



# Kreftsykepleie

NR. 2-2011 • ÅRGANG 27

TIDSSKRIFT FOR FORUM FOR KREFTSYKEPLEIE NSF



Her er  
kandidatene  
til styret

**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 Kristin Wolden

**REDAKTØR**  
Jorun Haugslett  
Mobil 41440502  
jorunred@halden.net

**REDAKSJONSUTVALG**  
Jorun Haugslett (leder), Britt Ingunn Sævig, Lillian Grønsund og Kristin Bergum

**ANNONSEANSVARLIG**  
Sissel Hynne Moås  
Tlf. jobb74 09 84 24  
mobil 90 89 48 27  
sissel.moaas@hnt.no

**MEDEMSREGISTRERING/  
KONTINGENT**  
NSFs FKS  
v/ Vibeche Fahsing  
Vuggaveien 30  
6510 Kristiansund  
Tlf. 92 88 94 34  
vibechef@broadpark.no

**HJEMMESIDE:**  
[www.sykepleierforbundet.no/  
kreftsykepleie](http://www.sykepleierforbundet.no/kreftsykepleie)

**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

**GRAFISK FORMGIVER**  
Bjørn Nordstrand  
bjorn.nordstrand@sykepleien.no

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

Hege Holt  
hege.holt@sykepleien.no

**TRYKK**  
Stibo Graphic AS

Signerte artikler står for forfatter-  
nes egen regning og ansvar.



## Samtaler om døden er fortsatt tabubelagt.

BERIT SÆTEREN



**32** Lytt til de alvorlig sykes historier

# Innhold

NR. 2-2011 • ÅRGANG 27



8 Slår golfball Norge på langs for å samle inn penger

23 Les om kandidatene til styret



4 Søk stipend

5 **LEDER:** Kristin Wolden

8 Kreftsyk golfer samler inn penger

12 Lokallagslederne

14 Nyttige nettsider

18 Maria Leppänen: Tilrettelegging av rom

22 Oksygen hemmer svultster

23 Kandidater til styret i FKS

32 Berit Sæteren: Livsfortellingene ingen etterspurte

40 Årets landskonferanse

42 Foreslå årets kreftsykepleier

## FASTE SPALTER

6 Smånytt

10 Aktuelle bøker

16 På plakaten

38 **HISTORISK BILDE:**  
Kong Haakon åpner forskningsinstitutt

# Søk stipend

Ønsker du å fordype deg faglig? I så fall kan du være heldig og få stipend av NSF's FKS i 2012.

## 1 stk. stipend/prosjektmidler kr. 10 000

Stipendet er øremerket faglig fordypning eller utvikling/gjennomføring av prosjekt som skal utvikle kreftomsorgen.

Vilkår:

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

### Søknadsfrist 15. desember 2011

Stipendkomité i samråd med sentralstyret i NSF's FKS fatter beslutning om tildeling av stipend. Styret står fritt til å prioritere mellom likevektige søkere ut i fra gjeldende retningslinjer. Ved få søkere vurderer stipendkomité søknader som ikke oppfyller alle krav til stipend. NSF's FKS's landskonferanse i kreftsykepleie prioriteres.

## 13 stipend á 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 postlagt innen tidsfrist og er fullstendig utfyllt.
- Skrive et innlegg/artikkel i tidsskriftet «Kreftsykepleie».

### Søknadsfrist 15. desember 2011

#### Slik søker du:

- Søknadsskjema hentes på [www.sykepleierforbundet.no/kreftsykepleie](http://www.sykepleierforbundet.no/kreftsykepleie)

#### Søknader sendes til stipendansvarlig i NSF's FKS:

Elin Bruland, Førde Sentralsjukehus/  
Medisinsk avdeling, Svanehaugveien  
28, Postboks 1000, 6800 FØRDE

Tlf. 57 83 93 07

E-post: [elin.bruland@helse-forde.no](mailto:elin.bruland@helse-forde.no)

**LÆR NOE NYTT:** Pengene kan du for eksempel bruke til å studere noe interessant du har nytte av i jobben.



# Barn og unge som pårørende

**Sykepleien forskning tar opp** et viktig tema i sitt siste nummer, nemlig «Barn og ungdoms informasjonsbehov når mor eller far får kreft». Som sykepleiere vet vi at det kan være utfordrende å nå fram til denne gruppen av pårørende med tilstrekkelig informasjon, og vi har utvilsomt et forbedringspotensial både på systemnivå og på individuelt nivå. Det dreier seg om informasjon og kommunikasjon. Det dreier seg om samarbeid med pårørende, om individuelle planer, helhetlige pasientforløp – ja, samhandling i vid forstand med pasienten i sentrum.

**I den offentlige** utredningen «Fra stykkevis til helt», som kom i 2005, ble også dette temaet spesielt berørt. Utvalget som sto bak utredningen påpekte behovet for et tett og godt samarbeid med pårørende; «Vi vil særlig understreke betydningen av at barn kan trenge særskilt tilrettelagte tilbud dersom mor eller far blir syk». At helsemyndighetene tar dette på alvor er det ingen tvil om. I januar 2010 fikk barn styrket sin rettsstilling som pårørende gjennom den nye Helsepersonelloven. Her heter det at den som yter helsehjelp skal søke å avklare om pasienten har mindreårige barn, samtale med pasienten om barnets behov for informasjon eller oppfølging og tilby informasjon og veiledning.

**Dette er klare føringer**, og en utfordring som berører mange. Ifølge kreftforeningen opplever rundt 4 000 barn under 18 år i Norge hvert eneste år at en i nær familie får kreft. I de fleste tilfellene er det en av foreldrene som blir syk. Og selv om det i utgangspunktet er bare en som får sykdomsdiagnosen, så blir hele familien rammet. Både den alvorlige nyheten, behandlingen, usikkerheten og frykten – vil prege familiemedlemmene. Som artikkelforfatterne Berit Hofset Larsen og Monica Wammen Nortvedt påpeker så lever barn i et tett avhengighetsforhold til sine foreldre, og kreftsykdom hos mor eller far kan skape psykososialt stress hos barn og ungdom på grunn av frykt for å miste den som er syk. Tidligere studier har vist at barn i en slik situasjon opplever et økt omsorgsbehov

samtidig som de voksnes omsorgsevne reduseres. Litteraturgjennomgang tyder på at barn av kreftpasienter har behov for ærlig og konkret informasjon om sykdom og behandling, samt hvordan dette vil påvirke hverdagslivet og fremtiden. Foreldrene er barnas viktigste informasjonskilde. I tillegg viser studien som er gjort at både foreldre og barn ofte driver gjensidig beskyttelse av hverandre. Foreldre holder tilbake informasjon og barn holder tilbake bekymringer for å beskytte den andre.

**Alt dette er** viktig kunnskap for helsepersonell slik at vi bedre kan bistå foreldre i å ivareta informasjonsbehovet overfor sine barn. Det fordrer både gode systemer og individuell tilrettelegging. Hver pasient er unik ut fra både sitt sykdomsbilde og sin familie- og livssituasjon, og ut fra det behandlings- og pleietilbud som finnes i den enkelte region og kommune. Det er nesten unødvendig å påpeke at god samhandling er avgjørende for å lykkes. Mellom fagprofesjonene, mellom kommuner, sykehus og andre institusjoner, og ikke minst med frivillige organisasjoner som kreftforeningen som har etablert en rekke tilbud for nettopp barn og unge som pårørende.

**Vi vet at** dette ikke nødvendigvis er enkelt. Selv om helsepersonelloven gir sterke føringer – så må vi fortsatt forholde oss til taushetsplikten. Vi kan bistå og veilede etter beste evne, men det er pasienten som bestemmer. Det er likevel grunn til å tro at sterkere bevisstgjøring, økt kunnskap og kompetanse, samt fokus på gode systemer rundt denne problemstillingen vil kunne bidra til positive resultater – til beste for kreftpasienter og denne store pårørendegruppen.

**Helt avslutningsvis vil** jeg ønske dere alle en riktig god sommer. Nyt hver dag!

*Kristin Wolden*

ANSVARLIG REDAKTØR

## Russen samlet inn 10 millioner

Kreftforeningens årlige innsamlingsaksjon Krafttak mot kreft samlet til sammen inn over 16 millioner kroner. Over 10 millioner av disse er det russen som har samlet inn. Pengene skal gå til forskning på kreftformer som få overlever.

Kilde: Kreftforeningen.no

## Svulsten bør ikke sprekke

Det er mindre sjanse for tilbakefall av ondartet eggstokkreft i stadie 1 dersom svulsten ikke sprekker under operasjon, viser en studie. Tidligere studier viser at i mellom 9 og 38 prosent av tilfellene sprekker svulsten under operasjonen. Studien konkluderer med at det er en viktig kvalitetsindikator for kirurgi av eggstokkreft at man klarer å operere ut kreftsvulsten uten at den sprekker. Les mer på: kreftregisteret.no

### SMÅNYTT

## Løp for livet

Kvinner som mosjonerer minst fire timer per uke kan redusere risikoen for brystkreft med omtrent 40 prosent, uansett kroppsvekt. I enkelte undersøkelser har man funnet at risikoen reduseres med hele 70 prosent.

Kilde: Kreftforeningen



## Færre røyker i New York

I 2002 røykte 21 prosent av innbyggerne i New York. For å få folk til å slutte satte myndighetene inn en offensiv med kraftig økning i tobakksavgiftene, utdeling av gratis nikotintyggegummi og plaster og en rekke hardtslående massemedia-kampanjer som ble gjentatt over lang tid. Dette førte til at andelen røykere falt med om lag seks prosentpoeng til 15,8 prosent i 2009. De ni siste årene har det vært forbudt å røyke på barer og restauranter. Den 28. mai i år ble røykeforbudet utvidet til også der som parker, torg og strender. Brudd på røykeloven straffes med bot på 270 dollar som tilsvarer omtrent 1500 norske kroner.

Kilder: NRK; TV2 og regjeringen.no

## Økning i hudkreft

Forekomsten av den mest alvorlige hudkreftformen, malingt melanom, øker i alle aldersgrupper over 40 år. I 2008 fikk 1288 kvinner og menn denne kreftdiagnosen. Over 80 prosent av tilfellene hos menn finnes blant de over 50 år. Tilsvarende tall for kvinner er i overkant av 70 prosent. Den viktigste årsaken er soling.

Kilde: Kreftregisteret

Først fortalte legen meg den gode nyheten:

# Jeg skulle få en sykdom oppkalt etter meg.

Steve Martin, komiker



## Billig er bra

En undersøkelse utført av Statens strålevern viser at brillerglasset i billige solbriller gir like god beskyttelse mot UV-stråling som glasset i dyrere briller.

Her er flere brilletips fra Statens strålevern:

- Lyse brillerglass egner seg til bybruk, mens mørke glass er best der strålingen er mer intens som ved vannet.
- Heldekkende solbriller eller briller med sideklaffer beskytter best mot solen. At solbrillene dekker øynene godt er viktigere enn hvilken type glass solbrillene har.

Kilde: Statens strålevern

## Vanligste dødsårsaker

Kreft og hjerte- og karsykdommer er nå de største enkeltårsakene til død. I Norge dør seks av ti av hjerte- og karsykdommer og kreft, dette gjelder begge kjønn.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

## Få dør av aids

I Norge er det ikke mange som dør av aids. Flest døde i årene 1990-1996, med en topp i 1993 da 69 døde. I 2008 døde det tolv personer av hiv/aids her til lands, noe som utgjør 0,3 per 100 000 innbyggere. Det er flest menn som dør av denne sykdommen.

Kilde: Statistisk sentralbyrå



Alle illustrasjonsfoto Colourbox

## Flere søker sykepleie

Hele 8382 personer hadde sykepleieutdanning som sitt førstevalg da søknadsfristen ved Samordna opptak gikk ut 15. april i år. Det er en økning på 3,3 prosent siden i fjor.

Totalt har utdanningsområdet helsefag en økning på 4,0 %. Av helsefagene er sosionom (+ 14,1 %) og farmasi (+ 12,8 %) blant de utdanningstypene med størst økning. Flere vil også bli vernepleiere. 1908 personer har søkt vernepleierutdanning, som er en økning på 7,4 prosent fra i fjor. Medisin har en liten tilbakegang på 1,8 %.

Søkerne kan omprioritere sine studieønsker frem 1. juli.

Kilde: Samordna opptak

## Honning mot bakterier

Honning kan være et effektivt middel mot bakterier i sår som er resistente mot antibiotika.

En studie av manuka-honning fra New Zealand viser at den kan forstyrre veksten av bakteriene på flere forskjellige måter, og til og med reversere antibiotikaresistens.

Forskerne har undersøkt honningens virkning på tre typer bakterier som er kjent for å infisere sår: Pseudomonas aeruginosa, gruppe A-streptokokker og meticillin-resistent Staphylococcus aureus (MRSA).

For de to første typene viser det seg at honningen kan hindre bakterienes evne til å feste seg til vev. For MRSA viser forsøkene at honningen kan gjøre bakteriene mer følsomme overfor antibiotika som oxacillin – og altså reversere antibiotikaresistens, ifølge en pressemelding fra Society for General Microbiology.

Kilde: Forskning.no



## Farlig å sykle?

Å sykle til jobb kan by på helserisikoer som trafikkulykker og luftforurensing. Nederlandske forskere har undersøkt om det likevel er sunt å sykle, og svaret er et klart ja. De negative effektene mer enn oppveies av en helsemessig positiv effekt. Gevinsten av sykling som fysisk aktivitet ser ut til å være 2 til 10 ganger større enn de negative effektene, avhengig av hvor man sykler.

Kilde: Folkehelseinstituttet

# Kreftsyk golfer samler inn m

INTERVJU MED TOM FRODE WALLIN

I disse dager blir en golfball slått mot Nordkapp. Hvert slag koster 200 kroner og inntekten går til kreftsaken. Mannen bak har nyrekreft med spredning. Tekst Johan Alvik Foto Jon Klasbu

**Tom Frode Wallin** har startet det han kaller verdens lengste golfturnering. Ideen fikk han på rom 611 på Radiumhospitalet.

– Da jeg lå på sykehus i september i fjor bestemte jeg meg for å gjøre noe for kreftsaken. Jeg ringte min gode venn Anders Kvaal og sammen klekket vi ut ideen om å slå en golfball fra Radiumhospitalet til Nordkapp, langs hele norskekysten, og ta betalt for hvert slag. Vi syntes ideen var kjempegod – og passe sprø - og bestemte oss for å sette i gang, sier Tom Frode Wallin.

Prosjektet døpte de 611 Slå et slag mot kreft, etter romnummeret.

Lørdag 30. april i år startet ferden mot Nordkapp. Wallin, som er en ivrig golfspiller, slo det første slaget ut fra rom 611. Han fikk følge av Jan Vincents Johannessen og OL-mester i roing Olaf Tufta som slo ballen videre gjennom

korridorene på Radiumhospitalet og ut i det fri. Siden den gang har ballen blitt slått slag for slag – først sydover mot Kristiansand, deretter nordover. Langs løypa har folk betalt for å svinge golfkølla og fått en golfball som takk.

**Tom Frode Wallin** har nyrekreft med spredning. Han fikk diagnosen 21. august i fjor og ble lagt inn ved Sykehuset i Vestfold i Tønsberg. Siden den gang har han fått operert bort en nyre, fått tolv strålinger og cellegift. Han vet ikke om han skal ha mer behandling.

– Målet mitt er å bli frisk, uansett hvor alvorlig denne sykdommen er, sier han.

Wallin ville bli lærer før kreften rammet. Det har han slått fra seg, men samtidig har golfprosjektet gitt livet ny mening.

– Slå et slag mot kreft er mitt livs-

verk. Det er første gang en golfball blir slått Norge på langs – og i utgangspunktet kan det virke som et umulig prosjekt. Mitt mål er å vise andre kreftsyke, og som kan virke uoverstigelige, faktisk er mulige å komme seg forbi, sier Wallin.

Wallin er ikke med hele veien Norge rundt. Kreftene strekker ikke til. Golfballen - eller ballene som er riktig å si da noen har forsvunnet ut i skauen og ikke blitt funnet igjen - blir fulgt av et lite team. Ute i feltet er det onkelen Gunnstein Fretheim som er sjef, og han har følge av to golfspillere som slår ballen når betalende støttespillere ikke gjør det selv.

**Golfturneringen har fått** en god del oppslag både i lokal- og rikspresen, etter hvert som team 611 har flyttet

## SLÅ ET SLAG MOT KREFT

«611 - Slå et slag mot kreft» er en innsamlingsaksjon som startet 30. april i år. Initiativtaker er kreftsyke Tom Frode Wallin. Han kaller aksjonen verdens lengste golfturnering. Turneringen går ut på at en golfball blir fysisk slått langs hele Norges kyst, fra Oslo til Nordkapp. Dette tar team 611 seg av. Folk kan kjøpe slag, ved å sende sms. De kan møte opp og slå slaget selv, eller la teamet slå ballen for dem. Hvert slag koster 200 kroner. Pengene går til Stiftelsen "611-slå et slag mot kreft", og skal fordeles mellom velferd for pårørende, pasienter og forskning. Radiumhospitalets Legater støtter aksjonen og en del av de innsamlede midlene vil gå til sykehuset.

Turen er beregnet å ta omtrent tre måneder. Underveis blir det minnemarkeringer i regi av Den norske kirke.

Mer informasjon: [www.611.no](http://www.611.no)

### Støtt prosjektet - og slå ballen

For å støtte prosjektet og få ballen videre mot Nordkapp, kan du sende sms med tekst «Slag» til 2160. Da kan du slå slaget selv når teamet kommer forbi der du bor. Eventuelt kan du sende sms med tekst «ball» til 2160, og da vil crewet slå slaget for deg. Hver sms koster 200 kroner. Du kan også sette inn penger på konto 2480.06.84109



# illioner

## Tom Frode Wallin

**Aktuell:** Innsamlingsaksjonen 611  
Slå et slag mot kreft.

**Sivil status:** Ugift. Har sønnen  
Phillip som bor i Bergen.

**Bosted:** Larvik

**Alder:** 34

seg sakte langs kysten. Bedrifter og politikere har stilt opp og oppfordret andre om å gjøre det samme. Slikt blir det penger av. Da Kreftsykepleien gikk i trykken 28. mai, hadde stiftelsen 611 fått inn 300 000 kroner på konto. Turneringen skal vare til månedsskiftet juli - august, og Wallin håper at beløpet vil stige betraktelig innen den tid.

– Turen er langt fra over og prosjektet blir stadig mer kjent, så vi satser på at det vil stå et par millioner på konto når vi ankommer Nordkapp, sier Wallin.

Det siste slaget skal Wallin slå selv.

– Det blir fantastisk. Det er mange prosjekter som trenger vår støtte og jeg gleder meg til å dele ut pengene, sier Wallin, som blant annet vil gi penger til Radiumhospitalet.

### Flere får nyrekreft

- De siste 50 år er det registrert en økning i forekomsten av nyrekreft. Denne økningen skyldes både bedre diagnostikk, men også en reell økt forekomst av sykdommen i den vestlige verden. Nyrekreft utgjør 3 % av all kreft.

