

Kreftsykepleie

01 2019

TIDSSKRIFT FOR KREFTSYKEPLEIERE

●
Masterløft

●
Medisinsk bruk av Cannabis

●
Etisk refleksjon gir bedre
helse- og omsorgstjenester



FORUM FOR KREFTSYKEPLEIE
NSFs FAGGRUPPE



●
Ansvarlig utgiver:
NSF FAGGRUPPE FOR KREFTSYKEPLEIE
v/leder Mona Grytten
tlf. 98 80 72 56
monagrytten@gmail.com

Redaktør:
MARIT KLÆVOLD tlf. 92 08 47 41
marit-lerkeskogen36@hotmail.com

Redaksjonsutvalg:
ANNE-LENE BULL tlf. 92 66 83 82
annelenebull@hotmail.com,
MARIT KLÆVOLD
MERETE KLØVNING tlf. 40 92 47 12
merete.klovning@alesund.kommune.no

Medlemsansvarlig:
EVELYN KARLSEN tlf. 91 80 21 90
eve-karl@online.no

Annonseansvarlig:
ELLEN ROSSELAND HANSEN tlf. 47 47 59 70
Ellen.rosseland.hansen@halden.kommune.no/ elrh@halden.net

ANNONSEPRISER:
Årsavtale som gjelder for 2 utgivelser:
2/2 sider kr. 45 000
1 ½ side kr. 35 000
1/1 side kr. 25 000
½ side kr. 15 000
¼ side kr. 10 000
Moms kommer i tillegg

Hjemmeside:
www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/kreftsykepleiere

Layout og design:
yvodesign v/ Yvonne Riise

Trykk:
Mentor Media

Bilder fra:
Pexels, Adobe Stock og Getty Images

Signerte artikler står for forfatterens egen regning og ansvar.



INNHold

01 2019

- 4 Lederen v/ Mona Grytten
- 6 Redaktøren v/ Marit Klævold
- 7 Etisk refleksjon gir bedre helse- og omsorgstjenester
- 13 Hvordan arbeide med etiske utfordringer i helsetjenesten?
- 17 Medisinsk bruk av Cannabis ved kreft
- 22 En kamp på liv og død
- 26 30 års erfaring med gammaknivbehandling i Bergen
- 32 Protonterapi i Norge
- 36 Masterløft må til innen utdanning i kreftsykepleie
- 40 Nominasjon av årets kreftsykepleier
- 41 Refleksjon rundt egen praksis- og fremtid
- 43 3 på gangen
- 46 Søk om stipend 2020
- 47 Hverdagen for forløpskoordinatorene på sykehuset
- 53 EIR - symptomkartlegging på nettbrett
- 56 Hilsen fra Sarpsborg - landskonferansen
- 58 småNYTT



MASTERLØFT



CANNABIS



Mona Grytten, leder FKS

Leder

Når du leser dette tidsskriftet er 2019 godt i gang. Om ikke lenge er det vår i luften, eller kanskje våren allerede har kommet til din landsdel. Personlig synes jeg våren er en årstid full av forventninger - dagene blir etterhvert lengre og solen besøker oss stadig oftere. Alt vi har gledet oss til gjennom vinteren ser vi nå en begynnelse på.

Møte i helse- og omsorgsdepartementet/HOD

I desember 2018 i forbindelse med arbeidet med ny nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 (NHSP) ble FKS invitert til dialogmøte i Helse- og omsorgsdepartementet. Møtet ble ledet av statssekretær Anne-Grethe Erlandsen. De ønsket en dialog med oss og de

andre ABIOK-sykepleierne (anestesi, -barn, -intensiv, -operasjon, og -kreft er ABIOK) og sykepleiere innen psykisk helse og rus. Det omfattet blant annet vår vurdering av den faglige utviklingen, kompetansebehovet og arbeidsformer, f.eks. teamarbeid, innen disse spesialområdene for sykepleiere fremover.

Kreftsykepleierens kompetanse er etterspurt av befolkningen

Kreftsykepleieres kompetanse innebærer både forebygging, utredning, behandling, rehabilitering og lindring. Ofte får kreftpasienten flere behandlingsformer. Pasientene blir eldre og med tilleggssykdommer som igjen øker kompleksiteten på sykepleien til kreftpasientene. Det stilles høye krav til faglig dyktighet i forbindelse med behandling og forebygging av sykdom og plagsomme bivirkninger, både på det faglige og mellommenneskelige plan for å kunne imøtekomme behovene til pasient og pårørende. Kreftsykepleier har også kompetanse i å møte døendes behov og være til støtte for pasient og pårørende i livets slutfase.

Selv om befolkningen etterspør vår kompetanse, finnes det ingen bemanningsnorm for kreftsykepleiere hverken i spesialisthelsetjenesten eller kommunehelsetjenesten.

Dette er en av de største utfordringene våre. Vi som er kreftsykepleiere må få arbeide med det vi er best på. Det finnes sykehusavdelinger med kreftpasienter uten kreftsykepleiere. I kommunene finnes det kreftsykepleiere med 20 prosent stilling som kreftsykepleier. Resten av stillingsbrøken er hun/han «vanlig» sykepleier.

Vi arbeider for at politikere og ledere skal forvalte vår kompetanse på en god og hensiktsmessig måte. Det vil komme pasienten og pårørende til gode.

Bli med på konferanse

11. - 13. september er det tid for årets store happening, vår egen Landskonferanse som i år vil finne sted i Sarpsborg. Konferansen har

fått navnet **hele mennesket – hele veien**.

Det blir en spennende konferanse, som vi gleder oss veldig til. Håper mange av dere får anledning til å delta.

Selv om befolkningen etterspør vår kompetanse, finnes det ingen bemanningsnorm for kreftsykepleiere hverken i spesialisthelsetjenesten eller kommunehelsetjenesten.



Jeg har stor tro på at vi vil få noen flotte dager sammen, med faglig utbytte, erfaringsutveksling og sosialisering. Alltid kjekt å møte gamle og nye kollegaer på konferanse.

Valg og GF

Jeg vil minne om at kandidatene som stiller til valg til hovedstyret og kandidat til ny leder 2019 - 2021 vil bli lagt ut på:

www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/kreftsykepleiere

Her vil dere også finne dokumenter til generalforsamlingen (GF). Saker som skal meldes inn til GF må sendes hovedstyret 5 uker før GF. De ferdige dokumentene vil bli lagt ut senest 3 uker før GF på www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/kreftsykepleiere.

GF er FKS sitt høyeste organ. Vil du være med på å påvirke hva FKS skal arbeide med er det viktig å delta på GF.

Stipend

I år hadde vi anledning til å dele ut stipend til 25 medlemmer, det tilsvarer 125 000 kroner. Det er vår økonomi, som bestemmer hvor mange stipend vi årlig kan dele ut.

Podkast

Hørt om kreftkompasset? Anbefales.

Den internasjonale kreftsykepleier dagen

Vi har fått vår egen dag, den 18.mai er den internasjonale kreftsykepleierdagen. Jeg oppfordrer dere til å markere dagen på arbeidsplassen eller i nærmiljøet. Det kan gjøres på forskjellige måter, sette litt stas på kollegaer eller et leserinnlegg. Gjør det på din måte.

Lokallag

Jeg vil oppfordre alle lokallag til å legge ut invitasjoner til medlemsmøter og andre nyheter på både Facebook og web.

Nyheter og viktige opplysninger blir stadig oppdatert på nettsiden vår:

nsf.no/faggruppe/kreftsykepleier

Vi i sentralstyret er alltid glade for tilbakemeldinger og innspill.

HÅPER VI SEES I SARPSBORG



Det beste for kreftpasienten

Tid for årets første tidsskrift.

Dette er første gong vi gir ut tidsskriftet «Kreftsykepleie» utan hjelp frå redaksjonen i Sykepleien. Håpar du likar den nye layouten av bladet og sjølvsagt innhaldet.

I dette bladet har vi valt å ha fleire ulike tema. Tidsskriftet kjem ut kun to gonger i året, med fleire sider per tidsskrift. Det er mange ting vi ønskjer du som lesar, skal få lese og lære meir om.

Som redaktør, har eg glede av å lese alle artiklane på forhand. Eg er imponert over kor mange flinke og dyktige fagfolk det er i heile landet. Og alle har eit felles mål: Det beste for kreftpasienten. Prest Odd Eidner trekker bl.a fram, at skal vi som «hjelparar» støtte andre, må vi faktisk bistå oss sjølve først. Ellers er vi ikkje istand til å hjelpe andre. Det har han rett i. Derfor er eg glad for at minst 500 sjukepleiarar i kreftomsorgen kan samlast til landskonferansen i september for fagleg og eksistensiell påfyll.

Etiske utfordringar

Som kreftsjukepleiar møter vi stadig etiske utfordringar. Derfor er det viktig at vi i kvardagen faktisk har litt tid til å reflektere og diskutere med kollegaer. På min arbeidsplass, er det gjerne om morgonen når vi alle er samla til rapport og ein kopp kaffi, før vi tar fatt på arbeidsdagen, vi har tid til å snakke litt. Du kan lese meir om at etisk refleksjon og etiske utfordringar i helsetenesta i dette bladet.

Vi vil også at du skal få lære om protonstråling og gammakniv. Det blir spennande når dei to protonsentra opnar her i Norge. Og sjølvsagt til det beste for pasienten, da han slepp å reise ut av landet.

Bør kreftsykepleiestudiet bli til master?

Vonar ikkje framtidens kreftsjukepleie, kun har «rom»



Marit Klævold, ansvarlig redaktør

for behandlingar som kan «kodast» og gir pengar. Kreftsjukepleiar Grete Opstad skriv i artikkelen sin at «trygghet, tillit, informasjon, kunnskap og omsorg, kan ikkje kodast på same måte.» Universitetet meiner at eit masterløft må til innan utdanning i kreftsykepleie. Dei fleste andre videreutdanningar har gått over til master. Du vil også finne ein artikkel om Symptomkartlegging på nettbrett.

Eg var heldig og fekk delta på Palliasjonskonferansen i Bodø i 2018, og der var ein av parallellsesjonane om medisinsk bruk av cannabis. Sjølv om eg møtte opp 15 minuttar før forelesningen begynte, fekk eg ikkje plass i salen. Derfor er vi glade for å presentere ein artikkel om det i dette nummeret. Eg har sjølv hatt pasientar som har hatt spørsmål rundt dette.

Pakkeforløp for kreft vart etablert i 2015. Ein av suksessfaktorane ved pakkeforløp, er forløpskoordinatoren. Forløpskoordinatorane ved OUS skriv om dei varierte arbeidsoppgåvene sine.

Ønskjer du å skrive ein fagartikkel til oss, er det fint om du tar kontakt. Er du ute i god tid, kan den gå via Sykepleien og du vil da undervegs få hjelp av fagredaktør Eli Smestad. Den vil bli publisert først på nett hos Sykepleien og etterpå i tidsskriftet vårt. Du vil også få eit honorar på 2000 kroner.

Vi blir glade for om lokallaga rundt om i det flotte landet vårt, har lyst å dele «noko» med oss.

Tusen takk for god hjelp til redaksjonsutvalget ved Anne-Lene Bull og Merete Kløvning.

Fin påske til deg. Håper vi sjåast i Sarpsborg på landskonferansen vår.

Etisk refleksjon gir **bedre** helse- og omsorgstjenester

Å være trygg i møte med syke mennesker krever godt skjønn og kloke avgjørelser. Etisk refleksjon er derfor en viktig arena for faglig modning.

Formålet med etisk kompetanse og systematisk praktisk etikkarbeid i tjenestene, er å styrke brukernes opplevelse av at helse- og omsorgstjenestene ivaretar deres verdighet og integritet.(8)

Kvaliteten på helsetjenestene kan til en viss grad reguleres gjennom lover og forskrifter, men ikke helt. Mye av den opplevde kvaliteten ligger i det relasjonelle og sosiale.(5) Alle ønsker at tjenestene skal ha en høy etisk standard. Den standarden er ferskvare og trenger kontinuerlig vedlikehold gjennom samtaler om hva som er godt og ondt, riktig og galt.

Unik satsing i internasjonal sammenheng

Satsingen Samarbeid om etisk kompetanseheving i KS er unik. Dette er den eneste satsingen på etisk refleksjon og verdibevisst-

het i helse- og omsorgstjenestene av dette omfang og over så lang tid. Resultatene av snart 12 års innsats i kommunene tyder på at etisk refleksjon bidrar til at helse- og omsorgstjenestene finner nye og bedre løsninger, styrker ansattes faglige bevissthet og bidrar til at virksomhetene jobber systematisk med holdningsskapende arbeid.(5)

Flora kommune vant etikkprisen i 2018





Helsemyndighetene ønsker etisk refleksjon

På et politisk nivå er det ingen tvil om etisk kompetanse i tjenestene står høyt på agendaen. Betydningen av etisk refleksjon og verdibevisthet understrekes i mange sammenhenger. Stortingsmelding nr. 15 Leve hele livet er en kvalitetsreform bygget på verdier. Der understrekes det at de ansattes bevissthet om egne holdninger og verdier er viktige i møtet med den enkelte. (7) Etisk refleksjon i tjenestene er også avgjørende for å identifisere og prioritere egne forbedringsområder, samt å sikre at endringene faktisk oppleves som en forbedring for brukere av tjenestene, deres pårørende og de ansatte.



Christine Haga Sørli
leder av KS Etikksatsing

etikk, verdier og etisk refleksjon, jo oftere tas etiske spørsmål opp til diskusjon i møter. (5) Betydningen av god samhandling på tvers av tjenestesteder og nivåer har vært et fokusområde i mange år. Å arbeide i helse- og omsorgstjenestene er å være en del av et stort og komplisert samarbeid med mange aktører med ulike kompetanse og forskjellige ansvarsområder. (1) Etisk refleksjon bidrar til å finne et felles språk for den store samfunnsoppgaven vi står sammen om slik at livskvalitet og verdighet blir ivaretatt på best mulig vis. (1)

Etisk refleksjon styrker fag

Utdannelsene i helse- og omsorg er i stor grad verdibaserte. (5) Etisk bevissthet og evne til å håndtere vanskelige moralske dilemma-

er er faglige ferdigheter. (3) Etisk refleksjon styrker den enkelte ansattes forutsetning for å ta de riktige avgjørelsene der og da, i situasjonen. Hele relasjonen mellom bruker og ansatt er viktig, ikke bare det rent medisinskfaglige. Å snakke om kompleksiteten i relasjonen mellom bruker og ansatt gir trygghet. Etisk refleksjon bygger opp etisk sensitivitet og verdibevisthet hos de ansatte, og er spesielt viktig der slitasje, autopilot og blindsoner har gjort sensitiveten nummen.

Etisk refleksjon bidrar til å skape en kultur med rom for å stille spørsmål, gjøre feil, være usikker, lære av hverandre og utvikle seg i takt med erfaringer. Det er de ansatte nærmest sengen som tar i mot pasienter og deres pårørendes reaksjoner, og som tidvis føler seg presset til å gå utover hva de regner som faglig forsvarlig og egne grenser. Det må finnes rom for å snakke om mangfoldet av menneskelige utfordringer. Dette styrker pårørendesamar-

beid og brukerinvolvering. Verdibevisthet er bedre enn verdi - ubevissthet. Dette henger sammen med at bevissthet generelt gir større muligheter for læring og å finne innovative løsninger, enn ubevissthet. (2) Etisk refleksjon gir også beslutningsstøtte i krevende medisinske valg og prioriteringssituasjoner.

Praksisnært etikkarbeid

Etikkarbeidet bør være forankret i politisk, administrativ og faglig ledelse. Etikkarbeidet ute i tjenestene bør være en prioritert del av kommunens kvalitetsutviklingsarbeid. (4) Undersøkelsen i satsingen viser at særlig institusjonsleder og avdelingslederen er viktige rollemodeller, tilretteleggere og for oppfølgingen av arbeidet. (5)

Systematisk etisk refleksjon bør ledes. Det gjelder uavhengig av metode, tiltak og møteplass. En fri refleksjon uten styring kan ofte ende i frustrasjonsdeling (2). En etikkveileder kan sikre kontinuitet og støtte i etikkarbeidet

om vedkommende er egnet, har fått grunnleggende opplæring i hvordan å lede en refleksjonsprosess og trening i å gjennomføre refleksjonsgrupper i praksis. (4) Erfaringene viser at etikkarbeidet lykkes best der konkrete utfordringer fra de ansattes arbeidshverdag er tema. (4) Alle ansatte bør få tilbud om å delta i etisk refleksjon slik at organisasjonskulturen også modnes og sensitiviseres.

Vi ser flere steder at etikk-komiteé eller et etisk råd kan fungere godt sammen med systematisk etisk refleksjon ute i tjenestene. De kan bistå i de mest kompliserte sakene hvor konfliktnivået er høyt, arrangere opplæring av ansatte og holde etikkarbeidet gående over tid. (4) (3)

Om man ønsker å starte med et systematisk etikkarbeid eller etisk råd er det hjelp å få fra både Samarbeid om etisk kompetanseheving og Senter for medisinsk etikk.

FAKTA



Satsingen Samarbeid om etisk kompetanseheving finansieres av Helse og omsorgsdepartementet og driftes av KS. Prosjektet startet i 2007. KS skulle i samarbeid med staten og yrkesorganisasjonene bidra til at ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene har grunnleggende kompetanse i fagetikk og utvikle modeller for å forankre etikkarbeidet organisatorisk i kommunal sammenheng. I prosjektperioden (2007-2015) ble 243 kommuner innlemmet i prosjektet. Fra 2016 har Samarbeid om etisk kompetanseheving vært en satsing med forankring i Kompetanseløft 2020. Helse- og omsorgsdepartementet har formulert følgende hovedmål for satsingen Samarbeid om etisk kompetanseheving for denne perioden:

- Etisk refleksjon og systematisk etikkarbeid er en naturlig del av helse- og omsorgstjenestenes kontinuerlige forbedringsarbeid og faglige utviklingsarbeid
- Spre metoder og verktøy for etisk refleksjon og systematisk etikkarbeid som er utviklet gjennom prosjektet Samarbeid om etisk kompetanseheving



Ulike modeller for etisk refleksjon

Samtaler om etiske temaer skjer spontant alle steder hvor helsehjelp gis. De ansatte snakker om det som gir uro på skyllerommet, på vaktrommet og hjemme. Systematisk etisk refleksjon er en planlagt samtale om etiske problem, dilemmaer eller utfordring. Man bruker en metode for å dele oppfatninger, belyse viktige hensyn knyttet til verdier og sårbarhet i hendelsen og sammen finne gode løsninger. (3)

I satsingen har vi tre hovedmodeller for etisk refleksjon; etisk refleksjonsmodell, sjekkliste for etisk refleksjon og problemløsningsmetode. De to første er metoder for etisk dilemma. Den siste modellen er laget for å hjelpe en videre i møte med et etisk problem. (3) De ulike metodene har mange fellestrekk. Formålet er at viktige hensyn hos involverte parter blir hørt og forstått når handlingsalternativene vurderes. Satsingen har også enklere metoder for de gangene tiden ikke strekker til for en av hovedmodellene.

Hvilke forbedringer gir systematisk etikkarbeid?

Professor Rudi Kirkhaug ved Universitetet i Tromsø gjennomførte høsten 2018 en undersøkelse for satsingen: Etisk refleksjon og verdibevissthet. Betydningen for kvalitet, trivsel og samhandling. Et av formålene var å avdekke hvilken betydning etikk, verdier og etisk refleksjon har blant ledere og ansatte i helse- og omsorgssektoren i norske kommuner. (5)

Studien viser at oppmerksomheten om etikk og verdier er til stede i svært stor grad og har betydning for kvalitet, effektivitet, jobbtilfredshet og måten lederskapet utøves på. Etisk refleksjon og verdibevissthet har en positiv effekt på opplevd kvalitet hos brukerne,

pasient- og brukersikkerhet, medbestemmelse og kommunikasjon med pårørende. På en skala der 5 var høyeste verdi, fikk disse spørsmålene en gjennomsnittsscore på 4,45. Dette er eksepsjonelt høyt sammenlignet med resultater fra undersøkelser i militæret, bank og politi.

