



Kreftsykepleie

NR. 3-2012 • ÅRGANG 28

TIDSSKRIFT FOR KREFTSYKEPLEIERE



Kreftsykepleiere på Radiumhospitalet:

– **Viktig å følge opp
polikliniske pasienter**

Sykepleien

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

ANSVARLIG UTGIVER
NSFs Faggruppe Forum for Kreftsykepleie
v/leder Britt Ingunn Wee Sævig
www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/kreftsykepleiere

REDAKTØR
Marte Wolden
Tlf 95 04 61 21
marte.wolden@gmail.com

REDAKSJONSUTVALG
Marte Wolden, Åse Grøthe og Signe Øverland

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

ANNONSEANSVARLIG
Sissel Hynne Moås
tlf. jobb 74 09 84 24, mob 90 89 48 27
sissel.moaas@hnt.no

HJEMMESIDE:
www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/kreftsykepleiere

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

DESKJOURNALIST
Johan Alvik
Tlf. 92 60 87 06
johan.alvik@sykepleien.no

LAYOUT
Hilde Rebård Evensen
hilde.rebaard.evensen@sykepleien.no

Nina Hauge
nina.hauge@sykepleien.no

Sissel Hagen Vetter
sissel.vetter@sykepleien.no

TRYKK: Color Print A/S

FORSIDEFOTO:
Johan Alvik

Signerte artikler står for forfatterens egen regning og ansvar.

ANNONSEPRISER

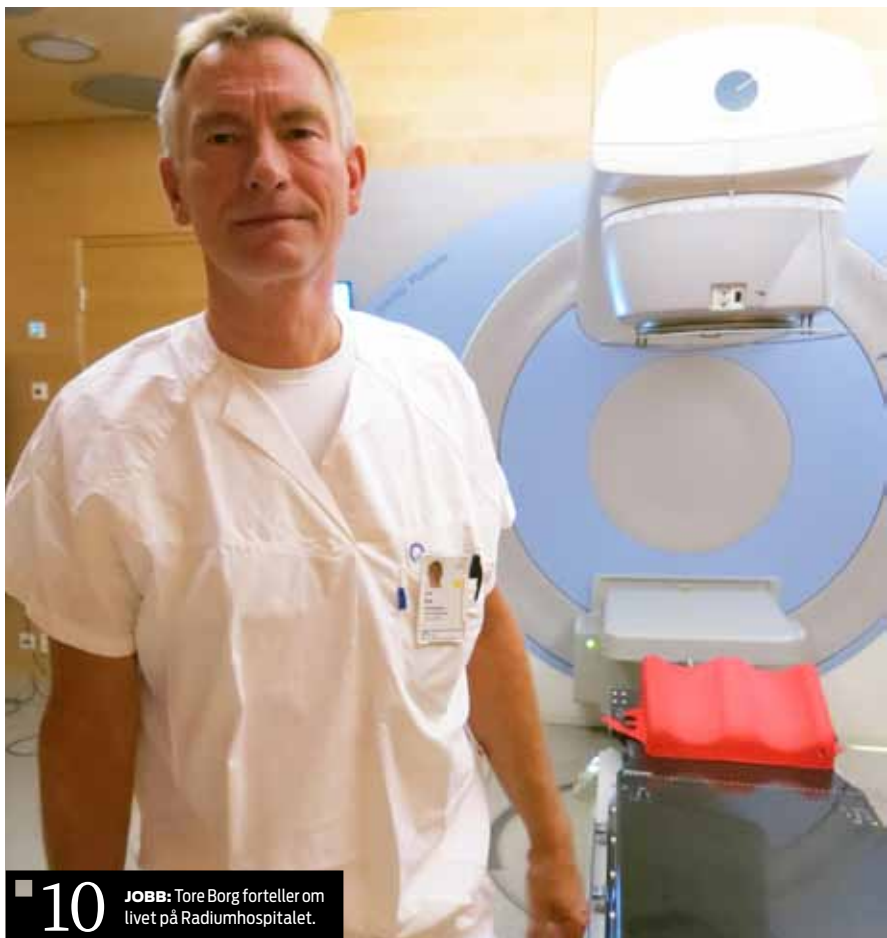
Størrelse	Enkeltann	Årsavtale*
1 1/2 side farge	kr. 12 000	kr. 35 000
1/1 side farge	kr. 8 000	kr. 25 000
1/2 side farge	kr. 6 000	kr. 15 000
1/4 side farge	kr. 4 000	kr. 10 000

* Årsavtale gjelder for 4 utgivelser.
Kontaktperson annonser: Sissel Hynne Moås, e-post: sissel.moaas@hnt.no

NESTE UTGAVE:
6. desember 2012



■ **18** **VIDEREUTDANNING:**
Er skolene oppdatert?



■ **10** **JOB:** Tore Borg forteller om livet på Radiumhospitalet.



«Stor spenning er knyttet til den nye nasjonale strategien på kreftområdet.»

Leder FKS Britt Ingunn Wee Sævig, s. 7



24

GRØNTOMRÅDER: Betydningen av natur for pasienter.

Innhold

NR. 3-2012 • ÅRGANG 28

- **4** Styremedlemmer i Forum for kreftsykepleie
- **5** **LEDER:** Redaktør Marte Wolden
- **6** Søk stipend
- **7** **LEDER:** Britt Ingunn Wee Sævig
- **10** Poliklinisk arbeid på Radiumhospitalet
- **16** Lokallagsledere
- **18** Hva gjør utdanningene for å følge utviklingen?
- **24** Hva betyr parker og utsikt for pasienter?
- **36** Bli medlem

FASTE SPALTER

- **8** Smånytt
- **15** Bokomtaler
- **32** **TILBAKEBLIKK:** Kvinnelig sykehusprest
- **33** På plakaten

LES PÅ NETT

På Sykepleien.no kan du lese denne og tidligere utgaver av *Kreftsykepleie*, samt flere andre faggrupperblad. Du finner dem under Faggrupperblad arkiv.

NYHET

Zytiga® abiraterone acetate

Janssen introduserer ZYTIGA®, den første

selektive androgen biosyntesehemmeren...

...Ved metastasert kastrasjonsresistent prostatakreft (mCRPC) kan selv lave konsentrasjoner av androgen øke tumorvekst. 1-6

C Zytiga Janssen- CYP 17-hemmer. TABLETTER 200 mg... Doseering: 1000 mg som 1 daglig enkeltdose... Forsikringsregler: For bruk av forsikring ved kreftdiagnose...

Referanse: de Bono et al. N Engl J Med. 2013; 369: 627-35... Janssen-Cilag AS Postboks 144, NO-1325 Lysaker, Norway



STYRET

Styremedlemmer i Forum for kreftsykepleie

LEDER Britt Ingunn Wee Sævig Bøneshøien 130, 5154 Bønnes T: 99 24 86 15 britt.ingunn.saevig@krefthforeningen.no

Kristin.bergum@tromso.kommune.no Jobbdag: Ørneveien 6, 9016 Tromsø

NESTLEDER OG STIPENDANSVARLIG Lillian Rolfsen Grønsund Lyngvn 16, 4400 Flekkefjord T: 41 69 58 92 lillian@norgespost.no

REDAKSJONSVALG OG LOKALLAGSKONTAKT Åse Grøthe Ø. stadionv 76, 5161 Laksevåg T: 99 29 53 18 / J: 55 97 93 89

WEBANSVARLIG OG MEDLEMSLISTEANSVARLIG Synøve Revling Holm Skonhovdvn 275, 2827 Hundedalen T: 61 17 23 86 / J: 45 21 44 31 sy-holm@online.no

KASSERER Mona Grytten Ulternkammen 16, 0380 Oslo T: 98 80 72 56 / J: 22 93 40 27 monagrytten@gmail.com

VAREMEDLEM: Nordisk kontakt og annonsemedansvarlig Ellen Rosseland Hansen Stenrødveien 2B, 1784 Halden T: 41 61 17 93 ellen.rosseland.hansen@halden.kommune

SEKRETÆR OG ANNONSEANSVARLIG Sissel Hynne Moås Holanvn 3, 7620 Skogn T: 90 89 48 27 / J: 74 09 84 24 sissel.moas@ntebb.no

VAREMEDLEM OG REDAKSJONSUTVALG Signe Øverland Gauselkneien 43, 4032 Stavanger T: 48 10 59 96 signeoverland@gmail.com

REDAKTIV TIDSSKRIFT Marte Wolden Biskop Sigurdsgt 6, 7042 Trondheim T: 95 04 61 21 marte.wolden@gmail.com

VAREMEDLEM, KURS OG KONFERANSEKONTAKT Bente Aasheim Heidsalsveien 2688, 2676 Heidal T: 99 77 86 47 baasheim@hotmail.com

LOKALLAGSKONTAKT Kristin Bergum Losveien 7, 9014 Tromsø T: 46 94 90 29



REDAKTØR:
Marte Wolden

Et helsevesen i endring

Ny høst, nye muligheter, nye utfordringer! Dette kan fort høres ut som en utslitt frase, men er det ikke akkurat slik det er? Etter endt sommerferie har vi gjerne opparbeidet oss nytt mot, nye tanker, nye krefter og kanskje laget oss noen nye målsetninger. Jeg har ofte tenkt at det nye året egentlig starter på høsten, ikke i januar slik kalenderen vil ha det til.

Nå sitter du med Kreftsykepleie nr. 3 2012 i hånda, og jeg håper du finner det interessant og verd å lese. Vi ønsker å vie de to siste nummer av Kreftsykepleie i år til artikler, refleksjoner, innlegg og erfaringer rundt og fra et helsevesen i endring, et helsevesen med færre sykehussenger og økt poliklinisk kreftbehandling. Et helsevesen der samhandlingsreformen fra april 2010 etter hvert har begynt å sette sine fotavtrykk. En helsereform som lovpålegger kommuner og helseforetak å samarbeide om å tilby et best mulig helsetilbud til den enkelte pasient. En reform som løfter fram viktigheten av forebyggende arbeid, habilitering og rehabilitering i helsevesenet.

Hvordan fungerer det i dag? Hvilke konsekvenser har den «nye» helsehverdagen for kreftpasienter og pårørende? Og hva slags rolle har sykepleieren oppe i dette? Har innholdet i vår arbeidshverdag endret seg? Henger vi med? Har vi nok kunnskap om alt som skjer? Har vi utarbeidet gode nok verktøy og systemer? Prioriterer vi riktig? Greier vi å fange opp kreftpasientenes behov slik at vi kan støtte og hjelpe dem gjennom sykdom og behandling nå når de tilbringer mindre tid på sykehus og mer tid hjemme? Er vi der vi skal være?

Jeg tror dette er noen av mange spørsmål vi må stille oss om og om igjen. Og jeg tror det er viktig og nyttig at vi deler våre erfaringer med hverandre kontinuerlig. Ingenting er konstant, vårt helsevesen er stadig i bevegelse.

Tidsskriftet Kreftsykepleie ønsker å bidra til at kreftsykepleierens viktige tilstedeværelse og funksjon i pasientens sykdom- og behandlingsforløp blir synlig og tydelig. I dette nummeret kan du blant annet lese en artikkel fra Radiumhospitalet der to kreftsykepleiere forteller om sine arbeidsoppgaver, erfaringer og selvstendige funksjon i poliklinisk kreftbehandling. Gjennom sine mange møter med kreftpasienter og pårørende representerer de også på flere måter pasientenes stemmer.

Vi har også utfordret videreutdanningene i kreftsykepleie til å si noe om hvordan videreutdanningen eventuelt må tilpasse seg innholdsmessig og organisatorisk for å bidra til at framtidens kreftsykepleier er mest mulig kompetent til å møte de nye utfordringene.

Nye sykehusrom, arkitektur og bygninger utgjør også en del av de stadige endringene i helsevesenet. Vi synes det er flott å kunne tilby dere Ingunn Eikelands artikkel om et studie som tar for seg betydningen av natur i et sykehusmiljø knyttet opp mot kreftbehandling.

God høst! Og god lesning!

Marte Wolden
ANSVARLIG REDAKTØR

Søk stipend

Ønsker du å fordype deg faglig?
I så fall kan du være heldig å få stipend av NSF's FKS i 2013.

Stipend/prosjektmidler å kr. 10 000

Stipendet er øremerket faglig fordypning eller utvikling/gjennomføring av prosjekt som skal utvikle kreftomsorgen. Gjelder ikke støtte til dekning av utgifter i forbindelse med studier.

Vilkår:

- NSF's FKS medlem i 2 år.
- Prosjektbeskrivelse.
- Søknad er fullstendig utfylt og postlagt innen tidsfrist.
- Sluttrapport.
- Presentasjon i tidsskriftet «Kreftsykepleie».

Søknadsfrist 15. desember 2012

Stipend å kr. 4000

Stipend til deltakelse på konferanser/seminar innen tema kreftomsorg.

Vilkår:

- NSF's FKS medlem i 2 år.
- Ikke mottatt NSF's FKS stipend ved de siste 2 års tildelinger.
- Søknad er fullstendig utfylt og postlagt innen tidsfrist.

- En kort oppsummering i etterkant av konferanse/seminar sendes styret v/ stipendansvarlig.

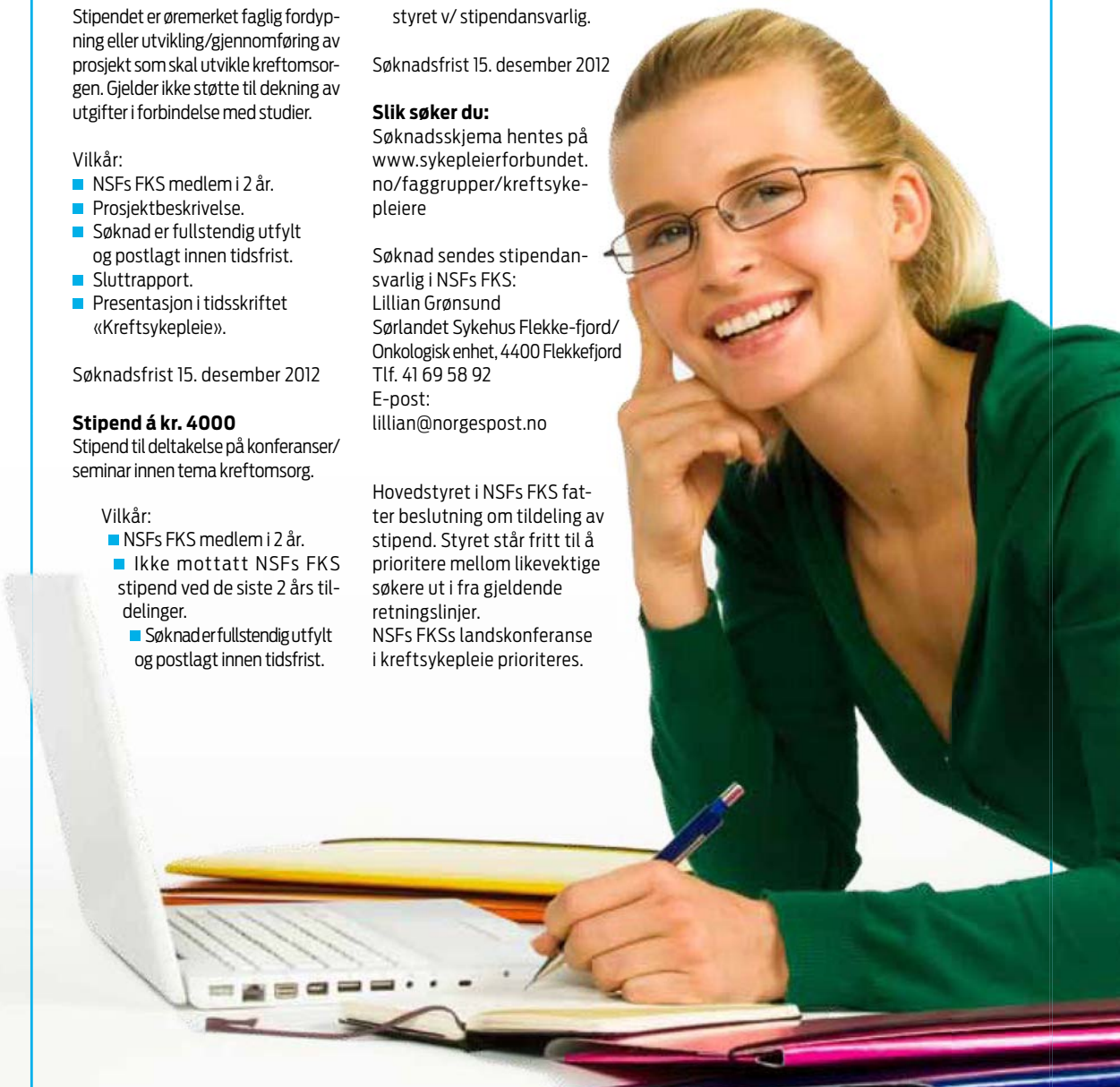
Søknadsfrist 15. desember 2012

Slik søker du:

Søknadsskjema hentes på www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/kreftsykepleiere

Søknad sendes stipendansvarlig i NSF's FKS:
Lillian Grønsund
Sørlandet Sykehus Flekke-fjord/
Onkologisk enhet, 4400 Flekkefjord
Tlf. 41 69 58 92
E-post:
lillian@norgespost.no

Hovedstyret i NSF's FKS fatter beslutning om tildeling av stipend. Styret står fritt til å prioritere mellom likevektige søkere ut i fra gjeldende retningslinjer. NSF's FKSs landskonferanse i kreftsykepleie prioriteres.





