



Kreftsykepleie

NR. 3-2015 • ÅRGANG 31

TIDSSKRIFT FOR KREFTSYKEPLEIERE



TEMA **Et allsidig yrke**

Sykepleien

Innhold

NR. 3-2015

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

ANSVARLIG UTGIVER

NSFs Faggruppe Forum for Kreftsykepleie v/leder Britt Ingunn Wee Sævig, Rådgiver FoU, Seksjon for fag og utdanning, Haukeland universitetssykehus
britt.ingunn.sevig@helse-bergen.no

REDAKTØR

Marte Wolden, Tlf 95 04 61 21
marthe.wolden@gmail.com
marthe.wolden@stolav.no

REDAKSJONSUTVALG

Marte Wolden, Åse Grøthe og Tanja Alme

MEDLEMSANSVARLIG

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

ANNONSEANSVARLIG

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

HJEMMESIDE

www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/kreftsykepleiere

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

Ingvald Bergsagel
Tlf: 93 49 84 22

LAYOUT

Hilde Rebård Evensen
Nina Hauge
Sissel Hagen Vetter
Monica Hilsen

TRYKK: Color Print A/S

FORSIDEFOTO: NSF

NESTE UTGAVE: 14. april 2016

Signerte artikler står for forfatterens egen regning og ansvar.

ANNONSEPRISER

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

* Årsavtale gjelder for 3 utgivelser.

3 Leder: Britt Ingunn Wee Sævig

4 Styremedlemmer og lokallagsledere

5 Redaktør: Marte Wolden

6 Smånytt

8 Søk stipend

10 Hjelper med livet fram til døden

15 Årets sykepleier i kreftomsorg

16 Innholdsrike dager i Stavanger

22 Det er mye omsorg i tango

25 Aktuelle bøker

26 Kreftsykepleier utenfor allfarvei

28 Glad for å kunne hjelpe

30 Den viktige tryggheten

34 En fagprosedyre blir til

40 Tilbakeblikk

«Det jeg setter mest pris på, er alle møtene med pasientene.» Side 28



LEDER:
Britt Ingunn Wee Sævig



Tusen takk til dere alle i FKS

Så er tiden inne for meg å skrive leder til tidskriftet for siste gang. Etter åtte år som medlem i hovedstyret med lederverv i fire år, er det vemodig å takke av som leder i denne fantastiske og engasjerte faggruppen. Men alt til sin tid og det er helt rett å slutte nå. Gjennom disse årene har jeg latt meg imponere av alle dere som hver dag gjennom jobben dere utfører, noen ganger med knappe ressurser og travle arbeidsdager, likevel står på og utøver sykepleie på høyt nivå til mennesker med kreft i alle aldre og deres pårørende. Jeg har også i denne tiden fått være med å planlegge spennende konferanser, hvor det lokale engasjementet er utrolig vidt og viser stor vilje til nytenkning og utvikling av faget.

Vårt arbeid som sykepleiere i kreftomsorgen er i stadig endring og selv de små ting i løpet av en arbeidshverdag, er med på å forme vår identitet som sykepleier. Noe av det viktigste for et menneske er å bli møtt med respekt og bli lyttet til, og som sykepleiere forventes det at vi kombinerer objektiv kunnskap med evne til nærhet og omsorg. FKS sitt hovedmål i handlingsplanen er å bidra til økt samhandling mellom de ulike nivåene i helsetjenesten for å bedre kvaliteten på tilbudet til kreftpasienter og deres pårørende. Det å være bevisst; stå ved pasienten, lytte, holde ord og avtaler, opptre med faglig kyndighet og moralsk opptreden, skal være noen av våre kjennetegn og representere våre holdninger og menneskesyn som igjen gjenspeiles i våre handlinger. Pasientsikkerhet er knyttet opp mot vår funksjon, rolle, kvalitet, faglig forsvarlighet og etiske verdier og holdninger. Fremtidens forventninger til helsevesenet vil kreve høyere og mer utdanning av nye og kvalifiserte sykepleiere for at visjonen om et bedre tjenestetilbud skal realiseres. Innen kreftområdet vil nyere behandling kreve høy kunnskap til sykepleiere både i spesialist og kommunehelsetjenesten. FKS skal fortsatt ha fokus på videreutdanning av kreftsykepleiere og utvikling innen dette faget.

Denne høstens diskusjoner om bruk av nye behandlingsformer viser at helse-Norge beveger seg inn i en ny tid hvor personlig økonomi kan bli styrende for hvilken behandling pasientene får tilbud om. Fremragende forskning de senere år gir uante muligheter for dem som trenger behandling og det er viktig at all skreddersydd og ny behandling kan tilbys til alle som trenger det. Det offentlige står overfor umulige valg når de blir pålagt å sette pasientgrupper opp mot hverandre og det blir viktig med gode politiske ledere og fagpersoner som kan ta avgjørelser i diskusjonen rundt prioriteringer. Vi er så heldige at vi lever i ett av verdens rikeste land og det er vanskelig å forstå at de som bestemmer setter pasientgrupper opp mot hverandre og måler livskvalitet i penger. Som faggruppe med over 1600 medlemmer, står vi enda sterkere når vi i fellesskap blir tydelige samfunnsaktører, formidler historier og setter søkelys på alle de vi møter i vår hverdag som lever med denne problemstillingen.

Det har vært både givende og lærerikt for meg å lede faggruppen, bli kjent med stadig nye sider av faget og ikke minst gjennom lokalgruppene arbeid, bli kjent med den innsatsen som gjøres på frivillig basis til det beste for pasientgruppen vi jobber for. Tusen takk også til dere entusiastiske og dyktige medlemmer i hovedstyret som gjennom deres verv har bidratt til helhetlig faglig utvikling og løftet FKS frem som en tydelig og stor faggruppe.

Det er med stor ydmykhet og stolthet jeg takker av og er takknemlig for å vite at «EN gang medlem i FKS for meg betyr ALLTID medlem i FKS».

Britt Ingunn Wee Sævig

LEDER FKS

Lokallagsledere i Forum for Kreftsykepleie

NORDLAND

Trude Kristiansen
trude.merete.kristiansen@bodo.kommune.no
tru-kri2@online.no
T: 951 70 759

MØRE OG ROMSDAL Kristiansund

Laila Merethe Andersen
Med. sengepost, Møre og Romsdal HF, KRISTIANSUND
laila.m.andersen@gmail.com
T: 992 60 071

MØRE OG ROMSDAL Sunnmøre

Tanja Yvonne Alme
Hjemmesykepleien Sula kommune, LANGEVÅG
alme@sula.kommune.no
tanja.alme@gmail.com
T: 951 60 642

SØR-TRØNDELAG

Lisbeth Angen
St. Olavs Hospital
lisbeth.angen@stolav.no
lisbeth.angen@gmail.com
T: 458 85 750

NORD-TRØNDELAG

Anne Lise Olsen
fks-nordtrondelag@hotmail.no
olsen-dama@hotmail.com
T: 905 43 236

ROGALAND

Marit Klævdal
Lerkeskogen 36, HUNDVÅG
klma@sus.no
marit-lerkeskogen36@hotmail.com
T: 920 84 741

HORDALAND

Anne Britt Hauge
Stuajordet 133, ARNATVEIT
annebritt.hauge@bergen.kommune.no
britthaug@online.no
T: 414 49 946

TELEMARK

Anne Torill Tufte
Palliativt enhet, Sykehuset Telemark, SKIEN
anne.torill.tufte@sthf.no
T: 975 11 827

AGDER

Pia Sætra
pia.satra@ssshf.no
piasaetra@gmail.com
T: 918 81 964

TROMS

Evelyn Karlsen
eve-karl@online.no
T: 918 02 190

OPPLAND OG HEDMARK

Gerd Ida Akeren Røste
Kreftenheten, Sykehuset Innlandet, HAMAR
gerd.ida.roste@gmail.com
T: 938 84 472

SOGN OG FJORDANE

Berit Ullebust
Berit Ullebust kommune
berit.ullebust@forde.kommune.no
T: 906 41 704

VESTFOLD

Karin Sjøe
Båtsmannsveien 49B, TOLVSRØD
karin.sjoe@siv.no
T: 48 04 20 34

ØSTFOLD

Kine Torgersen
Senter for kreftbehandling, Sykehuset i Østfold
kintor@online.no
T: 994 75 976

OSLO OG AKERSHUS

Margrete Ronge
Revestien 8, BLYSTADLIA
margrete.ronge@ahus.no
T: 917 89 901

SIG-stamcelle-/ benmargstransplantasjon

Julia Vogel
B2 Radiumhospitalet, Montebello, OSLO
julia.vogel@radiumhospitalet.no
T: 934 05 655

SIG-barn og ungdom

Britt Ingunn Wee Sævig
Barnekreftforeningen
Øvre Vollgate 11, OSLO
bis@barnekreftforeningen.no
T: 992 48 615

Styremedlemmer i Forum for Kreftsykepleie

LEDER

Britt Ingunn Wee Sævig
Barnekreftforeningen
Øvre Vollgate 11, 0158 Oslo
bis@barnekreftforeningen.no
T: 992 48 615

NESTLEDER, NORDISK/ INTERNASJONAL KONTAKT OG STIPENDANSVARLIG

Lillian Rolfsen Grønsvund
Lyngvn 16, 4400 Flekkefjord
lillian@norgespost.no
Jobbadr: Onkologisk enhet, Sørlandet Sykehus, 4400 Flekkefjord
T: 416 95 892

KASSERER

Mona Grytten
Eilert Sundtsgt 7, 0259 Oslo
monagrytten@gmail.com
mog@OUS-hf.no
Jobbadr: OUS, Poliklinikken 1.etasje Montebello, 0310 Oslo
T: 988 07 256/arbeid 22 93 40 27

SEKRETÆR

Signe Øverland
Gauselkneiken 43, 4032 Stavanger
signeoverland@gmail.com
Jobbadr: Poliklinikk for blod- og kreftsykdommer, Stavanger Universitetssykehus
T: 481 05 996

REDAKTØR TIDSSKRIFT

Marte Wolden
Biskop Sigurdsgt 6, 7042 Trondheim
marte.wolden@gmail.com
marte.wolden@stolav.no
Ønsker å få all mailkorrespondanse tilsendt til begge adresser
Jobbadr: Avd. for undervisning og forskning, Kreftklinikken, Kunnskapssenteret, St.Olavs hospital, 7006 Trondheim
T: 950 46 121

LOKALLAGSKONTAKT

Kristin Bergum
Losveien 7, 9014 Tromsø
kristin.bergum@tromso.kommune.no
Jobbadr: Ørneveien 6, 9016 Tromsø
T: 469 49 029

REDAKSJONSUTVALG

OG LOKALLAGSKONTAKT

Åse Grøthe
Ø. Stadionv 76, 5161 Laksevåg
abjg@haraldsplass.no
frisken@online.no
Ønsker å få all mailkorrespondanse tilsendt til begge adresser
Jobbadr: Sunniva senter for lindrende behandling, Ulriksdal 8c, 5009 Bergen
T: 992 95 318/arbeid 55 97 94 00

WEB ANSVARLIG

OG MEDLEMSLISTEANSVARLIG

Synøve Revling Holm
Skonhovdvn 275, 2827 Hunndalen
sy-holm@online.no
Jobbadr: Palliativt team SIHF Gjøvik, Kyrrer Gregpsgt 11, 2815 Gjøvik
T: 61 17 23 86/452 14 431/
arbeid 61 15 78 36

VARAMEDLEM

OG ANNONSEANSVARLIG

Ellen Rosseland Hansen
Stenrødveien 2B, 1784 Halden
ellen.rosseland.hansen@halden.kommune
elrh@halden.net
Ønsker å få all mailkorrespondanse tilsendt til begge adresser
Jobbadr: Halden Sykehjem, Kjærlighetsstien 28, Halden
T: 416 11 793

VARAMEDLEM,

REDAKSJONSUTVALG

OG FACEBOOKANSVARLIG

Tanja Yvonne Alme
Bulegane 21, 6030 Langevåg
tanja.alme@sula.kommune.no
tanja.alme@gmail.com
Jobbadr: Sula kommune, Stadnesvegen 23, 6030 Langevåg
T: 951 60 642/arbeid 70 19 82 14/
907 09 785

VARAMEDLEM, KURS OG

KONFERANSEKONTAKT

Kari Tveit Haugland
5892 Storebø
kari.haugland@auustevoll.kommune.no
Jobbadr: Austevoll kommune, 5392 Storebø
T: 958 38 869

REDAKTØR:
Marte Wolden



Kjære leser!

Når du sitter med dette nummeret av tidsskriftet Kreftsykepleie i hendene, er jula rett rundt hjørnet. Det er mørketid, men det er heller ikke lenge til sola snur. Rett etter vintersolverv øker lengden på dagene våre sakte, men sikkert, og vi går lysere tider i møte.

Selv liker jeg mørketida også. Det er godt med pledd og ullsokker, og blafrende lys i vinduskarmene, og det er vakkert med rimfrost i gresset eller dalende hvit snø. Men jeg må innrømme at det av og til er en smule tyngre å komme seg opp om morgenen når det er mørkt og kjølig ute. Men opp må vi, vi som er så heldige å ha en jobb å gå til!

Heldige er vi også fordi vi har et meningsfylt arbeid å fylle dagene med, vi som jobber innafor kreftomsorg, enten det er ved en travel behandlingssenheter ved et av landets sykehus, i primærhelsetjenesten eller andre arbeidsteder der vi får utøve vår kompetanse på ulike måter.

I dette nummeret ønsker vi å vise litt av mangfoldet ved å slippe til noen kreftsykepleierstemmer fra ulike arbeidsplasser, og fra forskjellige landsdeler. Vi har vært i kontakt med både forskningsmiljø, sykehusavdeling og kommunehelsetjenesten. Og variasjonene i innholdet i arbeidshverdagen til disse er store, med forskjellige typer utfordringer og muligheter. Jeg håper du opplever det som inspirerende å høre hva disse kreftsykepleierne har å fortelle fra sin hverdag.

Landskonferansen i Stavanger i september ble en stor suksess! Det var den største landskonferansen i FKs regi noensinne, og vi i hovedstyret synes det er flott at så mange deltok. Men ikke alle kan dra på konferanse, derfor er det viktig at vi som hadde dette privilegiet denne gangen,

prøver å dele av den kunnskapen og det faglige engasjementet konferansen bød på. Mange av de faglige innleggene på konferansen ligger også ute på vår nettside, og i tidsskriftet finner du en artikkel fra konferansen – som forhåpentligvis kan gi en liten pekepinn på hvilke hovedtema som ble tatt opp og hva som rører seg innenfor faget vårt for tiden.

Jeg vet at alle sykepleiere rundt om jobber hardt, og at hverdagene er travle. Jeg håper alle får muligheten til å, i det minste, ta noen dager fri i juleukene. Vi trenger et pusterom, ta noen skritt ut av alle de tøffe situasjonene vi ofte står i, og hvile kropp og sjel.

Men, som journalist Kathrine Aspaas har skrevet, «Livet tar ikke juleferie». Mange av våre pasienter og pårørende går gjennom sine aller tøffeste dager i livet akkurat nå og i tida framover. Framtida er usikker. Det samme gjelder alle verdens mennesker som er på flukt fra nød, krig, fattigdom og håpløshet, de som utsetter seg for store påkjenninger og risiko for å forsøke å skaffe seg trygghet og ei framtid for seg og sine.

Forleden dag kom jeg over et kort med følgende sitat: «Keep your Christmas-heart open all the year round» (Jessica Archmint). Det synes jeg var ei fin oppfordring – og utfordring. La oss prøve det!

Med ønske om ei fredfull jul og et godt, trygt og meningsfylt nytt år til dere alle!

Marte Wolden

ANSVARLIG REDAKTØR

Stabilt antall dødsfall

Totalt antall dødsfall som følge av kreft har ligget stabilt på rundt 10800 de siste årene. De hyppigste kreftdødsårsakene er lungekreft (2158 dødsfall), kreft i tykktarm og endetarm (1563) samt prostatakreft (1093). Det viser dødsårsaksstatistikken for 2014. Statistikken viser også at antallet som dør av hjerte- og karsykdommer fortsetter å falle. Dødsfall på grunn av demens øker.

