbitol. Pasienter med fruktoseintoleranse bør ikke ta dette legemidlet. **Overfølsomhetsreaksjoner:** overfølsomhetsreaksjoner manifestert som symptomer som omfatter, men ikke er begrenset til, tungeødem, leppeødem og faryngealt ødem er observert. **Interaksjoner:** for utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. **CYP2C8-hemmere:** CYP2C8 spiller en viktig rolle i eliminasjonen av enzalutamid og i dannelsen av aktiv metabolitt. Etter oral administrering av den sterke CYP2C8-hemmeren gemfibrozil (600 mg 2 ganger daglig) øker AUC for enzalutamid med 326 %, mens C_{max} for enzalutamid reduseres med 18 %. For summen av ubundet enzalutamid og ubundet aktiv metabolitt øker AUC med 77 %, mens C_{max} reduseres med 19 %. Sterke CYP2C8-hemmere må unngås eller brukes med forsiktighet under enzalutamidbehandling, se Dosering. **CYP3A4-hemmere:** CYP3A4 spiller en mindre rolle i metaboliseringen av enzalutamid. Etter oral administrering av den sterke CYP3A4-hemmeren itraconazol (200 mg 1 gang daglig) øker AUC for enzalutamid med 41 % mens C_{max} er uendret. For summen av ubundet enzalutamid og ubundet aktiv metabolitt, øker AUC med 27 %, mens C_{max} er uendret. Ingen dosejustering er nødvendig ved samtidig bruk av CYP3A4-hemmere. **CYP2C8- og CYP3A4-induktorer:** ingen dosejustering er nødvendig ved samtidig bruk med enzalutamid. Oral administrering av den moderate CYP2C8- og sterke CYP3A4-induktoren rifampin (600 mg 1 gang daglig) har vist 37 % reduksjon av AUC for enzalutamid og aktiv metabolitt. **Enzyminduksjon:** enzalutamid er en potent enzyminduktor og øker syntesen av mange enzymer og transportører, og det forventes derfor interaksjon med mange legemidler som er substrater for enzymer eller transportører. Reduksjonen i plasmakonsentrasjonene kan være betydelige, og medføre tap eller reduksjon av klinisk effekt. Det er også risiko for økt dannelse av aktive metabolitter. Enzymer som kan bli indusert omfatter CYP3A i lever og tarm, CYP2C9, CYP2C19, CYP1A2 og UGT. P-gp kan også induiseres, og sannsynligvis også andre transportører, f.eks. MRP2, BCRP og OATP1B1. In vivo-studier viser at enzalutamid er en sterk CYP3A4-induktor og en moderat CYP2C9- og CYP2C19-induktor. Administrering av enzalutamid (160 mg 1 gang daglig) samtidig med enkelt doser av sensitive CYP-substrater gir 86 % reduksjon i AUC for midazolam (CYP3A4-substrat), 56 % reduksjon i AUC for 5-warfarin (CYP2C9-substrat) og 70 % reduksjon i AUC for omeprazol (CYP2C19-substrat). Det er også mulig at UGT1A1 induiseres. Det forventes interaksjoner med visse legemidler som elimineres via metabolisme eller aktiv transport. Hvis terapeutisk effekt har stor betydning for pasienten og dosen ikke enkelt kan justeres basert på overvåking av effekt eller plasmakonsentrasjon, skal disse legemidlene unngås eller brukes med forsiktighet. Risikoen for leverskader etter bruk av paracetamol forventes å være høyere ved samtidig behandling med enzyminduktor. Grupper av legemidler som kan påvirkes omfatter, men er ikke begrenset til: analgetika, antibiotika, anticancermedier, antikoagulantia, anti epileptika, antipsykotika, betablokkere, kalsiumkanalblokkere, hjerteglykosider, kortikosteroider, antivirale legemidler mot hiv, hypnotika, statiner som metaboliseres av CYP3A4, thyreoideapreparater. Det fulle induksjonspotensialet til enzalutamid inntreffer muligens ikke før omkring 1 måned etter behandlingsoppstart, når steady state-plasmakonsentrasjon nås, selv om noen induksjonseffekter kan være synlige tidligere. Ved samtidig bruk av substrater for CYP3A4, CYP2C9, CYP2C19, CYP1A2 eller UGT1A1, bør pasienten evalueres for mulig tap av farmakologisk effekt (eller økt effekt ved dannelse av aktive metabolitter) under den 1. behandlingsmåneden med enzalutamid, og dosejustering bør vurderes ved behov. Effekten på enzymerne kan vedvare i 1 måned etter seponering av enzalutamid, pga. lang halveringstid (5,8 dager). Det kan være nødvendig med gradvis nedtrapping av dosen til legemidlet som gis samtidig ved stans av enzalutamidbehandling. **CYP1A2- og CYP2C8-substrater:** enzalutamid (160 mg 1 gang daglig) ga ingen klinisk relevant endring i AUC eller C_{max} for kaffein (CYP1A2-substrat) eller pioglitazon (CYP2C8-substrat). AUC for pioglitazon øker med 20 %, mens C_{max} reduseres med 18 %. AUC og C_{max} for kaffein ble redusert med hhv. 11 % og 4 %. Ingen dosejustering er indisert når et CYP1A2- eller CYP2C8-substrat administreres samtidig med enzalutamid. **P-gp-substrater:** in vitro-data tyder på at enzalutamid kan være P-gp-hemmer. Effekten av enzalutamid på P-gp-substrater er ikke evaluert in vivo, men under klinisk bruk kan enzalutamid være P-gp-induktor via aktivering av pregnanreseptoren (PXR). Legemidler med smalt terapeutisk vindu som er P-gp-substrater bør brukes med forsiktighet sammen med enzalutamid, og dosejustering kan være nødvendig for å opprettholde optimale plasmakonsentrasjoner. **BCRP-, MRP2-, OAT3- og OCT1-substrater:** basert på in vitro-data kan hemming av BCRP og MRP2 (i tarmen) samt OAT3 og OCT1 ikke utelukkes. Teoretisk er det også mulig at disse transportørene induiseres, effekten er ukjent. **Legemidler som forlenger QT-intervallet:** ettersom androgen deprivasjonssterapi kan forlenge QT-intervallet, må det gjøres en grundig vurdering for samtidig bruk av legemidler kjent for å forlenge QT-intervallet eller som kan inducere «torsades de pointes», slik som antiarytmiske legemidler klasse IA eller klasse III. **Graviditet, amming og fertilitet:** skal ikke brukes av kvinner. Ukjent om enzalutamid eller metabolitter er tilstede i sæd. Kondom er derfor påkrevet under og i 3 måneder etter behandling, dersom pasienten er seksuelt aktiv med gravid eller fertil kvinne. **Graviditet:** kontraindisert hos kvinner som er eller kan bli gravide. **Amming:** skal ikke brukes av kvinner. **Fertilitet:** studier på hanndyr har vist reproduksjonstoksitet. **Bivirkninger: svært vanlige (\geq 1/10):** hjerte/kr.: hetetokter, hypertensjon. Neurologiske: hodepine. Øvrige: asteni/fatigue. **Vanlige (\geq 1/100 til $<$ 1/10):** hud: tørr hud, pruritus. Muskel-skjelettsystemet: frakturer (omfatter alle frakturer unntatt patologisk fraktur). Kjønnsgenerne/bryst: gynekomasti. Neurologiske: nedsatt hukommelse, amnesi, oppmerksomhetsforstyrrelser, rastløse ben (RLS). Psykiske: angst. Øvrige: fall. **Mindre vanlige (\geq 1/1000 til $<$ 1/100):** blod/lymfe: leukopeni, nøytropeni. Neurologiske: krampeanfoll, kognitiv forstyrrelse. Psykiske: visuelle hallusinasjoner. Ukjent frekvens: trombocytopeni, myalgi, muskelspasmer, muskelsvekkelse, QT-forlengelse, PRES, tungeødem, leppeødem, faryngealt ødem, kvalme, oppkast, hudutslett, diaré. **1. Potensielt medvirkende faktorer var til stede hos flere av pasientene som fikk krampeanfoll, og kan uavhengig av hverandre ha økt risikoen. Dose ser ut til å være en viktig prediktor for risikoen for krampeanfoll. Det er ukjent hvilken mekanisme som senker terskelen for krampeanfoll, men kan være relatert til hemming av GABA-styrte kloridkanaler. Overdosering/Forgiftning: symptomer:** pasienten kan ha forhøyet risiko for krampeanfoll etter overdose. **Behandling:** ved overdosering bør enzalutamidbehandling stanses og generell støttende behandling igangsettes, der det tas hensyn til halveringstiden på 5,8 dager. **Reseptgruppe: C. Refusjonsberettiget bruk:** ingen refusjon. Foreskrives på H-resept. **Pakninger og priser (pr. 23.02.2017): 40 mg:** 112 stk. (blister) 34 079,20 kr. **Innehaver av markedstillatelse:** Astellas Pharma Europe B.V. Basert på preparatomtale godkjent av Statens Legemiddelverk d. 01.04.2016. **Full preparatomtale** kan rekvireres hos Astellas Pharma.

