



Kreftsykepleie

NR. 1-2015 • ÅRGANG 31

TIDSSKRIFT FOR KREFTSYKEPLEIERE

TEMA Forebygging
– fremmer helse, livskvalitet
og mestring

Sykepleien

Innhold

NR. 1-2015 • ÅRGANG 31

KREFTSYKEPLEIE blir gitt ut av Norsk Sykepleierforbunds faggruppe Forum for Kreftsykepleie, i samarbeid med Sykepleien. ISSN: 0804-0567

ANSVARLIG UTGIVER

NSFs Faggruppe Forum for Kreftsykepleie v/leder Britt Ingunn Wee Sævig, Rådgiver FoU, Seksjon for fag og utdanning, Haukeland universitetssykehus
britt.ingunn.sevig@helse-bergen.no

REDAKTØR

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

REDAKSJONSUTVALG

Marte Wolden, Åse Grøthe og Tanja Alme

MEDELEMSANSVARLIG

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

ANNONSEANSVARLIG

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

HJEMMESIDE

www.sykepleierforbundet.no/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

Ingvald Bergsagel
Tlf. 93 49 84 22

LAYOUT

Hilde Rebård Evensen
Nina Hauge
Sissel Hagen Vetter
Monica Hilsen

TRYKK: Color Print A/S

FORSIDEFOTO: Colourbox

NESTE UTGAVE

3. september 2015

Signerte artikler står for forfatterens egen regning og ansvar.

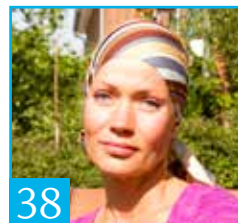
ANNONSEPRISER

Størrelse	Enkeltann	Årsavtale*
1 1/2 side farge	kr. 12 000	kr. 35 000
1/1 side farge	kr. 8 000	kr. 25 000
1/2 side farge	kr. 6 000	kr. 15 000
1/4 side farge	kr. 4 000	kr. 10 000

* Årsavtale gjelder for 3 utgivelser.
Kontaktperson annonser: Sissel Hynne Moås, e-post: sissel.moasas@hnt.no

- | | |
|---|--|
| 3 Leder: Britt Ingunn Wee Sævig | 21 Bli med på landskonferansen |
| 4 Styremedlemmer og lokallagsledere | 25 Tilbakeblikk |
| 5 Redaktør: Marte Wolden | 26 I livets siste fase |
| 6 Smånytt | 32 Kreftkoordinator – en aktør i forebyggende helsearbeid |
| 9 Aktuelle bøker | 37 Årets sykepleier |
| 10 Sosiale ulikheter – et økende problem | 38 Selvbilde etter kreftbehandling |
| 16 Å løfte i flokk | 41 Fordeling av stipend |
| 19 Minneord Torill Tysse Sælen | 41 Bli med i styret i FKS |

«Kreftkoordinator bidrar til bedre kreftomsorg.» Side 32



LEDER:
Britt Ingunn Wee Sævig



Pakkeforløp til beste for pasienten

Vier kommet til april 2015 og våren er rett rundt hjørnet. Selv opplever jeg denne årstiden som noe av det beste som finnes. Det blir stadig lysere dager, det spirer og gror rundt meg og vissheten om at en sommer ligger der ubrukt foran meg, gir meg uante krefter. Jeg er like imponert over naturen hvert eneste år når den våkner til liv, jeg kan nesten ikke tro at den nok en gang har overlevd vinteren og så livner den til med nytt liv overalt. For meg står våren for håp og glede og den gir meg nye impulser og inspirasjon.

Så vet jeg at for mange er våren den verste årstiden og spesielt de som opplever sykdom kan synes at de lyse dagene og det spirende livet i naturen, blir vanskelig å forholde seg til. Det å være innlagt i sykehus eller måtte holde seg innendørs på grunn av sykdom og behandling, kan være vanskelig å forene med fuglesang og blomstring. Våre liv er forskjellige med ulike utgangspunkt og som sykepleiere i møte med pasienter og pårørende, møter vi alle trinn på denne skalaen. Noe av det viktigste for et menneske er å bli møtt med respekt og bli lyttet til, og som sykepleiere forventes det at vi kombinerer objektiv kunnskap med evne til nærhet og omsorg.

2015 er året da «pakkeforløp» for pasienter med kreft blir innført. Dette tror jeg er kun til det beste for pasienter og pårørende og det startet i januar med de fire største diagnosegruppene; bryst-, prostata-, lunge- og tykktarmkreft. I løpet av dette året skal det utvides til å gjelde 28 diagnosegrupper. Formålet med pakkeforløpene er at kreftpasienter skal oppleve et godt organisert, helhetlig og forutsigbart forløp uten unødvendig ikke-medisinsk begrunnede forsinkelser i utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering. Det legges stor vekt på at pasientene skal sikres informasjon og brukermedvirkning. Pakkeforløpene er utviklet etter modell fra Danmark og erfaringene derfra viser at pakkeforløp gir forutsigbarhet for pasienter, pårørende og fastleger. Pakkeforløpene skal også gi det enkelte sykehus mulighet til å se hvor i behandlingsforløpet eventuelle problemer oppstår for så å kunne gripe inn, samtidig som det gir myndighetene mulighet til å følge med på et overordnet plan.

Så gjenstår det å se hvilken rolle sykepleieren er plassert i under denne ordningen. Det er vedtatt at alle sykehus som utreder og behandler kreft, skal ha en forløpskoordinator som skal sikre sammenhengende aktiviteter i hele forløpet. Det er ikke spesifisert hvilken kompetanse en slik koordinator skal inneha, men det er skrevet at som oftest vil dette være en sykepleier eller kreftsykepleier. Forløpskoordinator skal ha oversikt og kunnskap om hele pasientforløpet til aktuell pasientgruppe. Koordinatoren skal kunne vurdere hvilke spørsmål som kan besvares i sykehuset og sørge for å etablere kontakt mellom pasient, eventuelt pårørende og aktuell avdeling eller personell. Nettopp som sykepleiere har vi en viktig kompetanse inn i pakkeforløpet og det skal bli spennende å høre om og følge utviklingen av denne ordningen fra et sykepleiersperspektiv. (Kilde: helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/kreft/pakkeforlop)

Den 17. landskonferansen i FKS, «Underveis», blir holdt i Stavanger 24. til 26. september. Har du meldt deg på? Du kan lese mer om den her i tidsskriftet. Vi er stolte av å kunne invitere deg til en innholdsrik konferanse med variert program. Påmeldingslink og utfyllende informasjon ligger på FKS' web side; <https://www.nsf.no/faggrupper/kreftsykepleiere>

Under konferansen skal det avholdes generalforsamling og det skal være valg av nytt hovedstyret. Det å få være med i dette arbeidet er både givende og lærerik og jeg anbefaler hver enkelt av dere til å tenke gjennom om dette er et verv du kan inneha. Eller kjenner du en som kan passe til et slikt verv? Ta kontakt med Ingrid Lotsberg Norås (ingrid.lo.no@kleppnett.no) som er valgkomiteens leder, så får du mer informasjon.

Velkommen til Stavanger og god vår til dere alle!

Britt Ingunn Wee Sævig

LEDER FKS

Lokallagsledere i Forum for Kreftsykepleie

TROMS

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

NORDLAND

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

MØRE OG ROMSDAL

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

SØR-TRØNDELAG

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

NORD-TRØNDELAG

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

MØRE OG ROMSDAL

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

ROGALAND

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

HORDALAND

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

VESTFOLD

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

TELEMARK

Anne Torill Tufte
Palliativ enhet
Sykehuset Telemark
anne.torill.tufte@sthf.no

AGDER

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

OPPLAND OG HEDMARK

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

SOGN OG FJORDANE

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

ØSTFOLD

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

OSLO OG AKERSHUS

Margrete Ronge
margrete.ronge@ahus.no
T: 67 96 46 43/91 78 99 01

SIG-stamcelle-/ benmargstransplantasjon

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

SIG-barn og ungdom

Britt Ingunn Wee Sævig
Barnekeftforeningen
Øvre Voll gate 11, 0158 Oslo
T: 99 24 86 15
bis@barnekeftforeningen.no

Styremedlemmer i Forum for Kreftsykepleie

LEDER

Britt Ingunn Wee Sævig
Barnekeftforeningen
Øvre Voll gate 11, 0158 Oslo
T: 99 24 86 15
bis@barnekeftforeningen.no

NESTLEDER, NORDISK/ INTERNASJONAL KONTAKT OG STIPENDANSVARLIG

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

KASSERER

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

SEKRETÆR

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

REDAKTØR TIDSSKRIFT

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

LOKALLAGSKONTAKT

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

REDAKSJONSUTVALG

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

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

WEB ANSVARLIG

OG MEDLEMSLISTEANSVARLIG

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

VARAMEDLEM

OG ANNONSEANSVARLIG

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

VARAMEDLEM,

REDAKSJONSUTVALG

OG FACEBOOKANSVARLIG

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

VARAMEDLEM, KURS OG

KONFERANSEKONTAKT

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

REDAKTØR:
Marte Wolden



Forebygging i alle ledd

I 2014 kom EU med en ny og oppdatert versjon av sin liste over «kreftråd» (1), som i all hovedsak handler om hva samfunnet, styrende organer, helsepersonell og hver og en av oss kan bidra med for å forebygge kreft.

Her har de listet opp 12 punkter som beskriver anbefalinger om hva vi bør unngå og hva vi bør tilstrebe i hverdagen. Det meste er velkjent for de fleste: Vi bør holde oss unna, eller være forsiktig med, tobakk, alkohol, kjemikalier, sofaen, sola og overvekt. Videre anbefales det å søke mot sunn mat, fysisk aktivitet, miljøbevissthet, og ellers følge opp vaksine- og screeningprogram som helsemyndigheter anbefaler til enhver tid.

I «Nasjonal Kreftråd 2013–2017» er en av hovedoverskriftene at Norge skal bli et foregangsland for kreftforebygging, og Norge stiller seg bak Verdens helseorganisasjons mål om 25 prosent reduksjon i for tidlig død av kreft, diabetes, hjerte- og karsykdommer og kols (NCD-sykdommer) innen 2025.

I folkehelsemeldingen «God helse – felles ansvar» framgår det at Norge skal være et av de tre landene i verden som har lengst levealder, en befolkning som opplever flere leveår med god helse og trivsel, og reduserte sosiale forskjeller (2). Kreftforebyggende tiltak vil være sentrale for å nå disse målene.

Felles for all forebyggende virksomhet er at det må satses bredt. Helsefremmende- og sykdomsforebyggende tiltak er ikke noe som kan stå listet opp som en egen dagsorden, men bør inngå i all samfunnsvirksomhet der det er naturlig.

I artikkelen «Å løfte i flokk» i denne utgaven av Kreftsykepleie beskriver folkehelsekoordinator og rådgiver i Ålesund kommune, Kathrin Kobbevik, hvordan ansvaret for befolkningens helse ikke bare er lagt til helsesektoren, men til alle sektorene i kommunen.

I et samfunnsperspektiv er spørsmålet om sosiale ulikheter innen helse et av de viktigste

vi står overfor. Lege Kaveh Halland Rashidi, prosjektleder i Kreftforeningen, skriver i artikkelen «Sosiale ulikheter – et økende problem» at helseforskjellene mellom de sosiale lagene i Norge øker, selv om alle har fått bedre helse. Disse forskjellene gir seg også til kjenne når det kommer til bruk av helsetjenester, for eksempel tilbud om screening. Mennesker med høy utdanning er større brukere av screening enn de med lav utdanning. I Norge er det etablert to nasjonale screeningprogram mot kreft – mammografi-programmet og masseundersøkelsen mot livmorkreft, og det pågår også et prøveprosjekt mot tykktarmskreft. Ved videre utvikling av moderne massescreening-programmer innenfor kreft er det viktig at en har en strategi for å nå fram til alle sosiale lag i befolkningen.

Da jeg tok videreutdanning i kreftsykepleie, husker jeg at vi diskuterte mye hva som er kreftsykepleiers rolle og funksjon innenfor forebygging. For forebygging handler om så mye mer enn å hindre at kreftsykdom oppstår. Forebygging handler også i stor grad om omsorgs-, pleie- og støttetiltak som har til hensikt å øke mestring og forebygge uønskete plager av sykdom og behandling, både på et fysisk, psykisk, sosialt og eksistensielt plan. Både her og nå, i de neste timene, i morgen eller resten av livet. Flere av artiklene i dette nummeret tar for seg også disse kanskje mindre tydelige sidene av forebygging og kreft, både når det gjelder aktiv kreftbehandling – og også i palliasjon. Jeg håper og tror det vil være nyttig lesestoff for noen hver.

Referanser:

1. cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/en/
2. www.regjeringen.no/nb/dokumenter/meld-st-34-20122013/id723818/

Marte Wolden

ANSVARLIG REDAKTØR

Frisk med hund

Kontakt med dyr gir bedre helse. Forskning viser at dyr kan settes inn i målrettet helsetjeneste med gode resultater. Ved Antrozoologisenteret på Ås mener de at hunder og katter bør inn i terapien på sykehjem, rehabiliteringsinstitusjoner, fengsler og steder det gis behandling. På sikt ser de for seg dyreassistert terapi som en beskyttet profesjon.

Kilde: NMBU



Fire om dagen

Å drikke to kopper kaffe med 200 milligram koffein på en gang eller fire kopper (400 milligram koffein) i løpet av en dag, medfører ingen negative effekter på helsen til voksne, ifølge en ny vurdering av European Food Safety Authority (EFSA). For gravide anses et trygt nivå å være 200 milligram koffein per dag.

Kilde: Dagensmedisin.se



SMÅNYTT

Minst fornøyd

De som kun har fullført grunnskolen, er mindre fornøyd med norsk helsevesen enn de som har høyere utdanning. Dette viser en fersk undersøkelse som er gjort av SINTEF Teknologi og samfunn i samarbeid med Landsforeningen for hjerte- og lungesyke. 2700 personer i Norge har besvart en spørreundersøkelse, og svarene viser at andelen fornøyde øker med lengden på utdanningen. En mulig forklaring på at det er slik, kan handle om kommunikasjon.

– Folk med lang utdanning er flinkere enn andre til å filtrere ut relevant informasjon fra ulike kilder og er dermed flinkere til å stille de rette spørsmålene på legekontor og sykehus, sier helseforsker Karin Dyrstad ved SINTEF.

Tilfredsheten med tjenestene varierer også med hvilke sykdommer og helseplager folk oppgir at de har. Resultater fra samme spørreundersøkelse viser at de som har eller har hatt psykiske plager eller muskel- og skjelettplager, er mindre fornøyd med helsevesenet enn andre.

Kilde: Gemini



«Erfaringen er visdommens mor.»

Sitat John Florio

Engler i hvitt

Forskeren Kjersti Nesje ved Høskolen i Oslo og Akershus har utfordret myten om sykepleieren som en engel i hvitt. Nesje har forsket på motivasjon hos sykepleiere. Studien viste blant annet at ønsket om å hjelpe andre ikke gjør sykepleierne mer engasjert i jobben. Det er med andre ord ingen forutsetning for å være engasjert i jobben som sykepleier at du har et sterkt ønske om å hjelpe andre.

Kilde: Forskning.no



Redder liv

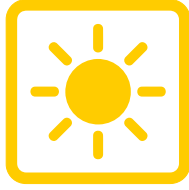
En studie med data fra mammografiprogrammet viser at dødeligheten av brystkreft er redusert med 28 prosent blant kvinner som inviteres til Mammografiprogrammet, og 37 prosent blant de som møter. Studien er utført av forskere fra NTNU.

Forskerne hevder at minst 450 dødsfall er unngått på grunn av innføring av organisert mammografiscreeningen i Norge. Studien er en del av den uavhengige, forskningsbaserte evalueringen av Mammografi-programmet.

Kilde: Kreftregisteret.no

Bør utrede forbud

Konsekvensene av et forbud mot solarier i Norge bør utredes, mener en faggruppe ved Folkehelseinstituttet som har skrevet en kunnskapsoversikt om føflekkreft. Bruk av solarier øker risikoen for føflekkreft. På verdensbasis er det bare New Zealand som har høyere dødelighet av føflekkreft enn Norge. Forbud mot solarier er gjennomført i andre land.



Kilde: Folkehelseinstituttet/fhi.no



Farlige bakterier

I 2050 vil flere dø av antibiotika-resistente bakterier enn antallet kreftdødsfall i dag, konkluderer en britisk studie. I dag dør 700 000 mennesker som følge av antibiotika-resistente bakterier, 25 000 av disse i EU. Til sammenligning fører kreft til 8 millioner dødsfall hvert år.

Kilde: Forskning.no

Tekst Johan Alvik Foto Colourbox

Klarer seg bra

Tenåringer med en mor eller far som har fått kreft, har ikke flere psykososiale problemer enn unge med friske foreldre. Det viser en norsk undersøkelse utført av sykepleier Elisabeth Jeppesen.

Tidligere studier har vist høy forekomst av psykososiale problemer hos tenåringer som opplever at en av foreldrene får kreft. Men disse studiene har ifølge Jeppesen vært preget av små utvalg, manglende kontrollgrupper og har som oftest tatt utgangspunkt i hypoteser fra stress- og traume-teori.

– Vi fant ingen forskjell i prevalens av psykososiale problemer mellom tenåringer med og uten en krefthistorie hos foreldre, uttaler Elisabeth Jeppesen i en pressemelding fra Universitetet i Oslo.

– Tenåringer med foreldre med nyoppdaget kreft rapporterer mindre vitalitet og fysisk velvære, men over tid rapporterer de ikke dårligere helsere-latert livskvalitet sammenlignet med europeiske normdata. Likevel bør tenåringer med kreftsyke foreldre vurderes for psykososiale problemer hvor det trengs ekstra oppfølging, mener Jeppesen.

Kilde: Dagens Medisin

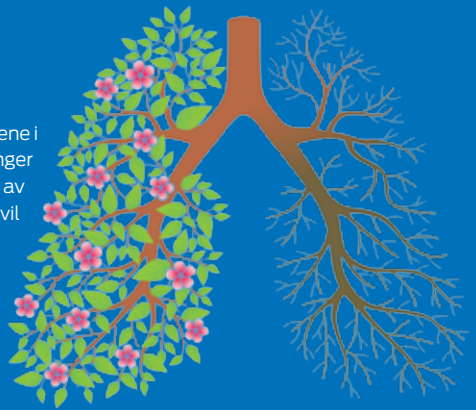


Lungekreft mer dødelig

Rundt 90 000 kvinner kommer antakelig til å dø av brystkreft i EU-landene i 2015. Flere enn 87 000 vil dø som følge av lungekreft. Det viser beregninger forskere i Italia og Sveits har gjort. Det vil fortsatt være flere som dør av brystkreft, men det er en høyere andel av dem som får lungekreft som vil dø, enn av dem som har brystkreft.

Blant norske kvinner har det vært slik i noen år allerede. Siden år 2000 har det vært høyere risiko for å dø av lungekreft enn av brystkreft, ifølge Folkehelseinstituttet.

Lungekreft er den kreftformen som tar livet av flest mennesker i Norge. I 2012 stod lungekreft for i underkant av 20 prosent av dødsfallene, ifølge Kreftregisteret. Lungekreft, brystkreft og tykktarmkreft tar flest liv blant norske kvinner med kreft.



Kilde: Forskning.no

Aloxi[®] - nå også som kapsel ¹

- ✗ Gis ca. en time før kjemoterapi påbegynnes ¹
- ✗ En Aloxi kapsel har samme antiemetisk effekt som en intravenøs Aloxi ²
- ✗ En Aloxi kapsel varer opp til 5 dager ²

Er obstipasjon et problem?

- ✗ I registreringsstudien opplevde bare 0,6% av pasientene obstipasjon ved Aloxi kapsel ²



Referanser:
1: Godkjent SPC
2: Boccia et al Supportive Care
Cancer 2013;21:1453-1460.

Aloxi (palonosetron) Antiemetikum.

INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning: 1 ml inneh.: Palonosetronhydroklorid tilsv. palonosetron 50 µg, mannitol, dinatriumedetat, natriumsitrat, sitronsyremonohydrat, natriumhydroksid, saltsyre, vann til injeksjonsvæsker. KAPSLER, myke 500 µg: Hver kapsel inneh.: Palonosetronhydroklorid tilsv. palonosetron 500 µg, sorbitol (E 420) 14,21 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Sort jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Forebygging av kvalme og oppkast forbundet med moderat emetogen kjemoterapi mot kreft. Kun injeksjonsvæske: Forebygging av akutt kvalme og oppkast forbundet med høyemetogen kjemoterapi mot kreft. Dose-ning: Palonosetron bør brukes før det gis kjemoterapi. Voksne inkl. eldre: Injeksjonsvæske: 250 µg som en enkel i.v. bolus ca. 30 minutter før oppstart av kjemoterapi. Bør injiseres over 30 sekunder. Effekten ved forebygging av kvalme og oppkast industert av høyemetogen kjemoterapi, kan økes ved tillegg av et kortikosteroid gitt for kjemoterapi. Kapsler: 500 µg (1 kapsel) ca. 1 time før oppstart av kjemoterapi. Spesielle pasientgrupper: Nedsatt nyre- eller leverfunksjon: Dosejustering er unødvendig. Data for pasienter med terminal nyresykdom som er i hemodialyse, finnes ikke. Barn og ungdom <18 år: Bruk anbefales ikke pga. utilstrekkelige data. Administrering: Injeksjonsvæske: Til i.v. bruk. Kapsler: Tas med eller uten mat. Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Forsiktighetsregler: Da palonosetron kan øke passasjetiden i tykktarmen, bør pasienter med forstoppelse eller tegn på subakutt tarmobstruksjon i anamnesen overvåkes etter administrering. 2 tilfeller av forstoppelse med fekal retensjon som krevde sykehusinnleggelse er rapportert i forbindelse med palonosetron 750 µg. Palonosetron inducerer ikke klinisk relevant forlengelse av QTc-intervallet ved noen av de testede dosenivåene. Det bør imidlertid utvises forsiktighet ved samtidig bruk av legemidler som øker QT-intervallet, og hos pasienter som har eller trolig vil utvikle forlenget QT-intervall. Bør ikke brukes til forebygging eller behandling av kvalme og oppkast i dagene etter kjemoterapi, hvis ikke det er forbundet med annen bruk av kjemoterapi. Forsiktighet ved bilkjøring og bruk av maskiner, da svimmelhet, søvnløshet og tretthet kan forekomme. Kapslene inneholder sorbitol og bør ikke brukes ved sjeldne arvelige problemer med fruktoseintoleranse. Kan også inneholde spor av soya lecithin, og pasienter med kjent overfølsomhet for peanøtter eller soya bør derfor observeres nøye for tegn på allergisk reaksjon. Interaksjoner: Metaboliseres hovedsakelig av CYP 2D6, med et lite bidrag fra CYP 3A4 og CYP 1A2. Ingen klinisk relevante interaksjoner er sett. Graviditet, amming og fertilitet: Graviditet: Overgang i placenta er ukjent. Kliniske

data på bruk under graviditet foreligger ikke. Begrensede data fra dyrestudier indikerer ingen direkte eller indirekte skadelige effekter på gravide, embryo-/fosterutvikling, fødsel eller postnatal utvikling. Skal ikke brukes av gravide hvis ikke nødvendig. Amming: Overgang i morsmelk er ukjent. Amming skal opphøre under behandlingen. Palonosetron. Palonosetron: Erfaring med bruk hos gravide mangler. Bivirkninger:

Injeksjonsvæske: Vanligst er hodepine og forstoppelse. Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$): Gastrointestinale: Forstoppelse, diaré. Nevrologiske: Hodepine, svimmelhet. Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$): Endokrine: Hyperkalemi, hypokalemi, stoffskiftesykdommer, hypokalsemi, anoreksi, hyperglykemi, nedsatt appetitt. Gastrointestinale: Dyspepsi, magesmerter (inkl. i øvre abdomen), munntørhet, flatulens. Hjerne/kar: Takykardi, bradykardi, ekstrasystoler, myokardiskemi, sinustakykardi, sinusarytmi, supraventrikulære ekstrasystoler, hypotensjon, hypertensjon, venemisfarging, veneutvidelse. Hud: Allergisk dermatitt, kløende utslett. Lever/galle: Hyperbilirubinemi. Luftveier: Hikke. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi. Nevrologiske: Søvnighet, søvnløshet, parestesi, hypersomni, perifer sensorisk nevropati. Nyre/urinveier: Urinretensjon, glukosuri. Psykiske: Angst, eufori. Øre: Reise-syke, tinnitus. Øye: Øyeirritasjon, amblyopi. Øvrige: Asteni, feber, tretthet, varmefølelse, influensalignende sykdom, forhøyede transaminaser, forlenget QT i EKG. Svært sjeldne ($< 1/10\ 000$): Immunsystemet: Overfølsomhetsreaksjoner. Øvrige: Reaksjoner på injeksjonsstedet (svie, indurasjon, ubehag, smerter). Kapsler: Hodepine er vanligst (3,7%). Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$): Nevrologiske: Hodepine. Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$): Gastrointestinale: Forstoppelse, kvalme. Hjerne/kar: AV-blokk grad 1-2. Luftveier: Dyspné. Muskel-skjelettsystemet: Myalgi. Psykiske: Søvnløshet. Undersøkelser: Økt bilirubinnivå i blod. Øye: Øyehevelse.

Overdosering/Forgiftning: Ingen rapporterte tilfeller. Doser inntil 6 mg er brukt. Behandling: Symptomatisk. Det er lite sannsynlig at dialyse er effektivt. Se Giftinformasjonens anbefalinger A04A A05.

Sist endret: 03.06.2013 Basert på SPC godkjent av SLV:21.02.2012

Aloxi, INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning:

1 × 5 ml (hettegl.) V.nr.: 059224 730,80 C

Aloxi, KAPSLER, myke: 500 µg

1 stk. (blister) V.nr.: 177320 748,20 C

5 stk. (blister) V.nr.: 158992 3576,00 C

Aloxi
palonosetron HCl soft capsules

Swedish Orphan Biovitrum AS
Østensjøveien 18 Bryn, 0661 Oslo
Tlf.: 66 82 34 00 www.sobi.com

sobi

Aktuelle bøker



Tekst Trine-Lise Gjesdal Omslagsfoto Forlagene

BOKOMTALE



Da pappa fikk kreft

Dette er en fortelling om Astrid og hennes tanker og opplevelser når det oppdages at pappa Christian har en hjernesvulst. Forfatteren – som er lege og psykiater – har arbeidet med barn som er pårørende. Hun har skrevet denne boken for å gjøre det litt lettere for voksne og barn å komme i gang med de viktige samtalene. Fagbarne-boken kan benyttes som et verktøy for å ivareta barn og unge som er pårørende. Den kan være til nytte for både foreldre, andre familiemedlemmer, voksne i skoler og i barnehager samt helsearbeidere i sykehus, på helsestasjoner og andre steder.

Da pappa fikk kreft – En fortelling om rare ord, vanskelige følelser og håp. Fagbokforlaget 2014.

BOKOMTALE



Empati i møte med andre

Empati er en varm og levende kvalitet, men utfordrer også våre kognitive ressurser, som evnen til refleksjon og analyse. Dette for å forhindre at vi blir for sterkt følelsesmessig engasjert, for medfølende og smittet av den andres følelser og opplevelser. Eller at vi blir for rasjonelle, saklige og distanserte. «Empati – nærvær eller metode?» er en ny bok om et «gammelt» tema og omhandler vår empati i møte med andre mennesker generelt, og med barn, unge og foreldrene deres spesielt. Boken skildrer hvordan empati kan åpne nye dører i denne kontakten, og føre oss lenger enn noen metode eller teknikk kan.

Empati – Nærvær eller metode?, Gyldendal 2014.

BOKOMTALE



Alfreds kamp

Pippi Langstrømpe sier: «Det har jeg aldri gjort før, så det kan jeg helt sikkert». Dette er også mottoet til ni år gamle Alfred – en livsglad gutt som blir rammet av kreft. I denne boken skildrer Alfreds mor hele sykdomsprosessen til nåringen. Vi får innblikk i en vanskelig tid med sykdom, smerte, håp og tro. Og vi får et bilde av hvordan kreft og kreftbehandling kan oppleves for et barn og dets pårørende. «Att vara stark» er en bok til ettertanke. Det er en åpenhjertig og ærlig historie fra virkeligheten.

Att vara stark – Alfreds kamp mot kreften, Licentia forlag 2014.

BOKOMTALE



I kreft og kjærlighet

Dette er beretningen om to voksne mennesker som er i startgropa til et liv sammen, da de får beskjed om at kreften har spredd seg hos ham, fra den mørke følelsen som forlengst er fjernet. Det er en gripende bok om de påfølgende tre årene. Forfatteren Ellen Kristvik skildrer her egne opplevelser – en kjærlighet preget av alvorlig sykdom. Kristvik forsker ved avdeling for helsetjenesteforskning på Akershus Universitetssykehus. Et av hennes siste forskningsprosjekt handlet om helsetjenestens møte med alvorlig syke kreftpasienter, noe hun tidligere også har jobbet med som sykepleier.

I kreft og kjærlighet, Samlaget 2014.



Sosiale ulikheter – et økende problem

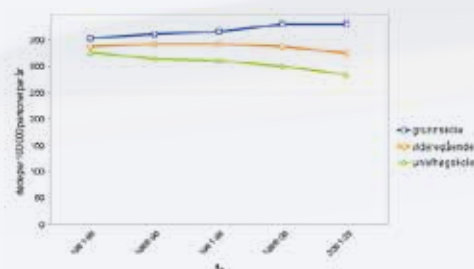
Helseforskjellene mellom de sosiale lagene øker til tross for at alle har fått bedre helse. Norge har nå større sosiale forskjeller enn andre europeiske land, men ulikhetene kan utjevnes.

Av **Kaveh Halland Rashidi**, lege og prosjektleder for sosiale ulikheter, Kreftforeningen

Sosiale ulikheters rolle i norsk folkehelse er ikke noe nytt. I 1870 skrev Eilert Sundt i boken «Fattigforholdene i Christiania»: «... der er mere af sygdom og sygelighed inden fattigbefolkningen end blant de øvrige samfundsklasser ...» Dette var en tid med store, grunnleggende samfunns mangler. Dårlig bostandard, underernæring og fravær av fungerende helsetjenester er blant de faktorene som vi stort sett er kvitt i dagens samfunn. Vi har hatt en betydelig, og relativ jevn, forbedring i befolkningens helse siden Eilert Sundts dager og den norske befolkningens helse i dag er svært god. Likevel er det fremdeles de med lav sosial status som

bærer den største sykdomsbyrden i Norge. Utviklingen har nemlig gått raskere for de med høy sosial status – slik har gapet mellom de sosiale lagene økt til tross for at alle har fått bedre helse. Dette gjelder ikke minst for kreftdødelighet (tabell 1). Her ser man antallet kreftdøde etter utdanningsnivå (1). Mens stadig færre med høy utdanning nå dør av lungekreft, magekreft og livmorhalskreft, dør flere av dem som har lavere utdanning (2). Hva er årsaken til at helse, og sosioøkonomiske faktorer henger sammen? Svaret kan forenklet deles inn i to hovedkategorier. Den ene er de direkte risikofaktorene for kreftsykdom. Den andre er strukturelle skjevheter i helsevesenet.

TABELL 1: Dødelighet etter utdanningsnivå.



Sammenheng med livsstil

Det er sterk sammenheng mellom hva slags utdanning og inntekt man har og hva slags risiko man utsetter helsen sin for. De med lavere inntekt og utdanning røyker i større grad, er mindre fysisk aktive og har et mindre sunt kosthold. WHO har beregnet at minst 1/3 av alle krefttilfeller har sammenheng med levestilen vår.

Hvorfor de med lav sosioøkonomisk status tar



flere usunne valg, vet vi for lite om. Likevel, når vi vet at de med lav inntekt og utdanning utsetter helsen sin for risikofaktorer, må det forebyggende arbeidet intensiveres, spesielt innen røyking, fysisk aktivitet og kosthold.

Røyking – størst risikofaktor

Den viktigste enkeltstående risikofaktoren for både kreft, tidlig død og tap av friske leveår er røyking. Om lag 85 prosent av alle lungekrefttilfeller kunne vært unngått hvis ingen røykte, i tillegg er røyking den største risikofaktoren for utvikling av KOLS og hjerte- og karsykdommer. Uansett når man slutter er det gevinst å hente, eksempelvis er risikoen for å få lungekreft halvert 10 år etter røykeslutt.

Farene, og den potensielle helse- og økonomi-gevinsten, er godt kjent. Noe som er mindre kjent er hvor sterk sammenheng det er mellom røyking og utdannelsesnivå. En internasjonal studie av 22 europeiske land viste at Norge hadde den høyeste sosiale forskjellen i andel dagligrøykere (4). Blant de med kort utdanning røyker 32 prosent, blant dem som kun har fullført videregående skole røyker 18 prosent, og blant de med høyskole-/universitets-

utdanning røyker 8 prosent (5). Det er med andre ord fire ganger større andel dagligrøykere blant de med lavest utdanning sammenliknet med dem som har universitetsutdanning.

Helsegevinst med målrettet tiltak

Studier viser også at de med lavest utdanning oftest utsetter barna sine for passiv røyking, både under og etter graviditet. Eksponering av tobakksrøyk kan

«En klar sammenheng mellom røykeslutt og utdanning.»

således bidra til at sosial ulikhet i sykdom og helse blir etablert tidlig i livet (13,14). Det finnes også en klar sammenheng mellom røykeslutt og utdanning. De med høy utdanning klarer oftere å forbli røykfrie.

Ved å ha målrettede tiltak mot de med lav inntekt og utdanning kan vi få en større helsegevinst på samfunnsnivå i forhold til investeringen. Norge har i flere tiår vært gode på restriktiv tobakkslovgivning rettet mot hele befolkningen, men ikke gode nok til å hjelpe røykere med å slutte. Eksempler på vellykkete

TABELL 2: Andel dagligrøykere i forhold til utdannelse.



tobakkstiltak som har god effekt og som jobbes med av Kreftforeningen er:

1. Økning av tobakksavgiftene, 2. Tobakksfri arbeidstid for offentlig ansatte, 3. Tobakskampanjer, 4. Kommunale tilsynsordninger for å hindre salg til mindreårige, 5. Flere røykfrie områder i samfunnet.

Det er likevel mer som må gjøres for å hjelpe flere til å slutte å røyke. Kreftforeningen intensiverer nå arbeidet med å påvirke slik at Norge får et systematisk røykesluttstilbud.

Størst forskjell i overvekt

Kosthold er en annen essensiell risikofaktor for mange sykdommer i tillegg til kreft. En rekke internasjonale og norske studier har vist at grupper i lav sosioøkonomisk status har mindre gunstig helsemessig kosthold sammenliknet dem i høyere sosiale lag. Hovedfunnene er at de med lav utdanning spiser mer billig og energirik mat (fett- og sukkerholdige produkter) og mindre frukt og grønnsaker. Dette innebærer lavere inntak av fiber, vitaminer og mineraler og mer mettett fett. Dette vil igjen øke risikoen for utvikling av en rekke kreftsykdommer. Problemet er spesielt aktuelt i Norge. Vi er blant landene i Europa med størst forskjeller i overvekt mellom menn med høy utdanning og lav utdanning (4). Forskjellene er også gjeldende for barn i Norge. Barnevektstudien (19) viser at forekomsten av overvekt og fedme var 30 prosent høyere og bukfedme var 80 prosent høyere, blant barn av lavt utdannede mødre sammenliknet med barn av høyt utdannede mødre.

Mer aktive med høy utdanning

Fysisk aktivitet er et annet felt der sosial ulikhet står sterkt. Forskning viser at jo mer fysisk aktive vi er, desto lavere er risikoen for å få kreft (18). Data fra Statistisk sentralbyrå viser at de med lengst utdanning og høyest inntekt er mest fysisk aktive. I en studie (8,12) utført av SSB oppgir 26 prosent av personer med bare grunnskoleutdanning at de aldri mosjonerer. Tallet er på 7 prosent blant de med

høyere akademisk utdanning. Det finnes en rekke gode studier som bekrefter dette: Høyere utdanning betyr mer fysisk aktivitet.

Kreftforeningen mener sunne levevaner og det å ta de sunne valgene må bli lettere for befolkningen. Spesielt er det viktig at gode vaner for god helse etableres tidlig hos barn og unge. Vi vil at Stortinget setter klare og forpliktende mål om en time fysisk aktivitet om dagen for alle skoleelever. Skoler og SFO må ha tilstrekkelig ernæringskompetanse både for å undervise om, men også for å tilrettelegge for et sunt kosthold på skolen. I samarbeid med kommunene bør det opprettes flere lavterskeltilbud i nærmiljøet som friluftsområder og aktivitetsparker.

Strukturelle skjevheter

Selv om vår sosioøkonomiske status påvirker risikoen vi utsetter helsen vår for, kan imidlertid ikke risikofaktorer alene forklare alle de sosiale helseforskjellene. En måte å illustrere dette på er ved å se på kreft hos barn. Årsaken til kreft hos barn er svært sjeldent direkte relatert til risikofaktorer som tobakk og overvekt, derfor kunne man tro at kreftstatistikken blant barn er unndratt det sosioøkonomiske aspektet. Dessverre er ikke dette tilfellet. Helsen til barn følger mors utdanning (19) og inntekt, og forskning tyder på at sosiale ulikheter spiller en rolle helt fra fødselen.

I en norsk studie (5), publisert av Astri Syse i Internasjonal Journal of Cancer, studeres overlevelsen blant barn som rammes av kreft i Norge. Dette ses i sammenheng med foreldrenes sosioøkonomiske status. Studien inkluderer samtlige norske barn med kreft i perioden 1974–2007 og resultatene er oppsiktsvekkende. Dødelighet blant barn med høyt utdannede mødre og blant enebarn var redusert med over 15 prosent. Forskjellene hos barn gjelder ikke bare med tanke på kreftsykdom. For eksempel er spedbarnsdødeligheten 30–40 prosent høyere blant barn som har mødre med mindre enn ti års utdanning sammenliknet med barn av mødre med mer enn 12 års utdanning (11). Også her har forskjellene økt over tid. Årsakene er ikke godt nok kjent, men én viktig strukturell årsak til disse helseforskjellene er skjevfordeling av helsetjenester.

Skjevfordeling av helsetjenester

Det har i lang tid vært en politisk kampsak å gi lik tilgang til helsetjenester for alle. Til tross for at alle har lik tilgang til helsetjenester viser det seg i praksis at helsetjenestene ikke blir brukt likt. Spesialiserte tjenester og forebyggende tjenester brukes mer av

grupper med høy sosioøkonomisk status, mens akutte tjenester brukes mer av grupper med lav sosioøkonomisk status. Videre er det en signifikant lavere andel innvandrere som oppsøker allmennlege sammenliknet med norskfødte (10).

Screeningprogrammet er et godt eksempel på dette. Et av de mest effektive tiltakene i forebyggingsarbeidet er det nasjonale massescreeningsprogrammet mot brystkreft og livmorhalskreft. Dette er viktige undersøkelser som blir tilbudt hele befolkningen. Vi ser likevel det samme problemet: Gruppen med høy utdannelse er hyppigere brukere av screeningundersøkelser enn gruppen med lav utdannelse (9). Det forskes på flere massescreeningsprogrammer og for å unngå ytterligere ulikheter i helse er det essensielt at det rettes konkrete tiltak for å utjevne skjevfordelingen av helsetjenestene.

Lik tilgang til helsetjenester betyr ikke lik bruk av helsetjenester. Men problemet er enda mer grunnleggende: Selv om vi hadde hatt lik bruk av helsetjenester betyr ikke det like helseresultater. De med lav sosioøkonomisk status og dermed høyest risiko for dårlig helse trenger å bruke helsetjenester langt mer for å oppnå like helseresultater.

Lav helsespråkkyndighet

Flere studier tyder på at lav utdanning og lav inntekt har sterk sammenheng med lav «health literacy», som kan oversettes med helsespråkkyndighet. Det dreier seg om enkeltpersoners evne til å lese, forstå, skaffe seg tilgang på, kritisk vurdere og fornuftig bruke helseinformasjon for å få og opprettholde best mulig helse (17). Pasienter med lav helsespråkkyndighet har oftere problemer med å formidle symptomer eller bekymringer til legen under konsultasjonen. I tillegg vil de sjeldnere vite hvilke symptomer det er viktig å oppsøke lege for. Pasienter med lav helsespråkkyndighet forlater også lege eller sykehus med dårligere forståelse for hvordan

de skal følge opp anbefalte råd eller behandlingsregimer. Helsepersonell må derfor bruke langt mer tid og ressurser på pasienter med lav sosioøkonomisk status, for å oppnå likt resultat på en legekonsultasjon som gruppen med høy helsespråkkyndighet.

Det kan virke svært intuitivt, men det er langt ifra innlysende at vi følger teorien selv om vi prinsipielt er enige i det. I en spørreundersøkelse av Bringedal og Bærøe, publisert i 2010 (16), var 55 prosent av deltakende leger enige i påstanden om at leger bør bidra til å utjevne helseforskjeller ved å yte ekstra hjelp til pasienter med lav sosioøkonomisk status. Samtidig oppga de fleste at de sjelden/aldri tar hensyn til sosioøkonomiske forhold, som dårlig økonomi (81 %), lav utdanning (80 %) eller arbeidsledighet (85 %).

Strukturelle skjevheter er også en stor utfordring i utviklingen av nye helsetilbud. Et eksempel på dette er digitalisering av helsesektoren, som var tema på den nasjonale konferansen om e-helse i år. Bruk av digitale løsninger vil antakeligvis fremme folkehelsen og det er mange store prosjekter på gang, men det er viktig å sørge for god tilgjengelighet og lik bruk hos de med lav sosioøkonomisk status. Hvis ikke står vi i fare for å øke ulikhetene ytterligere.

Innvandrere og helse

Et eksempel på en spesielt utsatt gruppe med lav sosioøkonomisk status i Norge er innvandrere. Det er flere utfordringer knyttet til etniske minoriteter i Norge, blant annet kommunikasjon, kultur, kunnskap om kreftsykdommer og manglende kjennskap til det norske helsevesenet. I 2014 er 12,4 prosent av befolkningen førstegenerasjonsinnvandrere, og det er en voksende gruppe. Ifølge Statistisk sentralbyrå er over halvparten av alle innvandrere i Norge mellom 20 og 40 år, en alder der man relativt sett er lite utsatt for kreft.



Innvandrere i Norge er en svært heterogen gruppe og det finnes knapt noe forskning på helsen deres. En nyere, upublisert, studie fra Ahus har vekket oppsikt. Studien bygger på journaler fra 2002–2012 og alle pasienter med brystkreft fra Pakistan, Sri Lanka og Somalia ble identifisert. Totalt var det 67 personer i denne gruppen og en kontrollgruppe bestående av dobbelt så mange etnisk norske brystkreftpasienter ble brukt som referanser. Resultatet fra studien viste blant annet at sykdommen oppdages mye senere hos innvandrere og de hadde derfor oftere spredning når sykdommen ble oppdaget. Videre fikk de langt oftere tilbakefall og somaliske kvinner hadde hele 50 prosent lavere overlevelse enn etniske norske kvinner.