Kilde: Nyrekreft.no/Novartis Norge

**STARTET PÅ SYKEHUSET:** Tom Frode Wallin slo det første slaget ut fra rom 611 på Radiumhospitalet.

# Aktuelle bøker



Tekst Johan Alvik Omslagsfoto Forlagene

## BOKOMTALE



### Lær om kulturforskjeller

I **Kulturforskjeller i praksis** tar forfatterne Thomas Hylland Eriksen og Torunn Arntsen Sajjad opp spørsmål som: Hvordan kan myndigheter, skole og helsevesen kommunisere bedre med innvandrere? Hva betyr familien for innvandrere? Hvordan oppfattes helse og sykdom? Temaene spenner fra kultur, etnisitet, minoritetsspørsmål og tverrkulturell kommunikasjon til konkrete diskusjoner om innvandrernes forhold til skole, helsevesen og myndigheter. Forfatternes budskap er at det er nødvendig å problematisere begrepene for å unngå fordommer og vanetenking.

Boken er skrevet med tanke på helsepersonell og andre som er nysgjerrige på hvilken betydning kulturforskjeller kan ha i samfunnet, og som ønsker hjelp til å manøvrere seg over kulturkløftene.

Denne 5. utgaven er gjennomarbeidet på nytt og ajourført med hensyn til aktuelle temaer, eksempler, tallmateriale og litteratur.

*Kulturforskjeller i praksis, Gyldendal*

## BOKOMTALE



### Langt fra søvndyssende

**Søvn og døgnrytme** gir en oversiktlig innføring i mysteriet søvn og handler blant annet om hva som skjer når døgnrytmen forskyves, er uregelmessig eller flyter fritt. I boken gis det svar på om det er farlig å sove lite og om det egentlig finnes A- og B-mennesker. Den tar også for seg temaer som skiftarbeid og endret døgnrytme på reise.

Boka er skrevet for enhver som ønsker å vite mer om søvn og hva man kan gjøre når døgnrytmen endres. Den er også et nyttig redskap for helsepersonell som arbeider med søvn- eller døgnrytmerelaterte problemer - og for folk som jobber skift.

Forfatterne Wolland og Skard Heier er begge leger, nevrologer og søvnforskere. De forklarer, gir konkrete råd og besvarer de vanligste spørsmålene om søvn og døgnrytme.

*Søvn og døgnrytme, Cappelen Damm Akademisk*

## BOKOMTALE



### Uhøytidelige tips

**Fremdeles i live** er en uhøytidelig overlevelsesguide - praktisk og med mange tips, råd, tanker og forslag til å gjøre dagene gladere og lysere. Målgruppen er alle som har en kreftdiagnose og deres pårørende.

Forfatteren Anne Fi Troye er journalist. I 2005 mistet hun sin 16 år gamle datter Cornelia av kreft. Anne Fi har skrevet boken hun selv savnet da datteren var syk. I boken deler hun sine erfaringer og kunnskaper.

*Fremdeles i live, Aschehoug*

## BOKOMTALE



### Kokebok for kreftpasienter

**På bedringens vei** inneholder gode og enkle oppskrifter på sunn mat. Boken er delt i tre deler. Den første med næringsrik og fristende mat som kan spises med sugerør eller skje. Den andre med lettlaget mat som har få ingredienser. Den siste delen inneholder oppskrifter på mat for et sunt hverdagsliv. Forfatter er Hanne Frosta. Boken utgis i samarbeid med Kreftforeningen.

*På bedringens vei - Inspirasjonskokebok for kreftpasienter, Gyldendal*

# Bok alene gjør ingen klok, sa kjerringa, hun svidde grøten med nesa i kokeboka.

NORSKE ORD TAK



## Når pasienten er taus

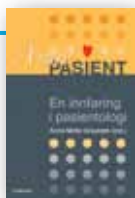
Yrkesutøvere som arbeider med mennesker i vanskelige livssituasjoner, kan oppleve taushet i møtet med brukeren – ikke den stillheten som oppstår når en sammen dveler ved en viktig tanke, men et ubehagelig fravær av verbal samhandling. Hvordan kan dette forstås og håndteres i et arbeid der selve samtalen er et sentralt element? Hva gjør den profesjonelle når hun eller han blir frarøvet sitt viktigste verktøy i arbeid med mennesker?

Boken Rom for taushet i profesjonelle samtaler bygger på intervjuer med erfarne yrkesutøvere innenfor psykiatri, sykepleie og sosialt arbeid. Erfaringer og betraktninger rundt taushet har dannet grunnlag for en modell for forståelse og handling i møtet mellom den profesjonelle og brukeren, faktormodellen. I tillegg bygger forfatterne på sentrale teoretikere innenfor etikk og kommunikasjon. De gir dermed en innføring i teoretiske perspektiver for å forstå taushet som fenomen, samtidig som de kombinerer teori og empiri. I forbindelse med faktormodellen er det utarbeidet tolv strategier som profesjonelle kan anvende i møte med taushet. Disse strategiene beskrives og drøftes i lys av praksisfeltet.

Forfatterne er Ingeborg Herset og Sveinung Horverak. Herset har master i sosialt arbeid fra Universitetet i Nordland. I dag arbeider hun som virksomhetsleder for barnevernstjenesten i Nesna kommune. Sveinung Horverak er førsteamanuensis, seksjonsleder for sosialfag og prodekan ved Universitetet i Nordland, Fakultet for samfunnsvitenskap.

*Rom for taushet i profesjonelle samtaler, Fagbokforlaget*

## BOKOMTALE



## Innføring i pasientologi

**Å være pasient** gir en framstilling av ulike aspekter av det som rommes i begrepet pasientologi. Ønsket er å bidra til en nyansert forståelse av pasientbegrepet og av dagens pasientrolle.

Boka innledes med fire autentiske pasientfortellinger. I ni kapitler beskrives og drøftes så en rekke aspekter ved det å være syk, for eksempel fortellingens betydning for den syke, og kampen og avhengigheten som følger med sykdom, sett både gjennom pasientens øyne og gjennom teoretiske briller.

Forfattere er Sanne Angel, Pia Dreyer, Elisabeth O. C. Hall, Kirsten Honoré, Trine Lassen, Bente Martinsen, Jette Joost Michaelsen og Helle Schnor.

*Å være pasient, Akribie*

## BOKOMTALE



## Nyttig om pensjon

Hva bør du tenke gjennom og undersøke før du tar valget om å bli førtidspensjonist? Denne boken hjelper deg. Målet er å bidra til å ta et fornuftig valg og en beslutning du ikke angre på. Boken peker på noen av de utfordringer som tidligpensjonister vil kunne møte og hvordan de kan mestres. Dette er et bidrag til hvordan det kan planlegges for en god pensjonisttilværelse.

Boken henvender seg til eldre arbeidstakere, tillitsvalgte og personalmedarbeidere i offentlig og privat sektor. Forfatteren Knut Halvorsen er utdannet siviløkonom og sosiolog. Han er dr.philos. og professor i sosialpolitikk ved Høgskolen i Oslo.

*Førtidspensjon - valget er ditt, Universitetsforlaget*

# Lokallagsledere i Forum for kreftsykepleie

## TROMS

Evelyn Karlsen  
eve-karl@online.no  
Tlf. 91802190

## NORDLAND avd. Bodø/Salten

Gry Hege Bech  
Gry-hege.bech@nlsh.no  
Tlf. 47312142

## NORDLAND avd. Helgeland

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

## Sør-Trøndelag

Marte Volden  
St. Olav Hospital, kreftavdeling  
Tlf. 95046121

## Nord-Trøndelag

Bjørn Jenssen  
Levanger sykehus  
bjorn.jenssen@c21.net  
Tlf arbeid. 74098216/  
privat.7409824

## MØRE OG ROMSDAL, Sunnmøre

Tanja Yvonne Alme  
Hjemmesykepleien Sula kommune  
loevng@online.no

## MØRE OG ROMSDAL avd. Kristiansund.

Laila Merethe Andersen  
Medisinsk sengepost, Møre og Romsdal  
helseforetak, Kristiansund  
Laila.andersen@neasonline.no  
Tlf. 71122287/919926007

## Hordaland

Grethe Skorpen Iversen  
Sunniva Klinik for lindrende behandling  
GretheSkorpen.Iversen@haraldsplass.no  
Tlf. arbeid: 55979400

## Sogn og Fjordane

Torill Tysse Sælen  
Helse Førde HF, kreftpoliklinikk  
torill.tysse.selen@helse-forde.no  
Tlf. arbeid: 57 83 93 24/ privat. 57 82  
26 67 og 99205057

## Rogaland

Else Beth Baardsen  
Eigersund kommune  
else.beth.baardsen@eigersund.kommune.no  
Tlf. arbeid: 51464280/ Mobil 93452864

## Agder

Karin Mollstad Nilsen  
Sørlandet sykehus, Senter  
for kreftbehandling  
karin.mollstad.nilsen@sshf.no  
Tlf. arbeid: 38146625/ privat 38015735

## Vestfold

Karin Sjøe  
Sykehuset Vestfold, Tønsberg  
Karin.sjoe@siv.no  
Tlf. 48042034

## Telemark

Nina Odberg  
Sykehuset Telemark  
Nina.odberg@sthf.no  
Tlf. 35004798

## Buskerud

Dora Hafnor  
Austjord behandlingssenter  
dora.hafnor@ringerike.kommune.no  
Tlf. 41456634

## Oppland og Hedmark

Grethe Hvithammer  
grhvit@hotmail.com  
Tlf. 92457364

## Østfold

Lisbeth Nesse Brenna  
Sykehuset Østfold  
lisbethbrenna@hotmail.com  
Tlf. arbeid: 69860880/ privat  
69324830 / mobil: 99019534

## SIG-stamcelle-/ benmargstransplantasjon

Julia Vogel  
Radiumhospitalet  
julia.vogel@radiumhospitalet.no  
Tlf. arbeid: 22934337/  
93405655 (mobil)

## SIG-Barn og Ungdom

Britt Ingunn Sævig  
Kreftforeningen  
Britt.Ingunn.Saevig@kreftforeningen.no  
Tlf. 992 48615

A INSTANLY «NYCOMED PHARMA»  
OPIOIDANALGETIKUM

ATC-NR.: N02A B03

T NESESPRAY, oppløsning 50 µg/dose, 100 µg/dose og 200 µg/dose: 1 ml inneholder 500 µg, resp. 1000 µg og 2000 µg natriumdihydrogenfosfatdihydrat, dinatriumfosfatdihydrat, renset vann. Indikasjoner: Behandling av gjennombruddssmerter hos voksne som allerede får vedlikeholdsbehandling med opioider for kroniske cancersmerter. Gjennombruddssmerter er en kortvarig forverring av smerte som oppstår hvor en ellers vedvarende smerte er kontrollert. Pasienter som får vedlikeholdsbehandling med opioider defineres som de som får enten minst 60 mg morfin oralt daglig, minst 25 mikrogram/time fentanyl, transdermal, minst 30 mg oksykodon daglig, minst 8 mg hydromorfon oralt daglig eller ekvivalentisk dose av andre opioider i én uke eller lenger. Dosering: Behandling skal initieres og gjennomføres under oppsyn av lege med erfaring i opioidbehandling av kreftpasienter. Dosen skal titreres og pasienten følges nøye under titreringsprosessen. Det anbefales at pasienten sitter eller står oppreist ved administrering. Dosejustering: Før titrering bør den bakenforliggende vedvarende smerten være kontrollert med opioidbehandling, og gjennombruddssmerterepisodene ikke overskride 4 pr. dag. Startdose: 50 µg i ett nesebor, titreres oppover om nødvendig. Ved utilstrekkelig smertelindring, kan tilsvarende dose gis i det andre neseboret, tidligst etter 10 minutter. Hver titrering (dosedyrke) bør vurderes ved flere episoder. Vedlikeholdsdose: Når dosen er fastslått, skal pasienten fortsette med denne dosen. Dersom smertelindringen er utilstrekkelig kan en ny dose med samme styrke tas tidligst etter 10 minutter. Maks. daglig dose: Høyst 2 doser med 10 minutters mellomrom ved inntil 4 episoder. Det bør være minst 4 timer mellom behandling av en ny episode, både under dosejustering og vedlikeholdsbehandling. Dosejustering: Ved flere etterfølgende episoder med gjennombruddssmerter, som krever > 1 dose, bør vedlikeholdsdosen økes. Dosejustering av den bakenforliggende opioidbehandling kan være nødvendig dersom pasienten stadig har > 4 episoder pr. døgn. Dersom bivirkningene ikke er tolererbare eller er vedvarende, skal styrken reduseres eller behandling erstattes med andre analgetika. Seponering: Dersom pasienten ikke lenger opplever episoder med gjennombruddssmerter, bør behandlingen seponeres umiddelbart. Bakenforliggende smertebehandling beholdes som forskrevet. Seponering av all opioidbehandling skal alltid skje gradvis for å unngå abstinensproblemer. Barn og ungdom < 18 år: Ikke anbefalt pga. utilstrekkelige data. Eldre: Forsiktighet utvises da eldre ofte trenger titrering til en lavere effektiv dose enn pasienter < 65 år. Spesielle pasientgrupper: Gis med forsiktighet til pasienter med moderat til alvorlig nedsatt lever- og nyrefunksjon. Kontraindikasjoner: Kjent overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Bruk hos opioidnaive pasienter. Alvorlig respirasjonsdepresjon eller alvorlige obstruktive lungesykdommer. Tidligere radioterapi i ansiktet. Tilbakevendende episoder med neseblødning. Forsiktighetsregler: Respirasjonsdepresjon kan forekomme. Pasienten må observeres for slike effekter. Ved kronisk opioidbehandling utvikles toleranse og risikoen for respirasjonsdepresjon er derfor redusert. Ved kronisk obstruktiv lungesykdom kan fentanyl redusere respirasjonskraften og øke luftveismotstanden. Skal gis med forsiktighet ved moderat til alvorlig nedsatt lever- eller nyrefunksjon. Skal brukes med forsiktighet ved tegn på økt intrakraniell trykk, nedsatt bevissthet, koma, cerebral tumor eller hodeskade. Kan forårsake bradykardi og skal derfor gis med forsiktighet til pasienter med bradykardi. Opioider kan forårsake hypotoni, særlig hos pasienter med hypovolem og skal derfor brukes med forsiktighet. Dersom tilbakvendende episoder med neseblødning eller ubehag i neseforrommer, skal alternativt behandlingsform overveies. Toleranse og avhengighet kan utvikles ved gjentatt bruk. I tillegg avhengighet ved terapeutisk bruk er imidlertid sjelden ved behandling av kreftsmerte. Seponeringssymptomer kan behandles ved å gi legemidler med opioid antagonistaktivitet eller analgetika som er blandet agonist/antagonist. Ved oppstart med Instanly, skal det vurderes alternative administreringsformer for andre intranasale legemidler som gis samtidig. Interaksjoner: Anbefales ikke til pasienter som har fått MAO-hemmere de siste 14 dagene fordi alvorlig og uforutsigbar potensiering av MAO-hemmere er rapportert. Metaboliseres hovedsakelig via CYP 3A4. Samtidig bruk av kraftige CYP 3A4-hemmere (f.eks. ritonavir, ketokonazol, itraconazol, troleanomycin, klaritromycin og melitnavir) eller moderate CYP 3A4-hemmere (f.eks. amprenavir, aprepitant, diltiazem, erytromycin, flukonazol, fosamprenavir og verapamil), kan potensielt forårsake fatal respirasjonsdepresjon. Pasienter som samtidig får moderate eller kraftige CYP 3A4-hemmere skal følges nøye i en lengre tidsperiode. Doseøkning skal gjøres med forsiktighet. Samtidig bruk av okymetazolin intranasalt reduserer maks. plasmakonsentrasjon av fentanyl med ca. 50 %, mens tid til C<sub>max</sub> (T<sub>max</sub>) er doblet. Samtidig bruk av slimhinneavsvellende midler bør unngås. Samtidig bruk av andre CNS-depresanter, inkl. andre opioider, sedativa eller hypnotika, generelle anestetika, fentiaziner, beroligende midler, muskelrelaksantia, sederende antihistaminer og alkohol, kan gi additiv depresjonseffekt. Samtidig bruk av partielle opioidagonister/antagonister (f.eks. buprenorfin, nalbupin, pentazocin) anbefales ikke. (I: N02A B03 fentanyl) Graviditet/Amming: Overgang/placenta: Utilstrekkelige data på bruk hos gravide. Skal ikke brukes under graviditet, hvis ikke strengt nødvendig. Overgang i morsmelk: Utskilles i morsmelk og kan forårsake sedasjon og respirasjonsdepresjon hos det diende barnet. Fentanyl skal bare brukes av ammende mødre som nytten oppveier den potensielle risikoen både for mor og barn. Bivirkninger: Typiske opioide bivirkninger kan forventes. De alvorligste bivirkningene er respirasjonsdepresjon (som kan føre til apné eller respirasjonsstans), sirkulasjonsdepresjon, hypotensjon og sjokk. Vanlige (\*1/1000 til <1/10): Gastrointestinale: Kvalme, brekninger, hjerte/kar: Rødme, hetetokter. Hud: Hyperhidrose. Luftveier: Irritasjon i svelget. Neurologiske: Døsighet, svimmelhet, hodepine. Øre: Vertigo. Mindre vanlige (\*1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Obstipasjon, stomatitt, munntørhet. Hjerte/kar: Hypotensjon. Hud: Smerter i huden, pruritus. Luftveier: Respirasjonsdepresjon, epistaksis, sår i nesen, rhinoré. Neurologiske: Sedasjon, myoklonus, parestesi, dysestesi, dysegesi. Psykiske: Avhengighet, insomni. Øre: Resesyke. Øvrige: Feber. Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Respirasjonsdepresjon er mest alvorlig. Andre symptomer kan være hypotermi, nedsatt muskeltonus, bradykardi og hypotoni. Hovedsymptomene på intoksikasjon er dyp sedasjon, ataksi, miøse, kramp og respirasjonsdepresjon. Behandling: Stimuler pasienten. Antidot er spesifikke opioidantagonister som nalokson. Effekten av overdoseringen kan være lengre enn effekten av antidoten. Gjentagende injeksjoner kan være nødvendig. Se Giftinformasjonsanbefaling N02A B03 side 4. Egenskaper: Klassifisering: Opioidanalgetikum. Fenylipepideriv. Virkningsmekanisme: Interagerer primært med den opioide µ-reseptoren, som en ren agonist med lav affinitet for δ- og κ-opioider reseptorer. Absorpsjon: Fentanyl er i høy grad lipofilt. Absorberes svært raskt gjennom neselimningen. Biotilgjengelighet er ca. 89 %. Maks. serumkonsentrasjon (0,35-1,2 ng/ml) nås ca. 12-15 minutter etter administrering av enkeltinjeksjon på 50-200 µg/dose til opioidtolerante pasienter. Proteinbinding: Ca. 80 %. Fordeling: Distribueres raskt til hjerte, hjerte, lunger, nyrer og milt, fulgt av en langsommere redistribusjon til muskler og fett. Halveringstid: Ca. 3-4 timer hos cancerpasienter. Metabolisme: Primært i leveren via CYP 3A4. Utskillelse: Ca. 75 % utskilles i urinen, mest som inaktive metabolitter, <10 % uforandret. Ca. 9 % gjenfinnes i feces, primært som metabolitter. Pakninger og priser pr. 14.02.2011 (glassflaske/ml/dosepumpe): 50 µg/dose: 10 doser kr 746,60. 20 doser kr 1 445,70. 40 doser kr 2 843,90. 100 µg/dose: 10 doser kr 858,10. 20 doser kr 1 668,60. 40 doser kr 3 289,70. 200 µg/dose: 10 doser kr 866,80. 20 doser kr 1 686,20. 40 doser kr 3 324,80.

