

TIDSSKRIFT FOR KREFTSYKEPLEIERE

Kreftsykepleie

Faggruppa
er 40 år

Prostatakreft

Samvalg i
kreftomsorg



KREFTSYKEPLEIERNE
NSF

nr 2 • 2024

Ansvarlig utgiver
Kreftsykepleierne NSF
 v/faggruppeleder **Tanja Yvonne Alme** tlf 95 16 06 42
 tanja.alme@sula.kommune.no

Redaktør
Anett Skorpen Tarberg tlf 90 79 85 96
 anett.s.tarberg@ntnu.no

Redaksjonsutvalg
Linda Falch-Koslung tlf 97 66 88 90
 uxndss@ous-hf.no

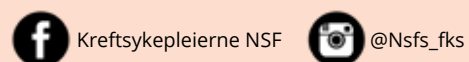
Fredrik von Lövensprung Eiesland tlf 45 23 42 70
 fredrikeiesland@hotmail.com

Medlemsansvarlig
Åshild Knatten tlf 95 29 57 50
 aaskna@icloud.com

Annonseansvarlig
Anne-Britt Hauge tlf 41 44 99 46
 Anne-Britt.Hauge@bergen.kommune.no

Webansvarlig
Jannicke Rabben tlf 95941565
 jannicke.rabben@uia.no

Hjemmeside
<https://www.nsf.no/fg/kreftsykepleiere>



Layout og design
Kristin Skeie Antoine • KSA_design
 Trykk **Aksell AS**

Bilder fra
iStock, Freepik

Forside
Illustrasjon: Freepik.com

Ønsker du å annonsere i tidsskriftet vårt?

Ta gjerne kontakt med annonseansvarlig.
 Tidsskrift nr 2 blir utgitt i mai 2025.

Signerte artikler står for forfatterens egen regning og ansvar.

Innhold



- 4 Hilsen fra faggruppeleder
- 6 Hilsen fra redaksjonen
- 8 ● Vi er 40 år – et tilbakeblikk på oppstarten
- 20 Masternivå for kreftsykepleiere
- 22 Fremtidens kreftsykepleiere
- 24 Tre på gangen
- 28 ● Prostatakraft
- 34 Tidlig oppdagelse av prostatakraft
- 40 Korte temafilmer om mat og kreft
- 46 Samvalg i kreftomsorg krever kultur, kunnskap og tverrfaglig samarbeid
- 52 Nye Radiumhospitalet Oslo Universitetssykehus
- 56 ● Frihet i en bærbar pumpe
- 62 Samtalegruppe for ukrainske flyktninger med kreft
- 66 ● Pasientinvolvering utfordrer medisinsk ekspertise i beslutningsprosesser
- 70 Digital opplæringspakke i lindrende behandling og omsorg ved livets slutt
- 74 Bokomtale
- 76 Smånytt



Tanja Yvonne Alme
Faggruppelider



Vi må ha en tydelig stemme i det som berører vårt fagfelt

Endelig klart for et nytt tidsskrift i kreftsykepleie. Et tidsskrift som vi håper gir deg nytt faglig påfyll og samtidig utfordrer til refleksjoner.

Vi fortsetter å feire utviklingen av kreftsykepleiefaget og 40 år som egen faggruppe. Jeg håper du med glede vil lese Øyvind Nordbø sitt historiske tilbakeblikk. Uten ildsjeler og fagnestorer som sto på for faget og faggruppen hadde vi ikke vært der vi er i dag. En sterk faggruppe i vekst med fokus på kreftsykepleiefaget til det beste for pasient og pårørende. Verdens beste yrke, men også en jobb som krever refleksjon og mulighet til å ta vare på oss selv.

Denne høsten har jeg vært en bekymret faggruppelider. Både utdanninger, kommuner og helseforetak har stått i harde økonomiske prioriteringer. Vi ventet med spenning på statsbudsjett, men opplevelsen er fortsatt svært trang økonomi. Det ser ut som lite samsvar mellom nasjonale føringer og praksisfeltet. Vi blir oppfordret til å tenke nytt og innovativ. Forebyggende helsearbeid og styrking av helsekompetanse og

mestring er viktigere enn noen gang. Bærekraft og langsiktig samfunnsøkonomi skal være retningsgivende. Likevel, det er for mye «brannslukningsarbeid» og lite rom for langsiktighet.

Vi ser at lavterskel tilbud og forebyggende helsearbeid tas bort, heller enn å styrkes.. Slik jeg ser det burde kreftsykepleiekompetanse for eksempel i form av en kreftkoordinator i kommune og på sykehus være lovpålagt. Vi ser at tjenester som ikke er lovpålagte ofte er de som står i fare for å tas bort når en slunken kommunekasse skal «reddes» i budsjett og mulige kuttforslag. Vi som faggruppe skal bruke alle muligheter til å fremsnakke og jobbe for kreftsykepleie som en lovpålagt tjeneste. Kreftsykepleiekompetanse kan utgjøre en forskjell.

Debatten om dødshjelp. Skal vi være aktive eller passive i debatten?

Denne høsten har vært preget at debatter om dødshjelp i mediebildet. Særlig har aftenposten publisert flere kronikker og debattinnlegg hvor ulike meninger og

perspektiver løftes frem. Henrik Thune har delt refleksjoner og ønsker fra hans sønn Tobias. Han fikk tilbakefall av kreft og døde som 24 åring. Han hadde et ønske om at dødshjelp skal vurderes Norge. Noen mener at autonomiprinsippet og retten til å bestemme selv for en verdig død bør ligge til grunn for å åpne opp for dødshjelp. Mange snakker om aktiv og passiv dødshjelp. Dette gjelder også flere helsepersonell. Jeg tror vi har behov for å snakke høyt om hva dette handler om. Dødshjelp handler om eutanasi eller assistert selvmord. I Norge er dette forbudt med lov. Det mange ofte kaller passiv dødshjelp kan være snakk om begrensinger i livsforlengende behandling eller avslutting av slik behandling. Jeg ønsker økt kunnskap om palliasjon, tidlig tilnærming, forhånsamtaler og palliativ plan, og muligheter til god omsorg for døende og lindring når det er dit vi har kommet. Som kreftsykepleier har jeg opplevd pasienter som har hatt ønske om dødshjelp. Det er vanskelig og vondt å se et annet menneske lide så mye at de ønsker å avslutte sitt liv. Likevel tenker jeg at det alltid er noe vi kan gjøre. For meg er palliativ omsorg og behandling aktiv behandling for at pasienten og pårørende skal ha det så bra som mulig. I noen tilfeller kommer vi dit at lindrende sedering er eneste alternativ. Dette har jeg hørt sykepleiere og leger omtale som passiv dødshjelp. Nei det er ikke det! Det er hjelp til lindring. Jeg har ledet mange etiske refleksjoner rundt spørsmål som dette. Jeg har hørt sykepleiere som gruer seg for å sette subcutan morfin fordi «pasienten er jo så dårlig, tenk om han dør... jeg kan ikke drive med passiv dødshjelp». Morfin eller andre lindrende medikamenter settes aldri for å fremskynde døden, men for å lindre selv om pasienten har svært kort tid igjen å leve. Som faggruppelider har jeg signert en kronikk som fagmiljøet i palliasjon i Norge har gått sammen om, Kronikken er skrevet av nevrolog Morten Horn og er signert av over 50 leger og sykepleiere innen palliasjon. Hovedbudskapet i kronikken er det finnes faglige premisser for debatten om dødshjelp som politikere, og befolkningen, må forholde seg til og bygge debatten på. Disse premissene er ikke skjult eller vanskelig tilgjengelige, det er noe vi vet mye om i dag. Dette fagmiljøet har stor kunnskap om og erfaring fra omsorg for døende og etiske utfordringer ved livets slutt, et fagmiljø man ikke kan gå forbi, dersom en skal debattere aktiv dødshjelp på et politisk nivå i Norge. Våre yrkesetiske retningslinjer gir klare føringer: sykepleiere bidrar til en verdig død, sykepleiere bidrar ikke til dødshjelp.

Har du meldt deg på landskonferansen, sendt inn abstrakt?

Mange har allerede meldt seg på, vær rask ute og sikre deg plass. Lokallaget Vestland har et godt program på gang, følg med på våre nettsider. Frist for å send inn abstrakt er 1 mars. Informasjon om dette finner du på våre nettsider <https://www.nsf.no/fg/kreftsykepleierne-nsf> Husk også at du kan søke stipend for å dra på konferanse. Håper vi sees i Bergen.

Lokallagsledersamling

I oktober var alle lokallagslederne våre samlet i sykepleiernes hus i Oslo. For en gjeng med lokallagsledere! Lokallagene er selv hjerte i faggruppen. Jeg håper du setter pris på det arbeidet som lokallagene legger ned i temakvelder, kurs, nyhetsbrev mm. Støtt opp om lokallaget ditt!



Ventetid med Juleleder og Julesorger

Tiden går i et rasende tempo og jammen nærmer vi oss desember og advent, ventetid og snart Jul. Noen gleder seg og noen gruer seg. Dette kan være pasienter og pårørende som vi møter, men også oss selv som mennesker og sykepleiere. Det er ikke alltid like enkelt når en forventning om lykke og glansbilde øyeblikk klistres opp i store oppslag både i sosiale medier, i ukeblader og media generelt. Sorg og sykdom tar ikke pause selv om det er snart jul. Jeg håper likevel at du går en fin tid i møte og at det er rom for små øyeblikk som er gode slik akkurat du har behov for. Jeg ønsker hver og en av dere en fin advent og jul. ●

Med vennlig hilsen
Tanja Yvonne Alme
Faggruppelider



Frå redaksjonen

Vi nærmar oss Førjulstid med stormskritt. Akkurat no i skrivande stund er det stormen Jacob som herjar på vestlandet. Her ytterst på søre Sunnmøre så hagler det på stoveglaset, vinden ruskar godt og bølgene er kvite og hissige. Med andre ord sein hauststemning, det ein på Sunnmøre kallar for «det bles friskt ute.»

Dette første året har for redaksjonen vore svært spennande. Vi har jobba hardt for at tidsskriftet skal verte best råd. Vi kjenner oss framleis ferske i redaksjonsstolane, men kjenner samtidig på litt meir erfaring no når tidsskriftet, som for oss er nummer to, straks hamnar i di postkasse. Gi oss svært gjerne tilbakemelding på innhald og tips om nytt og viktig, spennande, interessant stoff som du tenker fleire burde få kjennskap til.

I denne utgåva vil vi fortsette å feire at vi er 40 år dette året. I den samanheng har vi med eit historisk tilbakeblikk på FKS si historie skrivne av Øyvind Nordbø. Vi har også med eit intervju av Inger Utne, professor i kreftsykepleie og to av dei første masterstudentane i spesi-
alsykepleie, studieretning kreft. Det er stort at vi har vorte ei masterutdanning, gratulerer til desse. Forsida vår har blå sløyfe denne gongen, vi har med artikkel om prostatakreft og presentasjon av Prostatakreft-

foreninga. Framover vil vi i redaksjonen ha fokus på dei ulike foreiningane innanfor kreftsjukdomar og gi desse plass til å presentere si foreining i tidsskriftet vårt. Foreiningane legg ned eit stort arbeid i å ivareta pasientar og pårørande som gjennom ein kreftsjukdom har fått kvardagen og liva sine kraftig rysta.

I september deltok to frå redaksjonen på Landskonferansen i palliasjon. Her fekk vi innsikt i kva som rører seg innanfor fagfeltet palliasjon, og tips om kva som kan om mogleg verte framtidige skribentar for oss. Til hausten er det vår tur å arrangere landskonferanse, denne gong i Bergen. Dette gler vi oss stort til. Å samlast, treffe kjende ein ikkje har møtt på lang tid, treffe nye som ein kan knyte kontakt med og mest av alt, fagleg påfyll og inspirasjon. Vi i redaksjonen vil ha øyrer og auge retta mot moglege ny skribentar under konferansen, vert ikkje overraske om akkurat du mottok eit hint om framtidig bidrag til artikkel i tidsskriftet vårt. På baksida av dette tidsskriftet finn du informasjon om konferansen og påmelding, og på nest siste side informasjon om innsending av abstrakt.

Reknar med du har lagt merke til den nye logoen vår, om ikkje må du sjå ekstra etter den i tidsskriftet. God lesnad til deg og eit ønske om ei fin førjulstid når den tid kjem. ●



Tidsskriftet kreftsykepleie

Tidsskriftet Kreftsykepleie er eit medlemsblad for sjukepleiere med interesse for kreftomsorg. Gjennom tidsskriftet deler vi fagartiklar, fagstoff og anna som kan vere av interesse for medlemmar i faggruppa vår. Vi ønsker å vere ein formidlar av det som rører seg innanfor kreftomsorg og som kan tenkast å vere av interesse. Vi vil veldig gjerne ta imot fagstoff, fagartiklar frå våre medlemmar og andre som kan vere interessant for tidsskriftet. Tips oss gjerne om smått og stort! Det kan vere fagartiklar, arrangement som er planlagt, prosjekt, små nyheiter, bok

anmeldelsar og mykje anna.

Vi i redaksjonen forbehold oss retten til å velje ut kva som kjem på trykk. Tidsfrist for innlevert materiale vil vere 15 februar og 15 september. Innhaldet i tidsskriftet vert gjennomgått av oss i redaksjonen, men fagstoffet er ikkje fagfelleurdert eller på andre måtar gått igjennom vitenskaplig. Det som kjem i trykk, er fagstoff produsert av fagpersonar for fagpersonar med interesse for det som rører seg i den enkelte sin kliniske kvardag. For oss i redaksjonen er det viktig å påpeike at det som kjem i trykk ikkje nødvendigvis speglar redaksjonen sine synspunkt.

Redaksjonsutvalg:



Anett Skorpen Tarberg

Ansvarlig Redaktør.
Utdannet kreftsykepleier.
Førsteamanuensis ved institutt for helsevitenskap, NTNU Ålesund
Anett.s.tarberg@ntnu.no



Linda Falch-Koslung

Videreutdanning i kreftsykepleie.
Spesialrådgiver for Seksjon for helsekompetanse ved Oslo universitetssykehus
uxndss@ous-hf.no



Fredrik Von Löwensprung Eiesland

Videreutdanning i kreftsykepleie, master i klinisk forskning og fagutvikling. Kreftsykepleier ved onkologisk avdeling for lungeonkologi og lindrende behandling, Kreftsentret Ullevål OUS
fredrikeiesland@hotmail.com



Zejula er godkjent og refundert i 1L behandling ovariekreft uavhenging av BRCA og HRd status.¹⁻⁵**



Sluttanalyse for PRIMA-studien hos høyrisikopasienter i 1L:⁶

Andel pasienter som oppnådde 5 års PFS* (deskriptiv ad hoc analyse):

- 35 % i niraparibgruppen mot 16 % i placebogruppen hos HRd** pasienter
- 22% i niraparibgruppen mot 12 % i placebogruppen i totalpopulasjonen

*Progression-free survival, **Homologous recombination deficient
PRIMA-studien møtte ikke sekundære endepunktet for total overlevelse (OS)⁶



6 års sikkerhetsdata i PRIMA bekrefter kjent sikkerhetsprofil, hvor de mest alvorlige bivirkningene var trombocytopeni og anemi⁶



For å lese PRIMA-studien scan QR-koden

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON

Indikasjoner

Monoterapi til vedlikeholdsbehandling av voksne med avansert (FIGO stadium III eller IV) høygradig ovariekreft, kreft i eggleder eller primær peritonealkreft, med respons (fullstendig eller delvis) etter fullføring av førstelinje platinabasert kjemoterapi. Monoterapi til vedlikeholdsbehandling av voksne med tilbakefall av platinasensitiv, høygradig serøs kreft i ovarieepitel eller eggleder eller primær peritonealkreft, med respons (fullstendig eller delvis) på platinabasert kjemoterapi.

Kontraindikasjon

Amming

Forsiktighetsregler

Hematologiske bivirkninger (trombocytopeni, anemi, nøyotropeni) er rapportert hos pasienter behandlet med Zejula. Pasienter med lav kroppsvekt eller lave trombocytverdier ved baseline kan ha økt risiko for trombocytopeni av grad 3+. Ukentlig overvåkning av komplett blodstatus 1. behandlingsmåned er anbefalt, deretter månedlig i 10 måneder, og deretter regelmessig. Grunnet risikoen for trombocytopeni, bør antikoagulantia og legemidler som er vist å redusere trombocytverdiene brukes med forsiktighet. *Tilfeller av myelodysplastisk syndrom/akutt myelogen leukemi (MDS/AML)* har blitt

observert hos pasienter som ble behandlet med Zejula som monoterapi eller kombinasjonsterapi i kliniske studier og etter markedsføring. Hypertensjon, inkludert hypertensiv krise, er rapportert med bruk av Zejula. Blodtrykket bør overvåkes minst ukentlig i to måneder, etterfulgt av månedlig overvåkning i det første året og deretter regelmessig under behandling med Zejula. Posterior reversibel encefalopati-syndrom (PRES) er en sjelden, reversibel nevrologisk sykdom som kan oppstå med raskt utviklende symptomer, inkludert hypertensjon. Det anbefales å seponere Zejula ved PRES og behandle spesifikke symptomer. *Graviditet, amming og fertilitet*. Skal ikke brukes under graviditet eller hos fertile kvinner som ikke ønsker å bruke veldig sikker prevensjon under behandlingen og i 6 måneder etter siste dose. Graviditetstest bør utføres på alle fertile kvinner før oppstart av behandling.

Se preparatomtalen om bivirkningshåndtering og full informasjon før forskrivning av Zejula. Ved uønskede medisinske hendelser, kontakt GSK på telefon 22 70 20 00.

Pakninger og priser: Maksimalpriser: 56 stk (blister) kr 48.623,00. 84 stk. (blister) kr 72.916,30. Zejula inngår i onkologianbudet til rabattert pris. Refusjon: H-resept: L01X X54_1 Niraparib. Zejula er per i dag godkjent for offentlig finansiering ved førstelinjebehandling av BRCA-positive pasienter og andrelinjebehandling av BRCA-negative og BRCA-positive pasienter. Refusjonsberettiget bruk: Refusjon skal gjøres i tråd med nasjonale handlingsprogram for kreft og føringer fra RHF/LIS spesialistgruppe. Vikår: (216) Refusjon ytes kun etter resept fra sykehuslege eller avtalespesialist. Reseptgruppe C.

Referanser: 1. ZEJULA (niraparib). Summary of Product Characteristics. 2. <https://nyemetoder.no/metoder/niraparib-zejula-indikasjon-iv> 3. <https://nyemetoder.no/metoder/niraparib-zejula-indikasjon-ii-revurdering> 4. <https://nyemetoder.no/metoder/niraparib-zejula-indikasjon-ii> 5. https://nyemetoder.no/Documents/Beslutninger/Beslutningsforum%2012122022_Protokoll.pdf 6. Monk BJ, Barretina-Ginesta MP, Pothuri B, Vergote I, Graybill W, Mirza MR, et al. Niraparib first-line maintenance therapy in patients with newly diagnosed advanced ovarian cancer: final overall survival results from the PRIMA/ENGOT-OV26/GOG-3012 trial. *Ann Oncol.* 2024; doi: 10.1016/j.annonc.2024.08.2241.





CANCER en hånd- bok



for syke- pleiere



Et forum for sykepleiere i krefstomsorgen

– tilbakeblikk på oppstarten og enkelte betraktninger



Øyvind Nordbø

Kreftsykepleier (1982), nestleder/sekretær
i faggruppen 1984 – 1989.
onordbo@outlook.com

Det er høst og året er 1984: 350 sykepleiere er på tre dagers konferanse i kreftsykepleie i Oslo. Konferansen var planlagt for 90 deltakere i auditoriet på Radiumhospitalet (DNR), men ble flyttet til Skinnsenterets kongress- og møtelokaler på Økern pga 336 påmeldinger. Lørdag 13. oktober er 250 av deltakerne på vei til Skinnsenteret for å delta på et møte om å etablere et forum for sykepleiere i krefstomsorgen. Klokken er 09.00 og fung. ass. sjefspsykeleier Elisabeth Holter, Radiumhospitalet, tar ordet: Som initiativtaker og leder for en arbeidsgruppe som har møttes jevnlig siden januar 1984, orienterer hun om bakgrunnen for forslaget om opprettelsen og hva arbeidsgruppen foreslår forumet skal arbeide med. Medlemmene i arbeidsgruppen forteller deretter om sin motivasjon for å bidra videre. «Deltakerne på møtet ga bred støtte til opprettelse av Forum for Sykepleiere i Krefstomsorgen, og arbeidsgruppen ble med akklamasjon valgt til et interimsstyre fram til neste kreftsykepleiekonferanse høsten 1985» (Årsberetning 1984 – 1985).

Dette er essensen av hva som skjedde på det korte konstituerende møtet som gjør at vi i 2024 kan markere 40 års jubileet for oppstarten til det som nå er Kreftsykepleierne NSF.

Hvorfor skjedde etableringen? Var det tilfeldigheter, eller var det en naturlig konsekvens av en utvikling i et større bilde? Og hva var det som bidro til at det gikk som det gjorde?

Å bidra med et tilbakeblikk fra tiden rundt oppstarten til faggruppen er utfordrende. Jeg er en av dem som var tett på mye av det som skjedde, som ansatt på DNR, videreutdannet på DNR og som aktiv i arbeidsgruppen, interimsstyret og styret fram til 1989. Dette borger ikke for en balansert fremstilling. Men slik var det, – og nå er det i alle fall sagt. Jeg håper likevel at disse linjene vil gi et innblikk i første del av faggruppens historie og i beste fall bidra til inspirasjon til økt engasjement og aktiv deltakelse i Kreftsykepleierne NSF.



Poster på Onkologisk Forum, Bergen 1984.

◀ Kildene som er brukt er artikler, styreferater, årsberetninger, Nyhetsbrev og diverse materiale samt samtaler, egen hukommelse og tekster tidligere publisert av Elisabeth Holter, Anne Marie Reitan, Mardon Breimoen, Britt Fagerjord og Bente Ervik.

Kreftomsorgen – milepæler – utviklingstrekk

1932 var et viktig år i utviklingen av kreftomsorgen i Norge. Radiumhospitalet ble innviet med 71 sengeplasser, og sykehuset gikk etter hvert gjennom flere utvidelser fram til det i 1977 i hadde en kapasitet til nesten fire hundre inneliggende pasienter. Som ansatt på 70 og 80-tallet fikk man ofte spørsmål om hvordan man orket å jobbe der. At det var utfordrende, ja det var det, men samtidig erfarte mange styrke i fellesskapet, og et faglig engasjement hos sykepleierledere på alle nivå. Vi hadde en felles «fiende», vi hadde faglig støtte og etter hvert nye behandlingsregimer (cytostatika) – som ga håp og revolusjonerte prognosene for enkelte pasientgrupper.

Over tid ble stadig mer og mer av kreftomsorgen regionalisert med behandlingstilbud som stråleterapi og cytostatika ved andre sykehus, først i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø, og deretter ved sykehus bl. a i Stavanger, Kristiansand, Ålesund og Gjøvik. «Sentralisere det man må og desentralisere det man kan» ble tenkt og referert, og diskusjoner om oppgave- og funksjonsfordeling kunne være heftige. Kreftkirurgi var tidlig en aktivitet på mange sentralsykehus landet over – kvalitet og volum varierte, men ryktene ville ha det til at Innherred (Levanger) var spesielt god på tarmkreft. Organisering av sykehusene med sjefsykepleier som øverste leder av sykepleietjenesten, samt sykepleie som selvstendig profesjon var stadig oppe i det offentlige ordskiftet.

Kreftomsorgen i kommunene fikk lite oppmerksomhet. Ildsjeler hentet på 70-tallet kunnskap og inspirasjon fra hospicetankegangen til Cecilie Saunders (St Christophers

hospice (England)), og i 1977 etablerte Fransiskus-hjelpen (Oslo) en pleietjeneste for omsorg for alvorlig syke og døende. Mange kommuner kom sent i gang med døgnbasert hjemmesykepleie, og kunnskap om god symptomlindring var en mangelvare.

Kreftsykdom var forbundet med myter, tabu og frykt, og «kampen mot kreft» var ofte knyttet til en «lidelse» som til slutt endte i det som i dødsannonser ble omtalt som et «langt og smertefullt sykeleie». Det var tidlig et stort engasjement hos enkeltpersoner og grupper lokalt, og etablering av ikke mindre enn to nasjonale kreftforeninger. Først ute var Norsk Forening til Kreftens Bekjempelse ((NFKB)1938), og ti år senere kom Landsforeningen mot Kreft ((LmK) 1948). Foreningene hadde i oppstarten ulik profil. NFKB var spesielt opptatt av kosthold og forebygging (ble av enkelte kalt gulrotforeningen), mens LmK ble sett på som en sterk støttespiller for forskningen på Radiumhospitalet. Foreningene ble mer og mer like og satte etter hvert også søkelys på behovet for styrket kompetanse i kreftsykepleie. Et av de første initiativene på dette området var NFKBs utgivelse av «CANCER en håndbok for sykepleiere». Boka, som er på 120 sider, var en oversettelse av American Cancer Society' bok som kom i flere opptrykk fra 1950 (bilde side 8) til slutten av 60-tallet. Senere finansierte kreftforeningene spesialstillinger



DNR's konferansekomite Oslo 1984 med gjest: Øyvind Nordbø, Brynhild Bakken, Robert Tiffany (UK), Elisabeth Holter og Mardon Breimoen.

for sykepleiere på sykehus, i tillegg til å støtte kreftforskning, informasjon og forebygging.

Kreftsykepleie internasjonalt – tiden før 1984

Økningen i antall krefttilfeller, den teknologiske utviklingen og stadig mer avanserte behandlingsmuligheter bidro til forventninger om styrket sykepleiefaglig kompetanse. Sykepleierledere ved kreftsykehus som Royal Marsden Hospital (London), Memorial Sloan Kettering Hospital (New York), og MD Anderson Hospital (Houston, TX) var helt avgjørende som pionerer. De opprettet ut-

danninger i onkologisk sykepleie på 70-tallet, etablerte nettverk både nasjonalt og internasjonalt og la grunnlaget for den første internasjonale konferansen i kreftsykepleie 1978 i London (1300 deltakere/45 land). Tidsskriftet Cancer Nursing ble etablert i 1978 med Carol Reed Ash som redaktør og kommer fortsatt med 6 utgaver pr år (Volume 47). I mange år hadde sjefsykepleier Robert Tiffany ved Royal Marsden Hospital i London en helt avgjørende

rolle. Hans faglige lederskap, engasjement, politiske og organisatoriske teft åpnet mange dører som bidro til anerkjennelse av kreftsykepleiefaget, «bygget broer», skaffet støtte til konferanser og til bokutgivelser; I 1978 fikk han utgitt, og var redaktør for, første utgave av «ONCOLOGY for Nurses and Health Care Professionals» et tre binds bokverk på 1200 sider.

Elisabeth Holter deltok på kreftsykepleiekonferansen i 1978 i London og hun skriver: «Robert Tiffany og Carol Reed-Ash var de sentrale personene på konferansen som gjorde at jeg fem år senere tok initiativet til å danne en norsk kreftsykepleieforening» (Kreftsykepleie 4/2004).

Utdanning i onkologisk sykepleie i 1982 – første kull

Sjefsykepleier Ingeborg Bødtker Totland (Radiumhospitalet) ble inspirert av det som skjedde internasjonalt. Hun viste faglig lederskap og så behovet for å etablere en utdanning i onkologisk sykepleie i Norge. Planarbeidet startet i 1979 og Sosialdepartementet godkjente utdanningen i 1981.

Kreftforeningene støttet utdanningen både med stillinger og utdanningsstipender, og

før
1984

1982



Nyhetsbrev i perioden 1984 - 1989 og poster.



◀ i januar 1982 var vi 12 sykepleiere som startet opp (6 fra Radiumhospitalet og de andre fra bl a Rikshospitalet, Ullevål og Levanger sykehus).

Utdanningen i onkologisk sykepleie innebar 500 timer med forelesninger, faglig fordyping, og hospitering/praksis på ulike avdelinger (20+ uker). Mye av undervisning og praksis var terapi- og diagnosefokuset, slik det var vanlig på den tiden. Med kun 12 i klassen kom vi tett på hverandre og vi ble utfordret både personlig og profesjonelt. «Bedsidemanners», utbrenthet, profesjonell distanse og empati – var gjengangere i refleksjoner og diskusjoner, og er tema som fortsatt sitter fast. Vår veileder Unn Bostad kjørte gruppeprosesser med stødig hånd, og utgjorde sammen med daglig leder Mardon Breimoen staben i oppstarten. Praksisperiodene var spennende – og det var upløyd mark. De fleste steder ble vi møtt med engasjement og nysgjerrighet, mens andre var mer avventende – spesialutdanning i onkologisk sykepleie var noe nytt, og var det nødvendig, egentlig?

Litteraturen var primært fra USA og England, supplert med bl a Mary Kalfoss's bok «Frykt og håp», psykisk omsorg for pasienter med kreft (Universitetsforlaget, 1982). Pasient- og pårørende fortellinger, og skjønnlitteratur som Knut Hauge's «Ein roman om kjærleiken og om døden» (1979) gav supplerende tilfang til studiene. Vi skrev hovedoppgaver i grupper og flere av oss ble bidragsyttere i undervisning, på konferanser og

møter, og for å skrive kapitler i norske bøker om kreftsykepleie som «KREFT Tema sykepleie» Breimoen, M. (red) (Tano, 1984) og Kurshåndbok i kreftsykepleie (Breimoen, M (red) (LmK, 1986).

Opptakten til faggruppen – 1983

I løpet av videreutdanningen i 1982 snakket vi om mulighetene for å etablere en faggruppe for oss med denne utdanningen. Men med et NSF som på den tiden ikke var interessert i å opprette flere landsgrupper og et svært lite rekrutteringsgrunnlag ble det rett og slett ikke noe av. Det måtte tenkes annerledes, og vi måtte tenke nytt.