Å jobbe smart

Ansatte som har jobbet systematisk med etisk refleksjon gjennom deltagelse i satsingen melder om økt bevissthet om etikk og verdier og økt refleksjonsnivå. De har også høyere score på økt yrkesstolthet, økt jobbtilfredshet og økt mulighet for selvutvikling. (5)

Etikk og verdier er en suksessfaktor for mange dimensjoner ved arbeidet for alle ansatte, og det er avgjørende for at ledere skal oppnå nødvendig status og makt. Det er et viktig poeng at felles og høy etisk standard forankret i et felles sett med verdier kan utjevne forskjellene mellom ulike yrkesgrupper og utdanningsgrupper. Derved vil kommunikasjon og koordinering kunne gå lettere, i tillegg til at det blir bedre samhold. Etikk og verdier kan derfor oppfattes som nødvendige for å ivareta effektiviteten uten å påvirke kvaliteten på tjenestene negativt. (5)

Etikk og verdier er en suksessfaktor for mange dimensjoner ved arbeidet for alle ansatte, og det er avgjørende for at ledere skal oppnå nødvendig status og makt. Det er et viktig poeng at felles og høy etisk standard forankret i et felles sett med verdier kan utjevne forskjellene mellom ulike yrkesgrupper og utdanningsgrupper. Derved vil kommunikasjon og koordinering kunne gå lettere, i tillegg til at det blir bedre samhold. Etikk og verdier kan derfor oppfattes som nødvendige for å ivareta effektiviteten uten å påvirke kvaliteten på tjenestene negativt. (5)

negativt. (5)

Etikk blir salderingspost

Rapporten avdekker at etisk refleksjon bare praktiseres til en viss grad. Etiske spørsmål blir ikke tatt opp så ofte verken i formelle eller uformelle samtaler, til tross for at det synes å være rom og muligheter for det. Forklaringen kan dels være at etikk og verdier er utfordrende å snakke om, dels at ledelsen er noe tilbakeholdne med å ta opp etiske spørsmål. Det kan også være at etikk og verdier blir sal-

deringsposter dersom etikkarbeidet og kulturen for dette ikke vedlikeholdes godt nok. Dette gjelder særlig når det er høy turnover. Misforholdet mellom etikkens viktighet på mange områder og den relativt lave tilstedeværelsen av etisk refleksjon, kan også forklare den tydelige etterspørselen etter mer kompetanse innen fagfeltet. (5)

Samarbeid om etisk kompetanseheving i KS

Satsingen skal bidra til at kommunene styrker den etiske kompetansen og etablerer et systematisk etikkarbeid i helse- og omsorgstjenestene. Satsingen skal knyttes enda tettere mot kvalitetsarbeid og fagutvikling i tjenestene. Slik at etisk refleksjon og systematisk etikkarbeid er en naturlig del av helse- og omsorgstjenestens kontinuerlige forbedringsarbeid og faglige utviklingsarbeid. Satsingen har et formelt samarbeid med Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo. (8)

Regionale etikkveiledere

Satsingen har i dag 7 regionale veiledere som har ansvar for oppfølging av landets kommuner lokalt og regionalt. Disse er frikjøpt i 20-40 prosent fra sine ordinære stillinger i kommunen og kjenner derfor utfordringene i tjenestene godt. Veilederne reiser ut på bestilling fra kommunene selv eller på invitasjon fra ulike fagnettverk. De bistår kommunene i deres eget etikkarbeid gjennom å ha etikkundervisning på fagdager om etisk krevende temaer som for eksempel etikk og tvang, avslutning av livsforlengende behandling og velferdsteknologi. De tilbyr metodekurs til kommuner som ønsker å lære opp ansatte til

å lede etiske refleksjonsgrupper. I 2019 skal satsingen arrangere fylkesvise etikkdager i samarbeid med øvrige kompetansemiljøer i kommunen for å stimulere til etisk refleksjon og verdibevissthet.

Verktøy

Samarbeid om etisk kompetanseheving har opprettet en digital møteplass, Refleksjonsrommet, for å støtte ansatte i etisk utfordrende situasjoner uansett hvor i landet de er. Dette tilbudet er særlig rettet til ansatte som ikke har et tilbud om etisk refleksjon på arbeidstedet. Refleksjonsrommet betjenes av satsingens regionale veiledere, og de bidrar også gjerne som en objektiv refleksjonspartner inn i aktuelle etiske utfordringer.

Satsingen skal bidra til at kommunene styrker den etiske kompetansen og etablerer et systematisk etikkarbeid i helse- og omsorgstjenestene.



Satsingens viktigste verktøy er Etikkhåndboka. Den ble skrevet av professorene Einar Aadland og Tom Eide ved Diakonhjemmet høyskole i samarbeid med ulike kommuner i 2008. Boken er senere revidert, og gir en god innføring i både teori og praktisk gjennomføring. Satsingen har utviklet noen verktøy for etisk refleksjon som kan kjøpes, og har også materiell til gratis nedlastning fra nettsiden. Etikkprisen deles ut i desember hvert år til kommuner som kan vise til et varig og solid etikkarbeid. Prisen er på 100 000 kroner og skal stimulere kommuner til systematisk arbeid med praksisnært etikkarbeid, organisasjonsetikk og lederforankringen.

Det etiske rommet

Systematisk etisk refleksjon i tjenestene er kvalitetsforbedring nærmest brukerne. Det er meningsfylt for de ansatte å jobbe med etisk refleksjon tett på praksis fordi det gjør





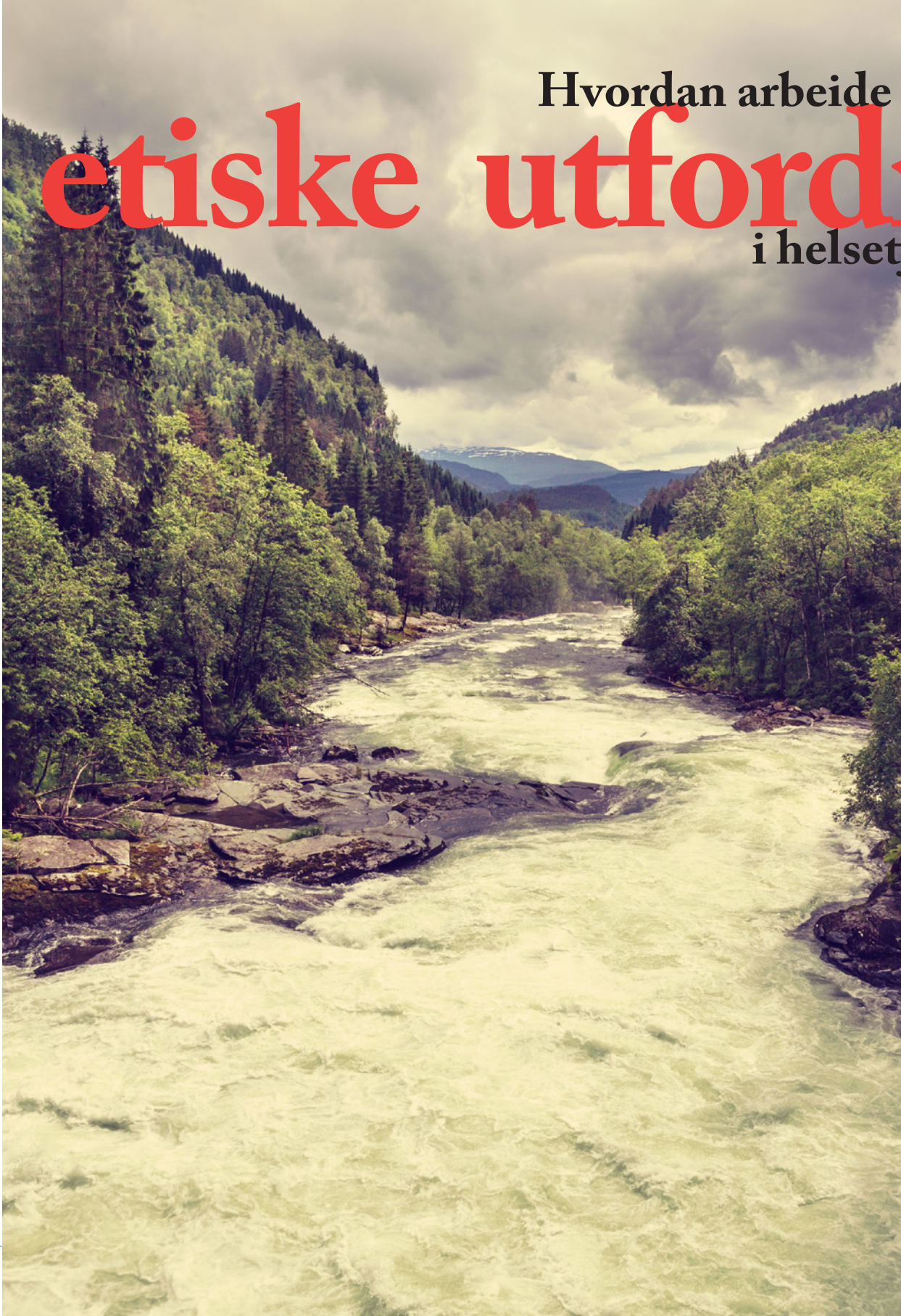
dem bedre rustet til en arbeidshverdag som ofte kan by på noen overraskelser, både faglig og mellommenneskelig. Det etiske rommet er mellomrommet mellom oss. I mellomrommet er ingen av oss ekspert, alle har noe å lære og alle har noe å bidra med.

REFERANSER:

1. Aadland, Einar: Etik i profesjonell praksis Det norske samlaget 2018
2. Amabile, T. M., Conti, R., Coon, H., Lazenby, J., & Herron, M. (1996):
Assessing the work environment for creativity. *Academy of Management Review*, 39, 1154-1184
3. Eide, Tom og Aadland Einar: Etikkhåndboka for kommunenes helse- og omsorgstjenester Kommuneforlaget 2. utg, 3. opplag 2014
4. Heidi Karlsen, Lillian Lillemoen, Morten Magelssen, Reidun Førde, Reidar Pedersen and Elisabeth Gjerberg: How to succeed with ethics reflection groups in community healthcare? *Professionals' Perceptions*. Publisert i fagtidsskriftet *Nursing Ethics* februar 2018
5. Kirkhaug, Rudi: Etisk refleksjon og verdibevisthet. Betydningen for kvalitet, trivsel og samhandling Evalueringsrapport KS 2018
6. NOU 2018: 16 Det viktigste først. Prinsipper for prioritering i den offentlige helse- og omsorgstjenesten for offentlig finansierte tannhelsetjenester
7. Stortingsmelding 15 (2017-2018): Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre
8. Tildelingsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet til KS for satsingen Samarbeid om etisk kompetanseheving.

Les mer om satsingen Samarbeid om etisk kompetanseheving på nettsidene våre: <http://www.ks.no/etisk-kompetanseheving>, og følg Facebook-siden "Samarbeid om etisk kompetanseheving".

Hvordan arbeide med etiske utfordringer i helsetjenesten



Håvard Ervik, sykehusprest og sekretær i klinisk etisk komite Møre og Romsdal
 Anne Fasting, lege og leder i klinisk etisk komite Møre og Romsdal
 Ann Helene Skare, brukerrepresentant i Helse Møre og Romsdal

Alle helseforetak er pålagt å ha en klinisk etisk komite. Den skal være tverrfaglig sammensatt og oppnevnt av administrerende direktør. Komiteen er frittstående og uavhengig. I Helse Møre og Romsdal består klinisk etikk-komite av 16 medlemmer og alle fire sykehus er representert. Det er faste brukerrepresentanter med på alle møter. Det er omtrent 8 faste møter pr år.

Komiteen skal bidra til å høyne kompetansen i medisinsk etikk i foretaket for å kunne identifisere, analysere og om mulig løse etiske problemstillinger relatert til pasientbehandling på en god måte, i tråd med styringsdokumenter og nasjonalt mandat. Dette realiseres i hovedsak gjennom å:

- Fremme samtale- og refleksjon om etiske problemer og dilemmaer.
- På forespørsel gi råd om hvordan konkrete etiske problemer kan løses.
- Være et forum der behandlere kan få drøfte slike problemer prospektivt eller retrospektivt.
- Tilby undervisning i klinisk etikk.
- Ta opp saker selv.





Hvordan arbeider komiteen?

Komiteen har regelmessige møter etter en årlig møteplan. På møtene er alle medlemmene samlet og der foregår de fleste etiske drøftingene. I noen saker blir leder og innsender enige om at drøfting bør skje på det aktuelle sykehus, sykehjem eller annet sted for at flest mulig av de involverte skal kunne være til stede. I vårt fylke er imidlertid reiseveien opp mot 5 timer mellom sykehusene. Dette har ført til at vi i noen tilfeller deler komiteen, slik at de med kortest reise følger opp saker i sitt nærrområde.



Stimulere til etisk refleksjon

Klinisk etikk handler mye om hva som er det beste handlingsalternativet i en situasjon der man har flere muligheter. Noen ganger opplever helsepersonell å stå i svært utfordrende situasjoner. Det kan være å gjøre valg til beste for pasienten når ingen valg er optimale. Hvor går grensen mellom hva som er til gode for pasient og familie eller bare vil forlenge lidelsen ved livets slutt? Eller hvor går grensen mellom overtalelse og tvang? Eller skal man opplyse pasienter om behandling som er tilgjengelig i utlandet, men som ikke gis i Norge? Helsepersonell kan gå seg fast i vanskelige etiske spørsmål hver dag. Og her kan klinisk etikk-komiteé være til hjelp.

Helsepersonell, pasienter og andre kan henvende seg direkte til komiteen med spørsmål de ønsker drøftet. Det kan være en pågående sak de trenger å drøfte umiddelbart eller et dilemma de har stått i som de ønsker å gjøre en etisk vurdering av for å være bedre rustet i senere liknende situasjoner.

De siste årene har tema for det årlige etikkseminaret blitt hentet fra saker vi har behandlet i komiteen. Kompetanseheving gjennom dette seminaret er for alle ansatte i helseforetaket. De siste årene har seminaret samlet 130-150 deltakere. Vi har rettet søkelys på etiske utfordringer i samhandling om og med pasienter, moralsk stress når arbeids-

hverdagen ikke gjør det mulig å etterleve egne yrkesetiske idealer, tvangsbruk i psykiatri og somatikk. I tillegg har komiteen ulike undervisningsoppdrag på seksjoner, fagdager og for nye leger.

Det er også utarbeidet brosjyre og en egen klinisk klinikkveileder for ansatte ved helse Møre og Romsdal HF. For å sikre etikk-kompetansen i komiteen har senter for Medisinsk Etikk ved Det Medisinske fakultet, Universitetet i Oslo oppfølging og veiledning av komiteene. Universitetet har regelmessig kurs og opplæring der medlemmene deltar. Der får også nye medlemmer en grunnleggende opplæring for arbeid i klinisk etikk-komiteé.

Ann Helene Skare: Å være brukerrepresentant i klinisk etikk komité:

Som brukerrepresentant i KEK skal vi ha et annet perspektiv på problemstillingene enn de som er ansatt på sykehusene. Fagfolket har ofte et sterkere fokus på problemene ut fra et faglig perspektiv, mens vi brukere skal se det ut fra et pasientperspektiv. Og der må vi passe oss for ikke å bli for påvirket av fagfolkene sitt syn. Hvordan er det å være foreldre til et sykt barn der de ikke kjenner til utgangen av sykdommen, og hvordan er det å være kreftpasient med dårlig prognose og vite eller håpe at utenfor sykehuset finnes en behandling som kan gi håp, men som koster for mye? Og hva skal legen gjøre som vet at det finnes behandlingsalternativ som sykehuset ikke rår over? Det er så mange problemstillinger som er viktig å diskutere. Mange behandlingsforløp er enkle og behandlingen kan følge et A4-mønster, men mange forløp er også uforutsigbare, og da kan det være godt både for pasienter, pårørende og behandlere å ha en etikk-komiteé å diskutere saken med.

Anne Fasting: Klinisk medlem i komiteen

Å ha en klinisk arbeidshverdag tror jeg er med på å gjøre den etiske drøftingen praksis-nær. Vi forholder oss gjerne til etiske modeller og teorier, men glemmer ikke at dette handler om arbeidshverdagen for våre kollegaer. Vi er ikke en etisk domstol, men har fått avsatt tid til å arbeide grundigere med etiske dilem-

ma enn man ofte har i den travle hverdagen. Når det gjelder tidsbruk tror jeg at flere kjenner at det er utfordrende å få frigjort tid til slikt arbeid. Vi har likevel en engasjert komité som virkelig setter alle kluter til for å finne nødvendig tid til etikk-arbeidet. Dette handler nok også mye om at etikk arbeidet kan være utfordrende og krevende, men oppleves svært nyttig i helseforetaket.

Håvard Ervik:

Etikk i sykehushverdagen:

Vi er ganske flinke med honnørord i helse-tjenesten. Hva betyr det egentlig at vårt arbeid skal kjennetegnes av trygghet, kvalitet og respekt? Og, hvordan kommer det til uttrykk av vi er «på lag med deg for helsa di?». I en travel hverdag er det viktig at verdien er integrert i oss som helsearbeidere. Slik kan refleksjon gi helsetjenestens grunnleggende verdier bedre vilkår i en travel hverdag. Vi kommer ikke utenom at helseforetakets visjon «På lag med deg for helsa di» lett kan bli ganske innholdsløst, hvis ikke det leder til refleksjon over hvordan dette skal ha betydning for meg og mitt arbeid. Verdier og visjon må bli til mine og dine holdninger som helsearbeidere.

Refleksjonsgrupper

KEK arbeider for å gjøre etisk refleksjon til en del av hverdagen for alle som arbeider i møte med pasienter på sykehusene. Forskning viser at det er viktig å stoppe opp ved etiske dilemma man møter i arbeidshverdagen. En refleksjon med kollegaer eller andre vil kunne virke positivt på utholdenheten i arbeid og ikke minst utviklende både personlig og profesjonelt. Forskning setter etisk refleksjon i sammenheng med lavere sykefravær, økt rekruttering og trivsel. (Boge, R. 2010, Aakre 2011)

KEK arbeider for å gjøre etisk refleksjon til en del av hverdagen for alle som arbeider i møte med pasienter på sykehusene.



KEK har derfor tilbud om etiske refleksjonsgrupper på avdelinger. En gruppesamling kan ha fra 4 – 15 deltakere og en tidsramme fra 30 min til en time.

Noen eksempler på saker som kan bli drøftet i refleksjonsgrupper:

Case1: Sykepleier forteller: «På vårt sykehus har vi pasientrom med opptil 4 senger på samme rom. I en travel hverdag kan jeg ikke hente ut pasienten fra rommet for å samtale med han eller henne. Hvordan skal jeg ivareta taushetsplikten når hverken tid eller rom strekker til?»

Case2: Lege forteller «Når er det riktig å avslutte livsforlengende behandling? En palliativ pasient får enda ernæring og veske intravenøst. Pårørende krever dette for at ikke pasienten skal lide unødige. Som lege tenker jeg at vi heller utsetter pasienten for ekstra lidelse ved å hale ut dødsprosessen».

Case3: Det er vanskelig å arbeide som sykepleier på min avdeling. Vi skal arbeide mer effektivt og har blitt færre ansatte på like mange senger. Jeg kjenner hvordan egne idealer møter hverdagens travelhet med et brak. Jeg får ikke tid til pasienter slik jeg hadde tenkt, men blir sittende å skrive eller springe fra situasjon til situasjon. Det var ikke derfor jeg ble sykepleier.

Case4: Hos oss har vi en psykisk syk pasient som nekter å ta imot somatisk helsehjelp. Det er åpenbart at han trenger tilsyn. Skal vi bruke tvang for å få ham gjennom de nødvendige undersøkelsene?»

Til drøfting i komiteen

Klinisk etikk komité kan være til hjelp når helsepersonell, pasienter eller pårørende opplever etiske utfordringer. Komiteen har ingen avgjørelsesmyndighet, eller meldeplikt. Den som melder saken får imidlertid hjelp til refleksjon over en sak de står fast i. En henvendelse til komiteen kan foregå slik:

-Saken meldes til KEK enten av helsepersonell, pasient eller pårørende.

-Leder eller nestleder i KEK tar kontakt med melder for å få utfyllende opplysninger og avklare hvordan vi best kan arbeide med den aktuelle saken og hvem som bør delta i drøftingen.

-KEK og melder avklarer sammen om saken skal drøftes på avdelingen eller om saken tas med til et ordinært KEK møte og drøftes der. Også der vil ofte melder og involverte være invitert til å delta.

Selve drøftingen foregår som regel ved at vi benytter en etisk drøftingsmodell utviklet av senter for medisinsk etikk (SME-modellen). Etter møtet skriver komiteen et drøftingsreferat som sendes den som meldte saken og til andre involverte dersom melder ønsker det.

Den klinisk etiske komiteen er bredt sammensatt. Dette er med på å sikre at vi får ulike perspektiv på saker som drøftes. Til grunn for drøftingen ligger tanken om at en diskursetisk modell vil kunne bringe frem de ulike perspektivene i en sak og slik ha med bredden i forståelse og tilnærming til etiske dilemma.

REFERANSER:

Boge, R. (2010). «Evaluering av prosjekt: Samarbeid om etisk kompetanseheving.» Senter for omsorgsforskning og KS.

Aakre, B. 2011. «Om etikkarbeid og sykefravær: Kan systematisk etikkarbeid føre til reduksjon i sykefravær?» Master thesis <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/98457>

Medisinsk bruk av Cannabis ved kreft

Sigurd Hortemo
Overlege, medisinsk rådgiver, Statens legemiddelverk

HOVEDBUDSKAP

Cannabis brukes noe ved kroniske smerter, kvalme ved kreftbehandling og i palliativ behandling av kreftpasienter. I kontrollerte studier er effekten beskjedent på gruppenivå, men enkelte pasienter har nytte av behandlingen (1). For helsepersonell som behandler pasienter med alvorlig kreftsykdom, er det rimelig å tilby cannabis til to pasientgrupper:

- Pasienter som har erfart god effekt ved rekreasjonell bruk av cannabis eller egenmedisinering
- Pasienter som ikke oppnår lindring med vanlig behandling og som selv ønsker å forsøke cannabis.

Cannabisplanten

Cannabisplanten (*Cannabis sativa*) har vært brukt både som rusmiddel og i folkemedisin i hundrevis av år. Planten inneholder er rekke forskjellige stoffer (cannabinoider). De to viktigste virkestoffene er cannabidiol (CBD) og tetrahydrocannabinol (THC). Det er THC som gir rus.

Cannabislegemidler

Fra 1961 har cannabis vært på FN's liste over forbudt narkotika. Det finnes likevel fire godkjente cannabislegemidler:

- Sativex munnspray inneholder en blanding av CBD og THC som kalles nabiximol. Legemidlet er godkjent i Norge for behandling av spasmer ved MS.
- Nabilone (Cesamet) er et syntetisk cannabinoid som ligner THC. Legemidlet er godkjent i flere land for behandling av kvalme ved kjemoterapi.
- Dronabinol (Marinol) er syntetisk THC og godkjent i flere land for behandling av nedsatt appetitt ved AIDS og for behandling av kvalme ved kjemoterapi. Cesamet og Marinol brukes nesten ikke i Norge.
- Epidiolex inneholder hovedsakelig CBD og er nylig godkjent i USA for reduksjon av

epilepsianfall ved Lennox-Gastaut syndrom og Dravet syndrom. Firmaet har også søkt om godkjenning i Europa. (Epidiolex kan foreløpig ikke skaffes i Norge, men leger kan søke om godkjenningsfritak for apotekfremstilt CBD-olje fra Glostrup apotek i Danmark).

Medisinsk cannabis

Når vi snakker om «medisinsk cannabis» mener vi her standardiserte produkter med cannabisplante som brukes i behandling av pasienter. Disse midlene er ikke godkjent som legemidler i noe land, men er godkjent til medisinsk bruk i noen land.

