

Kreftsykepleie



TIDSSKRIFT FOR KREFTSYKEPLEIERE

Sykepleien



**Hvordan holde på eldre,
erfarne sykepleiere?** Side 6

ANSVARLIG UTGIVER

NSFs Faggruppe Forum
for Krefstsykepleie
v/leder Mona Grytten
Tlf. 98 80 72 56
monagrytten@gmail.com

REDAKTØR

Åse Anbjørg Grøthe, tlf. 99 29 53 18
frisken@online.no

REDAKTØR

Signe Øverland, tlf. 48 10 59 96
signeoverland@gmail.com

REDAKSJONSUTVALG

Marte Wolden, Åse Grøthe,
Signe Øverland, Elianne Ulsaker
og Irene Bjållhag

MEDEMSANSVARLIG

Evelyn Karlsten
eve-karl@online.no
Tlf. 918 02 190

ANNONSEANSVARLIG

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

HJEMMESIDE

www.sykepleierforbundet.no/
faggrupper/krefstsykepleiere

**ANSV. REDAKTØR
SYKEPLEIEN**

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

DESKJOURNALISTER

faggruppeblad@sykepleien.no

Johan Alvik
Tlf. 92 60 87 06

Trine-Lise Gjesdal
Tlf. 90 60 87 79

Eivind Solfjell
Tlf. 93 61 81 12

LAYOUT

Hilde Rebård Evensen
Nina E. H. Hauge
Sissel Hagen Vetter
Monica Hilsen

TRYKK:

Sörmlands Grafiska

FORSIDEFOTO:

Scanpix/Aftenposten/
Ørn E. Borgen

NESTE UTGAVE:

15. mars 2018

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

ANNONSEPRISER

Årsavtale som gjelder for 3 utgivelser:
2/2 sider kr. 45 000
11/2 side kr. 35 000
1/1 side kr. 25 000
1/2 side kr. 15 000
1/4 side kr. 10 000
Moms kommer i tillegg.

Kontaktperson annonser:
Ellen Rosseland Hansen
ellen.rosseland.hansen@halden.
kommune.no

Innhold

03 - 2017

- 3 Leder: Mona Grytten
- 5 Redaktørene: Åse Grøthe Signe Øverland
- 6 Hvordan holde på eldre, erfarne sykepleiere?
- 14 Smånytt
- 16 Portrett: Marie Aakre
- 19 Referat fra landskonferansen
- 24 Skiftarbeid, døgnrytmer og søvn
- 30 Tilbakeblikk
- 32 Alle trenger støtte når mamma eller pappa er syk
- 41 Årets sykepleier



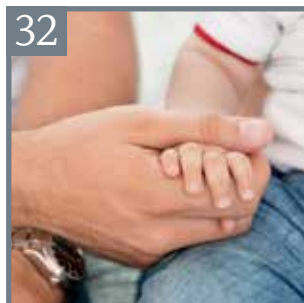
16



19



24



32



Foto: Privat



FAKTA

**Mona
Grytten**Leder
FKS

Ny epoke

Landskonferansen i kreftsykepleie i Ålesund er nå historie. For meg er dette gode minner å leve lenge på. Nok en gang tusen takk til lokallaget i Ålesund for en godt gjennomført konferanse.

Nytt styre

Det nye hovedstyret som ble valgt på generalforsamlingen i Ålesund er nå konstituert. Styret består nå av seks faste medlemmer og to varamedlemmer. Noen er valgt inn i hovedstyret for første gang. Andre har lengre erfaring. De nye styremedlemmene ønskes hjertelig velkommen, og takk for super innsats til de av dere som har gått ut av styret. Medlemmene i det nye styret har sammensatt yrkesbakgrunn. Det er styremedlemmer fra både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Det at vi har forskjellig arbeidserfaring i kreftomsorgen gjør at vi føler oss godt rustet til oppgaver og utfordringer som hovedstyret skal håndtere fremover.

Jeg vil også takke for tilliten som gjenvalgt leder for FKS i to nye år. Sammen med det nye styret som bare er i startgropen gleder jeg meg til å ta fatt på viktige og interessante arbeidsoppga-

ver. Noen oppgaver er videreføring fra sist styreperiode og nye prosjekter skal påbegynnes og gjennomføres.

Godt samarbeid

Vi i hovedstyret ønsker et nært og godt samarbeid med lokallagsgruppene og alle våre medlemmer. Det er viktig for hovedstyret at dere kommer med innspill. Sammen kan vi løfte frem vår faggruppe. Vi kreftsykepleiere representerer et særdeles viktig fagområde. Hver eneste dag gjør vi en forskjell for kreftsyke og deres pårørende.

Ønsker dere å vite mer om hva hovedstyret i FKS arbeider med, kan dere gå inn på hjemmesiden vår og lese styrets beretning for perioden 2016–2017. Alle styrereferatene fra hovedstyret legges også ut der.

Snart er julen her, og for mange kreftsyke og deres pårørende kan julehøytiden være en ekstra utfordring. Da er det viktig at vi sykepleiere i kreftomsorgen vet hvordan vi kan bidra med vår kunnskap for å gjøre julen så god som mulig for pasient og pårørende.

Jeg ønsker dere en velsignet og fredfull julehøytid og en ekstra tanke går til dere som skal jobbe. ■

Har du lyst til å skrive en fagartikkel?

Kreftsykepleiere har spesialkompetanse innen sitt fagområde. Tidsskrift for kreftsykepleie har vært en sentral kilde for formidling av kunnskapsstoff. Nå kan artikler til tidsskriftet også publiseres på Sykepleien.no. Gjennom digital formidling vil fagstoff også kunne bli tilgjengelig for et større publikum og komme andre sykepleierkolleger til gode.

Hva kan bli en fagartikkel?

Som kreftsykepleier har du allerede skrevet avsluttende oppgave på studiet. Du er sannsynligvis engasjert i temaet og ser viktigheten av at andre får samme kunnskap som deg. Du har sannsynligvis et ønske om å spre det som du har tilegnet deg, videre til praksis. Eller, du har kanskje en mastergrad med solid forankring i teori. Er det tilkommet noe som tilsier at en bør endre praksis? Kanskje har du deltatt i et fagutviklingsprosjekt på jobben. Erfaringer fra behandlersted eller erfaringer fra pasienter og brukere kan bidra til at praksis bør endres. Det utvikles hele tiden ny kunnskap, prosedyrer og rutiner på bakgrunn av sykepleieres arbeid. Alt dette kan være et godt utgangspunkt for en fagartikkel.

Hvordan går jeg frem?

Prosessen starter med å ta kontakt med redaktør i Tidsskrift for kreftsykepleiere, Marit Klævdal: marit-lerkeskogen36@hotmail.com.

Videre beskrivelse og henvisning til forfatterveiledning gjøres derfra. ■

The screenshot shows the website 'Sykepleien.no' with a red header and a navigation menu containing 'NYHETER', 'FAG', 'FORSKNING', 'MENINGER', and 'BLOGG'. Below the menu, there are three article thumbnails:

- FAGUTVALG**: Palliasjon er også eksistensiell omsorg. Et samarbeid mellom prestetenesta og helsepersonell i Tysvær kommune sørga for betre eksistensiell og åndeleg omsorg for pasientar i palliativ fase.
- FAGUTVALG**: Kjenn tegnene på delirium hos eldre.
- FAGUTVALG**: Pasienter med ARDS i mageleie.



Foto: Privat



FAKTA

**Åse Grøthe
og Signe Øverland**

Ansvarlige redaktører

Den erfarne sykepleieren

Erfarne medarbeidere er en stor ressurs i arbeidslivet, også i kreftomsorgen. Det å ha erfarne kreftsykepleiere å rådføre seg med, søke veiledning hos og som framstår som gode rollemodeller, er gull verdt for en nyutdannet sykepleier. For en leder er det betryggende å vite at erfarne medarbeidere er på jobb. Den erfarne sykepleieren har mye kompetanse og får ofte ansvar for de mest komplekse pasientsituasjonene. Opplæring av nyansatte, veiledning og undervisning er oppgaver som tildeles den mest erfarne. Å bruke sin kompetanse og bli verdsatt er utviklende og hyggelig, men kan det også medføre for stort ansvar og over tid føre til slitasje? Jo mer kompetanse man har, jo bedre ser man pasient og pårørendes behov. Mangel på tid og ressurser medvirker til at man ikke alltid får utført oppgavene på en ønskelig måte, noe som over tid kan føre til utilfredshet i jobben. Hvordan ivareta og beholde den erfarne kreftsykepleieren? Det er tema for dette tidsskriftet.

Arbeidsglede

Nylig snakket jeg med en erfaren og dyktig kreftsykepleier som har hatt samme arbeidssted i mange år. Etter en svært travel arbeidshelg ga hun uttrykk for at takket være gode kolleger – som samarbeidet, hjalp hverandre og ville hverandre vel – hadde det vært fint å være på jobb. Til tross for stadig travlere vakter, mer tidspress og komplekse pasientsituasjoner følte hun seg heldig som hadde en

meningsfull jobb og stadig opplevde arbeidsglede sammen med gode kolleger.

Salomon og Aargaard Terjesen påpeker i sin artikkel hvor viktig nettopp arbeidsglede, god arbeidshelse og opplevelsen av å bli verdsatt er. Å bli sett av sin leder og føle seg verdsatt er også noe som fremheves i intervjuet med Marie Aakre.

Ta vare på seg selv

Artikkelen om hvordan søvn påvirker oss, er interessant med tanke på at mange sykepleiere jobber turnus store deler av livet. Å ta vare på seg selv og legge til rette for tilstrekkelig og god søvn er forebyggende tiltak som bør settes på agendaen.

Ivaretagelse av barn som pårørende er et alltid like aktuelt tema innen kreftomsorgen. May Haukens artikkel omtaler betydningen av hjelp og støtte fra sosiale nettverk når mor eller far er syk.

I storm og stille

FKS' 18. landskonferanse I storm og stille ble i høst arrangert i Ålesund. Fantastiske dager med flotte foredrag om hvordan stå i situasjonene og som gjør oss stolt av å få lov å arbeide som kreftsykepleier. Slike konferanser gir pusterom og inspirasjon til å fortsette i jobben

Vi er inne i en travel førjulstid, men håper dere likevel kan ha glede og nytte av å lese dette nummeret av Kreftsykepleie.

Med ønske om en fredfull jul og et godt nytt år med mye arbeidsglede til dere alle! ■



Hvordan holde på eldre, erfarne sykepleiere?

Det vil være et stort behov for sykepleiere i fremtiden. Derfor er det en fordel at de kan stå i jobb så lenge som mulig.

FAKTA

Av Robert Salomon,
Forsker I,
Arbeidsforsknings-
instituttet/HIOA

Hans Terjesen,
Forsker,
Arbeidsforsknings-
instituttet/HIOA

Artikkelen er først
publisert på Sykeleien.no
DOI-NUMMER: 10.4220/
Sykeleiens.2017.64172



VIKTIGE ELDERE:

Det er viktig for samfunnet å ha erfarne sykepleiere i jobb, skriver artikkelforfatterne. Foto: Scanpix / Aftenposten / Ørn E. Borgen

Andelen eldre i befolkningen vil øke kraftig og selv om det blir en økning i antall studie-plasser innen sykepleien, vil utdanningskapasiteten neppe holde tritt med behovet for sykepleiere. Ut fra beregninger av befolkningsutvikling inklusive økning i andel eldre samt tilbudet ut fra nåværende utdanningskapasitet har Statistisk sentralbyrå beregnet at det vil være et underskudd på 23.000 årsverk sykepleiere i 2035 (1).

Skjøstad (2) har vist at det er et betydelig frafall fra sykepleieryrket tidlig i karrieren. Allerede ti år

etter fullført utdanning jobber én av fem sykepleiere et annet sted enn helsetjenesten. Dette betyr at det er ekstra viktig å ta vare på sykepleiere som vil og kan fortsette å jobbe. Det er av stor samfunnsmessig betydning å sikre god tilgang på erfarne sykepleiere og bevare dem i sitt arbeid.

Helse – en forutsetning

Forekomsten av helseplager er forholdsvis stor i helse- og sosialsektoren. Det gjelder både muskel-/skjelettplager og psykosomatiske lidelser. Med tiden er det også blitt grundig dokumentert at potensialet for å pådra seg helseskader er betydelig høyere for arbeidstakere som jobber døgntilrettelagt (3) noe svært mange sykepleiere gjør enten i deler av eller hele sin karriere. Det er derfor særdeles viktig å sørge for å beholde og ivareta en så god arbeidshelse som mulig gjennom tilretteleggingstiltak gjennom hele karrieren. Helseplager og slitenhet utvikles gjennom et langt yrkesliv. Det å starte et tilretteleggingsarbeid når medarbeiderne nærmer seg pensjonsalderen har en egenverdi, men er som regel for sent for medarbeidere som føler seg utslitt eller sliter med alvorlige helseplager. Tilretteleggingsarbeidet må starte tidlig. Det skal vi komme tilbake til.

Økonomi og pensjon

Økonomiske forhold er viktig. Dagens pensjonssystem gir stor valgfrihet. Dersom man har opparbeidet nok pensjonspoeng ved fylte 62 år kan man velge mellom å gå av med pensjon umiddelbart, nyte pensjonslivet fullt ut eller spare noen av pensjonspengene. Dagens pensjonssystem åpner for rett til å stå i arbeid lenger enn tidligere. I privat sektor har arbeidstakerne rett til å stå i arbeid til fylte 72 år. I offentlig sektor er grensen, med noen unntak, 70 år.

Ulempen ved å ta ut pensjon tidlig er at man spiser av «pensjonspotten» slik at pensjonen fremover blir lavere enn om man fortsetter å jobbe. I pensjonssystemet ligger det altså en oppmuntring til å utsette

Sammendrag: God helse og økonomiske forhold er viktige for å stå lenger i jobb. Eldre arbeidstakere legger vekt på redusert og mer fleksibel arbeidstid og mindre belastende arbeid. Et trygt læringsklima og arbeidsmiljø er viktig, samt at ledelsen har «blikk for alder». For å holde på eldre arbeidstakere er det viktig at seniorsamtalen blir en reell motivasjonssamtale.



pensjoneringstidspunktet. Dersom man fortsetter å jobbe vil man også fortsette å tjene opp pensjonspeng i folketrygden. Det er også mulig å ta ut tidlig pensjon og å fortsette å jobbe på deltid.

Dersom man i tillegg har en offentlig tjenestepensjon er det ikke like enkelt. Noen kan tape noe i total pensjon på å fortsette å jobbe samtidig som man tar ut pensjon fra folketrygden. Samtidig tjener man jo mer den tiden man jobber.

Lavere pensjon

Den økonomiske friheten oppleves nok som ekstra stor for mange av dagens 60-åringene med gunstige pensjonsordninger. Det er imidlertid ikke sikkert at dagens førti- og femtiåringene ansatt i helsesektoren

«Yrkesaktiviteten for personer over 50 år har økt de senere årene.»

vil føle det samme. Mange vil oppleve at pensjonen er langt lavere enn de hadde forventet og at det man tar ut i pensjon som 62-åring vil spise av fremtidig pensjon. I helsesektoren er det mange kvinnelige ansatte som har jobbet deltid og som tidvis har vært ute av arbeidslivet i fødsels- og omsorgspermisjon. Arbeidstakere i denne gruppen vil ha lav pensjonsopptjening, og særlig enslige vil kunne føle seg tvunget til å fortsette i jobben av økonomiske grunner selv om man føler seg aldri så sliten.

Nye ordninger

I en periode prøvde en rekke kommuner ut ordninger der arbeidstakere kunne jobbe 90 prosent med full lønn eller 80 prosent med 90 prosent lønn. Disse ordningene ble naturlig nok satt pris på av arbeidstakerne, men resulterte ikke nødvendigvis i høyere avgangsalder. Dessuten var ordningene kostbare. De fleste kommuner har derfor gått bort fra slike ordninger. I staten har det blitt innført en ekstra friuke for arbeidstakere over 60 år og enkelte arbeidsgivere tilbyr ytterligere noen fridager for medarbeidere over 62 år.

En studie av Hermansen (4) viser at disse ordningene har en viss effekt på en forlenget yrkeskarriere. Samlet sett ser det ut til at muligheten for ekstra fridager kombinert med de nye pensjonsordningene har hatt en viss effekt på avgangsalderen fra arbeidslivet.

Yrkesaktiviteten for personer over 50 år har økt de senere årene. Økningen har vært særlig stor i aldersgruppen 63–66 år (5). Gjennomsnittlig avgangsalder for Norge var 63,6. For helse- og sosialsektoren var tallet cirka 64 år (6).

Hva mener arbeidstakerne?

Når arbeidstakere i helsesektoren selv skal angi hvilke tiltak som kunne bidra til å forlenge arbeidskarrieren, nevner mange redusert arbeidstid, lengre ferie og/eller mer fleksibel arbeidstid. Dette er tiltak som kan bidra til at man mestrer et belastende arbeid lenger ved at man får økt mulighet til å ta seg inn mellom arbeidsøktene. Mange ønsker også at arbeidet var mindre fysisk og psykisk belastende. I tillegg ønsker mange organisatoriske endringer som for eksempel gjør det mulig, i større grad, å bestemme arbeidstempoet og arbeidstiden selv. Også bonus og høyere lønn kunne få en del til å vurdere å fortsette i arbeid.

En del mener dessuten at de ville fortsette å jobbe dersom ledelsen i større grad enn i dag viser at den setter pris på deres kompetanse og arbeidsinnsats (7). For de fleste sykepleiere vil arbeidsgiver sjelden eller aldri være i stand til å etterkomme alle disse ønskene grunnet knapphet på både kompetanse, økonomiske ressurser og rigide turnusordninger som ikke er lett å myke opp. Gitt disse begrensningene, blir det særdeles viktig å oppleve at arbeidet er meningsfullt og preget av mestring og arbeidsglede.

Arbeidsglede i alle aldre

I tillegg til preventive helsetiltak og økonomiske incentiver vil et av de viktigste seniortiltakene være å satse på arbeidsglede. Arbeidsglede oppnås når det er en rimelig balanse mellom de fysiske og mentale krav som stilles til jobben og de ressurser som arbeidsgiver og medarbeider legger i potten. I tillegg til kompetanse kan medarbeideren stille med tro på egen mestring, stå-på-evne, selvrespekt og forhåpentligvis optimisme.

