

Allmennt medisinske utfordringer

Utposten publiserer artikkelserien under denne fellesbetegnelse. Vi ønsker å sette søkelys på felter av allmennt medisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.



Cytostatikabehandling i primærhelsetjenesten

■ HELGE BJØRU *kommunelege i Nordkapp kommune*

Tradisjonelt har cytostatikabehandling vært en oppgave for spesialisthelsetjenesten, men i fremtiden kan vi forvente at dette i større grad vil skje utenfor sykehus. Cytostatikabehandling i primærhelsetjenesten er aktualisert gjennom samhandlingsreformens intensjoner. Artikkelen beskriver våre erfaringer med cytostatikabehandling ved sykestua i Honningsvåg.

Prevalensen av kreftsykdom har steget gjennom mange år. Endringer i befolkningens alderssammensetning og økt overlevelse gir grunn til å forvente en ytterligere stigning i årene fremover (1). Antall pasienter som vil kunne ha effekt av cytostatikabehandling vil derfor øke.

TABELL 1. Utvikling i antall cytostatikabehandlinger ved sykestua i Honningsvåg.

ÅRSTALL	ANTALL KURER GITT	ANTALL PASIENTER
2006	14	4
2007	35	7
2008	38	9
2009	56	9
2010	73	13
2011	33	7
2012 til og med uke 25	34	7



Erfaringer fra Honningsvåg tilsier at cytostatikabehandling utenfor sykehus er gjennomførbart uten store krav til ressurser. Det gir kreftpasienter en enklere hverdag. FOTO: H. BJØRU

Gode forutsetninger

I Nordkapp kommune har sykestua i flere år gitt tilbud om cytostatikabehandling. Dette har vært mulig fordi sykestua har sykepleierbemanning på døgnbasis og daglig legetilsyn. Nødvendig medisinsk utstyr ved akutte komplikasjoner er lett tilgjengelig. Legen er ikke bundet av timeavtaler og kan bruke den tiden som er nødvendig. Skulle pasientene ha behov for forlenget opphold – for eksempel på grunn av bivirkninger eller svekket allmentilstand – lar dette seg greit gjennomføre uten kompliserende innleggelsesprosedyrer.

Pasientprofil og erfaringer

De første årene ble det kun sporadiske cytostatikabehandlinger ved sykestua i Honningsvåg. Etter ansettelse av kreftsykepleier og innkjøp av LAF-benk (avtrekksbenk med «laminar air flow») i 2006, økte volumet raskt. De siste årene har vi sett en avflating i antall gitte kurer. Antallet kurer gjenspeiler forekomsten av pasienter med kreftsykdom (TABELL 1).

Hva slags cytostatikabehandling dreier det seg om? Tabell 2 viser med hvilke intensjoner cellegiftkurene ble gitt. De palliative domine-

ÅRSTALL	ADJUVANT/NEOADJUVANT	PALLIATIV
2006	1	13
2007	10	25
2008	9	29
2009	25	31
2010	35	38
2011	9	24
2012 tom uke 25	16	18

TABELL 2. Antall kurer med adjuvant/neoadjuvant og palliativ intensjon.

DIAGNOSE	BRYST	LUNGE	TYKKTARM	PANKREAS	ØVRIGE
Antall	9	9	4	4	11

TABELL 3. Antall pasienter med ulike kreftdiagnoser.

rer, mens man i år med mange nydiagnostiserte tilfeller av brystkreft ser en høy andel behandlinger med adjuvant/neoadjuvant intensjon. Det er gitt ulike kombinasjoner av tilsammen 19 substanser: syklofosamid, pemetrexed, fluorouracil, gemcitabin, vinorelbin, etoposid, paklitaksel, docetaksel, epirubicin, bleomycin, cisplatin, karboplatin, oksaliplatin, rituximab, trastuzumab, cetuximab, bevacizumab, irinotecan og bortezomib.

Totalt 37 pasienter er blitt behandlet med cytostatika. Noen pasienter har fått behandling over flere år, derfor er det en diskrepans i tallmaterialet i forhold til tabell 1. Tabell 3 viser antall pasienter fordelt etter diagnoser. Alder ved oppstart av behandling varierer mellom 21 år og 81 år, med en medianalder på 63 år. Antallet kurer per pasient varierer mellom én og 28, med fem som mediantall. 12 pasienter fikk 10 kurer eller flere.

Utstyrsbehov

For å tilby cytostatikabehandling utenfor sykehus, må man ha muligheter for å kontrollere hematologisk status (Hb, trombocytter, nøytrofile) og CRP, og få resultatene innen et par timer. På sykestua i Honningsvåg betyr det at vi må ha analysemaskin på stedet, da sending til sykehus eller privat laboratorium innebærer at resultatene tidligst kan mottas neste dag. Øvrige serumprøver som for eksempel kreatinin har vi kunnet sende da det ikke har vært behov for resultatet samme dag.

Utblanding av cytostatika må skje i henhold til kjemikalieforskriften (2). Det stilles krav om arbeidsbenk med avtrekkskap. Vi har valgt å benytte en LAF-benk pga. det forholdsvis høye antallet behandlinger. Ved et mindre omfattende tilbud vil man klare seg med enklere og rimeligere løsninger. Sykehusapotek og enkelte andre apotek kan tilby utblanding, men det fordrer kortere transporttid til behandlingsstedet. Utstyr til selve

infusjonen kan leveres fra sykehus, men man er avhengig av å ha en dråpeteller for å kunne gi infusjonene med riktig hastighet.