Produktene som brukes i Norge er produsert av det nederlandske firmaet Bedrocan og importeres via Office of Medicinal Cannabis (2), en avdeling i det nederlandske helsedirektoratet. Bedrocan har utviklet ulike varianter av cannabisplanten og leverer produkter (malt plante) som inneholder standardiserte mengder av THC og CBD. Det vil trolig komme nye aktører og nye produkter på markedet etter hvert.

Effekt av cannabis ved ulike tilstander

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) har nylig laget en oppsummering av kunnskapsgrunnlaget

for medisinsk bruk av cannabis ved ulike tilstander (1).

Konklusjonene er oppsummert i tabell 2 under.

Generelt er effektene på gruppenivå små. For eksempel fant man i en ny metaanalyse at man må behandle 24 pasienter med kronisk smerte som ikke skyldes kreft for at én pasient skal ha betydningsfull klinisk effekt (3).

(4). Det er bred enighet om at bruk av cannabis i sjeldne tilfeller kan bidra til utvikling av schizofreni (5).

Avhengighet

Cannabisprodukter med THC kan gi avhengighet. Ved rekreasjonell bruk vil rundt 9 % utvikle avhengighet (6). Risikoen for avhengighet er lavere enn ved regelmessig bruk av alkohol. Erfaring kan tyde på at kontrollert medisinsk bruk gir mindre avhengighet enn regelmessig rekreasjonell bruk, men dette må

Tabell 2

Summary of the evidence for the medical use of cannabis and cannabinoids

Disease/symptoms	Products tested	Strength of evidence	Limitations
Nausea and vomiting associated with cancer chemotherapy	Cannabinoids	Weak	Few studies testing against newer, more effective anti-emetics. Newer chemotherapy regimens produce less nausea. Little evidence available about use in other types of nausea.
Appetite stimulant in patients with AIDS-related wasting	Dronabinol/THC	Weak	Fewer AIDS-related cases available to treat now. Little evidence available about use to stimulate appetite in people with other conditions.
Muscle spasm in patients with multiple sclerosis	Nabiximols	Moderate	Patients report reductions, but more limited impact on clinician ratings.
CNCP, including neuropathic pain	Cannabis and cannabinoids	Moderate	Small (but statistically significant) effect compared with placebo.
Palliative care for cancer	Cannabinoids	Insufficient	Larger, better-designed trials are needed.
Intractable childhood epilepsy	CBD	Moderate	Evidence for use in adjunctive therapy in people with Dravet or Lennox-Gastaut syndrome. More studies are needed to look at dosage, interactions and use in people with other forms of epilepsy.
Other medical uses, such as sleep disorders, anxiety disorders, depression, degenerative neurological disorders, and inflammatory bowel disease	Cannabis or cannabinoids	Insufficient	Some evidence for short-term effects in some conditions (e.g. sleep disorders) but larger, better-designed trials are needed, with longer follow-up.

Tabell 1 (under) viser ulike varianter av medisinsk cannabis fra firmaet Bedrocan. Prisene fra apotek i Norge er betydelig høyere.

Types of medicinal cannabis

Type	% tetrahydrocannabinol (THC)	% cannabidiol (CBD)	price per 5 gram Excl. 6% VAT
Bedrobinol®	approx. 13,5	<1	€29,00
Bedrocan®	approx. 22	<1	€29,00
Bedica®	approx. 14	<1	€29,00
Bediol®	approx. 6,3	approx. 8	€29,00
Bedrolite®	<1	approx. 9	€29,00

- The retail price per gram may vary if your pharmacy sells the products in smaller or larger units.

Bivirkninger

Svimmelhet og tretthet er de vanligste bivirkningene ved bruk av cannabisprodukter med THC. Psykiatriske symptomer som angst, illusjoner, humørendringer og paranoide tanker er sett, men plagene går oftest over ved dosereduksjon eller seponering. Det er sett selvmordstanker der sammenheng med cannabis ikke kan utelukkes, behandlingen bør da avbrytes. Økt eller redusert appetitt forekommer ofte. Se preparatomtalen for Sativex for oversikt over vanlige bivirkninger

avklares nærmere. Risikoen for avhengighet må vurderes unntatt der forventet gjenstående levetid er kort.

Bilkjøring

Helsedirektoratet har bestemt at medisinsk bruk av cannabis ikke er forenlig med førerkort. Eneste unntaket er foreløpig kontrollert bruk av Sativex ved godkjent indikasjon (MS) (7).

Når vi snakker om ”medisinsk cannabis” mener vi her standardiserte produkter med cannabisplante som brukes i behandling av pasienter



Søknad om bruk av medisinsk cannabis

Legen må søke Statens legemiddelverk om «godkjenningsfritak» (tillatelse til å bruke et legemiddel som ikke er godkjent i Norge).

For produkter med > 1 % THC gjelder (8):

- Bare spesialister på sykehus kan søke.
- Forutsetter «alvorlig sykdom».
- Godkjent behandling (inkludert Sativex) har ikke gitt tilfredsstillende effekt. Ved alvorlig sykdom og der pasienten tidligere har erfart god effekt av cannabis, trenger man ikke forsøke Sativex.

Fra november 2016 har cirka 50 pasienter fått medisinsk cannabis levert via norske apotek.

I tillegg vet vi at noen hundre pasienter regelmessig reiser til Nederland og henter medisinsk cannabis på apotek der etter resept fra nederlandsk lege. Pasientene kan lovlig ta med cannabis for én ukes bruk. Med attest fra norsk lege som bekrefter et medisinsk behov, kan pasienten lovlig ta med cannabis til Norge tilsvarende én måneds bruk.

Refusjon over folketrygden

Både Sativex og produktene fra Bedrocan er

forholdsvis kostbare. Ved vanlig (lav) dosering vil behandlingen i Norge koste i størrelsesorden 3- 5 000 i måneden.

Helfo innvilger individuell stønad (§ 3a) til pasienter med spastisitet grunnet MS, og Helfo har også innvilget stønad for Sativex til enkelte pasienter med terminal kreftsykdom. Helfo har foreløpig ikke innvilget individuell stønad til bruk av «medisinsk cannabis» som følge av utilstrekkelig dokumentasjon av nytte/effekt med de aktuelle produktene.

Når det gjelder bruk av Epidiolex og andre CBD-produkter ved epilepsi, har Helsedirektoratet bestemt at disse skal finansieres av helseforetakene. Helseforetakene vurderer våren 2019 nytte/kostnad for disse produktene.

Helsedirektoratet har også pekt på at spesialisthelsetjenesten (RHFene) har finansieringsansvaret for bruk av legemidler som de har behandlingsansvaret for (jmfør blåreseptforskriftens § 1b). Noen av bruksområdene av medisinsk cannabis er å anse som utprøvende behandling. Finansieringsansvaret for utprøvende behandling ligger hos RHFene. Dersom RHFene velger å starte utprøvende behandling, skal de også finansiere det.

Administrering og dosering

Medisinsk cannabis fra Bedrocan selges i

bokser med 5 gram malt plante.

Det nederlandske helsedirektoratet har laget en pasientbrosjyre på engelsk som gir nyttige råd om dosering og administrering (2). Man anbefaler gradvis økning av dosen til effekt/ eventuelt bivirkninger. Røyking anbefales ikke.

- Inhalasjon ved hjelp av “vaporizer”. Dette er apparater som fører varm damp over produktet før dampen inhaleres. Dette gir rask absorpsjon og gjør det lett å justere dosen. Maksimal effekt kommer i løpet av 15 minutter og effekten varer 3-4 timer
- Medisinsk cannabis kan også tas som te. Dette gir effekt etter 30 til 90 minutter. Maksimal effekt kommer etter 2-3 timer og effekten varer 4-8 timer.

Referanser:

1. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA): Medical use of cannabis and cannabinoids (2018) http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/10171/20185584_TD0618186ENN_PDF.pdf
2. Office of Medicinal Cannabis, <https://english.cannabis-bureau.nl/>
3. Stockings, E et al. Cannabis and cannabinoids for the treatment of people with chronic noncancer pain conditions a systematic review and meta-analysis of controlled and observational studies PAIN: October 2018 - Volume 159 - Issue 10 - p 1932-1954 https://journals.lww.com/pain/Abstract/2018/10000/Cannabis_and_cannabinoids_for_the_treatment_of.6.aspx
4. Preparatomtale for Sativex
5. Marconi A et al. Meta-analysis of the Association Between the Level of Cannabis Use and Risk of Psychosis. Schizophr Bull. 2016 Sep;42(5):1262-9.
6. Actis; Cannabis og avhengighet <https://www.actis.no/kunnskap/cannabis-og-avhengighet>
7. Helsedirektoratet. Førerkortveilederen Førerkort – veileder til helsekrav [https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/forerkortveilederen/seksjon?Tittel=legemidler-helsekrav-til-forerkort-10692#legemidler-som-kan-paavirke-kjoreevnen-\(helsekrav-til-forerkort\)](https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/forerkortveilederen/seksjon?Tittel=legemidler-helsekrav-til-forerkort-10692#legemidler-som-kan-paavirke-kjoreevnen-(helsekrav-til-forerkort))
8. Statens legemiddelverk. Prosedyre for behandling med medisinsk cannabis innenfor dagens regelverk. <https://legemiddelverket.no/bivirkninger-og-sikkerhet/rad-til-helsepersonell/behandling-med-medisinsk-cannabis-innenfor-dagens-regelverk>

En kamp på liv og død

Odd J. Eidner, prest i Bodø

”Hun tapte kampen mot kreften”, står det i dødsannonseren. Jeg har sett det flere ganger, dette uttrykket. Det vekker nysgjerrighet hos meg. Hvorfor velger noen å bruke dette bildet om kampen mot en sykdom – en kamp på liv og død. Det er opplagt at kreft er en sykdom som skal bekjempes, og det moderne helsevesen er kommet langt i denne kampen. Men hvordan oppleves det for dem som står midt oppi denne kampen til daglig, undres jeg. De kjemper, og gjør hva de kan for å holde oppe motet og håpet. Og når alt håp er ute, og døden har seiret enda en gang – blir det ikke en ekstra byrde for de nærmeste å tenke at ”hun tapte denne kampen?!”

”



Jeg oppsøker en av kreftsykepleierne i Bodø kommune for å snakke om dette. Jeg kjenner flere av dem, og de gjør en kjempejobb. Kreft er en stor folkesykdom (Folkehelseinstituttet) - derfor er det stort behov for faglig oppfølging av de pasientene som blir rammet. Det er jo ikke bare ett enkelt menneske, men en hel familie som havner i denne ”kampen”. Jeg samarbeider ofte med kreftsykepleierne, og jeg har stor respekt for den jobben de gjør. De følger en familie tett fra de får den ubarmhjertige diagnosen og til alt håp er ute, og døden inntreffer. De er eksperter og veivisere inn i et ukjent og skummelt landskap. Kreftomsorg er blitt et viktig fag, som er deres hjemmebane. De lever virkelig opp til de vakre ordene i sykepleierfaget, og som stammer fra den greske filosofen Hippokrates: ”Aldri skade, av og til helbrede, ofte lindre, alltid trøste!”

Kreftpasienten kjemper og slåss

”Kreftpasienter er ei pasientgruppe som blir pålagt å krige og slåss”, sier kreftsykepleieren Anne Mette engasjert. ”Det fins mange andre utsatte pasientgrupper, men det er

ingen andre som får høre at ”de tapte kampen mot Alzheimer” eller mot hjertesykdommen. Men akkurat mot kreft blir de som rammes nærmest pålagt av samfunnet at de skal kjempe og slåss. Når de dør, så har de tapte kampen, og da blir det på en måte deres egen skyld for de har ikke kjempet nok. Det kan oppleves som en ekstrabelastning for familien. I tillegg til sorgen og savnet, så skal de også bære på skyldfølelse!” Det slår meg at det må være en mann som har laget dette uttrykket. Det er en maskulin metafor, med bakgrunn i en kriger som slåss for livet.

Det kan passe for en mann som Per Fugelli, som har stått fram og snakket åpent om sitt personlige møte med kreftsykdommen. Han har til og med skrevet bok om det: "Døden, skal vi danse?" Med denne boka har han skapt en god åpenhet omkring to vanskelige tema – både kreftsykdommen og døden. Men også han tapte denne kampen til slutt. Døden seiret enda en gang, og bekreftet nok en gang at døden får alltid det siste ordet.

Det er her bildet ikke stemmer med virkeligheten. For jeg har møtt mange mennesker som har beholdt verdigheten i møte med kreftsykdommen – like inn i døden. Det var tilfelle med nettopp Per Fugelli. Han slapp oss helt nær innpå seg og sin kreftsykdom i dokumentaren «Siste re-sept». Jeg tenker også

på ei ung kvinne - på min egen alder. Vi møttes jevnlige til morgensvømming i Nordlandsbadet. Hun elsket å svømme, og hun reiste langt for å få denne gode starten på dagen. Når vi møttes, tok vi tid til en liten prat ved bassengkanten. Det var alltid like hyggelig. Men en dag vi møttes, hadde hun ei trist melding. De hadde oppdaget en kreftsvulst på hjernen, og hun hadde fått sin dødsdom. Nå hadde hun et sterkt ønske om at jeg skulle være prest i hennes begravelse.

Dødens venteværelse

Vi møttes et par uker etterpå – denne gangen på Sykehuset. Nå bodde hun i dødens venteværelse. Hun hadde gjennomført den første cellegiftkuren, og den sterke medisinen hadde fart ille med den vakre kvinneskikkelsen. Hun var bare en bleik skygge av seg selv. Men hun holdt motet oppe, og hadde en sterk utstråling av verdighet og styrke. Vi snakket om hvordan hun ville ha begravelsen sin, og vi planla seremonien i detaljer. Det er sjelden jeg opplever å planlegge begravelsen sammen med hovedpersonen selv. Men her ble det naturlig, fordi hun var så åpen om sin egen situasjon, og aksepterte at slik var livet hennes nå. Noen uker senere var jeg seremonimester i hen-

nes begravelse. Det gikk fort mot slutten. Men hun fikk en verdig avslutning på livet sitt. Jeg opplevde at mottoet "Leve – og la dø!" passet godt i hennes tilfelle. Det passet i hvert fall ikke å snakke om at hun tapte kampen mot kreften. Jeg prøvde å lete etter en alternativ måte å uttrykke det på, og endte opp med følgende: "Hun tapte ikke kampen mot kreften. Hun levde med den, og beholdt sin verdighet helt til det siste."

Det hører med til historien at før jeg forlot henne på sykerommet, kunne jeg ikke dy meg for å spørre: "Hva har du lyst til å si til oss som lever normalt, og som ofte tar livet som en selvfølge?" Hun behøvde ikke tenke seg om så lenge, men svarte spontant: "Stopp opp og se hva du har! Grip dagen, og bruk de mulighetene du får!" Dette ba hun meg om å formidle videre, og derfor

skriver jeg dette. Det er en viktig påminnelse som vi trenger å høre. Det kom ikke fra ei kvinne som hadde tapt kampen om livet. Det kom fra ei sterk kvinne som beholdt sin verdighet - helt inn i døden.

Kreftsyepleieren og presten har mye til felles

Disse kloke ordene traff meg også i min profesjonelle rolle som prest. Det ble en inspirasjon til å strekke meg litt ekstra, og gi av min tid og omsorg for det enkelte menneske. I så måte opplever jeg at kreftsyepleieren og presten har mye til felles i utøvelsen av vårt yrke. Vi må stadig gi av oss selv for å trøste og bære andre mennesker. Noen ganger kan det bli i meste laget av ventesorg og død og begravelser i jobben. Da er det to ting som er viktig for å holde ut i jobben – slik jeg opplever det. Det første er at omsorg for andre mennesker er ikke enveiskjøring. Det er ikke bare jeg som gir noe til pasienter eller pårørende. Jeg får også så mye tilbake - av taknemlighet og nærhet og menneskelig varme og visdom, slik jeg opplevde med min gode svømme-venninne. Mange ganger føler jeg meg som et rikere menneske, og en god følelse av mening!

Hun tapte ikke kampen mot kreften. Hun levde med den, og beholdt sin verdighet helt til det siste.



Odd Jarle Eidner, Prest i Bodø

Det andre som er viktig, har jeg lært av mange flyvertinner. Hver gang jeg er ute og flyr, minner hun meg om noe viktig når hun går gjennom sikkerhetsinstruksen. «I tilfelle en nødsituasjon oppstår», sier hun, «ta på din egen maske først – så kan du hjelpe de andre!» Dette er ikke egoisme, det er å ta vare på seg selv. Hvis jeg skal gjøre en god jobb for andre, må jeg ha det ok i mitt eget liv først! Her har hver enkelt av oss selv ansvar for å ha noen tømmestasjoner hvor vi kan kvitte oss med gruff og oppdemte følelser, og noen lade-stasjoner hvor vi kan hente ny energi og arbeidslyst. Det er viktig å være bevisst på denne mentale biten av arbeidet. Da gjør vi en bedre jobb, og vi varer lenger. Begge deler er viktig – både som kreftsyepleier og som prest!



Det er i alle kurs mulig å ha med seg en nær pårørende

Montebellosenteret tilbyr unikt opphold for de som har eller har hatt kreft.

Tilbudet er landsdekkende og det søkes direkte til MBS. Opphold og reise dekkes av folketrygden, med unntak av en mindre egenandel.

Montebello har fokus på kunnskapsoverføring, erfaringer, utveksling, og sosiale og fysiske aktiviteter, slik at kreftslidende får innrett i hvordan de kan mestre sine utfordringer, og hva som kan være mest hensiktsmessig for veien videre i livet.

Det er normalt å søke et opphold med et trosseselskaps «Kreft – hva nå?» (trinns 1) som er diagnosespesifikk, deretter kan videre opphold (trinns 2 og 3) tilpasses til tid og spesielle behov. Familieteam har fokus på barns behov, innesending og sørge for gode barn og unge i samme situasjon.

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

Montebellosenteret Drammen og på 2640Horsvoll
Tlf: 35 31 44 | post@montebellosenteret.no
www.montebellosenteret.no



30 års erfaring med Gammakniv- behandling i Bergen

I 1988 fikk Bergen, som et av de første sentre på verdensbasis, gammakniv (strålekniv). I september 2018 var det 30 år siden første pasient ble behandlet ved avdelingen og nå behandler vi nærmere 450 pasienter årlig (Figur 1). Gammaknivsbehandling er i dag en internasjonal anerkjent form for strålebehandling til hjernen, med mer enn 300 behandlingmaskiner spredt rundt i verden [1].



Foto: Marcin Sikora

Sidsel Bragstad, Avdelings sykepleier
Kjersti Klett, Nevrosykepleier

des med denne tilstanden [4]. Gammakniv er en metode som kan være et sikkert og enkelt behandlingsalternativ for egnede maligne tilstander som hjernemetastaser, behandlingen er i denne sammenheng palliativ [5]. Utviklingen innenfor kreftbehandling gir stadig lengre overlevelse for pasientene. Behandling med gammakniv, kan gi høy grad av tumor-kontroll, lav morbiditet og kort innleggelse som igjen kan bedre pasientenes livskvalitet [6]. Andre faktorer som har betydning for høy livskvalitet er reduksjon eller stabilisering av symptomer og at behov for steroidbehandling reduseres [7].

For å kunne stråle med høy presisjon er man avhengig av et eksternt koordinatsystem. Koordinatsystemet er en stereotaktisk ramme som festes til pasientens hode med fire skruer. Deretter gjøres en MR, etter at det er påsatt en indikatorboks på rammen, slik at svulsten/lesjonens lokalisasjon kan bestemmes.

Gammakniven består av en kollimatorhjelme som består av 8 sektorer med 24 Co60 kilder i hver. Kollimatorstørrelsen kan være 4-8-16

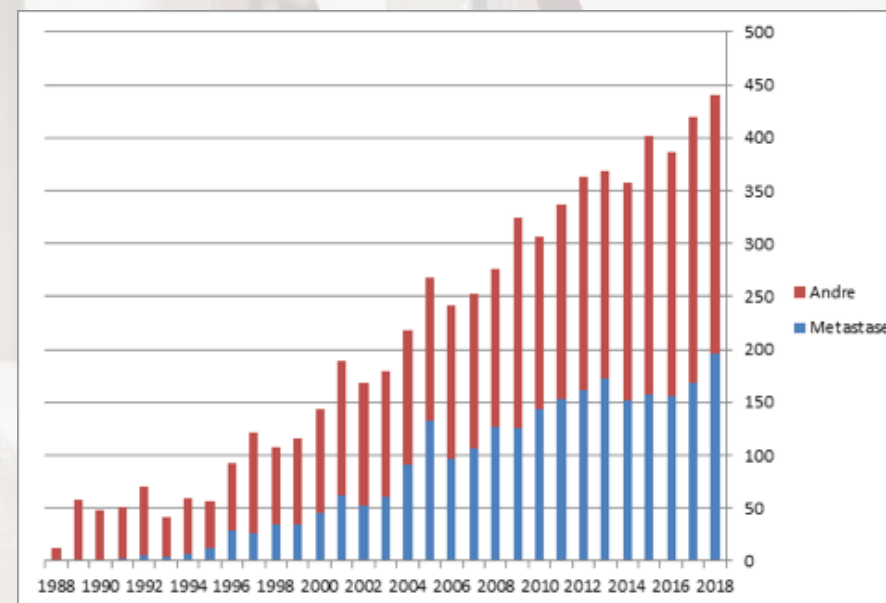


Foto: Marcin Sikora

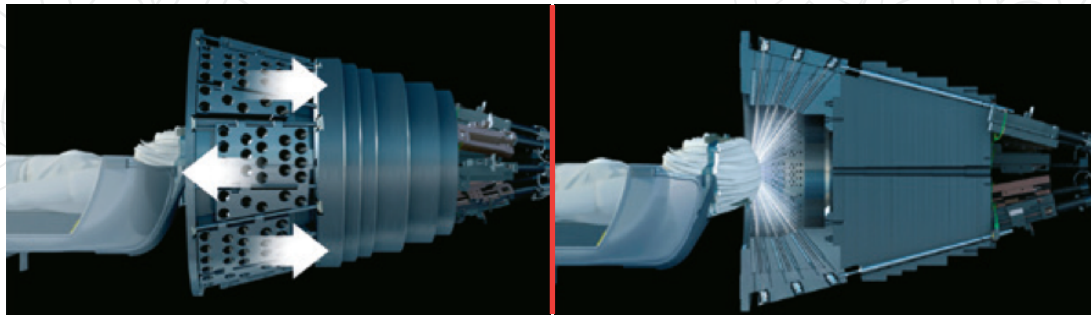
mm. Det kan også legges inn blokkering og sammen med de 3 kollimatorene kan dosefeltet kombineres for å tilpasses svulstens fasing, størrelse og beskytte kritiske strukturer. Rundt kollimatorhjelmen ligger 192 strålekilder som møtes i et krysningpunkt (Figur 3). Hver enkelt strålekilde avsetter lite energi i hjernevevet. I krysningpunktet vil strålingen være høy, men faller raskt noen millimeter utenfor [8].