Arbeidsgiveren kan gi arbeidstakeren verktøy, kompetanse, rom og autonomi til å løse arbeidsoppgavene, sosial støtte, tilbakemeldinger og et godt arbeidsmiljø. Når disse betingelsene er på plass, utløses gjerne et jobbengasjement som igjen resulterer i økt produktivitet og brukertilfredshet og det skapes en god sirkel som virker inn på arbeidsgleden (8). Det er selvfølgelig viktig å opprettholde arbeidsgleden i alle aldersgrupper. Et godt arbeidsmiljø er preget av at det skal stilles krav til medarbeideren. Spørsmålet

må da være «hvilke krav»? Krav kan man forhandle om og det er ledelsens og HRs oppgave å legge til rette for fornuftige forhandlinger som er praktisk gjennomførbare, for eksempel i forhold til arbeidsoppgaver, arbeidsbelastninger og arbeidstid, herunder turnus.

En lederutfordring

Selv om det som regel er en individuell beslutning om man skal fortsette å jobbe eller ikke, er det ledelsens ansvar å sørge for en personalpolitikk som gjør det mulig og ønskelig for den enkelte å stå i jobben. Mange ledere ser at det er et samfunnsansvar å bidra til at medarbeiderne står lenger i arbeid, og i IA-virkosomheter (virkosomheter som har inngått avtale om inkluderende arbeidsliv) har ledelsen ofte uttrykt en intensjon om å ha en seniorpolitikk. Det er imidlertid ikke nok med en intensjon. Ledere må i praksis ta aktivt grep for å bidra til at medarbeiderne skal klare å stå lenge i jobbene sine. Noen ledere har et spesielt blikk for alder, og det er deres erfaringer og praksis vi skal se nærmere på i det følgende. En nærmere beskrivelse finnes i Terjesen og Salomon (9) og Terjesen og medarbeidere (10).

Transformasjonsledelse

I studier av ledere har det blitt populært å sette merkelapper på lederne ut fra hvilke lederegenskaper de fremviser i ulike tester. En ledelsesform som baserer seg på bruk av testing er «transformasjonsledelse». Transformasjonsledere er kjennetegnet ved at de er rollemodeller som går foran med besluttsomhet, utholdenhet og et veljustert moralsk kompass. Disse lederne motiverer og inspirerer sine medarbeidere ved å gi dem meningsfulle og utfordrende arbeidsoppgaver. De stimulerer også til kreativitet og inkluderer medarbeiderne til å sette ord på problemer i virksomheten, til å stille spørsmål ved gamle sannheter og til å løse oppgaver på egen hånd. De tar også individuelle hensyn ved å «se» den enkelte medarbeider og anerkjenne medarbeiderens behov (9, 11, 12).

Blikk for alder

I våre studier fra pleie- og omsorgssektoren (10) ble det foretatt 53 strukturerte intervjuer med 44 ledere og 9 tillitsvalgte. 40 av lederne fylte også ut et spørreskjema «Multifactor Leadership Questionnaire» (MLQ) som kartla deres ledelsesprofil. Sju av dem (fem kvinner og to menn) fikk en profil som karakteriserte dem som transformasjonsledere. Den yngste var 37 år og den eldste 61 år. Felles for alle

disse lederne var at de hadde en betydelig bevissthet om den eldste arbeidskraften i virksomheten, og aktive strategier for å få til en vellykket samhandling og arbeidsdeling på tvers av alder, livsfaser, preferanser og arbeidsevne. De hadde med andre ord blikk for alder. Det viste seg også at hos disse lederne var det et lavere sykefravær enn hos de andre lederne i undersøkelsen.

Den vanskelige turnusen

Å legge turnusplaner er ofte en vanskelig kabal hvor det slett ikke er lett å ta hensyn til alle. Enkelte ledere er svært rigide i praktisering av turnusordninger mens andre viser større fleksibilitet. På enkelte arbeidsplasser er arbeidstakerne ganske flinke til å bytte turnus

«Et godt arbeidsmiljø er preget av at det skal stilles krav til medarbeideren.»

seg imellom ved behov uten å involvere ledelsen. Det er imidlertid også mulig å tenke aldersstrategisk i oppsett av turnus. Et eksempel er en femti år gammel leder i et sykehjem. Hun uttalte følgende:

«Jeg har også hatt egne helgeturnuser for ungdom... For jeg vet at ungdom går på byen i helgen, og da er det mye bedre at de jobber dagtid på lørdag og kvelden på søndag... Det synes jeg er helt greit, fordi ellers så får vi den der fyllesyken på søndag morgen, og den er ikke all right... Men, tilrettelagte turnuser kan også brukes for seniorer, for det har mye å si om de jobber kveld eller dag, altså. Dette har iallfall fungert hos meg. Det er mye som kan gjøres.»

Strategisk tenkning

Her ser vi et eksempel på strategisk tenkning som ligger bak og som tar hensyn til de sammensatte behovene hos de ansatte. Det er et eksempel på en proaktiv handling som er mer enn en respons på tilfældige ønsker og behov som måtte dukke opp hos de ansatte, og dermed et viktig seniorpolitisk tiltak der det er mulig. Det er interessant å merke seg årsaken til at lederen skapte denne turnusen. Hun så at de unges tidvis noe mer «umiddelbare» livsførsel kunne medføre fravær og dermed konflikt og avstand mellom de yngre og de eldre på arbeidsplassen. Ledernes formål med å lage livsfasetilpassete turnuser var derfor først





og fremst for å unngå splittelse og konflikt innad på avdelingen. Hun fikk til en tilpasning etter alder og preferanser, og virksomheten kunne også vise til godt samhold og et svært lavt sykefravær (2 prosent).

Også eldre ønsker å bli sett

En viktig arbeidsmiljøfaktor er behovet for å bli sett og verdsatt (13). Det gjelder også eldre arbeidstakere. De fleste lederne i studien vi refererer til skjønte dette og la vekt på å møte sine medarbeidere ansikt til ansikt ganske ofte. Noen deltok aktivt i pleien selv om det ikke var en del av stillingsbeskrivelsen, og de hadde en «åpen dør praksis» som gjorde det lett for medarbeiderne å kontakte dem. En førtifem år gammel mannlig leder i hjemmetjenesten uttrykte det slik:

«Spør noen om du har et minutt, har jeg det, selv om jeg ikke har det»

Hyppig kontakt med medarbeiderne ansikt til ansikt skaper nærhet og gjør det mulig for lederne å bli kjent med hver enkelt medarbeider. Det gjør det

mulig å identifisere forskjeller og likheter mellom unge og gamle, både på individ- og gruppenivå. Gjennom denne tette kontakten får lederen kjennskap til mangfoldet på arbeidsplassen og er derved bedre rustet til å skjenne den enkelte medarbeiders behov og behov til ulike aldersgrupper der det er noen forskjell. Det sier seg selv at toppledere på store arbeidsplasser ikke har mulighet for en slik nærkontakt. Derfor er det viktig at mellomledere og HR-ansatte sørger for å ivareta dette kontaktbehovet.

Ulike forventninger hos unge og eldre

En del av våre observasjoner er hentet fra sykehjem. Det er mulig at medarbeidernes forventninger til hvordan det skal være på arbeidsplassen er mer lik for de ulike aldersgruppene på sykehus. På sykehjemmet så det ut til at de eldre medarbeiderne ville ha orden i sysakene. La oss se hva en kvinnelig leder på trettifire år på et sykehjem sa:

«De eldre, de er vant til å ha avdelingsleder som ordner opp. Det skal være blyanter på pulten, det skal være nok... Altså nesten på dopapirnivå... at avdelingslederen skal være, om ikke med i stell, så skal avdelingslederen være mye på avdelingen, sørge for at det er nok av alt i alle skap, altså den typen arbeidsoppgaver. De yngre, de vet at dette her det fikser de selv, altså det her,

«Ulempen ved å ta ut pensjon tidlig er at man spiser av 'pensjonspotten'.»



LÆRING: En viktig forutsetning for at eldre arbeidstakere skal fortsette i jobb, er at de har oppdatert kompetanse. Foto: Mostphotos

det ordner de. De tar gjerne ansvar for det...»

De yngre vil heller ha en sjalesørger og en administrativ leder. Mens de eldre er ute etter orden ser det ut til at de yngre i større grad er ute etter en som kan veilede og støtte når livet går i bølger. De yngre lever som regel et mer turbulent liv, de kan ha mindre kontroll over økonomien, de sover dårlig om natten som spedbarnsforeldre og har logistikkutfordringer som småbarnsforeldre. En leder må forstå og prøve å ta hensyn til de ulike behovene i de ulike livsfasene. Det vil komme alle til gode og vil være et godt seniorpolitisk tiltak.

Produksjonslogikk vs. omsorgslogikk

I pleie- og omsorgssektoren er det mange som rives mellom det man kan kalle produksjonslogikk og omsorgslogikk i sitt daglige virke. Produksjonslogikken preges av strenge tidskrav, begrensede økonomiske ressurser og rigide styringssystemer. Omsorgslogikken preges av å ha pasienten i fokus og ta seg nok tid til emosjonell omsorg i tillegg til å foreta målinger, medisiner og så videre. En god leder har forståelse for krysspasset mellom de to logikkene. Sykepleiens omsorgslogikk er individuell, konkret og situasjonsavhengig. Den er rettet mot helse, helhet, langvarig hjelp til selvhjelp og bygger i stor grad på «taus kunnskap» og en holistisk tilnærming (14).

I vår undersøkelse kom det fram at eldre pleiere ofte ønsket å yte det lille ekstra ovenfor pasientene selv om det medførte ekstra kroppslige belastninger. Dette gjaldt også ofte i tilfeller hvor alle hjelpemidler ikke var på plass. Mange valgte også å bruke mer tid enn normert hos en pasient selv om det førte til ekstra tidspress for pleieren. Samtidig var det nettopp det å yte noe ekstra overfor pasientene som ga indre motivasjon. Lederens oppgave ble i disse tilfellene å avveie hensynet til effektiv drift og pleierens helse på den ene siden mot pleierens ønske om ekstra omsorgsfull pasientbehandling på den andre. I slike tilfeller støttet gjerne transformasjonslederen pleieren så langt som mulig selv om pleieren bevisst brøt med vedtatte rutiner.

Videre viste vår undersøkelse at krysspasset mellom produksjonslogikk og omsorgslogikk kan oppleves ekstra sterk hos eldre medarbeidere, og særlig i forbindelse med omstillinger. Eldre kan være noe mindre endringsvillige enn øvrige medarbeidere for eksempel i forbindelse med samhandlingsreformen, og dersom de heller ikke har oppjustert kompetanse i forhold til nye krav, går det ut over motivasjonen deres

til å fortsette å jobbe. Med andre ord kan ledere gjøre sine medarbeidere en bjørnetjeneste om de velger å pensjonere kravene til dem før de rent faktisk går av med pensjon.

Læring som et risikoprojekt

En grunnbetingelse for at eldre arbeidstakere skal fortsette å jobbe er at de har oppdatert kompetanse. Samtidig må man se i øynene at mange eldre arbeidstakere opplever det å ta del i opplæringstiltak som et risikoprojekt. Barrieren for læring hos enkelte eldre arbeidstakere er stor og læringskurven for eldre kan i en del sammenhenger være langt slakkere enn for yngre. Ved å gå inn i en læringsprosess sammen med kollegene vil man kunne eksponere egne svakheter overfor kolleger og ledere på en ubehagelig måte. I tillegg vil man kunne eksponere sine svakheter overfor seg selv, noe de fleste synes er lite lystig. Vi har derfor en tendens til å etablere det Agerys og Schön (15) beskriver som defensive rutiner. I forhold til

«Det er all grunn til å rette oppmerksomheten mot seniorpolitikk gjennom ledelse.»

læring kan vi etablere alle mulige teorier for hvorfor det ikke er nødvendig å ta et videreutdanningskurs. Noen kan for eksempel argumentere med at det er fornuftig arbeidsdeling at noen av kollegene lærer seg spesialiserte behandlingsteknikker mens de selv ønsker å rendyrke de teknikkene de er gode på fra før. Det kan være fornuftig i noen tilfeller, men samtidig en defensiv rutine av frykt for omkostningene ved å lære det nye programmet.

Trygge læringsarenaer

En god HR-strategi må derfor være å etablere trygge læringsarenaer der settingen for læringen virker vennlig i den forstand at den eldre arbeidstakerens egne begrensninger blir mindre eksponert for de andre, og hvor progresjonstakten også kan være noe løst fra de andres tempo. Ulike sertifiseringsordninger kan være en god hjelp til å «tvinge» eldre arbeidstakere til kontinuerlig læring. I så ulike bransjer som rutebilnæringen – såkalte kunnskapsbedrifter og utdannings- og helsesektoren – har vi observert eksempler på obligatoriske opplæringsopplegg og sertifiseringer.



For enkelte kan opplæringen fortone seg belastende så lenge den foregår, men resultatet kan være oppløftende. I alle de nevnte sektorene har vi observert arbeidstakere rundt 70 år som fortsatt blomstrer og har en fremtid på jobben fordi de har fått anledning til å delta i sertifiseringsopplegg gjennom hele karrieren.

Motivasjonssamtalen

Medarbeidersamtaler/seniorsamtaler kan være en start for å få eldre medarbeidere til å stå lenger i jobben. Det ser imidlertid ut til at altfor mange medarbeidersamtaler egentlig er ganske innholdsløse og ritualistiske. Dersom man virkelig ønsker å beholde en medarbeider er det som nevnt viktig at medarbeideren blir sett, at lederen har blikk for alder, er villig til å ta individuelle hensyn der det er mulig og signaliserer at virksomheten setter pris på medarbeideren og ønsker at vedkommende skal fortsette. Noen arbeidstakere har bestemt seg for å slutte ved første mulighet for førtidspensjon. Da ser det ikke ut til å nytte hva enn lederen sier eller lokker med. En del velger for eksempel å slutte når ektefellen

«Eldre kan være noe mindre endringsvillige enn øvrige medarbeidere.»

går av med pensjon. Vi skal ha respekt for folks valg, og det er liten hensikt å bruke tid og krefter på å prøve å overtale en person som har bestemt seg. Da er det viktigere å bruke kreftene der det er mulig «å få napp». Altfor mange arbeidsgivere har mistet gode seniorer fordi de ikke la ned nok direkte innsats da de hadde muligheten. Et fellestrekk ved ledere som hadde lyktes i å få enkelte eldre medarbeidere til å stå lenger i arbeidet, var at de insisterte på at arbeidsgiveren hadde behov for medarbeideren videre fremover. De var lydhøre overfor eventuelle behov disse medarbeiderne hadde, og de var villige til å strekke seg langt for å ivareta disse medarbeidernes behov.

Forskning fra flere bransjer tyder på at flere ledere legger vekt på å ta opp spørsmål om senkarrieren med medarbeidere, ikke som et eksplisitt seniorpolitisk tiltak, men som del av innarbeidete rutiner. I enkelte kunnskapsbedrifter finner slike samtaler sted flere ganger i løpet av året. Det gir mulighet for en relativt hyppig og tett kontakt mellom medarbeider og leder i en ellers travel hverdag. En mulighet er å kombinere

individuelle seniorsamtaler med gruppesamtaler/dialogverksted mellom eldre arbeidstakere og ledelsen og HR-folk slik blant annet Hilsen og Midtsundstad (16) anbefaler. Det vil gi mulighet til å løse felles utfordringer i en utviklingsprosess og ikke bare som individuelle tiltak. Ved å ha blikk for alder, å vise fleksibilitet selv i rigide systemer, og ved å se medarbeiderne, kan ledere ha sterk påvirkningskraft på om seniorene ønsker å stå lenger i arbeid eller ikke. Det gjelder ledelse på alle nivåer. Det er derfor all grunn til å rette oppmerksomheten mot seniorpolitikk gjennom ledelse innenfor helsesektoren. ■

Referanse

1. Roksvaag K, Texmon I. Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2035 Dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD Oslo – Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå; 2012. 14.
2. Skjøstad O. Økt behov for sykepleiere i årene som kommer Statistisk sentralbyrå. 2017 Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner> (nedlastet 22.08.2017).
3. Lie JAS, Arneberg L, mfl. Arbeidstid og helse. Oppdatering av en systematisk litteraturstudie. STAMI-rapport nr 1/2014. Tilgjengelig fra: <https://stami.no/wp-content/uploads/2015/03/STAMI-rapport-nr-1-2014.pdf> (nedlastet 14.11.2017).
4. Hermansen Å. Retaining Older Workers (Doktoravhandling). Oslo og Akershus: Fakultet for samfunnsvitenskap Høgskolen i Oslo og Akershus; 2016.
5. Nordby P, Næsheim H. Yrkesaktivitet blant eldre før og etter pensjonsreform. 2016. Rapporter 2017/05. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/yrkesaktivit...> (nedlastet: 14.11.2017).
6. Haga O, Lien OC. Utviklinga i pensjonering og sysselsetjing blant seniorar. Arbeid og velferd 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.nav.no/NAV+og+samfunn/Kunnskap/Analyser+fra+NAV/Arbeid+og...> (nedlastet 14.11.2017).
7. Midtsundstad T, Bogen H. Flere hender i pleie- og omsorg. Hvordan kan seniorpolitikken bidra? Oslo: Fafo-rapport; 2011.08.
8. Bakker A B, Demerouti E (2007) The Job-Demand Resources Model: State of the art. *Managerial Psychology*, 22(3) 309–328.
9. Terjesen Chr Aa, Salomon RH. Langsiktig ledelse. Om bærekraftig aldring i arbeidslivet. Oslo: Cappelen Damm akademisk; 2015.
10. Terjesen CAA, Lau B, Salomon RH. «Er du her så regner jeg med deg!» En studie av god ledelse innen pleie og omsorg: Hvordan kan utøvelse av ledelse bidra til å forlenge yrkeskarrieren for seniorer i en sektor preget av tidlig pensjonering og uførhet? AFI Rapport 19/2012. Oslo: AFI; 2012.
11. Bass BM og Riggio RE (2006). *Transformational Leadership*. London: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
12. Glasø, L. og Thompson, G. (2013). *Transformasjonsledelse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
13. Sorhaug, T (1996). *Om ledelse. Makt og tillit i moderne organisering*. Oslo: Universitetsforlaget.
14. Blomgren M (2001). Resultatansvarets betydning for sjuksøterskornas profesjonalisering. I Berntsen, Zeuthen, Borum, Erlingsdottir og Sahlin-Andersson: Når styringsambitioner møder praksis. Danmark: Handelshøgskolens Forlag.
15. Argyris, C og Schön D. (1978) *Organizational learning: A theory of action perspective*, Reading, Mass: Addison Wesley
16. Hilsen A, I & Midtsundstad, T (2014). Seniorpolitikk – behov for nytt kart og kompass. Søkelys på arbeidslivet. 1–2 2014.