**NYE
LANGTIDSDATA
BEKREFTER
VEDVARENDE
EFFEKT¹**

Rimeligste alternativ er
Xtandi® (enzalutamid)
og anbefales som
førstevalg ved første-
linjebehandling

LIS 1607-2A, september 2016*

Nye langtidsdata bekrefter vedvarende effekt av Xtandi sammenlignet med placebo da det forlenger tiden til sykdomsprogresjon og signifikant reduserer risiko for død for pasienter med mCRPC.^{1,2}

 **Xtandi**[®]
enzalutamid
A targeted approach in mCRPC²

Forsiktighetsregler

- Forsiktighet bør utvises ved administrering til pasienter som tidligere har hatt krampeanfallet eller som har predisponerende faktorer for epilepsi.
- Xtandi har interaksjoner med andre legemidler. Foreta en interaksjonsanalyse før du foreskriver Xtandi.

Les alltid preparatomtalen før forskrivning. Vær oppmerksom på forsiktighetsregler, bivirkninger og interaksjoner.

Referanser: 1. Beer TM, Armstrong AJ, Rathkopf D et al. Enzalutamide in Men with Chemotherapy-naïve Metastatic Castration-resistant Prostate Cancer: Extended Analysis of the Phase 3 PREVAIL Study. Eur Urol. 2016 Jul 28. [Epub ahead of print]. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2016.07.032>. 2. Xtandi[®] SPC 01.04.2016 (S 5.1).