Refusjon:

Resusjonsberettiget bruk: Palliativ behandling i livets sluttfase. (ICPC/ICD)		
Kode -90	Tekst	Vilkår
136	Refusjon ytes selv om legemidlet skal brukes i mindre enn tre måneder	136

Referanser:

1. Costantino HR et al. Int J Pharm. 2007;337(1-2):1-24.
2. Dale O et al. Acta Anaesthesiol Scand. 2002;46:759-70.

Sist endret: 01.02.2011

R111430-1/10358



## Fordelene med intranasal administrasjon av fentanyl



- ▶ Rask absorpsjon gjennom slimhinnen i nesen<sup>1,2</sup>
- ▶ Unngår førstepassasje metabolisme<sup>1</sup>
- ▶ Lett å bruke<sup>1,2</sup>
- ▶ Også for pasienter med munntørighet

# Nyttig på nett



## Her er nettsider med mye aktuell informasjon.

**Helsebiblioteket** – et offentlig nettsted for helsepersonell. Inneholder tidsskrifter i fulltekst, medisinske databaser, retningslinjer og nyttig fagstoff.

[www.helsebiblioteket.no](http://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 fagspecialistene på hvert fagområde ved Radiumhospitalet og Rikshospitalet. Prosedyrene er rikt illustrert med foto, video og animasjoner. Oncolex har gode rutiner for revidering.

[www.oncolex.no](http://www.oncolex.no)

**Kreftregisteret** – Kreftregisterets nettsted inneholder informasjon om kreft i Norge – forekomst, overlevelse og geografiske variasjoner.

[www.kreftregisteret.no](http://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.kreftforening.no](http://www.kreftforening.no)

**Flere nyttige adresser:**

[www.kreft.no](http://www.kreft.no)

[www.palliativ.org/](http://www.palliativ.org/)

[www.dagensmedisin.no](http://www.dagensmedisin.no)

[www.isncc.org](http://www.isncc.org)

[www.ons.org](http://www.ons.org)

## C Zometa Novartis

NOVARTIS

ONCOLOGY

Benresorpsjonshemmer. Varennummer ATC-nr: M05B A08

KONSENTRAT TIL INFUSJONSVEESKE, oppløsning 4 mg/5 ml. 1 ml inneholder: Zoledronsyremonohydrat tilsv. zoledronsyre 0,8 mg, mannitol, natriumstrat, sterilt vann.

**Indikasjoner:** Forebygging av skjeletrelaterte hendelser (patologiske frakturer, ryggmargskompresjon, bestråling eller kirurgisk behandling av skjeletmetastaser, eller tumorindusert hyperkalsemi) hos pasienter med utbredt kreftsykdom som involverer skjelettet. Behandling av tumorindusert hyperkalsemi (TH).

**Dosering:** Skal kun brukes av leger med erfaring i bruk av intravenøse bifosfonater. Infusjonsvæsken må ikke blandes med kalsium eller andre infusjonsvæsker med løselige kationer, som f.eks. Ringer-løst oppløsning, og bør administreres alene i separat infusjonslinje. Voksne og eldre: Anbefalt dose til forebygging av skjeletrelaterte hendelser ved utbredt kreftsykdom som involverer skjelettet, er zoledronsyre 4 mg infusjonsvæske (fortynnet med 100 ml natriumklorid 9 mg/ml eller glukoseoppløsning 50 mg/ml), gitt som i.v. infusjon over minst 15 minutter hver 3-4. uke. Pasienten bør også få 500 mg oralt kalsiumtilskudd og 400 IE D-vitamin daglig. Anbefalt dose ved hyperkalsemi (albuminkorrigert serumkalsium  $\geq 12$  mg/dl eller  $\geq 3$  mmol/liter) er zoledronsyre 4 mg infusjonsvæske (fortynnet i 100 ml natriumklorid 9 mg/ml eller glukoseoppløsning 50 mg/ml), gitt som i.v. infusjon over minst 15 minutter. Pasienten må være godt hydrert før og under administrering av zoledronsyre. Nedsett nyrefunksjon: TH: Ved alvorlig nedsett nyrefunksjon bør preparatet kun brukes etter hydrert før og under administrering med dosjustering ved serumkreatinin  $< 400$   $\mu$ mol/liter eller  $< 4,5$  mg/dl. Forebygging av skjeletrelaterte hendelser hos pasienter med utbredt kreftsykdom som involverer skjelettet: Serumkreatinin og kreatin clearance (OCR) bør bestemmes når behandling initieres hos pasienter med multipel myelom eller metastatiske berøringer fra solide tumorer. OCR beregnes ut fra serumkreatinin ved å bruke Cockcroft-Gault-formelen. Preparatet anbefales ikke ved alvorlig nedsett nyrefunksjon, dvs. OCR  $< 30$  ml/minutt. Følgende doser anbefales til pasienter med benmetastaser ved OCR 30-60 ml/minutt:

Kreatin clearance ved behandlingsstart (ml/minutt)	Anbefalt dose <sup>1</sup>	Volum konsentrat
$> 60$	4 mg	5 ml
50-60	3,5 mg	4,4 ml
40-49	3,3 mg	4,1 ml
30-39	3 mg	3,8 ml

<sup>1</sup> Doser er beregnet ut fra ønsket AUC på 0,66 mg  $\times$  time/liter (OCR = 75 ml/minutt). De lavere dosene som er anbefalt for pasienter med nedsett nyrefunksjon forventes å gi samme AUC som observert hos pasienter med kreatin clearance på 75 ml/minutt.

Det optimale volum av konsentratet må fortynnes videre i 100 ml sterilt natriumkloridoppløsning 9 mg/ml eller glukoseoppløsning 50 mg/ml. Serumkreatinin bør måles før hver dose, og behandlingen holdes tilbake hvis nyrefunksjonen forverres. Behandlingen bør kun gjenopptas når serumkreatinin igjen er innenfor en økning på 10% av verdien ved behandlingsstart, og da med samme dose som før behandlingen ble avbrutt. Barn: Bruk hos barn er undersøkt i 2 kliniske studier av alvorlig osteogenesis imperfecta. Preparatet bør ikke brukes til barn da sikkerhet og effekt ikke er klarlagt.

**Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for zoledronsyre, andre bifosfonater eller noen av hjelpestoffene. Amming, graviditet.

**Forsiktighetsregler:** Før administrering må pasientene vurderes for å sikre at de er tilstrekkelig hydrert. Overhydrering bør unngås ved risiko for hjertesvikt. Etter behandlingsstart bør hyperkalsemi-relaterte metabolske parametre, som serumnivåene av kalsium, fosfat og magnesium, følges nøye. Hvis hypokalsemi, hypofosfatasemi eller hypomagnesiemi oppstår, kan det være nødvendig med tilleggsbehandling i en kort periode. Pasienter med ubehandlet hyperkalsemi har som regel en viss grad av nedsett nyrefunksjon. Nøye oppfølging av nyrefunksjonen bør derfor vurderes. Zometa inneholder samme virkestoff som Aclasta (zoledronsyre). Pasienter som behandles med Zometa bør ikke behandles med Aclasta samtidig. Sikkerhet og effekt hos barn er ikke kjent og preparatet bør derfor ikke brukes til barn. Hos pasienter med TH med tydelig forverring av nyrefunksjonen bør det vurderes nøye hvorvidt den potensielle fordelene ved behandling oppveier mulig risiko. For å gjøre oppfølging av nyrefunksjonen skal behandles for å forebygge skjeletrelaterte hendelser, bør det tas i betraktning at behandlingseffekten inntreffer etter 2-3 måneder. Behandling med bifosfonater er forbundet med tilfeller av nedsett nyrefunksjon. Faktorer som kan øke risikoen for forverring av nyrefunksjonen inkluderer dehydrering, allerede nedsett nyrefunksjon, gentatte behandlinger med Zometa og andre bifosfonater, samt bruk av andre nefrotoksiske legemidler. Selv om risikoen reduseres ved å administrere zoledronsyre over 15 minutter, kan forverring av nyrefunksjonen fortsatt forekomme. Forverring av nyrefunksjonen, inkl. utvikling til nyresvikt og behov for dialyse er rapportert etter oppstart, eller etter en enkelt dose. Økning i serumkreatinin kan også forekomme hos noen pasienter ved kronisk administrering av zoledronsyre med anbefalte doser til forebygging av skjeletrelaterte hendelser, men mindre hyppig. Lavere doser anbefales ved initiering av behandling hos pasienter med benmetastaser med mild til moderat nedsett nyrefunksjon. Pga. potensiell innvirkning av zoledronsyre på nyrefunksjonen, mangel på kliniske sikkerhetsdata hos pasienter med alvorlig nedsett nyrefunksjon ved behandlingsstart (serumkreatinin  $\geq 400$   $\mu$ mol/liter eller  $\geq 4,5$  mg/dl hos pasienter med TH, serumkreatinin  $\geq 265$   $\mu$ mol/liter eller  $\geq 3,0$  mg/dl hos pasienter med kreft og benmetastaser), og kun begrenset farmakokinetiske data hos pasienter med alvorlig nedsett nyrefunksjon ved behandlingsstart (kreatin clearance  $< 30$  ml/minutt), anbefales ikke bruk hos denne pasientgruppen. Det er begrenset kliniske data hos pasienter med alvorlig nedsett leverfunksjon. Tilfeller av osteonekrose i kjernen er rapportert, hovedsakelig hos kreftpasienter. Mange av disse pasientene ble samtidig behandlet med kjemoterapi og kortikosteroider. De fleste tilfellene er rapportert i forbindelse med lammehandling (f.eks. tanntrekking). Mange av pasientene viste tegn til lokal infeksjon, inkl. osteomyelitt. Ved samtidige risikofaktorer (f.eks. kreft, kjemoterapi, kortikosteroider, dårlig munnhygge) bør tenner undersøkes og nødvendig forebyggende lammehandling vurderes før behandling med bifosfonater. Invasiv lammehandling bør om mulig unngås hos slike pasienter under behandling med bifosfonater. Tannkirurgi kan forverre tilstanden hos pasienter som utvikler osteonekrose i kjernen under behandling med bifosfonater. Selv om årsaksammenheng ikke er vist, bør tannkirurgiske inngrep unngås da tilhengen etter inngrepet kan forverres. Hos pasienter der lammehandling er nødvendig foreligger det ingen data som antyder at separering av bifosfonatet reduserer risikoen for osteonekrose i kjernen. Hvis pasienter bør håndteres ut fra en individuell nytte-risikoevaluering på grunnlag av den kliniske vurderingen til behandlings lege. Det er sjeldne tilfeller rapportert om alvorlige, og i enkelte tilfeller funksjonsnedsettende smerter i ben, ledd og/eller muskulatur hos pasienter som bruker bifosfonater.

**Interaksjoner:** Forsiktighet bør utvises når bifosfonater gis sammen med aminoglykosider, da legemidlene kan ha additiv effekt som resulterer i lavere serumkalsiumnivå i lengre perioder enn nødvendig. Forsiktighet bør også utvises ved bruk sammen med andre potensielt nefrotoksiske legemidler. Hos pasienter med multiple myelomer kan risikoen for svelket nyrefunksjon øke når intravenøse bifosfonater brukes i kombinasjon med talidomid.

**Graviditet/Amning:** Skal ikke brukes under graviditet og amning. Se Kontraindikasjoner.

**Bivirkninger:** Svært vanlige ( $\geq 1/10$ ): Øvrige: Hypofosfataemi. Vanlige ( $\geq 1/100$  til  $< 1/10$ ): Blodlymfje: Anemi. Gastrointestinale: kvalme, oppkast, anoreksi. Muskel-skjelettsystemet: Bensmerter, myalgia, artagli, generell smerte. Nevrologiske: Hodepine. Nyrefunksjon: Nedsett nyrefunksjon. Øye: Konjunktivitt. Øvrige: Feber, infusjonsrelaterte syndrom (inkl. tremor, frysninger, sykdomsleste og rødme), økt kreatinin og urinsyre i blod, hypokalsemi. Mindre vanlige ( $\geq 1/1000$  til  $< 1/100$ ): Blodlymfje: Tumorøypeni, leukopeni. Gastrointestinale: Diaré, forstoppelse, abdominale smerter, dyspepsi, stomitt, munntørhet. Hjerte/kar: Hypertensjon, hypotensjon. Hud: Kløe, utslett (inkl. erytematøst og makuløst utslett), økt sweating. Immunsystemet: Hypersensitivitetsreaksjoner. Luftveier: Dyspné, hoste. Muskel-skjelettsystemet: Muskelkramper. Nevrologiske: Svimelhet, parestesi, smakstørrelser, hypostesi, hyperestesi, tremor. Nyrefunksjon: Akutt nyresvikt, hematuri, proteinuri. Psykiske: Angst, søvnforstyrrelser. Øye: Tåkesyn. Øvrige: Bystrmerter, hypomagnesiemi, hypokalsemi, asteni, perifer ødem, reaksjoner på injeksjonsstedet (inkl. smerte, iritasjon, infeksjon), vektøkning. Sjeldne ( $\geq 1/1000$  til  $< 1/100$ ): Blodlymfje: Pancytopeni. Hjerte/kar: Bradykardi. Immunsystemet: Angioneurotisk ødem. Psykiske: Forvirring. Øvrige: Hyperkalsemi, hypernatremi. Svært sjeldne ( $< 1/10000$ ): ukjent. Øye: Uvett, episkleritt. Det er rapportert tilfeller av osteonekrose, primært i kjernen (se Forsiktighetsregler). Mange av disse pasientene viste tegn til lokal infeksjon, inkl. osteomyelitt. Kreftdiagnose, annen behandling (f.eks. kjemoterapi, strålebehandling, kortikosteroider), andre alvorlige sykdomstilstander (f.eks. anemi, koagulopati, infeksjon, underliggende sykdom i munnhulen) er dokumenterte risikofaktorer for utvikling av osteonekrose i kjernen. I svært sjeldne tilfeller er det rapportert hypotensjon som har ført til synkope eller sirkulatorisk kollaps, hovedsakelig hos pasienter med underliggende risikofaktorer, aneiflimmer, sømmlens, bronkookstrisjon, anafylaktisk reaksjon/sjokk, urticaria, skleritt og inflammasjon i orbita.

**Overdosering/Forgiftning:** Pasienter som har fått høyere dose enn anbefalt, bør overvåkes nøye fordi nedsett nyrefunksjon (inkl. nyresvikt) og unormaliteter i serumelektrolytter (inkl. kalsium, fosfat og magnesium) er observert. Hvis hypokalsemi oppstår, bør infusjon av kalsiumglukonat gis når det er klinisk indert. Se Giftinformasjonens anbefalinger M05B A08.

**Egenskaper:** Klassifisering: Bifosfonat med spesifikk virkning på ben. Inhibitor av osteoklastisk benresorpsjon. Virkningsmekanisme: Ukjent. Proteinbinding: Ca. 56%. Halveringstid: Rask biassk eliminasjon med halveringstider på 0,24 timer og 1,87 timer, etterfulgt av en eliminasjonsfase med en terminal halveringstid på 146 timer. Ingen akkumulering av zoledronsyre i plasma etter multiple doser gitt hver 28. dag. Utskillelse: Via nyrene. Total clearance fra kroppen er ca. 5 liter/time uavhengig av dose.

**Pakninger og priser:** 5 ml (plasthetlegg) kr 2556, 10

Sist endret: 19.03.2010 (SPC 25.01.2010)

## Flere gode dager<sup>3</sup>



1. Aapro M et al. The Oncologist 2010;15: 1-12  
2. Zometa SPC. www.legemiddelverket.no  
3. Rosen LS et al. Cancer. 2004;100 (1): 36-43



## Onsdag.

Det går framover. 400 nye skritt mot viljestyrke og motstandskraft. Går ikke så fort, kanskje. Men jevnt. Måtte det vare.

Smerter og alvorlige komplikasjoner\* i skjelettet er en trussel for pasienter med skjelettmetastaser. Zometa reduserer smerte og komplikasjoner innenfor flest tumortyper<sup>1,2</sup>

\* Patologiske frakturer, kirurgi i ben, tumorindusert hyperkalsemi, ryggmargskompresjon og strålebehandling.

Flere gode dager<sup>3</sup>

## Spre informasjonen!

### Kontaktperson

**Anne Grev**

**Telefon:** Jobb 61 18 98 73, mobil 90206901

**E-post:** anne.grev@gjovik.kommune

### Ersta Konferens, Stockholm

21. – 23. september 2011

#### 5. nordiske hospitcekonferanse

«Jag vill kjenna att jag lever - livet nära döden för patient, närstående och personal» er temaet for den femte nordiske hospitcekonferanse. De nordiske diakonale stiftelsene arrangerer denne konferansen i fellesskap og vil synliggjøre diakonale vurderinger i møtet mellom syke og døende mennesker, deres pårørende og personal. Konferansen er for alle som jobber med alvorlig syke og døende pasienter. Målet er å dele erfaringer og kompetanse, samt å styrke det nordiske samarbeidet.

### København

06. – 07. oktober 2011

#### 1.st international seminar of PRC and the EAPC RN

Seminar om aktuelle temaer med forelesere fra hele verden. Arrangementet er i regi av the European Palliative Care Research Centre (PRC) og the European Association for Palliative Care Research Network (EAPC RN). Les mer på: palliasjon.no

### Stockholm

23. – 27. september 2011

#### 16.th European Cancer Conference ( ECCO 16)

Internasjonal kongress som finner sted i Sverige. Les mer på [www.ecco-org.eu](http://www.ecco-org.eu). Der kan du også laste ned programmet.

### Rica Nidelven Hotell, Trondheim

06. – 08. oktober 2011

#### Landskonferanse i kreftsykepleie

Tittelen på konferansen er "Bevegelse i ny tid," og program- og arrangement-komiteen byr på et allsidig og spennende program – med hovedforelesninger, parallellsesjoner/workshops, posterutstilling, sosiale sammenkomster og kulturelle innslag.

Bevegelse – og utfordringer inn i ei ny tid går som en rød tråd gjennom hele konferansen. I et helsevesen som stadig er i endring er det viktig å være med på å sette dagsorden, jobbe fram gode løsninger og samtidig holde fast på grunnleggende etiske verdier.

Hotel Radisson Blu Holberg, Oslo

19. – 21. september 2012

**Landskonferanse om utfordringer ved livets slutt**  
Kompetansesenter for lindrende behandling, helseregion sør-øst, er vertskap for den 12. landskonferansen som går av stabelen høsten 2012. Målgruppen er alle som er engasjert i det palliative feltet i Norge. Vi håper på bred deltakelse fra spesialist- og kommunehelsetjenesten, utdannings- og forskningsinstitusjoner. Konferansen søkes godkjent som tellende kurs for aktuelle faggrupper.