KREFTREHABILITERING - VEIEN VIDERE



Veien videre er et tilbud for personer som har gjennomgått en eller flere former for kreft-behandling og som opplever et behov for rehabilitering.

Oppholdet varer i 3 uker (15 virkedager). Pluss en ukes oppfølging.

Vi legger vekt på ressurser og muligheter hos den enkelte med det som mål at de skal komme tilbake til en ønsket hverdag, både psykisk og fysisk så snart som mulig.

INNHold

I vårt rehabiliteringstilbud fokuserer vi på:

- Ernæring, trening, undervisning, mestring og eventuelt tilbake til arbeid.
- Gruppeterapi/samtaler og individuelle samtaler.

AKTIVITETER

Det legges opp til trening som du kan klare ut fra dine forutsetninger. Det legges også vekt på å finne en god balanse mellom aktivitet og hvile i hverdagen.

INNTAKSKRITERIER

Avsluttet eventuell strålebehandling.

HENVISNINGSRUTINER

Ta kontakt med fastlege, spesialist eller sykehus for å bli henvist til tilbudet.

LURER DU PÅ NOE?

Finn mer informasjon på vår hjemmeside: <http://www.kurbadet.no>





Krefttallene stiger

Tidligere i høst ble nye tall for 2016 presentert. Oversikten viser blant annet at det ble diagnostisert 32 827 nye tilfeller av kreft i 2016, 235 flere enn året før. Og prognosene viser at vi må forvente en videre økning i årene som kommer: Frem mot 2027 er det antatt at antallet krefttilfeller vil øke med 23 prosent.

Er det så noen lyspunkter i statistikken? De gode nyhetene er at flere enn sju av ti nå overlever en kreftsykdom, en firedobling i løpet av førti år.

Kilde: Kreftforeningen

Skann i butikk

NHS, Storbritannias offentlige helsevesen, vil i tiden fremover tilby kreftundersøkelser i supermarkedene. Er du i risikogruppen for lungekreft, kan du gå til din lokale Tesco, i hvert fall i for eksempel London og Manchester, og få utført en lungeskanning.

Målet er tidlig diagnostisering, og et pilotprosjekt har allerede gitt gode resultater: Der lungekreft ble påvist, var det fire ganger så stor sjanse for at det var snakk om et tidlig stadium av sykdommen, som kunne behandles med godt resultat.

Kilde: The Sun

«Lykken er ikke fravær av problemer, men evnen til å overvinne dem.» Ukjent

Brystkreft i dvale

Så mye som 15 år etter avsluttet behandling kan brystkreft blusse opp igjen. Det viser en ny studie publisert i New England Journal of Medicine. Kvinner som hadde hatt store svulster eller spredning til lymfesystemet, var mest utsatt for at sykdommen skulle komme tilbake.

Lederen for studien uttaler til BBC at det er bemerkelsesverdig at brystkreft kan ligge i dvale så lenge, for så å begynne å spre seg igjen etter så mange år. Et av tiltakene som foreslås, er å forlenge behandling med hormonerapi for kvinner i risikozonen.

Kilde: BBC

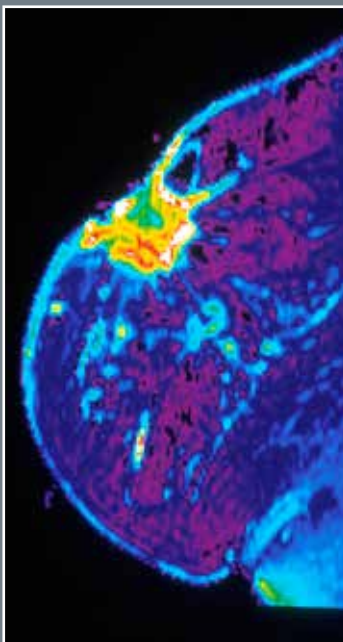


Foto: Wikimedia Commons / Steven Hammes



Foto: Wikimedia Commons / Mogana Das Murty og Patcharinbu Ramasamy

Bendelormkur mot prostatakreft

Ved Universitetet i Bergen har en gruppe forskere oppdaget et nytt virkeområde for en allerede kjent kur. Ledet av Professor Karl-Henning Kalland eksperimenterte gruppen med hundrevis av medisiner, for å se hvordan de virket på kreftceller. Kuren mot bendelorm (bildet) viste seg å være skreddersydd mot prostata- og tykktarmskreft.

– Vi så at stoffet hemmer signalveiene til kreftcellene, slik at de slutter å vokse. Det er sjelden at forskere finner stoff som treffer molekyler så presist som dette, sier Kalland til forskning.no.

Kilde: forskning.no

Mammografiprogrammet tjuå år

Det norske mammografiprogrammet feirer tjuårsjubileum i år. Programmet startet som et pilotprosjekt i 1995, og ble landsdekkende i 2005.

I løpet av disse årene har 950 000 kvinner blitt invitert til mammografiundersøkelse; 85 prosent av disse har møtt opp minst én gang, og 18 640 kvinner har fått påvist brystkreft. Oppmøtet til screening er best i Nordland, Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane; i Oslo er det lavest, med bare 66 prosent i 2016.

Kilde: Kreftregisteret

Fight HPV

Nå kan du spille deg til kunnskap om humant papillomavirus (HPV). Det er bare å laste ned appen Fight HPV, utviklet av Kreftregisteret.

HPV kan blant annet forårsake livmorhalskreft. Regelmessige underlivsundersøkelser og vaksinerer er de beste virkemidlene mot kreftformen, og målet er at spillet skal informere om viruset og få kvinner til å slutte opp om masseundersøkelsen mot livmorhalskreft.

Kilde: Kreftregisteret



Foto: Wikimedia Commons / George Chernilevsky

Super-T-celler

Forskere ved universitetet i Cardiff har oppdaget en måte å booste T-cellenes kreftødeleggende egenskaper på. T-cellene det her er snakk om, har allerede blitt genetisk modifisert, eller «redigert», til å angripe kreftceller. De har dermed hatt to typer reseptorer: de opprinnelige, som var rettet inn mot å bekjempe bakterie- og virusinfeksjoner generelt, og de som hadde blitt modifisert til å angripe kreftceller.

Hittil har disse reseptorene måttet konkurrere med hverandre, men nå har forskerne klart å fjerne T-cellenes opprinnelige reseptorer, slik at de kan konsentrere seg om å bekjempe kreft, og ingenting annet.

Kilde: Science Daily

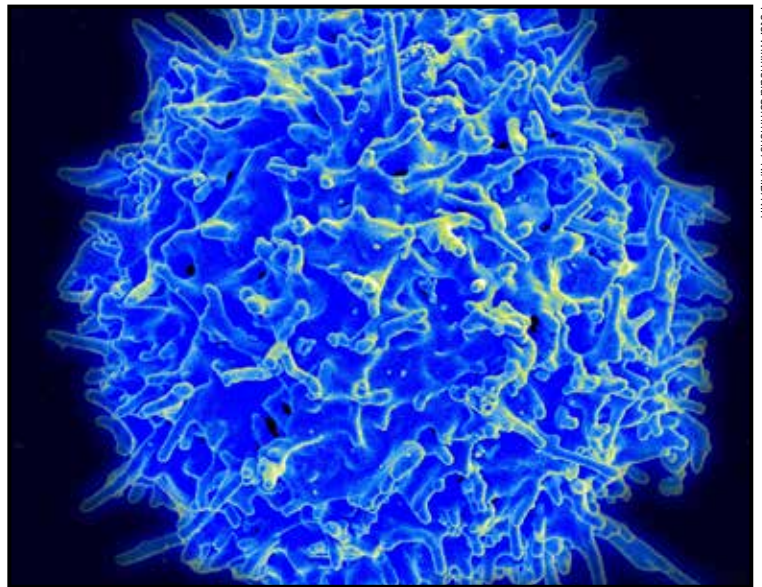


Foto: Wikimedia Commons / NIAD/NIH

Standardiserte snusbokser

I 2016 ble det vedtatt at all innpakning til både røyk- og snuspakker skal standardiseres, med en enkel, gusjebrun farge (se bildet) som skal virke frastøtende på eventuelle nye brukere. Den svenske snusprodusenten Swedish Match gikk i sommer til sak mot staten, og mente at dette var et brudd på EØS-reglene. Nå har staten fått medhold, og Kreftforeningen er fornøyd med resultatet:

– Dette er et viktig skritt for at kommende generasjoner skal være tobakksfrie, sier generalsekretær i Kreftforeningen Anne Lise Ryel til kreftforeningen.no. De nye pakningene er forventet å dukke opp i butikkene i juli neste år.

Kilde: Kreftforeningen, Helsedirektoratet





Sykepleieetikeren

Sykepleier og seniorrådgiver i etikk og ledelse Marie Aakre har klokkertro på nytteverdien av forpliktende, praksisnære etiske kollegarefleksjoner for å styrke erfaringskompetanse og kvalitetsvurderinger.

Tekst **Marte Wolden** Foto **Erik M. Sundt**

Du har gjennom et langt virke i helsevesenet møtt mange sykepleiere på ulike nivåer og i ulike roller. Hvordan oppfatter du det er å stå i jobben som erfaren sykepleier?

– De siste 15 årene har jeg arbeidet full tid med utdanning og dannelse av praksisnært etikkarbeid. Det innebærer at mine viktigste møtepunkter – med flere hundre sykepleiere hvert år – har vært gjennom seminarer, i grupper med etisk refleksjon, i gruppebasert personlig veiledning og/eller i lederutvikling. Mine hovedinntrykk fra denne bredden av kreftomsorgen er en særlig arbeids glede, helhetlig tenkning og faglig ansvarsbevissthet.

Sykepleierne forventninger til kvaliteten er svært forskjellige, både i sykehus og kommunale tjenester. Men mange peker på tiltakende travelhet og altfor høyt tempo. Jeg hører mange fortellinger om komplekse dilemma og ubehag av moralsk stress. Noen greier likevel å skape kunst i avansert sykepleie i trange handlingsrom, der andre resignerer og lojalt tilpasser seg de gitte systemkrav.

Flere bekrefter også en alvorlig mangel på systematisk etisk refleksjon og savner både kompetanse og handlingsrom for å styrke etikkarbeidet. Tydelig og tilstedeværende faglig sykepleieledelse er et stort savn.

Erfarne sykepleiere vet hva de bør gjøre, og har det vondt når de ikke får det til. Mange skammer seg over at det er altfor lite tid til helhetlig omsorg med tilstedeværelse og rom for de viktige samtalene om psykososiale og åndelige temaer.

Mangel på sengeplasser på sykehus oppleves brutalt overfor svært skrøp-

«Noen greier å skape kunst i avansert sykepleie.» *Marie Aakre*

lige pasienter, og erfarne sykepleiere bruker store ressurser på daglig logistikk, der plassbehovene ikke stemmer med pasientenes behov. Jeg har møtt kolleger som sier de ikke orker å arbeide «motstrøms» hele yrkeslivet, og som etterspør større tverrfaglighet både i klinikk og kompetanseutvikling.

Erfaringskompetanse

– Hvilke tiltak kan en leder sette inn for å gjøre arbeidet til en erfaren sykepleier givende og spennende, også etter mange år i jobb som kreftsykepleier?

Kreftsykepleie krever avansert klinisk kompetanse. Der kreftsykepleiere får handlingsrom til å utøve sin pasientnære faglighet på en helhetlig og tverrfaglig måte, ser det ut til at de helst ønsker å holde på med dette. God fagutøvelse gir trivsel og mening. Jeg kjenner mange kreftsykepleiere som har stått stødig i det kliniske arbeidet i både tjue og tretti år på samme sted. Mitt inntrykk er at arbeids glede er sterkt knyttet til hverdagskultur, langsiktig verdibevisst lederskap og mulighet for dannende læringsprosesser.

Men en god personalleder har også blikk for den enkelte ansattes personlige kompetanse, alder, helse og ulike endringsbehov. Erfaringskompetanse bør bekreftes som en særlig viktig ressurs, og etterspørres tydelig både i forhold til veiledning av studenter, nyansatte og på utvalgte fordypningsområder av kompetansearbeidet. Folk vokser ved tillitsfulle forespørsler og nye roller, og kan være i utvikling hele yrkeslivet.

Veiledningsansvar

– Hva er viktig for å tilrettelegge arbeidet til en erfaren sykepleier som har stort veiledningsansvar for studenter og nyansatte?

– Alle sykepleiere har et veiled-

Marie Aakre

Stilling: sykepleier og seniorrådgiver etikk.
Tidligere leder av NSF's Faglig etisk råd.


Forfatter: har utgitt boken *Jakten på dømmekraft* (2016).

ningsansvar for studenter, noe som tydelig bør prege alle pleiekulturer. Veiledningsansvaret kan ivaretas gjennom både praktiske forbildefunksjoner og tilrettelagte situasjoner for læring. Rollen betinger både pedagogisk kompetanse, nødvendige handlingsrom og et felles engasjement i kulturen. Veilederne bør få avklart tid for sine pedagogiske oppgaver, faglig påfyll og mulighet for metaveiledning.

– Ved OUS har det vært avholdt egne fagdager for erfarne sykepleiere. Er dette noe du har inntrykk av blir arrangert også ved andre helseforetak? Har du noen ideer om temaer på slike dager?

– Jeg har deltatt på noen slike samlinger, også i regi av andre foretak, blant annet for seniorsykepleiere som er 55 +, der intensjonen fra arbeidsgiver har vært å beholde dem lengst mulig. Temaer på disse samlingene har blant annet vært pensjonsforberedelser og rettigheter ved behov for tilpassing i arbeidslivet.

Mine viktigste oppgaver i denne typen sammenhenger har vært å vektlegge erfaringskompetansens betydning for pasientsikkerhet og kvalitet. Vi må erkjenne at vi ikke lærer av erfaring alene, men av refleksjoner over erfaringer.

Med dagens mangel på etisk 





refleksjon i travle pleiekulturer mener jeg de erfarne sykepleierne nettopp burde ta et tydeligere og sterkere ansvar for utvikling av helt nødvendige praksisnære læringsprosesser. Ferdighetslæring i etisk refleksjon – både det å lede refleksjonsgrupper og å implementere gode refleksjonsmodeller – bør etter mitt syn være en svært relevant oppgave for erfarne sykepleiere.

Jeg etablerer derfor ofte etiske verksteder med treningsprosesser på slike seminarer. Og jeg møter alltid stort engasjement i jakten på personlig dømmekraft. Både undervisning og ferdighetstrening gjennom frimodige kollegarefleksjoner er dannende.

Utvikling av relasjonskompetanse og praktisk klokskap i en stadig mer kompleks arbeidshverdag er sjelden et satsingsområde i kompetanseplaner og internundervisning, noe jeg synes er bekymringsfullt. Utvikling av moden, personlig vurderingsevne er avhengig av langvarig praksiserfaring, der systematisk og kritisk analytisk kollegarefleksjon er en selvfølge.

Erfaringskompetanse kommer oftest i skyggen av akademisk satsing, men burde etterspørres og realiseres like strategisk forpliktende som den forskningsbaserte. De mest erfarne bør bidra ved å være særlig viktige ressurspersoner i dette kompetansearbeidet.

Støttende hverdagskultur

– *Har du noen tanker om hvordan man kan unngå at erfarne krefstsykepleiere brenner alt «kruttet»?*

– Som nevnt er nærmeste leders blikk for sine ansatte svært avgjørende. Jeg tror opplevelsen av å miste arbeidskraft og -glede er et sammensatt tema, der den enkeltes livssituasjon, motivasjon og støttebehov varierer mye. Det kan være nyttig med pauser, litt avstand, en sykmelding, nye studier, en annen rolle, avlastning av inntrykk og moralsk stress.

Der det ikke er plass for det etiske fundamentet og fagets kjerne, blir faren for å bli «kamptrekk» større. Jeg har lært at faglig og personlig trygg integritet, samt en støttende og lærende hverdagskultur, er av særlig stor betydning.

– *Sykepleiefaglig veiledning: Hvor viktig er det for erfarne sykepleiere?*

– Personlig veiledning er en læringsform som kan være svært viktig for vekst og nye innsikter i perioder, men den må gjerne ha sine pauser. Utbyttet er helt avhengig av metode, den aktuelle veileder og sykepleierens egen frimodighet og investering i sin personlige læringsprosess. Mye kan nok bli litt for snilt, slapt og lite utviklende.

«Vi må erkjenne at vi ikke lærer av erfaring alene, men av refleksjoner over erfaringer.»

Marie Aakre

En ekstern veileder kan nok være avgjørende for å forløse nødvendig kraft til endring og læring.

– *Bør det være egne sykepleiefaglige veiledningsgrupper for erfarne sykepleiere?*

Jeg synes egentlig ikke det. Spenningsfeltet og kraften for læring blir større ved mangfold i gruppesammensetningen. Unge sykepleiere kan lære mye av de erfarne, men vi må ikke glemme hvor berikende det er stadig å få nye perspektiver og friskere tankegods fra nyutdannede og ganske ferske kolleger.

Etiske refleksjonsprosesser

– *Erfarne sykepleiere får ofte ansvar for de mest komplekse pasientsituasjonene.*

Hvordan kan man sikre støtte der og da, når behovet er der, og hvordan kan lederen fange opp behovet og bidra?

– Å etterspørre erfaringskompetanse er både nødvendig og naturlig i særlig komplekse situasjoner. Både ansvarlig sykepleier selv og nærmeste leder bør være i forkant i slike krevende situasjoner og planlegge og følge opp mulig støttebehov, som en naturlig del av fagansvaret.

Det er aldri mulig å forutse egne reaksjoner over tid. Jeg har klokkeetro på nytteverdien av forpliktende etiske refleksjonsprosesser nært komplekse pasientsituasjoner. Jeg spør egentlig om det i det hele tatt bør være anledning til å påta seg og ivareta dette fagansvaret uten samtidig å iverksette en kollegarefleksjon over de valgene som gjøres, og de reaksjonene som oppstår.