LEDER:
Britt Ingunn Wee Sævig

Ny nasjonal strategi

Det er tidlig høst når dette tidsskriftet kommer ut - sommeren 2012 er snart historie. Været er vel det som har vært diskutert mest denne sommeren, og om ikke alle har fått anledning til å nyte sol og varme, så håper jeg at dere har fått nyte annerledes dager og fått påfyll av hvile og krefter. Stor spenning er knyttet til den nye nasjonale strategien på kreftområdet 2013 til 2017. I løpet av våren og sommeren har det vært nedsatt skrivegrupper som har tatt for seg de ulike områder innen strategien og det er planlagt at strategien skal presenteres for offentligheten i løpet av høsten 2012.

Som leder av FKS får jeg anledning til å delta på møte i referansegruppen for dette arbeidet og får komme med innspill til strategien underveis. Referansegruppen er bredt sammensatt fra de ulike fag- og brukerområdene innen kreftfaget. Målet med en slik strategi er at den blir et overordnet strategisk dokument, som skal gi en pekepinn på hvilke hovedutfordringer en står overfor innen kreftområdet og som samtidig danner grunnlag og retning for kreftarbeidet i de fem neste årene.

I tillegg til god behandling og oppfølging når en person får kreft, skal strategien også bidra til å legge til grunn samhandlingsreformens intensjoner om en større innsats innen forebygging. I et pasientforløp er det viktig at pasienten står i sentrum og at brukermedvirkning er førende i dette forløpet. Som kreftsykepleiere er vi viktige fagpersoner i et slikt pasientforløp, og jeg tror det blir enda mer viktig at vi som faggruppe løfter frem vår profesjon og gjør den tydelig.

I FKS sin handlingsplan 2012 til 2014 er hovedmålet at vi som gruppe skal bidra til økt samhandling mellom de ulike nivåene i helsetjenesten for å bedre kvaliteten på tilbudet til kreftpasienter og deres pårørende. På nettsiden <https://www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/kreftsykepleiere> vil dere finne hele handlingsplanen. Jeg vil oppfordre dere til å lese gjennom den slik at den blir mer enn et dokument som vi i styret har utarbeidet. Og vi er alltid glade for tilbakemeldinger og innspill, sammen er vi sterke!

Foruten den «12. landskonferansen i utfordringer ved livets slutt» og «NSFs jubileumskonferanse» i Oslo nå i september, ser jeg frem til å møte 15 lokallagsledere på felles samling denne måneden. Med så mange ledere samlet, håper jeg vi sammen skal få to flotte dager hvor det foruten et godt, sammensatt fagprogram, også blir satt av tid til erfaringsutveksling som igjen kommer dere i lokallaget til gode.

Synliggjøring av arbeidet som gjøres av kreftsykepleiere på lokalt plan i sykehus og kommune, er den viktigste påvirkning vi som faggruppe har overfor arbeidsgivere og myndigheter. Ikke minst med tanke på den nye strategien det nå jobbes med, blir det å fremme hvert enkelt menneskes behov gjennom tøffe måneder og år med sykdom som pasient eller pårørende, av stor betydning.

Ha en fin høst!

Britt Ingunn Wee Sævig

LEDER FKS



Mammografi redder liv

Mammografiprogrammet reduserer risikoen for å dø av brystkreft. Det er konklusjonen i en nylig publisert studie som viser at dødeligheten av brystkreft falt med 11 prosent i fylkene der Mammografiprogrammet i Norge startet i 1996. Undersøkelsen er utført av forskere i Norge og Danmark som en del av den offentlige evalueringen av Mammografiprogrammet.

Kilde: Krefregisteret

Kan CT øke kreftrisiko?

Barn og unge anses å være mer utsatt for helseskader fra stråling enn voksne. Krefregisteret skal derfor undersøke om barn under 20 år som har gjennomgått CT-undersøkelser er mer utsatt for å få leukemi, annen kreftsykdom eller andre negative helseeffekter.

Undersøkelsen er en del av en europeisk studie av 1,1 millioner mennesker i samme aldersgruppe. Resultatene kan bidra til å gjøre CT-undersøkelser enda tryggere ved å optimalisere stråledoser.

Kilde: Krefregisteret.no

SMÅNYTT

Mindfulness hjelper kreftsyke

Mindfulnessmetoder kan lindre angst og depresjon hos kreftpasienter. Det viser en studie publisert av danske forskere. De har funnet dokumentasjon for at yoga, meditasjonsøvelser og andre psykologiske teknikker kan hjelpe kreftsyke til å få tankene vekk fra de bekymringene og spekulasjonene som gjør dem triste og redde.

– Studien viser at mindfulness er en effektiv måte å behandle angst og depresjon blant kreftsyke. Behandling med mindfulness halverte antallet deprimerede pasienter, sier Bobby Zachariae.

Zachariae er professor ved kreftavdelingen ved Aar-



hus universitetssykehus og er en av forskerne som står bak metastudien. Forskerne mener at resultatene er så sikre og behandlingen så enkel at vi i fremtiden sannsynligvis vil se mindfulness som en del av kreftbehandlingen på sykehus.

Kilde: Forskning.no

«Man må dele sin lykke for å multiplisere den.» Marie von Ebner-Eschenbach, forfatter

Snusere blir røykere



Unge snusbrukere har økt risiko for å begynne å røyke, viser en studie fra Folkehelseinstituttet. Gutter som brukte kun snus som 16-åring hadde en økt risiko for å være kombinasjonsbrukere av røyk og snus som 19-åring. Den økte risikoen gjaldt kombinasjonen av snus daglig og røyk av og til, men ikke omvendt. Jenter var ikke med i undersøkelsen.

Kilde: Folkehelseinstituttet/fhi.no

Får anorektikere sjeldnere kreft?

Dyr har mindre risiko for å få kreft hvis de spiser mindre enn normalt. Nå vil den danske forskeren og humanbiologen Lene Mellekjær finne ut om det samme gjelder for mennesker. Hun skal gjøre dette ved å undersøke forekomsten av kreft blant 30 000 mennesker som alle har vært så syke av anoreksi at de i løpet av de siste 40 årene har vært innlagt på sykehus. Hun skal sammenligne anoreksipasientene med en kontrollgruppe. Dermed kan hun se om anorektikere får sjeldnere kreft.

Kilde: Forskning.no

Én av sju har HPV

Foreløpige resulater fra en undersøkelse blant 17-årige jenter viser at HPV-infeksjon er svært vanlig. For første gang er det blitt samlet inn urinprøver for å se på HPV blant unge jenter i Norge. Foreløpige resultater viser at 1 av 7, omtrent 15 prosent, er positive for én eller flere HPV-typer i urin. Blant de hyppigste typene er HPV16, 42, 18, 90 og 51. HPV-infeksjon kan føre til forstadier til livmorhalskreft eller livmorhalskreft.

Kilde: Dagensmedisin.no

En halv milliard er fete



Det blir stadig flere overvektige i verden, viser WHO's helse rapport for 2012. En halv milliard mennesker i verden er fete, og det tilsvarer 12 prosent av verdens befolkning. Forekomsten av overvekt er i høyest i Nord- og Sør-Amerika, der 26 prosent av den voksne befolkningen har for mye fett på kroppen. Færrest overvektige er det i Sørøst-Asia, der kun tre prosent av de voksne er overvektige. Flere kvinner enn menn er overvektige, og de har dermed høyere risiko for å utvikle diabetes, hjertesykdom og kreft. Kilde: Fysioterapeuten

Tekst Johan Alvik Foto Colourbox

Tester gurkemeie mot kreft

Forskere skal nå undersøke om curcumin, som finnes i krydderet gurkemeie, kan øke følsomheten kreftceller har for cellegift. Ifølge forskerne er dette spennende ettersom det kan innebære at pasienter kan få lavere cellegiftdoser og færre bivirkninger. Studien foregår ved et sykehus i Leicester i England, og 40 pasienter som skal gjennom cellegiftbehandling, skal delta i studien. Gurkemeie inneholder 3-5 prosent curcumin. Forskningen er på et tidlig stadium, og forskerne vil undersøke potensielle fordeler og mulige bivirkninger.

Kilde: Norsk helseinformatikk/nhi.no



Råd fra unge

Hvordan kan vi få et helsetilbud som er bedre tilpasset unge? I mai i år ble visjonen for unges helse frem mot 2020 lansert av Unge funksjonshemmede. Visjonen er samlet i et dokument som illustrerer de utfordringene unge møter i helsetilbudet. Dokumentet inneholder mange råd. Her er noen:

- Det bør årlig publiseres statusrapporter om unges helse.
- Skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom må styrkes.
- Det bør opprettes egne ungdoms-avdelinger på tvers av diagnoser.
- Unge bør ved fylte 15 år få tilsendt skriftlig informasjon om helserettigheter.
- Spesialisthelsetjenesten bør etablere polikliniske tilbud på ettermiddag- og kveldstid, slik at ytterligere skolefravær unngås for utsatte grupper.

- Brukerutvalg ved sykehus må også inkludere ungdom.
- Pasientjournal og individuell plan bør gjøres tilgjengelig via nett.

Dokumentet kan lastes ned på oslo-universitetssykehus.no
Kilde: oslo-universitetssykehus.no



Åse Myklebostad og Tore Borg på Radium – Viktig å være tilgjengelig

– Det blir mange telefonsamtaler, sier kreftsykepleier Åse Myklebostad, som deler ut visittkortet sitt til pasientene. Her forteller hun og kollega Tore Borg om sine erfaringer med poliklinisk behandling.

Tekst Marte Wolden Foto Johan Alvik og Oslo universitetssykehus

Radiumhospitalet er et sykehus høyspesialisert på kreftsykdommer og er en del av Oslo Universitetssykehus HF. Radiumhospitalet består i dag av et sykehus for kreftbehandling, Institutt for kreftforskning og Kreftregisteret. Jeg tok turen til Radiumhospitalet for å snakke med to kreftsykepleiere med lang fartstid innenfor kreftbehandling.



«Det skal være en lav terskel for å ta kontakt.» Åse Myklebostad

Jeg spurte dem om deres arbeidshverdag – om utfordringer og muligheter i forbindelse med økt poliklinisk behandling.

Lymfopoliklinikken

Kreftsykepleier Åse Myklebostad har jobbet med lymfompasienter i mange år på ulike avdelinger. I dag er hun ansatt som kreftsykepleier på lymfopoliklinikk. Lymfompasienter behandles og følges opp ved flere enheter på Radiumhospitalet; ved sengepost, dagenhet, infusjonseenhet, poliklinikk og stråleenheten.

Lymfopoliklinikken har cirka 80 pasienter til legekonsultasjoner i uka.

– Pasientene kommer hit i flere faser av sykdomsforløpet og mange er unge, sier Åse Myklebostad.

Hun forteller at de har pasienter som kommer til utredning, residiver med ny behandling, responseevaluering og evaluering etter endt behandlingsforløp. I tillegg er det pasienter som følges opp med jevnlig kontroll etter behandling.

– I den senere tid er det også mer fokus på langtidsbivirkninger og problemer etter kreftbehandling. Fatigue er et

stort problem for mange etter behandling for lymfekreft. I utgangspunktet får de fleste lymfompasienter behandling med et kurativt siktemål bortsett fra lavgradige Non-Hodgkin lymfomer som er saktevoksende og en sykdom pasientene må leve med. Andre lymfomer er meget hissig og pasienten trenger rask og intensiv behandling med kjemoterapi. Av lymfomer er det mange ulike undergrupper med forskjellig behandlingsopplegg som det er viktig at vi kjenner til i møte med den enkelte pasient, sier Åse Myklebostad

– Hva er din viktigste rolle i dette?

– Jeg forsøker å være med inn på legekonsultasjonen til nye pasienter som skal starte behandling, og når det

er pasienter med spesielle behov og de som er i en palliativ situasjon. Da får jeg den samme informasjon om sykdom og behandling som pasienten har fått – og kan følge opp med samtale ut ifra den enkeltes situasjon. Jeg snakker med pasienten og pårørende om blant annet det å ha fått en kreftdiagnose, behandlingen, konsekvenser for familieliv og jobb. Jeg forsøker spesielt å prioritere unge pasienter, barnefamilier – og eldre mennesker uten særlig nettverk, sier Myklebostad.

Pasientene møter mange forskjellige fagpersoner i behandlingsforløpet, og Myklebostad mener at dette kan være en stor utfordring for pasienten.

– Noen utredes her på lymfopoliklinikken, noen utredes på dagenheten og noen legges inn på sengepost. Det kommer an på hvilken lymfomdiagnose det er snakk om og hvilken behandling den enkelte skal ha. Behandling gis på avdelingen, infusjonseenheten, lokalsykehuset og eventuelt på stråleterapiavdelingen.

Det er hele tiden nye fagpersoner å forholde seg til, så det er viktig at pasienten får en fast kontaktperson som kan bedre opplevelsen av kontinuitet. Og her kan jeg bidra, sier hun.

– Har pasientene en egen pasientansvarlig sykepleier eller primærsykepleier gjennom hele forløpet?

hospitalet: gelig for pasientene



JOBBER POLIKLINISK: – Det er bare de aller sykeste pasientene som blir lagt inn, forteller kreftsykepleierne Åse Myklebostad og Tore Borg ved Radiumhospitalet.

– Dette fungerer ikke godt nok. De som utredes her hos oss opprettholder jeg og min kollega kontakten med gjennom hele forløpet. Da fungerer vi som deres pasientansvarlige sykepleiere. Jeg prøver ellers å sørge for at pasienter som utredes på dagenheten får visittkortet mitt, slik at de har navnet på en kreftsykepleier de kan kontakte – med fagkunnskap og erfaring på nettopp deres sykdom. Jeg tror dette er spesielt viktig i en poliklinisk behandlingshverdag – da pasientene er mye overlatt til seg selv i hjemmet, med eller uten pårørende. For pasientene er det en ny ukjent hverdag og det vil alltid dukke opp bekymringer og spørsmål underveis i behandlingen. Jeg ønsker å formidle at det skal være en lav terskel for å ta kontakt, så det er ofte mange telefonsamtaler. Visittkortet med navn og telefonnummer er et enkelt – men viktig verktøy i jobben min, sier Åse Myklebostad.

Gjennom samarbeidet med legene og samtaler med pasient og pårørende er Åse opptatt av å fange opp om pasienten har spesielle behov som krever at andre yrkesgrupper involveres. På poliklinikken er praksisen at alle unge pasienter og barnefamilier henvises til sosionom. Andre aktuelle yrkesgrupper i teamet rundt pasienten kan være psykolog, psykiater, fysioterapeut, ernæringsfysiolog og sexolog. Kreftsykepleier har en viktig funksjon i å koordinere helsetilbudet til pasienten. Dette omfatter også samarbeid med primærhelsetjenesten.