## Skriv - og vinn 1000 kroner

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

Det trekkes ett gavekort i året.  
**Alle som har publisert i Kreftsykepleie dette året, deltar i trekningen i desember 2011.**

Scandic KNA hotel, Oslo

## 10. – 12. november

### 16 Nordic forum for nurses working with stem cell transplantation

Årlig nordisk konferanse for sykepleiere som jobber med stamcelletransplantasjoner. Hovedfokusgruppen er sykepleiere som jobber innenfor onkologi/hematologi med pasienter som har gjennomgått eller får behandling i form av stamcelletransplantasjon både allogent og autolog.

Holmenkollen Park hotell Rica, Oslo

## 17. – 18. november

### Onkologisk forum

Onkologisk forum er en viktig møteplass for leger, sykepleiere, forskere og andre som er engasjert i arbeidet med å bekjempe kreft. Konferansen er i november hvert år.

Konferansen har foredrag i plenum, samt egne møter for de ulike kreftgruppene. Det er egne forelesninger for sykepleiere. Programmet har stor spennvidde og berører tema fra basal forskning, etablering av nye behandlingsprinsipper, anvendelse av ny diagnostikk m.m.

### SAKER TIL GENERALFORSAMLING

## 15. august 2011

### NSF's Faggruppe Forum for Kreftsykepleie, generalforsamling 2011.

Sakslisten for generalforsamlingen er tilgjengelig på web-siden 25. august.

Saker til Generalforsamlingen må meldes innen

15. august 2011 til:

Kristin Wolden: Kristin.Wolden@gmail.com

Elin Bruland: frank.kalstad@enivest.net

Dokumenter til generalforsamlingen:

Vedtekter

Styrets beretning for perioden 2010-2011

Regnskap 2010

Handlingsplan og budsjett for 2010 - 2011 legges ut på vår Web-side 25. august.

### Finn kurs på palliasjon.no

For øvrig er det til en hver tid annonsert relevante kurstilbud på hjemmesidene til de regionale kompetansesentrene for lindrende behandling.

Gå inn på [www.palliasjon.no](http://www.palliasjon.no) og skaff deg opplysninger om disse.

# nyre kreft .no

En helt ny kunnskapsportal om nyrekreft

 **NOVARTIS**  
ONCOLOGY

ID: hosp-004-001-2010 ar/11/no

# Trenger vi egne rom for samtaler?

Får pasienter ved norske sykehus sensitiv informasjon uten at de er nok skjermet fra andre pasienter? Sykepleierne jeg har intervjuet savner egne rom for å gi sensitiv informasjon.



■ Av Maria Leppänen

Sykepleier med magistergrad i samfunnsvitenskapene ved Universitet i Tammerfors. For tiden student ved videreutdanning i kreftsykepleie, Universitet i Tromsø. Ansatt ved Universitetssykehuset Nord-Norge, Hjerte-Lungeklinikken, Lungemedisinsk sengepost.

**E**n episode i praksis inspirerte til denne undersøkelsen. Jeg var nyutdannet sykepleier og arbeidet ved en medisinsk sengepost. Jeg hadde ansvar for en pasient med langt fremskreden kreftsykdom og kort forventet levetid. Det var vanskelig for meg å kommunisere med vedkommende. Jeg var usikker på hva som var riktig å si og hvordan jeg skulle opptre. Mitt problem med å takle denne utfordringen, ga meg ideen om å fordype meg i dette.

Jeg utførte derfor et forskningsprosjekt med tema: «Sykepleierens møte med pasient med nydiagnostisert kreftsykdom». Hensikten med prosjektet var å belyse hvilke tiltak erfarne sykepleiere ønsker å prioritere for å støtte pasienter innlagt i sykehus. En av kategoriene som fremkom av prosjektets funn, var «integritet/rom». Artikkelen er bygget opp rundt dette funnet. Sykepleierne som deltok i studien, sier pasientene har krav på skjerming i sin emosjonelt belastende situasjon. De mente det er sykepleierens oppgave å sørge for dette. En av studiens deltakere sa følgende: «Vår plikt er å gi pasienten opplevelse av verdighet». Sykepleierne ønsker å sikre at taushetsplikten overholdes. Det er lovpålagt at helsepersonell skal hindre uvedkommende i å få

sensitive opplysninger om pasienter, og kjennskap til pasienters sykdomsforhold (Helsepersonellov § 21).

## Tidligere forskning

Rom har vært tema i noen forskningsrapporter innen kreftsykepleie. Fokus på disse har vært i forhold til behov for eget rom i palliativ livsfase (Street og Love 2005; Rowlands og Noble 2008), og i arkitektonisk planlegging av pasientrom (Easter 2003). Det har ikke vært i forhold til pasienter med nydiagnostisert kreftsykdom. I noen nyere internasjonale forskningsartikler med et annet hovedtema enn rom er pasientens behov for skjerming og ivaretagelse av taushetsplikt tatt opp. I en rapport kommer det fram at pasienter med kreft har opplevd ubehag når legene har informert dem mens andre pasienter har vært til stede på pasientrommet, eller når de har hørt hva legen har sagt til medpasienter (Tamburini et al. 2003). I en artikkel fra Jangland, Gunningberg og Carlsson (2009) ble det nevnt at pasientene har hatt viktige diskusjoner med helsepersonell i korridorer eller vært vitner til diskusjoner mellom andre pasienter og behandlere. Sykepleieres erfaringer i forhold til ivaretagelse av pasientens integritet kom fram i en undersøkelse av Dunniece og Slewin (2000). Ifølge dem var sykepleiere misfornøyd med den måten legene informerte pasienten om kreftdiagnosen, og de nevnte også at det ikke ble tilrettelagt rom der pasienten kunne få fred og ro i sin vanskelige situasjon.

## ■ Om undersøkelsen

- Undersøkelsen er utført ved ett sykehus.
- Seks sykepleiere er intervjuet om behovet for å ha egne rom hvor helsepersonell kan ha sensitive samtaler med pasienter.

## Metode

Forsknings spørsmålet var: Hvilke tiltak vil en erfa-

ren sykepleier prioritere for å støtte pasienter som har fått informasjon om kreftsykdom med dårlig prognose?

Jeg bestemte meg for å systematisere erfaringer fra praksis. Data ble samlet inn gjennom kvalitative og semistrukturerte forskningsintervjuer. Det ble brukt intervjuguide. De viktigste spørsmålene var:

- Du får høre på rapporten at pasient NN har fått vite at han har kreft med dårlig prognose. Du tildeles ansvaret for denne pasienten i denne vakten. Hva slags tanker får du rundt dette?
- Hva synes du at pasienten trenger mest i situasjon?
- Hvordan kan du bidra til det?

Utvalget besto av seks sykepleiere som jobbet ved et mellomstort norsk sykehus. Fire av dem var kreftsykepleiere, to var sykepleiere. Fire kvinner og to menn. De var i alderen 35-55 år, og hadde jobbet gjennomsnittlig 14 år på en sengepost der det var innlagt pasienter som var utredet med mistanke på kreft. Siden informantene i gjennomsnitt hadde mer enn 10 års arbeidserfaring, kan de kalles for ekspertsykepleiere. Ekspertsykepleiere er sikre og trygge i sitt arbeid, og har mye kunnskap å formidle til andre sykepleiere (Benner 2004).

Intervjuene ble foretatt i mai og juni 2008. Det ble dannet kategorier av de temaene som kom fram i hvert intervju. Disse kategoriene var svar på spørsmålet: Hva er viktig for en sykepleier å gjøre når han/hun møter en pasient med en ny alvorlig kreftdiagnose? Kategoriene var:

1. å bidra til trygghetsfølelsen
2. å ta imot pasientens følelsesmessige reaksjoner
3. å ta hensyn til pasientens pårørendes rolle i pasientens liv
4. å informere pasienten om sykdommen, behandling og andre tilbud
5. å gi pasienten tid
6. å tilrettelegge rom til pasienten.

I denne artikkelen betrakter jeg kategorien «å tilrettelegge rom til pasienten».

## Funn

Sykepleierne fortalte at svært mange pasienter blir tildelt en seng i en to- eller tremannsstue. De mener pasienter har behov for skjerming siden de befinner seg i en belastet situasjon. En sykepleier beskriver dette slik:

*Det er alvorlig diagnose de har fått beskjed om, og kanskje den de har fryktet mest av alle diagnoser. De er derfor engstelige, skuffet og fortvilte. De har kanskje*



Illustrasjonsfoto: Colourbox

*behov for å skjermes litt fra andre pasienter – det er tomannsrom her.*

Intervjupersonene påpekte at pasientene burde få informasjon og ha viktige samtaler med personalet i rom der andre pasienter ikke er til stede. En informant fortalte at hun ved flere anledninger hadde minnet legen om at informasjon om den nylig oppdagede kreftsykdommen ikke skal gis i flermannsstue med andre pasienter til stede som kan høre det legen forteller til pasienten. Hun fortalte dette:

*Vi har plikt til å bidra til at pasientene bevarer verdigheten, det er å ta han til et separat rom for å kunne gjennomføre en fortrolig samtale. Det er mange ører som er til stede i rommet når man ligger på en tremannsstue. Det er ikke alltid pasientene tenker over dette der og da, men flere har i ettertid sagt til meg at «jeg sa sånn og sånn og andre hørte det, og alle fikk høre hva jeg ble informert om». Det er ikke artig.*

Dermed ser de intervjuede sykepleierne at det

**INFORMASJON I ENEROM:** Pasienter som skal få vite at de har kreft, bør få informasjonen uten at andre pasienter er til stede.

blir viktig å tilrettelegge slik at pasienten får samtale med personalet uten at uvedkommende er til stede. En av intervjupersonene sa:

*Jeg tenker at det er veldig enkelt å løse. Det har å gjøre med hvordan lokalene er. Enten ta pasienten ut fra rommet; man kan bruke alt fra legekantoret til samtalerommet, bare det er en tilgjengelig plass der man kan være alene med pasienten. Eller medpasientene kan bes om å forlate pasientrommet hvis de er i stand til det. Men jeg har også vært med på at det har vært flere sengeliggende pasienter på samme rom; jeg har i slike tilfelle tatt senga med pasienten ut og vi har funnet oss et rom hvor vi har kunnet samtale i lag.*

Sykepleierne har vært villig til å gjøre en innsats for at taushetsplikten blir ivaretatt og at det er ro rundt samtalen.

### Diskusjon

Sykepleierne jeg intervjuet, ville tilrettelegge rom til pasientene med ny kreftdiagnose slik at de kan drøfte sin situasjon med leger og pleiepersonell uten at uvedkommende er til stede. De ser også at pasientene reagerer følelsesmessig og er sårbare i denne situasjonen, og synes det er riktig å skjerme dem fra andre pasienter. I lys av det sykepleierne i min undersøkelse forteller, behøver pasientene fred og ro rundt seg når de blir fortalt at de har kreft, men også en stund etter. Dette er i samsvar med andre forskningsresultater (Dunniece og Slewin 2000; Tamburini et al., 2003; Jangland, Gunningberg og Carlsson 2009). For de fleste pasienter er det ofte en følelsesmessig belastende situasjon som gjør dem sårbare. Det er ikke uvanlig å reagere på en beskjed om en alvorlig diagnose med sinne, uro, angst, irritabilitet og gråt (Cullberg 1994). Sykepleierne har opplevd at pasienter ikke klarer å tenke over hva de sier og hvem som kan høre dem når de er blitt fortalt at de har kreft. Siden sykepleierne er seg bevisst hvordan disse pasienter har det, ser de at det er deres plikt å sørge for at pasientene får rom for seg selv slik at de bevarer sin verdighet i den følelsesmessige belastende situasjonen de befinner seg i. Det dreier seg også om å sørge for at uvedkommende ikke får sensitive opplysninger om pasienten. Opplysninger som også kan oppleves belastende å få.

Lokaler i et somatisk sykehus er tradisjonelt ikke bygget med tanke på at det er en vesentlig del av pasientomsorgen å informere pasienter om sin sykdom i separate rom. Skjerming av pasientene krever ekstra oppmerksomhet fra helsepersonellens side. Legerutinene trenger også skjerping i forhold til ivaretagelse av pasientens integritet, særlig der

det fortsatt er rutine å informere om kreftdiagnose på visitten med andre pasienter til stede på pasientrommet. Det er ikke tillatt å opptre slik at uvedkommende - for eksempel medpasienter - får opplysninger om pasientens helsetilstand av helsepersonell uten hans tillatelse (Owen og Jeffrey 2008). Ifølge lov om helsepersonell m.v. § 21 «skal helsepersonell hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold». Det betyr i praksis at det er brudd på taushetsplikten å informere en pasient om hans/hennes sykdom når det er uvedkommende til stede.

Spørsmål om å tilrettelegge rom for pasienten har en klar sykepleieetisk dimensjon. Pasientens urørlighetssone – område som ikke angår andre - bør vernes; pasienten bør ikke bli objekt for granskende og/eller respektløs tilskuing. (Martinsen 2009) Sykehuspersonalet må vise seg verdig den tilliten som pasienten viser dem når de kommer til sykehus for utredning og behandling av sykdom. Tilliten bør ikke brytes, det bør ikke dannes grunnlag for mistillit. (Martinsen 1991) Forholdene skal legges til rette også i forhold til pasientrom. Pasientene må stole på at deres integritet blir ivaretatt på sykehus.

En etisk grunnstein i sykepleie er «engstelse for det sårbare»: ivaretagelse av den som er på sitt svakeste og som på grunn av sin sårbarhet ikke klarer å forsvare seg på samme måte som de som har store ressurser tilgjengelig for øyeblikket (Stryhn 2004). Et aspekt i pasientens lidelse er at han opplever at han mangler stemme og ikke er i stand til å kreve sin rette. Da er det sykepleierens oppgave å forebygge at pasienten ikke får problemer på grunn av dette - for eksempel når pasienten selv ikke får sagt at han ønsker å bli informert om sin sykdom i skjermede lokaler. Sykepleieren fungerer da som pasientens advokat (Ferrell og Coyle 2008).

### Validitet og reliabilitet

Dette er en liten studie med kun seks deltakere. Undersøkelsen er utført i ett sykehus. Resultatet av undersøkelsen som viser at det er behov for å legge forholdene bedre til rette for å ivareta pasienters integritet, kan ikke sies å være generaliserbare. Det som kommer fram i denne undersøkelsen, bør det arbeides videre med. Det er gjennomført lite forskning på området så langt. Undersøkelsens forløp er presentert for at leseren kan vurdere om prosjektet er utført på en pålitelig måte.

### Konklusjon

De erfarne sykepleierne har en klar oppfatning av

hvordan en kan støtte en pasient som nettopp har fått vite om sin kreftdiagnose. I denne artikkelen er det presentert funn om pasientenes behov for rom og skjerming.

Denne undersøkelsen har betydning for praksis. Den viser at i et sykehus finnes det forhold som bør bedres slik at pasientene blir ivaretatt på en akseptabel måte. Pasientene må få sensitive opplysninger om sin helse – som informasjon om en ny kreftdiagnose - uten at uvedkommende er til stede. Det er behov for enerom for pasientene. I lys av denne undersøkelsen er det ukjent, hvor alminnelig det er at pasientenes integritet ikke blir ivaretatt på en tilfredsstillende måte i norske sykehus generelt.

Innen kreftsykepleie er det lite publisert forskning i Norge om behov for rom til pasienter med ny kreftdiagnose. Dette tema er verdt å diskutere og undersøke nærmere. Det kan være grunn til å gjennomføre en systematisk kartlegging av hvordan praksis på sykehusene er i forhold til rom for samtaler med pasientene.

#### Litteratur

1. Benner B. (2004) Fra novice til ekspert – mesterlighet og styrke i klinisk sygepleiepraksis. København: Munksgaard Danmark.
2. Cullberg, J. (1994) Mennesker i krise og utvikling – en psykodynamisk og sosialpsykiatrisk studie. Oslo:Aschehoug.
3. Dunne U, Slewin E. (2000) Nurses' experiences of being present with a patient receiving a diagnosis of cancer. *Journal of Advanced Nursing* 32(3):611-618
4. Easter, J. (2003) Planning for patient privacy and hospitality: a must do in oncology care. *The Journal of Oncology Management* 12 (3):19-23
5. Ferrell BR, Coyle N. (2008) The nature of suffering and the goals of nursing. *Oncology Nursing Forum* 35(2):241-247
6. Helsepersonelloven, Lov av 2. Juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. med endringer, sist ved lov av 21. Desember 2001 nr 119 samt forskrifter.
7. Jangland E, Gunningberg L, Carlsson M. (2009) Patients' and relatives' complaints about encounters and communication in health care: Evidence for quality improvement. *Patient Education and Counseling* 75 (2009): 199-204
8. Kvale S. (1999) Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
9. Martinsen K. (1991) Ormsorg i sykepleien – en moralsk utfordring. I: Jensen K (red.): *Moderne omsorgsbilder*. Oslo: Gyldendal.
10. Martinsen K. (2009) Evidens – begrensende eller opplysende? I: Martinsen K, og Eriksson K. Å se og å innse. Ulike former for evidens. Oslo: Akribes.
11. Rowlands J, Noble S. (2008) How does the environment impact on the quality of life of advanced cancer patients? A qualitative study with implications for ward design. *Palliative Medicine* 2008; 22: 768-774
12. Street AF, Love A. (2005) Dimensions of privacy in palliative care: views of health professionals. *Social Science & Medicine* 60 (2005): 1795-1804
13. Stryhn, H. (2004) *Etikk og sygepleie*. København: Munksgaard.
14. Tamburini M, Gangeri L, Brunelli C, Boeri B, Borreani C, Bosisio M, Karmann CF, Greco M, Muccinesi G, Murru L, Trimigno P. (2003) Cancer patients' needs during hospitalisation: a quantitative and qualitative study. *BMC Cancer* 2003, 3



VIL DU VITE MER OM MYELOMATOSE?  
BESØK VÅR NYE HJEMMESIDE!

[www.mm-info.org](http://www.mm-info.org)



Janssen-Cilag AS  
Postboks 144  
1325 Lysaker  
Tel 24 12 65 00  
Fax 24 12 65 10  
[www.janssen-cilag.no](http://www.janssen-cilag.no)

JC-110309-1





# Oksygen hemmer svulster

Kombinasjonen av ren oksygen og høyt trykk får kreftsvulster i brystet til å krympe.

Tekst Johan Alvik Illustrasjonsfoto Colourbox

**D**oktorgradsavhandlingen til Ingrid Moen har vist at hyperbar oksygenbehandling av to ulike brystkreftmodeller hemmer veksten av svulstene. Videre har Moen vist at blodårene som kreftcellene er avhengig av for tilførsel av oksygen og næringsstoffer ble redusert i antall i begge modellene. Oksygenbehandlingen førte også til at hele grupper av gener som er viktige for kreftut-

viklingen ble endret, og gjorde de behandlede kreftcellene mindre aggressive. I tillegg viser avhandlingen at hyperbar oksygenbehandling er med på å øke effekten av cellegift, ved å øke opp-taket av cellegift inn i svulsten. Funnene viser at økt tilførsel av oksygen via hyperbar oksygenbehandling hemmer utvikling av brystkreftsvulster, og at oksygenbehandlingen potensielt kan brukes som tilleggsbehandling i kreftterapi.