Faglig profil og kriterier for medlemskap i faggrupper i kreftsykepleie ble diskutert i flere land: Var kreftsykepleie et unikt fagområde, en egen spesialitet? Kreftpasienter var å finne på ulike nivåer og avdelinger i helse- og omsorgstjenestene, og mottok sykepleie av personell med ulike kompetansenivå. Tenkningen som fikk gjennomslag internasjonalt ganske parallelt, ble å etablere faggrupper som faglig stimulerende møteplasser og som nettverk for å ivareta kreftpasientenes behov for spesialisert og generell kompetanse blant sykepleiere med interesse for kreftsykepleie.

Høsten 1983 skjedde det som Elisabeth Holter beskriver som selve gjennombruddet for etableringen av vår

1983

faggruppe. Hun var deltaker på ECCO 2 i Amsterdam og på en stand plukket hun opp en pressemelding fra et møte som dagen før hadde vært om etablering av en europeisk kreftsykepleieforening (EONS). Det var ingen norske deltakere på det møtet, og Elisabeth skriver: «Jeg synes at det var ille at Norge ikke skulle delta i det europeiske kreftsykepleiermiljøet. Jeg tok derfor initiativ til et møte med de norske deltakerne på ECCO 2.» På konferansens siste dag var 21 norske sykepleiere samlet for å foreslå deltakere til EONS-møtet i London, og drøfte mulighetene for etablering av en gruppe/forum for onkologisk sykepleie i Norge. (Kreftsykepleie 4/2004). Elisabeth Holter, Marion Rustad (NSF) og jeg deltok på stiftelsesmøtet for EONS på Royal Marsden Hospital 26. januar 1984.

Det som er viktigere her var oppfølgingen av drøftingene om etablering av en norsk gruppe/forum i kreftsykepleie. På møtet i Amsterdam hadde man ikke kommet fram noen anbefaling eller konklusjon på dette punktet. Atter en gang tok Elisabeth Holter initiativ. Hun sendte brev til de norske sykepleierne som hadde deltatt på ECCO med forslag til modell for gruppe/forum inkl navn, målsetting, organisasjonsmodell, og til informasjonsutveksling og økonomi.

Oppstarten – litt av hvert fra innsiden i arbeidsgruppen våren 1984

Første møte i «ONKOLOGIGRUPPEN» fant sted onsdag 11. januar 1984 kl 15.00 i Auditoriet, avd VIII, Ullevål Sykehus. På møtet deltok Ragnhild Dalgard, Diakonhjemmet/Ullevål sykehus, Eva Valand, Ullevål sykehus, Solveig Fretland, Aker Sykehus, Marit Omarhus, Rikshospitalet, Anne Hafstad, Ullevål sykehus (NFKB), samt Elisabeth, som ledet møtet, og jeg fra Radiumhospitalet. Ifølge det håndskrevne referatet varte møtet i 1 ½ time, med totalt 7 saker på dagsorden. Det var stort engasjement fra første stund. Sak 1 som var en diskusjon om innspill til og evt samarbeid med Radiumhospitalet om konferanse i kreftsykepleie høsten 1984 «veltet» resten av møteplanen. Det endte med at «sak 2, 3, 4, 5, 6 – ble utsatt til neste møte». Disse var viktige og komplekse saker som organisasjonsmodell, samt etablering av diverse utvalg og markedsføring. I tøff konkurranse med faglig mer spennende saker som konferanser, møter og andre aktiviteter ble flere av disse sakene utsatt ikke bare en, men opptil flere ganger.

På møtet 1. februar foretok vi konstituering av interimsstyret og ble enige om å kalle oss Norsk Forum for

Sykepleiere i Kreftomsorgen. Roller som leder, nestleder, sekretær og kasserer ble fordelt. – Vi var i gang, og vi hadde et navn. NSF ble informert og første orientering til samtlige NSF-medlemmer stod på trykk i Sykepleien 9/84.

Gjengangere som tema på de første møtene var konferanser og seminarer, spesielt konferansen i kreftsykepleie – hvor vi stadig ble mer og mer involvert. Vi hadde separate samarbeidsmøter med de to kreftforeningene (som konkurrerte en del innbyrdes på den tiden). Vi fikk etablert samarbeid med det nystartede Onkologisk Forum og med Omsorgsrådet, og det ble sendt informasjon til Helsedirektoratet og andre etater/myndigheter. I svarbrevet fra helsedirektør Mork ber han om å bli holdt orientert om gruppens videre arbeid da «Vi antar at disse gruppene (nasjonalt/EONS) vil vise seg å være nyttige i forbindelse med spredning av nye kunnskaper og viten om behandling, pleie og omsorg for pasienter med kreft». Informasjon og dialog med kontaktpersoner og sjefsykepleierne på region – og sentralsykehusene var også ofte på agendaen.

Et første informasjonsbrev; «NYTT fra Norsk forum for sykepleiere i kreftomsorgen» ble sendt ut i april (1984). Der finner vi den første oversikten over kontaktpersoner i «andre deler av landet»: Reidun Vinje i Tromsø, Marie Aakre i Trondheim, Inger Thormodsen Ask i Bergen, Liv Bodil Idland i Kristiansand, Irene Hoven Edna i Levanger og Toril Pærlus ved SiA (AHUS). Våren 1984 møttes vi til seks møter, ofte hjemme hos en av oss – og på kveldstid, selvfølgelig. Det var en hektisk tid og for to i gruppen ble det for tidkrevende. Nyrekruttering ble diskutert – og vi fikk inn medlemmer fra hjemmesykepleien i Oslo (Aina Ørbeck Sørheim) og Bærum (Gerd Rognlien). Geografisk spredning var det vanskelig å få til uten penger til reiseutgifter, og avsatt tid.

Stiftelsesmøtet nærmer seg – høsten 1984

Høsten 1984 fikk en kickstart da vi fikk vite at det var 336 påmeldte til kreftsykepleiekonferansen, som derfor måtte flyttes. Organisasjonsmessige saker var viktig, men «det er det faglige innholdet som vil bestemme om interessegruppen har livets rett eller ikke» skrev vi i det første nyhetsbrevet. Takket være velvilje og mulighet for deling av adresselister ble Nyhetsbrev nr 2 (brettet A 4 ark) →

1984



Interimsstyret på konferansen i Bergen 1985; Øyvind Nordbø, Gerd Rognlien, Ragnhild Dalgard, Anne Hafstad, Aina Ørbeck-Sørheim, Elisabeth Holter og Solveig Fretland.

1984

sendt ut i september til 1000 sykepleiere som var påmeldt ulike konferanser eller møter. Utsendelse ble gjort mulig takket være økonomisk etableringsstøtte fra NFKB på 5000,- til brevvpapir, konvolutter og frimerker, samt annen støtte og samarbeid med begge kreftforeningene.

Apropos økonomi så hadde vi en kasserer, men svært lite penger i kassen. Vi var helt avhengige av støtte til direkte kostnader samt ledere og arbeidsgivere som så viktigheten av arbeidet. Medlemskontingent ble vedtatt til å være kr. 75,- for 1984/85, men det var utfordrende å be om medlemsavgift før stiftelsesmøtet. Et element som styrket økonomien, var en gryende støtte og samarbeid med legemiddelindustrien. Bruk av cytostatika innebar at regimer og prognoser ble endret totalt (bl. a ca testis). Å være på lag med sykepleierne som klargjorde og administrerte cytostatika på sengeposter var trolig en klok strategi og samtidig en vinn, vinn situasjon. At vi ikke skulle ha bindinger til industrien var selvsagt – i hvert fall i teorien.

Norsk konferanse i kreftsykepleie og stiftelsesmøtet – 1984

Et lokale for salg av pelsdyrskinn på Økern, mulighet for omvisning på DNR og revyforestilling på Chat Noir, og deltakeravgift på kr 400,- for en tredagerskonferanse var noen av rammene for arrangementet. Hovedtemaene for konferansen var «Sykepleiernes oppgaver i forbindelse med cytostatikabehandling» (Arbeidsmiljø, Bivirkninger og Informasjon) og «Kreftpasienter med smerter». Bruk av peroral morfin, hvor doseøkning kun var begrenset ved uakseptable bivirkninger, var et gjennombrudd med stor betydning i kreftomsorgen og svært aktuelt på konferansen. Dagen før stiftelsesmøtet fikk deltakerne invitasjon til medlemskap, innbetalingsblankett, nyhetsbrev og «Rammeprogram for fremtidige arbeidsoppgaver» som vi i interimsstyret hadde reformulert opptil flere ganger. Rammeprogrammet som ble presentert på stiftelsesmøtet var:

- Spre kunnskaper i Norge – bidra på seminarer/konferanser/kveldsmøter, utgi nyhetsbrev
- Utvikle kunnskaper i Norge – samle sykepleiere med spesialkunnskaper for utveksling/standardisering, arrangere sykepleiefaglige veilednings-

kurs, vurdere bruk av videoprogram i opplæring, ta initiativ til samarbeidsprosjekter/utviklingsarbeid.

- Bringe kunnskaper til Norge – sende kunnskaper fra Norge (etablere internasjonale kontakter og samarbeid (EONS og på internasjonale konferanser)). Ambisjonene var store, ikke minst sett i lys av tilgjengelige ressurser og å være helt i oppstarten av faggruppen. Hvordan vi havnet der var trolig behovet og mulighetene for oppdatert sykepleiefaglig kunnskap og felleskap (profesjonalisering/timing), og kanskje viktigst av alt en sunn konkurranse om å få bidra, løfte hverandre fram både som foredragsholdere og arrangører. «Jante-loven» hadde dårlig vilkår.

Samle tråder og formalisering av virksomheten – 1984/5

Inspirert av den massive støtten fra kolleger landet over fortsatte interimsstyret arbeidet fram til årets 12. styremøte hvor «Møtet ble avsluttet med hyggelig julebord hos Gerd». Samarbeid om NSF konferanser både i Førde (febr. 1985), Bodø (mars 1985) og planer for neste nasjonale kreftsykepleiekonferanse i Bergen (oktober 1985) fikk mye tid og oppmerksomhet. Det samme gjaldt engasjementet i EONS og deltakelse på konferanser som dukket opp i flere land. De internasjonale nettverkene var viktige og hadde allerede resultert i at Robert Tiffany var foredragsholder og ikke minst inspirator på konferansen i Oslo. Representanter fra sykepleierforbundene både i Danmark (FS-13) og Sverige var også gjester der.

Apropos økonomi (– del to): Konferansen hadde et overskudd på kr 811,60, hvorav kr 68,30 ble overført til faggruppen. Helt avgjørende var derfor fortsatt støtte fra kreftforeningene, disposisjonsrett over firmaers «onkologifond», og ikke minst kr 16.950,- i kontingentinntekter. Ved utgangen av første regnskapsår (30.08.1985) var det registrert 226 medlemmer. Etter hvert fikk kassereren også gleden av å rapportere om større overskudd fra konferanser og møter. Og etter ett års drift var det et bokført overskudd på 23.919,22 av en omsetning på 52.476,82.

Etter et særdeles hektisk 1984, med 71 behandlede saker fortsatte arbeidet og samarbeidet internt og eksternt sin form i et (bitte) litt roligere tempo. Engasjementet og entusiasmen fra konferansen og stiftelsesmøtet gav motivasjon og utholdenhet. Det var fortsatt et dugnadsarbeid hvor planlegging, gjennomføring og støtte til konferanser, faglige møter og seminarer hvor

vi «bare» skaffet forelesere var viktig. Utgivelse av to nyhetsbrev på henholdsvis 12 og 20 sider om smertebehandling ble prioritert for å sikre god spredning av viktig ny kunnskap. Formidling av økonomisk støtte til konferanser, aktiv deltakelse på EONS møter og styrking av nettverk nasjonalt og internasjonalt var også gjengangere på møtene. Det var også arbeidet med utvikling av vedtektene. Og til slutt fikk vi det på plass: 4. september 1985 ble interimsstyrets forslag til vedtekter sendt ut.

Norsk konferanse i kreftsykepleie og generalforsamling i Bergen – 1985

De siste brikkene for den første generalforsamlingen kom på plass uken før konferansen. Med nærmere 300 påmeldte samlet på SAS Royal Bryggen i Bergen var spenningen stor. Hovedtemaene denne gang var «Livskvalitet» og «Informasjon», og målet var «å sette deltakerne bedre i stand til å hjelpe den enkelte pasient til å leve et så godt liv som mulig – og så være kreftpasient ved siden av». Det faglige programmet var supplert med omvisning på Haukeland og nettverksbyggende aktiviteter, som Dizzie Tunes show og teaterbesøk (DNS), i tillegg til festmiddag på hotellet som et sosialt høydepunkt. På konferansen i Oslo (1984) var LmK støttespiller og medarrangør, og på denne konferansen stilte NFKB med ressurser og som økonomisk garantist ved eventuelt underskudd. Dette var helt avgjørende for å våge å satse som vi gjorde. At begge kreftforeningene ved flere konferanser finansierte opptrykk og distribusjon av sammendrag og utvalgte foredrag løftet konferansene til et høyt nivå.

Lørdag 26. oktober kl. 16.00 var det tid for FSKs første ordinære generalforsamling med 50 stemmeberettigede til stede. Tore Schølberg ble oppnevnt som ordstyrer, og NSF's regler for forretningsorden ble lagt til grunn. Valgkomiteen som ble «klappet inn» på stiftelsesmøtet i Oslo året før (Ingeborg Folgerø (Haukeland), Anna Reed (DNR) og Marie Aakre (St Olavs)) hadde skaffet mange kandidater til styret og ledet valgene. Elisabeth Holter ble valgt som leder, og Inger Thormodsen Ask (Bergen), Eva Botten (Trondheim), Bente Guntvedt (Tromsø) og Ragnhild Dalgard, Anne Hafstad og jeg (Oslo) fikk plass i styret. Følgende ble valgt som varamedlemmer: Anne Grete Hjelmeland (Førde), Liv

1985

← Bodil Idland (Kristiansand) Kirsti Kvåle (Bergen) og Aina Ørbeck-Sørheim (Oslo).

Den første styreperioden – 1986/87

Det ble et «før og etter» i forbindelse med konferanse og generalforsamling i Bergen. Vedtekter var på plass, geografisk spredning av styremedlemmer var sikret og den mest sårbare første delen av oppstartsfasen var tilbaketrukket. At konferansen i Bergen resulterte i et overskudd på hele kr 50.860,50 var en stor positiv overraskelse og gav handlingsrom for fortsettelsen. Arbeidet med konferanser og møter var arbeidskrevende siden vi gjorde alt selv – manuelt. For å håndtere dette gjorde vi to grep. Det første var å gå innføre to års styreperiode og gå over til å arrangere Norsk konferanse i kreftsykepleie hvert annet år.

Det andre var innkjøp av en PC med matriseskriver i 1986/87.

Kostnaden for dette var kr. 27.395,80. En voldsom investering som alene utgjorde nesten 10 % av samlede utgifter de to årene. Dette innebar lettelse og nye muligheter i styrearbeidet. Medlemsregistrering og konferansemelding gikk som en lek, ikke minst når vi etter hvert mestret flettfunksjonene mellom arkiv- og skriveprogram.

Aktiviteten fortsatte å være høy, men med færre styremøter enn tidligere. I 1986 ble vi introdusert for telefonmøter – noe som var ganske så innovativt på den tiden. Kreftforeningene dekket reiseutgiftene våre til EONS møter to ganger i året, og styrets disposisjonsrett over firmafinansierte «onkologifond» på totalt kr 50.000,- ble fordelt som reisestøtte til over 20 medlemmer i denne perioden.

Hovedaktiviteten var fortsatt knyttet til arrangementer, organisert i samarbeid med lokale komiteer. I beretningen rapporteres det om ca 1000 deltakere totalt på konferanser og seminarer, hvorav noen var i samarbeid med lokale kretser av NSF og også Norsk Hjelpepleierforbund.

EONS samarbeidet og nettverk gjennom internasjonale konferanser resulterte i at norske sykepleiere ble invitert som foredragsholdere og møteledere på ECCO, EONS, ESO, UICC, ESMO, ISNCC og andre arenaer (Australia, USA og Europa). Kreftsykepleie i Norge ble formidlet ut av landet og vi hentet kunnskap, inspirasjon og foredragsholdere hit til lands.

Norsk Konferanse i Kreftsykepleie og generalforsamling i Trondheim 1987

Da den tredje nasjonale konferansen skulle planlegges var det helt naturlig å velge Trondheim som sted; Norges tredje største by, nytt kreftbygg på sykehuset og engasjerte medlemmer til lokal arrangementskomite. Hovedtemaene var «Kreftomsorg i informasjonssammenheng», «Samarbeid og kontinuitet» og «Støttesystemer for personalet».

Interessen for å delta på konferansen var også denne gangen stor – med nærmere 300 deltakere. Og i tillegg til både lokale og nasjonale bidragsytere hadde vi foredragsholdere fra Sverige, USA og England. Parallellsesjoner ble introdusert og disse var:

Cytostatika, Forsknings- og utviklingsarbeid, Aids, Barn, Smertor og Ledelse og organisering.

Lørdag 17. oktober var det generalforsamling med 46 stemmeberettigede til stede.

Årsberetningen 1985 – 87 forteller om en medlemsvekst i perioden fra 226 til 380, og i tillegg til personlige medlemmer hadde vi 19 sykepleierskoler, 5 institusjoner og 7 firmaer som støttemedlemmer. Disse betalte høyere kontingent, og de ble holdt orientert om vår virksomhet bl a gjennom nyhetsbrevene som stadig økte i sideantall, kvalitet og mer effektiv produksjon (PC).

Valgkomiteen hadde også denne gangen mange gode kandidater på blokka, og nye medlemmer/vara-medlemmer i styret var Eldri Steen (Radiumhospitalet), Marianne Erstad (Ullevål sykehus), Kari Holthe, (Tromsø), Mette Rønning (Trondheim), og Ingeborg Aadnøy (Bergen).

Stabilisering av virksomheten – rutiner og systemer – 1988/89

I denne styreperioden (1987 – 89) fortsatte profesjonaliseringen av faggruppen. Nyvalgte styremedlemmer bidro med nye perspektiver, prioriteringer og kompetanse som dro faggruppen videre. Støtte fra de to kreftforeningene som i 1988 ble til en, og at firmaer gjorde det mulig for oss å formidle reisestøtte til medlemmer var avgjørende.

Etter at de nasjonale konferansene hadde vært i Oslo, Bergen og Trondheim var det diskusjoner om den neste skulle arrangeres i Tromsø eller Oslo. Flere var redde for lav deltakelse ved å velge Tromsø, og valget

falt på Drammen – pga lave hotell- og møteroms-kostnader og nærhet til Fornebu (Oslo lufthavn). Deltakeravgiften på kr 950,- dekket tre dagers konferanse.

Apropos Tromsø: videreutdanningen i kreftsykepleie startet i Tromsø (som den andre i landet) i 1988, og i 1993 ble frykten for lav deltakelse på konferanser i Tromsø ettertrykkelig gjort til skamme.

Norsk Konferanse i Kreftsykepleie og generalforsamling i Drammen 1989

Med «Fra kunnskap til handling» som overordnet tittel var «Kommunikasjon», «Symptomlindring» og «Etikk» hovedtemaene på konferansen, denne gang med 320 deltakere. Parallellsesjoner for fordyping og sosiale aktiviteter for nettverksbygging var også på plass. Lenge gikk det gjetord om taler og allsang på festmiddagen på denne konferansen.

Lørdag 14. oktober var det generalforsamling, og denne gangen var det 51 stemmeberettigede til stede. Medlemstallet var økt til 450 medlemmer, og fortsatt hadde vi mange støttemedlemmer.

Tiden var nå kommet for at de to siste av oss som var med helt fra starten i arbeidsgruppe og interimsstyre skulle overlate stafettpinen til andre. Eldri Steen overtok ledervetet, og nye i

1988

styret var Bente Kristiansen (Trondheim), Ank van't Riet (Ullevål), og Eli Bergland (Skien). Enkelte har omtalt dette skiftet som en milepæl for FSK: Faggruppen hadde funnet sitt innhold og form og det var begynnelsen på et nytt kapittel. For Elisabeth og meg var det en stor overgang, og vi kunne ikke helt slippe taket. Vi gikk inn i mer sporadiske roller og aktiviteter tilknyttet nyhetsbrev (som fra nr 1, 1990 endret navn til Tidsskrift) og arbeid med konferanser. Men det hører i beste fall hjemme i et senere kapittel i historien.

Etterord

40 år siden oppstarten av faggruppen har antallet nye krefttilfeller pr år økt fra 16.596 (1984) til 38.094 (2023). Fem års samlet overlevelse har økt fra ca 50 % til nærmere 75 %. Ved inngangen til 2024 var det 336.855 personer i Norge som har hatt kreft eller som lever med sin kreftsykdom (84.725 i 1984).

Flere enn 3200 sykepleiere har gjennomført videreutdanning og faggruppen har rundt 1800 medlemmer. Mange har bidratt i utviklingen, enkeltvis, og i lokallag og nasjonalt. Kun noen få er nevnt med navn her. Sammen har vi mottatt Kreftforeningens hederspris 2022, og det satses på kreftkoordinatorer i kommunene osv. osv. Samtidig forteller medlemsundersøkelsen (2023) om utydelig oppgavedeling, liten anerkjennelse og ikke minst manglende spesialstillinger for kreftsykepleiere.

En kollega jeg nylig har møtt er kreftsykepleier på poliklinikk. Hun bruker sin spesialkompetanse, har oppfølgingsansvar og hun står for kontinuitet. Hun opplever verdsetting, godt tverrfaglig samarbeid og anerkjennelse lokalt, men savner aktiv prioritering og rekruttering av avansert kreftsykepleiekompetanse på overordnet nivå. Ingen løser dette alene eller lokalt. Derfor er det så viktig å engasjere seg i faggruppen og stå sammen om målene i handlingsplanen. Om man har videreutdanning i kreftsykepleie eller ikke – det er nød nok for alle, men alle skal ikke gjøre alt. Arbeidet vi begynte med for 40 år siden er ikke over. Sammen kan vi gjøre en forskjell med fellesskap og innsats i faggruppen: Til beste for pasienter og pårørende, og for kreftsykepleien. ●

1986

1987

1989





Primærendepunkt i DESTINY-Breast03 er PFS iht BICR*¹ hos pasienter med

HER2+ metastatisk brystkreft i 2L+

28.8 måneder
mPFS^{1**}

ENHERTU 28.8 mnd (N=261, KI 22.4-37.9) vs T-DM1 6.8 mnd (N=263, KI 5.6-8.2), HR 0.33 (95 % KI 0.26-0.43); nominell p<0.0001.¹

INDIKASJON:

ENHERTU som monoterapi er indisert til behandling av voksne pasienter med inoperabel eller metastaserende HER2-positiv brystkreft som har fått ett eller flere tidligere anti-HER2-baserte regimer.²



Primærendepunkt i DESTINY-Breast04 er PFS iht BICR*³ hos pasienter med

HR+/HER2-Lav metastatisk brystkreft

10.1 måneder
mPFS^{3**}

mPFS var 10,1 måneder (N=331, 95 % KI 9,5-11,5) med ENHERTU vs. 5,4 måneder (N=163, 95 % KI 4,4-7,1) med kjemoterapi^{1,2,3}

49% risiko-reduksjon

ENHERTU reduserte risikoen for sykdomsprogresjon eller død vs. kjemoterapi¹ med 49 % (N=494, HR 0,51; 95 % KI 0,40-0,64; P<0,001)^{2,3}

INDIKASJON:

ENHERTU som monoterapi til behandling av voksne pasienter med inoperabel eller metastaserende HER2-lav brystkreft som har fått tidligere kjemoterapi ved metastaserende sykdom eller fått sykdoms-tilbakefall under eller innen 6 måneder etter fullført adjuvant kjemoterapi.²

Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

Interstitiell lungesykdom (ILD)/pneumonitt: Pasienter skal monitoreres for tegn og symptomer på ILD/pneumonitt og umiddelbart utredes ved mistanke om dette.

Nedsatt nyrefunksjon: En høyere insidens av ILD/pneumonitt grad 1 og 2 (som medførte økt forekomst av seponering), og en høyere insidens av alvorlige bivirkninger, er sett ved moderat nedsatt nyrefunksjon. Pasienter med moderat eller alvorlig nedsatt nyrefunksjon skal monitoreres nøye for bivirkninger, inkl. ILD/pneumonitt.

Nøytropeni: Komplet blodtelling skal foretas før oppstart av behandling, og før hver dose, og som klinisk indisert.

Reduksjon i venstre ventrikkels ejectivesjonsfraksjon (LVEF): Standard hjertefunksjonsundersøkelse (EKG eller MUGA skanning) skal foretas for å vurdere LVEF før oppstart av behandling og regelmessig under behandling som klinisk indisert.

Graviditet: Kan forårsake fosterskade.

Bivirkninger:

De vanligste bivirkningene var kvalme, fatigue og oppkast. Behandling av bivirkninger kan kreve midlertidig avbrudd, dosereduksjon eller seponering av behandling.

Dosering:

Anbefalt dose brystkreft: 5,4 mg/kg. Gis som iv. infusjon (ikke som støtdose eller bolus) 1 gang hver 3. uke (21-dagerssyklus) frem til sykdomsprogresjon eller uakseptabel toksisitet.

Før hver dose bør pasientene premediseres med et kombinasjonsregime av 2 eller 3 legemidler for å forebygge kvalme og oppkast (f.eks. dexametason med enten en 5-HT₃-reseptorantagonist og/eller en NK1-reseptorantagonist, samt andre legemidler som indisert) til forebygging av kjemoterapiindusert kvalme og oppkast.

Se preparatomtalen (SPC) for utfyllende informasjon om ENHERTU før oppstart av behandling. Det er utarbeidet risikohåndteringsmaterieell og pasientinformasjon for ENHERTU. Dette finner du på www.felleskatalogen.no eller ved å kontakte oss.

Reseptgruppe: C.

Pakninger, priser og refusjon:

Maksimal utsalgspris fra apotek: 100mg: 1 stk. (hetteglass) 22341,00 NOK. Besluttet innført iht indikasjoner for brystkreft.⁴

Se felleskatalogen ENHERTU, Daiichi Sankyo.

ENHERTU inngår i Helseforetakenes anbefaling for brystkreft (Onkologi 2307) for indikasjonene innført av beslutningsforum.⁵

ENHERTU markedsføres i Norge av Daiichi Sankyo Nordics Aps og AstraZeneca AS.

* BICR: Blinded Independent Central Review

**mPFS = median progresjonsfri overlevelse

¹Brukt kjemoterapi var capecitabin, eribulin, gemcitabin, paklitaksel eller nab-paklitaksel i henhold til legens valg.

Referanser:

1. Hurvitz SA et al. Lancet 2023; 401:105-17 2. ENHERTU® (trastuzumabderukstekan) preparatomtale EMA/SLV pkt. 4.1.

3. Modi S, Jacot W, Yamashita T, et al. Trastuzumab deruxtecán in previously treated HER2-low advanced breast cancer. N Engl J Med. 2022;387(1):9-20.

4. <https://nyemeter.no/metoder/trastuzumabderukstekan-enhertu> 5. <https://www.sykehusinnkjop.no/avtaler-legemidler/onkologi>

Kreftsykepleier- utdanning for framtiden



Utdanningsinstitusjonene har fått et klart samfunnsoppdrag: De må uteksaminere flere kreftsykepleiere på masternivå, sier professor Inger Utne.



Anett Skorpen Tarberg
Redaktør

I 2019 satte Kunnskapsdepartementet ned utvalget som skulle lage en ny forskrift for krefutdanningen. Utvalget var ledet av Inger Utne, professor i kreftsykepleie ved OsloMet.

– Den nye forskriften, som ble godkjent av departementet i 2021, er viktig, ikke minst fordi den møter det behovet vi vil få for kreftsykepleiere i årene som kommer, sier hun i denne samtalen med Kreftsykepleien.

Engasjementet for å bygge opp en utdanning på masternivå er langt fra nytt for hennes vedkommende. – Sammen med mange andre innen vårt fagfelt har jeg vel arbeidet med dette gjennom de siste 15 årene. Vi som har vært i faget, både i helsesektoren og i undervisningssektoren, har sett det som selvsagt at utdanningsforløpet burde styrkes.

– Da Kunnskapsdepartementet i 2019 satte ned utvalget for å lage en ny forskrift for krefutdanningen, kom det jeg vil betegne som vår gylne mulighet. Mandatet til utvalget var å utforme en utdanning som ville være et

svar på det behovet som kom til å oppstå. Alle vi som ble medlemmer av utvalget, var enige om at videreutdanningen i kreftsykepleie måtte utvides slik at det ble en full masterutdanning, sier hun.

– Jeg må få lov til å si at det ble gjort et solid arbeid i utvalget, som hadde representanter både fra praksisfeltet og fra undervisningssektoren. Underveis i arbeidet var det et sterkt engasjement, der vi hentet inn råd og innspill fra ulike miljøer. Da vår innstilling ble sendt ut på høring, fikk vi hele 60 svar og innspill fra helsetjenesten, fra universitets- og høyskolesektoren og fra brukerorganisasjoner. Forskriften ble godkjent av departementet i 2021.

Etter at forskriften var godkjent, fikk utdanningsinstitusjonene pålegg om å følge den opp. Det skulle skje seinest fra og med høsten 2023. Som første og eneste institusjon startet OsloMet opp høsten 2022. Flere andre læresteder begynte med masterutdanning etter den nye forskriften i 2023. Enkelte andre befinner seg nå i startgropen.

– Viktig i denne overgangsperioden har vært støtten fra faggruppen for kreftsykepleiere under ledelse av Tanja Alme. Hun har klarere enn mange andre sett betydningen av at utdanningen er på mastergradsnivå. Oppsummert kan man si at veldig mange har sin del av æren for at vi nå har en spesialutdanning på masternivå, understreker Inger Utne.

Om 20-30 år

Hun legger ikke skjul på at noen problemer har oppstått underveis. Utvalget hun ledet, la vekt på det som var mandatet fra departementet, nemlig å skissere en utdanning som skulle legge vekt på framtidens behov. – Det betyr ikke at den utdanningen vi har hatt, har vært dårlig. Ei heller betyr det at de som har vært utdannet etter den gamle forskriften, har vært dårlig kvalifisert. Vårt mandat var som sagt å se på hva vi vil trenge om ti, tju og tretti år. Her er det vi mener at det femårige mastergradsløpet vil være svaret på de utfordringene vi kommer til å møte, sier hun.