Mange pasienter som får denne behandlingen lider av alvorlig sykdom som potensielt vil være livstruende ubehandlet. I tillegg står de ovenfor en høyteknologisk behandlingsform som for mange vil været ukjent og begge aspektene kan bidra til engstelse [9]. Pasientene vil i mange tilfeller ha variert kunnskap om behandlingsmetoden og dens virkning. Engstelsesnivået oppleves som relativt høyt hos pasientgruppen. En studie utført på New Zealand i 2005 så på pasienters opplevelse av gammaknivbehandling. Mye bekymring var relatert til prosedyren med å få festet en metallramme med fire skrur til kraniet. Noen var redd for at de ikke skulle klare å ligge i ro under strålebehandlingen, andre bekymret seg for fremtiden og effekten samt bivirkninger av behandlingen [9].

Sykepleierne tar del i pasientforløpet både før, under og etter behandling. Så langt det er mulig etterstreber vi at den samme sykepleieren følger «sin» pasient gjennom hele behandlingsløpet. Vår erfaring er at pasientene opplever dette som en trygghet og vi opplever å ha god kontinuitet.



Figur 1. Utvikling i antall årlige behandlinger fra oppstart i 1988 til og med 2018



Figur 3. Kollimatorhjelmen og illustrasjon av strålekildene (fra Elektas hjemmeside)

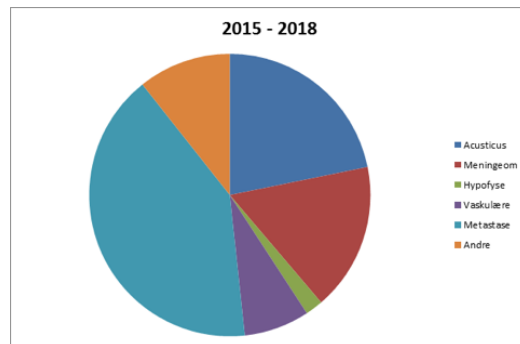
En viktig oppgave er å gi tilstrekkelig informasjon til hver enkelt, slik at de i størst mulig grad opplever trygghet behandlingsdagen. Vi hører at mange av våre pasienter har «googlet» behandlingen og på den måten tatt del i andres positive og negative opplevelser. Bilder av den stereotaktiske rammen festet til hodet kan for mange virke skremmende, i tillegg sliter mange med klaustrofobi som også kan øke engstelsen. Sykepleierne som jobber ved seksjonen er rutinert og har lang erfaring med å hjelpe pasienter gjennom behandlingsforløpet. Tilpasset informasjon og premedikasjon har ofte god effekt. I samsvar med studien fra New Zealand ser også vi at pasientene knytter mye spenning til å få rammen festet. Opplevelsen er selvsagt ulik for den enkelte. Fordelen er at prosedyren tar kort tid, og resten av dagen innebærer ikke ytterligere fysisk ubehag. Under selve strålingen kan vi kommunisere med pasienten via mikrofon. Etter avsluttet behandling fjernes rammen og pasienten observeres i 2 timer.

Innleggelsen varer som regel 2-3 dager. I mange tilfeller kan pasienten, gjerne med på-

rørende, bo på pasienthotellet. Vanligvis er det ingen restriksjoner som følge av behandlingen og normalt er pasienten i samme form når de reiser som når de kommer til oss.

Gammakniven i Bergen har landsfunksjon. Teamet vårt består av sykepleiere, nevrokirurger, fysikere og helsesekretærer. Et godt samarbeid på tvers av helseregionene er en god plattform for et fruktbart samarbeid til beste for pasientene. Henviste pasienter blir ukentlig tatt opp på et tverrfaglig møte for vurdering. Vi har fått et meget godt samarbeid med kreftkoordinator/kreftsykepleier ved Stavanger Universitetssykehus. Samarbeidet er tidsbesparende og muliggjør en forenkling av planlegging, informasjon og innleggelse. Videreformidling av førstehåndsinformasjon angående pasientens allmenntilstand og behov, gjør oss bedre forberedt til å ta imot den enkelte pasient.

For å unngå forsinkelser er det av betydning med nyere MR bilder. For maligne tilstander bør bildene helst ikke være eldre enn 4 uker. Informasjon om kraniedefekt eller om pasienten har innlagt shunt (type og innstilling) er også vesentlig. Anbefalt kontroll etter be-



Figur 2. Diagnosefordeling i Bergen

handling for maligne tilstander er MR etter 1, 3, 6, 9 og 12 mnd. utført på lokalsykehus. Kontrollene kan vise om vi oppnår ønsket effekt av behandlingen og avdekke nye lesjoner. I aktuelle tilfeller kan vi tilby rebehandling mens volumet er lite og gjerne før pasienten utvikler symptomer. En studie utført ved egen avdeling i tidsrommet 2010 til 2011 viste at god oppfølging forebygger forverring av livskvalitet når pasienter får nye hjerne-metastaser [6].

Den tette kommunikasjonen mellom koordinator og behandler er ikke ubetydelig i denne sammenhengen. Vi ønsker velkommen flere sykepleiekoordinatorer som samarbeidspartnere.

Gammaknivsbehandling er en ikke-invasiv, fokusert strålebehandling som kan behandle ulike former for sykelige tilstander i hjernen



Referanser:

- Ganz, J., The History of the Gamma Knife. Vol. 215. 2014: Elsevier. 135.
- Gjerstad, L., Helseth, E. & Rootwelt, T, Nevrologi og Nevrokirurgi : fra barn til voksen: Undersøkelse, diagnose, behandling,. 2014, Drammen, vett & Viten
- Lippitz, B., et al., Stereotactic radiosurgery in the treatment of brain metastases: the current evidence. Cancer Treat Rev, 2014. 40(1): p. 48-59.
- Corn, B.W., et al., Prospective evaluation of quality of life and neurocognitive effects in patients with multiple brain metastases receiving whole-brain radiotherapy with or without thalidomide on Radiation Therapy Oncology Group (RTOG) trial 0118. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 2008. 71(1): p. 71-8.
- Ganz, J.C., Gamma knife neurosurgery. 2011, SpringerWienNew York: New York.

- Bragstad, S., et al., Predictors of quality of life and survival following Gamma Knife surgery for lung cancer brain metastases: a prospective study. J Neurosurg, 2018. 129(1): p. 71-83.
- Skeie, B.S., et al., Quality of life is maintained using Gamma Knife radiosurgery: a prospective study of a brain metastases patient cohort. J Neurosurg, 2017. 126(3): p. 708-725.
- Pedersen, P.H., Gammaknivsbehandling, Nevrokirurgien i Norge. Kirurgen nr 1, 2013. http://kirurgen.no/wp-content/uploads/dlm_uploads/2016/02/Kirurgen_2013_01.pdf
- Menkes, D.B., et al., Stereotactic radiosurgery: the patient's experience. Soc Sci Med, 2005. 60(11): p. 2561-73.



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

Keytruda «MSD»

C **Antiinoplastisk middel.** ATC-nr.: L01X C18

KONSENTRAT TIL INFUSJONSVÆSKE, oppløsning 25 mg/ml: Hvert hetteglass inneh.: Pembrolizumab 100 mg, L-histidin, L-histidinhydrokloridmonohydrat, sukrose, polysorbat 80, vann til injeksjonsvæsker til 4 ml. **PULVER TIL KONSENTRAT TIL INFUSJONSVÆSKE, oppløsning 50 mg:** Hvert hetteglass inneh.: Pembrolizumab 50 mg, L-histidin, L-histidinhydrokloridmonohydrat, sukrose, polysorbat 80. **Indikasjoner:** Melanom: Behandling av avansert (inoperabelt eller metastatisk) melanom hos voksne. *Stadium III-melanom:* Adjuvant behandling hos voksne med stadium III-melanom som involverer lymfeknuter og som har gjennomgått fullstendig reseksjon. *Ikke-småcellet lungekreft (NSCLC):* Førstelinjebehandling av metastatisk NSCLC hos voksne med tumor som uttrykker PD-L1 med $\geq 50\%$ «tumour proportion score» (TPS) uten EGFR- eller ALK- positive mutasjoner i tumor. I kombinasjon med pemtreksed og platinabasert kjemoterapi til førstelinjebehandling av metastatisk ikke-plateepitel NSCLC hos voksne med tumor som ikke har EGFR- eller ALK- positive mutasjoner. Behandling av lokalavansert eller metastatisk NSCLC hos voksne med tumor som uttrykker PD-L1 med $\geq 1\%$ TPS og som tidligere er behandlet med minst et kjemoterapieregime. Pasienter med EGFR- eller ALK- positive mutasjoner i tumor skal også få målrettet behandling før behandling kan starte. *Klassisk Hodgkins lymfom (CHL):* Behandling av voksne pasienter med residiverende eller refraktær CHL der behandling med autolog stemcelletransplantasjon (ASCT) og brentuksimab vedotin (BV) har vært mislykket, eller som ikke er kvalifisert til transplantasjon og har hatt behandlingssvikt med BV. *Urotelialt karsinom:* Behandling av lokalavansert eller metastatisk urotelialt karsinom hos voksne som tidligere er behandlet med platinabasert kjemoterapi. Behandling av lokalavansert eller metastatisk urotelialt karsinom hos voksne som ikke kan behandles med cisplatinbasert kjemoterapi og som har tumor som uttrykker PD-L1 med «combined positive score» (CPS) ≥ 10 . *Hode og hals plateepitelkarsinom (HNSCC):* Behandling av tilbakevendende eller metastatisk HNSCC hos voksne med tumor som uttrykker PD-L1 med $\geq 50\%$ TPS og med progresjon under eller etter platinabasert kjemoterapi. **Dosering:** For å bedre sporbarheten skal preparatnavn og batchnr. registreres tydelig i journalen. Behandling må initieres og overvåkes av lege med erfaring i kreftbehandling. Det anbefales å teste uttrykk av PD-L1 i tumor med en validert test hos pasienter med HNSCC. Hos pasienter med ikkeplateepitel NSCLC hvor tumor har høyt uttrykk av PD-L1, bør nytte vurderes mot risiko for bivirkninger ved kombinasjonsbehandling iht. monoterapi. Behandling av pasienter med tidligere ubehandlet urotelialt karsinom eller HNSCC skal baseres på uttrykk av PD-L1 i tumor, bekreftet med en validert test.

Voksne inkl. eldre: Skal administreres som i.v. infusjon over 30 minutter hver 3. uke. Anbefalt dose er 200 mg. Pasienten bør behandles inntil sykdomsprogresjon eller til uakseptabel toksisitet. Atypiske responser er sett (f.eks. initial, forbigående vekst av tumor eller små nye lesjoner innen de første månedene, etterfulgt av at tumor krymper). For klinisk stabile pasienter med initiale tegn på sykdomsprogresjon, anbefales det å fortsette med behandling inntil sykdomsprogresjonen er bekreftet. Skal ved adjuvant behandling av melanom gis inntil tilbakefall, uakseptabel toksisitet eller i en periode på opp til 1 år. **Tilbakeholdelse av doser eller permanent seponering:** Behandling av immunrelaterte bivirkninger som pneumonitt, kolitt, hepatitt, nefritt og endokrinopati, kan kreve utelatelise av en dose eller permanent seponering og innføring av systemisk høydosebehandling med kortikosteroider, eller i noen tilfeller, annen immunsuppressiv behandling. Behandling av hudreaksjoner kan kreve utelatelise av en dose eller permanent seponering. Behandling av andre immunrelaterte bivirkninger kan kreve utelatelise av en dose eller permanent seponering. Avlorige infusjonsrelaterte reaksjoner krever permanent seponering. For retningslinjer for tilbakeholdelse eller permanent seponering, se SPC. **Spesielle pasientgrupper: Nedsatt leverfunksjon:** Ingen dosejustering ved lett nedsatt leverfunksjon. Studier ved moderat eller alvorlig nedsatt leverfunksjon mangler. **Nedsatt nyrefunksjon:** Ingen dosejustering ved lett til moderat nedsatt nyrefunksjon. Studier ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon mangler. **Barn og ungdom <18 år:** Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. Data mangler. Skal ikke brukes. **Eldre ≥ 75 år:** Begrenset data. **Okulært melanom:** Begrensete data mht. sikkerhet og effekt ved okulært melanom. **Tilberedning/ Håndtering:** Kan fortynnes i natriumkloridoppløsning 9 mg/ml (0,9%) eller glukoseoppløsning 50 mg/ml (5%), til en sluttkonsentrasjon på 1-10 mg/ml. For opplysninger om rekonstitusjon og tilberedning av infusjon, se pakningsvedlegg. Kun til engangsbruk. Hetteglass og isert infusjonspose tempereres til romtemperatur før bruk. Ubrukt legemiddel skal kastes i overensstemmelse med lokale krav. **Administrering:** Skal gis som i.v. infusjon over 30 minutter. Skal ikke gis som en i.v. trykk- eller bolusinjeksjon. Som del av en kombinasjon med pemtreksed og platinabasert kjemoterapi, bør pembrolizumab administreres først. Se også preparatmtale for pemtreksed og den valgte platinaterapien. Andre legemidler skal ikke gis samtidig i samme infusjonslinje. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Viktig at det benyttes en vel-validert og robust metodikk ved vurdering av PD-L1 status av tumor for å minimere falske negative eller falske positive påvisninger. Immunrelaterte bivirkninger er vanligst, og avlorige og fatale er sett. De fleste, inkl. avlorige reaksjoner, er reversible etter initiering av hensiktsmessig medisinsk behandling eller seponering. Bivirkninger etter siste dose har forekommet. Immunrelaterte bivirkninger som påvirker mer enn et kroppssystem kan forekomme samtidig. Ved mistanke om immunrelaterte bivirkninger må det gjøres en adekvat undersøkelse for å bekrefte etiologi eller ekskludere andre årsaker. Pasienten må overvåkes for tegn og symptomer på pneumonitt, kolitt, hepatitt, nefritt og endokrinopati. Avhengig av alvorlighetsgraden må pembrolizumab tilbakeholdes, kortikosteroid initieres. Når immunrelaterte bivirkninger ikke kan kontrolleres med kortikosteroider, kan andre systemiske immunsuppressiver vurderes. Behandlingen kan gjenopptas innen 12 uker etter siste dose dersom bedring av bivirkning til grad ≤ 1 vedvarer, og dosen med kortikosteroid er redusert til ≤ 10 mg prednison eller tilsv. pr. dag. Pembrolizumab må seponeres permanent ved enhver tilbakevendende immunrelatert bivirkning av grad 3 eller for enhver immunrelatert bivirkning (toksisitet) av grad 4, med unntak av immunrelaterte endokrinopatis som kontrolleres med hormonsubstitusjon eller ved hematologisk toksisitet (kun hos pasienter med CHL), der pembrolizumab tilbakeholdes inntil bivirkningene går tilbake til grad 0-1. Ved mistanke om alvorlige immunrelaterte hudreaksjoner må pasienten overvåkes og andre årsaker utelukkes. Avhengig av alvorlighetsgrad skal pembrolizumab tilbakeholdes eller seponeres permanent. Ved tegn eller symptomer på SJS eller TEN skal pembrolizumab tilbakeholdes, og pasienten henvises til spesialavdeling for vurdering og behandling. Ved bekreftet SJS eller TEN seponeres preparat permanent. Forsiktighet utvises hos pasient med tidligere avlorige eller livstruende hudbivirkning, tidligere behandlet med andre immunstimulerende kreftlegemidler. Risiko for transplantatavstøtning hos mottakere av solide organer kan øke og fordel/risiko bør vurderes hos disse pasientene. **Komplikasjoner av allogen hematopoietisk stamcelletransplantasjon (HSCT):** Pga. manglende data bør grundige vurderinger av potensiell nytte av HSCT og mulig økt risiko for transplantasjonsrelaterte komplikasjoner gjøres i hvert enkelt tilfelle hos pasienter med CHL som gjennomgår allogen HSCT. Vurder nytten av behandling med pembrolizumab og risiko for mulig GVHD hos pasienter med tidligere allogen HSCT. **Infusjonsrelaterte reaksjoner:** Ved avlorige infusjonsreaksjoner skal infusjonen avsluttes og pembrolizumab seponeres permanent. Ved milde eller moderate infusjonsreaksjoner kan behandlingen fortsette under tett overvåking. Premedisinering med antipyretika og antihistamin bør vurderes. **Sykdomsspesifikke forhold/regler:** Pasienter med urotelialt karsinom som tidligere er behandlet

med platinabasert kjemoterapi: Vurder pembrolizumabs forsinkede effekt før oppstart hos pasienter med dårligere prognostiske faktorer og/eller aggressiv sykdom. Pasienter med urotelialt karsinom som ikke kan behandles med cisplatinbasert kjemoterapi og som har tumor som uttrykker PD-L1 med CPS ≥ 10 : Pga. manglende data hos svake pasienter (f.eks. ECOG-status 3) bør fordel/risiko vurderes i hvert enkelt tilfelle. I kombinasjon med kjemoterapi som førstelinjebehandling hos pasienter med NSCLC: Direkte sammenligning av sikkerheten av pembrolizumab brukt i kombinasjon med pemtreksed og platinabasert kjemoterapi, og pembrolizumab som monoterapi er ikke tilgjengelig. Pga. av lite data hos pasienter ≥ 75 år bør fordel/risiko vurderes i hvert enkelt tilfelle. Adjuvant behandling ved melanom: Økt frekvens av avlorige bivirkninger er sett hos pasienter ≥ 75 år. For spesifikke retningslinjer for håndtering av bivirkninger, se SPC. **Biljøring og bruk av maskiner:** Pembrolizumab kan ha en liten påvirkning på evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Tilfeller av fatigue er rapportert. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Ingen farmakokinetiske interaksjonsstudier er utført. Ingen metabolske lege-middelinteraksjoner er forventet siden pembrolizumab fjernes fra sirkulasjonen ved katabolisering. Bruk av systemiske kortikosteroider eller immunsuppressiver før oppstart av pembrolizumab bør unngås pga. potensiell interferens med farmakodynamisk aktivitet og effekten av pembrolizumab. Systemiske kortikosteroider eller andre immunsuppressiver kan imidlertid brukes etter oppstart for å behandle immunrelaterte bivirkninger. **Graviditet, amning og fertilitet:** **Graviditet:** Fertile kvinner må bruke sikker prevensjon under behandling og i minst 4 måneder etter siste dose. Ingen data på bruk hos gravide. Det er ikke utført dyrestudier mht. reproduksjonstoksitet. Dyrestudier har vist at blokadet av PD-L1 signalet forstyrrer toleransen til fosteret og gir økt fosterdød. Det er derfor en potensiell risiko for å skade fosteret, inkl. økt forekomst av abort og dødfødsler. Humant IgG₁ krysser placentabarrieren. Anbefales ikke under graviditet, hvis ikke kvinnens kliniske tilstand nødvendiggjør behandling. **Amning:** Overgang i morsmelk er ukjent. Antistoffer utskilles i morsmelk hos mennesker, og risiko for nyfødte/spedbar kan derfor ikke utelukkes. Det må tas en beslutning om amning skal opphøre eller om behandlingen skal avsluttes/avstås fra, basert på nytte-/risikovurdering. **Fertilitet:** Kliniske data mangler. **Bivirkninger: Pembrolizumab som monoterapi:** **Svært vanlige ($\geq 1/10$):** Blod/lymfe: Anemi. Endokrine: Hypotyreoze¹. Gastrointestinale: Diaré, abdominalsmerte¹, kvalme, oppkast, forstoppelse. Hud: Utslett¹, kløe¹. Luftveier: Dyspné, hoste. Muskel-skjelettsystemet: Muskel- og skjelettsmerter¹, artralgi. Nevrologiske: Hodepine. Stoffskifte/ernæring: Nedsatt appetitt. Øvrige: Fatigue, asteni, ødem¹, pyreksi. **Vanlige ($\geq 1/100$ til <1/10):** Blod/lymfe: Trombocytopeni, lymfopeni. Endokrine: Hypertyreoze. Gastrointestinale: Kolitt¹, munntørhet. Hjerne/kar: Hypertensjon. Hud: Avlorige hudreaksjoner¹, erytem, villigilo¹, tørr hud, alopeci, akneiform dermatitt. Immunsystemet: Infusjonsrelatert reaksjon¹. Infeksjoner: Pneumoni. Luftveier: Pneumonitt¹. Muskel-skjelettsystemet: Smerter i ekstremitetene, myositt¹, artritt¹. Nevrologiske: Svimmelhet, perifer nevropati, letargi, dysegesi. Psykiske: Insomni. Stoffskifte/ernæring: Hyponatremi, hypokalemi, hypokalsemi. Undersøkelser: Økt ASAT, økt ALAT, hyperkalsemi, økt alkalisk fosfatase i blod, økt bilirubin i blod, økt kreatinin i blod. Øye: Tørre øyne. Øvrige: Influensalignende sykdom, frysninger. **Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til <1/100):** Blod/lymfe: Nøytropeni, leukopeni, eosinofili. Endokrine: Hypofysitt¹, tyreoiditt¹, binyrebarksvikt. Gastrointestinale: Pankreatitt¹. Hjerne/kar: Perikardeffusjon, perikarditt. Hud: Lichenoid keratose¹, psoriasis, dermatitt, papel, endret hårfarge. Immunsystemet: Sarkoidose. Lever/galle: Hepatitt¹. Muskel-skjelettsystemet: Seneskedebetennelse¹. Nevrologiske: Epilepsi. Nyre/urineveier: Nefritt¹. Stoffskifte/ernæring: Diabetes mellitus type 1¹. Undersøkelser: Økt amylase. Øye: Uveitt¹. **Spjeldne ($\geq 1/10\ 000$ til <1/1000):** Blod/lymfe: Immun trombocytopenisk purpura, hemolytisk anemi, erytroblastopeni («pure red cell aplasia»). Gastrointestinale: Tynnarmeperforasjon. Hjerne/kar: Myokarditt. Hud: Toksisk epidermal nekrolyse, Stevens-Johnsons syndrom, erythema nodosum. Nevrologiske: Guillain-Barrés syndrom¹, myastenisk syndrom¹, meningitt (aseptisk), encefalitt. Øye: Vogt-Koyanagi-Haradas syndrom. **Ukjent frekvens:** Immunsystemet: Transplantatavstøtning av solide organer. **Pembrolizumab i kombinasjon med kjemoterapi:** **Svært vanlige ($\geq 1/10$):** Blod/lymfe: Anemi, nøytropeni, trombocytopeni. Gastrointestinale: Diaré, kvalme, oppkast, forstoppelse. Hud: Utslett¹, kløe¹. Nevrologiske: Dysegesi. Stoffskifte/ernæring: Nedsatt appetitt. Undersøkelser: Økt ALAT. Øvrige: Fatigue, asteni, ødem¹. **Vanlige ($\geq 1/100$ til <1/10):** Blod/lymfe: Febril nøytropeni, leukopeni, lymfopeni. Endokrine: Hypotyreoze, hypertyreoze. Gastrointestinale: Kolitt¹, abdominalsmerte¹, munntørhet. Hud: Avlorige hudreaksjoner¹, alopeci, akneiform dermatitt, tørr hud, erytem. Immunsystemet: Infusjonsrelatert reaksjon¹. Infeksjoner: Pneumoni. Lever/galle: Hepatitt¹. Luftveier: Pneumonitt, dyspné, hoste. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi, myositt¹, artritt¹, muskel- og skjelettsmerter¹, smerter i ekstremitetene. Nevrologiske: Svimmelhet, hodepine, letargi, perifer nevropati. Nyre/urineveier: Nefritt¹, akutt nyreskade. Stoffskifte/ernæring: Hypokalemi, hyponatremi, hypokalsemi. Undersøkelser: Økt ASAT, økt kreatinin i blod, økt alkalisk fosfatase i blod. Øye: Tørre øyne. Øvrige: Pyreksi. **Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til <1/100):** Endokrine: Hypofysitt¹, tyreoiditt, binyrebarksvikt. Gastrointestinale: Pankreatitt¹. Hjerne/kar: Perikardeffusjon, hypertensjon. Hud: Dermattitt, eksem, endret hårfarge, lichenoid keratose¹, villigilo¹. Psykiske: Insomni. Stoffskifte/ernæring: Diabetes mellitus type 1. Undersøkelser: Økt amylase, hyperkalsemi. Øvrige: Frysninger, influensalignende sykdom.

