



Kreftsykepleie

NR. 4-2011 • ÅRGANG 27

TIDSSKRIFT FOR KREFTSYKEPLEIERE

Risikabel arv:

Fjerner organer for å unngå kreft

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 Grønsond og Kristin Bergum

ANNONSEANSVARLIG

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

**MEDLEMSREGISTRERING/
KONTINGENT**

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

HJEMMESIDE:

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

LAYOUT

Bjørn Nordstrand
bjorn.nordstrand@sykepleien.no

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

Sissel Hagen Vetter
sissel.vetter@sykepleien.no

TRYKK

Stibo Graphic AS

FORSIDEFOTO: Colourbox

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

ANNONSEPRISER

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

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



Innhold

NR. 4-2011 • ÅRGANG 27



8 **FJERNET ORGANER:** Fire av seks søsken arvet BRCA1-genet.

«Å fjerne eggstokkene var for meg det letteste.»

Arvelig kreft, side 8

18 **GENETISK VELEDNING:** I Norge finnes rundt 40 genetiske veiledere. Hva gjør de?



4 Søk stipend

5 **LEDER:** Kristin Wolden

8 En skummel arv

12 Viktig å vite om arvelig kreft

18 Hva er genetisk veiledning?

34 Landskonferansen - dag for dag

40 Fornøyd med konferansen?

FASTE SPALTER

6 Smånytt

22 **TILBAKEBLIKK:** Besøksvenn

24 Aktuelle bøker

39 På plakaten

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 kreftomsorg.

Vilkår:

- NSF's FKS medlem i 2 år.
- Prosjektbeskrivelse med anbefaling fra leder.
- Søknad er postlagt innen tidsfrist og er fullstendig utfyllt.
- 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 FKSs landskonferanse i kreftsykepleie prioriteres.

13 stipend à 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

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

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



Foto: Privat

LEDER: Kristin Wolden

Økt fokus – større åpenhet

I oktober ble landet vårt farget rosa. I solidaritet med brystkreftrammede, og for å sette enda sterkere fokus på denne sykdommen som rammer så mange kvinner. Det gledelige er at vi de siste årene har sett en nedgang i antallet kvinner som får brystkreft, samtidig som stadig flere overlever sykdommen. Høyere kunnskap i befolkningen, bedre behandling og økt forskningsinnsats er hovedårsakene til denne utviklingen. Gjennom «Rosa sløyfe-aksjonen» bidrar Kreftforeningen med sine mange gode hjelpere til å fortsette kampen for å styrke disse viktige innsatsområdene.

Mens oktober var den rosa, feminine sløyfemåneden, så er november blitt den måneden vi setter fokus på noen av de mest utbredte kreftsykdommene blant menn som prostatakreft og testikkelkreft. Her er sløyfene erstattet av groende barter gjennom aksjonen Movember. Slik brystkreft er den vanligste kreftsykdommen hos kvinner er prostatakreft den vanligste hos menn, med mer enn 4000 oppdagede tilfeller i året. Også her er kunnskap svært viktig, og nøkkelen ligger i å nå fram til de riktige målgruppene, som i dette tilfellet er godt voksne menn.

Derfor skal vi ikke undervurdere slike aksjoner. Verken i forhold til å gi enkeltpersoner mer informasjon og kunnskap om noen av de alvorlige sykdommene som de kan bli rammet av, eller i forhold til storsamfunnets oppmerksomhet om de store, tunge folkesykdommene våre.

Dette er min siste lederartikkel. Jeg har vært med i styret i faggruppen i åtte år, som redaktør av fagtidsskriftet – og som styreleder. Det har vært åtte spennende år, som har vært preget av reformer, av nye planer og strategier, av omstillinger og omorganiseringer. Jeg har prøvd å reflektere over hva som har vært de største endringene i denne perioden. Det kan være så mye. Som tungt fokus på bedre

behandling. På desentralisering av tjenester som kan utføres lokalt. På forløp og bedre samhandling mellom kommunehelsetjenesten og sykehusene – til beste for pasientene og de pårørende.

Likevel er det et ord som står igjen sterkere enn alle andre; Åpenhet. Ja, de 5-10 siste årene har vi fått en helt annen åpenhet rundt den sykdommen som vi arbeider med til daglig. Dette skyldes en rekke ulike faktorer. Opplysningskampanjer som «Rosa sløyfe» og «Movember» har vært viktige, slik statlige opplysningskampanjer også har vært det. Den nye mediehverdagen og internettets store muligheter for å tilegne seg kunnskap på egen hånd har vært viktig, og jeg tror ikke vi skal undervurdere de mange bøker som er blitt skrevet om mennesker som er blitt rammet av kreftsykdommen. Så får man også tro at faggruppen som sådan har vært en bidragsyter i det å skape økt åpenhet og økt kunnskap. Det blir minst like viktig i årene som kommer.

For meg har det vært et privilegium og en ære å få lov til å være tillitsvalgt for kreftsykepleierne i Norge. Arbeidet og vervet i FKS har gitt meg utrolig mange gode minner, mange nye venner og bekjentskap. Men, alt har sin tid. Nå er det nye koster som overtar, og vil føre arbeidet videre og fornye organisasjonen. Det gleder jeg meg til å følge med på, og jeg ønsker det nye styret og den nye ledelsen lykke til. Samtidig som jeg ønsker alle medlemmene en riktig god og fredfull julefeiring – og et godt nytt år.

Kristin Wolden

ANSVARLIG REDAKTØR

Enkle lykkeråd

Rådet for psykisk helse har gitt ut et hefte med 63 gode råd for mer lykke i hverdagen. Hftet er delt opp i råd for ungdom, foreldre, eldre og flere andre grupper. Du kan laste ned heftet på psykiskhelse.no. Her er ett av rådene: Smil. Du får som regel tilbake det du sender ut. Hvis du er positiv overfor andre, vil andre være positiv overfor deg.



Nyttig nettportal

Den offentlige helseportalen helsenorge.no ble lansert i år. Helsenorge.no inneholder helseråd og forebyggende helseinformasjon, informasjon om sykdom og behandling og helserelevante rettigheter. I tillegg kan man blant annet bestille og bytte fastlege på helseportalen.

Kilde: helsenorge.no

SMÅNYTT

Røykfritt fotball-EM

EM-sluttspillet i fotball i Polen og Ukraina neste år vil være en tobakksfri sone. Det europeiske fotballforbundet (UEFA) vil innføre totalforbud mot bruk, salg og markedsføring av tobakk under mesterskapet. Reguleringen vil gjelde på alle stadioner hvor det spilles kamper, både innendørs og utendørs. Tiltaket er en del av UEFAs engasjement for å promotere sunn livsstil gjennom fotballen. For å få til dette har UEFA samarbeidet med blant andre Verdens helseorganisasjon og lokale instanser i Polen og Ukraina.

Kilde: Krefthforeningen



«Vinn kjærligheten ved å vise kjærlighet.»

Alexander Barclay, skotsk forfatter (1475-1552)

Raskere tilbake i arbeid

3. november startet en nasjonal kampanje som skal formidle at arbeid er bra for helsa og at sykemeldte har mulighet for å jobbe gradert. Kampanjen har fått navnet Jobb for helsa. Bak kampanjen står Helsedirektoratet, NAV og Arbeidstilsynet.

– Mange kommer raskere tilbake ved å jobbe noe under en sykmelding, og gradert sykmelding anbefales til stadig flere, sier assisterende direktør Bjørn Guldvog i Helsedirektoratet.

Et mål med kampanjen er å bedre samspillet mellom arbeidsgivere, arbeidstakere, sykmeldere og NAV-ansatte, slik at arbeidstakere kommer raskere tilbake i jobb.

– Vi ønsker å stimulere til tidligere og tettere oppfølging av sykemeldte, sier Guldvog i en kommentar på helsedirektoratets nettsted helsedirektoratet.no.

Kampanjen har et eget nettsted: jobbforhelsa.no

Mange vil bli treningskompis

Krefthforeningen har satt i gang et prosjekt som de har kalt «Treningskompis». I prosjektet skal frivillige være treningskompiser til kreftpasienter som trenger hjelp for å komme i gang med fysisk aktivitet. Prosjektet gjennomføres i samarbeid med Sør-Trøndelag Fylkeskommune og Sør-Trøndelag idrettskrets.

Krefthforeningen har hatt stor pågang fra privatpersoner som ønsker å bruke sin fritid som treningskompis for kreftpasienter. Innen utgangen av oktober er 19 «kompiser» klare for oppdrag.

Kilde: Krefthforeningen



Hjelp til røykeslutt

Slutta.no er et nettbasert røykesluttprogram som gir råd på e-post. I tillegg får røykere informasjon om røykeslutt og kan teste sin avhengighet og motivasjon. Programmet inneholder funksjoner som dagbok, gjestebok og diskusjonsforum der den som skal slutte å røyke kan dele erfaringer og få støtte hos andre i samme situasjon.

Helsedirektoratet overtok driften av slutta.no i mai 2008. Programmet het tidligere Opptur, og har blitt utviklet av Kreftforeningen i samarbeid med Nasjonalt senter for telemedisin.

Cytostatikaboken på nett

En revidert utgave av Cytostatikaboken ble utgitt høsten 2009. Nettutgaven med lenker til nasjonale databaser og handlingsprogrammer foreligger nå i Helsebiblioteket og på Universitetet i Oslos nettsider. Målsettingen med Cytostatikaboken er å gi en praktisk veiledning for klinisk bruk av medikamenter mot kreft.



Kilde: Helsebiblioteket.no

Tekst Johan Alvik Foto Colourbox

Flertallet er fornøyd med jobben

Et stort flertall av sykepleiere er fornøyd med jobben sin. Men når de beskriver organisasjonen de arbeider i og kvaliteten på utført arbeid, er det store forskjeller sykehusene imellom. Det viser foreløpige norske tall etter en omfattende europeisk spørreundersøkelse blant sykepleiere. Undersøkelsen er gjennomført i tolv europeiske land for å utvikle kunnskap om forvaltningen av personellressurser.

Her er noen av resultatene fra Norge:

- I landet sett under ett beskriver 71 prosent av sykepleierne arbeidsmiljøet sitt generelt som bra eller utmerket. Blant sykehusene varierer dette fra 37 til 90 prosent.

- I landet sett under ett svarer 25 prosent av sykepleierne at de kan tenke seg å slutte. Blant sykehusene varierer dette fra 21 til 65 prosent.

- I landet sett under ett karakteriserer 88 prosent av sykepleierne kvaliteten på sykepleien ved postene som bra eller utmerket. Blant sykehusene varierer dette fra 61 til 96 prosent.

- Pasientsikkerhet blir beskrevet mest positivt når spørsmålene gjelder helt lokale forhold og mer kritisk når det gjelder forhold lenger opp i sykehusorganisasjonen.

Kilde: Kunnskapssenteret.no



Positive til mammografi

8 av 10 kvinner mener mammografi gir trygghet i forhold til å oppdage brystkreft tidlig. Det viser en undersøkelse SINTEF gjennomførte i fjor blant 7 000 kvinner i alderen 45-54 år om erfaringer og bruk av mammografi – både i offentlig og privat regi.

Undersøkelsen viser også at 90 prosent av de spurte er positive til å delta i Mammografiprogrammet, og at de vil anbefale andre kvinner å delta.

Kilde: Kreftregisteret.no

En skummel arv

Fire av seks søsken arvet BRCA1 genet. De forberedte seg på å fjerne brystene og eggstokkene for å forebygge kreft. Prosessen med valg var frustrerende og vanskelig.

Tekst og foto Laila S. Berg

Da farmoren døde av brystkreft, bare 43 år gammel, satt farfaren alene igjen med sju barn. Ei jente og seks gutter. Faren deres pluss tre brødre, arvet kreftgenet uten å vite om det. Farmorens søster døde også av brystkreft, og bare 28 år gammel ble deres egen søster rammet. Først i 2003 ble de oppmerksom på at det var en genfeil som slo gjennom på farssiden, BRCA1 genet. Dette skulle vise seg å få dramatiske konsekvenser for flere


av søstrene og noen kusiner.

«Maja» og «Lovise» er glad for at det er fokus og forskning på brystkreft. De opplever at de er heldige som har gode muligheter til å forebygge kreft. Forebygging og behandlinger i fremtiden vil gjerne bli enda mye bedre. Utfordringen for dem ble å ta de riktige valgene i forhold til om og eventuelt når de burde operere bort sine friske bryst. Prosessen underveis med valgets kvaler har vært både frustrerende og vanskelig for dem.

Nye spørsmål dukket stadig opp; Hvem skal kontaktes? Når og hvor? Virker medisinen greit? Når skal man slutte å ta medisiner? De opplevde behovet for informasjon og forklaring som avgjørende for hvor trygge de kunne føle seg både i valgene som måtte gjøres, og under de konkrete operasjonene.

Fjernet brystene

«Lovise» er i midten av førtiårene og har fire barn. Hun opererte først bort



TO SØSTRE: «Maja» og «Lovise» vil være anonyme, både av hensyn til seg selv og barna.

eggstokkene, og for ett år siden fjernet hun brystene. Det er brystvevet inni brystet som fjernes helt, huden beholdes og et implantat legges inn i brystet, alt i en operasjon. Søsteren «Maja», har gjort litt andre valg og foreløpig kun tatt bort brystene. Hun er i slutten av 30 årene og er småbarnsmamma til tre. Begge vil være anonyme, både av hensyn til seg selv og barna. De ønsker å fremstå som friske, slik de er i dag. De ønsker ikke å knyttes opp mot sykdom som kan influere på

oppfatninger omkring deres eller barnas helse, hverken med tanke på jobbsøking eller i forsikringsøyemed.

– I det sorteringssamfunnet vi lever i nå, med jag etter det fullkomne, er det dessverre nærliggende å tenke at det også kan bli etiske debatter rundt sortering av fostre med for eksempel BRCA1 genet, sier «Lovise».

Gentest

Etter at søsteren deres fikk brystkreft i

2003 begynte de å lete på Radiumhospitalet. Det ble søkt etter en genfeil i søsterens blodmateriale. Ett år gikk før de fant BRCA1 genet. Far var bærer. Alle fikk tilbud om å genteste seg. Først alle fars søsken, deretter barna av de som bar BRCA1 genet, som går på risiko for eggstokk- og brystkreft.

– Plutselig var det dukket opp en ny faktor i familien som vi måtte forholde oss til. Genfeilen som vår søster bar på, var kanskje noe vi selv også hadde i oss. En blodprøve kunne fortelle oss dette. Men hva innebærer det å få vite?

«Maja» hadde kjæreste, men hun hadde ennå ikke fått noen barn. Hun valgte å ikke vite det.

– Jeg ville ikke visst hva jeg skulle

«Å fjerne eggstokkene var for meg det letteste.»

gjøre med det, dersom jeg hadde en genfeil. På det tidspunktet taklet jeg det fint. Så jeg valgte å vente, sier hun.

«Lovise» hadde fått de barna hun skulle, for henne var det avklart.

– Å fjerne eggstokkene var for meg det letteste, så jeg opererte de bort i 2006. Da reduserte jeg samtidig brystkreftsjansen med 50 prosent. Men jeg ventet i fire år med å ta brystene, forteller «Lovise».

De fikk tilstrekkelig informasjon. Men det var før bekräftelsen kom. Det var opplagt at der var kreftrisiko, og først nå meldte det store informasjonsbehovet seg.

For «Lovise» var tidspunktet gunstig. Likevel kom det som et sjokk. Hun trodde ikke hun hadde BRCA1 genet. Det var uvirkelig å ha noe i kroppen som kunne være så dødelig, og det er umulig å vite hvordan en reagerer før en får vite det. Hun hadde fire barn, den yngste var ett år. Hun var glad for at hun ikke hadde visst noe før, men samtidig takknemlig for at hun fikk kjennskap til risikoen før hun kanskje utviklet kreft.



SØKER INFORMASJON: Mange er henvist til å lese seg fram på internett og det er umulig å vite hva du helt kan forstå deg på, for forskningen er kompleks.

Ble gravid

«Maja» fikk sitt første barn i 2006. Litt senere valgte hun å få bekreftelsen på det som hun fryktet mest, også hun hadde genet, altså den fjerde av seks søstre. Hun ammet barnet ett år, og før hun rakk å vurdere om hun skulle operere bort, eller ei, var hun gravid igjen.

– Jeg følte det som en stor lettelse, da kunne jeg igjen skyve foran meg de vanskelige avgjørelsene om når jeg skulle operere bort brystene og eggstokkene mine. Og så ønsket vi å få et barn til, sier «Maja».

I 2008 kom det andre barnet. I mellomtiden vokste beslutningen, og i 2009 fjernet hun brystene. I tre år hadde hun visst om den høye kreftrisikoen hun bar på, og det føltes som en lettelse å få fjernet brystene og risikoen med dem. Men å fjerne eggstokkene, det ville være et altfor stort valg å ta. Turde hun å vente lenger? Hun var 37 og hadde to barn. Hun følte at hun klarte å leve uten å bekymre seg så mye. «Maja» følte seg så frisk, minnes hun, og tenker tilbake.

– Du blir så var for all informasjon og alt man hører om BRCA1 relaterte ting. Jeg ønsket noen som kunne gi gode råd, og helst noen som kunne si meg hva jeg burde gjøre. Men selvsagt visste jeg også at det kunne ingen. Jeg husker jeg kunne kjenne på irritasjon overfor veilederne fra medisinsk genetikk, som ikke selv kjente disse tingene på kroppen og slik

ikke kunne forstå meg helt og fullt. Jeg tror vel dette var en slags desperasjon og fortvilelse fordi jeg virkelig ikke visste hva jeg skulle gjøre. Jeg var redd for å gjøre feil valg. En blir veldig alene om valgene, forteller «Maja».