Disse utfordringene henger ikke minst sammen med den rivende utviklingen av kunnskapene om kreft, og hvordan kreft behandles og ikke minst om hvordan man lever med kreft.

– Antallet mennesker som har eller har hatt kreft, øker dramatisk. Derfor er det viktig at vi har en stor gruppe med sykepleiere som hele tiden tilegner seg ny kunnskap. Det forutsetter at de må forholde seg til forskningslitteraturen på feltet og være mest mulig oppdatert til enhver tid. Dette legges det sterk vekt på i masterutdanningen. En masterutdannet kreftsykepleier må kort sagt ha en sterk nysgjerrighet på sitt eget fag, understreker hun.

– Sist, men ikke minst: I fremtiden vil vi i stadig større grad måtte ta i bruk teknologiske løsninger. Dem vi utdanner, må ha et høyt kunnskapsnivå. Når vi først stiller opp alle disse kravene, kan vi konkludere at behovet for kreftsykepleiere neppe noensinne vil kunne dekkes helt og fullt, sier Inger Utne.

Pasientnært i turnus

– På den annen side vil det nok ta tid før samtlige helseforetak og kommuner forstår viktigheten av å ha masterutdannede kreftsykepleiere ansatt. De som ansetter, tror kanskje at masterutdannede sykepleiere ikke vil arbeid pasientnært og at de heller ikke vil gå i turnus. Ut ifra min erfaring med å uteksaminere kreftsykepleiere,

mener jeg dette er en helt nødvendig bekymring.

– Fortsatt vil det være et stort behov for kreftsykepleiere ved sykehusene. Men vi har sett at pasientene oppholder seg stadig kortere tid i sykehus. Flere og flere kreftpasienter blir fulgt opp av kommunehelsesektoren. Derfor vil ikke minst denne sektoren trenge kreftsykepleiere. De sykepleierne som i fremtiden går til kommunehelsesektoren, vil i stor grad få en selvstendig rolle, samtidig som de kommer til å arbeide i tverrfaglige team.

– Når nå det første kullet i Norge med master i kreftsykepleie uteksamineres, hvilke tanker gjør du deg da?

– Som sagt, dette har jeg arbeidet med i 15 år. Jeg vil spesielt nevne universitetslektorene Kjersti Stokke og Hege Lilleskare Sørensen samt alle kreftsykepleiere som har bidradd teoretisk og praktisk. At vi sammen har fått fram dette første kullet, et kull som har allsidig faglig innsikt, er jeg glad og stolt over. Masteroppgavene spenner over et vidt felt, og en del av dem er skrevet etter ønske fra praksisfeltet. Kunnskapene de har tilegnet seg, vil komme til nytte i en sektor som hele tiden er i endring. Generelt sett vil hele kullet kunne tilby framtidig arbeidsgivere og brukere kompetanse på et høyt nivå.

En bekymring

– La meg likevel legge til en bekymring: Hvis utdanningsinstitusjonene skal følge opp intensjonen i den nye forskriften for kreftsykepleierutdanning, vil selve utdanningen være forholdsvis kostbar. Jeg frykter derfor at utdanningen ved mange institusjoner kan bli enten utvannet – ved at det legges opp til mye felles undervisning med andre spesialutdannelse – eller at masterstudiet legges ned av ressurs hensyn. At det utdannes et stort antall kreftsykepleiere, er et samfunnsoppdrag. Myndigheter, helseforetak, kommunesektoren og utdanningsinstitusjonene må sammen finne ut hvordan dette samfunnsoppdraget skal løses, sier professor Inger Utne. ●

Utvalget som utarbeidet forskrift om nasjonal retningslinje for kreftsykepleierutdanning nedsatt av kunnskapsdepartementet bestod av:

Kommunene
Spesialisthelsetjenesten
Spesialisthelsetjenesten
Universitet/høyskole
Studentrepresentant
Universitet/høyskole
Kommunene
Universitet/høyskole

Representant

Marte-Lill Solstad
Christoph Begall
Markus Berger
Randi Børresen
Fredrik von Lövensprung Eiesland
Astrid Bjørnerheim Hynne
Marte-Lill Solstad
Inger Utne

Dette er historisk - Fremtidens kreftsykepleiere

OsloMet er først ut til å uteksaminere masterstudentene i spesialsykepleie, studieretning kreft. For oss med ekstra interesse på kreftsykepleie så er dette en stor historisk hendelse. Vi har fått intervjuet to av de første studentene – Alexander Frodason og Kristine Nyborg.



Anett Skorpen Tarberg
Redaktør



KRISTINE NYBORG

«Det er stort å få lov å være en del av det første kullet som er utdannet etter den nye forskriften».

Hvorfor valgte du akkurat denne masterutdanningen eller spesialiseringen?

Jeg tok videreutdanning i kreftsykepleie tidligere og var ferdig i 2018. Når muligheten til å fullføre masterutdanningen kom, måtte jeg bare søke. Det å få mulighet til å lære mer, tilegne meg ny kompetanse og fordype meg enda mer i faget er hovedårsakene til valget av masterutdanningen.

Hvilken kompetanse har du tilegnet deg gjennom denne utdanningen som gjør deg bedre kvalifisert til å møte pasienter som har eller har hatt kreft?

Det faglige knyttet til sykdomslære, ulike behandlingsmetoder og palliasjon tilegnet jeg meg under videreutdanningen i 2017-2018. I de siste to semestrene i masterutdanning tilegnet jeg meg kompetanse innenfor ledelse, samhandling, velferdsteknologi, forskning, kvalitetsarbeid, statistikk og metode. I tillegg ga masteroppgaven meg en helt unik kompetanse på det valgte temaet – pakkeforløp hjem. Det å få dypdykke inn i et spesifikt emne gjorde at jeg tilegnet meg kompetanse som gjør meg bedre kvalifisert til å møte pasienter som har eller har hatt kreft.

Hvilke tanker gjør du deg ved at du er i det første kullet som er utdannet etter ny forskriften for kreftsykepleierutdanningen?

Det er stort å få lov å være en del av det første kullet som er utdannet etter den nye forskriften. Det innebærer en rekke forventninger og krav, noe som er viktig for at spesialistutdanningen skal være lik, uavhengig av hvor i landet man studerer. Det faglige nivået og kompetansen man sitter igjen med etter fullført utdanning skal da være lik, noe jeg ser på som svært positivt.

Hva skal du bruke masteren din til?

Arbeide direkte rettet mot temaet jeg skrev om i masteroppgaven, noe jeg håper at kan komme pasienter, pårørende og kanskje også kreftsykepleierne til gode. ●



ALEXANDER FRODASON

«Generelt sett vil jeg si at jeg har fått mer pondus i den kliniske hverdagen av all kompetanse og ferdighetene man har tilegnet seg gjennom utdanningen».

Hvorfor valgte du akkurat denne masterutdanningen eller spesialiseringen?

Min vei til master i kreftsykepleier har vært en oppdelt prosess. Jeg tok videreutdanningen på OsloMet i 2014 og ble ferdig utdannet kreftsykepleier i 2015. Da jeg startet på kreftsykepleierutdanningen i 2014 hadde jeg nesten ingen erfaring med kreft som sykepleier. Den gangen var det at jeg ville gjøre noe nytt etter flere år i kommunehelsetjenesten. Noe som gjorde at valget falt på videreutdanning i kreftsykepleier. Videre skal jeg ikke legge skjul på at bedre lønn som spesialsykepleier var en motiverende faktor. Master i kreft var ikke et tilbud den gangen, men både Inger Utne og Tore Schjølberg oppfordret oss til å komme tilbake til skolebenken når master i kreftsykepleie var noe OsloMet kunne tilby. Etter utdanningen fikk jeg jobb som kreftsykepleier på Radiumhospitalet og utover min yrkeskarriere fikk jeg ny stilling med fagansvar for sengeposten. Jeg har alltid hatt en faglig interesse for kreftfaget, fra hva som skjer på cellulært nivå til vanskelige samtaler om livet med både pasienter og pårørende til tverrfaglige diskusjoner og samarbeid. Planen var faktisk å ikke ta master i utgangspunktet, men da min avdelingsleder oppfordret meg til og la til rette for at jeg kunne få permisjon fra jobben med lønn for å fullføre masterutdanningen, så var valget lett. Det er ikke så lett å kombinere master-

utdanning med full jobb og familieliv, derfor var det avgjørende med permisjon fra jobben.

Hvilken kompetanse har du tilegnet deg gjennom denne utdanningen som gjør deg bedre kvalifisert til å møte pasienter som har eller har hatt kreft?

Som kreftsykepleier vil jeg si at man utvikler en generell og helhetlig kompetanse du kan ta med deg gjennom pasientforløpet av ulike diagnoser og hvordan alt henger sammen på systemnivå i helsetjenesten. Derfor vil jeg si at jeg forstår pakkeforløpene bedre nå og hvordan alt henger sammen enn før jeg fullførte masterutdanningen. Gjennom metodefagene (kvantitativ og kvalitativ metode) opplever jeg å argumentere og diskutere med leger og overleger på en annen måte enn før, med konfidensintervaller, Justert R², p-verdier og standardavvik for å nevne noe. Jeg har tilegnet meg spesielt mye kompetanse innen samvalg og beslutningsprosesser ved valg av behandling som var tema for min masteroppgave. Hadde nesten ikke hørt om samvalg før jeg begynte på masterutdanningen. Generelt sett vil jeg si at jeg har fått mer pondus i den kliniske hverdagen av all kompetanse og ferdighetene man har tilegnet seg gjennom utdanningen.

Hvilke tanker gjør du deg ved at du er i det første kullet som er utdannet etter ny forskriften for kreftsykepleierutdanningen?

Det er både inspirerende og kanskje litt skremmende å være i det første kullet etter den nye forskriften for kreftsykepleierutdanningen. Som det første kullet kan jeg kjenne på et ansvar for å leve opp til de nye standardene, men det gir meg først og fremst økt motivasjon til å fortsette som kreftsykepleier etter snart 11 år på Radiumhospitalet. Jeg føler også en stolthet over å være en del av det første kullet, og jeg setter pris på alt arbeidet som er lagt ned av de som har utviklet den nye forskriften. Nå er det opp til meg å leve opp til den nye standarden.

Hva skal du bruke masteren din til?

Jeg skal fortsette i min stilling som kreftsykepleier med fagansvar på Radiumhospitalet. I praksis nå for tiden er det en del oppfølging, opplæring og veiledning av ansatte og nyansatte og en del arbeid med prosedyrer på avdelings- og klinikknivå inn mot nye Radiumhospitalet. Akkurat nå er jeg fokusert på de oppgavene jeg har foran meg her og nå, og så får vi se hva fremtiden bringer. ●

Tre på gangen

FKS arrangerer kreftsykepleierkonferanse neste år i Bergen.



HENRIK EGELAND GAUDERNACK

Alder: 36

Stilling: Kreftsykepleier

Arbeidssted: Oslo universitetssykehus, Radiumhospitalet

Utdanning, utdanningsinstitusjon og år: Videreutdanning kreftsykepleie, OsloMet, 2019. Master i sykepleie, klinisk forskning og fagutvikling, OsloMet 2021

Har du hatt mulighet til å få reise på konferanse tidligere?

Ja, jeg var med på konferansen som ble avholdt i Kristiansand i 2021 og i Tønsberg i 2023. Ved sisnevnte holdt jeg også fremlegg i parallellsesjonene med utgangspunkt i masteroppgaven min, som omhandlet komorbiditet og symptombyrde hos eldre kreftpasienter.

Hva betyr det for deg å få mulighet til å delta?

Det betyr veldig mye med tanke på faglig påfyll og oppdatering, jeg tenker det gir god motivasjon for veien videre i yrket!

En konferanse skal gi deltakerne faglig påfyll. Hvordan er din erfaring i forhold til utbytte av å være med?

Utbyttet har generelt sett vært veldig godt på begge konferansene med fine tema og program, samt dyktige forelesere.

Er der en merverdi utover det faglige?

Ja absolutt, hyggelig å møte både nye og gamle kjente i regi av det sosiale som har vært arrangert!

Hvordan får du finansiert konferansen, og hvordan organiserer du fri til å reise?

Arbeidsgiver har sørget for finansiering og fri til å reise, konferansen i Tønsberg ble også delvis (6000 kr) finansiert gjennom stipendordningen i NSF. ●



ELIAS DAVID LUNDERENG

Alder: 33

Stilling: Kreftsykepleier

Arbeidssted: Seksjon for lindrende behandling, Oslo universitetssykehus

Utdanning, utdanningsinstitusjon og år: BSc ved Lovisenberg Diakonale Høgskole 2014, Kreftsykepleie og MSc i klinisk forskning og fagutvikling ved OsloMet 2019, PhD ved Universitetet i Oslo fra 2023

Har du hatt mulighet til å få reise på konferanse tidligere?

Jeg har fått mulighet til å reise på kreftsykepleiekonferansen én gang tidligere, det var i Kristiansand i 2021. Det var en fantastisk opplevelse i en flott by og med godt gjennomført opplegg. Jeg husker spesielt innleggene fra Christine Koht, som fikk hele salen til både å le og gråte, samt spennende faglige innlegg fra Petter Brandal om fremskrittene innen glioblastom- forskning og behandling og hvordan vi kan fremme håp for denne pasientgruppen, og ikke minst Esben Esther Pirelli Benestad sitt foredrag om identitet og selvbilde i møte med kreftsykdom. Dette for å nevne noen. Ikke minst fikk jeg mulighet til å presentere mitt eget forskningsprosjekt, som var både spennende og nervepirrende!

Hva betyr det for deg å få mulighet til å delta?

Det er ikke altfor ofte at man som klinisk sykepleier for anledning til å delta på store konferanser, for min del var det første gang den gang, og jeg husker det som en fantastisk mulighet til å få oppleve en annen side ved klinisk praksis enn den man står i til daglig. Ikke minst gir det en følelse av å være verdsatt som ansatt, og å høre sammen med noe som er større enn seg selv og egen arbeidsplass. I tillegg tror jeg det er et undervurdert utbytte av

å bli kjent med andre mennesker, andre klinikere fra andre kliniske miljøer som jobber med andre kliniske problemstillinger enn seg selv. For min del var det stor verdi i å høre hva andre jobber med andre steder, og kunne dele av egen erfaring og opplevelse.

En konferanse skal gi deltakerne faglig påfyll. Hvordan er din erfaring i forhold til utbytte av å være med?

Jeg føler ofte at man blir ganske smal i kunnskapen sin, spesielt når man jobber på sykehus og med et veldig avgrenset utsnitt av kreftpasientene. Det som er så fint med å være på konferanser er å høre hva andre diagnosegrupper jobber med, hvilke utfordringer står andre fagmiljøer i og hva slags kunnskap og forskning har det. Ofte er det jo overlappende tematikker på tvers av diagnosegrupper som har stor nytte for hverandre, spesielt når det gjelder seksualitet, identitet, eksistensielle kriser og håp. Jeg husker at jeg kom tilbake fra konferansen med en ny faglig interesse, og en sterkere tilhørighetsfølelse til kreftsykepleiefaget.

Er der en merverdi utover det faglige?

Det er jo ikke til å komme utenom at dagene som klinisk kreftsykepleier kan bli ensformige og rutinepregete, selv om hver dag er ulik. Det å få et avbrekk fra arbeidshverdagen, få oppleve gode middager og hotellfrokoster, sosiale sammenkomster og nye sosiale relasjoner er som terapi for den psykiske helsen for meg. Det gir mye ny energi og motivasjon. Ikke minst er det en flott arena for relasjons- og nettverksbygging, bli kjent med nye arbeidsplasser og faggrupper, og kanskje finner man noen man har lyst til å samarbeide med om et prosjekt i fremtiden?

Hvordan får du finansiert konferansen, og hvordan organiserer du fri til å reise?

Jeg var såpass heldig at min arbeidsgiver dekket alle kostnadene knyttet til konferansen, dette hang nok også sammen med at jeg skulle være foredragsholder. Så det vil jeg anbefale alle som har lyst til å dra på konferanser, send inn abstracts til forbedringsprosjekter, forskningsprosjekter eller andre studier eller innovasjoner man har vært med på å gjennomføre på egen arbeidsplass eller studiested. Jeg opplevde det dessuten som ekstra givende å være på konferanse når man selv kan bidra med noe. Det er også veldig gøy å få muligheten til å lage poster, og det er en fin mulighet til å presentere eget arbeid og egen arbeidsplass til andre kolleger. ●



MARTE-LILL SOLSTAD

Alder: 50 år

Stilling: Kreftkoordinator

Arbeidssted: Hamar Kommune

Utdanning, utdanningsinstitusjon og år:

Videreutdanning i kreftsykepleie 2011 – HINN

Videreutdanning i palliasjon 2003 – NTNU Gjøvik

Videreutdanning i veiledning 2008 – HINN

Videreutdanning i pårørendearbeid innen lindrende

omsorg 2014 – HINN

Mastermodul i eksistensielle og livssynsmessige

utfordringer 2013 – Diakonhjemmet høgskole

Pågående videreutdanning i Rehabilitering,

samhandling og ledelse 2023 - 2025 – HINN

Bachelor i sykepleie 1996 – HINN

Har du hatt mulighet til å få reise på konferanse tidligere?

Ja, jeg har hatt mulighet til å reise på konferanse tidligere. I min rolle som kreftkoordinator prioriteres dette.

Hva betyr det for deg å få mulighet til å delta?

Det betyr veldig mye både faglig og sosialt. Det å møte andre kreftsykepleiere rundt om i Norge er fint for å

skape seg et nasjonalt nettverk til bruk i jobben.

Fint å kunne dele erfaringer og høre om hvordan andre kreftkoordinatorer jobber og fyller rollen sin. I tillegg er det fint å høre om pågående prosjekter og erfaringer fra dem. Faglig sett tenker jeg at det å få påfyll som kreftkoordinator er viktig, siden rollen inneholder mye veiledning til både pasienter, pårørende og kollegaer. Dette gir også motivasjon til å gjøre en god jobb.

En konferanse skal gi deltakerne faglig påfyll. Hvordan er din erfaring i forhold til utbytte av å være med?

Jeg synes at jeg har hatt stort utbytte av å være med, og har kunnet bruke det jeg har lært inn i hverdagen min som kreftkoordinator. I tillegg har vi fått ideer til gode foredragsholdere som vi kan bruke internt i vår kommune. Det å få delta på kurs gir stor motivasjon til å kunne gjøre en god jobb. Gode ideer både til endringer i det vi allerede gjør - og til nye tiltak og prosjekter vi kan starte opp med. Vi ønsker jo hele tiden å bli bedre i møte med pasienter og deres pårørende, samt å drive bedre fagutvikling til det beste for de ansatte i kommunen.

Er der en merverdi utover det faglige?

Absolutt, det er fint å kunne komme til et nytt sted, ha et avbrekk med påfyll fra arbeidshverdagen, og ikke minst møte andre i samme rolle som meg.

Hvordan får du finansiert konferansen, og hvordan organiserer du fri til å reise?

Hamar Kommune har betalt for meg tidligere, men i år har jeg fått stipend fra NSF's faggruppe for Kreftsykepleiere. Det er helt supert. ●

Lynparza®
olaparib

DARE TO REIMAGINE!

Innført av Beslutningsforum²

BRYSTKREFT

Lynparza er indisert som monoterapi eller i kombinasjon med endokrin behandling til adjuvant behandling av voksne pasienter med kimbane BRCA1/2-mutasjoner som har HER2-negativ tidlig brystkreft med høy risiko for tilbakefall, og som tidligere har blitt behandlet med neoadjuvant eller adjuvant kjemoterapi³

Signifikant forbedring i IDFS¹

42%

Redusert risiko for invasiv sykdom eller død sammenlignet med placebo
(HR, 0,58; 95% CI, 0,41-0,82; P=0,000073)¹

Patienter invasive disease free at 3 years 88% (95% CI, 83-96) vs 77% (95% CI, 74-80)¹
LYNPARZA N = 921, placebo N = 915¹

Signifikant forbedring i OS²

32%

Reduksjon av risikoen for død sammenlignet med placebo
(HR 0,66; 95% CI, 0,47-0,97; P = 0,0091)²

Patients alive at 4 years 90% (95% CI, 87-92) vs 86% (95% CI, 84-89)²
LYNPARZA N = 921, placebo N = 915²

Test for gBRCAm

Før oppstart av behandling med Lynparza til adjuvant behandling av HER2-negativ tidlig brystkreft med høy risiko for tilbakefall, må pasientene få påvist skadelig eller mistenkt skadelig gBRCA1/2-mutasjon ved hjelp av en validert test³

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON

KONTRAINDIKASJONER: Anning under behandling og i 1 måned etter den siste dosen (se pkt. 4.6 i SPC). **FORSIKTIGHET UTVISES VED:** Hematologisk toksisitet: Blodtelling før behandlingsoppstart og deretter månedlig, er anbefalt de første 12 månedene av behandlingen og periodevis etter dette tidspunktet for å overvåke klinisk signifikante endringer av verdene under behandling. Myelodysplastisk syndrom/akutt myelogen leukemi: Dersom MDS og/eller AML blir diagnostisert under behandling med Lynparza, skal Lynparza seponeres og pasienten skal få hensiktsmessig behandling. Venøse tromboemboliske hendelser: Pasientene skal overvåkes med tanke på kliniske tegn og symptomer på venetrombose og lungemboli og behandles på medisinsk hensiktsmessig måte. Pneumoni: Hvis pasienten får nye, eller en forverring av respiratoriske symptomer som dyspné, hoste og feber, eller et unormalt radiologisk funn observeres i brystet, bør behandling med Lynparza avbrytes og utredning igangsettes raskt. Levertoksisitet: Dersom det utvikles kliniske symptomer eller tegn som tyder på levertoksisitet, må klinisk vurdering av pasienten og måling av leverfunksjonsprøver utføres raskt. Dersom det mistenkes legemiddelrelatert leverskade (DLU), skal behandlingen avbrytes. Fertilitet, graviditet: Fertile kvinner må ikke bli gravide når Lynparza benyttes og må ikke være gravide ved oppstart av behandlingen. Graviditetstesting bør utføres før oppstart av behandling og deretter regelmessig under behandling på alle fertile kvinner. Effekten av noen hormonelle legemidler kan reduseres ved samtidig administrasjon med Lynparza. En ekstra ikke-hormonell prevensjonsmetode bør derfor vurderes under behandling. Fertile kvinner må bruke to former for sikker prevensjon før oppstart av behandling med Lynparza, under behandlingen og i 6 måneder etter siste dose med Lynparza. Se pkt. 4.4 i SPC for mer informasjon om advarsler og forsiktighetsregler. **VIKTIGE INTERAKSJONER:** Samtidig administrasjon av Lynparza med kraftige eller moderate CYP3A-hemmere eller CYP3A-induktorer anbefales ikke. Se pkt. 4.2 og 4.5 i SPC for mer informasjon dersom en kraftig eller moderat CYP3A-hemmer eller CYP3A-induktor likevel må administreres samtidig med Lynparza. Se pkt. 4.5 i SPC for mer informasjon om andre former for interaksjoner. **VIKTIGE BIVIRKNINGER:** De hyppigste observerte bivirkningene på tvers av kliniske studier hos pasienter som fikk Lynparza som monoterapi (≥ 10 %) var kvalme, oppkast, diaré, dysppæi, fatigue/asteni, hodepine, dysgeusi, nedsatt appetitt, svimmelhet, hoste, dyspné, anemi, nøytropeni, og leukocytopeni.

LYNPARZA® (olaparib) VIKTIG INFORMASJON

INDIKASJONER: Fullt innkapslet tekst finner du i Felleskatalogen.

DOSERING OG ADMINISTRASJONSMÅTE

Behandling med Lynparza bør initieres og overvåkes av lege med erfaring i bruk av legemidler til kreftbehandling. Anbefalt dose av Lynparza som monoterapi eller i kombinasjon med endokrin behandling er 300 mg (to tabletter à 150 mg) som skal tas to ganger daglig. Tilsvarende en daglig dose på totalt 600 mg. Tabletter à 100 mg er tilgjengelig for dosereduksjon. Ved bruk av Lynparza i kombinasjon med endokrin behandling, se den fullstendige produktinformasjonen for legemidler som brukes til endokrin behandling i kombinasjon med Lynparza (formulasekretter/antistrogen), for informasjon om anbefalt dosering.

PRIS, REFUSJON OG FORSKRIVNINGSGREGER

Påkninger og priser: Tabletter: 100 mg: 56 stk. kr. 2775,-/stk. 150 mg: 56 stk. kr. 2775,-/stk. Reseptgruppe C. Refusjon: H-resept.

gBRCAm = germline (kimbane) BRCA1/2-mutasjon

IDFS = Invasive Disease Free Survival, invasive sykdomsfraværlighet

OS = Overall Survival, total overlevelse

Referanser: 1. Turt AKL, Garber JL, Kaufman B, et al. Adjuvant olaparib for patients with BRCA1- or BRCA2-mutated breast cancer. *N Engl J Med*. 2021;384:2394-2405. 2. <https://www.esmo.org/abstracts/2021/abstract-5001> 3. <https://www.esmo.org/abstracts/2021/abstract-5001> 4. <https://www.esmo.org/abstracts/2021/abstract-5001>



AstraZeneca AS
Postboks 6050 Etterstad, 0601 Oslo

T: +47 23 00 64 00 | www.astrazeneca.no | www.astrazenecaconnect.no

Prostata- kreft

OVERSIKT OVER UTREDNING OG BEHANDLING I NORGE

Kreft i prostata (blærehalskjertelen) er i dag den vanligste kreftformen blant menn i Norge. Det er om lag noe over 5 000 nye tilfeller av prostatakreft diagnostisert hvert år, noe som utgjør ca. 26 % av alle krefttilfeller hos menn.



Katarina Puco

Onkolog Lovisenberg diakonale sykehus og PhD kandidat og IMPRESS-studie-onkolog ved Oslo universitetssykehus.

Hos halvparten (49%) av pasientene oppdages krefttidlig i lokaliseret stadium, 30% har regional sykdom og 9% har spredning (metastaser) ved diagnosetidspunktet. Median alder ved diagnose er 70 år (1).

Fem års relativ overlevelse er høy 96%, men for pasienter med fjernspredning er det betydelig lavere 48%. I 2022 døde det rett under 1000 menn av prostatakreft. Av over 330.000 nordmenn som lever og har eller har hatt kreft, er det 64 000 menn med diagnosen prostatakreft (1).

De eldste kjente funnene av prostatakreft stammer fra studier av gamle skjeletter, hvor tegn på sykdommen er identifisert ved hjelp av moderne teknologi. Ett bemerkelsesverdig funn ble gjort i en egyptisk mumie som dateres tilbake til rundt 285-30 f.Kr.

Figur 1: Morsom fakta (2)

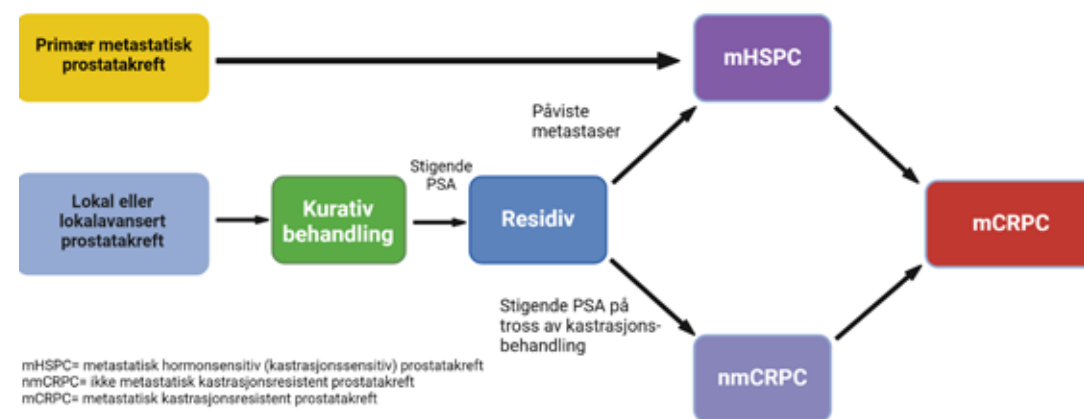
Risikofaktorer for å utvikle prostatakreft

Familiehistorie og arvelig prostatakreft

Familiehistorie og arv er en av de få kjente risikofaktorer forbundet med prostatakreft. I en Svensk studie fant man at en femtedel av alle menn med prostatakreft hadde en slektning med prostatakreft. Imidlertid er det kun en liten andel av disse som virkelig har arvelig kreft. Disse familiene skylder seg med at det er ≥ 3 tilfeller av prostatakreft i samme familie eller ≥ 2 tilfeller diagnostisert i ung alder før 55 år (3). Etnisk bakgrunn spiller også en rolle, spesielt menn med afrikansk opprinnelse har større risiko for prostatakreft (4).

Genetiske endringer

Det er nå funnet flere gener som er forbundet med arv og økt risiko for prostatakreft, og i noen tilfeller andre krefttyper. Disse er BRCA 1 og BRCA 2- vanligvis knyttet til bryst og eggstokkreft, Lynch syndrom gener – MLH1, MSH2, MSH6 og PSMS2 og prostatakreftgenet HOXB13. Det er rundt 5% av alle pasienter med prostatakreft som har feil i ett av disse genene. Genfeil er oftere forbundet med sykdom i tidlig alder slik at andel av pasienter med genfeil er høyere hos unge pasienter (5).



Figur 3: Forskjellige stadier av prostatakreft (Created in BioRender. Puco, K. (2024))

- Alder ved prostatakreft diagnose ≤ 60 år
- Pasienter med høy risiko lokalisert prostatakreft, uavhengig av alder
- Pasienter med metastatisk sykdom, uavhengig av alder
- Pasienter med tilbakefall etter kurativ behandling, uavhengig av alder
- Pasienter med prostatakreft og en annen kreftdiagnose før fylte 60 år
- Pasienter med prostatakreft >60 år med flere i familien med prostatakreft og/eller nære slektninger med en annen kreft før 60 år

Figur 2: Pasienter med prostatakreft som bør henvises til utredning for arvelig prostatakreft.