Kilde: Folkehelseinstituttet/fhi.no

Gratis tannpleie



Eldre som er langtidssyke, uføre på institusjon eller eldre som har rett på hjemmesykepleie har også krav på gratis tannlege. Men en fersk undersøkelse viser at mange eldre ikke vet om dette. Bare én av fire tok imot den gratis tannpleien de hadde rett på i 2014. I et intervju på NRKs nettsider, forteller professor Gunhild Vesterhus Strand ved Universitetet i Bergen at mange eldre først kommer til tannlegen når tennene er ødelagt.

Kilde: NRK

SMÅNYTT



Smerte og empati

Det ser ut til at smerte og empati har samme utspring i hjernen. Det viser en svensk studie utført av forskere ved Karolinska instituttet. Resultatene er publisert i PNAS. Forskerne undersøkte opplevelsen av egen og andres smerte hos 102 personer ved å måle hjerneaktiviteten deres. Halvparten av deltakerne trodde de fikk et smertestillende middel, mens de i virkeligheten fikk et placebooppreparat. Men det er jo kjent at kroppens eget morfinsystem aktiveres om man tror man får smertelindring. Personene som hadde fått placebo rapporterte om mindre smerter og mindre empati med andre som ble utsatt for smerte. Samtidig så forskerne at det var mindre aktivitet i områder i hjernen som er forbundet med smerteopplevelser. Når forskerne så ga personene legemiddelet naltrexon – som blokkerer kroppens eget morfinsystem – ble både smerten og empatien for smerte hos andre normalisert. Dette viser at fysisk og empatisk smerte reguleres på samme måte i hjernen.

Kilde: Dagens Medisin

«Den som har begge beina på jorda, står stille.»

Tor Åge Bringsvær

Flere overlever tarmkreft

I løpet av de siste 20 årene er det stadig flere som overlever tarmkreft, og andelen tilbakefall er redusert, viser årsrapporten fra Nasjonalt kvalitetsregister for tykk- og endetarmskreft. Årsrapporten viser resultater for utredning, behandling og oppfølging av pasienter med endetarmskreft i perioden 1996–2014 og for tykktarmskreft i perioden 2008–2014.

– Noe av forklaringen på både bedret overlevelse og færre tilbakefall kan nok tilskrives bedre utredning og behandling, og at pasienter diskuteres i tverrfaglige team for å avgjøre behandlingen. Riktig bruk av

strålebehandling i forkant av operasjon, og bedre kirurgi, er viktig for resultatene av behandlingen, sier Marianne G. Guren, leder av referansegruppen i kvalitetsregisteret.

Noen av resultatene fra rapporten:

- Overlevelse for endetarmskreft: Fra perioden 1996–1998 til 2011–2013 var det en økning i estimert 5-års relativ overlevelse, fra 76 % til 86 %.
- Overlevelse for tykktarmskreft: 5-års overlevelse for pasientgruppen var 81 % i 2013 (estimert overlevelse).

Kilde: Krefregisteret.no



Nyttig om samer

Det er utarbeidet et nytt temahefte om helse- og omsorgstjenester til samiske eldre. Heftet er beregnet for helse- og omsorgspersonell som gir tjenester til samiske eldre. Her legges det vekt på betydningen av kunnskap om samisk kultur, at man kjenner til familiens betydning og skikker omkring mat, årstider og merkedager. Her er også et eget kapittel om omsorg ved livets slutt og ritualer rundt døden.

Kilde: Helsedirektoratet

Tøffere enn andre

Noen klarer seg bedre enn andre etter å ha blitt utsatt for vold og overgrep. Hvorfor er det slik? Noe av svaret er «resiliens» – en form for motstandsdyktighet og motstandskraft. De med mye motstandsdyktighet er i stand til å bruke ressursene rundt seg til noe positivt. Forskere ved Voldsprogrammet på Høgskolen i Oslo og Akershus har påvist at nettopp denne motstandsdyktigheten har stor betydning for hvordan ungdom håndterer livet etter å ha opplevd noe alvorlig.

Kilde: HIOA

Nettside om asylsøkere

I forbindelse med økt asylantankomst til landet har Folkehelseinstituttet opprettet en temaside om asylsøkeres helse beregnet på kommunehelsetjenesten. Siden inneholder blant annet linker til oppdaterte veiledere, informasjonsskriv og andre sider med relevant informasjon. Du finner siden på www.fhi.no/tema/asylsokeres-helse



Kilde: Folkehelseinstituttet

■ Tekst Johan Alvik og Trine-Lise Gjesdal Foto Colourbox og Scanpix

115 har fått erstatning

I perioden 2011 til i dag har Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) gitt medhold i totalt 115 saker der kvinner har fått forsinket diagnose eller feilbehandling av brystkreft. Av disse 115 sakene er det minst 25 av kvinnene som har fått redusert levetiden sin som følge av den forsinkede diagnostikken eller behandlingen. 14 kvinner har dødd som følge av svikten.

83 prosent av sakene gjelder svikt i diagnostikken. Her er det blant annet eksempler på funn som ikke er fulgt opp eller mangelfull utredning når det gjøres funn. Det er også noen tilfeller av feiltolkning av prøvesvar eller undersøkelser som er gjort.

I 17 prosent av sakene har NPE gitt medhold etter svikt i behandlingen av kreftsykdommen. Det gjelder for eksempel feilmedisinering eller feil i behandling og undersøkelser.

I de 115 sakene som NPE har gått gjennom, er det hittil utbetalt 71 millioner kroner i erstatninger til pasienter og pårørende. Erstatningsbeløpene dekker økonomisk tap for pasienten og også tap av forsørger i noen tilfeller. Det er gitt menerstatning til flere av kvinnene for å kompensere for redusert livskvalitet den forsinkede diagnostikken og behandlingen har ført til.

Kilde: Norsk Pasientskadeerstatning/npe.no

Ikke tid til depresjon

– Som hjemmesykepleier har man mulighet til å se etter tegn på depresjon hos eldre, men tiden strekker ikke til, sier førsteamanuensis Liv Halvorsrud ved Høgskolen i Oslo og Akershus i et intervju på HIOAs hjemmesider. Halvorsrud har forsket på hvordan hjemmesykepleiere håndterer eldre med depressive symptomer. Hun mener at mange eldre har symptomer på depresjon som ingen legger merke til. Pasienten får derfor ikke den hjelpen som er nødvendig. Hun etterlyser satsing på utnyttelsen av hjemmesykepleierens unike posisjon for å oppdage depresjon.

Kilde: Viten+praksis

Søk stipend

Ønsker du å fordype deg faglig?
I så fall kan du være heldig å få stipend
av NSF's FKS i 2016

Stipend/prosjektmidler å kr 10 000

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

Vilkår:

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

Søknadsfrist 20. desember 2015

Stipend inntil å kr 5 000

Stipend til deltakelse på konferanser/seminar innen tema kreftomsorg.

Vilkår:

- NSF's FKS medlem i 2 år.
- Ikke mottatt NSF's FKS stipend ved de siste 2 års tildelinger.
- Søknad er fullstendig utfylt og postlagt innen tidsfrist.
- Utbetaling av dette stipendet skjer fortløp-ende etter at kvittering for innbetalt beløp er mottatt.

Søknadsfrist 20. desember 2015

Slik søker du:

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

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

Hovedstyret i NSF's FKS fatter beslutning om tildeling av stipend. Styret står fritt til å prioritere mellom likevektige søkere ut ifra





Nye perspektiv på livet

Montebellosenteret tilbyr opphold for de som har, eller har hatt kreft, alene eller sammen med pårørende/nærstående. Fokus er på livet muligheter, selv om fremtiden kan oppleves uforutsigbar. Alle kursene er tilrettelagt med faglig innhold og fysisk aktivitet. Det vektlegges sosialt fellesskap, rekreasjon og fritid i alle kurs. Kursene bygger på hovedmålsettingen «Lær å leve med endringer som følge av kreft».

Vi har utviklet en trinnmodell for å gi kursdeltakerne valgmuligheter i hvilke temaer som er naturlig å fortsette med etter trinn 1. Kurs i trinn 2 og 3 velges ift innhold og tidspunkt.

Trinn 1 «Kreft – hva nå?»

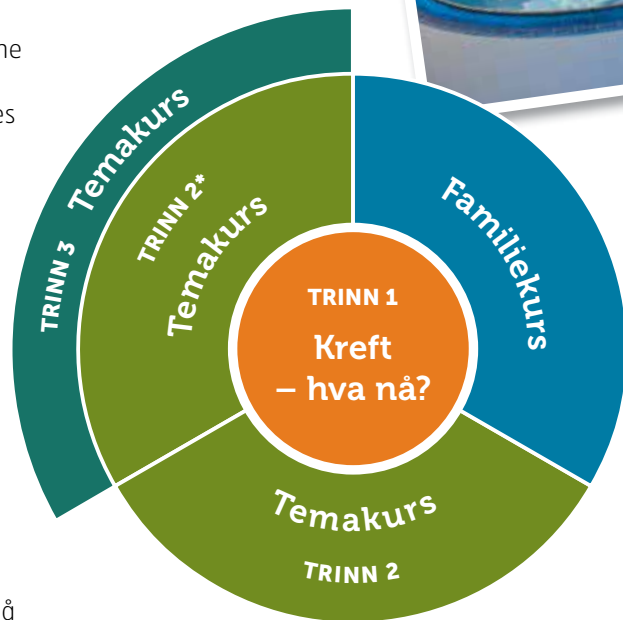
Kursene er grunnleggende og her treffer man andre med samme diagnose, som er i tilnærmet lik situasjon.

Trinn 2

kursene har temaer som fokuserer på ulike utfordringer videre i livet. Deltakerne har ulike diagnoser og sykdomsforløp, men felles interesse i tema.

Trinn 3

er fordypningskurs etter deltakelse på trinn 2 kurs «Energibalanse i hverdagen». Kursene har fokus på ulike metoder for stressmestring.



Tilbudet er landsdekkende og det søkes direkte til MBS.

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

Montebellosenteret ligger i flotte omgivelser like ovenfor Lillehammer og framstår med god hotellstandard uten institusjonspreg. Montebellosenteret legger stor vekt på skjønnhet, kunst og opplevelser. Samtidig har vi et sunt og godt kjøkken og delikate rom.

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

MONTEBELLO
Nytt perspektiv på livet

Hjelper med livet fram til døden

Jeg påstår at jeg har verdens beste jobb. Som en del av Fransiskushjelpens pleietjeneste, har vi andres hjem som arbeidsplass. Fransiskushjelpen fungerer som et ambulerende hospiceteam i Oslo.

Av Karen M. Riddervold,
onkologisk sykepleier,
Fransiskushjelpen

Pleietjenesten gir omsorg, pleie og lindring til alvorlig syke og døende pasienter, hovedsakelig kreftpasienter som ønsker å være i eget hjem. Fellesnevneren for pasientene er at de har en sykdom de ikke blir friske av og har kort forventet levetid.

Som onkologisk sykepleier, har jeg koordinerende ansvar for en pasientgruppe hvor kartlegging av behovet, tilrettelegging og handling står sentralt. Jeg følger opp pasienter og pårørende i forhold til symptomkartlegging, symptomlindring, behov for praktisk hjelp, veiledning og samtale gjennom det palliative sykdomsforløpet. Dette gjøres i samarbeid med pasientene og pårørende, men også i tett samarbeid med første- og andrelinjetjenesten.

Verdig avslutning

Vi er opptatt av at pasientene og pårørende får et reelt valg om hvor de ønsker å tilbringe den siste tiden av livet. Vi legger vekt på at pasientene skal få best og lengst mulig tid i hjemmet. Et av kvalitetskriteriene for oss er at pasientene skal få være, og dø, der de selv ønsker det, med best mulig livskvalitet. Vår oppgave er å bidra til at pasientene har det så godt som mulig den siste tiden, og at de får en verdig avslutning på livet. De skal ha rett til å velge hvor den siste tiden skal tilbringes, men også rett til å ombestemme seg underveis. Alle har sin egen reise til døden, realiteten av livets natur er slik at døden på et tidspunkt vil komme.

For å hjelpe pasientene og pårørende, gjelder det å tenke og handle helhetlig på tvers av nivåene i helsetjenesten. Prinsippene om tverrfaglig tilnærming

og koordinering av tjenester er viktig. Målsettingen er å ivareta pasientenes og pårørendes interesser. I tillegg til den kliniske vurderingen, må det være god kommunikasjon med pasientene og pårørende slik at vi kan ta høyde for individuelle ønsker og behov til enhver tid. Palliativ tilnærming er nødvendig for pasienter og familier som opplever traumer av alvorlig sykdom og død.

Hvorfor dø hjemme?

Hjemmet er en forutsetning for de grunnleggende behovene vi har for et privatliv, personlig integritet, intimitet og normalitet. Å bevare vår individuelle identitet er viktig når vi er alvorlig syk, vi klamrer oss til hvem vi er og hva vi er. Hjemmet bidrar til å beholde denne identiteten. Arbeid i andres hjem innebærer også en balansegang mellom den personlige og private sone. Hjemmet bærer ofte preg av et levd liv og er et naturlig samlingspunkt for familien. Vi som har andres hjem som arbeidsarena, er gjester, og må entre hjemmet på pasientens og pårørendes premisser. I noen tilfeller kan pasientene føle at hjemmet invaderes av både teknisk utstyr og hjelpere. Vi må møte pasientene med respekt og forståelse for at de har behov for å verne om normaliteten og kontrollen i sitt eget hjem.

Jeg opplever at det er viktig å bli kjent med pasientene og pårørende over tid. Kontinuitet og forutsigbarhet er nødvendig for å skape trygghet og tillit både for pasientene og pårørende. Det at de vet hvem som kommer og når de kommer, er viktig. Tillit er en grunnleggende verdi i alle deler av omsorg. Et viktig

prinsipp for oss i Fransiskushjelpen er at pasientene og pårørende skal oppleve trygghet hele døgnet, ved at de har tilgang til kvalifisert hjelp til enhver tid og ved at de kan ta kontakt med oss når som helst. Vissheten om at hjelpen er tilgjengelig kan oppleves som den tryggheten som er nødvendig for at pasientene og pårørende skal klare hverdagen. Vi i Fransiskushjelpen er privilegerte, ved at vi har mulighet til å ta oss god tid til å være hjemme hos pasientene. Det er nødvendig når vi jobber med sårbare pasienter og deres familier.

Behov for kontroll

Forholdene i hjemmet må legges best mulig til rette for at pasientene i så stor grad som mulig kan mestre sin egen omsorg uten at det medfører unødige belastninger. Pasientene trenger ulike grader av tilrettelegging og støtte. Dette må tilpasses hver enkelt pasient. Det er viktig at pasientene opplever gleden ved å mestre hverdagen. Vi ser at rolleendringer kommer tydeligere frem i sykdomssituasjonen, og at oppgaver som tidligere var tydelig definert av pasienter, nå utføres av andre. Vi må være klar over at behov for kontroll og medvirkning er viktig, og at vi må lytte til pasientenes og pårørendes stemmer.

Hvordan vi møter pasientene er viktig. Det å vise respekt for pasientenes integritet bidrar til at det blir mindre ydmykende for pasientene å motta hjelp. Tap av verdighet er særlig relevant i møte med sviktende helse. Hvordan folk oppfatter seg selv reflekteres gjennom holdninger og atferd vi viser mot dem. Vi må behandle pasienter som likeverdige individer.

De andres rolle

Ettersom en alvorlig sykdom utvikles, vil en persons familie og øvrige nettverk ha en stadig viktigere rolle. Nye funksjoner for familien inkluderer blant annet emosjonell støtte for pasienten, bidra med å fatte riktig beslutning med hensyn til behandling, og etter hvert overtakelse av beslutninger. Familien får økende tilstedeværelse og ofte mange pleieoppgaver. Dette er roller som alle familiemedlemmer ikke nødvendigvis er komfortable med. Kontinuerlig kommunikasjon og informasjon er avgjørende for familier for å kunne fungere og takle det som



«Alle har sin egen reise til døden.»

