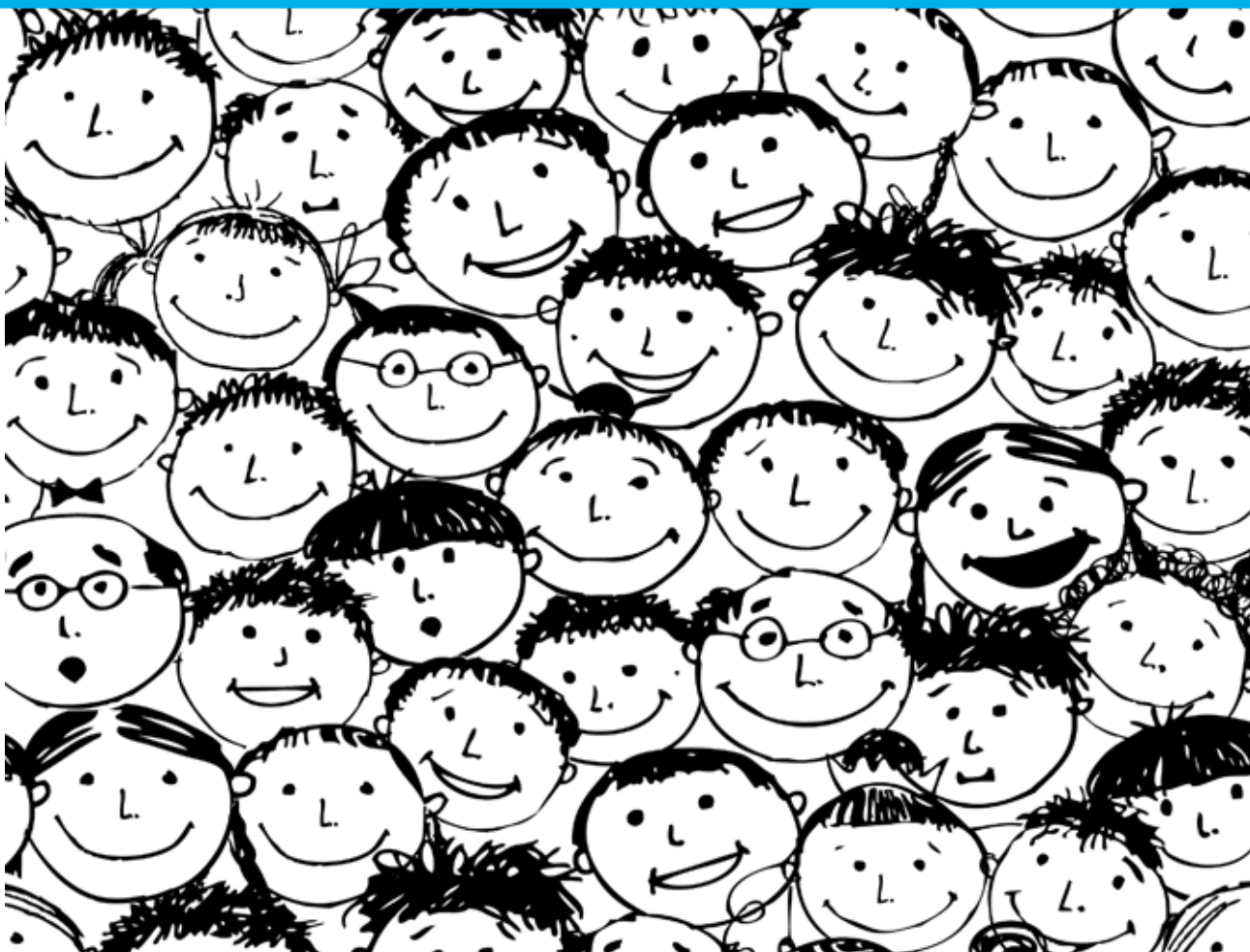




Kreftsykepleie

NR. 2-2013 • ÅRGANG 29

TIDSSKRIFT FOR KREFTSYKEPLEIERE



Finn din kandidat!

Vi presenterer kandidatene til styret i Forum for Kreftsykepleie

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. 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

Monica Hilsen
monica.hilsen@sykepleien.no

TRYKK: Color Print A/S

FORSIDEILLUSTRASJON:
Colourbox

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



26 **INTERNASJONALT:** Jobb-utveksling i Tanzania.



10 **UNDERSVING:** Simulering gir bedre ferdigheter.

Innhold

«Noen sykepleiere sliter med å ta skikkelig ferie når de vet hva de forlater.»

Britt Ingunn Wee Sævig, side 5.



34 **INFORMASJON:**
Ny norsk nettside på polsk.

16 **FRANK OTERHOLT:**
Sentralt Fagforum er en viktig møteplass for faggruppene.



4 Søk stipend

5 **LEDER:** Britt Ingunn Wee Sævig

6 Styremedlemmer og lokallagsledere

7 **LEDER:** Redaktør Marte Wolden

10 Simulering gir studenter bedre ferdigheter

16 Sentralt Fagforum gjør en viktig jobb

20 Foreslå kandidater til Årets sykepleier i kreftomsorg

21 Program for landskonferansen

26 Gina i Afrika

30 Faggrupper styrkar oss fagleg

30 Stil til valg

31 Lederen har ordet

34 Ny nettside om kreft på polsk

35 Kandidater til styret i FKS

FASTE SPALTER

8 Smånytt

15 Aktuelle bøker

Søk stipend

Ønsker du å fordype deg faglig?

I så fall kan du være heldig å få stipend av NSF's FKS i 2014

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 2013

Stipend inntil 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.
- Utbetaling av dette stipendet skjer fortløpende etter at kvittering for innbetalt beløp er mottatt.

Søknadsfrist 15. desember 2013

Slik søker du:

Søknadsskjema hentes på <https://www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/kreftsykepleiere>.

Søknad sendes stipendansvarlig i NSF's FKS:
Lillian Grønsund
Sørlandet Sykehus Flekkefjord/
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 ifra gjeldende retningslinjer.





LEDER:
Britt Ingunn Wee Sævig

Sykdommene tar ikke ferie

«Atter en gang skal syrinene gi deg et tegn når de står tunge og dufter av juni og regn.»
(Inger Hagerup)

Det nærmer seg sommer og ferietid og vi stiller alle med ulike planer og forventninger til nettopp denne sommeren. Noe av det vi ønsker oss blir oppfylt, mens andre ønsker visner bort og forsvinner lenge før de blir aktuelle. Uansett hva som skjer, inneholder sommertiden noe vart og skjørt, som for noen kan oppleves som fint og flott, mens for andre blir akkurat denne tiden på året ekstra sår og ensom. For de av oss som er i jobb, betyr sommer også en etterlengtet pause fra hverdagen og ferieloven gir oss mulighet til å få tatt ut sammenhengende dager og uker for å kunne puste på og samle nye krefter. Ferietiden oppleves muligens ikke alltid like god for de som er avhengige av behandling og annen hjelp.

Noen sykepleiere sliter med å ta «skikkelig» ferie når de vet hva de forlater. Mange frustrasjoner og usikkerhet er knyttet til personellressurser, og for ansatte innen helsetjenesten er det ofte travle tider når ferie skal avvikles. Ordet kontinuitet i utførelsen i sykepleie kan være vanskelig å gjennomføre tilfredsstillende, når det blir mange og nye ferievikarer som blir flyttet rundt i systemet. For å kunne forstå hva kontinuitet innebærer må sykepleiere som møter hver enkelt pasient og pårørende blant annet ha et særlig fokus på følgende områder.

- 1) Kommunikasjon – verdier, kultur og holdninger
- 2) Sammenheng – helhetlig helsetjeneste
- 3) Koordinering – spesialisthelsetjenesten og kommunene – ivaretagelse av den totale oversikt over relevante tilbud og tjenester; informasjon, råd og veiledning
- 4) Opplæring – organisatorisk grep for å legge til rette for mestring og ivareta kontinuitet

- 5) Tilhørighet/ forankring – for å få utrettet noe må en «tilhøre» noe
- 6) Ekspertsykepleier – faglig forsvarlighet

Let moderne behandler-pasient-forhold er pasienten aktiv deltaker i behandlingen. En aktiv pasientrolle som også innebærer større grad av egenomsorg, krever at det er lett tilgang til kvalitetssikret helseinformasjon om forebygging av sykdom og håndtering av dagliglivets små og store plager.

Sykepleiens grunnlag bygger på å kunne anvende de yrkesetiske retningslinjer. Gi helhetlig sykepleie, samarbeide med andre faggrupper og skape rom for etisk refleksjon. Kontinuitet er definert som en uavbrutt sammenheng eller vedvarende utvikling og danner på mange måter grunnlaget for at helsevesenet skal kunne gi helhetlig pleie til pasienter og pårørende.

En god dialog mellom pasienter, pårørende og helsepersonell, hviler på gode verdier og holdninger. Refleksjon er viktig fordi vi som sykepleiere har stor makt og innflytelse i våre roller og vi må bruke vår evne til å analysere verdier før vi velger våre handlinger. Forsvarlighetskravet knytter seg både til den faglige kvaliteten på helsetjenesten og til det å vise respekt og omtanke for pasienten.

Så må vi gjerne erkjenne at nettopp ferietid kan være vanskelig når kontinuiteten skal ivaretas. Bevissthet rundt avvikling av ferie og en åpen dialog med pasienter og pårørende om hvordan situasjonen er, tror jeg kan være et godt utgangspunkt for gjensidig forståelse.

God, velfortjent ferie!

Britt Ingunn Wee Sævig

LEDER FKS

Lokallagsledere i Forum for Kreftsykepleie

TROMS

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

NORDLAND

avd. Bodø/Salten

Gry Hege Bech
gry-hege.bech@nlsh.no
T: 47 31 21 42

MØRE OG ROMSDAL

Sunnmøre

Tanja Yvonne Alme
Hjemmesykepleien
Sula kommune
loevg@online.no

SØR-TRØNDELAG

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

NORD-TRØNDELAG

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

MØRE OG ROMSDAL

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

ROGALAND

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

HORDALAND

Grethe Skorpen Iversen
Kompetansesenter i lindrende
behandling, Helseregion vest
grethe.skorpen.iversen@
helse-bergen.no
T: arbeid 99 20 40 09

VESTFOLD

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

TELEMARK

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

AGDER

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

OPPLAND OG HEDMARK

Grete Nyeggen Leonardsen
Kreftenheten S1 Gjøvik
grete.leonardsen@
sykehuset-innlandet.no

SOGN OG FJORDANE

Torill Tysse Sælen
Kreftpoliklinikken, Førde
torill.tysse.selen@helse-forde.no
T: arbeid 57 83 93 24/
privat 57 82 26 67 og
99 20 50 57

ØSTFOLD

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

OSLO OG AKERSHUS

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
T: arbeid 22 93 43 37/
mobil 93 40 56 55

SIG-barn og ungdom

Britt Ingunn Wee Sævig
Kreftforeningen
Distriktskontor Vestlandet
britt.ingunn.saevig@
kreftforeningen.no
T: 99 24 86 15

LEDER

Britt Ingunn Wee Sævig
Bøneshøien 130, 5154 Bønnes
T: 99 24 86 15
britt.ingunn.saevig@
kreftforeningen.no
Jobbadr: Kreftforeningen
Distriktsavdeling Vestlandet
Strandgaten 62, 5004 Bergen

NESTLEDER OG

STIPENDANSVARLIG Lillian Rolfsen Grønsund

Lyngvn 16,
4400 Flekkefjord
T: 41 69 58 92
lillian@norgespost.no
Jobbadr: Onkologisk enhet,
Sørlandet Sykehus,
4400 Flekkefjord

KASSERER

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

SEKRETÆR OG

ANNONSEANSVARLIG Sissel Hynne Moås

Holanvn 3, 7620 Skogn
T: 90 89 48 27 / J: 74 09 84 24
sissel.moas@ntebb.no
Jobbadr: kreftpoliklinikk,
Sykehuset Levanger,
7600 Levanger

REDAKTØR TIDSSKRIFT

Marte Wolden
Biskop Sigurdsgt 6,
7042 Trondheim
T: 95 04 61 21
marte.wolden@gmail.com
Marte.Wolden@stolav.no
Jobbadr: Avd. for undervisning,
Kreftklinikken, St.Olavs hospital,
7006 Trondheim

LOKALLAGSKONTAKT

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

REDAKSJONSUTVALG OG LOKALLAGSKONTAKT Åse Grøthe

Ø. Stadionvn 76, 5161 Laksevåg
T: 99 29 53 18 / J: 55 97 93 89
abjg@haraldsplass.no
frisken@online.no
Jobbadr: Sunniva senter for
lindrende behandling,
Ulriksdal 8c, 5009 Bergen

WEBANSVARLIG OG MEDLEMSLISTEANSVARLIG

Synøve Revling Holm
Synkshovdvn 275, 2827 Hunndalen
T: 61 17 23 86 / J: 45 21 44 31
sy-holm@online.no
Jobbadr: Søndre Land kommune,
Hov

VARAMEDLEM:

**Nordisk kontakt og
annonseansvarlig
Ellen Rosseland Hansen**
Stenrødveien 2B, 1784 Halden
T: 41 61 17 93
ellen.rosseland.hansen@halden.
kommune
elrh@halden.net
Jobbadr: Halden Sykehjem,
Kjærlighetsstien 2B, Halden

VARAMEDLEM OG REDAKSJONSUTVALG

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

VARAMEDLEM, KURS OG KONFERANSEKONTAKT

Bente Aasheim
Hølvegen 13
2680 Vågå
T: 99 77 86 47
baasheim@hotmail.com
Jobbadr: Heimetjenesta, Vågå,
2680 Vågå



REDAKTØR:
Marte Wolden

Verden trenger sykepleiere

«You ask me why I do not write something ... I think one`s feelings waste themselves in words, they ought all to be distilled into actions and into actions which bring results.» (Florence Nightingale)

12. mai i år feiret sykepleiere verden rundt «International Nurses Day» for 48. gang. International Councils of Nurses har valgt datoen Florence Nightingale ble født til å markerer sykepleieres arbeid og medvirkning i det internasjonale samfunnet. På Facebook samme dag kunne jeg lese at helseminister Jonas Gahr Støre hadde lagt ut en gratulasjon til oss – der han takker alle sykepleiere for den jobben vi utfører 24 timer i døgnet, alle dager, hele uka. Han rettet en spesiell oppmerksomhet mot de som jobber under vanskelige og farlige forhold i møte med krig og fattigdom. På samme nettsted var også NSF, ved forbundsleder Eli Gunhild By, ute med en hilsen i anledning dagen. Hun minnet oss på at dagen i år handlet om «Closing the gap» – om FNs tusenårs mål som blant annet innbefatter å bedre den globale helsen. Hvis du er interessert i å lese mer om tusenårs målene kan du gjøre det her: <http://www.un.org/millenniumgoals/>

Sett i lys av påminnelsen om viktigheten og nytten av internasjonalt helsesamarbeid synes vi det er spesielt flott å kunne presentere en intervjuartikkel med kreftsykepleier Gina Teigum fra Bergen, som har jobbet som utvekslingssykepleier i Dar es Saalam i i Tanzania ved kreftsykehuset der. «Det vart gjort utruleg mykje med små ressursar,» forteller Gina. «I kvar seng låg det to pasientar, og eventuelt ein pasient på ein madrass på golvet.» Å lese om hverdagen, engasjementet og utfordringene ved Ocean Road Cancer Institute i Tanzania gir i aller høyeste grad nye tanker, inspirasjon og et utvidet perspektiv på våre hjemlige utfordringer i kreftomsorgen.

Ressurser kan være så mye forskjellig. Kompetanse er en ressurs. Simulering er en metode for å bedre kompetansen og kvaliteten i kreftsykepleierut-

danningen, og i artikkelen «Simulering gir bedre ferdigheter» kan du lese om hvordan tydelig aktiv deltakelse i læringsprosessen resulterer i mer effektiv læring, og et større engasjement.

I dette tidsskriftet har vi nettopp fokus på faglig engasjement og utvikling. Siden det bare er noen måneder igjen til FKSs Landskonferanse presenterer vi faggruppens arbeid, organisering, mål, forventninger og muligheter fra ulike ståsted. Du vil også finne en presentasjon av alle kandidatene som stiller til valg i september, og vi i hovedstyret vil minne om at det fremdeles er mulig å melde seg som kandidat. Dersom du er nysgjerrig og interessert i dette – ta kontakt med valgkomiteen senest fire uker før generalforsamlingen som finner sted på Landskonferansen i Tromsø 19. september 2013.

Vi håper tidsskriftet kan bidra til at du blir inspirert til å delta aktivt lokalt eller sentralt i FKS`s arbeid for best mulig kreftomsorg og behandling. Vi har et overordnet ønske om at pasientene skal oppleve trygghet gjennom å møte faglig dyktighet, kontinuitet, forståelse, evne, varme og vilje, og da trenger vi engasjerte kreftsykepleiere som kan fylle disse «fine» ordene med kraft og innhold. Eller for å si det med enda et sitat fra vår kollega Florence Nightingales forfatterskap:

«Det arbeidet som duger, er det som blir utført av dyktige hender, ledet av en klar hjerne og inspirert av et kjærlig hjerte...»

Ønsker alle sammen en riktig god sommer!

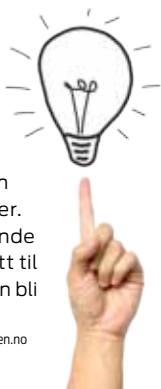
Marte Wolden

ANSVARLIG REDAKTØR

Ny idéportal

I mars ble Haukeland universitets-sjukehus sin nye idéportal «Idé-mottaket» lansert. Portalen har som mål å samle flest mulig gode ideer. Både ansatte, pasienter og pårørende kan komme med innspill på Internett til hvordan tjenestene ved sykehuset kan bli bedre.

Kilde: helse-bergen.no



Landets første diagnosesenter

Universitetssykehuset Nord-Norge i Tromsø og Ahus skal begge etablere diagnosesenter for raskere å avklare mistanke om kreft. Sykehusene har fått midler til å utvikle diagnosesenter, og blir de første sykehusene i landet som etablerer slike. Erfaringene fra sykehusene vil avgjøre om det skal bygges liknende senter flere steder i landet.

Kilde: Nrk.no og ahus.no

SMÅNYTT

Kreftsyke skjerner barna

Bare 14 prosent av kreftpasientene må kutte ned på utgiftene til barnas fritidsaktiviteter på grunn av kreften, viser en norsk undersøkelse der nesten 400 kreftpasienter deltok. De som må redusere utgiftene til aktiviteter og gaver til barna, er i første rekke familier som i utgangpunktet har dårlig råd på grunn av arbeidsledighet eller fordi forelderen er eneforsørger.

Åtte prosent av personene med kreft mente familiens økonomiske situasjon da undersøkelsen ble gjennomført var dårlig eller svært dårlig, 32 prosent karakteriserte den som midt på treet mens 60 prosent anså sin økonomiske situasjon som god eller svært god.

Kilde: Forskning.no



«Latter er et beroligende middel uten bivirkninger.»

Arnold H. Glasow

Overvekt øker risiko for nyrekreft

Overvekt øker risiko for nyrekreft hos både menn og kvinner. Hos menn bidrar også faktorer som høyt blodtrykk, og høyt nivå av trygylsener og glykose i blodet til økt risiko for å få denne kreftformen. Det viser en ny studie av data fra 560 388 menn og kvinner i Norge, Østerrike og Sverige. Gruppen ble fulgt i ti år og i løpet av perioden utviklet 855 menn og kvinner nyrekreft.

Kilde: Kreftregisteret.no

Internasjonale forskjeller i overlevelse

Det er store internasjonale forskjeller i overlevelse av lungekreft. En nylig publisert studie av 60 000 pasienter i perioden 2004–2007, viser at 16 prosent flere svensker enn briter som fikk lungekreft levde ett år etter diagnosen i denne perioden. Ett års overlevelse for de landene som deltok i undersøkelsen var:

- Sverige: 46 prosent
- Australia: 42 prosent
- Canada: 42 prosent
- Norge: 39 prosent
- Danmark: 34 prosent
- Storbritannia: 30 prosent

Kilde: Kreftregisteret.no

Nye faktasider

For å bedre informasjonen på krefregisteret.no, ble det i april lansert nye faktasider om kreft. Sidene gir en omtale av kreft som sykdomsgruppe og beskriver seks sentrale kreftformer, blant andre prostata-, bryst- og lungekreft. Sidene inneholder linker til informasjon om årsaker og forebygging på helsenorge.no og andre nettsteder. Sidene er nyttige for folk som ikke vet så mye om kreft. Man finner dem på krefregisteret.no.



