

# Kreftsykepleie



Gratulerer med hedersprisen  
alle kreftsykepleiere!

Ansvarlig utgiver  
**NSFs Faggruppe for Kreftsykepleiere**  
 v/faggrupeleder **Tanja Yvonne Alme** tlf 95 16 06 42  
 tanja.alme@sula.kommune.no

Delt redaktøransvar  
**Marit Kløvold** tlf 92 08 47 41  
 marit-lerkeskogen36@hotmail.com

**Merete Kløvning** tlf 48 09 15 54  
 merete.klovning@alesund.kommune.no



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

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

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

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

Web ansvarlig  
**Anne-Lene Bull** tlf. 92 66 83 82  
 annelenebull@hotmail.com

 NSFs Faggruppe for kreftsykepleiere  @Nsfs\_fks

Layout og design  
**Kristin Skeie Antoine • KSA\_design**  
 Trykk **Aksell AS**

Bilder fra  
**Shutterstock, iStock, Colorbox, Pexel**

Forside  
**Glade prisvinnere ved kreftklinikken på St.Olavs hospital,  
 både for kake og hederspris! • Foto: Privat**

**Ønsker du å annonsere i tidsskriftet vårt?**

Ta gjerne kontakt med annonseansvarlig.  
 Tidsskrift nr 2 blir utgitt i november 2023.

Signerte artikler står for forfatterens egen regning og ansvar.



# Innhold

- 4 Hilsen fra faggrupeleder
- 6 Helsing frå redaktørane
- 8 ● Årets hederspris til alle kreftsykepleiere
- 12 ● Brystkreft – en sykdom med mange ansikter
- 14 Palliativt team – vi får ofte høre at vi gjør en forskjell
- 24 Forskning: IMPRESS-Norway
- 26 Podcasten SyktFrisk
- 32 ● Frykt for tilbakefall ved kreftsykdom
- 36 Kreftsykepleier i Grønland
- 40 Måltidsglede og magi
- 44 Ergoterapi for kreftpasienter i sykehus
- 48 Føler du deg bedre om du ser litt bedre ut?
- 54 Ønsketransporten – ditt ønske, vårt oppdrag
- 59 Presentasjon av lokallagene
- 62 Tre på gangen
- 66 ● Ukrainske pasienter på norske sykehus gjennom MedEvac
- 72 Smånytt



**Tanja Yvonne Alme**  
Faggrupeleder



# Gratulerer med hedersprisen alle kreftsykepleiere

Å være faggrupeleder for vår flotte faggruppe med snart 1900 medlemmer er givende og spennende. Synliggjøring av betydning og behov for vår kompetanse er noe vi jobber aktivt med. Derfor var det ekstra stas å være faggrupeleder 25.januar i år. Kreftforeningen deler hvert år ut hederspris til noen som har gjort en særlig innsats innen kreftområde. Prisen for 2022 gikk til alle landets kreftsykepleiere og til Inger Utne, vår første og eneste professor i kreftsykepleie. En flott anerkjennelse som viser at vår kreftsykepleiekompetanse er med på å utgjøre en forskjell. Prisutdelingen fant sted på Sykehuset i Østfold. Kreftsykepleier Therese Bjørnebekk tok imot prisen på vegne av alle kreftsykepleierne. Til stede var også vår forbundsleder Lill Sverresdatter Larsen som understreket nettopp dette med kreftsykepleiere sin kunnskap, spisskompetanse og omsorg i alle faser i et kreftforløp. Generalsekretær i Kreftforeningen Ingrid Stensvold Ross sa dette når hun delte ut prisen:

*«Kreftsykepleierne i dette landet er helt fantastiske. De står på hver eneste dag for kreftpasientene og har måttet håndtere en pandemi i tillegg. Flere steder gir de nå også livsviktig behandling til kreftpasienter fra Ukraina. Det kreves ikke et bakteppe av krise og unntaksstemning for å gi kreftsykepleierne en hederspris – dere fortjener heder hver dag. Samtidig kunne ikke anledningen vært bedre enn akkurat nå.*

*Jeg kan ikke tenke meg mer verdige vinnere. Kreftsykepleierne utgjør en stor forskjell i livet til pasienter, pårørende og etterlatte.»*

Så alle kreftsykepleiere, vi forsetter å synliggjøre vår kompetanse. Vi kan være med å utgjøre en forskjell. Tusen takk til Kreftforeningen for prisen.

Faggruppen ønsker å kartlegge om kompetansen vår blir riktig og effektivt brukt. Derfor har vi inngått et samarbeid med Agenda rådgiving som skal hjelpe oss med en større kartlegging. I dag er det vanskelig å få oversikt over hvor

mange kreftsykepleiere vi er og også hvordan kompetansen blir brukt. En rapport fra kartleggingen vil være klar til vår neste generalforsamling.

Generalforsamlingen (GF) i år vil for første gang ikke finne sted fysisk i forbindelse med landskonferansen. Vi ønsker å forsøke en digital GF. Dette gjør at flere av medlemmene kan få delta. Generalforsamling blir 5.september, egen digital innkalling kommer. Under GF skal det også være valg av nye styremedlemmer til hovedstyre. Har du lyst å være med å drive faggruppen? Kunne påvirke og bidra til utvikling i kreftsykepleiefaget, samt skape engasjement og faglig fokus? Ta kontakt med leder for nominasjonskomiteen Mona Grytten: monagrytten@gmail.com, telefon: 988 07 256.

Vi skal endre logoen på faggruppen vår. Flere av dere har sendt inn forslag på hva som symboliserer kompetansen vår, noen har til og med laget utkast og sendt oss. Logo og navn blir presenter og stemt over på GF.

Så håper jeg du har fått meldt deg på landskonferansen vår i september? Det strømmer på med påmeldinger, så ikke vent for lenge med å melde deg på. Lokallaget i Vestfold og Telemark har laget et flott program. Håper vi sees.

Til slutt, vi jobber med innspill til Helsepersonellkommissjonen sin rapport «Tid for handling» NOU 2023: 4 (regjeringen.no). Rapporten viser til et sprik mellom forventninger og muligheter – behov for begrensede valg. Det er påfallende at etikk og etisk refleksjon ikke er nevnt i rapporten. I samarbeidsprosjektet «ei hand på skuldra» har vår faggruppe sammen med faggruppen for sykepleieledere, leder av sentralt fagforum, leder i rådet for sykepleieetikk og fylkesleder NSF Rogaland gjennomført både piloter og kartlegginger om etisk refleksjon. Et av funnene her viser at etisk refleksjon kan bidra til økt pasientsikkerhet og kvalitet i tjenesten, men også å ta vare på oss selv. Det gjør noe med oss når verdier blir truet og når vi står i moralsk stress over tid. Vi ser også at alt for

få har nok tid til etisk refleksjon i sin arbeidshverdag. Dette må vi gjøre noe med. Det er tid for handling også med plass til etikk og etisk refleksjon i arbeidshverdagen vår. Du kan lese mer om «Ei hand på skuldra» på vår web side.

Da gjenstår det å ønske dere alle en fin vår og en god sommer Ta gjerne kontakt med oss i hovedstyre om du har innspill til faggruppens arbeid eller saker du mener vi bør vite om eller bør være involverte i.

Ta vare. ●

Med vennlig hilsen  
**Tanja Yvonne Alme**







.....  
**Merete Kløvning**  
 Ansvarleg redaktør  
 .....



.....  
**Marit Klævd**  
 Ansvarleg redaktør  
 .....

# Kjære lesar!

**F**or oss to som er redaktørar i fagtidsskriftet er det alltid stas når eit nytt blad går til trykking og sendast ut til medleamar over heile landet. Vi er komne til mai månad og endeleg er fyrste tidsskrift klart. Målet vårt er framleis å lage eit tidsskrift som både inneheld fag, forskning og meir praksisnære innslag. Litt for ein kvar smak, akkurat slik vi ønskjer at det skal vere. Kanskje har du tips til oss, eller du ønskjer å skrive noko sjølv? Ikkje vær redd for å ta kontakt!

Kreftforening sin Heiderspris er sjølvstøtt med. Les generalsekretær Ingrid Stenstadvold Ross sine ord til oss i tidsskriftet. Ta og ein titt på glade kreftsjukepleiarar som feirar med kake frå hovudstyret i «Smånytt».

Krigar herjar framleis i Ukraina. Vi merker eit aukande antal ukrainske pasientar både i spesialisthelsetjenesta og primærhelsetjenesta. Nokre har fått påvist kreft i Ukraina og starta behandling der, mens andre får ei kreftdiagnose etter ankomst til Noreg. I dette nummeret kan du lese om kreftsjukepleiar Ingrid sitt møte med ukrainske flyktningar da ho jobba på eit flyktningmottak i Polen, og om pasientar som kjem til Noreg via MedEvac.

Vi har dei siste åra hatt fokus på ei diagnosegruppe i kvart nummer. Denne gongen er det brystkreft du kan oppdatere deg på. I Noreg er det nesten 4000 kvinner og 30 menn som får brystkreft. Heldigvis er det gode prognosar for dei fleste. Kreftpasientane fylger eit kontrollregime for sin krefttype i mange år. I artikkelen «Frykt for tilbakefall av kreftsykdom» kan du lese om spenning og uro knytt til periodane med undersøkingar og CT-svar. Forsking viser at frykt for tilbakefall er eit av dei vanlegaste problema hos personar som har gjennomgått kreftbehandling eller lever med kreftsjukdom. «Impress-Norway» har pågått i om lag 2 år, der pasientar får prøve ut godkjent presisjonsmedisin på nye indikasjonar basert på den molekylære profilen i kreftsvulsten, når anna standard behandling ikkje har hjulpet. Vi gler oss til framhaldet.

«Ønsketransporten» hjelper kreftrammar med praktisk tilrettelegging for å kunne verkeleggjere draumar og ønskjer ein måtte ha. Til dømes å kome seg på ein bestemt tur, eller som omtala i artikkelen: «Køyre ei ung mor i ambulansen slik at ho fekk vere med på fyrste skuledag til sonen sin.» Sjekk gjerne ut om «Øn-

skettransporten» er i ditt nærrområde.

Mobilt palliativt team er godt etablert på dei fleste sjukehus, og her kan du bli bedre kjent med teamet på Stavanger universitetssjukehus. «Når alt håp om helbredelse er ute og livet faller i grus, da skal vi prøve å lappe sammen bitene og prøve å bidra til at den tiden pasienten har igjen blir så god som mulig». Dette er ein krevjande jobb, og humor vert omtala som viktig medisin for å stå i jobben over tid.

Som kreftsjukepleiarar samarbeidar og samhandlar vi sjølvstøtt med andre yrkesgrupper. I dette tidsskriftet kan du lære meir om ergoterapeuten si rolle og korleis dei kan bidra til meistring og livskvalitet for kreftpasientar.

Podkasten «Sjukt frisk» gir kvalitetssikker helseinformasjon som pasientar, pårørande og andre kan høyre når ein vil.

Les og artikkelen «Måltids glede og magi», sett frå eit fleirkulturelt perspektiv. Her er Kreftforeninga gode til å lage lett tilgjengeleg informasjonsmaterieill til fleirkulturelle.

Kreftsjukdom og behandling set spor også utvendig. Hårtap, tap av augevippar og bryn gjer kreften synleg og kan medverke til at ein kjenner seg meir utilpass. Kurskonseptet «Look good, feel better» er knytt til Varde-senter fleire stader rundt i landet, og har fått gode attemeldingar for kursa dei held.

I denne utgåva kan du og lese om korleis kreftsjukepleiar Hanne på Grønland arbeidar. Spanande lesing! I tillegg til alt dette er vi glade for å kunne presentere lokallaga våre. Fem lokallag fortalde om arbeidet sitt i førre utgåve. Dei resterande finn du i dette bladet. Vi er stolte av, og glade for, det arbeidet som vert gjort ute i dei ulike lokallaga.

Det skal altså vere noko for einkvar smak i denne utgåva. Set deg i vår sola og les gjerne heile bladet.

Håper vi ser deg i Tønsberg på landskonferansen vår i september. ●

**Helsing frå Marit og Merete**  
**M&M**

ANNONSE

**FRA LEGER FOR PASIENTER**

**La oss snakke om tykk-og endetarmskreft**

Stadig flere unge rammes. Hvordan identifisere symptomene? Når bør jeg gå til legen?

Hva er de kirurgiske midlene? Er det en kurativ løsning?

Finnes det noen medisiner? Hva er innvirkningen på livet mitt?

mail.info.norge@servier.com NO22-LON-ADV-491-02-2023

**SERVIER**  
 meet by you



# Tusen takk til alle landets kreftsykepleiere!

Kreftforeningen var ikke i tvil om hvem som skulle få årets hederspris. Dere utgjør en stor forskjell i livet til kreftpasienter, pårørende og etterlatte.



**Ingrid Stenstadvold Ross**  
Generalsekretær i Kreftforeningen  
Foto: Jorunn Valle Nilsen/Kreftforeningen

Hvert år gir Kreftforeningen ut en hederspris til en person, en gruppe eller en institusjon som har gjort en særlig innsats på kreftområdet. Prisen har blitt delt ut siden 2013, og Bjørn Einar Romøren, Christine Koht, Thea Steen og Jan Vincents Johannessen er noen av dem som har fått prisen tidligere. I år var det ikke tvil om hvem vi mente burde få hedersprisen for 2022: Professor i kreftsykepleie, Inger Utne, sammen med alle landets kreftsykepleiere.

Mennesker i krise er en del av arbeidshverdagen til kreftsykepleiere. Da Norge stengte ned 12. mars var det krise for oss alle. Mange av oss fikk merke viruset, men dere

kreftsykepleiere fikk merke viruset på kroppen, både ytterst konkret og i overført betydning. Dere kjente frykt for å bli smittet og måtte legge begrensninger i eget liv for å begrense risikoen for å smitte andre. I en periode der behovet for omsorg og nærhet var større enn noen gang, måtte dere vise den – på avstand, bak munnbind og maske. Gjennom lange dager, uke etter uke, måned etter måned, måtte dere håndtere uforutsigbarhet og utrygghet og samtidig prøve å skape det motsatte – trygghet og forutsigbarhet – for sårbare pasienter som nå sto i en dobbelt krise. De som nå både måtte forholde seg til en sykdom som for mange var livstruende, og samtidig måtte forholde seg til en annen, ukjent trussel som også viste seg at kunne være livsfarlig.

I en tid der smittesporing, karantene og korridor-pasienter var faste poster på agendaen, måtte dere være løsningsorienterte og dyrke kreativiteten. I en tid der tid og ressurser ikke strakk til, måtte dere strekke dere litt lenger. For kreft tok ikke pause under pandemien. Men det gjorde i sannhet heller ikke dere. Og da krisen begynte å roe seg og en viss normalitet begynte å vende



Foto: Jorunn Valle Nilsen/Kreftforeningen



Foto: Jorunn Valle Nilsen/Kreftforeningen

Stolt professor Inger Utne har mottatt Kreftforeningens hederspris av Ingrid S. Ross.





Foto: Privat

Her ser du leder av faggruppen vår Tanja Yvonne Alme og forbundsleder i NSF Lill Sverresdatter Larsen, som syntes dette var veldig stas.

tilbake, var krigen i Ukraina et faktum, og jeg er ikke alene om å bli rørt over å høre historier om ukrainske kreftpasienter som nå får livsviktig helsehjelp på sykehus flere steder i landet. Nok en gang bretter dere opp ermene, ser forbi det faktum at avdelingen allerede er full og at arbeidsmengden øker, for å hjelpe folk som også denne gangen står i en dobbelt krise.

Det krever riktignok ikke et bakteppe av krise og unnaksstemning for å hedre landets kreftsykepleiere. Innsatsen dere gjør hver dag for pasienter og pårørende også når verden omkring oss er tilnærmet normal, er mer enn grunn god nok. Men det finnes heller ikke en bedre anledning til å gjøre det enn akkurat nå. Det arbeidet dere kreftsykepleiere har gjort landet rundt under koronapandemien – og fortsetter å gjøre i etterdønningene av den – fortjener oppmerksomhet og heder.

Gjennom årets hederspris ønsker vi å fylle den helhetlige omsorgen for kreftpasienter i alle faser av livet. Når professor i kreftsykepleie, Inger Utne, også får prisen, understreker vi betydningen som all veiledning, undervisning og forskning innen kreftsykepleie har for at helsetjenesten vår skal ha enda høyere faglig kvalitet i fremtiden. Vi blir flere kreftpasienter her til lands. Det betyr flere som skal leve med og etter kreftsykdom. Behovet for en kreftsykepleie som er i stadig utvikling, kan ikke understrekes sterkt nok. Derfor går Kreftforeningens hederspris for 2022 til alle landets kreftsykepleiere! På vegne av Kreftforeningens medlemmer og støttespillere ønsker jeg å takke dere hver og en for den fantastiske innsatsen dere gjør hver eneste dag for at kreftpasienter, pårørende og etterlatte skal ha det så godt som overhodet mulig. Jeg kunne ikke tenke meg mer verdige vinnere. ●

# Årets kreftsykepleier 2023



Hvert andre år deler FKS ut pris til en kreftsykepleier som utmerker seg i kreftomsorg. Det finnes så mange gode kreftsykepleiere der ute. Nå kan du sende inn ditt forslag.

FKS oppfordrer våre medlemmer og lesere av vårt tidsskrift til å sende inn forslag og nominering til en kreftsykepleier du synes har gjort en spesiell innsats innenfor fagfeltet.

### Hvem kan bli nominert:

Kreftsykepleier som har utmerket seg ved å gjøre en ekstra innsats overfor pasienter med kreftsykdom, pårørende eller kollegaer. Han/hun kan jobbe klinisk og pasientnært eller drive med fagutvikling og forskning. Medlemmer i hovedstyre FKS kan ikke nomineres da disse er jury.

Vi er sikker på du allerede nå har flere kollegaer i tankene. Vi håper på mange nominasjoner.

Send din nominasjon til:  
[annbu@ous-hf.no](mailto:annbu@ous-hf.no)

Skriv navnet på den du nominerer, arbeidssted, telefonnummer, din begrunnelse for nominasjonen og legg ved et bilde av vedkommende. Frist for innsending er **torsdag 7. september**.

Årets kreftsykepleier blir offentliggjort under landskonferansen i Tønsberg. Vinneren får diplom og en kunstgave.



## 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](http://kreftforeningen.no)



eller ring 21 49 49 21.



**KREFTFORENINGEN**  
TIL FOR DEG

# Brystkreft

## - en sykdom med mange ansikter



Foto: Shutterstock



### Silje Songe-Møller

Overlege og onkolog  
Avdeling for kreft- og blodsykdommer,  
Sykehuset Østfold

**Hovedkilden<sup>1</sup> som er brukt i forbindelse med denne teksten er Handlingsprogram for brystkreft. Der det er brukt andre referanser, er disse oppgitt spesifikt. Handlingsprogrammet for brystkreft ligger tilgjengelig på Norsk Bryst Cancer Gruppe (NBCG) sine nettsider, [www.nbcg.no](http://www.nbcg.no).**

### Brystkreft da og nå

Brystkreft er en sykdom som har vært kjent siden antikken, og også oldtidens leger visste at en kul i brystet kunne forkorte livet til kvinner. Dette førte til omfattende forsøk på å sanere sykdommen – ikke sjeldent med døden til følge. Selv for noen tiår siden var det vanlig med mutilerende kirurgiske inngrep (radikal mastektomi), gjort i beste mening for å sikre pasienten en bedre prognose<sup>2</sup>. I dag vet vi at brystkreft består av mange ulike undergrupper, som hver krever sin

individuelle tilnærming. «More is more»-tankegangen er forlatt til fordel for individuell tilpasning og fokus på at «etterlivet» også skal være noe å se frem til.

### Hvem får brystkreft?

Brystkreft rammer alle aldre, men med en topp litt over 60-års alder<sup>3</sup>. Over to millioner kvinner på verdensbasis og 4000 kvinner i Norge får en brystkreftdiagnose hvert år<sup>4</sup>. Dette utgjør en livstidsrisiko for norske kvinner på ca. 8%. Kun 1% av pasientene er menn, og disse har ofte mer omfattende sykdom ved diagnose. Nesten 600 nordmenn i året dør av sykdommen. Likevel regnes brystkreft som en sykdom med generelt god prognose – i vårt land er over 9 av 10 kvinner i live ti år etter diagnosen. Individuelt varierer imidlertid prognosen med både undergruppe, sykdomsomsfang og aggressivitet av den enkelte svulst. I tilfeller der sykdommen har utviklet fjernspredning (metastaser) eller der svulstbiologien er aggressiv, kan sykdomsforløpet være kort og brutalt med døden til følge. Brystkreft er derfor en mangefasettert sykdom, og en sekkebetegnelse som noen ganger oppleves for trang for oss som jobber med den. Pasienter i dag er flinke til å finne

informasjon og å snakke sammen, men ofte kan det være vanskelig å vite hva som er relevant i jungelen av uselektert informasjon.

Årsaken til brystkreft regnes som multifaktoriell.  
Kilde: «Brystkreft – handlingsprogram», Helsedirektoratets nettsider (<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/brystkreft-handlingsprogram>)

### RISIKOFAKTORER FOR Å UTVIKLE BRYSTKREFT

- Kvinnelig kjønn
- Høy
- Røyk
- Alkohol
- Sene og få svangerskap
- Langvarig østrogeneksponering
- Bestråling mot brystet
- Genfeil
- Tett brystvev påvist ved mammografiundersøkelse

Enkelte pasienter har genfeil som disponerer for utvikling av brystkreftsykdom. Mutasjoner i BRCA-genene (BRCA1 og BRCA2) bærer med seg en livstidsrisiko på 20-90% for utvikling av brystkreft. Genscreening tilbys i dag til kvinner under 60 år og alle menn med brystkreft, pasienter med stor opphopning av bryst- eller eggstokkreft i nær familie og til pasienter med fjernspredning av brystkreft. Ved omfattende brystkreftshistorikk i familien kan det også være aktuelt å gjøre mer omfattende genetisk testing for å se etter sjeldnere genmutasjoner.

### Veien til diagnosen

De fleste får oppdaget brystkreft ved screening eller ved at de selv kjenner en forandring. Klassiske symptomer er (hard) kul i bryst eller armhule, blodig sekresjon fra brystvorten eller inndragninger i hud/brystvorte. Ca. 5% av pasientene har fjernspredning. Disse pasientene tar oftest kontakt på grunn av smerter fra skjelett. Noen få har symptomer fra andre organer, som lever eller lunger, eller de opplever neurologiske symptomer fra metastaser til hjernen.





Foto: Shutterstock



Foto: Shutterstock

Brystkreft er en mange-fasettert sykdom, og en sekkebetegnelse som noen ganger oppleves for trang for oss som jobber med den.

## SCREENINGPROGRAM

- Alle kvinner får tilbud om mammografi-screening hvert annet år fra 50-69 år
- Ved screeningfunn gjøres det videre undersøkelser for å se etter kreft/forstadier
- Mange av de som plukkes ut i screening, viser seg å ikke ha brystkreft
- Etter påvist brystkreft tilbys årlig mammografi på brystdiagnostisk senter

«Brystkreft – handlingsprogram», Helsedirektoratets nettsider (<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/brystkreft-handlingsprogram>)

Under utredning av sykdommen forsøker man å få klarhet i svulstens størrelse, type og eventuell spredning lokalt eller til andre deler av kroppen. Det gjøres alltid både røntgen mammografi (noen ganger også 3D-røntgen; tomosyntese) og ultralyd av bryst og armhule. Ved uoversiktlige bryst eller vanskelig avgrensbar sykdom, benyttes MR for å kartlegge utbredelsen i brystet nærmere. Endelig utbredelse i bryst og lymfeknuter får man etter operasjon, og dette gir grunnlaget

for sykdommens stadium (angitt fra I til IV). Brystkreft oppdages som regel før det har spredd seg videre. Ved spredning er det oftest skjelett, lever, lunger, lymfeknuter og eventuelt hjernen som affiseres. Dette undersøkes ved symptomer eller ved høyrisiko sykdom. Pasienter med fjernspredning av brystkreft regnes i dag som ikke-kurerbare, men mange kan ha mulighet for å leve lenge med sykdommen.

Før operasjon tas alltid biopsi av svulsten og eventuelt mistenkelige lymfeknuter i armhulen. Biopsien gir en antakelse om hvilket celleopphav (histologisk type) svulsten har. Den vanligste typen kalles «infiltrerende karsinom av uspesifikk type», såkalt «no special type» (NST). Den nest vanligste typen kalles lobulært karsinom og regnes som en mer diffustvoksende sykdom med litt dårligere prognose. Det finnes mange andre histologiske undergrupper, men få av disse påvirker behandlingen i seg selv.

Videre angis histologisk grad av svulsten som et tall mellom en og tre. Høyere tall indikerer svulstceller som er mer ulike kroppens egne og ofte mer aggressive. Merk at histologisk grad *ikke* er det samme som stadium; stadiet refererer til utbredelsen av sykdommen, og sier ikke noe om aggressiviteten.

En av de viktigste undersøkelsene som gjøres på svulstcellene, er reseptoranalyse, der man ser etter tilstedeværelse av tre ulike reseptorene som kan finnes på cellenes overflate:

- Østrogenreseptor (ER)
- Progesteronreseptor (PgR)
- HER2-reseptor (HER2)

Brystkreft deles grovt inn i tre undergrupper ut ifra hvilke reseptorer den har.

Den vanligste gruppen er hormonreseptor positiv, HER2 negativ sykdom. Her finnes det reseptorer for østrogen og av og til progesteron utenpå cellene, men få eller ingen HER2-reseptorer. Dersom det derimot er for store mengder HER2-reseptor utenpå cellene, kalles sykdommen for HER2 positiv enten den har hormonreseptorer i tillegg eller ei. Den siste hovedgruppen mangler både østrogen-, progesteron- og HER2-reseptorer og kalles derfor for «trippel negativ». Disse svulstene er som regel rasktvoksende og har generelt dårligst prognose.

Patologen undersøker også hvor rask celledeling svulsten har. Dette gjøres ved telling av aktiv celledeling (mitoser) i mikroskop. Tallet angis som et prosenttall mellom 0 og 100 og kalles for Ki-67. Jo høyere Ki-67 er, jo raskere vekst er det i svulsten.

Alle faktorene over er med på å avgjøre hvilken behandling pasienten skal tilbys. Dette foregår i multi-disiplinære team-møter (MDT) med kirurg, onkolog, radiolog og patolog til stede.

### Multimodal behandling

Det benyttes et vell av ulike behandlingsprinsipper mot brystkreft. Behandling kan gis for å gjøre pasienten helt frisk (kurativ) eller med livsforlengende og symptom-reducerende (palliativ) hensikt. Innen kurativ behandling gir man i dag mer og mer behandling **neoadjuvant**, altså før kirurgi. Dette gir en mulighet for å se at behandlingen faktisk virker på svulsten, og man kan ofte gjøre en mindre operasjon i etterkant.