– *Henviser dere pasientene til kreftsykepleier eller andre i hjemkommunen?*

– Ja, når det er behov for det. Det er mest aktuelt for pasienter som er innlagt



RADIUMHOSPITALET: Sykehuset i Oslo har flere spesialpoliklinikker og tar i mot pasienter fra hele landet. Foto: Oslo universitetssykehus

og får tøffe og langvarige kurer der vi ser mye neutrophen feber og infeksjoner mellom behandlingene. Men en kontaktperson i kommunehelsetjenesten kan selvsagt også være aktuelt for andre, kanskje spesielt for eldre pasienter som synes det er mye å passe på og følge opp selv i behandlingsforløpet, særlig de med lite nettverk. Mange pårørende tar mye ansvar – og kan oppleve dette som en stor belastning, så behovet for kontakt i kommunen må vurderes i hvert enkelt tilfelle. Når det gjelder barnefamilier så hender det at jeg selv også tar kontakt med skole eller barnehage via helsesøster – der foreldrene ikke makter å følge dette opp selv.

Åse opplever at hun og hennes kreftsykepleierkollega på poliklinikken utgjør en forskjell for pasientene og forteller at de får mange positive tilbakemeldinger fra pasienter i etterkant som er taknem-

melige for at de har vært der fra første stund. Informasjon, kontinuitet, støtte og tilgjengelighet er etterspurt av pasientene, og kreftsykepleier på poliklinikken bidrar til å etterkomme dette. Åse presiserer også at en viktig del av jobben hennes er å hjelpe pasienten til å møte hverdagen etter behandling.

– Jeg tilstreber å få til en rehabiliteringssamtale med pasienten når behandlingen avsluttes. Da snakker vi om den påkjenningen de har vært gjennom, at det er naturlig å være slitne, og at det er naturlig at familieliv og samliv er satt på prøve. Vi snakker om at det er viktig å jobbe seg gradvis tilbake til hverdagen og ikke forvente at kreftene kommer tilbake med engang. Jeg oppfordrer alle våre pasienter til å benytte seg av et rehabiliteringstilbud. Det er ikke så lett å være overlatt til seg selv når både kroppen og

følelsene er slitne. Jeg forsøker å kartlegge hvilket tilbud som kan være nyttigst for den enkelte. Det er ikke alltid lett å finne fram blant alle tilbudene på egen hånd, sier Myklebostad.

– Er det mange rehabiliteringstilbud for lymfompasientene?

– Vi har et dagrehabiliteringstilbud for lymfompasienter ved Vardesenteret, som heter «Raskere-tilbake». Vi har fått positive tilbakemeldinger på dette. Vardesenteret har også flere andre tilbud som vi benytter oss av. Mange lymfompasienter sliter med fatigue etter behandling og Vardesenteret har egne kurs om denne problematikken, samt kurs i mindfulness, ernæring med mer. Jeg opplever at Vardesenteret er et flott og nyttig supplement i rehabiliteringstilbud. Haugelandsenteret i Flekke har et eget rehabiliteringssenter for



ungdom – og hit prøver vi å kanalisere de unge pasientene. Så har vi Stavern og Cato-senteret. Det er mange tilbud etter hvert, og behovene er så ulike, sier Myklebostad.

Hun forteller at pasientene setter pris på å få informasjon om rehabilitering.

– Det er mange som har sagt til meg i etterkant at de har vært kjempeglad for denne rehabiliteringssamtalen. De skjønnte ikke der og da hvor viktig det var, da de var i en slags «lykkerus» over at et langt sykdoms- og behandlingsforløp var avsluttet. Men etterpå – i møtet med hverdagen har de skjønnet at det har vært nødvendig og nyttig med veiledning og noen mestringsstrategier å støtte seg til.

– *Hva tenker du er den største konsekvensen for pasientene med økt poliklinisering?*

– Pasientene er mye mer hjemme enn tidligere, og det er først og fremst positivt! Men det innebærer også en økt belastning på familie- og samliv. Derfor er en lav terskel for å kunne ta kontakt med en fagperson svært viktig. Det gir økt trygghet. Når pasienten får et problem eller bekymring kan han kontakte meg før problemene vokser seg altfor store. Siden vi jobber dagtid – og innenfor faste åpningstider – er muligheten der for å være tilgjengelig for pasienten.

Tore Borg på stråleterapi

I den nye luftige delen av Kreftklinikken ved Radiumhospitalet finner vi stråleterapiavdelingen, en stor enhet med 11 strålebehandlingsapparater i drift, samt to brakyterapistasjoner. Her møter jeg kreftsykepleier og leder Tore Borg som er en av flere kreftsykepleiere som har sin stilling fast tilknyttet stråleterapiavdelingen, en avdeling som i stor grad er organisert i behandlingsteam bestående av lege, stråleterapeut og kreftsykepleier. Bakgrunnen for denne organiseringen er å sikre kvaliteten i oppfølging av strålepasienter i en behandlingshverdag bestående av stadig økende poliklinisering.

– Hvis vi ser historisk på det, så lå jo flesteparten av de pasientene som i dag går poliklinisk til strålebehandling innlagt



«Det er bare de aller, aller sykeste som blir innlagt.»

Tore Borg

på sengepost. Tidligere trodde man at disse pasientene trengte å være innlagt under behandling, men så har på en måte pasientenes reelle behov kommet tydeligere fram. I dag er det vel et sted mellom 90 og 100 prosent av pasientene som går poliklinisk. Det er bare de aller, aller sykeste som blir innlagt. Selv øre-nese-hals-pasienter og CNS-pasienter med krevende behandlingsopplegg med mye bivirkninger ønsker å bo hjemme. Mange av pasientene vet man av erfaring

vil komme til å ha behov for sykepleie underveis i behandling – både instrumentell sykepleie og støtte og veiledning. Og da må jo kreftsykepleieren befinne seg der pasientene er til behandling, sier Tore Borg.

– *Hvordan har dere organisert dette?*

– Vi har laget en «sykeleierpool» som er blitt større for hvert år, fordi vi ser at behovet for sykepleie øker. 80-90 prosent er kreftsykepleiere, og alle er erfarne sykepleiere. Det vi ellers har gjort er at vi har inndelt oss i diagnosegrupper. Jeg jobber i utgangspunktet bare med urologiske pasienter – og har spesialkompetanse på det. Vi ser helt klart at den spisskompetanse en har på diagnosene er viktig for pasientenes trygghet. Alle som kommer hit og skal starte strålebehandling får et vitsett kort med navn og telefonnummer til kreftsykepleier med kompetanse på hans diagnose, sammen med informasjon om at dette er din kontakt under hele behandlingsopplegget, sier Tore Borg.

Han legger til:

– Helsevesenet er ofte uoversiktlig. Og det å skulle ringe til Oslo Universitetssykehus i dag uten å ha en bestemt person du skal til, det kan man bare glemme. Så pasientene setter stor pris på dette.

– *Er dere med på legekonsultasjonen hos nyhenviste pasienter som skal starte behandling?*

– På enkelte diagnosegrupper er man det. Det er hele tiden en vurdering. Situasjonene er ulike. Har du for eksempel en ung CNS-pasient med små barn, vil det absolutt være nødvendig. Mens jeg som jobber med urologiske pasienter er sjelden med inn til legen, siden jeg kjenner godt til innholdet i legekonsultasjonen. Legene og jeg har ellers helt klare retningslinjer for hva de snakker med pasienten om og hva som er min oppgave i forhold til dette. Informasjon om strålebehandling,



FØLGER OPP: – På poliklinikken er det utarbeidet bedre system og retningslinjer for hva pasientene har krav på, enn det vi tidligere hadde på sengepost, sier kreftsykepleier Tore Borg.

forholdsregler og bivirkninger, er i stor grad min oppgave. Ellers er det jo også avgjørende at legen informerer sykepleier om spesielle behov, sier Borg.

– Og når behandlingen har startet – har dere da faste sykepleiekonsultasjoner, eller er det mye *ad hoc*?

– Begge deler. Mye *ad hoc*-arbeid, selvsagt, noe som også lar seg gjøre siden vi har kontorene våre i selve stråleterapiavdelingen og er lett tilgjengelige. Hyppigheten av rutinemessige sykepleiekonsultasjoner varierer med diagnosen, men vi ser helt klart en utvikling med færre og færre legekonsultasjoner og flere selvstendige sykepleiekonsultasjoner. Kreftsykepleierne overtar mer og mer av tradisjonelle legeoppgaver ved oppfølging av strålepatienter. I tillegg til støtte og informasjon følger vi for eksempel opp strålefelt, bivirkninger og blodprøver. Alt dette skjer selvsagt i et tett samarbeid med stråleterapeutene. Stråleterapeuten møter pasienten hver dag, og der han tidligere kanskje henviste pasienten til lege ved ulike problemstillinger «siler» i dag kreftsykepleierne cirka 80-90 prosent av disse henvendelsene. Kompetansen hos kreftsykepleierne er høy, men vi er selvsagt avhengig av at alle yrkesgruppene stoler på hverandres kompetanse hele

veien. Vi jobber ellers stadig med å sette opp helt klare retningslinjer for hyppighet og innhold i de faste sykepleiekonsultasjonene på de enkelte diagnosegrupper, sier Tore Borg.

– Sykepleiekonsultasjoner på poliklinikk generer i dag penger. Dette er nytt, og mange sykepleiere synes det er uvant. Noen har følt for å «unnskyld» seg overfor pasientene. Men i dag ser en at for de aller fleste pasientene representerer ikke dette noe problem. En helsearbeider er en helsearbeider for pasienten, sier han.

Behovet for sykepleie under strålebehandling varierer veldig, og Tore Borg forteller at dette ikke bare er diagnoseavhengig, men at folk har individuelle behov. Noen pasienter ser ikke kreftsykepleieren overhodet i behandlingsforløpet, mens andre trenger sykepleie ukentlig, noen kanskje til og med hver dag.

– Helsevesenet er såpass stort og utilgjengelig i dag, så det å få det «personifisert» ved en erfaren kreftsykepleier opplever pasienten som godt. Det handler jo selvsagt veldig mye om emosjonell støtte. Da vi skulle lage funksjonsbeskrivelse for kreftsykepleier på strålepoliklinikken gikk vi til kompetansemålsettingen slik den er beskrevet for videreutdanning i kreftsykepleie på

Høyskolen i Oslo og klypte og limte derfra. Så du kan si – det man utdanner kreftsykepleiere til i dag, det er det vi driver med her. Vi hjelper pasienten til å komme seg gjennom behandlingen og de konsekvenser den medfører. Og vi hjelper dem til klare seg på egen hånd. Det handler om best mulig livskvalitet i den tiden de går i strålebehandling, sier Borg.

Tore Borg påpeker at framtidens kreftsykepleiere i stor grad kommer til å jobbe poliklinisk – eller i primærhelsetjenesten. Dette innebærer mye selvstendig arbeid og krever høy faglig kompetanse.

– Viktigheten av fagkunnskap og det å kjenne sykdoms- og behandlingsforløp på en bestemt diagnose ut og inn kan jeg ikke få understreket nok. I tillegg til høy generell kompetanse på kreft bør framtidens kreftsykepleiere spesialisere seg på enkelte områder. Jeg er derfor svært positiv til utviklingen innenfor utdanningsinstitusjonene der det mer og mer legges opp til at kreftsykepleierutdanningen blir en del av eller bygges ut til en mastergrad. Dette gir mulighet til økt spisskompetanse på enkelte felt innenfor onkologien, sier han.

– Hva er den største konsekvensen for pasientene med økt poliklinisering?

– Jeg mener bestemt at oppfølging av og informasjon til den pasientgruppen jeg jobber med på ingen måter ha blitt noe dårligere. Tvert i mot. Her på poliklinikk er det utarbeidet bedre system og retningslinjer for hva pasientene har krav på enn det vi tidligere hadde på sengepost. Og dessuten så ønsker jo pasientene i stor grad å være hjemme. Men – det er jo selvsagt også mange utfordringer. Samarbeidet mellom de ulike yrkesgruppene må fungere, slik at vi er sikre på at vi fanger opp spesielle behov, risikopasienter og så videre. I tillegg ligger det en sårbarhet i at vi er få kreftsykepleiere. Hvis noen av kreftsykepleierne blir syke, får pasientene et dårligere tilbud. Men målet vårt i slike situasjoner er at alle pasienter skal ha blitt informert om at det jobber kreftsykepleiere her som er tilgjengelig hvis de har behov for hjelp og støtte. ■

Aktuelle bøker



Tekst Johan Alvik Omslagsfoto Forlagene

BOKOMTALE



Alternativ behandling

Boken beskriver ulike former for alternativ og komplementær behandling av kreftsykdommer. Den kan være aktuell for deg som er interessert i alternativ behandling og for sykepleiere som ønsker å få et innblikk i hva kreftpasienter blir tilbudt av alternativ behandling. Boken tar opp temaer som hvilke lover som berører dette feltet, en del om skolemedisins holdninger og hva som tilbys av alternativ og komplementær behandling.

Kreft og alternativ behandling, Gyldendal Akademisk

BOKOMTALE



Rehabilitering ved KOLS

Dette er en innføringsbok i lungerehabilitering slik den praktiseres ved KOLS. Forfatteren gir en bred presentasjon av KOLS både som lunge- og indremedisinsk sykdom. Tidlig diagnostisering, forebygging og behandling omtales spesielt, og boka viser rehabilitering av andre alvorlige lungesykdommer, samt de viktigste behandlingstiltakene ved alvorlig KOLS og lungesvikt.

- Sentrale spørsmål i boka er:
- Hvem får KOLS og hvor alvorlig er sykdommen?
 - Hvordan differensiere KOLS fra andre lungesykdommer?
 - Hvordan kan KOLS og alvorlig lungesvikt behandles?

Boka er skrevet for leger og annet helsepersonell, men er nyttig også for personer som selv lider av KOLS.

Lungerehabilitering, Cappelen Damm Akademisk

BOKOMTALE



Om å være syk

Professor Per Fugelli deler sine tanker og erfaringer som syk, og utfordrer leseren om tause og ladete emner. Dypest sett handler det om hvordan både mennesket og samfunnet kan tjene på et ærligere samliv med døden.

Utdrag fra boka:

«Når nettene blir lange og dagene tomme, tar jeg fram følehorn, blyant og papir og skriver om den verden jeg er i her og nå: På rom 501, i cellegiftstolen, i MR-maskinen, i gynekologisk leie med kikkert i rompa. Jeg er på feltarbeid i sykerollen, i helsetjenesten, i dødsjonen - ikke som forsker, men som et søkende menneske på jorden.»

Døden, skal vi danse? Universitetsforlaget

BOKOMTALE



Familiesentrert sykepleie

Denne boken fokuserer på sykepleierens funksjon overfor syke barn og deres familie, på familiesentrert sykepleie.

Boken er et samarbeid mellom tre forfattere. Barne-sykepleier og lektor Anne Wennick har skrevet om sykepleie til barn med ulike symptomer. Psykolog Hanna Friis Steen har skrevet om utviklingspsykologiske aspekter som er av betydning når barn er syke. Sykepleier, dr.polit. og l. amanuensis Sidsel Tveiten har skrevet generelt om sykepleiefaglige, pedagogiske og etiske aspekter ved sykepleie til barn og om sykepleierens pedagogiske funksjon i samhandling med barnet og familien.