Får ikke diagnose

Schizofrenipasienter har økt risiko for å dø av kreft eller hjertesykdom, ofte uten å ha blitt diagnostisert for sykdommene. Det viser en studie fra universitetene i Stanford og Lund. Mer enn seks millioner svensker deltok i studien, som strakte seg over sju år. 8277 av deltakerne hadde fått en schizofrenidiagnose i løpet av de to årene før studien begynte.

Kilde: PsykNytt

Tekst Johan Alvik Foto Colourbox

Bedre trening på Radiumhospitalet

Radiumhospitalet fikk 4. mars nytt treningsrom. Treningsrommet gir et langt bedre tilbud til inneliggende pasienter, spesielt unge pasienter. Seksjonslederen for Kreftrehabilitering, Gunilla Thorstensen, sa på åpningsdagen at trening og fysisk aktivitet er av stor betydning, også mens pasientene er innlagt på sykehus. Trening kan gi et viktig bidrag til å begrense bivirkninger av behandlingen, og fysisk aktivitet kan ha positiv effekt på overlevelse etter at man er utskrevet.

Kilde: oslo-universitetssykehus.no



Mutasjoner påvirker prostatakreft

Arvelige mutasjoner i et bestemt gen kan påvirke hvor alvorlig prostatakreften blir for dem som rammes. Det viser en ny studie som blir publisert i *Journal of Clinical Oncology*. Studien konkluderer med at menn med bestemte endringer i BRCA2-genet oftere får en alvorlig utgang på sykdommen. Resultatene kan brukes til å peke ut hvilke pasienter som trenger den mest omfattende behandlingen.

Kilde: Forskning.no





AVANSERT: Fullskalasilmulering gjennomføres ved bruk av en avansert dukke som styres av en kontrollenhet. Det kan blant annet måles blodtrykk, puls og respirasjon. Foto: ELLEmELLE

Simulering gir bedre ferdigheter

Simulering i kreftsykepleieutdanningen er en metode for å bedre kompetansen og kvaliteten i sykepleieferdigheter. Ny forskning viser at bare 10 prosent får med seg stoffet under forelesninger, mot 80 prosent ved simulering.

Tekst: **Sven Inge Molnes**, høgskolelektor, Avdeling for helsefag, Høgskolen i Ålesund og **Inger Karin Reknes Brenne**, høgskolelektor, Avdeling for helsefag, Høgskolen i Ålesund og Høgskolen i Nord-Trøndelag

Utfordringer i helsetjenesten

Pasienter med kreftsykdom blir flere. Komplekse sykdomsbilder og sammensatte behov er økende. Utfordringene både på sykehus og i kommunehelsetjenesten er stadig større. De som før ble behandlet på sykehus, kan få avansert behandling og sykepleie i hjemmet (1). I følge samhandlingsreformen ønsker regjeringen at en større del av helseressursene i fremtiden skal brukes i kommunehelsetjenesten, og at mest mulig forebygging, behandling og pleie skal foregå i kommunen. Fra 2012 ble samhandlingsreformen iverksatt, noe som fører til at kommunehelsetjenesten skal ta seg av flere syke (2). Behovet for kompetanseheving og samhandling er økende. I en studie (3) kommer det frem at sykepleierne, i relasjon til pasienten, pårørende, kollegaer og andre profesjoner møter en rekke utfordringer av både faglig, praktisk og etisk karakter. Samhandling og samarbeid ble sett på som viktige faktorer for at pasienten og eventuelt pårørende skal kunne få den optimale pleie, omsorg og behandling. Sykepleierne avdekket dilemmaer knyttet til relasjon mellom pasienten, pårørende og egne vurderinger, slike dilemmaer kunne være uenighet mellom pasient og pårørende, og uenighet om bruk av smertestillende. Sykepleierne ønsket mer faglig oppdatering, men faktorer som tid, ressurser og andre prioriteringer, var med på å vanskeliggjøre dette. Sykepleierne opplevde sykepleien til hjemmeboende kreftpasienter som krevende og utfordrende. Med denne studien og samhandlingsreformen som eksempler på endringer i helsetjenesten og sykepleiernes utfordringer, blir det en utfordring for høgskolen hvordan videreutdanning i kreftsykepleie kan

bidra til å gjøre studentene i stand til å møte pasientens og pårørendes behov. Ifølge fagplan til videreutdanning i kreftsykepleie gir denne utdanningen kompetanse til å arbeide både i sykehus og i kommunehelsetjenesten med kreftpasienter i alle aldre og i alle faser av sykdommen. Det vil si at utdanningen skal føre frem til kompetanse der kreftsykepleieren skal være i stand til å møte kreftpasienter og deres pårørende i ulike deler av helsetjenesten og i alle faser av kreftpasientens sykdom. Kreftsykepleiestudenten trenger trening i å se helheten i situasjonen, kunne handle når pasientens situasjon forverrer seg, kunne kommunisere med pasienten og pårørende. Mye av denne treningen (kompetansehevingen) vil finne sted i studentenes praksisstudieperioder. Disse praksisstudieperiodene er korte, og det er mye studentene skal fokusere på. Pasientene skal bli møtt på best mulig måte, samtidig som kreftsykepleiestudenten skal beherske ferdigheter med krav til kvalitet og sikkerhet. Hvordan kan utdanningen legge til rette for læring eller treningssituasjoner som fører til denne kompetansen? Hvilke pedagogiske metoder kan anvendes for å fremme læring i disse situasjonene?

Simulering som pedagogisk metode

Høgskolen i Ålesund, avdeling for helsefag, har et prosjekt med fokus på utvikling av simulering som pedagogisk metode. Simulering blir brukt i opplæring av videreutdanningsstudenter innenfor ulike fag. Høgskolestyre har vedtatt å sette av midler til simulering ved avdeling for helsefag. Vi har sett på muligheten for å gjennomføre simulering og implementere dette i utdanningen.

Simulering har i de siste årene fått en sentral rolle i opplæringen av helsepersonell i sykepleie- og legeutdanningen, i spesialisthelsetjenesten, utrykningstjenester, og det arbeides med å etablere kurs for kommunehelsetjenesten. Simulering har vist seg blant annet å være nyttig i forbindelse med kompetanseheving, ferdighetstrening og til for eksempel beslutningstaking, kommunikasjon, teamarbeid og ledelse. Simulering har flere fordeler sammenliknet med mer tradisjonelle undervisningsmetoder. Det viser seg at simulering virker i større grad motiverende for opplæring, og den er mer effektiv. Simuleringen er fleksibel og anvendelig, den øker overføringsgraden av læring, og ikke minst kan den tilpasses ulike utdanninger og læringssyn (4-6). Simulering er et forsøk på å etterligne virkeligheten. Deltakerne vil ha muligheten til å kjenne seg igjen i situasjonen, noe som gir deltakerne mulighet til å reflektere over egne ferdigheter og analysere kritisk egne og andres handlinger i et scenario (7).

Når studentene skal gjennomføre simulering, så kreves det en del *forberedelser* før de kan delta. Simulering forutsetter kombinasjon av læremetoder. Studentene må tilegne seg teoretisk kunnskap, som er faktabasert kunnskap, basert på forskning, teorier, modeller, lover og regler som danner grunnlaget for å forstå hvordan og hvorfor de skal utføre

«Læring handler både om relevans og realisme.»

sykepleie i de ulike situasjonene. Videre må de ha tilegnet seg praktisk kunnskap som innebærer å ha de nødvendige ferdighetene som det kreves for å utføre sykepleie. Denne kunnskapen er konkret og utvikles gjennom erfaring og utøvelse. Vi legger også vekt på at studentene har etisk kunnskap, som innebærer å integrere sykepleiefagets verdigrunnlag, slik at det kommer frem i deres handlinger og holdninger. Egne verdier, holdninger og menneskesyn er med på å påvirke avgjørelsen på hva som skal gjøres eller ikke gjøres. Dermed har man et grunnlag for å gå inn i den rollen man vil ha i praksis hos pasienten, og kan utføre en så realistisk jobb som mulig under simuleringen. Simuleringen skal for eksempel forberede studenten til:

- Utvikle problemløsende og kritisk tenkning
- Å se sammenhenger i praksis
- Samarbeide i grupper
- Reflektere over ferdigheter

Kan simulering ha en større nytteverdi enn forelesninger? Ny forskning (8) viser at bare 10 prosent får med seg stoffet under forelesninger. Ved simulering viser det seg at 80 prosent husker det de har vært gjennom.

En tydelig aktiv deltakelse i læringsprosessen resulterer i mer effektiv læring, og et større engasjement. Det handler mye om «learning by doing». Studenter som simulerte, opplevde større grad av læringsutbytte fordi de kunne reflektere over pasientsituasjonen, sammenliknet med de som diskuterte samme scenario i grupper (9).

En studie viser at simulering har en klar positiv effekt på læringsutbyttet. Det er vanskelig å skulle måle effekten av simulering, men denne studien ser på den samlede effekten bruken av simulering i undervisning har på læringsutbyttet. Ved å benytte simulering oppnås læringsutbytter på kunnskap, ferdigheter og atferd (10).

Simulering tar sikte på å forberede studentene på ulike situasjoner de vil møte i praksis og hindre at studentene møter uforberedt på reelle pasientsituasjoner. I tillegg til handlingskompetente sykepleiere, krever samfunnet større grad av pasientsikkerhet, hvor fullskalasilulering antas å være en velegnet metode (11).

Ved fullskalasilulering kan studentene identifisere pasientbehov og utføre relevante sykepleiiltak, samtidig som de skal mestre pasientbehandling og kommunikasjon med både pasient, pårørende og annet helsepersonell. Videre skal de kunne bearbeide og forholde seg til ny informasjon som de vil få underveis i scenarioet. På denne måten har studentene mulighet til å trene på realistiske situasjoner som kan oppstå i praksis uten å utsette pasienten for risiko.

Simuleringen må gjenspeile læringsutbyttene i fagplanen. Man må være tydelig på hva simuleringen sikter mot. Dette for å arbeide mot de kvalifikasjoner og kompetanse studenten skal forvente å kunne, forstå eller være i stand til å utføre. For kreftsykepleiestudentene i første semester ble følgende læringsutbytte formulert:

- Ha avansert kunnskaper om ulike kreftsykdommer og behandling
- Kunne møte pasientens behov for psykososial støtte og omsorg i alle stadier av kreftsykdommen
- Kunne selvstendig og i samarbeid med andre faggrupper innhente, vurdere og sammenstille relevante data/informasjon om pasientens helse- og sykdomssituasjon

- Kunne kommunisere, samhandle, informere, veilede og støtte pasienter og pårørende på en slik måte at det fremmer autonomi og deltakelse.

Fullskalasilulering

Simulering og fullskalasilulering er gjennomf3ring av 3velser som er s3 lik en reell situasjon som mulig og egner seg for 3 trene en akutt og kritisk pasient-situasjon og dermed opp3ve handlingskompetanse. I en akutt situasjon er tidsfaktoren avgj3rende for pasientens liv og helse og fordrer handlingskompetente sykepleiere. I F3relands studie fremheves betydningen av at «3velse gir mestring» (11). Ved at fullskalasilulering legges til rette for en s3 virkelighetsn3r l3ringsssituasjon som mulig, kan den bidra til 3kt handlingsberedskap for studentene. L3ring handler b3de om relevans og realisme. Betydningen av 3 forankre undervisningen i praksis fremheves, slik at studentene opplever situasjonen mest mulig relevant (12).

Fullskalasilulering gjennomf3res ved bruk av en avansert dukke som styres av en kontrollenhet. Det kan blant annet m3les blodtrykk, puls og respirasjon. En operat3r snakker gjennom dukken og regulerer de ulike funksjonene, for eksempel blodtrykk, puls og respirasjon, ut fra handlinger som studentene utf3rer.

Eksempel p3 gjennomf3ring

For at studentene skulle f3 3t godt utbytte av dagen, var det viktig med planlegging. Studentene ble inn-delt i tre grupper 3 6-7 studenter. Dagen avsluttet med en felles evaluering.

Scenariot som vi utarbeidet for v3re studenter i kreftsykepleieutdanningen var en situasjon kreft-sykepleier m3 ha kunnskap om og kan mestre p3 3en trygg og god m3te. Pasienten er i nadirfase med begynnende symptomer p3 sepsis. Pasienten, mann 65 3r, har cancer pulm og har f3tt cellegiftbehandling med Karboplatin og Vinorelbin. Pasienten kommer til kreftpoliklinikken if3lge med sin kone, da han f3ler seg i d3rlig form. Utfordringene for studentene er 3 f3lge opp pasient og p3r3rende p3 best mulig m3te. Slike situasjoner kan man som sykepleier m3te b3de i hjemmet, p3 kreftpoliklinikken, p3 sengepost og ellers. Tilstanden til pasienten kan forverres raskt og det er av stor betydning 3 handle riktig.

Operat3r og fasilitator har formell oppl3ring i form av kurset Train-The-Trainer (TTT). Dette er et kurs med teori om pedagogikk for voksne, strategier for l3ring, kommunikasjon og trening i 3 utf3re simulering. Skal man drive med simulering som



pedagogisk metode er det n3dvendig 3 tilegne seg en slik kompetanse. Fasilitatorrollen inneb3rer 3 v3re tilstede, observere hva som skjer, v3re tilgjengelig for sp3rsm3l og avslutte scenariotet n3r situasjonene tilsier at det er tid for dette.

Vi hadde en innf3ring om simulering som pedagogisk metode f3r vi gikk til simuleringssenteret. Vi har v3rt tydelig p3 hva som forventes av den enkelte, og lagt stor vekt p3 taushetsplikten. Vi startet med en briefing av rommet og utstyret. Pasient-simulator av typen SimMan fra Laerdal Medical. To studenter ble kreftsykepleierstudenter (det er viktig at de har den rollen som de vil f3 i praksis), en student fikk rollen som p3r3rende og de resterende ble observat3rer. Disse fikk i oppgave 3 observere hvert sitt l3ringsutbytte.

Studentene fikk litt tid til 3 forberede seg p3 rollen de fikk tildelt. N3r de var klar startet vi selve simuleringen ved at studentene spilte sin rolle og utf3rte oppgaver s3 realistisk som mulig.

Siste fasen i fullskalasilulering er debrifing. Denne foreg3r i tre faser:

- 1. Beskrivelsesfasen:** Hver student g3r gjennom situasjonen ved 3 beskrive s3 konkret som mulig hva som skjedde uten tolkning og vurderinger, dette tar cirka fem minutt. Starter oftest med de som hadde rollen som sykepleiere. Observat3ren kan avrunde.
- 2. Analysefasen:** Studentene, unntatt observat3r, skal beskrive to til tre ting de gjorde bra. Fasilita-

CELLEGIFT: Studentene ved H3gskolen i 3lesund fikk 3ve seg p3 3 gi cellegift p3 denne dukken. Foto: Privat

tor hjelper på vei hvis det er nødvendig. Læringsutbyttene skal være styrende for den faglige refleksjon over simuleringssituasjonen. Tar cirka 20 minutt. Her kan det også være aktuelt å se på videoopptak, dette ble ikke gjort denne gangen.

3. Anvendelsesfasen: Hver student reflekterer over hva og hvordan de vil bruke denne erfaringen til å forbedre sine kunnskaper og ferdigheter, dette tar cirka fem minutt.

«Studentene ønsket seg mer tid til dette.»

Debriefing beskrives som en viktig del av simulering som pedagogisk metode. Det er viktig å ha fokus på studentenes læring, og at studenten opplever mestring i situasjonen. Fasilitator må være opptatt av og legge til rette slik at studentene går fra simuleringen med en positiv følelse.

Erfaring så langt

Vi ser at simulering og ferdighetstrening er metoder som skaper engasjement og aktive studenter. Noen studenter ble mer aktive, og dette kan være på grunn av at de føler trygghet med det de skulle utføre. Noen studenter følte et visst press i begynnelsen, de gruet seg for å eksponere seg faglig og personlig for medstudenter. På tilbakemeldingen etterpå kom det frem at de ble svært engasjert av simuleringssituasjonen, og at de etter hvert glemte de som var observatører. Det var situasjonen med pasienten og pårørende som fikk fokus.

For oss som lærere var det viktig å skape trygge rammer og en tillit til studentenes presentasjon på simuleringssenteret. Erfaringer så langt tilsier at vi ser viktigheten av å tilby et slikt opplegg for studentene der de har mulighet til å tilegne seg kompetanse ved å øve på reelle situasjoner. Debriefingen er som nevnt med på å øke læringseffekten, og refleksjon skaper rom for diskusjon, spørsmål, dele erfaringer, forbedre handlinger og bearbeidelse av opplevelser.

Tilbakemelding fra studentene var enstemmig at dette opplevde de som svært nyttig. Studentene ønsket seg mer tid til dette. I løpet av studiet vil vi ha flere dager med simulering, ferdighetstrening og andre øvelser.

Konklusjon

Simulering, ferdighetstrening og andre øvelser anser vi som gode for kreftsykepleierstudentenes opplæring. De utfordringene de vil stå overfor gjennom

sitt arbeid er krevende. Ved å få mulighet til å øve i ulike situasjoner vil dette kunne gi dem trygghet, et større handlingsrom og en bedre kvalitet. Kreftsykepleiere har sitt arbeid både på sykehus, i hjemmesykepleien og institusjoner. Ofte står de alene overfor ulike situasjoner og det er dermed viktig at de har kunnskap og ferdigheter til å løse oppgavene. Dette kan ha betydning både for kvalitetssikring og pasientsikkerhet. Når vi har flere stasjoner som for eksempel fullskalasilulering og ferdighetstrening, finner vi simulering som pedagogisk metode godt egnet og effektiv, noe som stimulerer til engasjement og nysgjerrighet blant studentene, praksisfeltet og hos kollegaer. Simulering bidrar til at man kan trene på alt fra enkle til mer avanserte prosedyrer. Vi ser også at pasientsikkerheten blir ivaretatt på en tilfredsstillende måte, ved at man trener innenfor trygge rammer, uten at pasientene utsettes for fare.

Videre ser vi nytteverdien av å ha et godt samarbeid mellom høgskolen og praksisfeltet, der de ulike instansene kan møtes for felles diskusjon og utarbeidelse av scenarier. Samtidig så har sykepleierne i praksisfeltet muligheter til å få opptrening i situasjoner og ferdigheter som de finner utfordrende, uten at det går utover pasientsikkerheten. ■

Referanser:

1. Fjørtoft AK. Hjemmesykepleie - Ansvar, utfordringer og muligheter. Bergen: Fagbokforlaget, 2012.
2. Helse- og omsorgsdepartementet. Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid. 2009.
3. Molnes, SI. Kampen mot smertene. En studie av sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter. Masteroppgave ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Seksjon for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo, 2008.
4. Alessi SM, Trollip SR. Multimedia for learning. Methods and development. 3rd edition. Massachusetts: Allyn and Bacon, 2001.
5. Aase K. Pasientsikkerhet - teori og praksis i helsevesenet. Oslo: Universitetsforlaget, 2010.
6. Brinchmann-Hansen Å, Wisborg T, Brattebø G. Simulering – en god metode i legers videre- og etterutdanning. Tidsskrift for Den Norske Laegeforening, 2004; 124: 2113-15.
7. Jeffries PR. Simulation in Nursing Education. From Conceptualization to Evaluation. New York: National League for nursing, 2007.
8. Hrepic Z, Zollmann, DA, Rebello S. Comparing Students' and Experts' Understanding of the Content of a Lecture. Journal of Science Education and Technology, 2007; 3: 213-24.
9. Mikkelsen J, Reime MH, Harrus AK. Nursing students' learning of managing cross-infections - Scenario-based simulation training versus study groups. Nurse Education Today, 2008; 28: 664-71.
10. Cook DA, Hatala R, Brydges R, Zendejas B, Szostek JH, Wang AT, Erwin PJ, Hamstra SJ. Technology-Enhanced Simulation for health Professions Education. A Systematic Review and Meta-analysis. The Journal of the American Medical Association, 2011; 306: 978-88.
11. Føreland AM. Øvelse gir mestring. Sykepleien, 2009; 97: 54-58.
12. Benner P, Sutphen M, Leonard V, Day L. Å utdanne sykepleiere. Oslo: Akribe, 2010.

Aktuelle bøker



Tekst Johan Alvik Omslagsfoto Forlagene

BOKOMTALE



Skarp kritikk

Ifølge Kagge forlag er dette en avslørende insidefortelling om endringene i helsesektoren de senere årene. Forfatteren skildrer prosessen som førte fram til sammenslåingen av Riks- og Radiumhospitalet, Ullevål og Aker sykehus til Oslo Universitetssykehus. Han kommer med skarp kritikk av hvordan prosessen har foregått og skildrer et spill preget av skjulte makt-kamper og lukkede beslutningsprosesser. Forfatteren Are Saastads egne opplevelser som tillitsvalgt danner rammen for fortellingen.