*LIS 1607-2A, september 2016; Kastrasjonresistent prostatakreft med spredning pre- og postkjemoterapi. "Zytiga og Xtandi har samme indikasjon og det finnes ikke klart dokumentert signifikant forskjell med hensyn til effekt og bivirkninger. Avvik fra anbefalingene skal dokumenteres i pasientens journal." LIS-Legemiddelinnkjøpsamarbeid, en del av HINAS. LIS – Legemiddelinnkjøpsamarbeid. De regionale helseforetakene (RHFene) har inngått en samarbeidsavtale vedrørende legemiddelinnkjøp til helseforetakene. Betegnelsen på samarbeidet er Legemiddelinnkjøpsamarbeid med forkortelsen LIS. LIS innhenter tilbud på alle legemidler som anvendes i helseforetakene. LIS har gjennomført anbud for enkelte helseforetaksfinansierte onkologipreparater med indikasjonene kreft med spredning til skjelett, prostatakreft med spredning og hudkreft med spredning. Det er inngått avtaler med alle tilbydere og de fire regionale helseforetak.

Astellas Pharma | Solbråveien 47 | 1383 ASKER | Telefon 66 76 46 00 | kontakt.no@astellas.com | www.astellas.no | www.xtandi.no

Samler historier om sykdomsforløp

Pasienter som bruker alternativ medisin kan oppleve en uvanlig endring til det bedre eller verre. Kan kartlegging av deres sykdomsforløp gi oss nyttig kunnskap?

FAKTA

Av Arne Johan Norheim,
Professor, NAFKAM

Anita Salamonsen,
Seniorforsker, NAFKAM

Forløp ved alvorlig sykdom er vanskelig å forutse, selv for erfarne klinikere. I møte med alternativ behandling opplever pasienten tidvis en uforklarlig endring. Noen opplever en uventet positiv utvikling, mens andre opplever et uventet negativt forløp. Kan vitenskapelig kartlegging av pasienterfarte eksepsjonelle sykdomsforløp gi oss anvendbar kunnskap?

Nasjonalt forskningscenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM) ved Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet har siden år 2002 registrert uvanlige sykdomsforløp knyttet til bruk av alternativ behandling [1, 2]. Per 01.01.2017 inneholder Register for eksepsjonelle sykdomsforløp (RESF) 449 rapporter, hvorav 418 er rapportert som positive og 31 negative. Det er i alt registrert 66 historier for kreftpasienters sykdomsforløp. Andre store diagnosegrupper er multipel sklerose, kronisk

utmattelsessyndrom og astma/allergi (tabell 1). De hyppigst anvendte alternative behandlingsformene er akupunktur, kostholdsveiledning, homeopati, urter og kosttilskudd, soneterapi og healing.

Informasjonen i registeret er for en stor del av deskriptiv karakter og kan ikke brukes til å vurdere effekt av alternative behandlingsformer. Derimot danner registerinformasjon grunnlag for forskning på pasienterfaringer med ulike alternative behandlingsformer og det offentlige helsevesenet [1-3].

«Eksepsjonelt gode sykdomsforløp» er sykehistorier der pasienten opplever uventet tilfriskning eller betydelig symptomreduksjon. «Eksepsjonelt dårlige sykdomsforløp» er forløp der pasienten opplever en uventet forverring som knyttes til bruk av alternativ behandling [1, 2, 4].

Ved registrering gjennomføres en omfattende innhenting av pasientinformasjon; kontaktinformasjon, personopplysninger, pasientens egen vurdering av sykdomshistorien og behandling. Med pasientens samtykke innhentes også informasjon fra helsevesen og alternative behandlere.

En erfaren allmennlege ved NAFKAM gjør en medisinsk vurdering av det anonymiserte kasus ut fra gitte kriterier [1]. Når det vurderes å være mer enn 10% sannsynlig at forløpet kan forklares ut fra den gitte (skole)medisinske behandlingen, konkluderes det med ikke-eksepsjonelt sykdomsforløp. Dersom det er mindre enn 10% sannsynlig at forløpet kan forklares ut fra den gitte (skole)medisinske behandlingen, indikerer det et mulig eksepsjonelt forløp.

TABELL 1: Sykdomsforløp hos Register for eksepsjonelle sykdomsforløp pr 31.12.2016

	TOTALT ANTALL	FRA DANMARK	FRA NORGE	FRA SVERIGE	FRA STOR-BRITANNIA
Registrerte sykdomsforløp	449	76	361	9	3
Kvinner	329	60	260	6	3
Menn	120	16	101	3	0
Astma/allergi	20	2	18	0	0
CFS/ME	101	1	100	0	0
Kreft	66	27	39	0	0
Multipel sklerose (MS)	82	27	51	4	0



Et anonymisert, mulig eksepsjonelt sykdomsforløp gjennomgås deretter av en uavhengig erfaren spesialist innen aktuelt fagområde. Ved denne vurderingen evalueres diagnostisk sikkerhet, variabilitet i sykdommens målevariabler, sykdommens kjente naturlige forløp, sykdommens symptomgjennomslag, og sykdommens prognose ved gitte alvorlighetsgrader av sykdom. Der ekspertvurderingen konkluderer med at det er mindre enn 1 % sannsynlig at forløpet kan forklares ut fra den gitte (skole)medisinske behandlingen vurderes sykdomshistorien til å være et eksepsjonelt sykdomsforløp.