Sykepleie til barn, Gyldendal Akademisk

Lokallagsledere i Forum for kreftsykepleie

TROMS

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

NORDLAND avd. Bodø/Salten

Gry Hege Bøch
Gry-hege.bech@nlsh.no
Tlf. 47 31 21 42

NORDLAND avd. Helgeland

Sølvi Hall
Helgelandssykehuset Rana
solvi.hall@rasyk.nln.no
Tlf. 75 12 52 96 / 75 12 53 93

MØRE OG ROMSDAL Sunnmøre

Tanja Yvonne Alme
Hjemmesykepleien Sula kommune
loevg@online.no

SØR-TRØNDELAG

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

NORD-TRØNDELAG

Anne Lise Olsen
Olsen-dama@hotmail.com
Tlf. 90 54 32 36

MØRE OG ROMSDAL

Kristiansund
Laila Merethe Andersen
Laila.andersen@neasonline.no
Tlf. 71 12 22 87 / 99260071

ROGALAND

Elise Beth Baardsen
else.beth.baardsen@eiger-
sund.kommune.no
Tlf. arbeid 51464280 / mobil 93452864

HORDALAND

Grethe Skorpen Iversen
Sunniva senter for lindrende behandling
Grethe.Skorpen.Iversen@iharaldsplass.no
Tlf. arbeid 55 97 94 00

VESTFOLD

Karin Sjøe
Sykehuset Vestfold
Karin.sjoe@sviv.no
Tlf. 48 04 20 34

TELEMARK

Anne Torill Tufta
Palliativ enhet Sykehuset Telemark
Anne.torill.tufta@sthf.no

AGDER

Pia Sætra
Pia.satra@sshf.no

BUSKERUD

Dora Hafnor
Austjord Behandlingscenter
dora.hafnor@ringrike.kommune.no
Tlf. 41 45 66 34

OPPLAND OG HEDMARK

Grete Nyeggen Leonardsen
Kreftenheten Sl Gjøvik
Grete.leonardsen@sykehuset-innlandet.no

SOGN OG FJORDANE

Torill Tyssse Sælen
Kreftpoliklinikken
torill.tyssse.selen@helse-forde.no
Tlf. arbeid 57 83 93 24 / privat 57 82 26 67
99 20 50 57

ØSTFOLD

Asborg Dammen
Kreftkoordinator Moss kommune
Asborg.Dammen@moss.kommune.no
Tlf. arbeid 95 07 83 24 / privat 91 56 61 73

OSLO OG AKERSHUS

Eva Mari Alvestad Harboe
Radiumhospitalet
evamarialvestad@hotmail.com
Tlf. 22 93 53 37/mobil 92 06 97 07

SIG-stamcelle-/ benmargstransplantasjon

Julia Vogel
Radiumhospitalet
julia.vogel@radiumhospitalet.no
Tlf. arbeid 22 93 43 37/mobil 93 40 56 55

SIG-barn og ungdom

Britt Ingunn Wee Sævig
Kreftforeningen
Distriktavdeling Vestlandet
Strandgaten 62
5004 Bergen
BrittIngunn.Saevig@kreftforeningen.no
Tlf. 99 24 86 15

A Instanyl «Nycomed Pharma»

Opioidanalgetikum.

ACT-no: NO2A B03

T NESESPRAY, oppløsning 50 µg/dose, 100 µg/dose og 200 µg/dose: Hver dose inneholder: Fentanylisitat tilsv. fentanyl 50 µg, resp. 100 µg og 200 µg, natriumdihydrogenfosfatdihydrat, dinatriumfosfatdihydrat, renset vann. **Indikasjoner:** Behandling av gjennombruddssmerter hos voksne som allerede får vedlikeholdsbehandling med opioider for kroniske cancersmerter. Gjennombruddsmerte er en kortvarig forverring av smerte som oppstår hvor en ellers vedvarende smerte er kontrollert. Pasienter som får vedlikeholdsbehandling med opioider defineres som de som får enten minst 60 mg morfin oralt daglig, minst 25 mikrogram/time fentanyl transdermal, minst 30 mg oksykodon daglig, minst 8 mg hydromorfon oralt daglig eller ekvivalenstet dose av andre opioider i én uke eller lenger.

Dosering: Behandling skal initieres og gjennomføres under oppsyn av lege med erfaring i opioidbehandling av kreftpasienter. Dosen skal titreres og pasienten følges nøye under titreringsprosessen. **Dosetitering:** Før titrering bør den bakenforliggende vedvarende smerten være kontrollert med opioidbehandling, og gjennombruddsmerteepisodene ikke overskride 4 pr. dag. Startdose: 50 µg i ett nesebør, titreres oppover om nødvendig. Ved utlittrekkelig smertelindring, kan tilsvarende dose gis i det andre nesebøret, tidligst 10 minutter. Hver titrering (dosestyrke) bør vurderes ved flere episoder. Vedlikeholdsdose: Når dosen er fastslått, skal pasienten fortsette med denne dosen. Dersom smertelindringen er utlittrekkelig kan en ny dose med samme styrke tas tidligst etter 10 minutter. Maks. daglig dose: Høyst 2 doser med 10 minutters mellomrom ved inntil 4 episoder. Det bør være minst 4 timer mellom behandling av en ny episode, både under dosetitering og vedlikeholdsbehandling. **Dosejustering:** Ved flere etterfølgende episoder med gjennombruddssmerter, som krever >1 dose, bør vedlikeholdsdosen økes. Dosejustering av den bakenforliggende opioidbehandling kan være nødvendig dersom pasienten stadig har >4 episoder pr. døgn. Dersom bivirkningene ikke er tolererbare eller er vedvarende, skal styrken reduseres eller behandling erstattes med andre analgetika. **Seponering:** Dersom pasienten ikke lenger opplever episoder med gjennombruddssmerter, bør behandlingen seponeres umiddelbart. Bakenforliggende smertebehandling beholdes som forskrevet. Seponering av all opioidbehandling skal alltid skje gradvis for å unngå abstinensproblemer. **Barn og ungdom <18 år:** Sikkerhet og effekt ikke fastslått pga. utilitrekkelige data. **Eldre:** Forsiktighet utvises da eldre ofte trenger titrering til en lavere effektiv dose enn pasienter <65 år. **Spesielle pasientgrupper:** Gis med forsiktighet til pasienter med moderat til alvorlig nedsatt lever- og nyrefunksjon. **Administrering:** Nasal bruk. Det anbefales at pasientens hode holdes rett opp ved administrering.

Kontraindikasjoner: Kjent overfølsomhet for noen av innholdstoffene. Bruk hos opioidnaive pasienter. Alvorlig respirasjonsdepresjon eller alvorlige obstruktive lungesykdommer. Tidligere radioterapi i ansiktet. Tilbakevendende episoder med neseblødning.

Forsiktighetsregler: Respirasjonsdepresjon kan forekomme. Pasienten må observeres for slike effekter. Ved kronisk opioidbehandling utvikles toleranse og risikoen for respirasjonsdepresjon er derfor redusert. Ved kronisk obstruktiv lungesykdom kan fentanyl redusere respirasjonskraften og øke luftveisstanden. Skal gis med forsiktighet ved moderat til alvorlig nedsatt lever- og nyrefunksjon. Skal brukes med forsiktighet ved tegn på økt intrakranielt trykk, nedsatt bevissthet, koma, cerebral tumor eller hodeskade. Kan forårsake bradykardi og skal derfor gis med forsiktighet til pasienter med bradykardi. Opioider kan forårsake hypotoni, økt trykkløst og skal derfor brukes med forsiktighet. Dersom tilbakevendende episoder med neseblødning eller ubehag i nesen forekommer, skal alternativt behandlingsform overveies. Toleranse og avhengighet kan utvikles ved gjentatt bruk. Iatrogen avhengighet ved terapeutisk bruk er imidlertid sjelden ved behandling av kreftsmerte. Seponeringssymptomer kan behandles ved å gi legemidler med opioid antagonistaktivitet eller analgetika som er blandet agonist/antagonist. Ved oppstart med Instanyl, skal det vurderes alternative administreringsformer for andre intranasale legemidler som gis samtidig.

Interaksjoner: Anbefales ikke til pasienter som har fått MAO-hemmere de siste 14 dagene fordi alvorlig og uforutsigbar potensiering av MAO-hemmere er rapportert. Metaboliseres hovedsakelig via CYP 3A4. Samtidig bruk av kraftige CYP 3A4-hemmere (f.eks. ritonavir, ketokonazol, itraconazol, toleandomycin, klaritromycin og nelfinavir) eller moderate CYP 3A4-hemmere (f.eks. amprevanir, aprepitant, diltiazem, erytromycin, flukonazol, fosamprenavir og verapamil), kan potensielt forårsake fatal respirasjonsdepresjon. Pasienter som samtidig får moderate eller kraftige CYP 3A4-hemmere, skal følges nøye i en lengre tidsperiode. Doseøkning skal gjøres med forsiktighet. Samtidig bruk av oksymetazolin intranasalt reduserer maks. plasmakonsentrasjon av fentanyl med ca. 50%, mens tid til C_{max} (T_{max}) er doblet. Samtidig bruk av slimhinneavsvellende midler bør unngås. Samtidig bruk av andre CNS-depressiver, inkl. andre opioider, sedativa eller hypnotika, generelle anestetika, fentanziner, beroligende midler, muskelrelaksantia, sederende antihistaminer og alkohol, kan gi additiv depresjonseffekt. Samtidig bruk av partielle opioidagonister-/antagonister (f.eks. buprenorfin, nalbupin, pentazocin) anbefales ikke.

Graviditet/Amming: Overgang i placenta: Utilitrekkelige data ved bruk hos gravide. Skal ikke brukes under graviditet, hvis ikke strengt nødvendig. **Overgang i morsmelk:** Utskilles i morsmelk og kan forårsake sedasjon og respirasjonsdepresjon hos det diende barnet. Fentanyl skal bare brukes av ammende dersom den potensielle risikoen både for mor og barn.

Bivirkninger: Typiske opioide bivirkninger kan forventes. De alvorligste bivirkningene er respirasjonsdepresjon (som kan føre til apné eller respirasjonsstans), sirkulasjonsdepresjon, hypotensjon og sjokk. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Kvalme, brekninger. Hjerte/kar: Rødme, hetetokter. Hud: Hyperhidrose. Luftveier: Irritasjon i svelget. Neurologiske: Døsighet, svimmelhet, hodepine. Øre: Vertigo. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Obstipasjon, stomatitt, munntørhet. Hjerte/kar: Hypotensjon. Hud: Smertor i huden, pruritus. Luftveier: Respirasjonsdepresjon, epistaksis, sår i nesen, rhinoré. Neurologiske: Sedasjon, myoklonus, parestesi, dysgeusi. Psykiske: Avhengighet, insomni. Øre: Reisesyke. Øvrige: Feber. **Ukjent:** Hallusinasjon.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Respirasjonsdepresjon er mest alvorlig. Andre symptomer kan være hypotermi, nedsatt muskeltonus, bradykardi og hypotoni. Hovedsymptomene på intoksikasjon er dypt sedasjon, ataksi, miose, kramper og respirasjonsdepresjon. **Behandling:** Stimuler pasienten. Antidot er spesifikke opioidantagonister som naloxon. Effekten av overdoseringen kan være lengre enn effekten av antidoten. Gjenta injeksjoner kan være nødvendig. Se Giftinformasjonsanbefalingen NO2A B03 side d.

Egenskaper: Klassifisering: Opioidanalgetikum. Fenylipeperidinderivat. **Virkningsmekanisme:** Interagerer primært med den opioide µ-reseptoren, som er en ren agonist med lav affinitet for δ- og κ-opioide reseptorer. **Absorpsjon:** Fentanyl er i høy grad lipofilt. Absorberes svært raskt gjennom nese slimhinnen. Biotilgjengelighet er ca. 89%. Maks. serumkonsentrasjon (0,35–1,2 ng/ml) nås ca. 12–15 minutter etter administrering av enkelt-doser på 50–200 µg/dose til opioidtolerante cancerpasienter. **Proteinbinding:** Ca. 80%. **Fordeling:** Distribueres raskt til hjernen, hjerte, lunger, nyrer og milt, fulgt av en langsommere redistribusjon til muskler og fett. **Halveringstid:** Ca. 3–4 timer hos cancerpasienter. **Metabolisme:** Primært i leveren via CYP 3A4. **Utskillelse:** Ca. 75% utskilles i urinen, mest som inaktive metabolitter, <10% uforandret. Ca. 9% finnes i gjenfinner i feces, primært som metabolitter.

Pakninger og priser (pr. 10. oktober 2011):

Endosebeholder ml/spraypumpe, 6 doser: 50 µg/dose: kr 467,00. 100 µg/dose: kr 533,80. 200 µg/dose: kr 539,10.

Glasseflaske ml/dosepumpe: 50 µg/dose: 10 doser kr 746,60. 20 doser kr 1445,70. 40 doser kr 2843,90. 100 µg/dose: 10 doser kr 858,10. 20 doser kr 1668,60. 40 doser kr 3289,70. 200 µg/dose: 10 doser kr 866,80. 20 doser kr 1686,20. 40 doser kr 3324,80.

Refusjon: Refusjonsberettiget bruk: Palliativ behandling i livets sluttfase. Refusjonskode: §2, Kode-90: Vilkår 136.

R111551-1/10535

Intranasal fentanyl SPRAY
INSTANYL



Nyhet

Nå også som endose



Nycomed: a Takeda Company

Hva gjør utdanninge å henge med i utvikli

Helsevesenet og kreftomsorgen er i endring. Hvordan klarer utdanningen av kreftsykepleiere å følge med på den raske utviklingen? Vi stilte spørsmålet til ansvarlige ved tre høgskoler.

Betanien diakonale høgskole:

I takt med samfunnets utvikling

Av Marie Kvamme Mæland, førstelektor, Elin Overaa Eriksen, høgskolelektor, Anneline Røsland, instituttleder (rektor fra 1.august 2012)

Videreutdanning i Kreftsykepleie ved Betanien diakonale høgskole ble etablert i 1996. Utdanningen er rammeplanbelagt, utgjør 60 studiepoeng og omfattes av 12 ukers klinisk praksis. Studentene kan gjennomføre studiet på heltid over ett år eller deltid over to år. Studiet favner hele livsløpet. Målsettingen er at studentene ved endt studium har tilegnet seg kunnskaper, ferdigheter og forståelse for pasienter som kan helbredes, som lever med kreftsykdom eller som dør av sin kreftsykdom.

Oppdatert undervisning

Helt fra planleggingen av videreutdanningen tidlig på 90-tallet og frem til i dag har det blitt lagt vekt på å drive en videreutdanning som til en hver tid er i takt med samfunnets utvikling og behov for klinisk kreftkompetanse. Vitenskapelig ansatte på studiet har god formal- og realkompetanse innen fagfeltet. Dessuten har vi tett kontakt med praksisfeltet. Leger ved Kreftavdelingen og ved medisinske og kirurgiske avdelinger ved Haukeland Universitetssykehus, samt leger ved Kompetansesenter i lindrende behandling,

Helseregion Vest, bidrar i betydelig grad med oppdatert undervisning i sykdomslære, kreftbehandling og palliativ behandling. Andre fagpersoner som jobber innen kreftomsorg bidrar også med oppdatert viten; som kreftsykepleiere, fysioterapeuter, psykolog, sosionom, musikkterapeut. For å sikre kvalitet i utdanningen, som et ledd i fagplanarbeid og for å sikre at innholdet i studiet svarer til fagfeltets og arbeidsgiveres kompetansebehov, søker vi et godt samarbeid med helseforetak og kommuner i Stor-Bergen. Ressursråd avvikles årlig med representanter fra Den norske kreftforening, kreftavdelingen ved Haukeland Universitetssykehus, Kompetansesenter i lindrende behandling, Helse Vest, Sunniva senter for lindrende behandling, Haraldsplass diakonale sykehus, Bergen Røde Kors sykehjem og etat for hjemmesykepleie i Askøy og Bergen kommune. I tillegg møter også brukerrepresentant.

Fokus på helhet

Samhandlingsformen, Rett behandling - på rett sted - til rett tid (Meld. 47, 2008-2009) peker på at helsetjenester til

nå har hatt for lite fokus på forebygging og helsemessing og for stort fokus på behandling og senkomplikasjoner. Det skal derfor fremover fokuseres mer på et helhetlig pasientforløp og pasientmedbestemmelse hvor spesialisthelsetjenesten skal styrke sin spesialistkompetanse, samtidig som kommunehelsetjenesten skal ha mer fokus på pasientens funksjonsnivå og mestringssevne. En målsetting er å oppnå riktiger oppgavefordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Det trengs da medarbeidere med bedre evne til å kommunisere og samarbeide på tvers av nivåer og sektorer. I utdanningen skal vi forholde oss til disse utfordringene som både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten står overfor.

Som en følge av samhandlingsreformen vil pasienter som innlegges i sykehus bli raskere utskrevet til hjemmet. Det blir derfor fremover økt behov for sykepleiere med kreftkompetanse innen hjemmebasert omsorg. Kreftforeningen har i denne sammenheng tatt initiativ til å opprette kreftkoordinatorer i kommunene. En kreftkoordinator skal hjelpe pasienter og pårørende lokalt til å få oversikt over

ne for ngen?