Miljø og livsstil

Miljømessige faktorer som kosthold, livsstil og metabolsk syndrom kan påvirke risikoen for prostatakreft. Fedme øker risikoen for aggressiv prostatakreft, mens alkohol, kaffe, soya, og vitaminer har varierende effekter på risikoen. Hormonelle faktorer, som bruk av testosteron og 5-alfa-reduktasehemmere, er også utforsket, men resultatene er blandede.

Forebygging

Det anbefales årlig PSA måling fra fylte 40 år hos menn med påvist genfeil som gir økt risiko for prostatakreft, samt de som har førstegradslektninger med prostatakreft i ung alder (≤ 60 år).

Symptomer og utredning

De fleste tilfeller av prostatakreft diagnostiseres i tidlig

stadium før pasienter utvikler symptomer og oppdages ved at pasientens fastlege tar en PSA prøve som viser forhøyet verdi. I noen tilfeller ved lokal avansert sykdom kan pasienter ha vannlatingsproblemer, hyppig vannlating, vannlatingstrang eller blod i urin. Smarter er sjeldne og oftest tegn til fjerne metastaser til skjelett. Ved mistanke om prostatakreft henviser fastlegen pasienten videre til utredning i «pakkeforløp». Det anbefales at det tas en digitorektal undersøkelse (DRE) av prostata før henvisning sendes.

Pakkeforløp utredning: (6)

- MR prostata er første ledd i utredning og utføres innen 10 dager henvisning fra fastlegen er mottatt.
- Prostata biopsi tas etter at det er bekreftet mistanke om prostatakreft ved MR
- CT/MR av skjelettet eller skjelettscintigrafi tas hos pasienter med høy risiko eller ved symptomer som gir mistanke for metastaser
- Det skal ikke ta mer en 24 dager til utredning er gjennomført og det er tatt beslutning om videre behandling

Forskjellige stadier av prostatakreft og betydning for behandling

Pasienter uten spredning deles inn i 3 forskjellige risiko grupper, avhengig av:

- utbredelse av tumor i prostata (T stadium)
- spredning til lymfeknuter i bekkenet (N stadium),
- utsende av kreftceller Gleason score eller ISUP grad (aggressivitet)
- PSA verdi

Risiko gruppene er forbundet med risiko for tilbakefall og spredning og oppfølging og behandling baseres på disse.

Tabell 1: Risikogrupper (etter EAU- European Association of Urology)

	PSA	Gleason Score (GS)/ISUP grad	T/N stadium
Lav-risiko	< 10 ng/mL	og GS <7 (ISUP grad 1)	og cT1-2a*
Intermediær-risiko	10-20 ng/mL	eller GS 7 (ISUP grad 2/3)	eller cT2b*
Høy - risiko	> 20 ng/mL	og GS <7 (ISUP grad 1)	eller cT2c*
	alle verdier	alle GS og ISUP	cT3-T4 eller N+**

*Basert på digitorektal undersøkelse

** Basert på CT

Pasienter med spredning har oftest spredning til skjelett og lymfeknuter. Metastaser til lever eller andre organer som lunger, hjernen er sjeldne, men ofte forbundet med dårlig prognose. Pasienter med metastaser kan ikke tilbys helbredende behandling, men de kan leve i mange år med livsforlengende behandling.

Må prostatakraft alltid behandles – når er aktiv overvåkning en mulighet?

Omfattende bruk av PSA fører til at mange pasienter diagnostiseres i tidlig lav-risiko stadium av prostatakraft. En del av disse pasienter vil aldri bli påvirket av sykdommen og dermed risikerer unødvendige bivirkninger av omfattende behandling som operasjon eller stråling. For disse pasienter anbefales det aktiv overvåking av tumor og behandling igangsettes ved påvist tumor progresjon. Pasientene følges opp med regelmessige PSA målinger, digitorektal undersøkelse, MR undersøkelse og biopsi.

Behandlingsalternativer – når tumor må behandles og målet er helbredelse

Forutsetningen for kurativ (helbredende) behandling er at pasienten ikke har påvist spredning. Hovedsakelig velger man mellom robot-assistert laparoskopisk prostatektomi (RALP) eller strålebehandling. Annen type behandling lokal behandling mot prostata anses til å være eksperimentell. Hvilket alternativ er best for pasienten diskuteres på felles multidisiplinært møte (MDT) med urolog, onkolog, radiolog, patolog og eventuelt andre spesialister. Generelt foretrekkes det operasjon hos pasienter med stor prostata, lang forventet levetid, avløpshinder (kateter) og hos pasienter hvor strålebehandling ikke kan gis grunnet f.eks. tidligere stråling av bekken, inflammatorisk tarm sykdom eller andre årsaker. Strålebehandling foretrekkes hos pasienter med lokalavansert sykdom (vanskelig

å fjerne hele tumor), PSA >40 eller hos pasienter som er overvektige, eller har økt risiko i forbindelse med operasjon. For mange pasienter er både RALP og strålebehandling en mulighet og de kan velge behandling ut fra det de ønsker og risiko for ettervirkninger.

RALP er en kikkhullsoperasjon hvor det fjernes hele prostata og eventuelle sædblæreene. Hvis det er trygt kan man prøve å spare nervene rundt prostata, og med det redusere risiko for erektil dysfunksjon som er en vanlig komplikasjon. Hos pasienter med risiko for spredning til lymfeknuter fjernes også disse slikt at man undersøke om det er noen små metastaser som ikke vises på radiologiske undersøkelser (CT/MR). Dette kan ha betydning til tilleggsbehandling som f.eks. stråling eller hormonbehandling.

Strålebehandling gis hovedsakelig som ekstern strålebehandling og strålefeltet inkluderer hele prostata og ved risiko eller påvist infiltrasjon inkluderes også sædblæreene. Hos pasienter med høy risiko eller allerede påvist metastaser til lymfeknuter inkluderes også disse i strålefeltet. Avhengig av situasjon brukes det forskjellige stråledoser, og antall strålefraksjoner. Pasienter med intermediær og høy-risiko sykdom får i tillegg til stråling antihormonell behandling (kastrasjon) som gis i 6 måneder til 2 år, avhengig av risiko gruppe. Pasienter som har ekstra høy-risiko for tilbakefall (PSA >40, ISUP 4-5, cT3-T4 eller N1) får i tillegg til stråling og kastrasjonsbehandling i 2-3 år, også tilleggs antihormonell behandling abiraterone/prednisolon i 2 år.

PSA stiger etter helbredende behandling – hva nå?

Pasienter som har fått helbredende behandling kon-



Foto: Skynesher/iStock

«Samvalg er en prosess der pasienten sammen med helsepersonell tar beslutninger om hvilke behandlingsmetoder som passer best. For noen pasienter fremstår ett alternativ som det klart beste. For andre kan det finnes flere likestilte muligheter, der verdier og måten man ønsker å leve på spiller inn.»

(kilde: Kreftforeningen)

Figur 4: Samvalg – viktig prinsipp (7)

trolleres med jevne PSA målinger. Etter operasjon regnes en målbar PSA $\geq 0,1$ ng/ml som residiv, og etter strålebehandling PSA stigning $+2$ ng/ml fra laveste målte verdi. Pasienter som får påvist PSA stigning skal vurderes hos onkolog eller urolog. Behandling av residiv er avhengig av tidligere behandling, og hvor man finner gjenlevende kreftceller. Dersom pasient var operert og det er mistanke om resterende sykdom i bekkenet kan pasienten så «salvage» strålebehandling. Operasjon etter stråling er vanskelig og pasienter som får residiv etter stråling får i alle fleste tilfeller antihormonell behandling.

Behandling av metastatisk sykdom

Behandling av metastatisk sykdom har endret seg betydelig siste årene og i dag kombinerer vi flere behandlingstyper og gir behandling mye tidligere enn vi gjorde for bare noen år tilbake. Pasientene lever også betydelig lengre og noen av pasienter kan leve i 5-10 år med metastatisk sykdom.

Kastrasjonsbehandling er grunnleggende behandling for alle pasienter som har metastatisk prostatakraft. Behandling gis som en subkutan injeksjon og, avhengig av produsent, gis hver 4 uke til hver 6. måned. Pasientene fortsetter alltid med kastrasjonsbehandling uavhengig om de får en annen behandling og behandlingen er livslang.

Nye antihormonelle legemidler brukes nå hos nesten alle pasienter. Det er fire forskjellige medikamenter som faller under denne kategorien: abiraterone, apalutamid, darolutamid, enzalutamid.

Kjemoterapi med docetaxel brukes enten alene eller i kombinasjon med nye antihormonelle legemidler. Kabazitaxel brukes som monoterapi og etter at docetaxel ikke lever har effekt.

Radiofarmaka, Radium-223-diklorid (Xofigo) er et norsk utviklet legemiddel som brukes til behandling av pasienter som har spredning til skjelettet. Medikamentet binder seg til kreftceller i skjelettet og «slipper ut» stråling. Lutetium-PSMA slipper også ut stråling, men kan binde seg på kreftceller andre steder enn kun i skjelettet.

PARP hemmere utnytter faktum at noen kreftceller har mutasjon i bestemte gener og klarer ikke å reparere skader i arvestoffet (DNA). PARP hemmere gjør at kreftcellene får betydelige arvestoff skader og dør som følge av det. For å ha nytte av PARP behandling må pasienten ha

mutasjon i BRCA gener. Tilgjengelige PARP hemmere er niraparib og olaparib. Behandling med disse kan også gis i kombinasjon med nye antihormonelle medikamenter.

Behandling av metastatisk, kastrasjons-sensitiv (hormon-sensitiv) prostatakraft

Pasienter i denne gruppen er veldig forskjellige. Noen er unge og har fått påvist metastaser ved diagnosetidspunktet og har aggressiv sykdom, mens andre er eldre og har fått påvist metastaser 5 eller 10 år etter prostataoperasjon eller stråling som betyr at sykdommen deres utvikler seg langsomt. Utbredelse av metastaser spiller også en rolle, pasienter som har flere skjelettmetastaser eller metastaser til lever, lunge eller andre organer har også mer aggressiv sykdom og dårligere prognose. Det som er felles for alle pasienter at de har nylig startet med kastrasjonsbehandling og har sykdom som er følsom for denne behandling, PSA verdi går ned og metastaser ikke vokser etter oppstart av kastrasjonsbehandling. Dette er definisjon på kastrasjonssensitiv sykdom.

Dublett behandling med kastrasjonsbehandling og en av nye hormonelle legemidler gis i dette stadiet til pasienter som har en mindre aggressiv sykdom som utvikler seg saktere. Studier har vist at denne kombinasjon gir gevinst sammenlignet med kun kastrasjonsbehandling.

Trippel behandling med både kastrasjonsbehandling, ny hormonell legemiddel og 6 kurer kjemoterapi med docetaxel gis til pasienter som har mest aggressiv sykdom. Denne behandling har vist seg å gi bedre overlevelse enn dublett behandling for denne pasientgruppen.

Behandling av metastatisk, kastrasjons-resistent prostatakraft

Pasienter som opplever PSA stigning og vekst av sykdommen på tross av kastrasjonsbehandling defineres som kastrasjonsresistente. Noen ganger brukes også begrep kastrasjonsrefraktær. Behandling i denne fasen er avhengig av spredningsmønsteret, hvor fort sykdommen utvikler seg og hvilke typer behandling pasient fikk tidligere.

Abiraterone eller enzalutamid er aktuelle alternativer, men effekten er usikker dersom pasienten har tidligere fått behandling med en av nyere antihormonelle legemidler. Kjemoterapi med docetaxel kan gjentas i denne fasen, og pasienter har ofte nytte av behandling med kabazitaxel. PARP hemmer olaparib brukes som monoterapi hos pasienter med endringer i BRCA 1 eller BRCA2 gener

som ikke har fått PARP hemmer tidligere.

Radiofarmaka Radium-223-diklorid og Lutetium-PSMA behandling brukes kun i denne fasen av sykdommen og oftest etter at pasientene har fått antihormonell behandling og kjemoterapi. Lutetium-PSMA er for tiden ikke tilgjengelig i Norge og pasienter må reise til utlandet (Finland eller Tyskland) for å få behandling.

Benhelse

Pasienter med prostatakraft og spredning til skjelett har ofte smerter eller patologiske brudd. I tillegg kan langvarig kastrasjonsbehandling og behandling med diverse legemidler føre til dårlig benhelse og osteoporose. Derfor bør alle pasienter få tilskudd av vitamin D og kalsium, samt vurderes for benintetthetsmåling undersøkelse og forebyggende behandling med f.eks. denosumab (Prolia) eller zolendronsyre (Zometa).

Er det noe nytt?

Eksperimentell behandling, det er til enhver tid åpne studier som tilbyr pasienter eksperimentell behandling som pasienter kan inkluderes i. Oversikt over kliniske studier som er aktuelle for prostatakraftpasienter finnes på Helsenorge - Kliniske studier.

Dersom du ønsker å lære finner du nasjonal handlingsprogram for prostatakraft på helsedirektoratets nettsider.

Referanser:

- Hovedreferanser for denne artikkelen er norsk handlingsprogram for prostatakraft 2024, tilgjengelig fra Prostatakraft - handlingsprogram - Helsedirektoratet; og retningslinjer for behandling av prostatakraft 2024, fra European Association of Urology (EAU), tilgjengelig fra Prostate Cancer - Uroweb.
- Utover det er referanser oppgitt i teksten:
1. Krefregisteret. Kref i Norge 2023 [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://www.krefregisteret.no/Temasider/om-kref/>
 2. Prates C, Sousa S, Oliveira C et al. Prostate metastatic bone cancer in an Egyptian Ptolemaic mummy, a proposed radiological diagnosis. *Int J Paleopathol.* 2011 Oct;1(2):98-103.
 3. Hemminki K. Familial risk and familial survival in prostate cancer. *World J Urol.* 2012 Apr;30(2):143-8.
 4. Nyame YA, Cooperberg MR, Cumberbatch MG et al. Deconstructing, Addressing, and Eliminating Racial and Ethnic Inequities in Prostate Cancer Care. *Eur Urol.* 2022 Oct;82(4):341-351.
 5. Oslo universitetssykehus. Arvelig prostatakraft [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://www.oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/laboratorietjenester/avdeling-for-medisinsk-genetikk/seksjon-for-arvelig-kref/arvelig-prostatakraft/>
 6. Helsedirektoratet. Pakkeforløp Prostatakraft [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/prostatakraft>
 7. Helsenorge. Samvalg - du kan være med og bestemme [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://tjenester.helsenorge.no/samvalg/prostatakraft-uten-spredning>



Får du spørsmål om livet med kreft?

Vi hjelper kreftsyke, pårørende og etterlatte i hverdagen.

Å være kreftsyk kan by på flere utfordringer i hverdagen, særlig i tiden etter et sykehusopphold. Derfor har Kreftforeningen etablert tilbud om både praktisk og mellommenneskelig hjelp, rundt omkring i landet.

Vi kan hjelpe med husvask, plenklipping eller skyss til sykehus og apotek. Noen trenger juridisk rådgivning eller økonomisk hjelp, mens andre ønsker kostholdskurs eller kunnskap om støtteordninger på nettet. Vi har også tilbud for den som ønsker å snakke med en likeperson, blant annet på Vardesenteret. Ringer du Kreftforeningens rådgivningstjeneste, får du snakke med en fagperson.

Alle tilbudene er gratis, og flere er tilgjengelige for pårørende og etterlatte.

Ingen skal møte kreft alene – snakk med oss i Kreftforeningen.

Les mer om tilbudene på [kreftforeningen.no](https://www.kreftforeningen.no)



eller ring 21 49 49 21.



KREFTFORENINGEN
TIL FOR DEG



PROSTATAKREFT – FRA DIAGNOSE TIL BEHANDLING

Tidlig oppdagelse av prostatakreft

– en viktigere kamp en noen gang før



Andreas Hole
Sekretariatsleder

Prostatakreftforeningen så dagens lys våren 2003 på Lillestrøm. Foreningen hadde da vært under etablering i et års tid med uvurderlig hjelp og støtte fra kreftsykepleierne May Næss og Hildur Østensen i Kreftforeningen.

Kreftforeningen var viktig initiativtaker til å etablere en slik forening. Målet var å gi menn et sted å dele erfaringer og komme sammen for å få kunnskap om sin nye livssituasjon. Det ble rekruttert menn fra de daværende helseregionene for å sikre en geografisk spredning til et hovedstyre som fikk i oppgave å stå for driften av foreningen.

Med en ukuelig optimisme og pågangsmot satte gjengen i hovedstyret, ledet av Torbjørn Holter fra Romerike, i gang en organisasjonsbygging som kunne ta pusten fra de fleste. I løpet av halvannet år var det etablert lokallag i alle landets fylker og alle menn som trengte det hadde nå et tilbud i nærheten av der de bodde.

I 2004 arrangerte foreningen den første av mange landskongresser. Valget av sted falt på Union Hotel i Geiranger. Foreningen hadde på dette tidspunkt rundt 200 medlemmer og halvparten kom på kongressen for

egen regning. Året etter ble det holdt landskongress på Røros, hvor det kom så mange deltagere at det måtte leies en gymsal for å kunne ta imot alle som ville delta. «Antallet deltagere viste det utrolig store behovet som var for å finne et felleskap for personer i samme situasjon» sier Andreas Hole som har vært sekretariatsleder i foreningen siden 2003. Samlinger både nasjonalt og lokalt gav både kunnskapspåfyll, trøst og hjelp for mange som hadde behov for å dele sin historie med andre i samme situasjon.

Med landets ledende urologer, onkologer og sexologer på laget ble det raskt etablert et eget medlemsblad «PROFO-NYTT». Det ble laget filmer, brosjyrer og arrangert foredrag rundt om i Norge. De medisinske fagpersonenes bidrag var avgjørende i å få på plass en forening som hadde kunnskapsformidling i fokus. Det var mye å formidle både, som for eksempel det nyeste



Foto: peakSTOCK/iStock

◀..... innen behandling. Kreftsykepleierne var med og bidro til å lage rom og rammer for å snakke om utfordringer og muligheter spesielt for de mange pasientene som opplevde krevende behandlinger.

Organisering av å dele erfaringer

Vi så tidlig at informasjonsbehovet for mange pasienter var stort, men også de pårørende hadde behov for informasjon. Prostatakreftforeningen var derfor tidlig ute med å finne nye og gode løsninger. Foreningens kontaktelefon som ble etablert allerede i 2006 med over 2000 henvendelser første året. I dag organiseres dette arbeidet av et eget korps med likepersoner som er til for de som har behov for det. Der er også likepersoner for pårørende. Å være partner til en som har prostatakreft er noe foreningen er svært opptatt av, spesielt med tanke på de utfordringene og senbivirkningene som oppstår etter omfattende og krevende behandling.

Faglig arenaer

Siden etableringen har Prostatakreftforeningen hatt et eget fagråd bestående av de fleste fagprofesjoner som jobber med prostatakreft. For å dekke behovet for oppdatert informasjon innen utredning og behandling har foreningen siden 2012 årlig arrangert *Den Nasjonale Prostatakreftdagen*. Den 7. november 2024 ble det arrangert en fagdag som samlet klinikere, kreftsykepleiere, beslutningstagere og engasjerte pasienter

til faglig påfyll om det som skjer seg innen prostatakreftfeltet. Temaene for dagen var kunstig intelligens, screening og kvalitet i behandling.

Tidlig oppdagelse av prostatakreft

De siste 20 årene har det vært en tredobling av antallet personer som har eller har hatt prostatakreft. Tallet for nye tilfeller er doblet i samme tidsperiode til i dag 5000 personer årlig.

Det er i dag 65 000 menn som lever med prostatakreft i Norge og tallet øker hvert år. Det forteller en historie om hvor vanlig prostatakreft er og at man har gode sjanser for å overleve kreftdiagnosen. Samtidig er det i underkant av 1000 personer som dør hvert år. «En av Prostatakreftforeningens viktigste oppgaver er å adressere behovet for tidlig oppdagelse» sier Andreas Hole. «Prostatakreft kalles ofte for en hetrogen sykdom, da det er stor forskjell i hissighet på kreften fra pasient til pasient. Det er vanlig å høre at prostatakreft er noe man dør med, men ikke av. Dette er i mange tilfeller ikke korrekt. Faktisk er prostatakreft den vanligste dødsårsaken blant menn i Norge med flere tilfeller enn selvmord, drukning og trafikkulykker til sammen.

Prostatakreftforeningen har sammen med Norsk Urologisk Forening jobbet i flere år med å sette tidlig oppdagelse av prostatakreft på dagsorden. Forskning på screening fra Göteborg har blant annet vist 30% reduksjon i dødelighet, men det er også andre viktige

grunner til å organisere den uorganiserte villscreeningen. Det gjelder både for å redusere klaseskiller og for å få mer kunnskap om diagnostisering og utredning. I desember 2022 vedtok et enstemmig ministerråd i EU å gå i gang med forskningsbaserte screeningsprogram blant medlemslandene. I 2025 er det gode muligheter for at vi kommer i gang – også i Norge.

1 av 5 menn

Prostatakreft rammer flere menn i Norge enn noen gang før og det er faktisk 20% sannsynlighet for å få denne diagnosen i dag. Norge er blant de land i verden med både høyest forekomst og høyest dødelighet. Det trenger vi å gjøre noe med ifølge Prostatakreftforeningen. Prostatakreftforeningen har derfor tatt initiativet til at forskningsinnsatsen økes ved å etablere kampanjen «Bartekampen» som går av stabelen hvert år i november måned. Bartekampen har som sitt fremste formål å samle inn penger til forskning, men den tjener også et viktig formål med å øke kunnskapen både hos menn og kvinner om prostatakreft.

Det er betydelig mer faglig støtte til tidlig oppdagelse enn det bare var for noen få år siden, men fremdeles er det motkrefter som mener at risikoen for overbehandling overveier fordelene ved å få en tidlig diagnose. Nye forskning er tydelig på at måten vi utreder på i dag er blitt så bra at man ikke gir radikal behandling lenger

FAKTA OM PROSTATAKREFTFORENINGEN

- Har 26 lokallag og nærmere 3500 registrerte medlemmer. Lokallagene har blitt et forum hvor menn tør å snakke om sykdommen.
- Har et nettverk med likepersoner som er tilgjengelig for å svare på spørsmål, gi veiledning og støtte. Kontaktelefonen (22 53 55 35) er åpen alle dager fra 09.00 til 15.00.
- Ønsker å bidra til å bedre tilbudet for behandling og rehabilitering.
- Drive også omfattende informasjonsvirksomhet til våre medlemmer, leger, helsemyndigheter og annet fagpersonell.

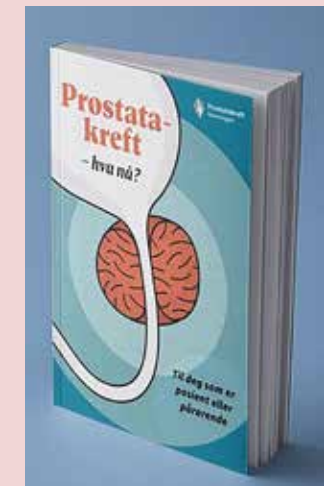
Kilde: www.prostatakreft.no



Foto: Utah778/iStock

før det er absolutt nødvendig. Dette budskapet jobber vi med hver dag for å nå ut, sier Hole.

Det er en viktig enn noen gang før å sette tidlig oppdagelse av prostatakreft på dagsorden! ●



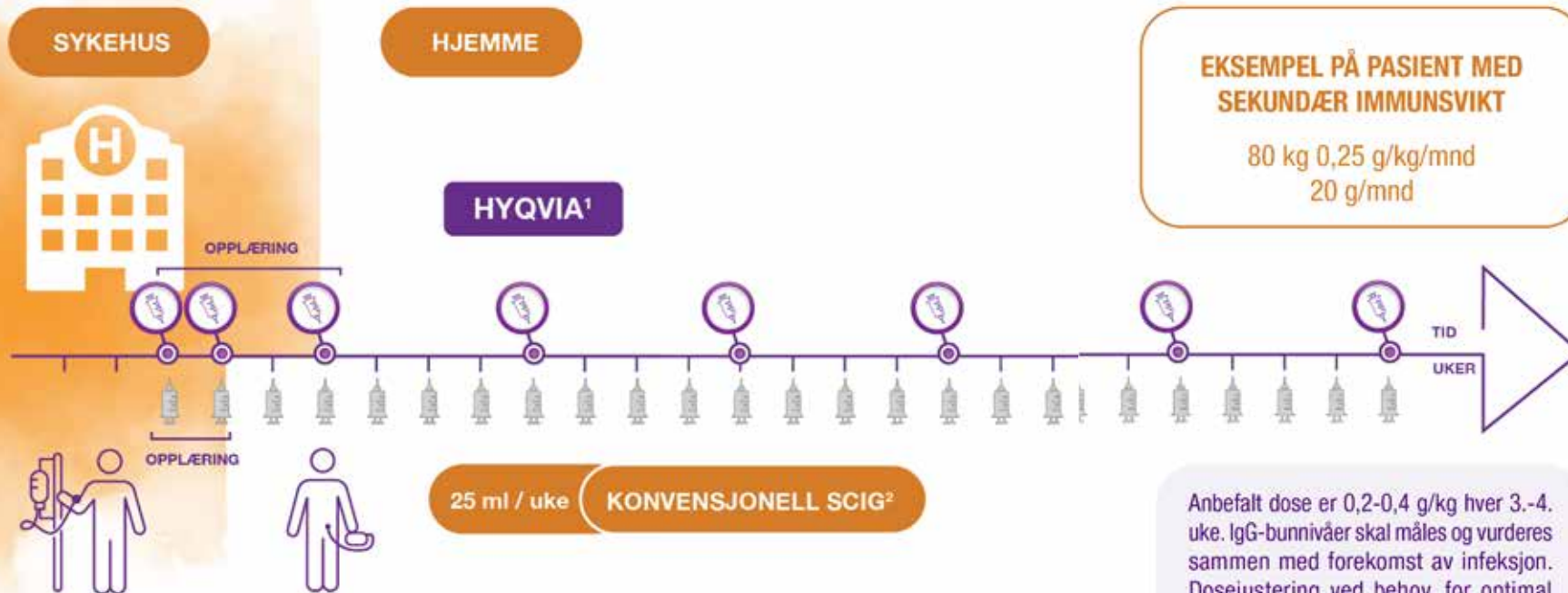
Bildet er hentet fra: «Prostatakreft - hva nå?» er lansert! – Prostatakreftforeningen

BOK

Boken «Prostatakreft - hva nå?» ble lansert i august i år. Boken tar for seg alt man som nydiagnostisert med prostatakreft bør vite om sykdommen, behandlingsmetoder og om livet fremover. Boken bli sendt til nye medlemmer som del av velkomstpakken.

Hjemmebehandling av sekundær immunsvikt

HyQvia
Humant normalt immunglobulin (10%)
Rekombinant human hyaluronidase



MED HYQVIA VIL PASIENTENE KUNNE FÅ SUBKUTAN BEHANDLING MED IMMUNGLOBULINER EN GANG I MÅNEDEN¹

Nytt anbud fra 01.06.24 åpner for bruk av HyQvia i 1. linje³:

Fasilitert SCIG Rangering

Rangering	Produkt	Leverandør
1. valg	HyQvia	Takeda AS

Konvensjonell SCIG Rangering

Rangering	Produkt	Leverandør
1. valg	Xembify	Grifols Nordic AB
2. valg	Hizentra	CSL Behring AB
3. valg	Hizentra ferdigfylt sprøyte	CSL Behring AB

EKSEMPEL PÅ PASIENT MED SEKUNDÆR IMMUNSVIKT

80 kg 0,25 g/kg/mnd
20 g/mnd

Anbefalt dose er 0,2-0,4 g/kg hver 3.-4. uke. IgG-bunnivåer skal måles og vurderes sammen med forekomst av infeksjon. Dosejustering ved behov, for optimal beskyttelse mot infeksjon. Vedvarende infeksjon kan kreve doseøkning. Når pasienten anses å forbli infeksjonsfri, kan dosereduksjon vurderes¹



Kontakt oss ved å skanne koden eller send e-post til: Knut.Bergwitz-Larsen@takeda.com

REFERANSER

- HyQvia, preparatomtale 25.01.24, Tilgjengelig på legemiddelsøk.no
- Cuvitru, preparatomtale 12.01.24, Tilgjengelig på legemiddelsøk.no
- Sykehusinnkjøp. Plasmaderiverte legemidler. Oppdatert 01.06.24; hentet.22.08.24. Tilgjengelig fra <https://www.sykehusinnkjop.no/>

INDIKASJON:

Erstatningsterapi hos voksne, barn og ungdommer (0–18 år) ved: Sekundære immunsviktssykdommer (SID) hos pasienter som lider av alvorlige eller tilbakevendende infeksjoner, ineffektiv antimikrobiell behandling og enten påvist spesifikk antistoffsvikt (PSAF)* eller IgG-nivå i serum på < 4 g/l.

*PSAF = mangel på minst to gangers økning i IgG-antistofftiter etter pneumokokkpolysakkarid- og polypeptidantigenvaksiner.

UTVALGT PRODUKT- OG SIKKERHETSINFORMASJON HYQVIA^{1,2}

Kontraindikasjoner¹: Overfølsomhet for innholdsstoffene eller humane immunglobuliner (IgG), spesielt i svært sjeldne tilfeller av IgA-mangel når pasienten har antistoffer mot IgA. Kjent systemisk overfølsomhet overfor hyaluronidase eller rekombinant human hyaluronidase. Skal ikke gis i.v. eller i.m.

Advarsler og forsiktighetsregler¹: Potensielle komplikasjoner kan ofte unngås ved å infundere preparatet sakte til å begynne med, og sikre at pasienten overvåkes nøye for ev. symptomer gjennom hele infusjonsperioden. Hvis HyQvia ved et uhell blir administrert inn i en blodåre, kan pasienten utvikle sjokk.

Bivirkninger¹: Bivirkningene som ble rapportert hyppigst med HyQvia, var lokale reaksjoner som smerter på infusjonsstedet (inkl. ubehag, ømhet, smerter i lyske). Systemiske bivirkninger som ble rapportert hyppigst, var hodepine, utmattelse og pyreksi. Flertallet av disse bivirkningene var milde til moderate.

Pakninger og priser²: 100 mg/ml. 25 ml: kr 2164,50. 50 ml: kr 5266,70. 100 ml: kr 10 497,10. 200 ml: kr 20 958,00. 300 ml: kr 31 418,90. HyQvia er med i anbudet «LIS2022–Plasmaderiverte legemidler» med rabatterte priser. Legemiddelprisene i Felleskatalogener irrelevante når Sykehusinnkjøp HF har inngått avtaler.