NAFKAM og RESF har også rutiner for å varsle helsemyndighetene dersom man i registeret får gjentatte rapporter om negative pasienterfaringer ved bruk av alternativ behandling [5].

Uventede og uvanlige positive sykdomsforløp blir ofte tolket som spontan remisjon, uavhengig av pasientens opplevelse, erfaring og refleksjon. RESF vil kunne bidra til å generere noen hypoteser i kun-

skapsgapet mellom manglende vitenskapelig evidens for effekt, og pasientfortolket virkning av alternativ behandling [1-3, 6].

Studier viser at bruk av alternativ behandling er utbredt i den norske befolkningen, også hos pasienter med alvorlige diagnoser som kreft. Dette tross for at det alternative behandlingsfeltet er lite regulert og kunnskapen om mange behandlings-

INFORMASJON: Registeret inneholder pasienthistorier og kunnskap om sykdomsforløp som har utviklet seg på en annen måte enn skolemedisinen har forventet. Illustrasjonsfoto: Colourbox

«Noen opplever en uventet positiv utvikling, mens andre opplever et uventet negativt forløp.»

former er begrenset. Faren for helseskader kan dermed potensielt være stor.

Ukebladenes «mirakelhistorier» forteller om personer som har blitt friske eller vesentlig bedre av å bruke



ulike alternative behandlingsformer. I dagspressen og debattprogram på tv trekkes kanskje oftere folks negative erfaringer frem. Et ferskt eksempel er rettsaken der en healer ble dømt etter alternativ behandling av kreftsykdom hos en kvinne som til slutt døde [7].

Det er viktig å understreke at RESF ikke kan dokumentere en årsaksmessig sammenheng mellom bruk av alternativ behandling og forløpet av kreftsykdom. Pasientregisteret og de medisinske

og verste utfall knyttet til bruk av ulike alternative behandlingsformer. I tillegg kartlegges erfaringer fra bruk av alternativ behandling så vel som erfaringer fra det offentlige helsevesenet. Pasienters begrunnelser for å bruke alternativ behandling kan gi viktige innspill til helsemyndighetenes mål om brukervirkning og individualisert behandling [8, 10, 11].

NAFKAM vil ut fra sitt mandat fortsette arbeidet med registeret. Det er derfor ønskelig at helsepersonell som kjenner til positive eller negative sykdomsforløp knyttet til bruk av alternativ behandling bidrar til at disse blir registrert. Kontaktinformasjon for å melde til RESF finnes på www.nafkam.no. ■

«Faren for helseskader kan dermed potensielt være stor.»

vurderingene reiser snarere flere nye spørsmål enn sykdomshistoriene kan besvare. Pasientenes sykdomshistorier er derfor ikke dokumentasjon på at alternativ behandling kan brukes for å behandle kreftsykdom. Likevel er det mange kreftpasienter som bruker og finner nytte i alternative behandlingsformer. Forskning på slike pasienterfaringer kan gi helsepersonell og helsemyndigheter viktig informasjon om årsaker til denne bruken [8, 9].

I data som er samlet inn i RESF finnes det en omtale av pasientens valg og vurderinger, og tidvis i de medisinske journalene også en profesjonell undring over det som fremstår som uforklarlig. Gjennom samtaler, og i pasientens nedtegnelser til registeret beskrives pasientens ståsted, holdninger og synspunkter som er viktige komponenter i helhetlig medisinsk behandling av alvorlig sykdom.

Med helsepolitiske styringsdokumenter som «Morgendagens omsorg» tillegges norske pasienter en aktiv posisjon i egen behandling [10]. Studier viser at mange kreftpasienter unnlater å fortelle helsepersonell om bruk av alternativ behandling. Samtidig gir pasientene uttrykk for at de aller helst ønsker å diskutere bruk av alternativ behandling med nettopp sine medisinske behandlere [11, 12].

Helsepersonell bør aktivt spørre pasienten om bruk av alternativ behandling. Det styrker relasjonen til pasienten, og, som en konsekvens av det, også tilliten til helsevesenet. God kommunikasjon om behandlingsvalg kan bidra til at pasienter ikke velger bort effektiv medisinsk behandling til fordel for udokumentert alternativ behandling [8, 13]. Registeret har en viktig funksjon i å ta vare på og formidle pasientens opplevelse av helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten.

RESF danner grunnlag for forskning på beste

Denne artikkelen er delvis basert på en artikkel i Tidsskrift for den Norske legeforening: Norheim, Fønnebo og Salamonsen: «Eksepsjonelt sykdomsforløp ved bruk av alternativ behandling. 2016; Volum 136.(6) s. 525-6. Artikkelen er en oppdatert og omarbeidet.