Kilde: Universitetet i Bergen/ uib.no

Montebellosenteret er en helseinstitusjon som har sitt faglige utgangspunkt i Radiumhospitalet og er organisert som en selvstendig non-profit stiftelse. Det er landsdekkende og Norges eneste rehabiliteringssenter kun for kreftpasienter med et tilbud både til dem som har kreft, som tidligere har hatt kreft og til pårørende. Senteret ligger i flotte omgivelser like utenfor Lillehammer, er nylig opprustet og utvidet og framstår med god hotellstandard uten institusjonspreg.



Den bærende idé ved Montebellosenteret er at kreftsykdom handler om mer enn fysiske plager. Det handler om livet videre.

- Et opphold hos MBS gir kreftpasienter og deres nærmeste nye perspektiver på livet gjennom erfaringsutveksling og kunnskaps-tilegnelse i fellesskap med andre i lignende situasjoner.
- Kursoppholdene og metodene som brukes, er utviklet og veiledes av helsefaglig personell. Bevegelsesglede og aktivitet spiller en sentral rolle hos MBS.
- Oppholdet gir rom for ettertanke og refleksjon som kan bidra til at kursdeltakere blir sterkere og bedre forberedt til å mestre hverdagene og livet videre.

Oppholdene betales av HELFO, egenandel kr 150 for pasient og 100 for pårørende pr. døgn. Det søkes om opphold direkte til senteret på IA 05-20.05 («Legeerklæring, garanti og regning for opphold i opptreningsinstitusjon»).

Mer informasjon på [www.montebello-senteret.no](http://www.montebello-senteret.no) eller telefon 62 35 11 00.

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

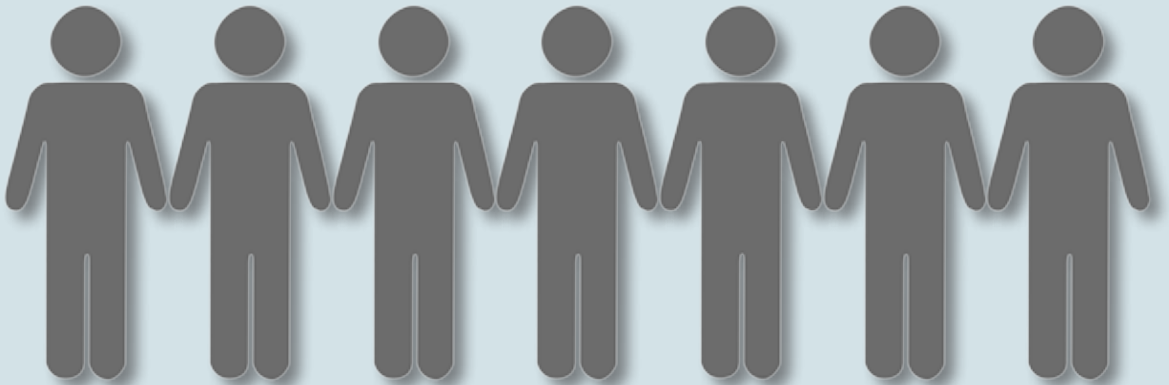


www.foto.com Foto: Hordell

# 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 oktober.





## SIGNE ØVERLAND

51 år

**Arbeidsstad:** Poliklinikk for blod - og kreftsykdommer, Stavanger Universitetssykehus

### Kvifor ønskjer du å gjera ein innsats?

Arbeid med kreftpasienter er meningsfullt og utfordrende. Kreftsykepleiere står ofte oppi komplekse situasjoner som krever stor kunnskap og kompetanse. Jeg er svært opptatt av at kvaliteten i sykepleien til kreftpasienter og deres pårørende skal være god. For å sikre dette må man hele tiden ha fokus på kompetanseheving hos sykepleiere som arbeider i kreftomsorgen.

Jeg ser derfor helt klart betydningen av å ha både et nasjonalt og lokalt fagforum som FKS, hvor sykepleiere som jobber innen kreftomsorg på alle

nivå kan møtes, utveksle erfaringar og få ny kunnskap og inspirasjon. Jeg tror at jeg med min bakgrunn og erfaring kan bidra i dette arbeidet.

### Kva er viktig med FKS sitt arbeid?

Det viktigste er å spre kunnskap og heve kompetansen til den enkelte kreftsykepleier 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.

### Utdanning:

Sykepleierutdanning 1979 - 1981

Videreutdanning i kreftsykepleie 1997-1998

Videreutdanning i Kunnskapsbasert

Praksis 2008 ( Høgskolen i Bergen)

### Praksis og organisasjonserfaring:

1982 - 1993 medisinsk /hematologisk

avdeling, Stavanger Universitetssykehus

1993 - 1997 kommunehelsetjenesten/hjem-

mesykepleien, Stavanger kommune

1998 - 1999 urologisk kirurgisk avde-

ling, Stavanger Universitetssykehus

1999 - 2004 ass. avdelingssykepleier ved

hematologisk avdeling, Stavan-

ger Universitetssykehus

2004 - 2009 undervisningssykepleier/

fagutviklingssykepleier for hematologisk

og onkologisk sengepost og poli-

klinikk, Stavanger Universitetssykehus

2009 Stavanger Universitetssykehus.

### Tidlegare verv i NSF` s FKS:

Var med og arrangerte FKS-konferansen

«Horisonter» i Stavanger 2007, da som

medlem av programkomiteen.

### Utdanning:

Sykepleier 2002

Videreutdanning i palliasjon 2006

Kreftsykepleie 2008

### Praksis og

#### organisasjonserfaring:

Jobbet som gruppeleder/

kontaktsykepleier ved Storebø

po-senter sidan 2002 i 100 % stilling.

Har fra 2008-2010 ledet prosjektet

«Lindrane behandling i kommune-

helsetenesta» i Austevoll kommune.

Dette prosjektet førte til at kom-

munen la inn kreftsykepleier i 30 %

stilling som fast post i budsjettet.

### Tidlegare verv i NSF` s FKS:

HTV for NSF i Austevoll kom-

mune 2003-2006.



## KARI TVEIT HAUGLAND

44 år

**Arbeidsstad:** Kontaktsykepleier ved Storebø pleie- og omsorgsenter og 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 stillinger

som kreftsykepleier. I tillegg er det viktig å styrke kompetansen blant personell som jobber med kreftpasienter, spesielt i distriktskommunene, slik at pasienten slepp å bli innlagt på sykehus som er langt borte fra hjemstedet. Dermed kan pasienten få like god behandling i hjemkommunen.

### Kva er viktig med FKS sitt arbeid?

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





## ELI NÆSHEIM RØNNEVIK

58 år

**Arbeidsstad:** Kreftomsorg Rogaland (avd. Haugesund) - 60 %  
og Helse Fonna, Haugesund Sjukehus, kir.pol - 40 %

### Kvifor ønskjer du å gjera ein innsats?

- Påvirke nasjonal plan for å øke antall kreftsykepleiere og palliative sykepleiere i kommuner og helseforetak, samt tilrettelegge for faste stillingshjemler som sikrer utnyttelse av sykepleierens spesialkompetanse.
- sikre at alle helseregioner etablerer nettverk av ressursykepleiere i kreftomsorg og lindrende behandling, for å sikre helhetlig kreftomsorgstilbud, kompetansedeling og kontinuitet. (Etter mønster fra regioner der slike regionale nettverk er etablert.)
- utnytte og overføre FKS samlede kompetanse og nettverk nasjonalt på lokalt

plan, for å styrke lokalt kreftarbeid.

- bidra til å løfte og styrke lokale og regionale engasjement/tiltak nasjonalt utnytte samarbeid, kompetanseheving og engasjement innen FKS.

### Kva er viktig med FKS sitt arbeid?

- FKS sin politiske og forvaltningsmessige innflytelse og påvirkningsmulighet.
- FKS delaktighet, synlighet og tydelighet for å få størst mulig påvirkning på samhandlingsreformen. FKS mulighet for å påvirke grunn- og videreutdanningen, samt de forskjellige nivåer innen kreftbehandlingen- og omsorgen.

### Utdanning:

Sykepleier – Haukeland Sykepleierskole – 1975  
Kreftsykepleier – Stavanger / DNR -1998.

### Praksis og organisasjonserfaring:

1975 - 84: Sykepleier ved ulike kirurgiske avd.  
1984 - 97: Sykepleier ved kir.pol Haugesund.  
1991 - 93. Avd. leder ved Haugesund Revmatismesykehus.  
1998 - 00: Kreftsykepleier gyn. avd. Haugesund (plikttid)  
2000 - 04: Kreftsykepleier Haugesund sjukehus.  
2001 - 07: Regional klinisk medarbeider i Kompetansesenter i lindrende behandling Helsereg. Vest (KLB), 20%  
2005 - 07: Leder av driftsgruppen i kompetansenettverket i KLB med 70 ressursykepleiere  
2004 - 07: Prosjektleder Haugesund kommune, lindrende behandling  
2008: Ansatt i Kreftomsorg Rogaland. Ansattes representant i styret.  
Fra 1998 - årlige oppdrag Montebellosenteret.

**Verv i NSF:** Plasstillsvalgt for NSF i flere perioder  
NSF representant i likestillingsutvalget i Rogaland fylkeskommune fra 1987-91.



## ÅSE GRØTHE

47 år

**Arbeidsstad:** Sunniva Klinik for lindrende behandling, Bergen

### Kvifor ønskjer du å gjera ein innsats?

Fordi det er inspirerende å samarbeide med andre for å utvikle kreftomsorgen på best mulig måte. Ynskjer å jobbe i ein organisasjon med mange flotte og engasjerte fagpersonar. Positivt å utvide «horisonten» ved å samarbeide med helsearbeiderar fra andre deler av landet.

### Kva er viktig med FKS sitt arbeid?

Videreutvikling av kreftomsorgen med målsetting å oppnå best mulig og mest mulig likt tilbud til alle kreftpasientar på tvers av landet.

### Utdanning:

Haukeland sykepleierhøgskole, 1987  
Personalledelse, høgskulen i Sogn og Fjordane, 1991  
Ex.phil og grunnfag i praktisk pedagogikk, UIB 1992  
Videreutdanning i veiledning, Senter for Diakoni og Veiledning, 1995  
Videreutdanning i Kreftsykepleie, Betanien sykepleierhøgskole, 2001  
Mastergrad i klinisk helsearbeid, palliasjon, Høgskolen i Buskerud, 2010

### Praksis og organisasjonserfaring:

Haukeland sykehus, onkologisk og medisinsk avdeling, 1988 - 1994  
Den Norske Kreftforening, 1990 - 91, sykepleiekonsulent  
Kreftforeningen, 1994 - 2004, sykepleiekonsulent  
Laksevåg videregående skole, lærer helse og sosialfag, 1995

Diakonissehjemetts høgskole, HDS, lærer på videreutdanning i palliasjon, 2007 - 2008  
Betanien sykepleierhøgskole, praksisveileder på videreutdanning i kreftsykepleie, vår 2008.  
Sunniva Klinik for lindrende behandling 2003 - d.d.  
Medlem i nominasjonskomiteen for valgt til Representantskapet i Kreftforeningen 2006 - 2010.  
Prosjektleder og med i nordisk faggruppe for etablering av pasientforening for pasienter med prostatakreft (2000 - 2003).  
Fleire styreverv knyttet til lokalt samsjansliv for mine barn i mange år.  
Pr.d.d., styreprerentant i Bergen Ungdomsforband.

### Tidlegare verv i NSF's FKS:

Landsstyre i FSK 1992 - 1996



**ELLEN HEGE  
ROSSELAND  
HANSEN** 48 år

**Arbeidsstad:** Halden kommune, Halden sykehjem, lindrende enhet

**Kvifor ønskjer du å gjera ein innsats?**

Jeg er opptatt av at pasienter som har fått en kreftdiagnose skal møte godt kvalifisert personale gjennom hele sin sykdomsperiode. Det å være med i FKS er en fin måte å holde seg oppdatert på, hvor en kan møte andre som også brenner for faget. Det er viktig for faget at vi er engasjert og kan utveksle erfaringar, ideer og være med å påvirke utviklinga.

**Kva er viktig med FKS sitt arbeid?**

Det er viktig å bygge nettverk innen kreftomsorgen. FKS sitt arbeid med kurs og konferanser hvor vi møter andre innen same fagfelt er med på gjøre arbeidet spennende og interessant. Nettverket gjør at vi har en mulighet til å påvirke utviklinga inne fagfeltet. Fellesskapet gjør oss sterkere. Mitt motto er: Sammen blir vi dynamitt!

**Utdanning:**

Kreftsykepleier

**Praksis og**

**organisasjonserfaring:**

Aker sykehus, kirurgisk avdeling, mage/tarm. Halden sykehus, medisinsk avdeling. Sykehuset Østfold, Fredrikstad, Kreftpoliklinikken, Kreftavdelingen. Senter for lindrende behandling Halden sykehjem, lindrende enhet Tillitsvalgt NSF

**Tidlegare verv i NSF's FKS:**

Styremedlem FKS Østfold



**BRITT INGUNN  
SÆVIG** 52 år

**Arbeidsstad:** Kreftforening, seksjon vest, Bergen

**Kvifor ønskjer du å gjera ein innsats?**

Viktig med et forum der kreftsykepleierne kan løfte frem saker, finne kontaktpunkt og styrke hverandre i arbeidet enten det er ved sykehus eller i kommunene. FKS er et forum som kan bidra til å fremme kunnskap internt blant de som jobber i kreftomsorgen og løfte faget.

**Kva er viktig med FKS sitt arbeid?**

Øke bevisstheten rundt kreftsykepleie og viktigheten av arbeidet som gjøres, flere blir behandlet poliklinisk, og flere overlever kreftsykdom. Med tanke på samhandlingsreformen blir kreftsykepleierens funksjon viktig både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten.

**Utdanning:**

Sykepleier i 1981  
Videreutdanning innen pedagogikk, veiledning og prosjektledelse.

**Praksis og organisasjonserfaring:**

Fra 1981 til 1991 - sykepleier Barneklubben Bergen,  
1991 - 1995 høgskolelærer Betanien høgskole, Bergen  
1995 - 2008 rådgiver Kreftforeningen spes fokus barn/unge med kreft  
2008 - spesialrådgiver, nasjonal koordinator Kreftforeningens arbeid med barn/unge med kreft  
Tillitsvalgt Kreftforeningen i 2 perioder  
Medlem og leder av AMU (arbeids og miljøvalg) i Kreftforeningen gjennom en 4 års periode

**Tidlegare verv i NSF's FKS:**

Leder og initiativtaker til SIG gruppe FKS barn/unge 2003 -  
Medlem av hovedstyret perioden 2007 til 2011  
Web ansvarlig



**BENTE  
AASHEIM** 56 år

**Arbeidsstad:** Heimetenesta i Vågå

**Kvifor ønskjer du å gjera ein innsats?**

- For at kreftpasientar i alle fasar skal få optimal pleie uansett kor dei bur.
- For å fremme interessa og heve kompetansa hjå sjukepleiarane
- Saman er vi sterkare ovanfor politikkane og bevilgande myndigheiter

**Kva er viktig med FKS sitt arbeid?**

- Samhandling mellom helselinetenestene.
- Utveksle erfaring med andre. Skaffe seg eit nettverk.
- Få sett kreftomsorgen i system.
- Heve kompetansa.

**Utdanning:**

Hjelpepleiar i spedbarn og barselpleie. Hamar 1974 - 1975  
Sjukepleiar. Elverum 1977 - 1979  
Palliativ Omsorg. Gjøvik 2002 - 2003  
Kreftsykepleie.  
Elverum 2005 - 2000

**Praksis og**

**organisasjonserfaring:**

Vågåheimen (sjukeheim) 1980 - 1988  
Bredebygden psykiatriske sjukeheim 1988 - 1990  
Heimetenesta Vågå 1990 -  
I dag: 60 % i heimetenesta, 20% kreftsykepleiar, 20 % prosjektmedarbeidar i kreftomsorg i Utviklingssenter for heime/tenester i Vågå, Lom og Skjåk.  
Forskjellige verv i fleire idrettslag.



## MARTE WOLDEN

45 år

**Arbeidsstad:** Avdeling for undervisning - Kreftklinikken, St Olavs Hospital Trondheim

### Kvifor ønskjer du å gjera ein innsats?

Jeg har lyst til å arbeide for en best mulig kreftomsorg. Jeg synes det er inspirerende å samarbeide med kreftsykepleiere over hele landet – og jeg opplever det som både nyttig og viktig å delta aktivt i debatten og drøftingene om hvordan kreftsykepleiere best mulig kan bidra til hjelpe og støtte kreftpasienter.

### Kva er viktig med FKS sitt arbeid?

Med tanke på Samhandlingsreformen for helsetjenester 2010 tenker jeg at det er spesielt viktig å arbeide for at kreft-

pasienter blir ivaretatt gjennom HELE sykdoms- og behandlingsforløpet, og her er det viktig at FKS fortsetter arbeidet med å fremme behovet for kreftsykepleiere i alle ledd. FKS kan bidra til å synliggjøre kreftsykepleierens viktige funksjon – både i sjukehus og i kommunehelsetjenesten. I en hverdag med stadig større krav om effektivisering kan FKS-sykepleiere være «talerør» for pasienter – og peke på hvordan vi kan støtte og hjelpe pasientene gjennom de konsekvensene sykdommen og behandlinga har for både pasienten og de pårørende.

### Utdanning:

Universitetet i Trondheim - Cand mag (Historie, Sosialantropologi, Film og Billedmedia) 1989  
Utdannet sykepleier i 1992  
Videreutdanning i kreftsykepleie 2005

### Praksis og organisasjonserfaring:

Har vært varamedlem i Trondheim bystyre for partiet Venstre  
Jobbet i ulike funksjoner ved Kreftklinikken St Olavs Hospital siden 1992.  
Arbeider for tiden som undervisningssykepleier ved Avdeling for undervisning ved Kreftklinikken – der jeg jobber med utvikling av kvalitet og kompetanse i sykepleietjenesten.  
Har også deltatt i utarbeiding av Nasjonale Handlingsprogram for kreftbehandling gjennom Helsedirektoratet.

### Tidlegare verv i NSF's FKS:

Sekretær i FKS Sør – Trøndelag 2008 - 2010  
Leder i NSF's FKS Sør-Trøndelag 2010 - 2012



## LILLIAN ROLFSEN GRØNSUND

50 år

**Arbeidsstad:** Onkologisk enhet, Sørlandet Sykehus Flekkefjord

### Kvifor ønskjer du å gjera ein innsats?

Ønsker å bidra til:

- å videreutvikle FKS som faggruppe, og å styrke kreftsykepleie som fagområde - behovet for vår kompetanse er stadig økende, og utveksling av kunnskap og erfaring viktigere enn noen gang, synliggjøring av faggruppen.
- større grad av samhandling mellom ulike nivåer i helse-tjenesten.
- å være en pådriver for mer forskning innenfor kreftsykepleie.

### Kva meiner du er viktig med FKS sitt arbeid?

FKS er viktig for styrking og videreutvikling av vår kompetanse. FKS bidrar i stor grad med informasjon og til nettverksbygging og kommunikasjon. Faggruppen er også viktig som høringsinstans.