Dessverre finnes det svært lite god forskning om etniske minoriteter og kreft. Kreftforeningen mener at Stortinget må bevilge midler til forskning for å dekke disse kunnskapshullene. Samtidig bør informasjonstiltak kunne bidra til å øke innvandrernes kunnskap om egen kropp og helse samt om helsetilbud som massescreeningsundersøkelser. Videre er Kreftforeningen opptatt av kravet om bruk av profesjonell tolk og å styrke helse- og omsorgspersonell sin kunnskap om etniske minoriteter gjennom utdanning og kurs.

Vi vet det er store helseforskjeller, vi vet at de er økende og vi vet at de er relevante for kreftsykdommer. Men hva skal vi gjøre for å motvirke de økende helseforskjellene?

Sosiale ulikheter er sosiale

I et samfunnsperspektiv er spørsmålet om sosiale

ulikheter i helse et av de viktigste vi står ovenfor. Alle har vi et individuelt ansvar for egen helse, men fordi Norge er et av de samfunnene med de største gapene i sosiale helseforskjeller er det nødvendig med innsats på alle politiske nivåer og på et bredt spekter av arenaer. Kreftforeningen jobber direkte mot politikerne som har ansvaret for lovgivning og strukturelle tiltak, og for å bidra til å gjøre de sunne valgene lettere og mer tilgjengelig. Vi jobber for at fagpersonell som leger, sykepleiere, fysioterapeuter, ansatte i barnehager og SFO, skoler, folkehelsekoordinatorer, ansatte på frisklivssentraler og tannhelsetjenesten får bedre mulighet til å bidra med kunnskapsformidling og gi råd om gode vaner for et friskere liv. Og ikke minst: Vi er der for den enkelte kreftpasient og pårørende. I Kreftforeningen tenker vi på sosiale ulikheter i alt vårt arbeidet, fra forskning og forebygging til behandling, omsorg og palliasjon.

Sosiale ulikheter i helse har vært en aktuell politisk sak siden årtusenskiftet uten at man har sett bedring av problemet, snarere tvert imot. Høyskolen i Oslo og Akershus fikk i oppdrag å sette sammen et panel av forskere for å utføre en gjennomgang av sosiale ulikhet i helse i Norge. Rapporten ble utgitt i mars 2014 og bekrefter at Norge står overfor store utfordringer. Samtidig poengteres det at dette er problemer som kan løses. Sosiale ulikheter i helse er nettopp sosiale. Det ligger i ordet at problemet ikke er biologisk, men at det er menneskeskapt. Nå er det på tide at det også løses av mennesker. ■

Referanser:

1. Dødsårsaksregisteret. Diagram: Norgeshelsa.
2. Torstensen, Rita. Sosiale forskjeller i kreftdødelighet og endringer over tid. Masteroppgave, University of Oslo, 2010
3. CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Genève: WHO, 2008.
4. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa0707519>.
5. nt J Cancer. 2012 Apr 15;130(8):1870–8. doi: 10.1002/ijc.26186. Epub 2011 Aug 5. Is mortality after childhood cancer dependent on social or economic resources of parents? A population-based study. Syse AI, Lyngstad TH, Kravdal O.
6. Helse- og omsorgsdepartementet. St.meld. nr 20 (2006–2007) Nasjonal strategi for å jevne ut sosiale helseforskjeller. 2007 Feb 9.
7. Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren 2007, Sosial- og helsedirektoratet
8. AAS, E. (2004). Hvem er det som møter frem til screening? Økonomisk Forum 58: 34–44.
9. Eur J Public Health. 2014 Jul 31. pii: ckul23.
How do immigrants use primary health care services? A register-based study in Norway.
Diaz EI, Calderón-Larrañaga A2, Prado-Torres A2, Poblador-Plou B3, Gimeno-Feliu LA4.
11. Foreldres utdanning og spedbarnsdødelighet 1967–98 A Arntzen SO Samuelsen L S Bakkevig C Stoltenberg
Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124:2904–6
12. Vaage, Odd Frank. Trening, mosjon og friluftsliv. Resultater fra Levekårsundersøkelsen 2001 og
Tidsbruksundersøkelsen 2000 (Rapporter 2004/13). Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2004
13. Lund, Marianne og Karl Erik Lund: «Røykeslutt og sosial ulikhet»
14. <http://www.helsedirektoratet.no/folkehelse/tobakk/tall-og-undersokelser/royking/Sider/befolkningen-royker.aspx>
15. Hart JT. The inverse care law. Lancet 1971; 1: 405–12
16. Bringedal B, Bærøe K. Bør leger bidra til å utjevne sosiale ulikheter i helse? Tidsskr Nor Lægeforen 2010; 130: 1024–7.
17. MASTEROPPGAVE, Ernærings-, helse- og miljøfag, Mai 2010. «Hvordan tar sykehusleger hensyn til pasienters health literacy og mestringsforventning i sin helsekommunikasjon?» Astrid Fjell. Avdeling for helse, ernærings og ledelse
18. Parkin, M, et al., The fraction of cancer attributable to lifestyle and environmental factors in the UK in 2010. BJC 2011. 105(Supp 2): S38–S41. PubMed.
19. <http://www.fhi.no/artikler/?id=107263>



Nye perspektiv på livet

Montebellosenteret tilbyr opphold for de som har, eller har hatt kreft, alene eller sammen med pårørende/nærstående. Fokus er på livet muligheter, selv om fremtiden kan oppleves uforutsigbar. Alle kursene er tilrettelagt med faglig innhold og fysisk aktivitet. Det vektlegges sosialt fellesskap, rekreasjon og fritid i alle kurs. Kursene bygger på hovedmålsettingen «Lær å leve med endringer som følge av kreft».

Vi har utviklet en trinnmodell for å gi kursdeltakerne valgmuligheter i hvilke temaer som er naturlig å fortsette med etter trinn 1. Kurs i trinn 2 og 3 velges ift innhold og tidspunkt.

Trinn 1 «Kreft – hva nå?»

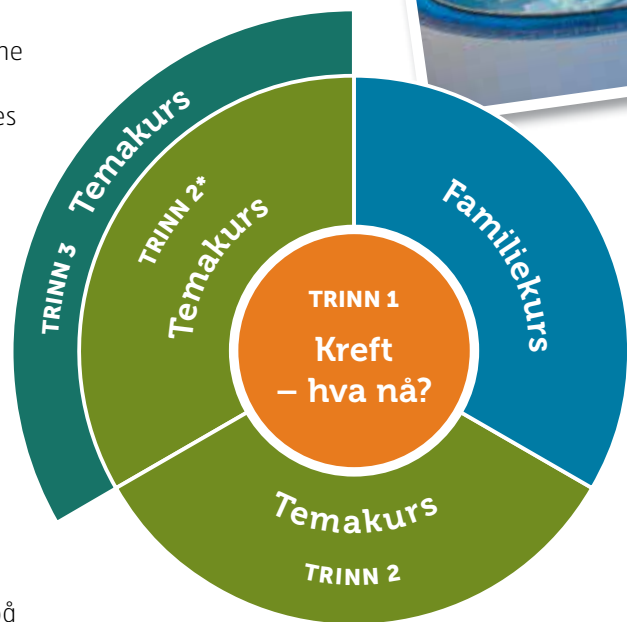
Kursene er grunnleggende og her treffer man andre med samme diagnose, som er i tilnærmet lik situasjon.

Trinn 2

kursene har temaer som fokuserer på ulike utfordringer videre i livet. Deltakerne har ulike diagnoser og sykdomsforløp, men felles interesse i tema.

Trinn 3

er fordypningskurs etter deltakelse på trinn 2 kurs «Energibalanse i hverdagen». Kursene har fokus på ulike metoder for stressmestring.



Tilbudet er landsdekkende og det søkes direkte til MBS.

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

Montebellosenteret ligger i flotte omgivelser like ovenfor Lillehammer og framstår med god hotellstandard uten institusjonspreg. Montebellosenteret legger stor vekt på skjønnhet, kunst og opplevelser. Samtidig har vi et sunt og godt kjøkken og delikate rom.

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

MONTEBELLO
Nytt perspektiv på livet

Å løfte i flokk

«Helse i alt vi gjør» er kjernen i folkehelsearbeidet. I folkehelseloven kommer dette til uttrykk ved at ansvaret for befolkningens helse ikke er lagt til helsetjenesten, men til alle sektorer i kommunen, frivillige virksomheter, næringslivet og ikke minst innbyggerne selv.

Tekst **Kathrin Kobbevik**, folkehelsekoordinator og rådgiver, Ålesund kommune

Sykdommer som kreft, hjerte- og karsykdommer, lungesykdommer og allergiske lidelser kan bli utløst eller forverret som følge av uheldig påvirkning fra miljøet – selv om genene våre også bestemmer mye. Helsen vår påvirkes av alt fra grunnleggende forhold som leve- og oppvekstvilkår, arbeid og arbeidsmiljø, bomiljø og andre miljøfaktorer, til livsstil og bruk av helsetjenesten. Maten vi spiser, luften vi puster inn, utformingen av boligområder og andre miljøforhold virker inn på helse, livskvalitet og trivsel. Gjennom god planlegging og tilrettelegging kan kommunen bidra til å bedre folkehelsen. En samfunnsutvikling som styrker innbyggernes og lokalsamfunnets mulighet til å ta ansvar for egen helse, trivsel og mestring har stor betydning på kort og lang sikt.

Primærforebygging i Ålesund

I Ålesund kommune – og i de fleste andre kommuner – gjøres det svært mye for å forebygge kreft, men det er ikke sikkert alle tenker på tiltakene som kreftforebyggende. Det som forebygger kreft, forebygger også mange andre sykdommer, og ofte er dette også tiltak som igjen øker livskvalitet og bedrer den psykiske helsen.

Utvikling av gode lokalsamfunn krever samordning med en miljø- og helsevennlig areal- og transportplanlegging. I Ålesund er det store planer om miljølokk, flere sykkel- og gangveier, kollektivfelt samt mye, mye mer for å bedre luftkvaliteten, redusere trafikkstøy, stimulere til fysisk aktivitet og bedre trivsel og sosialt samvær.

Legge til rette for aktivitet

Fysisk aktivitet er gunstig både når det

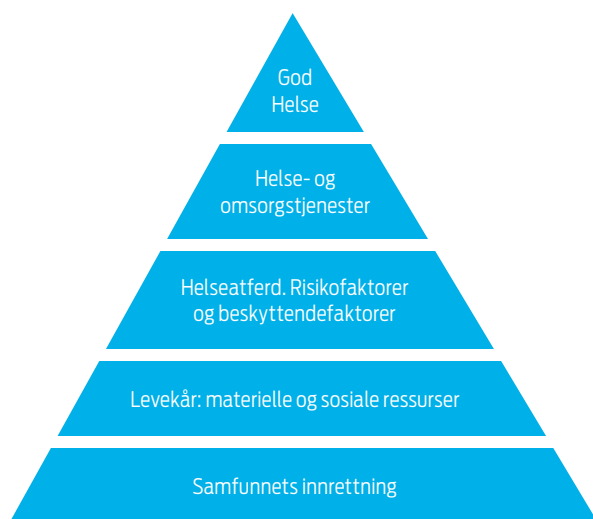
gjelder forebygging av kreft og andre sykdommer, ved rehabilitering etter sykdom eller ulykker samt at det kan bedre livskvalitet og psykisk helse. Undersøkelser viser at syv av ti inaktive vil gå tur for å bli mer aktive. For å legge til rette for dette bør framtidens bomiljøer utvikles slik at mennesker får lyst til å bevege seg mer i naturen og at det er trygt og enkelt å komme seg til rekreasjonsareal og naturterreng. Det er vist at kortere avstand til turløyper er et av de mest virkningsfulle tiltakene man kan sette inn for å få folk til å være mer aktive i naturen.

I Ålesund har byparken nylig blitt rehabilitert, og i løpet av de siste årene har det blitt laget flere turveier, grøntarealer samt en trimpark. Ulike virksomheter i kommunen, private aktører samt frivillige har bidratt i



TURLØYPER: Ålesund, sett fra Sukkertoppen. Foto: Ålesund kommune.

HELSEPYRAMIDEN: Pyramiden illustrerer at helsetilstanden er et resultat av lange og komplekse årsakskjeder som strekker seg gjennom hele livsløpet. God helse defineres her som «å ha overskudd til hverdagens krav» (Hjort, 1982).



dette arbeidet. Flere og bedre sykkel- og gangveier er dessuten prioritert i en omfattende bypakke, så med tid og stunder vil byen sannsynligvis få flere myke trafikanter. Målet er å tilrettelegge slik at innbyggere med ulike forutsetninger kan være aktive i friluft. Det finnes også et mangfold av aktivitetstilbud både i regi av kommunen, private og frivillige organisasjoner.

Riktig kosthold

Et sunt og godt kosthold virker forebyggende mot kreft, men også mot mange andre sykdommer. I tillegg virker det inn på livskvalitet, konsentrasjon, arbeidskapasitet, vekst og utvikling med mer. Klinisk ernæringsfysiolog holder jevnlig kostholds- og matlagingskurs i barnehager og skoler, for kommunalt ansatte som jobber med barn, unge og eldre og for frivillige organisasjoner. Kursene og foredragene følger anbefalingene til Helsedirektoratet og tilpasses målgruppene. Fiskesprell-kurs og generelle kostholdskurs med en lett tone og en humoristisk vri er populære i barnehager og skoler. Noen kurs er for ansatte og/eller foreldre, mens andre er for barna. Idrettslagene ønsker mer informasjon om smart mat og drikke før, under og etter trening, mens pasientforeningene ofte ønsker kostholds-

råd for personer med deres sykdom. På sykehjem og i hjemmetjenester er det en del underernæring, så hos dem er forebygging og behandling av underernæring et aktuelt tema.

Tobakk og alkohol

De aller fleste klassene ved ungdomsskolene er med i programmene FRI og MOT. Disse programmene har vist seg å redusere bruken av tobakk og alkohol samt å bidra til robuste ungdommer og trygge ungdomsmiljøer. Flere andre tiltak i kommunen samt politi, frivillige og private virksomheter bidrar også i samme retning. Nedgangen i røyking i Ålesund har vært stor de siste årene. I 2002 var det omtrent fem prosent av elevene i åttende klasse og nesten tjue prosent i tiende klasse som oppga at de røyket. Elleve år senere var andelen

«Vi må hjelpe sektorene til å sette navn og pris på folkehelseiltakene.»

røykere på hele ungdomsskoletrinnet falt ned til bare to prosent. I tillegg økte debutalderen for inntak av alkohol med cirka ett år i løpet av disse årene. (Kilder: «Ungdom og rusmidler 2002» og «Ungdata 2013»).

Andre tiltak

Vaksinen mot HPV er et kreftforebyggende tiltak i regi av helsestasjonene. Helsestasjonene bidrar også med svært mye annet som reduserer risikoen for både kreft og andre sykdommer, for eksempel forebyggende tiltak innen rus, tobakk, smittevern, helseundersøkelser, screening, undervisning i skolen med mer.

Kommunen har jevnlig tilsyn av byens solarier, barnehager og skoler med hensikt å redusere blant annet kreftfremkallende miljøfaktorer. Radonmålinger og tiltak mot for høye radonverdier blir også gjennomført siden en del av lungekrefttilfellene skyldes kombinasjonen av daglig røyking og radoneksponering.

Det er altså ikke bare de som jobber i helsesektoren som er viktige for å forebygge kreft, men de aller fleste ansatte i en kommune samt frivillige

virksomheter, næringslivet og innbyggerne selv. Som Jonas Gahr Støre sa: «Det er ikke mangelen på sykehussenger eller fastleger som gjør oss syke. Livsstilssykdommene må møtes via innsats fra alle sektorer! Sjefene for



TILRETTELAGT: Trimparken, Ålesund. Foto: Ålesund kommune.

skole, planarbeid og samferdsel må alle tenke folkehelse, og den viktigste folkehelsesjefen er rådmannen! Godt

årene. Vi må hjelpe sektorene til å sette navn og pris på folkehelseiltakene. Forebyggende og helsefremmende

«Sammen kan vi gjøre fantastisk mye mer.»

folkehelsearbeid er å løfte i flokk!» (Referat fra Helserådet).

Tydelige og synlige tiltak

Forebygging og helsefremming er dessverre ofte begreper som alle er enige om, men med uklare forestillinger om hva man i praksis bør gjøre. Her har både ansatte i helsevesenet og vi som arbeider generelt med folkehelse en stor utfordring de neste

tiltak må ha høy prioritet, både for å bedre livskvaliteten til den enkelte, men også for å unngå kostbar reparasjon. Og prioriteringer og aktiviteter må være tydelige og synlige i andre sektorplaner enn bare helsesektorens. Én person kan gjøre mye, men sammen kan vi gjøre fantastisk mye mer!

Når kreft rammer

Når kreft rammer, er det viktig å ha

ansatte i kommunen samt frivillige som jobber med tertiærforebygging, det vil si arbeid som tar sikte på å hindre at konsekvensene av sykdommen medfører ytterligere plager for dem det gjelder. Personer som har fått en kreftdiagnose må få hjelp til å leve videre om livet blir langt eller kort. To av tre overlever kreft, men mange får seineffekter. Enkelte lever også i mange år med en kreftdiagnose uten å bli frisk. Rehabilitering gir den enkelte muligheten til å komme tilbake til hverdagen og mestre livet med eller etter kreftsykdom. Visjonen til Ålesund kommune innen rehabiliteringsfeltet er: «Hva er viktig for deg – og hvordan kan vi sammen nå målet?» ■

Torill Tysse Sælen

1954–2014



For oss i kreftavdelinga som har følgt Torill gjennom sjukdomsforløpet, kom det ikkje som noko overrasking at ho til slutt måtte gje tapt for kreften. Men det er fryktelegt vondt og trist å ha mista Torill, ein nær kollega og ven.

Fredag 21. november tok ei fullsett Førde kyrkje eit verdig farvel med Torill på ein strålende vakker dag – sola skein fra skyfri himmel, den første snøen låg lett på dei høgste toppane.

Torill starta sin yrkeskarriere som sjukepleiar ved Haukeland sjukehus. Etter to år i Bergen kom ho til det heilt nye Sentralsjukehuset i Sogn og Fjordane i august 1979, i dag Førde sentralsjukehus. Ho arbeidde ved akuttmottak og intensiv, og utdanna seg i denne perioden også til anestesisjukepleiar.

Deretter åtte år i Førde kommune, i ulike leiarstillingar, før ho kom tilbake til sjukehuset og kreftavdelinga i 1998, der ho var tilsatt heile resten av sin yrkeskarriere. Ho rakk også eit år på vidareutdanning i Bergen, og tok 1999–2000 utdanning som

kreftsjukepleiar ved Betanien Sykepleierhøgskule.

Ho var tilsatt ved kreftavdelinga gjennom 16 år, frå avdelinga si spede start og fram til det avdelinga er i dag.

Ho har vore ein markant fagperson frå fyrste dag. Ein kvar kan oppleve å vere litt av og på i ulike samanhengar – når Torill var på jobb var ho alltid på.

Ho sette store krav til seg sjølv, men hadde også høge forventningar og krav til sine kollegaer. Ho var ein tydeleg og synleg fagperson. Alltid uredd, ho våga stille dei ubehagelege spørsmåla. Med det kunne ho utfordre kollegaer, både legar og sjukepleiarar, av og til i overkant av kva dei var komfortable med. Men for dei som vart godt kjende med Torill, vart dette viktige faglege innspel, for eit best mogeleg tilbod til pasientane.

Frå 2006 var ho tilsett i det palliative teamet i Helse Førde. Der var ho ei drivande kraft, med sine klare påminningar om kvalitet i alt som vart gjort. Hennar brennande hjarte for palliasjonen såg vi ikkje minst våren 2014, då ho innimellom strålebehandling og cellegiftkurar, sjølv i palliativ fase, var ei stund tilbake i arbeid.

I tillegg til jobben ved kreftavdelinga hadde ho i ei årrekke driftsansvar for nettverk av ressurs-sjukepleiarar i kreftomsorg og lindrande behandling i Sogn og Fjordane, og har æra for å ha bygd dette opp til å vere mellom dei beste i landet. Ho var også leiar for Norsk Sjukepleiarforbund sitt lokallag for sjukepleiarar i kreftomsorg.

Innsatsen og kompetansen hennar har blitt lagt merke til på regionalt og nasjonalt nivå, mellom anna gjennom mange år som medarbeidar i regionalt Kompetansesenter i lindrande behandling, Helseregion Vest.

Vi var alle stolte då Torill velfortent fekk den nasjonale heidersprisen «Årets sjukepleiar i kreftomsorg 2013», på Landskonferansen i Tromsø.

Med ein så omfattande arbeidsinnsats måtte mykje fritid nyttast. Torill gav ofte uttrykk for kor viktig støtten frå ektefellen, Hans Jørgen var.

Torill var eit friluftsmenneske, og ein meir lettbeint og kondisjonssterk fjellvandrar skulle du leite lenge etter. På hytta i Valdres, på barndomens Tysse, til fots og på ski, alltid saman med Hans Jørgen.

Samveret med Torill vart aldri kjedeleg. Ho hadde ei veldig evne til å syne glede. Ingen kunne vere så begeistra som ho, i møte med vener, på konsertar eller på turar.