Feil medisin, Kagge forlag

BOKOMTALE



Søskenkjærighet

I januar 2012 får fire år gamle Natalia fra Leikanger uhelbredelig bløtvevskreft. Da bestemmer storesøster Emilia Polbratke (13) seg for å gjøre Natalias siste sommer til verdens beste. I Aftenpostens Si:D-spalte skrev Emilia: «Verdens beste sommerjobb, uten betaling, men en jobb som inkluderer masse lykke, glede og latter. Som alt annet vil det ta slutt, men det vil være den beste sommeren i mitt liv.» Responsen fra leserne var enorm. Det samme var tilbakemeldingene hun mottok på bloggen «megognatalia.blogg.no». Nå har hun skrevet bok om sine erfaringer, sammen med moren Monika Polbratke.

Den beste sommeren, Gyldendal

BOKOMTALE



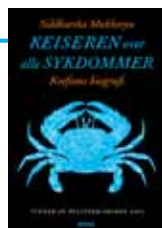
Om sorg - og om å leve videre

Når man har funnet mannen man gjerne vil dele livet med og få barn sammen med, og han dør. Hva gjør man da?

Ingvild Hurlimann-Lindseth var tretti år da ektemannen hennes døde av kreft. De to fikk fem år og hundre dager sammen. Hun skriver om sykdommen og tapet, men også om forelskelsen og den sterke kjærligheten. Hvordan de helt til det siste omfavnet hver dag og levde livet til det fulle. Det handler om hvordan kjærligheten blir sterkere i sykdommen. Og hvordan man lever videre uten den man elsker.

Jeg skal følge deg helt frem, Kagge forlag

BOKOMTALE



Prisvinnende historiebok

Boken vant den amerikanske Pulitzerprisen i 2011 for beste sakprosa. Forfatteren er kreftlege og han har skrevet en annerledes historiebok om kreftsykdommen og dens ofre. Boken har undertittelen Kreftens biografi, og forfatteren forklarer hvorfor: «Boken er et forsøk på å gå inn i sinnet på denne uødelige sykdommen, på å forstå den som personlighet og avmystifisere måten den oppfører seg på.»

Ifølge forlaget er *Keiseren over alle sykdommer* framfor alt en bok om dem som har kjempet seg gjennom forskjellige umenneskelige behandlingsregimer for å overleve, fra antikken til i dag.

Keiseren over alle sykdommer, Forlaget Press



Ulikhet og mangfold

Hvordan arbeider vi i Sentralt Fagforum og hva arbeider vi med?

Sentralt Fagforum (SF) er en vedtektsfestet møteplass for alle lederne av NSF's 33 faggrupper. SF møtes to ganger per år, i tillegg til å delta på ulike samhandlingsarenaer gjennom året.

Faggruppene

Faggruppene representerer et stort mangfold. Et mangfold som i første rekke er knyttet til ulike faglige interesseområder, men som også handler om størrelse og kultur. I overkant av til sammen 20.000 personer er medlemmer av en eller flere faggrupper. Når vi vet at NSF har nærmere 100.000 medlemmer er potensialet for å rekruttere flere medlemmer til faggruppene stort. Her har vi en stor utfordring!

«Faggruppene er ulike, noen har mer ressurser enn andre.»

Faggruppene er ulike, noen har mer ressurser enn andre. Mange må derfor nødvendigvis prioritere sitt interne arbeid og kan i mindre grad delta på andre arenaer. SFs muligheter for å påvirke er likevel gode enten det er i utformingen av NSF's politikk eller gjennom å delta på andre måter. Vi arbeider på ulike måter sammen med forbunds-

ledelsen, forbundsstyret, øvrige avdelinger ved hovedkontoret, fylker og medlemmer for å nå viktige strategiske fag- og helsepolitiske mål. Leder av SF sitter også i Forbundsstyret.

Tett samarbeid

SF samarbeider tett med organisasjonens øvrige ledd, enten det er fylkesapparatet eller organisasjonens avdelinger. Faggruppens bidrag er i særlig grad innenfor NSF's fag- og helsepolitiske innsatsområder og prioriteringer. Det kan for eksempel være at ressurspersoner fra faggruppene engasjerer seg i konkrete prosjekter, utforminger av høringer eller gjennom å delta i ulike utviklingsprosesser.

På Norsk Sykepleierforbunds landsmøte i 2011 ble det pekt på at organisa-

der faggruppens bidrag er viktig og nødvendig. NSF ønsket med dette landsmøtevedtaket å knytte faggruppene nærmere til seg. Tilknytningen gir faggruppene i større grad enn tidligere muligheter til å være deltaker og ikke tilskuer.

Prosjektkoordinatorer

En viktig forutsetning for å lykkes er å få til gode samhandlingsarenaer i organisasjonen. Det er derfor opprettet to prosjektkoordinatorstillinger i 100 prosent for faglig engasjerte sykepleiere. Stillingene er knyttet til Sentralt Fagforum. Personene skal fungere som bindeledd mellom Fag- og helsepolitisk avdeling, Sentralt Fagforum og de enkelte faggrupper.

Arbeidsoppgavene vil primært være knyttet til strategiutforming innen områdene forebyggende og helsefremmende arbeid, ledelse, utdanning, forskning, innovasjon og tjenesteutvikling. Prosjektkoordinatorene skal også være bidragsyttere i arbeidet med avanserte kliniske roller i sykepleien

Vedtaket som landsmøtet fattet inneholder mange utfordringer både internt i SF og for organisasjonen for øvrig. Landsmøtes vedtak om å innføre en felles vedtektsmodell for faggruppene er fulgt opp. Modellen er innført for å tydeliggjøre ansvarsforhold og



STYRKET SAMARBEID: Sentralt Fagforum i NSF arbeider for å styrke og utvikle samarbeidsformer, både innad i forumet og med organisasjonen for øvrig. Bildet er tatt på NSF's landsmøte i 2011. Arkivfoto: Erik M. Sundt

sikre forsvarlig drift i den enkelte faggruppe. Modellen ivaretar også de kravene myndighetene stiller både til juss og økonomi.

Jeg vil også nevne noen felles administrative og faglige ordninger som gjelder for faggruppene.

Lokale faggruppers regnskap

NSF tilbyr i dag regnskapsføring for alle de 33 faggruppene – og alle forhold knyttet til dette, inkludert innberetning til offentlige myndigheter. Fra og med utgangen av 2013 vil dette også gjelde for alle lokale faggrupper. Det er viktig og vesentlig å understreke at NSF's rolle her er å fungere som et hvilket som helst regnskapsbyrå. Et regnskapsbyrå som roter med kundens penger gjør noe ulovlig. Det gjelder også i dette tilfellet. Tre faggrupper deltar i utprøvingen av ordningen. Hensikten med ordningen er å sikre gode og trygge regnskaps- og rapporteringsrutiner som ivaretar både faggruppens behov og myndighetenes krav.

Faglige utviklingstiltak

NSF's landsmøte vedtok også at det skal avsettes et beløp øremerket faglige utviklingstiltak i faggruppene regi, fordelt etter søknad og forvaltet av Sentralt Fagforums arbeidsutvalg. Dette vil være en ordning som ikke inkluderer faglige ut-

viklingstiltak og prosjekter som NSF selv iverksetter, og som administrativt følges opp av andre avdelinger i hovedkontoret. Retningslinjer for ordningen er vedtatt av forbundsstyret. For 2013 kom det inn i 13 søknader og forbundsstyret har bevilget 1 million i 2013 til fordeling.

Solidaritetssykepleier til Tanzania

NSF har i en årrekke samarbeidet med Tanga International Competence Center – TICC i Tanga, Tanzania. TICC er et regionalt kompetansesenter for læring i regionen og har engasjert seg i regional utvikling, innen helse og utdanning, men også utvikling for regionen generelt. Studie- og praksisopphold utarbeidet i samarbeid med norske utdanningsinstitusjoner, som også hele tiden har et fokus på hvordan man kan bidra til regional verdiskapning og velferdsutvikling, er blitt en hjørnestein i TICC's virksomhet. TICC organiserer en rekke aktiviteter og har flere prosjekter, hvis hovedformål er å forbedre levekårene for familier og lokalsamfunn i Tanga og skape bærekraftige modeller for læring og utvikling.

Vi ønsker å kunne tilby en unik mulighet for våre medlemmer til å bidra i regional helseutvikling i Tanga med erfaring og kunnskapsoverføring. I 2012 reiste tre helsesøstre på et tre måneders langt opphold i Tanga. I 2013 ønsker

TICC en helsesøster, en jordmor og en psykiatrisk sykepleier.

Veien videre

Som nevnt handler veien videre først og fremst om hvordan vi kan utvikle arbeids- og samarbeidsformer innad i Sentralt Fagforum og med de øvrige delene av organisasjonen. Dette er en nødvendig forutsetning for å lykkes. Vi arbeider med å etablere arenaer og strukturer som tydeliggjør rammer og innhold i et slikt samarbeid. Sentralt Fagforum tror det er svært viktig å videreutvikle det gode samarbeidet vi har med de ulike fylkene. Dette arbeider man også aktivt med. Leder har deltatt på flere fylkesvise arrangementer det siste året. Det er også viktig at to fylkesledere deltar på alle møtene i Sentralt Fagforum.

Avslutningsvis vil jeg gi deg som medlem av faggruppen en konkret utfordring! Mellom 20 og 25 prosent av NSF's medlemmer er tilknyttet en eller flere faggrupper. Potensialet for å øke medlemsantallet er stort. Forum for Kreftskykepleier har i dag cirka 1500 medlemmer. Hva med om du verver ett nytt medlem i 2013? Det vil faktisk bety mye! Lykke til! ■



Tekst **Frank Oterholt**,
leder av Sentralt fagforum i NSF

**Afinitor«Novartis»
Proteinkinasehemmer.**

TABLETTER 5 mg og 10 mg: Hver tablett inneh.: Everolimus 5 mg, resp. 10 mg, butylhydroksytoluen (E 321), laktose, hjelpestoffer.1

Indikasjoner: Behandling av avansert hormonreseptiv, HER2/neu-negativ brystkreft, i kombinasjon med eksemestan, hos postmenopausale kvinner uten symptomatisk visceral sykdom, etter tilbakefall eller progresjon med en ikke-steroid aromatasehemmer. Behandling av ikke-operable eller metastatiske, videlfrenserte eller moderat differenserte, pankreatiske neuroendokrine tumorer hos voksne med progressiv sykdom. Behandling av langtømmet nyresvulst i pasienter der sykdommen har progressert under eller etter VEGF-rettet behandling. **Dosering:** Behandling bør initieres og følges opp av lege med erfaring i bruk av legemidler for behandling av kreftpasienter. Anbefalt dose: 10 mg 1 gang daglig til samme tid hver dag. Behandling bør pågå så lenge man ser klinisk nytte eller til det oppstår uakseptabel toksisitet. **Barn:** Sikkerhet og effekt er ikke dokumentert. **Eldre >65 år:** Dosejustering ikke nødvendig. **Spesielle pasientgrupper:** Nedsatt leverfunksjon: Lett nedsatt leverfunksjon (<Child-Pugh-klasse A): Anbefalt dose er 7,5 mg daglig. Moderert nedsatt leverfunksjon (<Child-Pugh-klasse B): Anbefalt dose er 5 mg daglig. Alvorlig nedsatt leverfunksjon (<Child-Pugh-klasse C): Kun anbefalt dersom ønsket nytteveiri er større enn risikoen. Dosen skal ikke overskride 2,5 mg. Dosejustering dersom levertilstanden endres under behandling. **Nedsatt nyrefunksjon:** Dosejustering ikke nødvendig. **Administrering:** Skal tas konsekvent med eller uten mat. Skal svelges hele med et glass vann. Skal ikke tygges. Skal ikke kruses. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene eller andre rapamycinderivater. **Forsiktighetsregler:** Tilfeller av ikke-infeksiøs pneumonitt (inkl. interstiell lungesykdom) er observert. Noen alvorlige og sjeldne tilfeller med fatal utfall. Diagnosen ikke-infeksiøs pneumonitt bør vurderes ved uspesifikk respiratoriske symptomer som hypoksi, pleural effusjon, hoste eller dyspné, og der infeksjoner av neoplastiske eller andre ikke-medisinske årsaker er ekskludert. Ved utvikling av radiologiske endringer som tyder på ikke-infeksiøs pneumonitt og/eller ingen symptomer, kan behandling fortsette uten dosejustering. Ved moderate symptomer bør behandlingsavbrudd vurderes inntil symptombedring. Bruk av kortikosteroider kan være indisert. Behandling kan gjenopptas med 5 mg daglig. Ved alvorlige symptomer på ikke-infeksiøs pneumonitt bør behandlingen avbrytes. Bruk av kortikosteroider inntil kliniske symptomer forsvinner kan være indisert. Behandling kan gjenopptas med 5 mg daglig avhengig av individuelle kliniske omstendigheter. Everolimus kan predisponere for bakterie-, sopp-, virus- eller protozoainfeksjoner, inkl. infeksjoner med opportunistiske patogener. Lokale og systemiske infeksjoner, inkl. pneumoni, andre bakterielle infeksjoner, invasive soppinfeksjoner som aspergillose eller candida og virusinfeksjoner inkl. reaktivering av hepatitt B-virus er sett. Noen infeksjoner har vært alvorlige og i noen tilfeller fatale. Ved diagnostisering av en infeksjon må egnet behandling igangsettes umiddelbart og pause eller seponering av everolimus vurderes. Pågående infeksjoner bør være ferdigbehandlet før everolimusbehandling igangsettes. Dersom invasiv systemisk soppinfeksjon diagnostiseres, bør everolimus umiddelbart seponeres permanent, og egnet antiparasitisk behandling gis. Hypersensitivitetsreaksjoner er observert. Munnslår, stomatitt og oral mukositt er sett ved everolimusbehandling. Topikal behandling er da anbefalt. Alkohol- eller peroksidholdig munnvann bør unngås da disse kan forverre tilstanden. Antifungale midler bør ikke brukes med mindre soppinfeksjon er diagnostisert. Økning av serumkreatinin, vanligvis svak, og proteinuri er rapportert. Måling av nyrefunksjon, inkl. måling av blod-urea-nitrogen (BUN), protein i urinen eller serumkreatinin anbefales før oppstart av behandling og deretter periodisk. Tilfeller av nyresvikt (inkl. akutt nyresvikt), noen med fatal utfall, er observert. Nyrefunksjonen bør monitoreres, spesielt ved risikofaktorer som ytterligere kan svekke nyrefunksjonen. Hyperglykemi, hypertensjon og hypertiglyseridemi er rapportert. Måling av fastende serumglukose anbefales før oppstart av behandling og deretter periodisk. Hvis mulig bør optimal glykæmi kontroll oppnås før behandlingsoppgjør. Redusert hemoglobin, lymfocytter, nøytrofiler granulocytter og blodplater er rapportert. Fullstendig blodtelling anbefales før oppstart av behandling og deretter periodisk. Everolimus bør ikke brukes ved sjelden anelig galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. Forsiktighet bør utvises ved bruk av everolimus i perioden før og etter operasjon pga. svekket sårhelning. **Interaksjoner:** Everolimus er CYP 3A4-substrat og substrat og moderat hemmer av P-glykoprotein (Pgp). Absorpsjon og eliminasjon kan påvirkes av substanser som påvirker CYP 3A4 og/eller Pgp. Samtidig behandling med everolimus og potente CYP 3A4- eller Pgp-hemmere anbefales ikke. Forsiktighet må utvises når samtidig behandling med moderate CYP 3A4- eller Pgp-hemmere ikke kan unngås. Dosereduksjon til 5 mg daglig eller 5 mg annenhver dag kan vurderes, men det foreligger ingen kliniske data med denne dosejusteringen. Nøye monitorering av bivirkninger er anbefalt. Kombinasjon med grapefruktjuice eller annen mat som påvirker CYP 3A4 eller Pgp bør unngås. Samtidig bruk av potente CYP 3A4-indusere bør unngås. Dersom samtidig administrering av everolimus og en potent CYP 3A4-induser er nødvendig, bør doseøkning fra 10 mg daglig til 20 mg daglig vurderes med økning på 5 mg av gangen. Økningen bør skje på dag 4 og dag 8 etter initiering av induser. Denne dosen er ventet å justere AUC til det området som er observert uten induser. Det er imidlertid ingen kliniske data for denne dosejusteringen. Dersom behandling med induser avsluttes, bør everolimusdosen endres tilbake til det den var før initiering av behandling med CYP 3A4-induser. Preparatet som inneholder johannesurt (*Hypericum perforatum*) bør ikke brukes under everolimusbehandling. Everolimus hemmer antageligvis intestinal CYP 3A4 og kan dermed påvirke biotilgjengeligheten av samtidig administrerte orale CYP 3A4- og/eller Pgp-substrater. Forsiktighet bør utvises ved samtidig oral administrering av CYP 3A4-substrater med smalt terapeutisk vindu. En klinisk relevant effekt på eksponering av systemisk administrerte CYP 3A4-substrater forventes imidlertid ikke. Bruk av levende vaksiner bør unngås. **Graviditet, amning og fertilitet:** *Graviditet:* Ikke anbefalt under graviditet. Sikkerhet ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Dyrestudier har vist reproduksjonstoksiske effekter, inkl. embryotoksisitet og fetotoksisitet. Kvinner i fertil alder må bruke svært effektiv prevensjon under behandling, og i inntil 8 uker etter avsluttet behandling. *Amning:* Overgang i morsmelk er ukjent. Utskilles i melk hos rotter. Skal ikke brukes under amning. *Fertilitet:* Ukjent om everolimus kan forårsake sterilitet. Sekundær amenoré og assosiert ubalanse i LH/FSH er observert hos kvinnelige pasienter. Basert på ikke-kliniske funn kan manlig fertilitet reduseres ved everolimusbehandling. **Bivirkninger:** Svært vanlige (1/10): Blod/lymf: Anemi, trombocytopeni. Gastrointestinale: Stomatitt, diaré, inflammasjon i slimhinner, oppkast, kvalme. Hud: Utslett, tørr hud, pruritus, neglesykdommer. Infeksiøse: Infeksjoner. Lufteveier: Pneumonitt, dyspné, epistakse, hoste. Neurologiske: Dysgeusi, hodepine. Stoffskifte/ernæring: Hyperglykemi, hyperkolesterolemi, hypertiglyseridemi, anoreksi. Undersøkelser: Vektreduksjon. Øvrige: Utmattelse, asteni, perifert ødem, pyreksi. *Vanlige (1/100 til <1/10):* Blod/lymf: Leukopeni, lymfopeni, nøytropeni. Gastrointestinale: Munn tørrhet, magesmerter, smerter i munnen, dysfagi, dyspepsi. Hjerne/kar: Hypertensjon, blødninger. Hud: Hånd-fot-syndrom, erytem, hudavskalling, dermatitt acneform, onychoclasis, hudsjesjon, mild alopeci. Lever/galle: Økt ALAT, økt ASAT. Lufteveier: Lungeemboli, opphosting av blod. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi. Psykiske: Insomni. Nyre/urinsveier: Økt kreatinin, nyresvikt (inkl. akutt nyresvikt), proteinuri. Stoffskifte/ernæring: Diabetes mellitus, hypofosfatemi, hypokalemi, hypertiglyseridemi, hypokalsemi, dehydrering. Øye: Konjunktivitt, hevelse i øyelokket. Øvrige: Brystsmerte. *Mindre vanlige (1/1000 til <1/100):* Blod/lymf: Erytroplasi. Hjerne/kar: Kongestiv hjertesvikt, flushing, dyp venetrombose. Hud: Angiødem. Lufteveier: Akutt lungesyktsyndrom. Neurologiske: Ageusi. Øvrige: Svekket sårhelning. *Ukjent:* Immunsytemet: Hypersensitivitet. **Overdosering/Forgiftning:** Begrensede data tilgjengelig. Støttende tiltak bør igangsettes. Se Giftinformasjonens anbefalinger for Everolimus L04A A18 side d. **Egenskaper:** *Klassifisering:* Proteinkinasehemmer. *Virkningsmekanisme:* Bindes til det intracellulære proteinet FKBP-12 og danner et kompleks som hemmer aktiviteten av mTOR-kompleks-1 (mTORC1). Dette reduserer aktiviteten til S6 ribosomal proteinkinase (S6K1) og ukunytig elongeringsfaktor 4E-bindingsprotein (4EBP-1), og påvirker dermed translasjon av proteiner involvert i cellyklus, angiogenese og glykolyse. S6K1 antas å fosforylere «activation function domain 1» på østrogenreseptorer, som er ansvarlig for ligandavhengig reseptoraktivering. Nivået av vaskulær endotelial vekstfaktor (VEGF) som potensierte angiogene prosesser i tumoren reduseres. *Absorpsjon:* Maks. plasmakonsentrasjon oppnås 1-2 timer etter inntak. Steady state nås innen 2 uker. Fettrikt måltid reduserer AUC og C_{max} med hhv. 22% og 54%. Lette fettmåltid reduserer AUC med 32% og C_{max} med 42%. *Plasmabinding:* Ca. 74%. *Fordeling:* Blod/plasma-ratio er konsentrasjonsavhengig og varierer fra 17-73% i doseringsområdet 5-5000 mg/ml. *Distribusjonsvolum:* 131 liter i sentralt kompartiment og 517 liter i perifer kompartiment. *Halveringstid:* Ca. 30 timer. *Metabolisme:* Everolimus er substrat for CYP 3A4 og Pgp, men metabolittene bidrar trolig ikke signifikant til den totale farmakologiske aktiviteten. *Utskillelse:* 80% via feces, 5% via urin. **Pakninger og priser:** 5 mg: 30 stk. (blistre) 24300. 10 mg: 30 stk. (blistre) 32933.40. **Sist endret:** 01.03.2013 (SPC'er 18.12.2012).