■ Viktige tiltak Betanien

- Forelesere med god kompetanse.
- Samarbeid med helseforetak.
- God praksis.
- Opplæring i hjemmebasert omsorg.
- Studentene får erfaring i å undervise.
- Trener opp kommunikasjonsferdigheter.
- Studietur til utlandet.
- Fordypning i sykepleie til barn og unge i 2013.

tilbudene i kommunen, veilede og være en støttespiller. Ved videreutdanningen har en tatt høyde for denne utviklingen. Alle studenter skal ha klinisk praksis på kreftavdelinger og erfaring med cytostatikabehandling og stråleterapi. Vi vektlegger også at studenter som har erfaring fra 3.linjetjeneste i løpet av utdanningen får erfaring ved et praksissted i 1.linjetjeneste (hjemmesykepleie) for å få et bredest mulig innblikk i og forståelse for hvilken behandling som tilbys kreftpasienter i dagens helsevesen. Moderne kreftbehandling skjer i større grad ved dagkirurgiske enheter og poliklinikker. En del av våre studenter får derfor praksis ved poliklinikker, noe som har vært godt evaluert av studenter og ledelse ved de ulike avdelingene.

Ny Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven) trådte i kraft 1.januar 2011. I denne loven får kommunene et større systemansvar for implementering av individuell plan (IP). For å sikre at kreftsykepleiestudentene ved endt utdanning har god kjennskap til bruk av IP er utarbeidelse av en anonymisert IP innført som et studiekrav.



Da pasienter utskrives raskere fra institusjon til hjemmet enn tidligere, er behovet økt for veiledning og undervisning til pasienter og deres pårørende i løpet av et kort institusjonsopphold. For å følge denne utvikling har vi innført relevante studiekrav i utdanningen som skal forberede studentene på hva som forventes av dem i dagens helsevesen. Et eksempel er at studentene gruppevis utarbeider et undervisningsopplegg til pasienter og pårørende. Opplegget er et samarbeid mellom videreutdanningen og Kreftsenter for opplæring og rehabilitering / Pusteroommet (KOR) som har lokaler i Avdeling for kreftbehandling og medisinsk fysikk, Haukeland Universitetssykehus. Temaene skal være diagnoseuavhengig for at de skal passe flest mulig. Studentene har undervisning for hverandre på høgskolen og får tilbakemelding av medstudenter og lærer på innhold og fremføring. I løpet av første praksisperiode gjennomfører studentene denne undervisningen for pasienter og pårørende ved HUS. Studentene får på denne måten trening i å undervise reelle pasienter og pårørende, noe både studenter, pasienter og ansatte ved KOR har evaluert positivt.

Når utviklingen i helsevesenet fører til at pasienter har kortere liggetid i

institusjon, er det også avgjørende at det gis omsorg i de korte møter. Studentene trenes på kommunikasjonsferdigheter. Gruppevis får studentene i oppgave å fremføre et rollespill på bakgrunn av en pasientsituasjon i praksis. Studentene skal her anvende kunnskaper om kommunikasjon som de har tilegnet seg i løpet av studiet. Avsatt tid til trening i gruppen for fremlegg sees på som viktig. Manus for rollespillet innleveres. Rollespill fremføres og filmes. Det blir i etterkant vist i plenum, og gruppen får tilbakemelding fra medstudenter og lærere.

Evnen til etisk refleksjon vektlegges gjennom undervisning og gruppearbeid, men også ved at studentene obligatorisk møter i veiledningsgrupper hvor en reflekterer over erfaringer den enkelte student opplever i praksis.

Fordypningsoppgave

I løpet av studiet gjennomføres to eksamener. Skoleeksamen i sykdomslære hvor studentene prøves i faktakunnskaper og fordypningsoppgave hvor studentene omhandler aktuelle temaer innen kreftomsorg. Etter at sensur på oppgaven har falt, holdes det to fagdager ved skolen hvor studentene har fremlegg av fordypningsoppgaven. Ansatte fra det kliniske



Universitetet i Stavanger:

Utdanningen tilpasses behovet for kompetanse

Av **Hildegunn Oma Steine**, universitetslektor, fagansvarlig for videreutdanningen i kreftsykepleie, Institutt for helsefag, Universitetet i Stavanger

felt inviteres også disse dagene. Hver student får 20 minutter til fremlegget hvor hovedfunnene i fordypningsoppgaven presenteres. Studentene vokser på å stå foran en forsamling. Erfaring har vist at nyttig kunnskap som er tilegnet i arbeidet med fordypningsoppgaven ikke blir liggende i en skuff, men presenteres på den enkeltes arbeidssted etter endt utdanning.

Internasjonalisering blir stadig viktigere innen høyere utdanning. Årlig gjennomføres en studietur. I juni 2012 dro lærere og studenter til Bristol, England, hvor skolen har etablert et nært samarbeid med University of the West of England, Glenside Campus, Bristol. Hensikten med studieturen er at studentene skal få utvidet perspektiv i forhold til kreftbehandling og omsorg i land utenfor Norge.

For å følge med i dagens raske utvikling innen kreftbehandling er det av stor betydning at innhold i fagplanen til en hver tid samsvarer med forventninger og krav som samfunnet stiller til utdannede kreftsykepleiere. Fra og med høsten 2013 planlegges det en egen fordypning i sykepleie til barn og unge med kreftsykdom. Dette er noe som etterspørres av arbeidsgivere, av Kreftforeningen og av pårørendeorganisasjon.

Ferdig utdannede kreftsykepleiere skal ha tilegnet seg ny kompetanse og omfattende kunnskaper og ferdigheter i forhold til kreftbehandling og omsorg. Et stadig mer spesialisert helsevesen krever også at kreftsykepleiere er etisk bevisste som gjør at de reflekterer kritisk i valg-situasjoner og forholder seg til pasienter på en helhetlig måte.

Mange forhold har betydning for hvordan vi på videreutdanningen i kreftsykepleie på Universitetet i Stavanger (UiS) klarer «å henge med» i utviklingen som skjer innen helsevesenet og i kreftomsorgen.

Videreutdanningen i kreftsykepleie på UiS har siden oppstart i 2004 vært deltidsstudie som går over to år, med 13 ukesamlinger og to praksisperioder, på til sammen 12 uker. Vi tar opp rundt 25 studenter pr. kull. Studentene rekrutteres både fra spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

«Å være utdannet på Institutt for helsefag, UiS, skal være et kvalitetsstempel. Fundamentet for utdanningene skal være basert på forskning og høy faglig kompetanse» heter det i Handlingsplan for Institutt for helsefag 2012-2014.

Universitets og instituttets ambisjon er å legge til rette for best mulig læringsutbytte i tråd med Rammepplan for videreutdanning i kreftsykepleie og kreftfagets og helsetjenestens utvikling. Studiet har fokus på at studentene etter endt utdanning skal ha kunnskaper, ferdigheter og annen generell kompetanse til å ta ansvar for forebyggende, behandlende, lindrende og rehabiliterende sykepleie. Det forventes at studentene har og kan anvende oppdatert spesialkunnskap innen kreftsykepleie, kreftsykdommer og ta aktiv del i behandling. Utdanningen må kontinuerlig tilpasses behovet for kompetanse i kreftsykepleien.

Samarbeid

For å få dette til er vi avhengig av den beste kompetansen på UiS og ikke minst et tett samarbeid med det kli-

niske felt om undervisning og veiledning. Stavanger Universitetssykehus (SUS) og spesielt Avdeling for blod og kreftsykdommer bidrar med sin spesialkompetanse innen behandling og pleie. De kreftfaglige miljøene, det tverrfaglige teamet som til daglig arbeider med kreftpasientene og kreftbehandling, er en uvurderlig bærebjelke i kreftutdanningen og har stor betydning for kvalitetsstempel på videreutdanningen i kreftsykepleie på UiS. Både onkologer, spesialister på øvrige avdelinger, kreftsykepleiere, ernæringsfysiologer, fysioterapeuter, fysikere, stråleterapeuter, prest, mobilt palliativt team og viktige ressurspersoner i kommunehelsetjenesten leies inn som undervisere slik at undervisningen er i tråd den siste, oppdaterte, forsknings og erfaringsbaserte kunnskapen og behandlingen. Et eksempel fra SUS viser at det kliniske feltet er langt framme i behandlingstilbud; Stråleenheten ved SUS fikk i fjor Hold Pustens pris for beste fagartikkel «Gated strålebehandling av pasienter med venstresidig brystkreft». SUS var første sykehus i Norge, og blant de første i Norden, med å tilby gated (respirasjonsstyrt) strålebehandling til brystkreftpasienter. Siden høsten 2006 og fram til i dag har det blitt behandlet 340 pasienter med teknikken som reduserer stråledosen til omkringliggende vev, som hjerte og lunger.

Gode praksisplasser

Tilgang til gode praksisplasser er viktig for utdanningen. Alle studentene har kliniske studier (6 uker) på kreftavdelingen (ABK), der de møter pasienter som får stråle og/

eller cytostatikabehandling, som inneliggende eller poliklinisk pasient. Med mer poliklinisk behandling og kortere liggetid er kreftsykepleierens undervisende og veiledende funksjon utrolig viktig og må vektlegges i utdanningen. Forebygging av komplikasjoner og god symptomlindring er en sentral del, både i teori og praksis, og må ytterligere styrkes.

Som nevnt er videreutdanningen i kreftsykepleie en deltidstudie og for delen er at studentene er i sine jobber og kjenner til utfordringen eksempelvis med Samhandlingsreformen, enten de er på kreftavdelingen, kirurgisk avdeling eller i hjemmesykepleien/sykehjem. Studentene representerer viktige aktører i nettverket for å få til gode pasientforløp. Utfordringer studentene møter i hverdagen tas med inn i utdanningen til diskusjon og refleksjon. I utdanningen får de utvidet nettverk og økt kunnskap av faglig, etisk og organisatorisk art som kan brukes til pasientens beste, både underveis og etter avsluttet studier.

UIS har vektlagt en fordeling av studieplasser mellom spesialist og kommunehelsetjenesten. Det har medført at flere sykepleiere fra kommunehelset-

■ Viktige tiltak UIS

- Sykehuspersonell bidrar.
- Spesialister leies inn som undervisere.
- Gode praksisplasser.
- Kreftsykepleierens undervisende og veiledende funksjon vektlegges.
- Studentene lærer å vurdere og bruke forskning i oppgaver og fagutøvelse.

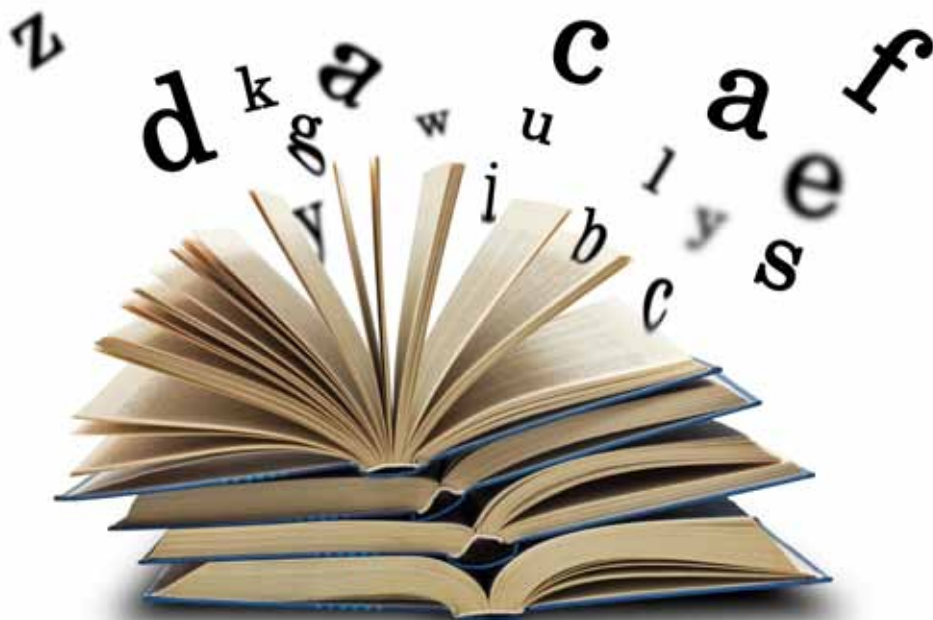
jenesten har tatt videreutdanningen de seinere årene. Kreftavdelingen på SUS framhever at kommunene, blant annet som følge av kreftutdanningen, har bedre kompetanse til å ta imot kreftpasienter med kompliserte forløp og som har behov for avansert behandling, noe de ikke kunne for få siden. Nå håper vi at flere kommuner, som en følge av Samhandlingsreformen, ser «gevinsten» med å ha spesialutdannede kreftsykepleiere og legger til rette for normerte stillinger, en viktig forutsetning for at kreftsykepleierne får bruke og videreutvikle sin kreftsykepleiefaglige kompetanse.

Til slutt og ikke minst vektlegges det gjennom hele studiet at studentene skal utvikle kompetanse i å søke, finne,

kritisk vurdere og bruke forskningen i studieoppgaver og fagutøvelse. Utdanningsinstitusjonene skal bidra til kritisk refleksjon i forhold til etablert praksis. Utdanning og yrkespraksis går ikke nødvendigvis i takt, men skal gjensidig påvirke hverandre til utvikling og vekst. Her har UIS et viktig ansvar i å stimulere studentene til «å strekke seg»; å utfordre det velkjente og å utforske det ukjente, som er UIS sin visjon!

Mastergrad

I tråd med St. melding 13 (2011-2012) Utdanning for velferd. Samspill i praksis, har UIS som mål å integrere fakultetets gjenværende videreutdanninger i gradsløp. Det innebærer å utrede omstruktureringer av fakultetets gjenværende videreutdanninger innen helse og sosialfag, blant annet kreftsykepleie, til nye mastergradsutdanninger, eller som en integrert del av eksisterende mastergradsutdanninger. Det blir spennende tider, å se hvordan vi kan bevare det beste i videreutdanningen og samtidig tilpasse den til morgendagens krav både innen helsevesen, kreftomsorg og utdanning.



Høgskolen i Sør-Trøndelag:

Eit håp at fleire får høve til å ta ein mastergrad

Av Astrid Bjørnerheim Hynne, førstelektor HIST og Bente Paulsen, høgskolelektor, HIST

For å svare på eit slikt spørsmål – blir det på den eine sida viktig å sjå på kva pasientbehov og kvalitetskrav helsepersonell møter i praksis som fylgje av ulike endringar. På den andre sida skjer det endringar i utdanningssystemet som får fylgjer for både form og innhold også i vidareutdanningane i sjukepleie.

Kva tenjer vi oss er med å påvirke utviklinga i helsevesenet framover? I fylgje Helsedirektoratet (2012) sin analyse fram mot 2030, er behovet for både generell og spesialisert kompetanse hjå helsepersonell påverka av faktorar som; demografisk utvikling, endring av sjukdomsbildet, medisinsk og teknologisk utvikling, Samhandlingsreformen, sterkare pasientrettigheter og endringar i pasientrollen. Dette er faktorar som også gir føringar for innhold i vidareutdanning i kreftsjukepleie.

Vidareutdanningar i kreftsjukepleie (VIK) er lagt til både universitet og høgskular rundt i Norge med dei kvalitetskrav og føringar som er nedfelt i nasjonale rammeverk og lover. «Lov om universitet og høgskular» (2005) stiller mellom anna krav til at all undervisning skal vere forskningsbasert. Når det gjeld kva for nivå VIK skal vere på, blir denne diskusjonen mellom anna påverka av

innføring av Kvalifikasjonsrammeverk for høgre utdanning (2009), som er ein del av det Europeiske utdanningssamarbeidet. Formålet er å skape ei harmonisering av akademiske grader og eit system for samanlikning av kvalifikasjonar på tvers av institusjonar og land. Innføring av nivåa bachelor, master og doktorgrad gjer at vidareutdanningane fell utanfor dette gradssystemet. I fylgje St.meld.13 (2011-2012): «Utdanning for velferd», bør det leggjast til rette for at vidareutdanningane i sjukepleie kan integrerast eller byggjast på til ein mastergrad, forutsatt at innholdet er på masternivå. Dette er føringar som har skapt eit behov for kompetanseutvikling hjå undervisningspersonalet mot førstelektor- /førsteamanuensis og professor. Der ligg også utfordringar knytte til korleis denne integreringa skal føregå, og om den kan gå på bekostning av kvalitetskrav nedfelt i Rammeplan for Vidareutdanning i kreftsjukepleie (2005) som per i dag gir sterke føringar for både teori og praksisinnhold for å bli godkjent kreftsjukepleiar.