Torill vert først og fremst hugsa som ein god og viktig kollega. Ein inspirator og ei kunnskapskjelde, ei drivkraft for palliasjonen og nettverket i Sogn og Fjordane. Torill tok plass – ikkje for eigen del – men for faget.

Denne plassen står no tom.

Våre tankar går til Hans Jørgen og den næraste familien.

Vi saknar Torill og lyser fred over hennar minne.

*Vener og kollegaer i kreftavdelinga,
Helse Førde*



For høyt jernnivå etter gjentatte blodoverføringer er skadelig

Kroppen trenger jern for å produsere røde blodlegemer. Men for pasienter som regelmessig får blodoverføringer kan jernnivået bli så høyt at det er skadelig, sier Dalius Bansevicius, lege og medisinsk rådgiver i Novartis. Stadig flere behandles for kreft der regelmessig blodoverføring er en del av behandlingen, og hos disse er det viktig å overvåke jernnivået i kroppen.

Det er flere sykdommer der kroppen ikke klarer å lage røde blodlegemer selv, og pasienten må få tilført blod for å overleve. Ved blodtilførsel kan disse pasientene få et bedre og lengre liv, noe som er målet. Med blodet får kroppen også tilført ekstra jern, og ved regelmessige blodoverføringer kan det bli for mye. Kroppen klarer ikke å kvitte seg med dette jernet uten hjelp. – Det er viktig å være klar over denne problemstillingen og håndtere jernoverskuddet før vanskelighetene oppstår, poengterer Bansevicius.

Skadelig

Forskning viser at for mye jern i kroppen er skadelig. Bansevicius understreker at problemstillingen ikke gjelder pasienter som kun har fått noen få blodoverføringer. Pasienter som har fått mer enn 20 blodoverføringer kan imidlertid få problemer som skyldes jernoverskudd.

- Det er viktig å være klar over at ved å motta en pose blod får kroppen tilført rundt 100 ganger dagsbehovet av jern. Over tid kan dette bidra til å bygge opp et stort overskudd av jern som er giftig for kroppen, forklarer Bansevicius. Komplikasjonene kan gi helsemessige konsekvenser, i noen tilfeller alvorlige.

Mange av pasientene som mottar regelmessig blodoverføring er over 65 år, og noen av symptomene for jernoverskudd kan minne om andre sykdommer som rammer eldre, som for eksempel hjertesvikt eller andre aldersrelaterte helseplager.

Jernnivået måles ved å ta en blodprøve

Jernnivået måles ved at legen tar en blodprøve for å måle mengden av en markør som heter serumferritin. Et høyt nivå av serumferritin er et tegn på at pasienten har for mye jern i kroppen. For pasienter som får regelmessige blodoverføringer er det derfor ekstra viktig å måle jernnivået, sier Bansevicius.

Hjelp til å fjerne

Det kan bli så mye jern at kroppen ikke klarer å kvitte seg med det uten hjelp. Når nivået av serumferritin passerer en grense, må det startes behandling for å redusere jernmengden i pasienten. Behandlingen kalles chelering, og har vært brukt siden 1960-tallet hos pasienter som er avhengig av regelmessige blodoverføringer for å overleve.

- Snakk med legen

Hvis man får regelmessige blodoverføringer, er det viktig at man har både overvåking og håndtering av jernoverskudd som tema i samtalen med legen sin, avslutter dr. Bansevicius, lege og medisinsk rådgiver i Novartis.

Underveis

**17. Landskonferanse
i Kreftsykepleie i Stavanger**

24.-26. september 2015
Clarion Hotel Energy



FORUM FOR KREFTSYKEPLEIE
NSFs FAGGRUPPE



Bli med på landskonferansen

Forum for kreftsykepleie inviterer til den 17. norske landskonferanse i kreftsykepleie «UNDERVEIS» 24.–26. september 2015. Vi ser vel deg der?

Hensikten med konferansen er å spre kunnskap og heve kompetansen hos sykepleiere som arbeider innen kreftomsorgen. Denne pasientgruppen skal til enhver tid få best mulig behandling, pleie og omsorg. Konferansen vil belyse flere sider av den hverdag som både sykepleiere innen kreftomsorg, pasienter og pårørende er en del av. Programmet er nesten klart. Vi har vektlagt at det stadig skjer endringer i kreftbehandlingen.

Tittelen «UNDERVEIS» innebærer å

være på vei mot noe. Dette gjelder kreftpasienten som gjennomgår tøff behandling, er ferdigbehandlet og skal rehabiliteres, eller er på vei mot livets slutt. Pårørende står ved pasientens side gjennom sykdomsforløpet. Sykepleieren skal yte best mulig omsorg til pasient og pårørende – noe som innebærer stadig økende kompetansekrav i en tid med store faglige og samfunnsmessige endringer.

Påmelding skal gjøres online. Du finner utfyllende informasjon og påmeldingsskjema på: sykepleierforbundet.no/faggrupper/

kreftsykepleiere. Der vil det også komme oppdateringer om konferansen.

Konferansen finner sted på Clarion Hotel Energy. Konferansehotellet er nytt og stort og ligger rett utenfor Stavanger sentrum og har fine konferansefasiliteter og god mat. Den 24. september inviterer vi til «Get together» på kvelden med litt mat og underholdning. Den 25. september inviterer vi til middag. Begge deler foregår på hotellet.

Hilsen oss i lokal- og programkomiteen.

TORS DAG 24. SEPTEMBER: Hvor står vi – hvor går vi?

10.00	Åpning av utstilling, kaffe og te
11.00	<p>Åpning v/leder i FKS Britt Ingunn Wee Sævig, leder i FKS Rogaland Marit Klævold og helseminister Bent Høie</p> <p>Hvor står vi, hvor går vi – Hva tenker NSF om framtidens kreftomsorg? Eli Gunhild By, Norsk Sykepleierforbund</p> <p>Forventninger til helsevesenet – hvordan takle forventningsgapet? Geir Sverre Braut, professor/seniorrådgiver, Stavanger universitetssjukehus</p> <p>Prioriteringer i helsevesenet, hva tenker brukerne? Kirsten Haugland, sykepleier/avdelingsjef, forskning og forebyggingsavdelingen, Kreftforeningen</p>
13.15–14.45	<p>Lunsj og utstilling</p> <p>Individualisert kreftbehandling og nye målrettede kreftmedisiner Herisch Garresori, overlege og spesialist, onkologi, Stavanger universitetssjukehus</p> <p>Pause og utstilling</p> <p>Faglige valg og etiske refleksjoner i møte med overordnede prioriteringer Henrik Syse, filosof, Norsk institutt for fredsforskning</p>
17.15	Generalforsamling med valg av nytt hovedstyre
20.00	«Get together»

FREDAG 25. SEPTEMBER: Fag/sykepleie

8.30–9.00	Utstilling
9.00	Åpning og kulturelt innslag

Sosiale medier og blogging: Åpenhet rundt sykdom – et gode og et onde?

Svein Øverland, psykologspesialist/daglig leder, Arkimedes AS

Paneldebatt

Åpenhet om sykdom i sosiale medier – et gode eller et onde?

Inger Utne, førsteamanuensis, Høgskolen i Oslo og Akershus

Svein Øverland, psykologspesialist/daglig leder, Arkimedes AS

Arvid Østrem Nesse, pårørende

Kristin Frantsen, avdelingssykepleier, kreftavdelingen, Stavanger universitetssykehus

Anniken Golf Rokseth, tidligere pasient og blogger

Pause og utstilling

Sykepleie fra en pasient sitt perspektiv

Ania Willman, professor i sykepleie, Institutt for sykepleievitenskap, Høgskolen i Malmö

Hva gjør jobben med oss, og hvordan håndterer vi dette?

Per Isdal, psykologspesialist og psykoterapeut

13.15–14.45

Lunsj og utstilling

Parallellsesjoner

• Barn og ungdom med kreft

David Walker, professor, The University of Nottingham, Division of Child Health, Cancer in adolescence
– communication and organization

• Palliasjon

• Pårørende

• Samhandling/pasientforløp/pasientsikkerhet

• Rehabilitering/leve med kreft

• Kreftbehandling og symptomlindring

• Sykepleie og fagutvikling

Pause og utstilling

Parallellsesjoner fortsetter

17.15

Avslutning

20.00

Middag

LØRDAG 26. SEPTEMBER: **Veien videre**

8.30–9.00

Utstilling

9.00

Åpning og kulturelt innslag

De riktige ordene, språkets betydning

Stian Tobiassen, psykolog

Pause og utstilling

Kreftoverleverens behov for informasjon og oppfølging

Hanne Cathrine Lie, psykolog, avdeling for medisinsk atferdsvitenskap, UiO

Rehabilitering for kreftpasienter

Lise Bjerrum Thisted, kræftrehabiliteringssykeplejerske, Rigshospitalet i København

Pause og utstilling

Underveis – kommunikasjon, formidling og relasjoner

Ole Hamre, musiker og komponist

14.00

Avslutning og lunsj

Med forbehold om endringer

DETTE KAN DU BIDRA MED:

Vi har prøvd å lage et program som vi håper skal «favne» mange. Det er avsatt tid til parallellsesjoner fredag 25. september, der det er mulighet for at du kan presentere viktige ting som «rører» seg på din arbeidsplass. Vi har valgt å ha en egen parallellsesjon om «Barn og ungdom med kreft» både før og etter pausen.

Er dette noe for deg, fint om du sender inn abstrakt/sammendrag. Du finner også retningslinjer for hvordan skrive abstrakter/posters på FKS sin hjemmeside: www.sykepleierforbundet.no/faggruppe/kreftsykepleie Her ligger også et eget skjema, som du kan bruke når du sender inn abstrakter. Lykke til!

Hold foredrag:

Programkomiteen inviterer til å holde korte foredrag, 15–20 minutter, på parallellsesjonene. Her er det ønskelig å ha fokus på:

- Barn og ungdom med kreft
- Palliasjon
- Pårørende
- Samhandling/pasientforløp/pasientsikkerhet
- Rehabilitering/leve med kreft
- Kreftbehandling og symptomlindring
- Sykepleie og fagutvikling

Sammendrag til foredrag sendes: 17. landskonferanse. stavanger@gmail.com

Frist for innsendelse: 01.05.15.

Tilbakemelding gis til alle innen 10.06.15.

Dette vil også bli presentert i programheftet.

Posterpresentasjoner:

Vi inviterer også til presentasjon av prosjekt/utviklingsarbeid eller idéer fra deres arbeidssted.

Sammendrag til posters sendes: 17. landskonferanse. stavanger@gmail.com

Forslag til retningslinjer for abstrakter:

Abstraktet/sammendraget er et kort presentasjon/resymé av et prosjekt/en studie og skal være på maks 200–250 ord. Tittel på prosjektet/studien og forfatterens navn og arbeidssted kommer i tillegg.

Abstraktet bør inneholde:

Tittel: Den bør være et blikkfang, som sier noe om innhold. Tittelen bør være kort, presis og lett forståelig, og kan gjerne formuleres som et spørsmål.

Forfatterens navn, tittel og arbeidssted skrives etter presentasjonen av tittelen. Hovedforfatter står først, deretter de andre, enten i alfabetisk rekkefølge eller etter delaktighet.

Bakgrunn: Beskriv bakgrunn eller utgangspunktet for pro-

sjektet/studien. Bakgrunn skal synliggjøre hvilket problem eller spørsmål som er i fokus, og hvorfor prosjektet/studien er viktig for kreftsykepleie. Beskriv kort hva problemet/spørsmålet består av; forekomst etc.

Formål: Prosjektets/studiens formål eller hensikt/problemstilling presenteres kort og presist.

Metode: Presenterer utvalget og hvilken metode som ble brukt for å innhente data.

Hovedfunn/resultater: Beskriv hvilke funn/resultater som framkom. Er prosjektet/studien ikke avsluttet, kan resultater fra eventuell pilotstudie presenteres og hvilke resultater det forventes å kunne presentere.

Konklusjoner/anbefalinger: Beskriv hva det kan konkluderes med ut fra resultater. Hvilke fremtidige anbefalinger en kan trekke ut av konklusjonen?

Forslag til retningslinjer for posters:

Posteren bør vekke interesse, kunne begeistre og overbevise. Det er et formidlingsredskap utformet som en plakat som skal kunne stå alene.

Planleggingsfasen: Hva er hovedbudskapet? Hvem er mottakeren? Hva vil jeg formidle og i hvilken sammenheng? Er det nødvendig med hjelp fra andre? Hvordan er tidsrammen og økonomien?

Arbeidsprosessen:

1. Idémyldring: Viktig fase. La fantasien få fritt utløp. Skriv fritt uten å sensurere deg selv.
2. Planlegg og prioriter. Systematiser og sorter ideene fra første fase. Prioriter hva du vil gå videre med.
3. Veien videre. Tenk logisk og vurder grundig, forsett sorteringen og søk råd eller veiledning av andre.

Det er ingen kriterier for postersoppbygging. De beste posterne er gjerne de som kommuniserer et enkelt budskap med få og presise virkemidler.

Mottaker skal i løpet av kort tid fange budskapet, så derfor:

Overskrift som fenger: Den bør fange oppmerksomheten på avstand og stimulere nysgjerrigheten til mottaker.

Budskapet: Må være klart og tydelig. Det skal være et blikkfang som kan bestå av farger, bilder, tegninger, grafikk etc.

Presentasjonen: Bør være enkel og oversiktlig. Unngå for mye tekst og del den gjerne inn i spalter.

Skrifttype: Enkel, som er lett å lese.

Start arbeidet med posteren i god tid. Ta med utstyr til oppheng.

Plasser gjerne utdypende informasjon ved posteren, og oppfordre konferansedeltakerne til å ta med et eksemplar. Husk navn og kontaktadresse, telefon og e-post adresse.



TO TONN MAT I ÅRET: En vanlig, norsk familie på fem personer spiser gjennomsnittlig to tonn mat i løpet av et år. Familien Hagen fra Oslo har ført oversikt over hvor mye de har spist i løpet av året. Her ser vi ekteparet Olav og Mary Hagen med deres tre barn: tvillingene Marit og Øyvind, og lille Synøve. I hvilken grad familien har hatt et variert kosthold med «fem om dagen», vites ikke. Undersøkelsen ble gjort i 1952.

I livets siste fase

I det palliative fagfeltet snus våre forestillinger på hodet. Når lindring og livskvalitet er målet, og døden er utgangen – hva skal da forebygges, hvordan og hvorfor?

Av **Lise Amundsen**, spesialist i onkologisk fysioterapi, palliativt team, Haukeland Universitetssjukehus

Samfunnet flommer over av helsefremmende og forebyggende tiltak. Det er et press om at når vi trener nok, spiser riktig og sørger for reiseopplevelser i passe doser, kan det meste forebygges. Men er livet sånn? Sykdom kan forebygges og faktorer som kosthold, levevaner og trening kan bidra til et godt og langt liv. Verdens helseorganisasjon (WHO) og norske helsemyndigheter anslår at en stor del av forekomsten av kroniske sykdommer som kreft, type 2-diabetes og fedme kan forebygges med endringer i kosthold, fysisk aktivitet og røykevaner (1). Men alt kan ikke forebygges; vi fødes, vi lever og vi dør. Viktige faktorer i livet som omhandler vår eksistens, har vi ikke kontroll over, uansett hvor hardt vi prøver.

Å leve med alvorlig sykdom i palliativ fase, innebærer at en ikke lengre kan bli frisk av sin sykdom. Hva kan og hva bør forebygges når livet er truet? Det kan lett oppstå noen paradokser når det skal snakkes om forebygging i det palliative fagfeltet; å endre fokus og målsetting fra helbredelse – til lindring og livsutfoldelse – skaper utfordringer på flere plan.

Der alt handler om mennesker

Vi lever i et konsumsamfunn og i et samfunn der idealet er «bedre, lengre og fortere». Kroppen blir lett betraktet som noe vi «har», noe som kan designes, manipuleres og justeres (2), og jakten på helse er storindustri. Kroppen blir da et objekt; som kan formes, fikses og måles som en målbar størrelse.

I helsevesenet, der økonomi og avansert teknisk utstyr er viktige premissleverandører, forskes det stadig på nye metoder som kan helbrede sykdom, fremme bedre helse og lengre overlevelse. Takk og

lov for det! Men i teknikkens verden beveger også menneskene seg, de syke og hjelperne deres.

Tendensene innen kreftsykdom er både fantastiske og paradoksale: Flere mennesker får kreft og samtidig er det flere som overlever. Flere lever lengre med sin kreftsykdom og har dermed behov for palliativ omsorg. Pasientene forteller at lindring av plagsomme symptomer og samvær med nær familie og venner, er viktig. Samtidig berettes det både om frykt for å bli hjelpetrengende og ønsket om å være selvhjulpne så lenge som mulig. I dette ligger et sterkt ønske om å leve mest mulig selvstendig og oppegående, i trygge og livgivende omgivelser. Overordnet målsetting i all palliasjon er å gi støtte til å leve; leve godt den tiden som er.

Kroppen og mennesket

Å forebygge, handler da om å forhindre og forskyve hjelpebehov: fremme funksjon gjennom tiltak som kan bidra til livsutfoldelse, redusere plagsomme symptomer og bygge opp under mestring og mening.

Sett ut fra fenomenologiske perspektiv lever vi mennesker som kropp i verden, og kroppen betraktes som sentrum for både livsutfoldelse og kontakt med andre mennesker (3). Kroppen er da alltid et subjekt samtidig som den er et objekt. I et slikt perspektiv finnes ingen levende, sjelløs kropp; kroppen og mennesket er samtidig både biologisk og sosialt. Biologiske forhold kan i en slik forståelse ikke isoleres fra mening. Når personer rammes av sykdom som hindrer den syke i å bevege seg og leve som tidligere, tar kroppen som ellers oppleves å fungere som en selvfølge, oppmerksomhet. Kroppen erfarer som «noe» som står i veien for livsutfoldelse, og resultatet kan bli en fremmedgjøring og



BALANSEGANG: Det kan være en stor utfordring å forebygge lidelse samtidig som man skal ta stilling til hvor mye smerte pasient og pårørende skal takle. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

objektgjøring av egen kropp (4). Å forstå kroppen som erfarende og uttrykksfull åpner for å betrakte den som sosial, historisk og kontekstuell. Implisitt medfører tenkningen at det er i de menneskelige møtene mening skapes og erfaringer utveksles (6). Her tydeliggjøres altså gjensidigheten mellom kroppen som natur og sosialt fenomen. Hvordan helsepersonell møter pasienter, sykdom, symptomer og seg selv; hva som blir gitt fokus kan dermed tenkes å påvirke hvordan pasientene opplever og forholder seg til seg selv og sin sykdom (5,6).

Det kan være nyttig å reflektere rundt forebyggende tiltak i et slikt perspektiv.

Dødens utholdelige lidelse

Som hjelpere blir vi konfrontert med egen dødelighet og eksistens, og vi blir utfordret i møte med andre menneskers lidelse, elendighet og livsvalg.

Hjelpere beskrive også «krevende pasientforløp» der vi ikke kommer i mål med lindrende tiltak. I teamet der jeg jobber, har dette temaet vært grunnlag for refleksjon og diskusjon. Ofte blir vi utfordret på vår egen følelse av utilstrekkelighet, utmattethet

«Forebygge handler da dypest sett om å bygge broer.»

og hjelpeløshet. Å møte andres lidelse og sorg, er i sitt vesen en belastning som over tid kan føre til slitasje. Men vi har alle et varmt omsorgshjerte: Vi ønsker å bidra, lindre og hjelpe. Det ligger nok dypt forankret i menneskets natur. Men kan våre inderlige gode omsorgshjerner og den inngrodde forventningen til oss selv om alltid å skulle «gjøre noe» kanskje spille oss et puss? Fenomenologisk

sett er menneskets oppmerksomhet rettet utover mot verden, mot en verden av mening. «Mennesket bebor verden» (3). Det er som kropp personen opplever, således er kroppen den primære kilde til erkjennelse. Som hjelper blir vi dermed kroppslig berørt og kommer i kontakt med livets paradoks og det som kan oppleves som meningsløst: lidelsen og døden. Kan det hende dødens lidelse ikke kan og skal forebygges? Og at hjelpekunsten er å være der og tåle det som er – sammen med pasienten? Det er en balansegang å forebygge lidelse og det er en utfordring å ta stilling til sammen med pasient/pårørende hvor mye lidelse som skal bæres og tåles.

Har vi i palliativ omsorg et ideal om den gode pasienten som dør den stille, rolig og gode død? Paradokset i all lindrende behandling er kanskje å tåle; vise omsorg og personlig støtte på en måte som bekrefter at livet er strevsomt og vondt, lidelsen og sorgen stor. Da må første dødens lidelse, uttrykt kroppslig gjennom verbal og nonverbale meddelelser, gjenkjennes, anerkjennes og aksepteres.