Kilde: Forskning.no

Spis mindre salt

Verdens helseorganisasjon råder folk til å ha mindre salt i maten enn hva man tidligere har anbefalt. I henhold til de nye retningslinjene bør voksnes daglige inntak ikke overstige to gram natrium, eller fem gram salt. 100 gram bacon, saltstenger eller popkorn har nesten like mye natrium som det anbefalte maksimuminntaket. Håpet er at de nye anbefalingene vil være et viktig virkemiddel i den globale kampen mot kostrelatert sykdom, og ikke minst hjerte- og karsykdommer.



Nyttig på nett!

Her er nettsider med mye aktuell informasjon:

Helsebiblioteket – et offentlig nettsted gratis for helsepersonell. Inneholder tidsskrifter i fulltekst, medisinske databaser, retningslinjer og nyttig fagstoff. www.helsebiblioteket.no
Oncolex – et nettbasert oppslagsverk for kreftdiagnostikk, -behandling og -oppfølging. Her kan helsepersonell hente fram relevant og alltid oppdatert informasjon. Innholdet er utarbeidet i samarbeid med fagspesialistene på hvert fagområde ved Radium-hospitalet og Rikshospitalet. Prosedyrene er rikt illustrert med foto, video og animasjoner. Oncolex har gode rutiner for revidering. www.oncolex.no

Kreftregisteret – Kreftregisterets nettsted inneholder informasjon om kreft i Norge – forekomst, overlevelse og geografiske variasjoner. www.kreftregisteret.no

Kreftforeningens hjemmeside gir informasjon om siste nytt innen kreftforskning, forebyggelse og behandling, hjelp til kreftpasienter og pårørende, spørsmål, svartjeneste og fagstoff om kreft for forskere. www.kreftforeningen.no

Referanser: 1. Afinitor SPC. www.legemiddelverket.no. 2. Piccart M et al. Final Progression-Free Survival Analysis of BOLERO-2: A Phase III Trial of Everolimus for Postmenopausal Women With Advanced Breast Cancer. Presented at San Antonio Breast Cancer Symposium; December 4-8, 2012. Poster P6-04-02.

Afinitor® benyttes etter tilbakefall eller progresjon med en ikke-steroid aromatasehemmer.1

* sammenlignet med 4,1 måned ved bruk av steroidaromatasehemmer.1,2



Hva betyr et år i en kvinnes liv?

Afinitor® i kombinasjon med eksemestan gir 11 måneders utsettelse til progresjon hos HR+, HER-negative brystkreftpasienter med spredning (HR=0,38).*2

Mer tid til flere gode opplevelser²



Foreslå kandidater til Årets sykepleier i kreftomsorg

Hvert år deler Forum for kreftsykepleie (FKS) ut pris til en sykepleier som utmerker seg spesielt i kreftomsorgen.

Forum for kreftsykepleie oppfordrer sine medlemmer og lesere av tidsskriftet Kreftsykepleie til å sende inn forslag på en sykepleier som har gjort en spesiell innsats innenfor fagfeltet.

Hvem kan bli nominert:

- Vedkommende arbeider innen klinisk sykepleie, fagutvikling eller forskning.
- Vedkommende gjør en innsats som utmerker seg – overfor pasienter med kreftsykdom, pårørende eller overfor kollegaer.

Send kandidatens navn, arbeidssted, telefonnummer samt begrunnelse for nomineringen til: FKS NSF's Faggruppe
v/ Lillian Rolfsen Grønsund
Lyngveien 16, 4400 Flekkefjord
Telefon: 416 95892
E-post: lillian@norgespost.no

Frist 1. september 2013

Montebellosenteret ligger i flotte omgivelser like ovenfor Lillehammer, er nylig opprustet og utvidet og framstår med god hotellstandard uten institusjonspreg. Montebellosenteret er en nasjonal helseinstitusjon for kreftpasienter og deres pårørende.



«Kreftsykdom handler om mer enn fysiske plager. Det handler om livet videre»

Kursopphold ved Montebellosenteret er for de som har eller har hatt kreft. Alle kursene er tilrettelagt med faglig innhold og fysisk aktivitet. Det vektlegges sosialt fellesskap, rekreasjon og fritid i alle kurs.

På **mestringskurs** treffer deltakere andre som er i mest mulig samme situasjon som seg selv. **Temakurs** har fokus på tema som er felles, uavhengig av krefttype. Temaene er blant annet Ernæring og fysisk aktivitet, Kroppen i bevegelse og Seksualitet og kreft. **Familiekursene** skal gi familien hjelp til å mestre en ny og endret livssituasjon og kommunisere åpent og direkte med hverandre. Nytt i høst er et **parkurs** for småbarnsforeldre.

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

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



Tilbudet er landsdekkende og det søkes direkte til MBS.



www.montebello-senteret.no Foto: Oda Høyem



FORUM FOR KREFTSYKEPLEIE
NSFs FAGGRUPPE



Bli med på landskonferansen

Forum for Kreftsykepleie inviterer til Den 16. norske landskonferanse i kreftsykepleie «Heftige dager med begeistring», 19. –21. september 2013.

Helsevesenet er mangfoldig, der endringer og nyheter kommer fortløpende. Konferansen vil ha fokus på det som rører seg i tiden. Gjennom forelesninger, posterpresentasjoner og parallellsesjoner med presentasjoner og diskusjoner

tilbyr vi et program som er både heftig, og som vi håper vil begeistre.

Påmelding skal gjøres online. Du finner utfyllende informasjon og påmeldingskjema på sykepleierforbundet.no/faggrupper/kreftsykepleiere. Der vil det også komme opp-

dateringer om konferansen. Konferansen finner sted på Radisson Blu Hotel, Tromsø. Hotellet ligger i sentrum av byen, i gangavstand til flybuss og andre hoteller.

Mere informasjon om Tromsø finner du på visittromso.no

Program for landskonferansen

Årets landskonferanse har vi kalt «Heftige dager med begeistring». Det er Den 16. norske landskonferanse i kreftsykepleie, og arrangementet finner sted i Tromsø 19.-21. september 2013.

Program med forbehold om endringer. Oppdateringer kommer fortløpende på www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/kreftsykepleiere

Torsdag 19. september 2013

	<p>Registrering fra kl. 10.00 + på onsdag kveld. Utstillingen åpner kl. 10.30 Åpning av konferansen kl. 11.00-12.00</p>
12.00-13.00	<p>«Stige mot Lyset» er en film om Åsa og hennes liv, og om mestring av kreftsykdom. Ved filmskaper Tor Edvin Eliassen, Tromsø. «Møtet med Åsa og utfordringer ved å være kreftsykepleier i en liten kommune». Ved kreftsykepleier Anita B. Brendefjord, Vågan kommune.</p>
13.00-14.30	<p>Lunsj/Utstilling</p>
14.30-15.15	<p>«Den nærmeste legen.» Hva kan fastlegen bidra med ved kreftsykdom? Ved May-Lill Johansen, førsteamanuensis ved Universitetet i Tromsø og spesialist i allmennmedisin.</p>
15.15-16.00	<p>«Hverdagslivet med prostatakreft, utfordringer for menn, ektefeller og samlivet.» Ved Kreftsykepleier/Ph.d. Bente Ervik, Kreftavdelingen, Universitetsykehuset i Tromsø/ Institutt for helse- og omsorgsfag, Universitetet i Tromsø.</p>
16.00-16.30	<p>Pause/utstilling</p>
16.30-17.15	<p>Brukerperspektivet</p>
17.15-18.45	<p>Generalforsamling NSF's FKS</p>
20.00	<p>«Kom og la deg begeistre.» Vi inviterer til en hyggelig sammenkomst.</p>

Fredag 20. september

08.30-08.45	Velkommen/kulturelt innslag og presentasjon av nytt styre i FKS.
08.45-09.30	«Tid og sjukepleie til alvorleg sjuke: Eit filosofisk perspektiv». Ved Professor i sjukepleie Ingun Elstad, Universitetet i Tromsø.
09.30-10.00	Pause/utstilling.
10.00-11.30	Paneldebatt. Med utgangspunkt i den nye kreftstrategien – bedre kreftomsorg. Hvor er vi? Mere informasjon kommer, følg med på nettsiden.
11.30-12.00	Pause/utstilling
12.00-12.45	NAFKAM – Nasjonalt forskningssenter for komplementær og alternativ behandling. Ved direktør Vinjar Fønnebø, Universitetet i Tromsø.
12.45-13.30	Unik behandling for unike kvinner - skreddersydd brystkreftbehandling. Ved Professor Erik Wist, leder av Norsk Bryst Cancer gruppe, Oslo.
13.30-15.00	Lunsj/utstilling
15.00-16.15	Parallellsesjoner
16.15-16.45	Pause/utstilling
16.45-18.00	Parallellsesjoner
20.00	Du inviteres til «Heftig festaften» på Radisson Blue Hotell. Egenandel kr 450,-

Lørdag 21. september

08.30	Velkommen
08.45-09.30	«Det gode stellet samspill mellom kropp og livserfaring». Ved Førstelektor/sykepleier Toril Agnete Larsen, Institutt for helse- og omsorgsfag, Universitetet i Tromsø.
09.30-10.00	Pause/utstilling
10.00-11.00	«Kunsten å dø». Ved Audun Myskja, faglig leder Senter for Livshjelp, overlege/Ph.d., Spesialist i allmenntmedisin.
11.00-11.15	Pause/utstilling
11.15-12.30	«Att vårda och orka i det svåraste». Ved Yvonne Wengström. Onkologisjukskøterska og forsker, Seksjon for omvårdnad, Karolinska institutt, Stockholm.
12.30-13.30	«Venteværelset, en døendes fortelling om livet». Ved klinisk sygeplejespecialist og forfatter Rita Nielsen, Diakonissestiftelsens Hospice, Danmark
13.30-14.00	Avslutning
14.00	Lunsj



Økt fare for kreft

Barn født av kvinner som har hatt fertilitetsproblemer, har generelt høyere risiko for å få kreft i barneårene og som unge voksne, enn barn født av kvinner uten fertilitetsproblemer. Den absolutte risikoen for kreft er imidlertid veldig lav: Funnene tyder på mellom fire og ni flere krefttilfeller per 100 000 barn født av infertile kvinner. Det kommer fram i en stor dansk studie.

Forskere har sett på mer enn 2,8 millioner barn født i Danmark mellom 1964 og 2006. Drøye 125 000 av disse var barn født av kvinner som hadde søkt legehjelp for infertilitet.

Kilde: Forskning.no / Illustrasjonsfoto Colourbox



Kvinner lever fortsatt lengst

De siste årene har norske menn og kvinners levealder blitt mer lik, men fortsatt lever kvinner i snitt vel fire år lenger enn menn. Forskjellen i levealder har forandret seg gjennom de siste hundre årene. Før 1940 levde kvinner i gjennomsnitt vel tre år lenger enn menn. Etter 1950, da hjerte- og karsykdommer økte spesielt hos menn, ble forskjellen større. 1986 var toppåret med en forskjell på 6,9 år.

Kilde: Folkehelseinstituttet/fhi.no

Jakavi «Novartis»

ATC-nr.: L01X E18

Antineoplastisk middel, proteinkinasehemmer.

TABLETTER 5 mg, 15 mg og 20 mg: Hver tablett inneholder: Ruxolitinib 5 mg, resp. 15 mg og 20 mg, laktose, hjelpestoffer.

Indikasjoner: Behandling av sykdomsrelatert splenomegali eller symptomer hos voksne med primær myelofibrose (også kjent som kronisk idiosyncrasisk myelofibrose), post polycytemi vera myelofibrose eller post essensiell trombocytomi myelofibrose. **Dosering:** Igangsettes av lege med erfaring i bruk av legemidler mot kreft. Fullstendig blodcelleteiling, inkl. differensialtelling av hvite blodceller, må utføres før behandling startes, og kontrolleres hver 2.-4. uke til dosering er stabilisert, og deretter etter klinisk behov. **Voksne:** Startdose: 15 mg 2 ganger daglig ved blodplattetell 100 000-200 000/mm³; 20 mg 2 ganger daglig ved blodplattetell >200 000/mm³. Høyeste anbefalte startdose er 5 mg 2 ganger daglig ved blodplattetell 50 000-100 000/mm³. Disse pasientene bør titreres med forsiktighet. **Dosering:** Dosene kan titreres ut i fra sikkerhet og effekt. Behandlingen bør avbrytes ved blodplattetell <50 000/mm³ eller absolutt nøytrofittall <500/mm³. Når blodplater og nøytrofiler er gjenopprettet til over disse nivåene, kan doseringen gjenopptas med 5 mg 2 ganger daglig, og økes gradvis basert på nøye monitoring med fullstendig blodcelleteiling, inkl. differensialtelling av hvite blodceller. **Dosereduksjon** bør vurderes dersom antallet blodplater synker til <100 000/mm³ for å unngå doseringsavbrudd pga trombocytopeni. Dersom effekten vurderes å være utilstrekkelig og antallet blodplater og nøytrofiler er adekvate, kan dosene økes med maks. 5 mg 2 ganger daglig. Startdosen bør ikke økes i løpet av de 4 første ukene med behandling, og deretter ikke oftere enn hver 2. uke. **Maks. dose er 25 mg 2 ganger daglig. Barn <18 år:** Sikkerhet og effekt er ikke klarlagt. Ingen tilgjengelige data. **Eldre >65 år:** Ingen tilleggsjusteringer i dose er anbefalt. **Spesielle pasientgrupper:** **Nedsatt leverfunksjon:** Anbefalt startdose basert på antall blodplater ved enhver form for nedsatt leverfunksjon bør reduseres med ca. 50%, og administrering bør skje 2 ganger daglig. Videre endringer i dosering bør gjøres under nøye overvåking av sikkerhet og effekt. Pasienter som diagnostiseres med nedsatt leverfunksjon under behandlingen bør få utført en fullstendig blodcelleteiling, inkl. differensialtelling av hvite blodceller, kontrollert minst hver uke til annen hver uke i løpet av de 6 første ukene etter opstart av behandling, og deretter etter klinisk behov etter at leverfunksjon og antall blodceller er stabilisert. Dosen kan titreres for å redusere risikoen for cytopeni. **Nedsatt nyrefunksjon:** Startdosen ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon bør være redusert. Startdosen ved nyresykdom i sluttfasen hos pasienter som får hemodialyse bør baseres på antall blodplater. Påfølgende doser (enkeltdosisadministrering) bør gis hemodialyseudag, etter dialyse. Videre endringer i dosering bør gjøres under nøye overvåking av sikkerhet og effekt.

Administrering: Kan tas med eller uten mat. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdstoffene. Graviditet og amming. **Forsiktighetsregler:** Myelosuppresjon: Kan føre til hematologiske bivirkninger, inkl. trombocytopeni, anemi og nøytropeni. Pasienter med lavt blodplattetell (<200 000/mm³) ved behandlingsoppgjør er mer utsatt for trombocytopeni. Trombocytopeni er generelt reversibelt og kan vanligvis korrigeres ved dosereduksjon. Det er midlertidig seponering. Transfusjon av blodet kan være klinisk indikert, og kan gi behov for blodoverføring. **Dosering:** Kan også vurderes ved anemi. Høypigere overvåking av hematologiparametre, kliniske symptomer og behandlingsrelaterte bivirkninger anbefales ved hemoglobinivå <10 g/dl ved behandlingsoppgjør. Nøytropeni (absolutt antall nøytrofiler <500/mm³) er generelt reversibelt og kontrolleres ved midlertidig seponering. **Infeksjoner:** Risikoen for alvorlige bakterielle og mykobakterielle infeksjoner og sopp- og virusinfeksjoner er økt. Behandlingen bør ikke startes før aktive, alvorlige infeksjoner er behandlet. Pasienten bør følges nøye for tegn og symptomer på infeksjoner og starte opp egnet behandling straks. Legen bør informere pasienten om tidlige tegn og symptomer på herpes zoster, og gi råd om å oppsøke behandling så tidlig som mulig. **Seponeringssymptomer:** Ved behandlingsavbrudd eller seponering kan symptomer på myelofibrose komme tilbake i løpet av en periode på ca. 10 dager. Tilfeller med mer alvorlige hendelser ved seponering, spesielt ved samtidig akutt sykdom, er sett. Det er uklart om brå seponering bidro til disse hendelsene. Dersom brå seponering ikke er nødvendig, bør gradvis nedtrapping av dosen vurderes, selv om nytten av nedtrapping ikke er påvist. **Hjelpestoffer:** Pasienter med sjeldne arvelige former for galaktoseintoleranse, laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon bør ikke bruke dette legemidlet.

Interaksjoner: Interaksjonsstudier er kun utført med voksne pasienter med CYP 3A4 og CYP 2C9, og legemidler som hemmer disse enzymerne kan derfor gi økt ruxolitinibeksponeering. Sterke CYP 3A4-hemmere er f.eks. boceprevir, klaritromycin, indinavir, itraconazol, ketokonazol, lopinavir/ritonavir, ritonavir, mibefradil, nefazodon, nefinavir, posakonazol, sakonavir, telaprevir, telitromycin, vorikonazol. Når ruxolitinib gis samtidig med en sterk CYP 3A4-hemmer, bør dosisdosen reduseres med ca. 50%, gitt 2 ganger daglig. Pasienten bør følges nøye (f.eks. 2 ganger i uken) for cytopenier, dosereses basert på sikkerhet og effekt. På bakgrunn av in silico-modellering bør en dosereduksjon på 50% tas i betraktning ved samtidig bruk av kombinerte CYP 3A4- og CYP 2C9-hemmere (f.eks. flukonazol). Ved kombinasjon med CYP 3A4-induktorer, som f.eks. avasimib, karbamazepin, fenobarbital, fenofibrat, rifabutin, rifampicin, johannesurt (Hypericum perforatum), bør pasienten følges nøye og dosereses basert på sikkerhet og effekt. Økt ruxolitinibdose er muligens nødvendig ved behandlingsoppgjør med enzymer som inducerer. Ingen dosejustering er anbefalt når ruxolitinib gis samtidig med svake eller moderate CYP 3A4-hemmere, f.eks. ciprofloxacin, erytromycin, amprenavir, atazanavir, diltiazem, cimetidin. Pasienten bør imidlertid kontrolleres nøye for cytopenier når behandling med en moderat CYP 3A4-hemmer startes. Det kan ikke utelukkes at ruxolitinib hemmer CYP 3A4 i tarmen. Økt systemisk eksponering kan oppstå for substanser som metaboliseres av CYP 3A4, og spesielt de som gjennomgår betydelig førstegangs metabolisme i tarmen. Sikkerhetsovervåking av oralt administrerte substanser metabolisert av CYP 3A4 anbefales ved kombinasjon med ruxolitinib. Interaksjonen vil sannsynlig minimeres dersom tidsintervallet mellom administreringene holdes så langt som mulig. Ruxolitinib kan hemme P-glykoprotein (P-gp) og brystkreftresistensprotein (BCRP) i tarmen, og kan gi økt systemisk eksponering for substrater for disse transportproteinene, slik som diabatretinoksid, siklosporin, osuvastatin og milogestrol. Milogestrol er en muligens viktig legemiddelovervåking eller klinisk overvåking av berørt substans anbefales. Det er mulig at potensiell hemming av P-gp og BCRP i tarmen kan minimeres dersom tidsintervallet mellom administreringene holdes så langt som mulig. **Graviditet, amning og fertilitet:** **Graviditet:** Kontraindisert. Kvinner som kan bli gravide må bruke sikker prevensjon under behandlingen. Ved graviditet under behandling må næringsrisiko-evaluering utføres på individuell basis, med grundig rådgivning med tanke på potensiell risiko for fosteret. Amning: Skal ikke brukes. **Amning** bør avbrytes når behandling startes. **Bivirkninger:** Svært vanlige (≥1/10): Blod/lymfeforring, trombocytopeni, nøytropeni, blåmerker og annen blødning (inkl. neseblødning, postoperativ blødning og hematuria). Infeksjoner: Urinveisinfeksjoner. Levergalle: Forhøyet alaninaminotransferase, forhøyet aspartataminotransferase. **Nevrologiske:** Svimmelhet, hodepine. **Stoffskiftetærning:** Vekstøkning, hyperkolesterolemier. **Vanlige (1/10 til 1/10):** Blod/lymfeforring, intrakraniell blødning, gastrointestinal blødning. Gastrointestinale: Flatulens. Infeksjoner: Herpes zoster. **Overdosering/Forgiftning:** **Symptomer:** Enkeltdoser opptil 200 mg er gitt med akseptabel toleranse. Gjentatt dosering med høyere doser enn anbefalt er forbundet med økt myelosuppresjon inkl. leukopeni, anemi og trombocytopeni. Behandling: Intet kjent antidot. Adekvat støttende behandling bør gis. Hemodialyse antas ikke å øke ruxolitinibutsakleisen. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Antineoplastisk middel, proteinkinasehemmer. **Virkningsmekanisme:** Selektiv hemmer av JAK1 og JAK2 (Janus-kinaser, IC₅₀-verdier på 3,3 nM og 2,8 nM for hhv. JAK1- og JAK2-enzymene). Disse medierer signaleringen av en rekke cytokiner og vekstfaktorer, som er viktig for hematopoiese og immunfunksjon. Myelofibrose er en myeloproliferativ neoplas assosiert med dysregulering av JAK1- og JAK2-signaler. Ruxolitinib hemmer JAK-STAT-signaler og selvede av cytokin/hemopoietiske cellulære modeller av hematologiske kreftformer, så vel som av Ba/F3-celler som er cytokinuhengivende ved å uttrykke JAK2V617F-mutert protein, med IC₅₀ i intervallet fra 80-320 nM. **Absorpsjon:** Rask, ≥95%. T_{max}: Ca. 1 time. Gjennomsnittlig C_{max} og AUC øker proporsjonalt til enkeltdosisintervall fra 5-200 mg. **Proteinbinding:** 97%, hovedsakelig til albumin. **Fordeling:** Tilsynelatende distribusjonsvolum ved steady state er 53-65 liter hos myelofibrosepasienter. **Halvveisplasmahalveringstid:** Ca. 2 timer. **Utskillelse:** Hovedsakelig ved CYP 3A4 (>50%), og noe CYP 2C9. **Utskillelse:** Hovedsakelig ved metabolisering, ca. 74% utskilles i urinen og 22% i feces. **Uforandret modersubstans** <1%.