Innsikt i forskning

Rammeplanen stiller detaljerte krav til både emneinnhold og antal veker i praksis og kvar desse skal føregå. I dimensjone-

ring av studiepoeng på ulike emner, er det grunn til å stille spørsmål om rammeplanen per i dag er i samsvar med dei krav helsetjenesten blir stilt overfor i forhold til å drive kunnskapsbasert praksis. Slik mange av oss som arbeider med vidareutdanning av kreftsjukepleiarar ser det, er det nødvendig å legge til rette for at studentane gjennom studieforløpet får ei sterkare innsikt i forskningsmetode, vitenskapsteori og søk av forskningslitteratur. Dette er ein nødvendig kompetanse som i dag er forventa av helsepersonell for å vere oppdatert på forskning innanfor eige fagområde, og det å vere ein reflektert fagperson med evne til å vere kritisk til både eigen praksis og ny forskning. Dette er og ein kompetanse som er nødvendig å ha både for helse- og undervisningspersonalet for å ivareta krav sentrale myndigheter stiller til kunnskapsbasert praksis (KP), som også er nedfelt i både Helseforetak og i kommunehelsetjenesten sine overordna målsetjingar.

For å drive ei VIK som ivaretar dei kvalitetskrav som er nemnt, er vi i tillegg til den medisinske kompetansen som legar representerer og eige undervisningspersonale ved høgskulen, også avhengige av å ha kreftsjukepleiarar både som praksisveileidarar og formidlarar av eigen erfaringskunnskap i undervisninga. I KP utgjer erfaringsbasert kunnskap ein av dei tre dimensjonane - der forskningsbasert kunnskap og brukarkunnskap-/brukarmedvirkning er dei to andre (2007). Spørsmålet er korleis kravet til å setje seg inn i ny forskningsbasert kunnskap er ivarettatt for kreftsjukepleiarar i praksis? Vi opplever at det er travle dagar i sjukehusavdelingane, og mange kreftsju-

■ Viktige tiltak HIST

■ For å tilby utdanning som fyller dei kvalitetskrav eit helsevesen i endring har forventningar til, er det ei forutsetning at alle parter er oppdatert på den nyaste forskinga og diskuterer denne opp mot erfaringar i praksis- og i tillegg er med å utvikle tjenesten til kreftpasientar gjennom forskning og fagutvikling.

■ Det er eit håp at fleire kreftsjukepleiarar får høve til å auke sin kompetanse gjennom å ta ein mastergrad, der deler eller heile fordjupninga i spsjalsjukepleie som Vidareutdanningar i kreftsjukepleie (VIK) representerer kan bli ein integrert del av masterløpet.

kepleiestillingar er borte. Spørsmålet er difor i kva grad leiinga ved sjukehusa prioriterar den spesialkompetansen som kreftsjukepleiarar representerer? Vi ser at mange kommunar i større grad prioriterer å utdanne kreftsjukepleiarar, og etterkvart gi tid og handlingsrom til å utvikle gode tenestetilbod. Det siste er med å realisere intensjonar Samhandlingsreformen legg opp til- og kan legge til rette for gode pasientforløp. Det gir også høve til at høgskulen i større grad kan legge opp deler av sin praksis i kommunehelsetenesta med kvalifiserte praksisveileadarar. Men fortsatt er sjukehusa den mest avgjerande praksisen i VIK for å få tilstrekkeleg erfaring med avansert behandling og symptomlindring, som også blir avgjerande for dei kreftsjukepleiarar som skal tilbake til

kommunehelsetenesta å møte stadig fleire og dårlegare kreftpasientar som tilbringe meir tid i heimkommunen enn før.

Konklusjon

Som ein konklusjon på korleis utdanningane av kreftsjukepleiarar greier å henge med i den raske utviklinga- blir noko av svaret at både høgskule og praksisfelt er avhengige av kvarandre. For å tilby VIK som fyller dei kvalitetskrav eit helsevesen i endring har forventningar til – er det ei forutsetning at alle parter er oppdatert på den nyaste forskinga og diskuterer denne opp mot erfaringar i praksis - og i tillegg er med å utvikle tenesten til kreftpasientar gjennom forskning og fagutvikling. For å ivareta denne utviklinga er det eit håp om at

fleire kreftsjukepleiarar får høve til å auke sin metodekompetanse gjennom å ta ein mastergrad, der deler eller heile fordjupninga i spesialsjukepleie som VIK representerer kan bli ein integrert del av masterløpet. ■



Montebellosenteret er en helseinstitusjon som har sitt faglige utgangspunkt i Radiumhospitalet og er organisert som en selvstendig non-profit stiftelse. Senteret ligger i flotte omgivelser like overfor Lillehammer, er nylig opprustet og utvidet og framstår med god hotellstandard uten institusjonspreg.



Å ha en kreftdiagnose er det eneste kriteriet for å kunne søke om opphold.



Lær å leve med endringer som følge av kreft

Kursopphold ved Montebellosenteret er for de som har eller har hatt kreft.

Alle kursene er tilrettelagt med et faglig innhold. Strukturerte samtaler i mindre grupper gir rom for fellesskap, erfaringsutveksling og refleksjon. Fysisk aktivitet og sosialt fellesskap vektlegges i alle kurs.

Montebello organiserer ukeskursopphold og tilbyr 4 forskjellige hovedtyper kurs: Mestringskurs tilrettelagt for diagnosegrupper, temakurs med fokus på tema som er felles, uavhengig av kreftform og krefttype, barnefamiliekurs med fokus på å gi familien hjelp til å mestre en ny og endret livssituasjon og rekreasjons- og inspirasjonskurs. Se gjerne på www.montebello-senteret.no for mer info eller ta kontakt med oss.

Montebellosenteret

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



www.diebarno Foto: Oda Hveem



HAUKELAND: Parkbygget på Haukeland Universitetssykehus sett gjennom sjukehusparken.

Kva tyder naturen for pasientane?

Berre få av kreftpasientane kan ta i bruk utearealet rundt Haukeland sjukehus i Bergen. Naturen blir då berre tilgjengeleg som utsikt. For dei som kan vere ute, vert naturen ein stad for mosjon, trivsel, avslapping og ro.

Føremålet med artikkelen er å få fram pasienterfaringar av tematikken natur i ein sjukehussetting. Artikkelen er ein samanfating av deltemaet natur i studiet: Kvite frakkar og kvite rom – eit kvalitativ studie av kreftpasientar sine erfaringar av natur og arkitektur i sjukehusmiljø frå 2012. Prosjektet var ein del av masterutdanninga mi i helsefag ved Universitetet i Bergen. Djupneintervju av åtte kreftpasientar fann stad våren og sommaren 2011. Informantane var innlagt enten ved Sentralblokka eller i Parkbygget på Haukeland Universitetssykehus. Analysen av datamaterialet er gjort gjennom Max van Manen sin hermeneutiske fenomenologiske metode.

Innleiing

Arkitektane Krohn & Hartvig Rasmussen meinte at takterrassen på Sentralblokka (1983) var eit viktig bidrag for å gje sjukehuset eit menneskeleg miljø. Takhagen gav eit supplement av rekreativ art (1). I følge Bettum (1985) blei takhagen utforma i eit variert og frodig uttrykk (2). Frå starten av var hagemøblementet imidlertid berre lause plaststolar og bord. Slik er det også i dag. At ikkje noko fastare hagemøblement er kome på plass, kan indikere at det er eit større fokus på behandling, enn på miljøet i sjukehuset. Caspari, Eriksson og Nåden (2006) viste at av 64 sjukehus i Noreg sine strategidokument hadde berre ti sjukehus nedfelt eigne punkt om natur (3).

Juryen for arkitektkonkurransen til Sentralblokka i 1960 såg på vernet av den gamle sjukehusparken som vesentleg under den komande utbygginga. Dette fordi dei meinte at parken var eit viktig moment for å skape eit triveleg anlegg (4). I dag er denne delen av parken freda av Landsverneplanen for Helsesektoren.

Parkbygget (2008) er teikna av arkitektfirmaet Rambøll, av Ingse Andersen. Bygget ber i seg eit arkitektonisk ynskje om å prioritere pasientperspektivet. Dette viser seg ved at dei fleste av romma har utsikt mot natur. Begge sengene på tomannsromma har vindaugsutsikt.

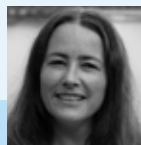
I følge Dilani (1997) bør ein sjukepleieteori som ynskjer å vere pasientretta også omhandle det fysiske miljøet (5). Ein kan og hevde at det fysiske miljøet rundt sjukehuset må tilleggast vekt i ein sjukepleiefilosofi, om natur er viktig i eit pasientperspektiv.

Tidlegare forskning

Forskingmessig er dette feltet lite undersøkt, slik framstillinga under vil vise. Søka i denne artikkelen er frå hausten 2010. Eit oppdatert søk på litteratur i 2012 er ikkje gjort. Helse-design vektlegg i dag at omgjevnadene også skal påverke helse og livskvaliteten til pasientane. I dag er forskning på natur som eit miljø

«Naturen har stor sprengkraft i seg til å vere eit område for restitusjon, ro og mosjon.»

ofte sett i forhold til enten å vere eit lækjande miljø, eller til å ha helseeffektar. Eit lækjande miljø kan skil-drast som omgjevnader som styrker ein person sine indre krefter (6). Eller også som «det å gjere heil» av det anglosaksiske ordet «haelen». Det siste tyder harmoni mellom ånd, sjel og kropp (7). Andeleg aspekt ved pasientbehandlninga er på frammarsj, ved at heile menneske blir tenkt med i eit «lækjande miljø». Ein



Av Ingunn Eikeland
spesialsjukepleiar i eldre og
aldring i Helse Bergen, avde-
ling for kreftbehandling og
medisinsk fysikk ved Hauke-
land Universitetssykehus



UTSIKT PARKBYGGET: Nærutsikt frå eit pasientrom i Parkbygget.



PLAST OG BETONG: Takterrassen på Sentralblokka med plastmøblement.

helsemessig effekt vil fokusere på fysiske endringar av ulike naturintrykk. Utsikt til natur viser seg til dømes å ha ein stress og smertedempande effekt (6, 8). Bilete av natur har også ein helseeffekt (9).

To studier av hageanlegg i tilknytning til barnesjukehus viser at natur er ein stad for personleg restitusjon og minsking av stress (10, 11). Restitusjon vart sett på i forhold til angst, sinne, uro, trøttleik og smerte. Eit felles trekk med begge studia var at svært få av barna som var innlagt kjente til, eller brukte hagen.

Vindaugene gjev eit utsyn både til «lydane av liv», og det gjev dagslys og frisk luft.

Vindaugene gjev også kunnskap om årstidene og om kva tid på dagen det er. Utsikt er eit informativt forhold, eit ute-inne forhold, som gjev ei involvering i verda utanfor (12). Verberder (1986) viste at pasientane

føretrekk utsikt til urbant liv og utsikt til natur framfor eit monotomt utsyn eller utsikt til andre bygg. Forsking rundt natur er på den eine sida konkludert med som tydelig (6,

9). Andre meiner at ein kan konkludere i forhold til forskning på vindaugsutsikt, at det gjev ein helseeffekt (13). Mens i forhold til natur, trengs det avklaring i forhold til om effektane av natur er diagnoseavhengige. Forskningsfeltet er altså ikkje einige i kva konklusjonar materialet kan gje om utsikt og om natur forskingsmessig.

Studia om vindaugsutsikt er begge frå langt til bake i tid, frå 1984 og 1986. Når det så gjeld studie av hageanlegg i sjukehus er desse også eit fåtal, og i tilknytning til barnesjukehus, utført i 2001 og 2006. Ingen studium er funne som omhandlar natur i ein sjukehussetting der pasientane har ein kreftdiagnose. To studier omhandlar imidlertid tematikken natur og kreftpasientar, ein kvalitativ og ein kvantitativ studie (14, 15). Begge desse studia kan sjåast på som døme på at natur kan tilføre eit lækjande miljø. Det vil seie at menneske sine indre krefter vert styrkt, som eit resultat av naturintrykk.

Funn

På grunn av både intensiv behandling med døgkontinuerleg cellegift over opp til fem dagar, og isolasjon på rommet på grunn av lave kvite blodverdiar har opphaldet på sjukehus for kreftpasientar eit innslag av ufrivillig isolasjon over seg. Naturen blir då motvekt til isolasjonen inne. Samtidig er naturen både tilgjengeleg og utilgjengeleg. Ein av informantane seier: «Men det eg saknar med det var jo mogleiken til å gå ut altså, men det var ikkje så lett så lenge eg hadde det apparatet (væskestativet) der». Ein annan informant stadfestar inntrykket av at naturen ute ikkje er tilgjengeleg:

«Nei, ikke så mye når du ligger inne her og har et program, så blir det ikke gått så mye ute i hagen. Og så er det det at når du begynner å bli så frisk at du har lyst til å gå i hagen, så blir du jo som oftest utskrevet.»

Inntrykket av at kreftbehandling inneber ein stor grad av ufrivillig isolasjon er skildra av fleire informantar. Ein annan syntes vindauga i seg sjølv er eit gode, når han er isolert på rommet med lave blodverdiar: «Ja, då kan du opna, det er herlig, kunna stappa hovudet ut glaset, og kikka litt, eller, for du føle deg jo innstengt når du ikkje får gå ut av rommet».

Utsikt som eit tapsprosjekt

Når det så kjem til natur som utsikt, inneber dette også eit tapsprosjekt for fleire av informantane. For det fyrste i situasjonen med to- og firepasientrom. Når ein ligg innerst i eit firemannsrom, med gardiner framfor sengene, er ein fråtatt mogleiken til vindaugsutsikt i det heile tatt. Dette viste seg å vere psykisk belastande for



fleire av informantane. Denne situasjonen blei imidlertid også godtatt av fleire. Bilete er såleis ikkje eintydig. I tillegg blir utsikta frå pasientromma i Sentralblokka også for fjern, det blir «for langt borte» utsikt. Ein informant innlagt i Parkbygget seier:

«Utsikten fra Sentralblokken blir i grunnen litt for fjern, litt for statisk, litt for mye fotografi. Altså her er en mye nærmere. Viss du ser på den kastanjen der, trærne, de store trærne som alltid er i forandring, enten den vokser eller hva, bevegelse, vind. Det gjør at det er fasinerende og veldig beroligende å sitte å se på [...] Det har også med høyden på vinduene å gjøre, på hvilken måte du greier å se dette på. Der har ikke Sentralblokken den samme kvaliteten som kreftbygget har».

Sentralblokka tilbyr for fjern utsikt til natur, ein kjem ikkje nær nok vegetasjon og plantelivet. I tillegg harmonerer storleiken på Parkbygget, med storleiken på trea utanfor. Både nærleiken til naturen, men og storleiken på vindaugo har noko å seie for utsiktskvaliteten.

Kvaliteten på det ein ser frå Sentralblokka er og varierande. Når kvaliteten er liten på det ein kan sjå frå vindauga, blir denne karakterisert som «ingen ting». Vindauga i Sentralblokka er også prega av eit «belegg», som gjer at vindauga ser skitne ut. Dei fleste av informantane trur at vindauga er skitne, og er irritert over at vindauga ikkje blir vaska tilstrekkeleg. Berre ein informant veit at vindauga er øydelagde, og at problemet er at betongen har etsa seg inn i vindaugsflatene. Fleire informantar ser på utsikt som eit informativt forhold, som hjelper ein til å få ulike inntrykk av rekreativ art, noko som også blir svekka av at vindauga «er skitne». Ein informant seier: *«Ja, det er veldig skitne vindaug. Det er det fyrste ein leggje merke til [...] Ja, for eg prøver jo å nytta utsikten. Men det er ikkje så lett, ser ikkje ut».*

Nærutsikt

Når det gjeld utsikta frå dei fleste av romma i Parkbygget, gjev denne nærutsikt til natur. Ein informant som også skildrar utsikta frå Sentralblokka, gjev skildringa av nærutsikt frå Parkbygget eit anna tonefald og engasjement, enn ved skildringa av utsikta frå Sentralblokka. Nærutsikt blir til forteljarglede rundt erfaringane av dette. Det kan tyda på at utsikt til natur likevel er viktig for pasientane, og tilbyr ein form for inntrykk av rekreativ art. Utsikt til natur kan difor karakteriserast som «å kome nær nok». Då blir utsikt skildra som trivsel. Nokre av romma i Parkbygget har imidlertid utsikt til ein motstående vegg. Alle pasientane på Parkbygget erfarar såleis ikkje naturen som utsikt.