¹Termene representerer en gruppe av relaterte hendelser som beskriver en medisinsk tilstand fremfor en enkelthendelse.

Overdosering/Forgiftning: Data mangler. **Behandling:** Ved overdosering skal pasienten overvåkes nøye mht. tegn og symptomer på bivirkninger og adekvat symptomatisk behandling igangssettes. Se Giftinformasjons anbefalinger for monoklonale antistoffer L01X C på www.felleskatalogen.no. **Egenskaper: Klassifisering:** Humanisert monoklonalt antiprogrammert celledød-1 (PD-1) antistoff (IgG₁/kappa isotype med en alternerende stabiliserende sekvens i Fc-regionen). **Virkningsmekanisme:** Bindes til programmert celledød-1 (PD-1)-reseptoren og blokkerer interaksjonen med ligandene PD-L1 og PD-L2. PD-1-reseptoren er en negativ regulator av T-celle-aktivitet, som er vist å være involvert i kontroll av T-cellenes immunrespons. Pembrolizumab forsterker T-celleres responsen (inkl. anti-tumorresponsen) ved å blokkere bindingen av PD-1 til PD-L1 og PD-L2, som er uttrykt i antigenpresenterende celler, og mulig uttrykt i tumorceller eller andre celler i tumorens mikromiljø. **Absorpsjon:** C_{max} eller AUC øker doseproposjonalt innenfor doseringsintervallet for effekt. **Proteinbinding:** Bindes ikke på en spesifikk måte til plasmaprotein, som forventet for et antistoff.

Fordeling: V_d : Ca. 6 liter. **Halveringstid:** Gjennomsnittlig terminal $t_{1/2}$: Ca. 22 dager. Steady state nås etter 16 uker ved administrering hver 3. uke, og systemisk akkumulasjon er 2,1 ganger. Terapeutisk serumkonsentrasjon: Median $C_{min,ss}$ ca. 22 μ g/ml ved en dose på 2 mg/kg hver 3. uke, og 29 μ g/ml ved en dose på 200 mg hver 3. uke. **Oppbevaring og holdbarhet: Konsentrat til infusjonsvæske:** Før fortynning: Oppbevares ved 2-8°C. Skal ikke fryses. Oppbevares i originalpakningen for å beskytte mot lys. **Etter fortynning:** Bør fra et mikrobiologisk synspunkt brukes umiddelbart. Skal ikke fryses. Skal ikke oppbevares >24 timer. Disse 24 timene kan inkludere opp til 6 timer ved romtemperatur ($\leq 25^\circ\text{C}$), oppbevaring i tillegg til dette må være ved 2-8°C. **Pulver til konsentrat til infusjonsvæske:** Før rekonstitusjon: Oppbevares ved 2-8°C. Kan oppbevares utenfor kjøleskap ($\leq 25^\circ\text{C}$) i opp til 24 timer. **Etter rekonstitusjon:** Bør fra et mikrobiologisk synspunkt brukes umiddelbart. Skal ikke fryses. Skal ikke oppbevares >24 timer. Disse 24 timene kan inkludere opp til 6 timer ved romtemperatur ($\leq 25^\circ\text{C}$), oppbevaring i tillegg til dette må være ved 2-8°C. **Pakninger og priser: KONSENTRAT TIL INFUSJONSVÆSKE, oppløsning: 25 mg/ml (hettegl.)** kr. 37969,20. **PULVER TIL KONSENTRAT TIL INFUSJONSVÆSKE, oppløsning: 50 mg 1 stk.** (hettegl.) kr. 19107,10. **Sist endret:** 23.01.2019



KEYTRUDA®
(pembrolizumab)

Indikasjoner for Keytruda® (pembrolizumab) innen lungekreft: 1

NY

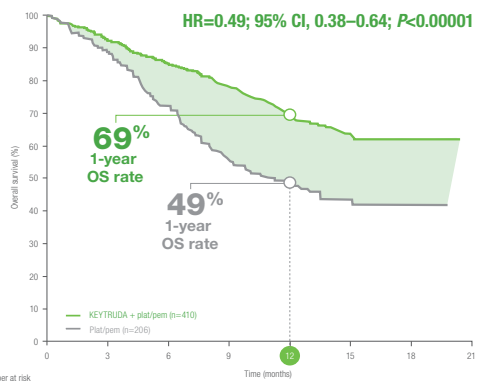
KEYTRUDA i kombinasjon med pemtreksed og platinabasert kjemoterapi er indisert til førstelinjebehandling av metastatisk ikke-plateepitel NSCLC hos voksne med tumor som ikke har EGFR- eller ALK- positive mutasjoner.

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

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

Keynote -189:

Signifikant lengre total overlevelse for pasienter som fikk Keytruda + kjemoterapi versus kjemoterapi alene^{1,2}



Graph adapted from Gandhi L, Rodriguez-Abreu D., Gadgeel S. et al. Pembrolizumab plus Chemotherapy in Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. NEJM 2018;378:2078-2092.

Etter median oppfølgingstid på 10,5 måneder var den estimerte total-overlevelsen ved 1 år:^{1,2}

- 69,2 % (95 % KI, 64,1 til 73,8) i Keytruda-kombinasjonsgruppen versus
- 49,4 % (95 % KI, 42,1 til 56,2) i placebo-kombinasjonen

Studiedesign Keynote-189: dobbelt blindet fase III studie som inkluderte 616 (2:1 design) pasienter med metastatisk ikke-plateepitel NSCLC uten EGFR eller ALK mutasjoner som ikke har fått behandling for metastatisk sykdom tidligere. Pasientene fikk pemtreksed og et platinum pluss enten 200 mg Keytruda (pembrolizumab) eller placebo hver 3. uke i 4 sykler etterfulgt av Keytruda eller placebo i opp til 35 sykler pluss pemtreksed vedlikeholdsbehandling. Overvåking til Keytruda monoterapi var tillatt for pasienter i placebo-kombinasjonsgruppen som hadde verifisert sykdomsprogresjon. Det primære endepunktet var total overlevelse og progresjonsfri overlevelse som ble vurdert radiologisk-blindet, uavhengig, sentralisert?

Median progresjonsfri overlevelse var 8,8 måneder (95 % KI, 7,6 til 9,2) i Keytruda-kombinasjonen og 4,9 måneder (95 % KI, 4,7 til 5,5) i placebo-kombinasjonen (hazard ratio for sykdomsprogresjon eller død, 0,52; 95 % KI, 0,43 til 0,64; $P < 0.001$).^{1,2}

Alle typer bivirkninger oppsto i 99,8 % i Keytruda-kombinasjonsgruppen og 99 % i placebo-kombinasjonsgruppen. Disse bivirkningene var av grad 3 eller høyere i respektive 67,2 % og 65,8 % av pasientene. Avslutning av all behandling på grunn av bivirkninger var 13,8 % i Keytruda-kombinasjonen og 7,9 % i placebo-kombinasjonen. 20,2 % av pasientene avbrøt Keytruda behandlingen og 10,4 % av de som fikk på placebo. Immunrelaterte bivirkninger var 22,7 % i Keytruda-kombinasjonen og 11,9 % i placebo-kombinasjonen. Disse bivirkningene var av grad 3 eller høyere i respektive 8,9 % og 4,5 % av pasientene. Bivirkninger som forårsaket død var 6,7 % i Keytruda-kombinasjonen og 5,9 % i placebo-kombinasjonen.²

HR = hazard ratio; CI = confidence interval; OS = overall survival.

DOSERING OG ADMINISTRASJON: Anbefalt dose av KEYTRUDA er 200 mg. KEYTRUDA skal administreres som intravenøs infusjon over 30 minutter hver 3. uke.²

Utvalgt sikkerhetsinformasjon for KEYTRUDA® (Pembrolizumab)

KONTRINDIKASJONER: Overfølsomhet overfor virkestoffet (pembrolizumab) eller overfor noen av hjelpestoffene (L-histidin, L-histidinhydroklorid monohydrat, sukrose, polysorbat 80).

FORSIKTIGHET UTVISES VED: Immunrelaterte bivirkninger: pneumonitt, kolitt, hepatitt, nefritt, hypotyreoze, hypertyreoze, tyreoiditt, hypofysitt, type 1 diabetes mellitus, diabetisk ketoacidose, uveitt, artritt, myositt, myokarditt, pankreatitt, avlorige hudreaksjoner inkludert SJS eller TEN, Guillain-Barrés syndrom, myastenisk syndrom, hemolytisk anemi, sarkoidose og encefalitt og avlorig infusjonsrelaterte reaksjoner.

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

Før forskrivning av KEYTRUDA® les preparatmtalen.

Referanser:

1. KEYTRUDA SPC januar 2019, avsnitt 4.1, 4.2, 5.1.
2. Gandhi L, Rodriguez-Abreu D., Gadgeel S. et al. Pembrolizumab plus Chemotherapy in Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. NEJM 2018;378:2078-2092



MSD Oncology | MSD (Norge) AS | Pb. 458 Brakerøya | 3002 Drammen | tlf. 32 20 73 00 | faks 32 20 73 10 | Copyright © 2019 Merck Sharp & Dohme Corp., a subsidiary of Merck & Co., Inc., Kenilworth, NJ, USA. All rights reserved.

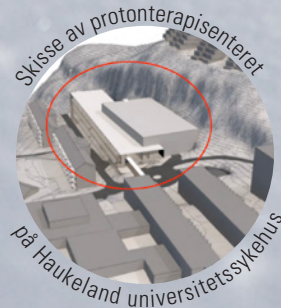
Proton terapi i Norge

Strålebehandling med protoner kan minne om en snøball som blir stor og tung i det den stopper etter å ha rullet ned en bakke ”

Einar Dale, Overlege, Seksjon for hode- halskreft
Avdeling for kreftbehandling, Oslo Universitetssykehus



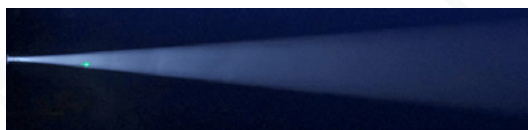
Figur 6



Figur 7

Hva er protonterapi?

Strålebehandling er den viktigste behandlingsformen for kreft nest etter kirurgi og gis vanligvis med røntgenstråler av høy energi; fotoner [1]. Fotoner produseres av en strålemaskin lineærakselerator, og er det som i hovedsak forbindes med stråleterapi av pasienter og sykehuspersonale i Norge i dag. Innover i pasienten svekkes fotonstrålene gradvis når de passerer vev, litt som en lysstråle i tåke (figur 1). Hvis kreftsvulsten sitter dypt i kroppen må man også stråle gjennom svulsten og i vevet på baksiden av svul-

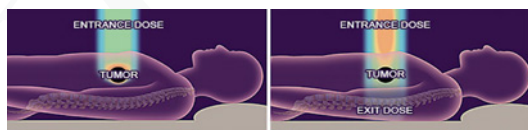


Figur 1 - Bildet er gjengitt med tillatelse av Techie Talk <https://www.techietalk.co.uk>

sten for å oppnå en høy nok stråledose i selve svulsten. Det vil si at normalt vev som ligger foran og bak svulsten får en betydelig stråledose (figur 2 og figur 3). Dette kan igjen føre til bivirkninger og risiko for kreft i friskt vev mange år senere (sekundærcancer) [2].

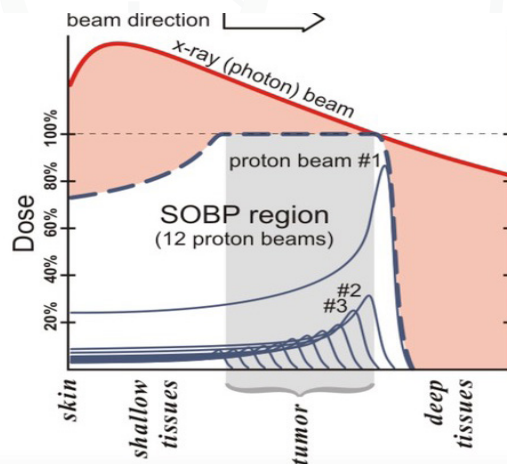
Protonterapi innebærer at pasienten blir strålebehandlet med protoner istedenfor fotoner. I motsetning til fotoner, stopper protonene slik at det meste av stråledosen avsettes i et bestemt vevsdyp. Hvilket dyp avhenger av energien på de innkom-

Strålebehandling av en svulst i brystregionen. Venstre bilde: Protonstrålen stopper i et bestemt vevsdyp slik at det blir tilnærmet null skadelig stråledose i dyptet bak svulsten. Høyre bilde: Fotonstrålen svekkes jevnt innover i vevet, og man kan ikke spare normalvevet i dyptet bak svulsten.



Figur 2 - Figuren er gjengitt med tillatelse av University of Florida Health Proton Therapy Institute <https://www.floridaproton.org/what-is-proton-therapy/benefits>

Dybde-dosekurver for vanlig strålebehandling med fotoner (X-rays (photon) beam; rød heltrukket kurve) og protoner (blå stiplede kurve).



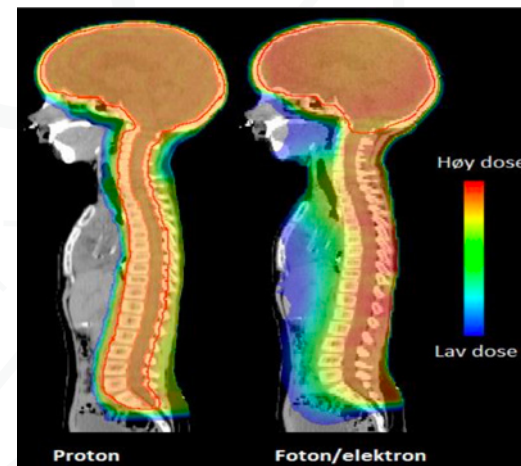
Figur 3 - Figuren er gjengitt med tillatelse av Mark Filipak https://en.wikipedia.org/wiki/Proton_therapy.

mende protonene. Dette kan sammenlignes med en snøball som ruller nedover en bakke og som blir stor og tung i det den stopper (figur 4).

Hvilke pasienter bør få protonterapi?

Ved visse typer kreft i sentralnervesystemet (CNS) er det nødvendig at alt CNS-vev får strålebehandling, såkalt behandling av total CNS akse (figur 5). Slik behandling er et godt eksempel på at protonterapi kan være bedre enn fotonterapi. Pasienten unngår da å få stråledose mot bryst- og bukorganer, som gir en redusert risiko for bivirkninger som skade på f. eks. lunger og tarm. I tillegg vil det være redusert risiko for sekundærcancer grunnet stråling i en rekke organer. Siden protonterapi gir redusert stråling til normalt vev ved behandling av kreft, er det mange som mener at barn og unge som vil leve lengst med bivirkninger bør prioriteres for denne behandlingen [3]. Det har også vært vanlig å tilby protonterapi til en del voksne med svulster i eller nærme CNS. Det finnes andre diagnoser og sykdomslokalisasjoner der bildet ikke er så klart. Nøyere sammenlikning av behandlingsplanene (doseplanene) for protonterapi og fotonterapi er da en god fremgangsmåte, slik at de pasientene som har størst fordel av protonterapi får dette tilbudet [4].

Dosekart ved planlegging av strålebehandling av hele sentralnervesystemet hos et barn. Ved bruk av protonterapi oppnår man tilnærmet null stråledose i bryst- og bukorganer. Ved vanlig strålebehandling med fotoner får bryst- og bukorganer betydelig stråledose som gir uheldige bivirkninger.



Figur 5 - Bildet er gjengitt med tillatelse av Grete May Engeseth, Avdeling for kreftbehandling og medisinsk fysikk, Haukeland universitetssykehus

Når og hvor kommer protonterapi i Norge?

I Norge ble det i 2017 vedtatt å bygge to protonterapisentre, ett i Oslo og ett i Bergen. Senteret i Oslo skal bygges på Radiumhospitalet og skal ha tre behandlingsrom, og planen er at det skal stå ferdig i 2023 (figur 6). Senteret i Bergen skal bygges i tilknytning til Haukeland universitetssykehus og skal ha ett behandlingsrom (figur 7). De to sentrene vil ha en kapasitet på vel 1100 pasienter i året ved full drift [5]. Til sammenlikning får omlag 13000 pasienter i året vanlig strålebehandling med fotoner.

Protonterapi er dyrt

Protonterapi regnes av mange som en bedre behandling enn fotonterapi men er omtrent tre ganger dyrere [3]. De to sentrene i Bergen og Oslo vil koste rundt 3 milliarder kroner. Kritikerne hevder at nytten av protonterapi er usikker i forhold til kostnadene og at man kunne ha klart

seg med ett senter i første omgang [6]. Tilhengerne mener at protonterapi sannsynligvis er fordelaktig for mange pasienter og at Norge har et ansvar for å øke kunnskapen om hvilke pasienter som har nytte av protonterapi [7]. Beslutningen om to sentere er politisk, og vil gi muligheten for et godt forskningssamarbeid nasjonalt og kortere reisevei for pasientene som helhet. I fremtiden kan det være aktuelt at protonterapi også bygges ut i Trondheim og Tromsø. En av utfordringene på kortere sikt blir å få til en jevn geografisk fordeling av pasienter som får protonterapi, altså at et tilstrekkelig antall protonterapipasienter fra Midt-Norge og Nord-Norge er villige til å reise til Oslo og Bergen.

Takk til Einar Waldeland for nyttige innspill til manuskriptet.

Referanseliste:

- [1] Halperin EC, Brady LW, Perez CA, Wazer DE. Perez & Brady's Principles and Practice of Radiation Oncology Wolters Kluwer Health; 2013.
- [2] Wang C, King CR, Kamrava M, Iwamoto KS, Chen AM, Low D, et al. Pattern of solid and hematopoietic second malignancy after local therapy for prostate cancer. *Radiother Oncol* 2017;123(1):133-8. DOI: 10.1016/j.radonc.2017.01.009.
- [3] Durante M, Orecchia R, Loeffler JS. Charged-particle therapy in cancer: clinical uses and future perspectives. *Nat Rev Clin Oncol* 2017;14(8):483-95. DOI: 10.1038/nrclinonc.2017.30.
- [4] Langendijk JA, Lambin P, De Ruyscher D, Widder J, Bos M, Verheij M. Selection of patients for radiotherapy with protons aiming at reduction of side effects: the model-based approach. *Radiother Oncol* 2013;107(3):267-73. DOI: 10.1016/j.radonc.2013.05.007.
- [5] Konseptfase – etablering av protonbehandling. Sluttrapport. Trondheim: Sykehusbygg HF, 2016.
- [6] Berg AS, Stensvold A, Dalhaug A., Grønberg BH, Mjaaland I. Skandale å bygge to protonsentre. *Dagens medisin*. 2018 10.12. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/12/15/uredelig-i-protondebatten/>
- [7] Dale JE, Hysing LB, Brydøy M, Stokkevåg CH, Thörnqvist S, Dahl O. Forvrengt virkelighet. *Dagens medisin*. 2018 15.12. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/12/10/skandale-a-bygge-to-protonsentre/>

Masterløft

må til innen utdanning i kreftsykepleie



Siv Tove Aunan, Kreftsykepleier Universitetslektor
Det helsevitenskapelige fakultet, UIS
Britt Fagerjord, Kreftsykepleier Universitetslektor
Det helsevitenskapelige fakultet, UIT

Som profesjonelle helsearbeidere er det forventet at kreftsykepleiere skal arbeide kunnskapsbasert. Dette innebærer at vi bygger vår yrkespraksis på forskning innen eget fagfelt, i tillegg til erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap. Forskningsresultater skal benyttes som en integrert del av sykepleiernes praksis for å gi pasientene riktig og god sykepleie.