Kompetanse og ansvar

Alle cytostatikabehandlinger gitt ved sykestua i Honningsvåg er instituert av sykehuslege, fortrinnsvis ansvarlig lege ved kreftavdelingen, lungeklinikken eller enhet for hematologi ved Universitetssykehuset i Nord-Norge. Første kur i en behandlingsrekke gis fortrinnsvis ved sykehus for å fange opp eventuelle allergiske reaksjoner. Flere pasienter har hatt sentralvenøs tilgang (veneport/CVK). Sykepleierne må ha kompetanse til å håndtere disse innretningene.

Sykehuslegen er ansvarlig for ordinasjonene og for å sikre at nødvendig dokumentasjon er tilgjengelig. Sykestuelegen er ansvarlig for at behandlingene gjennomføres i henhold til ordinasjonene. Legene ved Nordkapp legesenter rullerer på å være sykestuelege. Ingen av legene har formell tilleggskompetanse, men de har tilegnet seg kunnskap ved litteraturgjennomgang, fagmøter og diskusjoner med sykehusleger. Sykestuelegen gjennomgår prøvesvar forut for en planlagt kur og kontrollerer cellegiftens dosering. Hvis prøvesvar tilsier at kuren må utsettes eller dosen reduseres, avklares dette i samråd med ansvarlig sykehuslege.

Tilgang til kreftsykepleier – som har kompetanse på håndtering og utblanding av cytostatika – har fra starten vært avgjørende for å etablere tilbudet om cytostatikabehandling ved sykestua. I tillegg har to til tre sykepleiere fått opplæring for å kunne ivareta virksomheten når kreftsykepleier ikke er tilstede.

Vi har ikke hatt komplikasjoner relatert til infusjonene som har ført til øyeblikkelig hjelp-innleggelse på sykehus. Vi har sett lettere allergiske reaksjoner som har gjort at man har avbrutt infusjonen. Pasientene har da fått videre behandling ved sykehus.

Gevinster med behandling lokalt

Bjrdal & Aass har i *Tidsskrift for Den norske legeforening* påpekt betydningen av at palliativ kjemoterapi gis på det omsorgsnivået nærmest pasienten (3). De anfører at det er vesentlig å ta hensyn til pasientenes tidsbruk og at man bør unngå at de blir bundet til sykehuset over lang tid. Gevinsten ved palliativ kjemoterapi må vurderes mot belastningen ved lang reisevei (4).

Flere av pasientene som har fått palliativ cytostatikabehandling lokalt ved sykestua ville neppe ha kunnet nyttiggjøre seg denne terapien dersom det innebar stadige reiser til sykehus. Det betyr at et lokalt tilbud om cyto-

statikabehandling er en forutsetning for at kreftpasienter som bor langt unna sykehus skal få fullverdig behandling. Pasientene ville uansett fått adjuvant og neoadjuvant behandling ved sykehus, men med en betydelig økt belastning i form av reiser og fravær fra hjemmet. I tillegg ville det være økt risiko for suboptimal behandling pga. utsettelse som følge av innstilte flyavanger og lignende.

Vi mener at vi håndterer komplikasjoner som oppstår mellom kurene bedre fordi vi har et eierforhold til behandlingen og har dokumentasjon på hva som er blitt gitt og eventuelle problemer som har oppstått. Sykehuse- ne synes å ha ulik praksis på hvorvidt det sendes tilbakemelding til primærhelsetjenesten på de enkelte kurene når de gis poliklinisk.

Behandlingstilbudet ved sykestua i Honningsvåg er avhengig av et tett samarbeid med sykehuset. Videre må spesialistene være villig til å gi oss faglig støtte. Vi erfarer at de forskjellige avdelingene prioriterer dette ulikt. I så måte har kreftavdelingen ved UNN utmerket seg ved å gjøre seg tilgjengelig for spørsmål via telefon og videokonferanse, skrive instruktive epikriser samt oppdatere og tilgjengeliggjøre kur- og infusjons-skjema via internettstiden.

Terminologien innen cytostatikabehandling oppleves ofte forvirrende med akronymer som refererer til utgåtte merkenavn og kliniske studier. Sett fra førstelinjen ville det være en stor fordel om man tok i bruk akronymer som refererte til generisk betegnelse på aktive substanser.

Enklere for pasientene

Tilbud om cytostatikabehandling ved sykestue er gjennomførbart og krever ikke store ressurser. Det gir pasientene en enklere hverdag. For pasienter som kan nyttiggjøre seg palliativ cytostatikabehandling, vil et lokalt tilbud ofte være nødvendig for at behandlingen skal kunne gjennomføres.

REFERANSER

1. Helsetilstanden i Norge: Kreft. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2012.
2. Forskrift om vern mot eksponering for kjemikalier på arbeidsplassen (kjemikalieforskriften).
3. Bjrdal K, Aass N. Palliativ cytostatikabehandling. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 3206–7.
4. Aass N, Bjrdal K, Tveit KM, Nordøy T. Tumoret palliativ behandling. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126:628–32.

 h.bjoeru@gmail.com