– *Du har allerede vært inne på at mangel på tid og ressurser er et gjengående problem i helsesektoren. Eldre sykepleiere har gjerne mye kunnskap og erfaring og ser klarere behovene hos pasienten enn yngre sykepleiere. Tror du mangel på tid og ressurser fører til at de erfarne sykepleierne opplever å utføre en utilstrekkelig jobb, og at det kan være en årsak til at de slutter?*

– Ja, noen ganger er det så høyt tempo at nødvendig småprat og kollegiale drøftinger ikke får plass. Tempo og faglig utrygghet kan medføre betydelig moralsk stress med skam og skyldfølelse, og med et velbegrunnet ønske om endring i jobben.

Det hadde vært nyttig om dette ble grundigere dokumentert. Der det ikke blir mulig å ivareta faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, går sykepleiere ofte på akkord med sitt fagansvar og det de er utdannet til å ivareta. Dette bør stadig «opp på bordet» og gjøres kjent for ansvarlige ledere. Vi melder nok altfor lite ifra om uverdige situasjoner og for trange handlingsrom. ■



Referat fra landskonferansen

Årets konferanse hadde overskriften «I storm og stille», som var treffende både om en kreftsykepleiers yrke og været på Sunnmøre.

Tekst **Elianne Ulsaker**, kreftsykepleier, Hallingdal sjukestugu, Ål og **Irene Bjällhag**, kreftkoordinator, Tønsberg kommune




Den 18. landskonferansen i kreftsykepleie ble avholdt i Ålesund 27.–29. september. Navnet på konferansen i år var «I storm og stille», noe som på Sunnmøre er en treffende beskrivelse av været, som nærmest på et blunk kan skifte fra stille sjø til storm. Men uttrykket er også overførbart til vårt virke som kreftsykepleiere, og kan beskrive hvordan kreftpasienter og pårø-

rende opplever det å få en kreftdiagnose.

Konferansen ble introdusert med flotte bilder fra Sunnmøre. Varaordfører i Ålesund, Tor Johan Øvstebø, ønsket velkommen. Mona Grytten, leder i FKS, innledet, og lokallagsleder Tanja Alme presenterte konferansens temaer og introduserte vår konferansier, Øyvind Veбенstad. Øyvind ledet oss gjennom de tre dagene på en glimrende måte.

Historisk tilbakeblikk

Første foredragsholder ut i år var Kari Bugge fra NSF. Hun belyste rollen som kreftsykepleier og tok oss gjennom styrende dokumenter som samhandlingsreformen og pakkeforløp på en levende og engasjert måte. Fremtidens kreftomsorg var et av temaene, og den forventete økningen i antall krefttilfeller per år og ulike utviklingstrekk 



ble drøftet. Den nyeste lovendringen hun presenterte, var loven om rett til helsehjelp for etterlatte barn.

Olbjørn Klepp tok oss tilbake til syttallet og la på en humoristisk måte frem utviklingen i kreftomsorgen i Norge. Han beskrev enorme strålefelt, kreftomsorg uten cellegift og et landsdekkende kreftsykehus, frem til dagens behandling med immunterapi og individuelt tilpasset behandling.

Hypokonderklinikken

Polfarer og sykepleier Cecilie Skog tok oss med inn i «Cecilies verden» og sine mange turer på ski og i fjellet. Ved sin levende måte å fortelle på, og sin evne til å være åpen, ble vi tatt med til Nordpolen og turen til K2, hvor hun mistet ektefellen. Hun fortalte om offentlig sorg, «enka på 33», og hvordan livet etter hvert – sakte, men sikkert – ble lettere og lysere.

Professor, psykiater og indremedisiner Ingvard Wilhelmsen snakket om holdninger og hvordan vi forholder oss til det som skjer med oss, eksempelvis «Det er ikke mer synd på oss enn andre». Han fortalte på en humoristisk måte, kom med mange eksempler fra sin praksis på hypokonderklinikken, og det ble mye latter i salen.

Tapas og mingling

Generalforsamlingen ble holdt onsdag ettermiddag med 79 personer som var stemmeberettigete. Det var flere orienteringssaker, og det ble valgt nytt styre. Noen nye medlemmer ble valgt inn i styret, og noen fortsetter i en periode til.



MØTESALEN: Forventningsfulle konferansedeltakere før årets konferanse sparkes i gang. Foto: Privat

«Det var livlig underholdning og god stemning.»

Mona Grytten ble gjenvalgt som leder. Det ble også vedtatt at leder skal frikjøpes i deler av sin stilling.

På kvelden var det duket for Get Together, en hyggelig minglekveld med tapas på menyen. Det var livlig underholdning og god stemning.

Fremtidens kreftbehandling

Dag to ble innledet av konferansier Øyvind. Det nye styret ble presentert.

Deretter snakket Herman Ekeberg om sin personlige historie, og hvordan han mestret det å få kreft og samtidig være

småbarnsfar. Det var den tøffeste kampen han hadde vært gjennom.

Så innledet onkolog Oluf Herlofsen om immunterapi, som ifølge ham er fremtidens kreftbehandling. Han beskrev immunterapi som en av de mest markante gjennombruddene i kreftmedisinen, og la vekt på behandlingens bivirkninger og langtidseffekter.

Førsteamanuensis Margareth Kristoffersen fortalte om sin doktorgrad, som handler om å strekke seg mot tinder. Hva er det som gjør at sykepleiere står i jobben sin? Her var det mye kreftsykepleiere kunne kjenne seg igjen i.

Fuck tante Augusta

Sykepleier May Hauken fortsatte dagen etter lunsj. Hun har skrevet doktorgrad om kognitive teknikker som mestringsredskap for unge kreftpasienter som har





KLOVN: Ikke et øye var tørt i salen da Elisabeth Helland Larsen fortalte om sin jobb som sykehusklovn med innlevelse og varme. Foto: Privat

gjennomgått behandling. Hun ledet oss gjennom avhandlingen sin og resultatene sine på en god måte.

Så var det Lene Wikanders tur, journalist, blogger og kreftoverlever. Hun kalte sitt foredrag «Fuck tante Augusta». Hun snakket om at hun hadde blitt bortført av aliens da hun fikk kreftdiagnosen, og det var helsevesenet hun refererte til.

Hun fortalte sin historie på en direkte og usminket måte, og det ble mye latter i salen, men også ting til ettertanke. Hun fikk publikum til både å gråte og le i løpet av foredraget.

Oppfølging av kreftoverlevende

Deretter var det paneldebatt. Temaet var om kreftoverlevende får et godt nok tilbud. Hva trenger de? Har helsepersonell/samfunnet nok oppmerksomhet rundt dette?

«Hun hadde blitt bortført av aliens da hun fikk kreftdiagnosen.»

Debatten ble ledet av Lene Wikander, og publikum hadde mulighet til å stille spørsmål til debattantene via Facebook. Det var unison enighet om at behovet for bedre oppfølging etter fullført behandling er stort.

Siste del av dag to besto av ulike parallellsesjoner: palliasjon, mestring, å være hjelper, barn og unge som pårørende, flerkulturelt perspektiv og å leve etter kreftsykdom. Dyktige fagpersoner holdt foredrag i fem ulike lokaler.

Klovneri

Dag tre ble innledet av at artisten Elisabeth Andreassen sang to flotte sanger og sa noen velvalgte ord.

Deretter tok gestaltterapeut Bent Falk over og fortalte om å samtale med kriserammete, om oppmerksomhet, grenser og kontakt. Han er kjent for boken Å være der du er og har lang erfaring med å snakke med mennesker i krise.

Vibeke Lohne, professor og sykepleier, fortalte om Ringer i vann. Hun fortalte om håp fra doktorgraden sin, og sin personlige erfaring med kreftsyk ektefelle.

Siste foredrag på landskonferansen var det sykehusklovn Elisabeth Helland Larsen som sto for. Hun kom dansende inn fra lengst bak i salen, fortalte om sin jobb med innlevelse og varme, og ikke et øye var tørt i salen. Hun fortalte om hva en sykehusklovn gjør, og hvordan jobben har blitt mer og mer verdsatt og respektert i løpet av de siste tjue årene.

Østfold neste

Kort oppsummert: en flott og faglig sterk konferanse. Flotte kulturelle innslag med lokale musikere/sangere, sykepleier fra lokalkomiteen med morgentrening for alle deltakerne, humorningslag og Elisabeth Andreassen. Det var også sosiale arrangement på kveldene med tapas på onsdag og festmiddag på torsdag.

En stor takk rettes til lokallagskomiteen på Sunnmøre og i Ålesund, som har fått til denne konferansen. Om to år er det Østfold som tar stafettspinnen videre. Vi gleder oss allerede! ■




Er du på Instagram? Det er vi og!

Over 6.000 følger Sykepleien på Instagram. Her finner du bilder av og for sykepleiere. Følg oss du også!

Merk bilder fra din sykepleierhverdag med **#yrkesykepleier** så kommer ditt bilde kanskje i Sykepleien!



Sykepleien



Changing tomorrow

Astellas is committed to turning innovative science into medical solutions that bring value and hope to patients worldwide.

We are committed to the fight against cancer and to making innovative treatments available that can extend and improve the lives of those suffering from cancer. To do this we focus our efforts in areas where we can develop best-in-class medicines, advancing treatments where there are real needs for patients. This has resulted in a number of treatments for various cancers moving through clinical development, with many more in early stage research.

At Astellas, we're focused on making *changing tomorrow* a reality.

astellas.dk • astellas.fi • astellas.no • astellas.se





Skiftarbeid, døgnrytmer og

God søvn er viktig for hjernens funksjon, og for fysisk og psykisk helse. Men nattarbeid kan forstyrre døgnrytmen og gi negative helseeffekter. Kan søvn- og døgnrytmeforstyrrelser forebygges?


FAKTA

Av Torhild Pedersen, stipendiat, Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen

Artikkelen er først publisert på sykepleien.no
DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleien.2017.64142

Alle dyr og mennesker har behov for søvn. Det er noe mystisk med søvn og dens funksjon på tvers av artene, men vi vet mye om hvorfor søvn er viktig for oss mennesker. Søvn er essensielt for den fysiske helsen og påvirker, blant annet, regulering av immunrespons, appetitt, hormonutskillelse og funksjonen til hjerte- og karsystemet (1). Vår psykiske helse er også avhengig av god og nok søvn. Vi har vel alle opplevd hvordan det er å ikke ha sovet godt og hva det gjør med humøret. Man blir lett irritabel og hverdagslige utfordringer kan bli vanskelig å takle. Søvnens rolle er spesielt viktig for hjernen vår. Hjernen er kroppens kontrolltårn, og søvnens innvirkning på hjernen vil bli vektlagt videre i denne teksten.

Den plastiske hjernen

At hjernen vår er plastisk betyr at den kan endres, og alt vi lærer og erfarer under våkenhet fører til endringer i samspillet mellom nevronene i hjernen. Nevronene kommuniserer med hverandre og sender signaler via kontaktpunkter kalt 

Sammendrag: For en yrkesgruppe som sykepleiere er skiftarbeid en del av hverdagen, og for mange kan dette utfordre både døgnrytmen og søvnkvaliteten. Men hvorfor er søvn så viktig for oss? Og hva skjer dersom man må sove om dagen i stedet for natten? For å forstå dette trenger vi først å vite litt om hvorfor vi sover. Teksten gir en innføring i betydningen av søvn for oss mennesker og hvordan søvn reguleres.



SØVN



HELSEPROBLEMER: Skiftarbeidere opplever oftest å ikke være uthvilt. Foto: Mostphotos



synapser. Under våkenhet styrkes synapsene – de øker i størrelse og det dannes også nye kontaktpunkter. Det å være våken er altså en energikrevende prosess for hjernen. Under søvn pågår det fascinerende prosesser for å restituere og gjenoppbygge hjernen etter en periode med våkenhet.

Når vi sover ryddes det opp i synapsene slik at de minsker i størrelse, og de som ikke er optimale

«Melatonin kan hjelpe på å få døgnrytmen tilbake til normalen.»

fjernes. Dette er nødvendig for at hjernen skal kunne gjennomgå nye endringer i det nevronale samspillet under våkenhet og beholde den plastiske evnen. Når vi sover bearbejder hjernen opplevelser og nye minner konsolideres. Derfor kan vi huske bedre etter en tid med søvn. Ulike studier har vist at dersom man ikke sover den påfølgende natten etter at man har lært noe nytt, så vil man ikke huske opplevelsen eller oppgaven like godt dagen etterpå (2).

Fjerning av avfallsstoffer

Det er også nødvendig å fjerne avfallsstoffer som bygges opp under den energikrevende våkenheten. Opphopning av avfallsstoffer mellom nevronene kan nemlig hindre kommunikasjonen mellom dem, slik at signaler ikke lenger sendes eller mottas like effektivt.

Hjernen vår har ikke et vanlig lymfesystem for avfallshåndtering slik som resten av kroppen, men den har likevel en egen måte å løse dette problemet på. I hjernen sirkulerer det cerebrospinalvæske som sørger for en stadig utskifting av væske mellom hjernecellene. På denne måten kan avfallsstoffer fjernes fra området rundt nevronene og ikke være til hinder for kommunikasjonen. Nylig ble det vist at når vi sover er dreناسjen av avfallsstoffer i hjernen mer effektivt enn under våkenhet (3). Om grad av dreناسje av ekstracellulær væske er relatert til søvnkvalitet vil være interessant å vite. Dårlig søvn (dreناسje) kan kanskje være med på å forklare en nevrodegenerativ lidelse som Alzheimers sykdom (4).

Søvnen har altså mange viktige funksjoner og «rydder opp» og vedlikeholder hjernen etter en periode med våkenhet. Men når og hvor lenge vi sover er avhengig av flere ulike faktorer.



Hvordan reguleres søvn?

Søvn reguleres av behovet for søvn, døgnrytme og vår egen atferd. Søvnbehov bygges opp når vi er våkne. Når vi sover reduseres søvnbehovet gradvis, før det på nytt starter å bygge seg opp under en ny periode med våkenhet (5, 6). Døgnrytmen vår spiller også en viktig rolle i søvnreguleringen. I hjernen har vi en kjerne som fungerer som en slags «hovedklokke» for kroppen. Denne kalles suprakiasmatiske kjerne (SCN, plassert i hypothalamus, like over synsnervekrysningen – kiasma).



REGULERER SØVN: Behovet for søvn, døgnrytme og vår egen atferd regulerer søvnen. Foto: Mostphotos



SCN sender signaler til perifere «klokker» som finnes i hver eneste celle i kroppen vår. Prosesser som temperaturregulering, hormonutskillelse og metabolisme synkroniseres til denne hovedklokkens rytme (7). Hos mennesker er døgnrytmen innstilt på at vi skal være aktive om dagen, og av dette fremmer våkenhet. Mot kvelden reduseres aktiveringen og kroppen gjør seg klar for søvn.

Lys og rytme

Kroppens egen døgnrytme har en varighet på litt

over 24 timer, men den tilpasses jordens og samfunnets 24-timers rytme ved hjelp av tidsgivere. Lys er den aller sterkeste tidsgiveren og påvirker SCN direkte via lyssensitive celler i øyet (8). Men også rytmen av aktiviteter og måltider er med på å regulere de perifere klokkene i kroppen, og dermed påvirke døgnrytmen vår.

Samspillet mellom søvnbehov og døgnrytme er sterke krefter som driver rytmen av søvn og våkenhet. Tidspunktet for når vi sover kan likevel overstyres ved å være i aktivitet, slik det kan være



når man er på jobb om natten eller på fest med venner ut i de sene nattetimer. Vi holder oss våkne ved å være aktive, selv om kroppen er innstilt på at vi skal sove.

Nattskiftarbeid utfordrer

Menneskekroppen er innstilt på å ha sin søvnfase om natten. Døgnrytmen vår er en sterk pådriver for når kroppen skal sove og når den skal være våken, og denne rytmen er vanskelig å snu. Studier viser at selv om man utelukkende jobber nattskift er det svært vanskelig å endre døgnrytmen (9). Dette er fordi vi stadig påvirkes av tidsgivere rundt oss i

om natten påvirket. Dette viser seg som sakte hjernebølger under våkenhet, slike man vanligvis ser under søvn (12). Dette forteller oss at døgnrytmen spiller en viktig rolle for hjernens funksjon. Når man arbeider om natten blir døgnrytmen utfordret og dette påvirker hjernen.

A- eller B-menneske

Søvnproblemer i forbindelse med nattarbeid er vanlige, men mange vil gjerne føle at de sover godt og lenge nok etter et nattskift. Hvorfor man har disse individuelle forskjellene er ikke helt forstått, men om man er A- eller B-menneske, det vil si morgenfugl eller natteravn, kan ha noe å si for hvor lett man tilpasser seg ulike skiftordninger. A-mennesker tilpasser seg lettere tidligvakter, men B-mennesker tilpasser seg lettere kvelds- og nattevakter. Dette skyldes døgnrytmen og hvordan den er innstilt hos den enkelte. Alder har også betydning for toleranse av nattarbeid. Generelt vil yngre mennesker tilpasse seg nattarbeid bedre enn eldre mennesker, men det finnes også mennesker som trives godt med nattarbeid gjennom hele arbeidslivet (13).

«Når vi sover, skylles avfallsstoffer mye mer effektivt bort.»

samfunnet, der lyset har den største påvirkningskraften. Om man blir utsatt for dagslys når man drar hjem fra en nattevakt, starter aktiveringsprosesser i kroppen. Man sovner gjerne raskt når man legger seg på grunn av søvnbehovet som har bygget seg opp, men søvnperioden blir forkortet. Studier viser at søvn på dagtid reduseres med omkring to timer sammenliknet med søvn om natten (10). Årsaken er at man legger seg til å sove på en stigende aktiveringskurve, noe som gjør det vanskelig å opprettholde søvnen. Mange nattarbeidere sliter derfor med å ikke føle seg uthvilt etter å ha sovet på dagtid. Dette kan på sikt få konsekvenser for både fysisk og psykisk helse.

Forhold av betydning

Men hvordan fungerer hjernen når man er på jobb om natten? Tenker man like klart og kan ta raske og riktige avgjørelser? Døgnrytmen vår jobber igjen mot oss på dette punktet. Døgnrytmen når sitt bunnpunkt (nadir) tidlig på morgenen, rundt fire-fem-tiden, og det er da drangen til å sove er sterkest. Hvis man i tillegg ikke har sovet tilstrekkelig etter forrige nattevakt vil søvnigheten og søvnbehovet være enda større. Flere store arbeidsulykker har skjedd om natten, som ved atomkraftverket i Tsjernobyl og oljekatastrofen etter Exxon Valdez forliset, som blant annet ble forårsaket av menneskelige feilvurderinger (11). Forsøk på rotter som har «jobbet» om natten viser også at selv om de sover like lenge som dagarbeidere er våkenhetsfunksjonen

Skiftarbeid og helse

Forskning viser at det å jobbe skift – spesielt nattskift – kan ha uheldige konsekvenser for helsen vår, både på kort og lang sikt. Disse negative helsekonsekvensene ser ut til å ha en sammenheng med forstyrrelser av kroppens døgnrytmeregulering. Når vi endrer tiden på døgnet vi sover, når vi er aktive og når vi spiser, blir det finnstilte samspillet mellom hovedklokken og de perifere klokkene forstyrret, og kan føre til ulike plager.