Pakninger og priser: 5 mg: 60 stk. (boks) 193583, kr 2090,20. 15 mg: 60 stk. (boks) 383933, kr 41765,30. 20 mg: 60 stk. (boks) 576122, kr 41765,30.

Sist endret: 10.10.2012 (SPC 23.08.2012)

Referanser:

- Harrison C, Kiladjan J-J, Al-Ali HK, et al. JAK inhibition with ruxolitinib versus best available therapy for myelofibrosis. N Engl J Med. 2012;366(9):787-798.
- Verstovsek S, Mesa RA, Gotlib J, et al. A double-blind, placebo-controlled trial of ruxolitinib for myelofibrosis. N Engl J Med. 2012;366(9):799-807.
- Cervantes F, et al. Blood 2012. Abstract No. 801, ASH 2012.
- Verstovsek S, et al. Blood 2012. Abstract No. 800, ASH 2012.
- Harrison C, et al. N Engl J Med. 2012;366(9):787-98.



Om ti minutter

skal jeg gi en svært syk pasient en god nyhet

Tenk deg et liv med ekstrem nattesvette, forstørret milt, skjelettsmerter og utmattelse.^{1,2} Og tenk deg et liv med betydelig reduserte plager.^{1,2}

Jakavi er et viktig fremskritt i behandlingen av myelofibrose. Jakavi reduserer de alvorlige symptomene og gir økt overlevelse for pasienter med myelofibrose.^{1,2,3,4,5}



 **JAKAVI**TM

En ny mulighet

Med Gina i Afrika

Gina Teigum reiste til Tanzania på jobbutveksling til et kreftsykehus. Det blei eit blick inn i ein annan virkelighet.



Gina Teigum jobbar til dagleg som spesialsjukepleiar og som fagansvarleg sjukepleiar på kreftpost 1 på Haukeland universitetssjukehus i Bergen.

Opphaldet i Dar es Saalam i Tanzania starta med eit tre vekers introduksjonskurs i Fredrikstad, og seinare ein månad språkkurs på Zanzibar. I tillegg besøkte ho også India og eit privatdrive sjukehus her under utvekslingstida.

Sjølve utvekslinga er løna av Fredskorpset, via Utanriksdepartementet, men prosjektet er underlagt fagleg kreftavdelinga på HUS, og administrativt via Helse Bergen sin avdeling for internasjonalt samarbeid. I same tidsrommet som Teigum var i Tanzania kom også to sjukepleiarar frå Tanzania til Bergen og Haukeland universitetssjukehus (HUS). Det er såleis eit samarbeidsprosjekt mellom HUS, og Ocean Road Cancer Institute (ORCI) i Dar es Saalam.

Ocean Road Cancer Institute er Tanzania sitt einaste nasjonale kreftsykehus, til tross for at landet har 46 millionar innbyggjarar. I Tanzania har kreft fått mindre merksemd enn dei store helseproblema malaria og Hiv/ aids problematikken (1). Mange småbarn dør av malaria før fylte 5 år, mens Hiv/aids hadde ein prevalens på 5,6 prosent i den vaksne folkemengda i Tanzania i 2009. I folkemengda sett under eitt får 30 prosent antiviral behandling for langt komen hiv/aids (2).

Landet er svært stort, med eit flateinnhald 2,5 gonger så stort som Norge. Teigum fortel at det er dyrt og ofte svært langt for mange pasientane å reise til sjukehuset. Direktøren ved sjukehuset, doktor Ngoma, seier også i eit intervju frå 2008 at ein av hovudutfordringane for kreftbehandlinga i Tanzania er knyta opp til infrastrukturen i landet (3).

Medisinnannen

Ifølge Gina Teigum prøver også mange av pasientane å bli kurert fyrst via den lokale medisinnannen, ved hjelp av naturmedisinske metodar. Både geografi, økonomi og lokale naturmedisinske metodar gjer at mange av

pasientane ved sjukehuset kjem seint i eit kreftforløp til behandling, og at mange difor er i ein palliativ situasjon når dei kjem til sjukehuset.

Mange pasientar kom såleis til sjukehuset med stygge kreftsår i ansiktet eller på kroppen, og at ein vesentleg del av behandlinga på sengepostane var behandling av sår. Sjukehuset gjorde elles utredning ved hjelp av ultralyd, gav cytostatika og strålebehandling.

Kvifor Tanzania?

Om kva det var som gjorde at ho reiste til Tanzania, fortel Teigum at det heile starta med ein uformell samtale mellom sjefen, nestsjefen og henne om at kanskje ein av dei skulle reise på jobbutveksling til Tanzania. Gina Teigum hadde då frå tidlegare av vore interessert i internasjonalt samarbeid, i tillegg til at ho hadde vore praksiskontakt og hatt opplæring for dei tre sjukepleiarane frå Tanzania som allereie hadde vore her tidlegare.

Dar es Saalam er Tanzania sitt finansielle og politiske sentrum. Hovudstaden ligg imidlertid i Dodoma, ein by meir inn i landet. Her har også regjeringa sete, mens mange av regjeringskontora er plassert i Dar es Saalam. Dar es Saalam har 2,7 millionar innbyggjarar, og byen er ein svært viktig handels og hamneby i Aust-Afrika. Klimaet er varmt, men varmen blir avdempa av ein avkjølande vind som kjem inn frå Indiahavet.

Før ho reiste til Dar es Saalam, vart det i samarbeid med Avdeling for Internasjonalt Samarbeid, bestemt at Teigum og hennar medreisande skulle arbeide på poliklinikken på kreftsykehuset i Tanzania. Dette var ho glad for, at arbeidsoppgåvene hennar var avklart på forehand før utreise til Tanzania.

Teigum reiste saman med Gladness Skår, som ho også delte leilegheit med i Dar es Salaam. Gladness Skår er frå Tanzania, men ho er gift med ein nordmann og bur til vanleg i Noreg. Såleis blei det til at opphaldet for Teigum vart også ei reise i den afrikanske kulturen.

– Opphaldet på Ocean Road Cancer Institute

Av **Ingunn Eikeland**, spesialsjukepleiar ved avdelingen for kreftbehandling og medisinsk fysikk, Haukeland universitetssjukehus

Til fordjuping

- Å lese: Ellen Tolo sin artikkel: Tolo, E: Kreft i Tanzania. Tidsskrift for sykepleie 2011; 10: 60–63.
- Å sjå: Direktør Dr. Twalib Ngoma, på YouTube, om utfordringane for kreftsituasjonen i Tanzania, lasta opp 29. okt. 2008: <http://www.youtube.com/watch?v=HXIUZvmOCPI>

er gratis for innbyggjarane, om ein har arbeid og helseforsikring, fortel Teigum.

Kjønnsmessig var det ei jamn fordeling mellom pasientane, med like mange kvinner som menn som var innlagt. Sjukehuset hadde i 2010/2011 tre sengepostar for inn til 120 pasientar, ein poliklinikk som behandla mellom 30–50 pasientar kvar dag, og eit stråleavsnitt med rundt 120–140 behandlingar dagleg.

– Sjukehuset hadde to strålemaskiner, samt også ei CT-simuleringsmaskin til oppteikning av strålefeltet. Denne maskina var imidlertid ofte ute av drift. Dei rike i Tanzania reiser ut av landet, til India for å få utredning og ein riktig kreftdiagnose, mens etter at diagnosen er stilt lar også enkelte av desse seg behandle ved ORCI.

To pasientar i kvar seng

Videre fortel ho at sengeavdelinga hadde tre postar, med rundt 40 pasientar per avdeling. Kvar post var igjen inndelt i tre salar, med omlag 8 pasientar i kvar del. Mellom kvar seng var det 30 cm mellomrom. I kvar seng låg det to pasientar, og eventuelt ein pasient på ei madrass på golvet. Også på poliklinikken var det vanleg med to pasientar i kvar seng, i tillegg til at kvar tredje pasient sat i ein stol. To av postane var kvinneavdelingar, og ein var for mannlege pasientar. Sjukehuset har per i dag fått eit nytt bygg, men Teigum meiner at poliklinikken framleis er i den gamle avdelinga, men at ein har fått litt større plass enn det var når ho var her.

Dei aller fleste pasientane hadde med seg pårørende til sjukehuset. Dei fekk stell, pleie og mat av sine pårørende. Dei få som ikkje hadde nokon med seg fekk servert velling til frukost, ugali (maisgrøt) som blei dyppa i bønnestuing til lunsj, og ris til middag. Av og til blei det servert kjøt til risen. Ifrå det opne utandørs venterommet for poliklinikkpasientar hang det stadig kler til tork, vaska av pårørende. Her sat det også vanlegvis pasientar på lange rekker, som venta på å få koma inn til dagens kreftbehandling.



KOLLEGAER: Gladness Skår og Gina Teigum delte leilegheit og jobba saman.

Mangla mykje

– *Korleis opplevde du å arbeide her?*

– Det vart gjort utruleg mykje med små ressursar. Det hendte og at ein mangla utstyr, og medisin, og då var det berre å vente. Ingen klagar over det, alle ventar, sjølv om det kunne ta lang tid, opp til fleire dagar, fortel ho.

Sjukepleiarane tener lite i Tanzania, og har eit travelt yrke. Likevel var dei glade. Pasientane opplevde



ho som utruleg positive. Teigum var ifølge henne sjølv ikkje god til å snakke swahili, slik at kommunikasjonen skjedde hovudsakleg på engelsk. Om det var noko ho ikkje forstod, så ropte ho på dei faste sjukepleiarane, og dei oversette så samtalen for henne.

– Korleis var arbeidet på poliklinikken?

– Eg hadde ilag med dei andre sjukepleiarane svært travle dagar, og var trøtt etter endt dag. Samtidig var det morosamt, eit høgt tempo til tross.

Kvar dag fekk mellom 30–50 pasientar behandling, mens det kun var 4–5 sjukepleiarar på jobb.

«Det vart gjort utruleg mykje med små ressursar.» Gina Teigum

All tillaging av cytostatika blei gjeve etter skriftleg ordinasjon av lege, i samsvar med medisinske protokollar, slik som i Norge. Pasientane tok også alltid blodprøver før det blei gitt cellegiftskur.

Cellegifta blei gitt i støt, (dvs.via ein venefflon, inn i ei perifer blodåre), også premedikasjon. Til slutt fekk alle pasientane imidlertid ein halv liter med saltvatn, iblanda den siste cellegifttypen som kvar enkelt pasient skulle ha. Behandlinga blei gjeve utan treveiskran for tilkopling og avstenging, slik at det blei mykje søl, også av cellegift. Når sju-

kepleiarane gav cellegifta i støt, hadde dei på seg ein frakk med lange armar, i tillegg til hanskar og munnbind. Det skjedde mykje ekstravaseringar, særleg kunne dette vere alvorleg når stoffet var Epirubicin.

Foreslo nye tiltak

Gina Teigum og Gladness Skår hadde dei fyrste tre vekene observasjonsstatus. Etter dette hadde dei eit møte med sjukepleiesjef Mary Haule, og leiaren for kreftpoliklinikken, sjukepleiaren Chapchap, der dei kunne kome med forslag til nye tiltak ved avdelinga. Teigum foreslo dobbeltkontroll av tillaging og administrering av cytostatika, og bruk av trevegskran når cellegifta blei gitt i støt. Bruk av trevegskran fekk ho ikkje gjennomslag for på sjukehuset, men dobbeltkontroll av cytostatika fungerte så lenge ho var på poliklinikken.

Det ho ilag med Gladness Skår derimot fekk gjort, var å lage ein pasientbrosjyre på engelsk, med informasjon om dei mest brukte cellegift-stoffa som blei gitt, og Skår lagde ein pasientbrosjyre om pasient rettigheter på swahili. Teigum underviste også i temaet biverknader av enkelte cellegifter, blant anna om Cisplatin, Taxotere og ekstravasering ved Epirubicin. Ho foreslo og at dei skulle ha akuttskrin tilgjengeleg, under administrering av enkelte cyto-

VENTEROM: Pasientane venta ufe på dagens kreftbehandling. Dei fleste hadde med seg pårørande.



statika, samt kjøleskap med isbitar, for å ha til å legge på ved ekstravasering. Dette vart gjennomført.

Verrealistisk!

I Tanzania så får ikkje kreftpasientane nokon oppfølging mellom cellegiftkurane. Ingen epikrise slik ein er vant til i Norge, blodprøvetaking, eller behandling av infeksjonar innimellom kurane. Dette området blir det likevel andre som må ta tak i. Ifylje Teigum så er det viktig, under eit slikt opphald, å ha eit realistisk forhold til kva ein kan påvirke av endringar som følgje av opphaldet, og å ikkje ha for store forhåpningar til det ein sjølv kan gjere. Elles kan opphaldet bli svært tungt og vanskeleg.

– *Korleis påverka opphaldet deg?*

– Eg såg dei store væskande såra som ubehandla, langtkomen kreft kan føre med seg. Men det var og interessant å få eit inntrykk av, og sjå korleis ting blei gjort på poliklinikken der eg var. Men det vil derimot ikkje sei at opphaldet ikkje tok på kreftene innimellom, både fysisk og psykisk.

– *Kva har du så lært av opphaldet?*

– Eg var overraska over kunnskapsnivået på sjukehuset, og over at behandlinga skjer etter dei same regima som i Norge i dag.

Ho såg også at dei var gode på sårbehandling. Det kulturelle aspektet, som ho meiner er det ho lærte abso-

lutt mest om, meiner ho er grunnen til at dei arbeider etter andre prinsipp enn det vi gjer i Norge. Ho er og blitt meir takknemleg for helsevesenet her heime, i etterkant av opphaldet i Tanzania.

– Det var også interessant å få eit inntrykk av, og å sjå korleis dei arbeider ein annan stad enn Norge, seier ho.

– I tillegg hadde både pasientar og pleiarane, eit samhald og ein takksemd, som ein manglar her heime. Dei hadde lite, men dei var likevel glade. Det gjorde og inntrykk at pasientane var utruleg positive og takksame for den medisinske behandlinga som dei fekk.

Når det gjaldt sikkerhet, så hadde ho visse reglar som ho opererte etter. Ho brukte ein fast drosjesjåfør, og ho var bevisst på kva miljø ho oppsøkte.

Gina Teigum avsluttar med å sei at vi ikkje har oppskrifta på alt! Ho seier og at om ein er nysgjerrig på livet, og på faget, så reis! Ein må også vere forberedt på at det er tøft å arbeide i ein framand kultur langt heimanfrå. ■

Referanser:

1. Tolo, E: Kreft i Tanzania. Tidsskriftet Sykepleien. 2011; 10: 60–63.
2. Wikipedia- Tanzania: <http://en.wikipedia.org/wiki/Tanzania>.
3. Dr. Twalib Ngoma, YouTube, frå 29/10-2008: <http://www.youtube.com/watch?v=HXIUZvmOCPI>

Utfordringer nå og i fremtiden

Forum for Kreftsykepleie får stadig flere medlemmer. Som leder har jeg ansvaret for at faggruppen når sine mål og at medlemmene blir godt ivaretatt.

Tekst: Britt Ingunn Wee Sævig, faggruppel leder Forum for Kreftsykepleie

Det nærmer seg snart de to første årene for meg som leder i FKS. Faggruppen har vokst de siste årene og med omtrent 1500 medlemmer, er vi den 4. største faggruppen i NSF. Det er en god blanding av sykepleiere både innenfor spesialist – og kommunehelse-tjenesten, høyskolene og private organisasjoner. Som leder har det vært viktig for meg at FKS er en faggruppe som på best mulig måte ivaretar dere medlemmer og da først og fremst gjennom 17 lokallag og 2 SIG grupper.

Min rolle blir å koordinere og lede hovedstyret, og samtidig sørge for at de mål som er satt i handlingsplanen blir fulgt opp og drøftet som et fast punkt på agendaen når hovedstyret

møtes. Handlingsplanen er FKS sitt arbeidsdokument og det er viktig at den er styrende for valgene og retningen FKS skal ha i dag og i årene som kommer. Handlingsplanen finner dere på FKS sin web side under <https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/833488/Handlingsplan%202012-2013.pdf>

Faget vårt er i stadig endring og igjen er hovedstyret avhengig av deres tilbakemeldinger på at veien som er staket ut, er riktig slik den ser ut nå. Så må handlingsplanen være aktivt i bruk, ingen er tjent med at den blir liggende ulest.

Sentralt Fagforum

Vi er også tilknyttet NSF i det som heter Sentralt Fagforum. Det er mye fagkunnskap som er samlet i dette fora, 33 ulike fordypningsområder innen faget blir fokusert på. Selv med stor ulikhet i de forskjellige gruppene, er diskusjonen rundt pasient og pårørendes situasjon den som tar størst plass. Det er mange pasientgrupper som har sammensatte diagnoser og her blir erfaringsutveksling. Viktig for best mulige behandling, pleie og omsorg. Kreftbehandling er i dag kommet langt og ny forskning gir nye behandlingsformer. Diskusjoner om medisiner som ikke blir tatt i bruk i Norge, kan virke unødvendige i ett av verdens rikeste land,

men det er viktig at noen tar den diskusjonen. Det er godt å se at politikere snur og at det kan komme pasientene til gode. Hvem er det som kan avgjøre hva som er livskvalitet for den enkelte?, hvilke kriterier skal legges til grunn for den diskusjonen?. NSF har i år gitt ut et nytt opplag med heftet om «Faglig forsvarlighet». Heftet er et godt utgangspunkt for diskusjoner på de ulike arbeidsplassene.

Landskonferansen

I september blir den 16. landskonferanse i FKS holdt og det er med spenning jeg følger arbeidet til den lokale komiteen i Tromsø. Dette er det stedet hvor flest sykepleiere i kreftomsorgen samles og jeg håper at dere som kommer dit, kan få noen dager med faglig påfyll, treffe andre, utveksle erfaringer og finne din plass i nettverket rundt pasient og pårørende. Og ikke minst, dra tilbake til ditt arbeidssted og være begeistret!