I Norge blir likevel de fleste pasienter operert først, og deretter ser man om det trengs tilleggsbehandling for å redusere risiko for tilbakefall – såkalt **adjuvant** behandling. Ved liten skrumpning av svulsten i neoadjuvant setting, kan det kan være aktuelt med *både* neoadjuvant og adjuvant behandling. Dette gjelder spesielt store HER2 positive eller trippel negative svulster.

### Kirurgi

Kirurgisk behandling består vanligvis av å fjerne

## Utviklingen av nye behandlingsprinsipper går raskt innen brystkreft. Det pågår til enhver tid mange studier, og behandlingsretningslinjene må ofte oppdateres 1-2 ganger årlig.

svulsten ved såkalt brystbevarende kirurgi (BCT – breast conserving therapy). Kun ca. 10% må i dag fjerne hele brystet; såkalt ablatio eller mastektomi, og BCT regnes som like trygt såfremt man får fjernet alt det syke. Under operasjonen undersøkes lymfeknutene i armhulen for spredning med «sentinel node biopsi» (SN). Pasientene tisser blått rett etter prosedyren, og blåfargen kan sitte i brystområdet i måneder til år.

De pasientene som har mer omfattende spredning til armhulen må vanligvis gjøre axilledisseksjon, altså fjerne alle lymfeknutene i armhulen. Dette gir økt risiko for lymfødem, en ansamling av lymfjevæske i arm og bryst/brystkasse, med smerter og infeksjonstendens til følge. Metastasekirurgi ved brystkreft er lite aktuelt og har ikke har vist effekt på overlevelse. Unntak kan være plagsomme hudmetastaser eller sår dannelse fra intakt svulst i brystet.

### Strålebehandling

I kurativ setting brukes strålebehandling mot brystet for å redusere sjansen for et lokalt tilbakefall. Strålebehandling kan også gis mot brystveggen og mot lymfeknutestasjonene som drenerer brystet. Vanligvis gis 15 behandlinger over tre uker, men enkelte pasienter får en høyere dose gitt mot området der svulsten lå (boost) over 4,5 uker.

Strålebehandling kan brukes som lindring av smertefulle metastaser i skjelett, spesielt ved risiko for malign medullakompresjon. Også hjernemetastaser eller begrensede lungemetastaser kan strålebehandles, gjerne stereotaktisk (punktbestråling). Strålebehandling gir som regel sårhet, rødhet og kløe i huden.

### Endokrin behandling

Hormonell (også kalt endokrin) behandling brukes både i kurativ og palliativ setting til homonreseptor positive svulster. Behandlingen tar sikte på å eliminere eller å utkonkurrere kroppens eget østrogen, slik at svulstcellene får dårligere vekstvilkår. Ved adjuvant strekker behandlingen seg ofte over 5-10 år. Pasienter før overgangsalder trenger av og til tillegg av eggstokk-

dempning i form av goserelin (Zoladex® injeksjoner)<sup>5</sup>. Dette gjelder også menn med testiklene i behold i enkelte brystkreftsettinger. Hormonbehandlingen gir ofte hete- og kuldetokter, smerter og stivhet i muskler og ledd, tørrhet i underlivet og kognitive plager. Pasientene blir ofte bedre av fysisk aktivitet, og varmtvanns-trening eller å holde stive fingre rundt en varm tekopp kan være til god hjelp!

I palliativ setting er hormonell behandling vanligvis førstevalget såfremt man vet at pasientens metastaser er av hormonreseptor positiv, HER2 negativ type. De fleste får også et medikament av typen CDK4/6-hemmer i tillegg. Dette gjør behandlingen like effektiv som kjemoterapi og har økt overlevelsen for denne pasientgruppen. Vanlige bivirkninger er bl.a. lavt immunforsvar, fatigue, tynt hår og mageplager. Behandlingen må følges opp regelmessig med blodprøver. Rotasjon til andre typer hormonbehandling kan være aktuelt når den første behandlingen mister sin effekt.

### Systembehandling

Dessverre er likevel kjemoterapi fortsatt en nødvendig del av behandlingen for enkelte pasienter. I kurativ setting brukes cellegift til trippel negative, til HER2+ og til pasienter med hormonreseptor positive svulster med høyere risikoprofil. For sistnevnte gruppe finnes en test som kalles Prosigna som gir bedre klarhet i om pasienten er tjent med cellegiftbehandling eller ei<sup>6,7</sup>. Foreløpig brukes denne testen bare til de som har hormonreseptor positive, HER2 negative svulster uten spredning til armhulen, men det pågår en studie (OPTIMA-studien) som åpner for bruk av testen til pasienter med store svulster og/eller armhulespredning også.

Innenfor kurativ behandling er det hovedsakelig kjemoterapikurene EC90 og paklitaxel (Taxol®) som brukes. Disse gir bivirkninger som lavt immunforsvar, håravfall, fatigue, nerveskader (Taxol®) og slimhinnepåvirkning. Kvalmebehandling og forebygging av infeksjoner har



Foto: iStock

blitt bedre de siste årene. Imidlertid ser man relativt ofte seneffekter i form av kognitiv svikt/tretthet og nevro-patier<sup>8</sup>. Etter neoadjuvant behandling brukes også kape-citabine (Xeloda®) og trastuzumab-emtansin (Kadcyla®) til enkelte pasienter med høyere risikoprofil.

I palliativ setting er kjemoterapi nødvendig for å holde sykdommen i sjakk hos trippel negative pasienter. Det er også vanlig å bruke kjemoterapi i perioder hos HER2+ pasienter, og når hormonbehandling mister sin effekt hos hormonreseptor positive pasienter. Det finnes mange ulike typer; generelt anbefales de mest potente variantene brukt først, men pasientens ønsker når det gjelder livsstil og toleranse for bivirkninger må tas med i betraktning når man velger behandling.

Det er nå godkjent en ny type medikament (PARP-hemmer) til bruk i palliativ setting for pasienter med BRCA-mutasjon. PARP-hemmer kan gi effekt på linje med kraftig kjemoterapi<sup>9</sup>, men med betydelig mindre bivirkninger, og det er derfor viktig å sjekke for BRCA-mutasjon hos metastatiske pasienter.

Benstyrkende behandling med bisfosfanat (Zometa®) tilbys pasienter med skjelettmetastaser. Behandlingen gis da normalt hver 3. måned de første to årene. I kurativ

setting anbefales Zometa® til alle pasienter som er over (eller settes kunstig i) overgangsalder ved diagnose og som skal få systembehandling – altså kjemoterapi og/eller hormonbehandling. Behandlingen gis da hver 6. måned i fem år, men det er nå åpnet for kortere løp med behandling hver 3. måned i to år. Langvarig behandling disponerer for osteonekrose (en tilstand der kjevebenet ødelegges og det kan oppstå store tannproblemer), og god tannhelse er derfor en betingelse for å få starte med Zometa®.

For pasienter med HER2 positive svulster, har behandling med HER2-rettet antistoff revolusjonert prognosen. Slike medisiner «limer» seg fast i HER2-reseptorene og blokkerer deres virkning på cellene, slik at de dør ut eller går i «dvale». Det mest grunnleggende antistoffet, trastuzumab (Herceptin®), er en sentral del av behandlingen både i kurativ og palliativ setting for HER2 positive pasienter.

Et behandlingsprinsipp i rivende utvikling innen brystkreftbehandling er såkalte «antibody-drug-conjugates» (ADCer). Disse medisiner virker ved å binde seg fast i reseptorer på kreftcellene for så å slippe ut kjemoterapi lokalt. Et eksempel er den relativt nye medisinen trastuzumab-derukstekan (Enhertu®)<sup>10</sup>, som har vist



frapperende effekt og nylig er godkjent til bruk til meta-statistiske HER2+ pasienter. Bivirkningene er ofte mindre generelle enn ved bruk av konvensjonell kjemoterapi.

Immunterapi har revolusjonert kreftbehandling av flere diagnoser det siste tiåret, men har slitt med å finne sin plass innenfor brystkreftbehandlingen<sup>11</sup>. De siste årene har man likevel sett lovende resultater av å gi immunterapi sammen med kjemoterapi, og dette er i dag godkjent som behandlingsform til enkelte pasienter med trippel negativ metastatisk sykdom<sup>2</sup>. Det er nylig kommet lovende studier på immunterapi gitt sammen med kjemoterapi i neoadjuvant setting til trippel negative pasienter, men dette er foreløpig ikke i bruk i Norge.

### Graviditet og brystkreft

Generelt beskytter gjennomgått graviditet og amming mot brystkreft senere i livet, og spesielt gjelder dette dersom svangerskapene finner sted i tidlig voksenalder. Det er imidlertid noe økt risiko for utvikling av brystkreft i forbindelse med svangerskapet og i tiden rett etterpå. Slik brystkreft er vanskeligere å oppdage

på grunn av normale forandringer i brystet under amming og har dårligere prognose.

Kjemoterapien som gis i adjuvant setting mot brystkreft kan redusere fertiliteten. Dette kan i noen grad forebygges ved å gi Zoladex<sup>®</sup> under kjemoterapi. Det er nylig publisert tidlige resultater fra POSITIVE-studien, som ikke viser økt risiko for tilbakefall ved svangerskap etter en gjennomgått hormonreseptor positiv brystkreft. Dette gir håp om til unge kvinner med barneønske, men studien har foreløpig kort observasjonstid<sup>12</sup>.

### Hva skjer?

Utviklingen av nye behandlingsprinsipper går raskt innen brystkreft. Det pågår til enhver tid mange studier, og behandlingsretningslinjene må ofte oppdateres 1-2 ganger årlig.

Når det gjelder kirurgi, har trenden de siste årene gått mot mindre kirurgiske inngrep og bruk av neoadjuvant behandling for å hindre store og mutilerende inngrep. Dette har gjort at lymfødem er et mindre problem nå enn før.

Når det gjelder hormonell behandling, er det flere preparater i utvikling. Man undersøker også om CDK4/6-hemmerne kan brukes i adjuvant setting til høyrisikopasienter, men til tross for lovende resultater må man å se hvordan det går med pasientene over et lenger tidsrom før dette kan anbefales<sup>13</sup>.

I nær fremtid vil mange pasienter motta bare én ukes strålebehandling, og flere vil trolig bare få strålebehandling kun mot deler av brystet sitt. Det skal også bygges to protonterapisentra (Oslo og Bergen). Internasjonalt pågår det forskning for å se om protonbehandling gir mindre bivirkninger enn konvensjonell strålebehandling.

Det største håpet innen brystkreft i dag ligger nok likevel innen immunterapi og ADCer. Dette gir mulighet for mildere bivirkninger og lenger virkning enn konvensjonell kjemoterapi.

Allerede ser vi frapperende resultater med skreddersydd ADCer. Blant annet finnes et slikt legemiddel for trippel negativ brystkreft, sacituzumab govitecan (Trodelvy<sup>®</sup>), som gir et kjærkomment alternativ til ren kjemoterapi til trippel negative pasienter<sup>14, 15</sup>. Det samme gjelder trastuzumab derukstekan, som viser seg effektivt for flere og flere pasientgrupper<sup>16</sup>.

Fremtiden virker lys innen brystkreftbehandling, men vi har fremdeles «unmet needs» og behov for bedre personilpasning og flere behandlingsalternativer! ●

### Referanser

1 «Brystkreft - handlingsprogram», Helsedirektoratets nettsider (<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/brystkreft-handlingsprogram>)

2 «Brystkreftens historie(r)», OnkoNytt feb. 2019. E. Wist, L. Ottestad og T. Risberg

3 «Brystkreft - temasider» (statistikk), Krefregisterets nettsider, publisert 01.11.22. (<https://www.krefregisteret.no/Temasider/krefformer/Brystkreft/>)

4 World Health Organization, Fact Sheet: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>

5 NBCGs nettsider (studieinformasjon, faglige retningslinjer, tabellariske oversikter over behandlingsalgoritmer basert på handlingsprogrammet): [www.nbcg.no](http://www.nbcg.no)

6 Nye metoder: «Innfører genprofiltrest for brystkreft» <https://nyemetoder.no/nyheter/innfører-genprofiltrest-for-brystkreft>

7 «Impact of Prosigna test on treatment decision in lymph node negative early breast cancer- a prospective multicenter study (EMIT1)», Ohnstad et al, sendt inn til ESMO Breast 2023 (in press)

8 «Seneffekter etter kreftbehandling», Helsedirektoratet, rapport IS-2872: [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/seneffekter-etter-kreftbehandling/Seneffekter%20etter%20kreftbehandling.pdf/\\_attachment/inline/3d984c2a-7926-4d1a-a5f0-06d48fe7c95f:f3e498d059734ff34b013c1c206877e488e95600/Seneffekter%20etter%20kreftbehandling.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/seneffekter-etter-kreftbehandling/Seneffekter%20etter%20kreftbehandling.pdf/_attachment/inline/3d984c2a-7926-4d1a-a5f0-06d48fe7c95f:f3e498d059734ff34b013c1c206877e488e95600/Seneffekter%20etter%20kreftbehandling.pdf)

9 PARP inhibition in breast cancer: progress made and future

hopes». Tung et al, npj Breast Cancer 8, 47 (2022). <https://doi.org/10.1038/s41523-022-00411-3>

10 «Destiny Breast 03 (T-dXd met trastuzumab emtansine)»: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2115022> Cortés et al, NEJM, mars 2022

11 «Immunotherapy for early triple negative breast cancer: research agenda for the next decade», Tarantino et al, npj Breast Cancer , volume 8, Article number: 23 (2022) <https://www.nature.com/articles/s41523-022-00386-1>

12 «Pregnancy Outcome and Safety of Interrupting Therapy for women with endocrine responsive breast cancer: Primary Results from the POSITIVE Trial (IBCSG 48-14 / BIG 8-13)», abstract presentert på San Antonio Breast Cancer Symposium des. 2022, Ann Partridge, MD, MPH Dana-Farber Cancer Institute

13 «Endocrine Therapy With or Without Abemaciclib (LY2835219) Following Surgery in Participants With Breast Cancer (monarchE)», Johnston et al, Lancet Oncology, Dec 2020: [https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045\(22\)00694-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(22)00694-5/fulltext)

14 «Sacituzumab govitecan in Metastatic Triple-Negative Breast Cancer»: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2028485> Bardia et al, NEJM april 2022

15 Nye Metoders nettsider (status om Trodelvy): <https://nyemetoder.no/metoder/sacituzumabgovitekan-trodelvy>

16 «Trastuzumab Deruxtecan in Previously Treated HER2-Low Advanced Breast Cancer» <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2203690> Modi et al, NEJM juli 2022

## VIL DU LÆRE MER?

Norsk Brystcancer Gruppe (NBCG) er ansvarlige for utgivelsen av et omfattende handlingsprogram for brystkreft. Her beskrives detaljert brystkreftbehandlingen som gis i Norge, og dette danner også grunnlaget for behandlingsvalgene som tas. Handlingsprogrammet, nyheter, studieoversikter og tabeller ligger lett tilgjengelig på [www.nbcg.no](http://www.nbcg.no). To ganger årlig arrangeres NBCGs fagdag (juni og november). Her gjennomgås ofte nyheter og spennende behandlingsprinsipper, og det er mulig å melde seg på som helsepersonell.

Det finnes flere store kongresser som er interessante for å få med seg det siste nye innen brystkreft. Verdens største brystkreftkongress, San Antonio Breast Cancer Symposium (SABCS) finner sted hvert år i desember. Her er det også mulig å delta digitalt. Den britiske brystkreftgruppen arrangerer annethvert år et tilsvarende, men litt mindre arrangement. Dette kalles United Kingdom Interdisciplinary Breast Cancer Symposium (UKIBCS).

ANNONSE

# Ynolens Parfymefri Lukt fjerner

- bidrar til livskvalitet.

Distribueres til alle helseforetak gjennom lokale grossister.

Isoton spray med lav bufferkapasitet brukes direkte på:

⌘ Kroniske sår	⌘ Arteriosklerotiske sår	⌘ Trykksår (liggesår)
⌘ Luktende sår	⌘ Diabetessår	⌘ Venøse bensår
⌘ Hud og Fistler	⌘ Kreftsår	⌘ Klær og Tekstiler
⌘ Urin og avføring	⌘ Palliative pasienter	⌘ Andre luktkilder

Bruk av Ynolens ved sårstell gir:

Økt appetitt – Økt sosialisering – Økt Livskvalitet

Lavt miljøavtrykk Ren sårprosedyre

- 1 Spray på bandasjen før den løsnes, dersom det er lukt. Flasken kan lagres i varmeskap
- 2 Spray når bandasjen blir løst 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 å avgir lukt.
- 4 Spray på såret og huden rundt. FOR sårvaske. Avstand ca. 15 cm.
- 5 Vask/reins såret som planlagt. Produktet fjernes med vann.
- 6 Ny bandasje.

Gratisvareprøver, send mail til: [post@ynolens.no](mailto:post@ynolens.no)



# Vi får ofte høre at vi gjør en forskjell

Palliativt team, palliasjon og lindrende behandling – disse begrepene kan fort vekke mange tanker og assosiasjoner hos pasienter og pårørende. Mange gir uttrykk for at det er litt skremmende og skummelt: «Er jeg der nå at jeg har behov for palliativt team?»



## Line Kjær Jakobsen

Kreftsykepleier ved Mobilt palliativt team ved Stavanger universitetssykehus.



## Hanne Helland Voster

Kreftsykepleier ved Mobilt palliativt team ved Stavanger universitetssykehus.

skremt, og lurte på hva slags arbeidsplass hun hadde forvillet seg inn i.

Det hører med til historien at vi fikk hanket pasienten inn igjen. Ting roet seg, og etter hvert ble vi godt kjent med både pasienten og pårørende, som opplevde god hjelp, støtte og oppfølging av teamet vårt.

## Bakgrunn

Mobilt palliativt team, eller MPT som vi kanskje er best kjent som, er en del av Palliativt senter, som er organisert under Avdeling for blod- og kreftsykdommer (ABK) ved Stavanger universitetssykehus.

Palliativt senter består av en palliativ sengepost i tillegg til MPT. Sengeposten har fire sengeplasser for pasienter med behov for spesialisert palliativ behandling. Den er bemannet av sykepleiere med spesialutdanning innen kreft, palliasjon og intensivsykepleie. På palliativ sengepost kan vi legge inn pasienter som har utfordrende og sammensatte behov. Der kan vi samle trådene og jobbe effektivt med pasientens symptombyrde og komme raskere i mål enn vi ellers ville gjort. Hvilke pasienter som er aktuelle for palliativ sengepost blir vurdert fortløpende av leger og kreftsykepleiere i MPT, i samarbeid med avdelingsledelsen på Palliativt senter.

## Historien

MPT ble startet opp i 2005 og besto den gangen av tre spesialsykepleiere i fulle stillinger og to halve lege-



Line Kjær Jakobsen (til venstre) og Hanne Helland Voster på vei ut til hjemmebesøk. Foto: Privat

stillinger. Etter hvert ble det et økende behov for å bygge opp kompetanse i både grunnleggende og spesialisert palliasjon. Palliativt senter ble derfor startet opp i 2015 med en helt ny sengepost, og MPT ble inkludert som en del av senteret.

## MPT i dag

MPT består i dag av syv leger i ulik stillingsstørrelse som rullerer mellom mobilt team og palliativ sengepost. De har ulik bakgrunn innen onkologi, stråleonkologi, allmenntilleggsmedisin og palliasjon. En legestilling er en utdanningsstilling over to år. Vi er fem kreftsykepleiere og de fleste jobber 100 %. I tillegg har vi en anestesilege ansatt i 60 % stilling i MPT. Det er en viktig ressurs når pasienter trenger spesialisert behandling, som for eksempel spinal smertelindring, blokader og lignende. Av og til kan det også bli aktuelt med lindrende

sedering. Da er det viktig med et høyt kvalifisert og trygt personale samt gode beslutningsprosesser for å ivareta pasienten og familien. I tillegg har vi en driftig sekretær i full stilling som jobber med å holde styr på hele Palliativt senter. MPT har nedslagsfelt i helseforetaket Stavanger, som vil si nesten hele Sør-Rogaland.

Det er dessverre slik at noen leger og sykepleiere fremdeles refererer til MPT som «smerteteamet». Dette er en betegnelse vi prøver å få bukt med. Selvsagt er smertelindring en stor del av arbeidet vårt, men jobben vår består av så uendelig mye mer. Pasienter kan ha mange sammensatte plager på det fysiske og psykiske planet. I tillegg er det gjerne en hel familie som er sterkt påvirket av sykdommen.

## Jobben vår

Av kreftsykepleierne er fire «utegående», mens én av oss



Kreftsykepleierne i Mobilt palliativt team; fra venstre: Hanne Helland Voster, Line Kjær Jakobsen, Bergitte Todnem, Laila Johannesen og Hanne Saatvedt. Foto: Privat

til enhver tid sitter og koordinerer. Sykepleierne deler på koordineringsfunksjonen og sitter gjerne tre–fire måneder om gangen for best mulig kontinuitet. Koordinatorens funksjon er å besvare telefonhenvendelser, gå gjennom nye henvisninger sammen med lege, lage polikliniske avtaler og avtale ambulante tilsyn. I tillegg er det koordinatorens oppgave å lede morgenmøtet hver dag og sette opp daglig tilsynsplan, slik at dagen skal forløpe mest mulig knirkefritt for alle sammen.

For å sikre best mulig kontinuitet organiserer vi oss som primærpsykepleiere. Dette tilstrebes også for legene, men det er ikke alltid gjennomførbart på grunn av ressurser og stillingsstørrelser.

En vanlig arbeidsdag i MPT starter med morgenmøte ledet av koordinator. Nye pasienter fordeles og oppfølging planlegges. Når det er førstegangstilsyn pleier vi alltid å gå i tospann, lege og kreftsykepleier sammen. Deretter er det vanlig at kreftsykepleieren følger opp videre der pasienten befinner seg – enten det er på sykehus, sykehjem eller hjemme. Vi kobler på lege når vi anser det nødvendig, for eksempel når det er behov for å gjøre medisinerendringer. I perioder følger vi

pasienter tett, mens det i andre perioder kan gå lang tid mellom hver kontakt.

Ellers blir det mye telefonoppfølging gjennom arbeidsdagen, både direkte til pasienter og pårørende, men også gjennom primærhelsetjenesten via hjemmesykepleien, kreftsykepleiere og kreftkoordinator.

Undervisningsarbeid er også en stor del av jobben vår. Vi opplever stor etterspørsel etter undervisning både fra sykehusavdelinger, kommunene og sykehjem. Alle oss i MPT underviser, både leger og kreftsykepleiere. Vi prøver imidlertid å fordele undervisningsforespørselene basert på målgruppen, emne, kompetanse og interesse for området.

MPT har et særskilt ansvar for undervisning til kommunen når pasienter skal hjem eller til sykehjem med spinal smertelindring samt andre typer pumper og utstyr palliativt senter er ansvarlig for.

I tillegg til at vi synes det er kjekt å drive med undervisning og formidling av det vi jobber med og brenner for, får vi også hilse på og treffe mye helsepersonell i disse settingene. Det blir rett og slett godt nettverksbygging. Videre samarbeid blir lettere

og mer fruktbart når vi blir litt mer kjent og får et ansikt på hverandre. Vi er prisgitt alle gode medspillere og setter stor pris på det dyktige helsepersonellet både innad på sykehuset og i kommunene. I tillegg er selvsagt ressursykepleiere og kreftkoordinatorer viktige samarbeidspartnere.

Vi drar også på en del ambulante besøk, både planlagte og noen mer akutte. På planlagte besøk ønsker vi alltid at fastlegen blir med dersom det er kapasitet (tilsynslegen når det er på sykehjem og andre institusjoner). Fastlegen er en viktig medspiller og ressurs for mange pasienter, pårørende og hjemmesykepleien – spesielt for pasienter som bor i grisgrendte strøk. Det er svært mye som går an å få til utenfor sykehuset, så lenge man legger gode planer med alle involverte.

Arbeidsdagen er veldig variert, vi vet aldri helt hva som møter oss. Vi setter opp en plan for dagen, men opplever ofte at planen må omgjøres fordi vi må hive oss rundt på akutte ting og omprioritere. Vi opplever at vi er ganske fleksible og prøver å strekke oss langt. Det er mer ressursene som regulerer hva vi kan rekke over.

Mange pasienter ønsker å få være hjemme så lenge som mulig. Noen ønsker også å få dø hjemme. MPT blir en viktig støttespiller for å muliggjøre dette, i samarbeid med trygt helsepersonell og pårørende. Hjemmebesøk bidrar ofte til at vi unngår unødige sykehusinnleggelse.

Vi er avhengige av et godt samarbeid og god kommunikasjon med øvrig helsepersonell som står rundt pasientene. Det må også nevnes at en av kreftsykepleierne våre er ansatt i en 20 % stilling ved Kompetansesenter for lindrende behandling (KLB). Det vil si at én arbeidsdag i uken er satt av til kompetanseheving og drift av ressursykepleiernettverk i spesialisthelsetjenesten samt i kommunehelsetjenesten i Sør-Rogaland.

I fjor begynte leger og sykepleiere fra MPT å delta på månedlige møter sammen med ALS-teamet på SUS. Dette samarbeidet ønsker vi å fortsette med, og vi ser at vi har mye å bidra med inn i dette arbeidet med vår palliative tankegang.

Sorgarbeid og oppfølging av etterlatte er også en viktig del av jobben vår.

Vi får henvist pasienter med mange ulike diagnoser som befinner seg i en palliativ setting, blant annet de med langtkommet KOLS, ALS, terminal hjerte- eller nyresvikt, og av og til barn. Flesteparten er imidlertid kreftpasienter.

### Tverrfaglighet

I palliasjonen har vi fokus på tverrfaglighet og ivare-

takelse av pårørende. Vi har ukentlige møter med prest, psykolog, sosionom, ernæringsfysiolog og fysioterapeut der vi tar opp aktuelle pasienter og problemstillinger med de tverrfaglige ressursene. Psykologen er ansatt i MPT i en 50 % stilling – de øvrige er ansatt ved andre enheter på sykehuset. Vi opplever økende etterspørsel etter psykologtjenesten, så vi håper på økte ressurser her på sikt. Psykologtjenesten blir også tilbudt og benyttet av pårørende.

I tillegg har vi stadig studenter og hospitanter hos oss. Kreftsykepleiestudentene har det som en inkludert del av praksisperioden sin å hospitere hos MPT en dag. Vi åpner også opp for andre hospitanter og interesserte. I tillegg har vi en LIS-anestesi som har palliasjonsfaget som en del av sitt spesialiseringssløp – med tre ukers hospitering hver.

### Howdan takler man en slik jobb?

Så hvordan orker vi å jobbe med dette dag etter dag? Vi jobber med de sykeste av de syke, og de fleste dør. Folk i mange «vanlige» jobber sjekker gjerne mailen sin når de er tilbake på jobb etter ferie eller fravær. Vi går inn og sjekker pasientlisten vår for å se hvem som er døde siden sist.

Det tilbys månedlig veiledning ved prest eller psykolog. Det bidrar selvsagt til å lette på trykket når vi får snakket gjennom ulike problemstillinger som opptar oss.