### Utdanning:

Psykologi grunnfag UIB 1982  
Haukeland Sykepleierhøgskole 1985  
Videreutdanning i Onkologi, Det Norske Radiumhospital 1998  
Off. administrasjon og ledelse grunnfag, HINT 2002  
Forskningsmetode og statistikk UIO 2006

### Praksis og organisasjonserfaring:

Sykepleier ved Onkologisk avd. Haukeland Sykehus 1986 - 1988  
Sykepleier ved Kirurgisk avd. Rogaland Sentralsjukehus 1989 - 1991  
Sykepleier ved Hudavd. Ullevål Sykehus 1991  
Sykepleier/ass. avd. sykepleier/avd. sykepleier ved Onkologisk avd. Ullevål Sykehus 1992 - 1998  
Spesialsykepleier/avd. sykepleier ved Intensiv avd. Lister sykehus 1998 - 2000  
Onkologisk sykepleier/koordinator/ ved Onkologisk enhet Sørlandet Sykehus Flekkefjord 2000 - d.d.  
Prosjektleder: Sykepleiedokumentasjon «2001, Lindrende enhet» ved Sørlandet Sykehus Flekkefjord 2002 - 2003  
Leder for Omsorgsgruppen, Sørlandet Sykehus Flekkefjord 2000 - d.d.

### Tidlegare verv i NSF's FKS:

Nestleder for Agder lokallag av NSF's FKS 2007 - d.d.  
Medlem i landsstyret fra 2011 - d.d.



**ANNE TORILL TUFTE** 53 år

**Arbeidsstad:** Palliativ enhet, Medisinsk klinikk, Sykehuset Telemark HF, Skien

**Kvifor ønskjer du å gjera ein innsats?**

Jeg har lang erfaring innen palliasjon, og ønsker å bidra til at kreftsykepleiere får økt fagkompetanse og gode arbeidsvilkår. Vi trenger flere øremerkede stillinger for at kreftsykepleiere kan gjøre en god jobb overfor pasienter og deres pårørende. Gjennom arbeidet mitt på Palliativ enhet ser jeg betydningen av et godt samarbeid mellom sykehus og kommunehelsetjenesten. Det å ha et nettverk av ressursykepleiere kan være avgjørende for at pasienter med en alvorlig kreftdiagnose kan føle seg trygge og ivaretatt enten de er hjemme eller på sykehus. Så håper jeg at jeg med min erfaring og kompetanse kan bidra på en god måte i FKS.

**Kva er viktig med FKS sitt arbeid?**

Det er viktig for meg å sette kreftsykepleie på dagsordenen, og at vi som faggruppe markerer oss i NSF.

**Utdanning:**

Telemark sjukepleierhøgskole 1993 - 1996  
 Videreutdanning i kreftsykepleie HIO 2003 - 04  
 Tverrfaglig veiledning, HIT 2008 - 2009

**Praksis og organisasjonserfaring:**

Ortopedisk avdeling STHF, 1996-97  
 Avdeling for blod/kreftsykdommer STHF1997-2001  
 Palliativ enhet STHF 2001-



**SYNØVE REVLING HOLM** 42 år

**Arbeidsstad:** Gjøvik kommune, lindrende enhet ved Haugtun Omsorgssenter

**Kvifor ønskjer du å gjera ein innsats?**

Jeg tror det er en stor fordel med erfaring fra både kommune og sykehus, noe jeg begynner å få. Det er fortsatt store mangler på god samhandling, og jeg ønsker å være med å bidra til å bedre dette. Jeg er opptatt av å legge til rette for at ansatte i kommunene skal kunne gi god palliativ behandling!

**Kva er viktig med FKS sitt arbeid?**

Å øke kompetansen for sykepleiere som arbeider med kreftpasienter. Kurs, konferanser og fagtidsskrift er en flott møteplass hvor man kan høste kunnskap!

**Utdanning:**

Sykepleier, ferdig 1994  
 Kreftsykepleier, ferdig med videreutd i 2007

**Praksis og organisasjonserfaring:**

Sykepleier i Hjemmetjenesten i Ringsaker og Gjøvik kommune 1994 - 2003  
 Sykepleier i Gjøvik Fengsel, 2001 - 2003  
 Sykepleier/ kreftsykepleier ved Medisinsk kref-tavdeling ved Sykehuset Innlandet HF, Gjøvik 2003 - 2010  
 Kreftsykepleier/Vikar ved kreftenheten (poliklinikk) Sykehuset Innlandet HF, Gjøvik 2006-2010  
 Kreftsykepleier, Lindrende enhet, Gjøvik kommune siden okt 2010  
 Deltager i ressursgruppen for Utviklingssenter for sykehjem i Oppland, fra januar 2011  
 KFUK-KFUM speiderarbeid i mange år. Nå varamedlem i kretsstyret Hedmark/ Oppland KFUK/KFUM



**BERIT KOLLTVEIT** 37 år

**Arbeidsstad:** Vik kommune, heimesjukepleien

**Kvifor ønskjer du å gjera ein innsats?**

Eg har lyst å vera med å spreia kunnskap om utviklingen av kreftsjukepleie til sjukepleiarar som jobbar innan kref-tomsorga, og til sjukepleiarar i kommunehelsetenesta. Eg ynskjer og å arbeide for å styrkje undervisninga i kreftsjukepleie ved sjukepleiehøgskulane.

Tykkjer det var veldig kjekt å bli spurt om å stilla til valg i styret for FKS!

**Kva er viktig med FKS sitt arbeid?**

Eg meiner det er viktig at me har eit eige forum der me jobbar for å fremma

**Utdanning:**

Kreftsjukepleiar frå Betanien 2007

**Praksis og organisasjonserfaring:**

10 års praksis frå gynekologisk kreftavdeling på Haukeland Universitetssjukehus.  
 Er styremedlem i Vik Skiskyttergruppe.

**Tidlegare verv i NSF`s FKS:**

Hovudtillitsvalgt i NSF i Vik kommune frå februar 2011.

våre saker. Eg tykkjer og det er veldig viktig at me har eit eige tidsskrift der me kan nå ut med informasjon til ei stor gruppe av sjukepleiarar.



## KRISTIN BERGUM

49 år

**Arbeidsstad:** Nordøya Hjemmetjeneste Tromsø kommune/  
Prosjektleder Prosjekt lindrende behandling i Tromsø kommune

### Kvifor ønskjer du å gjera ein innsats?

Jeg er opptatt av at vi må være våkne i forhold til de endringene som skjer i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Jeg har arbeidet mange år som kreftsykepleier i hjemmetjenesten og ser at rammene snevres inn, samtidig som kreftpasienter og andre i behov av lindrende behandling øker i antall og kompleksitet. Selv om man er nødt for å samarbeide om å rasjonalisere drift er det viktig å være sterk i forhold til egen fagidentitet. Omorganisering og rasjonalisering kan føre til en usynlig sykepleiertjeneste. Derfor må vi som

sykepleiere være synlige, stå sammen og si ifra når standard senkes og sykepleiertjenesten ikke oppleves god. Jeg ønsker å gjøre en innsats i FKS arbeid som representant fra Nord Norge.

### Kva er viktig med FKS sitt arbeid?

Det er viktig å ha en faggruppe som kan jobbe inn mot sentrale myndigheter. Lokallagsaktivitet med fagmøter har verdi både som møteplass for sykepleiere på tvers av spesialist og primærhelsetjenesten og som arena for fagutvikling. FKS kan stimulere til økt faglig engasjement og at flere tar videreutdanning.

### Utdanning:

Røde kors Sykepleierhøgskole 1985-1988  
Spesialsykepleier Kreft 1997-1998  
Videreutdanning Pedagogisk Veiledning 2002  
Fordypning i Pedagogikk 2006, 2007

### Praksis og organisasjonserfaring:

Avdelingssykepleier Sykehjem Ibestad 1988 - 990  
Sykepleier Regionsykehuset i Tromsø 1990 -1994  
Sykepleier Nordøya Hjemmetjeneste 1994 - 1998  
Kreftsykepleier Nordøya hjemmetjeneste. 1998 - fortsatt.  
Kompetansesenter for Lindrende behandling i Tromsø 1999 - 2002  
Prosjektleder Prosjekt Lindrende behandling i Tromsø kommune, okt 2008 - fortsatt.

### Tidlegare verv i NSF's Faggruppe FKS :

Styremedlem FSK Tromsø lokallag 1995 - 1998  
Lokallagsleder FSK Tromsø lokallag 1998 - 2000  
Sekretær FSK Tromsø lokallag 2008 fortsatt  
Medlem av landsstyret fra 2008 - d.d



## SISSEL HYNNE MOÅS

49 år

**Arbeidsstad:** Kreftpoliklinikken ved Sykehuset Levanger i Nord-Trøndelag

### Kvifor ønskjer du å gjera ein innsats?

Jeg ønsker å bidra med min fagkunnskap og min erfaring. Kunnskapsformidling ser jeg på som svært viktig, så «det å gjøre hverandre god» er et motto for meg. Så her har jeg lyst til å gjøre en jobb. Det er opprettet alt for få stillinger som onkologisk sykepleier rundt om i kommunene, dette opptar meg i stor grad.

Sentralstyre i FKS skal ha en geografisk spredning blant medlemmene. Nord-Trøndelag er et fylke med mange kreftsykepleiere og vi har et aktivt lokallag. Jeg mener det er viktig å bringe

det lokale arbeidet inn i det sentrale.

Etter to år som varamedlem i hovedstyret ser jeg at jeg har fått et større faglig nettverk og at det har gitt meg verdifull erfaring i mitt daglige arbeid.

### Kva er viktig med FKS sitt arbeid?

FKS er en viktig organisasjon ndg kunnskapsformidling, dette arbeidet er for meg svært viktig. Den formidlingen som skjer via bladet «Kreftsykepleie», ulike kurs og konferanser har stor nytteverdi. Å stimulere medlemmene til forskning og fagutvikling er av stor nødvendighet.

### Utdanning:

Off. godkjent sykepleier i 1985  
Videreutdanning i Kreftsykepleie 1998

### Praksis og organisasjonserfaring:

Etter endt sykepleieutdanning i desember 1985 begynte jeg 1. januar 1986 å arbeide ved generell kirurgisk avd Sykehuset Levanger. Høsten 2003 begynte jeg å jobbe som kreftsykepleier ved kreftpoliklinikken Sykehuset Levanger. Der jobber jeg pr i dag i 100% stilling og er fagutviklingssykepleier ved avdelingen. Av organisasjonsarbeid har jeg deltatt i styreverv i det lokale idrettslaget på mitt hjemstad. Ellers synger jeg i Skogn Damekor og innehar ledervervet i styret der. Å syng gir meg masse positiv energi, og hjelper meg til å få det overskuddet som må til for å stå i et arbeid som krever mye av meg både fysisk og psykisk.

### Tidligere verv i FKS Forum:

Har vært både sekretær og leder i lokallaget i Nord Trøndelag. Gikk av som leder og ut av styret i 2005. De siste 2 årene har jeg vært varamedlem i hovedstyret i FKS.

**A TARGINIQ «mundipharma»**
**Analgetikum ved sterke smerter.**
**ATC-nr.: N02AA55**

**DEPOTABLETTER 5 mg/2,5 mg, 10 mg/5 mg, 20 mg/10 mg og 40 mg/20 mg:** Hver tablett inneholder: Oksykodonhydroklorid tilsv. oksykodon 4,5 mg, resp. 9 mg, 18 mg og 36 mg, naloksonhydrokloriddihydrat tilsv. nalokson 2,25 mg, resp. 4,5 mg, 9 mg og 18 mg, laktosemonohydrat 71,8 mg, resp. 64,3 mg, 54,5 mg og 109 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: 5 mg/2,5 mg: Brilljantblått FCF [E 133], titandioksid [E 171]. 10 mg/5 mg: Titandioksid [E 171]. 20 mg/10 mg og 40 mg/20 mg: Jernoksid [E 172], titandioksid [E 171].

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

**Dosering:** Tilpasses smerteintensitet og pasientens følsomhet. Voksne: Den analgetiske effekten er ekvivalent med depotformuleringer av oksykodon. Vanlig startdose ved første gangs bruk av opioider er 10 mg/5 mg hver 12. time. Pasienter som allerede får opioider kan starte med en høyere dose, avhengig av tidligere erfaring med opioider. 5 mg/2,5 mg er tiltenkt dosetitrering 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 tidspunkter. Maks. døgndose er 400 mg oksykodondepot. Naloksons gunstige effekt på tarmfunksjonen kan da reduseres. Preparatet er ikke tiltenkt behandling av gjennombruddssmerter. Behov for analgetika med umiddelbar frisetting som akuttmedisin mot gjennombruddssmerter, kan derfor oppstå. En enkeltdose akuttmedisin bør tilsvare en sjetteandel 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. Tabletten skal svelges hele og ikke deles, tygges eller knuses, da dette medfører raskere frisetting av virkestoffene og absorpsjon av en potensielt dødelig oksykodondose. Etter seponering, med påfølgende bytte til et annet opioid, kan forverring av tarmfunksjon forventes.

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

**Δ 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. Anbefales ikke til barn <18 år pga. manglende sikkerhets- og effektdata. Det foreligger ingen klinisk erfaring hos pasienter med kreft relatert til peritoneal karsinomatose eller med subokklusivt syndrom ved fremskredne stadier av gastrointestinale kreft og bekkenkreft. Bruk i denne pasientgruppen er derfor ikke anbefalt. Største risiko ved opioider er respirasjonsdepresjon. Det bør utvises forsiktighet hos eldre eller svake pasienter, ved opioidindusert paralytisk ileus, alvorlig nedsatt lungefunksjon, myokardem, hypotyreose, Addison's sykdom [binyrebarkinsuffisiens], toksisk psykose, gallestein, prostatahypertrofi, alkoholisme, delirium tremens, pankreatitt, hypotensjon,

hypertensjon, underliggende hjerte- eller karsykdom, hodeskader [pga. fare for økt intrakranielt trykk], epileptisk sykdom/disposisjon for krampes, 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 kirurgitype og -omfang, anestesiprosedyre, annen samtidig medisinerings og pasientens tilstand, er nøyaktig tid for oppstart av postoperativ behandling avhengig av en grundig individuell nytte-risikovurdering. Den tomme tablettmatrisen kan sees i avføringen. Kan påvirke evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner, spesielt ved behandlingsstart, etter doseøkning eller bytte av legemiddel og i kombinasjon med andre CNS-hemmende midler.

**Interaksjoner:** Substanser med CNS-hemmende effekt [f.eks. alkohol, andre opioider, sedativa, hypnotika, antidepressiver, sovemedisiner, fentiaziner, antipsykotika, antihistaminer og antiemetika] kan gi økt CNS-hemmende effekt [f.eks. respirasjonsdepresjon]. Klinisk relevante endringer i INR kan forekomme ved samtidig bruk av kumarinantiokagulantia. II: N02A opioider

**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 respirasjonshemming 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, diaré, munntørhet, flatulens, oppkast, kvalme. Hjerne/kar: Blodtrykksfall. Hud: Kløe, hudreaksjoner, svette. Luftveier: Rinoré, gjesping. Muskel-skjelettsystemet: Muskelspasmer, muskelrynninger, myalgi. Neurologiske: Hodepine, sedasjon, tremor. Psykiske: Angst, rastløshet. Stoffskifte/ernæring: Nedsatt/tap av appetitt. Øre: Vertigo. Øvrige: Abstinenssyndrom, kulde- og varmeløsele, frysninger, asteni-tilstander. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Hjerne/kar: Angina pectoris ved koronarsykdom i anamnesen, palpitasjoner, blodtrykksøkning. Immunsystemet: Overfølsomhet. Kjønnsganer/bryst: Erekttil dysfunksjon. Luftveier: Dyspné. Neurologiske: Oppmerksomhetsforstyrrelser, parestesi, taleforstyrrelser. Psykiske: Unormal tankegang, forvirring, depresjon, hallusinasjoner. Øye: Synsforstyrrelser. Øvrige: Brystsmarter, søvnløshet, sykdomsfølelse, perifer ødem, ulykkeskader. **Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):** Neurologiske: Krampes [spesielt ved epileptisk sykdom eller disposisjon for krampes]. **Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent:** Gastrointestinale: Forstoppelse. Lever/galle: Galleveiskolikk. Neurologiske: Synkope. Bivirkninger av oksykodon alene: **Svært vanlige (≥1/10):** Gastrointestinale: Forstoppelse, oppkast, kvalme. Hud: Kløe. Neurologiske: Sedasjon [fra søvnlighet til nedsatt bevissthetsnivå], svimmelhet, hodepine. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Hikke, dyspepsi. Luftveier: Dyspné. Neurologiske: Synkope, parestesi. Nyre/urineveier: Urinretensjon, dysuri, akutt vannlatingsbehov. Psykiske: Endret stemning-else og personlighetsforandring [f.eks. depresjon, eufori], nedsatt aktivitet, psykomotorisk hyperaktivitet, uro, nervøsitet, søvnløshet, tankeforstyrrelser, forvirring. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Munnsår, stomatitt. Hjerne/kar: Takykardi, vasodila-

tasjon. Lever/galle: Galleveiskolikk. Luftveier: Dysfoni, hoste. Neurologiske: Migrene, dysgeusi, hypertoni, ufrivillige muskelsammentrekninger, hypostesi, koordinasjonsforstyrrelser. Psykiske: Persepsjonsforstyrrelser [f.eks. hallusinasjon, derealisasjon], nedsatt libido. Øre: Nedsatt hørsel. Øvrige: Smarter, ødem. **Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):** Gastrointestinale: Melena, tannsykdom, tannkjøttblødning, dysfagi. Hud: Tørr hud. Infeksjoner: Herpes simplex, Kjønnsganer/bryst: Amenoré. Psykiske: Psykologisk avhengighet. Stoffskifte/ernæring: Dehydrering, økt appetitt. Øvrige: Vektøkning, vekttap, tørste. **Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent:** Gastrointestinale: Ileus. Hud: Urticaria. Immunsystemet: Analytisk reaksjon. Lever/galle: Økte leverenzymmer. Luftveier: Respirasjonsdepresjon, bronkialspasmer, undertrykket hosterefleks. Øye: Miose. Øvrige: Legemiddeltoleranse, spasmer i glatt muskulatur.

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

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

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

28 stk. [endose] 130,90.

98 stk. [endose] 341,80.

**10 mg/5 mg:**

28 stk. [endose] 221,80.

98 stk. [endose] 636,10.

**20 mg/10 mg:**

28 stk. [endose] 401,00.

98 stk. [endose] 1.224,70.

**40 mg/20 mg:**

28 stk. [endose] 754,50.

98 stk. [endose] 2.401,90.

**Refusjonsberettiget bruk:**

Palliativ behandling i livets sluttfase.

**Refusjonskode:** 90 (ICPC og ICD)

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

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

**Referanse 1:**

Preparatomtale TARGINIQ®



# TARGINIQ®

oksykodon/nalokson

## NYHET

### NÅ PÅ BLÅ RESEPT!

**Refusjonsberettiget bruk:**

Palliativ behandling i livets slutfase.