Bygningane

- **Sentralblokka** er på 125 000 m², og er staden der hovuddelen av den kliniske verksemda ved sjukehuset finn stad. Sentralblokka har takhage i 3. etasje på 4000 m². Sjukehuset var det største bygget i Noreg når det vart oppført.
- **Parkbygget** (2008) er oppført i den gamle sjukehusparken frå 1912. Parkbygget har eit areal på 6550 m² over fire etasjar, og inneheld PET/CT senter, ny nukleærmedisinsk seksjon, kreft dagavdeling og poliklinikk, kontor samt sengepost i øvste etasje.

Vakkert

Naturen blir skildra som noko vakkert. Informantane har ellers vanskar med å skildra noko ved sjukehusbygget og institusjonen som vakkert. Ein informant seier: *«Nei, kan ikkje sei det. Nei det blir for drøyt. Eg er ikkje så glad i å vere på sjukehuset eg».* Sjukehuset som stad er i utgangspunktet ikkje ein stad som ein ynskjer å vere. Naturen rundt sjukehuset blir likevel som ein av få ting skildra som vakker av fleire informantar. Ein informant seier om trea som ho ser frå Parkbygget: *«Jeg synest at det er fantastisk, jeg elsker trær. Store flotte trær, er vel ikke noe som er så fint som det».* Dei to eldre sjukehusbygga gamle

«Naturen er blitt «skrumpa» og blitt mindre i etterkrigstidas sjukehusområde.»

hovudbygg og store epidemibygning frå 1912 blir og skildra som eit estetisk moment og som ein del av parken. Desse gamle bygga gjev informantane «noko godt å kvile augene på». Parkområdet blir rikare på grunn av dei gamle bygga som er ein del av dette området. Berre ein informant meiner at dei gamle bygga burde vore reve, at dei ikkje heng med i tida lenger. Bygga gjer at ein også blir ein del av ein historisk kontekst, der ein opplever å vere del av ein større samanheng.

«Då går eg mest nedi parken. Der er det veldig fint. Spesielt no. Eg var der i går og [...] Når det er stelt sånn som det er no, og når blomane er fine, så er det liksom [...] sikkert litt sentimental av meg for tida, så gjer det faktisk lite granne å kunne gå og tusla der nede, blant nokre gamle bygningar, du er jo nesten på historisk grunn, med omsyn til gamle hovudbygning og dei tinga der, det er veldig fint.»

Grønt gras

Ein annan informant skildrar naturen rundt sjukehuset slik:

«Det er viktig for trivselen, at der er litt vokster rundt deg, at det ikkje berre blir grusgangar og asfalt. Kan setja deg ned på ein benk og slappa av ein halvtime og kikke litt på, spesielt om sommaren, litt fugleliv og litt insektliv, det hjelper på humøret».

Naturen som lækjande krefter blir ikkje eit fram-tredande moment i undersøkinga. Det handlar meir om restitusjon, enn om lækjing. Samtidig finnast det moment av naturen som eit lækjande miljø i undersøkinga. I form av at «det gjev noko», det blir trivsel, og at det «hjelper på humøret». Det er eit område der ein kan «slappe av», og få andre inntrykk enn inne.

At naturen rundt sjukehusanlegget er viktig for informantane, blir også skildra i dei manglane dei finn. Informantane saknar med parken og takterrassen benkar å setje seg ned på, eit større parkanlegg med meir grønt gras som «det går an å slenga seg ned på», og

«Helsepersonell kan i større grad motivere pasientane til å gå ut og bruke hageområda.»

vatn i rørsle. Ein informant seier om vatn: «Nei vann i bevegelse, det er jo liv. Det er fasinerende å sitte å se på, og lyden gjør noe med deg». Om uteområdet, parken og takterrassen skal vere eit område for inspirasjon, å få idear eller å sitje å tenkje, eller berre det å sitje i ro og prate, så blir det viktig at det er benkar her.

Naturen er blitt «skrumpa» og blitt mindre i etterkrigstidas sjukehusområde. Dette samanfattar ein informant: «Det er vel det bygningsmessige, at dei må få mest mulig ut av eigedomane, areala sine, det går vel litt ut over hagearealet og». Han synest og at det er litt tett med hus rundt sjukehusparken, men at parkbiten i midten gjer at det blir ein opning, som hjelper ein å orientere seg i området rundt parken. Takterrassen tilbyr også utsikt over byen, som fleire informantar synest er fint.

Mosjon

Parken blir for liten om ein skal ut å gå.

Ein informant har ein gong vore og gått nede på kyrkjegarden som ligg nord for Parkbygget, men



UTSIKT SENTRALBLOKKA: «Langt vekke-utsikt» frå eit pasientrom i Sentralblokka. Vindauga i sengepostområda i Sentralblokka er skjemma av avleiring frå betongen i fasadeplatene, som er etsa inn i vindauga.

det freistar ikkje til gjentaking. Ein annan har gått mykje rundt heile sjukehusbygget, for å få litt trim og for å slappa av.

Ein informant meiner at om ein ikkje hadde hatt takterrassen og parken, så:

«Nei det hadde jo medført at du hadde blitt sittende på rommet i mye større grad. Og der er man nok altså». Uteområdet sin funksjon blir i tillegg til å gje trivsel, ro og avkopling, også å gje eit pusterom frå rommet. Han seier og at ein som helsepersonell, bør stimulere pasientane til å gå ut. Tidlegare under eit langt sjukehusopphald blei han bedt av fysioterapeutane å trene seg opp ved å gå i trappene inne på sjukehuset. Dette hjelpete, men han seier: «Det var jo ingen opplevelse i det. Så et sånt lite parkområde, ville jo vært mye, mye bedre». Uteromma ligg der som eit potensielt opptreningsareal. Han seier vidare:

«Det er litt synd at en bruker så mye til parkering. Du skal ikke ligge mange dager i en seng her før du er fysisk helt svekket. Så det å ha et sted hvor du kan, det er ikke mange minuttene du trenger å gå hver dag, femten, tyve minutter. Det gjør at du kommer deg mye, mye raskere på beina igjen når du kommer ut. Du trenger ikke så lang tid på å bygge deg opp igjen, om du greier å vedlikeholde lite grunn».

Å halda oppe eit vedlikehaldsnivå mosjonsmessig meiner han er bra, når ein er i stand til det under sjukehusopphaldet. Det kan neppe den vesle parkbiten hjelpe ein med.

Konklusjon

Natur har ein rolle å spele i eit sjukehusmiljø. Undersøkinga fann at naturen har stor sprengkraft i seg til å vere eit område for restitusjon, ro og for mosjon. I kva grad kreftbehandling gjev ei kjensle av isolasjon, og kor stor rolle naturen spelar i å motverke dette,



bør handsamast vidare forskingsmessig. Også om naturen er eit «lækjande» miljø, og i kva grad det har ein helseeffekt. Ei vidare kartlegging av kva det enkelte sjukehus har av grønne områder, og natur hadde vore interessant. Helsepersonell kan i større grad motivere pasientane til å gå ut og bruke hageområda. Helsepersonell bør og la pasientane rullere i sengerom utan utsikt, slik at den enkelte ikkje blir liggjande lenge her. Ein essensiell kvalitet ved utsikt viste seg å vere nærutsikt til natur, noko Parkbygget tilbyr. ■

Referanse:

1. Bergen Byarkiv 2050/3a, Eø 1, 1968. Bettum, O. (1985). Haukeland sykehus, Utomhusanlegg. Byggekunst, 1985(6), 361.
2. Caspari, S., Eriksson, K. & Nåden, D. (2006). The aesthetic dimension in hospitals - An investigation into strategic plans. Internasjonalt journal of nursing studies, 43, 851-859.
3. Haukeland sykehus, Bergen. (1960). I Meinstad, A. (Red.). Norske arkitektkonkurranser 66, 2-20.
4. Dilani, A. (1997). Issues for human centered design for healthcare buildings. I Erik[s]moen, K. (Red.). Proceedings / Human Centered Design for Health Care Buildings, international conference and workshop, 28-30 August 1997, Trondheim, Norway. (s. 73-81). Trondheim: SINTEF Unimed.
5. Van den Berg, A. E. (2005). Health impacts of healing environments. A review of evidence for benefits of nature, daylight, fresh air, and quiet in healthcare settings. Henta 10. november 2010, frå www.agnesvandenbergh.nl/healingenvironments.pdf
6. Zborowsky, T. & Kreitzer, M. J. (2008). Creating Optimal Healing Environments in a Health Care Setting. Minnesota Medicine. Henta 12. september 2010, frå www.minnesotamedicine.com/PastIssues/PastIssues2008/March2008/ClinicalZborowskyMarch2008/tabid/2489/Default.aspx
7. Ulrich 1984.
8. Ulrich, R., Xiaobo, X., Zimring, C., Joseph, A. & Choudhary, R. (2004). The role of the physical environment in the Hospital of the 21st Century: A once-in-a-lifetime opportunity. Abstracts table supplement. The center for health design. Henta 11. september 2010, frå www.healthdesign.org/research/reports/physical_envirom.php
9. Sherman, S. A., Varni, J. W., Ulrich, R. S. & Malcarne, V. L. (2005). Post-occupancy evaluation of healing gardens in a pediatric cancer center. Landscape and urban planning, 73, 167-183.
10. Whitehouse, S., Varni, J. W., Seid, M., Cooper-Marcus, C., Ensberg, M. J., Jacobs, J. R., et al. (2001). Evaluating a children's hospital garden environment: Utilization and consumer satisfaction. Journal of environmental psychology, 21 (3), 301-314.
11. Verberder (1986). Dimensions of person-window transactions in the hospital environment. Environment and behavior, 18 (4), 450-466.
12. Dijkstra, K., Pieterse, M. & Pruyn, A. (2006). Physical environmental stimuli that turn healthcare facilities into healing environments through psychologically mediated effects: systematic review. Journal of advanced nursing, 56(2), 166-181.
13. English, J., Wilson, K. & Keller-Olaman, S. (2008). Health, healing and recovery: Therapeutic landscapes and the everyday lives of breast cancer survivors. Sosial Science & Medicine, 67, 68-78.
14. Cimprich, B. & Ronis, D. (2003). An environmental intervention to restore attention in women with newly diagnoses breast cancer. Cancer nursing, 26(4), 284-292.

Repadina® plus

- Den naturlige løsningen mot vaginal tørrhet



ANNONSE



Har du vaginal tørrhet vil du sikkert gjenkjenne én eller flere av disse symptomene:

- Tørrhet eller ømhet i vagina
- Kløe og irritasjon i vagina
- Smerter ved samleie
- Ubehag ved å ha på seg stramme klær

Prøv Repadina Plus og erfar effekten!

- Repadina Plus inneholder kroppens eget hyaluronsyre som bidrar til å bygge opp celler, derfor hjelper Repadina Plus deg mot vaginal tørrhet
- Repadina Plus er det eneste hormonfrie produkt som medvirker til gjenoppbyggingen av slimhinnene i vagina

Repadina Plus er reseptfri, uten hormoner, parfyme og parabener.

- Tilgjengelig på alle apotek!

Repadina Plus 5-pakning kan bestilles direkte fra leverandør kr 700,- (inkl. mva og frakt).
Telefon: 21 55 59 90 - Faks.: 21 55 59 94
Mail: info.no@azanta.com

Azanta

Azanta AS, Postboks 39, Tveita, 0617 Oslo

Skyld i at mange får kreft

En ny stor studie anslår at 3438 tilfeller, og 794 dødsfall av føflekkreft i Europa kunne vært unngått hvis en ikke hadde brukt solarier. De som bruker solarier jevnlig har 20 prosent større risiko for å få denne alvorlige kreftsykdommen enn de som aldri besøker solstudioer, og for de som bruker solarier før de fyller 35 år er risikoen nesten fordoblet. Studien er publisert i British Medical Journal. I Norge ble det innført 18-årsgrense for solarium 1. juli i år.

Kilde: Krefregisteret.no



Foto Colourbox

Skriv – og vinn 1000 kroner



For å stimulere deg til å sende ditt bidrag til Kreftsykepleie, har styret i NSF's faggruppe FKS besluttet at alle som publiserer i Kreftsykepleie, deltar i trekningen av et gavekort på kr. 1000 pr. forfatter.

Det trekkes ett gavekort i året.



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

– med EMEND[®] som en del
av kombinasjonsregimet

^{*}CINV = Chemotherapy Induced Nausea and Vomiting

For forskrivning av EMEND[®], se preparatomtalen



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

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

Bedre beskyttelse fra starten



UTESTENGT FRA FELLESSKAPET. Sykehusprest Agnes Vold var den andre kvinnen som ble prest i Norge. I 1961 fikk Norge sin første kvinnelige prest, to år senere ble Agnes Vold prest ved Det Norske Radiumhospital. Vold ble uteksaminert fra teologistudiet i 1937, og jobbet som bymisjonær i Oslo og sjelesørger ved Ulle-

vål sykehus, før hun fikk prestestillingen.

Agnes Vold ble diskriminert fordi hun var kvinne og prest. Oslos biskop Johannes Smemo og hans etterfølger Fridtjov Birkeli var begge motstandere av kvinnelige prester, og i ti år var Agnes Vold utestengt fra kollegialt samarbeid med de andre prestene i Oslo bispedømme.

dømme; hun var uten tilsyn og hadde ingen steder å sende sin årlige rapport. Bare de siste årene, fra bispeskiftet 1973 frem til hun gikk av med pensjon 1982, var hun likestilt med de andre prestene i Oslo bispedømme.

Hun døde i Oslo i 1994.

Kilde: Scanpix, Store norske leksikon/snl.no og NRK

Spre informasjonen!

Kontaktperson: Bente Åsheim
Telefon: 99 77 86 47
E-post: baasheim@hotmail.com



Park Inn by Radisson, Oslo Airport, Gardermoen, 23.-24. januar 2013

Regional samling

Kompetansesenter for lindrende behandling, helseregion sør-øst inviterer til ny regional samling for palliative team/sentra på sykehus i helseregion sør-øst.

Følg med på: <http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss/avdelinger/kompetansesenter-for-lindrende-behandling/kurs-og-konferanser/>

Praha, 30. mai - 2. juni 2013

13th European Association for Palliative Care Congress

Den trettende kongressen av dette slaget finner sted i Praha i Tsjekkia fra 30. mai til 2. juni neste år. Kongressen vil fokusere på palliativ omsorg som en menneskerett. Blant temaene er menneskerettighetsspørsmål, palliativ omsorg for pasienter med demens og symptomkontroll i slutfasen av livet. Les mer på www.eapcnet.eu

Oslo Spektrum, 25. - 26. september

Sykepleierkongressen

I september arrangerer Norsk Sykepleierforbund Den 9. Sykepleierkongressen. Tema er: Sykepleie for fremtiden – erfaring gjennom 100 år.

Det faglige programmet bygges opp rundt hovedtemaene «Profesjon og identitet» og «Faget og omgivelsene» og viser at kompetanse, kvalitet og kontinuitet er avgjørende for god sykepleie.

Sykepleierkongressen gir mulighet til å høre fremtredende nasjonale og internasjonale foredragsholdere. Programmet avspeiler helsetjenestens kompleksitet og sesjonene belyser fremtidig utvikling i:

- Profesjonen
- Kunnskapsgrunnlaget
- Helsetjenesten
- Organisasjonen

I tillegg til foredragene i plenum og i de parallelle sesjonene, viser posterutstillingen forsknings- og fagutviklingsprosjekter fra hele landet og fra ulike felt innen sykepleiefaget.

Les mer på: www.sykepleierforbundet.no

Haukeland Universitetssykehus, Bergen, 5.- 6. november 2012

Smertebehandling

Etter endt kurs skal deltakerne:

- kunne vurdere pasienter med langvarige smerter og akutt smerte.
- ha oversikt over sentrale behandlingstiltak og behandlingsprinsipper ved langvarige smertetilstander og ved akutt smerte med utgangspunkt i et flerfaglig perspektiv.
- Målgruppe for kurset er leger (alle spesialiteter), fysioterapeuter og sykepleiere.