Karen M. Riddervold

kan være en forvirrende tid. Familier bør betraktes som en viktig ressurs for pasientene. Det er viktig å avklare i hvilken grad de er i stand til, og villige til, å delta i omsorg. De har behov for veiledning om hvordan de kan bidra til å ta vare på den som er syk, så vel som å klare å forstå hvordan utviklingen av sykdommen vil være. Pårørende opplever at livet endrer seg for dem også. De må balansere mellom ulike roller og dilemmaer. Forskning viser at en stor del av pårørende opplever depresjon og søvnforstyrrelse. Det er viktig at de også får tid til å sette ord på tanker og bekymringer. Pårørende er tross alt den viktigste og mest avgjørende faktor for

FAMILIEN – EN RESSURS: Det er viktig å avklare i hvilken grad familien til den døende er i stand til, og villige til, å delta i omsorg. Også de trenger å bli sett og hørt. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

at pasientene kan være hjemme. Det er derfor viktig at de opplever å bli sett og hørt av oss.

Sterke følelser

Pasientenes måter å takle sykdom, tap av funksjoner og livskrise på vil variere. Tap av funksjoner, kontroll over egen livssituasjon, endring i utseende, rolle i familien, angst for å være en byrde samt avhengighet av andre, er reelle bekymringer vi må ta på alvor. Dette krever spesielle evner og høye krav til kommunikasjonsferdigheter for å få frem og møte disse endringene. Det trengs innlevelse, empati, tålmodighet, åpenhet, medfølelse, oppmerksomhet, klar og forståelig tale, trygghet og ro. Som sykepleier har vi medansvar for samtalen om døden, om forverring av tilstand, om sentrale livstemaer som håp, tro og tvil. Selv når muligheten til å kurere forsvinner, vil håp

fortsatt ha en viktig rolle og betydningen av håp vil endre seg. Målet er å finne noe realistisk å håpe på. Vi må ikke fjerne håpet. Men vi må omstille det til realistiske ting som kan oppnås, som for eksempel håp om en god dag eller håp om fravær av smerte/plager.

Alvorlig sykdom og død vil alltid bringe frem sterke følelser. Alt fra sorg og angst til avvisning og sinne, samt at pasientenes og pårørendes utbrudd ofte dekker over følelser som ligger langt dypere. Det kreves trygghet, sinnsro og fasthet for å kunne møte slike uttrykksformer med imøtekommenhet og varme. Hvordan skal vi reagere? Hva skal vi si? Vi har ikke alltid svar, og ofte forventes det ikke svar. Å være fullt og helt nærværende i situasjonen og lytte til pasientenes og pårørendes utbrudd, er som regel det viktigste. Vi må tåle å stå i pasientenes og pårørendes kriser og fortvilelser, og vi



må trene på å tyde og tåle andres lidelser. De kan uttrykke mye angst og redsel samt usikkerhet for fremtiden og det ukjente. Det å lytte og snakke om disse temaene, kan lette på stress og frustrasjonsnivå. Vi må ikke glemme at vi jobber med pasienter som er fanget mellom lengselen etter å leve og lengselen etter å få dø i fred, og at de strever med dype emosjonelle konflikter som vi er nødt til å møte. Samtaler kan erstatte usikkerhet med sikkerhet, håpløshet med tro, og fortvilelse med empowerment.

Forebygge plager

Alvorlige plager og symptomer bør behandles raskt, og tiltakene som vi igangsetter må evalueres fortløpende og systematisk. Plagsomme symptomer eller dårlig smertelindring vil ofte påvirke opplevelsen

av livskvalitet. Vi må erkjenne at smerten kan ha mange ansikter. Cicely Saunders begrep «total pain», innebærer at smerte også har psykiske, sosiale og åndelige dimensjoner. Disse må behandles likeverdig som fysiske plager. Samspillet mellom de

«Pårørende opplever at livet endrer seg for dem også.»

ikke fysiske dimensjonene vil alltid være til stede i varierende styrke og grad. Vi har derfor et ansvar for grundig observasjon. Dette er krevende, og det er behov for et bredt kompetanseområde for å kunne ivareta mangfoldet av pasientenes behov. Vi må kommunisere diagnose om døden på en riktig og skånsom måte som er både følsom og effektiv.

Pasienter i sen-palliative faser har mange sammensatte og plagsomme symptomer. Det er viktig at vi ved preventivt arbeid prøver å forebygge alvorlige symptomer og plager med forutseende planlegging og tilrettelegging samt tanker om behov og komplikasjoner som kan komme til å oppstå. Dette inkluderer også informasjon og støtte, slik at de er forberedt på det som kommer til å skje eller kan skje. Ofte frykter pasienter og pårørende ukontrollerte smerter og andre plagsomme symptomer. Vår oppgave er å berolige dem med at vi etter beste evne administrerer tiltak for å lindre på beste og raskeste mulig måte. Både pasienter og pårørende vil underveis ha forskjellige behov for informasjon og tilnærming. Ideelt er målet å opprettholde en balanse mellom å støtte pasientene og familienes følelser av kontroll og verdighet. Dette vil redusere frykt for lidelse og opprettholde håp om god livskvalitet, samtidig som de forbereder seg på døden.

Etiske konfrontasjoner

Palliative pasienter kan ofte oppleve raske endringer i sin tilstand. Akutte problemer oppstår særlig i de siste levedagene. Håndtering av symptomene den siste tiden er nøkkelen til en fredfull død. Det å gjenkjenne når en person går inn i de siste timene eller dagene av livet, er utfordrende. Det å stille diagnosen døende er en viktig samt krevende klinisk ferdighet.

«Arbeid med alvorlig syke og døende er både krevende og givende.»

Ved å erkjenne denne fasen, tillater det at vi kan planlegge omsorgen, forberede familien, diskutere preferanser for omsorg ved livets slutt, dødssted samt forventet symptomkontroll. I tillegg står avskjedsprosesser sentralt for både pasientene og familiene. Det er vanskelig å gi en tidsskala for å dø. Langsom og vanskelig nedgang av allmenntilstand over lengre tid, bidrar til at familiene blir slitne og utmattet. De trenger oppmuntring og veiledning for å mestre å stå oppreist og være sterke den siste tiden.

Når døden blir nært forestående, burde omsorgen maksimeres for å optimalisere komfort, samt redusere smerte og angst og andre symptomer. Pleie av pasienter i siste stadium av livet krever høy grad av klinisk dyktighet for å sikre at overgangen fra liv til død er så fri fra lidelse som mulig. Vi lager bered-

skapsplaner kombinert med tilstrekkelig tilgang samt levering av medisiner i den terminale fasen. Når det er mulig, instruerer vi familiemedlemmer/omsorgspersoner i forberedelse og administrasjon av medisiner. Med støtte og veiledning underveis fra oss bidrar dette til god symptomlindring døgnet rundt.

Arbeid med alvorlig syke og døende er både krevende og givende. Som hjelpere er vi vitne til livsprosesser og konfrontasjoner med mange etisk utfordrende situasjoner. Det er en hårfin balanse mellom å opprettholde støttende kontakt til de som skal møte døden, og vi som står i livet. Samtidig må vi finne måter hvor vi ikke bli overveldet av andres lidelser og de utfordringer og byrder som kommer med å prøve å lette på disse lidelsene. Omsorgsfattig kan være konsekvensen av at vi som står i denne utfordringen, blir følelsesmessig påvirket. Teamarbeid bidrar til at vi kan støtte hverandre, at vi er bevisst og reflektert over den jobben vi står i. Klinisk faglig veiledning blir et viktig element for oss til å takle jobben.

Jobb med mening

Med 17 års erfaring i Fransiskushjelpen, har jeg klart å finne min egen rolle og arbeidsmåte som fungerer for meg. Jeg har brukt tid til å skille mellom egne behov for å være hjelper, og den sykes og pårørendes behov for hjelp. Dette er en jobb med mening. Det er tilfredsstillende å bidra til å sikre en pasient en god hjemmedød. Min mening er at lindring av andres lidelser er hjertet i grunnleggende medisin. Det beste med jobben er at ingen dager er like. Når jeg kan gi noe til andre i en sårbar fase av livet, der enkelte ønsker å være hjemme for å dø, og at jeg kan gjøre det på en så stressfri måte som mulig, både for dem og deres familie, bidrar til at det blir et svært givende arbeid. Kommer vi alltid i mål? Dessverre nei. Noen klarer ikke å ha den siste tiden hjemme av flere årsaker. Men at vi har gitt dem muligheten til å få hjemmetid, er verdt å jobbe for. 26 prosent av Fransiskushjelpens pasienter fikk dø i sitt eget hjem i fjor, sammenliknet med cirka 15 prosent på landsbasis, og kun 8 prosent i Oslo.

Døden er en del av livet, det kan vi ikke endre. Men det vi kan gjøre, for å referere til Cicely Saunders, er «å hjelpe andre til å leve, helt frem til de dør». Bevissthet om at vi bare får en sjanse når vi jobber med døende pasienter, medfører derfor at det er enda viktigere at vi gjør jobben riktig. Vi må være forberedt på det verste og planlegge for det beste. ■

Les mer om Fransiskushjelpen i Sykepleien nr. 11.



DYKTIG: Torunn Høivik beskrives som en engasjert og kunnskapsrik sykepleier.

Fikk hederspris

Torunn Høivik er tildelt prisen Årets sykepleier i kreftomsorg 2015.

Tekst Lillian Grønsund Foto Åse Thuen

Prisen ble delt ut den 25. september på Landskonferansen i kreftsykepleie i Stavanger. Her følger FKSs' begrunnelse for utdelingen av prisen:

Prisen går i år til en sykepleier som har arbeidet i mange år innen kreftomsorg. Hun ble utdannet sykepleier for vel 30 år siden og tok videreutdanning i kreftsykepleie for cirka ti år siden. Hun beskrives av kollegaer som en sykepleier med et stort engasjement, kunnskapsrik og med omsorg for alle rundt seg. Hun holder seg faglig oppdatert, er flink til å lete fram gode løsninger for pasienter og pårørende, og hun deler gjerne av sin kunnskap og erfaring med kollegaer – internt på arbeidsplassen og i hele regionen.

Sykepleieren var tidlig en pådriver for å åpne en egen samtalepoliklinikk for pasienter med kreft og deres pårørende – først som et tilbud til nydiagnostiserte pasienter, senere også oppsummeringssamtaler til pasienter som har gjennomgått kjemoterapi og strålebehandling. Her får pasientene råd og veiledning, og ikke minst anledning til å sette ord på tanker og følelser.

Årets prisvinner har et stort hjerte for barn som pårørende og tilbyr samtaler til barn og unge – både med og uten foreldrene. Hun har også vært med på å utarbeide et eget informasjonsmaterieill til barn og unge med kreftsyke foreldre. Hun er oppdatert på litteratur, og hun bidrar i stor grad

til at kollegaene har fokus på barn og barns rettigheter som pårørende.

Hun har ansvar for oppfølging av pasienter som får cytostatika i tablettform. Hun har et tett samarbeid med leger, og tilbyr sykepleiekontroller og oppfølging via telefonsamtaler.

Sykepleieren har i tillegg utarbeidet et eget sykepleiefaglig oppfølgingsprogram for pasienter med nyrekreft, som har fått bred anerkjennelse.

Prisen går i 2015 til en kreftsykepleier ved poliklinikk for kreft og blodsykdommer ved Stavanger Universitetssjukehus. Det er en stor glede for hovedstyret i Forum for kreftsykepleie å kunne gi prisen «Årets sykepleier i kreftomsorg» til Torunn Høivik. ■

Innholdsrike dager i Stavanger

24.–26. september var rundt 560 sykepleiere fra kreftomsorgen i Norge samlet i Stavanger til den 17. landskonferansen i kreftsykepleie. Dette er den største konferansen vi noensinne har arrangert.

Tekst **Marte Wolden** Foto **Anne Larsen**

Det var en stor konferanse, og det hører med til historien at både hovedstyret og lokalkomiteén var svært spente, og aldri så lite bekymret også, for hvordan dette skulle gå, men vi kunne spart oss bekymringene. Dette gikk aldeles strålende! Fra konferansens begynnelse til slutt kunne en observere glade og fornøyde konferansedeltakere, og Clarion Hotel Energy greide å håndtere så mange mennesker på en god og profesjonell måte, både når det gjaldt innkvartering, forelesningssaler og ikke minst måltider.

I tillegg til å være en møteplass for oss som jobber med kreftpasienter og pårørende, er hovedmålet med landskonferansen å spre kunnskap og heve kompetansen hos sykepleiere som arbeider innenfor kreftomsorg. Årets konferanse hadde tre hovedoverskrifter: Hvor står vi – hvor går vi?, Fag/sykepleie og Veien videre. Gjennom flere plenumsforedrag, parallellsesjoner og posterpresentasjoner ble disse hovedområdene belyst bredt og grundig. Det er for omfattende å referere alt her, men jeg oppfordrer alle til å besøke hjemmesiden vår, der flere av foredragene er lagt ut til fritt gjennomsyn.

Jacob Conradi, musiker og organisasjonssjef i Kreftforeningen, var konferansier gjennom hele konferansen, og han gjorde en glitrende jobb med å sy sammen programmet til en helhet. Med grundige presentasjoner av foreleserne, flere musikalske og litterære innslag, fra alt fra Alf Prøysen til Elvis, holdt han tråden stødig. Jeg våger å påstå at Conradi bidro til å gi konferansen et ekstra løft gjennom måten han gjennomførte konferansierjobben på.

Konferanseprogrammet hadde ellers god plass til kulturelle innslag underveis i konferansen, med flere dyktige- og ikke minst- mange morsomme utøvere.

Som en av de hotellansatte sa til meg da jeg sjekket ut: «Det har vært veldig mye latter til å være en kreftkonferanse!»

Hvor står vi – hvor går vi?

Nestleder i Norsk Sykepleierforbund, Solveig Kopperstad Bratseth, åpnet første dag av konferansen. Hun pekte på utfordringene i dagens helsevesen med mangel på sykepleiere der pasientene trenger oss, og fremmet behovet for økt kompetanse i flere ledd. Geir Sverre Braut, professor og seniorrådgiver ved Stavanger Universitetssjukehus fulgte opp dette temaet – hvor han belyste gapet mellom forventningene til helsevesenet og hva vi har å tilby. Stadige brukerundersøkelser og tilfredshetsundersøkelser viser at det norske folk jevnt over er godt fornøyd med helsevesenet, men vi kan bli bedre på mange områder. Et av hans hovedbudskap var at kunnskapsgrunnetil helsevesenet er den viktigste moderatoren for at systemet skal fungere best mulig. Prioritering er et viktig stikkord her, og det politiske Norge har – og er – nokså samkjørte på de viktigste prioriteringene i helsevesenet. Kirsten Haugland, sykepleier og avdelingssjef i Kreftforeningens forsknings- og forebyggingsavdeling minnet i sitt foredrag om at økt brukermedvirkning er avgjørende for å foreta de riktige prioriteringene til enhver tid. Brukerne må inkluderes i alle nivå. Hun la også vekt på at vi har en vei å gå med å øke oppmerksomheten på forebyggende og befolkningsrettede tiltak.

Stadig mer Individualisert kreftbehandling og nye målrettede kreftmedisiner var Herish Garresoris, overlege

■ NYTT STYRE I FKS

Et nytt styre i FKS for perioden 2016–2017 ble valgt på landsmøtet. Her er resultatet:

Leder

Mona Grytten, Oslo

Medlemmer

Marte Wolden, Sør-Trøndelag
Åse Grøthe, Hordaland
Signe Øverland, Rogaland
Tanja Alme, Møre og Romsdal
Ellen Rosseland Hansen, Østfold
Evelyn Karlsen, Troms
Bjørn Arne Holtbråten, Hedmark

Varamedlemmer

Irene Bjällhag, Vestfold
Eli Bente Lote Henden, Sogn og Fjordane
Elianne Ulsaker, Oslo

Det ble avgitt 77 stemmer, hvorav 58 uendret og 19 med endringer. Ingen stemmesedler ble forkastet.



SYNGENDE SYKEPLEIERE: Konferansedeltakere synger bursdagsangen for Norsk Sykepleierforbund under landskonferansen i kreftsykepleie. Omtrent 560 sykepleiere deltok på konferansen.

og spesialist i onkologi ved Stavanger Universitetssjukehus, tema på konferansens første dag. Selv om dette er «legens område», og slett ikke enkelt materiale å forholde seg til, er det nyttig at sykepleiere som jobber med kreft har noe grunnleggende kunnskap om de ulike behandlingsformene, og forståelse for tumorbiologi og biologi generelt. Dette er avgjørende for god og individuell kreftbehandling. Det har vært en revolusjon de siste ti årene når det gjelder å karakterisere den enkelte tumor–noe som igjen har stor betydning for valg av behandling til den enkelte pasient, prognose og overlevelse. To pasienter med samme

kreftsykdom kan få ulike typer kreftbehandling.

