

## OMFANG OG FORMÅL

### 1. Fagprosedyrens overordnede mål er:

Prosedyren skal bidra til at voksne lavrisiko-kreftpasienter som får cellegift gis den samme kunnskapsbaserte informasjonen om infeksjonsrisiko fra de ulike yrkesgruppene de er i kontakt med.

### 2. Helse spørsmål(ene) i fagprosedyren er:

Hvilke råd skal gis til voksne lavrisiko-kreftpasienter, som får cellegift, for å minske risiko for infeksjoner i behandlingsforløpet?

### 3. Populasjonen (pasienter, befolkning osv) fagprosedyren gjelder for er:

Voksne lavrisiko-kreftpasienter som mottar cellegift.

## INVOLVERING AV INTERESSER

### 4. Arbeidsgruppen som har utarbeidet fagprosedyren har med personer fra alle relevante faggrupper (navn, tittel og arbeidssted noteres):

#### Arbeidsgruppe;

Leder av gruppen: Ingun Benno Petterson, fagutviklingssykepleier, kreftsykepleier, Avdeling for onkologi, Medisinsk divisjon. [iupe@ahus.no](mailto:iupe@ahus.no)

Gunnar Anton Fosstveit, kreftsykepleier, Avdeling for onkologi, Medisinsk divisjon. [gufo@ahus.no](mailto:gufo@ahus.no)

Irene Karstensen, kreftsykepleier, Avdeling for onkologi, Medisinsk divisjon. [irka@ahus.no](mailto:irka@ahus.no)

Brit Tove Kristoffersen, kreftsykepleier, Avdeling for onkologi, Medisinsk divisjon.

Lise Nygaard, kreftsykepleier, Avdeling for onkologi, Medisinsk divisjon. [lsny@ahus.no](mailto:lsny@ahus.no)

Åse Marit Hammersbøen, spesialbibliotekar, Medisinsk bibliotek. [aehm@ahus.no](mailto:aehm@ahus.no)

Heidi Ness Johnsen, helsefaglig rådgiver, Enhet for utvikling, Avdeling helsefag. Har vært veileder for gruppen. [hejo@ahus.no](mailto:hejo@ahus.no)

Lene Ekern Kvavik, overlege, Avdeling for onkologi, Medisinsk divisjon. Har vært med på deler av arbeidet.

Seks av deltagerne har videreutdanning i kunnskapsbasert praksis (15 studiepoeng). Alle har lang (6 -30 år) erfaring med kreftpasienter og medikamentell kreftbehandling. Veileder har videreutdanning i kunnskapsbasert praksis og masterutdanning i sykepleievitenskap fra UIO.

Vedrørende punkt om mathygiene og matrestriksjoner i prosedyren har vi etterspurt samstemte råd relatert til fiskeprodukter fra Folkehelseinstituttet (1) og Helsedirektoratet (2).

Balazs Lundgren, overlege, Avdeling for infeksjonssykdommer, Medisinsk divisjon er konsultert i forhold til spørsmål om personlig hygiene.

### **5. Synspunkter og preferanser fra målgruppen (pasienter, befolkning osv) som fagprosedyren gjelder for:**

Birgit Westlie Berget, brukerrepresentant, har gitt muntlig og skriftlig innspill i forhold til problemstillingen. Prosedyreutkast er også gjennomgått av henne. Ut fra klinisk erfaring har gruppen også innlemmet erfaringsbaserte tiltak.

### **6. Det fremgår klart hvem som skal bruke prosedyren:**

Prosedyren gjelder helsepersonell som behandler voksne lavrisiko-pasienter som mottar cellegiftbehandling.

## **METODISK NØYAKTIGHET**

### **7. Systematiske metoder ble benyttet for å søke etter kunnskapsgrunnlaget**

#### Sammendrag:

Gruppen har brukt Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer sine verktøy og metoder for å utarbeide fagprosedyren. Det er gjort systematisk søk etter mal fra Nasjonalt kunnskapssenter og PICO-skjema ble utarbeidet (vedlegg 1). Søkestrategien ble fagfellevurdert av bibliotekar på Kunnskapssenteret i mars 2014.