På kort sikt kan man oppleve endringer i humør, evne til å konsentrere seg og fordøyelsesproblemer.

På lengre sikt har man sett at skiftarbeidere har økt risiko for å utvikle overvekt, hjerte- og karlidelser, diabetes og enkelte kreftsykdommer (14). Av rapporterte helseproblemer blant skiftarbeidere er det likevel søvnforstyrrelser og følelsen av å ikke være uthvilt som er mest utbredt. Men kan man gjøre noe for å motvirke søvnighet og søvnforstyrrelser som følger av skiftarbeid?

Forebygging av søvn- og døgnrytmeforstyrrelser

Det forskes på om lys – den viktigste tidsgiveren for døgnrytmen vår – med riktig mengde og til riktig tid på døgnet kan være med på å tilpasse døgnrytmen



til skiftordning. Eksposering for lys før tidspunktet for nadir kan forsinke døgnrytmen slik at man lettere tilpasser seg nattarbeid. Eksposering for lys etter nadir kan hjelpe på å fremskynde og komme tilbake til «normal» døgnrytme etter endt nattarbeidsperiode.

En kombinasjon av lys og tilskudd av døgnrytme-hormonet melatonin kan også brukes for å endre døgnrytmen. Melatonin skilles naturlig ut om kvelden når vi skal sove. Kunstig tilførsel av melatonin kan fremme evnen til å sove på dagtid og dermed bidra til at man lettere tilpasser seg nattskift, men dette anbefales kun dersom man jobber om natten i lengre perioder. Melatonin kan også hjelpe på å få døgnrytmen tilbake til «normalen» når man skal tilpasse seg dagskift (15).

Mye forskning

Det forskes også på hvordan lys kan brukes for å bekjempe søvnløshet og redusert oppmerksomhet under nattskift. Laboratorie- og feltstudier viser at det å eksponeres for sterkere lys enn vanlig innendørs belysning under nattskiftet hjelper på å tilpasse døgnrytmen (16, 17). Laboratoriestudier viser i tillegg økt ytelse under arbeid og at den påfølgende søvnperioden blir lengre (16). Men like viktig som å eksponeres for lys til riktig tid, er det å bli skjermet for lys i bestemte perioder. Et eksempel er bruk av solbriller for å skjerme seg for lys når man drar hjem fra nattevakt. Lyseksponering tidlig om morgenen vil virke aktiverende på kroppen og gjøre det vanskelig å opprettholde søvnen på dagtid.

Det foregår mye forskning på søvn men vi vet ennå ikke hvordan lyset påvirker oss. En studie på simulert nattarbeid under ulike lysforhold pågår nå ved Universitetet i Bergen og vil forhåpentligvis kunne gi oss flere svar på hvordan arbeidsmiljøet kan tilrettelegges for å bedre ytelsen under nattskiftet og søvnen i etterkant.

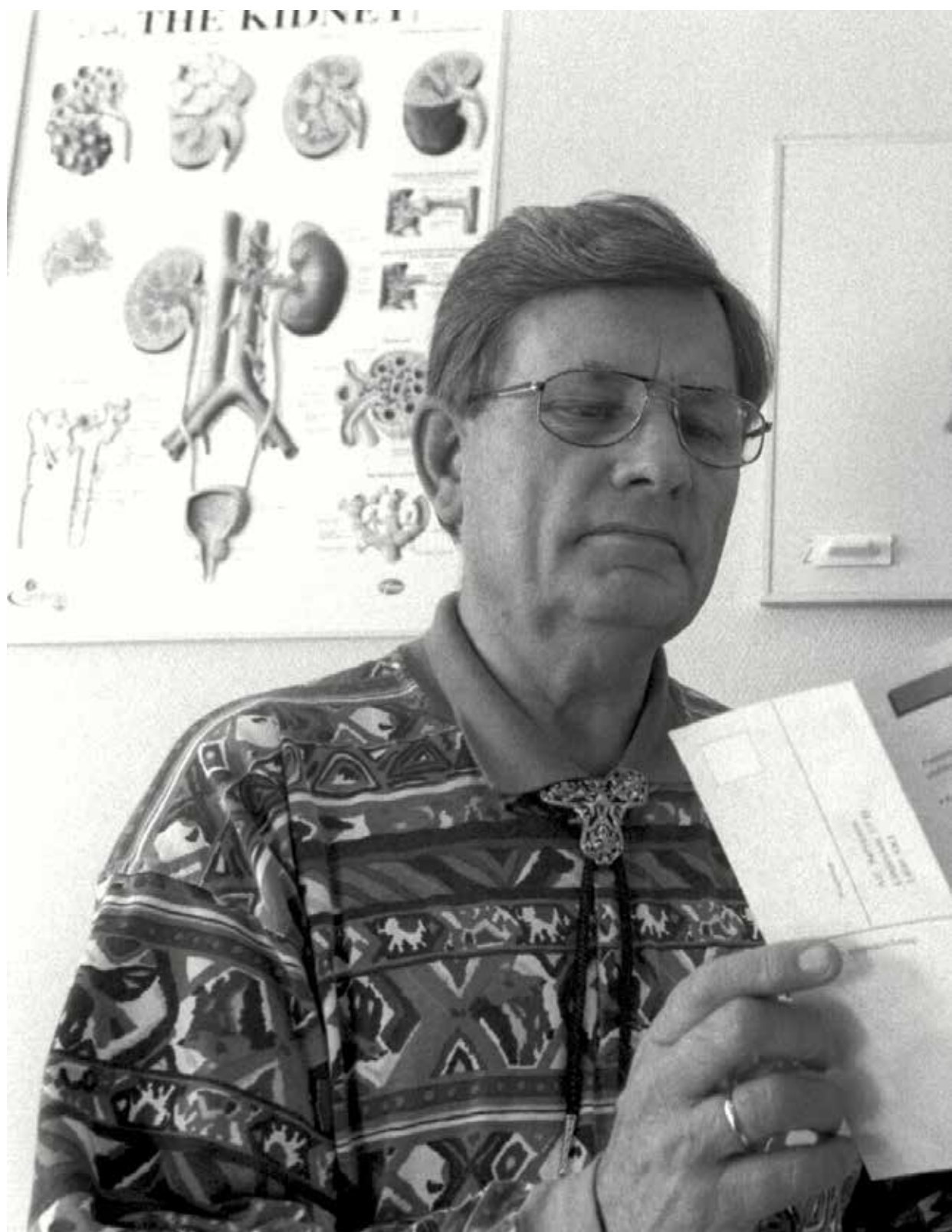
Andre aspekter

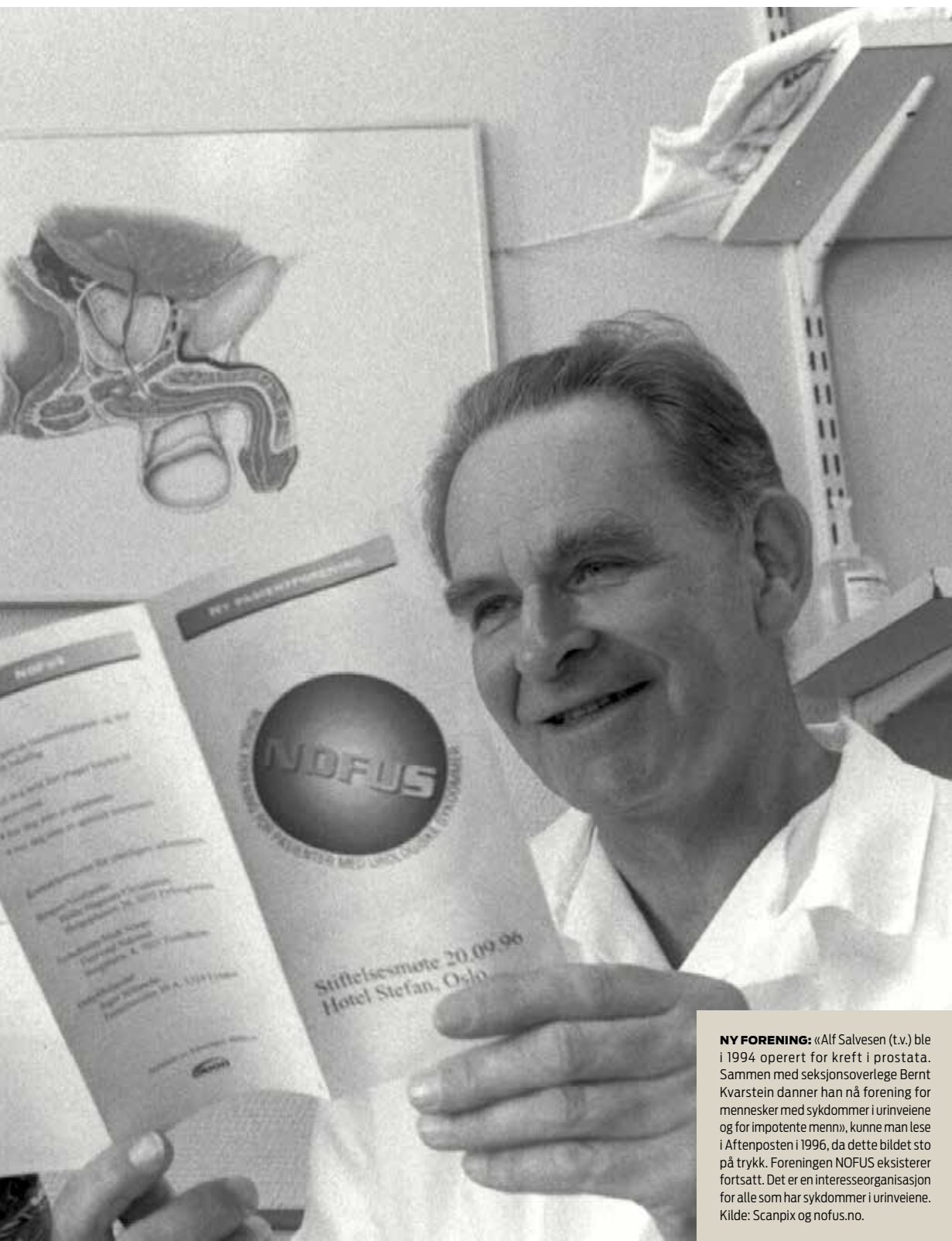
Det å jobbe skift – og spesielt nattskift – kan forstyrre søvnen vår og føre til fysiske og psykiske plager. I tillegg er det andre aspekt ved jobben som sykepleier som også kan påvirke søvn og helse. I møte med syke mennesker og deres pårørende opplever man mye som kan være vanskelig å legge til side når man kommer hjem fra jobb. Psykiske påkjenninger og stress kan også påvirke lengden og

kvaliteten på søvnen vår, uavhengig av skiftordning. Samtidig kan for lite søvn påvirke oss psykisk og føre til negativt stress. Dette er kompliserte vekselvirkninger der man ikke alltid vet hva som forårsaker det ene eller andre. Å ta vare på seg selv i en krevende jobb er viktig, og det å legge til rette for tilstrekkelig og god søvn er et forebyggende tiltak som absolutt bør settes på agendaen. ■

Referanser

1. Medic G, Wille M, Hemels ME. Short-and long-term health consequences of sleep disruption. *Nature and science of sleep*. 2017;9:151.
2. Stickgold R. Sleep-dependent memory consolidation. *Nature*. 2005;437(7063):1272.
3. Xie L, Kang H, Xu Q, Chen MJ, Liao Y, Thiyagarajan M, et al. Sleep drives metabolite clearance from the adult brain. *science*. 2013;342(6156):373-7.
4. Smith AJ, Verkman AS. The "glymphatic" mechanism for solute clearance in Alzheimer's disease: game changer or unproven speculation? *The FASEB Journal*. 2017;31:201700999.
5. Borbély AA. A two process model of sleep regulation. *Human neurobiology*. 1982.
6. Grønli J, Ursin R. Basic sleep mechanisms. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2009 september;129(17):1758-61.
7. Hastings MH, Reddy AB, Maywood ES. A clockwork web: circadian timing in brain and periphery, in health and disease. *Nature reviews Neuroscience*. 2003;4(8):649.
8. Hughes S, Jagannath A, Hankins MW, Foster RG, Peirson SN. Chapter Six-Photic Regulation of Clock Systems. *Methods in enzymology*. 2015;552:125-43.
9. Folkard S. Do permanent night workers show circadian adjustment? A review based on the endogenous melatonin rhythm. *Chronobiology international*. 2008;25(2-3):215-24.
10. Åkerstedt T. Shift work and disturbed sleep/wakefulness. *Occupational medicine*. 2003;53(2):89-94.
11. Folkard S, Tucker P. Shift work, safety and productivity. *Occupational medicine*. 2003;53(2):95-101.
12. Grønli J, Meerlo P, Pedersen TT, Pallesen S, Skrede S, Marti AR, et al. A rodent model of night-shift work induces short-term and enduring sleep and electroencephalographic disturbances. *Journal of biological rhythms*. 2017;32(1):48-63.
13. Saksvik IB, Bjorvatn B, Hetland H, Sandal GM, Pallesen S. Individual differences in tolerance to shift work – a systematic review. *Sleep medicine reviews*. 2011;15(4):221-35.
14. Härmä M, Kecklund G. Shift work and health – how to proceed? *Scandinavian journal of work, environment & health*. 2010:81-4.
15. Pallesen S, Bjorvatn B, Magerøy N, Saksvik IB, Waage S, Moen BE. Measures to counteract the negative effects of night work. *Scandinavian journal of work, environment & health*. 2010:109-20.
16. Czeisler CA, Johnson MP, Duffy JF, Brown EN, Ronda JM, Kronauer RE. Exposure to bright light and darkness to treat physiologic maladaptation to night work. *New England Journal of Medicine*. 1990;322(18):1253-9.
17. Boivin DB, James FO. Circadian adaptation to night-shift work by judicious light and darkness exposure. *Journal of Biological Rhythms*. 2002;17(6):556-67.





NY FORENING: «Alf Salvesen (t.v.) ble i 1994 operert for kreft i prostata. Sammen med seksjonsoverlege Bernt Kvarstein danner han nå forening for mennesker med sykdommer i urinveiene og for impotente menn», kunne man lese i Aftenposten i 1996, da dette bildet sto på trykk. Foreningen NOFUS eksisterer fortsatt. Det er en interesseorganisasjon for alle som har sykdommer i urinveiene. Kilde: Scanpix og nofus.no.



Alle trenger støtte når mamma eller pappa er syk

Alvorlig sykdom og et usikkert sykdomsforløp kan redusere foreldrenes omsorgskapasitet for barn. For å imøtekomme både foreldres og barns behov, bør hele familien støttes.

FAKTA

Av May Aasebø Hauken, forsker, Senter for krisepsykologi, Universitetet i Bergen

Artikkelen er først publisert på sykepleien.no
DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleiens.2017.64175

Sosial støtte er svært viktig for alle menneskers livskvalitet og helse, og spesielt for familier i krise (1). Forskning viser imidlertid at foreldre i en krisesituasjon etterlyser mer støtte og langvarig hjelp, mens nettverket ofte føler seg utrygge og usikre på hvordan de kan være til hjelp (2–4). Tidsklemma med omsorg for barn, jobb og daglige oppgaver, innebærer en betydelig tilleggsbelastning for hele familien ved alvorlig sykdom hos en av foreldrene, som for eksempel ved kreft (5).

Mange familier lever med alvorlig sykdom over mange år, ofte preget av et varierende og usikkert sykdomsforløp (6). Disse familiene kan finne seg i en langvarig krisesituasjon forstått som «en situasjon med en avgjørende fare for liv og helse i et sykdomsforløp, eller som forstyrret psykisk likevekt ved store påkjenninger. Slik kan en krise betegne en så alvorlig påkjenning at en families eksistens trues» (7). Belastningene, reaksjonene og utfordringene vil

imidlertid variere for enkeltindivider og fra familie til familie.

Rolleendring og omsorgskapasitet

Sykdom og behandling kan medføre store konsekvenser på alle områder i livet. For pasienten kan behandlingen medføre fysiske bivirkninger og senskader der fatigue er hyppig (8), samt psykiske reaksjoner som angst, depresjon og traumatiske stressreaksjoner (9). Syke foreldre rapporterer om rolletap og redusert kapasitet knyttet til jobb, praktiske oppgaver hjemme, omsorg for barna og sosialt liv (4). Tilsvarende opplever den friske forelderen økt rollebelastning knyttet til omsorg for barna, syk partner og dagliglivets oppgaver (2, 4, 10). Disse rapporterer om alvorlige konsekvenser for samliv, familieliv og kommunikasjon (11), stressreaksjoner, angst og depresjon (10, 12). Til sammen medfører dette en redusert livskvalitet og omsorgskapasitet for foreldrene (2).

Foreldrene er primært opptatt av å beskytte og ivareta barna, og opprettholde hverdagslivet (13). De etterlyser mer hjelp fra sine sosiale nettverk for å få hverdagen til å gå rundt i en vanskelig tid (4, 14). Mange familier opplever imidlertid at nettverket trekker seg bort, eller at hjelpen ikke er relevant, som for eksempel «gode råd». Mange foreldre synes dessuten det er vanskelig å be om hjelp. En far sa: «Selv om de sier: 'Bare ring hvis det er noe jeg kan gjøre', så gjør jeg jo ikke det».