Refusjon²: H-resept: J06B A01 Hyaluronidase, Immunglobulin. Reseptgruppe: C

Ved forskrivning: Fullstendig informasjon om bivirkninger, forsiktighetsregler og interaksjoner, graviditet og amming, se godkjent preparatomtale.



- Hva skal jeg spise nå?

KORTE TEMAFILMER OM MAT OG KREFT



Mona Bjelland

Spesialrådgiver klinisk ernæring, Kreftforeningen



Jarle Eskedal

Produsent, Cynergi Film

Kort oppsummert så har dette prosjektet bidratt med mer enn det vi så for oss i starten, sier Mona Bjelland som er klinisk ernæringsfysiolog i Kreftforeningen. Utgangspunktet for prosjektet var sykdomsrelatert underernæring og brukererfaringer før, under og etter en kreftbehandling. Nå som resultatet foreligger ser vi at prosjektet kan bidra til å løfte også andre tema ytterligere. Eksempler er uønsket vektoppgang som følge av kreftbehandling og sykehusmat. Dette kommer til uttrykk både med brukerstemmer og i utspill fra Kreftforeningen, i alt fra høringsinnspill til poster i sosiale medier.

Det overordnede målet for temaet kosthold og kreft, er å løfte tematikken med utgangspunkt i brukerperspektivet, ved å bygge sten på sten til beste for dem vi er til for: Kreftpasienter og pårørende.

Til deg som er kreftsykepleier

Har du som kreftsykepleier ønsket å få mer innsikt i temaet kosthold og kreft, eller hatt behov for å kunne formidle om temaet i et pasientperspektiv til andre? Da kan kanskje filmene vi omtaler i denne artikkelen være aktuelle for deg. Filmene kan være relevante for en temalunsj på jobb, i opplæring av studenter i praksis, som tips til pasienter og/eller pårørende, som del av et foredrag for eksterne eller i dialog med andre yrkesgrupper.

Om kosthold og kreft, som kreftfri – men ikke frisk

Når kreft rammer er det mange som opplever at kosthold blir et viktig tema. Det gjelder både før, under og etter kreftbehandling. Tørre slimhinner, endret smaksans og mindre matlyst er eksempler på utfordringer. Andre igjen kan oppleve vektoppgang som følge av behandlingen. Noen ganger kan det være godt å lytte til noen som har vært i en liknende situasjon, og som kan gi en mulig retning for veien videre. Det kan gjelde både for pasienter og pårørende. Med dette som utgangspunkt har Cynergi Film og Kreftforeningen sammen laget filmer hvor tre tidligere kreftpasienter deler sine erfaringer om kosthold og kreft. Prosjektet er støttet av Stiftelsen DAM og har brukerperspektiv og deling av erfaringer som utgangspunkt. «Det å bygge på brukeropplevelsen og historiene som ble fortalt har vært en bærebjelke i arbeidet med filmene», sier prosjektleder Jarle Eskedal.

Her er lenke til filmene:

<https://kreftforeningen.no/frivillige/kurs/mat/>

Filmene er teksten og bør vises med lyd.

Filmene om Helge, Anne og Wenche



Anne (55 år): «Sukker ga meg dårlig samvittighet.»

Helge (34 år): «Å gjøre måltidet til en sosial aktivitet gjorde det lettere å få i seg nok mat.»

Wenche (63 år): «Etter sykehusoppholdet ble jeg underernært»



«Det å bygge på brukeropplevelsen og historiene som ble fortalt har vært en bærebjelke i arbeidet med filmene.»



◀ Sykehusmat og pårønderollen (film 01):

En av filmene handler om Helge (34) som har vært igjennom omfattende behandling som påvirket både appetitt og vekt. I filmen deler han egne erfaringer om mattilbudet ved sykehuset, betydningen av pårønderes rolle og hvordan han fant løsninger som bidro til økt appetitt. Disse erfaringene gjorde at han fikk økt interesse for temaet, og han har valgt mat og helse som sin karrierevei. I filmen besøker Helge sentralkjøkkenet på Oslo Universitetssykehus (OUS) og kjøkkensjefen for å gi noen tilbakemeldinger.

Kort oppsummert: Eksempler på tema er sykehusmat, pårørende og venners rolle. Filmene varer i nesten 9 minutter.

Uønsket vektøppgang og velmenende råd

(film 02): Anne (55) har vært gjennom to runder med kreftbehandlinger med 21 års mellomrom. For Anne ble økt bevissthet om kostholdet et viktig tema. Som følge av behandlingen opplevde hun også en vektøppgang. Anne fikk mange velmente råd fra andre og måtte forholde seg til råd og oppslag i media underveis i sitt kreftforløp. Det ga utfordringer som hun måtte lære å håndtere. Anne er nå frivillig i Kreftforeningen og deler egne erfaringer med andre kreftpasienter. I filmen gir klinisk ernæringsfysiolog fra Radiumhospitalet nyttige innspill.

Kort oppsummert: Eksempler på tema er vektøppgang, velmente råd fra andre, medias rolle og myter om kreft, samt rollen som frivillig. Filmene varer i snaut 9 minutter.

Underernæring, senskader og «ståpåvilje»

(film 03): Film nummer tre handler om Wenche (63) som fikk store utfordringer med tygging og svelging

etter kreftdiagnose som barn. Konsekvensene av behandlingen har hun måttet leve med resten av livet. Wenche har utfordringer med krydret mat, og maten må ha riktig sammensetning og konsistens når hun skal spise. I denne filmen deler hun egne erfaringer om hvordan hun tok «skjea i egen hånd», og hun gir nyttige innspill til hvordan man kan håndtere utfordringer. I filmen får vi også møte en frivillig som lager spesialmat til Wenche og en tidligere kjøkkenleder som har en mulig løsning på Wenches utfordringer.

Kort oppsummert: Eksempler på tema er underernæring, systemet rundt, valgmuligheter (eller heller mangelen på dem), og tilbud om samtale via Kreftforeningens rådgivningstjeneste. Filmene varer i drøyt 10 minutter.

Hvordan kan filmene brukes?

Filmene kan være egnet for

- grupper av pasienter og pårørende
- egen refleksjon
- opplæring av helsepersonell
- fora og arenaer hvor det er viktig å gi kreftpasienter/-overlevende en stemme

Sitatene i sitatboksene er hentet fra såkalte «pratekort» vi har laget i tillegg til filmene. Pratekortene inneholder konkrete spørsmål i tillegg til sitatene, som kan sette tema enten det er i en gruppe, en-til-en samtale eller for egen refleksjon. Filmene kan fint brukes alene, men om man ønsker å ha noe konkret å bygge en samtale på er pratekortene et alternativ. Kortene, som er tilgjengelige via Kreftforeningens nettside nå, er tenkt som et

Helge (34 år): «Den som går igjennom kreftbehandling bør ikke alltid ta stilling til hva man skal spise.»

Wenche (63 år): «Det å spise ute eller hjemme hos noen kan være en stor utfordring.»

Anne (55 år): «Mange vet at kreft kan gi vektnedgang, men færre vet om vektøppgang som en bivirkning.»

Filmene kan brukes i mange sammenhenger.



Anne (55 år): «Sukker ga meg dårlig samvittighet.»

Helge (34 år): «Å gjøre måltidet til en sosial aktivitet gjorde det lettere å få i seg nok mat.»

Wenche (63 år): «Etter sykehusoppholdet ble jeg underernært»

første utgangspunkt – og vil bli revidert og tilpasset basert på tilbakemelding fra brukere.

Filmene kan brukes i mange sammenhenger

Fra starten av var konseptet film og pratekort tenkt for bruk på temakafeer og Vardesentrene, og at opplegget skulle være mulig å bruke av frivillige – uten at en fagperson måtte være til stede. Kreftforeningen har i tillegg hatt nytte av filmene på andre måter. To konkrete eksempler er i en politisk workshop og i opplæring av brukerrepresentanter i helseforetakene – hvor temaet har vært sykdomsrelatert underernæring. Filmen om Wenche adresserer temaet underernæring på en tydelig måte, og har vært brukt til å ivareta brukerperspektivet ved begge anledninger. Filmene har også vært vist i kursing av matverter, for å gi et innblikk i de utfordringene kreftpasienter kan oppleve relatert til kosthold.

Digitale kurs åpner opp for flere

Et annet tema som har fått økt oppmerksomhet fra Kreftforeningens side er uønsket vekt oppgang som følge av kreftbehandling. Vardesenteret i Bergen tilbyr nå digitale kurs om temaet via vardesenter.no og det har vært god deltakelse. Vi har en hypotese om at flere deltagere tør eller foretrekker å delta digitalt, med tanke på stigma rundt overvekt. Filmen om Anne kan bidra til å skape større åpenhet om denne utfordringen. For som Anne sier: «Jeg tror kanskje at hvis jeg hadde fått litt støtte på at dette (vekt oppgang) er veldig vanlig; det er ikke fordi du er spesielt svak – dette blir en ekstra utfordring, jeg vil bare du skal vite det – sann

at du trenger å gjøre enda mer for å passe på.»

I filmen om Helge er også hans samboer Frøya med. Rollen som pårørende belyses blant annet ved at Helge understreker betydningen av måltidet som en sosial aktivitet – og ikke bare enda en gang å måtte fokusere på å få i seg nok næring. Denne filmen kan danne utgangspunkt for dialog om mat og måltider mellom pasient og pårørende, pasienter i mellom og pårørende i mellom. I tillegg belyser den temaet sykehusmat ved at Helge formidler sine tanker om maten generelt og til kjøkkensjef Egil spesielt.

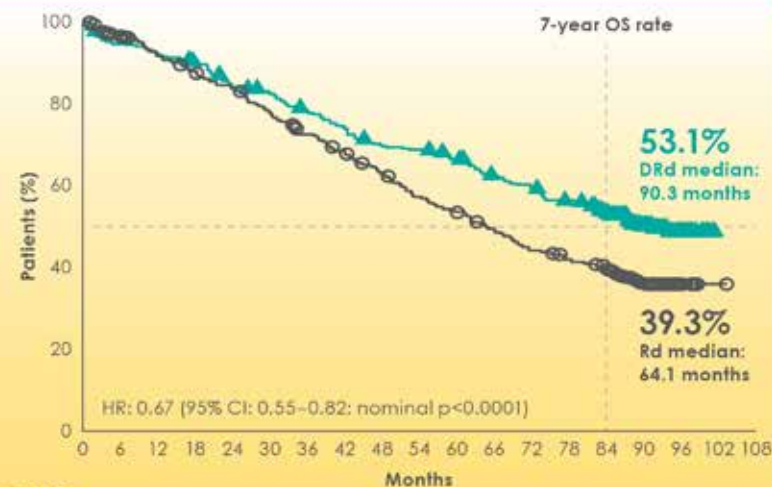
Del gjerne egne erfaringer

Da filmene ble lansert via en premiere frokost var flere kreftkoordinatorer til stede, og ga en første tilbakemelding på en prøvesmak av de tre filmene. Vi ønsker å invitere kreftsykepleiere generelt, og kreftkoordinatorer spesielt, til å prøve ut hele eller deler av filmene i ulike fora og anledninger. Vi hører gjerne fra dere, og lager gjerne egne pratekort for helsepersonell om det skulle være et ønske: Jarle: Regissør (Jarle Eskedal, epost: jarle@cynergi.no) Mona: Spesialrådgiver i Kreftforeningen (Mona Bjelland, epost: mona.bjelland@kreftforeningen.no) ●

DARZALEX® + Rd GODKJENT

innført av Beslutningsforum til behandling av pasienter med nydiagnostisert myelomatose hvor HMAS ikke er aktuelt³

DARZALEX® + Rd gir forlenget overlevelse vs Rd alene^{1,2}



33%
reduksjon i risiko for død
HR: 0.67 [95% CI: 0.55–0.82; p<0.0001]

Les mer om MAIA-studien her:



*Median oppfølging på 89.3 måneder

DRd, DARZALEX® + lenalidomide + dexametason; mOS, median overall survival; HR, hazard ratio; CI, confidence interval; HMAS, høydosebehandling med autolog stamcellestøtte.

1. DARZALEX® SmPC, Q2/2024, avsnitt 4.1, 4.8, 5.1.2. Facon T, Kumar S, Orłowski RZ, et al. Final Survival Analysis of Daratumumab Plus Lenalidomide and Dexamethasone Versus Lenalidomide and Dexamethasone in Transplant-Ineligible Patients with Newly Diagnosed Multiple Myeloma: MAIA Study. EHA - Open Access Library; 2024. 3. Beslutningsforum for nye metoder, protokoll 26.08.2024

UTVALGT PRODUKT OG SIKKERHETSINFORMASJON FOR DARZALEX® INTRAVENØS (IV) OG SUBKUTAN (SC)

INDIKASJONER

Myelomatose (DARZALEX® IV og SC)

- I kombinasjon med lenalidomid og dexametason eller med bortezomib, melphalan og prednison til behandling av voksne pasienter med nydiagnostisert myelomatose, hvor autolog stamcelletransplantasjon ikke er aktuelt.
- Se SPC for fullstendig oversikt over godkjente indikasjoner.

DOSERING OG ADMINISTRASJONSMÅTE

Gis som intravenøs infusjon eller subkutan injeksjon og skal administreres av helsepersonell med tilgjengelige ressurser for resuscitering. Subkutan formulering er ikke beregnet til intravenøs administrering, og skal kun gis ved subkutan injeksjon med angitt dosering. Det skal gis pre og post infusjonsbehandling/injeksjonsbehandling for å redusere risikoen for infusjonsrelaterte reaksjoner (IRR).

Myelomatose: Anbefalt dose er 16 mg/kg kroppsvikt gitt som IV, infusjon eller 1800 mg oppløsning til s.c. injeksjon gitt over ca. 3–5 minutter. For doseringsplan for daratumumab per indikasjon se SPC. For dose og doseringsplan for legemidler som gis sammen med daratumumab gitt som en i.v. infusjon eller s.c. injeksjon, se SPC og tilhørende preparatortaler.

KONTRAIKASJONER

Overfølsomhet for virkestoffet eller noen av hjelpestoffene.

ADVARSLER OG FORSIKTHETSREGLER

Infusjonsrelaterte reaksjoner (IRR): DARZALEX® kan forårsake kraftige og/eller alvorlige IRR. Det skal gis pre- og post-infusjonsbehandling/injeksjonsbehandling for å redusere risikoen for IRR,

som ble rapportert i kliniske studier hos henholdsvis ca. 50 % av pasientene ved IV og 9 % ved SC. Ved enhver IRR, skal behandlingen avbrytes umiddelbart og symptomer håndteres. Dessom øyesymptomer oppstår, skal DARZALEX® avbrytes og umiddelbar oftalmologisk evaluering foretas for DARZALEX® gjenopptas.

Interferens med indirekte antglobulintest (indirekte Coombs test): DARZALEX® kan medføre positiv indirekte Coombs test. Pasienter skal typebestemmes og screenes for oppstart. Ved planlagt transfusjon skal blodtransfusjonssenteret gjøre oppmerksom på denne interferensen med indirekte antglobulintester. Ved akutt transfusjon kan det gis ikke-kryssmatchede AB0/RhD-kompatible erytrocytter i henhold til lokal blodbankpraksis.

Reaktivering av hepatitt B-virus (HBV): Hepatitt B-virusreaktivering er rapportert, og HBV-screening skal foretas hos alle pasienter før oppstart av behandling.

Bivirkninger: De hyppigste bivirkningene usvhengig av grad (≥ 20 % av pasientene) med daratumumab (intravenøs eller subkutan formulering) gitt som monoterapi eller kombinasjonsbehandling var IRR, fatigue, kvalme, diaré, forstoppelse, feber, hoste, nøytropeni, trombocytopeni, anemi, perifer ødem, perifer sensorisk neuropati og øvre luftveisinfeksjon. Alvorlige bivirkninger var pneumoni, bronkitt, øvre luftveisinfeksjon, sepsis, langbeidem, influensa, feber, dehydrering, diaré, atrieflimmer og synkope. For fullstendig oversikt over bivirkningene, se SPC

PAKNINGER, PRISER OG REFUSJON

Pakninger og priser: Injeksjonsvæske: 15 ml (hettegl.) 72770,60 kr. Konsentrat til infusjonsvæske: 5 ml (hettegl.) 6097,40 kr. 20 ml (hettegl.) 24281,00 kr. Reseptgruppe C. Godkjent av Beslutningsforum 26.08.2024.

Basert på SPC Q2/2024

Les fullstendig preparatortale for foreskriving av DARZALEX®.

Publisert i Sykepleien 09.10.2024

Samvalg i kreftomsorg krever kultur, kunnskap og tverrfaglig samarbeid

Pasienter med ikke-kurabel kreft ønsker ofte innflytelse over egen behandling. Samvalg kan sikre valg som reflekterer deres verdier.

Jannicke Rabben

Universitetslektor og doktorgradstipendiat
Institutt for helse- og sykepleievitenskap. Fakultet for helse- og idrettsvitenskap, Universitetet i Agder

Elisabeth Sundkvist

Seksjonsleder, Samvalgssenteret,
Universitetssykehuset Nord Norge, Tromsø

Mirjam Lauritzen

Prosjektleder, Samvalgssenteret,
Universitetssykehuset Nord-Norge

Hovedbudskap

Samvalg i palliativ kreftomsorg er en kompleks prosess. Både pasienter og helsepersonell, inkludert sykepleiere, opplever ofte at de reelle valgmulighetene er begrenset. Kunnskap om sykdommen og tilgjengelige alternativer er avgjørende for å kunne delta i samvalg. Samtidig kan pasientenes situasjon med ikke-kurabel kreft gjøre aktiv deltakelse utfordrende. For å lykkes med samvalg er det viktig å fremme både kunnskap og en kultur for samvalg blant helsepersonell.

Samvalg anses som et sentralt element i personsentrert omsorg (1). Det innebærer at helsepersonell og pasient samarbeider om å treffe beslutninger om utredning, behandling og oppfølging, og det skal skje i den grad og på de måter pasienten ønsker (2). Pasienten skal få støtte til å vurdere alternativene, ut ifra den best tilgjengelige kunnskapen om fordeler og ulemper, og



TETT PÅ: Sykepleiere har en viktig rolle i å skape bevissthet om valg og informere om behandlingsalternativer. Illustrasjonsfoto: Freepik

hjelpt til å utforske egne verdier og preferanser (2, 3). Siden samvalg kom på agendaen i nasjonal helse- og sykehusplan 2016–2019 (2), er det blitt satt i gang mange initiativer og arbeid for å implementere samvalg i helsetjenesten. Likevel vet vi at samvalgstilnærmingen ikke er integrert i de fleste nasjonale retningslinjer og standardiserte pakkeforløp (4). Sykepleiere som arbeider innenfor palliativ kreftomsorg, kan ha en viktig rolle i samvalg om behandlingsvalg, men samtidig viser en nylig gjennomført studie at sykepleiere bidrar i mindre grad enn det de selv ønsker (5). Pasienter har ulike ønsker og behov for medvirkning, men forskning viser at pasienter flest ønsker å ha en aktiv og deltakende rolle i beslutninger knyttet til egen helse (6–8). Samtidig har flere påpekt at samvalg kan være utfordrende innenfor palliativ behandling og omsorg (9, 10). For eksempel kan stor grad av usikkerhet og alvorlig sykdom redusere både evnen og ønsket om å medvirke (10). Det er likevel viktig at pasienter med ikke-kurabel kreft og deres pårørende blir involvert i den grad de kan og ønsker.

Hvordan opplever pasienter, pårørende og helsepersonell samvalg i palliativ kreftomsorg? En kunnskapsoppsummering og metasyntese

Denne fagartikkelen bygger på en nylig gjennomført og publisert systematisk kunnskapsoppsummering om samvalg ved ikke-kurabel kreftsykdom (11). Vi ønsker å presentere noen av de viktigste funnene fra denne oppsummeringen og diskutere betydningen av funnene for sykepleiere i norsk kreftomsorg. Den systematiske kunnskapsoppsummeringen ble gjennomført som en del av ph.d.-prosjektet *Shared decision-making in palliative cancer care* og inkluderte internasjonal, kvalitativ forskning som belyser pasienter, pårørende og helsepersonells erfaringer med samvalg (11).

Fakta: Om prosjektet

Målet med prosjektet har vært å utvikle kunnskap om felles beslutningstaking (samvalg) og om behandling og omsorg ved avansert kreftsykdom, inkludert sykepleiernes rolle i beslutningsprosessen.

Ph.d.-prosjektet har et kvalitativt design og består av tre delstudier:

- 1) systematisk kunnskapsoppsummering og metasyntese (11)
- 2) intervjustudie med pasienter og deres nærmeste pårørende
- 3) intervjustudie med sykepleiere i sykehus

Jannicke Rabben er ph.d.-kandidat i prosjektet ved Uni-

versitetet i Agder (UiA). Veiledere er professore Gudrun E. Rohde og Mariann Fossum ved UiA og Dr. Bella Vivat fra University College London.

Samvalgssenteret ved Universitetssykehuset Nord-Norge er tilknyttet referansegruppen i prosjektet, og Elisabeth Sundkvist har deltatt som deres representant.

Forfatterne gjennomførte en metasyntese (12) og tematisk analyse (13) av data fra 26 inkluderte artikler. Hovedfunnene i denne kunnskapsoppsummeringen er at samvalg i palliativ kreftomsorg er en kompleks prosess som involverer mange beslutninger i en utfordrende og sammensatt situasjon, hvor både pasienter, pårørende og helsepersonell opplever at det finnes få reelle valgmuligheter (11).

Studien belyste videre at å delta i samvalg i en palliativ kontekst avhenger av både individuelle og strukturelle faktorer, inkludert evnen og muligheten til å bygge en tillitsfull relasjon mellom helsepersonell, pasienter og deres pårørende (11).

Studien fremhever at samvalg er en prosess og argumenterer derfor for at begreper som «felles beslutningstaking» eller «felles beslutningsprosess» bedre kan beskrive denne.

Likevel velger vi i denne artikkelen å oversette begrepet *shared decision-making* til samvalg. Årsaken er at ordet samvalg er valgt og benyttes i norsk helsetjeneste. Sitatene fra inkluderte studier er hentet fra den publiserte forskningsartikkelen (11) og er oversatt til norsk av førsteforfatteren.

Hva er egentlig samvalg, og hvordan forstås det av pasienter, pårørende og helsepersonell?

I internasjonal forskningslitteratur finner man flere ulike tilnæringer til hva samvalg er. Felles for de ulike tilnærmingene er sentrale elementer som:

- å skape bevissthet om valg
- beskrive alternativer
- lære om pasienten
- skreddersy informasjon
- diskutere pasientens preferanser
- overveielse
- å ta eller utsette beslutningen (14)

Kunnskapsoppsummeringen viser at ved beslutninger om palliativ behandling og omsorg følte man ofte at det var få valgmuligheter. Både pasienter, pårørende og helsepersonell mente at det sjelden fantes like gode alternativer, og at det var få reelle valg (11). I én av studiene siteres en onkolog:

Det kan se ut til at samvalg oppfattes som aktuelt bare når det er snakk om valg mellom såkalt likeverdige behandlingsalternativer.

«Begrepet 'ikke noe beste alternativ' er etter min mening noe teoretisk, fordi det i praksis ofte er et beste alternativ basert på svulsten og pasientenes tilstand.»

Studien synliggjorde også et fremtredende ønske om å behandle og bekjempe kreften, og at noe annet ville være å gi opp. Leger som trodde pasientene ønsket å fortsette behandlingen, kunne synes det var vanskelig å snakke om usikkerhet og begrensninger ved behandlingen eller å foreslå å avslutte den (11).

Med bakgrunn i dette kan det se ut til at samvalg oppfattes som aktuelt bare når det er snakk om valg mellom såkalt likeverdige behandlingsalternativer. Det vil si når man ut ifra et medisinsk perspektiv har to alternativer med tilsynelatende like god effekt og man ikke vet hvilket som vil være det beste for pasienten. En slik forståelse kan begrense bruken av samvalg i helsetjenesten.

Særlig i en palliativ kontekst kan en slik avgrensning av hva som er relevante situasjoner for samvalg, bli for snevert. Den norske definisjonen av samvalg (2) setter heller ingen krav om likeverdighet mellom alternativene. Utgangspunktet, og en forutsetning for samvalg, er at det foreligger mer enn én måte å løse et problem på. For pasienter med ikke-kurabel kreft kan beslutningen stå mellom 1) å starte behandling som kanskje kan bremse utviklingen av kreften og gi noe lengre overlevelse, med de bivirkninger som behandlingen ofte medfører, eller 2) avstå fra behandling og unngå bivirkninger fra behandling og dermed kanskje ha bedre livskvalitet.

Alternativene er ikke likeverdige, men like fullt samvalsrelevante fordi de krever en avveining av fordelene og ulempene ved begge alternativene, ut ifra hva som er viktigst for den enkelte pasient (15).

Videre belyser kunnskapsoppsummeringen også at beslutningene som pasienter med ikke-kurabel kreft sto overfor, ofte var komplekse og av eksistensiell karakter. En beslutning var derfor ikke alltid et valg mellom to alternativer, men innebar en prosess over tid, hvor tilpasninger, utprøving og utsettelser gradvis førte frem til en løsning (11).

Hvordan oppleves beslutningene og hvem er involvert?

Kunnskapsoppsummeringen viser at pasienter med ikke-kurabel kreft syntes det var vanskelig å involvere seg i beslutningene fordi situasjonen var emosjonelt overveldende, og de hadde liten tro på egen kunnskap. Evnen til å oppfatte informasjon og involvere seg i beslutninger kunne også være påvirket av nettopp den belastende situasjonen det var å ha fått en ikke-kurabel kreftdiagnose (11).

Kunnskap om sykdommen og valget man står overfor, er helt grunnleggende for å kunne delta i et samvalg. Samtidig kan konteksten som pasienter med ikke-kurabel kreft befinner seg i, være til hinder for å lykkes med aktiv involvering og samvalg. Tilstrekkelig tid til å bearbeide informasjon slik at pasienter og pårørende blir i stand til å delta, og tilstrekkelig støtte til å forstå de beslutningene en står ovenfor, kan gi bedre forutsetninger for samvalg. Det kan bety at en må se på hvordan tjenestene er organisert og i hvilken grad man kan legge til rette for å understøtte deltakelse i et samvalg.

Gulbrandsen og medarbeidere (16) understreker imidlertid at å informere og utforske pasientens preferanser ikke er tilstrekkelig for å styrke pasientens autonome kapasitet. Det er også viktig å anerkjenne pasientenes sårbarhet og den grunnleggende usikkerheten som enhver beslutning medfører. En må være oppmerksom på de følelsesmessige og relasjonelle aspektene (16). Betydningen av kontinuitet og en god relasjon mellom pasienter og helsepersonell fremkommer også i oppsummeringen (11). I tillegg til helsepersonellens holdninger og evne til å bygge relasjoner vil måten tjenestene er organisert på, også påvirke muligheten til å skape en slik relasjon.

Kunnskapsoppsummeringen viser at både pasienter og helsepersonell generelt oppfattet behandlende lege som ansvarlig for beslutningene, og når beslutninger skulle tas var pasient-lege-relasjonen sentral (11). Samtidig kommer det frem at annet helsepersonell, spesielt sykepleiere, har en viktig rolle når det gjelder å skape bevissthet om valg, eller informere pasienter om behandlingsalternativer og fordelene eller ulempene ved slike



Foto: DC Studio/Freepik

◀..... behandlinger (11).

En av de inkluderte studiene fant at:

«Sykepleiere rapporterte at de kan skape bevissthet om valg eller informere pasienter om behandlingsalternativer og fordeler eller ulemper ved slike behandlinger: 'Jeg tror det er viktig å diskutere med pasientene at de kan velge å starte med cellegift, og at de alltid kan revurdere beslutningen sin når de merker at cellegiften fører til mange plager og en forferdelig nedgang i livskvaliteten'» (11).

Kunnskapsoppsummeringen løfter frem betydningen av å ha en tverrprofesjonell kultur for pasientinvolvering, og at samvalg avhenger både av individuelle holdninger og ferdigheter samt forhold som påvirker samhandlingen mellom helsepersonell (11). Sykepleiere kan være viktige støttespillere for både pasienter og pårørende. De er ofte i en posisjon der de kan motivere og fremme pasientinvolvering fordi de er tett på både pasienter og pårørende over tid.

Å ivareta den enkeltes rett til medvirkning er nedfelt i sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer, som utdyper at sykepleieren skal sikre at pasienten og pårørende mottar informasjon, veiledning og opplæring på en måte som er tilpasset deres kultur, språkferdigheter, kognitive funksjon og psykiske behov (17).

Rollen som informasjonsformidler og veileder i samvalg er derfor en del av sykepleierens ansvarsområde. Men selv om sykepleiere som gruppe har gode forutsetninger for å støtte opp om samvalg, underbygger funnene i oppsummeringen at samarbeid med behandlende lege og hele temaet rundt pasienten er viktig (11). Ulike modeller hvor sykepleiere har en rolle som sam-

valgsveileder ved behandlingsbeslutninger, prøves ut i flere ulike studier internasjonalt (18, 19), men fortsatt er det få tilsvarende prosjekter i norsk kreftomsorg.

Hva må til for å lykkes med samvalg?

Pasientene må ha kunnskap om problemstillingene de står overfor hvis de skal kunne delta i samvalg. For pasienter med ikke-kurabel kreftsykdom og deres pårørende er det særlig viktig at helsepersonell investerer tid til å motivere til samvalg og å bedre forutsetningene for at de kan medvirke.

Gode ferdigheter i veiledning og klinisk kommunikasjon er viktige individuelle faktorer i samvalg, og sykepleiere trenger kompetanse innen samvalg (20). Helsepersonell som skal motivere og veilede en pasient frem til å delta

OPPLÆRINGSRESSURSER

Opplæringsressurser i samvalg og klinisk kommunikasjon er tilgjengelig på samvalgsveiviseren.no og samvalg.no. Pasientrettet informasjon som fritt kan benyttes, finnes på:

samvalgsveiviseren.no/4-forberedte-pasienter/

Likevel er det behov for opplæring i helsetjenesten der teori omsettes til praksis. For å videreutvikle en felles kultur for samvalg bør ulike helsepersonellgrupper øve og lære sammen. Det vil kunne bidra til å avklare ulike profesjoners rolle i å tilrettelegge for samvalg og løfte sykepleieres bidrag til å sikre en personsentrert helsetjeneste.

i beslutninger, trenger derfor opplæring og kommunikasjonstrening, i tillegg til innsikt i hva samvalg innebærer og når det er relevant.