Henrik Syse, filosof ved Institutt for fredsforskning /Bjørknes Høyskole avsluttet det faglige programmet første dag med en forelesning om faglige valg og etiske refleksjoner i møte med overordnede prioriteringer.

Eller–å kalle hans innlegg for en forelesning–blir nesten litt feil. Hans innlegg bar mer preg av å være en fengende «performance» der han får tilhørernes fulle oppmerksomhet gjennom alle sine anekdoter og eksempler fra hverdagen. En ren fornøyelse. Hans bilde på hvordan utøve god omsorg og empati i møtet med pasienten var

blant annet at vi i situasjonen må ta «et luftfoto, et nærbilde og en selfie på en gang». Først da kan vi foreta viktige avgjørelser.

Dagen ble avsluttet med en «Get together» med lett underholdning og tapas.

Fag/sykepleie

Sosiale medier, blogging og økt åpenhet rundt kreftsykdom på godt og vondt, var et av hovedtemaene dag to av konferansen. Svein Øverland, psykologspesialist og daglig leder for SuperEgo AS ga oss et innblikk i hvordan blogging og åpenhet har «tatt av» i omfang de senere årene.



ÅPNET KONFERANSEN: Nestleder i Norsk Sykepleierforbund, Solveig Kopperstad Bratseth, pekte på utfordringer i dagens helsevesen da hun talte under åpningen av konferansen.

Det finnes mange meninger, men få kvantitative undersøkelser på hvorfor så mange pasienter og pårørende velger å blogge og dele fra sitt sykdomsforløp på internett, men noen forskere har begynt å se på hva det er som motiverer folk til denne åpenheten. Tre hovedfaktorer er: et ønske om kunnskap og påvirkning «Jeg lærer av å blogge», identitet og mulighet til å uttrykke seg selv «jeg får brukt meg selv og hjelper andre» og fellekskap «Vi er som en familie». Han pekte på at pasientene og pårørende er i en uhyre sårbar posisjon, og at blogging i seg selv både kan være med på å opprettholde friskhet – og sykdom, fordi det er her en får oppmerksomhet og tilbakemeldinger fra andre. Dette er det viktig at helsepersonell reflekterer rundt.

I den påfølgende paneldebattene var det nettopp det som ble gjort – vi reflekterte rundt spørsmålet: Åpenhet rundt sykdom – et gode og et onde? Bjørn Sæbø, sjefredaktør i Rogalands Avis ledet debatten – og panelet var bredt sammensatt og besto av Inger Utne, førsteamanuensis, Høgskolen i Oslo og Akershus, Svein Øverland, Arvid Nesse, pårørende, Kristin Frantzen, avdelingssykepleier på Avdeling for blod- og kreftsykdommer, Stavan-

ger Universitetssjukehus og Anniken Golf Rokseth, tidligere pasient og blogger. Sistnevnte fikk i 2013 Kreftforeningens hederspris for å ha formidlet kunnskap og erfaringer om å være kreftpasient og pårørende i sin blogg «Veien tilbake igjen». Under debatten fortalte hun at bloggingen hadde vært viktig for henne, men hun advarte også mot å bli for «privat» i blogging, og understreket at i bloggen hennes fikk leserne kun se en del av henne, hennes privatliv var forbeholdt hennes nærmeste.

Sykepleie fra en pasients perspektiv var overskriften på Ania Willmans foredrag. Hun er professor i sykepleie ved Institutt for sykepleievitenskap ved Høyskolen i Malmö. Willman har selv vært alvorlig kreftsyk, og brukte sine erfaringer til å belyse det hun opplever som god og mindre god sykepleie. Wilman fikk nok mange av tilhørerne til å reflektere over sykepleie i praksis.

Plenumsforedragene dag to ble avsluttet med et sterkt foredrag av Per Isdal, psykologspesialist og psykoterapeut, ved Alternativ til vold-stiftelsen. Tittelen på hans foredrag var: Hva gjør jobben med oss og hvordan håndterer vi dette? Svært mange i salen nikket gjenkjennende til det Isdal fortalte

om hvordan han blir preget av å stå i så mye lidelse og elendighet, og hvor viktig det er at vi aksepterer og erkjenner at jobben gjør noe med oss. Vi er i risiko for å bli preget, endret og i ytterste forstand syke av jobben.

Skal vi stå i det arbeidet vi gjør helt ut må vi finne en balanse i livet vårt, slik at vi både får hvilt oss, «lagt fra oss» alt det vonde som berører oss og påfyll av andre positive ting. Isdal brukte blant annet følgende lille fortelling for å illustrere budskapet sitt: «Den absolutt modigste indianerstammen i Amerika hadde et ritual. En gang i året reiste krigerne ut i ødemarken, satte opp sine telt og tente et stort bål. Så satt de rundt bålet og fortalte hverandre historier om alt det fæle de hadde opplevd, hvor redde de hadde vært, om venner de hadde mistet. De gråt og skrek i en uke – og trøstet hverandre. De var sikker på at for å kunne være sterke så måtte de finne et sted der de kunne være «svake»

Etter lunsj dag to var det parallelle sesjoner med flere korte forelesninger under følgende hovedtema: Barn og unge med kreft, Rehabilitering/å leve med kreft, Pårørende, Palliasjon og Kreftbehandling/symptomlindring. Det var stort oppmøte på de ulike sesjonene, og abstrakter og enkelte



NYE MEDISINER: Stadig mer individualisert kreftbehandling og nye målrettede kreftmedisiner var overlege Herish Garresoris tema på konferansens første dag.



KONFERANSIER: Jacob Conradi, musiker og organisasjonssjef i Kreftforeningen, var konferansier. Han bidro også med musikalske og litterære innslag.

foredrag finner du også på nettsiden vår.

Generalforsamling, festmiddag og prisutdelinger

Resten av dag to ble brukt til å avholde generalforsamling i FKS, med blant annet valg av ny leder og nytt styre (se egen presentasjon). Referat fra generalforsamlingen vil bli lagt ut på vår nettside.

Deretter var det duket for festmiddag og stas, med nydelig mat, god underholdning, mye latter, enda mer latter, mange takktaler til avtroppende styre og lokal-komiteene og tildeling av diverse priser. Torunn Høivik fra Stavanger Universitetssjukehus mottok prisen som Årets sykepleier i kreftomsorg 2015. (Se egen presentasjon.)

Pris for beste poster gikk til Paula Mjelde, Kari Simensen, Gina Teigum og Anne Berit Skjerven fra Haukeland universitetssjukehus for posteren: «Obstipasjon hos pasienter som får antiemetika og kjemoterapi forebygging og behandling» og til Minh Thu Le fra Kvinneklinikken ved Haukeland universitetssjukehus for posteren: «Mer musikk i kreftomsorgen? Kan kreftpasienter som får aktiv behandling på sykehus ha nytte av musikk?» Juryen hadde lagt vekt på både faglig innhold,

relevans og presentasjon under utvelgelsen av posterene.

Vi gratulerer alle de dyktige prisvinnerne!

Veien videre

Siste dag av landskonferansen bærer ofte litt preg av «oppbruddsstemming», da mange må reise før konferansen er helt over, på grunn av flytider og lang reisevei. I Stavanger var et stort flertall likevel til stede helt til siste slutt, og det var bra, for også denne dagen hadde et spennende og sammensatt program.

Stian Tobiassen, psykolog ved Sørlandet sykehus startet dagen, der han snakket om hvordan vi kan bruke språket som ressurs når vi står i utfordrende situasjoner. Hans foredrag ble en påminnelse om hvor viktig det er å være bevisst på hva vi sier og hvordan vi sier det når vi møter folk i sykdom og krise. Vi er aldri ferdig utlært når det kommer til kommunikasjon, kommunikasjonsferdigheter er noe som utvikles kontinuerlig – så lenge vi er bevisste på det.

Rehabilitering for kreftpasienter var neste punkt på programmet. Her hadde vi invitert Lise Bjerrum Thisted, kræftrehabiliteringssygeplejerske ved Rigshospitalet i København til å snakke om sitt arbeid. Thisted viste til at i

rehabilitering ligger både forebygging, helsefremming, behandling, undervisning, informasjon, støtte og vedlikehold av funksjon og lindring. Ut ifra et slikt perspektiv ser vi at det er mye sykepleie i rehabilitering, og dette er et område som vil få mer og mer fokus framover. Ved Rigshospitalet i København har de gjennomført en pilot der de har testet ut et kartleggings skjema på pasienter for å fange opp behov for rehabilitering. Dette skjemaet ligger også på vår nettside sammen med foredragene fra konferansen.

Hanne Cathrine Lie, forsker ved Nasjonal kompetansetjeneste for senefeffter etter kreftbehandling ved Radiumhospitalet fulgte opp med å snakke om behov for informasjon om senefeffter og oppfølging etter kreft i ung alder. Det kan være vanskelig å forutsi senefeffter, da utvikling av senefeffter er avhengig av flere faktorer, som type behandling, kreftform/lokalisasjon av kreften, alder ved behandling, kropp i vekst eller ferdig utviklet, kjønn, genetiske faktorer og livsstil. Det er derfor anbefalt langtidsoppfølging av pasienter med kreft i ung alder, både hos spesialist og fastlege, avhengig av hvor stor risiko det er for å utvikle senefeffter. Det er viktig å understreke at senefefftene ikke er et resultat av «feilbehandling» men



PROFESSOR: Geir Sverre Braut snakket blant annet om gapet mellom forventningene til helsevesenet og hva vi har å tilby.

et «nødvendig» onde av den kurative behandlingen.

Underveis – Kommunikasjon, formidling og relasjoner ved Ole Hamre, musiker og komponist, var tittelen på konferansens siste foredrag, et foredrag jeg hadde gledet meg mye til, og det ble en flott opplevelse! Ole Hamre er dypt engasjert i musikk og formidling, og en stor formidler i seg selv. Foredraget besto av mange musikkseksemplere som, blant mye annet, på en spennende måte viste hvor viktig stemme, blikkontakt og musikk er for å skape tillit mellom to mennesker – helt fra vi fødes og til vi dør. Og da han avsluttet med å være et «enmanns buekorps» tror jeg mange i salen ble oppløftet og positivt inspirert! Slik en skal og bør være etter en landskonferanse i Kreftsykepleie.

Vel overstått og takk til den dyktige lokalkomiteen i Stavanger. Dere har gjennomført oppdraget på utmerket vis.

Og til lokallagsleder Tanja Yvonne Alme i FKS Møre og Romsdal, avdeling Sunnmøre, som tok over stafettpinnen for å arrangere neste konferanse om to år: Lykke til med planleggingen! Vi gleder oss til Ålesund i 2017. ■

Har fått faglig påfyll

– Som arena for faglig påfyll er denne konferansen helt fantastisk, sier konferansedeltaker Morten Holt.

Tekst og foto Tanja Yvonne Alme

Kreftsykepleier Morten Holt (54) jobber på poliklinikken for kreft og blodsykdommer ved Sykehuset i Telemark. Han er også kasserer i FKS lokallag i Telemark.

– *Hvorfor har du valgt å jobbe innenfor kreftomsorgen?*

– Jeg jobbet lenge på en barneavdeling, der møtte jeg mange barn med kreft. I møtene med disse barna og deres familier opplevde jeg å få mye tilbake. Det ga meg så mye, selv om det også kostet. Det var en tøff jobb. Dette inspirerte meg til å jobbe videre med kreft. Jeg jobbet senere ved paliativ enhet i Skien, og jeg har vært kreftkoordinator. Jeg tok utdanning i kreftsykepleie i 2003. Jeg er svært glad i jobben min. Det handler om å møte den som er syk og dens familie og å kunne bidra til en god hverdag for hele familien. Jeg synes det er fint



FORNØYD: – Jeg har fått mange gode innspill og refleksjoner, som jeg vil ta med tilbake på arbeidsplassen min, sier Morten Holt.

«Det hadde vært fint med flere menn i kreftomsorgen.»

å jobbe med aktiv behandling, og også kunne følge de som blir friske av kreftsykdommen.

– *Hvordan er det å være en av få menn i et såpass kvinnedominert miljø?*

– Haha ... Jeg har i grunnen aldri reflektert så mye over dette. Jeg undrer på om jeg gjennom å jobbe med så

mange kvinner har blitt mer i kontakt med min feminine side? Men når det blir for mye strikke- og bakeoppskrifter trekker jeg meg bare tilbake. Neida, dette var litt tøys, men fra spøk til alvor; vi er forskjellige og jeg tror det hadde vært fint med flere menn i kreftomsorgen.

– *Hva synes du om årets landskonferanse?*

– Som arena for faglig påfyll er denne konferansen helt fantastisk. Gode temaer som er relevante. Valg og prioriteringer er noe vi alle står i. Jeg har fått mange gode innspill og refleksjoner, som jeg vil ta med tilbake på arbeidsplassen min. Har lyst å trekke frem forelesingen til Henrik Syse. Den var en innertier. Flott konferanse. Det er fint å treffe andre i fagmiljøet. ■

7.000
sykepleiere
kan ikke ta feil.

Les **Sykepleien** på
nettbrett du også!



Last ned appen i dag!
GRATIS for medlemmer i NSF



Sykepleien

Sykepleien er et redaksjonelt uavhengig tidsskrift.
Utgiver: Norsk Sykepleierforbund.

– Det er mye omsorg i tango

To som danser tango var motivet på forsiden av årets program for landskonferansen. Kunstneren Stanley Stornes er selv en aktiv danser.

Tekst og foto **Marte Wolden**, undervisningssykepleier/kreftsykepleier, St. Olavs Hospital

Det er nesten blitt en tradisjon de siste årene at landskonferansen i kreftsykepleie har sin egen kunstner. I september var det stavan-gerkunstneren Stanley Stornes som var med på å sette sitt særegne preg på konferansen, gjennom bilde på konferanseplakat, sceneutsmykning og en egen liten separatutstilling på konferansehotellet. Side om side med posterutstillingen, kunne konferansedeltakerne oppsøke noe annet enn faglig påfyll, og utstillinga var godt besøkt alle dagene. Mange deltakere kjøpte også med seg

mye ut ifra hva som er bestillingen, sier Stanley Stornes. – Noen ganger er det ganske kaotisk, andre ganger har jeg god tid til å forberede meg. Av og til dreier arbeidet seg om separatutstillinger, andre ganger kan det være større utsmykningsoppdrag, eller som i dette tilfellet – hvor jeg er konferansekunstner og har vært med på å utforme plakat og annet konferansmateriell. De ulike jobbene krever ulik tilnærming, så en må stoppe opp og tenke: Hva er det jeg vil uttrykke her? Når en kommer fram til svaret

– Bjørg Marit og jeg begynte å danse argentinsk tango for 15 år siden, forteller Stanley Stornes. – Første gang vi opplevde tangoen var en sen kveld i Paris, der vi gikk langs Seinens breidd, og kom over to mennesker som danset til nesten lydløs musikk. Du kunne heller ikke høre føttene deres som berørte bakken. Det var helt fascinerende. Vi satte oss ned og tok innover oss det vi så, og etter hvert begynte jeg også å tegne det jeg så. En av danserne sa til meg at «det er en ting som må være sikkert til stede i tangoen – og det er at du har kontakt med jorda – eller gulvet. Det er den sikre plattformen du står på».

Bjørg Marit Undheim og jeg begynte etter dette å danse tango – og tok kurs hos dyktige argentinske instruktører. En gang var det en av disse instruktørene som sa til meg: «Du må huske på det, at når du danser er tåspissen din – som berører golvet eller jorda – penselen, og den du danser med – er fargepaletten. Og da han sa det, ja da var jo jeg helt frelst.

Jeg brukte lang tid sammen med konferansekomiteen for å komme fram



«Første gang vi opplevde tangoen var en sen kveld i Paris.» Stanley Stornes

kunst eller kunstbøker hjem. Redaktøren tok en prat med Stornes og hans kone, Bjørg Marit Undheim.

– Kan du fortelle kort litt om hvem du er, og hvordan du jobber som kunstner?