Hun presiserer at veilederen fra medisinsk genetikk spilte en avgjørende rolle med sin tilgjengelighet, støtte, omsorg og informasjon.

Kan vente til 40

Hun fikk time hos Ole Erik Iversen, overlege i gynekologi. Han mente hun kunne vente til hun ble 40 med å ta eggstokkene, hvis hun ønsket flere barn.

– Det var fantastisk å snakke med Iversen. Han hadde akkurat den kunnskap som jeg følte jeg trengte der og da. Jeg husker at jeg følte en slags trygghet

«I dag føler jeg meg på en måte genfri.»

etter å ha vært der, en ro. Men selvsagt kan ingen lege eller andre garantere noe. Inni meg visste jeg jo at kreften kunne ramme, selv før 40 år. Trygg var jeg jo absolutt ikke, sier hun.

– Hvordan oppleves frykten for kreft?
– Redselen og frykten kommer gjerne i forbindelse med ubehag i magen, eller

når jeg tror jeg kjenner noe i brystet. Da kan de verste tankene komme. Mange i omgivelsene rundt meg var nok lettet når jeg endelig fjernet brystene. Søsknene mine i helsevesenet var kanskje mest lettet. Selv har jeg aldri vært nær kreftsykdom eller døden, annet enn min egen søster som ble operert for brystkreft. Jeg hadde et par episoder der jeg fryktet at jeg hadde ventet for lenge. Det er nervepirrende på årlig mammografi, MR og ultralyd. Da sitter jeg på gangen og venter på svar. Redselen for at jeg kanskje har ventet for lenge med å gjøre noe er grusom, forteller «Lovise».

– Jeg kjenner på redselen for å få kreft når jeg er nedfor, når jeg har det tøft eller er sliten. En gang kjente jeg en klump i brystet. Da tenkte jeg at jeg bærer en risiko, sier «Maja».

Fjernet brystene

Av seks søstre, har en utviklet kreft. Alle som har kreftgenet har tatt bort brystene.

– Pappa synes nok ikke det er kjekt at han har ført dette genet videre. Det er 50 prosent risiko for at barna er bærere. I vår søskenflokk slo det høyere ut, fire av seks hadde genfeilen, sier «Maja».

Søstrene følte den samme frustrasjon over å måtte foreta et valg om, og eventuelt når, de skulle operere bort bryst og eggstokker. Offisielt ble det anbefalt at eggstokkene ble fjernet fra fylte 35, og helst før 40, hvis man hadde fått ønskede barn. Dette var i 2004. Statistikken for å utvikle brystkreft med BRCA1genet var på den tiden 85–90 prosent. Det frustrerende var at det fra profesjonshold ble gitt ulik informasjon om dataene, de var ikke samkjørt. Det gikk på presenter, tall og risiko Fakta var viktig. Men hvor lenge kan du vente, og er det noe poeng å operere? Dette er tanker og frustrasjoner søstrene forteller om.

– Jeg hadde behov for tid for å kunne ta mine egne avgjørelser, og for meg var brystene den tyngste avgjørelsen. Eggstokkene bestemte jeg meg tidlig for å ta, for de var det vanskeligere å ha kontroll med. Når det gjaldt brystene spurte

jeg alle: «Hva ville du gjort?» De fleste helte til å fjerne også brystene. Jeg hadde behov for å snakke med noen som hadde opplevd det samme, forteller «Lovise».

Da hun fjernet eggstokkene fantes det ingen støttegruppe hvor hun kunne treffe andre i samme situasjon. Søstrene var heldige som tross alt hadde hverandre, er de enig om.

– *Hva var vanskeligst i denne prosessen?*

– Rundene med valg opplevdes som vanskelig. Skulle jeg fjerne friske deler av kroppen uten å vite om det var nødvendig, og når burde jeg gjøre det?

– Når tid blir et spørsmål om hvor lenge du skal gå med is i magen. Jeg står midt oppi det nå, og skal snart fjerne eggstokkene. Jeg har tre barn og nærmer meg 40. Nå føler jeg at det ikke er god grunn til å utsette det lenger. Men det er vanskelig å ta den telefonen. Jeg har det bra nå, men jeg vet jo ikke hvordan jeg vil få det etter operasjonen, forteller «Maja».

Det er betryggende for henne å vite at det er noen som kjenner til gode preparater. Søsteren har allerede gjennomgått operasjonen og er 100 prosent fornøyd med resultatet. «Maja» går i støttegruppe og vet hvilke ulike plager hun kan regne med å få. Overgangsplager, svettetokter og vektøkning, bare for å nevne noen.

– Å legge seg på operasjonsbordet for å fjerne brystene var det vanskeligste for meg. Det var selve operasjonen som var det verste. Når jeg først hadde bestemt meg og faktisk gjort det, var jeg utrolig lettet, minnes «Lovise».

Hun gjorde det først etter fem år med risikoberegning og mentale forberedelser. Den verste konsekvensen var at hun kunne få kreft og kanskje dø, så valget var sånn sett lett. Samtidig var det dramatisk og bittert å skjære vekk alt friskt brystevn når du ikke vet om du noen gang kommer til å utvikle kreft, reflekterer hun.

Mistet følelsen

Når vevet inni brystene skrelles bort forstyrres nervene i brystet. De følelsene som normalt er i bysten blir ødelagt for

alltid, og disse følelsene kommer aldri tilbake, det har begge erfart.

– Jeg var veldig spent på hvordan det ville bli etter operasjonen, spesielt i forhold til sexlivet. Det har gått fint, men brystene forholder jeg meg lite til. De føles kalde og litt rar å ta på. Sorgen rundt det å operere bort mine friske bryster tok jeg en god stund før operasjonen. Når det først var gjort, har jeg forholdt meg til at nå er det slik. Hvordan denne prosessen er, avhenger av det forholdet en har til brystene sine og hvor mye av identiteten som ligger der, forteller «Maja»

– Egentlig vet vi ikke om vi ville fått kreft. Valgene blir gjort på ulikt grunnlag av informasjon. Du kommer inn helt frisk. Gjennomgår to forholdsvis store inngrep. Vet ikke helt hvordan resultatet blir, og blir avhengig av «kunstig» østrogen, sier «Lovise».

Men det var også godt å bruke humor midt i alvoret.

– Jeg husker siste kontroll jeg var på før jeg skulle operere brystene. Jeg hadde vært på sykehuset til ulike kontroller i mange timer. Endelig skulle jeg treffe operasjonslegen. Han hadde det travelt og ba meg ta av meg på overkroppen. Han kastet et raskt blikk på brystene. «250 gram» sa han til seg selv og noterte ned størrelsen på implantatet han skulle velge. Han tegnet kjapt med tusj der han skulle snitte, tok opp et kamera fra lommen og knipset puppene. Han var snart på vei ut dørene igjen, men jeg kunne ikke dy meg med å tøye litt med hva han skulle med de puppebildene. Han hadde i hvert fall ikke fått mitt samtykke til å legge dem på nettet. Dessuten hadde jeg mange spørsmål jeg ville ha svar på. Og det fikk jeg til slutt, forteller «Lovise».

– *Kunne noe vært gjort annerledes?*

– Støttegruppen ville det vært nyttig å ha mye tidligere i prosessen. Ulike forskere, leger, rådgivere og spesialister som vi har snakket med har sine felt og interesser, og de er ikke alltid synkronisert på feltet. Det hadde selvfølgelig vært enklere for oss hvis alle innen helsevesenet hadde gitt oss samkjørt og lik infor-

MER INFO:

- Interessegruppen for kvinner med påvist; BRCA 1 og BRCA 2 genfeil.

Email adr.: elin.overaa.eriksen@helse-bergen.no Tlf. 55975475.

Elin Overaa Eriksen, sykepleier og genetisk veileder. Høgskolelektor, Institutt for etter- og videreutdanning i kreftsykepleie. Hun er kontakt for interessegruppen.

- Regionalt Kompetansesenter for Arvelig Kreft (RKAK) Helse-Vest: <http://forskningssprosjekt.ihelse.net/visningsenterrapport.aspx?reportId=836> Mail for spørsmål kan sendes til: RKAK@helse-bergen.no

- Kurstilbud for kvinner med påvist BRCA1 og BRCA2 genfeil ved Vardesenteret, Oslo: <http://www.helse-stavanger.no/pasient/laeringogmestring/Sider/side.aspx>

- Kurs i Stavanger våren 2012. Informasjon vil bli lagt ut på LMS, Stavanger universitetssykehus, se: <http://www.helse-stavanger.no/pasient/laeringogmestring/Sider/side.aspx>

masjon. Men det er mye som har skjedd innen forskning og praksis på brystkreft siden 2003, så det er forståelig at dette ikke alltid er like lett, sier «Lovise».

For de som opplever at familielivet skjærer seg, kan det bli svært dramatisk oppi det hele. Det tar tid å komme i balanse igjen etter en operasjon. Da er støttegruppen spesielt viktig, det er begge enig i.

– Det som har gjort mest inntrykk er at min søster fikk kreft bare 28 år gammel, og at jeg selv var i stor fare for også å få det. Plutselig var arv og gener noe som hadde betydning, som resulterte i vanskelige valg, og som var invaderende i vår familie. I dag føler jeg meg på en måte «genfri». Du skjærer det bort hos deg selv, men det vil alltid være en del av familien. Om noen år er det mine barn som må gjennom samme uroen, samme valgene og samme søken etter informasjon, sier «Lovise». ■

Viktig å vite om arvelig kreft

Omtrent 5-10 prosent av krefttilfellene skyldes arvelig kreft. Ved mistanke om arvelig kreft bør pasienten og familien tilbys utredning.



Av Hildegunn Høberg Vetti, overlege ved Senter for medisinsk genetik og molekylærmedisin og leder av Regionalt kompetansesenter for arvelig kreft Haukeland Universitetssjukehus

De fleste krefttilfeller er ikke arvelig betinget, men forekommer sporadisk og oftest tilfeldig. En mindre andel av kreftpasientene, cirka 5-10 prosent, har imidlertid nære slektninger med samme kreftsykdom. Forståelse av om en persons kreftsykdom er arvelig eller sporadisk kan ha betydning for valg av behandling, prognose, risiko for ny kreftsykdom og risiko for at andre i familien kan bli rammet av kreft.

Arvelig kreft defineres hovedsaklig som kreftsykdom forårsaket av en nedarvet genfeil i et kreftgen med høy penetrans (de fleste med genfeilen utvikler sykdom) og autosomt dominant arvemønster. Men det finnes unntak, blant annet autosomal recessiv arvelig kreft.

Familier med arvelig kreft kjennetegnes gjerne ved:

- 1) Flere tilfeller av samme kreftform i familien (eller assosierte kreftformer, for eksempel bryst- og eggstokkreft), eller flere primære kreftsykdommer hos én person.
- 2) At sykdommen debuterer i ung alder.
- 3) At fordelingen av syke i familien passer med autosomal dominant arvegang.

Jo flere affiserte familiemedlemmer med gitte kreftformer og jo tidligere sykdomsdebut, jo mer sannsynlig er det at det dreier seg om en arvelig tilstand.

Et «løser» begrep, **familiær kreft**, brukes om familier med mer kreftsykdom enn det som er forenlig med ren tilfeldighet, men hvor ingen høypenetrant genfeil lar seg påvise. Det er i slike tilfeller ofte snakk om multifaktoriell arv, der lavpenetrante genvarianter og miljøfaktorer samlet gir en økt risiko for kreft.

All kreft er genetisk

Noe som ofte fører til forvirring når det gjelder kreft og arv, er det faktum at all kreft, både den sporadiske og den arvelige formen, skyldes genetiske endringer i den cellen som er utgangspunktet for kreftsvulsten. Disse endringene kan for eksempel være mutasjoner, tap av genkopier, endret funksjon av gener eller epigenetiske endringer. For at en celle skal få en kreftcelles egenskaper, regner man at slike endringer må oppstå i tre til sju ulike kreftgener. Når og hvor disse endringene oppstår ved sporadisk kreft, er vanligvis tilfeldig, men kan også påvirkes av ytre faktorer som ioniserende stråling. Ved arvelig kreft er den første genetiske endringen til stede allerede ved befruktningen og finnes derfor i alle kroppens celler. Dette er forklaringen på at personer med nedarvet genfeil i et kreftgen gjerne får kreft i yngre alder og oftere får kreft flere ganger (flere primære kreftsykdommer).



RAMMER GENERASJONER: Arvelig kreft påvirker flere slektsledd. De hyppigste kreftformene er arvelig tykktarmskreft, bryst-/eggstokkreft og føflekkreft. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Risikoreducerende tiltak

Familier med arvelig kreft består både av pasienter som har eller har hatt kreft, og friske slektninger med risiko for kreftsykdom. Man vil ofte anbefale risikoreducerende tiltak i form av spesielle kontrollopplegg og eventuelt fjerning av friske organer. Det er viktig å huske på at de som allerede har hatt en kreftsykdom også har risiko for ny kreftsykdom, og i de fleste tilfeller vil ha nytte av slike tiltak. Kontrolloppleggene er langvarige, ofte livslange, og ressurskrevende både for den enkelte og for samfunnet. Det er derfor helt vesentlig at en grundig genetisk utredning ligger til grunn når man initierer disse tiltakene. Da unngår man unødvendige undersøkelser eller inngrep hos personer med lav risiko og sikrer at de som virkelig har en høy risiko får et adekvat tilbud.

Genetisk utredning og genetisk veiledning

Genetisk utredning er en omfattende prosess som består av tre hovedkomponenter:

- 1) En grundig familieanamnese (over minst tre generasjoner). Aktuelle diagnoser i familien verifiseres der det er mulig, slik at histologisk diagnose og alder ved debut av kreftsykdom er mest mulig korrekt.
- 2) Pasientens egen sykehistorie, eventuelt supplert med klinisk undersøkelse og tilleggsundersøkelser.
- 3) Molekylærgenetiske analyser. Gentest utføres vanligvis i blodprøve fra den kreftsyke. Det er derfor

Hvem bør utredes?

Pasienter med:

- Kreft i ung alder.
- Flere primære kreftsykdommer.
- Kjent kreftpredisponerende genfeil eller kreftsyndrom i familien.

Familier med:

- Minst tre nære slektninger med samme kreftform, eller kreftformer som er kjent forbundet med hverandre (f.eks bryst- og eggstokkreft, tykktarms- og livmorkreft, føflekk og pankreaskreft).
- Minst to nære slektninger med kreft som skissert over, men hvor minst én av de syke er under 50 år.
- To slektninger med en sjelden kreftform.

Disse kriteriene er veiledende. Generelt bør man ha lav terskel for å kontakte medisinsk genetisk avdeling og diskutere om genetisk utredning kan være indisert hos aktuelle pasient.

viktig at det sikres blodprøve til lagring av DNA fra de syke i familien dersom det kan bli aktuelt med genetisk utredning for arvelig kreft. Noen indirekte genetiske analyser gjøres også i svulstvevet fra den syke, for eksempel ved utredning for Lynch syndrom (se nedenfor), men dette er vanligvis et supplement til blodprøven, ikke en fullgod erstatning.



BRYSTKREFT: Av de cirka 2700 tilfellene av brystkreft i Norge hvert år forekommer mellom 5 og 10 prosent familiært. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Genetisk utredning for arvelig kreft er en spesialoppgave som ivaretas av de medisinske genetiske avdelingene ved Universitetssykehuset i Nord-Norge, St. Olavs Hospital, Haukeland Universitetssjukehus og Oslo Universitetssykehus. Genetisk veiledning er en integrert og nødvendig del av tilbudet, og dette er nærmere beskrevet i en egen artikkel i denne utgaven av Kreftsykepleien.

De langt hyppigste problemstillingene i familiene som kommer til utredning for arvelig kreft, er arvelig tykktarmskreft, arvelig bryst-/eggstokkreft og arvelig føflekkreft. Disse vil bli gjennomgått nærmere nedenfor. Det finnes også en rekke sjeldne arvelige kreftsyndromer, men gjennomgang av disse faller utenfor rammen for denne artikkelen.

Arvelig tykktarmskreft

Kreft i tykktarm og endetarm (colorectal cirkancer – CRC) rammer hvert år cirka 3500 norske menn og kvinner (1). Av disse forekommer 15-30 prosent familiært, hvorav 5 prosent skyldes genfeil i kjente høypenetrante kreftgener (2).

Familiær adenomatøs polypose

Familiær adenomatøs polypose (FAP) defineres klinisk som tilstedeværelse av minst 100 adenomatøse polypper i tykktarm/endetarm. Sykdommen skyldes medfødt genfeil i APC-genet, et viktig kreftgen som også ofte er involvert ved sporadisk tykktarmskreft.

Mindre enn 1 prosent av alle CRC pasienter har FAP. I 80 prosent av tilfellene er APC-genfeilen nedarvet fra en av foreldrene. I 20 prosent av tilfellene er den nyoppstått, det vil si at ingen av foreldrene har samme sykdom (2). Når genfeilen først har oppstått kan den imidlertid føres videre til neste generasjon.

Polypputviklingen starter vanligvis i tenårene, og ubehandlet er risikoen for CRC >90 prosent. Anbefalt behandling er å fjerne tykktarm og eventuelt endertarm når polyppetallet overstiger cirka 20, vanligvis ved 15-25 års alder. Etter operasjonen bør pasienten fortsette med årlig skopikontroll av rektumstump, og fra 25 års alder bør det også gjøres regelmessig gastroduodenoskopi på grunn av risiko for utvikling av polypper i magesekk og tolvfingertarm. Andre manifestasjoner som kan forekomme ved FAP er desmoid (sterkt vaskularisert bindevev), osteomer, overtallige tenner og andre tann-avvik, epidermoidcyster, exostoser og medfødt hypertrofi av det retinale pigmentepitelet.