Å være barn

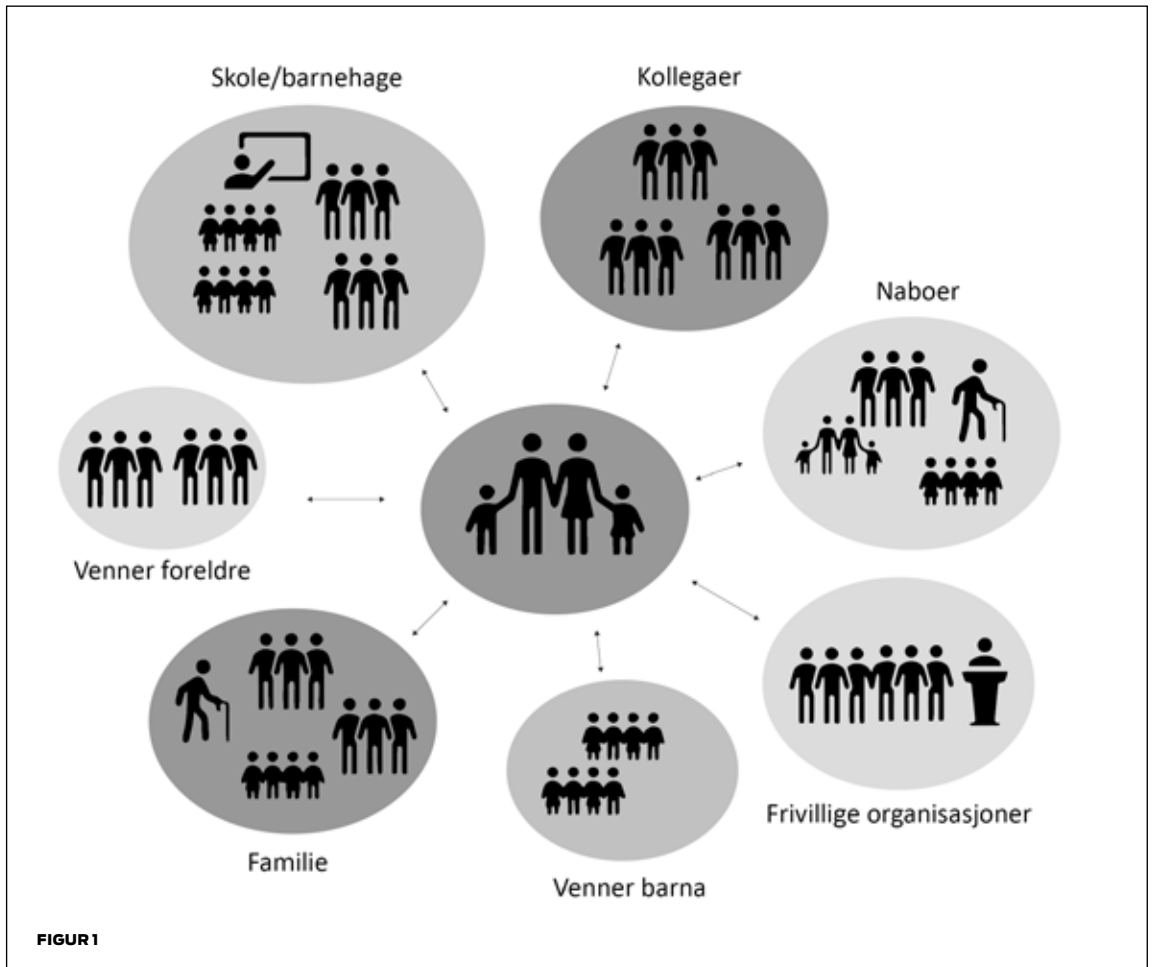
Barn som lever med en alvorlig syk forelder, påvirkes ut fra alder, erfaring og modenhet (4, 

Sammendrag: Det trengs både emosjonell, sosial, økonomisk og praktisk nettverksstøtte til kriserammete familier. Familien er en enhet og det totale nettverket må kartlegges. Sykepleiere er viktige bidragsytere gjennom å formidle forståelse og kunnskap om betydningen av god sosial nettverksstøtte. Fokuset for denne artikkelen er prinsipper for sosial nettverksstøtte når mor eller far er syk, eksemplifisert med kreft. Artikkelen bygger spesielt på forskning fra Senter for Krisepsykologi.

Nøkkelord: Familie, kreft, psykososiale tiltak, sosialt nettverk, barn



VIKTIG ATSPREDELSE: Man kan hjelpe en familie i krise på flere måter. Det kan være noe så enkelt som å gi barna gode opplevelser ved å ta dem med på en fisketur. Foto: Mostphotos



FIGUR 1

5), samt sykdommens alvorlighetsgrad, foreldrenes mestring, omsorgskapasitet og hvordan hverdagslivet fungerer (4, 5, 15). Det er en klar sammenheng mellom foreldrenes og barnas psykososiale vanskeligheter. Redusert foreldremestring påvirker barnas atferd, emosjonelle og fysiske funksjoner og skoleprestasjoner (16, 17).

De minste barna påvirkes mest av endringer i dagliglivets rutiner og foreldrenes atferd, som for eksempel sykehusinnleggelse og uttrykk for tristhet, tretthet eller utålmodighet. Eldre barn opplever i tillegg empati for foreldrene, bekymringer for utfallet og påvirkning på egen framtid (4, 18). Barn som lever med alvorlig sykdom i familien over tid, sliter ofte med fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle problemer, og har en økt risiko for å utvikle angst,

depresjon, traume- og (vente-) sorgreaksjoner, og redusert livskvalitet (11, 18, 19).

Interaksjonen i familien

Alvorlig sykdom hos foreldre påvirker interaksjonen mellom familiemedlemmene, der det er en klar sammenheng mellom redusert familiefungering og redusert psykososial funksjon hos barn (11, 17). Barn kan oppleve foreldrenes reduserte omsorgskapasitet ved at de har mindre overskudd og er mindre tilgjengelige for barna, at familien isolerer seg mer, eller at de gjør mindre ting sammen. Barn tar gjerne på seg voksenoppgaver og plikter, beskytter foreldrene ved å være mer hensynsfulle og be om mindre hjelp, eller ved ikke å snakke om egne tanker, følelser og bekymringer (18, 20).

Mange barn synes det er vanskelig å uttrykke tanker og følelser uten hjelp, og kan føle seg ute-stengt, ensomme og alene. Barn forteller ofte om konsentrasjons- og læringsvansker på skolen, og problemer med å takle hverdagens utfordringer (18, 19). Barn har behov for struktur, klare rammer og forutsigbarhet i hverdagen for å oppleve trygghet. De etterlyser dermed en balansegang mellom det å få snakke om hvordan de har det og et frirom fra sykdom der de kan snakke om andre ting, være med venner, og delta på fritidsaktiviteter (18).

Viktig nettverksstøtte

Sosial støtte defineres som emosjonell, økonomisk og praktisk hjelp eller informasjon som er gitt til individer/familier av andre familiemedlemmer, venner, kollegaer og så videre (21). Sosial støtte er essensielt for menneskers fysiske og psykisk helse og livskvalitet, spesielt i kjølvannet av alvorlige livshendelser og kriser (1, 22). Årsakssammenhengen mellom nettverksstøtte og helse er uklar, men to hovedmodeller anvendes: «Direkte-modellen» oppfatter sosial støtte som en direkte positiv effekt på livskvalitet, mens «buffer-modellen» oppfatter sosial støtte som en beskyttelse mot stress (21). Selv om forklaringene rundt effekten av sosial støtte er kompleks, kan styrking av sosiale nettverk være essensielt for menneskets helse.

Familiens støttenettverk

Alle mennesker og familier inngår i en sosial sammenheng, der det enkelte familiemedlem er deltaker i flere ulike sosiale nettverk som vist nedenfor (se figur 1).

De som oftest står nærmest det enkelte familiemedlem består av personer vedkommende kjenner gjennom lang tid og som stadig er tilgjengelige for kontakt. Dette kan være familie, venner, skole, barnehage, arbeidskollegaer, naboer og frivillige organisasjoner som idrettslag og kirke. Nettverket rundt den enkelte familie kan derfor variere betydelig etter hvilke primærgrupper det enkelte familiemedlem deltar i. I en krisesituasjon er det spesielt viktig å ha et familieperspektiv og kartlegge familiens totale nettverk, da disse til sammen kan utgjøre en stor ressurs for familien.

Siden hvert familiemedlem er med i ulike primærgrupper i sitt dagligliv, vil forholdet mellom disse gruppene også ha betydning for den

enkelte og familien totalt. For familier i krise, vil for eksempel samarbeidet mellom hjem-skole og hjem-venner, være spesielt viktig for å støtte familiens funksjon og livskvalitet.

Samspill

Siden de fleste familier er involvert i flere primærgrupper, kan familiens nettverk være ganske stort. Størrelsen på nettverket er ikke viktigst, men hvordan familien opplever at disse er til stede og møter deres behov. Forskning viser at nettverkene rundt familier i krise gjerne vil støtte og hjelpe, men at de ofte er usikre på hvordan de kan hjelpe. De rapporterer at de er redde for å si eller gjøre «gale» ting, at familien har mange andre rundt seg, eller at familien synes å klare seg godt selv. Mange trekker seg dermed unna fordi de ikke vil trenge seg på (3, 4).

Forskning viser også at nettverksmedlemmer som støtter kriserammede opplever at det er

«Mange familier opplever at nettverket trekker seg bort.»

givende og meningsfullt, at de utvikler seg selv og at vennskapsbånd kan bli tettere (4). Nettverket kan imidlertid oppleve at det kan være slitsomt, utfordrende og vanskelig å være en støtteperson, spesielt over tid, og de etterlyser mer kunnskap og opplæring om hvordan de best kan støtte. Sykepleiere kan derfor tilrettelegge for en bedre og mer langvarig nettverksstøtte gjennom å anerkjenne nettverkets viktige innsats og gi dem ulike strategier for hvordan støtte og hjelp best kan gis.

God nettverksstøtte

Både klinisk erfaring og forskning viser at det spesielt er noen former for nettverksstøtte som kriserammede verdsetter høyt (3, 4, 10, 23):

- 1. Følelsesmessige/emosjonell støtte.** Dette kan innebære å være en samtalepartner for den friske eller syke forelderen, eller barna. Ta seg tid og lytte, gi oppmuntring ut fra den situasjonen vedkommende er i. Emosjonell støtte kan også innebære små oppmerksomheter som en hyggelig melding, et kort, en liten blomst, et bakverk eller liknende.



2. Praktisk støtte. De fleste familier setter stor pris på å få avlastning på en rekke praktiske områder. Eksempler på praktisk avlastning kan for eksempel være: kjøring til aktiviteter, husarbeid, hagearbeid, oppussing, barnepass, lekselesing, gjøre aktiviteter som barna liker, lage middag, bake, handle, følge til behandlinger og så videre. Mange familier synes imidlertid det er vanskelig å være konkret og er redde for å belaste nettverket. Her er det viktig med åpen kommunikasjon og at nettverket er på tilbudssiden.

«Mange barn synes det er vanskelig å uttrykke tanker og følelser uten hjelp.»

3. Stimulering til «friminutt»/sosial støtte. Det er viktig for kriserammete å få pusterom fra det vanskelige, og gjøre ting som man tidligere hadde glede av. Her kan nettverket spille en sentral rolle for å stimulere til, for eksempel, sosiale og fysiske aktiviteter som gjør godt for kropp og sjel. Slik kan opplevelser man egentlig ikke ønsket å være med på, gi atspredelse og distraksjon som igjen gir overskudd og mestringfølelse i hverdagen.


4. Informasjon. De fleste familier i krise, er i en situasjon de har lite kunnskap om. Derfor kan informasjon på ulike områder være en stor støtte og til hjelp. Nettverket kan for eksempel hjelpe med å innhente informasjon om sosiale rettigheter og offentlig støtte, hjelpetilbud i kommunen, informasjon fra pasientorganisasjoner, formidle kontakt til likemenn og så videre. Her må imidlertid nettverket trå varsomt og avklare med familien om hvilken informasjon de ønsker og ikke gå bak ryggen deres.

5. Økonomisk støtte. Mange småbarnsfamilier har i utgangspunktet en stram økonomi og sykdom hos en forelder kan forverre situasjonen. Å be om økonomisk hjelp er gjerne noe de fleste foreldre finner aller vanskeligst å be om. Her er det viktig at støttepersoner er på tilbudssiden og er forsiktig i sin tilnærming. Slik hjelp kan også innebære å finne fram til rettigheter, gjøre avtaler med bank, eller organisere barnevakt slik at en frisk forelder klarer sine jobbfpliktelsler.

«Kjøreregler»

Selv om behovene hos det enkelte familie-medlemmet vil være individuelle og mangartete, og variere med sykdoms- og behandlingsutvikling, kan man peke ut noen sentrale prinsipper for god nettverksstøtte (2, 4, 18, 19, 23). Voksne vil oftest ha behov for å bli sett og forstått i sin unike situasjon, og få støtte uten at de føler at de belaster andre. De vil ha ulike praktiske behov tilpasset den livs- og sykdomsfasen familien befinner seg i. Barnas behov for støtte vil variere etter deres alder og forelderens sykdomsfasen. Barna trenger spesielt normale livsopplevelser og sykdomsfrie soner, noe som ofte vil være hovedoppgaven for nettverksstøtten. Sykepleier kan med fordel informere nettverket om følgende sentrale prinsipper for god nettverksstøtte:

- Gi støtte på familiens premisser. Fordi behov for nettverksstøtte vil variere fra familie til familie, fra situasjon til situasjon, og også over tid, må nettverket tilpasses disse faktorene. Støtten må tilpasses det enkelte familiemedlem i forhold til kjønnsforskjeller og personlige ulikheter, og hvor komfortabel den enkelte er med å be om og motta hjelp, samt type hjelp. Nettverket må støtte på en slik måte at familien opplever å bli sett og støttet ut fra sin særegne situasjon. Støttepersoner må signalisere at de respekterer familiens autonomi, at de anerkjenner og respekterer deres situasjon og de valg de gjør, selv om en selv kan mene at andre valg ville vært bedre. Det er også viktig at støttepersoner unngår å gi «gode» råd de rammete ikke har bruk for eller bagatelliserer familiens situasjon, ved for eksempel å si «Det går nok bra skal du se» eller «Du må tenke positivt». Nettverket skal heller ikke komme med forslag til ulike «mirakelkurer» eller alternative behandlingsmetoder som familien ikke har bedt om, da dette oftest oppleves mer som en belastning enn støtte.

- Vær konkret og på tilbudssiden. Det er viktig at nettverket tar aktivt kontakt, er på tilbudssiden, og gjentar spørsmål om hvilken hjelp familien trenger over tid. Siden mange familier synes det er vanskelig å be om den hjelpen de faktisk trenger, opplever de ofte ikke «bare ring hvis jeg kan hjelpe» som et reelt tilbud om hjelp. Det viktigste er at man våger å ta kontakt, siden unnvikelse kan oppleves svært vanskelig og sårende for familien. Det er lettere å ta imot konkret hjelp enn generelle tilbud om hjelp. Støttepersoner oppmuntres derfor til å komme med konkrete tilbud for eksempel knyttet til 

SÅRBARE: De minste barna blir mest påvirket av endringer i dagliglivets rutiner og foreldrenes atferd. Foto: Mostphotos





barna, husarbeid, matlaging, handling, hagearbeid og slikt alt etter hva den enkelte har mulighet til. En syk mor fortalte om en venninne som ringte og spurte om skulle vaske badet hennes. Moren hadde aldri turt å spørre om slik hjelp, men syntes dette var fantastisk. Dette vil hun aldri ville glemme.

- Vis respekt for reaksjoner. Familiemedlemmene kan ha forskjellige reaksjoner på sin situasjon. Noen kan være sterke og synlige, mens andre holder det mer for seg selv. Støttepersoner kan finne det vanskelig å forstå slike ulike reaksjonsmønstre, og være fristet til å tenke at «jeg ville ikke reagert slik og sånn ...» – og også komme med råd. Det enkelte familiemedlem har behov for å bli sett

«De som støtter, opplever at det er givende og meningsfullt.»

og hørt som det unike individet de er, og det er derfor viktig at nettverket respekterer familiens reaksjoner, selv om de ikke «forstår» dem.

- Hjelp foreldre til å hjelpe barna. Et hovedprinsipp for hjelp til barn som lever i en kriserammet familie er at den beste hjelpen går gjennom foreldrene. Ved å støtte foreldrene kan deres omsorgskapasitet økes. God nettverksstøtte må derfor ha et familieperspektiv og tilpasses familiens behov. Slik hjelp kan derfor innebære direkte hjelp til foreldrene for å avlaste dem med praktiske oppgaver, slik at de får mer energi og kapasitet til å ta seg av barna. Man kan også hjelpe barna direkte med, for eksempel, leksehjelp eller ved å gi dem gode opplevelser gjennom en hyttetur og fisketur.

- Tilstreb åpen og tydelig kommunikasjon og praktiser «taushetsplikt». Siden nettverksstøtte skjer i samhandling mellom nettverket og familien er det viktig at familien er åpen og konkret når de beskriver sine behov for støtte. Tilsvarende er det viktig at nettverksmedlemmer er tydelige på hvilken hjelp de kan tilby, og legge listen slik at støtten kan opprettholdes over tid. En slik åpenhet gir økt trygghet hos begge parter og sørger for at støtten som gis er det en har behov for. Støtten må derfor balanseres mellom familiens behov og nettverkets muligheter. Familien må selv kunne velge (bort), avgrense og dosere hjelpen ut fra egne ønsker og behov, og nettverket må ikke love mer enn de kan holde.

For å bygge opp under familiens autonomi, inngi



trygghet og vise respekt, er det viktig at familiemedlemmene kan være trygge på at de ikke blir «snakket om». Dette kan nettverket forsikre om ved å avklare hva de kan si utad om familiens situasjon, og ellers overholde taushetsplikt om andre ting de får kjennskap til.

- Fordel hjelpen i nettverket og gi støtte over tid. Ut fra prinsippet om at ikke alle kan gjøre alt, er det viktig at nettverket samarbeider og at støtten koordineres. Ettersom mange familier lever i en vedvarende krisesituasjon over lengre tid, er det vesentlig at støtten opprettholdes over tid. Fordeler man oppgavene blir hjelpen overkommelig, både for den som gir og for vedkommende som tar imot, og den er lettere å opprettholde over tid. Det kan være lurt å bytte eller rullere på oppgaver, ha planlagte pauser innimellom, og kople på flere nettverksmedlemmer dersom det er relevant. Koordineringen kan gjøres på ulike måter, for eksempel gjennom en lukket facebookgruppe der familien legger ut sine behov, eller at familien på andre måter får uttrykt sine behov for støtte. Koor-



VERDIFULLT: Mange nettverksmedlemmer som støtter kriserammete opplever at det er viktig og verdifullt for dem å være til stede for familien. Foto: Mostphotos

dinering av støtten kan imidlertid oppleves som en tilleggsbelastning for familien, og noen familier oppretter derfor en støttekoordinator, for eksempel en venn, et familiemedlem, en nabo eller liknende.