Et utfordrende og nyttig verktøy

I palliativ omsorg er ESAS benyttet og anerkjent som et grunnleggende kartleggingsverktøy (7). På en numerisk skala fra 0–10 skal pasienten skåre grad av for eksempel symptomet smerte. Et akseptabelt nivå

«Kan det hende dødens lidelse ikke kan og skal forebygges? »

i klinikken er når ESAS viser under tre på denne skalaen (0 på skalaen er ingen smerte, 10 på skalaen er verst tenkelige smerte). Vi vet at smerte er en subjektiv opplevelse. Er det ikke da problematisk, ja sågar kompliserende og stigmatiserende, at et menneske skal angi et tall på sin smerteopplevelse? Er for eksempel forholdet mellom 1–2 på skalaen det samme som forholdet mellom 8–9? Uansett; kartlegging er viktig og ESAS har stor nytteverdi i evaluering og oppfølging av symptomer. Utfordringen blir da kanskje å forebygge og forhindre distanse og teknifisering der kun symptomet blir gjenstand for oppmerksomhet (6). Helt avgjørende er det å ta seg tid til å møte mennesket som subjekt: etterspørre opplevelse og erfaringer knyttet til smerten. I et fenomenologisk perspektiv møtes mennesker som subjekter, og kroppslige budskap sammen med det verbale, regulerer samhandling og samarbeid (6). Smerten er dermed ikke en objektiv og enkel stør-

relse, men en del av menneskets erfaringer. Pasienten har smerter i bekkenet på grunn av metastaser, og samtidig er pasienten redd og fortvilet fordi smertene medfører redusert gangfunksjon og dermed økt hjelpebehov. Smerte og symptomer bør derfor sees i en kontekst: Pasientens livssituasjon, tidligere erfaringer og mestringsstrategier aktualiseres og påvirker. Samtidig blir hjelperen premissleverandør gjennom sine handlinger og holdninger, hva som blir sagt og hvordan. Å forebygge, handler da om å rette oppmerksomhet mot pasienten og anerkjenne at smerten er en integrert del av menneskets liv og kropp. Noe annet kan bidra til å forsterke pasientens opplevelse av kroppen som objekt, som noe fremmed og distansert fra livet som leves.

Den etiske utfordringen

Å forebygge, kan best omskrives til å handle om god mellommenneskelig kontakt og samhandling: å bygge noe sammen. I Løgstrups terminologi, handler forebygging kanskje mest av alt om å ta vare på hverandre og at vi er prisgitt hverandre (8). Utfordringen for helsearbeideren er ofte å stå i skjæringspunktet mellom lidelsen og det vi faktisk kan og skal gjøre noe med. Å ivareta og støtte pasientens autonomi, selvbestemmelse og ansvar i en ramme der sykdommen forårsaker økende grad av hjelpebehov, er en av mange utfordringer. Og i dette: pasienten blir i økende grad avhengig av hjelpere. I denne konteksten er det en vedvarende påminnelse og utfordring: At du som er helsearbeider og jeg som trenger hjelp, er likeverdige mennesker. I møtet mellom oss, oppstår en avhengighet. Du som er helsearbeider vet at avhengigheten er gjensidig. Like fullt blir et maktforhold tydelig. I dette forholdet tar du ansvar. Du vokter deg for å skape større avhengighet enn den som allerede finnes i møtet mellom oss. Ditt behov for å hjelpe balanseres mot mitt behov for å få hjelp (9).

Som hjelpere blir vi utfordret på mange plan. Ikke minst er det lett å tenke at vi vet hva som er rett og hva som er bra for den andre. Kan vi vite det, om vi ikke spør?: «Hva tenker du», «Hva erfarer du?» «Hva vil du vite?» «Hvordan kan jeg/vi bidra for at behandling, sykdomsforløp eller hjemmesituasjon skal bli så trygg og bra som mulig?» Å forebygge kan noen ganger være å ha forberedende samtaler, stille åpne spørsmål og invitere til samtale omkring en situasjon, et forløp, fremtiden eller en behandling. Å forebygge kan kanskje også noen ganger være å holde igjen alle spørsmålene, akseptere stillheten

og tausheten rundt det vonde og vanskelige? Å være der sammen med pasienten, kan være forebyggende. Hva og hvordan, er individuelt og spesielt for hver enkelt.

Forutsigbarhet og åpenhet

Gode pasientforløp er en målsetting i det palliative fagfeltet og tverrfaglighet skjer på tvers av nivåer og fagdisipliner. Å skape gode planer for den enkelte pasient har vist seg å være en god strategi, og individuell plan anbefales som et nyttig verktøy (7). Rundt om i landet bygges det nettverk av ressurspersoner, det etableres tverretatlige plattformer, og nye aktører som kreftkoordinatorer og Vardesentre etableres for å bidra til samhandling på tvers av fagfelt og de ulike nivåene i helsevesenet. I Helseregion Vest er det etablert et felles nettverk for ressurspersoner av sykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter som arbeider i det palliative fagfeltet. Nettverket er et samarbeid mellom helseforetak, kommuner, Kreftforeningen distrikt Vestlandet, aktuelle høyskoler og Kompetansesenter i lindrande behandling Helseregion Vest (KLB). Nettverkene er forankret via særavtaler knyttet til en overordnet samarbeidsavtale mellom de ulike aktørene (10). Kliniske erfaringer fra nettverket tyder på at det kan være nyttig å etablere nettverk der ulike fagpersoner knytter kontakter på tvers av fag og nivåer der det er fokus på kompetanseheving, god klinisk praksis og systemutvikling. Å samhandle rundt den palliative pasient handler om å dra lasset sammen med pasienten og familie/pårørende uavhengig av hvor han eller henne befinner seg. Å ha en plan, betyr at hjelpeapparatet har en ramme som muliggjør samhandling og koordinering av tjenester som bidrar til bedre hjelp til den enkelte og mer effektive tjenester. Jo tydeligere og mer konkret planen er, jo lettere er den å gjennomføre. Samtidig kan planer bidra til at tema som er vanskelig, blir snakket om. Planen inneholder derfor ofte både plan A og plan B: Det tas dermed høyde for og det har vært snakket om noe av det uforutsigbare som pasienten skal møte i tiden som kommer.

I et slikt perspektiv, blir gode planer å bygge opp under håp og samtidig skape trygghet og forutsigbarhet i et uforutsigbart og sårbart sykdomsforløp.

Gode systemer

Å lage gode planer sammen med pasienten, handler om å tilrettelegge for at pasienten får hjelp som er hensiktsmessig og avpasset hans behov. Det betyr

rett hjelp til rett tid. En forutsetning er da at pasienten og pårørende er aktive og deltakende i prosessen. Den palliative fasen er preget av stor og skiftende symptombyrde og et vedvarende funksjonsfall med økende grad av hjelpebehov (7). Å planlegge sammen med pasient og pårørende, kan da virke både forebyggende og samlende. Tiden som er igjen å leve, kan være knapp. I en tid med knapphet om ressursene på alle nivåer i helsevesenet, er det stadig en utfordring hvilke pasientgrupper som skal prioriteres. Det sier seg selv at en sykepleier eller en lege, ikke kan gjøre jobben til ernæringsfysiologen, fysioterapeuten, sosionomen eller ergoterapeuten. Samtidig er faggruppene viktige bidragsytere for å skape gode pasientforløp. En studie viser at palliativ helhetlig innsats i tidlig fase av sykdomsforløpet, både kan fremme livskvalitet og forlenge levetid (10). Forebygging handler da også om å ivareta pasientene gjennom å ha gode systemer, gode rammer og riktige ressurser tilgjengelig.

Selvstendighet, håp og frihet

Det palliative forløpet er forbundet med et fallende funksjonsnivå der pasienten mister den oppreiste stilling og dør (oftest) i liggende, horisontal stilling. Et grunnleggende menneskelig eksistensvilkår, er å være oppegående, selvstendig og i bevegelse (3,5,6). Dette er også et viktig mål for den alvorlig syke pasient (7). Fysioterapeutenes kunnskapsfelt er kropp, bevegelse og funksjon, og det er naturlig at det forebyggende arbeidet har utgangspunkt i en funksjonsvurdering der pasientens funksjonsevne og kroppslige ressurser står i sentrum (12). Dette overordnede prinsippet, er også gjeldende i det palliative fagfeltet, men hva som kan og skal forebygges, blir avgjørende viktig. Palliativ fysioterapi handler om å bidra til å lindre symptomer, opprettholde funksjon og livsutfoldelse i en livssituasjon der mennesket gradvis mister selvstendighet og evne til oppreisthet. Flere studier dokumenterer hvor håpefullt og motiverende det oppleves å få hjelp til å opprettholde og

«Å forebygge kan kanskje også noen ganger være å holde igjen alle spørsmålene.»

fremme funksjon (13,14,15). Erfaringer fra klinisk arbeid samsvarer med forskningen. Både fysisk aktivitet under og etter kreftbehandling, anbefales av

helsemyndigheter og Kreftforeningen for å gjenvinne funksjon og fremme helse (7,16). Rehabilitering er også et økende fokusområde innen palliasjon: å gjenvinne og opprettholde funksjon skaper helsegevinst og er avgjørende for at pasientene er best mulig rustet til den medisinske behandlingen som tilbys (7). Slik sett er det opplagt at fysisk aktivitet har en helsefremmende og forebyggende effekt med hensyn til komplikasjoner under behandlingen. Å få hjelp til å komme seg på beina fremmer også mestringsfølelse og bidrar til fortere tilheling i etterkant av medisinsk behandling (15).

Selvstendig og selvhjelpen

Å være selvstendig og i oppreist posisjon, berører også forhold som selvbilde og verdighet (6,15). Når mennesket slutter å bevege seg og etter hvert blir mer stille, avtar impulsaktiviteten i ledd, muskulatur og sener. Fra nevrofysiologien hevdes at den indre proprioceptive sans, har en særegen funksjon i forbindelse med bevegelse, da den bidrar med informasjon i kroppen om kroppens stillinger og bevegelser. Proprioepsjonen må være intakt for å utføre meningsfulle, koordinerte bevegelser (17,18). Denne sansen påvirker også menneskets evne til å ha kontakt med seg selv, en opplevelse av kroppen som atskilt og avgrenset fra omverden (17). Når bevegelser og den oppreiste stillingen ikke lengre opprettholdes på grunn av sykdom, avtar også impulsaktiviteten og medfører at mennesket får redusert kontakt med seg selv. Både mennesket og menneskets verden forandrer seg (4). Erfaringer fra egen praksis samt en studie som undersøker pasienters erfaringer med fysioterapi viser at livet med sykdom påvirker selvbilde: de fleste opplever fremmedgjøring og ensomhetsfølelse (15). Å forebygge funksjonsfall, stimulere pasienter til å opprettholde den oppreiste stillingen og bidra til gode kroppsopplevelser gjennom terapeutisk berøring og bevegelse, synes derfor være verdifulle tiltak (15,18). Her kan fysioterapeuter med kompetanse innen rehabilitering, kropp og bevegelse være avgjørende og nyttige bidragsyttere i teamet rundt pasienten.

Betydningsfull berøring

Fra vogge til grav, er berøring betydningsfullt (6). Kroppslig berøring kan sies både å være livsviktig og meningsskapende; jeg berører deg, og jeg blir berørt. For en alvorlig syk pasient, kan berøring både være godt og oppbyggende, skape følelse og bekreftelse av «et jeg» atskilt fra verden, men berøring kan også være krenkende og grenseoverskridende. Det synes åpenbart at å stimulere og legge forholdene

til rette for god bevegelse, berøring og aktivitet, er en overordnet målsetting og kanskje et ansvar som bør gjelde alle faggrupper i teamet rundt pasienten? Eksistensielt sett skapes mening der ønsket og håpet om å være i livet blir underbygget og støttet. Å være selvstendig og å opprettholde et «jeg» så lenge som mulig kan bygge opp under et slikt perspektiv (15). Forebyggende og støttende tiltak som omhandler selvhjelpenhet og identitet, kan derfor bidra til å finne mening, forebygge motløshet og opprettholde håpet. En bekreftende og støttende hånd kan både lindre og bekrefte og gi mer enn tusen ord. Med varhet og respekt. Kan du? Tør du?

Håp og verdighet

En person rammet av sykdom blir hindret i å bevege seg og leve som tidligere. I en kroppsfenomenologisk forståelse forklares hvordan oppmerksomheten bringes mot egen kropp og den kan erfares som «noe» som står i veien for livsutfoldelse. Den kan også oppleves som noe fremmed som ikke lengre er «meg» (4,15).

Å anerkjenne kroppen som sentrum for all menneskelig kommunikasjon, handler om å tenke at den kroppslige og verbale kommunikasjonen supplerer, underbygger, forsterker og utfyller hverandre (6). Kreftbehandling rommer avansert medisinsk behandling i form av stråleterapi, kirurgi og/eller cellegiftbehandling – noe som innbefatter bruk av mye teknisk utstyr. Disse rammene, sammen med økende grad av spesialisering, utgjør i seg selv en krevende kontekst for syke mennesker i møte med helsevesenet. Hvordan helsearbeidere møter den syke, hvordan det kroppslig kommuniserer, blir da avgjørende. Den syke opplever og erfarer seg selv, nettopp i møte med andre mennesker og forstår seg selv i lys av andres handle- og væremåte (6). Å fremme kontakt og opplevelse av et «jeg», handler altså om å skape tillitsfulle kroppslige møter som ivareta verdi og styrker selvbildet (6,15). Det utgjør altså en forskjell som rommer forhold som makt og verdi om du som hjelper står eller sitter, om du har blikkkontakt eller om du vender deg imot eller fra pasienten. Er vi dette bevist?

Å ligge nede – egenerfaring

Å uttale seg som fysioterapeut med lang erfaring fra det palliative fagfeltet, er greit. Det berører deler av meg som på en måte er distansert og der klinisk erfaring – og livet som sådan – har skapt trygghet, modenhet og kompetanse. Egenerfart sykdom derimot berører utfordrer meg på en helt annen måte. Og likevel, det er en del av historien og kunnskapen som

gir et annet og nyttig perspektiv: Jeg ble selv syk av kreft. Det har møtt meg med kraft og tyngde som er vanskelig å beskrive. Livet handlet plutselig om å håpe på det beste, at den medisinske behandlingen smeltet vekk kreftcellene og at jeg fikk leve. Så; akkurat nå lever jeg og er jeg – og tiden får vise ...

Behandlingen var tøff, og jeg mistet gradvis evnen til både å være aktiv, ha egenomsorg og omsorg for andre rundt meg. Til slutt greide jeg knapt stå på beina ... Kroppen var ikke meg, jeg var nedkjørt, og jeg var livredd! Opplevelsen av å være truet på livet var skjellsettende, og kanskje har den forsterket seg nå i etterkant, fordi overlevelsesdriften, mestringsevnen og driven til «å holde meg oppe» var så sterk og dominerende under og i tiden rett etter behandlingen. Det var jo livsviktig! Møte med menneskene i helsevesenet, har vært og er, både gode og vonde. Å leve fra kontroll til kontroll, slik pasienter ofte beskriver, har nå en betydelig sterkere tyngde og mening. Livets uforutsigbarhet og sårbarhet er opplevd og bæres i kroppen som en beredskap og som en del av min livshistorien. Og jeg er ikke i tvil: av avgjørende betydning for meg som pasient, er hvordan leger, sykepleier og andre møter meg –at mine utfordringer, tanker og følelser omkring livssituasjon og kropp blir etterspurt og tatt på alvor. Det er også avgjørende for hvordan jeg tilheles; om jeg får hjelp til å forankre meg og akseptere meg og min kropp som meg. Livet er på mange måter slik det var før sykdommen inntraff, og samtidig: livet, kroppen og meg kommer aldri til å bli som før. Å bli livstruende syk, er å kjenne livet og døden i kroppen. Egen sårbarhet og hjelpeløshet blottlegges. Nå i ettertid – å reparere, bli meg selv igjen, bearbeidelse, reflektere

– ja, i etterklngen – står de vanskelige og krenkende møtene dessverre tilbake som dype spor. Det kjennes ikke godt, og jeg vet; slike møter er verken helsefremmende eller oppbyggende.

Hvordan jeg kan forebygge og hjelpe pasienter som lever med alvorlig sykdom, blir aktualisert i møte med egen sykdomsprosess. Respekt og åpenhet for

«Jeg berører deg, og blir berørt.»

den sykes fortelling og erfaring, blir stående som overordnet verdi og målsetting.

Avsluttende refleksjon

Å forebygge i det palliative landskapet, handler både om forhold som omhandler systemer og overordnede strukturer i helsevesenet, men det handler også om hvordan mennesker møter mennesker. Overordnet er også politiske føringer og samfunnsmessige og kulturelle forhold. Likevel, systemene blir aldri bedre enn menneskene som jobber der.

Å forebygge i palliativ fase, handler aller mest om å akseptere den syke personen slik han eller hun er, tåle det som møter oss, redusere lidelse og symptomer der det er mulig og å stimulere til kontakt og livsutfoldelse. I dette ligger menneskeverdet forankret. Forebygge handler da dypst sett om «å bygge broer» som kan styrke og fremme det livet som leves. ■

Original fagartikkel «Fysioterapi i palliativ fase», er publisert i Fysioterapeuten 2/15.

Referanser:

1. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/kostrad-for-a-fremme-folkehelsen-og-forebygge-kroniske-sykdommer/Publikasjoner/kostrad-for-a-fremme-folkehelsen-2011.pdf> 2014.12.14
2. Gunn E. Hva er kropp Oslo: Universitetsforlaget; 2006
3. Merleau-Ponty M. Kroppens fenomenologi. Oslo: Pax Forlag A/S; 1994.
4. Leder D. The absent body. Chicago: Univ of Chicago press; 1990.
5. Thornquist E. Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori. Bergen: Fagboklaget; 2003.
6. Thornquist E. Kommunikasjon: teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten: Gyldendal Akademiske; 2009.
7. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen-/Sider/default.aspx> 2014.12.15
8. Løgstrup, K.E. Den etiske fordring. København: Gyldendal Forlag; 1956.
9. Verdihefte « Å komme hverandre i møte» St. Olavs Hospital
10. <http://www.helsebergen.no/no/omoss/avdelinger/klb/Documents/>

Nettverk/Strategi_netverk%202013-16.pdf 2014.12.15

11. Temel J.S, Green J.A, Muzikansky M.A at al Early palliative care for patients with Metastatic Non-small-cell lung cancer N Engl J med 2010; 363:8 733–742.
12. <http://www.fysio.no/FAG/Hva-er-fysioterapi> 2014.12.03
13. Dahlin YHS. Patients' experiences of physical therapy within palliative cancer care. J palliat care Med. 2009;Spring;25 (1):12-20.
14. Gulde I, Oldervoll LM, Martin C. Palliative cancer patients' experience of physical activity. J palliat care Med. 2011;27(4):296-302.
15. Amundsen L, Eide H, Thornquist E. Fysioterapi til palliative pasienter. Fysioterapeuten. Under utgivelse. 2015.
16. <https://www.kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/mestre-livet-med-kreft/fysisk-aktivitet/> 2014.12.03
17. Gallagher S, Zahavi D. The Phenomenological Mind: an introduction to philosophy of mind and cognitive science. London: Routledge; 2008.
18. Thornquist E. Pust og funksjon – et innblikk i psykomotorisk fysioterapi Omsorg 4/2010 s 3–6.

Kreftkoordinator

– en aktør i forebyggende helsearbeid

Kreftkoordinator møter pasienter i ulike faser.
Vi veileder, støtter og guider når sykdommen rammer.

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

Merete Kløvning, kreftkoor-
dinator Ålesund kommune

Kreftforeningen gir støtte til 130 kreftkoordinatorstillinger i 210 kommuner rundt om i landet. På sikt er det kommunene selv som skal finansiere ordningen. Kreftkoordinator er et lavterskeltilbud, det kreves ingen søknad eller vedtak på tjenesten. Pasienter og pårørende kan selv ta direkte kontakt, pasienter henvises også via lege eller sykepleier.

Artikkelforfatterne har begge jobbet som kreftkoordinatorer i rundt to og et halvt år. Våre oppgaver har vært mangfoldige og arbeidsdagen ikke alltid like forutsigbar. «Som poteten, kan brukes til alt» er et munnhell som av og til går gjennom hodet vårt. Vi møter krefttrammete i ulike faser. Vi veileder, gir råd, støtter og guider når sykdommen rammer. Kreftkoordinator kan bistå i å legge til rette hverdagen for den kreftsyke og pårørende, hjelpe å finne ut av aktuelle tilbud, søke nødvendige omsorgstjenester og koordinere disse.

Rollen vår i forhold til forebyggende helsearbeid er kanskje ikke den mest opplagte, i hvert fall ikke sett utenfra. Men kreftkoordinatorer driver forebyggende helsearbeid i relativt stor grad.

Å fremme god helse

Folkeopplysning og helsefremmende arbeid handler om å styrke oppmerksomhet mot livsstilsendring, og spre kunnskap om risikofaktorer for utvikling av sykdom. Målet er å forebygge at sykdom oppstår, og fremme helse og trivsel. Vi vet at ett av tre krefttilfeller har sammenheng med levemåten vår. Selv om garantier ikke kan gis, så er livsstil og egeninnsats med å påvirke helsen vår.

Som kreftkoordinatorer har vi mulighet til å være aktive i primærforebyggende helsearbeid. Dette gjør vi ved å være synlige og sette kreft på dagsorden i kommunene våre, drive folkeopplysningsarbeid opp

mot innbyggerne. Forebyggende arbeid skjer gjerne i samarbeid med folkehelsekoordinator, helsesøster eller Frisklivsentraller. I våre kommuner har vi blant annet engasjert oss i Verdens Tobakksfrie dag. Vi har bidratt til helseopplysning gjennom avisinnlegg og stands, der vi har delt ut informasjonsmaterieil. Vi har også samarbeidet med våre lokale biblioteker, og hatt årlige utstillinger med litteratur, filmer og infomaterieil som omhandler ulike sider av det å være berørt av kreft.

Tiltak så tidlig som mulig

Det å få en kreftdiagnose kan oppleves som et sjokk. Mange opplever et kaos av tanker og bekymringer. Kreftkoordinator bør komme tidlig inn, og kan være en kontaktperson i kommunen. Støttesamtaler med den krefttrammete og pårørende er viktig i denne fasen. Skape orden og oversikt i kaos, gi mulighet til å ventilere vanskelig tanker, informere og guide. På den måten skaper en trygghet og større grad av forutsigbarhet, både for den som er syk, og for dem som står rundt. Vi opplever at dette bidrar til å styrke den psykiske helsen, og gir større mestring for enkeltindividet og familien.