I tillegg får vi ofte gode tilbakemeldinger om at vi gjør en forskjell – både fra pasienter og pårørende, men også fra personalet vi samarbeider med i primærhelsetjenesten eller på sykehuset. Det bidrar til at vi opplever at jobben vi gjør er meningsfull, til tross for at vi står i tøffe ting.

Likevel har vi også mye tøys, tull, latter og galgenhumor på jobb – det er en viktig medisin for oss for å klare å stå i jobben. Så hvis folk tror at vi som jobber på MPT i Stavanger bare er veldig seriøse hele tiden, er det bare å ta seg en tur opp i korridoren der vi jobber og høre på den ofte rå og rungende latteren som gjaller gjennom korridoren.

Vi har med denne presentasjonen prøvd å gi et bilde av hvordan jobben vår i MPT er. På mange måter føles det som at vi må være multikunstnere. Jo lengre vi jobber, dess mer nyansert blir synet vårt på pasienter og pårørende, og utfordringene de står i. Vi blir ydmyke for at det sjeldent finnes to streker under et svar. Vi må jobbe med å være der pasienten er og akseptere at vi ikke kan fikse absolutt alt, men likevel tenke at vi kan gjøre en forskjell. ●





Foto: Polina Tankilevitch/Pexels

# IMPRESS-Norway - erfaringer etter to års aktivitet



## Åslaug Helland

Onkolog og professor, Oslo universitets-sykehus, leder IMPRESS-Norway  
(Foto: Per Marius Didriksen)

Vi gratulerer Åslaug med  
Kong Olav Vs kreftforskningspris.

## Bakgrunn

IMPRESS-Norway er en nasjonal klinisk studie for kreftpasienter i Norge. For snart to år siden ble første pasient inkludert.

Studien er aktuell for pasienter med avansert kreftsykdom, det vil si pasienter som ikke kan kureres for sin sykdom. Pasientene må ha fått behandling med standard behandling før inklusjon. Dette er fordi det som oftest er mange studier som viser at standard behandling hjelper

pasientene, og vi vil ikke frata pasienter muligheten til effektiv behandling. Alle sykehus i Norge med kreftavdeling er med i studien, og har inkludert pasienter. Det betyr at pasienter kan inkluderes og behandles på «sitt» kreftsykehus, og slipper å bruke mye tid på reising.

## Diagnostikk

Det har vært en rivende utvikling innen kreftmedisin, med mange nye medikamenter i utvikling. Mange av disse medikamentene er rettet mot kreftceller som har spesifikke genforandringer eller andre kjennetegn, noe som ligger til grunn for presisjonsmedisin.

For at norske pasienter skal kunne få nytte av den nye behandlingen, må vi sikre at vi har nødvendig diagnostikk på plass, og det er nå etablert. Det offentlige helsevesenet tilbyr avansert kreftdiagnostikk som vurderingsgrunnlag i kliniske studier. I IMPRESS-Norway benyttes dette tilbudet, og alle pasientene gjennomgår molekylær diagnostikk med et stort genpanel på over 500 gener. Disse genene undersøkes dels på DNA og på RNA-nivå, og er gener som er assosiert med kreftutvikling.

For pasientene som inkluderes i IMPRESS-Norway gjør vi også analyser av sirkulerende tumor-DNA. Det vil si at vi ser etter genforandringer i blodprøver, genforandringer som stammer fra kreftcellene. Vi samler også inn biologisk materiale fra pasientene slik at vi kan lære mer om hvorfor noen pasienter har bedre nytte av behandlingen enn andre.

## Behandling

For pasienter som er inkludert i IMPRESS-Norway tilbys behandling dersom man identifiserer en biomarkør som indikerer nytte av et medikament vi har i studiens portefølje. For 2 år siden hadde vi 8 legemidler tilgjengelig i studien. Vi kan tilby flere pasienter behandling i studien hvis vi har flere legemidler, og vi har derfor jobbet mye med å få flere legemidler inn i studien. Nå har vi 22 legemidler, som gis til pasientene fra 6 ulike legemiddelfirma. Firma bidrar inn i studien ved å gi gratis legemiddel og i tillegg en sum penger til det sykehuset som har pasienten i behandling.

Vi har til nå inkludert ca 800 pasienter i studien. Av de som har fått utført diagnostikken, er 24% tilbudt behandling i IMPRESS-Norway. I tillegg er ca 11% tilbudt behandling i andre studier eller i såkalte «early access-program». For de pasientene som ikke får tilbud om ny behandling, ser vi at mange setter pris på at vi har gjort analysene og «snudd hver stein» i et forsøk på å finne effektiv behandling.

Det primære endepunktet i studien er klinisk nytte for pasienten etter 16 uker. Nesten halvparten av pasientene

som har startet behandling for mer enn 16 uker siden, har til nå hatt klinisk nytte etter 16 uker. Dette er pasienter som kan ha fått mye behandling fra tidligere, og vi er veldig glade for at omtrent halvparten faktisk har nytte av behandlingen etter 16 uker.

## Viktig for pasientene

Pasienter med avansert kreftsykdom er i en fortvilet situasjon. Mange har god effekt av standard behandling, men når sykdommen utvikler seg videre, ser pasientene ofte etter nye muligheter. Tidligere har pasienter sendt vevsprøver til utenlandske kommersielle laboratorier for å få gjort avansert diagnostikk. Dette for å undersøke om deres kreftceller har egenskaper som kan være mål for målrettet behandling for eksempel. Nå har pasienter denne muligheten i det offentlige helsevesenet i Norge.

Ofte finner vi ikke noen genforandringer som kan være mål for behandling, men hos noen finner vi en match. Vi har flere pasienter som nå har stått over ett år på behandling, – pasienter som ikke hadde andre behandlingsmuligheter. En ung mann som tidlig ble inkludert i studien hadde fått flere linjer behandling tidligere for sin metastaserende lungekreft. Utfra diagnostikken som ble gjort, kunne vi tilby behandling i IMPRESS-Norway. Han stod på behandlingen i mange måneder, og hadde god effekt og lite bivirkninger. Da effekten begynte å avta gjorde vi en ny analyse på kreftcellene hans, og fant en ny genforandring, som også kunne tilbys behandling. En annen pasient, en kvinne i 60-årene, har hatt nytte av behandlingen i over ett år, og står fortsatt på behandling. Dette er behandling som ikke ville vært tilgjengelig utenfor studien.

For pasientene der vi ikke finner en kopling mellom genforandring og medikament vi kan tilby, er det selvsagt skuffende. Samtidig uttrykker mange at det er en betryggelse at man i alle fall har undersøkt mulighetene.

## Nasjonal innsats

Dette er en nasjonal studie, og studieinkludering skal være tilgjengelig for alle norske kreftpasienter. Det har vært en imponerende innsats over hele landet, og gjennom studiearbeidet har vi fått økt kunnskap og vi har lært mye av hverandre. Det er ukentlige møter der pasienter diskuteres, og vi har studieleger i alle helseregioner. Vi samler inn vevsprøver og blodprøver i tillegg til livskvalitetsmålinger, og dette skal være tilgjengelig for forskningsgrupper i hele landet. Diagnostikken er nå implementert ved 4 av universitets-sykehusene, med planer om et ytterligere bredding av diagnostikken. Gjennom dette arbeidet utført av mange ulike fagmiljø, har norske kreftpasienter fått nye muligheter. ●



# Sykt Frisk



Foto: Colourbox

En podkast med kunnskapsbasert helseinformasjon til pasienter og pårørende fra spesialisthelsetjenesten.



## Kjersti Tveten

Kreftsykepleier og spesialrådgiver for pasient- og pårørendeopplæring. Avdeling samhandling, helsekompetanse og likeverdige helsetjenester, Oslo universitetssykehus.

## INNLEDNING

I podkasten SyktFrisk har vi samlet de beste ekspertene for å gi pasienter og pårørende lett tilgjengelig, kvalitetssikret helseinformasjon som de kan høre på når de er klar for det og så mange ganger de ønsker.

Hensikten med podkasten er å bidra til økt helsekompetanse hos pasienter og pårørende og gi hjelp til mestring av sykdom og behandling.

I podkasten snakker vi om hvordan pasienter og pårørende kan hjelpe seg selv til å ha en best mulig hverdag selv om man har fått en sykdom eller skade.

## BAKGRUNN

Studier viser at halvparten av pasientene strever med å forstå helseinformasjon, og mange glemmer muntlig informasjon rett etter at den er gitt. En av fire pasienter våger ikke å spørre om det de lurer på fordi de er redde for å være til bry. Dette utgjør en stor pasientrisiko og kan medføre komplikasjoner og manglende etterlevelse av behandling. <sup>(8,9, 10,13)</sup>

Endringer i helsetjenesten, i retning av mer poliklinisk- og hjemmebasert behandling, fører til at mer ansvar for

egen helse legges på pasienten selv, og ikke minst på pårørende. For at pasienter og pårørende skal kunne være i stand til å ta mer ansvar, kreves det tilrettelagt og kvalitetssikret informasjon og opplæring.

Tilbud om opplæring i form av lærings- og mestringskurs er etablert for en rekke diagnosegrupper, men enkelte pasientgrupper har vist seg å være vanskelig å rekruttere. Brukerorganisasjoner og fagpersoner har gitt anbefalinger om å utvikle nye kommunikasjonsformer som gir lett tilgjengelig og trygg helseinformasjon. <sup>(11)</sup> Ny teknologi og læringsformer gjør det nå mulig å ta i bruk ulike formidlingsverktøy.

Med bakgrunn i dette vokste ideen om å gi ut en podkast med kunnskapsbasert helseinformasjon til pasienter og pårørende frem. Oslo universitetssykehus HF (OUS) og Regional kompetansetjeneste for pasient og pårørendeopplæring (RK PPO) gikk i 2020 sammen om produksjon og utgivelse av podkasten SyktFrisk.

## MÅLGRUPPEN

Målgruppen for podkasten SyktFrisk er pasienter i .....▶



SyktFrisk-redaksjonen: Linda Schade Andesen (OUS), Anette Eie (RK PPO), Kjersti Tveten (OUS), Stine Bang Pedersen (OUS) og Anette Strømsbo Gjørn (RK PPO). Foto: SyktFrisk.

alle faser av et sykdomsforløp og deres pårørende. Podkasten kan også ha nytteverdi for andre som ønsker kunnskap om helserelaterte temaer og kan brukes som et verktøy for helsepersonell i undervisning og opplæring av pasienter og pårørende.

### HVORFOR EN PODKAST MED HELSEINFORMASJON?

En podkast kan supplere muntlig og skriftlig helseinformasjon og bidra til et mer likeverdig opplærings-tilbud. Gjennom podkasten SyktFrisk er informasjon enkelt tilgjengelig uavhengig av pasientens bosted og avstand til sykehuset, pasienter og pårørende kan høre på den når de selv ønsker og er beredt til å ta imot informasjonen, og den kan lyttes til et ubegrenset antall ganger. For de som har lesevaner, kan informasjon som kan lyttes til være lettere å få med seg. En podkast er i tillegg tilgjengelig for de som av ulike grunner ikke kan delta på kurs. Podkasten gjør også helseinformasjon enkelt tilgjengelig for pårørende.

sider av livet med sykdom, fordi det nettopp er deres behov som ligger til grunn for innholdet.

Det er ved utgangen av 2022 utgitt 22 episoder om generelle helsetema og ulike diagnoser. Samtlige episoder har et mestringsfokus, med tips og råd til hvordan man kan ivareta helsen når sykdom rammer. Det gis veiledning, informasjon og råd knyttet til fysiske, psykologiske og sosiale utfordringer som kan oppstå ved sykdom og behandling. Medisinsk informasjon og fakta er formidlet i et språk som er forståelig for folk flest, slik at innholdet ikke skal virke fremmedgjørende for lyttere uten medisinsk fagbakgrunn.

Hver episode følges av en egen nettside på SyktFrisk.no. Her er det også tips til hvor pasienter og pårørende kan lese mer om ulike temaer innen helse og hvor de kan henvende seg dersom de trenger hjelp. Til hver episode er det utarbeidet en kortfattet tekst med et sammen- drag av innholdet og lenker til forskningsartiklene som ligger til grunn for innholdet.

«Podkasten har vært nyttig for pasienter og pårørende. De kan få informasjon når de trenger det mest og repetert det når de lurer på noe; når som helst på døgnet og uavhengig av hvor de befinner seg. Pasienter kan selv også henvise til podkasten, i stedet for å forklare gjentatte ganger til ulike pårørende. Anbefales!»

**Helene Negaard,**  
onkolog Oslo universitetssykehus,  
om episoden: Testikkelkreft.

Helsepersonell har gjort seg gode erfaringer med å tipse pasienter og pårørende om podkasten i forkant av konsultasjon. Erfaringer viser at pasienter og pårørende da møter bedre forberedt og at de har fått dekket deler av sitt informasjonsbehov før oppstart av behandling. For pasientgruppen testikkelkreft er lenke til podkasten lagt inn i DIPS i frasen for behandlingsplan, lenken sendes pasientene i innkallelelsesbrevet.

### PODKASTENS INNHOLD OG UTFORMING

Podkasten SyktFrisk inneholder helseinformasjon formidlet av pasienter, pårørende og fagekspert i sykehuset. Lytterne får også høre pasienter og pårørende som forteller om sine erfaringer med å håndtere ulike

I episodene om generelle tema kan pasienter og pårørende få informasjon og kunnskap om kostholdets betydning før, under og etter sykdom, hva vi bør spise og hvordan vi kan ta gode kostvalg og vekke sunn matglede. Videre kan de få kunnskap om hvorfor være fysisk aktive under sykdom, hvordan de bør trene og hvordan finne motivasjon til å komme i gang. Pasienter og pårørende kan også høre om retten til å medvirke i egen behandling, og helsetjenestens plikt til å legge til rette for dette. De får mulighet til å lytte til erfaringer, tips og råd om hvordan ta vare på barn og unge som opplever at en i familien er alvorlig syk og dør, og om rettigheter og støtteordninger. I tillegg er det utgitt episoder om stressmestring og



SyktFrisk har to portable lydstudio, ett på Oslo universitetssykehus Ullevål og ett på Sørlandet sykehus HF. Opptak kan gjøres her, eller redaksjonen kan reise ut og hjelpe med opptak. Redaksjonen støtter også med for- og etterarbeid og publisering. Foto: SyktFrisk

avansert hjemmesykehus. I episodene der vi fokuserer på ulike diagnoser snakker helsepersonell, pasienter og pårørende om sykdom, behandling, pårørendes rolle, rehabilitering og mestring. Hver episode er begrenset til ca. 30 minutter for at det ikke skal være for krevende for lytterne å holde fokus.

### FRA IDÈ – TIL UTGIVELSE

Arbeidet startet som et fag- og kvalitetsutviklingsprosjekt, med en tverrfaglig sammensatt arbeidsgruppe bestående av personer med helsefaglig- og helsepedagogisk kompetanse, medie- og informasjonskompetanse og brukererfaringskompetanse. Prosjektet resulterte i etablering av en redaksjon med fagfolk fra Oslo universitetssykehus HF og i RK PPO-regional kompetansetjeneste for pasient- og pårørendeopplæring i Helse Sør-Øst ved Sørlandet sykehus (SSHF). Redaksjonen samarbeider med fagmiljøer og brukerorganisasjoner i Helse Sør Øst når de utarbeider nye episoder. Det er bygget opp kompetanse i innspilling, redigering, kvalitetssikring og utgivelse. I løpet av april 2023 legges SyktFrisk ut som et verktøy på Helsenorge og blir tilgjengelig for alle landets innbyggere også på nettsiden helsenorge.no.

### BRUKERMEDVIRKNING OG KVALITETSSIKRING

Prinsippene ved kunnskapsbasert praksis, som inkluderer, brukermidvirkning, erfaring og forskningskunnskap, er førende i utviklingen av podkasten SyktFrisk. Det har også vært viktig å belyse temaene med en tverrfaglig tilnærming. For å tilpasse podkastens temaer til brukernes behov, henvendte vi oss til Brukerrådet og Ungdområdet på OUS og Brukerrådet på SSHF. Prosjektgruppen fikk innspill til temaer, innhold og oppbygging av podkasten, disse er det tatt hensyn til og alle tilbakemeldinger gjør at podkasten stadig videreutvikles. Pasienter og pårørende er i tillegg representert i de fleste av episodene. Et lytterpanel bestående av fagpersoner, pasienter og pårørende, har kvalitetssikret innholdet i hver episode før publisering. I tillegg har psykiater Tone Skaali fra Kreftklinikken i Oslo universitetssykehus HF og endokrinolog Mikkel Høiberg fra Sørlandet sykehus HF, et medisinsk faglig ansvar for episodene. Lydfilene sendes også til deltakere i episodene slik at de kan lytte gjennom og godkjenne før utgivelse. Prosedyrer og maler med gode råd til podkastens



«Vi har fått mye positive tilbakemeldinger, mest fra pårørende. Samboer/ektefelle og også mødre til pasienter har gitt uttrykk for at det har vært nyttig informasjon. Podkasten er godt brukt».

**Helene Negaard,**  
onkolog Oslo universitetssykehus

gjester er utarbeidet og sendes fagpersoner, pasienter og pårørende i forkant av innspilling. Alle som bidrar i podkasten samtykker skriftlig til at episoden de deltar i publiseres fritt i inntil 5 år.

### KVALITETSFORBEDRINGSPROSJEKT LIS – PODKAST OM TESTIKKELKREFT

Kreftklinikken i OUS, ved overlege Helene Negaard, legene Astrid Berild og Andre Indseth Korneliussen, gjennomførte i 2020 et kvalitetsforbedringsprosjekt som ledd i spesialistutdanningen for onkologer. Resultatet av prosjektet ble SyktFrisk's første episode som omhandler en konkret diagnose, testikkelkreft. Prosjektet ga legene kunnskap og erfaring som gjorde at de fikk dekket flere av kompetansemålene i utdanningen. De oppfordrer andre til å lage podkaster til

sine pasienter slik at kvalitetssikret informasjon er tilgjengelig i flere kommunikasjonskanaler for kreftsyke pasienter <sup>(6)</sup>.

«Vi har fått mye positive tilbakemeldinger, mest fra pårørende. Samboer/ektefelle og også mødre til pasienter har gitt uttrykk for at det har vært nyttig informasjon. Podkasten er godt brukt».

Å lage podkasten var morsomt og lærerikt. Følte at vi kastet oss litt ut på dypt vann, siden det var helt nytt for oss, men vi fikk veldig god og profesjonell hjelp slik at episoden ble bra. Jeg tror det var lurt at vi intervjuet flere pasienter og pårørende på forhånd om hva de ville høre om og hvilke råd de vil gi andre i samme situasjon, slik at podkasten blir mer dekkende enn hvis en intervjuer kun en person i podkasten.»  
Helene Negaard.

## FAKTA

Kunnskap om egen helse og sykdom kan bidra til å skape forståelse, forutsigbarhet og trygghet og gjøre det enklere å håndtere og mestre hverdagen med sykdom. Kunnskap er en forutsetning for å kunne medvirke i beslutninger om egen helse. Pasienter og pårørende har rett til å få informasjon og opplæring tilpasset sine forutsetninger og tilsvarende har helsepersonell plikt til å gi informasjon slik at pasienter kan være med i prosessen og beslutninger som tas. Pasient- og pårørendeopplæring skal bidra til helsekompetanse og er en av spesialisthelsetjenestens fire lovpålagte hovedoppgaver på lik linje med behandling, forskning og utdanning. <sup>1,2,3,5</sup>

## FAKTA

Forskning viser at pasienter og pårørendes helsekompetanse påvirker helseutfall. Helsekompetanse er personers evne til å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstilsvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten. Helsekompetanse styrker evnen til å mestre ulike situasjoner gjennom hele livet. Det bidrar til å bedre den enkeltes evne til å ta gode helsefremmende og sykdomsforebyggende valg, fremme etterlevelse av behandling, mestring og medvirkning, gir bedre helse, sikrer riktig medisinerings, forhindrer sykehusinnleggelse og er kostnadsbesparende for den enkelte og for samfunnet. <sup>4</sup>



Illustrasjon: Regional kompetansetjeneste for pasient og pårørendeopplæring og Oslo universitetssykehus HF

### Eksempler på episoder

SyktFrisk en podkast fra spesialisthelsetjenesten

Hva er viktig for deg?  
Spis godt  
Les godt  
Bevæg deg godt  
Godt samvalg  
Få orden  
Tenkt godt  
Se meg  
Oss også



Her kan du høre alle podkast-episodene i SyktFrisk. På nettsiden kan du også lese hva som sies i episodene.

### PODKASTEN SYKTFRISK – ET EKSEMPEL TIL ETTERFØLGELSE

I Regional Utviklingsplan 2040 er podkasten SyktFrisk omtalt som et eksempel på et lett tilgjengelig, digitalt verktøy som gir pasienter og pårørende tilgang til kvalitetssikret helseinformasjon når han eller hun er klar for å ta det imot <sup>(12)</sup>.

Vi i redaksjonen vil takke Brukerråd, Ungdomsråd, pasienter, pårørende og fagpersoner for innspill til temaer og deltakelse i podkasten. Takk også til Tore Neset (RK PPO), Kari Skredsvig og Sigrun Skåland Brun (OUS) for støtte og tillit! ●

### REFERANSER

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten mv. (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>.  
Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63) Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>.  
Helsepersonelloven. (1999) Lov om helsepersonell mv. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>  
Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen. Hentet fra Strategi for å øke

helsekompetansen i befolkningen, 2019–2023 (regjeringen.no) Helsedirektoratet. (2017). Pårørendeveileder. Nasjonal veileder. Hentet fra: Pårørendeveileder – Helsedirektoratet  
Berild A., Korneliussen A.I og Negaard H. Kvalitetsforbedringsprosjekt LIS- podkast om testikkelkreft. Onknytt, medlemsblad for Norsk Onkologisk Forening nr. 1, 2022  
Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. (Meld.St.7.(2020-2023) Hentet fra <https://www.regjeringen.no>  
Stein, Linda Maria; Bergdahl, Maud; Pettersen, Kjell Sverre; Bergdahl, Jan. Exploring the association between oral health literacy and alexithymia. Community Dental Health 2015; Volum 32 (3). ISSN 0265-539X.s 143 – 147 <http://forskning.no/forebyggende-helsehelsetjeneste-helseadministrasjon/2015/07/halvparten-av-oss-forstar-ikke>  
Kessel RPC. Patients memory for medical information. J R Soc Med 2003; 96:219–22./ Seljelid B. Brukermedvirkning krever informasjon <https://sykepleien.no/forskning/2016/02/brukermedvirkning>  
Helsedirektoratet (2021). Befolkningens helsekompetanse [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 22. juni 2021, lest 23. februar 2023). Tilgjengelig fra <https://www.helse-direktoratet.no/rapporter/befolkningens-helsekompetanse>  
Oslo universitetssykehus og Reform Ressurscenter for menn (2016). «Å være mann og håndtere sykdom- en utfordring». <https://reform.no/publikasjoner/2016-a-vaere-mann-handtere-sykdom-utfordring/>  
Helse Sør Øst, Regional utviklingsplan 2040, Regional utviklingsplan 2040, HelseSør Øst  
Helse Sør-Øst RHF. (2021). Regional delstrategi for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Satsingsområder og tiltak. 2021. Hentet fra Kvalitet og pasientsikkerhet - Helse Sør-Øst RHF (helse-sorost.no)



# Frykt for tilbakefall ved kreftsykdom



Foto: Shutterstock



## Gro Sandberg

Psykologspesialist,  
Kreftrehabiliteringssenteret, Kreftklinikken,  
Oslo universitetssykehus



## Linn Viktil

Psykolog, Kreftrehabiliteringssenteret,  
Kreftklinikken, Oslo universitetssykehus

### Hva er frykt for tilbakefall?

«Tryggheten om at alt kommer til å gå bra her i livet, den er borte. Plutselig er livet blitt uforutsigbart og utrygt, og jeg må passe på».

Mange som har eller har hatt kreft vil kjenne på en frykt for tilbakefall. Dette omhandler frykt for at kreftsykdommen skal komme tilbake eller at sykdommen skal forverres <sup>(1)</sup>. Bekymring og indre uro er gjerne fremtredende for dem som opplever dette. Noen kan også oppleve å få kroppslige tegn på angst, som hjertebank, økt puls, overfladisk pust og svimmelhet. Forskning viser at frykt for tilbakefall er et av de vanligste problemene hos personer som har gjennomgått kreftbehandling eller lever med kreftsykdom. De nyeste metaanalysene tilsier at mer enn halvparten (59 %) av personer som har eller har hatt kreft oppgir mild til moderat grad av frykt for tilbakefall. Videre rapporterer en av fem at de er så sterkt plaget at de har behov for hjelp <sup>(2)</sup>. Unge pasienter, kvinner og pasienter med mange fysiske symptomer er mest utsatt for å være plaget av frykt for tilbakefall <sup>(3)</sup>.

### Psykologiske mekanismer

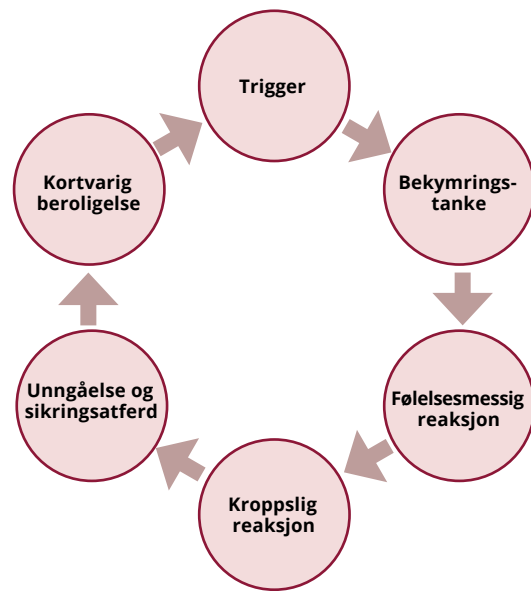
Fra et psykologisk perspektiv er det gode grunner til at en retter oppmerksomheten mot prognose og sjanse for tilbakefall. For mange vil kreftsykdom være en brutal påminner på hvor sårbart livet er. Mange kan oppleve at en plutselig må forholde seg til egen dødelighet. Fra evolusjonens side er menneskehjernen utviklet til å være fokusert på farer og potensielle trusler for å sikre overlevelse. En kreftsykdom vil for de fleste oppleves som en trussel mot overlevelsen. Hjernen vil da prioritere å følge med på den opprinnelige trusselen, nemlig sykdommen i kroppen, fremfor andre potensielle farer. Den vil foreta hyppigere skanning av kroppen for å lete

etter mulige trusselsignaler og være ekstra oppmerksom på all informasjon som har med helse og sykdom å gjøre. Mange pasienter forteller nettopp at typiske kreftpåminnere, f.eks. kroppslige symptomer, kontroller på sykehuset eller andres sykdomshistorier, trigger frykten for tilbakefall eller frykt for sykdomsforverring og kreft som ikke kan kureres. Dette bekreftes av studier som har vist at tilstedeværelse av kroppslige symptomer, f.eks. muskelsmerter eller fordøyelsesplager, påvirker graden av frykt for tilbakefall <sup>(3,4)</sup>.