- Stol på at din hjelp er viktig og uttrykk at det er godt å være en støttespiller. Det er viktig at nettverket innser at ulike mennesker kan gi ulike former for støtte, og at ingen støtte er «mer verdifull» enn en annen. Dette innebærer aksept for at familien finner det naturlig at de snakker med noen, får praktisk hjelp av andre, får hjelp til barnepass av andre og slikt. En tydelig oppgavefordeling gjør det dessuten lettere å ta imot hjelp og oppleve at man ikke overbelaster nettverket. Oppgavefordeling innad i nettverket kan også bidra til at nettverksstøtte kan vare over tid.

For å unngå at sosial nettverksstøtte blir til en giver-mottaker situasjon, der familien kommer i en takknemlighetsposisjon er det viktig at nettverket uttrykker hva de opplever i situasjonen. Selv om hva som «gis» og hva som «mottas», kan være ulikt, opp-

lever mange nettverksmedlemmer som støtter kriserammete at det er viktig og verdifullt for dem å være til stede. Familien må derfor fortelles at det kan være en ære å bli invitert inn som en viktig støttespiller i en vanskelig livssituasjon.

Oppsummering

Alvorlig sykdom hos en forelder påvirker hele familien, der foreldrenes omsorgskapasitet ofte reduseres og barnas omsorgsbehov ikke møtes. Til tross for betydningen av sosial støtte og at nettverk ofte ønsker å støtte, viser forskning at det kan være en utfordring å få utnyttet alle potensialene som ligger i et nettverk. Ved å oppmuntre familier i krisesituasjoner til å involvere sine sosiale nettverk, kan familienes totale situasjon forbedres i en vanskelig livssituasjon. Sykepleiere har en viktig oppgave i å optimalisere sosial nettverksstøtte til kriserammete familier, gjennom informasjon og undervisning om ulike typer støtte som kriserammete verdsetter og prinsipper for god nettverksstøtte. ■





Referanser

1. Albrecht TL, Goldsmith DJ. Social support, social networks, and health. Mahwa.: Erlbaum; 2003.
2. Dyregrov K. Når foreldre har alvorlig kreftsykdom- eller dør av den. I: Haugland BS, Ytterhus B, Dyregrov K. Barn som pårørende. Oslo: Abstrakt Publisher; 2012.
3. Dyregrov K. Experiences of social networks supporting traumatically bereaved. *Omega-J Death Dying*. 2005;52(4): 339–58.
4. Dyregrov K, Dyregrov A. Barn og unge som pårørende ved kreft. Hvordan kan barns situasjon og foreldres omsorgskapasitet styrkes i et rehabiliteringsperspektiv? Bergen: Senter for krisepsykologi, 2011.
5. Krauel K, Simon A, Krause-Hebecker N, Czimbalmos A, Bottomley A, Flechtner H. When a parent has cancer: challenges to patients, their families and health providers. *Expert Rev Pharm Out*. 2012;12(6): 795–808.
6. Kim Y, Given BA. Quality of life of family caregivers of cancer survivors – Across the trajectory of the illness. *Cancer*. 2008;112 (11): 2556–68.
7. Dyregrov A, Dyregrov K, Heltne U, Bø B, Eriksen K. Hva menes med kriser og katastrofer Bergen: Senter for krisepsykologi; 2009 Tilgjengelig fra: <http://www.kriser.no/organisering/begrep/> (nedlastet 06.11.2017).
8. Goldbeck L, Ruffer JU. Late effects of cancer. *Nervenheilkunde*. 2011;30(3): 164–8.
9. Jim HSL, Jacobsen PB. Posttraumatic Stress and Posttraumatic Growth in Cancer Survivorship: A Review. *Cancer J*. 2008;14(6): 414–9.
10. Senneseth M, Hauken MA, Matthiesen SB, Gjestad R, Laberg JC. Facing Spousal Cancer during Child-Rearing Years: Do Social Support and Hardiness Moderate the Impact of Psychological Distress on Quality of Life? *Cancer Nurs*. 2016.
11. Visser A, Huizinga GA, van der Graaf WT, Hoekstra HJ, Hoekstra-Weeber JE. The impact of parental cancer on children and the family: a review of the literature. *Cancer Treat Rev*. 2004;30(8): 683–94.
12. Turner D, Adams E, Boulton M, Harrison S, Khan N, Rose P, et al. Partners and close family members of long-term cancer survivors: health status, psychosocial well-being and unmet supportive care needs. *Psycho-Oncology*. 2013;22(1): 12–9.
13. Phillips F. Adolescents living with a parent with advanced cancer: a review of the literature. *Psycho-Oncology*. 2014;23 (12): 1223–39.
14. Adams E, Boulton M, Watson E. The information needs of partners and family members of cancer patients: A systematic literature review. *Patient Education and Counseling*. 2009;77(2): 179–86.
15. Krattenmacher T, Kuhne F, Ernst J, Bergelt C, Romer G, Moller B. Parental cancer: Factors associated with children's psychosocial adjustment – a systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*. 2012;72(5): 344–56.
16. Grabiak BR, Bender CM, Puskar KR. The impact of parental cancer on the adolescent: An analysis of the literature. *Psycho-Oncology*. 2007;16(2): 127–37.
17. Hauken MA, Pereira M, Senneseth M. The effects on children's anxiety and quality of life of a psychoeducational program for families living with parental cancer and their network – an RCT study. *Cancer Nurs*. 2017.
18. Morgen M. Omsorgsmålingen. Når sorgen rammer. En undersøgelse af trivsel og støtte, når børn og unge oplever dødsfald eller sygdom i familien. Mandag Morgen Innovation ApS & Egmont Fonden, 2013.
19. Hauken MA, Senneseth M, Dyregrov A, Dyregrov K. Anxiety and the Quality of Life of Children Living with Parental Cancer. *Cancer Nurs*. 2017.
20. Osborn T. The psychosocial impact of parental cancer on children and adolescents: a systematic review. *Psycho-Oncology*. 2007;16(2): 101–26.
21. Cohen S, Underwood LG, Gottlieb BH. Social support measurement and intervention. A guide for health and social scientists. New York: Oxford University Press; 2000.
22. Decker CL. Social support and adolescent cancer survivors: A review of the literature. *Psycho-oncology*. 2007;16(1): 1–11.
23. Senneseth M, Dyregrov A, Laberg J, Matthiesen SB, Pereira M, Hauken MA. «Facing spousal cancer during child-rearing years: the short-term effects of the Cancer-PEPSONE program – a single-center randomized controlled trial». *Psycho-Oncology*. 2016.

HJELPE DEM Å HJELPE:

Den beste hjelpen går gjennom foreldrene. Støtter man dem, kan man også være med å øke deres omsorgskapasitet. Foto: Mostphotos





Årets sykepleier

Prisen for årets sykepleier i kreftomsorg ble delt ut på Landskonferansen i kreftsykepleie i Ålesund 28. september. Prisen gikk til Tore Borg, og her følger FKS' begrunnelse for tildelingen.

Tekst **Signe Øverland** Foto **Per Marius Didriksen**

Årets prisvinner har lang fartstid som sykepleier innen kreftomsorgen. Vedkommende har hatt ulike stillinger og har jobbet både som leder og klinisk sykepleier. Vedkommende har brukt sin kunnskap og sitt engasjement til å hjelpe kreftpasienter som sliter med ettervirkninger av sykdom og behandling til å få et fullverdig liv og bedre livskvalitet. Ikke minst har årets vinner satt temaet kreft og seksualitet på dagsordenen. Med sin åpenhet og folkelige tilnærming har årets sykepleier i kreftomsorgen gjort vanskelige og tabubelagte temaer som inkontinens og erektil dysfunksjon til noe både sykepleiere, pasienter og deres partnere tør å snakke om. Vedkommende har gjennom flere tiår arbeidet utrettelig for å bedre kreftpasientenes livskvalitet og har hatt stort fokus på seksuell helse etter kreftbehandling. Gjennom hele sitt yrkesliv har vedkommende beholdt sitt engasjement for kreftpasientene – et engasjement som har nådd utover det ganske land og vært til gode for kreftpasienter på nasjonalt nivå. Årets prisvinner er en god formidler av kunnskap. Han er en populær foredragsholder nasjonalt innen temaet kreft og seksualitet.

Årets sykepleier i kreftomsorgen er også en kollega som er opptatt av å gjøre andre gode.

Prisen 2017 går til en sykepleier som jobber ved poliklinikken på Radiumhospitalet. Det er en stor glede for hovedstyret i FKS å kunne gi prisen «Årets sykepleier i kreftomsorgen» til Tore Borg.

Prisen er et diplom og et kunstverk av årets konferanse-kunstner i Ålesund – Mariann S. Sæbjørnsen. ■



Kreftpasienter er veldig forskjellige

Noen trenger å snakke om kreften. Andre trenger pause fra den. Vardesenteret er et friareal for kreftpasienter og pårørende. Der er det treningsmuligheter, kostholdseksperter, likepersoner – eller bare veldig god kaffe.

Det finnes Vardesentere i Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger, Bodø og Tromsø. Se Vardesenteret.no

Koppen din står klar.



VARDESENTERET

Et senter for kreftrammede og pårørende

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON FOR KEYTRUDA® (pemrolizumab)

INDIKASJONER:

KEYTRUDA som monoterapi er indisert til behandling av avansert (inoperabelt eller metastatisk) melanom hos voksne.

KEYTRUDA som monoterapi er indisert til førstelinjehandling av metastatisk ikke-småcellet lungekreft (NS-CLC) hos voksne med tumor som uttrykker PD-L1 med $\geq 50\%$ «tumor proportion score» (TPS) uten EGFR- eller ALK-positiv mutasjon i tumor.

KEYTRUDA som monoterapi er indisert til behandling av lokalavansert eller metastatisk NSCLC hos voksne med tumor som uttrykker PD-L1 med $\geq 1\%$ TPS og som tidligere er behandlet med minst et kjemoterapiregime. Pasienter med EGFR- eller ALK-positiv mutasjon i tumor skal også ha fått målrettet behandling før behandling med KEYTRUDA starter.

KEYTRUDA som monoterapi er indisert til behandling av voksne pasienter med residierende eller refraktær klassisk Hodgkins lymfom (cHL) der behandling med autolog stamcelletransplantasjon (ASCT) og brentuximab vedotin (BV) har vært mislykket, eller som ikke er kvalifisert til transplantasjon og har hatt behandlingssvikt med BV.

KEYTRUDA som monoterapi er indisert til behandling av lokalavansert eller metastatisk urotelialt karsinom hos voksne som tidligere er behandlet med platinabaseret-kjemoterapi.

KEYTRUDA som monoterapi er indisert til behandling av lokalavansert eller metastatisk urotelialt karsinom hos voksne som ikke kan behandles med cisplatinbaseret-kjemoterapi.

ADMINISTRASJONSMÅTE:

KEYTRUDA skal administreres som intravenøs infusjon over 30 minutter hver 3. uke. KEYTRUDA skal ikke administreres som en intravenøs trykk eller bolusinjeksjon.

KONTRAINDIKASJONER:

Overfølsomhet overfor virkestoffet (pemrolizumab) eller overfor noen av hjelpestoffene (L-histidin, L-histidindihydroklorid monohydrat, sukrose, polysorbat 80).

FORSIKTIGHET UTVIKES VED:

Immunrelaterte bivirkninger som: pneumonitt, kolitt, hepatitt, nefritt, endokrinopati inkludert hypotyreoze, hypertyreose, hypofysitt, type 1 diabetes mellitus, diabetisk ketoacidose, og hudbivirkninger inkludert Stevens-Johnsons syndrom (SJS) og toksisk epidermal nekrolyse (TEN). Immunrelaterte bivirkninger som påvirker mer enn et kroppssystem kan forekomme samtidig. Ved mistanke om immunrelaterte bivirkninger må det gjøres en adekvat undersøkelse for å bekrefte etiologi eller ekskludere andre årsaker. Avhengig av alvorlighetsgraden av bivirkningen, må pemrolizumab tilbakeholdes og kortikosteroid initieres. Ved bedring av bivirkning til grad ≤ 1 , skal gradvis nedtrapping av kortikosteroid initieres, og foregå over en periode på minst 1 måned. For pasienter hvor immunrelaterte bivirkninger ikke kan kontrolleres med kortikosteroider, kan det basert på begrensede data fra kliniske studier, vurderes å administrere andre systemiske immunsuppressiva.

Pemrolizumab kan gjenoppstås innen 12 uker etter siste dose med KEYTRUDA dersom bedring av bivirkning til grad ≤ 1 vedvarer, og dosen med kortikosteroid er redusert til ≤ 10 mg prednison eller tilsvarende pr. dag. Pemrolizumab må seponeres permanent for enhver tilbakevendende immunrelatert bivirkning av grad 3 og for enhver immunrelatert bivirkning (toksisitet) av grad 4, foruten endokrinopati som kontrolleres med hormonsubstitusjon eller hematologisk toksisitet, kun hos pasienter med cHL, hvor KEYTRUDA skal tilbakeholdes inntil bivirkningene går tilbake til grad 01. Ved tegn eller symptomer på SJS eller TEN, skal pemrolizumab tilbakeholdes og pasienten skal henvises til en spesialavdeling for vurdering og behandling. Deresom SJS eller TEN blir bekreftet, skal pemrolizumab seponeres permanent. Forsiktighet bør utvises når det vurderes bruk av pemrolizumab hos en pasient som tidligere har hatt en alvorlig eller livstruende hudbivirkning ved tidligere behandling med andre immunsupprimerende kreftlegemidler.

▼ Dette legemiddel er underlagt særlig overvåking for å oppdage ny sikkerhetsinformasjon så raskt som mulig. Helsepersonell oppfordres til å melde enhver mistenkt bivirkning.

Keytruda «MSD»

Antineoplastisk middel.

ATC-nr.: L01X C18

C KONSENTRAT TIL INFUSJONSVÆSKE, oppløsning 25 mg/ml: Hvert hetteglass inneholder: Pemrolizumab 100 mg, L-histidin, L-histidindihydrokloridmonohydrat, sukrose, polysorbat 80, vann til injeksjonsvæsker til 4 ml.

PULVER TIL KONSENTRAT TIL INFUSJONSVÆSKE, oppløsning 50 mg: Hvert hetteglass inneholder: Pemrolizumab 50 mg, L-histidin, L-histidindihydrokloridmonohydrat, sukrose, polysorbat 80.

Indikasjoner: Melanom: Behandling av avansert (inoperabelt eller metastatisk) melanom hos voksne. Ikke-småcellet lungekreft (NSCLC): Førstelinjehandling av metastatisk NSCLC hos voksne med tumor som uttrykker PD-L1 med $\geq 50\%$ «tumor proportion score» (TPS) uten EGFR- eller ALK-positiv mutasjon i tumor. Behandling av lokalavansert eller metastatisk NSCLC hos voksne med tumor som uttrykker PD-L1 med $\geq 1\%$ TPS og som tidligere er behandlet med minst et kjemoterapiregime. Pasienter med EGFR- eller ALK-positiv mutasjon i tumor skal også ha fått målrettet behandling før behandling kan starte.

Klassisk Hodgkins lymfom (cHL): Behandling av voksne pasienter med residierende eller refraktær cHL der behandling med autolog stamcelletransplantasjon (ASCT) og brentuximab vedotin (BV) har vært mislykket, eller som ikke er kvalifisert til transplantasjon og har hatt behandlingssvikt med BV. **Urotelialt karsinom:** Behandling av lokalavansert eller metastatisk urotelialt karsinom hos voksne som tidligere er behandlet med platinabaseret kjemoterapi. Behandling av lokalavansert eller metastatisk urotelialt karsinom hos voksne som ikke kan behandles med cisplatinbaseret kjemoterapi.

Dosering: Behandling må initieres og overvåkes av lege med erfaring i kreftbehandling. Behandling av pasienter med NSCLC skal baseres på uttrykk av PD-L1 i tumor, bekreftet med en validert test. **Voksne inkl. eldre:** Skal administreres som i.v. infusjon over 30 minutter hver 3. uke. Anbefalt dose er 200 mg for pasienter med NSCLC som tidligere ikke er behandlet med kjemoterapi, for pasienter med cHL eller for pasienter med urotelialt karsinom, og 2 mg/kg for pasienter med NSCLC som tidligere er behandlet med kjemoterapi eller for pasienter med melanom. Pasienten bør behandles inntil sykdomsprogresjon eller til uakseptabel toksisitet. Atypiske responser er sett (f.eks. initial, forbigående vekst av tumor eller små nye lesjoner innen de første månedene, etterfulgt av en tumor krymper). For klinisk stabile pasienter med initiale tegn på sykdomsprogresjon, anbefales det å fortsette med behandling inntil sykdomsprogresjon er bekreftet. **Tilbakeholdelse av dose eller permanent seponering:** Behandling av immunrelaterte bivirkninger som pneumonitt, kolitt, hepatitt, nefritt, og endokrinopati, kan kreve utelatelse av en dose eller permanent seponering og innføring av systemisk høydosebehandling med kortikosteroider, eller i noen tilfeller, annen immunsuppressiv behandling. Behandling av hudreaksjoner kan kreve utelatelse av en dose eller permanent seponering. Behandling av andre immunrelaterte bivirkninger kan kreve utelatelse av en dose eller permanent seponering. Alvorlige infusjonsrelaterte reaksjoner krever permanent seponering. For retningslinjer for tilbakeholdelse eller permanent seponering, se SPC. **Spesielle pasientgrupper:** **Nedsatt leverfunksjon:** Ingen dosejustering ved lett nedsatt leverfunksjon. Studier ved moderat eller alvorlig nedsatt leverfunksjon mangler. **Nedsatt nyrefunksjon:** Ingen dosejustering ved lett til moderat nedsatt nyrefunksjon. Studier ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon mangler. **Barn og ungdom <18 år:** Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. Data mangler. Skal ikke brukes. **Olderakt melanom:** Begrenset mengde data mht. sikkerhet og effekt ved olderakt melanom. **Tilberedning/Håndtering:** Kan fortynnes i natriumkloridoppløsning 9 mg/ml (0,9%) eller glukoseoppløsning 50 mg/ml (5%), til en sluttkonsentrasjon på 1-10 mg/ml. For opplysninger om rekonstitusjon og tilberedning av infusjon, se pakningsvedlegg. Kun til engangsbruk. **Ubrukt legemiddel skal kastes.** Hetteglass og/eller infusjonspose tempereres til romtemperatur før bruk.