Litteratursøket resulterte i 646 referanser. Alle treff ble gjennomgått av minst en person. Dersom det var usikkerhet om et treff hadde relevans for problemstillingen ble denne gjennomgått av minst en person til. 27 referanser ble vurdert som potensielt interessante på bakgrunn av tittel og eksklusjonskriterier. Etter gjennomlesning av abstrakt ble 10 artikler ytterligere ekskludert. 17 artikler/ ressurser ble lest og oppsummert i et samleskjema (vedlegg 2). Av disse ble til slutt 8 artikler vurdert som relevante (flytskjema vedlegg 3) og danner kunnskapsgrunnlaget for prosedyren.

Alle tiltak i prosedyren er satt inn i en oversikt, kalt "Vurderingsskjema" (vedlegg 4). Her fremkommer dokumentasjonsgrunnlaget for det enkelte tiltak og våre vurderinger knyttet til tiltaket.

#### Prosess:

Før de systematiske søkene startet ble det gjennomført et forarbeid. Deltakerne skrev ned sine erfaringer med hva de vanligvis informerte pasientene om. I tillegg ble det gjort noen utforskende kartleggingssøk for å definere og utforme problemstillingen, se vedlegg 5.

Med en definert problemstilling (Hvilke råd skal gis til pasienter, som får cellegift, for å minske risiko for infeksjoner i behandlingsforløpet?) startet det systematiske søket etter svar i litteraturen. Litteratursøk viste at neutropenia var fellesnevneren på de artiklene vi fant som var mest relevante. For søk øverst i pyramiden, valgte vi derfor å søke på nøytropeni. Der

det var mulig å bruke flere søkeord, avgrense eller lete videre, var forebygging av infeksjon neste valg. I databasene Cochrane, Medline, Embase og Cinahl ble det søkt på en kombinasjon av emneord og såkalte tekstord, dvs. ord i tittel og abstract.

Litteratursøket er dokumentert i vedlegg 6.

I tillegg til søk i databaser, ble referanselistene på noen relevante artikler gjennomgått, såkalte håndsøk, og noen interessante referanser og nettressurser funnet.

### Refleksjoner om søk i etterkant

Nasjonale veileder for håndhygiene var en av retningslinjene som ble vurdert som viktig å bruke som kilde, men som ikke ble fanget inn i systematiske databasesøk. Videre gir Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon føringer for munnstell i en palliativ sykdomsfase, mens pasientene som får cellegift både befinner seg i kurativ og palliativ fase. Det er konsensus om at tiltak i Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon er hensiktsmessig for alle pasienter som mottar cellegiftbehandling når det gjelder begrunnelse for valg av tiltak knyttet til munnhygiene. I Norge i dag er det generelt en god munnhelse, og tiltak som understøtter generell munnhelse ble lagt til grunn.

Flere artikler beskriver nøytropen diett som et tiltak for å forebygge infeksjon. Imidlertid foreligger det ingen bevis fra individuelle randomiserte kontrollerte studier (RCT) på barn og voksne med ulike kreftdiagnoser, som støtter bruk av lavbakteriell diett, for å forebygge infeksjoner og beslektede utfall. Siden det ikke var mulig å sammenligne resultatene mellom de ulike studiene, og alle studiene hadde alvorlige metodiske begrensninger, kan det ikke gjøres en endelig konklusjon. Flere artikler har imidlertid med råd i forhold til håndtering av frukt, bær og grønnsaker. Dette støttes også av funn i ressurser på Folkehelseinstituttets nettsider der vi fant; "Fakta om risiko for matinfeksjoner" og "Skyll eller kok frukt, bær og grønnsaker". Ressursene ble funnet ved gjennomgang av veiledere og anbefalinger som er tilgjengelig på Helsedirektoratets og Folkehelseinstituttets nettsider. Kreftpasienter som mottar cellegiftbehandling er omfattet av disse rådene og støtter således råd vi har funnet i artikler.

I etterkant ser vi at det kan være gunstig å være mer spesifikk på søkeord med hensyn til ønsket utfall (outcome). Å forebygge er et vidt begrep. På leting etter studier som vurderer effekt av tiltak vurderes konkrete utfall som eks. munnstell som et mer spesifikt søkeord enn å forebygge. Faren er at det blir for spesifikt. Det er funnet lite oppsummert forskning på området og lite litteratur som spesifikt omhandler effekt av infeksjonsforebyggende tiltak.