Referanser

1. Fønnebo V, Drageset BJ, Salamonsen A: The NAFKAM International Registry of Exceptional Courses of Disease Related to the Use of Complementary and Alternative Medicine. *Glob Adv Health Med* 2012, 1(1):60-62.
2. Norheim AJ, Fønnebo V, Salamonsen A: Exceptional courses of disease related to the use of complementary and alternative medicine? *Tidsskrift for den Norske legeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny række* 2016, 136(6):525-526.
3. Det virker for meg [<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2015/01/26/det-virker-for-meg/>]
4. Fønnebo V, Drageset BJ, Salamonsen A: Worst Cases Reported to the NAFKAM International Registry of Exceptional Courses of Disease. *Glob Adv Health Med* 2012, 1(1):30.
5. NAFKAM varsler helsemyndighetene om Lightning Process [http://www.nifab.no/aktuelt/nifab/nafkam_varslar_helsemyndighetene_om_li...]
6. Fønnebo V, Grimsgaard S, Walach H, Ritenbaugh C, Norheim AJ, MacPherson H, Lewith G, Launso L, Koithan M, Falkenberg T et al: Researching complementary and alternative treatments—the gatekeepers are not at home. *BMC medical research methodology* 2007, 7:7.
7. Healer dømt til 30 dager betinget fengsel [<https://www.nrk.no/trondelag/healer-slipper-a-sone-i-fengsel-1.12054131>]
8. Salamonsen A: Use of complementary and alternative medicine in patients with cancer or multiple sclerosis: possible public health implications. *Eur J Public Health* 2016, 26(2):225-229.
9. Kruse T, Salamonsen A: Alternative veier. In: *Alternative veier*. Volume 1, edn. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2012: 250.
10. Morgendagens omsorg [<https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd...>]
11. Tovey P, Broom A: Oncologists' and specialist cancer nurses' approaches to complementary and alternative medicine and their impact on patient action. *Soc Sci Med* 2007, 64(12):2550-2564.
12. Salamonsen A: Doctor-patient communication and cancer patients' choice of alternative therapies as supplement or alternative to conventional care. *Scand J Caring Sci* 2013, 27(1):70-76.
13. Han E, Johnson N, DelaMelena T, Glissmeyer M, Steinbock K: Alternative therapy used as primary treatment for breast cancer negatively impacts outcomes. *Annals of surgical oncology* 2011, 18(4):912-916.



«I storm og stille»

18. Landskonferanse i kreftsykepleie i Ålesund



Landskonferansen 2017:

Send inn abstrakter/sammendrag og posterpresentasjoner

Den 18. landskonferansen i kreftsykepleie «I storm og stille» finner sted i Ålesund 27. - 29. september 2017. Vi ønsker herved å invitere til innsendelse av abstrakter/sammendrag og posterpresentasjoner.

DETTE KAN DU BIDRA MED:

Foredrag:

For å vise bredden innenfor kreftsykepleie inviterer vi i komiteen deg til å holde foredrag på 20 minutter. Foredragene vil bli en del av parallellsesjonene torsdag 28/09, og må omhandle ett av følgende temaer:

- Palliasjon
- Symptomlindring
- Kreftbehandling og fagutvikling
- Barn og unge med kreft
- Å leve med kreft
- Flerkulturelle samfunn og kreftomsorg
- Rehabilitering
- Mestring. Belyst fra ulike perspektiv både pasient, pårørende og helsepersonell

- Veiledning, etikk og refleksjon
- Ivaretagelse av helsepersonell i møte med alvorlig syke og døende
- Å være pårørende/etterlatte
- Barn som pårørende

Sammendrag av foredraget sendes til:

Sigrud Lerstad Thorsnes.
slt@ntnu.no
Innen 1. mai 2017

Posterpresentasjon:

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

Sammendrag til posters sendes: Sigrud Lerstad Thorsnes
Epost: slt@ntnu.no

Innen 1. mai 2017

- Det vil bli kåring av beste poster!

Sammendrag/abstrakt

Kan inneholde maks 250 ord, forfatter, tittel og arbeidssted kommer utenom dette. Abstraktet bør inneholde en kort presentasjon av bakgrunn og formål med prosjektet, problemstilling, metode og funn/resultater. Si også kort noe om konklusjon og anbefalinger videre.

Det vil bli lagt ut utfyllende informasjon om hvordan skrive abstrakter/lage posters på FKS sin hjemmeside:

Frist for innsendelse: 1. mai 2017
Tilbakemelding vil bli gitt til alle innen: 20. juni 2017

LYKKE TIL!



UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON FOR KEYTRUDA® (pembrolizumab)

INDIKASJONER:

KEYTRUDA som monoterapi er indisert til behandling av avansert (inoperabelt eller metastatisk) melanom hos voksne, og til behandling av lokalavansert eller metastatisk ikke-småcellet lungkreft (NSCLC) hos voksne med tumor som uttrykker PD-L1 og som tidligere er behandlet med minst et kjemoterapiregime. NSCLC pasienter med EGFR- eller ALK-positive mutasjoner i tumor skal også ha fått godkjent behandling for disse mutasjonene før behandling med KEYTRUDA starter.

ADMINISTRASJONSMÅTE:

KEYTRUDA må administreres ved intravenøs infusjon over 30 minutter. KEYTRUDA skal ikke administreres som en intravenøs trykk eller bolusinjeksjon.