– Jeg er maler og grafiker, og hvordan jeg arbeider med dette varier

på dét spørsmålet, er mye av jobben gjort. Da begynner en med det rent håndverksmessige – som selvsagt er krevende og tar tid.

– Tangoen går igjen i flere av bildene dine – også i bildet på konferanseplakaten. Hvorfor tango?

DANSENDE EKTEPAR: Stanley Stornes og hans kone Bjørg Marit Undheim er aktive tango-dansere. Programmet for landskonferansen er illustrert med et tangobilde laget av Stornes.

Underveis

17. Landskonferanse
i Kreftsykepleie i Stavanger

24.-26. september 2015
Clarion Hotel Energy



FORUM FOR KREFTSYKEPLEIE
NSFs FAGGRUPPE



til hvilket motiv som kunne underbygge tittelen «Underveis», og til slutt endte vi altså opp med dette paret som danser tango. Det er også mye omsorg og varhet i argentinsk tango, sier Stanley Stornes.

– Hvordan har det vært å delta på denne konferansen?

– For Stanley og meg har dette vært noen rike dager, sier Bjørg Marit Undheim. – Folk som har vært her på utstillingen har gitt oss tilbakemeldinger om at det har vært godt å komme hit mellom forelesningene, for å hvile

øynene, hodet og sjelen. Og vi har møtt utrolig mange kjekke mennesker som har gitt oss mye tilbake. Interessen for Stanleys bilder har vært veldig stor, faktisk over all forventning, så dagene har vært travle for oss! Jeg hadde ikke tenkt at folk hadde så stor plass for kunst på en slik fagkonferanse, men det har de jo hatt i aller høyeste grad. Folk har kjøpt bilder som de skulle ta med seg hjem på flyet, og alle har smilt og sagt at «det er ikke noe problem, det går helt sikkert bra!» Vi er takknemlige for å ha fått være til stede her. ■

Aloxi. -nå også som kapsel ¹

- ✗ Gis ca. en time før kjemoterapi påbegynnes ¹
- ✗ En Aloxi kapsel har samme antiemetisk effekt som en intravenøs Aloxi ²
- ✗ En Aloxi kapsel varer opp til 5 dager ²

Er obstipasjon et problem?

- ✗ I registreringsstudien opplevde bare 0,6% av pasientene obstipasjon ved Aloxi kapsel ²



Referanser:
1: Godkjent SPC
2: Boccia et al Supportive Care
Cancer 2013;21:1453-1460.

Aloxi (palonosetron) Antiemetikum.

INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning: 1 ml inneh.: Palonosetronhydroklorid tilsv. palonosetron 50 µg, mannitol, dinatriumedetat, natriumsitrat, sitronsyremonohydrat, natriumhydroksid, saltsyre, vann til injeksjonsvæsker. KAPSLER, myke 500 µg: Hver kapsel inneh.: Palonosetronhydroklorid tilsv. palonosetron 500 µg, sorbitol (E 420) 14,21 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Sort jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Forebygging av kvalme og oppkast forbundet med moderat emetogen kjemoterapi mot kreft. Kun injeksjonsvæske: Forebygging av akutt kvalme og oppkast forbundet med høyemetogen kjemoterapi mot kreft. Dose- ring: Palonosetron bør kun brukes for det gis kjemoterapi. Voksne inkl. eldre: Injeksjonsvæske: 250 µg som en enkel i.v. bolus ca. 30 minutter før oppstart av kjemoterapi. Bør injiseres over 30 sekunder. Effekten ved forebygging av kvalme og oppkast induert av høyemetogen kjemoterapi, kan økes ved tillegg av et kortikosteroid gitt for kjemoterapi. Kapsler: 500 µg (1 kapsel) ca. 1 time før oppstart av kjemoterapi. Spesielle pasientgrupper: Nedsatt nyre- eller leverfunksjon: Dosejustering er uunødvendig. Data for pasienter med terminal nyresykdom som er i hemodialyse, finnes ikke. Barn og ungdom <18 år: Bruk anbefales ikke pga. utilstrekkelige data. Administrering: Injeksjonsvæske: Til i.v. bruk. Kapsler: Tas med eller uten mat. Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for noen av innholdstoffene. Forsiktighetsregler: Da palonosetron kan øke passasjetiden i tykktarmen, bør pasienter med forstoppelse eller tegn på subakutt tarmobstruksjon i anamnesen overvåkes etter administrering. 2 tilfeller av forstoppelse med fekal retensjon som krevde sykehusinnleggelse er rapportert i forbindelse med palonosetron 750 µg. Palonosetron induserer ikke klinisk relevant forlengelse av QTc-intervallet ved noen av de testede dosenivåene. Det bør imidlertid utvises forsiktighet ved samtidig bruk av legemidler som øker QT-intervallet, og hos pasienter som har eller trolig vil utvikle forlenget QT-intervall. Bør ikke brukes til forebygging eller behandling av kvalme og oppkast i dagene etter kjemoterapi, hvis ikke det er forbundet med annen bruk av kjemoterapi. Forsiktighet ved bilkjøring og bruk av maskiner, da svimmelhet, søvnløshet og tretthet kan forekomme. Kapslene inneholder sorbitol og bør ikke brukes ved sjeldne arvelige problemer med fruktoseintoleranse. Kan også inneholde spor av soyalecitin, og pasienter med kjent overfølsomhet for peanøtter eller soya bør derfor observeres nøye for tegn på allergisk reaksjon. Interaksjoner: Metaboliseres hovedsakelig av CYP 2D6, med et lite bidrag fra CYP 3A4 og CYP 1A2. Ingen klinisk relevante interaksjoner er sett. Graviditet, amming og fertilitet: Graviditet: Overgang i placenta er ukjent. Kliniske

data på bruk under graviditet foreligger ikke. Begrensede data fra dyrestudier indikerer ingen direkte eller indirekte skadelige effekter på gravide, embryo-/ fosterutvikling, fødsel eller postnatal utvikling. Skal ikke brukes av gravide hvis ikke nødvendig. Amming: Overgang i morsmelk er ukjent. Amming skal opphøre under behandlingen. Palonosetron. Palonosetron: Erfaring med bruk hos gravide mangler. Bivirkninger:

Injeksjonsvæske: Vanligst er hodepine og forstoppelse. *Vanlige* ($\geq 1/100$ til $< 1/10$): Gastrointestinale: Forstoppelse, diaré. Nevrologiske: Hodepine, svimmelhet. Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$): Endokrine: Hyperkalemi, hypokalemi, stoffskiftesykdommer, hypokalsemi, anoreksi, hyperglykemi, nedsatt appetitt. Gastrointestinale: Dyspepsi, magesmerter (inkl. i øvre abdomen), munntørhet, flatulens. Hjerne/kar: Takykardi, bradykardi, ekstrasystoler, myokardiskemi, sinustakykardi, sinusarytmi, supraventrikulære ekstrasystoler, hypotensjon, hypertensjon, venemisfarging, veneutvidelse. Hud: Allergisk dermatitt, kløende utslett. Lever/galle: Hyperbilirubinemi. Lufteveier: Hikke. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi. Nevrologiske: Søvnighet, søvnløshet, parestesi, hypersomni, perifer sensorisk neuropati. Nyre/ urinveier: Urinretensjon, glukosuri. Psykiske: Angst, eufori. Øre: Reise-syke, tinnitus. Øye: Øyeirritasjon, amblyopi. Øvrige: Asteni, feber, tretthet, varmfølelse, influensalignende sykdom, forhøyede transaminaser, forlenget QT i EKG. *Svært sjeldne* ($< 1/10\ 000$): Immunsystemet: Overfølsomhetsreaksjoner. Øvrige: Reaksjoner på injeksjonsstedet (svie, indurasjon, ubehag, smerter). Kapsler: Hodepine er vanligst (3,7%). *Vanlige* ($\geq 1/100$ til $< 1/10$): Nevrologiske: Hodepine. *Mindre vanlige* ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$): Gastrointestinale: Forstoppelse, kvalme. Hjerne/kar: AV-blokk grad 1-2. Lufteveier: Dyspné. Muskel-skjelettsystemet: Myalgi. Psykiske: Søvnløshet. Undersøkelser: Økt bilirubinivå i blod. Øye: Øyehevelse.

Overdosering/Forgiftning: Ingen rapporterte tilfeller. Doser inntil 6 mg er brukt. Behandling: Symptomatisk. Det er lite sannsynlig at dialyse er effektiv. Se Giftinformasjonens anbefalinger A04A A05.

Sist endret: 03.06.2013 Basert på SPC godkjent av SLV: 21.02.2012

Aloxi, INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning:		
1 × 5 ml (hettegl.) V.nr: 059224 730,80		C
Aloxi, KAPSLER, myke: 500 µg		
1 stk. (blister) V.nr: 177320	748,20	C
5 stk. (blister) V.nr: 158992	3576,00	C

Aloxi.
palonosetron HCl soft capsules

Swedish Orphan Biovitrum AS
Østensjøveien 18 Bryn, 0661 Oslo
Tlf.: 66 82 34 00 www.sobi.com

sobi

Aktuelle bøker



Tekst Johan Alvik Omslagsfoto Forlagene

BOKOMTALE



Ord til oppmuntring

Boken er en samling sitater av Per Fugelli. I omtalen av boken skriver Universitetsforlaget: «Per Fugelli er en ordkunstner med et klokt blikk på verden. I denne boken finner du hans aller beste formuleringer. Ord som forfrisker livet og forsterker flokken. Sitater til oppmuntring, opprør og trøst: Om å være glad i godt nok, finne glede ved livet, naturen og det gode samfunn, mot til å møte sykdom og død, og trygghet når fare truer. Dette er ordlegens medisin i krystallisert form, kortfattet og spissformulert.»

Sitater av Per Fugelli, Universitetsforlaget

BOKOMTALE



Barnebok om kreft

Boken beskriver to små barns opplevelser fra det året da mammaen deres gjennomgikk kreftbehandling. Boken kan forberede barn og voksne på hvordan familiens hverdag endres, og gjøre det enklere å snakke sammen om vanskelige temaer. Boken er illustrert med barnetegninger. Den kan bestilles på kreftforening.no. Det er kun institusjoner som per i dag kan bestille boken, ifølge Kreftforeningens hjemmesider.

Det året mamma ikke hadde hår, Kreftforeningen

BOKOMTALE



Vond og god ensomhet

Boken tar for seg blant annet den vonde og den gode ensomheten. Den vonde har store konsekvenser for menneskers livskvalitet, den gode har vi kanskje for lite av? «Ensomhetens filosofi» gir en bred inngang til å forstå hva ensomhet er, hvem som rammes av ensomhet, hvorfor ensomhetsfølelsen oppstår, vedvarende og forsvinner, og hvordan man kan forholde seg til ensomheten som individ og som samfunn. Forfatter er Lars Fr. H. Svendsen. Han er professor i filosofi ved Universitetet i Bergen.

Ensomhetens filosofi, Universitetsforlaget

BOKOMTALE



Kreftsyk og kul

Da Øyunn Granerud, en sykepleier med lang fartstid fra kreftomsorgen, selv fikk brystkreftdiagnosen vinteren 2014, bestemte hun seg for å bli «den kuleste skalla dama i by'n». Med dikt skildres bearbeidningen av den livstruende tilstanden hun ble kastet inn i. I forordet skriver generalsekretær i Kreftforeningen, Anne Lise Ryel, at «såbarheten er til stede på hver side, men det er motet som holder denne boka sammen». (Se også intervju i Sykepleien nr. 12/2015.)

Modig og sårbar - Kuleste skalla dama i by'n, Notabene forlag

Kreftsykepleier utenfor allfarvei

I jobben som kreftsykepleier elleve mil fra nærmeste sykehus, er bil, telefon og god planlegging viktige arbeidsredskaper for Vivi Fjelstad.

Tekst **Vivi Fjelstad**, kreftsykepleier i Målselv kommune, Troms

Min stilling som kreftsykepleier er organisert under legetjenesten, og jeg jobber 100 prosent dagtid. På legekantoret driver jeg en liten poliklinikk, hvor pasienter kommer for cytostatikabehandling, transfusjoner og andre infusjoner. Dette er et samarbeid mellom primærhelsetjenesten og Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN). Det er fastlegen som er medisinsk ansvarlig for den behandlingen jeg gir.

Pasienter og pårørende kommer for samtaler, og jeg drar på hjemmebesøk. Jeg har og en del oppfølging per telefon, da det er store avstander i kommunen.

Hvis pasienten er på sykehjemmet, er jeg også tilgjengelig og veileder ved behov. Jeg har et godt samarbeid med fastlegene og et nært samarbeid med hjemmetjenesten og kommunens institusjoner. Vi har per i dag ingen lindrende senger, men i 2018 skal dette være på plass.

Samarbeidet med UNN er også godt. Vi kontakter ofte palliativt team eller kreftavdelingen når det gjelder våre pasienter. En interkommunal legevakt er ikke tilstrekkelig når det gjelder disse pasientene.

Jeg har, i samarbeid med interkommunal kreftkoordinator for fire kommuner, startet en møteplass for



«Det å kunne være til hjelp og støtte i en vanskelig og tøff hverdag er givende.» *Vivi Fjelstad*

Hjemmedød

Når pasienter ønsker å avslutte livet hjemme, er jeg behjelpelig slik at det lar seg gjøre i samarbeid med hjemmetjeneste og fastlege. Vi stiller oss disponible også på fritida. Dette gir trygghet for pasient og pårørende.

kreftpasienter og pårørende. Dette er blitt et viktig tilbud som er blitt tatt godt imot. Vi treffes omtrent hver femte uke med ulike tema hver gang.

Hvis jeg har ledig kapasitet, er jeg behjelpelig på legekantoret, laboratoriet, skadestue og i resepsjon.

LØKTA

- Interkommunal kvalitetsutviklingsenhet for helse- og omsorgstjenesten i Midt-Troms.
- Følgende kommuner er med: Bardu, Berg, Dyrøy, Lenvik, Målselv, Sørreisa, Torsken og Tranøy.
- Skal blant annet bidra med opplysning, veiledning, rådgivning og formidling, bistå ved plan- og utviklingsarbeid, samt initiere og tilrettelegge for nettverksbygging og interkommunalt samarbeid.

Storavstand

En utfordring i jobben kan være den store avstanden til UNN i Tromsø, og forståelse der for at vi trenger litt tid på oss for å organisere et tiltak. Det kan være så enkelt som at vi en periode ikke hadde lørdagsåpent apotek. Den store avstanden enkelte brukere har til apoteket krever at en utskrivelse fra sykehus må være nøye planlagt og organisert og at vi legger gode planer for alvorlig syke pasienter, slik at vi unngår unødvendige sykehusinnleggelse. Det krever også at vi har sykepleierressurser og kompetansen på plass.

I vår kommune får vi gode tilbake-



meldinger fra spesialisthelsetjenesten på at vi er en kommune som er flink på å ivareta alvorlig syke med komplisert behandling i hjemmet.

En annen utfordring er at det til tider kan være belastende å ikke få ventilert tøffe og tunge pasientsituasjoner. Legene sier jeg gjerne må komme å prate med dem, men deres tid er jo ofte knapp.

Menneskemøter

I jobben får jeg muligheten til å treffe mange flotte mennesker med forskjellige utfordringer som kreftsyk eller pårørende. Det å kunne være til hjelp

og støtte i en vanskelig og tøff hverdag er givende. Det å gjøre en forskjell.

Pasientene er veldig takknemlige for tilbudet med cytostatikabehandling i hjemkommunen, og de gir uttrykk for at formen er mye bedre når de slipper å dra til Tromsø. Og ofte når man tar en telefon, det trenger ikke være lange samtalen, er mange svært takknemlige for at jeg tar kontakt.

Faglig påfyll

Jeg har delta på landskonferansen hvert år, noe som er lærerikt. Det er også nyttig for å møte andre og utveksle

erfaringer. Jeg deltar i nettverk for kreftsykepleiere Troms og Finnmark – med to møter i året på UNN.

Vi har også hatt et interkommunalt samarbeid gjennom flere år med spesiell oppmerksomhet rettet mot kompetanseheving og på å ha ressurs-sykepleiere i alle kommuner som ikke har kreftsykepleier. Dette er et spennende arbeid.