Noen pasienter har et mindre antall polypper (3-99) og senere debut av sykdommen, såkalt attenuert familiær adenomatøs polypose (AFAP). Årsaken hos disse er vanligvis genfeil i spesielle deler av APC-genet, men noen kan også skyldes genfeil i MUTYH-genet. MUTYH-assosiert polypose er en av de få arvelige krefttilstandene som følger autosomal recessiv arvegang.

Lynch syndrom (HNPCC)

Arvelig tykktarmskreft uten polypose – Hereditær Non-Polypos Colorectal Cirkancer (HNPCC) er langt hyppigere enn FAP, og utgjør cirka 2-3 prosent av alle CRC-tilfeller. Tilstanden er autosomalt dominant arvelig og skyldes nedarvet genfeil i et DNA-reparasjonsgen av gruppen mismatch repair (MMR)-gener (MLH1, MSH2, MSH6 og PMS2). Pasienter med Lynch syndrom har høy risiko for å få CRC, og kvinner har også høy risiko for kreft i livmor (endometriet). Flere andre kreftformer (bl.a. kreft i magesekk, tynntarm, urinveier, eggstokker) er assosiert med Lynch syndrom (3). Det ser ut til at de ulike MMR-gene gir noe ulik kreftrisiko.

Ved mistanke om Lynch syndrom er det mulig å gjøre indirekte genetisk diagnostikk i form av analyse for mikrosatellittinstabilitet (MSI) og immunhistokjemi for MMR-gener. De fleste svulster ved Lynch syndrom vil vise høy grad av mikrosatellittinstabilitet, og IH vil kunne gi en indikasjon på hvilket MMR-gen som er involvert. Helsedirektoratet anbefaler at det utføres MSI/IH i svulstvev fra alle CRC-

pasienter < 60 år, og videre henvisning av pasienten til medisinsk genetisk avdeling dersom funn (4). Det finnes også kliniske familiekriterier som kan være nyttige for å vurdere henvisning til utredning for Lynch syndrom, de såkalte Amsterdamkriteriene (3, 4).

Anbefalt kontrolløpplagg ved Lynch syndrom er koloskopi hvert annet år fra 25 års alder, som er dokumentert å redusere forekomsten av CRC betydelig (3). Kvinner får i tillegg tilbud om regelmessige kontroller hos gynekolog fra 30-35 års alder. Avhengig av kreftforekomsten i familien, og etter hvert avhengig av hvilket av MMR-genene som er involvert, vil man også i noen familier anbefale ytterligere kontroller, for eksempel med tanke på kreft i magesekken/tolvfingertarmen eller i urinveiene.

Familiær tykktarmskreft

I familier hvor det er økt forekomst av CRC uten at genetisk diagnostikk gir holdepunkter for MMR-genfeil, sier man gjerne at det foreligger familiær CRC. Det er ingen kjente gener for denne tilstanden, trolig er det snakk om multifaktoriell arv hvor en kombinasjon av miljømessige og genetiske faktorer spiller inn. Dersom Amsterdamkriteriene heller ikke er oppfylt, vil man i slike familier vanligvis anbefale kontroller med koloskopi hvert 5. år fra 40 års alder til risikopersoner (personer som har gjennomgått CRC og førstegradsslektninger til disse)(4).

Arvelig bryst-/eggstokkreft

Av de cirka 2700 tilfellene av brystkreft i Norge hvert år (1) forekommer mellom 5 og 10 prosent familiært. Som ved andre kreftformer er det likevel en betydelig lavere andel, cirka 2 prosent, som skyldes medfødt genfeil i et kjent høypenetrant kreftgen (5), hovedsaklig BRCA1-genet eller BRCA2-genet. Blant kvinner med eggstokkreft er andelen med genfeil i BRCA1- eller BRCA2-genene høyere, totalt kanskje 10 prosent (6). Forekomsten av BRCA1- og BRCA2-genfeil varierer imidlertid mye fra populasjon til populasjon. I Norge ser vi for eksempel en høy prevalens av BRCA1-genfeil på Sør-Vestlandet (7). Det har de siste årene vært en pågående debatt om alle norske kvinner med bryst- eller eggstokkreft burde få tilbud om testing for hyppige norske genfeil i BRCA1 og BRCA2. Helseinspektorens siste forslag er at slik test bør tilbys til alle kvinner som får brystkreft før fylte 50 år og alle kvinner som får eggstokkreft før fylte 70 år, i tillegg til at kvinner som kommer fra familier med ytterligere tilfeller av bryst-/eggstokkreft henvises til genetisk utredning på vanlig måte.

Kvinner med genfeil i BRCA1-genet har høy risiko for utvikling av brystkreft og eggstokkreft. Hvis en ikke tar hensyn til familiehistorien, er gjennomsnittlig risiko for å utvikle brystkreft innen 70 års alder hos en kvinne med BRCA1-genfeil cirka 65 prosent. Tilsvarende risiko for eggstokkreft er cirka 40 prosent. Ved genfeil i BRCA2-genet er risikoen noe lavere, hhv cirka 45 prosent og 11 prosent (6). Imidlertid er det også økt risiko for kreft hos menn med BRCA2-genfeil, spesielt prostatakreft og kreft i bryst. Det er også rapportert at BRCA2-genfeil kan være forbundet med kreft i pankreas og føflekkreft (8). Kreftrisikoen for menn med BRCA1-genfeil regnes for å være lav, selv om nyere studier tyder på at de har en lett økt risiko for prostatakreft i høy alder (9).

Anbefalte tiltak for kvinner med påvist BRCA1 eller BRCA2 genfeil er årlig mammografi og MR mammae fra 25 års alder. I tillegg anbefales risikoreduserende fjerning av eggstokker og eggledere rundt 40 års alder (35-40 år ved BRCA1-genfeil, 40-45 år ved BRCA2-genfeil), når kvinnen har fått de barna hun ønsker. Dette gir en brått innsettende menopause, og for kvinner som selv ikke har hatt brystkreft gis det derfor hormonerstatning fram til cirka 50 års alder. Kvinnene har også mulighet for å velge risikoreduserende fjerning av kjertelnev i brystene, for å redusere risikoen for kreft mest mulig. Dette er kanskje særlig aktuelt ved BRCA1-genfeil, fordi brystkreften hos BRCA1-mutasjonsbærere ofte er høygradig malign, trippel negativ (negativ for østrogenreseptor, progesteronreseptor og HER2) og metastaserer tidlig. Menn med BRCA2-genfeil bør få utført rektal eksplorasjon av prostata og måling av PSA (prostata spesifikt antigen) årlig fra 40 års alder. De må også gjøres oppmerksom på at menn kan få kreft i brystet, selv om den absolutte risikoen for dette

«Kvinnene har også mulighet for å velge risikoreduserende fjerning av kjertelnev i brystene.»

er lav. Det anbefales p.t. ingen spesielle tiltak for menn med BRCA1-genfeil.

Behandling ved påvist kreft hos kvinner med genfeil i BRCA1- eller BRCA2-genet skiller seg foreløpig ikke vesentlig fra behandlingen ved sporadisk kreft. De fleste kirurger vil likevel være forsiktige med å utføre brystbevarende kirurgi hos en kvinne med påvist genfeil. Det pågår også i dag kliniske studier

på nye medikamenter, som er spesielt rettet mot BRCA1- eller BRCA2-relatert kreft (5). Informasjon om genetiske egenskaper ventes å få stadig større betydning for valg av behandling i tiden framover.

Familiær brystkreft

Betegnelsen familiær brystkreft bruker vi gjerne om familier med økt forekomst av brystkreft hvor det ikke avdekkes genfeil i BRCA1 eller BRCA2-genet. Kvinner i slike familier har også økt risiko for brystkreft, om enn ikke like høy risiko som ved påvist genfeil. Gjeldende anbefalt kontrollopplegg for disse er årlig mammografi fra 30-60 års alder.

Arvelig malignt melanom

Føflekkreft (malignt melanom) rammer omkring 1400 nordmenn årlig (1). Av disse forekommer opptil 10 prosent familiært. Lavpenetrante gener forklarer også ved melanom det meste av den familiære opphopningen, særlig gener som regulerer hudtype og hårfarge – for eksempel MC1R-genet. Mennesker med lys hud og rødlig hår har høyere risiko for å få melanom enn mennesker med mørkt hår og hud.

Men det er også identifisert et par høypenetrante gener som er forbundet med autosomalt dominant arvelig malignt melanom, CDKN2A og CDK4. Disse

genene har ingen innvirkning på hud- og hårfarge, men kan være forbundet med dysplastisk nævus syndrom (10). Ved påvist genfeil i ett av disse genene er risikoen for utvikling av malignt melanom betydelig forhøyet, men vi ser at penetrasjonen varierer avhengig av melanomforekomsten ellers i aktuelle befolkning, slik at den vil være vesentlig høyere i Australia sammenlignet med f.eks. Sør-Europa. Pasientens hudtype og solvaner vil også spille inn på den enkeltes risiko for å få melanom. I noen familier er det i tillegg økt risiko for kreft i pankreas (11).

I familier med minst to-tre tilfeller av melanom og/eller pankreaskreft hos første- eller andregrads slektninger er det indikasjon for genetisk utredning. I befolkninger med lavere melanomforekomst (f.eks. Finnmark) kan man også vurdere utredning ved kun to slike krefttilfeller i familien.

Tidlig diagnose ved malignt melanom er avgjørende for en god prognose. Personer med påvist genfeil i CDKN2A-genet eller CDK4-genet bør derfor tilbys oppfølging hos hudlege minst en gang årlig. Fotodokumentasjon av aktuelle lesjoner er et nyttig supplement ved disse kontrollene spesielt hos pasienter med mange føflekker. Utstyr for dette er tilgjengelig ved de største hudpoliklinikkene. Hos personer med arvelig økt risiko for malignt melanom men

KREFT I FAMILIEN: I mange familier er det opphopning av ulike kreftsykdommer uten at man kan gjenkjenne noen av de kjente kreftsyndromene. Kreftopphopningen kan skyldes ren tilfeldighet, økt sårbarhet for kreft eller genfeil i et hittil ukjent kreftgen. Illustrasjonsfoto: Colourbox



uten påvist genfeil, vil man også vanligvis anbefale regelmessig kontroll av huden – enten hos hudlege eller fastlege. Pasientene bør også instrueres i god egenkontroll av huden, og oppfordres til å vise god solhygiene (unngå «å sole seg» og unngå solbrenthet).

Sjeldne arvelige kreftsyndromer

Det finnes en rekke kjente autosomalt dominante kreftsyndromer, eller tumorsyndromer, som gjerne gir et helt spesifikt tumorspektrum i de affiserte familiene. Noen av syndromene diagnostiseres pga spesifikke kliniske trekk hos den enkelte pasient (for eksempel Cowden syndrom), mens andre kommer til genetisk utredning på grunn av kombinasjonen av ulike kreftsykdommer i familien, for eksempel Li-Fraumeni syndrom. Disse sjeldne kreftsyndromene blir ikke nærmere omtalt her, men de som ønsker å lese mer om emnet kan slå opp i anbefalt bok om kreftgenetikk (12).

Opphopning av andre kreftformer i en familie

I mange familier er det opphopning av ulike kreftsykdommer uten at man kan gjenkjenne noen av de kjente kreftsyndromene. Gentesting er ofte uten resultat. I noen av disse familiene kan kreftoppopningen skyldes ren tilfeldighet (kreft er en vanlig sykdom), mens andre familier trolig har en økt sårbarhet for kreft på grunn av en kombinasjon av lavpenetrante genvarianter og miljømessige forhold. Det er også mulig at en liten andel av de hardest belastede familiene har en genfeil i et sjeldent kreftgen, som kanskje ennå ikke er kjent.

For de fleste kreftformer må man regne med at det finnes en undergruppe som er arvelig. Fokuset frem til nå har vært på de store kreftgruppene, og gentesting for arvelig brystkreft, tykktarmskreft og

«Ny teknologi er i ferd med å revolusjonere den genetiske diagnostikken.»

føflekkreft er blitt tilgjengelig i klinisk praksis. Like fullt er det viktig å være oppmerksom på familier med opphopning av andre kreftformer. Nyrekreft, hjernevulst og pankreaskreft er eksempler på sykdommer som forekommer familiært, med tilsynelatende autosomal dominant arvegang, men hvor et eventuelt årsaks-gen foreløpig er ukjent. Ny teknologi hvor man undersøker alle genene hos et menneske i én prøve, er i ferd med å revolusjonere den genetiske diagnostikken. Dette vil øke mulighetene for å påvise den genetiske årsaken i disse sjeldne familiene – forutsatt at det er tilgjengelig DNA fra en eller flere av de syke.

Oppsummering

Omtrent 5-10 prosent av krefttilfellene skyldes arvelig/familiær kreft. Ved mistanke om arvelig kreft bør pasienten/familien tilbys utredning for dette (se tekstboks for veiledende kriterier), og det er viktig å sikre prøvemateriale fra den/de syke. Blodprøve kan med fordel sendes inn til lagring på medisinsk genetisk avdeling samtidig som, eller før, pasienten henvises.

Genetisk utredning kan identifisere personer med høy risiko for å utvikle kreft, slik at helsegevinst kan oppnås med kontrollopplegg og eventuelt risikoreducerende behandling. Men genetisk utredning kan samtidig frikjenne slektninger fra familiær kreftrisiko, og føre til at unødvendige prosedyrer unngås.

Har du spørsmål om arvelig kreft kan du ta kontakt med din regionale avdeling for medisinsk genetikk. ■

Referanser

- 1) Kreftregisteret. Cancer in Norway 2009 - Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway. Oslo: Cancer Registry of Norway, 2011
- 2) Vasen HFA, Möslein G et al. Guidelines for the clinical management of familial adenomatous polyposis (FAP). Gut 2008 May;57(5):704-13
- 3) Vasen HFA, Möslein G et al. Guidelines for the clinical management of Lynch syndrome (hereditary non-polyposis cancer) J Med Genet 2007;44:353-362
- 4) Helsedirektoratet. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av kreft i tykktarm og endetarm. Helsedirektoratet, 2010
- 5) Turnbull C, Rahman N. Genetic predisposition to breast cancer: past, present, and future. Annu Rev Genomics Hum Genet. 2008;9:321-45.
- 6) Juvet LK, Norderhaug IN. Gentester for brystkreft og eggstokkreft. Rapport nr 5-2008. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2008.
- 7) Møller P, Hagen AI et al. Genetic epidemiology of BRCA mutations--family history detects less than 50 percent of the mutation carriers. Eur J Cancer. 2007 Jul;43(11):1713-7
- 8) Van Asperen CJ, Brohet RM et al. Cancer risks in BRCA2 families: estimates for sites other than breast and ovary. J Med Genet 2005;42:711-719
- 9) Mitra AV, Bancroft E et al. Targeted prostate cancer screening in men with mutations in BRCA1 and BRCA2 detects aggressive prostate cancer: preliminary analysis of the results of the IMPACT study. BJU Int. 2011 Jan;107(1):28-39
- 10) Molven, Grimstvedt et al. A Large Norwegian family with Inherited Malignant Melanoma, Multiple Atypicirikal Nevi, and CDK4 Mutation. Genes, Chromosomes and Cancer 2005;44: 10-18
- 11) The Melanoma Genetics Consortium <http://www.genomel.org/> 21.10.2011
- 12) Hodgson SV, Foulkes WD et al. A Practicirikal Guide to Human Cancer Genetics. Third ed. Cirkambridge University Press 2007

Hva er genetisk veiledning?

I Norge jobber rundt 40 genetiske veiledere med å informere om arvelige sykdommer. Målet er å få folk til å forstå sine nåværende og fremtidige helseproblemer.



Av Cathrine Bjorvatn, forsker og genetisk veileder, Regionalt kompetansesenter for arvelig kreft, Haukeland Universitets-sjukehus og Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen

Genetisk veileder er en ukjent yrkestittel for mange, men er velkjent i de fleste europeiske land og i USA, hvor genetisk veileder er en beskyttet yrkestittel med egen utdanning på masternivå.

I dag har vi cirka 40 genetiske veiledere som jobber innen helsevesenet i Norge. Vi har også et tilbud om mastergrad i genetisk veiledning. Dette masterprogrammet tar opp studenter annet hvert år og er knyttet til Institutt for samfunnsmedisinske fag, ved Universitetet i Bergen. Undervisningen gjennomføres i tre bolker à 2-3 uker hvert semester, slik at studentene har mulighet for å pendle til og fra Bergen. Dette er det eneste masterprogrammet i genetisk veiledning i Norden.

Definisjon

De fleste norske offentlige utredninger som omhandler genetisk veiledning, har brukt Fraser sin definisjon (1974) når genetisk veiledning skal defineres:

«Genetisk veiledning er en kommunikasjonsprosess som tar for seg menneskelige problemer forbundet med forekomsten, eller risiko for forekomst, av arvelige sykdommer i en familie. Denne prosessen omfatter at en eller flere spesielt utdannede personer prøver å hjelpe individet og / eller familien med å forstå de medisinske fakta, forstå hvordan arvelige faktorer bidrar til forekomst av sykdommen, forstå de valgmuligheter som finnes, velge de handlemåtene som synes mest adekvate i lys av den enkeltes ståsted og å tilpasse seg sykdommen som nedarves i familien» (NOU 1999).

Det er også viktig å understreke at genetisk veiledning er uløselig knyttet til den forutgående genetiske utredningen, som er nærmere beskrevet i artikkelen om arvelig kreft.

Målet med genetisk veiledning er blant annet å sette familien eller den enkelte i stand til å forstå sine nåværende og fremtidige helseproblemer og utfordringer, slik at de kan fatte sine egne beslutninger på et best mulig grunnlag.