I sekundærforebygging er målet å redusere følger av sykdom eller skade, og om mulig, også redusere varighet og omfang av sykdom. Det å kartlegge og lindre symptomer og plager pasienten måtte ha er en av de fremste oppgavene våre.

Kostholdsveiledning og rådgivning innenfor områder som fysisk aktivitet er eksempler på arbeidsområder vi ofte møter som har en sekundærforebyggende hensikt.

Mestringskurs

Det å leve med kreftsykdom innebærer for mange ganske store omveltninger i hverdagen. Roller



STØTTE: Pasienter og pårørende får hjelp og støttet i alle faser av sykdommen. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

endres, økonomi og arbeid påvirkes, familien lever med en grad av usikkerhet, gjerne over lang tid. Både pasienter og pårørende kan bli fysisk og mentalt sliten, mange går med et langvarig indre stress. Tertiærforebyggende arbeid har som mål å lette følgene av sykdom og behandling. Mestringskurs for pasienter og pårørende kan være en god støtte i så henseende. I mange kommuner er det kreftkoordinator som driver mestringskurs for pasienter og pårørende. «Livslyst når det røyner på» er et kurs som Kreftforeningen har utviklet. De fleste kreftkoordinatorer har gjennomført kurslederkurs, og mange har startet opp tilbudet i egen kommune.

Også for dem som har mistet en nærstående kan det være godt å få tilbud om kurs. Det å møte andre som har mistet en nær, få dele erfaringer og tanker, lære teknikker og verktøy som kan hjelpe en når vanskelige tanker banker på. I våre kommuner tilbyr vi mestringskurs for etterlatte hver vår og høst. Tilbakemeldingene på dette er gode. Kurset bygger på kognitiv teori og mindfulness. Kveldene legges opp

med teori, oppmerksomhetsøvelse og erfaringsutveksling. Sorg er ikke en sykdom i seg selv, men kan utvikle seg til sykdom om en ikke får tilstrekkelig støtte eller hjelp til bearbeiding.

Bedre bruk av kompetanse

Helsepersonell i hjemmetjenesten og på sykehjem møter mange kreftrammete. Noen har komplekse

«Trygge yrkesutøvere bidrar til trygge pasienter og pårørende.»

utfordringer når det gjelder symptomlindring, andre har vansker knyttet til hjem, familie og hverdagsliv. Det er viktig at helsepersonell i kreftomsorgen har faglig trygghet og etisk kompetanse. Som kreftkoordinatorer har vi en oppgave i å bidra til kompetanseheving i kommunehelsetjenesten. Undervisning, arrangering av fagdager og andre kompetansehevede tiltak er noe vi begge har jobbet mye med. Det er viktig å bygge systemkompetanse slik at en

kan gi god omsorg til pasient og pårørende uten at en skal være avhengig av enkeltpersoner.

Vi har også jevnlig arrangert «Etisk refleksjonsverksted» i kommunene våre. Her samler vi helsepersonell med ulik bakgrunn til etisk refleksjon. Hensikten er å gi deltakerne konkrete verktøy til bruk på arbeidsplassen, inspirere og legge til rette for refleksjon. Etisk refleksjon bidrar til kvalitet i tjenesten, og er samtidig en hjelp til bearbeiding for personalet.

Vi mener at trygge kompetente yrkesutøvere bidrar til trygge pasienter og pårørende. Det å skape ro og trygghet i situasjonen kan forebygge unødig innleggelse og være med å sikre verdig og god omsorg.

Organisere arbeid i kommunen

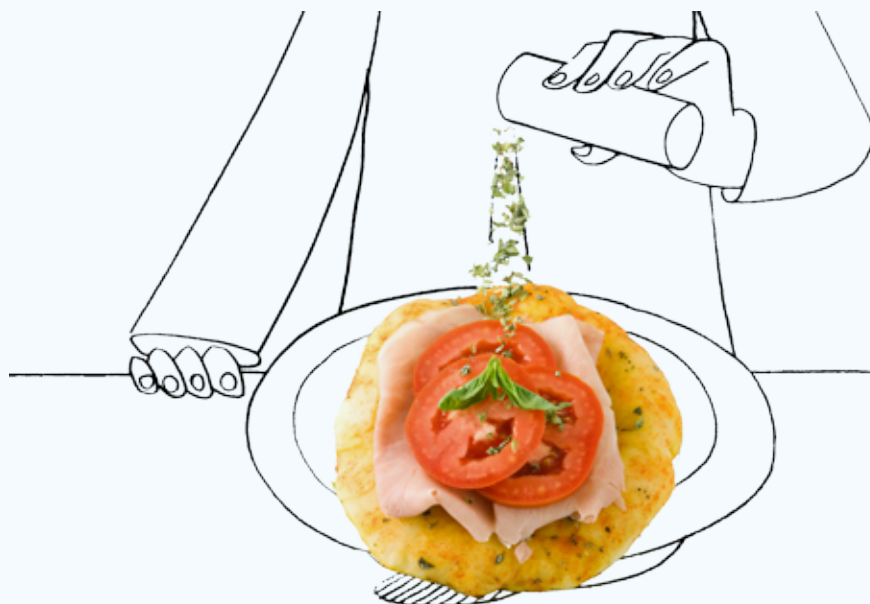
Et annet tiltak for å styrke kompetanse og kvalitet er å bidra til gode rutiner og systemer i kommunens kreftomsorg. Det kan eksempelvis være arbeid for å innføre palliativ plan eller LCP (Liverpool Care Pathway), bruk av ESAS (edmont symptom assessment system) og andre kartleggingsverktøy, eller planer for ivaretagelse av barn som pårørende. God planverktøy og gode rutiner gir større grad av forutsigbarhet.

Tilbud til dem som ikke blir frisk

Pasienter i palliativ fase er ingen ensartet gruppe. Levetid kan variere fra dager til år. Behovene for hjelp kan variere fra pasient til pasient, og fra periode til periode. Flere kan ha et omfattende behov for palliativ omsorg over lang tid. Som kreftkoordinatorer er vi opptatt av å planlegge sammen med pasienten. Forberedende samtaler om tiden framover er viktige, både for pasienten, pårørende og helsepersonell. En åpen og god dialog, preget av trygghet og tillit er avgjørende. I en palliativ plan er brukermedvirkning avgjørende. Pasienten selv er premissgiver, hva som er viktig for ham/henne og hva han tenker framover er sentralt. I planen bør avtaler som omfatter medisinske tiltak, etiske føringer, pasientens egne ressurser, livshistorie og om og når pasienten skal innlegges på sykehuset skrives ned. Dette vil gi trygghet både for dem som skal hjelpe pasienten, for pasienten selv og pårørende. Slik kan gode planverktøy sees som et ledd i tertiærforebygging. Trygghet og brukermedvirkning kan bidra til at konsekvensen av sykdom medfører ytterligere plager.

Veiledning til «friskmeldte» pasienter

«Hurra du er ferdigbehandlet. Nå er du frisk og kan gå tilbake til hverdagen igjen. Er du ikke glad?»



MATRÅD: Kreftpasienter kan få råd om hva de bør spise hos en kreftkoordinator. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

I dagens samfunn skal alt gå fort. Kravene er ofte mange og store. Selv for oss som ikke har hatt en kreftsykdom kan det innimellom være utfordrende å henge med på «kjøret».

Å skulle tilbake til hverdagen etter langvarig kreftbehandling er ikke alltid like lett. Kreftbehandling har ofte satt spor, mange sliter med fatigue eller andre seinvirkninger av behandlingen/sykdommen. Når man er ferdig med behandlingsperioden begynner kanskje sykmeldingsperioden å nærme seg slutten. Hva da når de ikke kjenner seg klar til å gå tilbake til arbeidslivet helt enda? Hva med de økonomiske utfordringene?

Frykten for neste kontroll, angst for tilbakefall og hvordan livet skal bli framover er nok noe mange kan kjenne på etter avsluttet behandling. Men hvor skal man nå henvende seg? Ferdigbehandlet fra spesialisthelsetjenesten, et avsluttet kapittel for behandlerne man har forholdt seg til der. Fastlege kan følge opp, men kanskje behøves noe mer. Samtale med psykiatrisk helsetjeneste kan være et godt tilbud til noen, men for andre er ikke det aktuelt. Enkelte kreftoverlevende vi har møtt sier at de kjenner på psykiske utfordringer, men kjenner seg ikke psykisk syk. Her kan kreftkoordinator bidra med støttesamtaler, veiledning og ikke minst bidra med informasjon og hva som er normalt i ettersom, samt informere om ulike tilbud og økonomiske rettigheter. En oppgave vi gjerne møter i denne forbindelse er i samarbeid med fatiguerammede å lage ukeplaner, aktivitetsplaner, finne energibalansen, motivere og støtte. Vi kan også informere om ulike rehabiliteringstilbud og hjelpe å søke på disse.

Mange kreftoverlevende føler et press om å gå tilbake til yrkeslivet før de selv egentlig er klar for det. Noen stiller også store forventninger til seg selv på dette området, de hadde tenkt at så snart behandlingsperioden var over så skal en tilbake i jobb. Vår erfaring er at det ofte kan være lurt å gå gradvis tilbake til arbeidslivet, bruke litt tid til restitusjon og det å fungere i hverdagen igjen. Som kreftkoordinatorer har vi en oppgave i å være til støtte for kreftrammete i rehabiliteringsfasen, hjelpe den enkelte til å finne ut hva som er hensiktsmessig. Ingen tilfeller er like, og det som fungerer godt for den ene trenger ikke passe for den andre. Seinvirkninger etter behandling kan være kortvarige og til mindre besvær for noen, mens for andre så er hverdagen og funksjonsnivået varig endret.

Vi mener det er en oppgave for oss å sette dette på dagsorden, slik at både arbeidsgivere og befolkningen generelt kan få større forståelse og kunnskap om kreftbehandling og seinvirkninger.

Kreativitet i kommunehelsetjenesten

Kreativitet er kanskje ikke første en tenker på når det gjelder kommunale stillinger. Kreftkoordinatorstillingene gir imidlertid stor anledning

«Mange går med et langvarig indre stress.»

til nettopp det. Mange kreftkoordinatorer har for eksempel startet opp kafétilbud for mennesker som er berørte av kreft. Vi er selv i startfasen på dette, og har gjennomført fire kafé-samlinger. Vi samarbeider om å arrangere kafeen på tvers av kommunegrensene. Kafeen er åpen for alle kommuner i vår region. Vi har kalt tilbudet vårt for Fredagskafe, og samarbeider med Gynkreftforeningen, Brystkreftforeningen, Profo og Frivillighetssentralen i dette arbeidet. Målet er å skape en møteplass for mennesker som er berørte av kreft. Det kan være de som har eller har hatt en kreftsykdom, eller det kan være pårørende. På kafeen tar vi opp ulike emner, og har gjerne noen som innleder til det. Aktuelle temaer kan være fysisk aktivitet, humor som mestrings, kreft og seksualitet, eller andre relevante emner. Vi informerer også litt hver gang om hva som skjer i vår region akkurat nå. Trimgrupper, aktuelle kurs som arrangeres, tilbud som pasientforeninger har, arrangement i regi av frivillige, alt dette kan en få informasjon om på Fredagskafe.

Det viktigste med kafeen er nok likevel det å treffe andre som er i en sammenliknbar situasjon. God mat og god prat rundt bordet. Mange av deltakerene sier de har savnet et slikt tilbud. Noen sitter alene med sine tanker, her får de møte andre, finner hjelp og støtte. Dette er også en helsefremmende og forebyggende gevinst.

Vi ser at kreftkoordinatorstillingene kan brukes på mange ulike måter. Erfaringene våre er at kreftkoordinator bidrar til bedre kreftomsorg i kommunene generelt, og at vi også har en viktig funksjon på ulike nivå av forebygging. Vi håper kreftkoordinatorstillingene har kommet for å bli, og at så mange kommuner som mulig viderefører denne stillingen etter at prosjektperioden med støtte fra kreftforeningen er over. ■

c Emend MSD og lvmend MSD

ATC-nr.: A04A D12

KAPSLER, harde 80 mg og 125 mg: Emend: Hver kapsel inneholder: Aprepitant 80 mg, resp. 125 mg, sukrose 80 mg, resp. 125 mg. Fargestoff: 80 mg. Sort jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). 125 mg: Gult, rødt og sort jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). **PULVER TIL INFUSJONSVÆSKE, oppløsning 150 mg: lvmend:** Hvert hetteglass inneholder: Fosaprepitantdimalein 150 mg, fosaprepitant 150 mg (tilsv. 130,5 mg aprepitant), dinatriumedetat, polysorbat 80, vannfri laktose, natriumhydroksid, forfrynnet salt-syre. **Indikasjon:** Forebygging av akutt og forsinket kvalme og oppkast i forbindelse med sterk emetogen cisplatinbasert cancer-kjemoterapi hos voksne. Forebygging av kvalme og oppkast i forbindelse med moderat emetogen cancer-kjemoterapi hos voksne. Gis som del av en kombinasjonsbehandling. **Dosering: Emend: Kapsler:** Gis i 3 dager som del av et regime som inkl. et kortikosteroid og en 5-HT₃-antagonist. Anbefalt dose er 125 mg oral 1 gang 1 time før kjemoterapibehandling på dag 1, og 80 mg oral 1 gang daglig på dag 2 og 3. Følgende regime anbefales:

Regime ved sterk emetogen kjemoterapi:

	Dag 1	Dag 2	Dag 3	Dag 4
Aprepitant (oralt)	125 mg	80 mg	80 mg	ingen
Deksametason (oralt)	12 mg	8 mg	8 mg	8 mg
5-HT ₃ -antagonist	standarddose av 5-HT ₃ -antagonist	ingen	ingen	ingen

Deksametason gis 30 minutter før kjemoterapibehandling på dag 1, og om morgenen på dagene 2 til 4. Dosen av deksametason tar hensyn til virkestoffinteraksjoner. Se Felleskatalogteksten for 5-HT₃-antagonisten for riktig doseringsinformasjon.

Regime ved moderat emetogen kjemoterapi:

	Dag 1	Dag 2	Dag 3	Dag 4
Aprepitant (oralt)	125 mg	80 mg	80 mg	ingen
Deksametason (oralt)	12 mg	ingen	ingen	ingen
5-HT ₃ -antagonist	standarddose av 5-HT ₃ -antagonist	ingen	ingen	ingen

Deksametason gis 30 minutter før kjemoterapibehandling på dag 1. Dosen av deksametason tar hensyn til virkestoffinteraksjoner. Se Felleskatalogteksten for 5-HT₃-antagonisten for riktig doseringsinformasjon. **Emend:** Effektdata for kombinasjon med andre kortikosteroider er begrenset. **lvmend 150 mg, infusjonsvæske:** Gis som uavbrutt i.v. infusjon over 20-30 minutter, kun på dag 1. Igangsettes ca. 30 minutter før kjemoterapi. Gis sammen med et kortikosteroid og en 5-HT₃-antagonist, se tabellene nedenfor. Aprepitant (Emend kapsler) skal ikke administreres oral i kombinasjon med lvmend 150 mg infusjonsvæske.

Regime ved sterk emetogen kjemoterapi:

	Dag 1	Dag 2	Dag 3	Dag 4
lvmend (i.v.)	150 mg	ingen	ingen	ingen
Deksametason (oralt)	12 mg	8 mg	8 mg x 2	8 mg x 2
5-HT ₃ -antagonist	standarddose av 5-HT ₃ -antagonist	ingen	ingen	ingen

Deksametason gis 30 minutter før kjemoterapibehandling på dag 1, om morgenen på dag 2 og morgen og kveld på dag 3 og 4. Dosen av deksametason tar hensyn til virkestoffinteraksjoner. Se Felleskatalogteksten for 5-HT₃-antagonisten for riktig doseringsinformasjon.

Regime ved moderat emetogen kjemoterapi:

	Kun dag 1	Dag 2	Dag 3	Dag 4
lvmend (i.v.)	150 mg	ingen	ingen	ingen
Deksametason (oralt)	12 mg	8 mg	8 mg x 2	8 mg x 2
5-HT ₃ -antagonist	standarddose av 5-HT ₃ -antagonist	ingen	ingen	ingen

Deksametason gis 30 minutter før kjemoterapibehandling på dag 1. Dosen av deksametason tar hensyn til virkestoffinteraksjoner. Se Felleskatalogteksten for 5-HT₃-antagonisten for riktig doseringsinformasjon. **lvmend:** Effektdata for kombinasjon med andre kortikosteroider er begrenset. **Spesielle pasientgrupper:** **Nedsatt leverfunksjon:** Brukes med forsiktighet ved moderat eller alvorlig redusert leverfunksjon.

Nedsatt nyrefunksjon: Ingen dosejustering er nødvendig. **Barn og ungdom <18 år:** Sikkerhet og effekt er ikke fastslått for denne aldersgruppen. **Eldre ≥65 år:** Ingen dosejustering er nødvendig. **Tilberedning:** **Pulver til infusjonsvæske:** Se pakningsvedlegg for rekonstitusjon og forfrysning. Må ikke blandes med andre legemidler enn de som er nevnt i pakningsvedlegget. Må ikke rekonstitueres eller blandes med oppløsning med ukjent fysisk og kjemisk forlidelighet. **lvmend** er uforlidelig med enhver oppløsning som inneholder divalente kationer (f.eks. Ca²⁺, Mg²⁺), inkl. Hartmanns og Ringerlösninger med laktat. **Administrering:** **Kapsler:** Kan tas med eller uten mat. Skal svelges hele med litt væske. **Pulver til infusjonsvæske:** Rekonstituer og forfrynnet ferdig oppløsning gis som uavbrutt i.v. infusjon. Må ikke gis i.m., s.c., som bolusinjeksjon eller utfrynnet oppløsning. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdstoffene. Skal ikke gis samtidig med pimozid, terfenadin, astemizol eller cisaprid. Hemming av CYP 3A4 forårsaker av aprepitant kan føre til økte plasmakonsentrasjoner av disse legemidlene og potensielt forårsake livstruende reaksjoner. **Forsiktighetsregler:** Se Interaksjoner. Brukes med forsiktighet ved moderat og alvorlig nedsatt leverfunksjon. Gis med forsiktighet ved samtidig behandling med oralt administrerte virkestoffer som primært metaboliseres via CYP 3A4, og som har smalt terapeutisk vindu, som ciklosporin, takrolimus, sirolimus, everolimus, alfentanil, diergotamin, ergotamin, fentanyl og kinidin. Kjemoterapeutika som metaboliseres via CYP 3A4 (f.eks. etoposid, vinorelbin), bør brukes med forsiktighet. Samtidig behandling med irinotecan kan resultere i økt toksisitet og må utøves med spesiell forsiktighet. Samtidig administrering av derivater av sekalealkaloide (CYP 3A4-substrater) kan føre til økte plasmakonsentrasjoner av disse virkestoffene. Forsiktighet anbefales pga. potensiell risiko for sekalerelatert toksisitet. Samtidig behandling med sterke CYP 3A4-induktorer (f.eks. rifampicin, fenytoin, karbamazepin, fenobarbital), resulterer i reduserte plasmakonsentrasjoner av aprepitant og må unngås. Samtidig administrering av aprepitant eller fosaprepitant og urtepreparater som inneholder johannesurt (Hypericum perforatum) anbefales ikke. Samtidig behandling med CYP 3A4-inhibitorer (f.eks. ketokonazol, itraconazol, vorikonazol, posakonazol, klaritromycin, telitromycin, nefasodon og proteasehemmere) er forventet å resultere i økte plasmakonsentrasjoner av aprepitant og bør utøves med forsiktighet. Samtidig administrering med warfarin fører til nedsatt protrombintid (INR). Ved kronisk behandling med warfarin må INR overvåkes nøye i løpet av behandlingen og i 2 uker etter avsluttet behandling med fosaprepitant eller hver 3-dagers kur med aprepitant. Effekten av hormonelle antikonseptjonsmidler kan reduseres under bruk og i 28 dager etter avsluttet bruk av fosaprepitant eller aprepitant. Alternativt ikke-hormonell prevensjon bør benyttes under behandling og i 2 måneder etter siste dose med aprepitant eller fosaprepitant. Aprepitant kapsler må ikke brukes ved fruktoseintoleranse, glukose-galaktosemalabsorpsjon eller sukrase-isomaltasemangel. Ved hypersensitivitetsreaksjoner (f.eks. rødme, erytem, dyspné) under infusjon med lvmend skal infusjonen seponeres, hensiktsmessig behandling startes, og behandling skal ikke gjenopptas. Mild trombose på injeksjonsstedet er sett ved høyere doser. Dersom det oppstår tegn eller symptomer på lokal irritasjon, skal infusjonen avsluttes og startes opp igjen i en annen vene. Svimmelhet og tretthet er rapportert, og bør tas i betraktning før man kjører bil eller bruker maskiner. **Interaksjoner:** Se Forsiktighetsregler. Fosaprepitant omdannes raskt til aprepitant når det gis i.v. Det er sannsynlig at virkestoffer som interagerer med aprepitant gitt oralt også vil interagere med fosaprepitant. Aprepitant (125 mg/80 mg) er substrat, moderat hemmer og induktor av CYP 3A4 og induktor av CYP 2C9. I løpet av behandlingen hemmes CYP 3A4 og plasmakonsentrasjonen av virkestoffer som metaboliseres via enzymet kan økes. Fosaprepitant 150 mg gitt som enkeltdose er en svak hemmer av CYP 3A4. Fosaprepitant eller aprepitant ser ikke ut til å interagere med P-glykoproteintransportøren (manglende interaksjon mellom oral aprepitant og digoksin). Fosaprepitant antas å forårsake mindre eller lik induksjon av CYP 2C9, CYP 3A4 og glukuronisering sammenlignet med 3 dagers behandling med oral