Da vi utarbeidet PICO i henhold til spørsmålet, mente vi det var pasientinformasjon som var tiltaket vi ville undersøke. Underveis i prosessen har vi sett at enkelte områder (munnhygiene, munnstell) kunne vært nærmere belyst og kanskje spesifisert i litteratursøket. På samme måte har vi diskutert om elementet pasientinformasjon skulle vært utelatt i litteratursøket, da det kunne ha gitt oss treff på aktuelle artikler om forebygging av nøytropeni, selv om de ikke også handler om pasientinformasjon. Imidlertid har vi søkt bredt (pasientinfo or informasjon or kommunikasjon or retningslinjer) slik at vi likevel kan ha fått treff på aktuelle artikler. På bakgrunn av dette bør det når litteratursøket skal oppdateres, vurderes om det også bør revideres.

Det kan være områder som systematisk kan undersøkes for å gi en dypere forståelse av hvilken informasjon som bør gis til pasienter som mottar cellegiftbehandling. Ved en revisjon bør det diskuteres, og aktuelle problemstillinger for nye søk kan være; Bør prevensjon anbefales? Hvor stor risiko for å få infeksjon utgjør pasientens egen bakterieflora? For kvinner vil vaginale slimhinner påvirkes av cellegiftbehandlingen. Dette kan blant annet medføre tørre og såre slimhinner i skjeden. Vil dette medføre økt fare for infeksjon? I arbeidet med problemstillingen ble det også diskutert om nøytropen diett skulle inn som tiltak, men det ble ikke funnet tilstrekkelig grunnlag for å gi en slik anbefaling. En artikkel som omhandler temaet fra litteratursøket er tatt inn i evidensskjema for å belyse dette. Det bør vurderes om det bør gjøres ytterligere søk relatert til nøytropen diett for å forebygge infeksjon ved en revidering. Det kan være et område med behov for ytterligere forskning. I høringsrunden kom det også opp spørsmål om influensavaksine. I hvilken grad influensavaksine forebygger når pasienten er under cellegiftbehandling, kan man vurdere å undersøke spesielt.

De systematiske søk som ble gjennomført i første runde hadde en tidsavgrensning på at de skulle være publisert i 2005 eller senere. I det avgrensede tidsrom ble det funnet få gode oversiktsartikler, og i de inkluderte artikler kunne det med fordel ha vært et bedre metodekapittel. Det ble derfor gjort et ytterligere søk på enkeltartikler fra 1995 – 2004, for å se om det ytterligere kunne belyse vårt spørsmål. Dette ga ikke flere relevante treff.

Kartleggingssøket som ble gjort tidlig i prosessen (vedlegg 5) fikk treff på artikkelen til Nirenberg et al (2006). Det var også treff på artikkelen etter systematiske søk. De utførte litteratursøk ble gjort av to personer, en kreftsykepleier og en spesialbibliotekar. Vi anser dette i så måte å styrke artikkelens relevans.

## **8. Kriterier for utvelgelse av kunnskapsgrunlaget er:**

De artikler som ble benyttet ble kritisk vurdert ved hjelp av aktuell sjekklister fra Nasjonalt kunnskapssenter. Det ble brukt inklusjons- og eksklusjonskriterier i utvelgelsen av artikler.

Inklusjonskriterier:

- alle kreftdiagnoser
- språk (engelsk, tysk, norsk, svensk, dansk)
- alder = all adults (18 år og eldre)
- tidsrom = 1995 -2013
- søketidspunkt = oktober 2013 – juni 2014

Eksklusjonskriterier:

- høyrisiko-pasienter (f.eks. benmargstransplanterte, leukemi)
- pasienter innlagt i sykehus
- pasienter i isolat
- forebyggende bruk av antibiotika, benmargsstimulerende injeksjon
- barn og ungdom