Utviklingen innen det genteknologiske fagfeltet går meget raskt. Dette medfører utfordringer knyttet til genetisk veiledning. Utviklingen vil gi nye pasientgrupper med andre behov enn de som tradisjonelt har fått genetisk veiledning. Utviklingen vil trolig også endre arbeidsoppgaver og ansvarsområder for dem som til nå har gitt genetisk veiledning.

Hva gjør en genetisk veileder?

En genetisk veileder skal ikke bli ekspert i medisinsk genetik eller eksperter i laboratoriediagnostikk. Vi må imidlertid kunne en del om disse fagfeltene, i tillegg til en del andre fagområder, for å bli eksperter i det vi ønsker å bli flinke til; nemlig å formidle genetisk informasjon på en slik måte at våre brukere skjønner hva det dreier seg om. I tillegg bør genetiske veiledere ha innsikt i en del fagfelt som ligger utenfor det rent genetiske, slik som blant annet psykologi, familiodynamikk og innsikt i juridiske rammeverk.

Informasjon om risiko er en viktig del av den genetiske veiledningsprosessen. For at genetisk veiledning skal bli god, er det avgjørende at veilederen



GIR INFORMASJON: En genetisk veileder skal formidle genetisk informasjon på en slik måte at brukerne skjønner hva det dreier seg om. Illustrasjonsfoto Colourbox

har en forståelse av hvordan pasienter og pårørende oppfatter og fortolker risiko. Genetiske veiledere får også i sin utdanning omfattende innføring i psykologi, kommunikasjonsteknikker, veiledningsstrategier, pedagogikk og det lovverket som regulerer bruken av genteknologi. Videre må veileder også ha kunnskap om hvordan genetisk veiledning og informasjon kan påvirke personer som får påvist arvelig sykdom, enten hos seg selv eller hos familiemedlemmer. Viktige spørsmål i forbindelse med genetisk utredning og veiledning, er om forståelsen og tryggheten øker i løpet av veiledningsprosessen og / eller om personer påføres ytterligere bekymringer.

For å besvare disse sentrale spørsmålene må genetiske veiledere også drive kunnskapsutvikling og forskning innen eget fagfelt. Fokuset for denne forskningen vil spesielt være knyttet opp mot ulike psykososiale aspekter ved genteknologi. Kulturelle forskjeller og ulike tradisjoner mellom nasjoner, fører til at hvert land må gjennomføre sin forskning for å følge med hvordan denne nye genteknologien virker på befolkningen.

Hvorfor er det behov for genetiske veiledere?

Etterspørselen etter og behovet for genetisk veiledning vil antakelig bare øke på i årene som kommer. Utviklingen innen molekylær medisin har gjort det

mulig å diagnostisere et økende antall arvelige sykdommer i laboratoriet, slik som arvelige former for kreft, diabetes og hjerterytmeforstyrrelser. Mange av disse gentestene vil være prediktive. Det vil si at testen forutsier / predikerer noe om en persons framtidige risiko for å bli syk. Informasjonsbehovet om testene forut for en eventuell prøvetaking og hjelp til å forstå resultatene og konsekvensene av testene, er stort.

Hva skiller genetisk veiledning fra annen klinisk virksomhet i helsevesenet?

Det er i alle fall to forhold som må framholdes. For det første har en ikke bare med én pasient å gjøre, ofte er en hel familie involvert. For det andre stilles det ofte en potensiell diagnose / risiko for en sykdom i fremtiden.

La oss først se på det første forholdet. Når en pasient får et dårlig svar fra en helseundersøkelse blir så å si alltid familien emosjonelt berørt. Årsaken til at familieperspektivet trer ekstra frem i genetisk veiledning, er at et gentestsvaret også kan endre risikoen for den nære biologiske familien. Dersom vi påviser en genfeil (mutasjon) i et BRCA1-genet hos en mor, har hennes barn 50 prosent risiko for å ha arvet det samme muterte genet, noe som igjen gir døtre høy livstidsrisiko for å utvikle bryst- og eller

eggstokkreft. Når en arbeider med en familie må en ivareta de forskjellige behov, ønsker og målsettinger til de ulike familiemedlemmer. Videre må en vite hvordan en skal håndtere situasjonen som oppstår når ønskene til enkeltindivider ikke kan innfries samtidig. Psykologiske fenomen som overlevelses-skyld (survivors guilt), viser til den skyldfølelse som personer som har blitt «frikjent» fra familiens genfeil kan oppleve i etterkant av en gentest. Dette

«Ikke alle ønsker å vite.»

må tas opp med familien i forkant av gentesting, for å redusere de negative konsekvensene så godt som mulig. Et annet familierelatert fenomen, er når familien har «pekt ut» neste person som blir syk. Denne «utpekningen» bygger på mer eller mindre ren gjetning eller overtro. «Preselection» kaller Kessler (2000) dette fenomenet, og er noe en må ta hensyn til og eventuelt «avlære» før gentesting settes i gang. Å møte det enkelte familiemedlem med et individuelt tilpasset opplegg er nødvendig.

Det andre forholdet som er karakteristisk for genetisk utredning og veiledning er at pasienten ikke nødvendigvis får stilt en diagnose her og nå, men at han eller hun kan få en risiko for en fremtidig sykdom. Ikke alle ønsker å vite, og tidspunkt for når man vil vite, vil variere. I hvilken grad hel-sevesenet makter å ivareta personenes behov for oppfølging etter prediktiv test, er også en relevant problemstilling.

Oppfatningen (persepsjon) av risiko er et sentralt begrep i genetisk veiledning. Det foreligger en rekke ulike definisjoner av begrepet risiko. De fleste av disse definisjonene har «usikkerhet» og «alvorlig-hetsgrad» med som viktige komponenter (Slovic 2000). Det foreligger en del forskningsrapporter som omhandler hvordan pasienter opplever det å få et risikoestimat for en gitt sykdom. Resultatene fra dette forskningsfeltet er ganske entydige; det er vanskelig å forholde seg til en potensiell sykdom i fremtiden. Risiko er et begrep som ikke kan stå alene, det er påvirket av det liv en har levd og de erfaringene en har gjort seg.

Ved presentasjon av individuelle risikotall for fremtidig sykdom, er det alltid en fare for at pasien-ten føler at hun/han har fått en diagnose og faktisk allerede er syk. Dette kan få store konsekvenser i livene deres, for viktige valg (yrkesvalg, valg om å få barn med flere) og planlegging av alderdom.

Det foreligger her en reell fare for sykeliggjøring av friske personer. For eksempel når en person får påvist en genfeil som disponerer for Porfyri, har vedkommende i visse tilfeller vel 20 prosent risiko for å bli syk i løpet av livet. I 80 prosent av tilfellene vil disse individene altså ikke bli syke. Likevel kan det tenkes at hovedfokus er på den langt mindre sjansen det er for sykdom. Når en person har fått påvist en genfeil i forbindelse med en prediktiv eller presymptomatisk test, legges det i genetisk veiledning stor vekt på at pasienten skal oppleve seg som frisk, inntil det motsatte er påvist.

Mange av valgene knyttet til genetisk veiledning er både av eksistensiell og irreversibel karakter. For eksempel risikoreducerende operasjoner av friske organ (bryst, eggstokker ved påvist genfeil i BRCA 1 genene hos kvinner). Klinisk erfaring viser at veiledning før- under- og etter genetiske undersøkelser ved slike problemstillinger er nødvendig. Vi ønsker også å understreke at skadepotensialet er betydelig og konsekvensene av de ulike valgene dyptgripende i den enkelte pasients liv. Pasientene våre skal ivare-tas gjennom vanskelige valg situasjoner.

Når er det indikasjon for genetisk veiledning?

Medisinsk bruk av bioteknologi og genetisk veiledning reguleres i «Lov om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m. (bioteknologiloven). (2003-12-05)». Kapittel 5 i denne loven regulerer fødte individer og er det kapitelet vi først og fremst forholder oss til når det gjelder veiledning for arvelig kreft. Denne loven sikrer våre brukere av prediktive gentester gode informasjonsrettigheter. En prediktiv gentest, vil som nevnt, forutsi eller predikere noe om en fremtidig risiko for å bli syk.

I dag behandles alle prediktive og presymptomatiske gentester likt i bioteknologiloven med et krav om genetisk veiledning før under og etter gentesten. Modellen for dette veiledningskravet var erfaringer med den meget alvorlige Huntingtons sykdom, hvor en ennå ikke har kurativ behandling.

Veiledningskravet nedfelt i §5.5 i bioteknologi-loven har fungert godt for prediktive gentester av alvorlige tilstander med høy penetrans (de fleste med genfeilen utvikler sykdommen). Redusert penetrans betyr enkelt sagt at ikke alle som har en genfeil blir syke, jmf. eksempelet med Porfyri over. Kravet om omfattende genetisk veiledning før, under og etter en prediktiv gentest (§5.5) har sikret pasien-ter gode veiledningsrettigheter og synes å være en fornuftig linje å følge for fremtidig veiledning

av tilsvarende tilstander. I loven legges det opp til at det er pasientens behov som skal styre veiledningsprosessen. Hvor mange veiledninger det er behov for vil variere fra person til person. Dagens takstsystem tar imidlertid ikke de samme hensyn. Det betyr at mange trenger flere, lengre og oftere veiledningssamtaler enn det som dekkes gjennom dagens takstsystem. Det stadige kravet om inntjening vi har i helsevesenet, kan således komme i konflikt med intensjonene i loven.

Oppsummering

Den økende etterspørselen etter informasjon og veiledning, gjør det nødvendig at det stadig arbeides med hvordan vi kan oppnå flest mulig av målene for genetisk veiledning med de til enhver tid tilgjengelige ressurser. For å møte nye utfordringer med et stadig økende tilbud gentester, må

genetisk veiledning, dens definisjoner og virkeområde, gjennomgås grundig. Dagens erfaringer bygger på behov hos personer som i stor grad selv har oppsøkt genetisk veiledning. Det er ikke usannsynlig at behovene hos morgendagens pasienter kan vise seg å være annerledes enn dagen pasienter. Et utvidet tilbud om gentester, må derfor også innbefatte tilbud om nødvendig oppfølging i testprosessen, og ikke minst etter at svar foreligger. Å hjelpe pasienten til å lære å leve med risiko for alvorlig sykdom er en nødvendig del av helsevesenets tilbud. ■

Litteratur:

NOU 1999: 20 «Å vite eller ikke vite – Gentester ved arvelig kreft» Sosial og helsedepartementet 27 mai 1999.

S. Kessler edtir by R. G.Resta "Psyche end Helics «Psychological aspects of genetic counselling».

Slovic P. (2000) The perception of risk. London: Earthscan Publications Ltd.

Lov om humanmedisinsk bruk av bioteknologi med mer. 2003-05-12

Bioteknologiloven) <http://www.lovdatab.no>

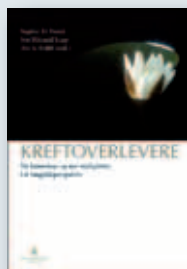
Aktuell medisin



Kreft og alternativ behandling

Boken beskriver ulike former for alternativ og komplementær behandling av kreftsykdommer.

Terje Risberg (red.)
2010 | 312 sider
ISBN: 978-82-05-39520-6
Pris: 345,-



Kreftoverlevende - ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv

Dette er en bok som formidler det vi vet om livet som kreftoverlever.

Sophie D. Fosså, Jon Håvard Loge,
Alv A. Dahl (red.)
2009 | 200 sider
ISBN: 978-82-05-39204-5
Pris: 345,-



Kreftsykdommer - En basisbok for helsepersonell

Dette er en basisbok om kreftsykdommer, som nå foreligger i 3. utgave og er faglig oppdatert innen alle sentrale områder.

Rolf Kåresen, Erik Wist (red.)
2009 | 448 sider
ISBN: 978-82-05-38485-9
Pris: 615,-

PASIENTVENN I OSLO. I 1948 tok Norges Røde Kors initiativet til opplæring av pasientvenner, frivillige som kunne gå på besøk til ensomme på sykehus eller i hjemmene. Ordningen ble satt ut i livet i 1949. Her en kvinnelig pasientvenn som besøker en gammel dame. Den gamle kvinnen ligger til sengs, godt påkledd med blant annet skaut. Bildet er tatt i mars 1952.

Også i dag organiserer Røde Kors besøksvenner. Folk som vil bli besøksvenn får tilbud om kurs i blant annet omsorgsarbeid og førstehjelp. Rundt om i landet er besøksvennene til hjelp og støtte for blant andre ensomme, syke, eldre og innvandrere.

Kilde: Scanpix og Røde Kors





Aktuelle bøker



Tekst Johan Alvik Omslagsfoto Forlagene

BOKOMTALE



Å leve med ME

De sykeste pasientene ligger i lyd- og lysisolerte rom, med masker for øynene, helt flatt i en seng de aldri er ute av, og de tåler knapt å snus i sengen. Flere av dem ernæres gjennom en sonde i nesen. Mange av dem er ungdommer eller unge voksne, og en stor andel av de sykeste pasientene pleies av sine pårørende.

Jørgen Jelstad tar oss med inn i mange av disse hjemmene, der flertallet opplever at de blir mistrodd på grunn av en psykiatisering av tilstanden. Samtidig skriver han fra norsk og internasjonalt forskningsmiljø. Forfatteren har selv en ME-syk mor.

De bortgjemte, Cappelen Damm

BOKOMTALE



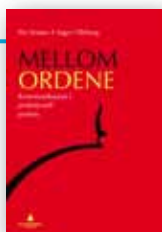
Fokus på mulighetene

I de senere år har det skjedd en gradvis endring av ideologien og tenkningen om barn og unge med ulike funksjonsnedsettelse. I denne boken dreies søkelyset fra funksjonsnedsettelsen og begrensningene den kan bidra til, over mot muligheter, positiv psykologi og mestring. Forfatterne beskriver hvilken betydning barnets og familiens egen deltakelse og medvirkning har for habiliteringen.

Barn og unge med funksjonsnedsettelse, og deres familier, kan leve gode liv preget av mestring og deltakelse. Forfatterne viser gjennom beskrivelser, fakta, dokumentasjon og empiri hvordan man kan få til det.

Habilitering av barn og unge, Universitetsforlaget

BOKOMTALE



Profesjonell samtale

Hvordan kan vi forstå kommunikasjon mellom mennesker? Kan kunnskap om kommunikasjon bidra til å forbedre profesjonell praksis?

Mellom ordene handler om møtene mellom profesjonsutøvere og brukere av tjenester. En fellesnevner for å utvikle en profesjonell praksis er å utvikle gode relasjoner og å snakke med mennesker på gode og hjelpsomme måter. I dette profesjonelle arbeidet står samtalen sentralt; samtaler med brukere, klienter og pasienter, samtaler med barn og deres foresatte og samtaler mellom fagfolk og kollegaer.

Mellom ordene, Gyldendal

BOKOMTALE



Skriver om sin far

Dette er historien om Svein Mathisen, som døde av kreft 27. januar 2011. Svein «Matta» Mathisen var en kjent fotballspiller. Han ledet Start inn i en gullalder på slutten av 1970-tallet. Etter karrieren ble han journalist, fotballkommentator og Start-leder. Helt til det siste skrev Start-spilleren om sin kamp mot kreften. Sønnen, Jesper, selv eliteseriespiller på Start, har fullført farens bok. Et lite utdrag av det faren skrev:

«Jeg våkner fremdeles i drømme, midt i fotballkamper. Jeg prøver fortvilet å sovne igjen for å fullføre kampen. Selvfølgelig driblet jeg alle. I drømme. Når jeg våkner, er jeg 58 og har kreft».

Pappas siste kamp, Gyldendal

«De nyttigste bøkene er de som tvinger leseren til å tenke videre.»

Voltaire

BOKOMTALE



Meningen med arbeid

Arbeidet utgjør en stor del av vår identitet. Men hva skjer hvis arbeidslivet skuffer oss? Og hva skjer når våre forventninger faktisk oppfylles? Er det en sjanse for at vi ignorerer det i livet som er langt viktigere enn jobben?

Filosofen Lars Fr. H. Svendsen utforsker meningen med arbeid i Arbeidets filosofi. Arbeidslivet har endret seg enormt på kort tid, og vi må finne oss til rette i det på ny, hevder Svendsen. Han maner til forsiktighet i forhold til å skru forventningene til arbeidet for høyt opp, og advarer samtidig mot forestillingen om lykke som frihet fra arbeid. Selv om vi av og til er lei av jobben, ville mange bli desperate uten de rammer og det sosiale nettverk arbeidet bringer inn i livet vårt.

Arbeidets filosofi, Universitetsforlaget

BOKOMTALE



En god latter

Humoren sitter løst i sykehuskorridorene. Morten Oksvold har samlet gullkorn fra pasientjournalene i tillegg til lattervekkende uttalelser fra legestudenter, bisarre besvarelser fra professorer og til slutt noen morsomme kommentarer fra pasientene selv. Dette er Oksvolds andre gullkorn-bok.

Flere gullkorn fra pasientjournalen, Gyldendal

BOKOMTALE



Rammet av kreft

Våren 2006 merket Mette Grøholdt de første symptomene på det som skulle vise seg å være livmorkreft. Hun var 42 år, hadde mann og tre barn og en krevende jobb. Da kreften rammet, både en, to og tre ganger, ble livet snudd på hodet for Mette Grøholdt og hennes nærmeste. Vi følger henne fra den første anelse og fornektelse, gjennom dager med håp og fortvilelse, smerte og kamp, til aksept og forsoning med en ny tilværelse som overlever.

Grøholdt setter ord på en tilstand mellom syk og frisk – en tilstand der man har gjennomlevd alvorlig sykdom, men må innse at livet aldri blir helt som før.