Dagens helsetjeneste og pasienters behov

Kravene til sykepleiekompetanse vil endres i takt med utviklingen i samfunnet og helsetjenesten (Politisk plattform for sykepleieutdanning og forskning, NSF 2017-2020). Kreftbehandling blir stadig mer avansert og krever spesialkompetanse av kreftsykepleiere som skal ivareta pasienter under og etter kreftebehandling. Det utvikles stadig mer presis diagnostikk og effektiv målrettet behandling som resulterer i en bedre prognose. Det er flere som får en kreftdiagnose, 33 364 nye tilfeller i Norge i 2017, som er tre ganger så mange som for 50 år siden (Kreftregisteret). Det blir flere kreftoverlevende med risiko for sen-

Kreftbehandling blir stadig mer avansert og krever spesialkompetanse av kreftsykepleiere som skal ivareta pasienter under og etter kreftbehandling.



Dagens helsetjeneste og kreftsykepleie

Vi opplever at utøvelse av kreftsykepleie er blitt stadig mer komplisert og kompleks, og stiller store krav til yrkesutøverne både i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Samhandlingsreformen har ført til at de kommunale helse- og omsorgstjenestene har fått flere pasienter og større utfordringer og krav til kompetanse. Forskning viser at kommunale tjenester har utfordringer både når det gjelder kapasitet, kvalitet og kompetanse for

å møte de nye behovene.

Vi erfarer at kreftsykepleiernes arbeidshverdag er hektisk med begrenset rom for fagutvikling. Fagutvikling handler om evne til å tenke nytt og annerledes og løse oppgaver på nye måter. Samarbeid og samhandling med andre yrkesgrupper er påkrevd. Det er nødvendig at sykepleiere innen kreftomsorg har kvalifikasjoner til å nyttiggjøre seg ny forskning og fagutvikling, og kan følge med på den vitenskapelige utviklingen. Ikke minst er evnen til å analysere situasjoner, forstå sykdom og helseplager svært viktig i yrkesutøvelsen. Fagutvikling er også knyttet til organisering og ledelse på nye måter, noe som er viktig for å endre praksis, effektivisere, samt kvalitets sikre tjenester.

Dagens videreutdanninger har i sine studieprogrammer langt på vei fagspesifikke læringsutbytter på masternivå som kan integreres i et masterprogram. Vi mener at en videreføring til master i kreftsykepleie er nødvendig for å oppnå kunnskapsbasert praksisutøvelse, hvor oppdatert forskning blir en integrert del av sykepleien. Kunnskapsgrunnlaget sykepleieprofesjonen bygger på, må være i utvikling. Dette for å inneha den kompetanse samfunnsmandatet krever av oss som profesjon i dag og i fremtiden. Stortingsmelding nr 13 (2011-2012), Utdanning for velferd, signaliserer nødvendigheten av at bestående spesialutdanninger er i endring og tar opp i seg nye kompetansebehov, og at de dermed krever en annen tilnærming. Spesialkompetanse skal i framtiden være preget av økt endringsvilje og endringsevne, samhandlings- og koordinatorkompetanse, samt samfunnskompetanse.

Hva kan et masterstudium bidra med
NSF vil med sin politisk plattform løfte frem

og gi retning for fremtidens sykepleieutdanning i Norge (2017-2020). Sykepleiefaget og sykepleierollen er blitt stadig mer komplisert. Samfunnsutviklingen og endringer i helsevesenet for øvrig gjenspeiles i yrkesutøvelsen. Leger er våre nærmeste samarbeidspartnere, og den medisinske utviklingen får direkte konsekvenser for sykepleiere og yrkesutøvelsen. Det er behov for sykepleiere med en annen type kompetanse enn tidligere. Kreftsykepleieren skal kunne håndtere raske endringer i behandlingsformer til ulike pasientgrupper, samt inneha økt kompetanse i ledelse, fagutvikling og forskning. Slik vi ser det får sykepleiere ved å ta en master en bedre plattform i form av metodisk kompetanse og



spisskompetanse innen fagfeltet.

Master i kreftsykepleie vil styrke grunnlaget for faglige vurderinger og ivaretagelse av pasient og pårørende i komplekse, akutte situasjoner og langvarige forløp. Masterstudiet kvalifiserer til kritisk analyse, etisk refleksjon og kunnskapsbasert tilnærming i sykepleiefaglig praksis. Kunnskapsbasert sykepleie handler om å ta faglige avgjørelser og handle basert på integrasjon av den beste forskningskunnskapen, kliniske vurderinger og pasientens ønsker og behov. Mange av videreutdanningene i kreftsykepleie og andre sykepleiefaglige videreutdanninger er allerede utviklet til kliniske masterutdanninger, og flere er under utvikling. Det er bred

enighet om at sykepleiefaglig kompetanse er en forutsetning for forsvarlig yrkesutøvelse. Sykepleierutdanninger på alle nivå skal preges av innovativ tenkning (Politisk plattform for sykepleierutdanning og forskning, NSF 2017-2020).

Viktig er det også at videreutdanningene av mange er kategorisert som et blindspor innenfor akademien, da de ikke gir kompetansegrad utover bachelor som oppnås i grunnutdanningen. Ved å løfte videreutdanningene inn i en mastergrad vil spesialsykepleiere gis mulighet til videre studier på phd. nivå. Utdanningen vil da være i henhold til Bologna-deklarasjonen som Norge undertegnet i 1999. Målet med deklarasjonen var samkjøring av utdanningssystemer i Europa gjennom å lage sammenlignbare akademiske grader og sikre kvaliteten og nivået for disse.

Konklusjon

Det er behov for kreftsykepleiere med spesialkompetanse for å møte dagens komplekse og sammensatte utfordringer i helsevesenet. Vi mener at en mastergrad langt på vei er svaret på hvordan møte dette behovet. Kreftsykepleiere med mastergrad vil kunne ivareta behovet for beslutningsdyktighet, ansvarlighet, fagutvikling og forskning. I tillegg til å utøve direkte pasientomsorg, kan sykepleiere med gjennomført masterstudium være veiledere for studenter og kollegaer, drive fagutviklings- og forskningsprosjekter samt inneha et utvidet fagansvar i det kliniske feltet.

Kreftsykepleiere med mastergrad får flere karrieremuligheter da de er kvalifisert for en akademisk karriere og forskerstillinger. Det vil igjen bety mer forskning i fagfeltet, noe som vil styrke både kreftomsorgen og fagfeltet kreftsykepleie.

En takk til medforfattere:

Elin Dysvik, Professor, Det helsevitenskapelige fakultet, UIS
Kristin Kavli Adriansen, Førsteamanuensis, Det helsevitenskapelige fakultet, UIS

REFLEKSJON rundt egen praksis- og FREMTIDEN

Alle sykepleiere bør være årvåkne i en tid med mye omstillinger i helsevesen slik at vi ikke effektiviserer oss vekk fra god pasientbehandling. Dette krever både faglig tyngde, men også mot og styrke i årene fremover.



Grete Opstad,
kreftsykepleier medisinsk dagpost 5H
Stavanger Universitetssykehus

Jeg ble ferdig kreftsykepleier i 1997. Tilfeldigheter gjorde at jeg havnet på lunge-medisinsk avdeling i Stavanger, med særskilt ansvar for lungekreftpasientene. Først på sengepost, de siste 15 årene med behandling og oppfølging av disse poliklinisk.

Å være kreftsykepleier på lunge, er spennende og aldri kjedelig. Men også mye hardt arbeid!

Å være kreftsykepleier i et lite miljø

På ”cytpol” der jeg jobber i dag er vi to kreftsykepleiere og en sykepleier med lang fartstid i lungefaget. At vi er få, gjør at vi får en kontinuitet og en kontakt med pasientene og deres pårørende som jeg anser som svært avgjørende.

Da jeg jobbet på sengepost, var mange av disse pasientene mer eller mindre ”svingdørpasienter”, dvs. inn og ut av sykehuset. Målet for virksomheten på poliklinikken vår har hele tiden vært å gjøre pasienten og de pårørende så trygge at de kan leve livene sine i størst mulig grad hjemme. Da trengs det mye fagkunnskap, ikke bare om den enkelte behandlingen men også om de plagene en kreftsykdom kan innebære, samt evne og vilje til handling, når det trengs.

For at den enkelte skal bli trygg på oss, må de også ha tillit til oss. Tillit er ikke en selvfølge. Tillit kan ta tid. Tillit krever også trygghet i faget sitt, og at pasient og pleier snakker sammen i et språk som begge forstår.

Alle pasientene som kommer til oss, skal lære seg å leve et liv med sin sykdom, sammen med sine nærmeste, både små og store. I tillegg skal de gjennom behandlinger som, i seg selv, kan føles som en heltids jobb. Da trengs det mye informasjon, både muntlig og skriftlig. I tillegg må informasjonen gjøres om til **kunnskap**, slik at de forstår. Dette kan ta tid og er ofte utfordrende.

Vi jobber tett og nært opp til lungelegene, men samtidig veldig selvstendig. Vi har god kontakt med primærhelsetjenesten, fastleger, prest, mobilt palliativt team etc. Det er mange telefoner inn og ut hver dag, samt uventede besøk innmellom som kan kreve litt av hvert.

Vi prøver å tenke STORT og fremover når pasientene kommer til behandling, og samtidig ha en forsiktighet, slik at vi ikke ”trår over”. Ingen er like. Alle er forskjellige, og må møtes der de er til enhver tid.

Jeg pleier å si at vi skal ha ”kaldt hode og varmt hjerte” i jobben vår.

Tanker om fremtiden

Jeg har blitt veldig glad i en norsk filosof som heter Hans Skjervheim. Han var kritisk til de storstilte bedriftsøkonomiske omleggingene som startet på slutten av 1980 tallet, også kjent under begrepet New Public Management. Han mente at det bedriftsøkonomiske språket er uttrykk for en tenkemåte som har en tendens til å være hyperaktiv og setter i gang omlegginger i et oppskrudd tempo. Disse omleggingene er da ofte vanskelige å reversere når de først er gjennomført. Skjervheim mente at når det gjelder praktiske handlinger, som møtet mellom mennesker er, kan en ikke ha en slik teoretisk basis.

Jeg kan kjenne meg litt igjen i den uroen Skjervheim hadde. Den uroen har jeg også for jobben min, og for det helsevesenet jeg selv er en del av, og som jeg er glad i.

Jeg frykter litt at vi sparer på feil steder. At det vi sparer bare kommer i retur. Tilbake til svingdøren. Da er vi like langt.



Jeg merker at vi blir presset mer og mer på jobben vår. For de måleinstrumentene vi har, er de som vektlegger det som kan telles og kodes, det som avgir penger her og nå.

Trygghet. Tillit. Informasjon. Kunnskap. Kan ikke kodes på samme måte. Heller ikke omsorg. Det som kan kodes er antall behandlinger, og hvor mange behandlinger vi kan klare i løpet av en dag. Noen ganger er vi flinke og klarer mange. Andre ganger færre, fordi det er noen som trenger oss mye den dagen. Det kan være lange, tunge men nødvendige samtaler, justering av smertebehandling eller andre praktiske tilrettelegginger før pasienten skal hjem igjen.

Jeg ser. Og tenker at det kan bli enda verre, for det skal spares mer for hvert år som går. Akkurat nå sparer vi til nytt sykehus i Stavanger.

Jeg frykter litt at vi sparer på feil steder. At det vi sparer bare kommer i retur. Tilbake til svingdøren. Da er vi like langt.

Bedriften **helsevesenet** vil ha mest mulig ut av sykepleietjenesten sin. Der jeg jobber blir nå mange stillinger gjort om til kombinasjonsstillinger. Tanken er da at en sykepleier er en sykepleier og kan jobbe hvor som helst, der det trengs. Da forsvinner kontinuitet, fagkunnskap og spesialisering.

I min jobb er det først og fremst sykepleierne som har stått for kontinuitet og loset pasientene trygt gjennom behandlingsforløpene sine. Sjeldent legene. I hvert fall ikke lederne!

Jeg bekymrer meg også for **tiden** vår fremover. I de senere år er det kommet flere og flere tiltak som skal ”kvalitetssikre” arbeidet vårt. I tillegg skal alle disse tiltakene og ”registreringene” angivelig gjøre jobbene våre enklere, og være tidsbesparende.

Jeg bekymrer meg for en sykepleietjeneste som bruker mer og mer tid foran datamaskinen, og som nesten ikke rekker å se eller være hos den som trenger hjelp. Og som da heller ikke klarer å tilegne seg all den praktiske, nødvendige kunnskapen som behøves i møtet med pasienten. Når en ser, lytter, hjelper og observerer.

Jeg undres på om vi snart er i ferd med å "kvalitetssikre" oss vekk fra kvaliteten. I hvert fall vekk fra pasienten. Hvor sikkert blir det da?

Alle sykepleiere bør være årvåkne i en tid med store omveltninger, for faget vårt er under press i hastighetens helsevesen. Skal en sikre faglig forsvarlighet, trengs det spisskompetanse.

Jeg ønsker meg mange kreftsykepleier fremover. Ikke bare kreftsykepleier på kreftavdelinger, men også på sengeposter og ute i primærhel-

setjenesten der kreftpasientene også er. Som får lov til å være kreftsykepleiere og sikre at pasientene får nødvendig og forsvarlig behandling. På sikt tror jeg det både er det mest effektive og det mest kostnadsbesparende for alle.

Men da må også lederne i helsevesenet se at det er nødvendig.

Referanser:

Hellenes, J. (1999). Den siste årtvinga frå Hans skjervheim, Kronikk i Kulturkanalen, Morgenbladet, 26.02

Hellenes, J. & Skirbekk, G. (Red). (2002). Hans Skjervheim. Mennesket. Oslo: Universitetsforlaget.

Skjervheim, H. (1976). Deltakar og tilskodar og andre essays. Oslo: Tanum Nordli AS.



Annet hvert år deler FKS ut pris til en sykepleier som utmerker seg i kreftomsorg. Det finnes mange gode sykepleiere i kreftomsorgen 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 sykepleier du synes har gjort en spesiell innsats innenfor fagfeltet kreftsykepleie.

Hvem kan bli nominert:

- Sykepleier som har utmerket seg ved å gjøre en ekstra innsats overfor pasienter med kreftsykdom, pårørende eller kollegaer.
- Sykepleieren 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 mange i tankene. Vi håper på mange nominasjoner.

Send inn og nominer til:

Tanja.alme@sula.kommune.no

Tlf 95160642

Skriv navn på ditt forslag, arbeidssted, telefonnummer, din begrunnelse for nominasjonen og legg gjerne ved et bilde av vedkommende.

Frist for innsending er 9. september.

Årets sykepleier i kreftomsorg blir offentliggjort under landskonferansen i Sarpsborg. Årets sykepleier får diplom og en kunstgave.

3 på gangen om Etikk



Bodil Irene Dalseide Timberlid, 53 år
Kreftsykepleier
lungepoliklinikken HUS

er et kontinuerlig arbeid hver enkelt gjør når en står ovenfor vanskelige valg. Å reflektere over om jeg gjør det som er til det beste for våre pasienter og om jeg/vi bruker ressursene våre rett.

Gruppe samtaler om etiske dilemmaer mener jeg er nyttig. Gjerne en tverrfagliggruppe. Gruppen vil belyse flere sider av dilemmaet og få frem ulike valg vi har. Det vil gi en større forståelse av den vanskelige situasjonen og en kan få støtte og korreksjon fra andre kollegaer.

2. Har arbeidsstedet ditt systematisk arbeid med etisk refleksjon?

Frem til våren 2018 hadde vi veiledning med sykehuspresten en gang i måneden. Der hadde vi en time til å drøfte vanskelige etiske problemstillinger. Vi stoppet opp i en travel hverdag. Vi tok oss tid til å kjenne litt etter. Vi opplevde å få støtte av kollegaer på valg vi hadde gjort og fikk samtidig belyst alternative måter å løse krevende pasientsituasjoner på. Etter at presten gikk av med pensjon har vi dessverre ikke hatt systematisk veiledning.

1. Hva betyr etisk refleksjon for deg?

Etisk refleksjon betyr for meg først å fremst å reflektere over hvordan jeg selv arbeider. Hvordan møter jeg mennesker, både pasienter og kollegaer? Hvordan prioriterer jeg i en hektisk hverdag? Jeg tenker mine prioriteringer henger sammen med mine holdninger og verdier. Etisk refleksjon



3.Hvilke typer etiske problemer eller utfordringer møter du i din arbeidsdag?

Jeg arbeider som kreftsykepleier og forløpskoordinator for lungekreftpasientene. Mitt arbeid er i hovedsak med pasienter som kommer til utredning, men også behandling av lungekreft. Vi møter daglig etiske dilemmaer rundt utredning og behandling. Er det riktig i forhold til alder og allmenntilstand og utrede denne pasienten? Hva har pasienten å vinne? Og ikke minst dilemma rundt når behandling skal avsluttes.

4.Hvordan løser dere etiske utfordringer på arbeidsplassen?

Avdelingen har jevnlig postmøter (en gang i uken) og behandlingsmøter (en gang i måneden) der vi kan ta opp vanskelige personal- eller pasientsituasjoner. I spesielt vanskelige saker har vi hatt debrifing etterpå.

Vi bruker ellers gjerne lunsjpauser for å diskutere vanskelige pasientsituasjoner. Der kan vi få frem ulike synspunkter og få tilbakemelding på om valgene som ble gjort var til det beste for pasienten.



Karen Bygland, 41 år
Onkologisk sykepleier
Poliklinikk, senter for
kreftbehandling på Sørlandet sykehus

1.Hva betyr etisk refleksjon for deg?

For meg betyr etisk refleksjon at utfordrende situasjoner på arbeidsplassen blir håndtert på en **trygg og faglig god måte**. På denne måten blir det en god bevisstgjøring rundt de vanskelige situ-

asjonene som kan oppstå i en vanlig arbeidshverdag på min avdeling.

2.Har arbeidsstedet ditt systematisk arbeid med etisk refleksjon?

På min arbeidsplass er vi opptatt av etisk refleksjon, og vi bruker ledige stunder til å diskutere etiske utfordringer og vanskelige problemstillinger. Hvis det har vært utfordrende hendelser eller situasjoner bruker vi morgenmøtene, eller møtes på slutten av vekten for å gå gjennom de ulike situasjonene.

3.Hvilke typer etiske problemer eller utfordringer møter du i din arbeidsdag?

En etisk utfordring er at det kan være vanskelig å ha fortrolige samtaler med pasienter og deres pårørende, eksempelvis når pasienten ligger på rom med flere andre pasienter. Pasientene er ofte alvorlig syke, og kan være i en palliativ fase. Kreftsykepleiers rolle er blant annet å gi råd, veiledning og tilrettelegge hverdagen og veien fremover. Disse samtalerne kan være vanskelige i seg selv, og jeg må ivareta hensynet til taushetsplikt og påse at pasienten og pårørende blir godt ivaretatt. Jeg må ha god tid til samtalen, og også gi pasienten og pårørende mulighet til å reflektere over sin situasjon.

4.Hvordan løser dere etiske utfordringer på arbeidsplassen?

Jeg prøver å løse denne type utfordring ved at **arbeidsdagen planlegges på best mulig måte**. Det er viktig med god oversikt og arbeidsflyt, blant annet logistikk rundt pasientbehandlingen.

Jeg kjenner etter hvert den enkelte pasient godt, og kan tilpasse behandlingen etter forholdene for å gi en faglig trygg og omsorgsfull behandling. Noen pasienter og pårørende trenger for eksempel ekstra skjerming, og pasienten kan flyttes til enkeltrom ved behov. Vi formidler også til pasienten og pårørende at det er en lav terskel for å ta kontakt med avdelingen, også etter utskrivning, både på telefon og ved fysisk oppmøte.

Det er avgjørende å **skape en god og fortrolig relasjon** med pasienten og pårørende, samtidig som man opptrer profesjonelt og tillitsvekkende.



Kari Myklebust, Kreftsykepleier, 53 år
Videreutdanning i veiledningspedagogikk
Palliativt team, Ålesund sjukehus

1.Hva betyr etisk refleksjon for deg?

For meg betyr etisk refleksjon «ryddearbeid». Etisk refleksjon hjelper meg til å identifisere utfordringene eg står i. Det kan hjelpe meg å sjå ei sak frå fleire sider, bevisstgjere og betre praksisen og verdiane mine. I tillegg er det med å bevisstgjere forholdet mitt til kollegaer og til arbeidsplassen min. Refleksjon er ikkje veiledning. Det krev trening å tenke høgt, og identifisere utfordringane vi står i. For meg fungerer refleksjon når vi kan reflektere i ei gruppe, men det fungerer også veldig godt når eg kan tenke høgt saman med ein kollega. Refleksjon gir meg mange innspel. Det er lettare å sjå situasjonen frå fleire sider, og lyttesansen vert aktivert. Refleksjon kan vere spontan, eller meir systematisk.

2. & 4.Har arbeidsstedet ditt systematisk arbeid med etisk refleksjon? / Hvordan løser dere etiske utfordringer på arbeidsplassen?