Kreftsykepleierutdanningen har i dag forskriftsfestede læringsmål knyttet til klinisk kommunikasjon, samvalg og personsentrert omsorg (21). Andre helsefaglige utdanninger har det samme. Opplæringsressurser er utarbeidet og tilgjengelig for helsepersonell (se fakta). ●

Referanser

- Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared decision making – the pinnacle of patient-centered Care. *N Engl J Med*. 2012;366(9):780–1. DOI: 10.1056/NEJMp1109283
- Meld. St. 11 (2015–2016) [internett]. Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015 [hentet 16. oktober 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/>
- Elwyn G, Laitner S, Coulter A, Walker E, Watson P, Thomson R. Implementing shared decision making in the NHS. *BMJ*. 2010;341:c5146. DOI: 10.1136/bmj.c5146
- Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Leve med kreft. Nasjonal kreftstrategi (2018–2022) [internett]. Oslo: HOD; 2018 [hentet 16. oktober 2024]. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/266bf1eec38940888a589ec86d79da20/regjeringens_kreftstrategi_180418.pdf
- Arends SAM, Thodé M, De Veer AJE, Pasman HRW, Francke AL, Jongerden IP. Nurses' perspective on their involvement in decision-making about life-prolonging treatments: a quantitative survey study. *J Adv Nurs*. 2022;78(9):2884–93. DOI: 10.1111/jan.15223
- Chewning B, Bylund CL, Shah B, Arora NK, Gueguen JA, Makoul G. Patient preferences for shared decisions: a systematic review. *Patient Educ Couns*. 2012;86(1):9–18. DOI: 10.1016/j.pec.2011.02.004
- Brom L, Hopmans W, Pasman HRW, Timmermans DR, Widdershoven GA, Onwuteaka-Philipsen BD. Congruence between patients' preferred and perceived participation in medical decision-making: a review of the literature. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2014;14(1). DOI: 10.1186/1472-6947-14-25
- Noteboom EA, May AM, van der Wall E, de Wit NJ, Helsper CW. Patients' preferred and perceived level of involvement in decision making for cancer treatment: a systematic review. *Psychooncology*. 2021;30(10):1663–79. DOI: 10.1002/pon.5750
- Keij SM, Lie HC, Laidsaar-Powell R, Kunneman M, de Boer JE, Moaddine S, et al. Patient-related characteristics considered to affect patient involvement in

shared decision making about treatment: a scoping review of the qualitative literature. *Patient Educ Couns*. 2023;111:107677. DOI: 10.1016/j.pec.2023.107677

10. Elwyn G, Price A, Franco JVA, Gulbrandsen P. The limits of shared decision making. *BMJ Evid Based Med*. 2023;28:218–21. DOI: 10.1136/bmjebm-2022-112089

11. Rabben J, Vivat B, Fossum M, Rohde GE. Shared decision-making in palliative cancer care: a systematic review and metasynthesis. *Palliat Med*. 2024;38(4):406–22. DOI: 10.1177/02692163241238384

12. Sandelowski M, Barroso J. Handbook for synthesizing qualitative research. New York: Springer; 2007.

13. Thomas J, Harden A. Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Med Res Methodol*. 2008;8(1):45. DOI: 10.1186/1471-2288-8-45

14. Bomhof-Roordink H, Gärtner FR, Stiggelbout AM, Pieterse AH. Key components of shared decision making models: a systematic review. *BMJ Open*. 2019;9(12):e031763. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-031763

15. Helse Sør-Øst. Dette er samvalg [internett]. Oslo: Helse Sør-Øst; u.å. [hentet 11. september 2024]. Tilgjengelig fra: <https://samvalg.no/samvalg/>

16. Gulbrandsen P, Clayman ML, Beach MC, Han PK, Boss EF, Ofstad EH, et al. Shared decision-making as an existential journey: aiming for restored autonomous capacity. *Patient Educ Couns*. 2016;99(9):1505–10. DOI: 10.1016/j.pec.2016.07.014

17. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere [internett] Oslo: Norsk Sykepleierforbund; u.å. [hentet 11. september 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/etik-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>

18. Marla LC, Fülöp S, Ruffer JU, Wehkamp K, Friedemann G. The six steps of SDM: linking theory to practice, measurement and implementation. *BMJ Evid Based Med*. 2024;29(2):75–8. DOI: 10.1136/bmjebm-2023-112289

19. Berger-Höger B, Liethmann K, Mühlhauser I, Haastert B, Steckelberg A. Nurse-led coaching of shared decision-making for women with ductal carcinoma in situ in breast care centers: a cluster randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2019;93:141–52. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2019.01.013

20. Kienlin S, Eide H, Kasper J, Smedsrød N. Sykepleiere trenger kompetanse om samvalg. *Sykepleien*. 2020;108(82530):e-82530. DOI: 10.4220/Sykepleiens.2020.82530

21. Forskrift om nasjonal retningslinje for kreftsykepleierutdanning. FOR-2021-10-26-3093 [hentet 11. september 2024]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2021-10-26-3093>



Nye Radiumhospitalet Oslo Universitetssykehus

Det nye spesialiserte kreftsykehuset på Radiumhospitalet vil tilby pasientene rask diagnose og avansert behandling ved bruk av ny teknologi og samle kompetansen på kreft. Sykehuset skal være et regionsykehus med nasjonale funksjoner, samt lokalsykehus for kreftpasienter for noen bydeler i Oslo. Nye Radiumhospitalet åpnet med full drift fra 23. september.



Silje Lein Bjørnbeth, avdelingsleder avdeling for sengeposter, Kreftklinikken, OUS.

Silje Lein Bjørnbeth

Avdelingsleder Avdeling for sengeposter, Kreftklinikken, OUS.

Joran Slaaen

Konstituert seksjonsleder Sengepost 6 Sør og Palliativt team.

Monica Nordseth Engan

Konstituert seksjonsleder tverrfaglig leddpost.

All stråleterapi inkludert protonterapi og regional onkologisk behandling samles på Radiumhospitalet. Det skal også etableres sentermodeller, blant annet for brystkreft, prostatakreft og gynekologisk kreft. I tillegg vil det, som i dag, være spesialisert bekkenkirurgi innenfor regionale og nasjonale oppgaver som innebærer et tverrfaglig samarbeid av gastrokirurger, urologer, gynekologer, plastikkirurger og ortopedier.

Oslo universitetssykehus blir det første sykehuset i Norge som tilbyr protonbehandling. Dette er en ny type behandling for kreft, som er mer presis og dermed mer skånsom enn tradisjonell terapi som blir gitt med fotoner. Protonbygget vil blant annet inneholde tre stråleterapirom hvorav ett av dem er satt av til forskning, men det er mulig å bruke rommet til behandling ved behov.

Sengepostene er fordelt på 3 etasjer, i plan 4-6. De er standardiserte med lik utforming. Hvert plan er delt i to områder, ett i den nordlige delen og ett i den sydlige delen. Det vil si at det er to sengeposter per etasje. Etasjene er utformet med dobbeltkorridor. Støtterom og enkelte personalfunksjoner er plassert i kjernen, og de to korridorene knyttes sammen av flere tverrforbindelser. Slik skapes det korte trafikklinjer, som gir god kontakt og oversikt, både for pasienter og personale. Det er en sengsrom med eget bad og 10 % av rommene er tilrettelagt for kontaktsmitteisolering. Tre rom er tilrettelagt og stråleskjermet for jod-behandling av pasienter.

Ny sengepost for lindrende behandling

Den kliniske aktiviteten på Radiumhospitalet flyttet 23. september inn i nytt klinikk- og protonbygg. Gjøtt om vi har gledet oss!

I prosessen med planlegging av fremtidig drift av nytt Radiumhospitalet ble det besluttet en tydelig satsning på palliasjon gjennom styrking av det palliative tilbudet til både inneliggende og hjemmeboende pasienter. Denne videreutviklingen ble organisert som et prosjekt med oppdrag om å se på det totale palliative tilbudet, inkludert organisering og etablering av ny sengepost med spisskompetanse på palliasjon. Det ble lagt til grunn at organiseringen av det palliative tilbudet skulle være i tråd med NOU 2017:16 «På liv og død – palliasjon til alvorlig syke og døende» hvor modellen for et regionalt palliativt senter er beskrevet.



Joran Slaaen, konstituert seksjonsleder Sengepost 6 Sør og Palliativt team.

Sengerom i den nye lindrende sengeposten, 6 Sør.



Vi ser frem til en spennende og utfordrende oppstart, men mest av alt denne unike muligheten til å bygge opp en spesialisert palliativ enhet på landets eneste kreftsykehus.

Regional kompetansetjeneste for lindrende behandling Helse Sør-Øst (KLB) inkludert en stor forskningsgruppe (European Palliative Care Research Centre), flytter fra Ullevål til Radiumhospitalet, og det etableres en ny sengepost (Sengepost 6 sør) for pasienter som har behov for spesialisert palliativ behandling. Det kliniske tilbudet vil i tillegg bestå av poliklinikk og palliativt team med tilsyn til inneliggende pasienter. Dagens prosjekt med ambulant behandling i hjemmet vil fra 2025 gå over i ordinær drift og utvides til å omfatte alle bydeler med OUS som lokalsykehus.

Den nye sengeposten åpnet med 8 palliative senger i flotte lokaler i byggets 6. etasje. Sengetallet vil økes fra februar 2025 når den kliniske onkologiske aktiviteten på Ullevål flyttes til Radiumhospitalet. Vi ser frem til en spennende og utfordrende oppstart, men mest av alt denne unike muligheten til å bygge opp en spesialisert palliativ enhet på landets eneste kreftsykehus. Radiumhospitalet får nå et fullverdig regionalt palliativt senter. Samarbeid på tvers vil gi et styrket kompetansemiljø og ikke minst et bredere tverrfaglig tilbud til pasienter og pårørende.

Ny tverrfaglig lettpost

På Radiumhospitalet har det vært sengeposter og et hotell hvor det ikke er ansatt helsepersonell. I planleg-

gingen av det nye sengepostbygget ble det derfor sett på en løsning hvor pasienter som er selvstelte og oppegående kunne ligge på en tverrfaglig lettpost, slik at de får oppfølging på tilpasset omsorgsnivå. Det ble gjort et grundig arbeid, hvor erfaringer fra andre sykehus med lettpost ble brukt som erfaringsgrunnlag. Ut fra dette ble det planlagt oppstart av en tverrfaglig lettpost. Gruppen så også på hva slags behandling som kan gis på tverrfaglig lettpost og hvilke eksklusjonskriterier det skulle være.

På tverrfaglig lettpost på Radiumhospitalet får pasientene tilsyn av sykepleiere gjennom hele døgnet. Det er planlagt med pasienter fra alle avdelinger i sykehuset som trenger hjelp til behandling av bivirkninger i forbindelse med strålebehandling, oppstart av sondeernæring, TPN, antibiotika intravenøst, oppfølging av pasienter med dren de ikke kan dra på hotellet med eller hjem med og pasienter som er til mindre kirurgiske inngrep som trenger en natts overnatting. Vi har satt noen eksklusjonskriterier, da en tverrfaglig lettpost har lavere bemanningsfaktor enn en vanlig sengepost. Pasienter med delirium, demens, aktivt rusmisbruk eller som har psykiske diagnoser som gjør at de trenger ekstra oppfølging kan ikke være på tverrfaglig lettpost.

Åtte sykepleiere er ansatt i faste stillinger. De som er



Monica Nordseth Engan, konstituert seksjonsleder tverrfaglig lettpost, her sammen med Joran.

ansatt har erfaring fra både kirurgiske og medisinske sengeposter, som er et godt utgangspunkt da pasientene vil komme fra begge grupper. De er alle svært engasjerte i å få være med på å starte opp en ny sengepost. I tillegg til sykepleierne er det ansatt en fagsykepleier med erfaring fra både onkologisk og kirurgisk onkologisk avdeling. Det er også en leder som er ansatt i 100% stilling.

Det har i opplæringsperioden vært stort fokus på fagdager og hospitering før oppstart. Fagsykepleiere fra mange avdelinger har bidratt inn som gode fore-

dragsholdere og vært åpne for spørsmål. For å sikre god sykepleie til så mange diagnose grupper har vi lav terskel for å kunne kontakte de samarbeidende avdelingene for spørsmål. I tiden fremover vil videreutvikling av rutiner og undervisning ha stort fokus for å gi sykepleie av høy kvalitet.

Pasienter på tverrfaglig lettpost er mer oppegående enn en på vanlige sengeposter, vi håper derfor at vi skal kunne få til noe mer sosialt samvær og at pasientene som er innlagt også kan bruke Vardesenteret som et avbrett i sykehushverdagen. ●

Frihet i en bærbar pumpe

Tidligere fikk pasienter langvarige og kontinuerlige cellegiftkurer med Fluorouracil (5FU) mens de var innlagte på sykehus. Siden 2016 har imidlertid Avdeling for kreftbehandling ved Oslo universitetssykehus (OUS) gjort det mulig for pasienter å fortsette cellegiftsbehandlingen hjemme ved hjelp av en bærbar intravenøs pumpe. Dette har gitt pasientene større frihet til å være fysisk aktive og redusert behovet for sykehusinnleggelse.



Full beholder til venstre, og tom beholder til høyre. Foto: Marie Lian

ELASTOMERISK BÆRBAR INFUSJONSPUMPE

En elastomerisk pumpe er et bærbart, ikke-elektronisk infusjonssystem utviklet for å administrere legemidler intravenøst til pasienter. Selve pumpen består av en ballong omgitt av et hardt hylster. Ballongen har et konstant overtrykk (elastomerisk), og begynner umiddelbart å infundere legemiddelet når den kobles til det venøse kateteret. Pumpen vil fortsette kontinuerlig infusjon frem til ballongen er tom, eller ved at man kobler pumpen fra. Man kan se at ballongen inne i pumpen gradvis blir mindre etter hvert som mengden av legemiddelet reduseres. Elastomeriske pumper finnes i forskjellige varianter, avhengig av hvor mange timer legemiddelet skal administreres over (1).



Foto: Jaime Grajalés Benjumea/Stock



Marthe Bråthen

Fagutviklingssykepleier, Avdeling for sengeposter, Kreftklinikken, OUS



Bente Olsen

Kreftsykepleier med fagansvar, AFSS1, Avdeling for sengeposter, Kreftklinikken, OUS



Gudveig Storhaug

Fagutviklingssykepleier, Avdeling for sengeposter, Kreftklinikken, OUS

Tilbakeblikk til 2016

La oss ta et skritt tilbake til 2016, da konseptet med cellegiftbehandling i hjemmet (CIH) virkelig begynte å ta form på sengepost AKBS2 ved Kreftsenteret på Ullevål. Denne sengeposten var en av fem sengeposter i Avdeling for kreftbehandling, og hadde ansvaret for pasienter med kreft i mage- og tarmsystemet. Tradisjonelt ble pasientene innlagte på sengeposten for planlagt behandling med 5FU, som innebar kontinuerlig cellegift i to til fem døgn, avhengig av behandlingsregimet. Dette betydde at pasientene måtte ha med seg infusjonsstativet døgnet rundt, noe som i stor grad bandt dem til sengeposten og begrenset deres mulighet til å være aktive. I tillegg førte pipende infusjonspumper ofte til forstyrrelser om natten.

Vi opplevde denne behandlingen som krevende for pasientene. Mange av pasientene ble slitne og sov dårlig den tiden de var innlagte. Et par engasjerte sykepleiere og en lege så en mulighet til å forbedre livskvaliteten



Sikkerhetskobling. Foto: Gudveig Storhaug

for disse pasientene. De foreslo å konvertere behandlingen til en bærbar elastomerisk infusjonspumpe, som ville gi pasientene større bevegelsesfrihet og muligheten til å dra hjem med pågående behandling. Pasientene har lenge brukt cellegifttabletter hjemme, men overgangen til intravenøs CIH innebar en rekke utfordringer. Dette krevde nytenkning, endringer i rutiner, implementeringsarbeid og utforming av prosedyrer.

Utprøving, problemløsning og implementering

I oppstartsfasen startet vi med å undersøke hvilke muligheter som fantes. Det store væskevolumet i 5FU ble i samarbeid med Sykehusapoteket konvertert til et mye mindre volum, og tilpasset en elastomerisk pumpe. Vi fulgte pasientene tett for å være sikre på at det ikke oppstod noen problem, og beholdt pasientene innlagt på sykehus.

Den første tiden var preget av å teste ut og løse ulike problemstillinger som oppstod. Vi hadde noen utfordringer med at pumpen leverte legemidlet for raskt

eller for sakte, og hadde hyppig dialog med både leverandøren og Sykehusapoteket underveis. Vi lærte at selve infusjonshastigheten reguleres av temperatur, og at sterk varme eller kulde derfor bør unngås. Dette løste vi ved at hastighetsregulatoren på pumpen som sitter ytterst på slangen, ble pakket inn og festet tett inntil kroppen slik at den holdt varmen. I tillegg bør man være observant på plassering av pumpen. Den skal ikke plasseres verken for høyt eller for lavt. Infusjonshastigheten er optimal når pumpen og koblingen er plassert på samme nivå. Vesken bør derfor plasseres over skulderen for å sikre riktig høyde.

En annen utfordring vi møtte, var manglende mulighet til å skylle med nøytral væske før frakobling av pumpen. Dette er et viktig trinn for sikker håndtering av cellegift og andre kreftlegemidler, som har potensielle skadelige egenskaper for helsepersonell (2). For å løse dette, innførte vi en sikkerhetskobling ved bruk av de elastomeriske pumpene. Denne sikkerhetskoblingen forhindrer både forurensning fra omgivelsene og utslipp av 5FU i miljøet. Den er helt lukket, noe som

betyr at man unngår eksponering når pumpen kobles fra. I tillegg kan infusjonen enkelt og trygt kobles fra midlertidig ved behov, for eksempel hvis pasienten trenger kvalmestillende eller vandrivende intravenøst (3).

Etter hvert erfarte vi at det var lite behov for oppfølging under pågående behandling, og at det var både gjennomførbart og trygt å overføre pasientene til poliklinikken for behandling. Selv om poliklinikken allerede var kjent med disse pumpene, krevde det fortsatt betydelig innsats, spesielt med det økte antallet pasienter med elastomerisk pumpe. Pasientene ble koblet til behandlingen poliklinisk før de kunne reise hjem. Ved nedkobling returnerte pasienten til poliklinikken, eller til sengeposten dersom nedkoblingen skjedde i helgen eller på en helligdag.

I perioder ble volumet av nedkoblinger på sengepost stort, og mange pasienter måtte reise langt. Norge er et land med store avstander, derfor inngikk vi et samarbeid med flere lokalsykehus i Helse Sør-Øst for å håndtere nedkoblingene av pumpene. For å sikre et trygt og problemfritt forløp, utarbeidet vi prosedyrer for nedkobling som vi både sendte med pasientene, og gjorde tilgjengelige på internett i OUS sin eHåndbok. For pasientene var det svært verdifullt å kunne koble ned cellegiftkuren på sitt lokalsykehus, spesielt for dem med lang reisevei.

De elastomeriske pumpene var enkle å ta i bruk, da de krever få tekniske ferdigheter. Det ble utarbeidet prosedyrer for både opp- og nedkobling, samt en egen pasientinformasjon. Innføringen av sikkerhetskoblinger viste seg å være mer utfordrende. For at en sikkerhetskobling skal fungere som tiltenkt, kreves det at koblingen skrues helt fast slik at systemet er lukket. Det er også ulike måter å forhåndsfylle en sikkerhetskobling med nøytral væske før den tas i bruk. Etter litt prøving og feiling, fant vi til slutt en god løsning. Det krevde også noen runder med telefoner og besøk fra leverandøren. Prosedyrene ble samtidig oppdaterte for å sikre riktig bruk. Tilbakemeldingene fra sykepleiere underveis, har vært med oss under hele prosessen.

Implementering av en ny tjeneste som denne kan være utfordrende, fordi det krever endringsvilje hos mange. I prosjektets oppstartfase ble det utarbeidet en detaljert implementeringsplan hvor vi indentifiserte viktige hemmere og fremmere. En svært sentral fremmer i prosjektet har vært at dette har betydd mye



Riktig plassering av pumpen. Foto: Bente Olsen

for pasientene. Pasientene uttrykte lettelse over å bytte til en elastomerisk pumpe, da de ikke lenger trengte å være koblet til et infusjonsstativ. Den elastomeriske pumpen er både liten og lett, og kan enkelt skjules i en liten veske. Pumpen er lydløs og er enkel i bruk. Den har minimal innvirkning på daglige aktiviteter, slik at man kan bevege seg fritt, og for eksempel handle eller besøke venner.

Ønske om å gi bærbare pumpe til flere kreftpasienter

Våre erfaringer med elastomeriske pumper med 5FU er gode, og har resultert i «reduerte kostnader, frigjøring av sengeplasser og tilfredse pasienter» (4). Vi har dessverre ingen god måte å hente ut statistikk på hvor mange cellegiftkurer og sengeplasser som faktisk ble frigjorte. Vi hentet ut tall på hvor mange 5FUKurer på elastomeriske pumper Sykehusapoteket hadde produsert, og det ble i 2021 produsert omtrent 785 pumper til Avdeling for kreftbehandling fordelt på rundt 200 pasienter. Disse tallene må brukes med forsiktighet, da poliklinikken i samme sykehusavdeling allerede gav slike kurer. Det er uansett et stort volum av disse 200 pasientene som tidligere var innlagt på sengepost, men som nå i all hovedsak får sin behandling poliklinisk, og drar hjem med pågående behandling. Gode erfaringer og tilbakemeldinger på CIH med elastomeriske pumper gjorde at vi ønsket å utvide tilbudet til flere kreftpasienter. Elastomeriske pumper



Kreftsykepleier Marthe Bråthen med CADD solis. Foto: Bente Olsen



kan ikke infundere store væskemengder eller administrere legemidler utenfor de forhåndsbestemte volumene. For å kunne utvide tilbudet var det derfor en forutsetning å finne en ny type infusjonspumpe. I 2018 ble det kjøpt inn et par CADD Solis-pumper, og man startet opp med utprøving og problemløsning på sengeposten AKBS2. CADD Solis-pumpene krevde mer tekniske ferdigheter enn de elastomeriske, og vi møtte på langt flere utfordringer i utprøvsperioden.

For å finne noen som hadde erfaring med å gi cellegift på CADD Solis, måtte vi se utover landegrensene. Vi dro på studiebesøk til Danmark to ganger i 2018, og til Sverige i 2019. Sistnevnte studiebesøk ble finansiert av penger vi vant i en innovasjonskonkurranse ved OUS. I våre naboland hadde de god erfaring med cellegift på pumpen CADD Solis. Studiebesøkene var svært nyttige, og de delte velvillig av sin erfaring. Vi fikk høre om gode pasienterfaringer, tips til valg av infusjonssett og koblinger, samt protokoller på cellegiftkurer. Vi dro hjem med sekken full av inspirasjon og pågangsmot. Alt dette bidro til at det var lettere for oss å komme et steg videre, og det ble tydeligere for oss hva som kreves av både pasienter og helsepersonell.

Vel hjemme startet vi å utarbeide en omfattende opplæringspakke som inneholdt prosedyrer, retningslinjer og pasientinformasjon. I tillegg laget vi en film om hjemmebehandling med CADD Solis, og et eget e-læringskurs for pumpen. I begynnelsen ble pumpen brukt til væskebehandling, antibiotikabehandling og total parenteral

ernæring. Pasientene forble inneliggende mens vi prøvde ut pumpen. Etter hvert fikk også pasienter som skulle ha cellegift behandlingen sin på CADD Solis. Først ble dette testet ut på pasienter med neuroendokrin tumor som skulle ha Etoposid. Deretter ble CADD Solis implementert av fagsykepleiere på en annen sengepost i Avdeling for kreftbehandling som behandler ungdom og unge voksne med sarkom i 2020 (5).

CIH er ikke et nytt konsept, og flere land i Europa har mange års erfaring med ulike former for CIH. Internasjonal forskning har identifisert mange fordeler med å flytte behandlingen hjem til pasienten, og flere studier har konkludert med at det er et trygt og likeverdig alternativ til den tradisjonelle sykehusbehandlingen (7,8,9,10).

På sengeposten har vi i denne perioden gjort oss noen erfaringer. En av utfordringene er at vi har måttet jobbe på en annen måte. Pasientene får ved CIH et kortere sykehusopphold, noe som betyr at alt som tidligere ble utført over hele døgnet, nå må gjøres i det lille vinduet pasienten faktisk er på sykehuset. Dette inkluderer for eksempel blodprøver, meldinger til kommunen, resepter, undersøkelser og henvisninger. Det blir mindre rom og tid til gode samtaler hvor vi kan ivareta pasientens psykososiale behov, utføre grundige kartlegginger og gi tilpasset informasjon. I tillegg har mange pasienter med kreft i mage-tarmkanalen ernæringsutfordringer hvor vi tidligere kunne igangsette ernæringstiltak mens pasientene var innlagte.

Pasientene blir på den andre siden vant til å være kortere tid på sykehuset, og vi opplever ofte at de

ønsker å dra raskt hjem igjen. Av den grunn har vi erfart at det er viktig å planlegge godt før pasienten kommer, slik at man rekker å gjøre alt som må gjøres. Kuren bør være bestilt av lege, og helst ferdigblandet av Sykehusapoteket. Vi bør være godt forberedte, og unngå å ha mange andre oppgaver mens pasienten er til stede. Etter at pasienten har reist, må det settes av tid til dokumentasjon. Dette kan føre til at det blir mindre tid til samtaler. Det er imidlertid viktig å understreke at dette ikke alltid er lett å gjennomføre på en sengepost, da det er mye uforutsett som kan oppstå.

En annen erfaring vi har gjort oss er at når vi flytter behandlingen hjem til pasienten, legges det et større ansvar på de pårørende. Derfor tenker vi at det er viktig å inkludere de pårørende i avgjørelsen om CIH. Når pasientene er innlagte på sengepost, er det ofte god tid til å snakke med pårørende på kvelden. Vi opplever at vi mister denne muligheten for samtaler når pasient og pårørende bare er til stede i en kortere periode. For å forsøke å bedre pårørendes situasjon, har vi i Avdeling for kreftbehandling utviklet en prosedyre og en nettside for ivaretagelse av pårørende (11). Pårørende kan selv kontakte de tjenestene de har behov for.

Det er viktig å evaluere og kvalitetssikre en ny tjeneste som CIH. Det pågår nå tre forskningsprosjekt i regi av masterutdanning for å undersøke hvordan CIH erfarer av pasient, helsepersonell og pårørende. Det første masterprosjektet er en kvalitativ studie om ungdom og unge voksnes opplevelse av onkologisk hjemmebehandling. Det andre masterprosjektet er en kvalitativ studie om hvordan pårørende til ungdom og unge voksne med diagnosen sarkom erfarer sin rolle som

pårørende ved CIH. Det siste masterprosjektet er i oppstartsfasen, og skal undersøke helsepersonell sine erfaringer med onkologisk hjemmebehandling. ●

Referanser

1. Brukerveiledning elastomerisk pumpe (Baxter-pumpe®) - oppkobling med sikkerhetskobling (Internett). Oslo: Oslo universitetssykehus; 2024 (hentet 11.september 2024). Tilgjengelig fra: eHåndbok - Brukerveiledning elastomerisk pumpe (Baxter-pumpe®) - oppkobling med sikkerhetskobling (ous-hf.no)
2. Cytostatika og andre kreftlegemidler - generelt dokument om håndtering (Internett). Oslo: Oslo universitetssykehus; 2022 (hentet 11.september 2024). Tilgjengelig fra: eHåndbok - Cytostatika og andre kreftlegemidler - generelt dokument om håndtering (ous-hf.no)
3. Brukerveiledning elastomerisk pumpe (Baxter-pumpe®) - nedkobling med sikkerhetskobling (Internett). Oslo: Oslo universitetssykehus; 2023 (hentet 11.september 2024). Tilgjengelig fra: eHåndbok - Brukerveiledning elastomerisk pumpe (Baxter-pumpe®) - nedkobling med sikkerhetskobling (ous-hf.no)
4. Storhaug, G., Kaurin, R. M. & Kaasa, S. (Internett). Kreftpasienter vil helst være hjemme. Oslo: Oslo universitetssykehus - Ekspertsykehuset; 2021 (hentet 11.september). Tilgjengelig fra <https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/kreftklinikken/avdeling-for-kreftbehandling/kreftpasienter-vil-helst-vere-hjemme>
5. Bøgseth, H., Sandven, I. H. & Hompland, I. Cellegift hjemme til ungdom og unge voksne med sarkom (Internett). Oslo: Onkoytt - Norsk onkologisk forening, 2; 2023 (hentet 11.september). Tilgjengelig fra: <https://onkoytt.no/cellegift-hjemme-til-ungdom-og-unge-voksne-med-sarkom/>
6. CADD-SOLIS infusjonspumpe (Internett). Oslo universitetssykehus; 2020 (hentet 11.september 2024). Tilgjengelig fra: <https://ehandboken.ous-hf.no/document/130574>
7. Cool, L., Vandijck, D., Debruyne, P., Desmedt, M., Lefebvre, T., Lycke, M., De Jonghe, P. J., Pottel, H., Foulon, V., & Van Eygen, K. (2018). Organization, quality and cost of oncological home-hospitalization: A systematic review. *Crit Rev Oncol Hematol*, 126, 145-153. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2018.03.011>
8. Evans, J. M., Qiu, M., MacKinnon, M., Green, E., Peterson, K. & Kaizer, L. (2016a). A multi-method review of home-based chemotherapy. *European Journal of Cancer Care*, 25(5), 883-902. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1111/ecc.12408>
9. Larsen, F. O., Christiansen, A. B., Rishøj, A., Nelausen, K. M., & Nielsen, D. L. (2018). Safety and feasibility of home-based chemotherapy. *Danish Medical Journal*, 65(5). Tilgjengelig fra: Safety and feasibility of home-based chemotherapy - PubMed (nih.gov)
10. Nørskov, K. H., Fridthjof, K., Kampmann, P., Dünweber, A., Andersen, C. L., Renaberg, T., Schöllkopf, C., Ahmad, S. A., Schou, K., Jensen, C. F., Møller, P., Lundholm, B. W., Marcher, C., Jepsen, L., Ørntoft, A. K., Ommen, H. B., Andersen, L., Behrentz, A., Haselgren, C. F., Severinsen, M., Grand, M. K., Jarden, M., Møller, T. & Kjeldsen, L. (2022). A national Danish proof of concept on feasibility and safety of home-based intensive chemotherapy in patients with acute myeloid leukemia. *Leukemia Research* 112, 106756-106756. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1016/j.leukres.2021.106756>
11. Pårørende (over 18 år) - ivaretagelse i AKB (Internett). Oslo: Oslo universitetssykehus; 2024 (hentet 11.september 2024). Tilgjengelig fra: Pårørende (over 18 år) - ivaretagelse i AKB

CADD SOLIS INFUSJONSPUMPE

CADD Solis er en elektronisk infusjonspumpe med mange bruksområder, som antibiotikabehandling, smertebehandling, intravenøs ernæring, væskebehandling og cellegiftbehandling. Avhengig av størrelsen på behandlingen, kan pasienten bruke en mageveske eller spesialsekk. En av sekkene kan romme opptil 3 liter, noe som er nyttig ved behandling som krever store mengder væske over tid. Dette gjør at pasienten i større grad kan bevege seg fritt, selv under pågående behandling (6).