Berørt - En overlevers beretning, Gyldendal

nyre kreft .no

En helt ny kunnskapsportal om nyrekreft

 NOVARTIS
ONCOLOGY

ID:004/004/01/2010 - 001/070



TARGINIQ
oksykodon/nalokson

A TARGINIQ «mundipharma» Analgetikum ved sterke smerter.

ATC-nr.: N02AA55

DEPOTTABLETTER 5 mg/2,5 mg, 10 mg/5 mg,

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

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

Dosering: Tilpasses smertintensitet og pasientens følsomhet. Voksne: Den analgetiske effekten er ekvivalent med depotformuleringer av oksykodon. Vanlig startdose ved første gangs bruk av opioider er 10 mg/5 mg hver 12. time. Pasienter som allerede får opioider kan starte med en høyere dose, avhengig av tidligere erfaring med opioider. 5 mg/2,5 mg er tiltenkt dosertitrering 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 sjettedel av den ekvivalente døgndosen av oksykodonhydroklorid. Behov for akuttmedisin > 2 ganger daglig er vanligvis en indikasjon på at dosen bør økes. Doseøkning bør foretas hver eller annen 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 smertemønstret være gunstig. Skal ikke brukes lengre enn absolutt nødvendig. Behov for langtids smertebehandling krever grundig og regelmessig vurdering. Når pasienten ikke lenger har behov for opioidbehandling anbefales det at dosen nedtrappes gradvis. Tablettene skal svelges hele og ikke deles, tygges eller knuses, da dette medfører raskere frisetting av virkestoffene og absorpsjon av en potensielt dødelig oksykodonose. 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 hyperkapni, alvorlig kronisk obstruktiv lungesykdom, cor pulmonale, akutt alvorlig bronkialastma, ikke-opioidindusert paralytisk ileus, moderat til alvorlig nedsatt leverfunksjon.

⚠ **Forsiktighetsregler:** Ikke egnet til behandling av abstinenssymptomer. Ved parenteralt, intranasalt eller oralt misbruk hos individer som er avhengige av opioidagonister, som heroin, morfin eller metadon, forventes uttalte abstinenssymptomer, pga. av naloksons opioidreseptorantagonistegenskaper. Ethvert misbruk hos stoffmisbrukere frarådes på det sterkeste. 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, myoksdem, hypotyreose, Addisons 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 medisiner og pasientens tilstand, er nøyaktig tid for oppstart av postoperativ behandling avhengig av en grundig individuell nytte-risikovurdering. Den tomme tablettmatriksen 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, sove medisiner, fentiaziner, antipsykotika, antihistaminer og antiemetika] kan gi økt CNS-hemmende effekt [f.eks. respirasjonsdepresjon]. Klinisk relevante endringer i INR kan forekomme ved samtidig bruk av kumarinantikoagulantia. [I: 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. Hjerte/kar: Blodtrykksfall. Hud: Kløe, hudreaksjoner, svinging. Luftveier: Rhinoré, gjesping. Muskel-skjelettsystemet: Muskelspasmer, muskelrynning, myalgi. Neurologiske: Hodepine, sedasjon, tremor. Psykiske: Angst, rastløshet. Stoffskifte/ernæring: Nedsatt/tap av appetitt. Øre: Vertigo. Øvrige: Abstinenssyndrom, kulde- og varmfølelse, frysninger, astenitilstander. **Mindre vanlige [≥ 1/1000 til < 1/100]:** Hjerte/kar: Angina pectoris ved koronarsykdom i anamnesen, palpitasjoner, blodtrykksøkning. Immunsystemet: Overfølsomhet. Kjønnsganer/bryst: Erektile dysfunksjon. Luftveier: Dyspné. Neurologiske: Oppmerksomhetsforstyrrelser, parestesi, taleforstyrrelser. Psykiske: Unormal tankegang, forvirring, depresjon, hallusinasjoner. Øye: Synsforstyrrelser. Øvrige: Bryst smerter, søvnløshet, sykdomsfølelse, perifert 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 søvnighet til nedsatt bevissthetsnivå], svimmelhet, hodepine. **Vanlige [≥ 1/100 til < 1/10]:** Gastrointestinale: Hikke, dyspepsi. Luftveier: Dyspné. Neurologiske: Synkope, parestesi. Nyre/urinveier: Urinretensjon, dysuri, akutt vannlatingsbehov. Psykiske: Endret stemningsteie 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. Hjerte/kar: Takykardi, vasodila-

tasjon. Lever/galle: Galleveiskolikk. Luftveier: Dysfoni, hoste. Neurologiske: Migrene, dysgeusi, hypertoni, ufrivillige muskelsammentrekninger, hypoestesi, koordinasjonsforstyrrelser. Psykiske: Persepsjonsforstyrrelser [f.eks. hallusinasjon, derealisasjon], nedsatt libido. Øre: Nedsatt hørsel. Øvrige: Smerter, ødem. **Sjeldne [≥ 1/10 000 til < 1/1000]:** Gastrointestinale: Melena, tannsykdom, tannkjøttblødning, dysfagi. Hud: Tørr hud. Infeksiøse: 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: Anafylaktisk reaksjon. Lever/galle: Økte leverenzymmer. Luftveier: Respirasjonsdepresjon, bronkialsmerter, undertrykket hosterefleks. Øye: Miose. Øvrige: Legemiddeltoleranse, spasmer i glatt muskulatur.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Oksykodon kan gi miøse, respirasjonsdepresjon, søvnighet 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, karkanstrerende midler og infusjon] ved behov, for å håndtere sirkulatorisk sjokk. Hjertestans eller arytmier kan kreve hjertemassasje eller defibrillering. Se Giftinformasjonens anbefalinger for oksykodon N02A A05 side d.

Egenskaper: Klassifisering: Naturlig opiumsalkaloid kombinert med opioidreseptorantagonist. **Virkningsmekanisme:** Oksykodon og nalokson har affinitet til opioide kappa-, my- og deltareseptorer i hjernen, ryggmarg og perifere organer [f.eks. tarm]. Opioidreseptorantagonist oksykodon gir smertelindring ved binding til endogene opioidreseptorer i CNS. Nalokson er en ren antagonist som virker på alle tytte opioidreseptorer. Grunnet uttalt «first pass»-metabolisme eller oral administrering er en klinisk relevant systemisk effekt av nalokson lite sannsynlig. Ved lokal kompetitiv antagonisme av den opioidreseptormedierte 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.

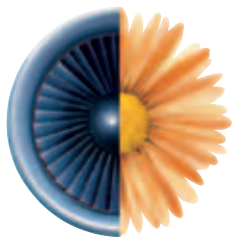
Vilkår 194: Refusjon ytes kun til pasienter som først har benyttet langtidsvirkende opioid med tilstrekkelige mengder av forebyggende laksantia, og som fortsatt har opioidindusert forstoppelse.

Referanse 1:

Preparatomtale TARGINIQ®



Mundipharma AS • Vollsveien 13c • 1366 Lysaker • Telefon: 67 51 89 00 • Telefaks: 67 51 89 01 • www.mundipharma.no



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.

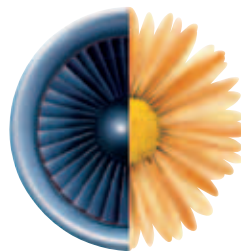


28-63% LAVERE PRISER

Dette er TARGINIQ[®]

- Et opioid mot sterke smerter som kun kan behandles tilfredsstillende med opioide analgetika¹
- Nalokson er tilsatt for å forhindre opioidindusert obstipasjon ved å blokkere oksykodons virkning lokalt i tarmen¹

EFFEKTIV MOT STERKE SMERTER



forhindrer opioidindusert
obstipasjon

www.targiniq.no



Finn siste nytt på

På Helsebiblioteket.no finner du fagstoff om kreft, enten du trenger raske svar på kliniske spørsmål eller å fordype deg i fagstoff.

Tekst Ingunn Mikes Brendryen og Anne Hilde Røsvik Foto Colourbox

Helsebiblioteket.no er et helelektronisk nettbibliotek uten hyl-ler, bøker og åpningstider. Du kan selv, når du måtte ønske, gå inn på nettsiden for å slå opp i oppslagsverk, søke i databaser eller lese en artikkel i et tidsskrift.

Gratis

Nettstedet, som driftes i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, er offentlig finansiert og alle ressursene er derfor gratis. Visjonen bak Helsebiblioteket.no er at ressursene skal være med på å heve kvaliteten på helsetjenestene ved å tilby helsepersonell fri tilgang til nyttig og pålitelig kunnskap. Uansett hvor i landet du jobber, eller hva du jobber med, skal kunnskapen befinne seg kun noen få tastetrykk unna. Alt du trenger er en datamaskin med Internett-tilknytning.

Enkel tilgang

Mange av ressursene som finnes på Helsebiblioteket.no er tilgjengelige for hele den norske befolkningen. Det betyr at så lenge du sitter ved en pc med norsk IP-adresse vil du automatisk få tilgang til mye av det nettstedet har å by på uten pålogging. For eksempel vil alle i Norge ha direkte tilgang til de internasjonalt anerkjente

oppslagsverkene BMJ Best Practice og UpToDate, legemiddeldatabasen Lexicomp med Martindale og de generelle medisinske tidsskriftene BMJ, JAMA, The Lancet, The New England Journal of Medicine og Annals of Internal Medicine.

Noen av ressursene må du logge deg på for å kunne bruke. Dersom du befinner deg på en større institusjon er du antageligvis automatisk pålogget. Men du kan også logge deg på hjemmefra eller fra hvilket som helst annet sted i landet. Klikk på «Logg inn» helt øverst til høyre på siden og logg deg på med brukernavn og passord. Dersom du ikke har en brukerprofil, kan du klikke på lenken «Ny bruker» og registrere deg.

Oversikt over ressursene

Helsebiblioteket.no kjøper inn og formidler ressurser som skal passe for de varierende informasjonsbehovene helsepersonell har. De ulike ressursene får du direkte tilgang til via forsiden. I margen til venstre finner du i tillegg en rekke emneinnganger. Her har vi samlet ressurser som Helsebiblioteket kan tilby innen enkeltemner. Det er laget en egen emneinngang for kreft, og her finner du blant annet: **Oppslagsverk og anbefalinger**
Når du trenger raske svar på konkrete

WWW.HELSEBIBLIOTEKET.NO

- Etablert i juni 2006.
- Offentlig finansiert nettsted for helsepersonell.
- Ansvarlig redaktør: Professor dr.med. Magne Nylenna

Gir gratis tilgang til oppdatert fagkunnskap:

- Oppslagsverk prosedyrer
- Retningslinjer
- Oppsummert forskning
- Databaser
- Pasientinformasjon

spørsmål, er de kliniske oppslagsverkene ditt fremste hjelpemiddel. I det pasientene dine allerede venter, er det ikke aktuelt å pløye seg gjennom lange, omfattende artikler med forskningsresultater. Derfor omtales også kliniske oppslagsverk som «point-of-care tools» – verktøy til bruk i pasientmøtet. Oppslagsverkene inneholder kortfattet, oppsummert kunnskap som bygger på resultater av store mengder forskning, og du får raske svar på spørsmål om tilstander, symptomer og behandling.

I retningslinjebasen finner vi norske anbefalinger. Her får du tilgang til en rekke norske kliniske retningslinjer som gir anbefalinger for forebygging,

nett



INFORMASJON: Kunnskapen du trenger kan være bare noen tastetrykk unna.

diagnostikk og behandling innen de mest sentrale fagfeltene.

Norske anbefalinger for diagnostikk og behandling

En rekke norske fagmiljø, som Norsk Gastro Intestinal Cancer Gruppe, Norsk Melanom Gruppe og Norsk Bryst Cancer Gruppe, utvikler anbefalinger for diagnostikk og behandling av kreft. Alle retningslinjene er lenket opp i Helsebibliotekets retningslinjesamling.

Helsedirektoratet har ved hjelp av sentrale onkologiske fagmiljø utviklet ti nasjonale handlingsprogram med retningslinjer. Seks av disse har Helsebiblioteket gjort om til nettbaserte oppslagsverk:

- Palliasjon
- Prostatakreft
- Lymfomer
- Tynnntarmskreft
- Tykktarm- og endetarmskreft
- Testikkelkreft

I de nasjonale handlingsprogrammene er det ofte både generell informasjon om sykdommen, retningslinjer for utredning, behandling og rehabilitering.

Handlingsprogram for palliasjon

I handlingsprogrammet for palliasjon finner du for eksempel informasjon

om hvordan du skal kommunisere dårlige nyheter ved hjelp av SPIKES-protokollen: setting, perception, invitation, knowledge, empathy and summary, samt andre emner som ivaretagelse av ernæringsstatus og den døende pasienten. I tillegg finner du også behandlingsstrategi for vanlige plager som smerter, munntørrehet, kvalme og obstipasjon.

Handlingsprogrammet beskriver også kravene til sykehus og institusjoner som har ansvar for palliative pasienter, for eksempel palliativ enhet i sykehjem, sykestue eller distriktmedisinsk senter, og inneholder beskrivelse av kompetansekrav til sykepleiere og de andre faggruppene som er involvert i behandlingen.

Legemiddellinformasjon

For praktisk veiledning i bruk av medikamenter mot kreft i klinikken er Cytostatikaboken et flott hjelpemiddel. I tillegg formidler Helsebiblioteket Lexicomp med Martindale, som er en internasjonal legemiddeldatabase med preparatomtaler og som oppdateres daglig. Den inneholder også King Guide som hjelper deg til å se hva du kan gi i samme slange eller blanding i intravenøs behandling. Nasjonalt register for medikamentell kreftbehandling i Oncoclex inneholder

mer enn 600 kurer. Her kan du melde inn kurer, laste ned arbeidsskjema og finne de mest vanlige kurdefinisjoner.

Prosedyrer, illustrasjoner og videoer

Lurer du på hvordan en undersøkelse bør utføres, har Oncoclex prosedyrer som beskriver hvilket utstyr som trengs, fremgangsmåten, illustrasjoner og prosedyrevideoer.

Internasjonale råd

Det er ikke alle krefttyper og spørsmål rundt kreftsykdom som det er laget norske anbefalinger til. Da er det spesielt nyttig å ha tilgang til Best Practice og UpToDate.

Best Practice inneholder 68 hovedkapitler om ulike typer kreft hos voksne og barn.

UpToDate inneholder omfattende informasjon om de aller fleste krefttyper. Oppslagsverket har gode illustrasjoner som kan være til hjelp i diagnostikk og behandling av kreft. Du kan finne pasientinformasjon på engelsk for de fleste diagnoser, både basalinformasjon om diagnostikk, behandling, vanlige problemer for kreftpasienter og mer dyptgående pasientinformasjon.

Norsk pasientinformasjon

Under emneinnang for kreft på Helsebiblioteket finnes lenker til pasient

informasjon. Kreftforeningen og Oncolex har utarbeidet mest utfyllende pasientinformasjon om forebygging, utredning, behandling og det å leve med kreftsykdom.

Under pasientinformasjon er det også en lenke til Kreftforeningens videoer. Her finnes for eksempel filmer om brystkreft og mammografi på både norsk, somali og urdu. Du kan høre historiene til Eva-Mari som fikk kreft da hun var 13 år, Ole, Rolf og Terje som alle har fått stilt diagnosen prostatakreft og mange andre historier og filmer med gode råd. Disse kan være fine å vise pasienten, og de kan også se på filmene når de kommer hjem.

Andre lenker på emneinnang for kreft som kan være nyttige for pasientene er

- Pasientforeningene for kreftsyke
- Kreftregisteret
- Pasientinformasjon - Oslo universitetssykehus HF

Fordypning

Trenger du utfyllende stoff om kreftforskning til oppgaveskriving, foredrag eller for å lage en prosedyre? På Helsebiblioteket finner du også systematiske kunnskapsoversikter, hvor forskere søker opp og samler inn alle studier og artikler de kan finne innen gitte emner, kvalitetsvurderer det de finner og oppsummerer funnene.

En kilde som tilbyr slike oversikter og rapporter er Cochrane Library, som Helsebiblioteket kjøper nasjonal tilgang til. Cochrane Library har over 360 systematiske oppsummeringer om kreft. I Norge produseres systematiske oversikter av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Tidsskriftet Evidence-based nursing (BMJ) har flere oversiktsartikler som handler om genetisk kreft og kommunikasjon med pasienten. En av ti pasienter som blir diagnostisert med brystkreft har mutasjoner i BRCA1/

BRCA2. I studien «Impact of the genetic screening revolution: understanding and meeting the needs of previvors with a known family mutation in BRCA/BRCA2» (1), blir kommunikasjon med dem som er arvelig disponert for kreft diskutert. Tidsskriftet har også studier om andre typer arvelig kreft.

Følg med på det nyeste

Når du skal sette deg inn i det aller nyeste som produseres innen faget ditt, er det tidsskriftsartikler som gjelder. På Helsebiblioteket finner du en tidsskriftsbase med rundt 3000 tidsskrifter i fulltekst.

Dersom du ønsker å lese tidsskriftartikler om en spesifikk problemstilling men ikke har noen konkrete referanser, er det referansedatabasene du bør søke i. Her kan du finne referanser – det vil si opplysninger om – og sammendrag av artikler. Noen ganger ønsker en imidlertid gjerne å lese hele artikkelen i fulltekst også. Ett tips er da å bruke basen PubMed. Der får du direkte fullteksttilgang til de av artiklene som er å finne i de tidsskriftene som Helsebiblioteket abonnerer på. Husk å bruke lenken «Pubmed – fulltekst» fra Helsebibliotekets forside, og se etter et fulltekstikon med Helsebibliotekets logo på.