Frykt for tilbakefall kan altså anses som en naturlig reaksjon på opplevd trussel og kan forstås som et uttrykk for aktivert dødsangst. Dødsangst går hånd i hånd med menneskets overlevelsesinstinkt. En viss grad av bekymring er både naturlig og nyttig. Dette øker sannsynligheten for at man tar valg som bidrar til god helse, f.eks. unngår tobakk, spiser sunt og trener. Det kan også sikre at man følger de rådene man har fått fra legen og annet helsepersonell og overholder avtaler med helsevesenet, f.eks. gjennom kontroller på sykehuset. Likevel er det slik at mange oppgir tilbakefallsfrykt som et av sine største problemer og at frykten for tilbakefall gir redusert livskvalitet. En stor andel opplever heller ikke at de får tilstrekkelig hjelp til å håndtere tilbakefallsfrykten <sup>(3)</sup>.

### Den onde sirkelen

Mekanismene rundt hvordan en naturlig respons kan gå over i en uhensiktsmessig, selvforsterkende ond sirkel er verdt å se nærmere på. Opplever man sterk og dominerende frykt over tid vil bekymringstanker, uro og atferd gjensidig forsterke hverandre. Dette vil bidra til å opprettholde nivået av frykt for tilbakefall. Bekymringstanker innebærer som regel repeterende tanker om det man er redd for at kan komme til å skje i fremtiden. Eksempler på slike tanker kan være: «Tenk om kreften kommer tilbake?» eller «Hva hvis CT-undersøkelsen avdekker sykdomsforverring?». Disse tankene medfører gjerne indre uro og frykt, som videre kan bidra til det som kalles kontrollatferd. Dette kan typisk være at man sjekker kroppen sin for symptomer svært ofte og at man raskt søker bekreftelse på at symptomene ikke er farlige fra folk rundt seg eller fra helsepersonell. Til tross for at man kanskje blir midlertidig beroliget på denne måten, sniker bekymringstankene seg raskt tilbake igjen. Straks man blir oppmerksom på et nytt symptom i kroppen eller hører om andres sykdomshistorie, kan man igjen få et behov for bekreftelse for å redusere uroen. Slik er man fanget i en ond sirkel. →



Figur 1: Illustrasjon av den onde sirkelen

◀ Noen tankemønstre kan være med på å opprettholde den onde sirkelen. Man kan for eksempel kjenne på en ansvarfølelse for å oppdage nye symptomer, eller ha vansker med å stole på tilbakemeldinger fra helsepersonell. Noen innstiller seg på å få dårlige nyheter, som et forsøk på å være mer forberedt og dermed minimere skuffelse og sjokk. Andre kan tenke at de er ekstra utsatt eller uheldige og sikkert vil være en av dem som får tilbakefall. Personer som foretrekker kontroll og forutsigbarhet og som har en lav toleranse for usikkerhet, kan være særlig utsatt for å være plaget av frykt for tilbakefall. Da kan bekymringstanker og kontrollatferd bli brukt som en strategi for å skape en opplevelse av kontroll, i en svært ukontrollerbar situasjon.

Noen kan oppleve å være fanget konstant i denne onde sirkelen, mens andre bare gjenkjenner dette mønsteret i kortere perioder. Resultatet av en slik ond sirkel, uavhengig av varigheten, er at det blir vanskelig å være til stede i livet sitt. Det tapper en for energi og legger en demper på de gode følelsene og opplevelsene i livet. Forskning viser at selv mildere tilfeller av frykt for tilbakefall kan ha en sterk innvirkning på personens livskvalitet<sup>(3)</sup>. Derfor vil det for mange være nyttig å ha et bevisst forhold til hvordan man håndterer egen tilbakefallsfrykt. Det bør nevnes at sporadisk frykt for tilbakefall i gitte situasjoner, for eksempel rundt kontroll, vil være mer hensiktsmessig å godta fremfor å forsøke å endre. Som nevnt tidligere, er en viss grad av frykt for tilbakefall naturlig og nyttig. Målet er

ikke å eliminere all uro og bekymring for sykdom, men å kunne håndtere det når det blir dominerende, hemmende og ukontrollerbart.

## Hvordan håndtere frykt for tilbakefall

### Bevisstgjøring

Kunnskap om hva som skjer og om sitt eget reaksjonsmønster, er svært viktige skritt i bevisstgjøringsprosesser. Triggere, følelsesmessige og kroppslige reaksjoner og kontrollatferd vil se ulikt ut fra person til person. Oversikt og innsikt i hva som skjer gir bedre mulighet for å finne de beste endringstiltakene, som i praksis vil si å bryte ut av den onde sirkelen.

### Strategier for uro og bekymring

Det finnes mange tilnærminger og teknikker man kan lære seg for å bedre håndtere overdreven bekymring. Personer med frykt for tilbakefall kan ha god nytte av dette. En av de beste metodene for å håndtere bekymringstanker er å prøve å ha en holdning om aksept innover og fokus utover. Tanker vil komme kontinuerlig, vi kan ikke skru av vår egen tankestrøm. Vi kan derimot velge hvor mye av vår oppmerksomhet vi vil gi den enkelte tanke. Noen personer har god nytte av teknikken «bekymringstid», andre liker å jobbe med metaforer, mens andre får god effekt av sorteringsverktøy som «bekymringstre». Systematisk mindfulness-trening er godt egnet for å trene opp evnen til å styre egen oppmerksomhet på, og vi ser at mange av våre pasienter oppnår god effekt av en slik

## FAKTA

**BEKYMNINGSTRE** er en sorterings-teknikk der man starter med inngangsspørsmålet: «Kan du gjøre noe med denne bekymringen nå?». Hvis svaret på den aktuelle bekymringstanken er ja, går du videre til aktiv problemløsning. Det vil si at du lager deg en plan på hva du skal gjøre. Hvis svaret derimot er nei på inngangsspørsmålet, anbefales det å flytte oppmerksomheten over i nåtid, eller å engasjere seg i noe annet.

**BEKYMNINGSTID** er en teknikk som er ment for å lage tydeligere rammer for bekymringstankene. Den fungerer ved at man setter av et bestemt tidsrom hver dag, eksempelvis 20 minutter, kun til bekymringstanker. Når bekymringstankene dukker opp i løpet av dagen på andre tidspunkter setter man dem på vent frem til bekymringstiden. På denne måten kan man øve seg opp til å utsette bekymringstankene.



Foto: Shutterstock

praksis. Felles for disse verktøyene er at man over tid klarer å trene opp egen tilstedeværelse i nåtid.

### Lag en plan

Det kan være lurt å ha en skriftlig plan på hvordan man skal forholde seg til bekymring og sikringsatferd. Planen vil kunne bidra til at man vet hva man skal gjøre når bekymringene kommer og på denne måten slipper å komme inn i uhensiktsmessige mønstre som forsterker egen frykt. For mange vil også selve utarbeidelsen av planen være nyttig læring. For eksempel kan pasientene diskutere med legen hvordan de kan kjenne forskjell på uskyldige vondter og mulige bekymringsfulle symptomer. Det er nemlig svært vanlig at pasientene må bruke tid på å lære kroppen sin å kjenne igjen etter kreftsykdom og behandling. Planen kan inneholde følgende:

- **Hvilke symptomer/endringer skal du være oppmerksom på?**
- **Hvor ofte skal du sjekke deg selv?**
- **Hvor lenge skal du se an symptomer før du kontakter lege?**
- **Hvem skal du kontakte?**

Erfaringer fra klinikken tilsier at tiden rundt kontroll kan være ekstra vanskelig og energikrevende, og at frykten for tilbakefall eller sykdomsforverring øker i disse periodene. Egenomsorg blir derfor ekstra viktig i denne perioden, og det er viktig at hverken pasienten selv eller omgivelsene bagatelliserer den påkjenningen det er å gå i økt beredskapsmodus frem til man får svar på undersøkelsene.

## Eksistensiell tilnærming

For en del handler frykt for tilbakefall om frykten for å dø, og vi erfarer at dette er svært viktige samtaler å ha med pasienten. Refleksjon i det eksistensielle landskapet gir ikke nødvendigvis klare svar. Vi må anerkjenne at kreftdiagnose og behandling for mange gir en ytterligere dimensjon av usikkerhet i livet. Likevel erfarer vi at det å utforske pasientens dødsangst kan lindre. Hvis man får sortert og satt ord på hva frykten handler om, så vil det igjen gi en følelse av å ha oversikt og mer kontroll. Mange pasienter uttrykker også et behov for å kunne snakke fritt med noen om disse temaene.

Like viktig som å adressere dødsangst, er å tilby et fokus fremover. Derfor jobber vi ofte med å kartlegge pasientens verdier. Det er en prosess som både bidrar til å bli mer klar over egne verdier og å klare å omsette disse i handling. For mange som virkelig strever med frykt for tilbakefall vil det være et betydningsfullt vendepunkt å klare å gi frykten mindre plass og livet større plass.

## Oppsummering

Frykt for tilbakefall eller sykdomsforverring er et vanlig fenomen hos personer som har gjennomgått kreftbehandling eller lever med kreftsykdom, og kan for noen gjøre det vanskelig å fungere i hverdagen. Det finnes flere selvhjelpsverktøy som kan være nyttige, for eksempel å sette rammer for når man kan bekymre seg, eller å ha større aksept for tankene og følelsene som kommer. Mange med frykt for tilbakefall vil ha stort utbytte av litt ekstra støtte i form av tid og samtaler med andre og litt ekstra egenomsorg i forbindelse med kontroller. Personer med en langvarig hemmende frykt kan ha godt utbytte av psykologoppfølging og samtalerapi. ●

## Referanseliste

- (1) Lebel, S., Ozakinci, G., Humphris, G., Mutsaers, B., Thewes, B., Prins, J., Dinkel, A., Butow, P. (2016). From normal response to clinical problem: definition and clinical features of fear of cancer recurrence. *Support Care Cancer*. 24(8):3265-8. doi: 10.1007/s00520-016-3272-5.
- (2) Luigjes-Huizer, Y.L., Tauber, N.M., Humphris, G., et al. (2022) What is the prevalence of fear of cancer recurrence in cancer survivors and patients? A systematic review and individual participant data meta-analysis. *Psychooncology*. 31(6):879-892. <https://doi.org/10.1002/pon.5921>
- (3) Simard, Thewes, Humphris, Dixon, Hayden, Mireskandar, Ozakinci, Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: a systematic review of quantitative studies. *J Cancer Surviv*. 2013 7:300-322
- (4) Thewes, Husson, Poort, Custers, Butow, McLachlan, Prins, Fear of Cancer Recurrence in an Era of Personalized Medicine, *Journal of Clinical Oncology*, 2017 35:3275-3278



# Å arbejde som kræftsygeplejerske i Grønland

Foto: Privat



**Hanne Olsen**  
Kræftsygeplejerske

## Lidt om min baggrund

Jeg er sygeplejerske og arbejder med medicinsk kræftbehandling på Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk, Grønland. Jeg blev uddannet sygeplejerske på Bornholm i 1998 og har siden min studietid haft min faglig interesse inden for kræftsygeplejen. Jeg har givet medicinsk kræftbehandling i 20 år og blev for 10 år siden færdig med specialuddannelsens i kræftsygepleje. Jeg har tidligere arbejdet mange år på Bornholms Hospital, hvor jeg var med til at starte kræftbehandling der, da den blev hjemtaget, samt 1 år på Rigshospitalet i København i onkologisk klinik.

At give omsorg og støtte patienterne og deres pårørende gennem deres kræftforløb så de kommer bedst muligt igennem, finder jeg stadig lige givende og meningsfyldt. Både på det faglige plan, men også på det personlige.

Jeg boede som ung i Grønland og har min nærmeste familie her og det er grunden til at jeg i 2019 besluttede at flytte til Nuuk. Det var så heldigt at jeg efter 3 mdr. på Medicinsk Sengeafdeling fik en fast stilling i vores onkologiske team, og det er jeg utrolig glad for.

I efteråret 2022 var jeg på landskursus, arrangeret af fagligt selskab for kræftsygeplejerske i Danmark. Der

mødte jeg to kræftsygeplejersker fra Norge. Vi havde en god og spændende samtale om hvordan kræftbehandling er organiseret i både Norge, Danmark og Grønland. De spurgte om jeg kunne tænke mig at skrive lidt til jeres fagblad, om mine erfaringer med kræftbehandling i Grønland. Det vil jeg selvfølgelig rigtig gerne, da det altid er spændende og fagligt udviklende, at udveksle erfaringer. Samtidig vil jeg gerne være med til at formidle viden om Grønland og fortælle om vores sundhedsvæsen og hvad vi kan tilbyde kræftpatienterne i Grønland.

## Lidt om Grønland og sundhedsvæsenet

Grønland er et land med selvstyre og er sammen med Færøerne i rigsfællesskab med Danmark. Der bor ca. 56.000 i hele Grønland og heraf ca. 19.000 i hovedstaden Nuuk. En lang række opgaver, som tidligere blev styret fra Danmark, løses nu i Grønland. En af dem er driften af det Grønlandske sundhedsvæsen, og det betyder også at vi har vores eget sundhedsbudget, som i øvrigt er noget lavere end i Danmark.

Dronning Ingrid's Hospital fungerer som landshospital og ligger i Nuuk. I resten af Grønland er der flere mindre

lokalsygehuse, sundhedscentre og sygeplejestationer. Et sundhedsvæsen som er udfordret af store afstande, og begrænsede muligheder ude på de mindre steder. Man har samarbejdsaftaler med Danmark om løsning af nogle af de opgaver der skal løses. Det betyder at nogle patienter rejser til Danmark for udredning og behandling. På kræftområdet betyder det at nogle patienter må behandles i Danmark, eksempelvis så foregår al strålebehandling i København.

## Medicinsk Dagafsnit

Jeg er ansat i Medicinsk Dagafsnit (MDA), som er en del af Medicinsk Ambulatorium. I Medicinsk Dagafsnit er vi ansat 3 sygeplejersker, en overlæge og en yngre læge. Vi varetager den medicinske kræftbehandling til patienter med lunge cancer, bryst cancer, samt colon- og rectum cancer. Patienter med andre cancer diagnoser behandles i Danmark. Vi giver de samme standard behandlinger som i Danmark.

Vi har et meget velfungerende samarbejde med Onkologer fra Rigshospitalet i København. Hvert diagnoseområde har en fast onkolog og en kontaktsygeplejerske, som altid kan kontaktes telefonisk eller på mail. Så er vi i tvivl om noget i forhold til patientens behandling, konfererer vi med onkolog og sygeplejerske, hvilket giver en tryghed for os, samtidig med at det øger patientsikkerheden.

Onkolog og kontaktsygeplejersker kommer på besøg hos os en gang om året. Så bliver der lavet lægelig journalgennemgang af alle patienterne, som sygeplejerskerne også deltager i. Efterfølgende er der afsat tid hvor vi sygeplejersker taler om sygeplejefaglige spørgsmål og udfordringer vi har her. Vi forbereder os altid til disse besøg, så vi kan få talt om det der er mest aktuelt for os at få ny viden om. Besøgene af vores samarbejdspartnere har stor værdi for os, da de bidrager til vores faglige udvikling, og udviklingen af kræftsygeplejen i Grønland. Vi har også mulighed for en gang om året at tage på studiebesøg og kursus i Danmark.

## En anderledes hverdag i en anden kultur

Da jeg startede i Medicinsk Dagafsnit i september 2019, startede en ny og anderledes hverdag for mig. En stor del af de opgaver jeg skulle løse var velkendte,

men jeg skulle også lære mig nye færdigheder, og lære at yde sygepleje i en ny kontekst, en anden kultur end den danske jeg kender.

En af de ting jeg skulle oplæres i var at blande cytostatika, hvilket var grænseoverskridende i starten. I Danmark har det altid været Farmakonomer der blandede cytostatika, der hvor jeg har arbejdet. Men her er det sygeplejerskerne der gør det, og det er et stort ansvar at få synes jeg.

Jeg blev sidemandt oplært af kolleger, hvor det først blev vist, så blandede jeg under guidning og til sidst selvstændigt. Vi blander efter skriftlige vejledninger og har helt faste procedure for kontrol af cytostatikadoser. Så vi sikrer at patienterne får den rigtige behandling.

Den Grønlandske kultur er anderledes end den danske. Det har været en udfordring og meget lærerigt for mig at forsøge at forstå hvordan man tænker, udtrykker følelser, og reagerer i forhold til at få en kræftsygdom. Min personlige oplevelse er at folk her oftere accepterer de udfordringer livet kan give en, end det jeg har oplevet i Danmark. Mange af vores patienter oplever jeg som meget mentalt stærke og i god fysisk form. Man er vandt til at klare meget selv og har ikke det samme velfærdsnet under sig som det jeg kender. Så familierne hjælper hinanden i højere grad og er tætte på hinanden. Sker der noget svært i livet rykker man sammen og støtter og hjælper, hvilket jeg ser som en stor styrke.

I det Grønlandske sundhedsvæsen er arbejdssproget dansk. En stor del af læger og sygeplejersker ansat her kommer fra Danmark og taler ikke grønlandsk. Det er selvfølgelig en stor udfordring for patienterne, da de fleste jo har grønlandsk som modersmål. Det er også en udfordring for personalet, som må benytte sig af tolk for at kunne tale med patienterne.

Jeg taler heller ikke selv grønlandsk, men forstår dog noget efter hånden. Jeg har dog tilegnet mig nogle vigtige ord og vendinger som jeg kan bruge i min hverdag. Men det er ikke tilstrækkeligt til at føre en egentlig samtale. Så jeg har måttet lære mig at samarbejde med tolken, og det kræver tålmodighed og indsigt. Idet det grønlandske sprog er meget anderledes opbygget end det danske. Jeg har skullet lære mig, at blive endnu bedre til at lytte og forsøge at aflæse



←..... kropssproget, når patienten siger noget. Samt blive tydeligere i min kommunikation af de informationer jeg ønsker givet videre til patienten. Jeg har også måttet acceptere at jeg mister nogle fine nuancer i samtalen, netop fordi jeg ikke taler sproget og må bruge tolk i samtalen med patienten. Det er en af de ting jeg savner mest i min sygeplejepraksis. Selv at kunne have en god samtale med patienten. Men det er et vilkår når jeg arbejder her.

En anden udfordring for kræftpatienterne her, er at mange af dem bor langt væk fra deres behandlingssted. Med mindre de bor i Nuuk, skal de sejle eller flyve for at komme til os. Det betyder at patienten hver 2 eller 3 uge, alt efter hvilken behandling de får, er hjemmefra mellem 3 til 8 dage. Alt afhængigt af om de er bosiddende i en bygd med få fly eller bådafgange om ugen. Når vejret er dårligt og flyvninger aflyses, er de endnu længere under vejs. I Nuuk, er de indkvarteret på patienthotel, ofte på dobbeltværelse, endnu en udfordring da man skal sove sammen med en fremmed.

Det er en ekstra belastning at være alene, langt væk fra sit hjem og sine nærmeste pårørende, når man er i et kræftforløb og har særligt behov for omsorg og støtte. Da sundhedsbudgettet ikke er så stort, er der ting man har måttet prioritere ikke at kunne finansiere. En af de ting er betalte rejser til pårørende. Så hvis en patient ønsker at tage sin kone eller mand med må de selv betale, eller søge forsikring, fagforening eller kommune om økonomisk støtte til dette. Hvis patienten ikke har pårørende med når vi i en samtale skal give vigtig og også alvorlig information, må vi bruge teknologi til at hjælpe os. Vi spørger altid om patienten vil ringe sin nærmeste op på egen mobil på medhør, så de også kan deltage i samtalen, og det er der en del der benytter sig af. På trods af de ekstra belastninger oplever jeg, at vores patienter klarer deres behandlingsforløb rigtig godt. De accepterer de vilkår der er, formår at bevare et godt humør og en positiv indstilling, med håb om at vi er i stand til at hjælpe dem. De er også gode til at danne venskaber og netværk på sengeafsnit når de er indlagt til operation, på patienthotellet og i behandlingsstuen, hvilket er til stor hjælp for den enkelte. Vi ser også af de

danner Facebook grupper, så de kan støtte hinanden under deres forløb, det gælder især kvinderne med mammae cancer.

Jeg synes vi formår at skabe et tillidsfuldt og trykt forhold til de patienter der kommer og får behandling hos os. Vi prioriterer at miljøet i afdelingen skal være omsorgsfuldt med empati, forståelse og medmenneskelig varme og oplever at vi lykkes med dette, da vores patienter i høj grad føler sig hjemme her hos os. Det ser vi ved at de indtager behandlingsstuen, som var den deres dagligstue. De deler betydningsfulde ting med os og vi ser mange billeder af børn, børnebørn eller en smuk tur i fjeldet. Det er en stor tilfredsstillelse og glæde at opnå dette, synes jeg.

### Det første møde med patienten

Når vi møder patienten første gang, har de allerede stiftet bekendtskab med sundhedsvæsenet. De har oplevet symptomer, er blevet udredt og fået en diagnose og hvis muligt, er de også blevet opereret inden vi møder dem. Kvinder med mammae cancer bliver opereret i Nuuk. De får lavet mastektomi, da her ikke er en patologisk afd. Så man kan lave patologi peroperativt. Nogle få yngre kvinder bliver opereret i Danmark hvis de kan få lavet en brystbevarende operation. Patienter med coloncancer bliver opereret i Nuuk, patienter med rectumcancer i Danmark. Endelig så bliver patienter med lunge cancer opereret i Danmark.

Så patienten har en historie vi gerne vil have de deler med os, når vi mødes første gang. Så vi bedre kan forstå og hjælpe dem, på deres videre vej i forløbet. Jeg oplever at patienterne værdsætter muligheden for at fortælle hvad de har oplevet tidligere, samt hvad de forventer af os og deres videre forløb. Ved den indledende samtale er vi altid en læge, en sygeplejerske og en tolk hvis det kræves. Patienten og pårørende informeres om den behandling vi kan tilbyde, herunder hvor ofte den gives og hvornår vi første gang evaluerer med CT scanning. Vi udleverer skriftlig patientinformation på både grønlandsk og dansk og forbereder patienten på den første behandling.

Vi giver som regel den første behandling dagen efter

informationssamtalen, og inviterer også gerne pårørende med til at overvære dette, da det kan være en stor støtte for patienten. Sygeplejersken er på stuen den første del af behandlingen. Dels for at observerer om patienten får nogle infusionsrelaterede reaktioner og hvis det sker, handle på det. Men også for at gennemgå mulige bivirkninger til behandlingen, og sikre at patienten har forstået hvornår vi skal kontaktes, så de kan vurderes af læge.

Nogle af vores patienter bor i små bygder hvor der hverken er læge eller sygeplejerske, eller mulighed for at få taget blodprøver. For de patienter er det endnu vigtigere at de har forstået hvad der kan blive potentielt kritisk for dem, hvis de ikke reagerer på bivirkninger som eksempelvis feber og diarré. Hvis det er uden for vores åbningstid skal de kontakte lokal sygehus og fortælle at de får kemoterapi og skal vurderes af læge. Samt udlevere understøttende behandling som for eksempel antiemetika og laksantia. Vi bruger også tid under den første behandling, til at lære vores patienter bedre at kende. Spørger ind til familie, netværk, arbejde og hvad der betyder noget i den enkeltes liv.

Når patienten har fået sin behandling, udleveres plan med tider for rejse og behandling. Vi har ikke tilknyttet en sekretær til vores lille team og har derfor også en del administrative opgaver. Det er os sygeplejersker der laver behandlingsplanen, booker tider, bestiller blodprøver og bestiller rejser hos vores rejsekoordinering. Vi sender også mail til lokalsygehus eller sundhedscenter om at patienten har fået behandling og beder dem om at udlevere billet til patienten, når de får den. Vi bestiller også evalueringsscanninger og booker patienter på venteliste, når de er i kontrolforløb.

Vi er et lille team med tre sygeplejersker og to læger og

vi arbejder tæt sammen og kender hinanden godt. Det er en stor styrke synes jeg, da vi føler os trygge og kan reflektere sammen over de patienter vi har, så vi kan yde den bedst mulige pleje og behandling til den enkelte. Vi får også supervision hver anden måned, hvilket er en stor hjælp for os. Der har vi muligheden for at tale om alt det der fylder og kan være tungt for os, et frirum som giver os mulighed for at tømme rygsækken. Så vi kan fortsætte med at yde den gode pleje og behandling til vores patienter, som jeg synes vi gør.

### Afrunding

Jeg håber at dette giver et lille indblik i hvordan det er at være kræft patient i Grønland og i hvordan det er at arbejde som kræftsygeplejerske her.

Jeg tager glad på arbejde og får masser af faglige og personlige udfordringer i vores team. Jeg oplever at have bedre tid til den enkelte patient og hermed tid til at yde den omsorg der er brug for.

Jeg føler at meget er enklere her på trods af mange udfordringer med logistik, vejr og sprog. Netop på grund af den grønlandske kultur, som blandt andet gør at folk her accepterer livsvilkår som det de er og har et mere naturligt forhold til liv og død, end i den danske.

Naturen er stor og mægtig og den kan mennesker ikke styre. Så kommer man frem 3 dage forsinket, fordi det har stormet er det helt okay. Man har tætte familiebånd og støtter hinanden, man græder sammen og man griner sammen, latteren er aldrig langt væk. Man glæder sig over alt det der går godt og er bedre til at leve i nuet, end man er i Danmark. Det synes jeg er befriende og givende og jeg tror at vi kan lære meget af det livssyn. ●

«Naturen er stor og mægtig, og den kan mennesker ikke styre. Så kommer man 3 dager forsinket fordi det har stormet så er det helt okay.»



# «Måltids glede og magi»

Flerkulturelt perspektiv, kombinert med matkultur og måltids glede.



## Mona Bjelland

Spesialrådgiver klinisk ernæring,  
Kreftforeningen

*Du inviteres herved med på en reise i begreper fra matkultur, via matglede til måltids glede. Og vi starter med inspirasjon fra det somaliske og pakistanske kjøkken, med mat som ofte er sterk og fargerik og retter rike på grønnsaker, korn, bønner og frukt.*

## Matkultur

Det er Khadra og Andleeb som inspirerer oss i nye matlagingsfilmer fra Vardesenteret ved Radiumhospitalet og Kreftforeningen. De to damene elsker å lage mat og omtaler seg selv som hobbykokker. Den ene har selv vært kreftpasient, den andre er sykepleier og møter kreftpasienter på daglig basis.