KONTRAINDIKASJONER:

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

FORSIKTIGHET UTVISES VED:

Immunrelaterte bivirkninger som: pneumonitt, kolitt, hepatitt, nefritt og endokrinopati inkludert hypofysitt, type 1 diabetes mellitus, diabetisk ketoacidose, hypotyreose og hypertyreose. Ved mistanke om immunrelaterte bivirkninger må det gjøres en adekvat undersøkelse for å bekrefte etiologi eller ekskludere andre årsaker. Avhengig av alvorlighetsgraden av bivirkningen, må pembrolizumab tilbakeholdes og kortikosteroid initieres. Ved bedring av bivirkning til grad ≤ 1 , skal gradvis nedtrapping av kortikosteroid initieres, og foregå over en periode på minst 1 måned. For pasienter hvor immunrelaterte bivirkninger ikke kan kontrolleres med kortikosteroider, kan det basert på begrensede data fra kliniske studier, vurderes å administrere andre systemiske immun-suppressiva.

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

Keytruda «MSD»

C Antineoplastisk middel.

ATC-nr.: L01X C18

PULVER TIL KONSENTRAT TIL INFUSJONSVESE, oppløsning 50 mg:

Hvert hetteglass inneholder: Pembrolizumab 50 mg, L-histidin, L-histidinhydroklorid monohydrat, sukrose, polysorbat 80. **Indikasjoner:** Behandling av avansert (inoperabelt eller metastatisk) melanom hos voksne. Behandling av lokalavansert eller metastatisk ikke-småcellet lungkreft (NSCLC) hos voksne med tumor som uttrykker PD-L1 og som tidligere er behandlet med minst et kjemoterapiregime. Pasienter med EGFR- eller ALK-positive mutasjoner i tumor skal også ha fått godkjent behandling for disse mutasjonene før behandling kan starte. **Dosering:** Behandling må initieres og overvåkes av lege med erfaring i kreftbehandling. Behandling av pasienter med NSCLC skal baseres på uttrykk av PD-L1 i tumor, bekreftet med en validert test. **Voksne inkl. eldre:** Anbefalt dose er 2 mg/kg hver 3. uke. Pasienter bør behandles inntil sykdomsprogresjon eller til uakseptabel toksisitet. Atypiske responser er sett (f.eks. initial, forbigående vekst av tumor eller små nye lesjoner innen de første månedene, etterfulgt av å tumor krymper). For klinisk stabile pasienter med initiale tegn på sykdomsprogresjon, anbefales det å fortsette med behandling inntil sykdomsprogresjonen er bekreftet. **Tilbakeholdelse av doser eller permanent seponering:** Behandling av immunrelaterte bivirkninger som pneumonitt, kolitt, hepatitt, nefritt og endokrinopati, kan kreve utetelse av en dose eller permanent seponering og innføring av systemisk høydosebehandling med kortikosteroider, eller i noen tilfeller, annen immun-suppressiv behandling. Avlorige infusjonsrelaterte reaksjoner krever permanent seponering. For retningslinjer for tilbakeholdelse eller permanent seponering, se SPC. **Spesielle pasientgrupper: Nedsatt leverfunksjon:** Ingen dosejustering ved lett nedsatt leverfunksjon. Studier ved moderat eller alvorlig nedsatt leverfunksjon mangler. **Nedsatt nyrefunksjon:** Ingen dosejustering ved lett til moderat nedsatt nyrefunksjon. Studier ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon mangler. **Barn <18 år:** Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. Data mangler. Skal ikke brukes. **Okulært melanom:** Begrenset mengde data mht. sikkerhet og effekt ved okulært melanom. **Tilberedning/Håndtering:** Kan fortynnes i natriumkloridoppløsning 9 mg/ml (0,9%) eller glukoseoppløsning 50 mg/ml (5%), til en sluttkonsentrasjon på 1-10 mg/ml. For oppløsninger om rekonstitusjon og tilberedning, se pakningsvedlegg. Kun til engangsbruk. Ubrukt legemiddel skal kastes. Hetteglass og/eller infusjonsveske tempereres til romtemperatur før bruk. **Administrering:** Må administreres som i.v. infusjon over 30 minutter. Skal ikke administreres som en i.v. trykk- eller bolusinjeksjon. Andre legemidler skal ikke gis samtidig i samme infusjonslinje. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdstoffene. **Forsiktighetsregler:** Viktig å det benyttes en vel-valideret og robust metodikk ved vurdering av PD-L1-status av tumor for å minimere falske negative eller falske positive påvisninger. Immunrelaterte bivirkninger er vanligst. De fleste, inkl. alvorlige reaksjoner, er reversible etter initiering av hensiktsmessig medisinsk behandling eller seponering. Bivirkninger etter siste dose har forekommet. Ved mistanke om immunrelaterte bivirkninger må det gjøres en adekvat undersøkelse for å bekrefte etiologi eller ekskludere andre årsaker. Pasienten må overvåkes for tegn og symptomer på pneumonitt, kolitt, hepatitt, nefritt og endokrinopati. Avhengig av alvorlighetsgraden må pembrolizumab tilbakeholdes og kortikosteroid initieres. Når immunrelaterte bivirkninger ikke kan kontrolleres med kortikosteroider, kan andre systemiske immun-suppressiver vurderes. Behandlingen kan gjenopptas innen 12 uker etter siste dose dersom bedring av bivirkning til grad ≤ 1 vedvarer, og dosen med kortikosteroider er redusert til ≤ 10 mg prednison eller tilsv. pr. dag. Pembrolizumab må seponeres permanent ved enhver tilbakevendende immunrelatert bivirkning av grad 3 og for enhver immunrelatert bivirkning (toksisitet) av grad 4, foruten immunrelaterte endokrinopati som kontrolleres med hormonsubstitusjon. Ved alvorlige infusjonsreaksjoner skal infusjonen avsluttes og pembrolizumab seponeres permanent. Ved milde eller moderate infusjonsreaksjoner kan behandlingen fortsette under tett overvåking. Premedisinering med antipyretika og antihistamin bør vurderes. For spesifikke retningslinjer for håndtering av bivirkninger, se SPC. **Bilking og betjening av maskiner:** Pembrolizumab kan ha en liten påvirkning på evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Tilfeller av fatigue er rapportert. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon fra Legemiddelverket om relevante interaksjoner, se L01X C18. Ingen farmakokinetiske interaksjonsstudier er utført. Ingen metabolske legemiddelinteraksjoner er forventet siden pembrolizumab fjernes fra sirkulasjonen ved katabolisering. Bruk av systemiske kortikosteroider eller