Kjernes spørsmålet var; hvilke råd kan vi gi som forebygger infeksjon, og effekt av tiltak (råd) var ønskelig. Foretrukket studiedesign er randomiserte kontrollerte studier (Nortvedt et al., 2012). Vi fikk ikke treff på randomiserte kontrollerte studier, men vi fant noen artikler som ble vurdert som relevante. Disse er ført opp i samleskjema (vedlegg 2). Videre er tiltakene i prosedyren ført opp i et skjema vi har kalt Prosedyretiltak med begrunnelse. Her fremkommer våre vurderinger knyttet til det enkelte tiltak, funn i artikler og kildepålitelighet

(vedlegg 4). Skjemaet er ment som et verktøy i forhold til å synliggjøre dokumentasjonsgrunnlaget for det enkelte tiltak i prosedyren slik at det skal være enkelt for alle å gjøre seg kjent med begrunnelsene for det enkelte tiltak.

### **9. Styrker og svakheter ved kunnskapsgrunnlaget er:**

Det ble ikke funnet systematiske oversikter eller RCT studier som viste effekt av tiltak for å forebygge infeksjon hos pasienter som får cellegift. To forskningsartikler ble vurdert som aktuelle etter litteraturgjennomgangen, Zitella et al (2006) og Nirenberg et al (2006). Zitella et al (2006) er en kunnskapsbasert gjennomgang av sykepleieintervensjoner til kreftpasienter for å forebygge infeksjoner. Nirenberg et al (2006) har i sin artikkel til hensikt å oppsummere forskningsartikler om temaet. Artikkelen har varierende kvalitet i den metodiske fremstillingen. Generelt konkluderer Zitella et al (2006) med at de fleste tiltakene baseres på tradisjon og teoretiske betraktninger. Til tross for artiklens metodiske mangler har vi valgt å anvende disse som støtte for tiltak, i tillegg til nasjonale retningslinjer. De endelige anbefalte tiltak bygger på dette forskningsgrunnlaget samt klinisk erfaring, etiske vurderinger og den kliniske kontekst.

I avsnittene under viser vi til hva som vurderes som styrke med kunnskapsgrunnlaget og hva som ansees som svakhet.

#### **Styrker:**

Det er funnet en nettressurs, CDC, som er en amerikansk føderal etat underlagt Helse- og sosialdepartementet. De har som mål å forebygge og fremme helse. Her gis det konkrete og detaljerte råd om hvordan pasienter skal forholde seg når immunforsvaret er lavt. Rådene er basert på forskning. Vi rettet spørsmål om nettressursens kvalitet til Kunnskapscenteret og de tilbakemeldte at dette kunne anses som en god og pålitelig kilde.

Ut fra funn i de valgte artikler (Nirenberg et al 2006; Zitella et al 2006) lette arbeidsgruppen etter utdypende konkret tiltak i Nasjonale veiledere for å se om disse kunne understøtte råd som fremkommer i artiklene. Det ble gjort funn i Nasjonal veileder for håndhygiene, Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorg og på Folkehelseinstituttet, Fakta om risiko for matinfeksjoner og på matportalen, Skyll eller kok frukt, bær og grønnsaker.

Rådene som gis i prosedyren bygger på de nevnte artikler og anbefalinger av generell karakter som beskrives i de nasjonale veiledere og nettressurser. De nasjonale veiledere betraktes til å ha høy grad av evidens på samme måte som nettressurser fra offentlig myndighet. Selv om rådene bærer preg av å være av generell karakter anses de som nødvendig å fremheve for pasienter som får cellegift jmf. helsepersonellens plikt til å gi informasjon.

En upublisert studieoppgave relatert til problemstillingen gjort ved HIOA i 2012, på Videreutdanning i Kunnskapsbasert praksis, støtter tiltakene god håndhygiene og munnhygiene. De har funnet at det er disse forebyggende tiltakene som er best dokumentert.

Sykepleiere med videreutdanning i Kreftsykepleie og lang erfaring innenfor kreftomsorg har arbeidet med temaet. Spesialbibliotekar har gjennomført litteratursøk sammen med

sykepleier. Helsefaglig rådgiver har bistått arbeidet med råd og veiledning og prosedyren er i sin helhet gjennomgått og diskutert med onkolog på flere møter.