Gi oss tilbakemeldinger

Jeg er stolt av å lede FKS og jeg er ydmyk overfor den jobben dere alle gjør. Mange av dere opplever travle og tunge dager innimellom, da det ikke kjennes som om pasient og pårørende har fått det de trenger. Vi i hovedstyret ønsker tilbakemeldinger fra dere om den hverdag dere står i, enten som artikkel i tidsskriftet eller at dere tar kontakt. Det er alle dere medlemmer som utgjør FKS og vi som dere velger inn i hovedstyret, ønsker å komme dere i møte og løfte aktuelle saker fra dere. ■

GI MEG TILBAKE MELDINGER: Hva bør Forum for Kreftsykepleie jobbe med? Faggruppel leder Britt Ingunn Wee Sævig ønsker tilbakemelding fra medlemmene.



Faggruppa styrkar oss fagleg



Forum for Kreftsykepleie bidreg sterkt til å halde vårt faglege engasjement oppe. Kampen om å få delta på faggruppa sine landskonferansar er alltid stor på min arbeidsplass.

Tekst: **Laila Grøthe**, kreftsykepleiar, avdelingssjef Kreft poliklinikken St Olavs Hospital

Kreftbehandling er mangfoldig. Nyvinningar og endringar i behandling kjem fortløpande og raskt. Insidens og prevalens stig; kreftpasientar og pårørande stiller stadig større krav til oss blant anna i forhold til faglig kyndighet, informasjon og kontinuitet. Helsevesenet har dei siste åra vore prega av kontinuerleg omstilling. Dette stiller store krav til sjukepleiarar. Korleis vere rusta til å møte desse utfordringane?

Viktig å ha faglege arenaer

Som leiar med fagansvar for sjukepleietjenesten på Kreftklinikken poliklinikk og dagsenter på St. Olavs Hospital ser eg store utfordringar i og viktigheten av kontinuerleg fagleg oppdatering. Min arbeidsplass er prega av stor aktivitet med korte møter med pasientar og pårørande. Vi er heldige som har svært kompetente sjukepleiarar, og har

derfor eit godt utgangspunkt for å møte desse utfordringane. Det er viktig å ha faglege arenaer der ny kunnskap kan formidlast og tid til refleksjon over dei daglege utfordringar i møte med pasientar i alle fasar av sjukdom og behandling. Sjukepleie til kreftpasientar utfordrar på mange plan. Å arbeide med mennesker i krise, med alvorleg sjukdom og i livets slutfase krev at vi deler erfaring og støtt kvarandre i dei utfordrande møtene.

Her opplever eg som leiar at Forum for Kreftsykepleierer ei faggruppe som bidreg sterkt til å halde vårt faglege engasjement oppe.

Faggruppearbeid

På min arbeidsplass er dei fleste sjukepleiarane medlem i FKS. Vi er også heldige som i svært mange år har hatt og har aktive kollegaer som er/har vore medlem av sentralstyret i FKS og lokal-

lagsstyret i Sør-Trøndelag FKS. Dette bidreg til å holde oss orientert om faggruppearbeidet. Dei informerer og er pådrivarar for å få oss med på lokallagsmøter, FKS sine landskonferansar og held tidsskriftet synleg for oss. Vi deltek alltid på FKS sine konferansar og prøver å vere aktive med presentasjonar. Fleire av våre tilsette har også fått med seg god erfaring i å arrangere FKS konferansar. Kampen om å få delta på FKS sine landskonferansar er alltid stor. Dette vitnar om at konferansane er ein arena for solid fagleg oppdatering og mulighet å bygge/vedlikehalde nettverk. FKS si årlege tildeling av stipend er også av stor verdi for at vi skal kunne delta på konferansar. Vi er i år fleire frå min arbeidsplass som skal delta på konferansen i Tromsø i september. Vi gler oss veldig til det og håpar også å få kunne bidra med ein presentasjon frå enheten vår! ■

Still til valg

Valgkomiteen vil komme med et utfordrende, spennende og engasjerande tilbud til deg: Det er fortsatt mulig å stille til valg til NSF's FKS sitt hovudstyre!

- Du får bruke deg selv
- Du får være med på å utvikle organisasjonen vår
- Du får arbeide med hjertesakene dine
- Du får påvirke framtida til oss som arbeider innen dette fagfeltet
- Du utvider kontaktnettet ditt innen fagmiljøet
- Du møter mange brennende og inspirerende kollegaer
- Du får spennende utfordringer som blir løst i fellesskap
- Du får delta på landskonferansene våre
- Du lærer mye om organisasjon, fag og samfunn

Ta kontakt med ein av oss i valgkomiteen, senest 4 uke før generalforsamlingen på Landskonferansen hvis du ønsker å stille til valg. Tar du utfordringen?

Da møtes vi Tromsø 19.- 21. september 2013

Hilsen valgkomiteen:
 Kristin Wolden, kristin.wolden@stolav.no
 Eva Mari Alvestad Harbo, evamarialvestad@gmail.com
 Ingrid Lotsberg Norås, ingrid.lotsberg.noras@klepp.kommune.no

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 inneh.: 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 smertintensitet 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 dosetring ved oppstart av opioidbehandling 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 opioide, kan forverring av tarmfunksjon forventes. Preparatet er ikke tiltenkt behandling av gjennombruddsmerter. Behov for analgetika med umiddelbar frisetning som akuttmedisin mot gjennombruddsmerter, 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 smertemønsteret være gunstig. Skal ikke brukes lengre enn absolutt nødvendig. Behov for langtids smertebehandling krever grundig og regelmessig revurdering. Når pasienten ikke lenger har behov for opioidbehandling 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 frisetning av virkestoffene og absorpsjon av en potensielt dødelig oksykodondepot.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene, enhver situasjon hvor opioider er kontraindisert, alvorlig respirasjonsdepresjon med hypoksi og/eller hyperkapi, 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 opioidagonister, 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. Sterte risiko ved opioider er respirasjonsdepresjon. Det bør utvises forsiktighet hos eldre eller svake pasienter, ved opioidindusert paralytisk ileus, alvorlig nedsatt lungefunksjon, mykøsødem, hypotyreose, Addison's sykdom (binyrebarkinsuffisiens), toksisk psykose, gallestein, prostatahypertrofi, alkoholisme, delirium tremens, pankreatitt, hypotensjon, hypertensjon, under-

liggende hjerte- eller karsykdom, hodeskader [pga. fare for økt intrakranielt trykk], epileptisk sykdom/disposisjon for kramper, 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 opioidanalgetika. Bør brukes med spesiell forsiktighet hos pasienter med alkohol- og legemiddelmisbruk i anamnesen. Oksykodon har en misbruksprofil tilsvarende andre sterke opioidagonister. Abstinenssymptomer kan oppstå ved brå seponering. Anbefales ikke til preoperativ bruk eller de første 12-24 timer postoperativt. Avhengig av kirurgtype 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 depottablettmatrisen 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 behandlingsside, 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 kumarinantikoagulantia.

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

Bivirkninger: Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Magesmerter, forstoppelse, diaré, munntørhet, dyspepsi, oppkast, kvalme, flatulens. Hjerte/kar: Blodtrykksfall. Hud: Kløe, hudreaksjoner, svette. Lever/galle: Økte leverenzymmer. Neurologiske: Svimmelhet, hodepine. Psykiske: Rastløshet. Stoffskifte/ernæring: Nedsatt/tap av appetitt. Øre: Vertigo. Øvrige: Abstinenssyndrom, kulde- og varmfølelse, frysnings, astenitilstander. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Oppblåsthet, oppstøt. Hjerte/kar: Angina pectoris ved koronar-sykdom i anamnesen, palpitasjoner, blodtrykksøkning. Immunsystemet: Overfølsomhet. Kjønsorganer/bryst: Erektildysfunksjon. Lever/galle: Galleveiskolikk. Luftveier: Dyspné, rhinoré, hoste. Muskel-skjelettsystemet: Muskelspasmer, muskelrykninger, myalgi. Neurologiske: Oppmerksomhetsforstyrrelser, parestesi, søvnløshet, taleforstyrrelser, tremor. Nyre/urineveier: 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: Kramper (spesielt ved epileptisk sykdom eller disposisjon for kramper), sedasjon, synkope. Nyre/urineveier: Urinretensjon. Psykiske: Mareitt. Øvrige: Vektøkning. **Svært sjeldne (<1/10000), ukjent:** Luftveier: Respirasjonsdepresjon. Bivirkninger av oksykodonhydroklorid alene: **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Hikke. Nyre/urineveier: Dysuri. Psykiske: Endret stemningsleie og personlighetsforandring, nedsatt aktivitet, psykomotorisk hyperaktivitet, uro. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Munnslår, stomatitt. Hjerte/kar: Vasodilatasjon. Luftveier: Dysfoni. Neurologiske: Svekket

konstrasjon, 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. Kjønsorganer/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-kardogent lungødem og sirkulasjonssvikt, ev. med et fatalt utfall. **Behandling:** Opioidantagonist [f.eks. naloksonhydroklorid 0,4-2 mg i.v.] med 2-3 minutters 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. Ventrikkeløstømming kan vurderes. Støttetiltak [kunstig åndedrett, oksygen, karkontreherende midler og væskeinfusjoner] ved behov, for å håndtere sirkulatorisk sjokk. Hjerestans eller arytmer kan kreve hjertemasasje eller defibrillering. Se Giftinformasjonens anbefalinger for oksykodon N02A A05 side d.

EGenskaper: Klassifisering: Naturlig opiumalkaloid kombinert med middel mot forgiftning [opioidreseptor-antagonist]. **Virkningsmekanisme:** Oksykodon og nalokson har affinitet til opioide kappa-, mu- 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 utfallt first pass-metabolisme etter oral administrering er en klinisk relevant systemisk effekt av nalokson lite sannsynlig. Ved lokal kompetitiv antagonisme av den opioidreseptormederte oksykodoneffekten i tarm reduserer nalokson opioid-induserte 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) 385,60. 98 stk. (endose) 1.224,70.

40 mg/20 mg:

28 stk. (endose) 651,30. 98 stk. (endose) 2.160,70.

Refusjonsberettiget bruk:

Palliativ behandling i livets sluttfase.

Refusjonskode: 90 (ICPC og ICD)

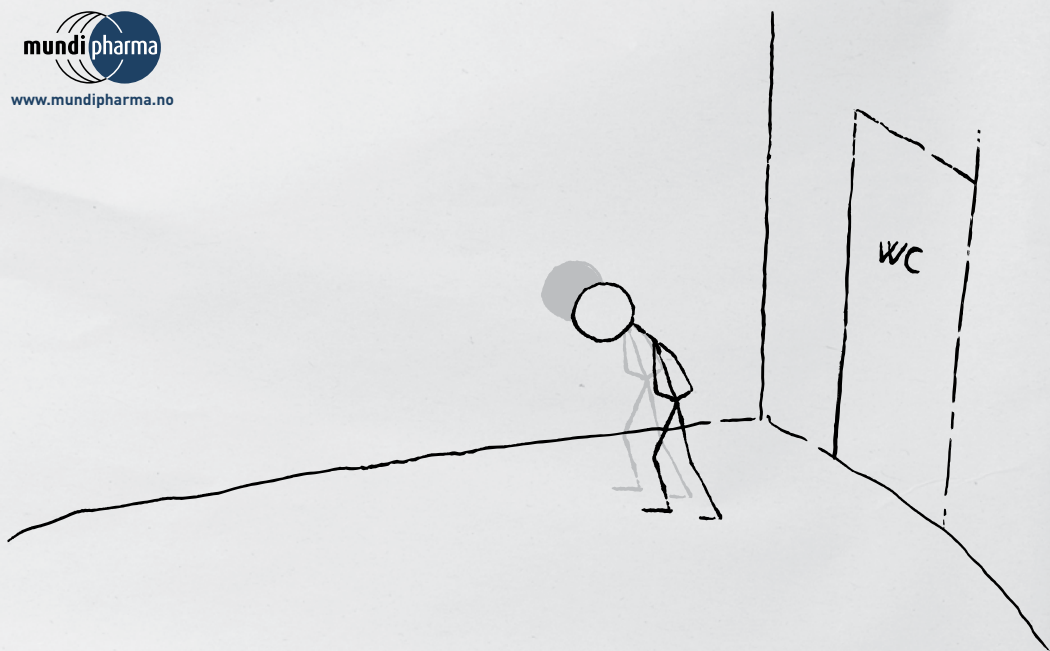
Vilkår 136: Refusjon ytes selv om legemidlet skal brukes i mindre enn tre måneder.

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

Sist endret: 12.01.2012

Referanser:

1. Bell et al, Pain Med 2009 Jan;10(1):35-42
2. Vondrackova et al, The Journal of Pain, Vol 9, NO 12 [December], 2008, pp 1144-1154
3. Simpson et al, Curr Med Res Opin 2008;24(12): 3503-3512
4. Lövenstein et al, Expert Opin Pharmacother [2009] 10(4):531-543
5. Targiniq SPC



Hvordan går det? Egentlig.

Behandling av sterke smerter med sterke opioider kan gi bivirkninger. En av de vanligste og mest plagsomme er obstipasjon.¹

TARGINIQ® er en kombinasjon av oksykodon og nalokson som gir god smertelindring samtidig som opioidindusert forstoppelse motvirkes.^{2,3,4,5} Smerten er belastning stor nok.

Egentlig.



Effektiv mot sterke smerter, motvirker opioidindusert obstipasjon

Ny nettside om kreft på polsk

Kreftforeningen har laget en nettside med kreftinformasjon på polsk. Snart kommer en tilsvarende side på somali.

Kreftforeningen gjennomførte i 2012 prosjektet «Kreftforeningen for innvandrere», sammen med NAKMI (Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse), hvor vi gikk ut og spurte polakker og somaliere hvor de ønsket å finne kreftinformasjon, dersom de skulle trenge det. Begge gruppene svarte at de ønsket informasjon på eget språk på nettet. Dette er i tråd med den siste forskning som viser at 90 prosent av innvandrerne er på nettet daglig. Det samme som nordmenn (Kilde: Institutt for medier og kommunikasjon, universitetet i Oslo og NRK Analyse, 2012).

Nettside på polsk

Nå har Kreftforeningen laget en nettside på polsk med informasjon om kreft. Siden inneholder informasjon om hva kreft er, hva gjør man dersom man mis-



PÅ NETT: De fleste polakker bosatt i Norge bruker Internett daglig. Illustrasjonsfoto Colourbox

ninger i Polen. Her finner du nettsiden: <http://kreftforeningen.no/polski>

«De ønsket informasjon på eget språk på nettet.»

tenker at man er syk og informasjon om hvem Kreftforeningen er. Siden linker til kreftbrosjyrer som Danske, Canadiske og Australiske kreftforeninger har laget på polsk. Her har vi beholdt norsk tittel, slik at norsk helsepersonell eller andre kan se hva brosjyrene handler om. Dermed går det an å skrive de ut til pasienter og pårørende. Vi linker også til kreftfore-

Neste skritt for Kreftforeningen vil være å lage en slik side på somali, noe som vi forhåpentligvis vil starte med før sommerferien.

Telefon og e-post

Kreftforeningen ønsker også ansette en polsk og en somalisk sykepleier (eventuelt helsearbeider) som har erfaring med

kreftpasienter og pårørende. Dermed oppnås målene i Kreftforeningen strategi for minoritetsarbeidet. Intensjonen er å kunne tilby informasjon på polsk en gang i uken via telefon, chatt og e-post.

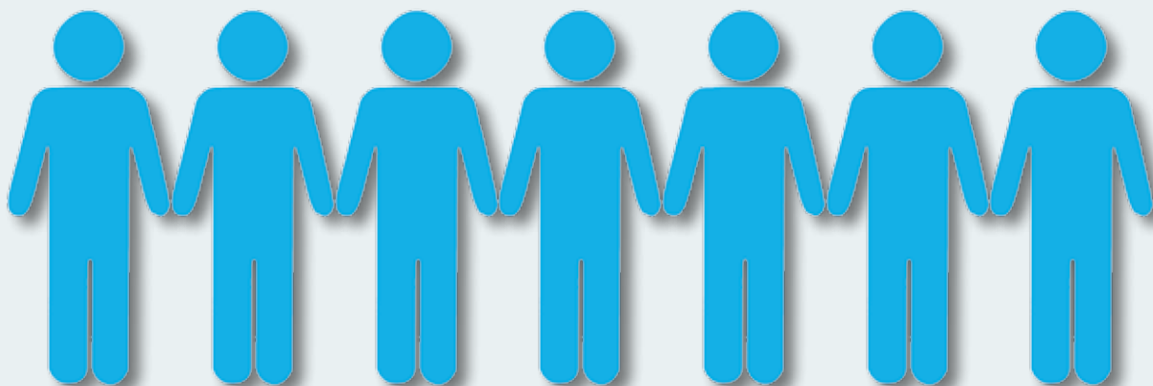
Prosjektleder og minoritetskoordinator i Kreftforeningen, May-Britt Knobloch, har opparbeidet seg en del kunnskap om somaliere og polakker. ■

Ta kontakt

Dersom det er behov for mer informasjon, send en e-post til: may-britt.knobloch@kreftforeningen.no

Se hvem som stiller til valg i år

Mange engasjerte sykepleiere ønsker å gjøre en ekstra innsats som styremedlemmer i faggruppen vår de to neste årene. Møt dem på de neste sidene, der kandidatene presenterer seg selv. Valget skjer på landskonferansen i Trondheim i september.





BRITT INGUNN WEE SÆVIG

55 år

Arbeidsstad: Kreftforeningen,
distrikt Vestlandet

Kvifor ønskjer du å gjera ein innsats?

Viktig med et forum der sykepleiere i kreftomsorgen kan løfte frem pasientens og pårørendes stemme og finne kontaktpunkt og styrke hverandre i arbeidet. Samhandlingsreformen fører til nye utfordringer og arbeidsmetoder, og kreftsykepleiernes funksjon blir viktig både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten. FKS er en faggruppe som kan bidra til å fremme kunnskap både internt blant de som jobber i kreftomsorgen og løfte faget eksternt gjennom påvirkning og synliggjøring.

Kva er viktig med FKS sitt arbeid?

FKS er med på å øke bevisstheten rundt sykepleie med kreftpasienter og synliggjøre viktigheten av arbeidet

som gjøres. Hovedstyret i FKS skal bl.a. bidra til styrking av lokallagene slik at arbeidet som gjøres rundt i hele landet blir tydeliggjort. Gjennom landskonferansen blir faget synliggjort og nettverk bygget, noe som igjen fører til større åpenhet og dialog til det beste for pasient og pårørende.

Utdanning:

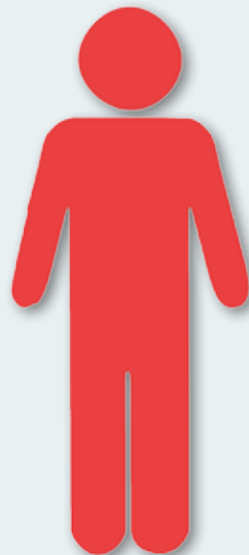
Haraldsplass sykepleieskole, Bergen,
Offentlig godkjent sykepleier
Norsk Lærarakademi, Bergen,
Mellomfag i pedagogikk
Universitetet i Bergen, Pedagogisk seminar
Bergen Diakonale høyskole, Veiledning 30 studiepoeng
Bergen Diakonale høyskole, Veiledning 30 studiepoeng
BI høyskole, Nydalen, Oslo, Prosjektledelse 1 og 2

Praksis og organisasjonserfaring:

Barneklinikken, Haukeland Sykehus,
Offentlig godkjent sykepleier
Betanien sykepleiehøgskole, Høgskolelærer
Kreftforeningen, Rådgiver
Kreftforeningen, Spesialrådgiver

Tidlegare verv i NSF's Faggruppe FKS:

2003 – 2014 Leder av SIG barn/unge
2008 – 2012 Styremedlem FKS, webansvarlig
2012 – 2014 Leder FKS





KANDIDATER TIL STYRET



KARI TVEIT HAUGLAND

46 år

Arbeidsstad: Kreftsjukeleiar
i Austevoll kommune

Kvifor ønskjer du å gjera ein innsats?

Har vore prosjektleiar i ett prosjekt med fokus palliasjon og kreftsjukepleie i kommunen. Dette har synliggjort betydningen av kreftsjukepleie i kommunen. Eg har erfaring med betydningen å vere synlig og å våge, og samtidig ha fokus på å gjere det eg ynskjer. Ser viktigheten med å dele erfaringer med andre, og at det kan ha ein overføringsverdi til andre kommuner.

Prøve å vere med å påvirke kommunene til å sette fokus på kreft og palliasjon slik at kommunene må opprette stilling/stillinger som kreftsjukepleier. I tillegg er det viktig å styrke kompetansen blant personell som jobber med kreftpasienter, spesielt i distriktkommunene, slik at pasienten slepp å bli innlagt på sykehus som er langt borte fra hjemstedet. Dermed kan pasienten få like god lindrende behandling i hjemkommunen.



SYNØVE REVLING HOLM

44 år

Arbeidsstad: Søndre Land kommune,
Kreftsjukeleier

Kvifor ønskjer du å gjera ein innsats?