Kommunen er også tilknyttet et nettverk for lindring – gjennom «Løkta», hvor jeg sitter i ressursgruppa. Vi organiserer ellers fagdager med vekt på kompetanseheving. ■

Glad for å kunne hjelpe

Forskningssykepleier Vanja Strømsnes kjenner seg privilegert og stolt over å kunne hjelpe mennesker rammet av kreft.

Tekst **Vanja Strømsnes**, forskningssykepleier ved Kreftklinikken, St. Olavs Hospital

En arbeidsdag for meg kan bestå av mange ulike oppgaver. En av dem kan være som koordinator i en større klinisk studie i samarbeid med andre sykehus i Norge og andre land. Dette innebærer mye organisering og kommunikasjon med de ulike sentrene og forutsetter at man er tilgjengelig for spørsmål og svar. Som oftest foregår denne kommunikasjonen via mail.

Enkelte dager kan mye av arbeidstiden gå med til å gi informasjon, opplæring, oppdatere, orientere og eventuelt oppklare misforståelser knyttet til en bestemt studie. Særlig gjelder det i oppstartsfasen av studien.

Prosedyrearbeid i tilknytning til kliniske studier er et viktig arbeid, spesielt med tanke på kravet om pasientsikkerhet, men også kravet til kvalitetssik-

vis faste avtaler med pasienter og/eller pårørende. Foruten direkte kontakt med pasient/pårørende i avdelingen, har jeg i perioder mye kontakt per telefon. Telefonkontakten kan dreie seg om å gi informasjon om endret timeavtale eller en lengre samtale der jeg skal innhente spesifikke data knyttet til en bestemt studie. En slik samtale er ofte mer styrt, for eksempel ved hjelp av et spørreskjema.

Blodprøvetaking, sentrifugering, pipettering og forsendelse av biologisk materiale er vanlige prosedyrer i kliniske studier og kan oppta store deler av min arbeidsdag. Det samme gjelder utsending og innhenting av spørreskjema og innleggelse av data i en web-database. Skanning og arkivering av ulike spørreskjema og studiemateri-

ten kommer til avdelingen. Spesielt om vedkommende kommer for første gang, og hvor det også kan være snakk om en palliativ behandlingssituasjon. Det er da ofte mange ting som skal avklares og mye informasjon som skal gis. For mange pasienter er det mye å forholde seg til, samtidig som de er i sjokk og krise. Midt opp i dette kan pasienten også bli forespurt av behandlende lege om deltakelse i en klinisk studie.

Om pasienten takker ja, er utfordringen å koordinere dette på en så god måte som mulig slik at det ikke blir en ekstra påkjenning for pasient eller pårørende, men at de opplever det som positivt å delta.

Ofte føler jeg at det er en kamp om pasientens tid. Å takke ja til deltakelse krever ulike forberedelser for pasienten. Det kan dreie seg om blodprøver som skal tas, ulike former for røntgenundersøkelser, fysiske tester og spørreskjema som skal fylles ut. For noen kan det også være nødvendig med flere konsultasjoner eller samtaler med lege eller andre i studieteamet før han/hun bestemmer seg for å delta.

Pasientens deltakelse involverer gjerne forskjellige profesjoner. Det blir mange å forholde seg til, og det kreves et tett samarbeid mellom disse. I en hektisk sykehushverdag er det derfor viktig at samarbeidet fungerer så



«Ofte føler jeg at det er en kamp om pasientens tid.»

Vanja Strømsnes

ring/håndtering av forskningsdata. I en oppstartsfase er dette arbeidet noe jeg bruker mye tid på, sammen med studieteamet.

Møter med pasienter

I løpet av en arbeidsdag har jeg vanlig-

ell er oppgaver jeg gjør gjennom hele studieperioden, ofte i flere år, også etter at studien er avsluttet.

En kamp om tiden

Det mest utfordrende med jobben min er tiden jeg har til rådighet når pasien-



godt som mulig slik at pasienten føler seg trygg og ivaretatt. For at det skal lykkes, er det viktig med god koordinering. I et studieteam kan det være forskningssykepleier som fungerer som koordinator.

Privilegert, heldig og stolt

Det jeg setter mest pris på ved jobben, er alle møtene med de ulike pasientene og deres pårørende. Jeg opplever å være utrolig privilegert, heldig og stolt som har en jobb der jeg har muligheten for å hjelpe mennesker som opplever å bli rammet av kreft.

Samtidig har jeg lyst til å si at jeg opplever å være veldig heldig som har en så fin arbeidsplass med så mange

dyktige og fine mennesker som kollegaer. Det er jeg stolt av. Det gjør at jeg trives, lærer nye ting og fører til at jeg gjør en bedre jobb som kreftsykepleier og forskningssykepleier, det er jeg ganske sikker på.

Oppstykket oppdatering

Jeg føler ikke at jeg klarer å holde meg faglig oppdatert til enhver tid. Oppdateringen oppleves ofte som oppgaveorientert og oppstykket, der helheten på mange måter forsvinner. Utfordringen handler for meg om å finne balansen mellom det konkrete og spesifikke jeg trenger å mestre for å utføre en bestemt oppgave, og samtidig bevare helhetsperspektivet i det jeg gjør.

Med et helsevesen i stadig endring opplever jeg at det er en utfordring å holde seg faglig oppdatert, og føler ofte at jeg kommer til kort og burde satt av mer tid til faglig fordypning. På mange måter er det også blitt enklere, fordi tilgjengeligheten av kunnskap aldri har vært så stor. Det kan i seg selv innebære en utfordring, og for min del handler faglig oppdatering i første omgang om å få en oversikt og gjøre meg kjent med kunnskapen som fins.

Samtidig har en som arbeidstaker selv et ansvar for å holde seg faglig oppdatert og kunne si ifra overfor sin ledelse om behovet for opplæring og faglig påfyll. ■

Den viktige tryggheten

Det er hverdagene det er flest av. Her forteller kreftsykepleier Anne Lise Olsen om sin.

Tekst **Anne Lise Olsen**, kreftsykepleier på medisinsk avdeling, hematologi/infeksjon, Sykehuset Levanger

Jeg er 47 år og jobber som kreftsykepleier på Sykehuset Levanger. Jeg synes selv jeg har verdens beste jobb, og da jeg ble ferdig utdannet sykepleier i 2008, oppfylte jeg omsider en drøm jeg har hatt siden jeg var lita jente. Årsakene til at jeg skulle bli 41 år før drømmen ble oppfylt var flere, men giftemål, fast kontorjobb og to små barn var noen av dem. Fire år senere var jeg også ferdig med videreutdanningen.

Jeg jobber nå på medisinsk avdeling på teamet for hematologi og infeksjon (HEM). Vi har i tillegg et gastroteam (GAS) og et team for slag og geriatri (CER/GER). Vi er med andre ord en stor avdeling med cirka 70 ansatte og fem veldig ulike fagfelt.

Jeg har siden starten jobbet på HEM, men det hender en sjelden gang

blodkreft. Som én av tre kreftsykepleiere på teamet, har jeg et ekstra ansvar når det gjelder ivaretagelsen av våre kreftpasienter.

Møtet med pasienten

Jeg anser meg selv som en engasjert og ivrig sykepleier, og mine hjertebarn er pasienter med myelomatose samt utredningsfaser og palliasjon. Med andre ord så trekkes jeg nok mot kriser og utfordringer. I tillegg er smertefeltet ekstra interessant, og jeg tok i mai eksamen i langvarige smerter, som er et fag tilhørende masteren «smerter og palliasjon» ved NTNU i Trondheim.

Under sykepleierutdanningen min var jeg overbevist om at jeg skulle bli operasjonssykepleier, og jeg var også heldig og fikk praksis på operasjonsavdelingen. Det som imidlertid etter hvert

skal bli sett og føle trygghet og tillit, er mitt mantra, og jeg går «all in».

Det at jeg, som tidligere nevnt, trekkes mot palliasjon, kreft og smerter, gjør at jeg ofte står i kompliserte og såkalt tunge situasjoner. Dette gir meg energi, men det kreves også mye energi for å kunne gjøre en god jobb. Det er derfor viktig med debrifing og «lading av batteriene» med jevne mellomrom.

Stor variasjon

Pasientene på HEM er over 18 år og i alle livets livsfaser. I infeksjonsfeltet er det alle mulige infeksjoner, som blant annet encefalitt, meningitt, pneumoni, UVI, erysipelas, herpes zoster, variciella med flere. Når det gjelder hematologi, er det myelomatose, ulike typer lymfekreft, ulike anemisykdommer, truende tverrsnittslesjon, ITP, trombocytopeni med flere.

Mange pasienter kommer til utredning på grunn av ulike symptomer, mens andre kommer som følge av infeksjoner som krever intravenøs antibiotikabehandling. Palliasjon er også et felt vi ofte står i.

Pasienter som er i aktiv behandling for lymfekreft og beinmargkreft får «åpen retur» til posten. Det vil si at de ved tegn til infeksjoner eller andre komplikasjoner tar direkte kontakt med sykepleier på HEM og slipper å gå om legevakt eller fastlege.



«Jeg trives utrolig godt ved senga til pasienten.»

Anne Lise Olsen

at jeg går over på de andre teamene også for å få kabalen med bemanning til å stemme overens med belegget av pasienter.

På HEM har vi alle mulige infeksjoner og alt som har med hematologi å gjøre. Det omfatter også lymfekreft og

ble veldig klart for meg da jeg begynte å jobbe, var at jeg trives utrolig godt ved senga til pasienten.

Jeg liker å snakke med pasientene, og bacheloren min handlet også om det viktige møtet mellom pasient og sykepleier. Det at pasientene og deres pårørende



Behov for å snakke

Mange av våre kreftpasienter får komplikasjoner i form av infeksjoner, kvalme, oppkast, diaré, ernæringsutfordringer, smerter, sopp/sår i orale slimhinner og fatigue for å nevne noen. Ofte trengs innleggelse for å få optimalisert/behandlet disse utfordringene.

I tillegg har de fleste kreftpasienter stort behov for å få snakket med helsepersonell. Gjentatt informasjon er viktig, da tilværelsen ofte er usikker i lengre tid mens behandling pågår.

Selve cytostatikainfusjonene får våre kreftpasienter alltid på kreftpoliklinikken, men noen er innlagt mens kur pågår. Det kan være at de må observeres i forhold til mulige alvorlige komplikasjoner som blant annet tumorlyse eller blødninger.

Blir godt kjent

På vår avdeling har vi som sykepleiere hele ansvaret for pasientene på vakt, det vil si at vi har stell/observasjon, vitale parametere, medisinadministrasjon,

legevisitt, orden på rommet, utskrivelse med mer – i motsetning til teamsykepleie, der noen er i avdeling mens én har kun visitt, medisiner og overordnet ansvar.

Jeg synes vår måte å jobbe på fungerer veldig godt hos oss, og jeg føler at jeg blir veldig godt kjent med pasienten. Dette kommer pasienten til gode, spesielt når det gjelder previsitt, ettersom jeg har en god oversikt på «mine» pasienter.

Jeg trives godt med arbeidsoppgavene innen kreftomsorg. Det er imidlertid også godt og innimellom ha pasienter med infeksjoner som langt oftere lar seg «greit» kurere.

Kontordag

Hver onsdag har jeg som nevnt kontordag som fagutviklingssykepleier på avdelingen. Jeg har da ansvar for blant annet prosedyrer, nyansatte, opplæring, teammøter, fagdag, møter med avdelingssykepleierne på medisinsk klinikk, møter med alle fagutviklingssykepleierne på medisinsk klinikk,

innføring av nye prosedyrer/arbeidsoppgaver, kursansvar for HEM-teamet, kompetanseplan for avdelingen, fokus på arbeidsmiljø med mer. Dette er en spennende stilling der jeg lærer veldig mye og har muligheter for å påvirke min avdeling.

I tillegg har jeg litt ekstra ansvar i forhold til opplæring ved sentrale venekatetre og smertepumper på avdelingen.

Forum for kreftsykepleie

Jeg har siden 2012 vært leder for NSF's Forum for kreftsykepleie i Nord-Trøndelag. Vi har et styre bestående av seks kreftsykepleiere og arrangerer temakvelder og fagdager. Dette er et frivillig verv som gjøres på fritiden.

Jeg stortrives i jobben min og liker utfordringer og variasjoner. Jeg synes det er spennende med diagnostisering, kreftbehandling, infeksjonsbehandling og palliasjon. Jeg jobber på en avdeling der jeg synes jeg får brukt alle sidene ved meg selv som kreftsykepleier og menneske. ■

Ikke økt risiko for POTS eller CRPS

De europeiske legemiddelmyndighetene (EMA) har etter en ny gjennomgang konkludert med at det ikke er noe som tyder på at HPV-vaksiner gir økt risiko for å utvikle syndromene POTS og CRPS. Bakgrunnen for gjennomgangen har vært at det i Danmark har blitt stilt spørsmål til om jenter som har fått HPV-vaksinen har økt risiko for diagnosene POTS (postural orthostatic Tachycardia Syndrome) og CRPS (complex regional pain syndrome). Norske myndigheter har fulgt situasjonen nøye og det europeiske legemiddelkontoret (EMA) startet sommeren 2015 en grundig gjennomgang for å avklare hvorvidt bruk av HPV-vaksiner kan gi økt risiko for POTS. EMA konkluderer med at det ikke er holdpunkt for at HPV-vaksiner forårsaker POTS eller CRPS.

POTS kjennetegnes ved økning i hjertefrekvens når pasienten reiser seg fra liggende til stående stilling, ustabil blodtrykk, tretthet, svimmelhet og besvimelser. CRPS er en tilstand som gir kroniske smerter i armer og ben.

Kilde: Folkehelseinstituttet/fhi.no

Lever lengre

Levealderen har økt med om lag 2–3 måneder per år de siste tiårene, viser tall fra Folkehelse rapporten for 2014. De senere årene har økningen vært størst blant menn, noe som kan skyldes økt røykerelatert dødelighet blant kvinner. Dette kan ha ført til en delvis utflating av kjønnsforskjellene i forventet levealder. Prognosen tyder på at levealderen fortsetter å øke de kommende tiårene – for både menn og kvinner.

Kilde: Folkehelseinstituttet



Illustrasjonsbilde: Colourbox

▼Jakavi «Novartis»

Antineoplastisk middel, proteinkinasehemmer.

ATC-nr.: L01X E18

TABLETTER 5 mg, 10 mg, 15 mg og 20 mg: Hver tablett inneholder: Ruxolitinib 5 mg, resp. 10 mg, 15 mg og 20 mg, laktose, hjelpestoffer.