*Som kreftpasient selv så har jeg erfart at det er ikke alltid man har lyst eller ork til å lage mat. Og under slike omstendigheter er det veldig enkelt å ty til usunne valg. Jeg ønsket derfor å vise gjennom filmene at man raskt og enkelt kan lage god mat fra bunnen av, og at man kan bruke lett tilgjengelige ingredienser.*

Khadra og Andleeb tar utgangspunkt i de rettene de har lært av sine (sviger)mødre – og gjør dem litt sunnere. Filmene er i norsk versjon, og i voicet versjon på somalisk og urdu – omtrent slik Knut Risan gjør det i «Tre nøtter til Askepott». Målet med filmene er å skape inspirasjon til å prøve nye smaker og retter, og den primære målgruppen er kreftpasienter og deres pårørende. Se gjerne de 11 filmene ved å skrive inn følgende kortlenke i din

nettleaser: kreftforeningen.no/food

*Filmene er nyttige for mange og spesielt kreftsyke somaliere. Filmene med voice over er nyttige for de som snakker somali. I matlagingsviser vi frem lett lagd mat med mange nyttige ingredienser, samt at man lærer om næringsstoffer i maten og deres virkning på kroppen.*

## Matglede

Dette er et ord som er kjent og relativt mye brukt. Det kan kort forklares som gleden over god mat. Her er det maten i seg selv som står i sentrum, og den enkeltes preferanse. Mange kreftpasienter opplever at mat og drikke ikke smaker som før, og det kan skyldes behandling – men også medisinbruk eller sopp i munnen. Smaksforandringer vil vanligvis forsvinne etter behandling, men for noen kan de vare i flere måneder etter at behandlingen er avsluttet. Videre kan smaksforandringer oppleves forskjellig fra person til person. Noen kan oppleve at de blir veldig følsomme for søt eller krydret mat, mens andre opplever at maten ikke blir søt nok. Enkelte kan oppleve at maten smaker metall, eller at den ikke smaker noe som helst. Det er også noen som opplever avsmak mot enkelte matvarer.

## Noen konkrete råd til pasienter (og pårørende) er:

- Velg mat du har lyst til å spise, og bytt ut matvarer som ikke lenger faller i smak.
- Mat som lukter godt og ser innbydende ut kan øke matlysten.
- Velg gjerne fargerike matvarer, eller prøv å pynte maten med f.eks. krydderurter.
- Tilpass smaken på maten. Bruk marinader til kjøtt



Foto: Kreftforeningen

(for eksempel soyasaus, eddik og olje), og tilsett krydder som for eksempel sukker, salt og urter i maten.

- Om kvalme er et problem er et konkret råd å velge noe annet enn favorittmaten. Det er lurt å unngå favorittretten om man er kvalm og uvel, slik at den fortsatt frister når man føler seg bedre <sup>(1)</sup>.
- Retter fra en annen matkultur, som det somaliske eller pakistanske kjøkken, kan gi inspirasjon til matglede.

## Måltids glede

Begrepet måltids glede ble brukt i tittelen på Handlingsplan for bedre kosthold i 2017: *Sunt kosthold, måltids glede og god helse for alle!* <sup>(2)</sup>. Men hva betyr egentlig måltids glede? Hvordan defineres dette begrepet? Jeg har ikke klart å finne noen klar og tydelig forklaring, det nærmeste jeg kommer er i nettopp i innledningen til Handlingsplan for bedre kosthold 2017-23:

Den handler om det magiske som skjer når vi setter oss ved bordet for å spise.

I barnehagen. På skolen. På jobben. På sykehuset. På sykehjemmet.

God mat og gode måltider løser ikke alle problemer.

Men det gjør det lettere å løse dem.

Og så stopper det den morske murringen i magen.

Egentlig viser «den» i avsnittet over til handlingsplanen, men jeg liker å tenke at det er måltids glede: Måltids glede handler om det magiske som skjer når vi setter oss ved bordet for å spise. Begrepet måltids glede brukes hele 29 ganger i handlingsplanen, og tiltakene i planen skal bidra til sunt kosthold og måltids glede for å fremme helse og forebygge kostholdsrelaterte sykdommer.

En annen inngang til begrepet måltids glede kan være ordene av Einar Skjæraasen, i diktet Lykke:



## Kanskje kan det sies så enkelt som at matglede er gleden over maten, mens måltidsgleden er gleden over måltidsfellesskapet – og praten over maten.

←..... Åtte øyne i hverandre.  
Fire munn rundt et bord.  
Fire vegger kring en lykke:  
Vesla, Påsan, far og mor.

Måltidsglede er for mange et nytt ord, men en følelse de aller fleste har kjent på. Gleden ved å dele et måltid sammen. Kanskje kan det sies så enkelt som at matglede er gleden over maten, mens måltidsgleden er gleden over måltidsfellesskapet – og praten over maten.

Høsten 2022 hadde jeg et pasientmøte som gjorde sterkt inntrykk. Grunnen var omtalen av måltidens betydning i en hverdag preget av kreft, og om hvordan måltidene på mange måter utgjorde limet i familielivet og en form for normalitet i et liv som var snudd på hodet. Det fikk meg til å lure på følgende: Matlysten kan fort bli preget av kreftsykdommen, men går det likevel an å ha som mål å opprettholde måltidsgleden? Jeg har ikke noe svar eller fasit å gi, men hører gjerne hva kreftpasienter, pårørende og kreftsykepleiere tenker om dette.

Kort oppsummert: Matkultur kan bidra med inspirasjon til matglede, også i hverdager preget av kreft. Og mat er mer enn energi og næringsstoffer – det kan også danne utgangspunkt for følelsen av fellesskap og tilhørighet via måltidsglede. ●

### Referanser:

1. Brosjyre Matlyst og smak fra Kreftforeningen, kan lastes ned eller bestilles via Kreftforeningen.no: [https://kreftforeningen.no/content/uploads/2022/08/brosjyre\\_MatlystSmak\\_jan2022-web.pdf](https://kreftforeningen.no/content/uploads/2022/08/brosjyre_MatlystSmak_jan2022-web.pdf)
2. Helse- og omsorgsdepartementet: Handlingsplan for bedre kosthold (2017-21), utvidet til 2023. [https://www.regjeringen.no/contentassets/fab53cd681b247bfa8c03a3767c75e66/handlingsplan\\_kosthold\\_2017-2021.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/fab53cd681b247bfa8c03a3767c75e66/handlingsplan_kosthold_2017-2021.pdf)

## FAKTA

En studie fra Kreftregisteret i 2020 viste at innvandrere i Norge hadde et kreftbilde som var forskjellig fra den norskfødte delen av befolkningen. Hovedfunnene fra denne studien var at innvandrere generelt sett hadde lik eller lavere risiko for kreft. Noen få kreftformer hadde høyere insidens blant innvandrere; menn fra andre nordiske land og fra Øst-Europa hadde høyere risiko for lungekreft, og kvinner fra andre nordiske land og Vest-Europa hadde høyere risiko for brystkreft. Studien viste også at menn og kvinner fra Øst-Europa hadde høyere risiko for kreft i magesekk, og risikoen for leverkreft var høyere for menn og kvinner fra Asia og Afrika, og også for kvinner fra Øst-Europa.

**Kreft blant innvandrerkvinner:** Brystkreft er den vanligste kreftformen blant kvinner, uavhengig av landbakgrunn, og utgjør fra 23 prosent av alle krefttilfellene blant norskfødte til 30 prosent av alle krefttilfellene blant innvandrerkvinner fra Asia.

**Kreft blant innvandrermenn:** Prostatakreft er den vanligste kreftformen blant alle innvandrergruppene, og utgjør fra 20 prosent av alle krefttilfellene blant menn med bakgrunn fra Øst-Europa og Balkan til 28 prosent av alle tilfellene blant menn fra Norden.

Kilde: Kreftregisteret (<https://www.kreftregisteret.no/Temasider/innvandrere-og-kreft/>)



Primærendepunkt i DESTINY-Breast03 er PFS iht BICR<sup>1</sup>

HER2+ metastatisk brystkreft i 2L+

## 22 måneder økt mPFS med ENHERTU<sup>1</sup>

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.<sup>1</sup>

### 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.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> BICR: Blinded Independent Central Review

BESLUTTET  
INNFØRT FRA  
15/11-22<sup>3</sup>

**DESTINY-Breast03** er en multisenter, åpen, randomisert, toarmet fase 3-studie med aktiv kontroll, som inkluderte pasienter med HER2-positiv, inoperabel eller metastaserende brystkreft som hadde fått tidligere trastuzumab- og taksanbehandling ved metastaserende sykdom eller fått sykdomstilbakefall under eller innen 6 måneder etter fullført adjuvant behandling. 261 pasienter fikk ENHERTU. 263 pasienter fikk T-DM1.

**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. For hver dose bør pasientene premediseres med et kombinasjonsregime av 2 eller 3 legemidler for å forebygge kvalme og oppkast.

**Bivirkninger:** De vanligste bivirkningene var kvalme (76,8 %), fatigue (56,1 %) og oppkast (44,6 %). Behandling av bivirkninger kan kreve midlertidig avbrudd, dosereduksjon eller seponering av behandling.

**Utvalgt sikkerhetsinformasjon:** *Interstitiell lungesykdom (ILD)/pneumonitt:* Pasienter skal monitoreres for tegn og symptomer på ILD/pneumonitt og umiddelbart utredes ved mistanke om dette. *Noytropeni:* Komplette blodtelling skal foretas for oppstart av behandling og for hver dose, og som klinisk indisert. *Reduksjon i venstre ventrikkels ejsjonsfraksjon (LVEF):* Standard hjertefunksjonsundersøkelse (EKG eller MJGAskanning) skal foretas for å vurdere LVEF for oppstart av behandling og regelmessig under behandling som klinisk indisert. *Graviditet:* Kan forårsake fosterskade.

Det er utarbeidet risikohåndteringsmateriell og pasientinformasjon for ENHERTU. Dette finner du på [www.fellesskatalogen.no](http://www.fellesskatalogen.no) eller ved å kontakte oss.

**Reseptgruppe:** C.

**Pakninger og priser:** 100 mg: 1 stk. (hetteglass) 22341,00 NOK. Besluttet innført ved HER2+ mBC ved 2. eller senere linjer. Se preparatomtalen (SPC sist endret 23.01.2023) for utfyllende informasjon om ENHERTU.

### Referanser:

1. Hurvitz SA, Hegg R, Chung WP et al. Trastuzumab deruxtecan vs trastuzumab emtansine for breast cancer. *Lancet* 2023; 401: 105-17
2. ENHERTU (trastuzumabderukstekan) preparatomtale pkt. 4.1 (23.01.2023)
3. <https://nyemotoder.no/metode/trastuzumabderukstekan-enheru-indikasjon-ii> hentet 02.03.2023



Daiichi Sankyo Nordics ApS • Antegortsløkvej 106 • 2000 København S • T: +45 88 44 45 45 • [www.nordics.daiichi-sankyo.eu](http://www.nordics.daiichi-sankyo.eu) • [www.nordiconcology.eu](http://www.nordiconcology.eu)  
AstraZeneca AS • Postboks 6250 Etterstad • N-0601 Oslo • T: +47 21 00 64 00 • [www.astrazeneca.no](http://www.astrazeneca.no) • [www.astrazenecaconnect.no](http://www.astrazenecaconnect.no)





### Synnøve Glesnes

Ergoterapispesialist Ergoterapiavdelinga, Haukeland universitetssjukehus og Kompetansesenter i lindrande behandling, Helseregion Vest, Haukeland universitetssjukehus, Helse Bergen



### Silje Nødtvedt

Ergoterapispesialist Ergoterapiavdelinga, Haukeland universitetssjukehus, Helse Bergen

# Ergoterapi for kreftpasienter i sykehus

Ved å kartlegge funksjonsnivå, kognitive vansker og fatigue kan ergoterapeuter gi pasientene bedre livskvalitet.



Foto: Øystein Fykse/Helse Bergen

Publisert på Sykepleien.no: DOI-nummer 10.4220/Sykepleiens.2023.91750

## Hovedbudskap

Ergoterapitilbudet til kreftpasienter i spesialisthelsetjenesten i Norge varierer, og erfaring viser at ikke alle pasienter har tilgang til tjenesten. Ergoterapeuter forbindes med hjelpemidler, men har en bredere rolle for kreftpasienter i spesialisthelsetjenesten. Når det er et gap mellom helse og krav i hverdagen, kan ergoterapeuter bidra med å finne løsninger som kan gi økt livskvalitet. I artikkelen gir vi en kort beskrivelse av ergoterapioppgaver som kan være aktuelle for kreftpasienter.

I 2021 var det i underkant av 37.000 nye krefttilfeller i Norge, en økning fra tidligere år <sup>(1)</sup>. Antallet forventes å øke på grunn av befolkningsvekst og flere eldre. De vanligste kreftformene er prostata-, bryst-, lunge- og tykktarmskreft. Flere overlever kreft, og det er nå over 300.000 nordmenn som har eller har hatt kreft <sup>(1)</sup>.

Studier viser at kreftpasienter har utfordringer med utførelse av aktiviteter <sup>(2-4)</sup>. En systematisk oversiktsartikkel som inkluderte over 19.000 pasienter med kreft, viser at en tredjedel av pasientene hadde utfordringer med personlige daglige aktiviteter <sup>(2)</sup>. To tredjedeler av pasientene hadde utfordringer med instrumentelle daglige aktiviteter, som inkluderer blant annet husarbeid, å lage mat og gjøre ærender i sitt nærmiljø <sup>(2)</sup>. Kreftpasienter opplever utfordringer med aktivitet gjennom hele sykdomsforløpet. Kreftoverlevende kan også oppleve utfordringer med aktivitetsutførelse, noe som er forbundet med redusert livskvalitet <sup>(5,6)</sup>. En undersøkelse har vist at av de som var i jobb før de fikk kreftdiagnosen, kom bare 66 prosent tilbake i jobb etter endt behandling. Av disse jobbet en tredjedel i en redusert stillingsprosent <sup>(7)</sup>.

## Ergoterapi

Ergoterapeuter er opptatt av meningsfull aktivitet og deltakelse <sup>(8)</sup>. Ergoterapeuters kjernekompetanse handler om å styrke menneskers evne til å mestre meningsfulle og nødvendige aktiviteter i hverdagen, noe som bidrar til deltakelse og inkludering i samfunnet. Faggruppen har en bred forståelse av aktivitetsbegrepet. Aktiviteter inkluderer alt fra å kunne pusse tenner, utføre sammensatte oppgaver i en jobbsituasjon til å utføre aktiviteter som omsorgsperson for sine barn. En hverdag kan brytes ned i store og små, enkle og komplekse aktiviteter. Aktivitetene stiller ulike krav til personen som utfører dem. Ergoterapeuter foreslår forenklinger og tilpasninger av aktiviteter som kan bidra til mestring. Alle mennesker er ulike og med

forskjellige prioriteringer og ønsker. Det gjør at brukerperspektivet er essensielt i utøvelsen av ergoterapi <sup>(8)</sup>. Ergoterapitilbudet til kreftpasienter i spesialisthelsetjenesten i Norge varierer. Erfaring viser at ikke alle pasienter har tilgang til tjenesten. Et kvalitetsforbedringsprosjekt som ble utført ved Kreftavdelinga ved Haukeland universitetssjukehus, viste at få av pasientene ble henvist til ergoterapi <sup>(9)</sup>. Prosjektet tyder på at flere kreftpasienter sannsynligvis kunne hatt nytte av et ergoterapitilbud. I prosjektet ble det også konkludert med at det er viktig å formidle kunnskap om ergoterapirollen til samarbeidende faggrupper <sup>(9)</sup>.

En norsk studie fra kommunehelsetjenesten indikerer at samarbeidende faggrupper ofte forbinder ergoterapi med hjelpemidler <sup>(10)</sup>. Ergoterapeuter har god kompetanse på hjelpemidler og bruker hjelpemidler som et av mange tiltak. Ergoterapi er imidlertid bredere og innbefatter flere oppgaver og verktøy. Om pasienter ikke har behov for hjelpemidler, kan det føre til at de ikke blir henvist til ergoterapi, til tross for at de kunne hatt nytte av tjenesten. Internasjonal forskning på ergoterapioppgaver i kreftomsorgen beskriver imidlertid flere arbeidsområder <sup>(11,12)</sup>. Vi vil derfor gi en kort beskrivelse av ergoterapioppgaver som kan være aktuelle for kreftpasienter i spesialisthelsetjenesten kan ha utbytte av. Beskrivelsen er ikke fullstendig og må forstås slik at pasienter kan oppleve flere utfordringer samtidig. I noen tilfeller kan oppgaver overføres til ergoterapeuter som arbeider med kreftpasienter innen rehabilitering eller i kommunehelsetjenesten.

## Kartlegging av funksjonsnivå og utfordringer med utførelse av hverdagsaktiviteter

Ergoterapeuten kan undersøke hvilke utfordringer pasienten opplever med å utføre aktiviteter i hverdagen <sup>(8)</sup>. Kartlegging av funksjon innebærer alltid samtale med pasient, gjerne også pårørende, for å få et inntrykk av hvilke utfordringer pasienten har <sup>(8)</sup>. Hvordan påvirker symptomer og utfordringer som fatigue, kognitive vansker, smerter eller nevropati utførelsen av hverdagsaktiviteter <sup>(12)</sup>? Har pasienten utfordringer med forflytning, klarer vedkommende å lage mat, eller har vedkommende behov for hjelp til å stelle seg? Hva er viktig for pasienten å gjøre i sin hverdag? Gjennom aktivitetsanalyse kan ergoterapeuten undersøke hvilke spesifikke utfordringer pasienten har med å utføre oppgaver <sup>(8)</sup>. Analysen kan gi informasjon om pasientens utfordringer er motoriske eller kognitive, og hvordan omgivelsene hindrer eller legger til rette for aktivitet. Tiltak handler ofte om å gjøre pasienten i stand til å utføre spesifikke

aktiviteter selvstendig. Det kan enten skje gjennom å trene opp funksjoner eller ved å kompensere for tapt funksjon ved bruk av hjelpemidler eller andre tiltak. Observasjon av aktuelle aktiviteter kan også gjøres når pasienten er innlagt. Eksempler på aktiviteter kan være morgenstell og påkledning, kjøkkenaktiviteter eller spising. Mer komplekse aktiviteter i forbindelse med arbeid eller omsorgsrolle kan også vurderes.

### Kognitive vansker

Pasienter kan oppleve kognitive endringer etter kreftbehandling eller som følge av kreft i hjernen<sup>(13)</sup>. Uttrykkene «skjemohjerne» og «skjemotåke» brukes ofte om kognitive endringer som følge av behandling med cellegift<sup>(14)</sup>. Kognitive endringer kan inkludere redusert hukommelse, mental tåke, konsentrasjonsvansker, langsommere prosesseringshastighet og redusert evne til å planlegge og organisere<sup>(14)</sup>. Symptomene kan vedvare etter avsluttet behandling<sup>(14)</sup>. Kognitiv funksjon er sammensatt. Derfor bør faktorer som angst, depresjon, tretthet og søvnforstyrrelser utelukkes<sup>(15)</sup>. Kognitive endringer kan påvirke pasienters hverdag i stor grad. Det kan gi bekymringer og oppleves som plagsomt<sup>(7)</sup>. Ergoterapeuter kartlegger om pasienten opplever kognitive vansker. Kognitive screeningstester kan brukes som et supplement for å vurdere kognitive vansker opp mot krav i pasientens hverdag. Kompenserende strategier kan bidra til å bedre strukturen i hverdagen og dermed redusere krav til planlegging og beslutningstaking. Praktiske råd som å gjøre en ting om gangen, ta pauser underveis og unngå unødvendig bakgrunnsstøy kan være en hjelp i hverdagen. Skriftlig informasjon og følge av pårørende til viktige samtaler kan være en god støtte når en opplever kognitive vansker. Kunnskap om pasientens kognitive funksjon er viktig for at behandlingsteamet lettere kan tilrettelegge for vanskene. Det kan de gjøre ved å tilpasse informasjon, tiltak og behandling.

### Redusert funksjon i arm og hånd

Flere kreftpasienter opplever redusert funksjon i arm eller hånd<sup>(13)</sup>. Perifer polyneuropati er en vanlig bivirkning av kjemoterapi og kan gi symptomer som redusert sensibilitet, smerter, endret temperatursans og redusert finmotorikk i hendene<sup>(16)</sup>. Kreft i sentralnervesystemet kan også gi utfall i arm eller hånd<sup>(17)</sup>. Det kan gi utfordringer med flere hverdagsaktiviteter, inkludert påkledning, skriving og kjøkkenaktiviteter<sup>(16)</sup>. Ergoterapeuten kartlegger utfordringene i hverdagen og ser på spesifikke funksjoner som smerte og styrke. Ved å identifisere fysiske funksjonsnedsettelse kan ergoterapeuten iverksette tiltak



Foto: Synnøve Glesnes

som kan bidra til å forebygge ytterligere funksjonstap<sup>(15)</sup>. Eksempler er treningsøvelser for å bedre funksjon og evnen til å utføre spesifikke aktiviteter, hjelpemidler eller håndtoser for å kompensere for tapt funksjon<sup>(12)</sup>.

### Fatigue som følge av kreft

Fatigue kan defineres som en følelse av å være utmattet og unormalt trøtt. Det er et vanlig symptom for kreftpasienter, både under og etter endt behandling<sup>(18,19)</sup>. En skiller mellom akutt og kronisk fatigue. Akutt fatigue er relatert til sykdom eller behandling og avtar ofte etter avsluttet behandling. Kronisk fatigue er en senfølge som varer mer enn seks måneder etter avsluttet behandling, og hvor det ikke lenger er tegn til aktiv sykdom<sup>(18)</sup>. I en studie av voksne med kreft rapporterte 91 prosent at fatigue har hindret dem fra å leve et normalt liv. 88 prosent hadde endret daglige rutiner<sup>(12)</sup>. Ergoterapeuter bruker ofte aktivitetsregulering for å finne strategier som kan bidra til at den enkelte best mulig kan gjennomføre aktiviteter i hverdagen. Gjennom kartlegging av pasientens daglige aktiviteter, fritid og omgivelser kan en legge til rette for fortsatt deltakelse i aktiviteter som er viktige for den enkelte. Aktivitetsregulering kan defineres som en endringsprosess hvor en kartlegger og blir bevisst på nåværende tanke- og aktivitetsmønstre<sup>(20)</sup>. Deretter tar en i bruk ulike strategier som kan bidra til å mestre viktige og meningsfulle aktiviteter i egen hverdag. Å prioritere hva som er viktig og aktivt ta del i helserelaterte beslutninger, kan hjelpe den enkelte med å gjenvinne en følelse av kontroll<sup>(7)</sup>. Planlegging av dagen, prioritering og tilpasning av aktiviteter samt reduksjon av krav i hverdagen, kan bidra til at en lettere kan tilpasse hverdagen til nåværende funksjonsnivå<sup>(18)</sup>.

### Vurdere hjelpebehov og behov for tilrettelegging av bolig

Ergoterapeuter går generelt bredt ut i sin kartlegging av pasientens situasjon og funksjon. Det gjør at de ofte er

i posisjon til å gi anbefalinger om pasientens behov for assistanse til hverdagsaktiviteter, tilrettelegging av bolig eller hjelp fra offentlige instanser. Ergoterapeuter tilfører et viktig perspektiv som med fordel kan inngå i en tverrfaglig rapport, for eksempel i forbindelse med utskrivelse fra sykehus.

### Konklusjon

Mange kreftpasienter opplever utfordringer med å utføre aktiviteter, noe som kan medføre redusert livskvalitet<sup>(5,6)</sup>. Med kunnskap om aktivitet og en bred aktivitetsforståelse kan ergoterapeuter bidra med å finne løsninger når det er et gap mellom helse og krav i hverdagen. Ergoterapeuter er assosiert med hjelpemidler, men har en bredere rolle for kreftpasienter i spesialisthelsetjenesten. Viktige arbeidsoppgaver for ergoterapeuter i oppfølging av pasientgruppen er kartlegging av funksjonsnivå med søkelys på utførelse av hverdagsaktiviteter, kartlegging av kognitive vansker, redusert funksjon i arm og hånd, fatigue, vurdering av hjelpebehov og behov for tilrettelegging av bolig. Forfatterne vil takke Dagny Faksvåg Haugen, Kjersti Solvåg og Tina Taule for gode innspill i skriveprosessen. Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter. ●

### Referanser

1. Kreftregisteret. Cancer in Norway. Oslo: Kreftforeningen; 2022. Tilgjengelig fra: <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Rapporter/Cancer-in-Norway/cancer-in-norway-2021/> (nedlastet 06.02.2023).
2. Neo J, Fettes L, Gao W, Higginson IJ, Maddocks M. Disability in activities of daily living among adults with cancer: a systematic review and meta-analysis. *Cancer Treatment Reviews*. 2017;61:94–106. DOI: 10.1016/j.ctrv.2017.10.006

## HVORDAN VURDERE OM PASIENTEN HAR BEHOV FOR ERGOTERAPI

- Har pasienten fått akutte funksjonsnedsettelse?
- Har pasienten erfart vansker med å utføre primære daglige aktiviteter eller instrumentelle daglige aktiviteter de siste ukene?
- Er det nye utfall i hender eller armer som medfører vansker med å utføre daglige aktiviteter, som for eksempel spising eller påkledning?
- Har pasienten erfart endringer i hukommelse eller oppmerksomhet som påvirker deltakelse i daglige rutiner?
- Har pasienten opplevd nye begrensninger i fritids- eller sosiale aktiviteter?
- Har pasienten behov for tilrettelegging eller vurdering av hjelpemidler utover enkle hjelpemidler?