Jeg tror jeg har noe å bidra med, særlig med tanke på kreftomsorgen ute i kommunene. Jeg brenner for å øke kompetansen i kommunene, og arbeider med det daglig. Jeg er opptatt av å legge til rette for at ansatte i kommunene skal kunne gi god behandling til kreftpasienter i alle faser.

Det er en fordel for styret at medlemmene har bredest mulig erfaring, og det er en styrke for meg at jeg har arbeidserfaring fra flere nivåer i helsetjenesten. Det er fortsatt store mangler på god samhandling, og jeg ønsker å være med å bidra til å bedre dette.

Det tar litt tid å sette seg inn i arbeidet i hovedstyret. WEB siden har blitt utviklet mye det siste året, og jeg har kommet godt inn i hvordan det gjøres.

Kva er viktig med FKS sitt arbeid?

FKS sitt arbeid er viktig for å øke kompetansen og interessen for kreftomsorg over hele landet. Kreftkonferansen som arrangeres er viktig, men enda viktigere er arbeidet som gjøres i lokalgruppene og Tidsskriftet som gis ut. Vi forsøker å synliggjøre hvorfor sykepleiere i kreftomsorg er viktige. Dette er et viktig arbeid, både lokalt og opp imot sentrale myndigheter.

Utdanning:

Videreutdanning i Kreftsjukepleie
Videreutdanning i palliasjon

Praksis og organisasjonserfaring:

HTV i NSF 2003-2006

Tidlegare verv i NSF's Faggruppe FKS:

For tiden styremedlem i NSF's Faggruppe i Hordaland

Kva er viktig med FKS sitt arbeid?

Få fokus på det viktige arbeidet som blir gjort rundt i kommunene i forhold til palliasjon og kreftsjuke, slik at kommunene oppretter egne stillinger som kreftsjukepleiere.

Utdanning:

Grunnutdanning i sykepleie, eksamen 1994
Videreutdanning i Onkologi, eksamen 2007

Praksis og organisasjonserfaring:

1994 – 2003 Sykepleier i Hjemmetjenesten i Ringsaker og Gjøvik kommune
2001 – 2003 Sykepleier i Gjøvik Fengsel
2001 – 2003 Sykepleier/ kreftsjukepleier ved Medisinsk kreftavdeling ved Sykehuset Innlandet HF, Gjøvik
2006–2010 Kreftsjukepleier/Vikar ved kreftenheten (poliklinikk) Sykehuset Innlandet HF, Gjøvik
2010–2012 Kreftsjukepleier, Lindrende enhet, Gjøvik kommune høsten 2010–2012
2011–2012 Deltager i ressursgruppen for Utviklings-senter for sykehjem i Oppland
Fra februar 2012 Kreftsjukepleier/ kreftkoordinator i Søndre Land kommune.
Deltar nå i prosjektgruppe som driver prosjektet: «Palliative kreftpasienter i livets slutfase, et samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten». Prosjektet er et samarbeid mellom Sykehuset Innlandet Gjøvik og nabokommunene. KFUK-KFUM speiderarbeid i mange år.

Tidlegare verv i NSF's Faggruppe FKS:

Jeg har sittet i Hovedstyret i nåværende periode. Jeg har hovedansvaret for vår WEB side og er også medlemsansvarlig.



ELLEN ROSSELAND HANSEN

50 år

Arbeidsstad: Halden og Aremark kommune

Kvifor ønskjer du å gjera ein innsats?

Jeg brenner veldig for å være med på å gjøre hverdagen til pasienter som lever med en kreftsykdom og deres pårørende bedre. FKS har mulighet til å være med å påvirke utviklingen av sykepleiefaget innen kreftomsorgen i Norge. Jeg tror det arbeidet FKS gjør har betydning for de som er rammet av en kreftsykdom. Viktig av vi som fagfolk holder oss oppdatert og har et godt fungerende nettverk.

Kva er viktig med FKS sitt arbeid?

Det er viktig at vi har et godt fungerende nettverk og har mulighet til å påvirke utviklingen inne sykepleiefaget. Muligheten til å holde seg faglig oppdatert. Spre kunnskap ut til lokallagene rundt i Norge. Holde kontakt med søsterorganisasjonene i Norden og Europa.

Utdanning:

Kreftsykepleier

Praksis og organisasjonserfaring:

Arbeidet i mange år på kirurgisk Mage/tarm avdeling
Medisinsk avdeling, kreftpoliklinikk, senter for lindrende behandling. Lindrende enhet på sykehjem, kreftkoordinator
Vært tillitsvalg for NSF

Tidlegare verv i NSF's Faggruppe FKS:

Varamedlem i landsstyret FKS
Sekretær i FKS styret i Østfold



KRISTIN BERGUM

51 år

Arbeidsstad: Kreftsykepleier Nordøya hjemmetjeneste, Tromsø kommune

Kvifor ønskjer du å gjera ein innsats?

Er inne i andre periode i styret og har ansvarsområde for de 17 lokallagslederne. Jeg opplever det som svært givende å få være med på, gjennom FKS å bidra til at lokallagene støttes både økonomisk og gis mulighet til faglig utvikling. Lokallagene utgjør viktige arenaer for fagutvikling både for den erfarne og den uerfarne kreftsykepleier, sykepleier og helsepersonell i kreftomsorg. Det arbeidet som gjøres rundt om i landet er uvurderlig for kreftomsorgen.

Gjennom vervet i FKS opplever jeg at engasjementet gir meg større kraft til å fronte kreftomsorgen i egen kommune og forhåpentligvis støtte flere sykepleiere i det de står i. Jeg har en sterk faglig forankring til kreftom-

sorgen i hjemmetjenesten hvor jeg arbeider som kreftsykepleier. Å arbeide nært pasient og familie gjør at jeg ser både utfordringene, mulighetene og hvor skoen trykker når det gjelder samhandling. I tillegg behovet for kontinuerlig kompetanseheving i hjemmetjeneste, sykehjem, hos fastleger og i alle avdelinger i spesiellhelsetjenesten der kreftpasienter behandles.

Kva er viktig med FKS sitt arbeid?

Viktig at vi som ei stor faggruppe av NSF markerer oss og jobber fram viktige saker som beskyttelse av vår tittel - Kreftsykepleier. Gjennom dette arbeide for flere øremerkede stillingshjemler og der nettopp den beskytta tittel Kreftsykepleier etterspørres. Det

Utdanning

1988 Off.godkj sykepleier
1997-1998 Spesialsykepleier i Kreftsykepleie
2001 Videreutdanning pedagogisk veiledning
2005 Fordypning i veiledning

Praksis og organisasjonserfaring:

1988-1990 Sykepleier sykehjem
1990-1994 Sykepleier Regionsykehuset i Tromsø, med.avd
1994-1997 Sykepleier Nordøya hjemmetjeneste
1999-2001 Kreftsykepleier Kompetansesenter lindrende behandling Universitetet i Tromsø
2001-2013 Kreftsykepleier Nordøya hjemmetjeneste. I perioder prosjektleder.
Lindrende behandling i Tromsø kommune og delstilling lærer grunnutdanninga i sykepleie Universitetet i Tromsø

Tidlegare verv i NSF's Faggruppe FKS:

Er Styremedlem i andre periode i FKs styre

er fortsatt kreftsykepleiere som ikke har funksjonsbeskrivelse, og noen kommuner vet ikke hvordan de skal bruke kompetansen. Her er det viktig at vi støtter den enkelte og drar nytte av hverandres erfaringer.



TANJA YVONNE ALME

39 år

Arbeidsstad: Sula kommune, kreftkoordinator/
prosjektleder lindrende omsorg

Kvifor ønskjer du å gjera ein innsats?

For meg er FKS en viktig arena der ein kan dele erfaringar og kompetanse og dermed fremme god kreftsjukepleie. Eg er engasjert i faget mitt, og har via lokalt FKS arbeid lært mykje sjølv og vore med på arrangere store og små moglegheiter for kompetanseheving. Dette har gitt meirsmak. FKS er ein flott arena der ein saman kan bidra til betre kreftomsorg, betre utnytting av kompetanse og utvikling av faget. Vi bør dele gode erfaringar både i distrikta og på landsbasis.

Eg ynskjer å bidra i FKS då eg meiar dette er eit viktig arbeid både for å fremme fag og delta fagpolitisk.

Kva er viktig med FKS sitt arbeid?

Å spreie kunnskap om utviklinga av kreftsjukepleie og kreftomsorg. FKS bør arbeide for å nå alle som arbeider med kreftpasientar både på sjukehus og i kommunane og vere positive pådrivarar innan kreftomsorg. Skape moglegheiter for samhandling, dele erfaringar og kompetanse. Kvar og ein med interesse for faget, bør bli ivaretatt og få bruke kompetansen sin der dei er. Alt for mange kreftsjukepleiarar har ikkje stillingar som kreftsjukepleiarar. Dette må vi jobbe med. Vi må være med å synleggjere kompetansen vår og behovet for denne. FKS har som mål at kreftsjukepleie skal bli beskytta tittel, noko eg meiner vi bør satse sterkt på.

Utdanning:

1992-1995 Sykepleieutdanning Høyskolen i Ålesund
Videreutdanning i palliasjon,
Lovisenberg Høyskolen (30 stp)
Arbeidspsykologi og personalledelse,
Høyskolen i Ålesund (6 stp)
Veiledningspedagogikk del 1,
Høyskolen i Ålesund (30 stp)
Veiledningspedagogikk del 2,
Høyskolen i Ålesund (30 stp)
Kreftsjukepleie, Høyskolen i Ålesund (60 stp)

Praksis og organisasjonserfaring:

1995-1997 sykepleier ved medisinsk sengepost Ålesund sykehus
1997-2002 avdelingssykepleier
Fransiskushjelpen, Oslo
2002- 2008 sykepleier ved hjemmetjenesten i Sula
2008- 2009 sykepleier ved kreftavdelingen sengeposten, Ålesund
2009-2011 sykepleier ved hjemmetjenesten i Sula
2011- prosjektleder lindrende omsorg
40 %, 40 % hjemmetjeneste Sula
2012- prosjektleder lindrende omsorg
40%/ kreftkoordinator 50 %

Tidlegare verv i NSF's Faggruppe FKS:

Styremeldem FKS Sunnmøre fra 2008
Lokallagsleder FKS Sunnmøre fra 2009- er fortsatt



LILLIAN ROLFSEN GRØNSUND

52 år

Arbeidsstad: Onkologisk enhet,
Sørlandet sykehus Flekkefjord

Kvifor ønskjer du å gjera ein innsats?

Ønsker å bidra til:

- Videreutvikling og synliggjøring av FKS som faggruppe.
- Styrking og tydeliggjøring av kreftsjukepleie som fagområde.
- Samhandling mellom ulike nivåer i helsetjenesten.
- Fagutvikling/forskning innenfor kreftsjukepleie.

Kva er viktig med FKS sitt arbeid?

FKS er viktig for styrking og videre-

utvikling av vår kompetanse.

FKS bidrar i stor grad med informasjon og til nettverksbygging og kommunikasjon. Faggruppen er også en viktig høringsinstans.

Utdanning:

1981 Ex. Phil. UIB
1982 Psykologi grunnfag UIB
1983 – 1985 Haukeland Sykepleierhøgskole
1997/1998 Videreutdanning i onkologi, Det Norske Radiumhospital
2000 – 2002 Offentlig administrasjon og ledelse grunnfag, HINT
2006 Forskningsmetode og statistikk, UIO

Praksis og organisasjonserfaring:

1986 – 1988 Sykepleier ved
Onkologisk avd. Haukeland Sykehus
1989 – 1991 Sykepleier ved Kirurgisk avd. Rogaland Sentralsjukehus
1991 Sykepleier ved Hudavdelingen Ullevål sykehus
1992 – 1998 Sykepleier/ass. avd. sykepleier/avd. sykepleier ved Onkologisk avdeling Ullevål sykehus
1998 – 2000 Spesielsykepleier/avd. sykepleier ved Intensiv avd. Lister sykehus
2002 – 2003 Prosjektleder ved Sørlandet sykehus Flekkefjord: Sykepleiedokumentasjon
2000 – 2001/ Prosjekt «Lindrende enhet»
2000 – 2010 Leder for Omsorgsgruppen, Sørlandet sykehus Flekkefjord
2000 – d.d. Onkologisk sykepleier/koordinator ved Onkologisk enhet, Sørlandet sykehus Flekkefjord
2011 – d.d. Medlem av Klinisk etisk komite ved Sørlandet sykehus

Tidlegare verv i NSF's Faggruppe FKS:

2007 – 2011 Nestleder for Agder lokallag av FKS
2009 – 2011 Vararepresentant i hovedstyret FKS
2011 – d.d. Nestleder i hovedstyret FKS



MONA GRYTTE

52 år

Arbeidsstad: Oslo universitetssykehus Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken. Avd for kreftbehandling. Seksjon for poliklinikker

Kvifor ønskjer du å gjera ein innsats?

Jeg har nå sittet i hovedstyret i en periode på snart 2 år. Vervet finner jeg interessant og spennende. Arbeidet er inspirerende og lærerikt.

Jeg er ansatt ved Norges eneste kreftsykehus og har jobbet her siden 1994.

Gjennom jobben på Radiumhospitalet har jeg opparbeidet lang og bred erfaring innen kreftomsorg med pasienter på sengepost og poliklinikk.

Jeg har et stort engasjement for kreftpasienter og ser viktigheten av at Norges eneste kreftsykehus er represen-

tert i FKS. Derved kan vi få innflytelse på hva FKS skal jobbe med i fremtiden. Dette kan vi være med på ved å bidra til å opprettholde, formidle og videreutvikle det arbeidet FKS er i gang med.

Om medlemmene i FKS vil, ønsker jeg å fortsette en periode til hvor jeg kan ta fatt på nye oppgaver og utfordringer.

Kva er viktig med FKS sitt arbeid?

Det er viktig at det er en egen organisasjon for oss som arbeider med pasienter, deres pårørende og fag innenfor kreftomsorg. Jeg mener FKS' arbeid

Utdanning:

1982-1985 Lovisenberg sykepleierhøgskole
2002-2003 Videreutdanning i onkologi

Praksis og organisasjonserfaring:

Formann i FAU Lysejordet barneskole 2år.
Tillitsvalgt NSF på avdelingsnivå, to perioder

Tidlegare verv i NSF's Faggruppe FKS:

Vært med i hovedstyret i to år som kasserer

med faglig oppdatering kunnskapsutveksling stimulerer til bedre kreftsykepleie. Det å få kunnskap om vårt fag spredt ut i Kommunene helsetjenesten og sykehusene, anser jeg som viktig.



ÅSE GRØTHE

49 år

Arbeidsstad: Sunniva Senter for lindrende behandling/Haraldsplass diakonale høgskole

Kvifor ønskjer du å gjera ein innsats?

Arbeidet i FKS er viktig for å stimulere til fagutvikling over heile landet. Eg ønskjer å vere med vidare å styrke den gode innsatsen lokallaga gjer for å stimulere medlemmar som jobbar i av kreftomsorgen. Fagfeltet er i kontinuerleg utvikling og det er viktig at muligheten til fagutvikling er lik for alle medlemmane våre. Eg ønskjer å lage gode møtepunkt for utveksling av fag og forskning.

Eg ønskjer også å bidra med min erfaring for å påvirke at kreftsykepleiarkompetansen blir sett og benytta på ein god måte.

Kva er viktig med FKS sitt arbeid?

FKS er viktig for å styrke utvikling av fagfeltet kreftsykepleie. FKS er ein viktig aktør for politisk påvirkning.

Utdanning:

2008 -2010 Høgskolen i Buskerud, master i klinisk helsearbeid, palliasjon
2000-2001Betanien sykepleierhøgskole, videreutdanning i kreftsykepleie,
1999 Høgskulen i Sogn og Fjordane, personalledelse
1995 Senter for diakoni og veiledning, videreutdanning i veiledning
1992 Universitetet i Bergen, Pedagogikk
1985 -1987 Haukeland sykepleierhøgskole,
1984 Ex. Phil. Universitetet i Bergen

Praksis og organisasjonserfaring:

2012 - Haraldsplass diakonale høgskole, høgskolelektor
2008 og 2012, Betanien sykepleierhøgskole, praksisveileder, sensor 2007 - 2008, Haraldsplass Diakonale høgskole, høgskolelærer
2006 - Nominasjonskomiteen for Representantskapet i Kreftforeningen
2003 - d.d. Sunniva Senter for lindrende behandling, spesialsykepleier
1998 - 2000, Prosjektleder for «undervisnings og samtalegrupper for pasienter med prostatakreft» støttet av stiftelsen Helse og Rehabilitering
1995, Laksevåg vidaregåande skole, lærer i helse og sosialfag
1994 - 2000, gruppeleder Montebellosenteret
1994 - 2004, Kreftforeningen, sykepleiekonsulent
1990 - 1991, Kreftforeningen, sykepleiekonsulent
1987 - 1994, Haukeland sykehus, onkologisk og medisinsk avdeling

Tidlegare verv i NSF's Faggruppe FKS:

2012 - 2013 Styremedlem i FKS
1992 - 1996 Varamedlem styret FKS



SIGNE ØVERLAND

53 år

Arbeidsstad: Poliklinikk for blod- og kreft- sykdommer, Stavanger Universitetssykehus.

Kvifor ønskjer du å gjera ein innsats?

Jeg er svært opptatt av at kvaliteten i sykepleien til kreftpasienter og deres pårørende skal være god, og at det skal være like tilbud uavhengig av geografi. For å sikre dette må man ha fokus på kompetanseheving hos sykepleiere som arbeider i kreftomsorgen.

Jeg ser derfor betydningen av å ha både et nasjonalt og lokalt fagforum som FKS, hvor sykepleiere som jobber innen kreftomsorg på alle nivå kan møtes, utveksle erfaringer og få ny kunnskap og inspirasjon.

Kva er viktig med FKS sitt arbeid?

Det viktigste er å spre kunnskap og heve kompetansen til den enkelte kreftsykepleiere både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. FKS bidrar til å formidle ny forskning og kunnskap. FKS er med å utvikle gode faglige møteplasser både lokalt og nasjonalt. Landskonferansen har god faglig kvalitet og gir inspirasjon og engasjement. FKS arbeider fagpolitisk og har påvirkningsmulighet.

Utdanning:

1978: Exphilt Bergen Universitet
1979 – 1981 Sykepleierutdanning ved Stavanger Røde Kors Sykepleierskole

1997-1998 Videreutdanning i kreftsykepleie, DNR 2008 Videreutdanning i Kunnskapsbasert Praksis (Høgskolen i Bergen)

Praksis og organisasjonserfaring:

1982 - 1993 Medisinsk /Hematologisk avdeling, Stavanger Universitetssykehus
1993 - 1997 Kommunehelsetjenesten/Hjemmesykepleien, Stavanger kommune
1998 - 1999 Urologisk kirurgisk avdeling, Stavanger Universitetssykehus
1999 - 2004 Ass. avdelingssykepleier ved Hematologisk avdeling, Stavanger Universitetssykehus
2004 - 2009 Undervisningssykepleier/Fagutviklingssykepleier for Hematologisk og Onkologisk sengepost og poliklinikk, Stavanger Universitetssykehus
2009 – pr i dag Poliklinikk for blod- og kreftsykdommer ved Stavanger Universitetssykehus

Tidlegare verv i NSF's Faggruppe FKS:

Var med og arrangerte FKS-konferansen «Horisonter» i Stavanger 2007, da som medlem av programkomiteen.
Vært med i FKS hovedstyret i perioden 2012-2013 som varammann og i redaksjonsutvalget for tidsskriftet Kreftsykepleie.



MARTE WOLDEN

48 år

Arbeidsstad: Avdeling for forskning og undervisning, Kreftklinikken St Olavs Hospital

Kvifor ønskjer du å gjera ein innsats?

Jeg har lyst til å arbeide for en best mulig kreftomsorg. Det er inspirerende å samarbeide med kreftsykepleiere over hele landet – og det er viktig å delta i debatten og drøftingene om hvordan kreftsykepleiere best mulig kan bidra til å hjelpe og støtte kreftpasienter. Jeg ønsker å bidra til at tidsskriftet Kreftsykepleie stadig skal utvikle seg til å bli et faglig oppdatert og inspirerende fagtidsskrift.

Kva er viktig med FKS sitt arbeid?

Med tanke på Samhandlingsrefor-

men er det viktig å arbeide for at kreftpasienter blir ivaretatt gjennom hele sykdoms- og behandlingsforløpet, og at FKS fortsetter arbeidet med å fremme behovet for kreftsykepleiere i alle ledd. FKS kan bidra til å synliggjøre kreftsykepleierens viktige funksjon. I en hverdag med stadig større krav om effektivisering kan FKS-sykepleiere være «talerør» for pasienter.