Pembrolizumab kan gjenopptas innen 12 uker etter siste dose med KEYTRUDA dersom bedring av bivirkning til grad ≤ 1 vedvarer, og dosen med kortikosteroid er redusert til ≤ 10 mg prednison eller tilsvarende pr. dag. Pembrolizumab må seponeres permanent for enhver tilbakevendende immunrelatert bivirkning av grad 3 og for enhver immunrelatert bivirkning (toksisitet) av grad 4, foruten endokrinopati som kontrolleres med hormonsubstitusjon.

VIKTIGE INTERAKSJONER:

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

VIKTIGE BIVIRKNINGER:

Immunrelaterte bivirkninger: pneumonitt, kolitt, hepatitt, nefritt, hypotyreose, hypertyreose, tyreoiditt, hypofysitt, type 1 diabetes mellitus, diabetisk ketoacidose, uveitt, artritt, myositt, pankreatitt, alvorlige hudreaksjoner, Guillain-Barré syndrom, myastenisk syndrom, hemolytisk anemi og partiell epilepsi hos en pasient med inflammatoriske foci i hjernerparenkymet. Det er rapportert tilfeller av alvorlig infusjonsrelaterte reaksjoner.

Pasientkort: Alle forskrivere av KEYTRUDA må være kjent med informasjon til helsepersonell og retningslinjer for håndtering. Forskriver må diskutere risikoen ved behandling med KEYTRUDA med pasienten. Pasienten vil få et pasientkort ved hver forskrivning.

Før forskrivning av KEYTRUDA® se preparatomtalen.

immunosuppressiver for oppstart av pembrolizumab bør unngås pga. potensiell interferens med farmakodynamisk aktivitet og effekten av pembrolizumab. Systemiske kortikosteroider eller andre immun-suppressiver kan imidlertid brukes etter oppstart for å behandle immunrelaterte bivirkninger. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Fertile kvinner må bruke sikker prevensjon under behandling og i minst 4 måneder etter siste dose. Ingen data på bruk hos gravide. Det er ikke utført dyrestudier mht. reproduksjonstoksikasjon. Dyrestudier har vist at blokade av PD-L1-signalnet forstyrrer toleransen til fosteret og gir økt fosterdødelighet. Det er derfor en potensiell risiko for å skade fosteret, inkl. økt forekomst av abort og dødsfald. Humant IgG, krysser placentabarrieren. Anbefales ikke under graviditet, hvis ikke kvinnens kliniske tilstand nødvendiggjør behandling. **Amming:** Overgang i morsmelk er ukjent. Antistoffer utskilles i morsmelk hos mennesker, og risiko for nyfødte/spedbarn kan derfor ikke utelukkes. Det må tas en beslutning om amming skal opphøre eller om behandling- en skal avsluttes/avstås fra, basert på nytte-/risikovurdering. **Fertilitet:** Kliniske data mangler. **Bivirkninger: Svært vanlige ($\geq 1/10$):** Gastrointestinale: Diaré, kvalme. Hud: Utslett¹, kloe¹. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi. Øvrige: Kronisk tretthet (fatigue). **Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$):** Blod/lymfe: Anemi. Endokrine: Hypertyreose, hypotyreose¹. Gastrointestinale: Kolitt¹, oppkast, abdominalmerse¹, forstoppelse, munntørhet. Hud: Alvorlige hudreaksjoner¹, vitiligo¹, akneform dermatitt, tørt hud, erytem, eksem. Immunsystemet: Infusjonsrelatert reaksjon¹. Lufteveier: Pneumonitt¹, dyspné, hoste. Muskel-skjelettsystemet: Myositt¹, muskel- og skjelettsmerter¹, smerter i ekstremitetene, artritt¹. Neurologiske: Hodepine, svimmelhet, dysgeusi. Stoffskifte/ernæring: Nedsatt appetitt. Undersøkelser: Økt ALAT, økt ASAT, økt alkalisk fosfatase i blod, økt kreatinin i blod. Øye: Tørre øyne. Øvrige: Asteni, ødem¹, pyreksi, influensalignende sykdom, frysninger. **Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$):** Blod/lymfe: Nøytropeni, leukopeni, trombocytopeni, lymfopeni, eosinofili. Endokrine: Hypofysitt¹, binyrebarksvikt, tyreoiditt. Gastrointestinale: Pankreatitt¹. Hjerte/kar: Hypertensjon. Hud: Lichenoid keratose¹, psoriasis, alopeci, erythema nodosum, dermatitt, endret hårfarge, papel. Lever/galle: Hepatitt¹. Muskel-skjelettsystemet: Seneskjedebetennelse¹. Neurologiske: Epilepsi, letargi, perifer neuropati. Nyre/urinveier: Nefritt¹. Psykiske: Insomni. Stoffskifte/ernæring: Diabetes mellitus type 1¹, hyponatremi, hypokalemi, hypokalsemi. Undersøkelser: Økt amylase, økt bilirubin i blod, hyperkalsemi. Øye: Uveitt¹. **Sjeldne ($\geq 1/10000$ til $< 1/10000$):** Blod/lymfe: Immun trombocytopenisk purpura, hemolytisk anemi. Gastrointestinale: Tyntarmperforasjon. Neurologiske: Guillain-Barré syndrom, myastenisk syndrom.