**Refusjonskode:** 90 (ICPC og ICD)

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

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

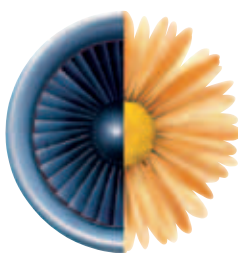


**28-63% LAVERE PRISER**

### Dette er TARGINIQ®

- Et opioid mot sterke smerter som kun kan behandles tilfredsstillende med opioide analgetika<sup>1</sup>
- Nalokson er tilsatt for å forhindre opioidindusert obstipasjon ved å blokkere oksykodons virkning lokalt i tarmen<sup>1</sup>

## EFFEKTIV MOT STERKE SMERTER



forhindrer opioidindusert  
obstipasjon

[www.targiniq.no](http://www.targiniq.no)



# Livsfortellingene som ingen etterspurte

Har alvorlig syke pasienter tilhørere som ser betydningen av å lytte til deres livsfortelling? Hvis ikke - hvilke konsekvenser kan det ha for pasienten?

Foto: Privat



■ Av Berit Sæteren  
Studiedekan med ansvar for videreutdanninger i sykepleie/førsteamanuensis ved Høyskolen Diakonova.

**E**n sykepleier som har lang erfaring i å møte alvorlig syke pasienter, uttalte følgende:

En kan ikke bekrefte seg selv. Det er på en måte i møte med andre at du får tilbakemelding på hvem du selv er. Og derfor synes jeg det er så pussig mange ganger når du bare sitter og lytter, hva det kan gjøre, for pasientene hører seg selv si: «ja, ja, så ble det sånn da». Jeg har ikke tilført noe. Men de kommer med hele historien sin. Og så er det som om de blir hele når de får sagt det høyt. Og bekräftelsen går mye på at de får en tilbakemelding om at de er verdt noe.

Uttalelsen underbygger en anerkjent antagelse om at fortellinger har en sentral funksjon i det å skape mening og sammenheng i våre liv. Gjennom samtale med andre og refleksjon over det vi opplever, fremstår livet i et nytt lys. Det å formulere dette i en fortelling kan bli en hjelp til å forklare hvorfor livet ble nettopp slik som det ble (1). Fortellingen har således utgangspunkt i det levde liv med det som har gjort inntrykk på oss på godt og vondt. Den kan bli en hjelp til å organisere erfaringer i en struktur som oppleves meningsfull og meningsbærende. Det synes å være en nær forbindelse mellom menneskets identitet og dets fortellinger (2). Personens identitet kommer til uttrykk i historier som forteller hvem og hva et menneske er. En fortelling krever en tilhører. Uttalelsen som innleder denne artikkelen peker på at tilhørerens oppgave er knyttet til tilstedeværelse og evne til å lytte. Det er skrevet og snakket mye om betydningen av historiefortelling som en mulighet til å oppsummere livet og mestre de utfordringer det er å

være alvorlig syk, likevel ønsker jeg i denne artikkel å stille spørsmål ved om alvorlig syke pasienter virkelig har tilhørere som ser betydningen av, er villige til og tar seg tid til å lytte til deres livs fortelling. Dersom det ikke er tilfelle: Hvilke konsekvenser kan det få for den sykes mulighet til å forsone seg med sin forestående død og å kunne være tilstede i livet så lenge han/hun lever?

## Artikkelens referanse

Min referanse i denne artikkelen er doktoravhandlingen: «Kampen for livet i vemodets slør» (3), hvor jeg hadde forskningssamtaler med 21 sykehusinnlagte pasienter om «Hvordan det er å leve i spenningsfeltet mellom livets mulighet og dødens nødvendighet». Alle pasientene i studien hadde en alvorlig kreftsykdom og var informert om at det ikke var mer kurativ behandling å tilby dem, og at deres levedager etter all sannsynlighet var begrenset. Ved hjelp av en hermeneutisk forskningstilnærming, inspirert av Hans-Georg Gadamer (4), var intensjonen med studien å utvikle en dypere forståelse for alvorlig sykes opplevelsesverden i relasjon til helse og lidelse ved å la pasientens egen stemme komme til uttrykk. Studien inkluderer også samtaler med åtte sykepleiere som har lang erfaring med å utøve sykepleie til pasienter som er alvorlig syke. Samtalene foregår på en kreftavdeling.

## Alvorlig syke pasienters livskamp

Mange alvorlig syke pasienter forteller om en liv-





**En fortelling krever en tilhører.**



skamp fylt av store indre motsetninger. Hvordan denne kampen utspilles i det enkelte mennesket er beskrevet på ulike måter. Eriksson (5) beskriver menneskets livskamp som kampen mellom det onde og det gode, mellom lidelse og lyst. Qvarnström (6) identifiserer gjennom ustrukturerte intervjuer med 15 døende pasienter ulike dimensjoner eller motsetningspar av reaksjoner hos pasientene som en veksling mellom: avvisning og innsikt, opprør og underkastelse, akseptering og protest, håp og oppgittethet, vilje til å leve og ønske om å dø, identitet og oppløsning, verdighet og ydmykelse, restitusjon og regresjon, dimensjonene tid, trygghet og utrygghet og psykososial levende og psykososial død. Ut fra denne artikkels referanse (3) utspiller menneskets kamp seg i en dialektisk bevegelse mellom helse forstått som opplevelse av helhet og integrasjon, og lidelse forstått som opplevelse av splittelse og indre desintegrasjon. Helse uttrykkes gjennom den alvorlige sykes streben etter: å leve så normalt som mulig, lindring av symptomer og opprettholdelse av indre balanse, tilhørighet, ansvar for eget og andres liv, livsmot og håp på den ene siden og kroppslige plager og ubehag, usikkerhet, sorg, savn, fortvilelse, angst og ensomhet på den andre siden. Slik helse og lidelse utgjør to motpoler, utgjør samhörighet, i form av åpenhet og søken etter felleskap og ensomhet, i form av en innelukket i seg selv, eksistensens motsetninger (3,5,7).

Det synes som møte med sykdom og egen død tvinger mennesket til å forholde seg til seg selv. Menneskets forhold til seg selv, forholdet til andre, til Gud eller en høyere makt og naturen utgjør således den meningsammenheng hvori menneskets vorden (tilblivelse) i helse og lidelse utspilles og blir avgjørende for om menneskets kamp beveger seg mot helse eller mot lidelse, mot en opplevelse av samhörighet eller mot en opplevelse av ensomhet. I lys av Kierkegaards tanker (8) om at «mennesket er et selv som skal bli seg selv» kan en tolke pasientens streben etter helse og helhet som en streben etter å bli seg selv gjennom å bli forsonet med seg selv. Når mennesket lever sitt liv i travelheten hører det sjelden «den indre stemmen» som maner til selvransakelse. Når mennesket tas ut av den travle hverdag gjennom den ensomhet som erfares i møte med alvorlig sykdom og «sin egen død» forteller mange pasienter (3) at det skjer en etisk bevisstgjøring og et behov for å gjennomtenke livet slik det har vært, er og man ønsker at det skal være. Pasientens livskamp synes å handle om menneskets forhold til seg selv, forholdet til andre og forholdet til det som Kierkegaard (8) kaller «den makt som satte det», en makt som er annerledes og større enn mennesket selv.

Denne studien samstemmer med tidligere forskning som viser at pasienter som er alvorlig syke og døende, ofte er ensomme i denne kampen (9,10). Sykdommens utvikling fører til et økende behov for å bli imøtekomet og hjulpet med fysiske behov og kroppslige plager, og sykdommens eksistensielle situasjon, utlevertheten til livet, til sykdommen, til usikkerheten innfor til døden og til økende avhengighet av andres hjelp synes å frembringe en lengsel etter imøtekommelse og bekreftelse av sin særegenhet og av seg selv som åndelig. Denne studie (3) viser at pasientene opplever en imøtekommelse knyttet til kroppslige, sykdomsmessige og behandlingmessige forhold, men at de i liten grad opplever en bekreftelse av seg «selv» som særegen, som enheten kropp, sjel og ånd. Det foregår lite samtaler med utgangspunkt i pasientens eksistensielle situasjon og forestående død. Spørsmål om hvordan pasienten «egentlig har det» blir sjelden reist. Av 15 pasienter var det kun en som kunne fortelle at en sykepleier hadde kommet uoppfordret, satt seg ned og spurt hvordan hun egentlig hadde det (3). Pasientene begrunnet dette med at personalet var travle og ikke kunne bruke tiden sin på slike ting. Resultatet blir like fullt at pasienten blir gående med tankene sine alene og bærer på en skjult lidelse som synes uerkjent både av pasient og sykepleier. På tross av gode relasjoner med «de nærmeste» var det vanskelig å dele den sorg, fortvilelse og angst som situasjonen medførte. Det så ut som om pasienten forsøkte å distansere seg fra døden ved å skyve den foran seg eller bevisst ikke å gi den oppmerksomhet for å beskytte seg selv og dem rundt seg. Alvoret i situasjonen og den forestående død ble ikke snakket om, døden forble i taushet.

Sykdom og trussel om død og tilintetgjørelse skaper angst og fortvilelse. For å forstå mer av den fortvilelse og angst som pasientene uttrykte, direkte og indirekte, søkte jeg til Kierkegaards angstanalyse. Fortvilelse er ifølge Kierkegaard (11) et viljesbestemt og selvkretsende fenomen. Mennesket holder fast i seg selv som noe annet enn seg selv. Angst, derimot er et ontologisk kjennetegn ved mennesket, som selv om det er smertelig, skal tas med inn i menneskets liv. Som kjærlighet er angst i mennesket i *grunnen*. Angsten er et uttrykk for at mennesket er i strid med seg selv da angsten fører til at man mister fotfeste, og den verden man er en del av mister sin fortrolighet. Angst og fortvilelse kan være lammende, men samtidig er de tvetydige fenomener som bærer muligheter i seg. I angsten ligger nettopp menneskets mulighet til frihet. Når et menneske opplever

situasjonen ubestemt og uavgjort må mennesket forholde seg til seg selv, og i selvforholdet er, ifølge Kierkegaard, forholdet til den andre og forholdet til Gud kjedet sammen.

### Samtalen som fortellingens arena

Døden er et mysterium. Ut fra denne studie synes det som samtaler om døden fortsatt er tabubelagt. Ikke nødvendigvis som et generelt tema, men når det kommer til fortellingen rundt "min egen død". Det synes å være lite rom, selv når man er alvorlig syk, for å snakke om det uunngåelige. Dette samsvarer med tidligere forskningsstudier (9,10,18). Det er mange spørsmål som en kan stille seg ved at så mange velger å la en så omfattende livsforandring som å skulle møte egen død, forbli i taushet. Kan det være at lidelsen over å skulle forlate denne verden er så overveldende at man ikke finner ord til å uttrykke det? Å dø av en kreftsykdom medfører fysisk forfall og avhengighet, noe som bryter med idealet om selvstendighet og fullkommenhet i det moderne samfunnet. Kan det å dø av kreft oppleves som så skammelig at man forsøker å skjule det ved å tie om det? Kan det å la døden forbli i taushet være en beskyttelse for å bevare sin verdighet i en situasjon som oppleves som uverdigg? Eller er det en taushet som må være tilstede i møte med det mystiske og uforklarlige? I møte med døden står mennesket innfor det uutsigelige, og det er sannsynligvis mye av det som alvorlig syke opplever som forblir ordløst. Kierkegaard kaller «Taushetens kategori» for en språklig kategori. Han knytter den i boken Frykt og Bæven (12) til eksemplet om Abraham som ble utfordret av Gud til å gjøre det umulige, å ofre sønnen sin Isak. Abraham forholdt seg taus til det som skjedde. Han forholdt seg med taushet til det uutsigelige. Taushet kan forstås som guddommens samviten med den enkelte. Det er et rom inne i det enkelte mennesket som er forbeholdt det selv og dets gud, og som helsearbeidere må forholde seg til med tilbakeholdenhet og aktelse. Men taushet kan også være demonens besnærelse, og jo mer det ties, dess forferdeligere blir demonen, ifølge Kierkegaard (12). Det er fortsatt mye fortielse rundt det å skulle dø, på tross av at det siden 1960-tallet har vært en viktig debatt innenfor den tanatologiske forskningstradisjon om kommunikasjon og åpenhet («awareness») i forhold til alvorlig sykdom og død (19). Selv om det både er en holdningsmessig og lovbestemt enighet innenfor helsetjenesten i Norge om pasientens rett til å vite, tyder denne studien på at det å snakke om forhold knyttet til alvorlig sykdom og død er et område hvor man er kommet lenger i tankeprosess enn i handling.

Dette må en kunne anta forsterker ensomhetsfølelsen både hos den som skal dø og de som blir igjen. Det demoniske slutter seg ikke inne med noe, ifølge Kierkegaard (11), det slutter seg selv inne. Angst er en allmennmenneskelig erfaring. Å være alvorlig kreftsyk er en tilstand mennesket er kommet i, en tilstand som potenserer angsten og dermed åpner frihetens mulighet. Men angstens tvetydighet kan føre til at mennesket slutter seg inne i seg selv. For enkelte av de 21 pasienter som denne artikkelen viser til, synes det som om angsten, med dens ubestemmelighet, virket lammende og førte til passivitet, ufrihet og innesluttethet, mens andre, på tross av situasjonen, så ut til å erfare en indre frihet som gjorde det mulig for dem å leve i øyeblikket og således oppleve livsmot,

## Pasienter som er alvorlig syke og døende, er ofte ensomme i denne kampen.



Illustrasjon: Cleonora

håp og kjærlighet i sin begrensing og lidelse. Bevegelsen i livskampen mellom opplevelse av ensomhet og samhörighet, mellom utleverthet og imøtekommelse og bekreftelse, så ut til å være avhengig av hvordan pasienten forholdt seg til seg selv i angsten. Om bevegelsen i angsten ble rettet mot helse eller lidelse synes å være avhengig av om man opplever seg utlevert til en situasjon man ikke selv kan påvirke og således vender angsten innover mot seg selv, eller om man evner å underkaste seg tidens gang og dermed finner måter å forholde seg til seg selv i angsten, blant annet ved å åpenbare den for andre. Lidelsens angst ser ut til å mangle et språk. Kan det være det som gjør at sykdom og behandling får et så stort fokus i interaksjon med alvorlig syke, også fra helsepersonells side? Lidelsens



språk er ikke det rasjonelle språket som preger vår vestlige verden og også helsetjenesten. Det er heller ikke hverdagspråket som ofte beskriver de enkle hverdagslige erfaringer og vår omgang med tingene. Men lidelse hører, som kjærlighet, til hjertets språk som uttrykker noe av de dypeste sjelens og åndens følelser. Nettopp derfor er lidelse så grunnleggende i menneskets livsprosesser. Det er viktig både for helsearbeidere og pasienter å få rom for å finne uttrykk for dette språket. Det innesluttende er det stumme, men ordet er det som kan frelse, hevder Kierkegaard (11). Språket blir derfor et viktig middel ut av angsten og innesluttetheten. Det å legge til rette for samtaler med pasienten om livet og om døden hvor pasienten gis mulighet til å formulere sin fortelling, på sine premisser og på sin måte er viktig fordi samtalen er en motgift mot angsten, fortvilelsen og den demoniske taushet. Denne studien, som tidlige studier (7,20), viser at en relasjon med

en nærstående eller en profesjonell omsorgsperson eller Gud eller en høyere makt, hvor pasienten blir sett, lyttet til og tatt på alvor og invitert inn i et fellesskapets rom, kan bli en bekreftelse som fører til en bevegelse i helsens retning som frigjør lidelsens språk. Denne type samtaler skjer ikke av seg selv. Det krever tid, planlegging og helsepersonell med vilje til egenrefleksjon, mot og faglig kompetanse til å inngå i relasjoner som inviterer til samtaler om livet og døden.

### Omsorgssamtaler som fortellingens arena

I samhandling mellom helsepersonell og pasient/pårørende er det viktig å gi rom for de spontane fortellinger som kan komme når man minst aner det, og som springer ut av det "uplanlagte møte" hvor pasient og helsepersonell møtes i sin menneskelighet og nakenhet og hvor det gis rom for å dele også det som oppleves smertefullt og vanskelig. Men det er også viktig å legge til rette for og planlegge samtaler hvor pasienten gis mulighet til å snakke om forhold knyttet til det å være alvorlig syk og den forestående død. Fredriksson (13) har utviklet en teori for en omsorgssamtale («vårdande samtal») som redskap for å kunne gå inn i en relasjon til den lidende pasient. En omsorgssamtale inneholder et relasjonelt, et narrativt og et etisk aspekt. Det relasjonelle aspektet utvikles i en relasjon som preges av nærvær, lytting og berøring. Relasjonen skapes gjennom at hjelperen tilbyr pasienten sitt nærvær og inviterer til å dele sin verden og dermed sin lidelse. Det narrative aspektet skapes ved at pasienten forteller om sin lidelse. Gjennom å fortelle og tolke opplevelsen av sin situasjon kan det skapes mening så vel i som med det som skjer. Det etiske aspektet skapes gjennom at hjelperen, gjennom en holdning av nestekjærlighet, hjelper pasienten til å opprettholde sin selvaktelse, sin autonomi og sitt ansvar og dermed skape mulighet for et godt liv. Denne type samtale kan integreres i kreftomsorg på lik linje med andre lindrende tiltak.

### Rommet som fortellingens arena

Menneskets livskamp foregår i menneskets innerste rom, i mennesket selv. Men denne kampen foregår ikke uavhengig av hva som skjer i de fysiske, arkitektoniske rom som pasienten omgis av hjemme og ved utallige institusjonsbesøk, og i det psykososiale rom hvor samspillet mellom pasientens nærmeste og profesjonelle omsorgspersoner foregår. Alle dimensjoner av menneskets romlighet står i forbindelse med det alle

## Samtaler om døden er fortsatt tabubelagt.



Illustrasjon fra Colourbox

steds nærværende rommer hevder Lassenius (14). Kari Martinsen (15,16) beskriver hvordan sykehuset, sykeværelset og tingene der kan gi vern, trygghet og verdighet for den syke ved å gi rom for det utgrunnelige og virke lindrende på pasientens lidelse, mens uestetiske omgivelser, mangel på tid, travelhet og effektivitet kan bli forstyrrende i livsprosesser som er langsomme og energikrevende. Dette er en anerkjent tanke som har preget bygging av hospice og ulike palliative enheter. Men fortsatt er det svært mange av disse pasienter som tilbringer mye av sin siste tid ved ulike sykehusavdelinger. En kan stille spørsmål ved om tradisjonelle sykehus i sin nåværende form med sin sterilitet, sin aktivitet og sitt tempo i seg selv er krenkende for mennesker som opplever seg eksistensielt utlevert og sårbare. Rommet kan utstråle imøtekommelse og avvisning og således bidra til å åpne opp for eller stenge muligheten for å la fortellingene komme til uttrykk i rommet.