Brukerutvalget ved sykehuset ble kontaktet i startfasen av arbeidet for å ivareta brukerperspektivet, og en brukerrepresentant har bidratt med sine innspill på problemstillingen. Innspillene bekreftet og utvidet våre bakgrunnsspørsmål tidlig i arbeidet. Prosedyreutkast er også sendt på høring til brukerrepresentanten. Tilbakemeldingen var at prosedyren virker enkel og forståelig. Videre er prosedyreutkastet diskutert på et møte med onkologer og LIS-leger på onkologisk kreftpoliklinikk, og vært på høring internt og eksternt til relevante fagmiljø. Prosedyren er godkjent på nivå 1 ved Akershus universitetssykehus.

Etiske betraktninger som ansees viktig er vurdert. Det er vurdert om tiltakene innebærer en usikkerhet mellom nytte og skade og usikkerhet mellom gevinst og kostnad for pasienten.

Faktorer som vurderes positivt for anbefalte tiltak er:

- Tiltaket er ikke til skade for pasienten
- Tiltaket kan anses som en del av vanlig norsk levesett (per 2014)
- Tiltaket bidrar ikke til innskrenket livskvalitet for pasienten
- Tiltaket vil ikke påføre ekstra økonomiske kostnader for pasient eller samfunn

Vi vurderer det positivt at prosedyren med det kunnskapsgrunnlag som ble funnet kan anbefale tiltak som er gjort ut fra en total vurdering av forskningslitteratur, erfaringer, pasientens preferanser og det levesett (den kontekst) vi lever i per 2014.

Svakheter:

Det er ikke funnet systematiske oversiktsartikler eller randomiserte kontrollerte studier. Det er mange studier som omhandler tema nøythropeni, men ikke relatert til problemstillingen det er tatt utgangspunkt i. Mange tiltak innbefatter medikamentell behandling. Dette er ikke relevant for problemstillingen, og ikke en generell anbefaling i norske retningslinjer, for å forebygge infeksjon hos alle pasienter.

Vi har ikke gjort funn som tyder på at det per juni 2014 pågår forskning der vår problemstilling inngår. Helsevesenets utvikling gjennom de siste årene har vist at stadig mer behandling gis poliklinisk. Vi mener derfor det vil være behov for studier som søker å finne svar på hvordan pasienter ivaretar egenomsorg på en best mulig måte i en behandlingsfase med cellegift.

Det er mulig mer detaljerte søk innen områdene beskrevet under punkt 7 ville gitt oss ytterligere kunnskap om tiltak som kan minske risiko for infeksjoner i behandlingsforløpet.

## **10. Metodene som er brukt for å utarbeide anbefalingene er:**

Litteraturen er evaluert og diskutert av arbeidsgruppens medlemmer etter systematiske litteratursøk. Anvendte artikler er kritisk gjennomgått ved bruk av sjekklister fra Nasjonalt kunnskapssenter. Styrker og svakheter er vurdert. Anbefalinger og tiltak er oppnådd ved

konsensus i gruppen på bakgrunn av litteratur, etisk vurdering og gjennom høring hos relevante fagpersoner/eksperter.

Et prosedyreutkast med vedlegg ble presentert for leger ved Kreftavdelingen, Medisinsk divisjon, Ahus 13.nov. 2014. Tiltakene i prosedyren ble gjennomgått. Følgende punkt ble diskutert:

Nøytropen fase – viser seg som oftest fra dag 7 – 12 etter kur. Setningen ble foreslått strøket grunnet fare for at dette kan misforstås. Det var konsensus om at nøytropen fase ikke skal defineres i en tidfestet periode, men etter antall neutrofile granulocytter. Setningen ble strøket fra prosedyren.

Mathygiene og matrestriksjoner. Det kom innspill om man under dette punktet skulle komme med presiseringer av enkelte matvarer som bør unngås. Gravet laks og rakfisk ble nevnt. Litteraturen som ligger til grunn for prosedyren ble gjennomgått igjen. Folkehelseinstituttet vurderes som god kilde i forhold til kostråd for mennesker som er utsatt for matbårne infeksjoner grunnet sykdom. Kosthåndboken (3) ble også undersøkt. Vi oppdaget da at rådene fra Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet ikke var sammenfallende, idet Kosthåndboken anbefaler å unngå rakfisk, gravet og røkt laks, og rå fisk. Vi kontaktet begge instanser og synliggjorde forskjellen i rådene. Tilbakemeldingen fra begge instanser (1, 2) var at rådene fra Folkehelseinstituttet som kun fraråder rakfisk er de gjeldende. Etter denne gjennomgangen vurderte vi at det er nødvendig å gi råd om å unngå rått kjøtt, rakfisk og modningsoster.