3. Fettes L, Neo J, Ashford S, Higginson IJ, Maddocks M. Trajectories of disability in activities of daily living in advanced cancer or respiratory disease: a systematic review. *Disability and Rehabilitation*. 2022;44(10):1790–801. DOI: 10.1080/09638288.2020.1820587
4. Lage DE, El-Jawahri A, Fuh CX, Newcomb RA, Jackson VA, Ryan DP, et al. Functional impairment, symptom burden, and clinical outcomes among hospitalized patients with advanced cancer. *JNCCN*. 2020;18(6):747–54. DOI: 10.6004/jnccn.2019.7385
5. Curtin S, Galvin R, Robinson K. The relationship between cancer survivors' well-being and participation in work, activities of daily living and social engagement: findings from the European Social Survey (2014). *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2021;28(7):531–41. DOI: 10.1080/11038128.2019.1695932
6. Blackwood J, Karczewski H, Huang MH, Pfalzer L. Katz activities of daily living disability in older cancer survivors by age, stage, and cancer type. *Cancer Surviv*. 2020;14(6):769–78. DOI: 10.1007/s11764-020-00891-x
7. Oslo Economics. Arbeid, helse og kreft. OE-rapport 2022–81. Rapport. Oslo: Oslo Economics 2022. Tilgjengelig fra: <https://osloeconomics.no/wp-content/uploads/2022/11/Rapport-Arbeid-helse-og-kreft-1.pdf> (nedlastet 27.02.2023).
8. Norsk Ergoterapeutforbund. Ergoterapeuters kjernekompetanse. Oslo: Ergoterapeutene; 2017. Tilgjengelig fra: <https://ergoterapeutene.org/ergoterapi/> (nedlastet 02.03.2022).
9. Glesnes S, Revheim T, Morland AS, Haugen DF, Taule T. Ergoterapeutens rolle for voksne kreftpasienter i spesialisthelsetjenesten. *Ergoterapeuten*. 2022;4:40–7.
10. Gramstad A, Nilsen R. Vi blir ikke brukt godt nok – kommuneergoterapeuters erfaringer med utfordringer i arbeid med brukere og andre faggrupper. *Ergoterapeuten*. 2016;4:30–9. Tilgjengelig fra: [file:///C:/Users/elisme/Documents/Downloads/Vi\\_bli\\_r\\_ikke\\_brukt\\_godt\\_nok.pdf](file:///C:/Users/elisme/Documents/Downloads/Vi_bli_r_ikke_brukt_godt_nok.pdf) (nedlastet 20.03.2023).
11. Wallis A, Meredith P, Stanley M. Cancer care and occupational therapy: a scoping review. *Aust Occup Ther J*. 2020;67(2):172–94. DOI: 10.1111/1440-1630.12633
12. Pergolotti M, Williams GR, Campbell C, Munoz LA, Muss HB. Occupational therapy for adults with cancer: why it matters. *The Oncologist*. 2016;21(3):314–9. DOI: 10.1634/theoncologist.2015-0335
13. Lisy K, Campbell JM, Tufanaru C, Moola S, Lockwood C. The prevalence of disability among people with cancer, cardiovascular disease, chronic respiratory disease and/or diabetes: a systematic review. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*. 2018;16(3):154–66. DOI: 10.1097/xeb.0000000000000138
14. Kreftforeningen. Kognitive utfordringer. Oslo: Kreftforeningen; 07.10.2022. Tilgjengelig fra: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/senskaer-voksne/kognitive-utfordringer/> (nedlastet 06.02.2023).
15. Sokolof JM, Aghalar MR, Stubblefield MD. Physical rehabilitation for cancer survivors. *UpToDate*; 24.01.2023. Tilgjengelig fra: <https://www.medilib.ir/uptodate/show/2827> (nedlastet 24.01.2023).
16. Wang AB, Housley SN, Flores AM, Kircher SM, Perreault EJ, Cope TC. A review of movement disorders in chemotherapy-induced neurotoxicity. *J Neuroeng Rehabil*. 2021;18(1):16. DOI: 10.1186/s12984-021-00818-2
17. Correia MS, Neville IS, Almeida CCd, Hayashi CY, Ferreira LTD, Quadros DG, et al. Clinical outcome assessments of motor status in patients undergoing brain tumor surgery. *Clinical Neurology and Neurosurgery*. 2021;201:106420. DOI: 10.1016/j.clineuro.2020.106420
18. Kreftforeningen. Fatigue (utmattelse). Oslo: Kreftforeningen; 13.12.2022. Tilgjengelig fra: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/senskaer-voksne/fatigue-utmattelse/> (nedlastet 06.02.2023).
19. Escalante CP. Cancer-related fatigue: treatment. Introduction. *UpToDate*; 2023. Tilgjengelig fra: <https://www.uptodate.com/contents/cancer-related-fatigue-treatment> (nedlastet 27.02.2023).
20. Eide REM, Ellingsen J, Gjerde T. Aktivitetsregulering. Bergen: Ergoterapiavdelingen, Helse Bergen; 2021. Tilgjengelig fra: [https://helse-bergen.no/seksjon/ergoterapiavdelingen/Documents/Aktivitetsregulering\\_Brosjyre.pdf](https://helse-bergen.no/seksjon/ergoterapiavdelingen/Documents/Aktivitetsregulering_Brosjyre.pdf) (nedlastet 03.02.2023).





Foto: Ellen Fossli

# Føler du deg bedre om du ser litt bedre ut?

Dere som leser dette har vel alle kjent følelsen man får den dagen man orker å dusje, vaske håret og kanskje sminke seg litt etter en runde med sykdom. Man føler seg straks litt bedre.



## Heidi Hveem Holtestaul

Prosjektleder og sykepleier,  
«Look good feel better Norge»



## Laila Grøthe

Senterkoordinator Vardesenteret  
St. Olavs hospital, Trondheim

**H**va med de som på grunn av en lang periode med kreftbehandling føler at de mister sin kvinnelighet, sitt personlige uttrykk og i tillegg kanskje må slite med nyoppståtte hudproblemer? Er dette en del av kvinnens utfordringer under kreftbehandling vi kan hjelpe dem med?

“Look good feel better” er opprinnelig et amerikansk konsept. I 1987 tok en amerikansk onkolog kontakt med presidenten i Rådet for personlige hygieneprodukter i USA. Han ønsket å hjelpe en kvinnelig pasient som var tydelig deprimert på grunn av synlige bivirkninger etter cytostatikabehandling. Dette ble starten på det veldedige programmet “Look good feel better” (LGFB). To år senere ble de første kursene i hudpleie og sminkeråd for kvinner under kreftbehandling avholdt i New York og Washington.

I dag, 34 år senere, drives programmet i 27 land rundt om i verden, og tilbudet har nådd ut til over to millioner deltagere. I Norge startet Kosmetikkleverandørenes forening ([www.klf.no](http://www.klf.no)) opp med LGFB-kurs på Radiumhospitalet i 2000, og vi holder nå til på syv av landets største sykehus. Programmet drives av syv av foreningens medlemsfirmaer, og er et ikke-kommersielt og merke-nøytralt tilbud til kvinner under kreftbehandling ved et av våre samarbeidende sykehus.

### Følgende sykehus deltar:

- Radiumhospitalet (påmelding hos fritidsleder).
- Ullevål (påmelding via Vardesenteret).
- AHUS (påmelding hos postassistent på Onkologisk avdeling).
- Sørlandet Sykehus Kristiansand (påmelding ved ass. enhetsleder, Senter for Kreftbehandling). →



Vi legger stort vekt på å gjenskape vipper og bryn. Foto: Ellen Fossli

- Haukeland (påmelding på Kreftsenters for rehabilitering og opplæring – KOR).
- St. Olavs Hospital (påmelding via Vardesenteret).
- UNN Tromsø (påmelding via Vardesenteret).

Formålet med kursene er at kvinnene skal få hjelp til å håndtere de mer visuelle bivirkningene som kreftbehandlingen gir. På grunn av begrensning på antall kurs og plasser må sykehusene prioritere kvinner som er under cytostatikabehandling, og det er kun ett kurs per kvinne selv om hun behandles ved to forskjellige sykehus.

Alderen på deltagerne er fra 13 år og oppover.

På kurset får deltagerne utdelt hver sin mappe med produkter, og vi går igjennom 12 grunnleggende trinn for hudpleie og sminke. Fokuset ligger på å gjenskape litt av den man var utseendemessig før kreftbehandlingen, og vi legger spesiell vekt på øyebryn og øyesminke. Kursene holdes av ansatte i medlemsfirmaene, samt frivillige (som har underskrevet taushetsløfte) med bakgrunn innen hudpleie og kosmetikk. Meningen er at deltagerne skal gjøre mest mulig selv. Vi forsøker å holde søkelys på det vi ønsker å lære bort angående hudpleie og sminke, og snakke minst mulig om sykdom og behandling. Deltagerne oppfordres til å svare på en spørre-

undersøkelse utarbeidet av LGFB USA etter kurset. De siste dataene samlet inn fra de 27 deltakerlandene er fra 2019, på grunn av utfordringer under pandemien. Spørreundersøkelsen viste følgende:

- 31,3% av deltagerne følte seg noe selvsikre før kurs.
- 79% mente at kurset var nyttig med hensyn til økt selvfølelse.
- 82,3% av deltagerne var fornøyde med det de lærte på kurset.
- 94% av deltagerne følte at de opplevde samhold og fikk støtte av de andre deltagerne på sitt kurs.

Jeg har 17 års sykepleierbakgrunn fra Ullevål sykehus (hode-halskreft) og senere hos en avtalespesialist. I 2009 overtok jeg jobben som prosjektleder i LGFB. Jeg hadde få tanker om hva jeg gikk til, men allerede på første kurs på Radiumhospitalet slo det meg: Deltagerne startet litt lutryggede og usikre på hva de skulle oppleve, to timer senere var alle rakere i ryggen og gladere i blikket. Måten deltagerne støtter og roser hverandre underveis rører meg. Er en kvinne usikker på om hun tør å gå med påtegnede øyebryn for første gang siden hun mistet brynshår møter hun gjerne en meget positiv heilagjeng rundt bordet. De deler tips og råd vi kurs-



Klart for kurs på Radiumhospitalet. Foto: Ellen Fossli

holdere ikke alltid kjenner til fra før av, og noen holder videre kontakt med hverandre etter kurset.

Under pandemien gikk vi over til nettbaserte kurs. Flere av deltagerne kommenterte hvor fint det var å møte andre i samme situasjon for første gang etter at de fikk diagnosen. Dette viste at skjerming og smittevern virkelig fungerte på sykehusene, men også hvor viktig det er for kvinnene å treffe hverandre.

Noen nettkurs ble til 60% undervisning og 40% prating om stort og smått rundt deltagernes situasjon. Deltagerne satt spredd rundt hele landet. Som kursholder på kontoret ved Rådhuset i Oslo fikk jeg meg en liten vekker da jeg spurte en deltager fra UNN Tromsø om hvordan været var i den byen – hun kunne ikke svare på det da hun hadde 12 timer å kjøre til sykehuset!

Dette er en av årsakene til at vi i dag fortsatt har et tilbud om nettkurs til de som foretrekker det, eller som ikke kan delta på de gitte datoene for sykehuskurs. De må da hente materialet de trenger når de er på behandling på sykehuset, og sammen finner vi en dato som passer for kurs. Jeg har flere ganger hatt en-til-en-kurs. Da mister deltagerne muligheten til å treffe andre kvinner i samme situasjon, men får forhåpentligvis ekstra god service.

### Senterkoordinator Laila Grøthe ved Vardesenteret på St. Olavs hospital i Trondheim

er en av prosjektets dedikerte kontaktpersoner på sykehusene, og hun sier følgende om Look good feel better: «Sminkekursene til LGFB er en viktig del av rehabiliteringstilbudene vi har på Vardesenteret St. Olavs hospital. Å ta utfordringer med selvbylde på alvor er en viktig del av hvordan vi kan bidra til økt mestring. Vi er veldig glade for å kunne samarbeide med LGFB om dette tilbudet.

Vi samarbeider med LGFB om markedsføring og gjennomføring av tilbudet. Markedsføringen skjer via nettsiden til vardesenteret.no der alle Vardesenter-tilbudene i Norge blir lagt ut. I Trondheim annonserer vi også via plakater som henges opp på sykehusavdelinger som gjennomfører kreftbehandling og via vår papirbrosjyre.

Erfaringen er at disse kursene veldig raskt fylles opp, og det kan til tider være venteliste for å delta.

På Vardesenteret på St. Olavs hospital er det 10 deltagere på hvert kurs, og de får disponere et eget rom den tiden kurset varer. Vi erfarer at gruppene som møtes opplever kurset som en viktig arena for mestring. En av deltagerne uttalte nylig: «Da jeg kom på sminke-»





## 12- trinns sminkeprogram



Mappene våre inneholder stort sett følgende produkter:

- Hudrens (3-i-1 eller rensemelk og lotion/tonic)
- Øyekrem
- Fuktighetskrem (med vekt på fukt, ikke motvirkning av aldringstegn)
- Farget dagkrem/foundation
- Dekkstift/concealer
- Transparent pudder
- Blush
- Øyebrynsblyant
- Kajal/eyeliner
- Duo øyeskygge (en lys og en mørkere farge)
- Mascara

I tillegg deler vi ut små prøver på solfaktor, og snakker nøye om viktigheten rundt å beskytte huden etter cytostatika. Vi har også prøver på krem som er fin å bruke på strålebehandlet hud.

Vi rekker ikke alltid å komme inn på andre områder som bevaring av negler, men henviser til forskjellige nettsteder der kvinnene kan lese om dette på egenhånd. Kurset varer i to timer, men vi avslutter med å presisere at det viktigste er å rense huden morgen og kveld før påføring av fuktighetskrem, og så må kvinnene se hvor mye de orker utover dette. Litt blush i kinnene kan være nok til at man føler seg *litt* bedre en dag. ●

## Nyttige nettadresser

[www.klf.no/look-good-feel-better/](http://www.klf.no/look-good-feel-better/)

**YouTube:** Kosmetikkleverandørenes forening.

Her ligger instruksjonsvideoer om alt vi går igjennom på kurs.

En kursholder fra et medlemsfirma demonstrerer på en sykepleier med Alopecia. Her ser man også forskjellige måter å knyte skjerf (hodeplagg) på.

**Facebook:** Look Good Feel Better Norway

**Instagram:** lookgoodfeelbetter\_no

◀..... kurset hadde jeg aldri tatt av meg lua/parykken utenfor hjemmet mitt. De andre kursdeltagerne motiverte meg til å gjøre det. Da jeg gikk ut av kurslokalet denne dagen opplevde jeg meg som «ny» med malte bryn og vipper og UTEN LUE. Jeg opplevde også at det er ikke bare meg som sliter med utseende under kreftbehandling.»

**Tilbudet vårt burde vært for alle**, men med de ressurser vi har i dag klarer vi ikke å utvide prosjektet til flere sykehus. Noen få medlemsland har tilbud til mannlige pasienter, og noen holder egne kurs for tenåringer. Det siste forsøkte vi å få til under pandemien, men det var for få påmeldte til å samle dem på egne kurs.

Før LGFB etablerte seg i Norge holdt Radiumhospitalet en annen form for sminkekurs. Dette startet opp i 1993 på fritidsleder Thora Kollenborgs kontor, og det ble holdt månedlige kurs der seks kvinner av gangen fikk råd og veiledning av sminkør og maskør Maja Gulbrandsen.

I dag blir jeg av og til kontaktet av sykehus som ønsker å holde kurs, og under pandemien kunne jeg hjelpe kreftkoordinator Marie ved Innlandet sykehus med noen sminkemapper og informasjonsmateriale. De ønsket å sette i gang med små kurs for sine pasienter på egenhånd da vi ikke kunne innlemme dem i LGFB, og fikk god hjelp i å holde kurs av en tidligere kreftpasient med relevant bakgrunn fra hår- og sminkebransjen.

Fem damer i Nordkapp kommune fikk også mapper fra oss i 2016 da kreftsykepleier Tone tok kontakt. Hun hadde lokaler og kyndig hjelp klart, og det var veldig hyggelig å kunne bidra.

Stort sett har jeg ikke produkter til overs utover de som skal sendes ut til de 39 kursene vi holder i året, men LGFB hjelper gjerne til med veiledning og informasjon hvis noen vil starte opp med lignende kurs på sin arbeidsplass. I England holdes det en rekke kurs der deltagerne stiller med egne produkter, og det lokale sykehuset skaffer lokaler og kursholdere.



NYHET!

## TAGRISSO I ADJUVANT SETTING NÅ GODKJENT I BESLUTNINGSFORUM<sup>1</sup>

TAGRISSO som monoterapi innføres til adjuvant behandling etter fullstendig tumorreseksjon hos voksne med stadium IB-IIIa ikke-småcellet lungekreft (NSCLC) der tumor har epidermal vekstfaktor-reseptor (EGFR) ekson 19-delesjoner eller ekson 21 (L.858R) substitusjonsmutasjoner<sup>2</sup>

TAGRISSO som monoterapi er også indisert til:<sup>2</sup>

- første linjebehandling hos voksne med lokalavansert eller metastatisk NSCLC med aktiverende mutasjoner i EGFR
- behandling av voksne pasienter med lokalavansert eller metastatisk EGFR T790M-mutasjonspositiv NSCLC

### Utvalgt sikkerhetsinformasjon<sup>2</sup>

**Kontraindikasjon:** Johannesurt skal ikke brukes sammen med TAGRISSO.

**Forsiktighetsregler:** EGFR-mutasjonsstatus skal fastslås ved bruk av en validert testmetode før behandling. Bruk bør unngås ved medfødt lang QT- syndrom. Jevnlige overvåking med EKG og elektrolytter bør vurderes ved kongestiv hjertesvikt, elektrolyttforstyrrelser eller ved bruk av legemidler som forlenger QTc- intervallet.

**Graviditet, amming og fertilitet:** TAGRISSO kan gi fosterskade. Bør ikke brukes under graviditet med mindre klinisk tilstand krever det. Risiko for barn som ammes kan ikke utelukkes. Amming skal opphøre ved behandling. Fertile kvinner skal rådes til å unngå å bli gravide. Kvinner anbefales å bruke sikker prevensjon i minst 2 måneder og menn i minst 4 måneder etter avsluttet behandling. Risiko for redusert eksponering for hormonelle prevensjonsmidler kan ikke utelukkes.

**Bivirkninger:** Hyppigst rapportert: Diaré, utslett, paronyki, tarr hud og stomatitt. Livstruende/fatal interstitiell lungesykdom, inkl. pneumonitt, forlenget QTc-intervall, Steven-Johnson syndrom, aplastisk anemi og LVEF er sett. Se SPC pkt. 4.2 for retningslinjer for seponering/dosereduksjon ved bivirkninger.

**Dosejustering:** Doseavbrudd og/eller dosereduksjon kan være nødvendig basert på individuell sikkerhet og toleranse.

### Utvalgt produktinformasjon<sup>2</sup>

**Dosering:** 80 mg én gang daglig. Dersom en dose med TAGRISSO er glemt, skal dosen tas med mindre neste dose skal tas innen 12 timer.

**Behandlingsvarighet:** Pasienter behandlet med adjuvant skal få behandling frem til sykdomsresidiv eller uakseptabel toksisitet. Det finnes ingen studier på behandling i mer enn 3 år. Pasienter med lokalavansert eller metastatisk lungekreft skal få behandling frem til sykdomsprogressjon eller uakseptabel toksisitet.

**Pakninger og pris:** 40 mg og 80 mg, 30 tabl. kr 70 431,60.

**Refusjon:** H-resept. Beslutning om adjuvant behandling innført av Beslutningsforum 29.08.2022. Beslutning om første linjebehandling innført av Beslutningsforum 01.05.2021.

**Reseptgruppe: C.**  
Se SPC for utfyllende informasjon om dosering, forsiktighetsregler, interaksjoner og bivirkninger på [www.legemiddelsok.no](http://www.legemiddelsok.no)

### Referanser:

1. [www.nyemeter.no/metoder/osimertinib-tagrisso-indikasjon-iii](http://www.nyemeter.no/metoder/osimertinib-tagrisso-indikasjon-iii)
2. TAGRISSO SPC [06.10.2022] pkt. 4.1-4.4, 4.8, 4.8.



AstraZeneca AS • AstraZeneca Nordic • PO Box 6050, Etterstad, NO-0601 Oslo • [www.astrazeneca.no](http://www.astrazeneca.no)





# - ditt ønske, vårt oppdrag



Foto: Ønsketransporten

Ønsketransporten er en ideell organisasjon som tilbyr transport og bistand for å gi mennesker med sykdom eller funksjonsnedsettelse mulighet til å delta ved sosiale anledninger. Målet er å bli en nasjonal tilbyder, og tjenesten utføres ved hjelp av frivillighet.



**Marie Anette Brandsøy Cock**

Sykepleier/ jordmor/ Kommunikasjonsrådgiver i Ønsketransporten

Å være en del av et sosialt fellesskap, og å ha mulighet til å treffe andre mennesker er viktig for de aller fleste av oss. Når sykdom rammer, opplever mange at denne muligheten blir innskrenket eller helt forsvinner. Kreft er en alvorlig diagnose, og ofte livsinngripende for den som rammes. Livet får andre forutsetninger, enkle ting kan oppleves krevende, og dermed sette begrensinger for et sosialt liv. For mange er sosial tilhørighet fremdeles viktig til tross for sykdom, og kan ha betydning for opplevelsen av livskvalitet.

Som pasient innlagt på sykehus eller institusjon, eller som alvorlig syk hjemme i egen bolig, er det svært begrenset hva det offentlige kan tilby av transport og bistand til sosial deltakelse. Pasientreiser kan ifølge Pasientreiseforskriften<sup>1</sup> tilby transport eller stønad til transport, til eller fra godkjent behandling. Til tross for betydningen det kan ha for individet å skifte omgivelser, opprettholde kontakten med kjente eller å være til stede ved en spesiell begivenhet, er dette som et utgangspunkt ikke noe det offentlige bidrar til. En er derfor langt på vei avhengig av ressurssterke pårørende og noen ganger er heller ikke det tilstrekkelig. Sykdom kan derfor oppleves livsbegrensende i tillegg til belastningen sykdommen utgjør i seg selv.

## En spesiell begivenhet, som «første skoledag»

Hun var en ung kvinne og mor som kjempet sitt livskamp. En kreftdiagnose truet henne på livet, og hadde inntatt både kroppen og livet for øvrig. Nå befant hun seg på lindrende enhet, med palliativ behandling.

I august skulle hennes seks år gamle sønn begynne på skolen. Overgangen fra barnehage til skole, starten på en ny epoke, og en merkedag i livet. Forventninger, spenning, og kanskje nerver. Som forelder ønsker en å være til stede for å ta del i øyeblikket og ta det obliga-

toriske bildet av poden med ny skolesekk, men også for å støtte, styrke eller kanskje trøste. Rett og slett å være til stede. I hennes tilstand så en ikke hvordan det skulle kunne la seg gjøre, med både fysiske og medisinske behov hun ikke kunne ivareta selv. Heldigvis hadde noen hørt om Ønsketransporten, og vi ble kontaktet med forespørsel om å hjelpe.

Grunnet kvinnens reduserte fysiske tilstand hadde hun behov for ambulansetransport, samt følge av helsepersonell for håndtering av medikamentelle behov og generell ivaretagelse.

Alle Ønsketransportens avdelinger er utstyrt med egne ambulanser. Tre frivillige, med nødvendig kompetanse hentet henne med Ønsketransportens ambulanse. Hun ble kjørt til sønnens skole, og trillet inn på bære. På denne måten fikk hun mulighet til å være til stede for sin sønn, og være mor. Det ble en viktig og minnerik dag for hele familien, og en givende dag for de tre frivillige.



Foto: Elise Åkeson/ Ønsketransporten

## Fundamentert på frivillighet

Ønsketransporten har en liten administrasjon som mottar, kartlegger og planlegger alle oppdrag, men Ønsketransportens tjeneste utføres av frivillige. Mennesker som ønsker å gi litt av sin tid for å bidra til at et annet menneske får oppleve å ta del i det som for de fleste av oss er en selvfølge.

Per i dag har vi over 500 frivillige fordelt rundt om i





Foto: Ønsketransporten

landet. Med en stor frivilligbase er det alltid noen som kan være med når et oppdrag publiseres til de frivillige via appen Rubic Connect, og mange ganger opplever vi at flere står på venteliste. Vi ser også at de som har vært med på ett oppdrag ofte ønsker å være med igjen, og tilbakemeldingene vi får er at det oppleves enormt givende å være delaktig.

De frivillige har ulik kompetanse og erfaring. Særskilt kompetanse er ikke et krav for å være frivillig, da tanken er at alle kan bidra med noe. I noen tilfeller er det behov for helsepersonell med nødvendig kompetanse til håndtering av medisinsk-tekniske hjelpemidler, administrering av medikamenter og generell pleie. I slike tilfeller overtar vi behandlingsansvaret for vedkommende under oppdraget, alltid i samråd med lege og medisinsk team rundt personen. Andre ganger er det ikke behov for annet enn frivillige som ønsker å gi litt av sin tid til et annet menneske og vedkommende sine pårørende. Oppdragene vi får forespørsel om er også ulike, både i kompleksitet og omfang. Alt fra korte transportetapper til lengre turer over flere dager.

### Svetlana – en kreftsyk ukrainsk flyktning

Svetlana kom til Norge som flyktning for å få behandling for sin kreftsykdom. Hun kom helt alene, mens hennes kjæreste og øvrig familie ble igjen i Ukraina. Dessverre var kreften for langt kommet og det kunne

kun tilbys palliativ behandling. Fremdeles innlagt på sykehuset kom det frem at hun aldri hadde sett havet, og at dette var et stort ønske. Personalet på avdelingen henvendte seg til oss, for å høre om dette var noe vi kunne bidra med. Svetlana hadde ikke de fysiske begrensningene vi normalt setter som forutsetning for å kunne bidra, men ble stadig svakere, og var også helt uten nettverk og snakket hverken norsk eller engelsk. Hun var helt alene i Norge, og hadde fått plass på et «lindrende rom» på et sykehjem, og visste at hun snart skulle dø.

Det ble viktig å kunne hjelpe Svetlana, selv om hun ikke falt helt innenfor våre kriterier.

Det var ikke mangel på frivillige som ønsket å bidra, og til dette oppdraget var det ingen kriterier for kompetanse utover at én person måtte ha sertifikat. Det ble planlagt en tur til Solastranden, en nydelig sandstrand på Jæren. Sola Strandhotell ble også kontaktet, og inviterte til lunsj i deres restaurant. Alle som ble involvert i planleggingen ønsket å gjøre det de kunne for Svetlana, slik at det skulle bli en fin ettermiddag for henne. Med på turen var også en lokal tolk, som forenklet kommunikasjonen mellom Svetlana og de frivillige. Til tross for at Svetlana hadde lite behov for hjelp, gjorde denne ettermiddagen stort inntrykk på de frivillige, der de så iveren hennes over å se havet for første gang og siste gang.

### Betydningsfulle øyeblikk og opplevelser

I løpet av årene som har gått siden oppstart, har vi sett betydningen et oppdrag og en opplevelse har for den som ønsker, men også for pårørende, venner og for de frivillige som er med på oppdragene. Den umiddelbare effekten i form av å kunne glede seg til noe for den som ønsker, samt gleden over å kunne ta del i en felles opplevelse, det være seg kulturelt, åndelig eller en naturopplevelse. Å være til stede et spesielt øyeblikk, å få være rundt mennesker en bryr seg om, å få mulighet til å ta en «pause» fra det som er blitt hverdagen og selv kunne få ta styring over eget liv, om enn kun for en kort stund.

I flere tilfeller har vi også sett at opplevelsen har vært livsendrende, ved at «ønsker» og familie er blitt vist muligheter fremfor begrensninger, samt at de har fått en opplevelse av mestring. Vi har fått tilbakemeldinger på at «ønskeren» i etterkant av opplevelsen, har gjenfunnet motivasjon til trening og til å gjenoppta aktiviteter som før sykdom eller skade inntraff, var en viktig del av individets liv. Det gjør inntrykk.

Blant de frivillige er det flere som er helseutdannet, men som har falt utenfor arbeidslivet av ulike grunner. Gjennom frivillighet i Ønsketransporten har flere opplevd ny mestring og en økt giv. Av de frivillige med helsefaglig bakgrunn, fremkommer det også hvordan det oppleves godt å kunne gi «det lille ekstra», som en ofte opplever at det ikke er anledning til som helsepersonell.

### ØNSKETRANSPORTEN

Ønsketransporten arbeider stadig med å profilere organisasjonen, og kommer gjerne for å holde en presentasjon om Ønsketransporten. Dersom du eller din avdeling vil vite mer, er det bare å ta kontakt. For oppdragsforespørsler kan en ringe telefonnummer **90180719**, sende epost til **post@onsketransporten.no** eller benytte vårt online-skjema på vår hjemmeside **www.onsketransporten.no**. Har du lyst til å bli frivillig? Gå inn på vår hjemmeside og registrer deg!