Imøtekommelse og bekreftelse handler om det mellommenneskelige rommet i omsorgsvirk-somheten, rommet mellom pasient, pårørende og helsepersonell og hvordan rommet utformes slik at pasientens lidelse blir sett og lindret. Retningen i menneskets begjær og lengsler er forenet i den ytre og indre romligheten i en meningsfull enhet slik at mennesket kan kjenne seg hjemme. Lassenius (14) hevder at det mellommenneskelige rommet inntar en særstilling etter som det i det gjensidige samspillet oppstår noe virkelig romskapende. Gjennom imøtekommelse og bekreftelse næres de ubetingede livsyttringer som tillit, håp og kjærlighet og helsepersonell er med på å utvide pasientens romlighet slik at de gis mulighet til å leve og utfolde seg. Tid og rom er tilværelsens ytterste vilkår og når tiden er kort ligger menneskets livsmuligheter i at rommet åpnes. Mange av møtene pasientene i denne studien hadde med helsepersonell så ut til å innskrenke livsrommet og forsterke lidelsen fordi møtene i det mellommenneskelige rommet ikke i tilstrekkelig grad tok utgangspunkt i pasientens eksistensielle situasjon og ikke lot fortellinger fra menneskets indre rom og meningsammenheng slippe til.

## Avslutning

Alle mennesker har behov for at noen lytter til deres historie. Gjennom å fortelle sin historie gis det mulighet til en refleksjon og bearbeiding som gjør at uforståelige erfaringer kan falle på plass som brikker i et puslespill. Mennesket lever hele livet i kampen mellom helse og lidelse, mulighet og nød-

vendighet, liv og død, det gode og det onde og må i hvert øyeblikk velge retning. Gjennom alvorlig sykdom og konfrontasjon med "min død" intensiveres denne kampen. Ifølge Kierkegaard er ikke sykdom og død noen unntakstilstand, men de er dypest sett en prøve på virkeligheten selv (17). Omdreiningspunktet fra angstens innesluttethet til øyeblikkets fylde og helse er menneskets selvbevissthet og vilje (3). Nøkkelen til utfallet ligger således i mennesket selv som må «avgjøre seg for seg selv». I denne prosessen trengs medmennesker som er villige til å være deltagere i denne kampen. Når pasienten blir invitert inn i en relasjon og helsepersonell er villig til å tilby sitt nærvær ved å sitte og lytte, kan det skje som en erfaren sykepleier uttalte:

Når pasienten ser at jeg ser henne, da skjer det ofte en bevegelse i pasienten som gjør at hun tør å ta mer plass og å fortelle sin historie. Stillheten åpner opp for den andre.

## Litteratur

1. Fagermoen, M.S. (2001). Fortellingen som datakilde i forskning. Norsk Tidsskrift for sykepleieforskning; 2:68-80.
2. Tornøe, K. (1996). Kan vi trøste hjertene? Hvordan møte alvorlig syke og døende pasienters åndelige behov. Oslo: Tano Aschehoug.
3. Sæteren, B. (2006). Kampen for livet i vemodets slør. Å leve i spenningsfeltet mellom livets mulighet og dødens nødvendighet. Åbo: Akademisk avhandling. Samhälls- och vårdvetenskapliga fakulteten. Åbo Akademis förlag.
4. Gadamer, H.G. (2004). Sandhet og Metode – Grundtræk af en filosofisk hermeneutikk. Danmark: Systime Akademisk.
5. Eriksson, K. (1995). Det lidende mennesket. Tano. Pensumtjeneste A/S.
6. Qvarnström, U. (1982). På dødsleiet. Tanker og opplevelser ved livets slutt. Larvik: Tiden Norsk forlag.
7. Øhlen, J. (2000). Att vara i en fristad – berättelser om lindrat lidande inom palliativ vård. Göteborg: Akademisk avhandling. Institutionen för vårdpedagogik.
8. Kierkegaard, S. (1994). Sykdommen til døden. København: Gyldendals Uglebøger.
9. Rydahl Hansen, S. (2003). Hospitalsinlagde patienters opplevde lidelse i livet med uheldig kreft. Ph.D-avhandling. Det Sundhetsvitenskapelige Fakultetet Aarhus Universitet. Institut for Sykeplejeviten-skab.
10. Rydahl Hansen, S. (2003). Hospitalized patients experienced suffering in life with incurable cancer. Scandinavian Journal of Caring Sciences; 19(3): 213 – 222.
11. Kierkegaard, S. (2001). Begrepet angst. Oslo: Oktober forlag.
12. Kierkegaard, S. (2001). Frygt og Bæven. Viborg: Nørhaven A/S.
13. Fredriksson, L. (2003). Det vårdande samtalet. Åbo: Akademisk avhandling. Samhälls- och vårdvetenskapliga fakulteten. Åbo Akademis förlag.
14. Lassenius, E. (2005). Rummet i vårdandes värld. Åbo: Akademisk avhandling. Samhälls- och vårdvetenskapliga fakulteten. Åbo Akademis förlag.
15. Martinsen, K. (2000). Øyet og kallet. Bergen: Fagbokforlaget.
16. Martinsen, K. (2005). Samtalen, skjønnet og evidensen. Oslo: Akribe.
17. Kingo, A. & Vedstesen, S.O.B. (1989). Høsekræmmerens søn. En enfoldig bog om Søren Kierkegaard – eller en bog om den enfoldige Søren Kierkegaard. Danmark: Gyldendal.
18. Zhang, A.Y. & Siminoff, L.A. (2003). Silence and Cancer: Why do Families and the Patients fail to communicate? Health Communication. 15(4):415-429.
19. Field, D.; Copp, G. (1998). Communication and awareness about dying in the 1990s. Palliative medicine. 13:459 – 468.
20. Rehnfeldt, A. & Eriksson, K. (2004). The progression of suffering implies alleviated suffering. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 18(3):264 – 272.

**Kong Haakon besøker** radiumhospitalet 22. september 1954. Anledningen er åpningen av Norsk Hydros Institutt for Kreftforskning ved sykehuset. Det var direktør for Radiumhospitalet i årene 1947-1975, dr med. Reidar Eker, som ivret for at kreftsykehuset skulle drive aktiv forskning. Hans visjon var å skape et eget institutt for eksperimentell kreftforskning på Radiumhospitalet, hvor forskere fra forskjellige fag sammen kunne angripe kreftproblemet fra ulike vinkler og hvor de kunne bruke all sin tid på forskning.

I årene like etter krigen var det ikke realistisk å skaffe statlige midler til et forskningsinstitutt på Radiumhospitalet. Men Eker klarte å få Norsk Hydros generaldirektør, Bjarne Eriksen, til å tenne på ideen. I 1951 fikk Eriksen selskapet til å bevilge 1 million kroner til å bygge et kreftforskningsinstitutt. Senere ble gaven økt til 2 millioner kroner, og i 1954 ble Norsk Hydros Institutt for Kreftforskning innviet. Instituttet ble organisert som en selvstendig institusjon med eget styre. Mange unge forskere ble rekruttert til instituttet. De fleste ble lønnet av stipend fra Landsforeningen mot Kreft (nå: Den Norske Kreftforening), som også dekket deler av driftsutgiftene. Øvrige driftsutgifter ble finansiert av polikliniske inntekter fra Radiumhospitalets Avdeling for patologi. I 1975 ble Norsk Hydros Institutt for Kreftforskning overtatt av Staten og integrert med Radiumhospitalet under felles styre.

Kong Haakon VII sto også for åpningen av selve Radiumhospitalet den gang kreftsykehuset var nytt i 1932. Han var Norges konge fra 1905 til 1957.



Kilde: Radiumhospitalet og Tidsskrift for Den norske legeforening



# Landskonferansen

«Bevegelse i ny tid» har vi kalt årets landskonferanse. Den starter 6. oktober i Trondheim. Bli med du også!

**P**å vegne av styret i FKS-sentralt har lokallagene i Nord- og Sør-Trøndelag den store gleden av å invitere kreftsykepleiere samt sykepleiere og andre fagpersoner som jobber innenfor kreftomsorgen til den 15. landskonferansen i kreftsykepleie i Trondheim 6. – 8. oktober 2011. Vi inviterer også våre kollegaer i Norden.

Tittelen på konferansen er «**Bevegelse i ny tid**», og program- og arrangementkomiteen byr på et allsidig og spennende program – med hovedforelesninger, parallellsesjoner/workshops, posterutstilling, sosiale sammenkomster og kulturelle innslag.

Bevegelse – og utfordringer inn i ei ny tid går som en rød tråd gjennom hele konferansen. I et helsevesen som stadig er i endring er det viktig å være med på å sette dagsorden, jobbe fram gode løsninger og samtidig holde fast på grunnleggende

etiske verdier. Ingunn Dahlins flotte skulptur på konferanseplakaten er et godt symbol på alt dette.

Konferansen finner sted på Rica Nidelven Hotell, midt i Trondheim sentrum, i gangavstand til både flybuss og Trondheim sentralstasjon. Det er også svært kort vei til andre hoteller i byen.

Kongress & kultur er vår samarbeidspartner når det gjelder det tekniske og økonomiske rundt landskonferansen. Påmelding skal gjøre online – og påmeldingsskjema ligger ute på [www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/kreftsykepleiere](http://www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/kreftsykepleiere).

Hotellbestilling på Rica Nidelven gjøres også via påmeldingsskjema.

På nettsiden vil vi også oppdatere program ved endringer samt legge ut fortløpende informasjon knyttet til konferansen.

**Vi gleder oss – og håper å se deg i Trondheim!**

**Deltakeravgift:**

**Medlemmer:**

NOK 3600 (innen 6. juni) NOK 4100 (etter 6.juni)

**Ikke-medlemmer:**

NOK 3900 (innen 6. juni) NOK 4400 (etter 6. juni)

**TORS DAG 6. OKTOBER**

<b>09.00-10.00</b>	Registrering
<b>10.00-11.00</b>	Åpning m/kultur «Bevegelse»
<b>11.00-12.00</b>	<b>Per Fugelli</b> professor i sosialmedisin, Universitetet i Oslo « <b>Døden, skal vi danse?</b> »
<b>12.00-13.00</b>	<b>Marit Kirkevold</b> professor ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Universitetet i Oslo « <b>Er personlig og kollektiv kompetanse avleggs i evidensens tidsalder?</b> »
<b>13.00-14.30</b>	Lunsj m/posterutstilling
<b>14.30-14.45</b>	<b>Ingunn Dahlin</b> kunstner, Midt-Norge. Presentasjon av kunstutstilling
<b>14.45-16.15</b>	<b>Bjørn Alterhaug</b> musiker og professor ved Institutt for musikk, NTNU og <b>John Pål Inderberg</b> , musiker og førsteamanuensis ved jazzlinja NTNU <b>Improvisasjon. «Å være i bevegelse som fagperson»</b>
<b>16.15-16.30</b>	Pause
<b>16.30-17.30</b>	<b>Generalforsamling</b> Forum for Kreftsykepleie
<b>18.30</b>	Alle <b>«Sammen i bevegelse»:</b> Bli med på felles vandring til Nidarosdomen! Turen går fra Hotell Rica Nidelven via Bakklandet og Gamle bybro. Vi får høre om Domens betydning som pilegrimssted etter fulgt av en eksklusiv konsert med Henning Sommerro, Bjørn Alterhaug og John Pål Inderberg (orgel, saksofon, kontrabass, sang)! Etter konserten fortsetter vi samværet med velrennert tapas måltid på Hotell Rica Nidelven. Velkommen! Gratis - husk påmelding.





# 2011

## FREDAG 7. OKTOBER

08.30-08.45	Presentasjon av nytt styre
08.45-09.00	Kultur «Bevegelse»
09.00-10.00	<b>Michael de Wibe</b> lege, spesialist i allmennmedisin, Seksjon for kvalitetsutvikling, Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten « <b>Oppmerksomt nærvær – balanse i livet og jobben</b> »
10.00-10.45	<b>Hanne Bringager</b> sykepleier og billedkunstner og <b>Randi Sæther</b> , sykepleier og kunst-håndverker « <b>Kreativitet i sykepleie</b> » – fokus på barn
10.45-11.15	Pause
11.15-12.00	<b>Terje Risberg</b> professor ved Universitetssykehuset i Nord-Norge « <b>Hvordan møter vi pasienter som velger å benytte alternativ og supplerende behandling?</b> »
12.00-13.00	<b>Øivind Dahl</b> Dr. philos i kultur kunnskap (sosialantropologi og interkulturell kommunikasjon) « <b>Forstå - og bli forstått</b> » - flerkulturell kommunikasjon
13.00-14.30	Lunsj m/posterutstilling
14.30-15.45	Parallellsesjon/workshop
15.45-16.15	Pause
16.15 -17.30	Parallellsesjon/Workshop
20.00	Festmiddag « <b>Vømmøl og chiffon</b> »: Finn fram finstasen! Vi samles til festmiddag der elegance og løssluppenhet går hånd i hånd. Vi inviterer til latter, glede, takksigelser, kulturelle overraskelser og hotellets fantastiske mat! Egenandel kr. 450 – husk påmelding.

## LØRDAG 8. OKTOBER

08.30-08.45	Kultur «Bevegelse»
08.45-10.45	Samhandlingsreformen - belyst fra ulike ståsted og fra ulike profesjoner i helsevesenet med påfølgende debatt
10.45-11.15	Pause
11.15-12.00	<b>Inger Margrethe Holter</b> sykepleier, PhD, forskningsleder ved NSF's Hovedkontor « <b>Sykepleiens utfordringer i framtidens helse-tjeneste</b> »
12.00-13.00	<b>Marie Aakre</b> leder i Rådet for sykepleietikk « <b>Nytt og gammelt i kreftsykepleiens etiske fordring</b> »
13.00-13.30	Avslutning med kultur
13.30-14.30	Lunsj

### «Sammen i bevegelse»

torsdag 6. oktober.  
Gratis for deltakerne

### «Vømmøl og chiffon»

festmiddag fredag  
7. oktober NOK 450  
(egenandel)

## Styret i Forum for kreftsykepleie

**Leder:** Kristin Wolden  
Rømmesvn.12, 7300 Orkanger  
tlf. jobb 72 82 58 10/ mob. 95150555  
e-post: kristin.wolden@stolav.no

**Nestleder:** Elin Bruland  
Førde Sentralsykehus  
Svanehaugveien 28, 6800 Førde.  
tlf. 57 83 93 07  
E-post: elin.bruland@helse-forde.no

**Kasserer:** Vibeche Fahsing  
Vuggaveien 30, 6510 Kristiansund  
Tlf. 92 88 94 34  
E-post: vibechef@broadpark.no

**Sekretær/nordisk kontakt:**  
Eva Mari Alvestad Harboe  
OUS Avd. for kreft og kirurgi, AGK55  
Radiumhospitalet  
Oslo universitetssykehus HF  
Tlf. 22 93 47 87/ mobil 92069707  
E-post: evamarialvestad@hotmail.com

**Lokallagslederkontakter:**  
Torunn Haugstøl,  
Palliativ enhet, Sykehuset i Telemark  
HF, 3710 Skien  
Tlf. 35 00 50 50/ mobil 91826511  
E-post: torunn.haugstol@sthf.no

Kristin Bergum  
Nordøya hjemmetjeneste  
Ørneveien 6, 9015 Tromsø,  
Mobil jobb: 92810164  
E-post: kristin.bergum@tromso.kommune.no

**Web-redaktør:** Britt Ingunn Sævig  
Kreftforeningen, Postboks 6125, 5892  
Bergen.  
Tlf. 99248615  
E-post: britt.ingunn.saevig@kreftforeningen.no

**Redaktør:** Jorun Haugslett  
Grimsrødvn. 64, 1786 Halden  
Mobil 41440502  
E-post: jorunred@halden.net

**Kurs- og konferansekontakt:**  
Anne Grev  
Gjøvik kommune, serviceboks, 2810 Gjøvik  
Tlf. 61 18 98 73/ mobil 91845312  
e-post: anne.grev@gjovik.kommune.no

**Stipendansvarlig:** Elin Bruland  
Førde Sentralsykehus, Vievegen 8,  
6807 Førde.  
Tlf. 57839307  
E-post: elin.bruland@helse-forde.no

**Varamedlemmer:**  
Anne Grev  
e-post: anne.grev@gjovik.kommune.no

Lillian Grønsond  
Sørlandet sykehus Flekkefjord  
Tlf. 38 32 72 23/ mobil 41 69 58 92  
E-post: lillian@norgespost.no

Sissel Hynne Moås,  
Sykehuset Levanger  
Tlf jobb 74098424/ mobil 90894827  
E-post: sissel.moas@hnt.no

# Årets sykepleier i kreftomsorgen

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

FKS oppfordrer sine medlemmer og lesere av tidsskriftet Kreft-sykepleie 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 og begrunnelse for nomineringen til:

**FKS NSF's Faggruppe  
v/Elin Bruland  
Førde Sentralsjukehus,  
Svanehaugveien 28, 6800 Førde.**

Tlf. 57 83 93 07

E-post: [elin.bruland@helse-forde.no](mailto:elin.bruland@helse-forde.no)

**Frist 1. september 2011**



Illustrasjonsfoto: Colourbox

# Bli medlem i Forum for kreftsykepleie

Forum for kreftsykepleie er en av Norsk Sykepleierforbunds faggrupper, og har som formål å spre kunnskap om utviklingen av kreftsykepleie til sykepleiere. Forum for kreftsykepleie har 19 lokalgrupper spredt over hele landet og samarbeider med nasjonale og internasjonale organisasjoner. Les mer om oss på [www.sykepleierforbundet.no](http://www.sykepleierforbundet.no), under faggrupper velger du 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 lokal ruppe av FKS.
- Du får tilsendt «Kreftsykepleie».

## 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».

## 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.

JA, jeg ønsker medlemskap i Forum for kreftsykepleie, NSF's faggruppe (inkl tidsskriftet «Kreftsykepleie») kr 252,- per år

Medlemsnr. i Norsk Sykepleierforbund.....

Jeg er sykepleier, men ikke medlem i Norsk sykepleierforbund. Jeg ønsker å få tilsendt tidsskriftet «Kreftsykepleie» 4 nummer i året, kr 300,-

Jeg er pensjonert sykepleier og ønsker å få tilsendt tidsskriftet «Kreftsykepleie» 4 nummer i året, kr 150,-

Vi er et firma som ønsker abonnement på tidsskriftet «Kreftsykepleie», 4 nummer i året, kr 800,-

Vi er en institusjon / høgskole som ønsker abonnement på tidsskriftet «Kreftsykepleie», 4 nummer i året, kr 500,-

Navn .....

Firma.....

Adresse.....

Postnr/sted.....

Telefon arbeid..... Telefon privat.....

E-post.....

Kopier eller klipp ut denne siden og send den til:

Forum for kreftsykepleie, NSF's faggruppe v/Vibeche Fahsing, Vuggaveien 30, 6510 Kristiansund

E-post: [vibechef@broadpark.no](mailto:vibechef@broadpark.no)

## B-POSTABONNEMENT

RETURADRESSE: Forum for Kreftsykepleie NFSs Faggruppe  
v/Kristin Wolden, St. Olavs Hospital, Kreftavdelingen,  
Olav Kyrres gt. 17, 7006 Trondheim

 **FORUM FOR** NSFs  
FAGGRUPPE  
 **KREFTSYKEPLEIE**



Den 15. norske landskonferanse i kreftsykepleie

# Bevegelse i ny tid

~> og <~> meg aldri ~> og <~> Daria

Trondheim 6. - 8. oktober 2011  
Rica Nidelven Hotel



For mer informasjon om programmet:  
[www.sykepleierforbundet.no](http://www.sykepleierforbundet.no)