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

Overdosering/Forgiftning: Data mangler. **Behandling:** Ved overdosering skal pasienten overvåkes nøye mht. tegn og symptomer på bivirkninger og adekvat symptomatisk behandling igangsettes. Se Giftinformasjonen anbefaling L01X C. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Humanisert monoklonalt antiprogammert celledød-1 (PD-1) antistoff (IgG₂/kappa isotype med en alternerende stabiliserende sekvens i Fc-regionen). **Virkningsmekanisme:** Humanisert monoklonalt antistoff som bindes til programmert celledød-1 (PD-1)-reseptoren og blokkerer interaksjonen med ligandene PD-L1 og PD-L2. PD-1-reseptoren er en negativ regulator av T-celleaktivitet, som er vist å være involvert i kontroll av T-cellenes immunrespons. Pembrolizumab forsterker T-celleresponsen (inkl. anti-tumorresponsen) ved å blokkere bindingen av PD-1 til PD-L1 og PD-L2, som er uttrykt i antigenpresenterende celler, og mulig uttrykt i tumorceller eller andre celler i tumorens mikromiljø. **Proteinbinding:** Bindes ikke på en spesifikk måte til plasmavariasjon, som forventet for et antistoff. **Fordeling:** Vd_{0.5}: Ca. 7,4 liter med koeffisientvariasjon (KV%) på 19%. **Halveringstid:** Terminal t_{1/2}: Ca. 27 dager med KV% på 38%. **Terapeutisk serumkonsentrasjon:** C_{max} eller AUC øker doseprosjonalt innenfor doseringsintervallet for effekt. C_{min} ble nesten nådd ved 18 uker, median C_{min} ved 18 uker er ca. 24 µg/ml ved en dose på 2 mg/kg hver 3. uke. **Utskillelse:** Systemisk clearance: Ca. 0,2 liter/dag med KV% på 37%. Ved gjentatt dosering er clearance uavhengig av tid, og systemisk akkumulasjon er ca. 2,2 ganger ved administrering hver 3. uke. **Oppbevaring og holdbarhet:** For rekonstitusjon: Oppbevares ved 2-8°C. Kan oppbevares utenfor kjøleskap ($\leq 25^\circ\text{C}$) i opptil 24 timer. **Etter rekonstitusjon:** Bør fra et mikrobiologisk synspunkt brukes umiddelbart. Må ikke fryses. Skal ikke oppbevares >24 timer. Disse 24 timene kan inkludere opptil 6 timer ved romtemperatur ($\leq 25^\circ\text{C}$), oppbevaring i tillegg til dette må være ved 2-8°C. **Pakninger og priser:** 1 stk. (hettegl.) 19947,40. **Sist endret:** 06.09.2016



MSD (Norge) AS, Pb. 458 Brakerøya, 3002 Drammen, tlf. 32 70 73 00, faks 32 70 73 10.

KEYTRUDA[®]
(pembrolizumab)

KEYTRUDA[®]

ANTI-PD-1 EFFEKT¹

KEYTRUDA[®] som monoterapi er indisert til behandling av avansert (inoperabelt eller metastatisk) melanom hos voksne.¹

NY INDIKASJON

KEYTRUDA[®] er indisert til behandling av lokalavansert eller metastatisk ikkesmåcellet lungekreft (NSCLC) hos voksne med tumor som uttrykker PD-L1 og som tidligere er behandlet med minst et kjemoterapiregime. Pasienter med EGFR eller ALKpositive mutasjoner i tumor skal også ha fått godkjent behandling for disse mutasjonene før behandling med **KEYTRUDA**[®] starter.¹

Referanse: 1. KEYTRUDA[®] (pembrolizumab) SPC, kapittel 4.1, august 2016

Før forskrivning av KEYTRUDA[®] les preparatomtalen.

Copyright © 2016 MSD (Norge) AS. All rights reserved.



MSD Oncology

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



Ø storm og stille

18. Landskonferanse i kreftsykepleie i Ålesund

27.-29. september 2017
Scandic Parken Hotell



FORUM FOR KREFTSYKEPLEIE
NSFs FAGGRUPPE