For pårørende kan opplevelsen deres kjære få ta del i, gi viktige minner til å leve videre på. Det kan bety mye.

### En tur til Atlanterhavsveien – et siste ønske

Sommeren 2022 ble vi kontaktet av Per Erik og hans kone Belinda, som hadde et ønske utenom det vanlige. Per Erik var kreftsyk og behandling var forsøkt, uten nytte. Sommeren 2022 var hans kreft i endestadiet og han fikk kun palliativ behandling. Han hadde ett ønske; å se Atlanterhavsveien. Familien hadde selv forsøkt å frakte han dit, men måtte snu på veien. Vi kom i kontakt med Per Erik og Belinda, da Per Erik



Foto: Ønsketransporten



← var innlagt på sykehuset i Arendal. Det kom frem at han allerede var svært dårlig og at tiden ikke var på vår side. Det ble gjennomført mange, lange samtaler med Per Erik selv, hans kone og lindrende team i hjembyen, Arendal. Det var viktig å gjøre de klar over hvor stor påkjenning turen ville bli, og risikoen for at han kunne dø underveis. Per Erik var tydelig på at han forstod dette og uttrykket hvordan han ikke ønsket å ligge i en seng i påvente av døden.



I ambulansen, på vei hjem. Per Erik er dårligere, og Belinda sitter sammen med han og ber. Foto: Ønsketransporten

Nøyaktig én uke etter ble de hentet i deres hjem. Organisasjonen har én flerbruksbil tilgjengelig, og både flerbruksbil og ambulanse ble benyttet på denne turen, for å gi mulighet til å veksle mellom å være deltakende og tilrettelegge for hvile.

Per Erik nådde sitt mål om å se Atlanterhavsveien, og spiste og drakk godt underveis på turen. En flott tur, som ble mulig takket være et godt samarbeid med lindrende enhet i Arendal. På hjemveien sovnet han stille inn med sin kjære ved sin side, og i dødsannonsen ble det skrevet «...døde lykkelig på tur...». Dette oppsummerer kanskje betydningen av å ha valgfrihet i sine siste dager.

Dette samarbeidet med lindrende enhet ble svært viktig, da de kjente Per Erik godt. De var også en god «sparringpartner» underveis på turen, noe som var trygt for alle parter. Håpet er at Ønsketransporten i fremtiden kan bli en naturlig del av informasjonen som gis, når pasienter går inn i et palliativt forløp. På denne måten kan flere bli gjort oppmerksom på at det finnes et tilbud, og få mulighet til å benytte seg av det. ●

Pasienter og pårørende har godkjent bruk av tekst og bilder.

#### Referanseliste:

[www.lovdatabasen.no/dokument/SF/forskrift/2015-06-25-793](http://www.lovdatabasen.no/dokument/SF/forskrift/2015-06-25-793)

#### ETTERLYSNING:

## Kreftsykepleiere

Er du kreftsykepleier?

Da ber vi deg fylle ut dette spørreskjemaet:

<https://no.surveymonkey.com/r/VY9VXJL>

Det tar kun ca 3 minutter.



NSFs faggruppe for kreftsykepleiere ønsker å kartlegge hvordan kreftsykepleiere arbeider, hvordan dere får brukt deres kompetanse i hverdagen og hvordan det kan gjøres på en bedre måte.

Del gjerne denne undersøkelsen med andre kreftsykepleiere! Vi ønsker svar fra flest mulig.



Foto: Shutterstock

Hvem er vi? Faggruppen for kreftsykepleiere og sykepleiere med interesse for kreftsykepleie arbeider faglig og politisk med fokus på utdanning, kompetanse og funksjon. Her finner du mer om oss:

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

På forhånd tusen takk for hjelpen!

## Presentasjon av lokallagene

I tidsskrift nummer 2 i 2022, hadde vi presentasjon av 5 fylkeslag. (lokallag). I denne utgaven er det Rogaland, Agder, Trøndelag og Møre og Romsdal som presenterer lokallagene sine.

Vi i hovedstyret i faggruppa er veldig glade for at så mange engasjerte Kreftsykepleiere ønsker å få til å drifte et lokallag. Ta gjerne kontakt med ditt lokallag om du har lyst å være med i styret eller har tips om gode foredragsholdere/tema til neste fagkveld.

12. og 13.oktober var alle lokallagslederne på samling i Oslo, der de fikk faglig påfyll samt innføring og tips i hvordan en kan drive et lokallag. I denne perioden har lokallagene kunne søke hovedstyret om støtte til å opprette nye lokallag etter fylkessammenslåingen. ●

### NSFs FAGGRUPPE FOR KREFTSYKEPLEIERE: ROGALAND

**Tekst: Lise Gederø, lokallagsleder**

FKS Rogaland er et stort lokallag med 189 medlemmer. Vi har som mål å arrangere to fagkvelder i året, ett om våren og ett om høsten. Det er ofte stor oppslutning om disse fagkveldene, fra rundt 30 til opp i 100 deltakere. Våren 2022 hadde vi besøk av Marte Cameron som snakket om EGFR-hemming for nevrologiske kreftsmarter. På høstmøtet snakket Tanja Alme (via TEAMS) og Aart Huurnink om betydningen av forhåndssamtale og palliativ plan hos pasienter med uhelbredelig sykdom.

Vi fikk nytt styre i november 2022, ettersom tre av fem tidligere styremedlemmer ønsket å gå ut. Vi har hatt ett styremøte i februar 2023 for å planlegge vårmøtet i april. Styret består i dag av: Mediaansvarlig Bergitte Todnem, kasserer Maren Eline Austbø, leder Lise Gederø, sekretær Siri Østerhus og nestleder Monika Opstad.

Følg oss gjerne på Facebook – NSFs faggruppe for kreftsykepleiere Rogaland og Instagram – nsfs\_fks\_rogaland. ●



Styret i FKS Rogaland, fra venstre; Bergitte Todnem, Maren Eline Austbø, Lise Gederø, Siri Østerhus og Monika Opstad. (Foto: Privat)



## NSFS FAGGRUPPE FOR KREFTSYKEPLEIERE: AGDER

**Tekst: Jannicke Rabben, lokallagsleder**

NSFs Faggruppe for kreftsykepleiere i Agder er et aktivt lokallag med medlemmer som hører til i begge de gamle fylkene Aust-Agder og Vest-Agder. Vi har rett i underkant av 100 medlemmer. Lokalgruppestyret er sammensatt av personer fra både aust- og vestfylket, og med tilhørighet i sykehus, kommune og universitet. Vi har over flere år hatt fast aktivitet i form av ett fagmøte per halvår, med ulike tema som kan være av interesse for medlemmene. Når vi planlegger aktiviteter er det viktig for oss å treffe medlemmer som arbeider både i sykehus, i kommunene og andre steder. Høsten 2022 hadde vi besøk av Lotta Våde fra Kreftkompasset, som snakket om «Jakten på de gode ladestasjonene», -om hvordan en tar vare på seg selv i den krevende jobben uten selv å bli utbrent. Dette var et tema som traff mange, og som vi fikk gode tilbakemeldinger på. I fjor deltok vi på NSF's stand på Arendalsuka, noe vi også ønsker å gjenta i 2023.

Vi forsøker å hente inn ønsker fra medlemmene til tema, og har som mål for 2023 å øke både i antall medlemmer og antall som kommer på våre fagmøter. I mars inviterte vi igjen til fagkveld, tema var da kreftrehabilitering og pakkeforløp hjem. Vi er også i gang med å planlegge høstens møte. Foreløpig plan er at vi i tillegg til foredrag om sår- og sårbehandling, også skal snakke om hvordan en kommer i gang med fagutviklingsprosjekter på egen arbeidsplass. Målet med det er å motivere medlemmene til å tenke ut idéer, og at det kan ende ut i noen søknader om prosjektmidler fra faggruppa.

Vi vil dette året også jobbe aktivt med å spre informasjon

om oss, og gjennom det også få flere medlemmer. Vi har presentert oss i NSF Agder sitt nyhetsbrev, og her invitert alle med interesse innenfor kreftfaget til å bli med (eller å bli med i en faggruppe som treffer dem!). Utover våren skal vi presentere oss for studenter i lindrende omsorg ved Universitetet i Agder, og på andre arena hvor sykepleiere med interesse for kreftfaget er samlet. Det ser vi frem til!

Sosiale medier er jo også et sted å utveksle idéer, så om du vil, bli gjerne med i vår gruppe på Facebook: NSF's Faggruppe For Kreftsykepleiere Agder ●



Store deler av styret i NSF's FKS Agder sammen med én av fjorårets foredragsholdere, Lotta Våde fra Kreftkompasset. Fra venstre: Karen Bygland, Eva Lindbakk, Jannicke Rabben, Lotta Våde (Kreftkompasset), Marie Storækre Haugen og Kirsti Salvesen. I tillegg er Mona Kjellevold Barli og Kristin Rike med i styret. (Foto: Privat)

## NSFS FAGGRUPPE FOR KREFTSYKEPLEIERE: TRØNDELAG

**Tekst: May- Gørill Berg, lokallagsleder**

Vi i FKS Trøndelag er tidligere FKS Sør-Trøndelag og FKS Nord-Trøndelag. I mars 2022 hadde vi offisiell sammen-slåing og valg av nytt styre. Styret består av til sammen 10 stykker, for å få dekket det langstrakte fylket vårt. 4 av oss jobber på St.Olavs hospital, 3 på sykehuset Levanger, 2 på sykehuset Namsos og 1 i Overhalla kommune. Vi er en faggruppe med 234 medlemmer. Den største tyngden

av medlemmene jobber på sykehus. Vi ønsker oss enda flere medlemmer fra kommunehelsetjenesten, slik at vi kan dele erfaringer og problemstillinger på tvers.

Vi holder fagkvelder to ganger i året med både fysisk oppmøte og mulighet for deltakelse via Teams/Skype. Fylket vårt er ganske langstrakt, og vi planlegger de fysiske fagkveldene annenhver gang i nord og den sørlige

delen av Trøndelag. Styret har tett dialog, og vi jobber sammen for å utforme og organisere fagkveldene.

Nettopp avstanden i lokallaget kan gjøre det vanskelig for medlemmene våre å delta fysisk på fagkveldene, derfor er det supert at vi nå har blitt flinkere til å ta i bruk elektroniske møteverktøy.

Vi i lokallagsstyret i Trøndelag tar mer enn gjerne imot tips og ønsker for hva som er ønskelig å ha som tema på fagkveldene.

Vår Facebookgruppe blir flittig brukt av lokallagsstyret, og vi kommer også der med invitasjon til arrangementer i regi av andre lokallag eller aktører som er relevante for kreftsykepleiere og ansatte som jobber i kreftomsorgen. Vi markerte også den internasjonale kreftsykepleierdagen 18.mai ved å oppfordre medlemmer til å legge ut bilde av seg selv eller andre kreftsykepleiere.

I skrivende stund skal vi snart arrangere en fagkveld, og der er vi så heldige at Kristian Rem kommer og snakker om tankevirus. Vi håper å se så mange som mulig, enten i Trondheim, Namsos eller Levanger. ●



Høsten 2022 fikk deler av styret til å møtes fysisk på Levanger. Fra venstre: May-Gørill Berg (leder), Liv Elin Bruem (nestleder), Tove Arstad, Sølvi Leinsvang (Kasserer), Line Schulze Almlid og Tanja Stormo. Disse er også med i styret; Bodil Aune, Britt Ahlid, Karen Støbakk Eggen, og Silje Jønsson (sekretær). (Foto: Privat)

## NSFS FAGGRUPPE FOR KREFTSYKEPLEIERE: MØRE OG ROMSDAL

**Tekst: Kristina Folkedal Bru, lokallagsleder**

Styret i FKS Møre og Romsdal består av 9 kjeffe og engasjerte kvinner som har bred kunnskap og erfaring både fra sykehus, sykehjem og hjemmebasert omsorg. Vi er et fylke med geografiske avstander som gjør det utfordrende å samle styret så ofte. Etter Covid har den digitale møteverdenen gjort det mulig for oss å ha styremøter oftere, og det lettere for alle å kunne være med på hvert møte. FKS Møre og Romsdal har i dag 120 medlemmer.

FKS Møre og Romsdal gir ut to nyhetsbrev i året og arrangerer to temakvelder, en på vår og en på høst. I tillegg har vi håp om å kunne arrangere en større fagdag snart, men pga usikkerhet rundt innføringen av Helseplattformen i Helse Møre og Romsdal har vi måttet sette dette arrangementet på vent foreløpig. ●



Styret består av: Leder Kristina Folkedal Bru, Nestleder: Louisery Davies, Kasserer: Reidun Flydal, Redaktør: Amanda Kristine Riise, Sekretær: Pia Österlund, Sponsoransvarlig: Marianne Espe, PR/nett – ansvarlig: Silje Kaldhusdal og styremedlemmer: Caroline Tusvik og Malin Bolsø. (Foto: Privat)

# Tre på gangen

## Møt kreftsykepleiere i utdanningsinstitusjonene



### ANETT SKORPEN TARBERG

**Alder:** 52

**Tittel:** Stipendiat, Universitetslektor

**Arbeidssted:** NTNU Ålesund, avdeling helsefag

**Utdanningsbakgrunn:** Kreftsjukepleiar, Master i avansert klinisk sykepleie, nyleg godkjent avhandling i eit phd. løp.

#### Kan du si litt kort om yrkeskarriere?

Bakgrunnen min er frå kommunehelsetenesta, der eg har arbeidd i over 30 år. Eg har alltid jobba pasientnært, og har arbeidd både på sjukeheim og i heimetenesta. I 2008 var eg ferdig kreftsjukepleiar, og starta som kreftkoordinatør i 2012. Denne stillinga sa eg opp sommaren 2021. Har og arbeidd mykje med prosjektarbeid innanfor palliasjon på tvers av fleire kommunar og sjukehus. Eg

var med å starte opp palliativ plan prosjektet i Møre og Romsdal, og sit framleis i denne ressursgruppa.

#### Hva er bakgrunnen for at du ønsker å jobbe akademisk på universitet/høyskole med utdanning av kreftsykepleiere?

Svaret må nærast vere at det berre vart slik. Eg såg ikkje føre meg å endre arbeidsstad, eg synest kommunehelsetenesta er ein fantastisk arbeidsplass, spennande og utfordrande. Men etter å ha fullført mastergrad fekk eg spørsmål om eg kunne tenke meg å gå vidare i eit doktorgradsløp. Eg grubla lenge på om eg skulle våge å gi meg ut på dette, svaret vart at den døra ikkje kunne stå uprøvd. Det var ikkje før 2021 eg endeleg bestemte meg for at universitetet skulle vere min framtidige arbeidsplass og det har eg heller ikkje angra på. Eg kjenner meg heldig som kunne velje mellom to særskjette arbeidsplassar. Når ein tek ei Ph.d utdanning så er det i dag små moglegheiter for å nytte denne i kommunehelsetenesta. Men, eg trur det er framtida, kommunane har fått overført omfattande oppgåver frå spesialisthelsetenesta og då følger nok forskinga etter, også frå eit kommuneperspektiv.

#### Hva tenker du om dagens og fremtidens kreftsykepleieutdanning?

Kreftutdanninga ved NTNU skal frå hausten 2023 verte 120 studiepoeng, ein kan då «hoppe av» etter 90 studiepoeng eller fullføre master i spesialsjukepleie. Eg synest det er flott at kreftutdanninga no får like mange studiepoeng som andre spesialutdanningar innanfor sjukepleie. Masterløpet vert felles, men med faglege variasjonar for dei ulike ABIOK utdanningane (anestesi-, barn-, intensiv-,

operasjon-, kreftsjukepleie).

Kreftutdanninga vert frå hausten av eit fulltidsstudie på to år, undervisninga er likevel delt i samlingar for å legge til rette for dei som har lengre reiseveg. Praksis ved NTNU vert tre veker lenger enn i dag.

#### Hvem er dagens kreftsykepleiestudenter?

Dei som tek kreftutdanning i dag kjem både frå kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta. Dei er i hovudsak kvinner og det fleste har lengre arbeidserfaring. Frå hausten 2024 vil der ikkje lenger vere eit krav om praksis for å kome inn på studiet, dette vert likt med andre spesialutdanningar. Vi vil då få studentar som kjem rett frå bachelorutdanning og studentar med praksiserfaring.

#### Er det noe du savner i denne jobben kontra da du jobbet i klinikken?

Eg saknar pasient og pårørande arbeid aller mest. Det å kjenne på «puls» der ute, dei faglege problemstillingane som plutselig dukkar opp og som vi i kollega-fellesskap får til å løyse. Kjensla av mestrings når du forstår at du har klart å skape tillit. At fokuset på fag, kvalitet og kompetanse kan rettast direkte mot dei du møter. Ja, eg saknar det, saknar å sitte ved kjøkenbordet i ein heim og samtale med pasient og pårørande, dei nære møta.

Der er mykje å sakne, med du veit, det er nettopp fordi det har vore ein viktig del av livet ein kjenner på sakn. Eg ønsker å dra nytte av desse erfaringane i arbeidet eg møter her, at det er studentane eg no kan ha dei nære møta med. Eg håper mi praksiserfaring kan vere verdifull i desse møta. ●



### MARIANNE ØDEGAARD

**Alder:** 58 år

**Tittel:** Kreftsykepleier og høgskolelektor

**Arbeidssted:** VID vitenskapelige høyskole, Bergen og avd. for kreftbehandling og medisinsk fysikk, Haukeland universitetssykehus

**Utdanningsbakgrunn:**

1998-2001: Sykepleierutdanning, Høgskolen i Bergen

2008-2009: Videreutdanning i kreftsykepleie,

Høgskolen Betanien

2011-2013: Adjunkt, Praktisk pedagogisk utdanning

2014-2017: Master i helsefag, studieprogram

Sykepleievitenskap

2022: Universitets- og høgskolepedagogikk, VID

vitenskapelige høyskole

#### Kan du si litt kort om yrkeskarriere?

Fra jeg var nyutdannet sykepleier til august 2021 jobbet jeg ved avdeling for kreftbehandling og medisinsk fysikk ved Haukeland Universitetssykehus. Mitt arbeid har vært ved en av kreftavdelingens sengeposter, hvor jeg har trivdes svært godt med både pasientgruppen, fagfeltet og det kliniske arbeidet. I avdelingen har det vært gode rammer og godt tilrettelagt for videreutdanning og fagutvikling, og det har bidratt til at jeg har opplevd både faglig og personlig vekst. I tillegg til pasientomsorg og -behandling, har jeg hatt funksjon som praksisveileder, hvor en sentral rolle er å veilede studenter i grunnutdanning og videreutdanning samt å støtte kontaktsykepleiere i deres rolle som veiledere. Jeg har også vært praksislærer for Høgskolen Vestlandet for 2. års bachelorstudenter.

#### Hva er bakgrunnen for at du ønsker å jobbe akademisk på universitet/høyskole med utdanning av kreftsykepleiere?

Jeg er opptatt av at vår yrkesutøvelse som kreftsykepleiere skal være kunnskapsbasert, og har gjennom master- ➔



studiet fått anledning til å fordype meg i tema knyttet til kunnskapsgrunnlaget for sykepleiefaget. Jeg har stor interesse for kreftsykepleie som fag, profesjon og forskningsfelt. Jeg opplever det som meningsfylt og faglig spennende å bidra i utdanningen av fremtidens kreftsykepleiere. Jeg takket «ja» til jobben som høgskolelektor ved videreutdanning i kreftsykepleie med bakgrunn i interesse for pedagogisk arbeid og formidling av faget jeg brenner for. I jobben som lærer får jeg være med å påvirke og utvikle studieplanen både strukturelt og innholdsmessig. Det er en annen måte å være kreftsykepleier på, men det er givende å bidra til utdanning av en viktig og etterspurt profesjon.

### Hva tenker du om dagens og fremtidens kreftsykepleieutdanning?

Forskrift om Nasjonal retningslinje for kreftsykepleierutdanning er fastsatt av Kunnskapsdepartementet, og for å tilfredsstille tjenestens kompetansebehov er det besluttet å utvide minimumsomfanget på utdanningen til 90 studiepoeng

Ny studieplan for videreutdanning og master i kreftsykepleie er godkjent i Utdanningsutvalget ved VID, og vi er i full sving med å gjøre den operativ for oppstart av nytt kull til høsten. Videreutdanningen på 90 studiepoeng kan bygges på med 30 studiepoengs masteroppgave som vil resultere i mastergrad 120 studiepoeng. Samarbeidet med praksisfeltet er veldig bra, og VIDs praksiskoordinatorer gjør en flott jobb med å sørge for nok og relevante praksisplasser for studentene våre. Ny studieplan har utvidet praksis med 3 uker, og vi arbeider med innhold og form for denne praksisen.

Selv med stort studentpress i praksisfeltet har våre praksiskoordinatorer i samarbeid med praksis og oss lærere funnet gode løsninger og plasser til alle.

### Hvem er dagens kreftsykepleiestudenter?

Studentene våre bringer mye engasjement, klinisk erfaring og kunnskap inn i «klasserommet», og det er spennende og faglig utfordrende å være lærer på videreutdanningsnivå. Vi har studenter fra hele landet. Som blant sykepleiere ellers er det absolutt flest kvinner blant våre studenter, og studentenes alder og fartstid som sykepleiere varierer. Studentene kommer fra både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. I inneværende studieår er spesialisthelsetjenesten overrepresentert, og noe av grunnen til dette kan være at det i høst ikke ble tatt opp deltidsstudenter på grunn av overgang til ny studieplan fra høsten 2023, i tillegg til at Haukeland universitetssykehus

økte antall studiestillinger betraktelig. Studentene i studiestillinger får lønn under utdanningen, mens de fleste fra kommunehelsetjenesten må dekke utdanningen selv og ta ulønnet permisjon eller opparbeide seg fri i forbindelse med samlingsukene. Da passer det mange best å ta utdanningen på deltid over 2 år.

### Er det noe du savner i denne jobben kontra da du jobbet i klinikken?

Jeg savner det kliniske arbeidet, det tverrfaglige samarbeidet og pasientkontakten, og har derfor en 20% bistilling som kreftsykepleier i klinikken. Det hjelper på «savnet» i tillegg til at jeg holder meg faglig oppdatert i det kliniske feltet. Jeg opplever også at det gir meg en ekstra faglig trygghet og troverdighet som lærer. ●



## SIV TOVE AUNAN

**Alder:** 58 år

**Tittel:** Studieprogramleder i videreutdanning i kreftsykepleie. Førstelektor i kreftsykepleie/kreftsykepleier

**Arbeidssted:** Universitetet i Stavanger, Det helse-vitenskapelige fakultet

**Utdanningsbakgrunn:**

Førstelektor i kreftsykepleie (Universitetet i Stavanger mai 2020)

Master i helsevitenskap (Universitetet i Stavanger 2010-2012)

Videreutdanning i kreftsykepleie (Universitetet i Stavanger 2006-2008)

Bachelor i sykepleie (Høgskolen i Stavanger 1995-1998)

### Kan du si litt kort om yrkeskarriere

Jeg har jobbet i kommunehelsetjenesten (sykehjem/hjemmesykepleie). Januar 1999 startet jeg på den nye kreftavdelingen (ABK) ved Stavanger universitetssykehus der jeg jobbet ved en onkologisk sengepost i ca. 3 år. Deretter fortsatte jeg ved onkologisk poliklinikk ved

samme avdeling og jobbet der ut desember 2016. Januar 2017 startet jeg ved universitetet i Stavanger, det helsevitenskapelige fakultet der jeg fortsatt er ansatt.

### Hva er bakgrunnen for at du ønsker å jobbe akademisk på universitet/høgskole med utdanning av kreftsykepleiere?

Jeg ble tilbudt en stilling i videreutdanning i kreftsykepleie høsten 2016. Arbeidsoppgavene er utfordrende, lærerike og meningsfulle, det har vært en bratt læringskurve. Det siste året har jeg vært leder for en arbeidsgruppe knyttet til akkrediteringssøknad, det vil si å endre studiet fra videreutdanning i kreftsykepleie til master i kreftsykepleie

### Hva tenker du om dagens og fremtidens kreftsykepleieutdanning?

Jeg tenker at det er viktig at videreutdanning i kreftsykepleie har fått ny forskrift om nasjonal retningslinje for kreftsykepleieutdanning fra 60sp til 90-120sp (oktober 2021). Det er stigende forekomst av kreft i samfunnet, flere overlevende, medisinsk behandling har blitt mer avansert med multiple konsekvenser og en stor sykdomsbyrde for pasienter og pårørende. For å heve

kvalitet, brukermedvirkning og pasientsikkerhet stilles det større krav til utdanning innenfor kreftsykepleie. Den kunnskapen en mastergrad i kreftsykepleie vil gi, kan bidra til styrket kunnskapsbasert praksis og tilføre økt fag- og forskningskompetanse i praksisfeltet. Det helsevitenskapelige fakultet vil tilby master i kreftsykepleie 120sp fra august 2024. Det vil bli mulighet for avhopp, men vi håper og tror at de fleste vil fullføre et masterprosjekt. Vi har signert praksis avtaler både med spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, de er veldig positive til å ha studenter i masterprogram i kreftsykepleie

### Hvem er dagens kreftsykepleiestudenter?

Det er flest kvinner mellom 30-40 år som tar denne utdanningen, det hadde vært en fordel med flere mannlige søkere. Det har vært en tendens til at ca. 70% av søkerne er fra spesialisthelsetjenesten og ca. 30% er fra kommunehelsetjenesten.

### Er det noe du savner i denne jobben kontra da du jobbet i klinikken?

Jeg savner pasient og pårørende kontakt og gode kollega fra kreftavdelingen og sykehuset. ●

## VIL DU BLI MEDLEM I NSF'S FAGGRUPPE FOR KREFTSYKEPLEIERE?

### FAGGRUPPEN FOR KREFTSYKEPLEIERE

#### HAR SOM FORMÅL Å:

- Spre kunnskap om kreftsykepleie
- Arbeide for masterløp for kreftsykepleiere
- Arbeide for bemanningsnorm for kreftsykepleiere
- Samarbeide med andre nordiske og europeiske kreftsykepleieorganisasjoner
- Bidra med finansiering til forsknings- og utviklingsprosjekter

Som medlem får du fagtidsskriftet «Kreftsykepleie» to ganger i året. Du kan søke stipend til å delta på fagkonferanser, eller gjennomføre fagutviklingsprosjekt på arbeidsplassen. Videre kan du delta i tema kvelder og andre arrangement i lokallag. Faggruppen er med å gi faglig identitet, sammen er vi sterke!

#### VIL DU BLI MEDLEM I VÅR FAGGRUPPE?

SEND SMS KREFT TIL 02409.

Ps. Er du allerede medlem og ønsker å verve nye medlemmer, kan det være at det kommer en liten hilsen som takk for hjelpen fra oss. Men husk å gi oss beskjed, at du har vervet.