Bruk av munnbind. Erfaring fra leger og sykepleiere er at noen pasienter og familier bruker munnbind i perioder hjemme. Det er ikke gjort funn i litteratursøket som indikerer råd om bruk av munnbind. Det er konsensus om at dette tas med i prosedyren som en viktig opplysning for å skape mest mulig trygghet for pasient og pårørende.

Prosedyreutkast ble sendt til høring ved Akershus universitetssykehus, Kunnskapssenteret og til Oslo Universitetssykehus (OUS). Oppsummert ble følgende punkt ble kommentert:

Manglende, eller uklar overskrift på prosedyren: prosedyrenavnet inneholder ordet "pasientinformasjon". Det kan synes som om dette kan være misvisende idet man kan tro at dette er pasientinformasjonen, noe det ikke er. Navnet på prosedyren er derfor endret til:

Cellegiftbehandling - Infeksjonsforebyggende råd til lavrisiko-pasienter ved cellegiftbehandling.

Håndhygiene: det ble etterspurt en presisering om når hendene bør vaskes. Dette gir CDC råd om og vi anser disse rådene som allmenngyldige og har tatt de inn i prosedyren.

Munnhygiene: prosedyreutkastet hadde ikke med råd om munnskyll og dette ble etterlyst. Ressursene ble gjennomgått på nytt. Dokumentasjonsgrunnlaget viser ikke entydige funn, men flere artikler anbefaler munnskyll uten å spesifisere hva slags middel. Zitella et al. beskriver at ikke noe munnskyllmiddel har vist seg bedre enn natriumklorid (NaCl). Munnskyll med lunkent saltvann er derfor tatt med under anbefalinger for god munnhygiene.

Sosialt liv: under dette punktet gis det kun råd om å unngå mennesker med infeksjonssykdommer. Fra OUS ble det etterlyst mer konkrete råd, blant annet i forhold til barn i barnehage, forkjølelsessesong og samlingsplasser.

Prosedyren gjelder for lavrisiko-pasienter og det har vært konsensus i arbeidsgruppen og i legegruppen ved Kreftavdelingen om at rådene skal være så lite innskrenkende for pasientene som mulig. Gjennomgang av artikler har ikke gitt entydige svar på hvor detaljert rådene ift. infeksjonssykdommer bør være. Det tydeligste er at man bør unngå mennesker med infeksjonssykdommer. Utover dette mener vi at informasjonen må individualiseres ut fra pasientens situasjon og kontekst.

Kroppshygiene og hudpleie: CDC og Nirenberg et al. anbefaler daglig bad/ dusj. Arbeidsgruppen har vurdert at dette for noen pasienter kan medføre en del endringer relatert til personlig hygiene. Prosedyren er utarbeidet for lavrisiko-pasienter. En plutselig endring til daglig dusj vil påvirke pasientens normale bakterieflora og det kan stilles spørsmål ved om dette er heldig. Tiltaket daglig dusj er diskutert med onkologene Olav E. Yri, Lene E. Kvavik og infeksjonsmedisiner Balazs Lundgren. Det er konsensus om at vi ikke tar med tiltaket ”daglig dusj”, men fokuserer på tiltak som er godt dokumentert som god håndhygiene.

Bruk av prevensjon: ingen av artiklene eller ressursene som er gjennomgått har beskrevet dette og det er derfor ikke tatt med. I metoderapportens punkt 7 synliggjøres det at det bør vurderes å gjøre spesifikke søk relatert ved en revidering av prosedyren.

Kjæledyr: CDC gir råd om god håndhygiene etter kontakt med dyr eller ekskrementer etter dyr. Dette tas inn i prosedyren under håndhygiene. Utover dette finner vi ikke temaet beskrevet i noen av ressursene som danner grunnlaget for prosedyren.