Indikasjoner: Myelofibrose (MF): Behandling av sykdomsrelatert splenomegali eller symptomer hos voksne med primær MF (også kjent som kronisk idiopatisk MF), post polycytemi vera MF eller post essensiell trombocytose med splenomegali (PV). Behandling hos voksne med PV som er resistente mot eller intolerante overfor hydroksyurea. **Dosering:** Igangsettes av lege med erfaring i bruk av legemidler mot kreft. Fullstendig blodcelletelling, inkl. differensialtelling av hvite blodceller, må utføres før behandling startes, og kontrolleres hver 2.-4. uke til dosering er stabilisert, og deretter etter klinisk behov. **Voksne:** Startdose: MF/15 mg 2 ganger daglig ved blodplattelatt 100 000–200 000/mm³, 20 mg 2 ganger daglig ved blodplattelatt >200 000/mm³; PV: 10 mg 2 ganger daglig. Høyeste anbefalte startdose er 5 mg 4 ganger daglig ved blodplattelatt 50 000–<100 000/mm³. Disse pasientene bør titreres med forsiktighet. **Dosering:** Dosene kan titreres ut i fra sikkerhet og effekt. Behandlingen bør avbrytes ved blodplattelatt <50 000/mm³ eller absolutt nøytrofittall <500/mm³. Ved PV bør behandlingen avbrytes ved hemoglobin <8 g/dl. Når blodverdiene er gjennopprettet til over disse nivåene, kan doseringen justeres med 5 mg 2 ganger daglig og økes gradvis basert på nytt monitoring med fullstendig blodcelletelling, inkl. differensialtelling av hvite blodceller. Dosereduksjon bør vurderes dersom antall blodplater synker til <100 000/mm³, for å unngå doseringsavbrudd pga. trombocytopeni. Ved PV bør dosereduksjon også vurderes hvis hemoglobinverdiene reduseres til <12 g/dl, og anbefales ved reduksjon til <10 g/dl. Dersom effekten vurderes å være utilstrekkelig og blodverdiene er adekvate, kan dosene økes med maks. 5 mg 2 ganger daglig daglig opptil maks. dose på 25 mg 2 ganger daglig. Startdosen bør ikke økes i løpet av de 4 første ukene med behandling, og deretter ikke offere enn hver 2. uke. Maks. dose er 25 mg 2 ganger daglig. **Spesielle pasientgrupper:** **Nedsatt leverfunksjon:** Anbefalt startdose basert på antall blodplater ved enhver form for nedsatt leverfunksjon bør reduseres med ca. 50%, og administrering bør skje 2 ganger daglig. Videre endringer i dosering bør gjøres under nøye overvåking av sikkerhet og effekt. **Pasienter som diagnostiseres med nedsatt leverfunksjon under behandlingen** bør få utført en fullstendig blodcelletelling, inkl. differensialtelling av hvite blodceller, kontrollert minst hver uke til annehver uke i løpet av de 6 første ukene etter oppstart av behandling, og deretter etter klinisk behov etter at leverfunksjon og antall blodceller er stabilisert. Dosen kan titreres for å redusere risikoen for cytopeni. **Nedsatt nyrefunksjon:** Startdosen ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon bør være redusert til ca. 50% av den anbefalte startdosen ved MF og 20 mg 2 ganger daglig ved PV og bør justeres ned ytterligere i sulttansen. Ved MF baseres startdosen på antall blodplater og påfølgende doser (enkeltdosering) bør gis hemodialysedagen, etter dialysen. Ved PV er anbefalt startdose 10 mg som enkeltdose eller 2 doser på 5 mg gitt med 12 timers mellomrom, som bør gis hemodialysedagen etter dialysen. Videre endringer i dosering bør gjøres under nøye overvåking av sikkerhet og effekt. **Barn <18 år:** Sikkerhet og effekt for denne indikasjonen er ikke etablert. Ingen tilgjengelige data om tilleggsjusteringer i dose er anbefalt. **Administrering:** Bør tas til samme tider hver dag. Kan tas med eller uten mat. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Graviditet og amming. **Forsiktighetsregler:** **Myelosuppressjon:** Kan føre til hematologiske bivirkninger, inkl. trombocytopeni, anemi og nøytropeni. Pasienter med lavt blodplattelatt (<200 000/mm³) ved behandlingsoppstart bør overvåkes nøye. Trombocytopeni og anemi bør overvåkes ved regelmessig kontrollert ved dosereduksjon eller midlertidig seponering. Transfusjon av blodplater kan være klinisk indisert. Anemi kan gi behov for blodoverføring. Doseendring eller seponering kan også vurderes ved anemi. **Hypigere overvåking av hematologiparametre, kliniske symptomer og behandlingsrelaterte bivirkninger** anbefales ved hemoglobinnivå <10 g/dl ved behandlingsoppstart. **Nøytropeni** (absolutt nøytrofittall <500/mm³) er generelt resistent, og klinisk behandling bør gis ved midlertidig seponering. **Infeksjoner:** Risikoen for alvorlige bakterielle og mykobakterielle infeksjoner og sopp- og virusinfeksjoner, bør vurderes. Tuberkulose er rapportert hos pasienter som har fått ruxolitinib for MF. Pasienten bør utredes for aktiv og inaktiv tuberkulose før behandlingsstart, i samsvar med lokale anbefalinger. Behandlingen bør ikke startes før aktive, alvorlige infeksjoner er behandlet. Pasienten bør følges nøye for tegn og symptomer på infeksjoner og stas opp egnet behandling straks. Pasienter med kronisk HBV-infeksjon bør behandles og følges opp i samsvar med lokale anbefalinger. Legen bør informere pasienten om tidlige tegn og symptomer på herpes zoster, og gi råd om å oppsøke behandling så tidlig som mulig. **Progressiv multifokal leukoencefalopati (PML):** Et rapportert ved behandling av MF. Legen bør være spesielt oppmerksom på symptomer som anteriy PML, og som pasienten ikke nødvendigvis merker selv (f.eks. kognitive, neurologiske eller psykiatiske). Pasienten bør monitoreres for nye eller forverrede infeksjonssymptomer. Dersom slike tegn/symptomer oppstår bør pasienten henvises til nevrolog og hensiktsmessige diagnostiske tiltak for PML bør vurderes. Hvis PML mistenkes bør videre dosering stoppes inntil PML er utelukket. **Ikke-melanom hudkreft:** Regelmessig hudundersøkelse anbefales hos pasienter med økt risiko for hudkreft. **Seponeringssymptomer:** Ved behandlingsavbrudd eller seponering kan symptomer på MF komme tilbake i løpet av en periode på ca. 1 uke. Tilfeller med tilbakevendende symptomer ved seponering, spesielt ved samtidig akut sykdom, er sett. Det er uklart om brå seponering bidro til disse hendelsene. Dersom brå seponering ikke er nødvendig, bør gradvis nedtrapping av dosen vurderes, selv om nytten av nedtrapping ikke er påvist. **Hjelpestoffer:** Bør ikke brukes ved sjeldne arvelige former for galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. **Interaksjoner:** For utvalgte informasjon fra Legemiddelverket om relevante interaksjoner, se L01X E18. Interaksjonsstudier er kun utført med voksne. Ruxolitinib elimineres via CYP3A4 og CYP2C9, og legemidler som hemmer disse enzymer kan derfor gi økt ruxolitinibeksposering. Ved samtidig bruk med en sterk CYP3A4-hemmer bør delvidese reduseres med ca. 50%, gitt 2 ganger daglig. Pasienten bør kontrolleres nøye (f.eks. 2 ganger i uken) for cytopenier, og dosetitreres basert på sikkerhet og effekt. På bakgrunn av in silico-modellering, bør en dosejustering på 50% tas i betraktning ved samtidig bruk av kombinerte CYP3A4- og CYP2C9-hemmere. Ved kombinasjon med CYP3A4-induktorer bør pasienten følges nøye og dosetitreres basert på sikkerhet og effekt. Økt ruxolitinibdose er muligens nødvendig ved behandlingsoppstart med en sterk enzyminduktor. Ingen dosejustering er anbefalt når ruxolitinib gis samtidig med svake eller moderate CYP3A4-hemmere. Pasienten bør imidlertid kontrolleres nøye for cytopenier og blodplattelatt under behandling med en moderat CYP3A4-hemmer. Ruxolitinib kan hemme P-glykoprotein (P-gp) og brystkreftresistensprotein (BCRP) i tarmen, og kan gi økt systemisk eksponering for substrater for disse transportørene, slik som dabigatranetsilat, ciklosporin, rosuvastatin og muligens digoksin. Terapeutisk legemiddelovervåking eller klinisk overvåking av berørt substans anbefales. Det er mulig at potensiell hemning av P-gp og BCRP i tarmen kan minimeres dersom tidsintervall mellom administreringene holdes så langt som mulig. Ruxolitinib hemmer ikke interaksjonen mellom CYP3A4-substratet midazolam og tarmen. Ruxolitinib er CYP3A4-substrat fortenes ved kombinasjon med ruxolitinib. Ruxolitinib påvirker ikke farmakokinetikken til orale antikonseptiva med etinylestradiol og levonorgestrel. Prevensjonseffekten av denne kombinasjonen forventes derfor ikke nedsatt ved samtidig bruk. **Graviditet, amning og fertilitet:** **Graviditet:** Kontraindisert. Kvinner som bli gravide må bruke sikret prevensjon under behandlingen. Ved graviditet under behandlingen må sikkerhetsevaluering utføres på individuell basis, med grundig rådgivning med tanke på potensiell risiko for fosteret. **Amning:** Skal ikke brukes. Amning bør avbrytes når behandling startes. **Bivirkninger:** **MF: Svært vanlige (≥1/10):** Blodlymf: Anemi, trombocytopeni, nøytropeni, blåmerker. Infeksjoner: Levergalle: Forhøyet ALAT og ASAT. Neurologiske: Svimmelhet, hodepine. Stofskifte/ernæring: Vektøkning, hyperkolesterolem. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Blodlymf: Anemi, trombocytopeni, gastrointestinal blødning, annen blødning (inkl. neseblødning, postoperativ blødning, hematuri). Gastrointestinale: Flatulens. Infeksjoner: Herpes zoster. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Infeksjoner: Tuberkulose. **PV: Svært vanlige (≥1/10):** Blodlymf: Anemi, trombocytopeni, blåmerker og annen blødning (inkl. neseblødning, postoperativ blødning og hematuri). Hjerte/kar: Hypertensjon. **Levergalle:** Forhøyet ALAT og ASAT. Neurologiske: Svimmelhet. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Forstoppelse. Infeksjoner: Urinveisinfeksjoner, herpes zoster. Stofskifte/ernæring: Vektøkning. **Overdosering/ Forgiftning:** Symptomer: Enkeltdoser opptil 200 mg er gitt med akseptabel akutt toleranse. Gjentatt dosering med høyere doser enn anbefalt er forbundet med økt myelosuppressjon inkl. leukopeni, anemi og trombocytopeni. Behandling: Inntet kjent antidot. Adekvat støttende behandling bør gis. Hemodialyse antas ikke å øke ruxolitinibutskillelsen. Se Giftinformasjonens anbefalinger for proteinkinasehemmer L01X E. **Egenskaper:** **Virkningmekanisme:** Selektiv hemmer av JAK1 og JAK2 (Janus-kinaser, I_{CS}-verdier på 3,3 nM og 2,8 nM for hhv. JAK1- og JAK2-enzymene). Disse medierer signaleringen av en rekke cytokiner og vekstfaktorer, som er viktig for hematopoiese og immunfunksjon. MF og PV er myeloproliferative neoplasier assosiert med dysregulering av JAK1- og JAK2-signalering. Ruxolitinib hemmer JAK-STAT-signalering og celledeling av cytokinavhengige cellulære modeller av hematologiske kreftformer, så vel som Bcr/3F3-celler som er cytokinavhengige ved å uttrykke JAK2V617F-mutert protein, med I_{CS} i intervallet fra 80–320 nM. **Absorpsjon:** Rask, >95%. **T_{max}:** Ca. 1 time. Gjennomsnittlig C_{max} og AUC øker proporsjonalt i et enkelt-doseintervall fra 5–200 mg. **Proteinbinding:** 97%, hovedsakelig til albumin. **Fordeling:** Tilsynelatende distribusjonsvolum ved steady state er ca. 75 liter hos MF- og PV-pasienter. **Halveringstid:** Eliminasjonshalveringstid ca. 3 timer. **Metabolisme:** Hovedsakelig ved CYP3A4 (<50%) og CYP2C9 (<20%) utskilles i urinen og i feces. Uforandret modersubstans <1%. **Pakninger og priser:** 5 mg: 56 stk. (blister) kr. 20061,80. 10 mg: 56 stk. (blister) kr. 39839,30. 15 mg: 56 stk. (blister) kr. 39839,30. 20 mg: 56 stk. (blister) kr. 39839,30.

Sist endret: 16.03.2015

Referanser:

1. Sykdomsinformasjon er hentet fra Blodkreftforeningen.no, Norsk Helseinformatikk NHL.no, Store Norske Leksikon og UIO.no, 0705.2015. 2. Jakavi (ruxolitinib) preparatnotat, Felleskatalogen.no, 0705.2015. 3. Nasjonalt handlingsprogram, <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/maligne-blodsykdommer/myeloproliferative-sykdommer/behandlingsanbefalinger>, 12.05.2015. 4. Versteck S, Kiladjian J, Griesshammer M, et al. Results of a prospective, randomized, open-label Phase III study of ruxolitinib in polycythemia vera patients resistant to or intolerant of hydroxyurea: The RESPONSE Trial. Abstract #7026. 50th American Society of Clinical Oncology (ASCO) Chicago, IL.

NOVARTIS
ONCOLOGY

Novartis Norge AS – Postboks 4284 Nydalen – 0401 Oslo
Tlf.: 23 05 20 00 Fax: 23 05 20 01 www.novartis.no

Jeg har alltid hatt en plan med livet. Nå har jeg håp også.

Pasienten har levd med polycytemia vera i mange år. En form for blodkreft som gjør blodet tyktflytende og som kan forårsake blodpropper, hjerneslag og hjerteinfarkt.¹

Frem til nå har hun ikke hatt mange behandlingsalternativer.

Ny og målrettet behandling* for polycytemia vera

Med godkjenningen av den nye og målrettede behandlingen Jakavi (ruxolitinib) for polycytemia vera, foreligger det nå et godkjent andrelinjepreparat etter hydroxyurea.^{2,3}

Jakavi gir signifikant forbedret hematokrit, redusert miltvolum og reduserte symptomer, som er viktige mål for å kontrollere sykdommen.⁴

NYHET!

Godkjent for polycytemia vera

 **JAKAVI**™ ▼
ruxolitinib

NO1501286599

En fagprosedyre blir til

Med denne artikkelen ønsker vi å dele prosessen fra et erkjent problem fram til en godkjent fagprosedyre.

Forprosjekt

Høsten 2012 startet Kreftavdelingen ved Helse Bergen HF et forprosjekt med tanke på oppstart av en fagring. Fire fagsykepleiere fra sengepost og poliklinikk fikk avsatt felles arbeidstid for å delta i planleggingen. Problemstillingen obstipasjon hos pasienter som får kjemoterapi og antiemetika ble tidlig valgt ut som et relevant tema. Tilgjengelig norsk litteratur ble gjennomgått for å undersøke om hvorvidt temaet var aktuelt for videre arbeid. Mye litteratur er skrevet om obstipasjon hos kreftpasienter som bruker opioider, men ingen norsk litteratur fantes om obstipasjon hos kreftpasienter som får kjemoterapi og antiemetika.

I tillegg ble kreftavdelinger ved Oslo universitetssykehus, St. Olavs Hospital, Karolinska Universitetssjukhuset, Haukeland sykehus, Akershus universitetssykehus, Førde Sentralsykehus, samt en annen avdeling ved Haukeland universitetssykehus

Av **Kari Simensen**, kreftsyepleier, Avdeling for Kreftbehandling og medisinsk fysikk, Haukeland universitetssykehus

Paula Mjelde, kreftsyepleier, Avdeling for Kreftbehandling og medisinsk fysikk, Haukeland universitetssykehus

Lag en prosedyre

- Tips til deg som vil gå i gang med en fagprosedyre
- Skriv gode referater.
 - Involvere flere ressurspersoner for å få frem tiltak på et tverrfaglig plan.
 - Gruppens sammensetning er en viktig suksessfaktor. Vi er gode på forskjellige ting!
 - Aksepter at ikke alle arbeidsdager er like effektive.
 - Konsentrert arbeid i form av hyppige møter og sammenhengende dager gjør arbeidet effektivt.
 - Søk på et emne før man bestemmer problemstilling. Er det lite evidens å finne om emnet kan det vurderes å endre tema.
 - Ta høyde for at arbeidet stanser i sommerferier, julehøytid, påskeferie, vinter- og høstferie.
 - Fokus på å gjøre arbeidet enkelt, ikke for omfattende, men med god kvalitet.

kontaktet for å høre om deres erfaringer med temaet. De fleste var kjent med problemstillingen, men tiltakene for å forebygge obstipasjon varierte i praksis.

Dette inspirerte til videre arbeid med temaet Obstipasjon i forbindelse med cytostatika- og antiemetika-behandling hos pasienter i en aktiv kjemoterapibehandling. Dette er en relativt ny problemstilling innen kreftomsorgen. Med nye antiemetiske regimer er oppkast et mindre problem, mens obstipasjon oppleves av noen pasienter som et stort problem. Vi ønsket å innhente kunnskap for å kunne iverksette kunnskapsbaserte tiltak for å forebygge obstipasjon hos våre pasienter og dermed hindre unødige plager og i verste fall reinleggelse i sykehus for pasientene.

Mål

Fagringens mål var å utarbeide en kunnskapsbasert prosedyre til bruk internt i Helse Bergen HF og også publisere denne på nettsiden til Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer i Helsebiblioteket. Første steg var å melde påbegynt arbeid med prosedyren til Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer. Parallelt ønsket vi å utarbeide en informasjonsbrosjyre til pasientgruppen.

Kriterier som må oppfylles når man skal publisere en prosedyre i Helsebiblioteket, er blant annet metoderapport, PICO skjema, litteraturliste, dokumentasjon av litteratursøk og samleskjema.