Administrering: Må administreres som i.v. infusjon over 30 minutter. Skal ikke administreres som en i.v. trykk eller bolusinjeksjon. Andre legemidler skal ikke gis samtidig i samme infusjonslinje. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Viktig at det benyttes en vel-valideret og robust metode for vurdering av PD-L1-status av tumor for å minimere falske negative eller falske positive påvisninger. Immunrelaterte bivirkninger er vanlig. De fleste, inkl. alvorlige reaksjoner, er reversible etter innledning av hensiktsmessig medisinsk behandling eller seponering. Bivirkninger etter siste dose har forekommet. Immunrelaterte bivirkninger som påvirker mer enn et kroppssystem kan forekomme samtidig. Ved mistanke om immunrelaterte bivirkninger må det gjøres en adekvat undersøkelse for å bekrefte etiologi eller ekskludere andre årsaker. Pasienten må overvåkes for tegn og symptomer på pneumonitt, kolitt, hepatitt, nefritt, og endokrinopati. Avhengig av alvorlighetsgraden må pemrolizumab tilbakeholdes og kortikosteroid initieres. Når immunrelaterte bivirkninger ikke kan kontrolleres med kortikosteroider, kan andre systemiske immunsuppressiva vurderes. Behandlingen kan gjenoppstås innen 12 uker etter siste dose dersom bedring av bivirkning til grad ≤ 1 vedvarer, og dosen med kortikosteroid er redusert til ≤ 10 mg prednison eller tilsv. pr. dag. Pemrolizumab må seponeres permanent ved enhver tilbakevendende immunrelatert bivirkning av grad 3 og for enhver immunrelatert bivirkning (toksisitet) av grad 4, med unntak av immunrelaterte endokrinopati som kontrolleres med hormonsubstitusjon eller ved hematologisk toksisitet (kun hos pasienter med cHL), der pemrolizumab tilbakeholdes inntil bivirkningene går tilbake til grad 0-1. Ved mistanke om alvorlige immunrelaterte hudreaksjoner må pasienten overvåkes og andre årsaker utelukkes. Avhengig av alvorlighetsgrad skal pemrolizumab tilbakeholdes eller seponeres permanent. Ved tegn eller symptomer på SJS eller TEN skal pemrolizumab tilbakeholdes og pasienten henvises til spesialavdeling for vurdering og behandling. Ved bekreftet SJS eller TEN seponeres preparatet permanent. Forsiktighet utvises hos pasient med tidligere alvorlig eller livstruende hudbivirkning, tidligere behandlet med andre immunsupprimerende kreftlegemidler. Risiko for transplantatstøtning hos mottakere av solide organer kan øke og fordel/risiko bør vurderes hos disse pasientene. Ved alvorlige infusjonsreaksjoner skal infusjonen avsluttes og pemrolizumab seponeres permanent. Ved milde eller moderate infusjonsreaksjoner kan behandlingen fortsette under tett overvåking. Premedisinering med antipyretika og antihistamin bør vurderes. **Sykdomsspesifisike forhold/regler:** Komplikasjoner etter allogen hematopoietisk

enten skal henvises til en spesialavdeling for vurdering og behandling. Deresom SJS eller TEN blir bekreftet, skal pemrolizumab seponeres permanent. Forsiktighet bør utvises når det vurderes bruk av pemrolizumab hos en pasient som tidligere har hatt en alvorlig eller livstruende hudbivirkning ved tidligere behandling med andre immunsupprimerende kreftlegemidler.

Komplikasjoner etter allogen hematopoietisk stamcelletransplantasjon (HSCT) ved klassisk Hodgkins lymfom: Tilfeller av transplantatmottakerysytisk (GVHD) og hepatisk venookklusiv leversykdom (VOD) er observert hos pasienter som gjennomgår allogen HSCT etter tidligere eksponering for pemrolizumab. Inntil ytterligere data er tilgjengelig, bør grundige vurderinger av potensiell nytte av HSCT og mulig økt risiko for transplantasjonsrelaterte komplikasjoner gjøres i hvert enkelt tilfelle.

Transplantatstøtning av solide organer har blitt rapportert etter markedsføring hos pasienter behandlet med PD-1-hemmere. Behandling med pemrolizumab kan øke risikoen for transplantatstøtning hos mottakere av solide organer. Fordelen av behandling med pemrolizumab versus risiko for mulig transplantatstøtning bør vurderes hos disse pasientene.

Bruk av pemrolizumab hos pasienter med urotelialt karsinom som tidligere er behandlet med platinabaseret kjemoterapi: Lege bør vurdere den forsinkede inntrreden av effekt av pemrolizumab før oppstart av behandling hos pasienter med tidligere prognostiske faktorer og/eller aggressiv sykdom. Ved urotelialt karsinom ble det observert flere dødsfall innen 2 måneder med pemrolizumab sammenlignet med kjemoterapi. Faktorer som ble assosiert med tidligere dødsfall var raskt progredierende sykdom ved tidligere platinabehandling og levermetastaser.

Bruk av pemrolizumab hos pasienter med urotelialt karsinom som ikke kan behandles med cisplatin: Det er ingen tilgjengelige data på sikkerhet og effekt hos svakere pasienter (f.eks. ECOG PS 3) som ikke kan behandles med kjemoterapi. I fravær av slike data bør pemrolizumab brukes med forsiktighet hos denne populasjonen, etter nøye vurdering av potensiell nytte-risiko i hvert enkelt tilfelle.

VIKTIGE INTERAKSJONER: Bruk av systemiske kortikosteroider eller immunsuppressiver for oppstart av pemrolizumab bør unngås på grunn av deres potensielle interferens med den farmakodynamiske aktiviteten og effekten til pemrolizumab. Systemiske kortikosteroider eller andre immunsuppressiver kan imidlertid brukes etter oppstart av behandling med pemrolizumab for å behandle immunrelaterte bivirkninger.

VIKTIGE BIVIRKNINGER: Immunrelaterte bivirkninger: pneumonitt, kolitt, hepatitt, nefritt, hypotyreoze, hypertyreose, tyreoiditt, hypofysitt, type 1 diabetes mellitus, diabetisk ketoacidose, uveitt, artritt, myositt, pankreatitt, alvorlige hudreaksjoner inkludert SJS eller TEN, Guillain-Barrés syndrom, myastenisk syndrom, myokarditt, anemi, sarkoidose og partiell epilepsi hos en pasient med inflammatorisk foci i hjerneparenkymet. Det er rapportert tilfeller av alvorlig infusjonsrelaterte reaksjoner. Immunrelaterte bivirkninger, inkludert alvorlige og fatale tilfeller, har blitt rapportert i kliniske studier eller etter markedsføring.

Pasientkort: Alle forskrivere av KEYTRUDA må være kjent med informasjon til helsepersonell og retningslinjer for håndtering. Forskrivere må diskutere risikoen ved behandling med KEYTRUDA med pasienten. Pasienten vil få et pasientkort ved hver forskrivning.

For forskrivning av KEYTRUDA® se preparatomtalen.

stamcelletransplantasjon (HSCT) ved cHL: Pga. manglende data bør grundige vurderinger av sikkerhet og effekt av pemrolizumab etter HSCT og mulig økt risiko for transplantasjonsrelaterte komplikasjoner gjøres i hvert enkelt tilfelle. Pasienter med urotelialt karsinom som tidligere er behandlet med platinabaseret kjemoterapi: Vurder pemrolizumab som forsinkede effekt for oppstart hos pasienter med tidligere prognostiske faktorer og/eller aggressiv sykdom. Pasienter med urotelialt karsinom som ikke kan behandles med cisplatin: Pga. manglende data hos svake pasienter (f.eks. ECOG-status 3) bør fordel/risiko vurderes i hvert enkelt tilfelle. For spesifikke retningslinjer for håndtering av bivirkninger, se SPC. **Bilkjøring og bruk av maskiner:** Pemrolizumab kan ha en liten påvirkning på evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Tilfeller av fatigue er rapportert. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon fra Legemiddelverket om relevante interaksjoner, se L01X C18. Ingen farmakokinetiske interaksjonsstudier er utført. Ingen metabolske legemiddelinteraksjoner er forventet siden pemrolizumab fjernes fra sirkulasjonen ved katabolisering. Bruk av systemiske kortikosteroider eller immunsuppressiver for oppstart av pemrolizumab bør unngås pga. potensiell interferens med farmakodynamisk aktivitet og effekten av pemrolizumab. Systemiske kortikosteroider eller andre immunsuppressiver kan imidlertid brukes etter oppstart for å behandle immunrelaterte bivirkninger. **Graviditet, amning og fertilitet:** **Graviditet:** Fertile kvinner må bruke sikker prevensjon under behandling og i minst 4 måneder etter siste dose. Ingen data på bruk hos gravide. Det er ikke utført dyrestudier mht. reproduksjonstoksikitet. Dyrestudier har vist at blodet av PD-L1-signalert har forstyrt toleransen til fosteret og er økt fosterdødt. Det er derfor en potensiell risiko for å skade fosteret, inkl. økt forekomst av abort og dødfødsler. **Gumant IgG, krysser placentbarrierer.** Anbefales ikke under graviditet, hvis ikke kvinnens kliniske tilstand nødvendiggjør behandling. **Amning:** Overgang i morsmelk er ukjent. Antistoffer utskilles i morsmelk hos mennesker, og risiko for nyfødte/spedbarn kan derfor ikke utelukkes. Det må tas en beslutning om amming skal opphøre eller om behandlingen skal avsluttes/avstås fra, basert på nytte-/risiko-vurdering. **Fertilitet:** Kliniske data mangler. **Bivirkninger:** **Svært vanlige ($\geq 1/10$):** Gastrointestinale: Diaré, kvalme, tulle/Utsett*, kjele*. **Øvrige:** Fatigue. **Vanlige ($\geq 1/100$ til $<1/10$):** Blod/lymfe: Anemi. Endokrine: Hypertyreoze, hypotyreoze*. **Uvanlige:** Kolitt*, pustul*, akutt/minoralt*, forstoppelse, munntørhet. **Hud:** Alvorlige hudreaksjoner*, vitiligo*, tørr hud, erytem. **Immunsystem:** Infusjonsrelatert reaksjon*. **Lufteveier:** Pneumonitt*, dyspné, hoste. **Muskel-skjelettsystemet:** Artralg, myositt*, muskel- og skjelettsmerter*, artritt*, smerter i ekstremitetene. **Neurologiske:** Hodpine, svimmelhet, dysegesi. **Stofskifte/ernæring:** Nedsatt appetitt. **Undersøkelser:** Økt ALAT, økt ASAT, økt alkalisk fosfatase i blod, økt kreatinin i blod. **Øyene:** Asteni, ødem*, pyreksi, influensalignende sykdom, frysninger. **Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $<1/100$):** Blod/lymfe: Nøytropeni, trombocytopeni, leukopeni, lymfopeni, eosinofili. **Endokrine:** Hypofysitt*, binyrebarksvikt, tyreoiditt. **Gastrointestinale:** Pankreatitt*, Hjerte/Kar: Myokarditt, hypertensjon. **Hud:** Lichenoid keratose*, psoriasis, alopeci, dermatitt, akroform dermatitt, ekslem, endret hårfarge, papel. **Lever/galle:** Hepattitt*. **Muskel-skjelettsystemet:** Sene- og leddbetennelse*. **Neurologiske:** Epilepsi, letargi, partiell nevropati. **Nyrer/urinveier:** Nefritt*. **Psykiske:** Innesm. **Stofskifte/ernæring:** Diabetes mellitus type 1, hypoparatiroidisme, hypokalemi, hypokalsemi. **Undersøkelser:** Økt bilirubin i blod, økt amylose, hyperkalsemi. **Øye:** Uveitt*, tørre øyne. **Sjeldne ($\geq 1/10000$ til $<1/1000$):** Blod/lymfe: Immun trombocytopenisk purpura, hemolytisk anemi. **Gastrointestinale:** Tyntarmperforasjon. **Hud:** Toksik epidermal nekrolyse, Stevens-Johnsons syndrom, erythema nodosum. **Immunsystemet:** Sarkoidose. **Neurologiske:** Guillain-Barrés syndrom, myastenisk syndrom. **Ukjent frekvens:** Immunsystemet: Transplantat-avstaving av solide organer.

* Termene representerer en gruppe av relaterte hendelser som beskriver en medisinsk tilstand fremfor en enkelt hendelse.

Overdosering/Forgiftning: Data mangler. **Behandling:** Ved overdosering skal pasienten overvåkes nøye mht. tegn og symptomer på bivirkninger og adekvat symptomatisk behandling igangsettes. Se *Giftinformasjonene* anbeholdt. **L01X C. Egenskaper:** **Klassifisering:** Humanisert monoklonalt antiprogrammet cellered-1 (PD-1) antistoff (IgG₁/kappa isotype) med en alternerende stabiliserende skovens i Fc-regionen. **Virkningsmekanisme:** Humanisert monoklonalt antistoff som bindes til programmet cellered-1 (PD-1)-reseptoren og blokkerer interaksjonen med ligandene PD-L1 og PD-L2. PD-1-reseptoren er en negativ regulator av T-celle-aktivering, som er vist å være involvert i kontroll av T-cellenes immunspons. Pemrolizumab forsterker T-celle-responsen (inkl. antitumorresponsen) ved å blokkere bindingen av PD-1 til PD-L1 og PD-L2, som er uttrykt i antigenpresenterende celler, og mulig uttrykt i tumorceller eller andre celler i tumorens mikromiljø. **Absorpsjon:** C₅₀ eller AUC eller dosepropporsjon inntatt doseringsintervallet for effekt. **Tumorbinding:** Bindes ikke på en spesifikk måte til plasmaprotein, som forventet for et antistoff. **Fordeling:** Vd_d: Ca. 7,5 liter med koefisientvariasjon (KV%) på 20%. **Halveringsstid:** Terminal t_{1/2}: Ca. 25 dager med KV% på 38%. C₅₀ ble nesten nådd ved 18 uker. Systemisk clearance: Ca. 0,2 liter/dag med KV% på 37%. Ved gjentatt dosering er clearance uavhengig av tid, og systemisk akkumulasjon er ca. 2,1 ganger ved administrering hver 3. uke. **Terapeutisk sammenheng:** Median C₅₀ ved 18 uker er ca. 21 µg/ml og ved en dose på 2 mg/kg hver 3. uke og 28 µg/ml ved en dose på 200 mg hver 3. uke. **Oppbevaring og holdbarhet:** **Konsentrat til infusjonsvæske:** For fortynning: Oppbevares ved 2-8°C. Skal ikke fryses. Oppbevares i originalpakningen for å beskytte mot lys. **Eter fortynning:** Bør fra et mikrobiologisk synspunkt brukes umiddelbart. Skal ikke fryses. Skal ikke oppbevares >24 timer. Disse 24 timer kan inkludere opptil 6 timer ved romtemperatur ($\leq 25^{\circ}\text{C}$), oppbevaring i tillegg til dette må være ved 2-8°C. **Pulver til konsentrat til infusjonsvæske:** For rekonstitusjon: Oppbevares ved 2-8°C. Kan oppbevares utenfor kjøleskap ($\leq 25^{\circ}\text{C}$) i opptil 24 timer. **Eter rekonstitusjon:** Bør fra et mikrobiologisk synspunkt brukes umiddelbart. Skal ikke fryses. Skal ikke oppbevares >24 timer. Disse 24 timerene kan inkludere opptil 6 timer ved romtemperatur ($\leq 25^{\circ}\text{C}$), oppbevaring i tillegg til dette må være ved 2-8°C. **Pakninger og priser:** **KONSENTRAT TIL INFUSJONSVÆSKE, oppløsning: 25 mg/ml** 100 mg (hettegl.) kr. 40687,90. **PULVER TIL KONSENTRAT TIL INFUSJONSVÆSKE, oppløsning: 50 mg** 1 stk. (hettegl.) kr. 19868,10. **Sist endret:** 08.09.2017



MSD (Norge) AS, Pb. 458 Brakerøya, 3002 Drammen, tlf. 32 20 73 00, faks 32 20 73 10.

KEYTRUDA[®]

(pembrolizumab)



HAR FØLGENDE GODKJENTE INDIKASJONER:



KEYTRUDA som monoterapi er indisert til behandling av avansert (inoperabelt eller metastatisk) melanom hos voksne.¹



KEYTRUDA som monoterapi er indisert til førstelinje-behandling av metastatisk ikke-småcellet lungekreft (NSCLC) hos voksne med tumor som uttrykker PD-L1 med $\geq 50\%$ «tumour proportion score» (TPS) uten EGFR- eller ALK-positive mutasjoner i tumor.¹



KEYTRUDA som monoterapi er indisert til behandling av lokalavansert eller metastatisk NSCLC hos voksne med tumor som uttrykker PD-L1 med $\geq 1\%$ TPS og som tidligere er behandlet med minst et kjemoterapiregime. Pasienter med EGFR- eller ALK-positive mutasjoner i tumor skal også ha fått målrettet behandling før behandling med KEYTRUDA starter.¹



KEYTRUDA som monoterapi er indisert til behandling av voksne pasienter med residiverende eller refraktær klassisk Hodgkins lymfom (cHL) der behandling med autolog stamcelletransplantasjon (ASCT) og brentuksimab vedotin (BV) har vært mislykket, eller som ikke er kvalifisert til transplantasjon og har hatt behandlingssvikt med BV.¹



KEYTRUDA som monoterapi er indisert til behandling av lokalavansert eller metastatisk urotelialt karsinom hos voksne som tidligere er behandlet med platinabasert kjemoterapi.¹



KEYTRUDA som monoterapi er indisert til behandling av lokalavansert eller metastatisk urotelialt karsinom hos voksne som ikke kan behandles med cisplatinbasert kjemoterapi.¹

KEYTRUDA ADMINISTRERES SOM EN INFUSJON HVER 3. UKE OVER 30 MINUTTER.¹

Før forskrivning av KEYTRUDA[®] les preparatomtalen.

Referanse: 1. KEYTRUDA SPC August 2017, avsnitt 4.1, 4.2.



MSD Oncology

MSD (Norge) AS, Pb. 458 Brakerøya, 3002 Drammen, tlf. 32 20 73 00, faks 32 20 73 10.

Bli medlem i Forum for Kreftsykepleie

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

Medlemsfordeler

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

Kontingenter

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

Hvem kan bli medlem?

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

Evt. spørsmål sendes til:

FKSbli medlem@gmail.com

Send din påmelding til: **medlems-
tjenester@sykepleierforbundet.no**
Tlf. 02409 (be om medlemstjenester)