Alle dei fire sjukehusa i fylket høyrer til kreftavdelinga i Ålesund. Avdelinga har mange einingar: Sengepost, poliklinikk, stråleeinjing, hotell, pustrom, merkantilt personell, kjøkkenassistent og palliativt team.

Leiinga har sett i gang eit prosjekt i forhold til etisk refleksjon. Prosjektet skal bidra til å styrke



Refleksjon er ikkje veiledning. Det krev trening å tenke høgt, og identifisere utfordringane vi står i.



3.Hvilke typer etiske problemer eller utfordringer møter du i din arbeidsdag?

teamarbeidsklimaet. Ideen er at refleksjon skal føre til tankeprosessar hos tilsette som kan bidra til engasjement og motivasjon i eigen arbeidsdag. Og som kjem pasient, tilsett og organisasjonen til gode.

Det er eit mål at Kreftavdelinga skal vere ei einings avdeling. Refleksjonsgruppa er derfor sammansatt av deltagarar frå alle einingane. Den vert leia av 2 kreftsjukepleiarar, ein gong i månaden. Vi har ei ramme på 8-10 deltakarar kvar gong, med varigheit 1 time.

Dei som leier refleksjonsgruppa har evaluering med leiinga eit par gongar i året, og gir anonyme tilbakemeldingar. Bruk av tid, verdiar og ivaretaking av kompetanse på arbeidsplassen kan vere utfordringar vi står i. Når prosjektperioden etter eit år er avslutta, vil prosjektgruppa levere ut spørreskjema til dei som har delteke i refleksjonsgruppene og måle effekt av tilbodet, og kartlegge om det har gitt mening.

Dersom det viser seg at personalet opplever at refleksjon er nyttig kan det vere aktuelt å implementere refleksjon i den daglege drifta, anten seksjonsvis eller på tvers av seksjonane.

I refleksjonsgruppa brukast refleksjonskort frå Fuel Box team, eller vi reflekterer over situasjonar som er aktuelle for den enkelte. Dette kan vere pasientsituasjonar, eller tankar rundt det organisatoriske. Aktuelle etiske utfordringar vi møter, kan til dømes omhandle ernæring. Skal pasienten ha parenteral ernæring? Korleis møter vi pasient og pårørende sine opplevingar når pasienten ikkje får parenteral ernæring? Korleis gjer vi det med infeksjonsbehandling eller blodtransfusjon når pasienten er i livets slutfase. Kan transfusjonane lindre pasienten sine plager? Når er nok nok? Det å ta seg tid og informere pasient og pårørende er i seg sjølv eit viktig tiltak i god behandling.

søknad 2020 STIPEND

Ønsker du å fordype deg faglig?
I så fall kan du være heldig å få stipend av FKS i 2020

Stipend/prosjektmidler á kr. 10 000

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

Vilkår:

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

Søknadsfrist 1. desember 2019

Stipend inntil á kr. 5000

Stipend til deltakelse på konferanser/seminar innen tema kreftomsorg.

Vilkår:

- NSF's FKS medlem i 2 år.
- Ikke mottatt NSF's FKS stipend ved de siste 2 års tildelinger.
- Søknad er fullstendig utfylt og postlagt innen tidsfrist.

Utbetaling av dette stipendet skjer fortløpende etter at kvittering for innbetalt beløp er mottatt. NB : utbetalingen må gå personlig og ikke via arbeidsgiver.

Søknadsfrist 1. desember 2019

Slik søker du:

- Søknadsskjema hentes på <https://www.nsf.no/faggrupper/kreftsykepleiere>
- Søknad sendes stipendansvarlig i FKS:**

E-mail: merete.klovning@alesund.kommune.no
Tlf: 41400918

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.



Boots HomeCare støtter Aktiv Mot Kreft

Boots apotek HomeCare er opptatt av faglig kompetanse og personlig omsorg. Vi har 40 sykepleiere med spesialister på både stomi, sår og ernæring samt en Uroterapeut som kan hjelpe deg med råd og veiledning.

- Personlig rådgivning
- Hjemmebesøk
- Gode tilbud
- Faglig kompetanse



Hverdagen til forløps- koordinatorene på sykehuset

En forløpskoordinator har ansvaret for å sikre et best mulig koordinert forløp for pasienter med mistanke om, eller bekreftet kreftsykdom fra henvisningen mottas i sykehuset, til pasienten starter behandling. Forløpskoordinatoren sørger for en helhet, sammenheng og forutsigbarhet i tjenestetilbudet ved å ta rask kontakt med pasienten. Det er både sykepleiere, kreftsykepleiere, helsesekretærer og personer med annen helsefaglig bakgrunn som innehar denne funksjonen ved Oslo Universitetssykehus. (OUS) Da pakkeforløpene ble implementert i 2015, var det noen avdelinger som lyste ut nyopprettede forløpskoordinatorstillinger, mens andre avdelinger allerede hadde ansatte som skulle ivareta denne funksjonen, men som ble ilagt tilleggsoppgaver.

Forløpskoordinatorens oppgaver

Forløpskoordinatoren besvarer spørsmål om ventetider og plan for videre utredning og behandling. Man har delegert myndighet til å bestille og endre timer og undersøkelser i egen avdeling, samt endre timer i andre samarbeidende avdelinger, eksempelvis røntgenavdelingen. Videre registrerer man målepunkter i pakkeforløpet til Norsk Pasientregister (NPR), og kvalitetssikrer målepunktene ved å gå igjennom rapporter som kommer tilbake fra NPR. Forløpskoordinatoren deltar i tverrfaglige møter, såkalte multidisiplinære team, og deltar i forløpsteamøter med forløpsledelsen, gjerne to ganger per

år. I disse møtene rapporteres hvilke utfordringer man står ovenfor, og iverksetter tiltak i fellesskap for å forbedre disse. Man har tett kontakt med de andre forløpskoordinatorene i eget pakkeforløp både innad i OUS, og andre sykehus, og har ansvar for at viktig informasjon overføres til neste ledd i pasientens behandlingsløp. En annen viktig oppgave er å bidra til forbedring og utvikling av pasientforløpet i OUS, og i samhandlingen med andre sykehus, samt primærhelsetjenesten.



Lise Kristin Knudsen
Forløpskoordinator for tykk- og endetarmskreft på
gastromedisinsk avdeling, OUS

Hanne Løvåsen Drevsjø
Forløpskoordinator for tykk- og endetarmskreft på
gastrokirurgisk avdeling, OUS

Forløpskoordinator for tykk- og endetarmskreft på gastromedisinsk avdeling, OUS, Lise Kristin Knudsen, sykepleier

Tilgjengelig hele arbeidsdagen

Jeg jobber med pasienter på forskjellige tidspunkt i utredningen, men de aller fleste pasientene er henvist av fastlege til start pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft. De har kanskje fått påvist blod i avføringen, utredes for anemi eller har hatt en endring i avføringsvaner. Noen pasienter er engstelige og er redd for kreft, mens andre ikke har tenkt tanken på at dette kan være alvorlig. Henvisningen fra fastlegen sier dessverre ofte lite om hva lege og pasient har snakket om. Jeg er derfor forsiktig når jeg tar den første telefonen, og pasienten får ofte time til koloskopi uten spesifikk informasjon om pakkeforløp for kreft. Jeg prøver å lytte og tilpasse informasjonen. Hvis pasienten tilsynelatende er ubekymret og det ikke virker som om fastlegen har forberedt ham eller henne på et alvorlig utfall, er jeg forsiktig med å introdusere

ordet kreft i en uoversiktlig situasjon. I disse dager er telefonen med over alt, og mange ganger viser det seg at pasienten er ute på tur i skogen, sammen med venner på kafé, i kassakøen på matbutikken, eller på reise. Noen pasienter ønsker ikke å snakke i det hele tatt og vi begrenser oss til praktisk informasjon, andre har mer behov for omsorg. Målet for første samtale er at pasientene skal føle seg trygge på at de får rask og rett hjelp, møter riktig forberedt til første undersøkelse, har mitt navn og telefonnummer og føler at de kan ringe uansett behov. Mange pasienter snakker jeg med kun den ene gangen, andre pasienter og pårørende trenger flere samtaler. Jeg er tilgjengelig hele arbeidsdagen, og ringer tilbake hvis jeg har gått glipp av en telefon. De fleste er fornøyd med dette.

Pasientene kan kontakte meg om de skulle ombestemme seg

Jeg forsøker å gjøre terskelen lav for å kontakte meg. Jeg opplever ofte at pasienter har spørsmål de ikke husket eller turte å nevne, og engstelser de ikke fikk gitt uttrykk for, da

de var hos lege. Da er det viktig at de kan snakke med noen om redsel for undersøkelsen, eller tvilen rundt ønsket om utredning. Noen ganger har de rett og slett ikke lyst til å utredes for en nokså symptomløs kreftsykdom, med en krevende koloskopi, når de likevel står i siste fase av livet. Da er det lettere å si nei takk til en koordinators stemme på telefon, enn ansikt til ansikt med en velmenende fastlege. Det er derfor viktig med god informasjon og ikke minst god dokumentasjon i journal og tilbakemeldinger til henviser. Jeg åpner alltid for at pasientene kan kontakte meg igjen om de skulle ombestemme seg.

Jeg har også pasienter i andre pakkeforløp, for eksempel spiserør- og magesekk, primær leverkreft og bukspyttkjertelkreft. Disse pasientene har jeg ofte kort og lite kontakt med, fordi de allerede følges av koordinator på andre avdelinger. Jeg blir noen ganger frustrert på pasientens vegne over at de av og til må forholde seg til flere koordinatorene, men jeg kan ikke se at det finnes et godt alternativ ved Oslo universitetssykehus. Hvis jeg skulle booke time hos kirurg eller onkolog, tror jeg det hadde vært fare for feil. Heldigvis virker de fleste pasientene fornøyd med koordinatorene, så lenge vi klarer å holde et tett samarbeid på tvers.

En telefon innen kort tid, vedrørende neste avtale

I tykk og endetarmsforløpet er det heldigvis veldig mange pasienter som reiser lettet hjem etter skopiundersøkelse, når tarmen er friskmeldt. Dersom skopien viser mistanke om kreft, får pasienten mer inngående informasjon av vår lege. Sykepleier gir ut brosjyren som omtaler det aktuelle pakkeforløpet, og pasienten får telefonnummeret til forløpskoordinator på både gastrokirurgisk og gastromedisinsk avdeling, samt avdeling for kreftbehandling. De får beskjed om at de får en telefon innen kort tid, vedrørende neste avtale. Når jeg får beskjed om funnet, ringer jeg Hanne ved gastrokirurgisk avdeling, som da overtar ansvaret og kontakten med pasienten. Det hender selvfølgelig noen ganger at pasienter ringer meg fordi de har snakket

med meg før, og da løser jeg og Hanne eventuelle utfordringene sammen.

Kontakt med kollegaer utenfor sykehuset

Ikke sjelden har jeg kontakt med kollegaer utenfor sykehuset. Noen pasienter har allerede en kreftdiagnose og jeg kan samarbeide med kreftkoordinatoren i kommunen eller bydelen. Hvis pasienten bor på en institusjon samarbeider jeg med personalet der, og andre ganger samarbeider jeg med hjemmesykepleien for å hjelpe pasienten til å møte forberedt. Noen ganger gir jeg ut nummeret til Kreftforeningens lavterskeltilbud, Kreftlinjen. Jeg har ingen pasienter under 18 år, men mange eldre pasienter, gjerne med betydelig komorbiditet, og da blir det ofte en del kontakt med pårørende.

Jeg håper jeg en gang i fremtiden skal få muligheten til å ta videreutdanning i kreftsykepleie, da jeg savner fagutvikling i stillingen min. Det er godt med gode, dyktige kollegaer rundt meg, som jeg kan lære av og diskutere med.



Forløpskoordinator for tykk- og endetarmskreft på gastrokirurgisk avdeling, OUS, Hanne Løvåsen Drevsjø, kreftsykepleier

Ring pasientene med en gang henvisningen er vurdert

Min funksjon som forløpskoordinator er kompleks, og innehar svært mange oppgaver. Det er en travelt hverdag der arbeidsbelastningen jevnt over er stor. Som kreftsykepleier er jeg svært opptatt av å ivareta pasientene etter de har fått beskjed om at de har kreft. Dette gjør jeg ved å ringe pasientene med en gang henvisningen er vurdert av kirurg, slik at jeg kan trygge dem på at de vil bli ivaretatt,

og at jeg skal «dose» dem gjennom pakkeforløpet. Jeg setter pasientene opp på timer i poliklinikken, og melder de opp til flere ulike tverrfaglige møter, koder inn i pakkeforløp, samt følger opp medisinske beslutninger. Jeg må passe på at forløpstidene blir overholdt, og at pasientene kommer seg til undersøkelser uten unødig lang ventetid. De fleste forløpskoordinatorene har ansvar for å følge pasienten frem til start behandling. Jeg følger dem også gjennom kontrollopplegget etter kirurgi er gjennomført. For pasienter med endetarmskreft vil dette si over en periode på fem år, med halvårlige kontroller de tre første årene.

Samarbeider tett med de andre forløpskoordinatorene

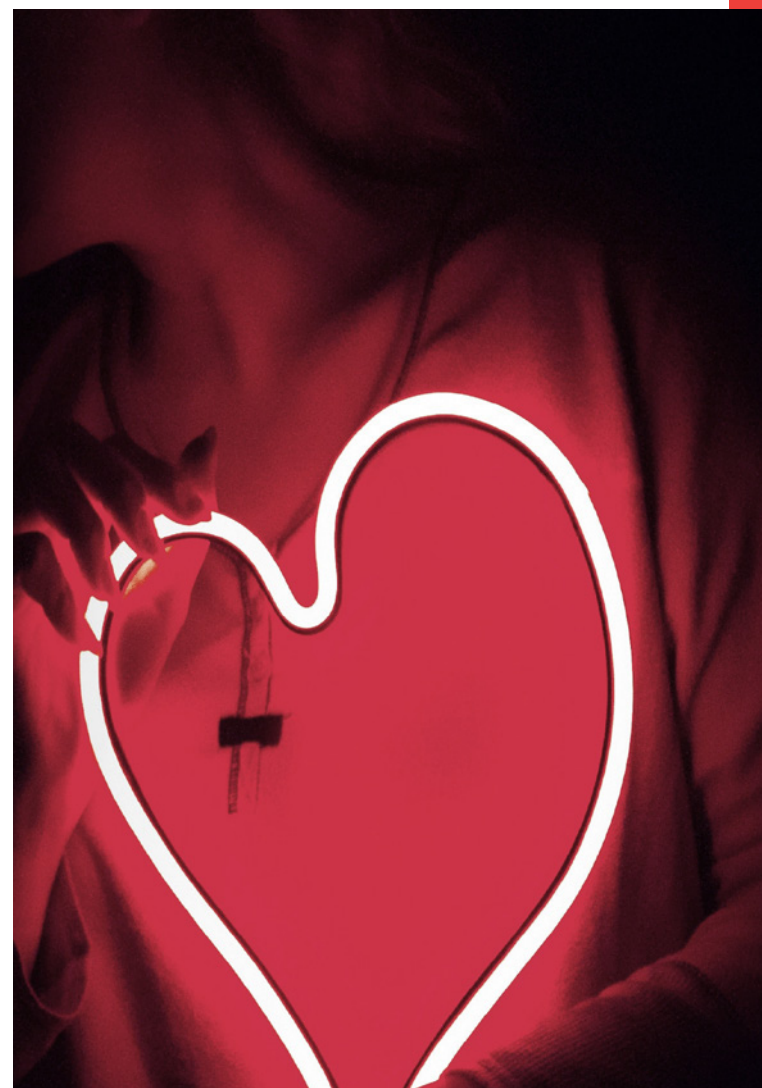
Jeg samarbeider tett med de andre forløpskoordinatorene, da primært i tykk- og endetarmsforløpet. Vi er ansatt under forskjellige avdelinger, men er avhengige av å ha tett kontakt for å legge til rette for et best mulig forløp for pasientene. Jeg opplever vi er flinke til å benytte oss av hverandres kompetanse. Det kan være vi møter på etiske problemstillinger som kan være godt å snakke med hverandre om. Det kan også være usikkerhet om når en kode skal settes, eller om pasienten er informert om at han eller hun er henvist videre.

Terskelen er heldigvis lav for å ta en telefon til hverandre. Slik det er per i dag, har vi ingen faste møter der forløpskoordinatorene samles. Driftsstyret for kreft i OUS har dog gått inn for at det etableres et forum for forløpskoordinatorene i OUS. De har oppnevnt en fasilitator for forumet, samt fire medlemmer til et arbeidsutvalg. Forumet skal ha som hensikt å bygge nettverk og samhandling på tvers av forløpene, faglig påfyll, og diskusjon av aktuelle tema for rollen. Det planlegges to møter i året der forløpskoordinatorene møtes. Første møte skal etter planen være den 15.05.19.

Kompetanse som kreftsykepleier

Jeg trives svært godt i rollen som forløpskoordinator, og har hatt denne jobben helt fra pakkeforløpene ble implementert i 2015. Jeg

opplever at jeg daglig får brukt min kompetanse som kreftsykepleier ved å gi støtte og omsorg både til pasienter og pårørende som er i krise, til tross for at jeg sjelden møter dem ansikt til ansikt. Det er et viktig mål for meg at pasientene opplever forutsigbarhet underveis i forløpet, og at de trygges på at de kan ringe hvis de lurer på noe, eller bare vil slå av en prat. Jeg kunne ikke tenke meg å bytte jobb!



FAKTA

I 2015 ble det innført 28 pakkeforløp for kreft i Norge. Formålet med pakkeforløp er at kreftpasienter skal oppleve et godt organisert, helhetlig og forutsigbart forløp uten unødvendig ikke-medisinsk begrunnet forsinkelse i utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering.

Pakkeforløp er et standardisert pasientforløp som beskriver organisering av utredning og behandling, kommunikasjon/dialog med pasient og pårørende, samt ansvars plassering og konkrete forløpstider.

Målgruppen for beskrivelsene av pakkeforløp er primært helsepersonell, ledere/administratorer og beslutningstakere på ulike nivåer i helsetjenesten.

Med utgangspunkt i pakkeforløpet skal et individuelt forløp for hver enkelt pasient tilrettelegges. I tillegg til en konkret medisinsk faglig vurdering av behovet for utredning og behandling, skal det tas hensyn til pasientens ønsker og individuelle situasjon, som for eksempel alder og sårbarhet, og eventuell komorbiditet eller komplikasjoner.

Pakkeforløpet starter når et helseforetak/sykehus mottar en henvisning med begrunnet mistanke om kreft. Pakkeforløpet omfatter:

- utredning
- initial behandling
- oppfølging og eventuell behandling av tilbakefall (recidiv og metastaser)

Initial behandling dekker primærbehandling og planlagt etterbehandling, inkludert kirurgi, stråleterapi, medikamentell behandling, aktiv oppfølging/monitorering, symptomlindrende behandling og eventuelt ingen behandling. Oppfølging inkluderer kontroller hos fastlege og/ eller i spesialisthelsetjenesten, samt håndtering av eventuelt tilbakefall.

Pakkeforløpet beskriver også:

- sykdomsspesifikk rehabilitering
- symptomlindrende behandling/palliasjon
- støttebehandling
- sykepleie

Disse elementene kan inngå i flere ulike faser. Noen av dem kan være innholds- og tidsmessig overlappende, og de kan være organisert på forskjellig vis og beskrives kun når det er relevant i de respektive kapitler.

De regionale helseforetakene har det overordnede ansvaret for å sikre at pakkeforløpene blir implementert og fulgt opp.

Pakkeforløpene er nasjonale standardiserte pasientforløp som er faglig baserte og skal være normgivende. Pakkeforløpene er basert på nasjonale faglige retningslinjer i de nasjonale handlingsprogrammene på kreftområdet.

Eksisterende nasjonale handlingsprogrammer med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av kreftpasienter danner utgangspunktet for utarbeidelse av de sykdomsspesifikke pakkeforløpene.

kilde: Helsedirektoratet



HOVEDTEMAER FOR KONFERANSEN

CAR-T

Psykisk helse ved fysisk sykdom

Seneffekter etter kreftbehandling

Å følge med i utviklingen:

- e-helse
- hjemmesykehus
- brukermedvirkning
- kunnskapsbasert praksis

Foredragene vil ta utgangspunkt i hematologiske pasienter, det vil si pasienter med myelomatose, lymfom og leukemi.

Tidspunkt: 28.-29. november 2019

Sted: Radisson Blu Plaza Hotel Oslo

Pris: ca. kr. 2 300,-

Konferansespråk: engelsk



Arrangør:

SIG-Stamcelletransplantasjoner, en del av



Facebook: www.facebook.com/SIGstamcelletransplantasjoner
www.facebook.com/NBMTnurses

Nettside: www.sites.google.com/view/sig-stamcelletransplantasjoner

Epost: sigstamcelletransplantasjoner@gmail.com

EIR

symptomkartlegning på nettbrett

Silje Kaldhusdal, kreftsykepleier
Prosjektleder ved lindrende enhet
Blindheim omsorgssenter i Ålesund

EIR er et web basert klinisk verktøy for symptomkartlegging og beslutningsstøtte som er utviklet i samarbeid med klinikere, pasienter og forskere. Det er EIR Solutions og Stein Kaasa som har utarbeidet verktøyet. Med støtte fra Forskningsrådet og ulike grunderfond er EIR nå nær ferdig utviklet og brukes foreløpig i studier. I Helse Midt Norge er EIR testet ut til kreftpasienter og etter ortopediske operasjoner.

Ved å bruke EIR kan en registrere symptomer standardisert og systematisk. Symptomscreeningen er dynamisk der en kartlegger intensitet av symptom på skala fra 0-10, symptomene som pasienten angir som plagsomme kartlegges videre med oppfølgingsspørsmål. Når kartleggingen er gjennomført får helsepersonell presentert en funksjonell oversikt over aktuelle symptomer med utfyllende informasjon. Blindheim omsorgssenter i Ålesund kommune

har en Lindrende enhet med 8 sengeplasser for pasienter i palliativ fase. I 2017 fikk vi som ett av de første kommunale virksomheter delta i utprøving av EIR. Prosjektet ved avdelingen vår er treårig. Vi går nå inn i siste året og arbeider med siste fase av implementeringen.