Hver måned kommer ny utgave av The Lancet Oncology, og i både BMJ og JAMA kan du velge onkologi som et eget emne og dermed få de siste artiklene som er publisert innen fagfeltet. Disse tidsskriftene publiserer artikler om nye medikamenter og effekt av behandling, men også kvalitative studier og pasientintervjuer. Slike studier kan utfylle informasjonen som blir gitt i norske og internasjonale retningslinjer. For eksempel viser den helt nylig



OPPSLAGSVERK: Helsebiblioteket.no inneholder både nyheter og fordypningsartikler.

publiserte studien Men's experience of erectile dysfunction after treatment for colorectal cancer: qualitative interview study (2) at til forskjell fra pasienter med prostatakreft, så blir menn med kolorektalkreft ikke rutinemessig informert eller behandlet for erektil dysfunksjon. Ser vi på de norske retningslinjene for tykk- og endetarmskreft så er emnet kun nevnt i en bisetning, selv om menn som behandles for denne krefttypen oftest får problemer med erektil dysfunksjon. Dette er et eksempel på at en bivirkning av en behandling, som har stor konsekvens for pasientene, ikke blir omtalt i retningslinjene, men der gode tidsskriftsartikler likevel kan være en hjelp for at problemet ikke skal bli glemt i pasientmøtet.

Et annet eksempel på et relevant emne som nylig er diskutert i The New England Journal of Medicine, er artikkelen Breast-Cancer Screening (3), som oppsummerer hva statistikken viser og



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

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

JC-110309-1

hva anbefalingene i de ulike internasjonale retningslinjer er angående screening for brystkreft. Forfatteren av artikkelen har utarbeidet konklusjoner og anbefalinger om hvilke pasienter som bør anbefales screening og hvilken informasjon som bør gis til pasientene.

Andre spesialtidsskrifter

Spesialtidsskrifter innen kreft som du kan lese gratis om du logger deg på Helsebiblioteket er for eksempel European Journal of Cancer Prevention og American Journal of Clinical Oncology. Det finnes også egne tidsskrift spesielt for kreftsykepleiere i tidsskriftsdatabasen. Cancer nursing er et tidsskrift på høyeste vitenskapelige nivå (nivå 2) og du kan også lese Cancer Nursing Practice.

UpToDate

I tillegg til å følge med i de største tidsskriftene og spesialtidsskrifter for kreft kan du følge med på nyheter innen onkologi i UpToDate. De samler alle sine nyheter innen onkologi på en egen nettside som kalles What's new in oncology.

Har du spørsmål eller tips til Helsebiblioteket.no, kontakt gjerne redaksjonen: redaksjonen@helsebiblioteket.no. ■

Referanser

1. Mahon, SM (2011) Impact of the genetic screening revolution: understanding and meeting the needs of previvors with a known family mutation in BRCA1/BRCA2. Evid Based Nurs, 14, 126-127.
2. Dowsell, G., Ismail, T., Greenfield, S., Clifford, S., Hancock, B., Wilson S. (2011) Men's experience of erectile dysfunction after treatment for colorectal cancer: qualitative interview study. BMJ, 343, d5824.
3. Warner, E. (2011) Breast Cancer Screening. The New England Journal of Medicine, 365, 1025-1032.



Lokallagsledere i Forum for kreftsykepleie

Troms

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

Nordland avd. Bodø/Salten

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

Nordland avd. Helgeland

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

Sør-Trøndelag

Marte Volden
St. Olav Hospital, kreftavdelingen
Tlf. 95 04 61 21

Nord-Trøndelag

Björg Jenssen
Levangersykehus
bjorg.jenssen@c2l.net
Tlf. arb. 74 09 82 16/priv. 74 09 98 24

Møre og Romsdal, Sunnmøre

Tanja Yvonne Alme
Hjemmesykepleien Sula kommune
loevg@online.no

Møre og Romsdal avd. Kristiansund.

Laila Merethe Andersen
Medisinsk sengepost, Møre og Romsdal
helseforetak, Kristiansund
laila.andersen@neasonline.no
Tlf. 71 12 22 87

Hordaland

Grethe Skorpen Iversen
Sunniva klinikk for lindrende behandling
GretheSkorpen.Iversen@haraldsplass.no
Tlf. arb. 55 97 94 00

Sogn og Fjordane

Torill Tysse Sælen
Helse Førde HF, kreftpoliklinikk
torill.tysse.selen@helse-forde.no
Tlf. arb. 57 83 93 24/
priv. 57 82 26 67 og 99 20 50 57

Rogaland

Else Beth Baardsen
Eigersund kommune
else.beth.baardsen@eigersund.kommune.no
Tlf. arb. 51 46 42 80/mob. 93 45 28 64

Agder

Karin Mollestad Nilsen
Sørlandet sykehus,
Senter for kreftbehandling
karin.mollestad.nilsen@sshf.no
Tlf. arb. 38 14 66 25/priv. 38 01 57 53

Vestfold

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

Telemark

Nina Odberg
Sykehuset Telemark
nina.odberg@stmk.no
Tlf. 35 00 47 98

Buskerud

Dora Hafnor
Austjord behandlingssenter
dora.hafnor@ringerike.kommune.no
Tlf. 41 45 66 34

Oppland og Hedmark

Grethe Hvithammer
grhvit@hotmail.com
Tlf. 92 45 73 64

Oslo og Akershus

Ellen Sejersted
Lindrende enhet
Bråset bo- og omsorgssenter, Røyken
ellen_sejersted@hotmail.com
Mob. 98 81 38 70

Østfold

Asborg Dammen
Kreftkoordinator Moss kommune
Asborg.Dammen@moss.kommune.no
Tlf. arbeid 95078324 / privat 91566173

SIG-stamcelle-/ benmargstransplantasjon

Julia Vogel
Radiumhospitalet
julia.vogel@radiumhospitalet.no
Tlf. arb. 22 93 43 37/mob. 93405655

SIG-Barn og Ungdom

Britt Ingunn Sævig
Kreftforeningen
britt.ingunn.saevig@kreftforeningen.no
Tlf. 99 24 86 15

A INSTANLY «NYCOMED PHARMA» OPIOIDANALGETIKUM

T NESESPRAY, oppløsning 50 µg/dose, 100 µg/dose og 200 µg/dose: 1 ml inneholder: Fentanylisitat tilsv. fentanyl 500 µg, resp. 1000 µg og 2000 µg, natriumdihydrogenfosfatdihydrat, dinatriumfosfatdihydrat, nasetann, Indikasjon: Behandling av gjennombruddssmerter hos voksne som allerede får vedlikeholdsbehandling med opioider for kroniske cancersmerter. Gjennombruddssmerter er en kortvarig forverring av smerte som oppstår hver eller 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 gjennombruddssmerter episodene ikke overskrider 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 hypovolemi og skal derfor brukes med forsiktighet. Dersom tilbakevendende episoder med neseblødning eller ubehag i nesen forekommer, skal alternativt behandlingsform overveies. Toleranse og avhengighet kan utvikles ved gjentatt bruk. I tillegg avhengighet ved terapeutisk bruk er imidlertid sjelden ved behandling av kreftsmerte. Seponerings symptomer 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 melitranivir) 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_{max} (T_{max}) er doblet. Samtidig bruk av slimhinneavsvellende midler bør unngås. Samtidig bruk av andre CNS-depressiver, inkl. andre opioider, sedativa eller hypnotika, generelle anestetika, 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: NO2A B03 fentanyl) Graviditet/Amming: Overgang/placenta: Utilstrekkelige data ved bruk hos gravide. Skal ikke brukes under graviditet, hvis ikke strengt nødvendig. Overgang i morsmelk: Utskilles i morsmelk og kan forårsake sedasjon og respirasjonsdepresjon hos det diende barnet. Fentanyl skal bare brukes av ammende 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 (*1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Kvalme, brekninger. Hjerte/kar: Rødme, hetetokter. Hud: Hyperhidrose. Luftveier: Irritasjon i svelget. Neurologiske: Døsighet, svimmelhet, hodepine. Øre: Vertigo. Mindre vanlige (*1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Obstipasjon, stomattitt, munntørrhet. Hjerte/kar: Hypotensjon. Hud: Smerte i huden, pruritus. Luftveier: Respirasjonsdepresjon, epistaksis, sår i nesen, rhinoré. Neurologiske: Sedasjon, myoklonus, parestesi, dysestesi, dyseugsi. Psykiske: Avhengighet, insomni. Øre: Reisesyke. 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. Gjentakende injeksjoner kan være nødvendig. Se Giftinformasjons anbefalinger NO2A B03 side 4. Egenskaper: Klassifisering: Opioidanalgetikum. Fenylipepiderivat. Virkningsmekanisme: Interagerer primært med den opioide µ-reseptoren, som en ren agonist med lav affinitet for δ- og κ-opioid reseptorer. Absorpsjon: Fentanyl er i høy grad lipofilt. Absorberes svært raskt gjennom neselminhnen. Biotilgjengelighet er ca. 89 %. Maks. serumkonsentrasjon (0,35-1,2 ng/ml) nås ca. 12-15 minutter etter administrering av enkeltdose på 50-200 µg/dose til opioidtolerante pasienter. Proteinbinding: Ca. 80 %. Fordeling: Distribueres raskt til 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 % gjennifinnes i feces, primært som metabolitter. Pakninger og priser pr. 14.02.2011 (glassflaske m/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:

Refusjonsberettiget 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

Fordelene med intranasal administrasjon av fentanyl



- ▶ Rask absorpsjon gjennom slimhinnen i nesen^{1,2}
- ▶ Unngår førstepassasje metabolisme¹
- ▶ Lett å bruke^{1,2}
- ▶ Også for pasienter med munntørrehet

Landskonferansen

Forum for kreftsykepleie arrangerte den 15. landskonferansen i kreftsykepleie 6. – 8. oktober i Trondheim. I velkomsttalene ble det lagt vekt på at vi lever i et samfunn som er i endring.

Tekst: Jorun Haugslett Foto: Henrik Harboe

DAG 1: BEVEGELSE I NY TID

KRISTIN WOLDEN, leder i FKS hovedstyre, åpnet den 15. landskonferansen. Hun sa i sin tale:

Navnet på årets konferanse – Bevegelse i ny tid - både inspirerer oss og utfordrer oss. Ny teknologi, nye medisiner, nye rammebetingelser, nye måter å organisere og lede på. Aldri har endringstakten vært så stor i samfunnet vårt. Og svært mye av det som skjer er positivt. Likevel er det viktig at vi tar oss tid til å stille spørsmål ved endringene. Tar oss tid til å reflektere, tenke gjennom sentrale problemstillinger og ha faglige diskusjoner om hvordan endringene påvirker både oss og pasientene – og samspillet mellom oss.

HANNE MOE BJØRNBETH, leder for Helse- og velferdskomiteen i Trondheim kommune, ønsket velkommen på vegne av Trondheim kommune og bystyret. Hun sa i sin tale:

Dagens helsevesen er i bevegelse. Det skjer mye nytt. Samhandlingsreformen er grensesprengende. Helsetjenester skal desentraliseres, og fokuset skal være på forebygging og tidlig innsats.

Teknologien og medisinske fremskritt gjør at flere blir behandlet for sin kreftsykdom, og lever lenger. Det medfører økte behov i helsevesenet på alle plan. Vi kan si vi går inn i en «ny tid». Det skjer store endringer på kort tid. Målet med endringene er at det skal være positivt for brukerne. Politikerne og helsepersonell har ansvaret for at «ny tid» blir til det beste for de som trenger tilbudene. Vi bør alle ta oss tid til refleksjon for å justere kursen, og se hvordan endringen påvirker. Kreft er et omfattende fagfelt, og det forskes mye. Endringer merkes godt. Kreft berører mange i alle områder av samfunnet. Kreftsykepleiers betydning i denne sammenheng må løftes frem. Det vil være behov for kompetanseheving for kreftsykepleierne.

MARTHE WOLDEN, leder for arrangementskomiteen, ønsket velkommen til Trondheim på vegne av lokallagene. Bevegelse var stikk ord i hennes tale. Wolden trakk frem verdier og menneskeverd, som viktige begreper innen sykepleie.

PER FUGELLI, professor i sosialmedisin, holdt åpningsforedraget. Som

folkeopplyser og debattant har Fugelli i særlig grad vært et talerør for svake gruppers situasjon og synspunkter. Ikke bare i form av fordeling av makt og økonomiske goder, men også i forhold til å skape og dele verdier som trygghet, verdighet og frihet. På en direkte og til dels humoristisk måte delte han, sine tanker og erfaringer fra en spennende oppdagelsesreise som pasient med kreftsykdom.

I behandlingsperioden lengtet Fugelli etter: «En lege som er «min». Som har ansvar for meg, som har et helhetsbilde i forhold til min sykdom.» Det ville inngitt trygghet og tillit. I løpet av sykdomsperioden møtte han 37 forskjellige leger. Han kaller det «engangsleger». Legene rakk bare å stille rutinespørsmål og refererte blodprøvesvar.

Fugelli hadde fast sykepleier, som viste nærhet, brydde seg om og var brobygger, men han ville hatt begge deler. Pasienten trenger legen også. Legen har medisinsk makt, noe som er avgjørende for fundamentet for å oppleve trygghet og tillit.

Per Fugelli tok konferansedeltakerne med på sin refleksjon over hvorfor vi



SNAKKET OM ENDRINGER: Kristin Wolden framhevet i sin tale at vi må diskutere hvordan samfunnsendringer påvirker oss.



ØNSKET VELKOMMEN: Marthe Wolden var leder for arrangementskomiteen. Hun ønsket velkommen på vegne av lokallagene.



TEORI OG PRAKSIS: Marit Kirkevold foreleste om sammenhengen mellom teori og praksis i sykepleien.

– dag for dag

tåler døden dårlig i det postmoderne samfunn. Døden stiller nådeløse spørsmålsteget. Døden provoserer verdier vi bygger livet på i dag. Idealet er høyere, raskere, sterkere, mer effektivt, vinnere, prestasjonskultur og forakt for svakhet. Døden minner oss om det motsatte.

Hvordan forvalter helsetjenesten døden? Det sees for ofte feighet til å melde døden for pasienten og pårørende. Tiden går uten at det blir gitt ærlig melding. Mennesker skal ha eiendomsrett til døden, til den siste akten, den siste dansen. Klok lege- og sykepleiekunst er å la mennesker få tid til å forberede seg. Få tid til forsoningen.

MARIT KIRKEVOLD er professor ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag ved Universitetet i Oslo. Hun foreleste over temaet «Er personlig og kollektiv kompetanse avleggs i evidensens tidsalder?»

Kirkevold så på sammenheng mellom teori og praksis i sykepleien. Hun mener sykepleieren spiller en nøkkelrolle i forhold til å bringe vitenskapen ut i bruk hos pasienten. Det er et klart kunnskapshierarki, hvor mye sykepleieforskning forsvinner fra systematisk gjennomgang av forskning. Opplevelsesaspektet forsvinner, det vil si de kvalitative studiene forsvinner, sa Kirkevold videre. Et videre kunnskapssyn er det som er fakta innenfor tenkningen om evidensbasert kunnskap, i følge Marit Kirkevold. Det er nødvendig med kunnskaper om forekomst, årsaksforhold, diagnostikk, effekt av behandling



PERSONLIG: Per Fuggeli delte av sine erfaringer som pasient.

og prognose, men også erfaringsbasert kunnskap fra pasienter, pårørende og sykepleier er nødvendig kunnskap. Kunnskaper om erfaringer, opplevelser og holdninger.

Konklusjon: Kunnskapen må kunne overføres i praktisk bruk. Hva kan og hva bør gjøres? Hva er relevant for pasienten? Det er en sammenheng mellom offentlig og privat kunnskap i sykepleiefaget, avsluttet Marit Kirkevold, og viste til sykepleieforsker Kim HS fra 2010

BJØRN ALTERHAUG OG JON PÅL INDERBERG holdt siste forelesning først dag. Improvisasjon var hovedtemaet i deres foredrag, som var ispedd musikk og humor fra de to allsidige musikerne. Musikk har en kraft. Musikk kan være lindrende. «Improvisasjon betyr å endre,» sa Alterhaug. Mange ser på improvisasjon som en dårlig løsning. Mange arbeidsgivere er låst i sin struktur i løsning av oppgaver. Improvisasjon

er en god løsning når den er basert på kunnskap og erfaring. Relatert til kreftsykepleieryrket, kan det ofte være nødvendig å ta i bruk improvisasjon, men det må være basert på grundig kunnskap og bred erfaring.

Dagen ble avsluttet med «Sammen i bevegelse», en rusletur i Trondheim og konsert i Nidarosdomen.

DAG 2: SPENNENDE OG INSPIRERENDE

MICHAEL DE VIBE, lege og spesialist i allmenmedisin, innledet andre dag med sitt foredrag: «Oppmerksomt nærvær – balanse i livet og jobben». Michael de Vibe har utviklet metoder for oppmerksomhetstrening og stressmestring. Han har også arbeidet i flere år med kvalitetsutvikling av helsetjenester. «Pasientens opplevelser av kvalitet,» sier de Vibe, «blir til i møtet med helsepersonell. Det er der kvaliteten skapes. Helsearbeideren



JAZZMUSIKER: Bjørn Alterhaug er professor og musiker. Han underholdt og foreleste om improvisasjon.



SPILTE MED INNLEVELSE: Jon Pål Inderberg spilte nydelig på saxofon.



NÆRVER: Michael de Vibe snakket om oppmerksomt nærvær.

bruker seg selv. Hva jeg bringer inn, får betydning for hva pasienten opplever».