aprepitant. Effekten av Emend på farmakokinetikken til CYP 3A4-substrater gitt oralt, er kraftigere enn effekten når de blir gitt intravenøst. Total eksponering for oralt administrerte CYP 3A4-substrater kan bli opp til ca. 3 ganger høyere i løpet av en 3-dagers behandling med oral aprepitant og opptil 2 ganger høyere på dag 1 og 2 etter samtidig behandling med en enkeltdose fosaprepitant. Etter avsluttet behandling forårsaker aprepitant forbigående mild induksjon av CYP 2C9, CYP 3A4 og glukuronisering og kan redusere plasmakonsentrasjonen av substrater som elimineres av disse enzymene i 2 uker etter behandlingstid. Effekten er klinisk ubetydelig 2 uker etter avsluttet behandling. Ved samtidig bruk med aprepitant eller fosaprepitant må vanlig oral deksametason reduseres med ca. 50%, vanlig i.v. metyldprednisolon dose med ca. 25% og vanlig oral metyldprednisolon dose med ca. 50%. Under kontinuerlig behandling med metyldprednisolon kan AUC for metyldprednisolon reduseres i løpet av de 2 første uker etter doseringsstart av aprepitant. Interaksjon med oralt administrerte kjemoterapeutiske legemidler som metaboliseres primært eller delvis via CYP 3A4 (f.eks. etoposid, vinorelbin), kan ikke utelukkes. Det anbefales forsiktighet og nøye overvåking av pasienter som får slike legemidler. Tilfeller av nevrotoksitet er sett etter bruk sammen med ifosamid. I løpet av 3-dagers behandlingen ved kvalme- og oppkastfremkallende kjemoterapi, er det forventet forbigående moderat økning, etterfulgt av mild nedgang, i eksponeringen av immunosuppressiver som metaboliseres via CYP 3A4 (f.eks. ciklosporin, takrolimus, everolimus eller sirolimus). Reduksjon i dosen av immunosuppressiver er likevel ikke anbefalt. Potensielle effekter av økte plasmakonsentrasjoner av midazolam eller andre benzodiazepiner metaboliseres via CYP 3A4 (alprazolam, triazolam), må vurderes når disse gis sammen med aprepitant eller fosaprepitant. Fosaprepitant 150 mg er en svak CYP 3A4-hemmer ved enkeltdose på dag 1, men det er ikke bekreftet hemming eller induksjon av CYP 3A4 på dag 4. En enkeltdose i.v. fosaprepitant 150 mg på dag 1 økte AUC_{0-∞} for midazolam med 77% på dag 1 og hadde ingen effekt på dag 4, når 2 mg midazolam ble gitt samtidig med en enkeltdose på dag 1 og 4. Forsiktighet anbefales når warfarin, acenocumarol, tolbutamid, fenytoin eller andre virkestoffer som metaboliseres via CYP 2C9 gis. **Graviditet, amning og fertilitet:** **Graviditet:** Skal ikke brukes under graviditet med mindre det er helt nødvendig. **Amning:** Overgang i morsmelk er ukjent. Utskilles i melk hos diende rotter. Amning anbefales ikke. **Fertilitet:** Muligheten for reproduksjonstoksiske effekter er ikke klarlagt. Mulige effekter på reproduksjon pga. endringer i nevrokininreguleringen er ukjent. **Bivirkninger:** **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Forstoppelse, dyspepsi. Luftveier: Hikke. Nevrologiske: Hodepine. Stoffskifte/ernæring: Redusert appetitt. Undersøkelser: Økning i ALAT. Øvrige: Fatigue. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Blod/lymfe: Febril nøytropeni, anemi. Gastrointestinale: Eruktasjon, kvalme, oppkast, gastrosofagal reflukssykdom, magesmerter, tørr munn, flatulens. Hjerte/kar: Palpitasjoner, tettheter. Hud: Utslett, akne. Nevrologiske: Svimmelhet, søvnløshet. Nyre/urineveier: Dysuri. Psykiske: Engstelse. Undersøkelser: Økning i ASAT, økning i alkalisk fosfatase, hematuri, reduksjon av natrium i blodet. Øvrige: Asteni, malaise. **Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):** Gastrointestinale: Perforerende duodenalsår, stomatitt, abdominal distensjon, hard avføring, nøytropen kolitt. Hjerte/kar: Bradykardi, kardiovaskulær sykdom. Hud: Fotosensitivitetsreaksjoner, hyperhidrose, sørrødt, hudlesjon, kløende utslett, Stevens-Johnsons syndrom, toksisk epidermal nekrolyse. Infeksjoner: Candidose, stafylokokkinfeksjon. Luftveier: Orofaryngeal smerte, mysing, hoste, postnasal drypp, halsirritasjon. Muskel-skjelettsystemet: Muskelsvakhet, muskelspasmer. Nevrologiske: Kognitive lidelser, letargi, dysgeusi. Nyre/urineveier: Pollakiuri. Psykiske: Desorientering, euforisk sinnstemning. Stoffskifte/ernæring: Polydipsi. Undersøkelser: Vekttap, redusert antall nøytrofile blodceller, glukosuri, økt urinnengde. Øre: Tinnitus. Øvrige: Ødem, ubehag i brystet, gangforstyrrelse. Øye: Konjunktivitt. Ukjent: Hud: Pruritus, urticaria. Immunsystemet: Hypersensitivitetsreaksjoner inkl. anafylaktiske reaksjoner. Ytterligere bivirkninger ble observert hyppigere hos pasienter som ble behandlet med aprepitant mot postoperativ kvalme og oppkast, enn hos pasienter som ble behandlet med ondansetron: Smarter i øvre del av buken, unormale tarmlyder, forstoppelse, dysartri, dyspné, hypostesi, insomni, kvalme, kvalme, sansforstyrrelse, magesubjekt, subtile, redusert synsskarphet, hvesing. Følgende er i tillegg sett ved behandling med fosaprepitant: **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Hjerte/kar: Rødme, tromboflebit (fremtredende, tromboflebit på infusjonsstedet). Hud: Erytem. Undersøkelser: Økt blodtrykk. Øvrige: Erytem/smarter/kløe på infusjonsstedet. **Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):** Øvrige: Hardhet på infusjonsstedet. **Ukjent:** Øvrige: Umiddelbare hypersensitivitetsreaksjoner inkl. rødme, erytem, dyspné. **Overdosering/forgiftning:** Ved av overdose må aprepitant seponeres og generell støttebehandling og overvåking iverksettes. Pga. aprepitants antiemetiske virkning kan det hende at legemiddelindusert brekning ikke er effektiv. Aprepitant kan ikke fjernes ved hemodialyse. Se Giftnifinisjonsanbefalinger A04A D12 side 2.

Sist endret: 10.02.2014

Emend, KAPSLER, harde:

Styrke	Pakning	Varenr	Pris	Refusjon
	Startpakn.: 1 tab. 125 mg + 2 tab. 80 mg (endose)	017331	kr 645,20	A04AD12_1
80 mg	2 stk. (blister)	018520	kr 443,60	A04AD12_1
125 mg	5 stk. (endose)	017436	kr 1062,60	-

lvmend, PULVER TIL INFUSJONSVÆSKE, oppløsning:

Styrke	Pakning	Varenr	Pris	Refusjon
150 mg	1 stk. (hettegl.)	095813	kr 751,40	-

Refusjon, A04A D12_1 Aprepitant

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

Refusjonskode:

ICPC	Vilkår nr	
-53	Kvalme, forstoppelse eller diaré ved kreftsykdom	9
ICD	Vilkår nr	
-53	Kvalme, forstoppelse eller diaré ved kreftsykdom	9
9	Behandlingen skal være instituert i sykehus, sykehuspoliklinikk eller av spesialist i vedkommende disiplin.	



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

Copyright © 2014 Merck Sharp & Dohme Corp., et datterselskap av Merck & Co., Inc. All rights reserved. ONCO-1107465-0001 02/14

Fikk hederspris

Christin Rosef er tildelt prisen Årets sykepleier i kreftomsorg 2014.

Forum for kreftsykepleie deler årlig ut prisen Årets sykepleier i kreftomsorg til en sykepleier som utmerker seg i faget. Christin Rosef fikk prisen blant annet fordi hun er en dyktig mentor for mange. Rosef er kreftsykepleier i Nesodden kommune.

En kort sammenfatning av de begrunnelser som er gitt:

- Kunnskapsrik
- Profesjonell

- Skaper trygghet, medmenneskelighet og varme
- Brenner for faget
- Mentor for mange
- Deler kunnskap – internkurs, opplæring, veiledning, hospitering
- Rosef står bak mange prosjekter/kartlegginger – økt satsing på åndelig omsorg, etablering av lindrende team, lindrende senger på sykehjem og onkologstilling, utredning av ulike



fagteam i kommunen, fokus på barn som pårørende.

Det var med stor glede at hovedstyret i Forum for kreftsykepleie ga prisen «Årets sykepleier i kreftomsorg 2014» til Christin Rosef.

*For hovedstyret FKS
Lillian Grønsund*



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

– med EMEND® som en del av kombinasjonsregimet

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

Bedre beskyttelse fra starten

* CINV = Chemotherapy Induced Nausea and Vomiting

Før forskrivning av EMEND®, se preparatomtalen

Bivirkninger påvirker selvbildet

Sarkom er en sjelden krefttype og utgjør omlag én prosent av alle ondartete svulster. Bivirkninger av behandling er mange og påvirker selvbildet hos pasientene i ulik grad.

Sarkomer deles ofte inn i to grupper – beinsarkom og bløtvevssarkom. Beinsarkom oppstår oftest i skjelettet. Det finnes omlag 20 forskjellige typer beinsarkom. De vanligste er osteosarkom, Ewing sarkom og kondrosarkom.

Bløtvevssarkom oppstår i muskulatur, sener, fettvev, perifere nerver, i tarmkanalen, på bakre bukvegg, i lever og livmor. Det finnes omlag 50 forskjellige typer bløtvevssarkom. De vanligste typene er liposarkom, pleomorft spocellet sarkom og leiomyosarkom.

Antall diagnostiseringer

I Norge diagnostiseres årlig cirka 50 beinsarkom og omlag 200 bløtvevssarkom. Av disse behandles omlag 15 beinsarkom og 70 bløtvevssarkom ved Senter for bein- og bløtvevssvulster – i dagligtale Sarkomssenteret – ved Haukeland Universitetssjukehus, Bergen. Senteret har nasjonal funksjon og tar imot pasienter fra hele landet (1, 2).

Det er internasjonal enighet om at behandling av bein- og bløtvevskreft kun bør foregå ved høyspesialiserte enheter, og det foreligger nordiske retningslinjer for utredning og behandling utarbeidet av Den Skandinaviske Sarkomgruppen – SSG (3). Det er viktig at pasientene henvises til et sarkomsenter hvor de tas hånd om av et multidisiplinert team.

Egen behandlingsgruppe

I 2007 ble det innen SSG dannet en gruppe for sykepleiere og fysioterapeuter i Skandinavia som jobber med sarkompasienter. Kreftsyekepleier Lisbet Høiland er med i styret for gruppen (3). Dette er

svært nyttig i samarbeidet med legene angående behandling av disse pasientene. Pasientene har lange og omfattende behandlingsregimer med pre- og postoperativ kjemoterapi, operasjon og eventuelt strålebehandling, noen ganger også hypertermi (varmebehandling). Behandlingsperioden kan være fra seks til tolv måneder.

I forbindelse med organisering i Sarkomsenteret i 2003 laget vi en informativ poster om organisering og behandling. Det som er endret, er at vi er at vi har innført teammodell i sengeposten. Sarkompasientene tilhører samme team og møter stabil pleie- og legegruppe.

Påvirker selvbildet

Beinsarkom rammer helst ungdom i alderen 15–35 år. Bløtvevssarkom rammer eldre. Bivirkninger av behandling er mange og påvirker selvbildet i ulik grad. Hva er så definisjonen av selvbilde? Self-image:

- «The way you think about yourself and your abilities or appearance» (4).
 - «One's conception of oneself or of one's role» (4).
- Endret kroppsbilde:
- «Pasienter som behandles for kreft, kan ofte – få følge av sykdommen og/eller behandlingen – få kroppslige forandringer eller funksjonsforandringer. Graden av endret kroppsbilde er avgjørende for hvordan pasienten ser på seg selv» (5).

Bivirkninger som påvirker

Bivirkninger som kan påvirke selvbilde og kroppsbilde (se tabell neste side):

Av **Lisbet Høiland**, kreftsyekepleier, Kreft 2, HUS

Anne Berit **Skjerven**, kreftsyekepleier/fagsyekepleier, Kreft Post 2, HUS

Annelise **Elholm**, kreftsyekepleier, Kreft 2, HUS



Kjemoterapi	Hårtap – hode, øyebryn, kroppshår Medikamentelle påvirkninger, f.eks. cushing Ernæring Fatigue Seksualitet (6)
Stråle- behandling	Kan gi permanent hårtap Hudforandringer Funksjonsnedsettelse
Kirurgi	Amputasjon av bein, arm, skulder Implantater i kne, lår, legg, bekken Disse inngrepene kan føre til varierende grad av funksjonsnedsettelse. Noen pasienter blir avhengig av rullestol
Psykisk	Krisereaksjoner ved å få kreftdiagnose (7)
Sentrale kateter	Noen er synlig utenpå kroppen Ved fjerning etterlates arr

Erfaringer fra praksis

Kjemoterapi

Hårtap: For kvinner spesielt kan det være utfordrende å miste hår og øyebryn. Utseendet blir endret og det blir synlig at man er kreftsyk.

«Man blir ikke mer naken enn uten hår» – utsagn fra ung kvinnelig pasient.

Det holdes sminkekurs flere ganger i året på sykehuset, og dette er en god hjelp og veldig popu-

«Man blir ikke mer naken enn uten hår.»

lært. Parykk og hodeplagg vil de fleste kvinner ha, menn sjeldnere.

Ernæring: Langvarig cellegiftbehandling medfører ofte dårlig matlyst og synlig vekttap. Mange har i lange perioder vært kvalme, såre i munnen og annet. Det kan ta lang tid å bygge seg opp igjen.

Fatigue: Trøtthet, som du ikke kan sove deg fra, uttaler mange er et større problem enn de var klar over. Det forsterker de andre symptomene ved behandlingen og kan være en plage i lang tid etterpå. De føler at de ikke helt strekker til i dagliglivet, skole og arbeidsliv blir tungt og omgivelsene kan tolke dette som latskap og så videre (5).

Kirurgi

Fysisk: Kirurgiske inngrep kan være omfattende og gi betydelige begrensninger i aktivitetsnivå, utdanning og arbeidsliv. Det er mange nyanser i dette bildet. Ikke alle blir selvhjulpne, noen blir avhengig av hjelp. Det kan være hjelp til personlig hygiene, tilrettelegging av bolig og transport. Det er viktig med tverrfaglighet i rehabiliteringsfasen. En ungdom med stor funksjonsnedsettelse uttalte at det var først da han kom ut av sykehuset at han «følte seg syk, sykehuset var trygt og godt, virkeligheten utfordrende og tung i starten».

Vår erfaring er at det ikke alltid er graden av funksjonshemming som påvirker selvbildet. Man kan ha store funksjonshemminger, men likevel ha et godt selvbilde.

Vår tidligere nevnte pasient uttalte at det, til tross for stor funksjonsnedsettelse, nok var verre for dem som ikke hadde «karisma». I andre tilfeller opplever vi det motsatte, at liten og ingen synlig funksjonshemming kan gi store endringer i selvbilde. For eksempel var det en pasient med amputert fot som ikke ville ha hickmankateter for da var det synlig at han var syk, protesen kunne dekkes med bukse. I dag er det færre som blir amputert enn tidligere, mange flotte implantat gjør det mulig.

I en studie om langtidsoverlevelse for pasienter med osteogent sarkom viser det seg at pasienter som ikke er amputert, har bedre livskvalitet enn de som er amputert (8).

Psykisk

Den gode samtalen er viktig både i forkant og underveis i behandling. Det å få kreft utløser en krisereaksjon og det er viktig at vi gir pasientene verktøy til å mestre den nye hverdagen. God kommunikasjon er nødvendig og pasientene må oppleve at informasjonen er faglig korrekt og ærlig. Forutsigbarhet gir trygghet.

Sosial setting

Familie, venner og kjæreste synes å være positivt for måten å komme gjennom behandling på. De bevarer sine sosiale roller og det selvbildet de hadde forut for sykdommen. Med lang behandlingstid mister mange fra måneder til år med skolegang eller arbeid. Det krever enorm styrke å komme i gang igjen grunnet avbrekk i sosial tilhørighet (9). Mange føler seg ensomme og utenfor.

Som helsepersonell kan vi oppmuntre og legge til rette for at spesielt venner føler seg velkomme. For ungdom er venner viktig, langvarige sykehus-

opphold kan føre til at de kan falle ut av «gjengen». Til tross for at mange opplever ensomhet og følelsen av å være utenfor, opplever mange likevel å komme styrket ut og mer moden enn andre på samme alder. De har måttet ta andre valg enn sine jevnaldrende.

Ungdomsrommet

På Haukeland Universitetssjukehus har vi et ungdomsrom for alle kreftsyke ungdommer og deres pårørende. Det er flittig i bruk. Her kan ungdommene ha besøk av venner og klassekamerater. Her er det pizzakvelder, film, konserter, spill og annet. Å bevare kontakt med venner bidrar til at man opprettholder sosiale roller. Ungdomsrommet er et pustehull hvor helsepersonell ikke er til stede. Det er ansatt en trivselskoordinator.

Seksualitet

Ut fra erfaring vet vi at under og etter kreftbehandling kan kreftrammede møte utfordringer i parforhold, seksualfunksjon, selvbilde og egen kropp. Nedsatt sexlyst, ereksjonsproblem og smerter ved samleie er problem pasientene kan møte på. God informasjon i forkant er nødvendig (10). Avdelingen har sexologisk rådgiver som har undervisning og konsultasjoner. For ungdommer som kanskje nettopp har startet sitt «voksenliv» er det viktig at helsepersonell tar opp dette temaet og åpner opp for diskusjon og samtale.

Konklusjon

Mange faktorer påvirker selvbildet, alt fra det å få kreft til ulike behandlingsmetoder. Den ballasten de har med seg synes å ha betydning for hvordan de kommer ut av sykdom og behandling. Vår erfaring er at selvbildet ikke er en statisk tilstand, men forandres med opplevelsene den enkelte får. ■

Referanser:

1. www.helse-bergen.no/pasient/behandling/Sider/sarkom.aspx
2. Rolf Kåresen og Erik Wist (red.) Kreftsykdommer 2005
3. www.ssg-org.net
4. www.merriam-webster.com/dictionary/self-image
5. Reitan A.M. og Schølberg T. 2010 Kreftsykepleie, pasient-utfordring-handling s. 131.
6. Medikamentell kreftbehandling, Cytostatikaboken 2009
7. Eide & Eide, Kommunikasjon i relasjoner, 2011
8. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2857688/
9. www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-fag?p-document-id
10. krefeforeningen.no/rad-og-rettigheter/mestre-livet-med-kreft/seksualitet/



Fordeling av stipend 2015

Det var et rekordhøyt antall søkere på stipend for 2015. 22 stipend à kr 5000 og ett stipend à kr 10 000 er fordelt. Hovedstyret for FKS har tatt utgangspunkt i angitte kriterier for tildeling. De som er tildelt stipend på kr 5000 er:

1. Aadland, Birgit – FKS Landskonferanse
2. Aasvik, Ann Karin – FKS Landskonferanse
3. Albrigtsen, Britt – FKS Landskonferanse
4. Austegard, Anna Britt – FKS Landskonferanse
5. Bjelland, Marit – EACP
6. Bruland, Elin – FKS Landskonferanse
7. Bårdsen, Else Beth – FKS Landskonferanse
8. Duus, Tone B. Ribe – FKS Landskonferanse
9. Fosse, Siri E. – FKS Landskonferanse
10. Frøyen, Rita – FKS Landskonferanse
11. Hauge, Hilde F. – SIOP
12. Jakobsen, Kristin – FKS Landskonferanse
13. Josefsen, Bjørg R. – FKS Landskonferanse
14. Kolsgaard, Bodil S. – FKS Landskonferanse
15. Lyssand, Hege – FKS Landskonferanse
16. Morken, May – SIOP
17. Myklebostad, Åse – FKS Landskonferanse
18. Nebb, Laila – FKS Landskonferanse
19. Nydal, Britt Torunn F. – FKS Landskonferanse
20. Sjaastad, Ann Mari – FKS Landskonferanse
21. Snilstvet, Gro – FKS Landskonferanse
22. Solstad, Marte-Lill – FKS Landskonferanse

Stipendet på kr 10 000 går til prosjektet «Utarbeidelse av: Retningslinjer for håndtering av peroral cytostatika og cytostatikaavfall i hjemmet og på sykehjem». Prosjektansvarlig: Tove Strand, seksjonsleder ved Kreftklinikken St. Olavs Hospital.

Hovedstyret for FKS håper at dere alle vil ha glede av stipendet!

Styreval i september

I september skal det veljas nytt styre i FKS. Kan hende du er ein av kandidatane.