Starten og forarbeidet før vi kunne starte med å implementere EIR

Før prosjektet kunne komme ordentlig i gang måtte vi klargjøre avdelingen. Avdelingen var litt for «rotete» og ustrukturert til å kunne lykkes med endring. Vi har kunnskapsrike og engasjerte ansatte som brenner for palliasjon, der alle hadde sine områder de er gode på. Tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende har alltid vært svært positive. Likevel så vi at oppfølgingen av pasienter og pårørende kunne være litt tilfeldig, avhengig av hvem som var på jobb. Vi brukte mye muntlige beskjeder og vurderinger. Pasientene ble ofte lengre i avdelingen enn nødvendig på grunn av samhandlingsvansker. Utreisedatoen kom noen ganger brått på oss, fordi vi ikke hadde en klar struktur og plan for oppholdet. Dette resulterte i at hjemmesykepleien heller ikke var klar for å ta imot pasienten når han skulle reise hjem.



Skulle vi kunne ta i bruk EIR måtte vi være sikker på at vi også var i stand til å følge opp og behandle registrerte symptomer systematisk. Vi startet dermed med å strukturere oppholdet til pasientene. Pasientene får vedtak på 3 uker hos oss: Hva kunne vi gjøre av forberedelser før pasienten kom? Hva var viktig dag 1, hvordan skulle innkomst være, hvordan sikre pasientens stemme («Hva er viktig for deg?»), hvordan kunne vi gjøre overgangen fra avdelingen til hjemmet bedre? Slik satte vi i gang ryddingen, og klargjorde avdelingen til å bruke EIR systematisk.

Gull verdt med felles pasientforløp

På denne tiden innførte kommunen felles pasientforløp. Dette gav oss en fin mulighet som vi i ettertid ser var gull verdt. Vi tok utgangspunkt i dette pasientforløpet og fant vår plass i det. Videre laget

vi en standard for hvordan oppfølgingen av pasienten skulle være. Dette førte til mye endringer og en litt annen måte å jobbe på enn det vi hadde gjort tidligere. Med god informasjon til ansatte, undervisning, og ikke minst mye tid har vi kommet langt på vei. Vi ser at vi etterhvert kan vise til positive opplevelser der vi ser at pasientforløpet fungerer, og at bruk av verktøyet gir pasient og helsepersonell gevinst. Et eksempel er «Ingrid, 59 år.» Hun skalte sitt behov for hjelp i det daglige med 2 (skala fra 1 til 10 der 1 er ingen hjelp og 10 er hjelp til alt). Dette undret oss, for i avdelingen brukte vi lang tid og mye ressurser på å hjelpe henne i morgenstellet. Vi tenkte at hun hadde registrert feil, at det var 8 hun mente. Hun forklarte

oss at ingen hadde spurt henne om hun kunne stille seg selv. «For visst kunne hun det, bare hun fikk tid og lov...»

Undervisning er viktig

Vi startet med forbedringstavle og lommekort for alle «postene» som en del av arbeidet med å implementere pasientforløpet. Det største arbeidet var, og er nok, å nå alle de ansatte. Vi er mange og alle jobber turnus. Det blir noe annet på en arbeidsplass der personell jobber mandag til fredag,

åtte til fire.

Arbeidet gikk mye ut på å informere og undervise om nye rutiner, og vi så at det var viktig å involvere de ansatte i evalueringene underveis. Vi tegnet opp pasientforløpet i stor skala på gråpapir, der de ansatte fikk henge på lapper der de mente det var hensiktsmessig med sjekkpunkt/ endring. Dette har vi også gjort underveis, parallelt med å bruke pasientforløpet, og vi ser tydelig verdien av det.

I 2017 kjøpte vi inn nettbrett og annet nødvendig utstyr til å kunne bruke EIR aktivt. Vi laget datarom og fikk installert flere PC'er og trådløst nett.

120 EIR kartlegginger frem til 2019

I 2018 utførte vi 120 EIR kartlegginger, og avdelingen er nå på god vei mot å implementere EIR som symptomkartleggingsverktøy fast i pasient-

forløpet. Samtidig ser vi at det krever ledelse, rutinene sklir lett ut om ikke noen holder i trådene. Ett tiltak i forhold til dette er å engasjere noen av de ansatte til å bidra i en arbeidsgruppe som skal fungere som en ekstra pådriver i avdelingen.

Vi bruker nå EIR ved innkomst og hver 7. dag. Ellers tilpasses behovet for symptomkartlegging i forhold til pasienten sine symptomer, akkurat som vi gjør ved vanlig symptomkartlegging på papir (ESAS). Vi bruker spesielt EIR ved oppfølging av symptomer, og ved oppstart/justering/opp-



følgning av smertestillende eller kvalmestillende medikamenter. Vi opplever at pasientene er mer og mer vant til å bruke touchskjerm og at mange behersker godt å bruke nettbrett. Noen trenger tilrettelegging og hjelp for å fylle ut kartleggingen, det er da pårørende eller vi som helsepersonell som hjelper pasienten. I starten var nummenheten og tørre fingertupper et problem, det løste vi ved å kjøpe inn touchpenner til å bruke på nettbrettet.

Utfordrende for noen pasienter

Mange av pasientene våre har utbredt sykdom og er preget av det. Vi ser klart utfordringer i bruk av EIR til disse pasientene, men vi kan jo spørre oss selv om vi kunne ha brukt andre verktøy for symptomkartlegging på disse pasientene? Symptomkartlegging er uansett ikke noe vi kan velge bort. Det å bruke EIR til symptomkartlegging innebærer i og for seg ikke noe nytt. Kartlegging har vi alltid gjort, men verktøyet er annerledes. For mange ser det ut til å være en bedre måte.

Det diskuteres også helsepersonellet sine holdninger oppi dette: Hva tenker vi og hva tenker pasientene? Vi skal jo være ekspertene på symptomer. Greier vi ikke å se pasienten sine symptomer uten å bruke hjelpemidler som dette? Kanskje tenker pasientene at «dette bør du vite uten at jeg skal spørres på kryss og tvers, dere er jo ekspertene her».

Likevel er tilbakemeldinger pasientene kommer med hovedsakelig positive. De beskriver at de blir mer bevisst på egne symptomer og at det er et forståelig og anvendbart verktøy.

God hjelp for helsepersonell

Verktøyet har vist seg å være til god hjelp for oss som helsepersonell. Noen pasienter har scoret høyt på symptomer som vi ikke var klar over pasientene hadde. Plagsomme symptomer som ikke blir tatt hånd om kan føre til flere plager for pasienten, som for eksempel dårlig ernæring, kvalme eller smerte.

Etter hvert som vi aktivt begynte å bruke EIR erfarte vi at ansvaret for oppfølging av symptom måtte tydeliggjøres bedre. I dag har vi ikke

en direkte kobling til dokumentasjonssystemet vårt, vi har derfor utviklet prosedyrer slik at vi selv må registrere resultatene i dokumentasjonen. Pasientene kan ikke bare bli spurt om sine symptomer, de må også få hjelp til å behandle eventuelle plager som kartleggingen avdekker. Tiltaket i forhold til dette er å lage en tiltaksbeskrivelse. Alle symptom som scorer over 3 skal det opprettes en tiltaksplan på, med oppfølging. Det ideelle ville vært en form for beslutningsstøtte som gav klare føringer på hva som skal/kan gjøres ved de ulike symptomene. Dette ser vi spesielt på kveldstid eller helger da tilsynslegen ikke er tilgjengelig. Dette ville også vært et fantastisk hjelpemiddel om pasienten var hjemme.

Kanskje vil fremtiden gi oss dette?

Vi ser nå frem til et nytt og produktivt år, der vi arbeider for å forankre prosedyrene og rutinene våre i avdelingen.

Landskonferanse i kreftsykepleie



Nå nærmer det seg Landskonferanse i kreftsykepleie her i Østfold. FKS lokalt gleder seg og er godt i gang med planleggingen.

Det vil bli 3 spennende dager fylt med flotte foredragsholdere og temaer som rommer ”hele mennesket, hele veien”.

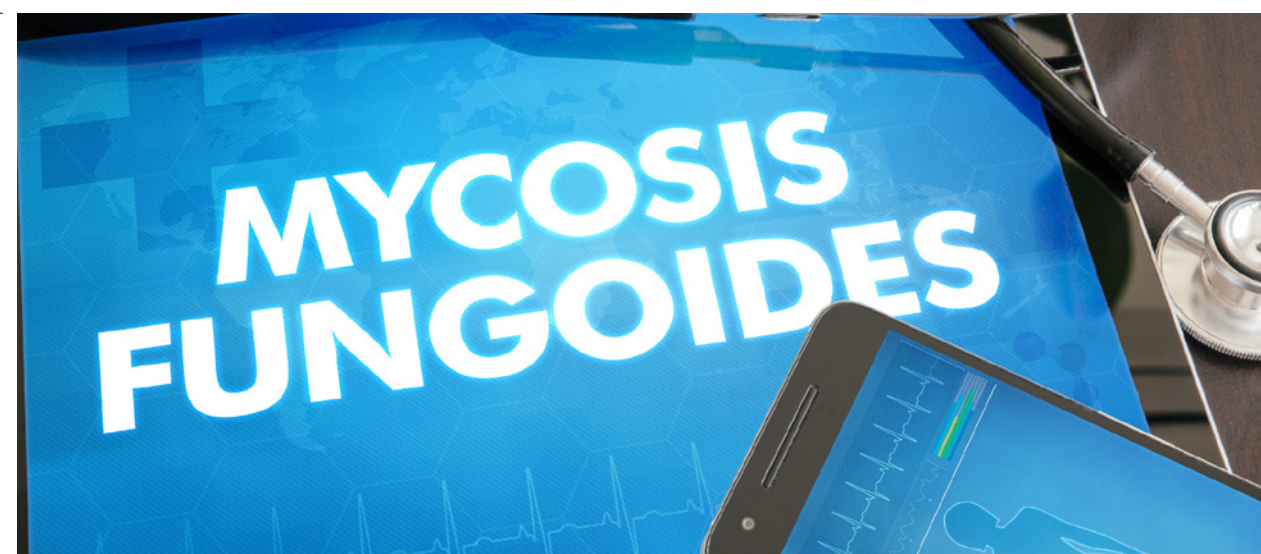
Vi er stolte av å kunne sette Østfold på kartet.

Sarpsborg (”solbyen”) er en by og kommune i Østfold, som med nærmere 55 000 innbyggere er en av Norges ti største byer. Sarpsborg er Østfolds fylkeshovedstad og en del av regionen Nedre Glomma, hvor Fredrikstad/ Sarpsborg har vokst

sammen til Norges sjette største tettsted. Elva Glomma og Sarpsfossen, Europas største foss, har vært avgjørende for byens vekst. I 2016 fylte Sarpsborg 1000 år, og byens navn er satt sammen av fossens navn og Borg, som var navnet grunnleggeren kong Olav den hellige brukte i 1016.

Det er allerede stor interesse for Landskonferansen med ca 300 påmeldte hittil i februar. Det viser stort engasjement innen kreftomsorgen. Vi håper konferansen bidrar til økt kompetanse, refleksjon og erfaringsutveksling blandt oss som står i en viktig jobb.

Velkommen!



KUTANT T-CELLE LYMFOM (CTCL):

En sjelden form for lymfekreft i huden

HVA ER CTCL?

CTCL er en sjelden sykdom som rammer ca. 25 personer i Norge hvert år. Det er noen fler menn enn kvinner som får diagnosen.¹ Forekomsten av CTCL øker med alderen og median alder ved diagnose er 55 år.²

CTCL er en kreftform der den ondartede cellen er en hvit blodcelle av typen T-lymfocyt. Denne T-lymfocytten har en tendens til å samle seg i huden.³

Ved diagnosetidspunktet er det i de fleste tilfeller kun huden som er påvirket.

Symptomene varierer fra mindre utslett til tykkere, kløende plakk og svulster i huden.⁴ Det er viktig å huske at disse symptomene er generelle og kan likne både kontaktallergi og psoriasis, og derfor ikke er ensbetydende med CTCL.⁵

ULIKE TYPER AV CTCL

Det finnes ulike typer av CTCL. Den vanligste er mycosis fungoides (MF), som står for litt over halvparten av alle tilfellene i Norge.¹

Det er store variasjoner i hvor lang levetid en pasient med mycosis fungoides forventes å ha. Det avhenger bl.a. av sykdommens stadium og klassifisering, og kan være alt fra ett til over 35 år etter at diagnose er stilt.²

Å STILLE DIAGNOSEN CTCL

Symptomene for CTCL er ofte generelle og uspesifikke, og det kan være vanskelig å stille riktig diagnose. Det er derfor ikke uvanlig at det kan ta 3-4 år fra man får de første symptomene til man får stilt diagnosen.²

Diagnosen baseres på legens undersøkelse, hudbiopsi, blodprøver, røntgenundersøkelser samt evt. biopsi av lymfeknuter.⁴

STADIEINDELING

Mycosis fungoides inndeles i ulike kliniske stadier. De strekker seg fra stadium IA til IVB, hvor IA er den mildeste formen og IVB er den mest utbredte.

Hvilket stadium sykdommen har, baseres på hvordan sykdommen klassifiseres på hud, i lymfeknuter, i blod og om det er påvist spredning.⁴

LIVSKVALITET

Symptomene til CTCL kan i større eller mindre grad påvirke livskvaliteten og ha konsekvenser for både den funksjonelle- og emosjonelle velværen. Også det sosiale liv kan påvirkes ved mer utbredt sykdom.⁶

BEHANDLING

Pasienter med sykdom i tidlig stadium får ofte lokalt rettet behandling mot hud. Eksempler er lysbehandling, strålebehandling og steroidkremer.⁴

Ved mer utbredt sykdom kan man gi systemisk behandling med én eller flere typer cellegift.⁴ CTCL kan også behandles med fototerese. Dette er en behandlingsform hvor pasientens blod først blir tilsatt et fotosensitivt medikament, for deretter å bli belyst med ultrafiolett lys.⁷

Hos yngre pasienter som ikke har ønsket effekt av behandling, kan det også være aktuelt å vurdere allogen stamcelle-transplantasjon (med stamceller fra en annen donor).⁴



25 PERSONER
I NORGE/ÅR



FOREKOMST ØKER
MED ALDEREN



LEGE-
UNDERSØKELSE



BLOD-
PRØVER



BIOPSI



RØNTGEN-
UNDERSØKELSE



1. Rapport Kreftregisteret 2018. Insidens Kutant T-cellelymfom og undergrupper 2011-2016 2. Wilcox R A Cutaneous T-cell lymphoma: 2016 update on diagnosis, risk-stratification, and management Am J Hematol. 2016 January ; 91(1): 151-165. 3. Bagherani N, Smoller B.R, An overview of cutaneous T cell lymphomas, F1000Res. 2016 Jul 28;5. pii: F1000 Faculty Rev-1882. 4. Willemze R , Hodak E, Zinzani P. L. et al Primary cutaneous lymphomas: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Annals of Oncology 29 (Supplement 4): iv30-iv40, 2018 5. Medscape Pinter-Brown L.C Cutaneous T-Cell Lymphoma Differential Diagnoses Updated August 15. 2018 <https://emedicine.medscape.com/article/2139720-differential> (sist åpnet 22.08.2018) 6. Demierre MF, Gan S, Jones J, et al. Significant impact of cutaneous T-Cell lymphoma on patients' quality of life. Cancer. 2006;107(10):2505-2511 7. Nasjonal behandlingstjeneste for fototeresebehandling Årsrapport 2016 <https://forskningssprosjekter.helse.net/senter/rapport/NB-HMN-02/2016> (sist åpnet 22.08.2018)

små-nytt

Onkologisk forum skal i år være i Tromsø 21.-22. november 2019

UFLAKS kan være hovedårsaken til kreft

Kreftsykdom har mange årsaker, og en studie viser at uflaks kan være den viktigste. Helt tilfeldige feil under celledeling forårsaker nemlig mesteparten av de mutasjonene som fører til kreft.

Studien viser at tilfeldige feil i celledelingen fører til 66 % av alle kreftmutasjoner, mens miljø- og livsstilsfaktorer forklarer 29 %. Resten, 5 %, oppstår på grunn av arv.

Forskerne har undersøkt 32 krefttyper og funnet en sammenheng i 68 land, så resultatene representerer over halvparten av jordens befolkning.

” Det er en veldig interessant studie, som understreker at tilfeldigheter spiller en mye større rolle enn vi har antatt, sier Finn Cilius Nielsen, professor i klinisk molekylærbiologi og leder av genomisk medisin ved Rigshospitalet i Danmark.

(Kilde: forskning.no)

FLERE KREFTPASIENTER DØDE MED ALTERNATIV BEHANDLING

Kreftpasienter som brukte alternativ behandling i tillegg til tradisjonell behandling, klarte seg dårligere enn de som bare brukte de vanlige metodene. Antagelig skyldes dette at menneskene som brukte alternativer, hadde en større tendens til å velge bort enkelte deler av den tradisjonelle behandlingen.

(Kilde: Forskning.no)

Bedre OVERLEVELSE ved lungekreft

Fem-års relativ overlevelse ved lungekreft øker, men fortsatt er det kreftformen som tar flest liv. Tall fra Kreftregisteret viser at fem-års relativ overlevelse ved lungekreft nå er på hele 31.3 prosent for kvinner og 23.9 prosent for menn. Samtidig er lungekreft fortsatt den enkeltstående kreftformen som tar livet av flest mennesker i Norge.

I 2017 sto lungekreft for i overkant av 20 prosent av dødsfallene av kreft her i landet. Hovedårsaken til det er at lungekreft er den kreftformen med den største andelen pasienter som har spredning allerede på diagnostidspunktet.

- Dette er samlet sett en oppløftende utvikling. Lungekreft er en sykdom som rammer mange, og det er en svært alvorlig kreftform. En bedring i overlevelse betyr mye, sier overlege Odd Terje Brustugun ved Vestre Viken; samt leder av Norsk lungekreftgruppe til Dagens Medisin.

(Kilde: Dagens medisin)

NORGE ER ET AV LANDENE I VERDEN SOM HAR HATT STØRST RØYKEDGANG. FOR 20 ÅR SIDEN RØYKTE RUNDT 33% DAGLIG, I DAG ER VI NEDE I 12 %, MELDER HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET.

(Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet)

KREFT KAN KOSTE RUNDT 30 MILLIARDER I 2035

Mot 24 milliarder i 2020. Moderne kreftbehandling vil bli både dyrere og billigere på samme tid. Mens vi ser at kostnadene per behandling med nye legemidler og behandlingsmetoder går opp, så er administrasjonsformen ofte enklere og mindre kostnadskreven. Det betyr at de økte kostnadene kan kompenseres med effektive pasientforløp, færre og kortere sykehusinnleggelser og digitale løsninger. Flere kan leve vanlige liv hjemme og være i arbeid mens de er i behandling, sier professor emeritus Ivar Sønbo Kristiansen i en artikkel til Dagens medisin.

(Kilde: Dagens medisin)

HOLDER FAST PÅ FRUKT OG GRØNT MOT KREFT

Norske eksperter holder fast på anbefaling av frukt og grønt mot kreft. I disse dager legges siste hånd på verket i forhold til nye, norske kostholdsråd. Der inngår den velkjente anbefalingen «Fem om dagen» og økt inntak av frukt og grønnsaker.

(Kilde: forskning.no)

Vår leder i FKS, Mona Grytten, var på samhandlingskonferansen i februar og snakket om bruk av media



Foto: Therese Jenssen Finjarn

LUNGEKREFTSCREENING kan være på plass om 5 år

Forsker Haseem Ashraf mener et screeningprogram for lungekreft i Norge ikke er langt unna.

- Lungekreft er den kreftsykdommen som tar flest liv både i Norge og på internasjonalt nivå. Når vi har en metode for å redusere dødeligheten vesentlig, bør vi innføre denne, sier thoraxradiolog og førsteamanuensis Haseem Ashraf ved Universitetet i Oslo (UiO).

Han har en doktorgrad i lungekreftscreening fra Danmark og mener at nye funn fra en stor nederlandsk studie nå tilsier at man bør få på plass screening av storøykerne.

- I NELSON-studien, som kom i fjor, fikk vi fastslått at lungekreftscreening reduserer dødeligheten med opptil 26 prosent hos menn og mellom 40 og 60 prosent for kvinner. Nå har man to store studier fra de siste ti årene som viser at man kan redde mange liv ved å innføre et screeningprogram, sier Ashraf til Dagens medisin.

(Kilde: Dagens medisin)

NATTARBEID ØKER RISIKOEN FOR FLERE TYPER KREFT HOS KVINNER

En stor samlestudie fra fire verdensdeler viser at å jobbe om natten øker risikoen for brystkreft, hudkreft og flere typer kreft i fordøyelsessystemet. Nesten 4 millioner kvinner i Europa (Norge inkludert), Nord-Amerika, Australia og Asia er inkludert, og av disse hadde mer enn 100 000 personer 11 ulike typer kreft.

De fleste studiene av det langvarige nattarbeidets virkning handler om brystkreft, som er den kreftformen som rammer flest kvinner. Men bare nattarbeidende kvinner i Europa og Nord-Amerika har økt risiko for brystkreft. Det overrasket forskerne som ikke har noe godt svar på hvorfor det er slik.

Å forstyrre døgnrytmen over tid øker dessuten risikoen for både hudkreft, tarmkreft og blærekreft. Det gjelder også kvinner i Asia og Australia.

(Kilde: forskning.no)

Returadresse:
NSFs forum for kreftsykepleie
Postboks 456, Sentrum
0104 Oslo



19.

Landskonferanse i
kreftsykepleie i

Østfold

11. - 13.

september

2019

Quality

hotell

Sarpsborg