Mat hygiene og matrestriksjoner: det ble etterlyst råd ift. spesielle matvarer (egg, rå fisk, sushi). Nettsiden “Fakta om risiko for matinfeksjoner” ble gjennomgått på nytt sammen med korrespondanse (se over) fra Folkehelseinstituttet (1) og Helsedirektoratet (2) relatert til temaet. Noen presiseringer ble lagt til prosedyren.

Tegn og symptomer på infeksjon: dette er viktig å ha med i en pasientinformasjon for å oppdage en infeksjon tidlig og begrense infeksjonsstørrelsen. Dette er ikke fokus i denne prosedyren og tas ikke med.

Influensavaksine: dette bør undersøkes spesielt, effekten av influensavaksine er usikker når pasienten er under behandling med cellegift. Det er også diskusjon i fagmiljøet om når i et behandlingsforløp influensavaksine bør tas. Her bør det vurderes å gjøre et søk ut fra en problemstilling direkte knyttet til influensavaksine.

## **11. Helsemessige fordeler, bivirkninger og risikoer er tatt i betraktning ved utarbeidelsen av anbefalingene:**

Arbeidsgruppen har lagt vekt på at rådene som gis bør være så enkle og klare som mulig.



## **12. Det fremgår tydelig hvordan anbefalingene henger sammen med kunnskapsgrunnlaget:**

Det er løpende henvisninger til referanser i teksten. Det er utarbeidet et skjema, Prosedyretiltak med begrunnelse (vedlegg 4), som synliggjør vurdering og relevans for de ulike rådene som gis i prosedyren.

## **13. Fagprosedyren er blitt vurdert eksternt av eksperter før publisering (Tittel, navn, avdeling, sykehus på alle som har hatt prosedyren til høring):**

### **Internt Kreftavdelingen:**

Olav Erich Yri, .avd.sjef, Avdeling for onkologi

Daniel Heinrich, overlege, Avdeling for onkologi

Jürgen Geisler, overlege, Avdeling for onkologi

Hilde Presterud Ødegård, overlege, Avdeling for onkologi

Sutharsan Suntharalingam, overlege, Avdeling for onkologi

Einar Hannisdal, overlege, Avdeling for onkologi

M Belal Aljabri, lege i spesialisering, Avdeling for onkologi

Hanna Abrahamsson, lege i spesialisering, Avdeling for onkologi

### **Internt Akershus universitetssykehus, sendt til:**

Marit Rinde, overlege, Avdeling for Blodsykdommer

Jan Erik Berdal, avdelingssjef, Avdeling for infeksjonssykdommer

Berit Dahlstrøm, avdelingssjef, Kvinneklinikkens poliklinikk

Frank Kjelsberg, avdelingssjef, Avdeling for Lungesykdommer

Pål Wiik, fagdirektør, Enhet for forskning og pasientsikkerhet.

### **Eksternt sendt til:**

Kjersti Stokke, fagutviklingssykepleier, Oslo universitetssykehus, Radiumhospitalet. Hun påtok seg ansvar for å sende prosedyren til relevante fagpersoner. Følgende har uttalt seg:

Anja Rolandsson, Spesialsykepleier med fagansvar; Sengepost blodsykdommer - Rikshospitalet, Avdeling for blodsykdommer; Kreft-, kirurgi og transplantasjonsklinikken (KKT); Oslo Universitetssykehus (OUS)

Eva Baggerød, Spesialsykepleier og Sykepleiekoordinator for stamcelletransplantasjon; Sengepost A8 - Radiumhospitalet; Avdeling for kreftbehandling (AKB); KKT; OUS

Liv Kristin Rabe-Selvåg, Spesialsykepleier, Poliklinikken - Radiumhospitalet, AKB; KKT; OUS

Ingrid Omtvedt, Spesialsykepleier med fagansvar; Poliklinikken, Kreftsenteret - Ullevål; AKB; KKT;

Kristin Granseth, Spesialsykepleier med fagansvar, Lindrende behandling sengepost; AKB; KKT;

Kent Andreas Hansen, Assisterende enhetsleder, spesialsykepleier i onkologi, Onkologisk sengepost 3, AKB, KKT..

Kjersti Stokke, Fagutviklingssykepleier seksjon sengeposter (Radiumhospitalet og Kreftsenteret v. Ullevål), AKB; KKT.