Etablering av driftsplan

Aktuelle ressurspersoner som, lege, farmasøyt og ernæringsfysiolog ble kontaktet for å kvalitetssikre prosedyrens faglige innhold. Vi ønsket i utgangspunktet å få tilknyttet en bachelorstudent i sykepleie til gruppen, men dessverre ble ikke dette mulig.

NYTTIG: Gode fagprosedyrer gir nyttig kunnskap til sykepleiere. Illustrasjon: Colourbox.

Det ble etablert en tidsplan for fremdrift av arbeidet og avsatt to arbeidsdager per måned for hver av fagringdeltagerne. Gode, tydelige referater er helt nødvendig når arbeid strekker over tid.

Vårsemesteret 2013 var ressurspersonene på plass og det ble satt av 10 % stilling til å arbeide med fagringprosjektet for hver av de fire deltakerne frem til juni 2014 i turnus. God støtte og forståelse fra ledelsen var en forutsetning for å kunne sette av tid og gjennomføre arbeidet med fagringen.



Pasientgruppe

Pasientgruppen var kreftpasienter som mottar både kjemoterapi og antiemetika og som ikke bruker opioider og ikke er i palliasjon i livets slutfase. Selv om den eksakte insidens er ukjent, har det vært rapportert at mellom 50 % – 95 % av voksne onkologiske pasienter opplever obstipasjon (den høyeste insidensen hos pasienter som får opioider). Kilde: Putting Evidence into Practice: Evidenced – Based Interventions for the Prevention and Management of Constipation in Patients with Cancer From Clinical Journal of Oncology Nursing 12.2(Apr.2008):317-37. side 317

Økonomisk støtte

Gruppen fikk tildelt stipend på 10 000 kroner av NSF's faggruppe Forum for kreftsykepleie i februar 2013.

Vi hadde behov for å friske opp kunnskapen om hvordan lage kunnskapsbaserte prosedyrer, selv om fagringdeltagere hadde tatt videreutdanning i Kunnskapsbasert praksis på Høgskolen i Bergen i 2007. Vi fikk økonomisk støtte fra Innovest til å sende flere fagringdeltagere og ernæringsfysiologen i gruppen på kurset «Hvordan lager vi gode fagprosedyrer?» arrangert av Kunnskapssenteret, Oslo 21. mars 2013. Kurset ga inspirasjon og ny kunnskap tilknyttet arbeidet som lå foran oss.

Økonomisk støtte ble tildelt fra Kreftavdelingens gavekonto for å sende fire fagringdeltagere og tre ressurspersoner til kurs/søkedag med bibliotekar på Høgskolen i Bergen 7. mai 2013.

PICO

- **Pasient/Problem:** Obstipasjon hos pasienter som bruker antiemetika i forbindelse med kjemoterapi.
- **Intervention:** Pasientinformasjon. Medikamentell tiltak: enkelte eller i kombinasjon. Ikke-medikamentell tiltak, kostråd.
- **Comparison.**
- **Outcome:** Best profylakse. Unngå forstoppelse. Behandling. Livskvalitet (Redusert obstipasjon).

Litteratursøket på evidens-basert kunnskap

Etter PICO var utarbeidet søkte vi etter evidensbaserte retningslinjer/artikler. Bibliotekar Randi Bolstad ved Universitetsbiblioteket i Bergen har hjulpet

«Gode, tydelige referater er helt nødvendig.»

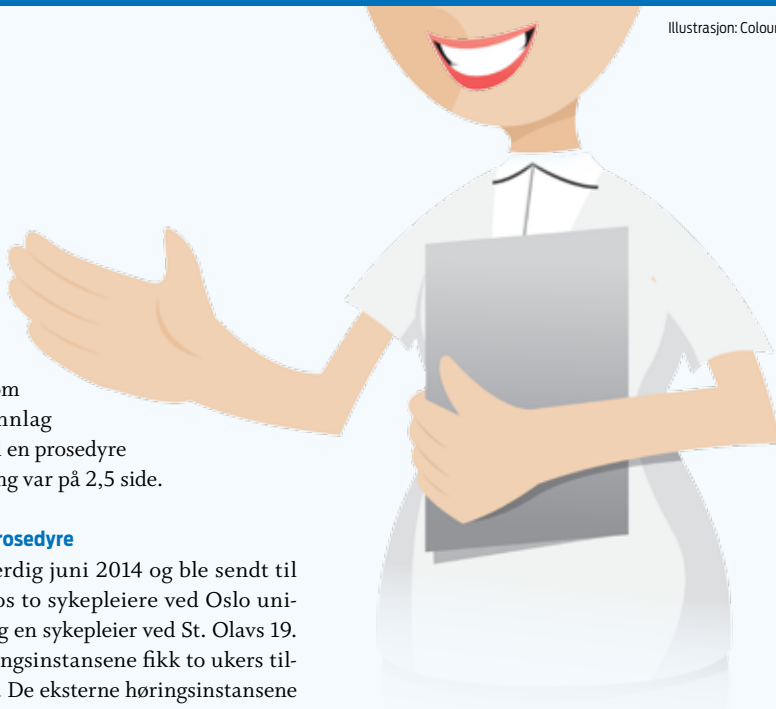
oss med litteratursøk i fellesskap både i januar og mai 2013. Hun har også utført selvstendige søk for oss.

Gruppen fordelte artikler ved første gangs litteratursøk for å se om funnene var relevante. Flere artikler ble ekskludert fordi disse fokuserte mest på obstipasjon og kreft i en palliativ fase og/ eller opioid-indusert obstipasjon.

Skrivearbeid

Alle artikler ble vurdert av to personer som også

skrev en oppsummering av hovedtrekkene. Oppsummeringen ble sammensatt som et kunnskapsgrunnlag for anbefalinger til en prosedyre som etter redigering var på 2,5 side.



Høring av ferdige prosedyre

Prosedyren var ferdig juni 2014 og ble sendt til ekstern høring hos to sykepleiere ved Oslo universitetssykehus og en sykepleier ved St. Olavs 19. august 2014. Høringsinstansene fikk to ukers tilbakemeldingsfrist. De eksterne høringsinstansene hadde få kommentarer, kun språkmessige forslag til endringer.

Pasientinformasjonsbrosjyre

«Sammen mot kreft, Nasjonal kreftstrategi 2013-17» anbefaler at pasienter skal trekkes inn i arbeidet med faglige retningslinjer/prosedyre og delta aktivt i beslutninger om egen behandling. Fagringen ønsket å ha fokus på brukermedvirkning. Vi hadde møte med Kreftforeningen i Hordaland for å informere om arbeidet. Det ble etablert kontakt med en brukerrepresentant, som leste og kom med innspill til pasientbrosjyren før publisering.

Brosjyren ble godkjent av avdelingsdirektør og tatt i bruk desember 2014. Brosjyren er foreløpig oversatt til engelsk. Vi opplever at pasientbrosjyren er skrevet på en brukervennlig måte ut fra innholdet i prosedyren og fungerer som et nyttig verktøy.

Implementering av prosedyren

Brosjyren er gjort kjent for både sykepleiere og leger på de enkelte enhetene i Kreftavdelingen. Fagringen har presentert sitt arbeid på internundervisning for pleiepersonalet i Kreftavdelingen i mai 2014 og februar 2015.

Som ledd i implementeringen har fagringen hatt posterpresentasjon på Sykepleiesymposium i Helse Bergen 2014 på Haukeland universitetssykehus. Symposiet er en unik anledning til å presentere fag- og forskningsarbeid, dele erfaringer og få innblikk i hva som foregår av systematisk fagutviklingsarbeid ved de ulike klinikkene i Helse Bergen. Utarbeidelse av poster har vært en lærerik prosess.

Prosedyren sendt til kvalitetsvurdering ved Kunnskapssenteret.

Prosedyren ble sendt til kvalitetsvurdering ved Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer januar 2015. Tilbakemeldingen kom innen to uker med ønske om enkelte korrigeringer. En prosedyre som sendes inn til www.fagprosedyrer.no, må være godkjent for bruk i eget helseforetak før Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer publiserer denne. Vår prosedyre ble publisert april 2015.

Nyttig tilleggsinformasjon

Ernæringsfysiolog har utarbeidet informasjon vedrørende kostråd ved forebygging av obstipasjon. Farmasøyt har utarbeidet en oversikt over antiemetika og laksantia. Disse dokumentene finnes som vedlegg til prosedyren.

Fagprosedyren «Obstipasjon hos pasienter som får antiemetika og kjemoterapi – forebygging og behandling» kan du lese på: <http://www.helsebiblioteket.no/microsite/fagprosedyrer/fagprosedyrer/obstipasjon-hos-pasienter-som-far-antiemetika-og-kjemoterapi-forebygging-og-behandling>. ■

Vi vil takke vår veileder Anne Dalheim for støtte og rask oppfølging når vi trengte bistand. Vi vil også takke våre kolleger Anne Berit Skjerven og Gina Teigum som også har deltatt i fagringarbeidet fra oppstart av forprosjektet høsten 2012 frem til juni 2014.

Oppdag Sykepleiens digitale verden

Desktop

Du kan besøke Sykepleiens nettsider via din datamaskin.

Gå inn på www.sykepleien.no

Nettsidene gir deg løpende nyhetsformidling, debatt-, fag- og forskningsartikler og et fullstendig arkiv. Her finner du også vår stillingsportal SykepleienJobb, med relevante stillinger over hele landet.



Nettbrett

Sykepleiens app for nettbrett er basert på papirutgaven av Sykepleien, men har enda mer innhold og flere søkefunksjoner. Appen kommer ut flere dager før papirutgaven kommer til deg i posten.

Her finner du flere bilder enn i bladet, og en rekke artikler vil også ha lyd, film eller interaktive elementer (tabeller, bildetekster, etc.). Med appen får du også et arkiv over alle utgivelser og kan brukes offline (kjekt på hyttetur, reiser, etc.).



Mobil

Ønsker du å lese Sykepleien når du er på farta

er mobilutgaven et perfekt alternativ. Adressen er den samme - www.sykepleien.no, og innholdet er tilpasset mindre skjermer. Her kan du holde deg oppdatert hvor enn du befinner deg!



Kontakt oss om du trenger hjelp:

bss@nsf.no / 22 04 33 33
(hverdager 08.00–15.45)



Instagram

Her kan du legge ut bilder og se hva andre legger ut. Tagger du det med **#yrkesykepleier** kan du også få bildet ditt i bladet.



Facebook

Er du på Facebook? Det er vi også!

Ved å like oss på Facebook kan du holde deg faglig oppdatert om hva som skjer. Vi legger løpende ut poster og linker til relevante artikler. På denne måten får du faglig informasjon, og kan diskutere viktige temaer med andre sykepleiere.



Sykepleien



INVESTERER I KREFTOMSORG: Generalsekretær i Krefthforeningen Anne Lise Ryel. Foto: Krefthforeningen.

Millioner til forskning

Krefthforeningen har delt ut 207 millioner kroner til de beste kreftforskningsmiljøene i Norge.

– Det er fantastisk at vi kan gi et så stort beløp. Dette kan vi gjøre takket være våre store og små, men alltid rause, givere og medlemmer, sier Krefthforeningens generalsekretær Anne Lise Ryel i en artikkel på foreningens egne nettsider. Dette er mer enn en gave. Det er en investering for en enda bedre kreftomsorg i fremtiden, legger hun til.

Krefthforeningen var på «tildelingsturne» siste uke av oktober hos de største forskningsinstitusjonene i Oslo, Bergen og Trondheim. Her ble tildelingen av den årlige åpne utlysningen offentliggjort, samtidig med fordelingen av midler som kom inn under årets «Krafttak mot kreft». Pengene som ble samlet inn av bøssebærere i mars har altså allerede kommet forskningen til gode.

Kilde: Krefthforeningen

Øker mest

Forekomsten av føflekkreft øker mest i Norge. Risikoen for å dø av føflekkreft er også større blant menn enn hos kvinner.

I løpet av de siste fem årene har forekomsten av føflekkreft har økt med nærmere 25 prosent. Årsrapporten fra Nasjonalt kvalitetsregister for føflekkreft viser at kvinner har høyere relativ overlevelse enn menn. I følge tall fra Cancer in Norway har kvinner 88 prosent sannsynlighet for å være i live fem år etter at diagnosen er satt. Tallet for menn ligger på 79 prosent. Grunnen til dette er at menn ofte er eldre enn kvinner når de får diagnosen. Svulstene hos menn er i tillegg tykkere og har mer sårdannelse.

– Dette er faktorer som gir dårligere prognose, og kan bidra til å forklare noen av forskjellene, sier hudlege og leder for referansegruppen for Føflekkregisteret, Per Helsing, på Krefthregisterets hjemmesider.

Kilde: Krefthregisteret



*– Vi forbedrer,
forlenger og
redder liv*

Lær mer om nevroendokrin kreft på en enkel måte



Ta NET Nurse QUIZ og test dine kunnskaper om den sjeldne sykdommen nevroendokrin kreft (NET).

Utviklet for sykepleiere som pleier pasienter rammet av NET, og som har behov for mer kunnskap på dette området. Enkel tilgang - både fra pc, nettbrett og mobil.

Vil du vite mer eller delta i NET Nurse QUIZ?

Kontakt:

Liv Sylvi Meyer: liv.meyer@helse-bergen.no

Kristin Skrede Mordal: kmordal@ous-hf.no

Anita Henriksen: anita.henriksen@novartis.com







REDAKTØREN TAKKER NEI: Ukebladet Aktuell hadde antirøykekampanje blant sine ansatte i 1962. Her blir bladets redaktør Jostein Nyhamar tilbudt en røyk av fotograf Ivar Aaserud, som selv smatter på en pipe. Bilde-teksten fra den gang lyder: « Ukebladet Aktuel-lls redaksjonspersonale skal foregå med et godt eksempel. Vi nøyer oss ikke bare med å skrive om nikotinvaner og kreftfare, vi har nu startet en aksjon: BORT MED RØYKEN!» Teksten sier ikke noe om hvor mange som fulgte oppfordringen om et røykefritt arbeidsmiljø. Aktuell var arbeiderbevegelsens ukeblad fra 1945 til det ble lagt ned i 1973.

Kilde: Scanpix, Wikipedia og arkivverket.no

NYHET!For pasienter med
avansert melanom**KEYTRUDA**[®]
(pembrolizumab)**KEYTRUDA**[®] godkjent som førstelinjebehandling
ANTI-PD-1 EFFEKTI en åpen, randomisert studie med 834 pasienter med avansert melanom
ØKT TOTAL OVERLEVELSE¹**68% 1-års total overlevelsesrate med KEYTRUDA***
vs 58% med ipilimumab (HR=0,69; 95% CI, 0,52-0,90;
P=0,00358)^{1,2}

(Se studiedesign under sikkerhetsinformasjon)

KEYTRUDA[®] som monoterapi er indisert til
behandling av avansert (inoperabelt eller
metastatisk) melanoma hos voksne¹.***10 mg/kg**Godkjent dose for KEYTRUDA er 2 mg/kg administrert intravenøst over 30 minutter hver 3 uke¹.
KEYTRUDA har vært studert i doser på 2 mg/kg og 10 mg/kg uten noen statistisk signifikant
forskjell i primære effektresultater (PFS/OS (preliminære analyser))^{1,2}.
Dose-respons analyser indikerer at det ikke forventes forskjell i effekt mellom de to dosene³.**Referanser:** 1. KEYTRUDA[®] (pembrolizumab) SPC, kapittel 4.1, 4.2, 5.1, juli 2015. 2. Robert C,
Schachter J, Long G, et al. Pembrolizumab versus Ipilimumab in Advanced Melanoma, N Engl
J Med 2015;372:2521-32. 3. EPAR KEYTRUDA[®](pembrolizumab), kapittel 2.5.4., juli 2015**Før forskriving av KEYTRUDA**[®] les preparatomtalen.

Copyright © 2015 Merck Sharp & Dohme Corp., Whitehouse Station, NJ, USA. All rights reserved.

**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, helseinstitusjoner og firma kan også tegne abonnement på tidsskriftet «Kreftsykepleie».

Evt. spørsmål sendes til: FKSblimedlem@gmail.com
Send din påmelding til: medlemstjenester@sykepleierforbundet.no
Tlf. 02409 (be om medlemstjenester)