Nærver handler om balanse. Balanse mellom gjøren og væren. Fokuset i hverdagen er på gjøren. Hvordan kan vi ta vare på væren? Vi må øve på å holde på den indre oppmerksomheten, sier de Vibe. Å være fokusert og å være distraheret er en viktig balanse, i livet vårt, i jobben vår. Oppmerksomt nærvær eller tilstedeværelse, mindfulness, er ikke noe nytt. Det er gammel kunnskap. Sokrates var opptatt av det allerede 400 år før Kristus.

Oppmerksomhet er sentral i forhold til kropp og sinn. Nærver og livsglede er sterkt forbundet. Det er fem innganger til nærvær, sa de Vibe avslutningsvis av sitt foredrag. Det er kroppen, pusten, følelsesbevissthet, kreativitet og lek, og våkenhet i seg selv.

HANNE BRINGAGER, sykepleier og billedkunstner, og **RANDI SÆTHER**, sykepleier og kunsthåndverker, ga en spesiell forelesning om sykepleie til barn med kreftsykdom. Bringager og Sæther formidlet en forståelse av barnets og hele familiens situasjon gjennom sykdomsforløpet og sykehusopphold. De kom med mange gode beskrivelser fra møter med svært syke barn, om hvordan sykepleieren med konkrete tiltak kan bygge opp tilliten hos barnet og familien, og bidra til en følelse av mestring. De formidlet engasjert og godt balansert mellom alvor og skjemt, hvordan musikk, sang og lek kan skape livsglede, mot og håp i en hverdag som noen ganger kan være vond og vanskelig å være i.

TERJE RISBERG, innledet sin forelesning «Hvordan møter vi pasienter som velger å benytte alternativ eller supplerende behandling?» med definisjonen av

begrepene alternativ og komplementær behandling. Risberg er onkolog og professor ved Universitetssykehuset i Tromsø. Han har jobbet med pasienter med kreftsykdom i mer enn 20 år.

Med alternativ behandling menes helserelatert behandling som utøves utenfor helsetjenesten, og som ikke utøves av helsepersonell. Behandling som utøves i helsetjenesten eller av autorisert helsepersonell, omfattes likevel av begrepet alternativ behandling når det brukes metoder som i all vesentlighet anvendes utenfor helsetjenesten. Når pasienter bruker alternativ behandling i tillegg til behandlingen de får på sykehuset, kalles dette komplementær behandling.

Tilbudene er mange: vitaminer og mineraler, kosttilskudd, urter, akupunktur, soneterapi massasje, aromaterapi, hypnose, homøopati, tradisjonell kinesisk medisin og ulike kropp-og-sjel-metoder.

Med få unntak, er det ikke vist effekt av komplementær og alternativ behandling hos pasienter med kreftsykdom. For noen av de alternative behandlingmetodene er det dokumentert bivirkninger. Flere alternative behandlingstiltak kan gi uheldig interaksjon med medisinsk behandlingen for kreftsykdommen. Det er derfor viktig å få kunnskap om pasienten bruker alternativ eller komplementær behandling, og hva som brukes. Enkelte dietter kan være ekstreme, og svært vanskelige å gjennomføre.

Komplementær behandling som hypnose, avspenning og massasje, det å skape et «stille rom» eller et sted med mulighet til å gi liv til livet, kan være bra komplementært tilbud. Akupunktur sies å ha effekt. «Er det kun placebo,» spør Risberg. Videre stiller han spørsmålet: «Kan sterk tro bli et problem?» Om lag 20 prosent av amerikanerne tror på helbredelse ved bønn.

Dr. Risberg skiller mellom det han kaller det ondartede og det godartede innen komplementær og alternativ behandling. Han har et eksempel på ondartet alternativ behandling. En pasient dro til Mexico for å bli frisk. Behandlingen bestod i å ligge i en magnettrommel. Han døde blakk uten å få tatt farvel med familien.

Helsepersonell har en viktig rolle i å manøvrere og hjelpe pasienter og pårørende på en best mulig måte gjennom en stadig større jungel av tilbydere av alternative behandlingmetoder. En må sette seg inn i pasientens forståelse av sin situasjon og stille spørsmål om alternativ behandling. Gi balanserte, kunnskapsbaserte råd, og undersøke detaljene rundt de tiltak pasienten bruker, og undersøke eventuelle interaksjoner.

«Unngå diskusjoner med pasienten,» anbefaler Risberg. «Det er gitt at helsepersonell taper den diskusjonen. La pasienten selv vurdere og bestemme. Lytt aktivt til pasienten, men kom gjerne med motforestillinger. Det er viktig å oppsummere og dokumentere diskusjonen med pasienten og pårørende, og følge opp pasienten,» avsluttet Risberg.

ØYVIND DAHL er dr. philos i kulturkunnskap. «Forstå og bli forstått – flerkulturell kommunikasjon» var tittelen på hans forelesning. Dahl har selv fremmedkulturell oppvekst. Hans foreldre var misjonærer, så han vokste opp på Madagaskar, og kom til Norge som «hvit innvandre». Han så ut som en nordmann, men var det ikke i kultur og sinn.

Kulturer kommuniserer aldri, det er mennesker som kommuniserer, sa Dahl. Derfor blir bruken av begrepet interkulturell kommunikasjon en feil betegnelse. Det er meldinger som sendes, ikke meninger. Kommunikasjon er



KUNSTNERE: Hanne Bringager (til venstre) og Randi Sæther (til høyre) formidlet hvordan musikk og lek kan skape livsglede i en vanskelig hverdag.



ALTERNATIV BEHANDLING: Terje Risberg fortalte hvordan vi kan møte pasienter som vil bruke alternativ behandling.



å forhandle om meninger, ikke bare å sende dem. Øyvind Dahl tok deltakerne med på en spennende reise med begrepene «å forstå», «manglende forståelse» og «å misforstå». Hva vil det si å forstå? Hva er manglende forståelse og hva er misforståelse?

Hva vil det si å forstå? Dahl kom med følgende eksempel: «Et ord som brukes på Madagaskar er ordet maso. Kan dere forstå hva det betyr? Jeg vil anta at det gjør dere ikke. Dere forstår det ikke.» Neste eksempel var: «På engelsk brukes ordet eye. Jeg antar at dere alle forstår det».

Det siste eksemplet var som følger: «Hvis jeg nå forklarer at maso betyr øye på Madagaskar. Forstår du så hva det betyr? Jeg vil anta at nå kan dere som ikke forsto maso si at nå forstår dere hva ordet betyr. Hva er det som har skjedd inne i hodet, når dere i det ene øyeblikket sier at dere ikke forstår og i neste øyeblikk sier at du forstår? Svaret er selvfølgelig at dere har koblet det ukjente med noe som er kjent. Å forstå vil si å koble den andres tegn, ord, språk, kroppsspråk, handling, med et tilsvarende tegn fra ens egen erfaring/ forståelseshorisont. Forståelse er en form for forhandling: Hvilken mening skal tilskrives tegnet? Kontekst og erfaring kan gi en nøkkel til forståelse. For å forstå bruker vi tidligere kunnskap og erfaring og kobler de nye begrepene eller hendelsene til det vi kjenner fra før. På den måten kan vi utvide vår kunnskap og vårt erfaringsområde.

Hva er manglende forståelse? Manglende forståelse og misforståelse er ikke det samme. Manglende forståelse er når mottaker ikke kan koble det nye begrepet med noe som er kjent. Dahl ga deltakerne følgende eksempel. En person som nettopp er

kommet til Norge fra Somalia møter på ordet sankthansfest. Du kan forklare for nykommeren hva sankthansfest er, men du må sannsynligvis bruke mange ord og bilder for at vedkommende skal forstå. Det beste vil nok være å ta vedkommende med på en sankthansfest slik at hun selv får oppleve hva det er for noe.

Manglende forståelse oppstår når mottaker ikke kan koble innkommende tegn til lagret, kjent informasjon fordi vedkommende mangler informasjon eller referanse. Han/hun har ikke noe begrep å koble det ukjente til.

Hva er misforståelse? Misforståelse oppstår når du tror du forstår, men har koblet feil. Hva skal vi gjøre når vi forstår at vi ikke forstår? Dersom du forstår at du ikke forstår, oppstår «gylne øyeblikk!» «Be happy!» Det betyr nemlig at du kan få ny innsikt og forståelse. Da kan du spørre og grave og gjøre undersøkelser.

Fredag kveld var det duket til konferansemiddag.

Spenningen i salen var stor da nestleder Elin Bruland inntok talerstolen for å presentere den som fikk prisen Årets sykepleier i kreftomsorgen 2011. Bruland ga følgende karakteristikk av prisvinneren: Prisivinneren har eit spesielt engasjement for barn og unge. Mange har fått «den gode samtalen» med ho. Ho har blikket og den gode handa som må til for å gje hjelp og støtte. I samspelet med sine kollegaer blir ho beskrevet som fleksibel, kunnskapsrik, ein stor arbeidskapasitet, læremester og ein humørspreddar. Ikkje ein utfordring er for stor. Prisen «Årets sjukepleiar i kreftomsorgen for 2011» vert tildelt kreftsjukepleiar **IRENE HOVEN EDNA** ved Sykehuset Levanger.

DAG 3: INTERESSANTE INNSPILL OM SAMHANDLINGSREFORMEN

TORD DAHLE, politisk rådgiver, Helse- og sosialdepartementet, holdt første innlegg.

Vi trenger samhandlingsreformen, sa han. Endringer måtte foretas. Samhandlingsreformen munnet ut i Lov om folkehelsearbeid og Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, vedtatt 24.06. 2011.

Det er fire aspekter ved samhandlingsreformen. Det rettslige, det økonomisk, det faglige og det organisatoriske. **Rettslig.** Samhandlingsreformen er profesjonsnøytral. Omsorgen er beskrevet, ikke type stillinger eller fagprofesjoner. Kommunene har ansvaret for kommunale tjenester, eventuelt i et interkommunalt samarbeid. Kvaliteten på tjenestene skal etterspørres. Behandlingsretningslinjer, behandlingsforløp og tidsfrister beskrives. Det er helseforetakene sitt ansvar i samarbeid med kommunene å planlegge tjenestene. Målet med endringene er at det skal være positivt for brukerne.

Økonomisk. Kommunene betaler selv. Det blir kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten, og kommunene har ansvaret for utskrivningsklare pasienter fra dag én mot nå fra dag ti. Noen tjenester er fritatt for betaling, som blant annet fødsler. For tiden pålegges dette ansvaret fra dag ti. Intensjonen er at pasienten har det bedre hjemme i kommunene.

Faglig handler det om hvilke tjenester kommunene skal tilby.

Organisatorisk skal det føre til bedre samarbeid. Spesialisthelsetjenesten forplikter å være mer tilgjengelig.

Kommuneøkonomien vil avgjøre kompetansen i kommunen. Det er bevilget penger til kompetanseløft i

FLERKULTURELL KOMMUNIKASJON: Øyvind Dahl er oppvokst på Madagaskar. Han snakket om flerkulturell forståelse.



ÅRETS SYKEPLEIER: Irene Hoven Edna ble Årets sykepleier i kreftomsorgen.



POLITISK RÅDGIVER: Tord Dahle forklarte om forskjellige aspekter ved samhandlingsreformen.



OM REFORMEN: Overlege Stein Sundstrøm mener at vi trenger en styrking av primærhelsetjenesten.



NYTT STYRE: Fra venstre: Bente Aasheim, Signe Øverland, Ellen Rosseland Hansen, Mona Grytten, Lillian Rolfsen Grønsund, Synøve Revling Holm, Kristin Bergum, Marthe Wolden, Sissel Hynne Moås og Britt Ingunn Sævig. Åse Grøthe var ikke tilstede.

kommunehelsetjenesten. Intensjonen er at pasienten skal få samme behandling uavhengig av bosted.

STEIN SUNDSTRØM holdt neste innlegg. Han er overlege i onkologi ved Sykehuset Levanger.

Sundstrøm innledet med spørsmålet: Hvilke endringer blir det med samhandlingsreformen? På forsiden til St.meld. nr 47 Samhandlingsreformen står det som undertekst: rett behandling - på rett sted - til rett tid. Dette er Sundstrøm enig i. «Men hvordan skal det skje?» spør han. Sett fra sitt ståsted, er han tydelig på at det må til en styrking av primærhelsetjenesten, både innen lege- og sykepleietjenesten. Flere pasienter behandles for kreftsykdom, flere overlever og det er bedre palliativ behandling. Det medfører store utfordringer for kommunehelsetjenesten. Hovedutfordringen er likevel at det blir flere eldre, og det gjelder alle sykdomstilstander.

Sundstrøm trakk fram forløpstiden, og viste til pressemelding av 24.06.2011: Krav til bedre og raskere kreftbehandling. Henvisningstiden skal reduseres, utredningstiden skal ha en frist og oppstart av behandlingen skal skje innen begrenset tid. I pressemeldingen står det innen 20 virkedager for de fleste pasientene. Sundstrøm viste også til forløpsgarantier i Danmark, og Prioriteringsveileder onkologi i Norge (16.01.09), og stilte spørsmålet: Hvordan få til dette? Han kom med svarene fortløpende.

- Det krever god kompetanse hos henvisende instans. Det vil si kompetanse hos primærlege.
- Det må være gode IKT-løsninger.

- Lovverket må endres.

Avslutningsvis snakket Sundstrøm om fremtiden for palliative team. Palliative team må bygges ytterligere ut, og det er nødvendig å øke antall kreftsykepleierstillinger i kommunene.

HILDUR HOLMSTAD er kreftkoordinator. Hun holdt et godt beskrivende innlegg om sin hverdag som kreftsykepleier i Steinkjer kommune. Jobben er svært omfattende, og nesten uoverkommelig for en person å ivareta. Tjenesten hun tilbyr er et lavterskeltilbud. Holmstad er usikker hva fremtiden vil bringe for kreftsykepleiere og pasienter med kreftsykdom ute i kommunehelsetjenesten. Hvor beveger vi oss? Hvor er kreftpasientens plass?

SVEIN JARLE MIDTØY er prosjektleder for samhandlingsreformen i Orkdalsregionen.

Midtøy sitt budskap var: Fra 01.01.2012 kommer det nye lover og forskrifter som skal beskrive helsetjenestetilbudet til befolkningen. Det er prosjektmidler i samhandlingsreformen. For å oppnå en god og vellykket helsetjeneste må dere trekke inn lokalpolitikkerne, og dokumentere arbeidsoppgaver for dem. Skal samhandlingsreformen lykkes, er den avhengig av sykepleierne. Sykepleierne er den største gruppen av helseprofesjoner.

INGER MARGRETHE HOLTER er sykepleier, PhD. Hun er forskningsleder ved NSFs Hovedkontor.

Den nye Loven, som trer i kraft 01.01.2012, er en profesjonsnøytral lov. Det stiller store krav til profesjonsbe-

vissthet. «Fortvil ikke kollegaer,» var budskapet til Holter. «Det er nå vi har en unik mulighet til å påvirke og forme sykepleietjenesten. Utfordringen er å tydeliggjøre innholdet i sykepleietjenesten. Spørsmålet vi må stille er: Hvordan skal vi definere innholdet i sykepleietjenesten. Sykepleierne har en unik mulighet nå som kvaliteten på helsetjenesten skal etterspørres og evalueres.

Inger Margrethe Holter avsluttet sitt innlegg med denne oppfordringen: Samhandlingsreformen er en stor utfordring, men en god utfordring. Sykepleierne har gode anledninger til å treffe «de som vet best» på sykehus og i kommuner for å beskrive hva som er sykepleie.

MARIE AAKRE i Rådet for sykepleietikk avsluttet konferansen med «Nytt og gammelt i kreftsykepleierens etiske fordring». Marie Aakre er opptatt av hvilke verdinormer som er grunnlaget for samhandlingsreformen. Det er viktig at sykepleierne har godt fotfeste og stø kurs i denne tiden. Vi lever i en kontinuerlig endringsprosess. Etikken er det langsomme, det konstante. Hva tar vi med oss videre? Spør Marie Aakre. Vi skal ta vare på det beste.

Sykepleietjenestens verdigrunnlag bør være et fotfeste i all sykepleietjeneste. Respekten for mennesket først. Respekten for livet først. Det er ulike former for lidelser, og ulike former for tilstedeværelse, sa Marie Aakre på slutten av sitt foredrag.

Nok en gang var en vellykket landskonferanse kommet til veis ende.

Les mer om konferansen på side 40. ■



KREFTKOORDINATOR: Hildur Holmstad fortalte om hvordan det er å jobbe som kreftkoordinator.



VÆR SYNLIG: Inger Margrethe Holter snakket om profesjonsbevissthet.



VIKTIG OM ETIKK: Marie Aakre er opptatt av hvilke verdinormer som er grunnlaget for samhandlingsreformen.

Spre informasjonen!

Kontaktperson:

Anne Grev

Telefon: jobb 61 18 98 73, mobil 90 20 69 01

E-post: anne.grev@gjovik.kommune.no

Finn kurs

Det er til en hver tid annonsert relevante kurstilbud på hjemmesidene til de regionale kompetansesentrene for lindrende behandling. Gå inn på www.palliasjon.no og skaff deg opplysninger om disse.

Montebello-Senteret Mesnali

16 -17. april 2012

Avansert kurs C nivå – lindrende behandling.

Kurset heter Kompetent og trygg i egen rolle. Arrangør er Kompetansesenteret for lindrende behandling helseregion sør –øst, Oslo universitetssykehus Ullevål

Målgruppen er sykepleiere i region sør - øst med godkjent videreutdanning og som arbeider i fagfeltet lindrende behandling og pleie. Arbeidsplass kan være palliative senter i sykehus, annen avdeling som har palliative pasienter, lindrende enheter på sykehjem eller i kommunehelsetjenesten for øvrig. Sykepleieren kan også ha fagutvikling/undervisning innen palliasjon som sitt arbeidsområde.