Samtalegruppe for ukrainske flyktninger med kreft

Eit samarbeid mellom sjukepleiar i flyktninghelsetenesta og kreftkoordinator i Øygarden kommune



Kjersti Hammersland

Sjukepleiar i flyktninghelsetenesta i Øygarden kommune



Inger Fosse

Kreftsjukepleiar og kreftkoordinator i Øygarden kommune

Hausten 2023 starta vi opp eit gruppetilbod for ukrainske flyktningar med kreft. Vi ønsker med denne artikkelen å dele litt av våre erfaringar med dette arbeidet. Kanskje kan vi inspirere andre til å etablere tilsvarande tilbod? Vi har iallfall erfart at når vi samarbeider på tvers av tenestene og har støtte frå kollegaer og leiarar har dette blitt eit godt tilbod. Og vi har erfart at vegen blir litt til undervegs.

Flyktninghelsetenesta tok kontakt med kreftkoordinator då kommunen fekk tildelt fleire flyktningar som kom til Norge for å få kreftretta behandling. Vi starta eit samarbeid ved at kreftkoordinator deltok på ein samtale med den enkelte flyktning. På grunn av sjukdom og behandling kunne nokre av flyktningane ikkje delta på introprogram og norskopplæring slik dei andre som kjem til Norge får tilbod om. Dette gjorde at deira moglegheiter for å utvikle nettverk, samt få nødvendig kunnskap om samfunnsniv og rettigheter i Norge vart avgrensa. I tillegg hadde dei ei anna viktig erfaring til felles, opplevinga av å rammast av kreft, med dei kjenslemessige utfordringane og hjelpebehova det medfører. I kontakta med flyktningane kom idéen om at det kunne vera nyttig og fint å samle dei i ei gruppe med faste møter. Dei fleste flyktningane kom frå mottak i Bergen til bustader spreidd omkring i kommunen. Det vart ein stor overgang for dei og ikkje så lett å treffe andre lenger. Øygarden er ein langstrakt kommune med variert busstilbod avhengig av kor ein bur. Målet med gruppa var både å gje dei ein moglegheit til å bli kjent med andre i same situasjon, dele erfaringar og å sikre at dei får ein del informasjon likt som andre flyktningar frå Ukraina.

Deltakarar

Vi starta opp hausten 2023 med fire personar i gruppa. Dei var i utgangspunktet litt skeptiske, men møtte likevel opp. Etter kvart har det kome til fleire som har blitt inkludert i gruppa når dei har flytta til kommunen. Vi har totalt hatt sju personar inno i gruppa vår, både menn og kvinner i alderen 35 – 75 år. Dei har ulike

kreftdiagnosar og er både i kurativ, livsforlengande og palliativ fase. Nokre av dei har kome til Norge åleine, andre med barna sine eller med heile familien sin.

Organisering

Vi har møta våre i lokala til flyktninghelsetenesta som ligg sentralt i kommunen og i kort avstand til buss-terminalen. Det var litt utfordrande å finne riktig tidspunkt i forhold til buss-tider, henting av barn på skule og sjukehusavtaler, men fant ei fast tid som vi har halde på. Sjukepleiar sendar ut påminning på SMS til alle i forkant av kvart møte. På hausten hadde vi møter kvar 14. dag, etter nyttår gjekk vi over til ein gong i månaden. Vi har oppmuntra dei til å organisere møter sjølve utanom dette, det har nok vore litt vanskeleg å få til, men vi erfarer at dei har kontakt på SMS og telefon utanom dei organiserte gruppesamlingane. Møta er sjølvstilt frivillig, men vi har oppmuntra dei til kome minst ein gong. Fleire som har vore skeptiske har likevel valt å kome igjen og fortel at gruppa, samhaldet og informasjonen har vore viktig for dei. Om dei har vore i dårleg form har vi tilbydt å hente dei i bil, noko fleire har nytta seg av i periodar. Møtene har vart i ca to timar. Vi har enkel servering med kaffe, te, vatn, frukt og kjeks.

Tema for samlingane

Første samling hadde vi fokus på å bli kjent med kvarandre og å skape trygge rammer for gruppa. Dei har hatt ønske om at gruppa skal vera oppmuntrande og ikkje ha for mykje negativt fokus.

Vi startar alltid møta med å høyre om det er noko dei har lyst å dela sidan sist. Det kan vera både noko som har hendt sidan sist eller noko som var uklart sist vi var

← samla. Vi har hatt pakkeforløp heim for kreftpasientar og tema til samtalen (henta frå pasientbrosjyren til Helse- direktoratet) som ei rettesnor for aktuelle tema. Deltakarane har og kome med sine ønsker. Tema vi har hatt til no er barn som pårørende, økonomi, fysisk aktivitet, fatigue, energibalanse, hjelp til å handtere tankekjør, søvn, kosthold og immunterapi. Dei har etterspurt hjelp til å meiste utfordringar og metodar til sjølvhjelp. Vi har og gitt informasjon om Kreftforeningen, Vardesenteret, treningstilbod i kommunen og diverse støtteordningar. Informasjon om økonomisk støtte fra Kreftforeningen er utgitt på ukrainsk, den har vi kunne dele ut. Vi har fått god hjelp frå NAV si flyktningeteneste i kommunen til å informere og svare på spørsmål, dette har vi hatt som tema fleire gonger, her er det alltid mange spørsmål.

Turer

I desember drog vi på besøk til Vardesenteret på Haukeland sjukehus. Vi fekk omvising på senteret og dei frivillige fortalte om Vardesenteret via telefonolk. Dette året har Vardesenteret hatt tilbod med ukrainsk tolk til faste tider, eit fint tiltak som vi har informert om til vår gruppe. Før sommeren drog vi på tur til Fløien og spiste lunsj på Fløirestauranten. Vi søkte og fekk økonomisk støtte fra Kreftforeningen. Støtten gjekk til billetter til Fløibanen og lunsj. Frå kommunen fekk vi dekt drosje tur-retur. Deltakarane våre er i ulik fysisk form så dette var avgjerande for at alle kunne vera med. Det var ein svært takknemleg gjeng på tur. Denne dagen fekk vi med oss tolk fysisk tilstade heile dagen.

Bruk av tolk

På møtene våre har vi brukt telefonolk. Det har stort sett fungert bra og vi har hatt eit godt samarbeid med tolk- tenesta. Det har variert mellom russiske og ukrainske tolker. Vi har jo sjølsagt ønska ukrainske tolker, men det har ikkje alltid vore mogleg å få til. Deltakarane våre har alltid blitt spurt om det er greitt med russisk tolk og dei har bekrefta at det går fint. Utfordringa har vore at vi har fått forskjellige tolkar kvar gong, og vi merker stor skilnad på korleis dei tolkar. Vi har ein høytalar plassert midt på bordet, men det har nokre gonger vore vanskeleg for tolken å få med seg heile samtalen i gruppa. Fordelen med telefon- tolk er at den blir eit hjelpemiddel i rommet og ikkje ein person som ein snakkar til. Vi trur at den direkte samtalen har vore enklare å få til, samtidig som gruppa lyttar meir til den som har ordet. Det er ikkje alltid tolken har klart å oversetse samtalen mellom deltakarane, då har vi stoppa opp etter ei stund og bedt tolken om ei oppsummering.

Våre erfaringar med gruppa etter eitt år

Tilbakemeldingar frå gruppa fortel oss at den er viktig for dei som har vore med. Vi ser at dei har knytt kontakt og vennskap utover møta i gruppa. Dei er svært trufaste til å koma kvar gong, så lenge det ikkje kolliderer med avtaler på Haukeland. Vi har nokre gonger vore behjelpelig med å flytte på avtaler, som f.eks. tannlegetimar for at dei skal kunne prioritere gruppa. Andre gonger har vi tilbydd å hente dei eller flytte møta for å gjere det mogleg å delta. Vi ser at det er viktig at vi som driv gruppa er fleksible og rause og prøver å imøtekomme behova deltakarane har «Eg kjem her fordi det er trygt å vera her» har ein av deltakarane sagt. Ein annan har uttrykt at «eg ser fram til å koma i gruppa, de er som familie for meg». Det å skape eit rom der sårbar menneske trivst og kjenner seg trygge er ei viktig drivkraft for oss.

Vi har hatt lite fokus på den enkelte sin kreftsjukdom med diagnose, behandling og prognose. Undervegs i møta våre kjem det gjerne fram etterkvart, men då er det opp til dei sjølve kva dei vil dela. Vi har visst at deltakarane har vore både i kurativ, livsforlengande og palliativ fase. Dei fleste er medisinsk evakuerte, det betyr at dei allereie var i kreftbehandling når dei kom til Norge. Vi har stilt oss spørsmål som gruppeleiarar, kva vi gjer vi den dagen dei må avslutte behandling, blir svakare og dør? Korleis skal vi handtere det i gruppa? Korleis vil dei reagere? Erfaringa vår er at dette må vi løyse etter kvart i samarbeid med den det gjeld. Deltakarar har ønska å dele informasjon i gruppa om at behandling er avslutta. Vi har hatt dødsfall i gruppa vår. Då valte vi å invitere gruppa til eit ekstra møte der vi tente lys og snakka litt om den som var død og kva tradisjonar vi har som er like og ulike i Norge og Ukraina. Vi har gjennom erfaring med alvorleg sjukdom og dødsfall sett kor viktige deltakarane har vore for kvarandre. Det har handla om god støtte til den døande og god og nyttig informasjon i samarbeid med hjelpe apparatet slik at deira jobb vart gjort på ein betre og meir ivaretagande måte.

Då vi oppdaga at ein i gruppa var glad i musikk og dans og kunne spele piano, klarte vi å skaffe eit keyboard gjennom musikkterapeutane i kommunen.

I løpet av året har vi fått nye flyktningar med kreft til kommunen. Gruppa har teke godt imot dei, og utsagn som: «fortel dei kor viktig gruppa er for oss» har vore fint å ta med for oss som er gruppeleiarar. Vi har alltid ein samtale på forhånd med den enkelte for å informere om gruppa og sagt at dei er velkomne uansett kor dei er i behandlingsforløpet. Gruppeleiarar har vore dei same heilt frå starten av, sjukepleiar frå flyktningehelsetenesta og kreftkoordinator i kommunen. Vi har bidratt med

ulik kompetanse inn i gruppa. Sjukepleiar frå flyktningehelsetenesta har i tillegg hatt mykje av det praktiske og organisatoriske ansvaret rundt møta. Det er godt og heilt nødvendig å vera to gruppeleiarar. På møta kjem det opp spørsmål vi må ta tak i, og som tidlegare nemnt har vi måtte løyse ting undervegs. Vi har blant anna flytta møtet til institusjon for at alle skal kunne vera med.

Det er alltid interessant å bli kjent med andre kulturar og tankesett. Våre ukrainske venner i gruppa har fortalt oss at det å alltid ha eit håp, er noko av det viktigaste for dei. I Norge er vi oppteken av at pasientane må få informasjon om sjukdomen sin og det blir ofte spørsmål om sjukdomsutvikling, plager og prognose. Nokre i gruppa vår har vore tydeleg på at dette syns dei er vanskeleg å forhalde seg til i samtaler med helsepersonell. Dei vil ikkje ha alle dei «dårlege nyhetene» eller snakka om døden. Erfaringa vår er at vi også har ganske ulik praksis når det gjeld informasjon til barna og korleis dei involverast når ein forelder får kreft. Vårt inntrykk er at mange i gruppa meiner at det er best for barna å ikkje informere dei om kreftdiagnosen for å skjerme dei for smerte. I Norge er barn sine rettigheter som pårørende lovfesta, noko som skal sikre deira behov for informasjon og ivaretaking i slike situasjonar. Vi har i gruppa

hatt gode samtaler omkring desse tema og vi har formidla korleis vi er vant med å informere. Her opplev vi det som viktig å trå varsamt og ha respekt for forskjellane våre.

Vegen vidare

Vi har starta opp igjen i haust med månadlege møter. Vi har møtetid på to timar, det er litt lenge, men tida går fort når all kommunikasjon må gå gjennom tolken. I haust har vi planlagt å sette av siste halvtime med tolk til individuell oppfølging om det er noko dei vil ta opp. Vi ser at dei ofte kjem med brev dei ikkje forstår, rekningar eller anna dei treng å få svar på eller ønsker å ta opp noko individuelt når vi har grupper. Vi vil fortsette med telefonolk, men prøve om vi kan få den same tolken kvar gong. Vi kjem til å gjenta nokre tema som vi har hatt tidlegare og vi vil og invitere inn ein bruker som har eigen erfaring med kreft. På spørsmål til gruppa om ønske for tema, har dei sagt at det ikkje er så viktig for dei å vite det på førehand. Dei kjem ofte naturleg inn på utfordringar ved å leve med kreftsjukdom og vi får gode samtalar og diskusjonar. Vi har god støtte frå kollegaer i at dette arbeidet blir prioritert vidare. Vegen blir litt til undervegs og vi har ikkje eit klart svar på kor lenge vi skal halde på. ●

ANNONSE

Ynolens Parfymefri Lukt fjerner

- bidrar til livskvalitet.

Isoton
Lav bufferkapasitet
Hud - Slimhinner - Sår

Tilgjengelig for alle helseforetak
og helseinstitusjoner gjennom
lokale grossister

Lukt påvirker den enkeltes oppfatning av psykiske og fysiske tilstand til, seg selv og andre.

Bruk av Ynolens ved behandling gir:
Økt appetitt – Økt sosialisering – Økt Livskvalitet

Brukes ved behandling av:
Kreftpasienter.
Palliative pasienter.
Sår, slimhinner og hud.
Stomipasienter - Blåresept.
Gynekologisk undersøkelse.
Andre sykdomsrelaterte lukter.



1 Spray på bandasjen før den lesnes, dersom det er lukt. Flasken kan lagres i varmeskap



2 Spray når bandasjen blir løsnet og tatt av, samt spray på såret. Avstand ca. 15 cm.



3 Spray på brukt bandasje før den legges i avfallsposen, slik at den ikke ligger i avgir lukt.



4 Spray på såret og huden rundt, FØR sårvask. Avstand ca. 15 cm.



5 Vask/rens såret som planlagt, før eventuell debridering. Produktet fjernes med vann.



6 Ny bandasje.

Gratisvareprøver, send mail til: post@ynolens.no



KREVENDE: Å måtte ta avgjørende beslutninger mens man er alvorlig syk, kan skape mye press i en allerede vanskelig situasjon. Illustrasjonsfoto: Freepik

Publisert i sykepleien 23.10.2024

Pasientinvolvering utfordrer medisinsk ekspertise i beslutningsprosesser

Pasienter forventes å ta større ansvar for egne helsevalg. Samtidig kan det være en belastning å ta avgjørende beslutninger i sårbare faser av livet.

Sandra Jahr Svendsen

Ph.d.-stipendiat. Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for helsevitenskap, OsloMet – storbyuniversitetet

Ellen Karine Grov

Professor. Institutt for sykepleie og helsef

Katrine Staats

Førsteamanuensis. Fakultet for helsevitenskap, OsloMet – storbyuniversitetet, Campus Kjeller

Hovedbudskap

Hjemmeboende pasienter i palliativ fase trenger en fleksibel og individtilpasset tilnærming i beslutningsprosesser rundt pleie, omsorg og behandling. Det er viktig å ta hensyn til deres varierende helsekompetanse og preferanser. Pasientene veksler mellom å være selvstendige og avhengige av helsepersonell. Sykepleiere spiller en viktig rolle i å hjelpe pasienter med å ta gode beslutninger eller

ta avgjørelser som pasientene ikke ønsker å ta selv.

Dreiningen mot en mer brukerorientert helsetjeneste har ført til at pasientinvolvering i beslutningsprosesser om egen helse er blitt et sentralt tema (1). Pasientrollen har endret seg fra å være en passiv mottaker av ekspert hjelp til å være en aktiv deltaker med ansvar for egen helse. Der hvor ekspertens autoritet tidligere var dominerende (2), forventes pasientene nå å ha et utvidet ansvar for egen helse. Det vil si å være proaktive og ta helsemessige valg (3).

Det økende søkelyset og ansvaret på pasientene reflekteres blant annet i samvalg, *empowerment* og personsentrert omsorg. Samfunnet stiller kompetansekrav til pasientene, noe som reiser spørsmål om verdier og preferanser hos den enkelte pasient, men også helsepersonellet som møter pasienten. I en palliativ kontekst kreves en dypere forståelse av pasientens verdier og preferanser fordi det handler om mer enn å velge mellom ulike livsforlengende behandlingsmuligheter. Det handler om beslutninger om liv og død for pasientene som navigerer i et ukjent landskap, fant vi i vår studie (4).

Denne studien trekker frem pasienters erfaringer med involvering i beslutningsprosesser knyttet til behandling, →

pleie og omsorg i palliativ fase. Studien betraktes som et resultat av sin tid, forankret i samtidsdiskursen og det pågående skiftet i pasientrollen.

Pasientautonomi versus medisinsk ekspertise – en motsetning?

Samvalg bygger på oppfatningen om at pasientene er eksperter på seg selv og hva som betyr mest for dem, mens helsepersonell er eksperter på medisinsk kunnskap (5). Det er viktig for pasientene å eie sine valg (4), men eierskapet kommer til uttrykk på forskjellige måter. Der noen har behov for å medvirke aktivt i beslutninger, ønsker andre å overlate beslutningene fullt og helt til ansvarlig helsepersonell. Det er dokumentert at deltakelse i beslutningsprosesser lar pasienter beholde kontrollen over sitt eget liv og sine omsorgsvalg (6).

I studien til Romo og medarbeidere (7) beskriver pasientene at de følte at de hadde kontrollen selv om de delegerte beslutningsmakten til andre. Det utfordrer tanken om at å delta i beslutningsprosesser betyr å måtte ta stilling til beslutninger knyttet til eget liv og helse. Det belyser også viktigheten av å få muligheten til å overlate beslutningen til andre. Det er ikke nødvendigvis viktig å aktivt utøve kontroll over beslutningene sine for å føle at beslutningene er innenfor ens egen kontroll (7). Andre studier legger imidlertid vekt på viktigheten av å støtte pasientens autonomi og aktivt hindre dem i å overlate beslutninger til helsepersonell (8, 9).

I palliativ livsfase, der pasientene allerede er sårbare på grunn av helsetilstanden sin, reiser vi spørsmålet om hvorvidt pasientene får for mye ansvar for sin egen helse. Den utviklede pasientrollen, der pasientene er mer aktive i beslutninger, kan ha gått så langt at det ikke alltid er til det beste for dem.

Å måtte ta avgjørende beslutninger mens man er alvorlig syk, kan skape mye press i en allerede vanskelig situasjon. Det utfordrer ideen om å styrke pasientenes autonomi, fordi det kan være nødvendig å vurdere om det er hensiktsmessig å avlaste pasientene for visse typer beslutningsansvar, spesielt når det gjelder komplekse, livsforlengende behandlingsalternativer. Å la helsepersonell ta beslutninger, selv om det kan virke motstridende med personsentrert omsorg, kan under visse omstendigheter likevel være i tråd med disse prinsippene.

Pasienter har ofte stor tillit til helsepersonellens kompetanse, og tilliten kan manifestere seg som en følelse av eierskap til beslutningene tatt av fagpersonene, slik våre funn antyder (4).

Pilnick (10) peker imidlertid på utfordringer knyttet

til personsentrert omsorg i beslutningsprosesser. Hun argumenterer for at selv om denne tilnærmingen er ment å bekjempe medisinsk paternalisme og fremme pasientautonomi, fører den ofte til at pasienter føler seg overlatt til å ta beslutninger de ikke de er kvalifisert til å ta. Det samsvarer med funnene i vår studie, som viser at pasientene følte de fikk valg de ikke hadde forutsetninger for å ta.

Det skyldes ifølge Pilnick (10) at personsentrert omsorg har en tendens til å tilside sette medisinsk ekspertise, som pasienter ofte både ønsker og trenger. Pilnick mener derfor det må skilles mellom medisinsk ekspertise og autoritet. Personsentrert omsorg utfordrer den ubestridte autoriteten til helsepersonell og stiller spørsmål ved hvordan medisinsk ekspertise brukes. Med de endrede rollene for pasienter og helsepersonell kan vi tenke mer på hvordan vi kan bruke medisinsk ekspertise bedre for å støtte personsentrert omsorg.

Personsentrert omsorg har åpenbart styrket pasientens rolle, men å ignorere medisinsk ekspertise fullstendig kan være risikabelt, og det tror vi heller ikke har vært intensjonen i denne dreiningen.

Styrking av helsekompetanse og pasientinvolvering – fra informasjon til samvalg

Norge har i løpet av de siste tiårene arbeidet målrettet med å styrke befolkningens helsekompetanse. Helsekompetanse refererer til en persons evne til å forstå, bearbeide og effektivt bruke helseinformasjon (11). Begrenset helsekompetanse kan hindre autonomi og effektiv deltakelse i beslutningsprosesser (12). Schulz og Nakamoto (13) trekker imidlertid frem at vi ikke kan stole på pasientens helsekompetanse alene. En pasient som i utgangspunktet har høy grad av helsekompetanse, men som samtidig har begrenset grad av *empowerment*, evner kanskje ikke å uttrykke preferanser og verdier og delta aktivt i beslutningsprosesser.

Empowerment er et komplisert konsept som henger nært sammen med pasientsentrert tilnærming og pasientinvolvering (14). I den sårbare situasjonen pasientene står i, kan måten Schulz og Nakamoto (13) setter dette i sammenheng, illustrere kompleksiteten rundt pasientinvolvering i beslutningsprosesser.

Forskerne understreker viktigheten av at vi som helsepersonell ikke bare tilbyr informasjon, men at vi utforsker pasientens kompetanse, verdier, preferanser og hvem de er. På den måten blir informasjonen meningsfull og tilgjengelig for den enkelte.

Helsepersonell har derfor et stort ansvar for å skape et

miljø som tilrettelegger for reell pasientinvolvering, ved å avklare helsekompetanse i samvalg. Det gir inntrykk av pasientens forståelse for valg som skal tas, samtidig som pasientens autonomi balanseres med behovet for støtte til å ta informerte beslutninger. Det er viktig å skille mellom informert samtykke, som er juridisk og etisk nødvendig, og samvalg, som er en dypere prosess som involverer pasienten mer helhetlig i beslutningstakingen.

Samvalger mer enn ren aksept av behandlinger. Med samvalg søker man å integrere pasientens verdier, preferanser og livssituasjon i beslutningsprosessen (15). Tonelli og Sullivan (15) argumenterer for at dersom en beslutningsprosess skal være delt, må også helsepersonells verdier og preferanser på bordet. Det holder ikke med pasientens. Det krever et bredt engasjement fra klinikere, og det innebærer at de evner å innlemme kunnskapen, erfaringene og verdiene til alle deltakere i beslutningsprosessen.

Konklusjon

Vår studies funn tilsier at ikke alle pasienter ønsker å ta stilling til de ulike valgene de står overfor (4). Selv om pasientinvolvering og samvalg er sentrale elementer i moderne helseomsorg, er det viktig å erkjenne mulige begrensninger og utfordringer. Vi må våge å diskutere åpent, og vi må unngå en modell der pasienter forventes å delta i alle beslutninger uten nok kunnskap og støtte til å uttrykke sine verdier og ønsker.

En balansert tilnærming synes nødvendig, der pasientens autonomi og ønsker respekteres, samtidig som helsepersonells rolle med helsefaglig ekspertise anerkjennes. Også når pasienter velger å overlate beslutninger til helsepersonell etter en grundig og åpen diskusjon, bør det betraktes som en del av samvalgsprosessen. ●

Referanseliste

- Meld. St. 34 (2015–2016). Verdier i pasientens helse-tjeneste – Melding om prioritering. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.; 2016 [hentet 3. august 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/?ch=1>
- Parsons T. An outline of the social system. I: Parsons T, Naegle KD, Petts JR, red. Theories of society: New York: Free Press; 1951. s. 30–79.
- Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen [internett]. Oslo: HOD; 9. mai 2019 [hentet 7. august 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/strategi-for-a-oke-helsekompetansen-i-befolkningen-2019-2023/id2644707/>

4. Svendsen SJ, Grov EK, Staats K. Patients' experiences with shared decision-making in home-based palliative care – navigation through major life decisions. BMC Palliat Care. 2024;23(1):101. DOI: 10.1186/s12904-024-01434-2

5. Bomhof-Roordink H, Fania RG, Anne MS, Arwen HP. Key components of shared decision making models: a systematic review. BMJ Open. 2019;9(12):e031763. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-031763

6. Sandsdalen T, Hov R, Høye S, Rystedt I, Wilde-Larsson B. Patients' preferences in palliative care: A systematic mixed studies review. Palliat Med. 2015;29(5):399–419. DOI: 10.1177/0269216314557882

7. Romo RD, Allison TA, Smith AK, Wallhagen MI. Sense of control in end-of-life decision-making. J Am Geriatr Soc. 2017;65(3):e70–e5. DOI: 10.1111/jgs.14711

8. Bélanger E, Rodríguez C, Groleau D, Légaré F, Macdonald ME, Marchand R. Patient participation in palliative care decisions: an ethnographic discourse analysis. Int J Qual Stud Health Well-being. 2016;11(1):32438. DOI: 10.3402/qhw.v11.32438

9. Jerpseth H, Dahl V, Nortvedt P, Halvorsen K. Older patients with late-stage COPD: Their illness experiences and involvement in decision-making regarding mechanical ventilation and noninvasive ventilation. J Clin Nurs. 2018;27(3–4):582–92. DOI: 10.1111/jocn.13925

10. Pilnick A. Reconsidering patient-centred care: authority, expertise and abandonment. Health Expect. 2023;26(5):1785–8. DOI: 10.1111/hex.13815

11. Jordan JE, Buchbinder R, Osborne RH. Conceptualising health literacy from the patient perspective. Patient Educ Couns. 2010;79(1):36–42. DOI: 10.1016/j.pec.2009.10.001

12. Vermeir P, Vandijck D, Degroote S, Peleman R, Verhaeghe R, Mortier E, et al. Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations. Int J Clin Pract. 2015;69(11):1257–67. DOI: 10.1111/ijcp.12686

13. Schulz PJ, Nakamoto K. Health literacy and patient empowerment in health communication: The importance of separating conjoined twins. Patient Educ Couns. 2013(1):4–11. DOI: 10.1016/j.pec.2012.09.006

14. Castro EM, Van Regenmortel T, Vanhaecht K, Sermeus W, Van Hecke A. Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. Patient Educ Couns. 2016;99(12):1923–39. DOI: 10.1016/j.pec.2016.07.026

15. Tonelli MR, Sullivan MD. Person-centred shared decision making. J Eval Clin Pract. 2019;25(6):1057–62. DOI: 10.1111/jep.13260

Digital opplæringspakke i lindrende behandling og omsorg ved livets slutt



Linn-Tone Skoglund

Rådgiver/sykepleier.
Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenesten i Møre og Romsdal



Lucie Furulund

Førstelektor ved Høyskolen i Innlandet.
Fakultet for helse og sosialvitenskap.
Seksjon for sykepleie

Helsepersonellkomisjonen anbefaler at tilnærmingen til livslang læring og kompetanseutvikling i helse- og omsorgstjenestene bør konsentreres om følgende innsatsområder:

- Strategisk tilnærming til kompetanseutvikling helse – og omsorgstjenestene
- God ledelse av arbeidet med strategisk kompetanseutvikling
- Tilrettelegging for en tettere kobling mellom forskning og klinisk praksis, og
- Systematisk arbeid for deling og implementering av kunnskap og kompetanse (2)

Som ansatt i helse- og omsorgstjenesten der palliasjon er en del av hverdagen, kreves det god kompetanse innen kommunikasjon, kartlegging, bruk av tilgjengelige hjelpemidler og gode rutiner på arbeidsplassen. Det er et sammensatt utfordrende og givende fagfelt. Ansatte skal gi god palliativ omsorg til pasientene, samtidig å se den enkelte pårørende. Den digitale opplæringspakken kan styrke faglige forståelse for hvilke beslutninger helsepersonell må foreta. Det har lenge

vært kjent at antallet eldre vil øke, samtidig som vi blir færre yrkesaktive i helse- og omsorgstjenesten. Det vil føre til at Norge får økt etterspørsel av helse- og omsorgstjenester (2), samtidig med at vi i dag mangler vi 4300 sykepleiere og helsefagarbeidere (5). I den forbindelse blir det viktig at assistenter, helsefagarbeidere, nyutdannede sykepleiere som jobber i palliasjonsfeltet får tilbud om kompetansehevedetiltak.