- Kva brenn du for og kva er viktig for deg å jobbe med?
- Ønskjer du å løfte faget vårt og gjera det tydeleg?
- Ønskjer du å påverke kvardagen både til pasientar og kollegaer?
- Ønskjer du å utvikle faggruppa vår, og er du medlem i FKS?

Då kjem vi med ei utfordring til deg:

Vil du stille som kandidat til nytt styre i FKS? Under generalforsamlinga på den 17. landskonferansen i kreftsykepleie i Stavanger 24.–26. september skal nytt FKS-styre veljas. Styret er samansett av medlemmer frå heile landet, frå kommunar, sjukehus folk tilknytt

høgskular. Det er spennande, utviklande og lærerikt, og du knyter gode venskap og kontaktar.

Ta utfordringa!

Ta kontakt dersom dette ser ut til passe for deg, enten med ei i det sitjande styret, eller med oss i valkomiteen:

Kristin Wolden, kristin.wolden@stolav.no, 951 50 555.

Eva Mari Alvestad Harboe, evamarialvestad@hotmail.com, 920 69 707.

Ingrid Lotsberg Norås, ingrid.lotsberg.noras@klepp.kommune.no, 480 01 537.



Underveis

17. Landskonferanse i Kreftsykepleie i Stavanger

24.–26. september 2015
Clarion Hotel Energy

FORUM FOR KREFTSYKEPLEIE
NSF FAGGRUPPE



KONFERANSE: Den 17. landskonferansen i kreftsykepleie arrangeres i Stavanger 24.–26. september 2015.

C Afinitor «Novartis» Proteinkinasehemmer.

ATC-nr.: L01X E10

T TABLETT 2,5 mg, 5 mg og 10 mg: Hver tablett inneholder: Everolimus 2,5 mg, resp. 5 mg og 10 mg, butylhydroksytoluen (E 321), laktose, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Behandling av avansert hormonreseptorpositiv, HER2/neu-negativ brystkreft, i kombinasjon med eksemestan, hos postmenopausale kvinner uten symptomatisk visceral sykdom, etter tilbakefall eller progresjon med en ikke-steroid aromatasehemmer. Behandling av ikke-operable eller metastatiske, veldifferensierte eller moderat differensierte, pankreatiske neuroendokrine tumorer hos voksne med progressiv sykdom. Behandling av langtommel nyrerecelleskarsinom der sykdommen har progrediert under eller etter VEGF-rettet behandling. **Dosering:** Behandling bør initieres og følges opp av lege med erfaring i bruk av legemidler for behandling av kreftpasienter. **Anbefalt dose:** 10 mg 1 gang daglig til samme tid hver dag. Behandling bør pågå så lenge man ser klinisk nytte eller til det oppstår uakseptabel toksisitet. **Dosejustering ved bivirkninger:** Gradering basert på NCI-kriterier. **Ikke-infeksjons pneumonitt:** Grad 2: Vurder å avbryte behandlingen inntil symptomene forbedres til grad ≤ 1 . Start opp igjen behandlingen med 5 mg daglig. Seponer behandlingen ved manglende forbedring innen 4 uker. Grad 3: Avbryt behandlingen inntil symptomer forbedres til grad ≤ 1 . Vurder å starte opp igjen med 5 mg daglig. Dersom toksisitet av grad 3 gjenoppstår, vurder seponering. Grad 4: Seponer. **Stomatitt:** Grad 2: Avbryt behandlingen til forbedring til grad ≤ 1 . Start opp igjen med samme dose. Hvis stomatitt går tilbake til grad 2, avbryt behandlingen til forbedring til grad ≤ 1 . Start opp igjen med 5 mg daglig. Grad 3: Avbryt behandlingen til forbedring til grad ≤ 1 . Start opp igjen med 5 mg daglig. Grad 4: Seponer. **Andre ikke-hematologiske toksisiteter (unntatt metabolske hendelser):** Grad 2: Hvis toksisiteten er tolererbart er ingen dosejustering nødvendig. Hvis toksisiteten blir utolerbar, avbryt behandlingen til forbedring til grad ≤ 1 . Start opp igjen med samme dose. Hvis toksisiteten går tilbake til grad 2, avbryt behandlingen til forbedring til grad ≤ 1 . Start opp igjen med 5 mg daglig. Grad 3: Avbryt dosen midlertidig til forbedring til grad ≤ 1 . Vurder å starte opp igjen med 5 mg daglig. Dersom toksisitet av grad 3 gjenoppstår, må seponering vurderes. Grad 4: Seponer. **Metabolske hendelser (f.eks. hyperglykemi, dyslipidemi):** Grad 2: Ingen dosejustering er nødvendig. Grad 3: Avbryt behandlingen midlertidig. Start opp igjen med 5 mg daglig. Grad 4: Seponer. **Trombocytopeni:** Grad 2 (<75, $\geq 50 \times 10^9/liter$): Avbryt behandlingen til forbedring til grad ≤ 1 ($\geq 75 \times 10^9/liter$). Start opp igjen med samme dose. Grad 3 og 4 (<50 $\times 10^9/liter$): Avbryt behandlingen til forbedring til grad ≤ 1 . Start opp igjen med 5 mg daglig. **Nøyotropi:** Grad 2 ($\geq 1 \times 10^9/liter$): Ingen dosejustering er nødvendig. Grad 3 (<1, $\geq 0,5 \times 10^9/liter$): Avbryt behandlingen til forbedring til grad ≤ 2 . Start opp igjen med samme dose. Grad 4 (<0,5 $\times 10^9/liter$): Avbryt behandlingen til forbedring til grad ≤ 2 . Start opp igjen med 5 mg daglig. **Febril nøyotropi:** Grad 3: Avbryt behandlingen til forbedring til grad ≤ 2 ($\geq 1,25 \times 10^9/liter$) og ingen feber. Start opp igjen med 5 mg daglig. Grad 4: Seponer. **Spesielle pasientgrupper: Nedsatt leverfunksjon:** Lett nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» klasse A): Anbefalt dose er 7,5 mg daglig. Moderat nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» klasse B): Anbefalt dose er 5 mg daglig. Alvorlig nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» klasse C): Kun anbefalt dersom ønsket nytteveider er større enn risikoen. Dosen skal ikke overskrides 2,5 mg. Dosejustering dersom levertilstanden endres under behandling. **Nedsatt nyrefunksjon:** Dosejustering ikke nødvendig. **Barn:** Sikkerhet og effekt er ikke dokumentert. **Eldre >65 år:** Dosejustering ikke nødvendig. **Administrering:** Skal tas konsekvent med eller uten mat. Skal svelges hele med et glass vann. Skal ikke tygges. Skal ikke kveles. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av ingrediensene eller andre pampamycinderivater. **Forsiktighetsregler:** Tilfeller av ikke-infeksjons pneumonitt (inkl. interstitiell lungesykdom) er observert. Noen alvorlige og i sjeldne tilfeller med fatalt utfall. Diagnosen ikke-infeksjons pneumonitt bør vurderes ved uspesifikk respiratoriske symptomer som hypoksi, pleural effusjon, hoste eller dyspnoé, og der infeksjoner av neoplastiske eller andre ikke-medisinske årsaker er ekskludert. En ikke-infeksjons pneumonitt en differensialdiagnose, bør opportunistiske infeksjoner, som pneumocystis jirovecii (carinii) utelukkes. Ved utvikling av radiologiske endringer som tyder på ikke-infeksjons pneumonitt og få eller ingen symptomer, kan behandling fortsette uten dosejustering. Ved moderate (grad 2) eller alvorlige (grad 3) symptomer, kan bruk av kortikosteroider være indikert inntil kliniske symptomer forbedres. Everolimus kan predisponere for bakterie-, sopp-, virus- eller protozoainfeksjoner, inkl. infeksjoner med opportunistiske patogener. Lokale og systemiske infeksjoner, inkl. pneumoni, andre bakterielle infeksjoner, invasive sopplinfeeksjoner som aspergilliose, candida eller pneumocystis jirovecii (carinii)-pneumoni (PJP/PCP) og virusinfeksjoner inkl. reaktivering av hepatitt B-virus, er sett. Noen infeksjoner har vært alvorlige og i noen tilfeller fatale. Ved diagnostisering av en infeksjon må egnet behandling igangsettes umiddelbart, og pause eller seponering av everolimusbehandling vurderes. Pågående infeksjoner bør være ferdigbehandlet før everolimusbehandling igangsettes. Dersom invasiv systemisk sopplinfeeksjon diagnostiseres, bør everolimus umiddelbart seponeres permanent, og egnet antifungal behandling gis. Profylakse mot PJP/PCP bør vurderes ved samtidig bruk av kortikosteroider eller andre immunsuppressive midler, da det er rapportert tilfeller av PJP/PCP, inkl. fatale, som kan forbindes med samtidig bruk. Hypersensitivitetsreaksjoner er observert. Munnsår, stomatitt og oral mukositt er sett ved everolimusbehandling. Topikal behandling er da anbefalt. Munnavann som inneholder alkohol, peroksid, jod og tiaminderivater bør unngås da disse kan forverre tilstanden. Antifungale midler bør ikke brukes med mindre sopplinfeeksjon er diagnostisert. Økning av serumkreatinin, vanligvis svak, og proteinuri er rapportert. Måling av nyrefunksjon, inkl. måling av blod-urea-nitrogen (BUN), protein i urinen eller serumkreatinin anbefales før oppstart av behandling og deretter periodisk. Tilfeller av nyresvikt (inkl. akutt nyresvikt), noen med fatalt utfall, er observert. Nyrefunksjonen bør monitoreres, spesielt ved tilleggsfaktorer som øker risikoen for ytterligere nedsatt nyrefunksjon. Hyperglykemi er rapportert. Måling av fastende serumglukose anbefales før behandlingsoppstart og deretter periodisk. Hyppigere måling anbefales ved samtidig bruk av andre legemidler som kan inducere hyperglykemi. Hvis mulig bør optimal glykemisk kontroll oppnås før behandlingsoppstart. Dyslipidemi (inkl. hyperkolesterolemi og hypertriglyseridemi) er rapportert. Måling av blodkolesterol og triglyserider før oppstart, og deretter regelmessig, i tillegg til egnet medisinsk behandling, er anbefalt. Redusert hemoglobin, lymfocytter, nøytrofile granulocytter og blodplater er rapportert. Fullstendig blodtelling anbefales før oppstart av behandling og deretter periodisk. Everolimus bør ikke brukes ved sjelden arvelig galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. Forsiktighet bør utvises ved bruk av everolimus i perioden før og etter operasjon p.g. svekket sårhelning. Preparatet kan ha en liten eller moderat påvirkning på evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Pasienter bør informeres om å utvise forsiktighet ved bilkjøring eller bruk av maskiner dersom de opplever tretthet (fatigue). **Interaksjoner:** Everolimus er CYP 3A4-substrat og substrat og moderat hemmer av P-glykoprotein (PgP). Absorpsjon og eliminasjon kan bli påvirket av substanser som påvirker CYP 3A4 og/eller PgP. Samtidig behandling med everolimus og potente CYP 3A4- eller PgP-hemmere anbefales ikke. Forsiktighet må utvises når samtidig behandling med moderate CYP 3A4- eller PgP-hemmere ikke kan unngås. Dosereduksjon til 5 mg eller 2,5 mg daglig kan vurderes, men det foreligger ingen kliniske data med denne dosejusteringen. Nøye monitorering av bivirkninger er anbefalt. Hvis den moderate hemmeren seponeres, skal en utvaskingsperiode på minst 2-3 dager vurderes, før everolimusdosen endres tilbake til nivå før initiering av den moderate hemmeren. Kombinasjon med grapefruktjuice eller annen mat som påvirker CYP 3A4 eller PgP bør unngås. Samtidig bruk av potente CYP 3A4-induktorer bør unngås. Dersom samtidig administrering av everolimus og en potent CYP 3A4-induktor er nødvendig, bør doseøkning fra 10 mg daglig til 20 mg daglig vurderes med økning på ≤ 5 mg av gangen. Økningen bør skje på dag 4 og dag 8 etter initiering av induktor. Denne dosen er ventet å justere AUC til det området som er observert uten induktor. Det er imidlertid ingen kliniske data for denne dosejusteringen. Dersom behandling med induktor avsluttes, skal en utvaskingsperiode på minst 3-5 dager (rimelig tid for signifikant enzym de-induksjon) vurderes, før everolimusdosen endres tilbake til nivå før initiering av behandling med CYP 3A4-induktor. Preparater som inneholder jodhennert (prickperikum) bør ikke brukes under everolimusbehandling. Everolimus hemmer antageligvis intestinal CYP 3A4 og kan dermed påvirke biotilgjengeligheten av samtidig administrerte orale CYP 3A4- og/eller PgP-substrater. Forsiktighet bør utvises ved samtidig oral administrering av CYP 3A4-substrater med små terapeutisk vindu. En klinisk relevant effekt på eksponering av systemisk administrerte CYP 3A4-substrater forventes imidlertid ikke. Samtidig bruk med ACE-hemmere kan gi økt risiko for angioedem (f.eks. opphovning i luftveier eller tunge, med eller uten pustevansker). Bruk av levende vaksiner bør unngås. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Ikke anbefalt under graviditet. Sikkerhet ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Dyrestudier har vist reproduksjonstoksiske effekter, inkl. embryotoksitet og fototoksitet. Kvinner i fertil alder må bruke svært effektiv prevensjon under behandling, og i inntil 8 uker etter avsluttet behandling. Mannlige pasienter skal ikke forbyr å forsøke å gjøre en kvinne gravid. **Amming:** Overgang i morsmelk er ukjent. Svømmes i melk hos rotter. Skal ikke brukes under amming. **Fertilitet:** Ukjent om everolimus kan forårsake sterilitet. Amenoré (sekundær amenoré og andre menstruasjonsforstyrrelser) og assosiert ubalanse i LH/FSH er observert hos kvinnelige pasienter. Basert på ikke-kliniske funn kan mannlige og kvinnelige fertilitet reduseres ved everolimusbehandling. **Bivirkninger:** Svært vanlige ($\geq 1/10$): Blod/lymfef: Anemi. Gastrointestinale: Stomatitt, diaré, kvalme. Hud: Utslett, pruritus. Infeksjoner: Infeksjoner. Luftveier: Pneumonitt, epistakse. Neurologiske: Dysgeusi, hodepine. Stoffskifte/emærning: Nedsatt appetitt, hyperglykemi, hyperkolesterolemi. Undersøkelser: Vektreduksjon. Øvrige: Utmattelse (fatigue), asteni, perifert ødem. **Vanlige ($\geq 1/100$ til $<1/10$):** Blod/lymfef: Trombocytopeni, nøyotropi, leukopeni, lymfopeni. Gastrointestinale: Oppkast, munntørrhet, magesmerter, inflammasjon i slimhinne, smerter i munnen, dyspepsi, dysfagi. Hjerne/kar: Blødninger, hypertensjon. Hud: Tørr hud, neglsykdommer, mild alopeci, akne, erytem, onychoclasia, hånd- og føttsykdom, hudavskalling, hudlesjoner. Kjønnsorganer/bryst: Menstruasjonsforstyrrelser. Lever/galle: Økt ASAT, økt ALAT. Luftveier: Hoste, dyspnoé. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi. Nyre/urinveier: Proteinuri, økt blodkreatinin, nyresvikt. Psykiske: Insomni. Stoffskifte/emærning: Hypertriglyseridemi, hypofosfatemi, diabetes mellitus, hyperlipidemi, hypokalemi, dehydrering, hypokalsemi. Øye: Hevelse i øyelokket. Øvrige: Pyreksi. **Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $<1/100$):** Blod/lymfef: Pancytopeni. Hjerne/kar: Kongestiv hjertesvikt, røde, dyp venetrombose. Immunsystemet: Hypersensitivitet. Kjønnsorganer/bryst: Amenoré. Luftveier: Hemoptyse, lungeemboli. Neurologiske: Ageusi. Nyre/urinveier: Økt urinering på dagtid, akutt nyresvikt. Øye: Konjunktivitt. Øvrige: Ikke-kardiale brystmerter. **Sjeldne ($\geq 1/10\ 000$ til $<1/1000$):** Blod/lymfef: Erytroplasi. Hud: Angioedem. Luftveier: Akutt lungesyktsyndrom. Øvrige: Svekket sårhelning. **Overdosering/Forgiftning:** Begrensede data tilgjengelig. Støttende tiltak bør igangsettes. Se Giftinformasjonens anbefalinger for everolimus LD44 A18 side 2. **Egenskaper:** Klassifisering: Proteinkinasehemmer. **Virkningsmekanisme:** Bindes til det intracellulære proteinet FKBP-12 og danner et kompleks som hemmer aktiviteten av mTOR-kompleks-1 (mTORC1). Dette reduserer aktiviteten til S6 ribosomal proteinkinase (S6K1) og eukaryot ølengeringsfaktor 4E-bindingsprotein (4EBP-1), og påvirker dermed translasjon av proteiner involvert i cellesykklus, angiogenese og glykolyse. S6K1 antas å fosforilere «activation function domain 1» på elongeringsreseptorer, som er ansvarlig for ligandavhengig reseptoraktivering. Nivået av vaskulær endotelial vekstfaktor (VEGF) som potensiører angiogene prosesser i tumoren reduseres. **Absorpsjon:** Maks. plasmakonsentrasjon oppnås 1-2 timer etter inntak. Steady state nås innen 2 uker. Fettrikt måltid reduserer AUC og C_{max} med hhv. 22% og 54%. Lette fettmåltid reduserer AUC med 32% og C_{max} med 42%. **Proteinbinding:** Ca. 74%. **Fordeling:** Blod/plasma-ratio er konsentrasjonsavhengig og varierer fra 17-73% i doseringsområdet 5-5000 ng/ml. Distribusjonsvolum: 191 liter i sentralt kompartiment og 517 liter i perifert kompartiment. **Halveringstid:** Ca. 30 timer. **Metabolisme:** Everolimus er substrat for CYP 3A4 og PgP, men metabolittene bidrar trolig ikke signifikant til den totale farmakologiske aktiviteten. **Utskillelse:** 80% via feces, 5% via urin. **Pakninger og priser:** 2,5 mg: 30 stk. (blister) 14702,70. 5 mg: 30 stk. (blister) 24007,30. 10 mg: 30 stk. (blister) 33366,10. **Refusjon:** L01X E10 1

Refusjonskode:

ICPC	Vilkår nr	ICD	Vilkår nr
X76 Ondartet svulst bryst (K)	9	C50 Ondartet svulst i bryst	9

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

Sist endret: 26.01.2015 (SPC godkjent 16.12.2014)

Referanser:

1. Everolimus Plus Exemestane as First-Line Therapy in HR+, HER2- Advanced Breast Cancer in BOLERO-2. Beck J, Hortobagyi G, Campone M, et al. Breast Cancer Res Treat. 2013; DOI:10.1007/s10549-013-2814-5

NYHET!

Afinitor[®] på blå resept



(14456) arell.no

Foto: Bård Ek

NO1412278701

Gi enda flere pasienter med metastatisk brystkreft 15 måneder PFS*

Afinitor[®] gir 15 måneder utsettelse til progresjon* ved behandling rett etter første progresjon på NSAI.¹

Nå kan du forskrive Afinitor[®] på blå resept.

Afinitor[®] er inkludert i Nasjonalt handlingsprogram for brystkreft, så vel som NBCGs retningslinjer ved metastatisk brystkreft.[#]

Refusjonsberettiget bruk: Avansert hormonreseptorpositiv, HER2/neu-negativ brystkreft, i kombinasjon med eksemestan, hos postmenopausale kvinner uten symptomatisk visceral sykdom, etter tilbakefall eller progresjon med en ikke-steroid aromatasehemmer.

Refusjonskoder:

ICPC			ICD		
Kode	Tekst	Vilkår	Kode	Tekst	Vilkår
X76	Ondartet svulst i bryst (K)	9	C50	Ondartet svulst i bryst	9

Vilkår:

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

* Mot 4,2 måneder med eksemestan alene.

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-diagnostikk-behandling-og-oppfolging-av-pasienter-med-brystkreft/Sider/default.aspx>



Bli medlem i Forum for Kreftsykepleie

Forum for Kreftsykepleie er en av Norsk Sykepleierforbunds faggrupper, og har som formål å spre kunnskap om utviklingen av kreftsykepleie til sykepleiere. Forum for kreftsykepleie har 17 lokalgrupper spredt over hele landet og samarbeider med nasjonale og internasjonale organisasjoner. Les mer om oss på www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/kreftsykepleiere

Medlemsfordeler

- Du vil kunne søke stipendmidler som tildeles kreftsykepleiere fra interne og eksterne fond for deltakelse på seminarer og konferanser.
- Du vil få rabatt på Norsk konferanse i kreftsykepleie som FKS arrangerer hvert 2. år.
- Deltakelse i lokalgruppe av FKS.
- Du får tilsendt «Kreftsykepleie».

Kontingenter

- Individuelt medlemskap kr 300,- per år (kun for medlemmer av NSF).
- Individuelt abonnement: Ikke medlemmer av NSF kr 300,- per år. Pensjonister kr 150,- per år.
- Høgskoler og helseinstitusjoner kr 500,- pr år
- Firma kr 800,- per år.

Hvem kan bli medlem?

- Sykepleiere som arbeider med kreftpasienter, eller som er interessert i kreftsykepleie og er medlemmer av NSF.
- Medlemskap oppnås ved å betale kontingent.
- Sykepleiere som ikke er medlemmer av NSF kan tegne abonnement på tidsskriftet Kreftsykepleie.
- Sykepleierhøgskoler, helseinstitusjoner og firma kan også tegne abonnement på tidsskriftet «Kreftsykepleie».

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