Hensikten er at spesialsykepleier med høy kompetanse innen palliasjon skal få mulighet til fordykning gjennom:

- undervisning på høyere nivå.
- møte sykepleiere på samme nivå med mulighet for å diskutere og dele erfaringer.
- å få kunnskap om nyheter for å vite hva som rører seg innen fagfeltet.

Oppdatert program og opplysninger ellers legges ut på www.palliasjon.no

Trondheim

7. – 9. juni 2012

7. th World Resarch Congress of EAPC

European Association for Palliative Care (EAPC) arrangerer annethvert år en internasjonal forskningskongress med fokus på lindrende behandling. Fra 7. til 9. juni blir denne arrangert i Trondheim i samarbeid med Avdeling for palliasjon ved St. Olavs Hospital og det palliative forskningsmiljøet ved Det medisinske fakultet, NTNU. Til kongressen ventes 1400 deltakere fra hele verden, noe som gjør den til en av tungvektene innen palliativ medisin. Mer informasjon på: www.eapcnet.eu/research2012/

Hotel Radisson Blu Holberg, Oslo

19. – 21. sept. 2012

12. landskonferanse om utfordringer ved livets slutt.

Kompetansesenter for lindrende behandling, helseregion sør-øst, er vertskap for den 12. landskonferansen høsten 2012. Målgruppen er alle som er engasjert i det palliative feltet i Norge.

Praha

30.mai -2.juni 2013

European Assosiation for palliativ Care

Den 13. kongressen i regi av European Assosiation for palliativ Care finner sted i Tsjekkias hovedstad Praha neste år. Les mer på www.eapc-2013.org/

Oslo

17. januar

Medlemsmøte

Lokallaget Oslo/Akershus inviterer til temakveld/medlemsmøte 17. januar 2012 kl. 18.00

Oslo Universitetssykehus, Radiumhospitalets auditorium U2. Program og detaljer om påmelding vil bli lagt ut på www.sykepleierforbundet.no/:/kreftskykepleie innen 1. desember.

Kontaktperson: Eva Mari Alvestad Harboe tlf. 92069797 eller evamarialvestad@hotmail.com

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.

Hva synes du om lands

450 personer deltok på årets landskonferanse for kreftsykepleiere. Hvilket utbytte fikk de? Her er svaret fra noen av deltakerne.

Tekst Jorun Haugstlett Foto Henrik Harboe

– Bra å få nye impulser



Toril Merete Nysæter jobber ved Høgskolen i Hedmark. Hun er studieansvarlig for videreutdanningen i Kreftsykepleie.

– Har du videreutdanning i kreftsykepleie?

– Jeg er utdannet kreftsykepleier. Utdannet ved Høgskolen i Elverum for 12 år siden.

– Har du deltatt på FKS sin landskonferanse tidligere?

– Ja, jeg deltok i Trysil for to år siden. Det var en meget vellykket konferanse.

– Hva er ditt inntrykk av årets konferanse?

– Den var godt planlagt og velorganisert. Relevante tema som ble tatt opp, og det var gjennomgående gode forelesere. Parallellsesjonene var mange, og det var mye fokus på det som rører seg ute i miljøene. Savnet enda mer faglig påfyll knyttet til pasientrettet virksomhet.

– Hvilken betydning har det for deg å delta på konferansen?

– For meg som jobber med utdanning er det bra å få nye impulser og faglig påfyll. Det er viktig å få input på hva som rører seg i fagfeltet, dette følte jeg kom tydelig frem på parallellsesjonene og gjennom posterne. Jeg fikk med meg gode forelesninger, og jeg har knyttet kontakter til fagfeltet som gjør oss sterkere som utdanning.

– Hva vil du si om temaene på konferansen?

– Spennende tema, dyktige forelesere og samfunnsaktuelle problemstillinger. Som nevnt kunne jeg har tenkt meg noe mer faglige innspill knyttet til pasienten og sykepleiefaglige utfordringer. Det skjer en utvikling innenfor behandling og diagnostikk, samt innenfor pasientutviklingen, som gir nye og andre utfordringer i fremtiden.

– Hvilken betydning vil temaene ha for deg som kreftsykepleier?

– Det gir meg påfyll i kraft av nye ideer til utdanning og en input i forhold til hva som skjer i feltet. Konferansen bidrar i så måte på en positiv måte i forhold til å drive utdanning.

– Har du fått nye idéer eller ny inspirasjon?

– Ja, det har jeg. Godt å ha fått lov til å være til stede.

– Viktig å utveksle erfaringer



Kari Tveit Haugland jobbar i Austevoll kommune, 70 prosent som kontaktsykepleiar og 30 prosent som kreftsykepleiar. Hun har vidareutdanning i kreftsykepleie frå 2008.

– Har du deltatt på FKS sin landskonferanse tidligere?

– Ja, eg har vore på ein landskonferanse før, og det var i Trysil i 2009

– Hva er ditt inntrykk av årets konferanse?

– Eg har inntrykk av at komiteen har jobbet hardt for å få et variert og aktuelt program, både tematisk og kulturelt.

– Hvilken betydning har det for deg å delta på konferansen?

– Det å treffe andre kreftsykepleiarar som jobbar i kommunehelsetenesta, og utveksle erfaringar har stor betydning for meg.

– Hva vil du si om temaene på konferansen?

– Årets landskonferanse hadde et variert program med tema som er veldig aktuelle.

– Hvilken betydning vil temaene ha for deg som kreftsykepleier?

– Det er aktuelle temaer som har veldig stor betydning for meg som kreftsykepleiar, i hvert fall nå når samhandlingsreformen kjem.

– Har du fått nye idéer eller ny inspirasjon?

– Ja, landskonferansen gir alltid inspirasjon og det gir nye idear!

konferansen?

– Per Fuggeli sitt foredrag gjør meg kamplysten

Sigrid Elisabeth Trandum er kreftsykepleier og spesialrådgiver i Kreftforeningen, Seksjon Stor-Oslo. Hun har mange års erfaring som kreftsykepleier, og har et stort engasjement i forhold til ungdom med kreftsykdom. Hennes navn og engasjement innen kreftsykepleie er kjent for mange. Trandum er en dyktig foreleser innen sykepleie til barn og unge med kreftsykdom.

– *Hvor lenge har du arbeidet som kreftsykepleier?*

– Jeg har videreutdanning som kreftsykepleier, og har jobbet som kreftsykepleier siden 1980. De første fire år på Rikshospitalet, deretter ble jeg ansatt i Kreftforeningen. De første årene i Kreftforeningen jobbet jeg som kontaktsykepleier for barn og ungdom med kreft, arbeidssted Rikshospitalet, Ullevål og Radiumhospitalet. Kontaktsykepleiestillingen ble endret, og arbeidssted ble Kreftforeningen hvor jeg jobbet som rådgiver, med spisskompetanse på barn og ungdom, både som pasient og pårørende.

– *Hva er dine arbeidsoppgaver?*

– Jeg jobber i dag som spesialrådgiver, fortsatt med spisskompetanse for barn og ungdom. Arbeidet består av samtaler med pasienter og pårørende, undervisning, veiledning, prosjektarbeid og jeg deltar i bemanning av Vardesenteret. En dag i uken er jeg tilknyttet DNR hvor jeg arbeider med ungdom som har kreft. Ungdom med kreft er en gruppe som faller mellom to stoler, ikke er de barn og ikke er de voksne.

Jeg har nå vært med på å danne ressursgrupper av fagpersoner som jobber med ungdom i Tromsø, Trondheim, Bergen og Oslo. Disse ressursgruppene på sykehusene er en del av et helse og rehabiliteringsprosjekt jeg har ledet. I min jobb som kreftsykepleier har jeg alltid vært opptatt av å sette fokus på alt det friske hos ungdommen. Min erfaring fra mange år i pediatrien er at åpenhet er viktig, døden er en del av livet.

Mye av arbeidet som gjøres i pediatrien i dag, kan ha stor overføringsverdi til voksen onkologien. Jeg tenker da på det som Fugelli trakk frem i sin forelesning.

– *Har du deltatt på FKS sin landskonferanse tidligere?*

– Jeg har deltatt på de aller fleste landskonferansene.

– *Hva er ditt inntrykk av årets konferanse?*

– Den har et variert program. Det er inspirerende og motiverende. Et stort engasjement hos mange kollegaer.

– *Hvilken betydning har det for deg å delta på konferansen?*

– Jeg får faglig påfyll og bygger nettverk.

– *Hva vil du si om temaene på årets konferanse?*

– Per Fuggeli sitt foredrag gjør meg kamplysten til å jobbe videre for å påvirke systemet og organisering av dagens sykehus. Ellers var de fleste temaene relevante for meg som kreftsykepleier.

– *Hviken betydning vil temaene ha for*



deg som kreftsykepleier?

– Jeg har blitt mer bevisst på min rolle som sykepleier. Vi er en stor gruppe som bør synes mye bedre. Vi må bli tydeligere i samsfunnsdebatter og jobbe mer politisk med påvirkningsarbeid. Hjelp våre pasienter og pårørende til at brukerperspektivet får enda større plass.

– *Har du fått nye idéer eller ny inspirasjon?*

– Jeg blir alltid inspirert etter en konferanse. Men skulle ønske vi fikk litt mer «galskap» og humor inn i voksenonkologien. Slik som Randi og Hanne viste i sitt innlegg fra barneavdelingen på Ullevål. Jeg tror at mange av oss sykepleiere kan bli litt for tradisjonelle i vår hektiske hverdag.

– Foredraget om improvisasjon var helt utrolig

Jose Herrera jobber i Pleie omsorg i Bærum Kommune som kreftsykepleier.

– Har du videreutdanning i kreftsykepleie?

– Ja, jeg var ferdig med utdannelsen våren 2011.

– Har du deltatt på FKS sin landskonferanse tidligere?

– Nei, dette var første gang.

– Hva er ditt inntrykk av årets konferanse?

– Jeg er veldig imponert over planleggingen og organisering av hele konferansen. Viktig fagstoff og humor.

– Hvilken betydning har det for deg å delta på konferansen?

– Som nyutdannet kreftsykepleier er det viktig å ha tilhørighet i faggruppen og styrke kreftsykepleiers identitet. Det var viktig for meg å utveksle erfaringer med andre kreftsykepleiere

på tvers av kommunenes grenser. Dette er med på å styrke hverandres kompetanse innen kreft og kreftomsorg.

– Hva vil du si om temaene på konferansen?

– Jeg mener at temaene var aktuelle å fordype seg i. Kommunikasjon er sentral i menneskers relasjoner. Utrolig viktig å diskutere samhandlingsreformen. Og refleksjon over etiske aspekter i utøvelsen av yrket er også av stor betydning.

– Hvilken betydning vil temaene ha for deg som kreftsykepleier?

– Temaene er med på å styrke min kompetanse, samt kvaliteten av tjenester pasienter får, slik at de kan



oppleve god livskvalitet midt i en kaotisk livssituasjon.

– Har du fått nye idéer eller ny inspirasjon?

– Alterhaug og Inderberg foredraget om improvisasjon var helt utrolig. Dette motiverte meg til å fortsette å skape et godt samarbeid både med pasienter, pårørende og kollegaer.

– Viktig med ulike tilnærminger til temaene

Kirsti Kvåle er sykepleier og første lektor ved Betanien Diakonale Høgskole i Bergen. Hun er et kjent ansikt og en engasjert deltaker på mye av det som skjer innen kreftomsorgen.

– Hvor lenge har du arbeidet med kreftsykepleie?

– Det har jeg gjort siden 1976, med et avbrudd på 5 ½ år. Da var jeg ansatt som assisterende sjesykepleier ved Haukeland universitetssykehus. Den første stillingen min innen kreftomsorgen var ved Det Norske Radiumhospital, som det het den gang. Senere flyttet jeg til Bergen og arbeidet i kreftavdelingen ved Haukeland universitetssykehus i flere år før jeg ble ansatt i Den Norske Kreftforening i Bergen. De siste 15 årene har jeg vært ansatt som lærer ved Videreutdanningen i Kreftsykepleie ved Betanien Diakonale Høgskole.

– Du har også vært svært engasjert i vår faggruppe, FKS?

– Det er riktig. Jeg har vært medlem av styret i to perioder på seks år, til

sammen 12 år, og derav to år som leder. På grunn av at jeg har sittet så mange år i styret, har jeg vært med å arrangere mange landskonferanser i kreftsykepleie. Den første konferansen i kreftsykepleie ble arrangert ved Skinnsenteret i Oslo, men Forum for Sykepleiere i Kreftomsorgen ble offisielt etablert i januar 1984, og hadde sin første landskonferanse i Bergen i 1985. Konferansene har siden det blitt arrangert hvert annet år og jeg har vært med på de fleste.

– Hva er ditt inntrykk av årets konferanse?

– Det har vært både faglig og sosialt fint å være med på årets konferanse. På grunn av at jeg har arbeidet i kreftomsorgen så lenge, kjente jeg mange av deltagerne, og det var svært hyggelig å treffe mange som jeg ikke har møtt på lenge, og ikke minst alle tidligere studenter.

Når det gjelder det faglige innholdet, har det vært til ny inspirasjon for meg. På høyskolen er vi pålagt at undervisningen skal være forskningsbasert. Vi må

komme bort i fra synsingen. Jeg er enig i at dette er nødvendig og har også gjort en del forskning

selv. Jeg har også vært talsmann for at det kunne vært litt mer forskningsbasert kunnskap presentert på FKS konferansene, men på denne konferansen har jeg reflektert mer enn før over hvor viktig det er å appellere til både det emosjonelle og det kognitive sånn rent pedagogisk. Ulike tilnærminger til temaene, slik som på denne konferansen, er viktig. Det appellerer til og berører forskjellige dimensjoner i oss. Det har vært stor bredde i temaene og det avspeiler bredden i vårt fag. Kunsten er å ta med seg litt av hvert, og tilpasse det til sin egen arbeidsplass.

Jeg vil takke arrangørene for de fine dagene i Trondheim, både sosialt, kulturelt og faglig.



– Jeg er ydmyk over å få være i et så godt faglig miljø

Tina Undseth Eggen er kreftsykepleier ved Indremedisinsk avdeling i Sykehuset Innlandet, Tynset.

– Har du videreutdanning i kreftsykepleie?

– Jeg tok videreutdanning i kreftsykepleie ved Høgskolen i Hedmark, og ble ferdig i 2009.

– Har du deltatt på FKS sin landskonferanse tidligere?

– Nei, dette er første gang. Og jeg er overveldet!

– Hva er ditt inntrykk av årets konferanse?

– Jeg fikk et godt inntrykk av konferansen. Den har favnet mange temaer innen den omsorgen vi yter, og blitt presentert på en fantastisk måte.

– Hvilken betydning har det for



deg å delta på konferansen?

– Etter å ha deltatt på en konferanse med så mange flotte med-søstre føler jeg meg stolt. Jeg er ydmyk over å få være i et så godt faglig miljø, hvor samhold og fellesskap står sterkt.

– Hva vil du si om temaene på konferansen?

– Temaene har favnet bredt,

det har omhandlet alt fra døden til kommunikasjon og det å være kreativ og kunne improvisere. Noe som er viktig å kunne noe om, da vi møter det i jobben hver dag.

– Hvilken betydning vil temaene ha for deg som kreftsykepleier?

– Jeg synes temaene styrker oppunder og gir inspirasjon til fortsatt å skulle yte den sykepleien vi allerede gir.

– Har du fått nye idéer eller inspirasjon?

– Marie Aakre og Inger Margrethe Holter, som konferansens siste foredragsholdere skapte en sterk stemning for at vi skal ta vare på yrket vårt og vår identitet som sykepleiere. Vi må bli mer stolt av den vi er, det er viktig!

Montebellosenteret er en landsdekkende helseinstitusjon med et nært faglig samarbeid med Radiumhospitalet. Formålet er å gi hjelp til livsmestring for kreftpasienter og deres pårørende.

Det arrangeres mange ulike kursopphold gjennom året. Mestringskurs er for ulike diagnosegrupper mens temakurs har fokus på blant annet: Kropp, pust og bevissthet, ernæring og fysisk aktivitet, arbeid og meningsfylt aktivitet, skaperglede og kreativitet. Familiekursene har fokus på barn som pårørende.



Et kursopphold på Montebellosenteret gir kreftpasienter og deres nærmeste nye perspektiver på livet gjennom erfaringsutveksling og kunnskapstildeling i fellesskap med andre i lignende situasjoner. Rom for ettertanke og refleksjon bidrar til at kursdeltakere blir sterkere og bedre forberedt til å mestre hverdagene og livet videre.

”

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

Montebellosenteret



Montebello ønsker å styrke samarbeidet med det kliniske felt. Fagteam ved de enkelte kurs skal bestå av egne ansatte og eksterne fagpersoner med aktuell spisskompetanse. Vi kan tilby deg nye utfordringer og verdifull kompetanse i et spennende kollegialt miljø!

Mer informasjon på www.montebello-senteret.no/for-helsepersonell, tlf 62 35 11 00, eller ta kontakt med Torill Ensby: torill.ensby@montebello-senteret.no eller Silje Højlund: silje.hojlund@montebello-senteret.no



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





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, 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 lokalgruppe av FKS.
- Du får tilsendt «Kreftsykepleie».

Kontingenter

- Individuelt medlemskap kr 252,- per år (kun for medlemmer av NSF).
- Individuelt abonnement: Ikke medlemmer av NSF kr 300,- per år. Pensjonister kr 150,- per år.
- Høgskoler og helseinstitusjoner kr 500,- pr år
- Firma kr 800,- per år.

Hvem kan bli medlem?

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

Send din påmelding til:
FKSblimedlem@gmail.com