Utdanning:

Universitetet i Trondheim Cand mag – Historie, Sosialantropologi, Film og billedmedia - 1989

Høgskolen i Sør Trøndelag
Grunnutdanning sykepleie 1992
Høgskolen i Sør Trøndelag
Videreutdanning i kreftsykepleie 2005

Praksis og organisasjonserfaring:

Har vært varamedlem i Helse og sosialkomiteen - Trondheim bystyre.
Har jobbet i ulike funksjoner ved Kreftklinikken St Olavs Hospital siden 1992.
Arbeider for tiden som undervisningssykepleier ved Avdeling for forskning og undervisning ved Kreftklinikken – der jeg i hovedsak jobber med utvikling av kvalitet og kompetanse i sykepleietjenesten ved klinikken. Har også en del undervisningsoppdrag ved Høgskolen i Sør Trøndelag – på bachelorutdanning i sykepleie og videreutdanning i kreftsykepleie. Har deltatt i utarbeiding av Nasjonale Handlingsprogram for kreftbehandling for urologisk cancer.

Tidlegare verv i NSF's Faggruppe FKS

Sekretær i NSF's FKS Sør – Trøndelag 2008 - 2010
Leder i NSF's FKS Sør-Trøndelag 2010 – 2012
Medlem i hovedstyret 2011 – dd.
Redaktør av Tidsskriftet Kreftsykepleie

c Emend MSD og Ivemend MSD

Antiemetikum.

ATC-nr.: A04A D12

KAPSLER, harde 80 mg og 125 mg: Emend: Hver kapsel inneholder: Aprepitant 80 mg, resp. 125 mg, sukrose 80 mg, resp. 125 mg. Fargestoff: 80 mg. Sult jernoksid [E 172], titandioksid [E 171]. 125 mg: Gult, rødt og søt jernoksid [E 172], titandioksid [E 171]. **PULVER TIL INFUSJONSVÆSKE, oppløsning 150 mg Ivemend:** Hvert hetteglass inneholder: Fosaprepitantdimeglumin tils. fosaprepitant 150 mg, dinatrium-edetat, polysorb 80, vanfrin laktose, natriumhydroksid, forfynnet saltvye. **Indikasjoner:** Forebygging av akutt og forsinket kvalme og oppkast i forbindelse med sterkt emetogen cisplatinbasert cancer kjemoterapi hos voksne. Forebygging av kvalme og oppkast i forbindelse med moderat emetogen cancer kjemoterapi hos voksne. Gis som del av en kombinasjonsbehandling. **Dosering: Emend: Kapsler:** Gis i 3 dager som del av et regime som inkl. et kortikosteroid og en 5-HT₃-antagonist. anbefalt dose er 125 mg gitt oralt 1 gang daglig 1 time før kjemoterapibehandling på dag 1, og 80 mg gitt oralt 1 gang daglig på dag 2 og 3. I studier er følgende regime benyttet:

Regime ved sterk emetogen kjemoterapi:

	Dag 1	Dag 2	Dag 3	Dag 4
Aprepitant (oralt)	125 mg	80 mg	80 mg	ingen
Deksametason (oralt)	12 mg	8 mg	8 mg	8 mg
Öndansetron (i.v.)	32 mg	ingen	ingen	ingen

Aprepitant gis 1 time før kjemoterapibehandling på dag 1, og om morgenen på dag 2 og 3. Deksametason gis 30 minutter før kjemoterapibehandling på dag 1, og om morgenen på dagene 2 til 4. Dosen av deksametason velges med hensyn til virkestoffinteraksjoner. Öndansetron gis i.v. 30 minutter før kjemoterapibehandling på dag 1.

Regime ved moderat emetogen kjemoterapi:

	Dag 1	Dag 2	Dag 3
Aprepitant (oralt)	125 mg	80 mg	80 mg
Deksametason (oralt)	12 mg	ingen	ingen
Öndansetron (oralt)	2 x 8 mg	ingen	ingen

Aprepitant gis 1 time før kjemoterapibehandling på dag 1, og om morgenen på dag 2 og 3. Deksametason gis 30 minutter før kjemoterapibehandling på dag 1. Dosen er valgt med hensyn på virkestoffinteraksjoner. En 8 mg kapsel öndansetron gis 30-60 minutter før kjemoterapibehandling, og 8 timer etter 1. dose på dag 1. **Ivemend 150 mg: Infusjonsvæske:** Gis som uavbrutt i.v. infusjon over 20-30 minutter, kun på dag 1. Igangsettes ca. 30 minutter før kjemoterapi. Må ikke gis i.m., s.c., som bolusinjeksjon eller ufortynnet oppløsning. Aprepitant administreres ikke oralt i kombinasjon med Ivemend 150 mg. Gis sammen med et kortikosteroid og en 5-HT₃-antagonist, se tabellene nedenfor.

Regime ved sterk emetogen kjemoterapi:

	Dag 1	Dag 2	Dag 3	Dag 4
Ivemend (i.v.)	150 mg	ingen	ingen	ingen
Deksametason (oralt)	12 mg	8 mg	8 mg x 2	8 mg x 2
Öndansetron (i.v.)	32 mg	ingen	ingen	ingen

Deksametason gis 30 minutter før kjemoterapibehandling på dag 1, om morgenen på dag 2 og morgen og kveld på dag 3 og 4. Dosen er valgt med hensyn på virkestoffinteraksjoner. Öndansetron gis i.v. 30 minutter før kjemoterapibehandling på dag 1.

Regime ved moderat emetogen kjemoterapi:

	Dag 1
Ivemend (i.v.)	150 mg
Deksametason (oralt)	12 mg
Öndansetron (oralt)	8 mg x 2

Deksametason gis 30 minutter før kjemoterapibehandling på dag 1. Dosen er valgt med hensyn på virkestoffinteraksjoner. En 8 mg kapsel öndansetron gis 30-60 minutter før kjemoterapibehandling og 8 timer etter 1. dose på dag 1. **Emend/Ivemend:** Effektdata for kombinasjon med andre kortikosteroider og 5-HT₃-antagonister er begrenset.

Spesielle pasientgrupper: Nedsett leverfunksjon: Brukes med forsiktighet ved moderat eller alvorlig redusert leverfunksjon. **Nedsett nyrefunksjon:** Ingen dosejustering er nødvendig. **Barn og ungdom <18 år:** Sikkerhet og effekt er ikke fastslått for denne aldersgruppen. **Eldre >65 år:** Ingen dosejustering er nødvendig.

Tilberedning: Infusjonsvæske: Se pakningsvedlegg. Må ikke blandes med andre legemidler enn de som er nevnt i pakningsvedlegget. Må ikke rekonstruere eller blandes med oppløsninger med ukjent fysisk og kjemisk forlignelighet. Ivemend er uforlignelig med enhver oppløsning som inneholder divalente kationer (f.eks. Ca²⁺, Mg²⁺), inkl. Hartmans og Ringer-løsninger med laktat.

Administrering: Kapsler: Skal svelges hele med litt væske, og kan tas med eller uten mat. **Infusjonsvæske:** Gis som uavbrutt i.v. infusjon. Må ikke gis i.m., s.c., som bolusinjeksjon eller ufortynnet oppløsning.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for noen av innholdstoffene. Skal ikke gis samtidig med pimozid, tetrafinadin, astemizol eller cisaprid. Hemming av CYP 3A4 forårsaker at aprepitant kan føre til økte plasmakonsentrasjoner av disse legemidlene og potensielt forårsake livstruende reaksjoner. **Forsiktighetsregler:** Se Interaksjoner. Brukes med forsiktighet ved moderat og alvorlig nedsett leverfunksjon. Gis med forsiktighet ved samtidig behandling med oralt administrerte virkestoffer som primært metaboliseres via CYP 3A4, og som har smalt terapeutisk vindu, som ciklosporin, takrolimus, sirolimus, everolimus, alfentanil, diergotamin, ergotamin, fentanyl og kinidin. Kjemoterapeutika som metaboliseres via CYP 3A4 (f.eks. etoposid, vinorelbin), bør brukes med forsiktighet. Samtidig behandling med irinotecan kan resultere i økt toksisitet og må utøves med spesiell forsiktighet. Samtidig administrering av derivater av sekalealekaloider (CYP 3A4-substrater) kan føre til økte plasmakonsentrasjoner av disse virkestoffene. Forsiktighet anbefales pga. potensielt risiko for sekalerelatert toksisitet. Samtidig behandling med sterke CYP 3A4-indusere (f.eks. rifampicin, fenytoin, karbamazepin, fenobarbital), resulterer i reduserte plasmakonsentrasjoner av aprepitant og må unngås. Samtidig administrering av aprepitant eller fosaprepitant og urtepreparater som inneholder johannesurt (Hypericum perforatum) anbefales ikke. Samtidig behandling med CYP 3A4-inhibitorer (f.eks. ketokonazol, itraconazol, vorikonazol, posakonazol, klaritromycin, telitromycin, nefasodon og proteasehemmere) er forventet å resultere i økte plasmakonsentrasjoner av aprepitant og bør utøves med forsiktighet. Samtidig administrering med warfarin fører til nedsett protrombintid (INR). Ved kronisk behandling med warfarin må INR overvåkes nøye i løpet av behandlingen og i 2 uker etter avsluttet behandling med fosaprepitant eller hver 3-dagers kur med aprepitant. Effekten av hormonelle antikonseptjonsmidler kan reduseres under bruk og i 28 dager etter avsluttet bruk av fosaprepitant eller aprepitant. Alternativ prevensjon bør benyttes under behandling og i 2 måneder etter siste dose med aprepitant eller fosaprepitant. Aprepitant kapsler må ikke brukes ved fruktoseintoleranse, glukose-galaktosemalabsorpsjon eller sukrose-isomaltasemangel. Ved hypersensitivitetsreaksjoner (f.eks. rødme, erytem, dyspné) under infusjon med Ivemend skal infusjonen seponeres, hensiktsmessig behandling startes, og behandling skal ikke gjenopptas. Mild trombose på injeksjonsstedet er sett ved høyere doser. Dersom det oppstår tegn eller symptomer på lokal iritasjon, skal infusjonen avsluttes og startes opp igjen i en annen vene. Svimmelhet og tretthet er rapportert, og bør tas i betraktning for man kjører bil eller bruker maskiner. **Interaksjoner:** Se Forsiktighetsregler. Fosaprepitant ømdannes raskt til aprepitant når det gis i.v. Det er sannsynlig at virkestoffer som interagerer med aprepitant gitt oralt også vil interagere med fosaprepitant. Aprepitant (125 mg/80 mg) er substrat, moderat hemmer og induktor av CYP 3A4 og induktor av CYP 2C9. I løpet av behandlingen hemmes CYP 3A4, og plasmakonsentrasjonen av virkestoffer som metaboliseres via enzymet kan økes. Fosaprepitant 150 mg gitt som enkeltdose er en svak hemmer av CYP 3A4. Fosaprepitant eller aprepitant ser ikke ut til å interagere med P-glykoprotein-transportøren (manglende interaksjon mellom oralt aprepitant og digoksin). Fosaprepitant antas å forårsake mindre eller lik induksjon av CYP 2C9, CYP 3A4 og glukuronisering sammenlignet med 3 dagers be-

handling med oralt aprepitant. Effekten av Emend på farmakokinetikken til CYP 3A4-substrater gitt oralt, er kraftigere enn effekten når de blir gitt intravenøst. Total eksponering for oralt administrerte CYP 3A4-substrater kan bli opp til ca. 3 ganger høyere i løpet av en 3-dagers behandling med oralt aprepitant og opp til 2 ganger høyere på dag 1 og 2 etter samtidig behandling med en enkeltdose fosaprepitant. Etter avsluttet behandling forårsaker aprepitant forbigående mild induksjon av CYP 2C9, CYP 3A4 og glukuronisering og kan redusere plasmakonsentrasjonen av substrater som elimineres av disse enzymene i 2 uker etter behandlingsstart. Effekten er klinisk ubetydelig 2 uker etter avsluttet behandling. Ved samtidig bruk med aprepitant eller fosaprepitant må vanlig oralt deksametasondose reduseres med ca. 50%, vanlig i.v. metyldrednisolondose med ca. 25% og vanlig oralt metyldrednisolondose med ca. 50%. Under kon-
tnerlig behandling med metyldrednisolon kan AUC for metyldrednisolon reduseres i løpet av de 2 første uker etter doseringsstart av aprepitant. Interaksjon med oralt administrerte kjemoterapeutiske legemidler som metaboliseres primært eller delvis via CYP 3A4 (f.eks. etoposid, vinorelbin), kan ikke utelukkes. Det anbefales forsiktighet og nøye overvåking av pasienter som får slike legemidler. I løpet av 3-dagers behandlingen ved kvalme- og oppkastfremkallende kjemoterapi, er det forventet forbigående moderat økning, etterfulgt av mild nedgang, i eksponeringen av immunosuppressiver som metaboliseres via CYP 3A4 (f.eks. ciklosporin, takrolimus, everolimus og sirolimus). Reduksjon i dosen av immunosuppressiver er likevel ikke anbefalt. Potensielle effekter av økte plasmakonsentrasjoner av midazolam eller andre benzodiazepiner metaboliseres via CYP 3A4 (alprazolam, triazolam), må vurderes når disse gis sammen med aprepitant eller fosaprepitant. Fosaprepitant 150 mg er en svak CYP 3A4-hemmer ved enkeltdose på dag 1, men det er ikke bekreftet hemming eller induksjon av CYP 3A4 på dag 4. En enkeltdose i.v. fosaprepitant 150 mg på dag 1 økte AUC_{0-∞} for midazolam med 77% på dag 1 og hadde ingen effekt på dag 4, når 2 mg midazolam ble gitt samtidig som en enkeltdose på dag 1 og 4. Forsiktighet anbefales når warfarin, acenokumarol, tolbutamid, fenytoin eller andre virkestoffer som metaboliseres via CYP 2C9 gis. **Graviditet/Amning: Overgang i placenta:** Skal ikke brukes under graviditet med mindre det er helt nødvendig. Muligheten for reproduksjonstoksiske effekter er ikke klarlagt. Mulige effekter på reproduksjon pga. endringer i nevrokininreguleringen er ukjent. Overgang i morsmelk: Ukjent. Utskilles i melk hos diende røtter. Amning anbefales ikke. **Bivirkninger: Vanlige (>1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Forstoppelse, dyspepsi. Luftveier: Hikke. Neurologiske: Hodepine. Stoffskifte/ernæring: Redusert appetitt. Undersøkelse: Økning i ALAT. Øvrige: Fatigue. **Mindre vanlige (>1/1000 til <1/100):** Blod/lymfe: Febril nøyotropi, anemi. Gastrointestinale: Eruktsasjon, kvalme, oppkast, gastroøsofagal reflukssykdom, magesmerter, torr mund, flatulens. Hjerte/kar: Palpasjoner, hetetokter. Hud: Utslett, akne. Neurologiske: Svimmelhet, søvnighet. Nyre/urineveier: Dysuri. Psykiske: Engstelse. Undersøkelse: Økning i ASAT, økning i alkalisk fosfatase, hematocrit, reduksjon av natrium i blodet. Øvrige: Asteni, malaise. **Sjeldne (>1/10 000 til <1/1000):** Gastrointestinale: Perforerende duodenalsår, stomattitt, abdominal distensjon, hard avføring, nøyotrop kolitt. Hjerte/kar: Bradykardi, kardiovaskulær sykdom. Hud: Fotensensitivitetsreaksjoner, hyperhidrose, seborré, hudlesjon, kløende utslett, Stevens-Johnsons syndrom, toksisk epidermal nekrolyse. Infeksjoner: Candidose, stafylokokkinfeksjon. Luftveier: Orofaryngeal smerte, nysing, hoste, postnasal drypp, halsirritasjon. Muskel-skjelettsystemet: Muskelsvakhet, muskelspasm. Neurologiske: Kognitive lidelser, letargi, dysgeusi. Nyre/urineveier: Pollakiuri. Psykiske: Desorientering, euforisk sinnsstemning. Stoffskifte/ernæring: Polydipsi. Undersøkelse: Vektapp, redusert antall nøytrofiler, glukosuri, økt urinnemngde. Øre: Tinnitus. Øvrige: Ødem, ubehag i brystet, gangforstyrrelse. Øye: Konjunktivitt. **Ukjent:** Hud: Pruritus, urticaria. Immunsystemet: Hypersensitivitetsreaksjoner inkl. anafylaktiske reaksjoner. Ytterligere bivirkninger ble observert hyppigere hos pasienter som ble behandlet med aprepitant mot postoperativ kvalme og oppkast, enn hos pasienter som ble behandlet med öndansetron: Smerter i øvre del av buken, unormale tarmlyder, forstoppelse, dysartri, dyspné, hypoestesi, insomni, miose, kvalme, sanseforstyrrelse, mageubehag, subileus, redusert synsskarphet, hvesing. Følgende er i tillegg sett ved behandling med fosaprepitant: **Mindre vanlige (>1/1000 til <1/100):** Hjerte/kar: Rødme, trombofleitt (fremtredende, trombofleitt på infusjonsstedet). Hud: Erytem. Undersøkelse: Økt blodtrykk. Øvrige: Fremtredende/kløe på infusjonsstedet. **Sjeldne (>1/10 000 til <1/1000):** Øvrige: Hardhet på infusjonsstedet. Ukjent: Øvrige: Umiddelbare hypersensitivitetsreaksjoner inkl. rødme, erytem, dyspné. **Overdosering/Forgiftning:** Ved iv. overdose må aprepitant seponeres og generell støttebehandling og overvåking iverksettes. Pga. aprepitants antiemetiske virkning kan det hende at legemiddelindusert brekning ikke er effektiv. Aprepitant kan ikke fjernes ved hemodialyse. Se Giftinformasjonens anbefalinger A04A D12. **Egenskaper: Klassifisering:** Antiemetikum. **Virkningsmekanisme:** Fosaprepitant er produg og ømdannes raskt til aprepitant når det gis i.v. Aprepitant er selektiv 5-HT₃-antagonist for human substrat P nevrokinin 1 (NK₁)-reseptorer. **Absorpsjon:** Gjennomsnittlig absolutt oralt biotilgjengelighet: 67% for 80 mg og 59% for 125 mg. T_{max} ca. 4 timer. Ikke-lineær farmakokinetikk i det kliniske doseringsintervall. Aprepitant etter administrering av fosaprepitant. AUC_{0-∞} etter en enkelt i.v. dose fosaprepitant 150 mg over 20 minutter: 35 µg×time/ml, gjennomsnittlig maks. konsentrasjon 4,01 µg/ml. **Proteinbinding:** Sterk, gjennomsnittlig 97%. **Fordeling:** Distribusjonsvolum: Geometrisk gjennomsnitt for tilsynelatende distribusjonsvolum ved steady state (V_d) er ca. 66 liter. Halveringstid: Plasmaclearance: Doseavhengig, reduseres med økende dose, ca. 60-72 ml/minutt i det terapeutiske doseområdet. Terminal halveringstid: Ca. 9-13 timer. **Metabolisme:** Fosaprepitant ømdannes til aprepitant i løpet av 30 minutter etter avsluttet infusjon. Aprepitant gjennomgår utstrakt metabolisme. 12 skilt aktive metabolitter er identifisert i human plasma. Metaboliseres hovedsakelig via CYP 3A4 og potensielt med et minimalt bidrag via CYP 1A2 og CYP 2C19. **Utskillelse:** Som metabolitter i urin og via galle i feces. **Oppbevaring og holdbarhet:** Infusjonsvæske: Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Etter rekonstitusjon og fortykning, er kjemisk og fysisk holdbarhet ved bruk vist i 24 timer ved 25°C. Fra et mikrobiologisk synspunkt bør preparatet brukes umiddelbart.

Sist endret: 17.10.2012

Emend, KAPSLER, harde:

Styrke	Pakning	Varenr	Pris	Refusjon
	Startpakn.: 1 tabl. 125 mg + 2 tabl. 80 mg (endose)	017331	kr 644,90	A04AD12_1
80 mg	2 stk. blister	018520	kr 441,30	A04AD12_1
125 mg	5 stk. (endose)	017436	kr 1066,20	-

Ivemend, PULVER TIL INFUSJONSVÆSKE, oppløsning:

Styrke	Pakning	Varenr	Pris	Refusjon
150 mg	1 stk. (hettegl.)	095813	kr 752,00	-

Refusjon, A04A D12_1 Aprepitant

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

Refusjonskode:

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

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. 1 000 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
Før 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[®] **IVEMEND[®]**
(aprepitant, MSD) (fosaprepitant dimeglumine, MSD)

Bedre beskyttelse fra starten



Bli medlem i Forum for Kreftsykepleie

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

Medlemsfordeler

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

Kontingenter

- Individuelt medlemskap kr 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