Påmelding: Helse Bergens nettside (søk smertebehandling) kurs.smerte@helse-bergen.no.

Påmeldingsfrist: 01. oktober

Thon Hotel Vika Atrium, Oslo, 30. oktober 2012

Når sorgen rammer en ansatt

Kurset skal gi ledere og medarbeidere økt kunnskap og konkrete verktøy for hvordan de skal møte sorg og krise på arbeidsplassen.

Dette lærer du på kurset:

- Hva gjør sorg og krise med mennesker og deres arbeids evne, og hvordan kommer dette til uttrykk?
- Hva kjennetegner god oppfølging og ivaretagelse av ansatte i sorg?
- Hva er viktige lederoppgaver når sorgen rammer ansatte?
- Du får økt innsikt i hvilken betydning din rolle som leder og kollega har i møte med medarbeidere i sorg.

Påmelding: Landsforeningen for uventet barnedød www.lub.no

Påmeldingsfrist 15. oktober 2012

A TARGINIQ «mundipharma»
Analgetikum ved sterke smerter.
ATC-nr.: N02A A55
DEPOTTABLETTER 5 mg/2,5 mg, 10 mg/5 mg,
20 mg/10 mg og 40 mg/20 mg: Hver tablett inneholder oksykodonhydroklorid tilsv. oksykodon 4,5 mg, resp. 9 mg, 18 mg og 36 mg, naloksonhydrokloriddihydrat tilsv. nalokson 2,25 mg, resp. 4,5 mg, 9 mg og 18 mg, laktosemonohydrat 71,8 mg, resp. 64,3 mg, 54,5 mg og 109 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: 5 mg/2,5 mg: Brilljantblått FCF [E 133], titandioksid [E 171], 10 mg/5 mg: Titandioksid [E 171], 20 mg/10 mg og 40 mg/20 mg: Jernoksid [E 172], titandioksid [E 171].

Indikasjoner: Sterke smerter som kun kan behandles tilfredsstillende med opioide analgetika. Opioidantagonisten nalokson er tilsatt for å forhindre opioidindusert obstruksjon ved å blokkere oksykodons virkning på opioidreseptorer lokalt i tarmen.

Dosering: Tilpasses smerteintensitet og pasientens følsomhet. **Voksne:** Den analgetiske effekten er ekvivalent med depotformuleringer av oksykodon. Vanlig startdose ved første gangs bruk av opioider er 10 mg/5 mg hver 12. time. Pasienter som allerede får opioider kan starte med en høyere dose, avhengig av tidligere erfaring med opioider. 5 mg/2,5 mg er tiltenkt dosetitering ved oppstart av opioidebehandling og individuell dosejustering. Maks. døgndose er 80 mg/40 mg oksykodonhydroklorid/naloksonhydroklorid. Ved behov for høyere doser bør det i tillegg gis oksykodondepot til samme tidspunkt. Maks. døgndose er 400 mg oksykodondepot. Naloksons gunstige effekt på tarmfunksjonen kan da reduseres. Etter full seponering med påfølgende bytte til et annet opioid, kan forverring av tarmfunksjon forventes. Preparatet er ikke tiltenkt behandling av gjennombruddssmerter. Behov for analgetika med umiddelbar frisetting som akuttmedisin mot gjennombruddssmerter, kan derfor oppstå. En enkeltdose akuttmedisin bør tilsvare en sjettedel av den ekvivalente døgndosen av oksykodonhydroklorid. Behov for akuttmedisin >2 ganger daglig er vanligvis en indikasjon på at dosen bør økes. Doseøkning bør foretas hver eller annenhver dag, med 5 mg/2,5 mg, eller ved behov 10 mg/5 mg oksykodonhydroklorid/naloksonhydroklorid 2 ganger daglig, til en stabil dose nås. Målet er dosering hver 12. time som kan opprettholde adekvat analgesi, med bruk av så lite akuttmedisin som mulig. Hos enkelte pasienter kan asymmetrisk dosering tilpasset smertemønster være gunstig. Skalt ikke brukes lengre enn absolutt nødvendig. Behov for langtids smertebehandling krever grundig og regelmessig revidering. Når pasienten ikke lenger har behov for opioidebehandling anbefales det at dosen nedtrappes gradvis. **Barn og ungdom <18 år:** Preparatet anbefales ikke pga. manglende sikkerhets- og effektdata. **Administrering:** Kan tas med eller uten mat med tilstrekkelig væske. Tablettene skal svelges hele og ikke deles, tygges eller knuses, da dette medfører raskere frisetting av virkestoffene og absorpsjon av en potensielt dødelig oksykondose.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene, enhver situasjon hvor opioider er kontraindisert, alvorlig respirasjonsdepresjon med hypoksi og/eller hyperkapni, alvorlig kronisk obstruktiv lungesykdom, cor pulmonale, alvorlig bronkialastma, ikke-opioidindusert paralytisk ileus, moderat til alvorlig nedsatt leverfunksjon.

Forsiktighetsregler: Ikke egnet til behandling av abstinenssymptomer. Ved parenteralt, intranasalt eller oralt misbruk hos individer som er avhengige av opioiddagonister, som heroin, morfin eller metadon, forventes uttalte abstinenssymptomer, pga. av naloksons opioidreseptorantagonistegenskaper. Ethvert misbruk hos stoffmisbrukere frarådes på det sterkeste. Det foreligger ingen klinisk erfaring hos pasienter med kreft relatert til peritoneal karsinomatose eller med subokklusiv syndrom ved fremskredne stadier av gastrointestinal kreft og bekkenkreft. Bruk i denne pasientgruppen er derfor ikke anbefalt. Største risiko ved opioider er respirasjonsdepresjon. Det bør utvises forsiktighet hos eldre eller svake pasienter, ved opioidindusert paralytisk ileus, alvorlig nedsatt lungefunksjon, myksehøde, hypotyreose, Addison's sykdom (binyrebarkinsuffisiens), toksisk psykose,

gallestein, prostatahypertrofi, alkoholisme, delirium tremens, pankreatitt, hypotensjon, hypertensjon, urengelige hjerte- eller karsykdom, hodeskader (pga. fare for økt intrakraniell trykk), epileptisk sykdom/disposisjon for krampet, ved bruk av MAO-hemmere og ved lett nedsatt lever- eller nyrefunksjon. Grundig medisinsk overvåking er spesielt nødvendig ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon. Diaré kan anses som en mulig bivirkning av nalokson. Etter langtidsbehandling med høye opioiddoser kan overgang til Targiniq innledningsvis utløse abstinenssymptomer som kan kreve spesifikk oppfølging. Ved langtidsbruk kan det utvikles toleranse som krever høyere doser for å opprettholde ønsket analgetisk effekt. Kronisk bruk kan medføre fysisk avhengighet. Det er fare for utvikling av psykologisk avhengighet overfor opioideanalgetika. Bør brukes med spesiell forsiktighet hos pasienter med alkohol- og legemiddelmisbruk i anamnesen. Oksykodon har en misbruksprofil tilsvarende andre sterke opioiddagonister. Abstinenssymptomer kan oppstå ved brå seponering. Anbefales ikke til preoperativt bruk eller de første 12-24 timer postoperativt. Avhengig av kirurgitype og -omfang, anestesiprosedyre, annen samtidig medisinering og pasientens tilstand, er nøyaktig tid for oppstart av postoperativ behandling avhengig av en grundig individuell nytte-risikovurdering. Den tomme depottabletmatriksen kan sees i avføring. Kan gi positive resultater i dopingkontroller. Bruk som dopingmiddel kan medføre helsefare. Kan påvirke evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner, spesielt ved behandlingsstart, etter doseøkning eller bytte av legemiddel og i kombinasjon med andre CNS-hemmende midler.

Interaksjoner: Substanser med CNS-hemmende effekt (f.eks. alkohol, andre opioider, sedativa, hypnotika, antidepressiver, sovemedisiner, fentiaziner, antipsykotika, antihistaminer og antiemetika) kan gi økt CNS-hemmende effekt (f.eks. respirasjonsdepresjon). Klinisk relevante endringer i INR kan forekomme ved samtidig bruk av kumarinantiokagulantia.

Graviditet/Amming: Overgang i placenta: Oksykodon og nalokson passerer placenta. Langtidsbruk av oksykodon under graviditet kan gi abstinenssymptomer hos nyfødte. Gitt under fødsel kan oksykodon utløse respirasjonshemming hos nyfødte. Skal kun brukes under graviditet hvis nytte oppveier mulig risiko for barnet. **Overgang i morsmelk:** Oksykodon går over, nalokson ukjent. Amming bør avbrytes under behandling.

Bivirkninger: Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Magesmerter, forstoppelse, diaré, munntørrhet, dyspepsi, oppkast, kvalme, flatulens. Hjerte/kar: Blodtrykksfall. Hud: Kløe, hudreaksjoner, svetting. Lever/galle: Økte leverenzymmer. Neurologiske: Svimmelhet, hodepine. Psykiske: Rastløshet. Stoffskifte/ernæring: Nedsatt/fap av appetitt. Øre: Vertigo. Øvrige: Abstinenssyndrom, kulde- og varmfølelse, frysninger, astenitilstander. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Oppblåsthet, oppstøt. Hjerte/kar: Angina pectoris ved koronar-sykdom i anamnesen, palpitasjoner, blodtrykksøkning. Immunsystemet: Overfølsomhet. Kjønnsgorganer/bryst: Erektildysfunksjon. Lever/galle: Galleveisikolikk. Luftveier: Dyspné, rhinoré, hoste. Muskel-skjelettsystemet: Muskelspasmer, muskeltrekninger, myalgi. Neurologiske: Oppmerksomhetsforstyrrelser, parestesi, søvnløshet, taleforstyrrelser, tremor. Nyre/urinveier: Akutt vannlatingsbehov. Psykiske: Unormal tankegang, angst, forvirring, depresjon, euforisk humør, hallusinasjoner, søvnløshet, nervøsitet. Øye: Synsforstyrrelser. Øvrige: Brystmerter, sykdomsfølelse, smerter, perifer ødem, vektapp, ulykkeskader. **Sjeldne (≥1/10000 til <1/1000):** Gastrointestinale: Tannsykdom. Hjerte/kar: Takykardi. Luftveier: Gjesping. Neurologiske: Krampet (spesielt ved epileptisk sykdom eller disposisjon for krampet), sedasjon, synkope. Nyre/urinveier: Urinretensjon. Psykiske: Mareritt. Øvrige: Vektøkning. **Svært sjeldne (<1/10000), ukjent:** Luftveier: Respirasjonsdepresjon. Bivirkninger av oksykodonhydroklorid alene: **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Hikke. Nyre/urinveier: Dysuri. Psykiske: Endret stemningsleie og per-

 sonlighetsforandring, nedsatt aktivitet, psykomotorisk hyperaktivitet, uro. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Munnslår, stomatitt. Hjerte/kar: Vasodilatasjon. Luftveier: Dysfoni. Neurologiske: Svekket kontrastasjon, migrene, dysgeusi, hypertoni, ufrivillige muskelsammentrekninger, hypoestesi, koordinasjonsforstyrrelser. Psykiske: Persepsjonsforstyrrelser (f.eks. derealisasjon), nedsatt libido. Øre: Nedsatt hørsel. Øvrige: Ødem. **Sjeldne (≥1/10000 til <1/1000):** Gastrointestinale: Melena, tannkjøttblødning, dysfagi. Hud: Tørr hud. Infeksiøse: Herpes simplex. Kjønnsgorganer/bryst: Amenoré. Stoffskifte/ernæring: Dehydrering, økt appetitt. Øvrige: Tørste. **Svært sjeldne (<1/10000), ukjent:** Gastrointestinale: Ileus. Hud: Urticaria. Immunsystemet: Anafylaktisk reaksjon. Luftveier: Respirasjonsdepresjon, bronkialspasmer, undertrykket hosterefleks. Psykiske: Legemiddelavhengighet. Øye: Miose. Øvrige: Legemiddel-toleranse, spasmer i glatt muskulatur.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Oksykodon kan gi miose, respirasjonsdepresjon, søvnløshet til apati, slapphet i skjelettmuskulatur, bradykardi, hypotensjon, i alvorligere tilfeller koma, ikke-kardiogent lungeødem og sirkulasjonssvikt, ev. med et fatalt utfall. **Behandling:** Opioidantagonister (f.eks. naloksonhydroklorid 0,4-2 mg i.v.) med 2-3 minutter mellomrom, etter behov, ev. infusjon med 2 mg naloksonhydroklorid i 500 ml 0,9% natriumklorid eller 5% dekstrose [0,004 mg/ml nalokson] med en hastighet tilpasset tidligere bolusdoser og pasientens respons. Ventrikkeltømming kan vurderes. Støttetiltak (kunstig åndedrett, oksygen, karkontrollerende midler og væskeinfusjoner) ved behov, for å håndtere sirkulatorisk sjokk. Hjerstestens eller arytmier kan kreve hjertermassasje eller defibrillering. Se Giftinformasjonens anbefalinger for oksykodon N02A A05 side d.

Egenskaper: Klassifisering: Naturlig opiumsalkaloid kombinert med middel mot forgiftning (opioidreseptorantagonist). **Virkningsmekanisme:** Oksykodon og nalokson har affinitet til opioide kappa-, my- og deltareseptorer i hjernen, ryggmarg og perifere organer (f.eks. tarm). Opioidreseptorantagonisten oksykodon gir smertelindring ved binding til endogene opioidreseptorer i CNS. Nalokson er en ren antagonist som virker på alle typer opioidreseptorer: Grunnet uttalt first pass-metabolisme etter oral administrering er en klinisk relevant systemisk effekt av nalokson lite sannsynlig. Ved lokal kompetitiv antagonisme av den opioidreseptormedierede oksykodoneffekten i tarm reduserer nalokson opioidinduserte tarmfunksjonsforstyrrelser. **Absorpsjon:** Biotilgjengelighet 87%, nalokson <3%. **Proteinbinding:** Ca. 45%. **Fordeling:** Distribueres i hele kroppen. **Metabolisme:** I tarm og lever. **Utskillelse:** I urin og feces.

Pakninger og priser:
5 mg/2,5 mg:

 28 stk. (endose) 130,90.
 98 stk. (endose) 341,80.

10 mg/5 mg:

 28 stk. (endose) 221,80.
 98 stk. (endose) 636,10.

20 mg/10 mg:

 28 stk. (endose) 401,00.
 98 stk. (endose) 1.224,70.

40 mg/20 mg:

 28 stk. (endose) 754,50.
 98 stk. (endose) 2.401,90.

Refusjonsberettiget bruk:

Palliativ behandling i livets sluttfase.

Refusjonskode: 90 (ICPC og ICD)

Vilkår 136: Refusjon ytes selv om legemidlet skal brukes i mindre enn tre måneder.

Vilkår 194: Refusjon ytes kun til pasienter som først har benyttet langtidsvirkende opioide med tilstrekkelige mengder av forebyggende laksantia, og som fortsatt har opioidindusert forstoppelse.

Sist endret: 12.01.2012



TARGINIQ®

oksykodon/nalokson

NÅ PÅ BLÅ RESEPT!

Refusjonsberettiget bruk:

Palliativ behandling i livets slutfase.

Refusjonskode: 90 (ICPC og ICD)

Vilkår 136: Refusjon ytes selv om legemidlet skal brukes i mindre enn tre måneder.

Vilkår 194: Refusjon ytes kun til pasienter som først har benyttet langtidsvirkende opioid med tilstrekkelige mengder av forebyggende laksantia, og som fortsatt har opioidindusert forstoppelse.



FOR PASIENTENS SKYLD!

Dette er TARGINIQ®

- Et opioid mot sterke smerter som kun kan behandles tilfredsstillende med opioide analgetika
- Nalokson er tilsatt for å forhindre opioidindusert obstipasjon ved å blokkere oksykodons virkning lokalt i tarmen

EFFEKTIV MOT STERKE SMERTER



motvirker opioidindusert
obstipasjon

www.targiniq.no



Avsender
Sykepleien
Postboks 456 Sentrum
NO-0104 Oslo



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 19 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 252,- 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».

Send din påmelding til:
FKSblimedlem@gmail.com