Prosedyren ble også sendt til fagprosedyrer.no. Her har følgende fagpersoner kvalitetsvurdert prosedyren:

Sissel Frostad Oftedal, sykepleier, master i kunnskapsbasert praksis, rådgiver Kunnskapssenteret

Ola Morten Rygh, lege, dr.med, Kunnskapssenteret

#### **14. Tidsplan og ansvarlige personer for oppdatering av fagprosedyren er:**

Kreftavdelingen ved seksjonsleder p.t. Gunnar A. Fosstveit er ansvarlig for revidering av prosedyren. Revidering skal skje hvert tredje år eller dersom det tilkommer opplysninger som fordrer revidering før denne tid. Når prosedyren legges inn i det elektroniske kvalitetssystemet ved Akershus universitetssykehus vil en revideringsdato automatisk fastsettes.

## **KLARHET OG PRESENTASJON**

#### **15. Anbefalingene er spesifikke og tydelige:**

Anbefalingene er tydelig nedfelt i prosedyre og skjema "Prosedyretiltak med begrunnelse".

#### **16. De ulike mulighetene for håndtering av tilstanden eller det enkelte helsespørsmålet er klart presentert:**

Det er viktig å ha enklest mulig prosedyre for pasientgruppen da de skal motta mye informasjon relatert til oppstart av cellegiftbehandling.

### **17. De sentrale anbefalingene er lette å identifisere:**

Ja.

### **18. Faktorer som hemmer og fremmer bruk av fagprosedyren:**

Fremmende faktorer; at prosedyren gjøres kjent for de ansatte og inngår i avdelingens opplæring av alle ansatte. At et samlet tverrfaglig helsepersonell både muntlig og skriftlig gir pasientinformasjonen som samsvarer med prosedyren. Innholdet i prosedyren er enkelt å forholde seg til.

Hemmende faktorer; manglende opplæring av ansatte og at helsepersonell ikke gjør seg kjent med gjeldende prosedyre. Manglende støtte for implementering av prosedyren hos leder.

## **ANVENDBARHET**

### **19. Hvilke råd og/eller verktøy for bruk i praksis er fagprosedyren støttet med:**

Skriftlig pasientinformasjon som samsvarer med rådene i prosedyren skal utarbeides og implementeres i pasientens bok. "Pasientens bok" er skriftlig informasjon samlet i en perm, utarbeidet ved avdelingen, og er ment å være et hjelpemiddel til pasientene for mestring. Pasientens bok er også tilgjengelig på internett.

Prosedyren skal presenteres i internundervisning for sykepleietjenesten og legetjenesten.

Det skal henvises til prosedyren i veiledende behandlingsplan i sykepleiedokumentasjonen i DIPS.

### **20. Potensielle ressursmessige konsekvenser ved å anvende anbefalingene er:**

Ubetydelige.

### **21. Fagprosedyrens kriterier for etterlevelse og evaluering:**

Fagprosedyren vil gjøres kjent for helsepersonell som behandler pasientgruppen. Helsepersonellets plikt til å gi informasjon er velkjent, og det er et krav i avdelingen at muntlig og skriftlig informasjon skal samsvare.

Det er et av avdelingens mål å arbeide kunnskapsbasert.

## **REDAKSJONELL UAVHENGIGHET**

### **22. Synspunkter fra finansielle eller redaksjonelle instanser har ikke hatt innvirkning på innholdet i fagprosedyren:**

Nei.

### **23. Interessekonflikter i arbeidsgruppen bak fagprosedyren er dokumentert og håndtert:**

Ingen interessekonflikter.

#### **Referanser**

1. Nasjonalt folkehelseinstitutt v/Hege Lange. VS: "Fakta om risiko for matinfeksjoner"-risikogrupper. E-post til Ahus v/Lise Nygaard 5. desember 2014 [sitert 10. april 2015]. (vedlegg 7)
2. Helsedirektoratet v/Guro Smedshaug. 14/10959-1 - Henvendelse om Kosthåndboken - Kostråd til risikogrupper - Ernæring og kosthold. E-post til Ahus v/Ingun Benno Petterson 20. februar 2015 [sitert 10. april 2015]. (vedlegg 8)
3. Findalen AM, Arsky GH. Kosthåndboken: veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2012.