Foto: Helsedirektoratet

# Ukrainske pasienter på norske sykehus gjennom MedEvac



For ganske nøyaktig ett år siden (mars 2022) var jeg frivillig helsearbeider på et provisorisk flyktningmottak i en konsertarena i Polens hovedstad Warszawa. Jeg vil her fortelle om mine erfaringer med ukrainske flyktninger i jobben som kreftsykepleier ved Diakonhjemmet sykehus, samt om ordningen MedEvac.



## Ingrid Sølva

Kreftsykepleier, Senter for kreftbehandling og kirurgisk sengepost, Diakonhjemmet sykehus

Over 300 000 ukrainske flyktninger hadde i løpet av få uker ankommet byen og min mann var involvert i hjelpearbeidet. Takket være en forståelsesfull arbeidsgiver ved Senter for kreftbehandling på Diakonhjemmet sykehus fikk jeg mulighet til å bidra der i to uker. Den stå-på-viljen jeg opplevde blant våre polske kolleger i denne overveldende situasjonen gjorde et betydelig inntrykk. Jeg vil her fortelle om mine erfaringer med ukrainske flyktninger i jobben som kreftsykepleier, samt om ordningen MedEvac. Angrepene på Ukraina har vart i over ett år og nøden krigen skaper gjør ikke behovet for hjelp mindre.

Veier, broer og annen infrastruktur er ødelagt. Flukt er krevende og kan være farlig. Det er enda vanskeligere for dem med alvorlige diagnoser og nedsatt funksjonsnivå å komme seg ut av landet. Helsevesenet er overbelastet med krigsskadede pasienter, sykehus er bombet, behandling vanskeliggjort av stadige flyalarmer og evakuering ned i bomberom. Antall sårede øker hver dag og sykehus som allerede mangler forsyninger sliter med å holde tritt med de økende behovene. I denne situasjonen fratas kronisk syke pasienter behandlingen de trenger for å overleve.

## Medisinsk evakuering (MedEvac)

For å hjelpe den hardt prøvede helsetjenesten i Ukraina og avlaste helsevesenet i Ukrainas naboland, har EU etablert et program for medisinsk evakuering (MedEvac) av pasienter med alvorlig sykdom og krigsskader til sykehus rundt omkring i Europa. →



Foto: Helsedirektoratet



← Pasientene kommer via Polen, Moldova og Slovakia. I september åpnet et senter for medisinsk evakuering i Rzeszów, Polen. Området er et viktig transittpunkt for transport inn og ut av Ukraina og ligger omtrent ni kilometer fra grensen. Senteret er finansiert av EUs sivile beredskapsordning (Union Civil Protection Mechanism / UCPM) og støttet av Verdens helseorganisasjon (WHO). Herfra fraktes spesialfly fra SAS ukentlig ukrainske pasienter til Norge og andre EU/EØS-land for videre behandling. Donasjon av ambulansibusser til Ukraina er et annet norsk bidrag. De brukes til å transportere krigsskadede pasienter og andre med alvorlige sykdommer inne i Ukraina, slik at man har muligheten til å flytte syke og sårede pasienter ut av landet og til MedEvac-senteret i Rzeszów.



Når de reiste videre fra flyktningmottaket, fikk alle med seg en boks med mat – her står de i kø for å få kassen sin. (Foto: Privat)

situasjonen kan ha endret seg til det verre i tiden etter at Norge tilbød evakuering. Det kreves grundig arbeid ved mottaket av pasienten, med god tid til ny gjennomgang og tilstrekkelig tilgang på tolk.

### Pasienthistorier og takknemlighet

Ved onkologisk poliklinikk ved Diakonhjemmet sykehus har vi per dags dato fire pasienter under MedEvac-ordningen. De kan fortelle om ukrainske helsearbeidere som ser seg nødt til å fortsette operasjoner under flyangrep, om kreftsykepleiere uten tilgang på infusjonspumper, alt for mange pasienter å ta seg av og stadige avbrytelser der pasientene i hui og hast må kobles fra pågående infusjoner for å søke tilflukt i bomberom. Der kan de bli sittende i timevis før behandlingen kan gjenopptas.

De ukrainske pasientene uttrykker takknemlighet for å ha blitt mottatt på norske sykehus hvor de kan få god og trygg behandling med mulighet for kurasjon – men gir også uttrykk for sterk bekymring for dem de har etterlatt hjemme; sine sønner, døtre, ektefeller og foreldre. Dette er altså pasienter med til dels store belastninger i tillegg til sykdommen.

### Mangel på tolker

Den største utfordringen i møte mellom MedEvac-pasienter og helsepersonell er mangel på tolker. Pasientene er i en alvorlig situasjon, informasjonen kan være av sensitiv karakter og det er viktig at den blir formidlet til pasienten på en kyndig og forsvarlig måte. Behovet

for en kvalifisert tolk med forståelse for helsefaget er åpenbart. Ifølge tolkeloven, som trådte i kraft 1. januar 2022, plikter offentlige virksomheter å bruke kvalifiserte tolker. En kvalifisert tolk er per definisjon en som står i et nasjonalt tolkeregister. Registrerte tolker er et knapphetsgode og andre aktører betaler kanskje høyere honorarer og tilbyr oppdrag av lengre varighet enn helse-tjenesten. Da er det ikke så overraskende at vi opplever tilgangen på kvalifisert tolking som kritisk dårlig. Vi har løst manglende tilgang på tilstedeværende tolk ved å benytte telefontolk ved starten av behandlingen og deretter ved behov benyttet tolke-app med forhåndsinnspilte setninger, fraser og spørsmål eller Google-translate ved samtaleemner som ikke er av sensitiv karakter. Praten om løst og fast derimot, der vi gjør oss kjent med den vi har foran oss, er det vanskelig å få til. Selv med tolk. Slik småprat er viktig for å bygge tillit og for å kunne gi tilpasset veiledning og faglige råd.

Legesamtaler der vi har stått uten kvalifisert tolk er alvorlig. Gjennom vår tolkeformidler har vi blitt tilbudt det vi kan kalle språkhjelpere – personer med gode språkkunnskaper på norsk og ukrainsk eller russisk, men uten de formelle kvalifikasjonene som kreves for å stå i nasjonalt register. Erfaringene med denne



Feltsenger tett i tett i Torwar konsertarena, Warszawa mars 2022. (Foto: Privat)



Her sorteres medisiner sendt fra hele Europa. (Foto: Privat)



Foto: Helsedirektoratet

Norge har forpliktet seg til å ta imot 550 ukrainske pasienter gjennom MedEvac-ordningen og ifølge Helsedirektoratet er det kommet over 130 så langt. Et nasjonalt koordineringssenter for medisinsk evakuering av ukrainere (NKS) er opprettet ved Oslo universitetssykehus. Pasientenes forespørsler formidles fra UCPM via Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DBS). NKS vurderer anmodningene og samhandler med MedEvac-kontakter ute i helseregionene om fordelingen av pasientene. Utlendingsdirektoratet (UDI) følger opp rundt praktiske forhold, som innkvartering.

MedEvac karakteriseres som en «spesialisthelsetjeneste-til-spesialisthelsetjeneste»-ordning og pasientene fraktes direkte til norske sykehus. Pasienter med kreft kan likevel ha vært uten oppfølging fra spesialisthelsetjenesten en periode, noe vi selv har erfart, og helse-





Feltsenger i provisorisk mottak i Global Expo konferansesenter i Modlińska i mars 2022. (Foto: Privat)

◀..... tolkingen er at spesifikk informasjon om den medisinske behandlingen kanskje ikke blir forstått av den som tolker og derfor ikke blir korrekt oversatt. I tillegg til svak eller manglende helsefaglig kompetanse (og vokabular) er det heller ingen garanti for at disse hjelperne forholder seg nøytrale. Dette kan gi usikkerhet, særlig når det benyttes tolking på russisk. Vi vet ikke hvilke erfaringer pasientene har med seg fra krigen og det bør utvises forsiktighet. Det er vårt ansvar å bygge tillit og skape trygghet for pasientene. Samtidig er det primære at livsviktig behandling uansett blir gjennomført.

### Poliklinisk behandling og asylmottak

Våre MedEvac-pasienter får poliklinisk behandling og bor på ulike asylmottak. Samarbeidet med mottakets helsepersonell er viktig. Pasientene får utfordrende behandling, som kan gi komplikasjoner og kreve akutte innleggelse, og sykepleiere og lege på mottaket må sikres god informasjon om behandlingen pasientene får. Mottakene har ikke helsepersonell til stede døgnet rundt og det er heller ikke tolker tilgjengelig til enhver tid. Her kreves det kreativitet og forevar-tenkning for å finne løsninger – og man må forsikre seg om at pasienter og betjening er innforstått med hva man gjør i en situasjon der pasienten trenger å kontakte sykehusets akuttmottak på kveld eller natt. MedEvac-ordningen kan by på uvante problemstillinger. Pasientene skal blant annet ikke betale egenandeler på poliklinisk behandling, medisiner eller pasienttransport. Dette medfører andre rutiner enn vanlig og særfinansiering av oppholdet fordrer ny type koding. Hos oss har ressurspsykeleier for MedEvac-pasientene

laget et dokument som er tilgjengelig i en felles mappe – der praktiske opplysninger rundt behandlingen av de ukrainske pasientene noteres ned og oppdateres. Vekt på informasjon og god intern kommunikasjon mellom alle aktører på sykehuset samt tidlig etablering av effektive rutiner kan redusere frustrasjoner.

### Møt dem med varme

Som kreftsykepleiere i Norge kan vi bidra gjennom MedEvac-ordningen og slik avlaste hardt pressede kreftsykepleier-kolleger i Ukraina. Jeg håper vi kan la oss inspirere av hvordan de med mot og utholdenhet kjemper for sine pasienter og gir behandling under det som kan karakteriseres som umulige forhold. Da jeg var i Polen våren 2022 så jeg hvordan våre polske kolleger standhaftig håndterte hver ny utfordring de fikk i fanget. Nå har vi muligheten til å vise den samme sterke viljen i arbeidet for de ukrainske pasientene som evakueres til Norge. ●

### KILDER

<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/norge-vil-for-lenge-avtale-om-medisinsk-evakuering-fra-ukraina/id2948671/>  
NKS: «Informasjon til sykehus som skal motta pasienter fra Ukraina via EUs medevac program» Versjon 5.0 - 05.12.2022  
[https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/IP\\_22\\_5265](https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/IP_22_5265)  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2021-06-11-79?msclid=8870ee8dae8711ec818ced014928ed79>

## ENESTE IMMUNTERAPI VED STADIUM III NSCLC ETTER KJEMORADIOTERAPI<sup>1,2\*</sup>



### 5-års oppfølgingsanalyse<sup>3</sup>: IMFINZI (durvalumab) viser fortsatt bedring i OS og PFS sammenlignet med placebo

5-års oppfølgingsanalyse fra PACIFIC-studien hos pasienter med PD-L1  $\geq 1\%$  (Post-hoc subgruppelanalyse i henhold til indikasjon\*), IMFINZI (n=212) vs placebo (n=91)<sup>2</sup>:

Totaloverlevelse (OS)	Progresjonsfri overlevelse (PFS)
<b>Estimert median OS (95% KI) måneder:</b>	<b>Estimert median PFS (95% KI) måneder:</b>
<b>63.1 (43.7-NE) vs 29.6 (17.7-44.7)</b> OS HR= 0.61 (0.44-0.85)	<b>24.9 (16.9-38.7) vs 5.5 (3.6-10.3)</b> PFS HR= 0.47 (0.35-0.64)
<b>50.1% vs 36.9% av pasientene var estimert til å være i live etter 5 år</b>	<b>35.8% vs 17.6% av pasientene var estimert til å være progresjonsfrie etter 5 år</b>

Median oppfølging på 34,2 måneder

**Pacific-studien:** En randomisert, dobbeltblindet, placebokontrollert, internasjonal fase III-studie. Studien inkluderte pasienter med inoperabel stadium III NSCLC med ECOG 0 eller 1. Pasienter som ikke progredierte etter platinabasert kjemoradioterapi (n=713) ble randomisert til Imfinzi (n=476) 10 mg/kg hver andre uke eller Placebo (n= 237) hver andre uke, i opptil 12 måneder eller inntil uakseptabel toksisitet eller bekreftet sykdomsprogredisjon<sup>3</sup>.

**\*Indikasjon:** Som monoterapi til behandling av lokalavansert (stadium III), inoperabel, ikke-småcellet lungkreft (NSCLC) hos voksne hvor tumor uttrykker PD-L1 på  $\geq 1\%$  av tumorcellene, og med sykdom som ikke har progrediert etter platinabasert kjemoradiasjon.

PD-L1: programmert celledød ligand-1; KI: konfidensintervall; NE: ikke estimert



Scan QR-koden for animasjonsfilm 5-års oppfølgingsanalysen

#### Utvålt sikkerhetsinformasjon:

**Forsiktighetsregler:** Behandling startes opp og overvåkes av en lege med erfaring i kreftbehandling. Immunedierte bivirkninger (inkl. pneumonitt, total myokarditt, hepatitt, kolitt, endokrinopati, nefritt, utslett) er sett, og pasienten bør overvåkes for tegn og symptomer. Ved mistanke om immunedierte bivirkninger, bør tilstrekkelig evaluering utføres for å bekrefte etiologi. Retningslinjer for håndtering av immunedierte bivirkninger er beskrevet i SPC. Stråleindusert pneumonitt er ofte sett ved stråleterapi mot lungene, og pasienten bør overvåkes for tegn på pneumonitt eller stråleindusert pneumonitt.  
**Graviditet, amning og fertilitet:** Ingen data fra bruk hos gravide. Durvalumab kan skade fosteret, og anbefales ikke under graviditet og til fertile kvinner som ikke bruker sikker prevensjon under og i minst 3 måneder etter behandling. Risiko for døde barn kan ikke utelukkes, og det må besluttes om amning skal opphøre eller om behandlingen skal avsluttes/avstås fra.  
**Hypigst rapporterte bivirkninger:** Øvre luftveitsinfeksjoner, hypotyreose, hoste, pneumonitt, pneumoni, diare, magesmerter, utslett, pruritus, pyreksi, hypertyreose, økt ASAT/ALAT, myalg, artralgi og perifer ødem.

#### Utvålt produktinformasjon:

**Dosering:** 10 mg/kg intravenøs sakte eller 1500 mg hver 4. uke. Til intravenøs infusjon etter fortykning.  
**Behandlingsvarighet:** Inntil sykdomsprogredisjon, uakseptabel toksisitet eller i maks. 12 måneder.  
**Pakninger og priser (AUP):** Konsentrat til infusjonsløsning. Hetteglass: 2,4 ml (120 mg); kr 8269,90. 10 ml (500 mg); kr 33794,30. Beslutet innført av Beslutingsforum 21.10.2019. Inngår i LIS anbefalinger for onkologiske og kolonistimulerende legemidler 01.02.2021.<sup>1</sup>  
**Reseptgruppe:** C.  
Se SPC for utfyllende informasjon om dosering, forsiktighetsregler, interaksjoner og bivirkninger på [www.legemiddelsok.no](http://www.legemiddelsok.no)

#### Referanser:

Godkjent preparatombale for IMFINZI<sup>®</sup>, 22.08.2022  
1. <https://sykehusinnkjop.no/seksjon/avtaler-legemidler/Documents/Documents/Onkologi/Onkologiske-og-kolonistimulerende-legemidler.pdf> (lest ned 22.nov. 2022)  
2. [www.helseedrektoratet.no/retningslinjer/lungekreft-mesotelson-og-tyrommehandlingsprogram](http://www.helseedrektoratet.no/retningslinjer/lungekreft-mesotelson-og-tyrommehandlingsprogram) (12/2021 22. utgave)  
3. Spigel DR, Falero-Finn C, Gray JE, et al. Five-year Survival Outcomes from the PACIFIC Trial: Durvalumab After Chemoradiotherapy in Stage III Non-Small-Cell Lung Cancer. J Clin Oncol. 2022 Feb 2. doi: <https://doi.org/10.1200/JCO.21.01308> JCO2101308



# Smånytt



## Øversettelsesapp

**44 SPRÅK PÅ FÅ SEKUNDER: APPEN SOM SUPPLERER TOLKETJENESTEN**

**Appen bidrar til økt pasienttilfredshet, mer effektiv ressursbruk for de ansatte og mer effektiv tolkebruk.**

Det er et stort behov for støtte i kommunikasjon mellom minoritetsspråklige pasienter og ansatte på sykehus når tolk ikke er til stede. Et digitalt kommunikasjonsverktøy vil styrke pasientens rett til informasjon på eget språk og gjøre det lettere å uttrykke egne behov.

Utenlandske studier viser at språkbarrierer mellom pasient og helsepersonell øker risikoen for at pasientene blir feilmedisinert eller re-innlagt for samme diagnose og får et lengre sykehusopphold. Det er derfor et stort behov for tolketjenester som kan benyttes i forbindelse med samtaler, for eksempel ved innleggelse, før operasjon, under legevisitt og før utskriving. Det kan også være behov for å ha dialog med pasientene mellom tolkesamtalene, for eksempel for å gi korte beskjeder, stille spørsmål og for annen «hverdagskommunikasjon». Eksempler på dette kan være:

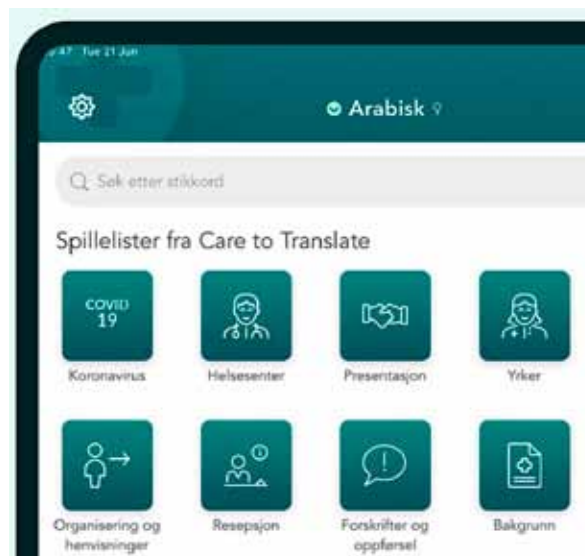
- Smerter: Har du vondt?
- Resepsjon: Timen din er dessverre forsinket
- Laboratorie- og radiologitjenester: Stå helt stille nå
- Mat: Er du sulten?
- Besøk: Når kan familien min besøke meg?

Verktøyet vil være en ferdig utviklet og gjennomarbeidet applikasjon tilpasset sykehusenes behov, med ferdiglagde setninger til bruk for hele pasientforløpet; fra pasienten blir innlagt til utskriving. Det skal dekke alle fagområder innen både psykisk helse og somatikk, og vil være nyttig for alle ansatte som er i kontakt med minoritetsspråklige pasienter.

### Verktøyet:

- er en web- og mobilapplikasjon som skal kunne brukes på alle digitale enheter i sykehuset
- inneholder ikke pasientinformasjon eller annen sensitiv informasjon
- er integrert med andre systemer i helseforetakene
- inneholder setninger som er ferdig øversatt til og kvalitetssikret på over 40 språk
- inneholder predefinerte øversatte fraser/setninger, ikke simultan øversettelse
- er et supplement til tolketjenester, ikke en erstatning
- Tilgjengelig for sykehus i hele landet som har sagt ja til avrop, HF i Helse sør-øst og Helse Midt-Norge

(Kilde: OUS)



## FEIRING AV HEDERSPRIS



Det var veldig stas at Kreftforeningens hederspris for 2022 gikk til alle landets kreftsykepleiere. Dette måtte selvsagt feires! Kaker ble innkjøpt og fraktet rundt omkring på vaktrom i sykehus og kommuner, og mange delte sine kakebilder med oss. Her ser vi feiring i Åmli kommune. Flere markeringer med kake-lunsj finner du på Facebook-siden vår «NSFs faggruppe for kreftsykepleiere»



(Foto: Privat)

## Søknad OM STIPEND FOR 2023

Ønsker du å jobbe med faglig utvikling, kompetanseheving eller innovasjon på arbeidsplassen din? I så fall kan du være heldig å få stipend av FKS i 2023.

- **Stipend/prosjektmidler å kr. 20 000**  
Stipendet er øremerket prosjektarbeid, faglig utvikling, opplæring eller innovasjon som skal utvikle kreftomsorgen. Stipendet gjelder ikke støtte til dekning av utgifter i forbindelse med studier.

### Vilkår:

- NSF's FKS medlem i 2 år.
  - Prosjektbeskrivelse.
  - Søknad er fullstendig utfylt innen tidsfrist.
  - Sluttrapport.
  - Presentasjon i tidsskriftet «Kreftsykepleie».
- Søknadsfrist 1. desember 2023.**

- **Stipend inntil å kr. 7500**  
Stipend til deltakelse på konferanser/seminar innen tema kreftomsorg.  
NB: Søknad skal være fullstendig utfylt og sendt innen tidsfristen

### Vilkår:

- NSF's FKS medlem i 2 år.
- Ikke mottatt NSF's FKS stipend ved de siste 2 års tildelinger.

Utbetaling av dette stipendet skjer fortløpende etter at kvittering for innbetalt beløp er mottatt. NB: Utbetalingen må gå personlig og ikke via arbeidsgiver. **Søknadsfrist 1. desember 2023.**

### Slik søker du:

Søknadsskjema hentes på <https://www.nsf.no/fg/kreftsykepleiere>  
Søknad sendes stipendansvarlig i FKS:  
**E-mail: stipendkreftsykepleier@gmail.com**

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



(Foto: Gabriel Udnæs Elsbak)

## ALUMNIFORENING FOR KREFTSYKEPLEIERE VED OSLOMET

**Tekst: Inger Utne, Kjersti Stokke og Hege Lilleskare Sørensen**

Den 7. november 2022 møttes om lag 40 kreftsykepleiere i lokalene til OsloMet og grunnla landets første alumniforening for kreftsykepleiere. Alumni er en betegnelse for tidligere studenter ved et bestemt universitet, og en alumniforening er vanligvis organisert av utdanningsinstitusjoner for å gi tidligere studenter muligheten til å holde kontakten med hverandre og med utdanningsinstitusjonen samt å dra nytte av karrieremuligheter og andre ressurser.

Formålet med Alumniforening for kreftsykepleiere ved OsloMet er å etablere et faglig nettverk for kreftsykepleiere utdannet fra OsloMet og dets forløpere: Radiumhospitalet, Høgskolen i Oslo og Høgskolen i Oslo og Akershus. Tilbakemeldingene fra deltakerne på det første møtet var overveldende positivt, og de var taknemlige for at forumet er blitt dannet. Alumnimøtene vil gi medlemmene muligheter til å opprettholde faglige kontakter, utveksle erfaringer og styrke nettverksbyggingen blant medlemmene. Det sosiale aspektet vil også bli ivaretatt med tid til mingling og sosialt samvær.

Møtet i november ble innledet av professor og instituttleder Marit Kirkevold som snakket om forskningens

betydning for utvikling innen kreftsykepleie. Deretter presenterte professor Inger Utne den nye programplanen for master i helsevitenskap med spesialisering i kreftsykepleie. Stipendiat Ann Helen Torstveit presenterte sin forskning om eldre kreftpasienter og hvordan kjemoterapi påvirker den fysiske funksjonen. Martine Hareide og Henrik Gaudernack delte erfaringer fra egen skriving av masteroppgave i kreftsykepleie, mens universitetslektor Kjersti Stokke rundet av den faglige delen av møtet med å snakke om hvordan man kan omsette forskningen i praksis.

Initiativtakerne til alumniforeningen håper å komme i kontakt med tidligere studenter som kan dele sine erfaringer og arbeid ved de institusjonene der de er engasjert. Alumniforeningen ønsker å bli et forum for alle som er blitt utdannet ved de fire institusjonene helt fra 1982 og fram til i dag.

Alumni-nettverket vil holde kontakt med medlemmene hovedsaklig gjennom Facebook-gruppen: «OsloMet Alumni: Kreftsykepleie», og vil arrangere ett årlig møte. Initiativtakerne oppfordrer derfor alle som har tatt videreutdanning eller mastergrad i kreftsykepleie ved Radiumhospitalet, Høgskolen i Oslo, Høgskolen i Oslo og Akershus og OsloMet til å melde seg inn i foreningen.

Gjennom alumniforeningen kan medlemmene bidra til å styrke det kollegiale samholdet, utvide sitt profesjonelle nettverk samt gjøre faget mer attraktivt for unge studenter som vurderer en karrierevei innen kreftsykepleie. ●

## EONS16-KONFERANSEN // 21.-23.OKTOBER



# EONS16 at ESMO 2023

MADRID 2023 ESMO congress



## HELSEPLATTFORMEN

**Helseplattformen er en felles pasientjournalløsning for kommunehelsetjenesten, helseforetakene, fastleger og avtalespesialister. Helseplattformen innføres nå i hele Helse-Midt.**

En stemningsrapport fra kreftkoordinator Grete Myklebust Gjesdal i Ålesund, som også er «superbruker» i forhold til implementering:

«Her skjer det altså! Ansvarsfullt migreringsarbeid med overføring av data fra journalsystemet Profil til Helseplattformen. Mange sukk og stønn første dag. Litt flere smil å spore dag to. Øving gjør mester! 25 personer sitter med to skjermer og får ekstra god trening og kjennskap til den fremtidsretta plattformen med på kjøpet. Vi er spente og tror dette skal bli bra. ●

## VI TRENGER MEDLEMMER TIL NYTT STYRE I FKS!

**Valg 5.september 2023.**

- Hva brenner du for og hva er viktig for deg å jobbe med?
- Ønsker du å løfte faget vårt og gjøre det tydelig?
- Ønsker du å påvirke hverdagen både til pasienter og kolleger?
- Ønsker du å utvikle faggruppen vår?
- Kan du svare ja på noen av disse spørsmålene har vi en utfordring til deg!

**Vil du stille som kandidat til nytt styre i FKS?**

Vi ønsker et sammensatt styre med medlemmer som representerer alle deler av helsetjenesten! Det er spennende, utviklende og lærerikt! Du vil knytte gode vennskap og kontakter.

**TA UTFORDRINGEN!**

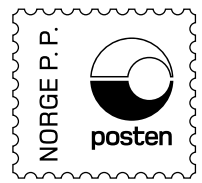
Ta kontakt dersom dette ser ut til passe for deg! Innen 31/5-23

**Mona Grytten** monagrytten@gmail.com mobil 988 07 256

**Ellen Rosseland Hansen** ellenrosseland.hansen@halden.kommune.no Mobil 474 75 970

**Evelyn Karlsen** eve-karl@online.no Mobil 918 02 190 ●





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

*Opp og frem  
Sammen i ulendt terreng*

21. LANDSKONFERANSEN I  
**KREFTSYKEPLEIE**  
TØNSBERG 13. - 15. SEPTEMBER 2023



NORSK  
SYKEPLEIER-  
FORBUND



NSFs FAGGRUPPE  
FOR KREFTSYKEPLEIERE