Den digitale opplæringspakken i lindrende behandling og omsorg kan styrke personalgruppen og gi et kollektivt løft. Å ha kunnskap om hvilke kartleggingsverktøy som finnes, gjøre enkle tiltak og vurderinger vil kunne styrke handlingskompetansen til assistenter, helsefagarbeidere og sykepleiere innen palliasjon.

Høyskolen i Innlandet (HINN) i samarbeid med Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT), og ressursnettverket for palliasjon i Hedmark, har på vegne av Helsedirektoratet utviklet Digital opplæringspakke i lindrende behandling og omsorg ved livets slutt, og tilhørende digital mentoropplæring. Dette er et nasjonalt tilbud.



Hensikten med den Digitale opplæringspakken i lindrende behandling og omsorg er å styrke ansattes kompetanse i møte med pasient og pårørende i livets slutfase.

Den digitale opplæringspakken består av 4 sentrale emner innen fagområdet palliasjon.

Opplæringspakken tar utgangspunkt i nasjonale føringer med fokus på best mulig lindring og livskvalitet for pasienten og for å ivareta pårørende i forløpet.

Introduksjon av opplæringspakken

Digital opplæringspakke består av fire ulike emner. Tidsbruk per emne er 3-4 uker, og 5-6 måneder for hele opplæringen. Opplæringspakken er fleksibel og det er opp til virksomheten å bestemme fremdrift. Tempoet tilpasses den enkelte arbeidsplass. Det vektlegges i stor grad refleksjon i gruppe for hvert enkelt emne. Hvert emne har læringsmål og avsluttes med en test der hensikten er å sjekke egen måloppnåelse i det respektive emne før en fortsetter til neste emne. Det er ingen eksamen etter gjennomføringen.

Emne 1

Lindrende behandling og omsorg. Den profesjonelle yrkesutøveren.

Den tar for seg sentrale begreper innen emnet palliasjon og nasjonale føringer. Ansatte får kjennskap til Forhåndssamtalen, Palliativ plan, Hospicefilosofien, ernæringsstatus og ønskekost for å nevne noe av de sentrale begrepene.

Under dette emnet går vi også inn i hvordan vi som helsepersonell møter mennesker med ulike kulturbakgrunn og livssyn. Det vil i årene som kommer bli en større andel flerkulturelle eldre som får behov for helse- og omsorgstjenester. (6)

Emne 2

Diagnoser, symptomer og symptomlindring

Dette emnet tar for seg de største diagnosegruppene: Kreft, KOLS, Langtkommet hjertesvikt, Langtkommen nyresykdom, og Kronisk, langtkommen nevrologisk sykdom som ALS, MS og Parkinsons sykdom. I tillegg tar emnet for seg sSammensatt sykdomsbilde og spesielle utfordringer hos eldre.

Demens blir ikke vektagt som eget emne, men nevnes som en del av det å ha et sammensatt sykdomsbilde og spesielle utfordringer hos eldre.

ESAS-skjema, Edmonton symptom Assessment system, angir ni av de vanligste symptomer som pasienter kan ha. Studenten vil kunne etter å ha gjennomgått emne 2 ha kjennskap til kartleggings-skjemaet ESAS.

Emne 3

Pårørende til pasienter som mottar lindrende behandling og omsorg

Tema som blir vektlagt i emne 3 er kartlegging av pårørendes situasjon, hva det vil si å være nærmeste pårørende, og barn og unge som pårørende. Den tar ikke for seg barn som har behov for palliativ omsorg.

Emne 4

Omsorg for døende pasienter

Emnet tar for seg livets siste dager. Hvordan helsepersonell kan lindre plagsomme symptomer til pasienter ut fra vår kompetanse og faglig forsvarlighet. Det er viktig at helsepersonell kan observere, rapportere og dokumentere endringer.

Refleksjonsgrupper

Det gjennomføres en refleksjons-samling per emne, på ca. 1,5-2 timer. Samlinger ledes av en mentor. Avspasering

← gis ved deltakelse der en må møte på fritiden, men det er opp til virksomheten hvordan de velger å løse dette.

Mentorene styrkes i mentorrollen ved å gjennomføre en digital opplæring i forkant eller parallelt med å ha grupper. De skal i størst mulig grad se mulighetsfokus og spille hverandre gode.

Det er i refleksjon med andre læring skjer. For å lære av erfaringen må man gjennom en aktiv refleksjonsprosess. Erfaring gir ikke læring i seg selv (7). Refleksjon fører til at vi lettere kan se oss selv i ulike situasjoner. I yrkes-sammenheng kan vi reflektere over en episode sammen med kollegaer som får oss til å tenke over situasjonen på flere måter. Fordelen med den Digitale opplæringspakken i lindrende behandling og omsorg, er at det er mulig å reflektere selv når en leser fagstoffet, før en møtes i grupper. Det å tenke gjennom ulike eksempler fra sin arbeidsplass, som en kan drøfte med mentor og andre ansatte, kan gi en bredere forståelse av ulike etiske dilemmaer en står ovenfor. Opplæringspakken er for assistenter, helsefagarbeidere og sykepleiere, den skaper god læring på tvers av profesjoner, og større forståelse av hverandres arbeid på den enkelte avdeling.

Noen refleksjoner fra ansatte av hva det betyr å ta denne formen for kompetansehevede tiltak innen palliasjon:

- Mer bevisst på ulike symptomer i den palliative fasen.
- Mer kunnskap om kartlegging og observasjon i terminal fase.
- Mer observant på smertelindring, munnstell og pårørende rundt pasienten.
- Mer bevisst på egen rolle i tilnærming til pårørende.
- Har blitt mer oppmerksom på god kommunikasjon med pårørende, spesielt barn og ungdom som pårørende.
- Flere har nevnt bruk av palliativ plan som en gjennomgående forbedrings mulighet på sin avdeling og bruk av ESAS kartleggingsverktøy.
- Tørr å ta mer plass i vurdering og tiltak, trygg på egen rolle.
- God oppfriskning av teori.

Digital mentoropplæring til opplæringspakken

Det er utviklet en egen digital opplæringspakke for mentorer som skal bidra til refleksjon og god gjennomføring av de 4 ulike emnene. Tidsbruk til selvstudiet er estimert til ca. 15 timer. En mentor kan være en sykepleier eller helsefagarbeider som har utdanning innen palliasjon, eller har lang erfaring og god kunnskap innen fagfeltet palliasjon. (4) Mentoropplæringen har 5 moduler. Mentorene får først



innføring i organisering og anbefalt tidsbruk for gjennomføring av opplæringspakken, dette før de fordyper seg i veiledning.

Modul 1

Mentorene får kjennskap til opplæringspakken som de skal veilede gruppen i.

Modul 2: Veiledningsprosessen

Mentor får opplæring i å tilrettelegge for samhold og et støttende miljø i gruppa. I veiledningen er det viktig med struktur for å skape fremdrift. Modul 2 inneholder faglige råd for hvordan dette kan gjennomføres.

Modul 3: Veiledningsmetodikk

Veiledningsmetodikk tar for seg hvordan mentor kommuniserer med gruppen. Hvordan stille de gode og åpne spørsmålene. Dette benevnes som «snekkerbeltet» for mentorene.

Det er også utviklet et Veilederhefte, en praktisk guide til god veiledning (8).

Modul 4: Relasjonsbygging og samspill i grupper: Etikk og makt

Som veileder blir det viktig å lære å forebygge konflikter og legge til rette for kollektiv læring i gruppa. I veilederrollen har mentor en form for makt. Balansen med å se, bekrefte og utfordre kandidatene i gruppa blir viktig for den kollektive læringen. Det krever etisk kompetanse for kunne veilede gruppa i prosessen.

Modul 5: Webinarer

For å fremme forståelsen for veiledningsprosessen, relasjonsbygging og gruppespill arrangeres det praktiske seminarer. Seminarerne er en serie på 3 webinarer og er på 3 timer per webinar. Der trener

mentorene på mentorrollen sammen med andre mentorer og gjør veiledningsøvelser.

En fordel med å være mentor **på egen arbeidsplass**, er at mentorene trener på å bruke veiledningsverktøy, som kan benyttes til å veilede for eksempel etisk refleksjonsgrupper på arbeidsplassen, eller styrke ansatte i å veilede andre på arbeidsplassen.

Hvordan kan ledere i helse- og omsorgstjenesten legge til rette for en god gjennomføring av den digitale opplæringspakken?

Ifølge, NOU Tid for handling, er god ledelse viktig for ivaretagelse av oppgaver i tjenestene, arbeidsmiljø og arbeidsvilkår, kompetanse- og utviklingsmuligheter. Foruten kompetanse, krever god ledelse at ledere har kapasitet til ledelse (1).

Vi ser at i gjennomføring av mentoropplæring og den digitale opplæringspakken, kreves en leder som legger tydelige rammer for gjennomføring av pakken på arbeidsplassen.

Det kan være en utfordring når en leder har personalansvar for mange ansatte. Ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten har i dag ansvar for mange ansatte grunnet blant annet en deltidsbruk i tjenesten, og vil naturlig nok bruke mye tid på personaloppfølging. Stort lederspenn påvirker jobbenegjensment, prestasjon, jobbtillfredshet og turnover (1). Fordelen med opplæringspakken er at når rammene er satt, er det ansatte selv og mentor som står for gjennomføringen. Opplæringspakken vil da gå mer eller mindre av seg selv.

På forhånd bør det foreligge et dokument med tydelig rammeverk som sier noe om rammefaktorer for gjennomføring på arbeidsplassen og sikrer ansvar og rollefordeling. Det vil være en forventning om at en deltaker på flest mulig refleksjonsgruppe-møter for å få utdelt kursbevis.

De virksomhetene som har prioritert tid til planlegging og sikre gode rammer, lykkes i større grad med gjennomføring. Det ser USHT i Møre og Romsdal på evalueringer og tilbakemeldinger etter at pakken er gjennomført.

Den Digitale opplæringspakken er mulig å gjennomføre på arbeidsplassen, er ikke kostbar for virksomheten og er et godt supplement for kompetanseheving innenfor fagområdet palliasjon.

Rammene rundt oppstart av den Digitale pakken på arbeidsplassen

Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester, USHT, har vært med på å markedsføre og spre den Digitale opplæringspakken og mentoropplæringspakken.

Leder på arbeidsplassen rekrutterer mentorer og i samarbeid med mentor setter av tid til planlegging av gjennomføring. Det vil sikre bedre gjennomføringsgrad hos ansatte som skal inn i opplæringen. Det er mulig å samkjøre refleksjonsgrupper på tvers av avdelinger. Det er opp til hver enkelt arbeidsplass å løse det. HINN og USHT kan komme med anbefalinger.

Det kan være en fordel at ansatte som jobber dag, aften og natt kan delta på samme refleksjonsgruppe hvis det er mulig. Nattevakter har ansvaret for flere pasienter. De har ikke samme nettverket av helsepersonell som jobber dag og kveldsvakter, det kan oppleves betryggende å få styrket kompetansen, og reflektere sammen med kollegaer en ikke ser like ofte, spesielt helsepersonell som går kun nattevakter. Leder og mentor kan tilrettelegge så langt det lar seg gjøre og sørge for at alle for god informasjon og gjerne påminnelser underveis. ●

Kilder

1. Norges offentlige utredninger. Tid for handling. Personellet i bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. 2023:4, kapittel 4.
2. Norges offentlige utredninger. Tid for handling. Personellet i bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. 2023:4, kapittel 1.
3. Tidsskriftet Sykepleien. Ny digital opplæring i omsorg ved livets slutt (Publisert 25.02.2018) <https://sykepleien.no/20https://sykepleien.no/fag/2023/02/heldigital-opplæring-skal-gi-kompetanseloft-og-okt-trygghet-mentorer-24/05/nav-tall-sykepleiere-er-fortsatt-de-vanskeligsterekruttere>
4. Tidsskriftet Sykepleien. Heldigital opplæring skal gi kompetanseloft og økt trygghet for mentorer Publisert (28.02.2023) <https://sykepleien.no/fag/2023/02/heldigital-opplæring-skal-gi-kompetanseloft-og-okt-trygghet-mentorer>
5. Tidsskriftet Sykepleien. Nav-tall: Sykepleiere er fortsatt de vanskeligste å rekruttere. <https://sykepleien.no/2024/05/nav-tall-sykepleiere-er-fortsatt-de-vanskeligsterekruttere>
6. www.idunn.no Tidsskrift for omsorgsforskning Flere eldre innvandrere blant framtidens brukere av omsorgstjenester | Tidsskrift for omsorgsforskning (idunn.no)
7. Dewey, J. (1974). Erfaring og opdragelse. Dansk utgave ved Hans Fink. København: Christian Ejlertsen Forlag.
8. Furulund, L., Høsoien, U., Iversen E.S., Dueland, B. (2022). Veilederheftet- En praktisk guide til god veiledning. Kommuneforlaget. DOI: https://issuu.com/kommuneforlaget/docs/issu_veileder

Pust! – om å leve med kreft

av Elin Killie Martinsen

Spartacus forlag, 2023

Bokomtale av Marianne Kollstad,

Biblioteksjef, Sør-Aurdal folkebibliotek

Da Elin Killie Martinsen ble syk med kreft, savnet hun bøker som skildret hvordan det var å være syk og det å være pasient på sykehus over tid. Underveis i sykdommen skrev hun notater nesten hver dag, og disse er utgangspunktet for denne boka.

Vi får ta del i Martinsens tanker og personlige erfaringer. Boka er lettlest og det at hun er personlig og ærlig gjør dette til en viktig dokumentasjon om hvordan hverdagslivet som sykehuspasient kan være. Hvordan oppleves det for eksempel å bli tatt imot på ulike sykehus med ulike mottaksrutiner? Hvorfor blir en syk som trenger fred og ro, puttet inn på et flermannsrom med fremmede, og en ufrivillig må dele lyder og lukter? Hva gjør det med oss som mennesker å være prisgitt andre for at vi selv skal bli bedre eller friske? Vanligvis er det vi selv som setter grensene til vår personlige sfære, men på sykehus er alt dette annerledes.

Når vi får bli med på Martinsens behandlingsreise, ser en godt at de ulike fagfolkene også er ulike som mennesker. Noen oppleves som englene selv, der de informerer på en god måte. Andre sier knapt noe, eller akkurat litt for lite, og fører til redsel hos pasienten. Og når en lege bryter en avtale med pasienten om smertelindring (jfr s 188) fører dette til at maktforholdet mellom lege og pasient øker, samtidig som misnøyen og irritasjonen hos pasienten blir stor. Ordene vi deler kan vise medmenneskelighet, men også at det kan være vanskelig å sette seg inn i en annens, her pasientens, situasjon.

Jeg opplevde boka som veldig interessant. Jeg likte Martinsens nakne ærlighet og refleksjoner, og for meg ble dette en øyeåpner! Nå er dessverre Martinsen blitt dårligere igjen, og er i gang med en hard behandling. Hun dokumenterer underveis, og hvem vet, kanskje det blir en ny bok etter hvert.



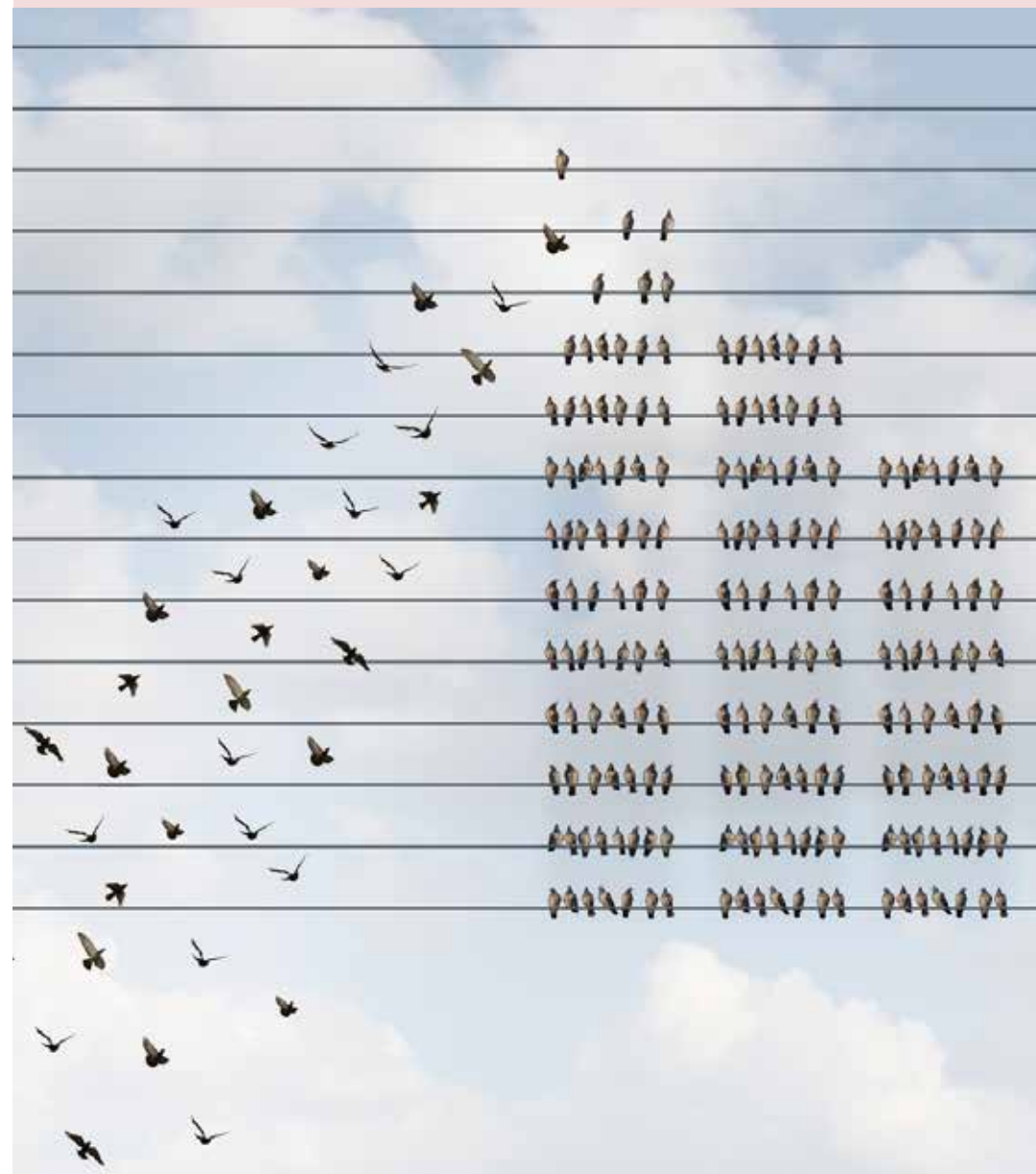
Hvem vil jeg så anbefale å lese boka «Pust – om å leve med kreft»? Jo, det er mange; du er enten syk selv, eller du er pårørende. Du er kanskje bare nysgjerrig på hvordan det kan oppleves å være pasient, eller du jobber antageligvis selv i helsevesenet, men antar kanskje at dette ikke er en bok for deg, fordi du ser sykdom hver dag «og vet hvordan de har det». Og siden forfatterens intensjon er at vi skal snakke mer om sykdom, så må jeg være helt ærlig: Jeg kan ikke tenke meg noen som ikke vil ha nytte av å lese boka.

Gjennom et legeliv vil man møte noen pasienter som vil vite alt, i minste detalj. Andre vil vite minst mulig. Her beskrives det i minste detalj for de som ønsker det, som brokker fra en lærebok midt i en dramatisk fortelling. Man trenger ikke åpne Google hvis man lurer på noe. For noen lesere vil nok dette oppleves som forstyrrende, for andre som nyttig og opplysende. Til slutt: Hvem har glede av å lese en slik bok?

Helsepersonell definitivt, og studenter i helsefag, både generelt og i palliasjons utdanning. Pårørende som har gjennomlevd dødsfall i nær familie vil også kjenne seg igjen i fortellingen. Alminnelig nysgjerrige bokelskere vil kanskje legge den bort, i første omgang. Men vi trenger en slik bok i dagens samfunn, der sykdom og død aller helst vil glemmes og glemmes. «Mission accomplished», Strømskag. ●

VIL DU BLI MEDLEM I NSFS FAGGRUPPE FOR KREFTSYKEPLEIERE?

SEND SMS KREFT TIL 02409.



Smånytt



LANDSKONFERANSEN I PALLIASJON 2024

Landskonferansen i palliasjon ble arrangert i Bergen 11.-13.september. Her var det masse spennende temaer på programmet, blant annet: palliasjon i rusomsorgen, palliasjon til personer med utviklingshemming, palliasjon i en kultursensitiv kontekst, kunstig intelligens, informasjon om handlingsprogrammet for palliasjon i kreftomsorgen og eutanasi. Fra faggruppens styre deltok fire medlemmer. To av medlemmene var deltakere med egen poster, de to andre stod på faggruppens stand.

Landskonferansen er en viktig arena for Hovedstyre å delta i. Her får vi viktig innsikt i hva som rører seg innen fagfeltet palliasjon. Vi får også mulighet til møte medlemmer av Kreftsykepleierne, verve nye medlemmer, samt fortelle om arbeidet som faggruppen vår jobber med. ●

Desentralisert MASTER I KREFTSYKEPLEIE

Ved NTNU vil en fra høsten 2025 tilby desentralisert masterutdanning i kreftsykepleie. Masterutdanningen vil være en deltidsutdanning på 3,5 år oppbygd som ukesamlinger, både digitale og noen fysiske samlinger. NTNU forventer søkere fra hele landet da masterutdanningen vil være fleksibel, desentralisert og samlingsbasert. Studentene kan i store deler av studiet delta i undervisningen fra der de bor. Praksis på seks uker gjennomføres i spesialisthelsetjenesten og ni uker gjennomføres i en kombinasjon mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Instituttleder Svanhild Schönberg sier hun er stolt over at NTNU tilbyr denne utdanningen og at hun ser på dette som en fremtidsrettet utdanning. En utdanning som vil være svært viktig både for kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. ●



FORSKNING PÅ DIGITAL HJEMMEOPPFØLGING

Flere norske sykehus har begynt å følge opp kreftpasienter hjemme, eksempelvis Sykehuset Østfold. Digital hjemmeoppfølging som metode kan utvides til flere pasientgrupper og være et samarbeid mellom sykehus og kommuner.

På den 28. oktober, samlet 85 forskere seg fysisk i Oslo og digitalt for å snakke om digital hjemmeoppfølging.►



Foto: UiA

Kreftsykepleieutdanning VED UNIVERSITETET I AGDER!

Universitetet i Agder (UiA) har i mange år tilbudt spesial- og masterutdanning i anestesi, operasjon, intensiv og barnesykepleie. Nå utvides studieprogrammet i spesialsykepleie igjen, og vi er veldig glade for at det nå etableres spesialisering i Kreftsykepleie. Det vil bli opptak til master i Kreftsykepleie fra høsten 2025.

«Vi har fått mange tilbakemeldinger på at denne spesialiseringen er ønsket, og vi er spente på hvor mange søkere vi vil få ved første opptak. I første omgang ser vi for oss opptak hvert annet år, men det vil vi jo måtte vurdere ut ifra søkermasse og behov», sier Gudrun Elin

Rohde, professor og viseinstituttleder for forskning og innovasjon. Hun har ledet arbeidet med å utvikle studieprogrammet i kreftsykepleie ved UiA.

UiA håper på mange søkere til spesialiseringen, og setter seg som mål å tilby en utdanning som er like aktuell for de som arbeider i kommunene, som de som skal arbeide ved kreftavdelinger og poliklinikker ved sykehusene. De er i dialog med samarbeidspartnere både ved Sørlandet sykehus og kommuner i Agder, og ser for seg å tilby praksis både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. ●

Brukermedvirkning var et tema som gikk igjen gjennom dagen. Det ble presentert fra flere vinklinger: brukerrepresentanter som medforskere, samarbeid med en brukerorganisasjon, merverdi for kommunene og kobling til klinisk praksis på sykehuset. I tillegg fikk deltakerne en statusoppdatering fra en rekke forskningsprosjekter fra hele landet, og deltakerne kunne

planlegge nye forskningsinitiativer fremover.

Tove Klæboe Nilsen fra Helse Nord RHF var en av dagens innledere. Hun snakket om finansiering av forskningsprosjekter gjennom de regionale helseforetakene. Alle RHF-ene tilbyr midler til studier om digitalisering av spesialisthelsetjenesten. Helse Sør-Øst spesifiserer at dette inkluderer hjemmebaserte løsninger, velferdsteknologi og sensorer. Dette er gode nyheter for fremtidig forskning om digital hjemmeoppfølging! Ett eksempel som Tove trakk frem, var hvordan Kreftavdelingen på Nordlandssykehuset bruker Kaiku Health til oppfølging av pasienter hjemme. Vi håper at det blir enda flere slike prosjekter fremover!

Samlingen ble arrangert av Nasjonalt senter for e-helseforskning, Helsedirektoratet og Senter for e-helse/ Universitetet i Agder. Alle tre driver aktivt med digital hjemmeoppfølging. De planlegger en ny forskersamling i mars 2025. I tillegg til å arrangere slike samlinger, er Nasjonalt senter for e-helseforskning vert for en webinarserie om digital hjemmeoppfølging, der flere sykehus har presentert sine erfaringer. ●



Smånytt



Ved Mette R. Dønåsen

Programleder NSF s Mentorprogram for sykepleierledere

MENTORPROGRAM FOR SYKEPLEIERLEDERE NORSK SYKEPLEIERFORBUND (NSF)

Norsk sykepleierforbund (NSF) i samarbeid med Sykepleierlederne NSF (faggruppen) og Sentralt fagforum startet i januar 2024 et mentorprogram med 30 sykepleierledere som en del av ledersatsingen i NSF. Programmet går over 1,5 år, og består av felles fysiske samlinger og seminarer, digitale møter mellom adept og mentor, mentorforum og oppfølging med programleder. Følgforskning gjennomføres i samarbeid med Oslo Met. Forskningen skal bidra til å strukturere forskningsdata, evaluere programmet og til anbefaling videre. Det er et mål å dele kunnskap gjennom artikler og evaluering.

Hensikten med programmet er å utvikle og motivere sykepleierledere. Målet er å utvikle og gjennomføre et mentorprogram som kan bidra til å beholde og

rekruttere kompetente sykepleierledere for å understøtte gode helsetjenester. De 15 adeptene – sykepleierlederne som får mentorering, måtte søke skriftlig på bakgrunn av kriterier. Søkeantallet var stort. Adeptene er fra ulike deler av spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten og akademia. Adeptene og mentorene kommer fra nesten hele landet.

Vårt mentorprogram innebærer en nær samarbeidsrelasjon mellom mentor og deltaker (adept), hvor objektivitet, ansvar, ærlighet, tillit og konfidensialitet er avgjørende. Mentors oppgave er å hjelpe og støtte adept i egen læring for å utvikle sine lederferdigheter, øke prestasjoner, maksimere sitt potensiale og gjøre vedkommende i stand til å bli den lederen som hen ønsker å være. En forutsetning for et godt gjennomført mentoringsprogram er en god mach mellom mentor og adept. Mentorene er svært erfarne og kompetente sykepleierledere som er prioritert ut ifra adeptenes behov og anbefalinger/anerkjennelse som leder. Både adept og mentor må avtale med sine arbeidsplasser om deltakelse og adeptene har ansvar for å skrive eget måldokument og definere hva en vil styrke seg på i lederskapet. Det utformes en skriftlig rapport og anbefaling etter programmets avslutning i mai 2025 basert på evaluering og følgforskning. ●



Vil du ha posterpresentasjon i hotellets foaje under hele konferansen eller foredrag på parallellsesjon torsdag 18. september 2025?

Den 22. landskonferansen i kreftsykepleie «Når livet tar ukjente veier» ønsker å invitere nettopp deg! Meld deg på konferansen allerede nå. Du er også invitert til innsendelse av abstrakt til vurdering for en presentasjon på konferansen. Blir ditt abstrakt valgt vil du få mulighet for et 20-30 minutters foredrag eller en posterpresentasjon.

Start prosessen allerede nå!

- Tenk over om dere har innført nye rutiner som er med på å heve kvaliteten på kreftsykepleien på din arbeidsplass. Her kan du bidra til å få vist bredde innen kreftsykepleie, noe som gir ny kunnskap og motivasjon til oss alle.
- Har dere fått midler til prosjekt som gir bedre samhandling eller hever kompetansen innen kreftfaget til beste for kreftrammede og deres pårørende? Send oss et abstrakt.
- Er du forsker og har gjort forskningsfunn som bør formidles når så mange sykepleiere samles om kreftsykepleiefaget? Vi vil gjerne høre fra deg.
- Har du gjort en masterstudie innen kreftsykepleie som du tenker kan være av interesse for flere? Ikke vær beskjeden, send oss en abstrakt.
- Konferansen skal bidra til kompetanseheving, fag- og kvalitetsutvikling innen kreftsykepleie og ditt bidrag er viktig!

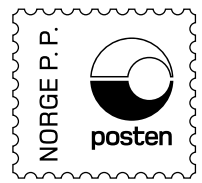
DETTE MÅ DU GJØRE INNEN 1. MARS 2025:

Send oss et abstrakt/sammendrag. Det kan inneholde max 250 ord. Forfatter, tittel og arbeidssted kommer utenom dette. Abstraktet skal inneholde en kort presentasjon av bakgrunn og formål med prosjektet, problemstilling, metode og funn/resultat. Ha gjerne med en kort konklusjon. Vitenskapelig komite vil vurdere alle innsendte abstrakts etter fristen for innsendelse. Merk om du ønsker poster eller foredrag på parallellsesjon. Husk at du må være påmeldt til konferansen.

Abstrakts til både muntlige foredrag og posterpresentasjon sendes til: sigbjorg.eriksson@uit.no

Frist for innsendelse: 1. mars 2025.

LYKKE TIL!



RETURADRESSE:
NSFS FAGGRUPPE FOR KREFTSYKEPLEIERE
POSTBOKS 456, SENTRUM
0104 OSLO

22. LANDSKONFERANSEN I KREFTSYKEPLEIE

Bergen 17.-19. september 2025

Hold av datoen!

Når livet tar
UKJENTE VEIER

www.landskonferanseikreftsykepleie.no

Maleri: Miriam Haukebø



KREFTSYKEPLEIERNE
NSF